

# Gaceta Médica de México

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Tomo LXII

MEXICO, NOVIEMBRE DE 1931

Núm. 11

*Sesión del día 5 de agosto de 1931*

## LEUCEMIAS, ULTRAVIRUS Y NEOPLASMAS

POR EL DR. H. AYUBO Y O'HORIE

**C**UANDO el culto compañero de la Academia señor doctor Francisco Miranda presentó a esta H. Corporación un trabajo sobre leucemias, y se comentó por otro académico no menos culto, de extraordinaria cultura, el señor doctor Eliseo Ramírez, invocando la teoría de la irritación para explicar su etiología como también la de los neoplasmas, me pareció pertinente decir algo acerca de uno de sus posibles orígenes, refiriéndome a los ultravirus. Dije que, a juzgar por los conocimientos que se tienen ahora de los ultravirus, parecía ser posible que éstos fueran la causa de los neoplasmas así como también de las leucemias.

En el presente trabajo reglamentario aprovecho la oportunidad para ser más explícito, explanando mis ideas con objeto de fundamentar mi manera de pensar.

El asunto de la etiopatogenia de los neoplasmas es uno de los asuntos más discutidos en Medicina, y se continuará discutiendo hasta que no se llegue a causas constantes relacionadas con efectos constantes.

La teoría de la irritación, la teoría de la herencia, la teoría embrionaria de Durante-Conheim, la teoría nerviosa, la de la disfunción endocrínica, la físico química, la parasitaria, los trabajos experimentales con el alquitrán, con el arsénico (cáncer arsenical de Hutchinson), con anilinas, con materias radioactivas, los hallazgos de origen vermicular, el parásito de Gye, el bacterium tumefaciens, un micrococcus, el bacilo difteroido, el microorganismo de Glover y tantos y tantos otros esfuerzos demuestran palmaria-mente que no está resuelta la cuestión, y cada quien, actualmente, aboga por la teoría que más cuadra con su criterio científico, respetables todos.

Yo no quisiera insistir ante mis ilustrados oyentes en lo que son los ultravirus, pero perdonadme cuando menos una breve reseña de lo que a éstos se refiere dado que no todos nuestros consocios se dedican a la especialidad de la Bacteriología.

Más allá de los microbios, hay unos seres inferiores en tamaño cuya morfología se desconoce, pues se ignora si son cocos o bacilos o vibriones, cuya vida y razón de ser se comprueba solo por sus efectos. A causa de ser más pequeños que los microbios les denominan inframicrobios, pero por la circunstancia de atravesar los filtros que no atraviesan los virus filtrantes y visibles les han dado en llamar ultravirus.

Microorganismos de esta clase son los generadores de la rabia, la vacuna, el herpes, la fiebre aftosa. Los métodos usuales de medición no les son aplicables. No se puede saber por un simple examen microscópico cuál es el diámetro del virus del mosaico del tabaco, por ejemplo, necesario es recurrir a otros métodos siendo el principal entre ellos, el de la medición por el paso a través de los poros de un ultrafiltro cuyos diámetros son conocidos.

Si los virus o microbios se miden por micrones, los ultravirus se miden por milimicrones. La longitud de 300 milimicrones es la más corta que perciben nuestros sentidos. Los ultravirus son meros, esa es la razón de su invisibilidad, pero aumentando su diámetro por medio de una capa de colorante se hacen visibles algunos. El ultravirus de la rabia se ha medido con los ultrafiltros, estimándolos por soluciones de hemoglobina al 1 por 100 que no atraviesan dichos filtros. Así es como se ha deducido que el virus de la rabia tiene de 20 a 30 milimicrones de diámetro.

Entre los caracteres inherentes a los ultravirus citaremos solo de paso, su mayor o menor resistencia a los agentes físicos, su poder de adsorción tan marcadamente ligado con el grado de pH para atravesar o no los ultrafiltros. Insistiremos en sus propiedades fisiológicas extraordinariamente importantes por su afinidad hacia determinados tejidos, casi exclusiva, que sorprende y que llama poderosamente la atención, propiedades fisiológicas de las cuales derivan las fórmulas de cultivo y técnica tan especial, completamente diferente de las habituales usadas en la práctica diaria bacteriológica. Insistiremos un tantito en esos caracteres fisiológicos que por ser constantes se tornan otras tantas leyes biológicas de los ultravirus y que servirán precisamente para mi razonamiento.

Las localizaciones tan curiosas de algunos de ellos son el hecho dominante de cuadros patológicos y se ha venido a concluir que tal tejido es sitio de predilección exclusiva para determinado ultravirus.

La afinidad de ciertos ultravirus por el sistema nervioso es marcadísima. Es así como el ultravirus de la rabia solo se fija en tejido nervioso, al grado de poder asegurar que si dicho virus se deposita en un lugar donde falta el sistema nervioso el virus muere. El tejido ejerce sobre el virus una acción comparable a la del imán sobre el hierro. Esa es la afinidad *neurotrópa*.

Otros ultravirus tienen afinidad por la piel y las mucosas, de allí que Borrell designe con el nombre de *epiteliosis* los procesos causados por ellos,

entre los que se encuentran la vacuna, la viruela, los que producen el epiteloma de las aves, la estomatitis del caballo, dominando en todas ellas el sintoma vesicular o pustuloso. Es tal la afinidad de estos ultravirus por los epitelios que si se inoculan en el cerebro, en la tráquea, en el testículo o en las venas, los brotes son cutáneos o mucosos. De manera que esa afinidad es exclusiva.

Otros ultravirus hay que sólo tienen afinidad por las células germinativas de los testículos o de los ovarios.

Los pulmones, las cápsulas suprarrenales, los glóbulos sanguíneos, el hazo, la médula ósea, pueden también atraer los virus introducidos en el organismo. Generalizando, Levaditi, ha querido hacer una clasificación de dos grupos. Dice, las *ectodermosis* son las preferidas por los ultravirus, las *mesodermosis* son enfermedades infecciosas provocadas por los microbios visibles y cultivables.

Esta teoría ha tenido fortuna y ha sido aceptada por algunos sabios, y criticada por otros.

Entre los caracteres fisiológicos debemos citar el importantísimo de su afinidad por las células vivas siendo la sustancia nuclear el medio de cultivo apropiadísimo. A este carácter le han llamado *citotropismo*.

En la vacuna se observa que el tegumento cutáneo herido es la condición favorable para su desarrollo. En la superficie depilada hay una regeneración intensa y esta regeneración es la condición para la pululación del ultravirus. Según las investigaciones de Cammus se han venido en conocimiento de que el virus se localiza al nivel de las cicatrices recientes, de los Noevi, de las mucosas.

El ultramicrobio posee una excitación neofomatriz, se desarrolla abundantemente, pero en tejido vivo, lo que se llama *biotropismo*. De modo que *citotropismo* y *biotropismo* son caracteres esenciales de los ultravirus, aunque no los únicos.

Resulta de su modo de ser que de una manera constante producen inclusiones celulares y reacciones celulares.

Hauduroy en su libro sobre los ultravirus dice, al tratar de las inclusiones celulares, que ya desde 1865, Virchow las describe en el acné varioliforme, y que Rivolta las encontró en el epiteloma contagioso de las aves.

En el cáncer, los histólogos han señalado inclusiones.

Los cuerpos de Negri en la rabia, no son otra cosa que inclusiones, igualmente que los cuerpos de Guarnieri en la vacuna, lo mismo que los clamidozoon de Prowazek en el trachoma.

Cuando el virus ha penetrado en la célula determina una aceleración de las segmentaciones mitóticas. Dice Borrell «da la impresión de que el virus va a conducir las células hacia una transformación neoplásica».

Esto mismo ocurre con la célula bacterica. Si en una emulsión ligeramente turbia de bacterias se introducen algunas gotas de bacteriófago, se comprueba, pasadas algunas horas, que la emulsión se ha puesto mucho más turbia, lo que prueba que la presencia del ultravirus ha determinado una aceleración de la segmentación bacterica, pues la turbidez aumentó por el hecho de haber aumentado considerablemente las bacterias.

Los estudios histológicos demuestran que procesos semejantes ocurren en la vacuola, en la viruela, en el myxoma del conejo, en el molluscum del hombre, en la afección difteria-variolica de las aves, en la verruga, alcanzando su máximo en el sarcoma de Rouss, en el que entraña la formación de un verdadero neoplasma.

Después de la primera etapa del fenómeno de la aceleración mitótica, viene la segunda etapa que es la *lisis* o destrucción celular.

Por lo que a leucemias se refiere originada por ultravirus citaré a Haudoroy, página 41, en su libro «Los Ultravirus». Dice: leucemia de las gallinas, Ellerman, en 1908 aisló una entidad morbosa nueva: la leucemia de las gallinas. El virus de esta infección es invisible. Atraviesa las bujías Berkefeld L 12.

Los animales muertos de esta enfermedad presentan en la autopsia hígado grande rojo obscuro, sembrado superficialmente de manchas blancas. El bazo es enorme, de color rojo obscuro. Riñones de rojo obscuro, sembrados de manchas blancas. El corazón ofrece el mismo aspecto.

En esto y en la afinidad ya citada de los ultravirus por los glóbulos sanguíneos y médula ósea me fundo para pensar que las leucemias humanas pueden también ser producidas por ultravirus.

Por lo que respecta a neoplasmas, después de lo anotado, a grandes rasgos, en esta breve reseña de los ultravirus acerca de su afinidad por determinados tejidos, su poder de aceleración mitótica, lo que da por resultado el aumento de células en sitio y por consiguiente aumento de volumen, cabe preguntarse uno así mismo ¿no será que más adelante los investigadores se encuentren con ultravirus en más neoplasmas, en muchos neoplasmas, quizá en todos los neoplasmas? Ni afirmo ni niego, sólo marco una posibilidad, pues hay derecho para ello toda vez que en las verrugas, constituidas por hiperplasia papilar y epidérmica existe un ultravirus, toda vez que en el molluscum contagiosum, representado por un tumor cutáneo, hay ultravirus, toda vez que en el epiteloma y sarcoma de los peces hay ultravirus, que en el epiteloma de las aves se encuentra un ultravirus, toda vez que en el myxoma del conejo y en el sarcoma de Rouss no falta un ultravirus.

Es claro que en lo patológico como en lo fisiológico hay que tener en cuenta los factores físico-químicos, el medio, la irritación, la irritabilidad.

Pero no podrá suceder que en cada caso el ultravirus sea el *primum mo-*

¿ens que desencadene las fuerzas moleculares de todo este conjunto maravilloso de condiciones fisiopatológicas celulares? Yo sé que los impugnadores sistemáticos se acogerán a los conocimientos clásicos aceptados por ahora. Ciertamente, hasta a mí me dan ganas de proceder en igual forma, pero cuando uno aspira a ir por rumbos nuevos, por horizontes que nos enseñan una luzcita o quizá resplandores de nueva aurora, hay que liberarse de los maestros con todo el respeto y veneración que se merezcan. Quizá el conocimiento perfecto de los ultravirus en los neoplasmas venga a poner orden en la anarquía que existe en la nomenclatura oncológica que muy acertadamente señaló, ya hace cerca de un año en este mismo salón, y en noche memorable, el sabio maestro español Río Hortega. Quizá el conocimiento perfecto de estos ultravirus, con técnicas que se irán mejorando, conduzca a una terapéutica ideal. Quizá andando el tiempo a la manera d'Herelle descubrió el bacteriófago para la disentería, para la tifoidea, otros investigadores hallen ultravirófagos para el virus de los neoplasmas.

H. AYUSO Y O'HORIBE.

### Comentarios al trabajo del doctor H. Ayuso

Dr. González Guzmán.—La cuestión de la patogenia del cáncer, como dice el doctor Ayuso, es un problema muy serio y es indudable que no solo no se ha dicho la última palabra sino que aun reina una gran obscuridad, pero sin embargo se dispone de un conjunto de datos que arrojan una información interesante sobre este asunto, haciendo prever las vías que pueden seguirse para el descubrimiento de esta patogenia: lo importante en el desarrollo de las neoplasias, es que las células cancerosas son distintas de las de los tejidos porque han adquirido una juventud y una potencialidad de proliferación extraordinaria y hay una gran diferencia entre ellas y las células normales. Para llegar a este grado hay varios caminos; pero todos concuerdan con la idea de la irritación continua que ha dado origen a la producción de un neoplasma. La pipa por ejemplo, que está destruyendo constantemente células, los traumatismos que ocasiona la boquilla destruyen células epiteliales que van a ser substituídas por unas nuevas y esas también son destruídas para que otras las substituyan y así sucesivamente de modo que se establece un círculo vicioso en que cada vez las células que se destruyen son más nuevas y las que las reemplazan son más jóvenes. En el caso de los tumores arsenicales, ya sea de los encontrados en la clínica, o de los

experimentales descritos por Carrell, se deduce que el arsénico introducido en el tejido conjuntivo es mucho más activo, de manera que la formación de un neoplasma conjuntivo previas destrucciones, es mucho más rápida que un epitelial. En los casos de microbios son las toxinas microbianas las que ejercen la acción destructiva mecánica de la pípa, o la acción destructiva química de los tumores del ácido arsenioso o el alquitrán, pero es cierto que en esto también intervienen factores más complejos, de manera que lo que importa aquí es la destrucción y la reparación. Veamos un tóxico, se destruyen células adultas completamente normales que son substituidas por células jóvenes y también se destruyen éstas y así se va llegando hasta alcanzar a las células embrionarias y entonces la célula pierde el control orgánico y se multiplica dentro del organismo como un parásito, así pues, lo interesante en el cáncer es explicar la formación de la célula. Una cosa notable es la multiplicidad de factores que pueden producir este padecimiento: radiaciones de onda corta, los medios químicos, físicos, mecánicos, etc.; así que las vías posteriores de investigación yo creo que no deben dirigirse tanto a los ultravirus sino a los mecanismos de la formación de la célula cancerosa y esta formación no puede buscarse lógicamente en el campo único de los ultravirus. A propósito de las leucemias deben hacerse grandes distingos, así como se señalan cánceres sencillas como el del alquitrán y como el del ácido arsénico; así hay leucemias cuya patogenia es también completamente conocida: las de origen tuberculoso; la leucemia de las gallinas descrita por Ellerman es indudable que debe ser causada por un germen que no conocemos; y al lado de ella, hay muchas leucemias mieloides de origen microbiano muy claramente apreciable. Hace poco ví un chico muy interesante, creo que también lo vió el doctor Escontría en Coyoacán, este chico tenía una anemia, muy grave; hecho el examen de sangre mostró una cifra de leucocitos por mm. c. 22 o 25,000 y transcurridos dos meses el número de leucocitos había subido a 50,000 y no era este número lo interesante, sino la gran abundancia de formas jóvenes que allí había. En este caso no sería posible negar que era infeccioso porque se desarrolló a nuestros ojos en un par de meses, con un cuadro septicémico claro. Otras no serían de esta especie; sabemos que pueden observarse muchas leucemias, sin causa directamente apreciable. Reasumiendo, diremos que en la producción de las leucemias hay multitud de factores, tanto microbianos, como químicos, etc., muy parecidos a los del cáncer y lo mismo en un caso que en otro viene la destrucción de las células que por el efrenlo viciado antes señalado, se acercan sin cesar a su punto de partida embrionario, sin que eso indique que todas las leucemias puedan atribuirse a un ultravirus, sino que pueden haber en explicaciones más fáciles y más sencillas.

Dr. Ayuso.—Para darle las gracias al doctor González Guzmán por

haberse ocupado de mi modesto trabajo y para agregar que he tenido buen cuidado de no afirmar ni de negar que los ultravirus sean la causa exclusiva de los neoplasmas, solo marco una posibilidad, y así lo asiento en mi trabajo. Por lo demás estamos de acuerdo en los conceptos histológicos, pero dejamos de estarlo cuando dice que no debo dedicarme a investigar en el campo de los ultravirus, y no estoy de acuerdo, porque la aseveración del doctor González Guzmán equivaldría tanto como a decir a todas los investigadores del mundo «señores no busquen en el campo de los ultravirus, no van a encontrar nada, y por qué, porque ya lo dijo el doctor González Guzmán». Yo creo que cada quien va por donde lo cree conveniente, el mundo científico es muy grande, no tiene fronteras.

Dr. Perrín.—Deseo manifestar mi simpatía por la prudencia con que está expuesto este trabajo. Quizá debiera hacerse constar que, probablemente, los ultravirus no constituyen una entidad biológicamente característica, sino que parecen representar etapas, antes desconocidas, de gérmenes no filtrables y microscópicamente visibles. Sin afirmar, con esto, que todos los ultravirus lleguen a alcanzar un estado evolutivo micróbico, protofitico o protozooico. Felicito al doctor Ayuso por la prudencia y el criterio científico, que informan a su comunicación.

Dr. González Guzmán.—Simplemente para hacer una aclaración: El doctor Ayuso ha interpretado mal mis palabras, yo no digo que no se busquen las cosas como él lo hace, cada quien es muy libre de hacerlo y alguna vez podría yo tener el propósito de encaminarme por esa vía tan simpática; yo he dicho que me parece ilógico el buscar la causa exclusivamente en los campos de ultravirus.

Dr. Escontría.—Indudablemente las leucemias, sobre todo en los niños, es frecuentísimo que puedan tener un origen que se encuentre en el terreno infeccioso provocando ese trastorno que puede llamarse cáncer de la sangre; hay que tener en cuenta la frecuencia con que la tuberculosis da origen a las leucemias. Hace unos días murió una niña parienta del doctor Medellín en quien hubo un cuadro con reacciones mieloides marcadísimas, el doctor González Guzmán, creo, que vió a esa niña y el origen era tuberculoso, y yo publiqué algunos casos de anemia que eran verdaderas tuberculosis y el síndrome anemia enmascaraba el cuadro.

Dr. Ulrich.—También yo deseo felicitar al doctor Ayuso por su trabajo; indudablemente que los ultravirus deben tener y se les concede grande importancia en los estudios sobre la etiología y patogenia del cáncer, así como también en algunos otros padecimientos. Bastaría hojear al Boletín del Instituto de Cáncer, en Berlín, para darse cuenta del lugar que se confiere a los ultravirus, en los estudios de este proceso. Pero también es verdad, que, como dice el doctor González Guzmán, debemos buscar por otros

lados y darle el lugar que merece el estudio de la célula blastomatosa. Mucho se ha dicho y estudiado sobre la célula cancerosa, pero la unificación de los diferentes criterios podría lograrse quizá, cuando lleguemos a conocer la causa de ser de esta célula, cuya potencialidad se desborda en sentido ostensiblemente autónomo. Las diferentes teorías corrientes acerca de la etiología y patogenia del Blastoma, tienen todas un fondo de verdad, demostrada por la experimentación más cuidadosa. Es indudable que las propiedades de la célula cancerosa que se revelan por fenómenos de verdadera metaplasia, Ana y kata plasia; sus facultades heterotópicas concomitantes, le pertenecen en particular y uno de los hondos problemas que se ofrecen por resolver, consiste en determinar si tales y otras muy especiales propiedades, las adquiere una célula normal en condiciones complejas de desadaptación de su medio o representan una potencialidad latente que se desborda en condiciones de tiempo y espacio que desconocemos. Pero volviendo sobre los ultravirus, tiene razón el doctor Ayuso, cuando habla de su importancia: hásteme recordar el Sarcoma experimental de Roux, ha sido reproducido por ultravirus. No obstante, creo, como dice el señor doctor González Gazmán, que es en la célula cancerosa en donde debemos buscar los misterios principales del Blastoma epitelial embrionario o cáncer. Vuelvo a felicitar al doctor Ayuso, por su interesante trabajo.

*Sesión del 21 de octubre de 1931*

### **Comentarios al cuadro de mis últimas colecistectomías practicadas en la Clínica del Hospital Militar y Hospital Escandón**

POR EL DR. FRANCISCO HEYES

**A**L relatar para su conocimiento y discusión, las colecistectomías y una colecistotomía ante la docta corporación de nuestra Academia Nacional de Medicina, no habré de entrar en amplias consideraciones sobre tan importante tema, sino que concretaré mi trabajo a la exposición simple y sucinta, desde el punto de vista clínico y de técnica quirúrgica.

A.—La colecistografía de que tan frecuentemente se proveen muchos compañeros, la empleo exclusivamente, para los casos de diagnóstico dudoso, y con mayor razón, si se trata de enfermos pobres. Del conjunto que comprende esta relación, solo en el caso que se refiere a la señora X fué practicada por su iniciativa la colecistografía. Esta comprobó el diagnóstico clínico simplemente; y solo la operación dió la oportunidad de exponerme la

dificultad y peligros de esta intervención, ya que retraída la vesícula a la capacidad de los tres cálculos que contenía, jalo la pared anterior del hiatus con todo y canales, estando la porta, voluminosa como el dedo gordo, pegada al cuerpo vesicular, resultando muy laboriosa la disección.

B.—Hace muchos años que en mi práctica quirúrgica por laparotomías para intervenciones sobre la matriz y sus anexos, y por apendicectomías; establecí esta regla invariable: en toda apendicectomía, explorar el aparato útero anexial; y si se interviene sobre estos órganos, explorar el vermix y extirparlo en las condiciones que se le encuentre. De esta conducta, e inter viniendo para la apendicectomía, se me ocurrió mi técnica de la LAPAROTOMIA LATERAL con su modalidad bien propia, de la que tengo hecha una comunicación a la Academia, y por cuyas ventajas la prefiero, en igualdad de condiciones, a las demás incisiones de la pared del vientre.

Pues bien, ahora he modificado mi conducta extendiéndola y establezco la regla de que en toda apendicectomía, intervención sobre el útero y sus anexos, curas de eventraciones etc., se deben explorar la vesícula y los canales biliares y proceder sobre la marcha, en vista de los datos que se obtengan en dicha exploración, que habrá de conducirse con toda la suavidad y orden que reclama la delicadeza y sensibilidad de la región.

En semejantes condiciones he procedido de la siguiente manera: si la laparotomía ha sido lateral conforme a mi técnica, prolongo desde luego, mi incisión hacia arriba. Si se trata de laparotomía mediana, prolongo en la misma forma, la incisión y ataco en uno y en otro caso, la vesícula para terminar con la apendicectomía y operación útero anexial en su caso; o bien, comienzo por abajo para terminar con la vesícula. En tres casos no he tenido necesidad de prolongar la incisión mediana arriba del ombligo, porque la fuerte tracción de la valva sobre el ángulo superior de la incisión, me ha bastado para lograr sin dificultad, la colecistectomía. Pero con enfermas gruesas o muy musculadas, he preferido comenzar por la operación ginecológica y sobre el apéndice (laparotomía mediana); cierro el vientre, para proceder enseguida a la laparotomía alta con incisión transversal umbilicoxifoidea. Observación 1

C.—Para las colecistectomías prefijadas, quiero decir, no complementarias de otras intervenciones, yo prefiero la incisión transversal; facilita todas las maniobras sobre la vesícula, exploración de los canales biliares, estómago y duodeno y hasta el páncreas. Permite, para la apendicectomía complementaria, traer a la área operatoria el ciego, sobre todo si se tira el borde inferior de la herida, fuertemente hacia abajo con una valva. Observaciones.

D.—No de este grupo, sino de anteriores en tres, la fistula biliar ha venido a complicar la evolución operatoria. Se han presentado del 4º al 5º día. Una curó al mes, otra a los dos meses y la tercera hasta el cuarto. He

creído que el accidente se ha debido a rápida absorción del catgut o al aflojamiento de la ligadura del cuello por la bilis que rezume del hígado traumatizado, o de la fosa vesicular despojada de su peritoneo cuando no ha sido posible decorticar esta porción de la vesícula. Y movido por esta idea, sustituí el catgut por alambre, y las veces que no he dispuesto de alambre, por seda gruesa. He quedado muy satisfecho con la ligadura de alambre y aun con la de seda, que yo la creo conveniente sobre todo para cuando el cístico está grueso y escleroso, y por consiguiente de muy retardada cicatrización. No he tenido que lamentarme de nuevas fistulas, con excepción del caso a que se refiere la observación... comentada ya en la historia respectiva.

E.—Mi programa en la colecistectomía, es no canalizar. Lo contrario es la excepción, cuando las circunstancias especiales al caso así lo exijan, como la rasgadura del saco, traumatismos sobre el hígado y la imposibilidad de dejar el lecho peritoneal a la foseta vesicular. Hemorragia; pero todos estos accidentes hay que evitarlos dentro de las circunstancias especiales en cada caso. La canalización la establezco en el punto más declive de la fosa hepática, haciendo una contra abertura en el borde posterior del flanco, siguiendo la técnica en el Hospital Touro de New Orleans.

F.—La anestesia preferida, sistemática: la raquicocaina, dos y medio centigramos a tres en mis operadas del Hospital Militar; raquinovocaina en el Hospital Escandón, de diez a doce centigramos. Analgesias excelentes con rarísimas excepciones.

### CONCLUSIONES:

1<sup>a</sup> La colecistografía es método de exploración del que no echo mano sino en los casos de dudoso diagnóstico e ínico.

2<sup>a</sup> En la laparotomía por apendicectomía, intervenciones sobre los órganos genitales pélvicos, eventraciones, simpatectomías (operación de Cotte y otras) y con mayor razón sobre estómago o duodeno, yo exploro la vesícula y canales biliares, e intervengo prudente y juiciosamente, siguiendo las técnicas ya descritas.

3<sup>a</sup>—La colecistectomía debe completarse con la apendicectomía por ser casi siempre padecimientos conexos.

4<sup>a</sup>—Para mí es indiferente atacar la vesícula de abajo para arriba, que del modo contrario, aun cuando es más ventajosa la primera práctica, porque facilita la decorticación peritoneal de la foseta vesicular.

5<sup>a</sup>—Prefiero la analgesia raquídea con cocaina o novocaina.

### HOSPITAL ESCANDON

Obs. 1<sup>a</sup>—María Sánchez de 22 años, casada y nulípara, de fuerte comple-

ción. Sin perturbaciones aparentes gastro intestinales. Dismenorea útero ovárica acentuada. Algia sacra permanente.

Diagnóstico: retroversión acentuada libre, ovarios aumentados de volumen y dolorosos a la exploración. Punto apendicular ligeramente doloroso. Operación. 0.15 centgs. de novocaína M. Lucius. Punción entre la 1ª y 2ª lumbar. punto preferido por mí. Analgesia completa. Laparotomía media sub-umbilical. Acortamiento en acordeón de los ligamentos redondos. Punción quiste ovario. Apendicectomía. Exploración vesícula: grueso cálculo. Sutura de la incisión. Laparotomía, umbilico xifoidea. Maniobras para fijar la vesícula difíciles por el espesor de las paredes. por lo que me decidí a la colecistectomía, extracción del cálculo, desinfección de la vesícula con éter. Sutura en dos planos de la vesícula. Canalización con gasa contenida dentro del tubo de caucho, cuya canalización salía por contra abertura en el límite posterior del fiasco. Marcha satisfactoria. Alta a los 20 días.

Obs. 2ª—Ag. Estrada de 44 años. Gran múltipara. Intensos cólicos clásicos de ocho años a esta fecha. En plena crisis ingresó al Hospital, con intensa ictericia por obstrucción coléctica. Tratamiento: lavativas calientes, salinos a pasta. Calomel a dosis de 0.50 gra. dos o tres veces por semana. Inyecciones intravenosas de pitotropina o urotropina. Altas dosis de aceite alcanforado. Cedió la ictericia. Operación. 0.12 centgs. de novocaína en el punto antes señalado. Buena analgesia. Incisión transversal umbilico xifoidea. Grandes adherencias de la vesícula al colon, duodeno y estómago. Vesícula atascada de cálculos. Colédoco de volumen como de una avellana. Su expresión al duodeno que se logró con ciertas dificultades. Colecistectomía del fondo del cuello. Ligadura con alambre de cobre. Canalización punto y región declive antes señalado. No se atacó apéndice por tratarse de enferma agotada.

Obs. 3ª—Fca. Meneses, diagnóstico sífilítico de la vulva. Utero pequeño y escleroso, ovarios pequeños y esclerosos. Enferma agotada. Intervención. 0.12 centgs. novocaína. Laparotomía media sub-umbilical, operación de Collie y simpatectomía periarterial de las iliacas primitivas. Apendicectomía. Se exploró la vesícula encontrándola con numerosos cálculos. Se cierra la incisión. Laparotomía media supra umbilical. Colecistectomía del cuello al fondo. No se canalizó. Primera intención.

Obs. 4ª—Julia G. Múltipara de 22 años. Diagnóstico: Apendicitis crónica. Dolor en el punto vesicular. Intervención. Analgesia raquinovacaínica de 0.12 gra. Laparotomía lateral, Dr. Reyes. Exploración

intra-abdominal: apéndice bastante engrosado. Matriz y ovarios normales. Vesícula calculosa. Se prolongó la incisión. Colectistectomía. Ligadura metálica. Apendicectomía. Sin canalización. Primera intención.

- Obs. 5ª—María Pérez, gran multipara. Gran eventración. Estreñida. Síndrome gástrico: dispepsia hiposténica. Cólicos hepáticos clásicos. Estado subictérico marcado y persistente. Intervención. 0.12 grs. de novocaina intraraquídea entre las dos últimas dorsales. Buena analgesia. Operación de Depage. Exploración vesícula. Tres grandes cálculos. Colectistectomía del fondo al cuello. Ligadura metálica, ligadura alambre. Sutura de la laparotomía supra e infra umbilical para corregir la eventración. No se canalizó. Primera intención.
- Obs. 6ª A. González de 50 años. Multipara. Diagnóstico: Colectistitis calculosa y apendicitis. laparotomía lateral hasta el reborde costal. Exploración de la vesícula: cálculos numerosos. Colectistectomía, ligadura alambre. Apendicectomía. Utero y anexos sanos. Se cierra el vientre por completo. Primera intención. 0.12 centgs. de novocaina i. v.

#### HOSPITAL MILITAR

- Obs. 7ª—María Avila. Multipara. Diagnóstico: metro anexitis bilateral y colectistitis calculosa. Intervención: laparotomía lateral prolongada hacia arriba. Colectistectomía del cuello al fondo. Ligadura con seda cístico. Apendicectomía. Pan-histerectomía. Canalización pelvis con gasa y tubo 0.03 centgs. de cocaina entre la 8ª y 9ª Buena analgesia. Marcha post-operatoria normal.
- Obs. 8ª—Dolores O. de Gómez de 35 años, multipara. Diagnóstico: retroversión adherente. Colectistitis calculosa. Intervención: laparotomía lateral prolongada hacia arriba. Colectistectomía del fondo al cuello. Ligadura cístico con seda. Apendicectomía profiláctica. Acortamiento en acordeón de los ligamentos redondos. Analgesia raquídea entre 8ª y 9ª 0.03 grs. cocaina. No se canalizó. Curación primera intención.
- Obs. 9ª—Luisa Torres. Diagnóstico: colectistitis calculosa, apendicitis crónica. Intervención: laparotomía lateral elevada, para colectistectomía del cístico al fondo. Adherencias cólicas y gástricas. Ligadura cístico con seda. Apendicectomía. Matriz y anexos sanos. Se sutura la incisión sin canalización. Primera intención.
- Obs. 10ª—Guadalupe Sánchez. Multipara de 40 años. Diagnóstico: eventración y colectistitis calculosa. Operada por mí en 1927 por metro

anexitis cística supurada. Pan-histerectomía y canalización del vientre. Intervención: laparotomía pubo xifoidea, vesícula con tres grandes cálculos. Colectistomía con ligadura cística con seda. Tratamiento eventración: Sutura paredes sin canalización. 0.03 centgs. cocaína entre 8º y 9º espacio.

- Obs. 11ª—Luz Millán. Multipara de 28 años, operada en 1928 de enorme piosalpínx. Pan-histerectomía vaginal. Diagnóstico: apendicitis y colecistitis calculosa. Laparotomía lateral elevada. Colectistomía del cístico al cuerpo de la vesícula. Ligadura con seda. Apendicectomía. No se canalizó. Complicó de un absceso de la pared. Desbridación y canalización. Curación. 0.03 gra. cocaína i. v.
- Obs. 12ª—Susana Muñoz. Multipara, operada de metro anexitis supurada en 1926. Laparotomía sub-umbilical para pan-histerectomía y apendicectomía. Canalización. Diagnóstico: eventración. Intervención. laparotomía subumbilical para tratamiento eventración. Exploración: vesícula con cálculos. Con una valva se transportó el ángulo superior de la incisión hacia arriba. Se atacó la vesícula del fondo al cuello y en las maniobras para aplicar la pinza sobre el cístico, éste se rompió. Traté de tomarlo sin ampliar la incisión, como las maniobras fracasaron, decidí abandonar el canal cístico; apliqué una gruesa mecha de gasa yodoformada y suturé la herida en su resto. Terminé con una contra abertura en el flanco en su punto más declive para canalizar por allí la fosa hepática. En los doce primeros días escurrió abundante bilis; a partir de ese día comenzó a disminuir; a los veinte cesó todo escurrimiento y vino la cicatrización; la mecha de gasa se retiró a las 72 horas. 0.03 gra. cocaína i. v.
- Obs. 13ª—M. Núñez. Multipara, operada por mí hace seis años de un fibroma con anexitis supurada; pan-histerectomía y apendicectomía. Canalización del vientre. Cólicos hepáticos frecuentes. Dolor vesicular. Trastornos digestivos marcados. Diagnóstico: colecistitis calculosa. Intervención. Incisión transversal. Colecistitis no calculosa. Vesícula con paredes gruesas. Colectistomía del cístico al cuerpo. No se canalizó. Absceso de la pared. En tratamiento 0.03 gra. de cocaína i. v.
- Dos operadas más: Sábado y Lunes: retroversiones.

FRANCISCO REYES.