

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Volumen XIX

Bogotá, noviembre de 1950

Nº 5

Director, Profesor,

ALFREDO LUQUE B., Decano de la Facultad.
Jefe de Redacción, doctor Rafael Carrizosa Argáez

Comité de Redacción:

Prof. Alfonso Esguerra Gómez. Prof. Manuel José Luque, Prof Agr.
Gustavo Guerrero I.

Administrador, José R. Durán Porto

Dirección: Calle 10 Nº 13-99 — Bogotá — Apartado Nacional Nº 400
Talleres Editoriales de la Universidad Nacional

CONTENIDO:

	<i>Pág.</i>
I. — PROFESOR ALFONSO URIBE URIBE.	197
II. — ESTUDIO MICROSCOPICO DEL SEDIMENTO GASTRICO, por el doctor Luis Felipe Fajardo Lobo-Guerrero.	201
III. — UNA TECNICA DE COLORACION PARA DIAGNOSTICO CITOLOGICO, por el doctor César Mendoza.	204
IV. — ESOFAGO. HECHOS SOBRESALIENTES DE SU CIRUGIA (MUNDIAL Y NACIONAL), por el doctor Alfonso Bonilla Naar.	206
V. — VARIACIONES HECHAS A LA TECNICA DE LA AMIGDALECTOMIA CON EL APARATO SLUDER BALLANGER DE DOBLE LAMINA, por el doctor Carlos G. Archila M.	215
VI. — REVISTA DE TESIS.	222

Suplicamos a los profesores y médicos que actualmente estén recibiendo la Revista de la Facultad Nacional de Medicina y que hayan cambiado de domicilio, remitirnos a vuelta de correo el siguiente cupón.

Revista de la Facultad de Medicina
Apartado 400 — Bogotá, Colombia, S. A.

Estando interesado en continuar recibiendo la REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, sabría agradecerle a ustedes seguir remitiéndola a la siguiente dirección:

Dr.

Dirección.....

Ciudad Dpto.

REVISTA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA

Volumen XIX

Bogotá, noviembre de 1950

Nº 5

Director, Profesor,

ALFREDO LUQUE B, Decano de la Facultad.

Jefe de Redacción, Doctor Rafael Carrizosa Argáez.

Comité de Redacción:

Prof. Alfonso Esguerra Gómez. Prof. Manuel José Luque. Prof Agr.
Gustavo Guerrero I.

Administrador, José R. Durán Porto

Dirección: Calle 10 Nº 13-99 — Bogotá — Apartado Nacional Nº 400
Talleres Editoriales de la Universidad Nacional.

Profesor Alfonso Uribe Uribe

Discurso pronunciado por el Prof. Alfonso Uribe Uribe con ocasión del homenaje que le rindió la Asociación Colombiana de Medicina Interna, el 27 de octubre de 1950.

La Medicina contemporánea está dirigida por dos tendencias bien definidas.

La una es plenamente filosófica, especulativa y científica; agrupa a quienes devotamente se consagran a ella en las Academias, los laboratorios, los hospitales y los anfiteatros para buscar causas, razones, indicios y comprobaciones valiéndose de todos los medios que las demás ciencias prodigan.

La otra es pragmática, finalista y simplista y en los mismos sitios y con medios de igual origen procuran sus seguidores conocer, curar y prevenir la enfermedad por medio de la mejor y mayor precisión de las técnicas de examen, de diagnóstico, de tratamiento y de profilaxis.

Así se ha conformado la Medicina-Ciencia y como las ciencias son para el beneficio y bienestar del hombre. Ella es solicitada, por la Sociedad y por el Estado que quieren que se conserve al hombre sano, y si enferma se le cure pronto, de modo que su caso no incida desfavorablemente en la Economía general.

Ya el doctor Muñoz nos ha expuesto gravemente los alcances de esta solicitud estatal y social que está creando tan serias inquietudes al Poder Público, a la seguridad social y al Cuerpo Médico, con problemas de tanta envergadura como son los propios de la Higiene, la Medicina legal y la del trabajo, la medicina profiláctica de las Fábricas, la Eugenesia y la Justicia civil en cuanto a la procreación condicionada con o sin intervención del varón, el gravísimo de los seguros sociales y tantos otros donde la medicina-ciencia debe decir la verdad.

Pero más aún es solicitada la Medicina por el individuo, por el hombre. La medicina a este respecto aporta a la civilización una contribución singular, pues si como todas las ciencias tiende al bienestar del hombre ella además busca la capacidad del hombre para poder gozar, los bienes así allegados. Las ciencias exactas, las físico-químicas y las biológicas son un medio indispensable para la medicina y para la formación de médico pero insuficiente e imperfecta para resolver los problemas que el enfermo plantea a la mente y al corazón. Es menester además la ciencia del hombre: la psicología, la estética, la moral, la sociología y aun la metafísica le son necesarias.

El estudio del hombre máquina basado en la rigurosa observación y en la experimentación fisiopatológica, lleva al médico por un camino sólido, pero en el cual a cada paso se siente el desamparo. El médico filósofo, el médico humanista y humanizado que no concibe los males que expresa el cuerpo como independiente del alma no está desamparado; posee una compañía que le consuela y le permite consolar al que sufre.

Nosotros médicos debemos estar muy cerca del pragmatista técnica y especializado para un fin simple pero por lo mismo más perfecto y muy cerca del científico de visión panorámica y de horizontes dilatados puesto que ellos están haciendo una Patología y una Fisiología y una Terapéutica cada vez más exactas valiéndose de la medicina experimental. Sobre éstas se desenvuelve la construcción airosa del arte médico que procura conservar la salud y curar la enfermedad.

Es arte conversar con el enfermo, intuyendo su preocupación, su angustia, su amistad, su temor y por simpatías sentirlos con él; es arte recoger con análisis perfecto los datos de la evolución morbosa; buscar con destreza irreprochable los signos accesibles a los sentidos



Profesor ALFONSO URIBE URIBE

y los que las técnicas de las ciencias aplicables a la Medicina pueden suministrar; integran en síntesis exacta el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento que será el alivio del cuerpo y el sedante de ánimo para el enfermo y para los que le rodean y por él se interesan. Y arte es en fin no ser nocivo en ningún momento ni al cuerpo ni al psiquis de nuestro enfermo o sus parientes.

Así he comprendido la medicina y la he ejercido como Clínica a la cabecera del enfermo, en la alcoba, colmada de la zozobra de lo

que puede ser fatal, o en el gabinete de consulta pleno por las esperanzas de la salud y la vida. Así la he demostrado a quienes han querido estar a mi lado, y ello me vale, me parece el título que ustedes han querido darme, de maestro que no merezco por que haya aportado a las ciencias ni lo merezco por que haya acrecentado la técnica. Pienso que apenas si lo justifican en entusiasmo, la buena voluntad y el desinterés con que en todo momento he demostrado mi personalidad como médico y los medios que han contribuído a formarla. Esta es mi enseñanza. Si ella ha sido útil no puedo menos de brindar agradecido por todos ustedes, feliz de ver que los enfermos sanan por que los discípulos bien trabajan.

Estudio Microscópico del Sedimento Gástrico

Por el doctor Luis Felipe Fajardo Lobo-Guerrero

El examen del sedimento gástrico no se ha hecho rutinario entre nosotros. Es claro que no puede ser por sí solo una prueba corriente, pero se debería efectuar en cada Gastracidograma y en cualquier incubación diagnóstica o terapéutica de las vías digestivas.

Si se tratase de un examen difícil su omisión sería comprensible, pero para llevarlo a cabo, tan sólo son necesarios los elementos que se usan en Coprología.

La técnica empleada debe ser la siguiente: el jugo gástrico recién obtenido se filtra por una gasa para eliminar las gruesas partículas de moco, que siempre posee. En seguida se centrifuga a una velocidad promedio de mil revoluciones, durante 3 minutos; no es necesario emplear estrictamente esta velocidad; puede tenerse en cuenta como índice útil, el hecho de que el jugo gástrico bien filtrado siempre da un sedimento apreciable.

Obteniendo este residuo, que es más o menos sólido, se coloca, en una lámina solo, y mezclado con solución fuerte de Lugol en otra; las preparaciones se cubren con sendas laminillas y se miran al microscopio.

Este es el examen simple que siempre debe hacerse.

Los elementos hallados en el residuo son muy variados y ellos pueden indicar ya la normalidad, ya un síndrome o una entidad definida.

He clasificado estos en cinco grupos: Células, Parásitos, Bacterias, Residuos alimenticios y Elementos de eliminación.

El primer grupo es el más abundante; por medio de las coloraciones citológicas especiales (Papanicolaou) he podido diferenciar las

siguientes: Células de epitelios estratificados (boca, faringe, esófago) que según la intensidad de la descamación varían de la basal a la célula completamente cornificada (en la mujer cambian de acuerdo con el ciclo menstrual).

Células glandulares que pueden provenir de las glándulas salivares, del estómago, del duodeno y aún de las vías biliares.

Hay un número variable de Leucocitos provenientes del árbol respiratorio y la boca; pasan por diversos estados de digestión perdiendo primero el citoplasma y luego el núcleo. Los Hematíes son más o menos abundantes según de la lesión de la cual provengan.

Por último, las coloraciones especiales ponen de manifiesto, en un pequeño porcentaje de casos, células cancerosas más o menos diferenciadas. Empleando novísimas técnicas (sonda de Papanicolaou, grandes lavados del estómago, etc.) es posible aumentar este porcentaje. También presta gran utilidad al coagular, centrifugar con Formol e incluirlo en parafina para exámenes histológicos.

Los parásitos hallados son en su mayoría huéspedes del duodeno: Trofozoítos y quistes de *Giardia Lamblia*, larvas y huevos de *Strongyloides Stercoralis*, huevos de tenia. En un caso de gran parasitismo encontré huevos de tricocéfalo.

Las bacterias pueden estar diseminadas uniformemente o agrupadas en colonias, son extremadamente móviles. Entré los gérmenes inmóviles anotaré las sarcinas, el bacilo de Boas-Oppler y el bacilo de Koch (coloración de Ziehl-Nielsen). En el caso de un paciente italiano, hallé hongos morfológicamente idénticos al *Esporótrico*.

Los residuos alimenticios son numerosísimos, pero en las condiciones de ayuno en que se efectúa el examen son escasos; varían desde los desechos vegetales (fibras, células) hasta trozos de carne, pigmentos, almidón, grasas, azúcares, levaduras, etc.

Los elementos de eliminación, de que hablé atrás, son en su casi totalidad, los provenientes de las vías biliares como Colesterina, sales de calcio, pigmentos amorfos, cristales de sulfas, etc., y otras sustancias que vienen de segmentos más altos: moco, mielina, etc.

El sedimento gástrico normalmente está constituido así: cantidad moderada de células escamosas con predominio de las de tipo intermedio, escasas células salivares y gástricas, lo mismo que leucocitos. He hallado generalmente algunos gránulos de almidón y grasa neutra, y abundante moco.

Por más de ochocientas pruebas he podido deducir, que basándose únicamente en el examen del sedimento, se puede hacer diagnóstico de cuatro síndromes, a saber: Retención gástrica (aumento

de los elementos normales, presencia de bacterias móviles e incremento muy notable de los residuos alimenticios). Hiperacidez (disminución de todos los elementos normales). Hipoacidez (aumento de las células y de los residuos alimenticios especialmente, presencia de bacterias móviles, sarcinas y bacilo de Boas-Oppler). Inflamación (aumento de las células y en especial de los leucocitos, presencia de hematías).

El diagnóstico positivo de tres entidades puede hacerse en el centrifugado gástrico; ellas son: Parasitismo intestinal. Cáncer digestivo y Tuberculosis (generalmente pulmonar).

No se oculta a nadie la importancia de este examen; pero para que tenga todo su valor es necesario que lo efectúe un experto formado en la práctica rutinaria de esta prueba.

Los fisiólogos están de acuerdo en afirmar que la investigación de B. K. en el jugo gástrico tiene más valor que en el esputo.

Los estudios, que aquí resumo, serán publicados posteriormente con abundantes cifras estadísticas.

Luis Felipe Fajardo Lobo-Guerrero

Una Técnica de Coloración para Diagnóstico Citológico

Por el doctor César Mendoza

Interesado en el diagnóstico citológico de los tumores malignos he venido empleando, desde hace algún tiempo, como colorante el May Gruewald-Giemsa. He utilizado las técnicas corrientes y últimamente la modificación de Renoux (*Revue de Hematologie* 5: 1: 1950) que acorta el tiempo sin mengua de la diferenciación.

En términos generales los resultados obtenidos han sido buenos, sin embargo, algunos preparados no muestran la nitidez deseada; láminas semejantes se tiñen muy bien con la técnica de Papanicolaou. He tropezado con dificultades para el empleo de este tipo de coloración, por lo cual he buscado un sistema que obviando dificultades tales como, tiempo prolongado, múltiples colorantes, rápido deterioro de éstos, etc. de un grado semejante de diferenciación.

Después de algunos ensayos he obtenido buenos resultados con la siguiente técnica:

- 1.—Fijar con alcohol-éter o cualquier alcohol de alto grado de concentración durante 10 o más minutos.
- 2.—Hematoxilina, 3 minutos.
- 3.—Lavar al chorro.
- 4.—Diferenciar en ácido clorhídrico al 0.5 por 100 unos cinco pases.
- 5.—Lavar al chorro.
- 6.—Azul de anilina, 1 minuto.
- 7.—Lavar al chorro.
- 8.—Eosina, 1 minuto.
- 9.—Lavar al chorro.
- 10.—Alcohol de 80, o acetona-carbol-xilol, xilol 1, xilol 2. Montar con Bálsamo del Canadá.

La hematoxilina empleada ha sido con alumbre según las fórmulas usuales.

El azul de anilina según la siguiente fórmula:

Agua destilada 100 cc., ácido molibdicó 1 gm. Agitar y calentar suavemente por 5 minutos. Agregar azul de anilina soluble en agua 0.5 gms.

Disolver. Filtrar. El colorante queda inmediatamente listo para el uso.

Eosina. Solución acuosa al 1 por 100.

Todos estos colorantes conservan su poder largo tiempo.

Los núcleos aparecen teñidos en violeta, los citoplasmas en azul, rojo o combinación de estos colores.

En los frotis vaginales hemos observado que las células superficiales de núcleo picnótico se coloran con la eosina, las de núcleo vesiculoso en tonos azulados o francamente azules. Si tales diferencias de color corresponden a las encontradas empleando las técnicas de Papanicolau o Shorr, no lo sabemos con seguridad, al respecto estamos adelantando un estudio comparativo que nos permita juzgar sobre el valor de la coloración en el estudio funcional; en el diagnóstico de malignidad nos ha parecido muy suficiente.

Acostumbro hacer cuatro frotis, dos los coloco húmedos en el fijador y dos los deajo secar al aire. Algunas muestras toman mejor el colorante si se han secado al aire, otras si fijado inmediatamente.

Coloro con el May Grunwald-Ciensa una de cada una; con el colorante descrito las otras dos. El empleo de dos tipos de coloración tiene alguna ventaja: Las células de la sangre son más fáciles de identificar con la primera, cosa especialmente importante si el material es producto de punción de un ganglio o cualquier estructura hematopoyética. Personalmente diferencio mejor, los histiocitos y demás células libres de los tejidos, con colorantes del tipo Romanosky con lo que evito algunos errores de interpretación.

ESÓFAGO

Hechos sobresalientes de su cirugía (Mundial y Nacional)

Por el doctor Alfonso Donilla-Naer

El Autor, Ex-Jefe de Clínica Quirúrgica de la Facultad Nacional de Medicina de Bogotá; correspondiente de la Academia Peruana de Cirugía; de la Sociedad Argentina de Cirujanos; de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica, etc.

Las primeras operaciones sólo buscaban alimentar el paciente que tenía obstruido el conducto esofágico. Fué la época de las gastrostomías. Así, pues, no se trataba de reseca el tumor o de tratar la estrechez cicatricial. Los nombres de Eggeberg (1837), Blandlot (1841), Bassow (1843), Nelatón (1843) y Sedillot (1846) están unidos a esta primera etapa de impotencia quirúrgica.

En 1872, Billoth, sentó bases importantes en la exéresis del esófago cervical (experimental) y en 1877, Czrny, extirpó un segmento cervical afectado de cáncer; Levy en 1894, reseca experimentalmente el cardias y demuestra que no se presentan trastornos funcionales de importancia.

Luégo viene el período titánico, en que el hombre, conocedor de los temibles efectos del neumotórax, hecho conocido desde Vesalius, busca una vía extrapleural, o se adentra a la pleura, y combate por métodos ingeniosos la grave complicación: Nassilow (1888); Quenue y Hartman (1892-1895) Bryand y Rehn (1895) por vía extrapleural, y Biondi, en (1895) quien llegó al cardias por vía intrapleural, forman el grupo de arrojados cirujanos, que en más de una vez, y sin éxitos sostenidos, le hicieron frente al neumotórax artificial. Mikulicz, en

(1896), con un fuelle accionado mecánica o eléctricamente, intentó las primeras resecciones transpleurales y encomendó a su discípulo Sauerbruch el perfeccionamiento del método. Dobromyslow (1900) pudo en el perro realizar la extirpación extrayendo después el aire por succión forzada.

Como una curiosidad científica citaremos a Levy (1894) quien en perros practicó la esofaguectomía por tracción e invaginación del órgano, introduciéndole una cuerda en su interior. Este método es impracticable en casos patológicos por razones obvias. Con gran satisfacción, citamos al cirujano argentino Andrés Llobet, del Hospital Rawson (1898), (Resano dice en 1900) quien practicó una mediastinotomía izpuierda posterior a lo Nassilow, en una estrechez cáustica, seguida de fracaso. Allí mismo, Posadas, en 1903, practicó una esofagotomía externa por cuerpo extraño. Es interesante anotar que E. Finochietto utilizó el esofagoscopio. En las resecciones cervicales se inició la cirugía plástica. Un tubo de piel restablecía la continuidad: Harker (1887); Bircher (1894); Glerck (1898) y Lexer (1908), contribuyeron eficazmente en su solución. Pero, había un problema que los confundía. ¿Cómo hacer para unir una boca de gastrostomía y el esófago exteriorizado en la región cervical?

Bircher (1894) dió la primera respuesta. Un tubo de piel, por debajo del tejido celular subcutáneo podría unir extremos tan distantes. La lesión torácica o del cardías, como es natural, quedaba intocable, y se obtuvieron supervivencias cortas. La caquexia aceleraba el proceso. Wullstein (1904) realiza en el cadáver el ascenso de un asa yeyunal, y así, consigue reducir el tamaño del tubo de piel antetórácico de Bircher (una anastomosis de Roux restablece la continuidad yeyunal). Roux, en 1907, intenta este procedimiento en un muchacho de 17 años con estrechez cicatricial, y logró la anastomosis a la altura de la 2ª costilla (esófago y asa yeyunal). Fracasó en su intento. En 1905, Gluck y Perthes, con plastia pretorácica cutánea unieron el orificio cervical y el de gastrostomía con éxito. Torek (1913) y Turner (1929) y otros continuaron éste procedimiento.

El éxito relativo de Roux animó a otros y vinieron las modificaciones. La más llamativa es la de Herzen (1908), ya que viene a ser el fundamento de la técnica propuesta hoy día por Harrison, y en la cual se utiliza la vía endotorácica con ascenso hasta el cuello, de un asa yeyunal, que pasada previamente por el mesocolon transversal y por el gastrohepático gana en longitud extraordinariamente. El paciente de Herzen murió a las pocas horas. En 1911, Kelling usó un segmento del colon y el paciente murió a los 15 días de la segunda interven-

ción. Vulliet, en el mismo año, propone la utilización del colon transverso con cuidadosa conservación de su meso, y dos años después, Fink, utiliza el estómago quitándole sus mesos. Lo pasa subcutáneo antetorácico, y completa la distancia con una plastia cutánea. El paciente sobrevivió algún tiempo y murió de caquexia cancerosa. Kiruschner, 7 años después, (1920) logra el ascenso de todo el estómago y la anastomosis. En 1916, Esser, con un tubo de piel epitelializado con injertos de Thiersch, obtiene un éxito.

En 1911 y 1912, se inician las plastias gástricas con el fin de obtener de éste órgano un tubo más o menos largo y así, llevarlo hasta el esófago cervical. Aunque el procedimiento haya sido propuesto por Beck y Carrell (1905) sólo Hirsch (1911) lo intentó con un colgajo de la cara anterior del estómago. Este autor (comentado por Lotheisen) no pretendía hacer un esófago, sino su parte inferior y reemplazó el resto con un tubo de piel. En 1912, Jainu, propone una modificación a la de Hirsch; para ello usa la gran curva gástrica, conservando la arteria gastro-epiploica izquierda.

Como se ve, estas experiencias realizadas en largos años, desistían de la vía endotorácica, y no hacían más que restablecer, o intentaban hacerlo, la obstrucción del esófago por vía antetorácica, no importa si con intestino o con piel, o combinación de ambos, dejando in situ el tumor. Quedaron en el olvido los magníficos intentos de Levy en 1894, y Biondi (1895) quienes resecaron el cardias en el perro por vía torácica, demostrando que no sobrevenían problemas con la anastomosis esofagogástrica; y los estudios de Lobromysslaw (1900) quien realizó lo mismo extrayendo forzosamente el aire de la cavidad pleural una vez terminada la resección del cardias, y especialmente, en 1904, los trabajos de Mikulicz con la cámara de tensión diferencial que perfeccionara después su discípulo Sauerbruch, y que no alcanzó éxitos por el exceso de tensión de las suturas. Aún, en 1905, Sauerbruch, sólo vislumbra la posibilidad de extirpar en el hombre tumores del extremo inferior del estómago torácico. Sin embargo, hubo valerosos intentos esporádicos entre 1905 y 1913, año en que Zaaiker, obtuvo el primer éxito transpleural. Wendel (1906) utilizó la vía transpleural y usó un botón semejante al de Murphy, para la anastomosis, y el aparato de tensión diferencial de Mikulicz-Sauerbruch. Falleció el paciente de hemorragia a las 24 horas. Euttner (1908) fracasó en casos semejantes por dehiscencia de la anastomosis. En 1909, Tiegel, idea un botón semejante al de Murphy, método en el cual se fincaban las esperanzas en ese entonces. Kummel (1910) obtiene una supervivencia máxima 7 días en tres intentos de resección del tercio inferior. Su

pesimismo no puede ser mayor cuando dice: "He perdido toda esperanza en estas operaciones y no la recobramos fácilmente".

En 1912, en Buenos Aires, E. Finochietto, realiza varias toracotomías exploradoras por cáncer y al parecer, no intenta resecciones. En 1913, Zaaiker, pensó que la exéresis era muy realizable por vía transpleural si seguía los mismos principios que él mismo utilizara con éxito en un profundo divertículo del esófago.

En 1913, 14 de marzo, Torek, obtiene el primer éxito duradero de extirpación de un carcinoma que estaba por debajo del cayado aórtico. En este mismo año, Zaaiker, reseca un segmento del esófago torácico por cáncer y utiliza la baroanestesia. Aunque algunos autores consideran que este fué el primer éxito transpleural, no hay dudas en la prioridad de Torek. En este mismo año y siguientes, Kummel, Bircher, Denk y otros, realizan intervenciones más o menos semejantes y completas. Vale anotar que un cirujano argentino, Bengolea, en 1918, realiza la misma intervención y la enferma fallece a los 22 días de infección, pleural, y que E. Finochietto en el mismo año, reseca el nervio aurículo-temporal para cortar la sialorrea de los cánceres del esófago.

La gran guerra de 1914-1918, paralizó actividades, y sólo en 1920 se inicia el período de mayor interés y mejores éxitos Kierschmer (1920) como ya se dijo, logra el ascenso pretorácico, subcutáneo, del estómago sin mesos, y lo mismo Hedblom (1922); Gregoire (1923); Clairmont (1924) y Lotheissen (1924) presentan trabajos interesantes, preconizando la vía transpleural, con excepción de Gregoire, quien intentaba a toda costa la vía extrapleural y peritoneal, obteniendo siempre fracasos. Eggers (1925) operó un caso con la técnica de Torek con resultados inmediatos buenos, y desde ésta época, comienza a implantarse la vía transpleural preconizada con entusiasmo por Lotheissen (1924) y ya iniciada por Levy y Biondi y Dogromyslow en el perro, y Mikulicz en el hombre. La practican: Fischer, Starr y Kleinschmidt (1926).

En 1923, en Latinoamérica, Enrique Finochietto, opera con éxito en la Argentina un divertículo faringo-esofágico, y en 1928, realiza la operación de Heller (cardiotomía extramucosa), siendo la primera en su país. Torek en 1925, publica las primeras estadísticas, con una mortalidad en su hospital, de 92.8 por 100.

Eggers (1930) realiza con éxito una esofagectomía por debajo del cayado aórtico y restablece la continuidad con un tubo de caucho, y E. Finochietto, en 1934, opera un divertículo epifrénico del esófago, con éxito.

La década siguiente (1930-1940) podemos llamarla del *renacimiento*, y la actual (1940-1950) del *florecimiento*. En 1933, Eggers, de 13 casos obtuvo 4 supervivencias de varios meses. Turner (1934) hizo una esofaguectomía amplia con restablecimiento antetorácico, y O'Shaughnessy y Rayen (1934) en extenso estudio plantean las posibilidades de extirpar radicalmente el esófago en diversas alturas. King (1936) en tres tiempos, realizó con éxito la operación de Torek para un carcinoma situado por debajo del cayado de la aorta. También logran éxitos con el procedimiento de Torek; Muir (1936), Edwards y Lee (1936), Nissen (1937), Scott (1938), Garlock (1938) y Marshall. Este último autor fue el primero en Norteamérica en practicar con éxito una resección endotorácica del tercio inferior (1937), y le siguió Phemister en (1938), en un caso de anastomosis alta por encima del cayado de la aorta. Cerramos esta década con la invención del "separador torácico con cremallera irreversible" del genial *Enrique Finochietto* (1936) *de uso universal adoptado por la Sanidad Militar de Norteamérica*.

La época floreciente (1940-1950) no sobra el decirlo, se debe a los adelantos de la anestesiología (barcanestesia); al uso de grandes transfusiones sanguíneas sin peligro, antes, durante y después de la intervención; al uso de la quimioterapia y de los antibióticos; a las mejores técnicas e instrumental; al trabajo en equipo incluyendo internista, cardiólogo, endoscopista (esófago y árbol bronquial), enfermeras especializadas, y al mejor conocimiento de la mecánica cardio-pulmonar post-toracotomía y de los procesos íntimos del shock quirúrgico. Así, en 1940-42, Churchill y Swett, operan 21 pacientes y sólo en 6 practican la resección. Sobrevivieron 5 a la intervención. Estos resultados fueron los mejores informados en los EE. UU. hasta esa época (Phemister). No había dudas de que la vía transpleural es la de elección.

E. Boros (1945) revisó 332 casos de carcinoma tratados en el New York City Hospital for Cancer por los diversos métodos físicos y quirúrgicos. Encontró que la gastrostomía no alargaba la vida de los pacientes, y que no se pudieron operar 7 casos llevados a la toracotomía, y concluye, que los resultados quirúrgicos han sido uniformemente malos. Las diversas comunicaciones de Garlock, Ochsner-De Bakey, Wookey, Churchill y otros, son opuestas a la de Boros y singularmente halagadoras.

Sweet, recientemente (1944) sustituyó la técnica de Torek por la resección y anastomosis esofagogástrica alta, endotorácica, con el convencimiento de que, "aunque sólo sea por 6 semanas o un año la inter-

vención debe ser intentada". Garlock, uniformizó la técnica de la anastomosis por encima del cayado de la aorta en las resecciones amplias del segmento torácico del esófago.

De 1942 a esta parte, se han hecho multitud de comunicaciones sobre el particular, con éxitos cada vez mejores. Si exceptuamos las brillantes estadísticas de Sweet (15.9 por 100 de mortalidad entre 189 casos y 23 por 100 en las resecciones del segmento medio-torácico) y las de Yudin de Moscú, quien en 1943 obtuvo 86 éxitos entre 88 casos, utilizando plastias y anastomosis pretorácicas, los resultados actuales, como promedio, no pasan del 60 o 70 por 100 de éxitos. Así, De Freitas et al, de 9 operados, 4 vivían a los 15 y 32 meses; Goñi Moreno, en 1949, en tres años, da un 60 por 100 de mortalidad, y en segunda experiencia, entre 20 anastomosis, 9 murieron, y en los primeros meses de este año de 6 casos, 3 tuvieron éxito inmediato.

En 1948, Mess, de Transvaal, propone nuevo método de plastia del estómago, utilizando la curva menor, con el deseo de alargar el órgano y poderlo llevar incluso hasta la región cervical, intra o antetorácicamente. Bricker et al, de la Universidad de Washington, utiliza un tubo cutáneo, que ya anastomosado con el esófago cervical, se introduce al tórax en un segundo tiempo, y así, obtuvieron la continuidad del canal en una paciente de 62 años.

Como una muestra de los grandes adelantos de la cirugía del esófago, están las comunicaciones de Sandblom (1949) y de Brigger (1949) quienes han operado con éxito atresias congénitas del esófago con fístula esófago-traqueal en recién nacidos, destruyendo primero la fístula y terminando la intervención con una anastomosis término-terminal del esófago. Uno de ellos, Sandblom, da un 25 por 100 de mortalidad. En 1948 (abril) Sweet, logró el ascenso del estómago a la base del cuello pasándolo por el tórax, y facilitando la maniobra con la resección del tercio interno de la clavícula y de la primera costilla. La más brillante contribución a la solución de la cirugía del esófago cervical, que evita las desventajas de la conocida operación de Wookey, y las de Sweet, es la representada por Albert Wilson Harrison, de Galveston, en la vigésima octava reunión de la Asociación Norteamericana de Cirugía Torácica. Consiste en ascender a través del tórax y llevar hasta la base del cuello y proximidad de la faringe un asa del yeyuno, bien irrigada, previamente pasada por el mesocolon transversal y el epiplón gastro-hepático. En final queda: faringe yeyunostomía, y yeyuno-gastrostomía, habiendo conseguido el tránsito intestinal con una yeyuno-yeyunostomía término terminal. Realiza la intervención en tres tiempos y sus resultados han sido excelentes en dos casos. Sweet, en

esa reunión la reconoció superior a todas sus experiencias. Rhienhoff, le criticó el primer tiempo, pero reconoce que éste sería el procedimiento ideal para las resecciones totales del esófago, y Craford, de Estocolmo, dijo que por cirujanos rusos que le visitaron, se informó que Yudin tenía más de 200 casos similares. De ser cierto, este dato, y es muy probable por la brillante experiencia ya citada de este autor, el honor de la técnica le correspondería a él.

Cirugía del esófago en Colombia.

El primer cirujano que sepamos —que trató quirúrgicamente una lesión del esófago, fué el Prof. Pompilio Martínez en 1931. En conferencia del 4 de mayo presentó un caso curado de cardioespasmo, en el cual utilizó la técnica de Mikulicz (dilatación manual forzada del cardias, previa gastrostomía transversal). En dos casos más, las dilataciones con olivas vencieron el espasmo.

La cirugía experimental del esófago la iniciaron en el Laboratorio de Cirugía de la Facultad Nacional los Profesores Manuel José Luque y Santiago Triana Cortés. Los primeros intentos de anastomosis anteriorácica, del Prof. Luque, fracasaron. En los últimos años se han realizado buen número de resecciones, algunas con resultados alentadores Hernando Anzola Cubides, Mario Negret, Santiago Triana, Luis F. Rojas Turriago, César A. Pantoja, Iván Gil, Luis Piñeros Suárez, Augusto Britton, Carlos Camacho, y el que escribe, entre los nacionales; y George H. Humphreys y Ronald W. Raven, entre los extranjeros.

La primera resección del esófago (cuarto inferior) con éxito, la realizó Anzola Cubides en junio de 1948 por cáncer. El Prof. H. Humphreys, en noviembre de 1948, extirpó casi todo el esófago torácico (Instituto Nal. de Radium) y el paciente sobrevivió 3 meses. Seis meses después, nosotros teníamos la suerte de realizar con éxito una resección igual, con anastomosis por encima del cayado aórtico (4 de marzo de 1949, en el mismo Instituto). En la actualidad, goza de buena salud la paciente. Es pues, el primer caso colombiano de resección del esófago torácico seguido de éxito. Raven (abril de 1949) operó 4 casos uno de ellos en Medellín, todos del cuarto inferior (2 fracasos). Anzola Cubides realizó la segunda resección del esófago torácico. Tuvo que reoperarlo por fístula gástrica alejada de la anastomosis, y el paciente murió pocos meses después de metástasis.

De estas resecciones y anastomosis por encima del cayado aórtico, tienen casos en la actualidad en buenas condiciones: Pantoja (1); Bri-

ttton (1) y nosotros (3). De esófagogastrostomía baja y esófago-yeyunostomía; Iván Gil (Medellín); Rojas Turriago, Triana Cortés, Britton, Carlos Camacho y Luis Piñeros Suárez. Respecto a esofagoplastias: Anzola y Negret (los primeros); Lope Carvajal Peralta (Bucaramanga) y Gil, en Medellín. La primera esofago-gastrostomía transtorácica, por acalasia, la realizamos nosotros, hace un mes, con éxito. La primera esófago-yeyunostomía, la realizó con éxito en Bogotá el doctor Britton a fines de 1949, y una intervención similar fué realizada por nosotros en Cartagena (Hospital Naval) en el Congreso Médico del Centenario de la Facultad. El paciente murió al mes de dehiscencia de las suturas. En ambos, se hizo hemipancreatectomía y éspenectomía.

Los casos de mayor control son: uno de Anzola Cubides, desde junio de 1948, y cuatro nuestros, tres de ellos con más de un año, en buenas condiciones. Como ya lo anotara el Prof. Manuel José Luque, "*Los colombianos todavía no podemos hablar de resultados; no tenemos respaldo de cifras suficientes y carecemos de la sanción del tiempo*".

No queremos terminar este breve itinerario de nuestra cirugía del esófago, sin mencionar al doctor Juan Marin técnico en anestesiología, cuya colaboración, unida a las de sus discípulos, ha sido definitiva en esta primera etapa de labores, y en especial su valiosa contribución a la cirugía endotorácica, al utilizar únicamente el Penthotal sódico, en dosis ínfimas, reduciendo las tan frecuentes complicaciones pulmonares de nuestro altiplano.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Boros E.—Carcinoma of the Esophagus. A Surgey of 332 cases. *Gastroenterology*. 5; 106, 1945.

2ª Bricker. E. M. Brrfbrd T. H. and Eisman, B.—*The use of pedicle grafts in carcinoma of upper esophagus* J. Thoracic Surg, 18: 304, June, 1949.

3º Bigger, I. A.—Treatment of congenital atresia of esophagus with tracheoesophageal fistula. *Ann. Surg.*, 129: 572, may, 1949.

4º Campo Posada Arturo.—Crónica del Hospital de San Juan de Dios. *Rev Médica de Colombia*, 1 (10): 694, mayo 31.

5º Churchill, E. Band Sweet.—*Anales de Cirugía*, 1: 18, de 1942.

6ª Goñi Moreno, Iván.—*La Prensa Médica Argentina*, 36: 1075 Sept de 1949.

7º Kirschner, n.—*Técnica Operatoria General*.

- 8º *Manrique Izquieta, José.*—Circulación Artificial (Primeras Experiencias). Rev. Ecuatoriana de Higiene, y Med. Tropical. 5: 147, julio-diciembre de 1948.
- 9º *Mcoss, G. M.*—New Method of Esophagoplasty. Journal International College of Surgeons, 11: 270, de 1948.
10. *Pack, J. T.*—Cáncer of the Esophagus and Gastric Cardia. Mosby 1949. (Varios capítulos, Sweet. De Bakey y Ochsner, Reynolds y Young, etc.).
11. *Puyó Villafañe Eugenio.*—Toraco-transversolaparotomía. La Semana Médica. 18 de agosto de 1949.
12. *Resano, J. H.*—La Prensa Médica Argentina, Nº 32, pág. 1534.
13. *Sandblom, Ph.*—Treatment of congenital atresia of esophagus from technical point of view. Acta. Chit Scandinav. 97: 25-34 de 1948.
14. *Taylor, E. R. and Clagett, O. Theron.*—Proceedings of the Staff Meeting of the Mayo Clinic, August, 31 de 1949.
15. *Yudin, Serge.*—The surgical construction of 80 cases of artificial Esophagus. Surg. Gyn. and Obsts, 76: (6): 561-583, June de 1948.

Bogotá, agosto de 1950

Alfonso Bonilla Naar

Variaciones hechas a la Técnica de la Amigdalectomía con el Aparato Sluder Ballanger de doble lámina

Por el doctor Carlos G. Archila M.

Hace precisamente cuatro años que sucedió en el Servicio Médico Escolar, a mi estimado colega y amigo doctor Jorge Suárez Hoyos y a él debo la enseñanza de la técnica quirúrgica de la amigdalectomía en los niños por el empleo del aparato conocido con el nombre de Sluder Ballanger.

Durante mis años de ejercicio profesional, practiqué sistemáticamente en los niños la amigdalectomía por disección y lo consideraba el método de elección, sin dejar de apreciar, que presenta grandes dificultades en su ejecución, ya por que la anestesia general para esta intervención es demasiado prolongada por ser un poco demorados los tiempos quirúrgicos de ella y los pequeños pacientes se despiertan con gran facilidad, poniendo en apuros al anestésista y al mismo cirujano, que tienen que iniciar de nuevo su trabajo, alargando por lo tanto la operación.

Invitado por el doctor Suárez Hoyos, al Hospital de la Misericordia en donde él efectuaba semanalmente varias intervenciones a los niños de las Escuelas Públicas de Bogotá me convencí que el procedimiento del Sluder es del una extrema simplicidad, en manos de este hábil cirujano, y desde entonces me formé el propósito de aprenderlo para lo cual le pedí me permitiera practicar algunas amigdalectomías controlado con su sabios consejos y enseñanzas.

Hoy, después de cuatro años de haber trabajado constantemente y de haber practicado alrededor de 1.100 amigdalectomías me siento autorizado a recomendarlo como el método ideal.

Clasificación de los pacientes.

El Servicio Médico Escolar de Bogotá es sin duda uno de los más concurridos y se puede decir sin temor a equivocarse que por lo menos una vez al año, consulta cada uno de los niños que pertenecen a las Escuelas Públicas y que suman alrededor de 15.000; naturalmente el número de enfermos de las amígdalas es también numeroso y teniendo en cuenta la repercusión tan grande que tienen las afecciones de la garganta sobre el rendimiento intelectual de los pequeños pacientes se procura atender de una manera cuidadosa, estas afecciones que en muchos de los casos justifican la intervención quirúrgica. Así es que el especialista trata de clasificar de una manera precisa los casos que necesitan la intervención, bien porque las amígdalas son crípticas e infectadas y corresponden a enfermos que han tenido anginas a repetición que les hacen perder considerablemente días y días de Colegio o a enfermos que tienen complicaciones más serias como son dolores reumáticos frecuentes, abscesos de las amígdalas, trastornos digestivos, etc., etc.

En la historia clínica después del examen detenido del estado de la amígdala se hace constar el tamaño aproximado de este órgano, y que corresponde al tamaño de la lámina que se debe emplear en el aparato usado para la intervención, y así se clasifican en los tipos número uno que corresponde a las amígdalas de tamaño pequeño; número 2 a las amígdalas que corresponden al tamaño medio, y número tres a las amígdalas de gran tamaño. Una vez hecha esta constancia en la historia del paciente se envía con una orden especial al Laboratorio Municipal de Higiene, en donde le hacen el examen de la coagulación, tiempo de sangría, protrombina y calcio.

Si encontramos que existe una coagulación retardada, es decir que pase, por ejemplo de 14 minutos, de tiempo de coagulación, de 8 minutos de protrombina, y de 5 minutos de tiempo de sangría, lo preparamos como sigue: se le trata durante una semana con una inyección diaria de extracto hepático y de calcio; durante la siguiente semana con una inyección diaria de etaneo y cabitín, y al cabo de dos semanas se puede asegurar que todos los tiempos de coagulación, protrombina, calcio etc., son normales, y se puede intervenir sin ningún riesgo.

Cuando el tiempo de coagulación pasa de 16 minutos, el de protrombina de 11 minutos, entonces la duración del tratamiento será de tres semanas al cabo de las cuales, se hace una segunda prueba de

control de coagulación, y si éste es satisfactorio se interviene y si nó se aplaza por una semana más.

Semanalmente se envían al Laboratorio 8 o 10 exámenes, y así se mantiene un cupo de enfermos preparados para operar que en ningún caso bajan de seis por semana efectuándose estas intervenciones los sábados en el Hospital de la Misericordia, calculándose un promedio de 24 operaciones mensuales o sean 240 anuales en los diez meses del curso escolar, fuera de los casos del Hospital de la Misericordia, que corresponden a niños nó escolares, y que suma 2 o 3 por semana.

El siguiente es el cuadro de las operaciones de escolares en los cuatro años que llevo al frente del servicio:

Número de intervenciones efectuadas en los cuatro años según consta en los libros de estadísticas, llevados cuidadosamente en el servicio médico escolar.

	Año 1946	Año 1947	Año 1948	Año 1949
Febrero.	Op. 9	11	26	1
Marzo.	Op. 5	18	19	12
Abril.	Op. 14	23	30	23
Mayo.	Op. 21	32	21	26
Junio.	Op. 25	13	18	34
Julio.	Op. 25	11	11	23
Agosto.	Op. 28	27	27	27
Septiembre.	Op. 35	33	36	39
Octubre.	Op. 28	34	28	28
Noviembre.	Op. 13	1	12	12
Diciembre.	Op. 0	23	5	12
	-----	-----	-----	-----
	203	226	233	225

Operaciones efectuadas en el Hospital, para niños no escolares.

Año 1946,	80 operaciones.
Año 1947,	80 operaciones.
Año 1948,	60 operaciones.
Año 1949,	70 operaciones.

TOTAL 290

Suma total de las intervenciones practicadas en niños escolares y no escolares en el Hospital de la Misericordia durante los cuatro años.

TOTAL 1.107

Segundo tiempo. *Limpieza de la boca.* Antes de practicar la amigdalectomía se hace a los pequeños pacientes un examen completo de la dentadura, y si algunas de éstas están en mal estado se ordena su reparación o extracción.

Tercero. *Anestesia.* La efectuamos con la mezcla de Schlich con el aparato de Ombredane o simplemente con una masquirilla común hecha con una compresa; esta no debe ser muy profunda lo que determina en muchos casos fenómenos axfícos por las pequeñas partículas de sangre que puedan irse a la tráquea, o al menos pueden producirse fenómenos de tos o cualquier otra molestia que dificultan la maniobra operatoria. Generalmente se les duerme con lo que se llama anestesia a la reina, que sin ser muy profunda permite efectuar los tiempos operatorios que son muy rápidos.

Instrumental. Mis primeros ensayos los hice con el Sluder de lámina sencilla que es más liviano y de más fácil manejo, pero que ofrece el inconveniente de que es necesario mantener una presión constante, al hacer la toma de la amígdala y la hemostasis es menos perfecta que con el de lámina doble, sin embargo en muchos clientes de mi clientela particular lo he usado sin que nunca se me haya presentado un caso de hemorragia.

En el Servicio Médico se usa, el Sluder Ballanger del tipo Martin con tres guillotinas, grande, mediana y pequeña, que corresponden a los tres tamaños de las amígdalas, que describí al principio de este trabajo, como los tipos número 1, número 2 y número 3. Además de este instrumento, que podemos llamar, el instrumento maestro, hay otros coadyuvantes como son: abre-boca americano Whitehead; Segundo, Baja-lenguas. Tercero, Pinzas hemostáticas amigdalíanas. Cuarto. Taponos de gasa montados en sus piezas, de forsiapresura. Quinto, Compresas de gasa cuadrangular. Sexto, Adenotomo de canastilla.

Técnica. Se coloca el abre-boca de Whitehead que debe abrirse en dos tiempos con suavidad y lentitud evitando que los labios del enfermo puedan quedar prensados con las ramas del aparato, el cual debe tomar apoyo sobre los dos caminos superiores, y los incisivos inferiores.

Manejo e introducción. Segundo tiempo. Con el índice y el medio de la mano derecha bajamos la lengua, y empuñamos el Sluder con la izquierda principiando siempre por este lado; el pulgar pasa por detrás de la rama posterior, los cuatro dedos restantes pasan por delante de la rama anterior, el mayor y el anular entran en la anilla, siendo ellos los que hacen activar la palanca que impulsa la hoja roma, la hemostáti-

ca, que será la primera en actuar. El índice queda sobre el gatillo colocado más superiormente y acciona la palanca para la hoja cortante. El meñique se apoya sobre la saliente de la palanca cremallera, y activa sobre ella cuando queremos soltar la presa amigdaliana para rectificar la toma cuando no ha quedado bien hecha.

Toma de la amígdala. Introducido el aparato en la boca se hace con los dedos, índice y medio, de la mano opuesta, presión sobre la lengua de modo de poner en descubierto la amígdala hasta donde sea posible, especialmente su polo inferior que debemos enganchar el primero en el anillo, lo cual se consigue, dirigiendo el aparato hacia abajo y hacia atrás, hacia el ángulo dietro formado por el borde posterior de la amígdala y el pilar posterior; una vez introducido el polo inferior en el anillo, se dirige hacia arriba de modo de introducir el polo superior que debe entrar igualmente en el aparato. En seguida se hace girar el aparato formando un ángulo recto con la rama horizontal del maxilar inferior. Hecho ésto se dirige el aparato presionando sobre el pilar anterior, procurando con el índice y el medio, de la mano opuesta hacer un masaje suave y continuo sobre la cara anterior de la amígdala que va penetrando de una manera inesperada en el anillo produciendo una sensación táctil especial cuya apreciación no se puede captar sino después de haber verificado un buen número de amigdalectomías; en algunos casos el polo superior de la amígdala es encastillado en la celda, y al hacer presión con el aparato sobre el pilar anterior, se dibujan sus contornos por transparencia a través de la mucosa de este pilar, en cuyo caso se debe hacer un masaje, de arriba hacia abajo de modo de conseguir la introducción de la pieza en el aparato. La maniobra del masaje de la amígdala, debe ser hecha con la yema de los dedos y nó, de una manera brutal, ni con la uña que podría determinar la desgarradura del pilar anterior, o al menos de la mucosa que lo recubre.

Una vez seguros de la introducción completa de la amígdala, se cierra la lámina hemostática, que hace la toma completa y la hamostasis, entonces se hace girar el aparato hacia la parte media de la boca, al mismo tiempo que se apoya el dedo correspondiente sobre el gatillo que acciona la lámina cortante, inclinando al mismo tiempo el aparato hacia abajo, con lo cual se provoca el destroncamiento definitivo de la amígdala. Este movimiento debe ser muy suave, sin hacer tracciones violentas que aparte de ser antiestéticas, es desagradable a la vista. El doctor Suárez Hoyos, mi gentil maestro, acostumbraba a operar primero la amígdala derecha, pero poco a poco, nos fuimos dando cuenta que, al principio de la operación por la derecha producía inundación de

sangre del campo operatorio y teniendo en cuenta, que la mano izquierda es más torpe para maniobrar, la toma de la amígdala izquierda, era más difícil, por lo cual resolvimos operar, primero la amígdala izquierda, y luego la derecha.

Naturalmente cuando se dispone de un aparato de succión, que pueda chupar fácilmente la sangre que se produce, y que despeja convenientemente el campo operatorio, es indiferente operar la derecha o la izquierda en primer lugar.

Tercer tiempo. *Hemostasis*. Aparte de la hemostasis efectuada por la misma lámina hemostática del aparato, sucede que en algunos casos se produce en la celda dejada por la extracción de la amígdala, pequeñas hemorragias en capa o hemorragias capilares, más o menos abundantes y que deben controlarse lo más rápidamente posible, para lo cual, acostumbramos a emplear lo que llamamos la hemostatis cruzada, es decir, la presión del tapón, montado en la pinza correspondiente, y tomado en la mano derecha para la amígdala izquierda, y en la mano izquierda para la amígdala derecha, cruzando como se vé las dos pinzas, y ejerciendo una presión suave y continuada sobre las células anotadas.

Cuarto tiempo. Consiste en la retirada del abre-boca limpiando previamente, la lengua y encías de los coágulos que hubieran podido quedar al efectuar la intervención.

Quinto tiempo. Auncuando parezca que nos salimos del tema, hemos resuelto en todos los casos de amigdalectomías practicar sistemáticamente y al mismo tiempo la adenectomía, pues estamos seguros por la enseñanza que nos ha dado la experiencia en los cuatro años que llevamos de trabajar que todos los niños cual más cual menos, tienen vegetaciones adenoides más o menos abundantes y que conviene estirpar simultáneamente con las amígdalas con lo cual se evitan los catarros frecuentes, las rinitis, y las otitis medias, que se presentan al tenor de cualquier gripa o resfriado que tenga el paciente.

Inspección de la celda. La inspección de la celda a los ocho días de efectuada la intervención, la hacemos indefectiblemente para darnos cuenta de si ella ha quedado con sus paredes lisas, absolutamente indemnes de desgarradura, y sobre todo observamos si hay coágulos producidos por pequeñas hemorragias, que haya que retirar con una pinza de corazón apropiada.

En los 1.107 casos que se han operado en estos cuatro años, habrá habido un cuatro por ciento de hemorragias inmediatas, que hemos controlado un dos por mil, de hemorragias tardías que se controlaron también fácilmente. Solamente un caso de los operados el año pasado

tuvo una hemorragia grave que hubo que hospitalizar, pues se produjo a los ocho días de efectuada la operación que se produjo a consecuencia de una fuerte gripa, con tos fuerte, y que hubo que tratar con plasma y todos los hemostáticos conocidos, pero que afortunadamente cedió al tratamiento con el plasma, saliendo el enfermito del Hospital 15 días después de su ingreso.

La operación la efectuamos actualmente en el Hospital de la Misericordia simplificando hasta el máximo el acto operatorio y hemos suprimido hasta el fotoforo, colocando al enfermo en frente de una ventana de bastante amplitud y con la luz del día y los rayos solares, que entran suficientemente por ella, hemos podido realizar las operaciones con magníficos resultados.

REVISTA DE TESIS

FRACTURA DE POUTEAU-COLLES

(Tesis para el Doctorado en Medicina y Cirugía.
1946).

Jaime Quintero Esguerra

MERITORIA

Conclusiones:

1ª La fractura de Pouteau-Colles se presenta entre nosotros con una frecuencia del 15 y medio por 100, entre todas las fracturas.

2ª La experiencia nos ha enseñado, que cumpliendo con los preceptos de reducción anatómica perfecta y prudente y adecuada inmovilización, sea cual fuere la modalidad de la fractura de Pouteau-Colles, el resultado es y será siempre bueno.

3ª Debe hacerse siempre estudio radiológico previo a la reducción; pero si éste no fuere posible, debe intentarse la reducción inmediatamente, controlando luego el resultado con los rayos X.

4ª La fractura de Pouteau-Colles debe tratarse siempre de urgencia.

5ª La anestesia local cumple a cabalidad los objetivos que persigue la anestesia en las fracturas: relajación muscular y alivio completo del dolor.

6ª La anestesia local no presenta peligro de ser vehículo de infección, siempre que se lleve a cabo con todas las reglas de la asepsia.

7ª No hemos observado nunca, que la anestesia local inyectada en pleno hematoma del foco de la fractura, produzca retardo en la formación del callo óseo.

8ª Como dosis suficiente, es necesaria una cantidad que oscila entre 5 cc. y 20 cc. de procaína o novocaína al 2 por 100.

9ª Cuatro factores concurren a la obtención del buen éxito que hemos tenido con la anestesia local: seconal, morfina, procaína y la acción anestésica adyuvante que por compresión braquial ejerce el sistema que usamos de contra-extensión fija.

10. Las indicaciones y la forma de empleo de la anestesia en la fractura de

Pouteau-Colles varían según que se trate de casos vistos en las primeras 24 horas, en los primeros 3 días, o después de estos términos.

11. La fractura de Pouteau-Colles, requiere siempre una reducción anatómica perfecta.

12. Hemos observado, que el 20 por 100 de las fracturas de Pouteau-Colles no requieren maniobras de reducción, por el hecho de no presentar desalojamiento, angulación o engranamiento de fragmentos.

13. En el 70 por 100 de los casos, la fractura de Pouteau-Colles está acompañada de fractura de la apófisis estiloides cubital.

14. El procedimiento empleado en la Clínica Central para la reducción de estas fracturas, nos ha dado siempre muy buenos resultados.

15. Es imperioso en todos los casos, antes de proceder a la inmovilización, estar completamente seguros que la fractura ha sido desengranada.

16. Para inmovilizar la fractura de Pouteau-Colles, empleamos con muy buen resultado el aparato enyesado, en Henequín, o el ideado por el doctor Botero Jaramillo.

17. Inmediatamente se terminen las maniobras de reducción, debe hacerse control radiológico, que hay que repetir cada vez que sea necesario. Recomendamos tomar 3 controles en total: el primero después de la reducción, el segundo 8 días más tarde y el tercero al retirar el aparato inmovilizador.

18. La dosis de rayos X, que asimila el enfermo en el acto de tomar radiografías, no ejercen acción retardataria alguna sobre la formación del callo óseo.

19. Durante los primeros días, debe vigilarse a mañana y tarde el estado de los dedos. Posteriormente, el enfermo es controlado periódicamente con el objeto de mantener lo suficientemente ajustado el aparato inmovilizador.

20. Empleamos un promedio de 4 semanas como tiempo de inmovilización.

*

ESTAFILOCOCCIAS ÓSEAS Y SUS RELACIONES CON LA HORMONA SEXUAL

Arturo Peña del Toro. 1945. (Tesis para el Doctorado de Medicina y Cirugía).

MERITORIA

Conclusiones:

1^a Las inflamaciones óseas microbianas son menos frecuentes en el Litoral Atlántico que en el interior de la República.

2^a La hormona folicular en las conejas hace más resistente el hueso a la infección estafilocócica experimental.

3^a La hormona testicular en los conejos, no parece que modifique el curso de las estafilococcias óseas experimentales.

4^a La hormona folicular puede ser un adyuvante en el tratamiento de las estafilococcias óseas de las mujeres. Quizá también pueda serlo de la misma manera la hormona testicular en las de los hombres.

5^a Las inflamaciones óseas microbianas son menos frecuentes en Colombia (Zona Tórrida) que en las zonas templadas.

6^a El tratamiento de las osteonitis continúa siendo un problema médico muy serio.

*

INJERTOS LIBRES DE EPIPLON EN CIRUGIA ABDOMINAL

Por *William Elasmár B.* (Tesis para el doctorado en Medicina y Cirugía. 1947).

MENCION HONORIFICA

Conclusiones:

1^a El epiplón mayor desempeña un papel activo, de vital importancia, en los procesos intra-abdominales, y por este motivo no puede considerarse como una estructura pasiva de importancia secundaria.

2^a El gran epiplón puede emplearse bajo la forma de injertos libres o pediculados, cada uno de los cuales tiene sus indicaciones definidas.

3^a El injerto libre presenta, después de 4 meses, modificaciones histológicas que llevan a la conclusión de que el injerto vive y se convierte en una capa endotelial, que se continúa con el peritóneo normal.

4^a La omentoplastia, realizada según los tiempos de nuestra técnica, reúne todas las condiciones para que el injerto evolucione mejor.

5^a En la aplicación correcta de un injerto libre no se debe olvidar la conveniente peritonización del borde cruento del epiplón mayor.

6^a El tratamiento ideal, preventivo y curativo, de las adherencias peritoneales, es el uso de los injertos libres, pues además de no alterar la fisiología normal del peritóneo, se realizan con elementos pertenecientes al mismo individuo.

7^a Cuando el epiplón mayor participa en la formación de procesos adhesivos no hay que intentar la disección de las adherencias, sino que debemos convertir esa adherencia en un injerto libre.

8^a La mejor indicación de los injertos pediculados, se encuentra en las perforaciones cuyos bordes no pueden suturarse.

9^a Los injertos libres pueden usarse para llenar tres grandes indicaciones:

- a) Sustituírse el peritóneo en los casos en que ha desaparecido.
- b) Detener las hemorragias de los órganos parenquimatosos intra-abdominales.
- c) Reformar las líneas de sutura cuando no sean suficientemente herméticas.