

# INFORME DEL DR. ABRAHAM SALGAR S.

sobre el trabajo del doctor

L. M. VELA BRICEÑO

Señor Presidente y honorables miembros de la Academia de Medicina:

El distinguido médico *Dr. Luis M. Vela Briceño*, presenta a esta docta corporación, con el fin de ser admitido como miembro correspondiente, un interesante trabajo, que tiene por título *Técnica quirúrgica en las apendicitis graves no operadas a tiempo*.

Para el estudio y elaboración del informe correspondiente, la Presidencia tuvo a bien comisionarme y al cumplir este honroso cargo, le doy las gracias por esta designación inmerecida.

El doctor Vela Briceño se distinguió durante sus estudios médicos por su clara inteligencia, por su consagración al estudio y por su inclinación a la cirugía.

Obtuvo por concurso los cargos de preparador de Medicina operatoria, de practicante interno en el servicio de Clínica quirúrgica, de Jefe de Clínica de la misma y desempeñó muchos otros con celo y erudición.

Durante su internado se hizo notar por lo acertado de sus diagnósticos y la oportunidad y precisión en los tratamientos quirúrgicos preconizados.

Como Jefe de Clínica quirúrgica tuvo oportunidad de perfeccionarse tanto en la técnica quirúrgica como en las indicaciones operatorias y aun antes de recibir el título de Doctor ya era un hábil cirujano.

Una vez obtenido su grado, se radicó en Anolaima, donde fundó la casa de salud de Florencia, y desde la época de su instalación en aquel lugar, es decir, durante varios años de un trabajo permanente, sin ruido ni ostentación, ha practicado numerosas operaciones en los diferentes ramos de la cirugía, que han confirmado su renombre de experto cirujano; de allí surgió el importante trabajo, fruto de su experiencia y observación, que me permito comentar.

El doctor Vela Briceño toma como punto capital para su estudio y para el interesante procedimiento operatorio que preconiza, la teoría del estancamiento intraapendicular, con la cual Re-

clus reemplazó la teoría de la cavidad cerrada de Dieulafoy, inaplicable en los casos de apendicitis con canal abierto y en aquellos en que existen cavidades cerradas sin infección.

Considera que no sólo en el apéndice se multiplican los microorganismos y exaltan su virulencia, cuando una causa general o local les es favorable, sino que este medio apropiado para la infección se encuentra igualmente en el ciego y en las primeras porciones del intestino delgado vecino y que por consiguiente, con la operación actual, se procede como si la teoría de la cavidad cerrada fuera la única verdadera y como si la enfermedad se localizara únicamente en el apéndice.

Aduce en su favor las apendicitis sin cavidad cerrada del mismo Dieulafoy, algunas veces hipertóxicas, que evolucionan fatalmente después de la operación, porque la localización no era solamente apendicular, sino que se extendía a las porciones intestinales vecinas; refuerza su argumentación con los experimentos de Eleckin sobre las peritonitis producidas por la ligadura de una asa intestinal, sin perforación y cuyas palabras textuales cita, y deduce que los microbios, cuya virulencia se exalta, llegan al peritoneo a través de un asa patológica.

Concluye con la inutilidad de extirpar el apéndice, lo cual no es siempre posible y cuando se logra, se traumatiza el intestino, se desgarran adherencias útiles, se prepara la perforación, se acentúa la intoxicación, se deja intacto el foco de toxinas y con el chock se acelera la muerte.

Después de una disertación interesante sobre las diferentes variedades y complicaciones de la apendicitis, unas que acompañan la enfermedad bien pronto después de su principio, como los abscesos precoces o los tardíos que aparecen hasta 20 días después de la intervención, cree que no pueden explicarse por las lesiones del apéndice aisladas, cuando evolucionan en canal abierto; que en las apendicitis graves la exaltación de virulencia de la flora microbiana intestinal y de sus toxinas no disminuye con la simple apendicectomía, la cual evoluciona después de la operación y es responsable de la mortalidad, porque con extirpar el apéndice únicamente, no se ataca al formidable enemigo intestinal, que seguirá evolucionando después de la operación; que los síntomas de oclusión intestinal que se observan en las apendicitis, indican que la infección, primero apendicular, se propagó a las regiones intestinales vecinas y que si curan espontáneamente aun con la eliminación del órgano y buscan su avenamiento hacia las vísceras vecinas, curarán, dice, con mayor razón, con un drenaje oportuno extraperitoneal y concluye: los focos purulentos post-operato-

rios podrían evitarse con la abertura amplia del ciego y su fijación a la pared.

Apoya su tesis en la conducta de algunas autoridades científicas, quienes sí practican la apendicecostomía y la cecostomía para enfermedades menos graves y no localizadas en la región cecoapendicular, cree que con mayor razón debe intentarse cuando la apendicitis ataca al ciego y el intestino delgado, con tal gravedad, que en pocas horas causa la muerte del enfermo. Refuerza su aserción con disertaciones anatómicas relativas a los medios de fijación y de estática del ciego. Luégo comenta cada uno de los síntomas clásicos descritos por Murphy y casi en todos ellos encuentra la indicación del procedimiento que defiende; no vacila en aconsejarlo en la apendicitis supurada, que coincide con la preñez y lo combina con la colpotomía en algunos casos ginecológicos.

Señala los pacientes en quienes debe emplearse el procedimiento y las ventajas que tiene, entre otras, de que no necesita de intervención ulterior, porque en tres o cuatro semanas la curación es espontánea; agrega que con el procedimiento clásico la hernia, o mejor la eventración, estará en relación con la longitud de la incisión y la mayor permanencia de los drenes, y termina aconsejando la reconstrucción cuidadosa de los planos de la pared abdominal, técnica que desde hace largo tiempo emplean los cirujanos de la Capital.

Presenta como complemento de su trabajo seis observaciones importantes, en las cuales el ano ilíaco apendicular le ha dado excelentes resultados y lo finaliza con seis conclusiones en que aconseja el eclecticismo y en que pondera las ventajas del procedimiento, por los resultados verdaderamente sorprendentes que ha obtenido en casos definitivamente perdidos.

Acaban de oír, señores académicos, la descripción detallada del procedimiento operatorio, que con el nombre de ano ilíaco apendicular, aconseja el doctor Vela Briceño para el tratamiento de las apendicitis graves no operadas a tiempo, al cual le atribuye enormes ventajas: de técnica fácil, al alcance de todo médico, realizable con un instrumental muy limitado, en una palabra, verdaderamente seductor, si se tienen en cuenta los brillantes resultados obtenidos por él, en los cuales la operación clásica estaba formalmente contraindicada, fuera por la gravedad del paciente, fuera por la intensidad de la infección. Es tan optimista y está convencido en el éxito del procedimiento que preconiza, que sostiene con vehemencia: "Si la operación en frío y en un ataque agudo, antes de las primeras 36 horas no debe dar mortalidad,

pasado el tiempo oportuno, en los casos mortales de apendicitis, el ano ilíaco apendicular tampoco debe dar mortalidad”.

El doctor Vela Briceño, en su interesante comunicación, al aplicar el procedimiento que aconseja, sólo tiene en cuenta la infección ceco-apendicular, y la clínica nos enseña que en relación con la localización y la virulencia de la infección, existen diversas formas de apendicitis agudas: las hay graves desde el primer momento, verdaderas toxemias o septicemias de origen apendicular, generalizadas por vía linfática o venosa, en las cuales los signos locales son poco acentuados y los generales revelan una intoxicación profunda del organismo, con localizaciones múltiples a distancia: unas veces hepática, apreciable a simple vista, por la coloración subictérica o francamente ictérica de los tejidos, índice de una hepatitis séptica, de una periflebitis o de una colecistitis simple o supurada; es en estas formas donde suele observarse el temible vómito negro apendicular de Dieulafoy, de pronóstico tan grave; en otras, la localización se hace en el riñón y entonces la albuminuria, la oliguria y la anuria serán los síntomas dominantes; las localizaciones nerviosas no son raras: dominará entonces la inconsciencia, la adinamia, el delirio, etc. La longitud exagerada del apéndice o los defectos en su estática y dirección pueden traer consigo, cuando se inflama, localizaciones variables a distancia: unas veces ocupará la región esplénica e infectará la región; puede costear el colon ascendente y hacerse retro-cecal, posición que favorece el absceso del mismo nombre y si asciende más, hasta colocarse en la vecindad del hígado, el absceso subfrénico; si se dirige hacia abajo y llega a la pelvis, se hará pelviano y si se inflama, pondrá en peligro el peritoneo de la región y las vísceras vecinas; entonces se verán los fenómenos de cistitis y pericistitis, de anexitis, aun de verdaderas pelvipерitonitis, con acumulación de pus en el fondo del saco de Douglas, y finalmente, si el meso-ciego o el meso-apéndice son anormalmente largos y relajados, puede el apéndice encontrarse en cualquier parte del abdomen y fijarse a los órganos vecinos.

La trombosis precoz de los vasos mesentéricos y subperitoneales es sin duda la causa probable de las lesiones tróficas intestinales y de las enterorragias observadas, lo mismo que las trombosis de la porción gástrica de la vena porta las responsables de las hematemesis, antes inexplicables; son, sin vacilar, estas trombosis y las embolías sépticas que de ellas se desprenden, las que tienen bajo su dependencia la toxemia general del organismo y las localizaciones muy distantes del foco primitivo.

Existen otras formas benignas al principio, en las cuales la

gravedad aparece secundariamente y que se manifiestan, sea por una peritonitis franca aguda purulenta con fenómenos de una intensidad desesperante, acompañadas de íleus paralítico e intoxicación profunda, colapso y muerte. En estos casos es cierto que el apéndice fue el primer sitio de localización, pero rápidamente la infección se propagó ya por continuidad, de este órgano al tejido celular sub-peritoneal y de allí, si las adherencias no fueron suficientemente resistentes, a la gran cavidad peritoneal; si la infección se hizo por el meso-apéndice al tejido celular retro-cecal o al tejido celular peri-vesical, o si se realizó por vía linfática o sanguínea, metástasis se localizarán en órganos más o menos alejados. Esta localización inicial en el apéndice hizo decir a Delbet: “Bajo la influencia de Dieulafoy se ha llegado a considerar todo lo que sucede a un apendicular como función de apendicitis”.

Cuando el apéndice se gangrena, ya sea parcialmente como sucede en la forma catarral, en que la mucosa se esfacela debido a la intensidad del edema secundario a la inflamación o por la distensión efectuada por el pus en tejidos poco elásticos, que dificultan la circulación, por el aumento de virulencia de los gérmenes contenidos en su cavidad y de sus productos de secreción, cuya acción tóxica y destructora se intensifican; si esta isquemia se acentúa, ya sea por la causa señalada o porque exista una compresión de los vasos que nutren el órgano, el proceso gangrenoso se extenderá de la punta a la base, dando lugar a la forma difusa de apendicitis o se localizará a una pequeña porción si la lesión ha comenzado en una cripta, como sucede en los casos de cálculos fecales o de cuerpos extraños que ocasionan la perforación y secundariamente la peritonitis pútrida, como la denominan algunos autores, con sus síntomas dramáticos tan conocidos, entre los cuales se destacan: el dolor que semeja una puñalada, el facies hipocrático, la desaparición de la macicez hepática y el dolor manifiesto al nivel del fondo de saco de Douglas,

Estos casos terminan con la muerte en tres o cuatro días, no obstante la mejoría aparente del enfermo, por la necrobiosis de los tejidos, aunque los síntomas de intoxicación persistan alarmantes hasta el fin.

En aquellas formas en que la limitación de la infección es precoz, puede la peritonitis plástica manifestarse por un plastrón o puede aparecer la peri-apendicitis supurada, cuya localización hemos estudiado.

Estos abscesos, limitados la mayoría de las veces por adherencias que, por lo ligeras, resisten poco a la infección, se perforan con la mayor facilidad, dando lugar a la generalización de la in-

fección a la gran cavidad peritoneal, es decir, son peritonitis que primero localizadas, luégo se generalizan.

Casi en todas ellas se observa la calma traidora de que habla Dieulafoy, que equivoca al médico y retarda al cirujano; aunque la infección es progresiva, el proceso infeccioso parece apaciguarse, pero continúa sin ruido, de manera silenciosa, inoculando la serosa peritoneal y lleva al enfermo a la septicemia y a la intoxicación.

Es esta difusión la que debe diagnosticarse a tiempo, lo cual es difícil, porque en muchas ocasiones tanto el facies como el pulso permanecen normales y con el tratamiento médico los signos subjetivos se atenúan y aun desaparecen, lo mismo que muchos de los síntomas objetivos, pero la contractura persiste y cinco o seis días después aparece la hipertermia y la exacerbación de todos los síntomas y al practicar la operación se descubre ya una peritonitis franca, un apéndice supurado o esfacelado y un líquido sucio difundido en el peritoneo; esta es la operación al sexto día, la cual es siempre grave,

La crisis franca indica la trombosis, la sedación, la esfacela y luégo la reaparición de los dolores, a pesar del tratamiento, permiten hacer el diagnóstico de perforación del apéndice, con peritonitis grave espontánea, facilitada por aquellos purgantes fatídicos e importunos o por la alimentación precoz o por el examen brutal de que habla el doctor Vela Briceño.

No debe olvidarse que existen apendicitis supuradas que han evolucionado de manera latente, sin fiebre, inapreciables a la palpación más cuidadosa y que de manera inesperada, dramáticamente, se rompen en el peritoneo, dando lugar a peritonitis, tanto más virulentas cuanto que al germen habitualmente contenido en el intestino, al colibacilo, huésped habitual, vengan a agregarse ora el estreptococo piógeno, el proteus vulgaris, el bacilo piociánico o los anaerobios temibles como el aerógenus capsulatus u otros que dan asociaciones siempre mortales.

De esta relación clínica sucinta, de suyo incompleta, se deduce que no se debe aguardar encontrar un cuadro siempre idéntico y aplicar un esquema terapéutico clásico, porque en las formas benignas en apariencia, las lesiones están mucho más extendidas de lo que haría sospechar el cuadro clínico y terminan en una forma grave, y porque una apendicitis que se inicia de manera dramática, ruidosa, alarmante, puede tener la evolución más benigna, razón por la cual no debe olvidarse que los signos clínicos no son la expresión igual o paralela a la intensidad de las lesiones; muy a menudo son más benignas que ellas.

La mayoría de los autores están de acuerdo en que toda apendicitis, por ligera que sea, se acompaña de una peritonitis más o menos intensa, que explica muchos de los síntomas observados. El estancamiento de gases y de materias fecales que se aprecia en las apendicitis graves, síntomas de oclusión por parálisis intestinal, no puede explicarse porque la infección se localice en el apéndice o en las regiones intestinales vecinas únicamente, sino porque ésta se ha propagado ya al peritoneo, dando lugar a la realización de la conocida ley de Stokes-Chopart: Por debajo de toda serosa inflamada el órgano muscular subyacente se paraliza.

Afirma con razón el doctor Vela Briceño que los abscesos apendiculares que se abren espontáneamente en las vísceras huecas vecinas, que eliminan algunas veces con el pus el apéndice, indican claramente que la naturaleza hace lo que el cirujano debe realizar lo más pronto posible, es decir, la abertura y el drenaje, en el punto más saliente o más declive; pero es de temer, no obstante la opinión del autor, que con la abertura del ciego, no se drene un absceso que se ha independizado de la cavidad intestinal y que se halla algunas veces muy distante del sitio primitivo de la infección apendicular; y en el caso de perforación, lo posible es que adherencias se formen que lo aislen de manera completa de la cavidad intestinal.

Si la infección se hace en una región muy distante, por vía linfática o venosa, no se explica bien que la cecostomía o ano apendicular venga a yugular los accidentes. Esta infección a distancia es responsable de los focos purulentos peritoneales secundarios que aparecen algún tiempo después de la intervención; y la perforación secundaria, que han observado algunos clínicos y cirujanos, puede explicarse muy bien por la teoría del doctor Vela Briceño.

En la toxemia apendicular, en su principio y antes de que la intoxicación se haya generalizado, puede tener indicación urgente la cecostomía; en los casos de intoxicación cerebral, renal, hepática, etc., con esta operación, sin duda alguna, se evitará la absorción de nuevas toxinas; pero no es posible suponer que este avenamiento obre, de manera completa, sobre la intoxicación general ya en evolución.

En la calma engañosa de la apendicitis, que como lo hemos visto la mayoría de las veces indica, sea la gangrena apendicular, sea la perforación, y por consiguiente, la peritonitis localizada, en inminencia de propagación a la gran cavidad peritoneal, no creemos que sea el foco intestinal únicamente el responsable de

# CHLORO-CALCION

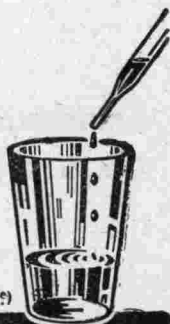
SOLUCIÓN DOSIFICADA DE CLORURO DE CALCIO ESTABILIZADO QUÍMICAMENTE PURO  
1/2 cucharadita u 80 gotas = 1 gramo de  $\text{Ca Cl}_2$

**DIRECTAMENTE ASIMILABLE**

**Recalcificante**

**Hemostático**

**Desclorurante**



Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS - 9, Rue Castex - PARIS (19<sup>e</sup>)

*Muestras: Panier y Prevosteau. Bogotá, Apartado 1063*

# FIEBRES PALUDICAS

Tratamiento por el

## DIÉMÉNAL

*Metales coloidales (Mn-Fe) en inyecciones hipodérmicas*

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

Laboratorio del DIÉMÉNAL, 23, rue du Parc, Fontenay-a-Bois, près PARIS

Textos y Muestras:

BOGOTA — Marzio CA STELLANI, Apartado 271

Agentes en Colombia } MEDELLIN - RESTREPO & PELAEZ } CARTAGENA - BUSTAMANTE H. DO.  
                              } CALI - FARMACIA CENTRAL } MANIZALES - DROGUERIA ANDINA.



TRATAMIENTO ESPECÍFICO DEL  
HIPOFUNCIONAMIENTO OVÁRICO

# Hormovarine Byla

Foliculina Fisiológicamente Titulada  
Adoptada por los Hospitales de Paris

**Dismenorrea :: Amenorrea :: Menopáusia  
Castración Quirúrgica :: Esterilidad**

*En cajas de 6 ampollas de 1 cc. tituladas a 10 unidades de Foliculina*

**ESTABLECIMIENTOS BYLA, 26, Av. de l'Observatoire, PARIS**

SELLOS

GRANULADOS

## TRICALCINE IRRADIADA

DOSIFICADA A ½ MILIGRAMO de ERGOSTERINA  
IRRADIADA POR DOSIS

VITAMINA D  
SALES DE CALCIO

### RECONSTITUYENTE GENERAL

TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO  
DEBILIDAD - CARENCIA  
DESMINERALIZACION  
RAQUITISMO

21, RUE CHAPTAL - PARIS - IX<sup>e</sup>

**TRICALCINE**

EL ESPECIFICO RECALCIFICANTE MAS ANTIGUO



la muerte del paciente y por consiguiente difícilmente se explica que un simple drenaje ceco-apendicular sea tan favorable y dé resultados tan seguros como lo señala el doctor Vela Briceño, salvo que aún existan comunicaciones de él o de los focos infectados con el ciego.

El doctor Vela Briceño, con la convicción que le han dado los buenos resultados obtenidos en su práctica, tal vez generaliza un poco en cuanto a las indicaciones del ano cec-oapendicular y lo mismo en relación con su apreciación de que no es por choque o por operación tardía por lo que mueren los enfermos operados, sino por no haber drenado la cavidad intestinal donde se encuentra el proceso patológico, así como la conclusión a que llega y que sostiene con vehemencia: "Si la operación en frío y en un ataque agudo, antes de las primeras treinta y seis horas, no debe dar mortalidad, pasado el tiempo oportuno de la operación, en los casos llamados mortales de apendicitis, el ano ilíaco ahendicular, tampoco debe dar mortalidad". Si esta conclusión pudiera aceptarse de manera absoluta, se habría realizado un gran avance en el tratamiento tardío de esta terrible enfermedad, cuyo número de víctimas asciende a cifras considerables.

En resumen: si bien es cierto que en su principio la infección se localiza en la región ceco-apendicular y aun en el intestino delgado, como lo asevera el autor, bien pronto ésta se propaga al peritoneo, unas veces a través de las túnicas intestinales, es decir, por continuidad, otras veces a distancia, por vía linfática o sanguínea, donde provoca ya una peritonitis localizada o generalizada a la gran cavidad peritoneal, según la naturaleza de los gérmenes, su virulencia más o menos exaltada, las adherencias más o menos sólidas y la resistencia del organismo a la infección.

Si la perforación existe y es de tamaño considerable, es posible que el ano ceco-apendicular facilite el drenaje y disminuya o haga desaparecer los fenómenos de intoxicación; pero si la propagación se ha hecho a distancia o si las adherencias han obliterado la perforación han y aislado los focos supurativos de manera completa, el éxito no será seguro, porque será necesario proceder igualmente a la abertura del absceso.

La operación aconsejada por el doctor Vela Briceño del ano apendicular, combinada con la proctoclistis, sin duda alguna mejorará el estado del enfermo, puesto que se abre una vía de derivación a los productos tóxicos, que contenidos en el intestino, aumentados de virulencia por el estancamiento, debida unas veces a la parálisis intestinal, otras a las acodaduras, vólvulos, etc.,

son una fuente de absorción y de intoxicación permanente y temible.

Consideramos, pues, este procedimiento como de gran valor y como de un auxilio eficaz a la técnica clásica en los casos de apendicitis graves no operadas a tiempo.

La conducta del cirujano era desde hace muchos y es todavía, la de abrir la cavidad del absceso, sin preocuparse por extirpar el apéndice, el cual se eliminaba espontáneamente, debido a que, toda maniobra que se realice para buscarlo, puede romper adherencias salvadoras y abrir mayores puertas de entrada a la infección, y si en el curso de la intervención el apéndice aparece a la abertura de la colección y si su extirpación es fácil, no vacilan en realizarla.

En cuanto a los drenes que se colocan en seguida, si son duros y se dejan por largo tiempo, pueden casi seguramente lesionar el intestino y predisponerlo a la perforación, como lo señala el doctor Vela Briceño, así como a la eventración de la pared, pero si una incisión apenas suficiente para vaciar el pus, se completa con un dren de caucho suave, en forma de cigarrillo, tan usado por los médicos americanos o con una gasa con poca presión, parece que puedan evitarse las graves complicaciones apuntadas por el autor del trabajo que comentamos.

Puede considerarse el tratamiento preconizado por el doctor Vela Briceño como de suma utilidad para tratar las apendicitis desesperadas cuando el cirujano, llamado la mayoría de las veces tarde, cree contraindicado el procedimiento clásico por la gravedad de la intoxicación, es decir, como último recurso, si se tienen en cuenta los buenos resultados obtenidos por él, cimentados en su honorabilidad y su fama de buen cirujano, aunque poco numerosos para basar sobre ellos una doctrina.

En consecuencia, vuestra comisión os propone:

Acéptese al doctor Luis M. Vela Briceño como candidato para miembro correspondiente de la Academia; y

Publíquese su interesante trabajo en el órgano de la corporación.

*Abraham Salgar S.*

