

CEEA

COMISION DE PROFESORES PRO-OBRA
SOCIAL Y CULTURAL
EN LA DIVISION PRIMERA
DEL LICEO NOCTURNO

CIENCIA ARTE

16

EMILIO FONTANA

SOCIEDAD COMERCIAL

Constituyente, 1500

ESQUINA VAZQUEZ

Calentadores a gas para baño

«LE MODERNE»

Mayólicas

Mosaicos

Cooperativa de Lecherías S. A.

Recomiéndele a sus enfermos tomar los
productos "COLE" de esta Cooperativa,
que posee la mejor Usina de Sud
América

Si Ud. no la conoce visítela y podrá
apreciar la forma higiénica en que se
trabaja la leche.

SAN FRUCTUOSO, 974



MEDICO DIRECTOR

OELFINO, PEDRO

MEDICOS COLABORADORES

ALVAREZ MOULIA, ARTURO
BLANCO ACEVEDO, EDUARDO
ESTAPE, JOSE M.
GOMEZ, FERNANDO D.
LAMAS, DIEGO
LARGHERO IBARZ PEDRO
MAS DE AYALA, ISIDRO
MAY, JOSE
MEYER, ENRIQUE
MUISOS, HECTOR H.
MUSSIO FOURNIER, J. C.
NARIO, CLIVIO
PEREZ FONTANA, VELARDE
PRAT, DOMINGO
STAJANO, CARLOS
CRIOSTE, JOSE PEDRO

SUMARIO

DICIEMBRE DE 1930

La Terapéutica de la Congestión Pélvico Abdominal, por el Dr. Carlos Stajano.

-Página de los Estudiantes-

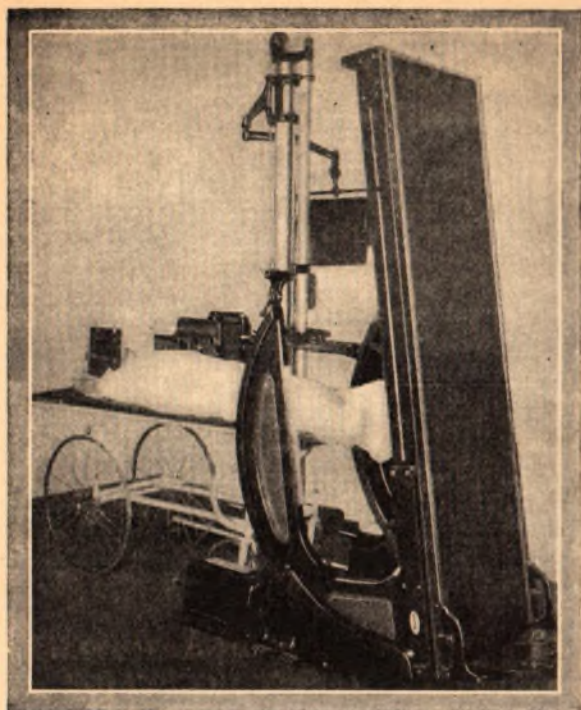
Formas anatómicas de la Apendicitis aguda, por el Dr. P. Larghero Ibarz.

La orientación de Stajano en Cancerología Las sucesivas etapas de una investigación, por J. C. Brito del Pino.

Redacción y Administración:
V. Brum-Ed. Acevedo, 1569
Apt. A - Planta baja - Montevideo

SUSCRIPCION:

Año \$ 2.00
Número suelto \$ 0.25



SEGURIDAD

Únicamente el Aparato Victor "Shock Proof"* Permite Esto

Aquí se ilustra el Aparato Victor "Shock Proof" Modelo "B," usándose en una forma que no había sido posible con otra clase de equipos. Se trata de un caso de emergencia en el que se requirió una radiografía de la cabeza; las condiciones del enfermo hacían todo movimiento—tal como el de colocarlo en la mesa de rayos X—muy poco deseable. Con el "Shock Proof" solamente fué necesario levantar la cubierta de la mesa, rodar la camilla para ponerla en la posición debida, enfocar el tubo de rayos X (que está encerrado en la "cabeza" del "Shock Proof") y tomar la radiografía.

¿No cree que esta gran ventaja es de mucho valor para usted?

Tenga presente que en tal procedimiento radiográfico no existe el peligro de que las líneas de alto voltaje hagan contacto con usted o su paciente, porque los aparatos VICTOR SHOCK PROOF son como su nombre lo indica, 100% eléctricamente seguros.

Llene usted este cupón y tenga la bondad de remitírnoslo y con todo gusto le enviaremos a vuelta de correo un folleto ilustrado con más información. No habrá ninguna obligación de su parte.

*A prueba de Choques.

GENERAL ELECTRIC
X-RAY CORPORATION

2012 Jackson Boulevard

Chicago, Ill., E. U. de A.

SUCURSAL MONTEVIDEO

URUGUAY NUMERO 752

ANTES VICTOR X-RAY CORPORATION

General Electric X-Ray Corp.

Deseo detalles completos acerca de los Aparatos Victor SHOCK PROOF.

Doctor

Calle No.

Ciudad País

E-25

La Terapéutica de la Congestión Pélvico Abdominal

CARLOS STAJANO
Profesor de Patología Quirúrgica

Las pseudo neurópatas primitivas.

Sin temor de caer en exceso, declaramos que es lo normal y corriente de que este conjunto de enfermas sea mal interpretado y tratado en forma infructuosa, cuando no perjudicial, mismo en manos de especialistas. Hemos visto más de una vez destinar a estas enfermas crónicas del dolor abdominal, a cuidados de un médico alienista, que tiene todo lo necesario para catalogarlas dentro de la hipocondría, en unos casos, de las melancolías simples o ansiosas en otros, cuando no, de otros procesos no tan nítidamente dibujados, pero en los cuales se destaca un agotamiento neurovegetativo general. Esta categoría de enfermas, "seudoneurópatas primitivas", por error de clasificación, es del mismo tipo al de aquellas neurópatas que ocho o diez años antes, nosotros reclamábamos insistentemente para la Ginecología, y que tan ligeramente eran catalogadas de mentales o neurópatas. Me refiero a los Pruritos vulvares, "sine materia", y que daban motivo a las discusiones entre la paciente enloquecida por ese tipo de causalgia pertinaz, y la opinión del médico consultado, que afirmaba con su autoridad, de que no tenía nada y que sólo el sufrimiento era obra de la imaginación. ¡Pobres neurópatas! Hemos podido demostrar con hechos remostrativos de orden clínico, — experimental y quirúrgico, — el origen neurotrófico central de pruritos vulvares cuya etiología imaginativa era la atribuida en esa época.

Creemos, firmemente, de que las variadas manifestaciones clínicas de las congestiones pélvicoabdominales, pueden fácilmente despistarse, y tratarse en forma conveniente en las distintas épocas en que aparece; reclamando a los clínicos un poco más de modestia, no improvisando un diagnóstico de neuropatía en estos casos que no existe sino secundariamente.

El estado general El Distiroidismo

Las enfermas solteras no aparecen en general al consultorio del ginecólogo. Acuden al especialista del órgano que ellas creen responsable: El urólogo — el de vías digestivas — el de enfermedades nerviosas, y a menudo al médico general. Es corriente, ver las falsas rutas en la terapéutica de estos casos, y hemos señalado que casi toda la acción médica se extralimita en exámenes de todo orden, en busca de la causa del mal. Son nerviosas, irritables, con la onda negativa psíquica premenstrual; son dismenorreicas espasmódicas, que se perpetúan con la medicación sintomática. Son menorrágicas de 7, 8 y 10 días. Llevan, en general, todo el sello del ligero hipotiroidismo permanente, o el de la inestabilidad tiroidea (Leevy y J. Rostchld). Casi sin excepción, la medicación tiroidea es base del tratamiento de fondo; pero a dosis muy pequeñas que no deben sobrepasar en general de 15 ctgs. de producto, pues, fácilmente, la intolerancia se dibuja a dosis mayores. Las algias premenstruales, las crisis dolorosas intermitentes del período de regla, mejoran en ciertos casos, en los cuales la indicación se hace justa. La menorragia y el número de días de corrimiento disminuye. La friolencia, a veces los edemas fugaces y la caída del pelo cesan.

Debemos de declarar, de que esta medicación la empleamos sintomáticamente, pues la sintomatología de la enferma lo exige. Conocemos a pesar de todo, poca fisiología glandular y por eso es que hacemos un tratamiento más indirecto y más general, el cual nos ha dado sus pruebas: es el tratamiento general tónico de todo el sistema vegetativo y glandular a base de estriquina, fósforo y arsénico, a altas dosis. No es del caso el entrar en detalles, pero insistimos en que la medicación opoterápica exclusiva, la conceptuamos simplista y a veces perjudicial, puesto que actúa sobre un sistema glandular funcionalmente agotado o influenciado por un estado general no del todo normal. Hacemos opoterapia en un sistema que hemos reconfortado previamente, y obtenemos, entonces, todo el fruto de una terapéutica bien conducida.

¿Acaso en la tara funcional de estas enfermas no tiene participación lejana la sífilis? Así lo creen algunos autores y CASTAÑO aconseja el tratamiento específico de fondo a pesar de las reacciones humorales negativas, cosa que hemos realizado en algunos casos con resultados felices (yodobismutatos y yodoquinatos, bismuto rojo, etc).

El tono venoso.

Nada sabemos de fisiología del tono venoso. Toda la fisiología médica es empírica. Así, por ejemplo, las sustancias empleadas en la terapéutica de las várices, castaños de india y hamamelis, y especialmente la última, es utilizada con éxito solamente a altas dosis (tintura de hamamelis, 90 a 100 gotas diarias).

Terapéutica de indiscutibles resultados, ayudada en general, por el calor que hacemos por vía rectal, mediante pequeños lavajes o enemas emolientes de malva. La acción modificadora del calor por vía rectal, es utilísima y coadyuva a la desaparición de los síntomas en las crisis agudas de fluxión venosa.

Las falsas rutas y las malas prácticas terapéuticas-

El error de diagnóstico es frecuente con los procesos úteroanexiales inflamatorios. En las crisis violentas el dolor y el resto de los síntomas hacen la simulación muy posible. La aplicación de la bolsa de hielo, es en general, aconsejada en espera de un diagnóstico o con diagnóstico falso. El resultado de esta refrigeración superficial, es la persistencia de la congestión profunda, sin retrocesión de síntomas, y es así cómo el médico a veces prolonga una situación anormal por falsa ruta terapéutica. Es extraordinario el cambio que se opera si se sustituye esa medicación por el gran enema caliente de tres a cuatro litros, o el pequeño enema caliente de 250 gramos a retener, con infusión de malva, altea, etc., modificando situaciones hasta entonces irreductibles.

La diatermia es una contraindicación

Es este excelente método terapéutico, desprestigiado a veces con razón, por el uso inadecuado y abuso, de que hacen gala infinidad de médicos que creen solucionar todas las afecciones ginecológicas cuya naturaleza desconocen, o todas las molestias que no interpretan, mediante la aplicación del famoso aparato. Forma legión el número de enfermas que consulta por un varicocele pelviano o por una congestión pelviana intermitente, desconocida o no diagnosticada y que sin excepción han llegado a la aplicación diatérmica como último recurso contra su malestar prolongado. Somos categóricos en asignar como "síntoma señal" de la congestión pelviana, la agudización del dolor durante la aplicación diatérmica, al punto de que las enfermas se resisten a repetir las aplicaciones. **La diatermia no cura, no alivia, sino que aumenta y agrava la congestión profunda**, exacerbando momentáneamente todos los síntomas de estancamiento venoso. De este interrogatorio sacamos, pues, datos de presunción ya, para el buen diagnóstico. Esta afirmación ha sido objeto de demostraciones en la clínica, y observada por el personal de servicio, practicantes y alumnos, desde hace varios años, no habiéndose publicado hasta el momento actual. En estos últimos tiempos en que hemos operado un buen número de varicoceles pelvianos, hemos controlado la clínica del proceso, con las lesiones anatómicas comprobadas en el acto operatorio y hemos tenido ocasión de ver numerosos casos de pseudo-

anexitis antiguas, prolongadamente o infructuosamente tratadas hasta entonces.

La cirugía del Varicocele y de la estasis venosa de la pelvis.

Dejaremos de lado la terapéutica de las afecciones que secundariamente han sido fruto de la congestión pelviana activa o pasiva. (Angioesclerosis uterina. Degeneración microquística de ovarios. Parametritis esclerosa del fondo de saco izquierdo. Celulitis esclerosa difusa de la pelvis, etc.) y nos concretaremos a la cura del disturbio circulatorio primitivo: a) Existen en su etiología factores mecánicos y es a veces la retroversión o flexión exageradas la causa determinante y única del obstáculo circulatorio de retorno. **La retroversión o retroflexión debe sistemáticamente ser corregida**, aunque parezca una exageración esta fórmula tan rígida. Ese vicio de posición no da muchas veces síntomas, ni molestias, y es a veces tardíamente que los dolores sacrolumbares, o la múltiple sintomatología, aparece como consecuencia de la intolerancia a largo plazo de ese vicio de posición. La esclerosis ovárica y uterina se elaboran silenciosamente en esas pelvis congestivas y edematosas. La ausencia de síntomas pelvianos y especialmente dolorosos, permitió a la ginecología anatómica, el negarle la importancia a los vicios de posición del útero; y sólo el dolor, o las adherencias fijadas dieron motivo para la indicación quirúrgica formal. La patología general y la fisiología patológica, nos permiten ver con más latitud, y con menos simplismo, a otros procesos silenciosos y poco turbulentos de la pelvis femenina, y es corrigiendo los desplazamientos anatómicos del útero causantes de éstasis, que hacemos profilaxia de numerosos trastornos funcionales presentes: leucorrea de causa mecánica, dismenorreas, menorragias, diapareunias, hemorroides sintomáticas, algias pelvianas, causalgias vaginales, trastornos psíquicos etc.), cuando no lesiones anatómicas futuras, tales como las diversas esclerosis viscerales, ováricas o uterinas. b) En otras circunstancias no existen factores adyuvantes ni determinantes de la éstasis. Es caso del varicocele esencial, o de pelvis congestiva sin causa conocida. Es contra esta variedad que se han aconsejado infinidad de procedimientos que se escalonan desde lo más radical (Histerectomías y Anexectomías bilaterales), hasta la ultra conservación, obrando tan sólo sobre elementos nerviosos o vasculares, de acuerdo con el concepto patogénico guía de cada autor.

Por similitud con el varicocele masculino se han hecho en la mujer toda clase de **ligaduras venosas escalonadas**, y por nuestra parte, no sólo hemos hecho ligaduras venosas como las que aconseja el PROF. CASTAÑO, de Buenos Aires, en el pedículo útero ovárico, sino en dis-

tintos sectores del ligamento ancho (otros autores), ya aisladamente o asociadas entre sí. Tenemos que declarar, que los resultados no son constantes y hemos tenido al lado de éxitos verdaderos, casos dudosos y otros con resultado nulo. Es que la patología venosa y especialmente la fisiopatología del tono nos es desconocida por completo y toda la terapéutica quirúrgica empleada no es sino simplista y puramente sintomática. Felizmente ella será provisoria y otro será el camino a seguir en el futuro, cuando la fisiología dé sus fundamentos, y la cirugía sea fisiológica y no tan sólo mecánica y anatómica como lo es hoy.

La ligadura total con sección de ambos pedículos útero ováricos fué realizada por RUGGI en 1899, por COTTE en 1925, por CASTAÑO en 1929, con la intención de tratar la ovaritis escleroquística. Es con este antecedente que operamos a todos los varicoceles y congestiones pelvianas en gente joven o madura, pudiendo adelantar que si bien en un principio lo realizábamos con temor a perturbar la circulación del ovario, hoy la realizamos con menos prevención, puesto que a parte de los buenos resultados inmediatos obtenidos, conocemos trabajos clínicos y de investigación experimental que justifican y permiten realizar, la total sección vascular, que implica a su vez la simpaticectomía del órgano por esa vía de conducción. Profusa bibliografía encontrará el lector desde 1925 hasta la fecha, respecto a los resultados de la cirugía vascular y nerviosa de la pelvis, de la cual tenemos experiencia personal y que practicamos desde el año 1921 (1), habiendo formulado sus indicaciones, sus contraindicaciones, sus peligros y diversas adquisiciones de orden fisiológico, que interesan a la patología general y en especial a la cancerología.

EDUARDO BUNSTER, ginecólogo chileno, estudia experimentalmente la sección total bilateral del pedículo útero ovárico. (Operación que practica en la ovaritis escleroquística bilateral).

Al cabo de un año de esta operación, a) la histología no reveló manifestaciones de esclerosis en el parénquima ovárico. (ASCHNER asevera lo contrario en afirmaciones anteriores).

b) El aporte sanguíneo del ovario no sufre trastornos mayores, dado que la circulación ovárica se hace principalmente por el aporte de la vía uterina, aparte de las conexiones colaterales suplementarias, fuera del vaso principal. (Conexiones vasculares de trompa, ligamento redondo, ancho, etc.).

c) Observaciones clínicas interesantes publicadas por BUNSTER (Chile), por CASTAÑO (Buenos Aires), LHERMITTE, DUPONT (Francia), etc., nos permiten admitir, que la ovulación, no solamente no se perturba, sino que mejora considerablemente después de esta operación,

(1) «La simpaticectomía hipogástrica».—Concurso Galliral (1922).

especialmente cuando ella es bien indicada, (Ovaritis escleroquistica, (RUGGI, COTTE, CASTAÑO, BUNSTER), y que la gravidez normal puede cumplirse, desapareciendo una causa de esterilidad. (Casos publicados).

Conclusiones

- La buena terapéutica de los procesos congestivos de la pelvis, gilra alrededor de un buen diagnóstico, dado que el error no sólo es frecuente, sino corriente en la práctica habitual.
- La congestiva pelviana no es una enferma genital exclusivamente. Es una enferma de medicina general compleja, cuya nutrición, metabolismo, y tono nerovegetativo general incluso el de los vasos, requiere una terapéutica médica especial, a veces soberana y suficiente.
- La congestión pelviana, es a veces, un episodio pasajero y uno de los tantos síntomas que reflejan un estado general determinado: otras veces, es un estado permanente y duradero, con todas sus consecuencias y manifestaciones clínicas.
- El tratamiento médico tiene como directriz, el aumentar el tono del árbol venoso, ya con medicamentos específicos (Castaños de Indias, Hamamelis, etc.), ya obrando sobre la tonalidad neurovegetativa general y la que a su vez normaliza el tono venoso.
- Suprimimos las causas mecánicas existentes (Vicios de posición del útero), que agravan la éstasis, y preparan las esclerosis futuras. Procedemos sin excepción a la ligadura con sección de los dos paquetes útero ováricos.
- Esta operación nos permite seguir siendo ultra conservadores en esta cirugía ginecológica, poniéndonos en oposición con los cirujanos o ginecólogos que uniformizan toda su terapéutica, mediante la histerectomía y la castración bilateral, hechas sin mayor indicación y con toda ligereza.
-

Surmenage intelectual
Agitación nerviosa
Neurastenia
Insomnio

Histeria de
origen
endocrínico

NEUROVAL

PRINCIPIOS ACTIVOS DE LA VALERIANA FRESCA ESTABILIZ. — DETIL-BARBITURATO SÓDICO

Sin Opio
y sus
derivados.

No hay
acostumbramiento.

REGULADOR DEL
SISTEMA NERVIOSO

LABORATORIOS QUIRON
MONTEVIDEO

JOSE J. VALLARINO

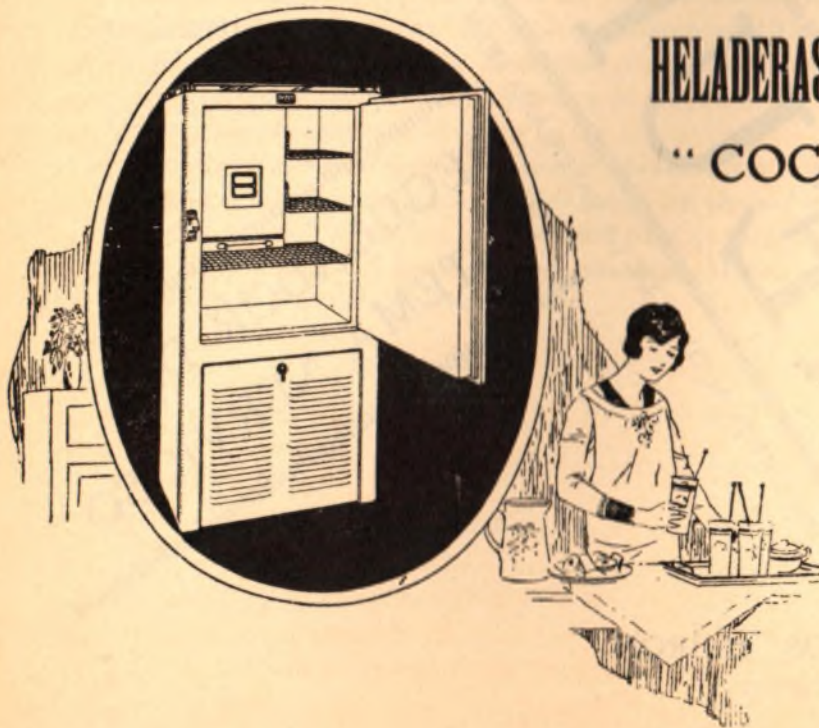
Extracto de Malta MONTEVIDEANA



1000
DISTINGUIDOS MÉDICOS

han manifestado reconocer
que es la nutrición tónica que
posee más propiedades di-
gestivas, de fácil asimilación
y de alto valor
alimenticio.

SOCIEDAD ANONIMA
Cervecerias del Uruguay



HELADERAS ELECTRICAS

“ COCODRILO ”

Las más perfeccionadas
y económicas

Elegancia y Solidez

Variado surtido en modelos y
tamaños

Visiten nuestra
exposición

TRABUCATI & Cia.

25 DE MAYO, 662

Página de los Estudiantes

Fórmias anatómicas de la apendicitis aguda

Por el Dr. P. LARGHERO IBARZ

*Profesor Agregado de A. Patológica de la Facultad de Medicina
Cirujano de Guardia del Hospital Pasteur (en comisión)*

LOS procesos inflamatorios del apéndice ileocecal, revisten formas anatómicas muy variadas, en cuyo determinismo intervienen factores múltiples: virulencia microbiana y flora distintas, tiempo de evolución, edad del sujeto, estados fisiológicos especiales, variantes topográficas del órgano, lesiones anteriores, presencia de cálculos estercorales, dietética o medicación inapropiada (purgante, etc.).

Es así que en cada caso el apéndice tiene una fisonomía particular, con caracteres fundamentales que permiten hacer tipos, más bien dicho, grupos, pero a los cuales se agregan lesiones de matiz, que imprimen a cada caso un carácter de individualidad muy marcada; aumentan aún la complejidad del cuadro, las lesiones del mesoapéndice, banales muchas veces, pero en algunos casos de importancia fundamental como determinantes de las lesiones del apéndice y de considerable valor pronóstico.

Sin embargo, para la comprensión de las lesiones y su buen conocimiento, la clasificación y las descripciones "tipo" son necesarias; ellas serán basadas sobre el material que poseemos, personal y ajeno, en el laboratorio de A. Patológica del Hospital Italiano y en el Museo del Instituto de A. Patológica de la Facultad de Medicina.

Una primera distinción es necesaria: cualquiera que sea el tipo anatómico de la lesión, ella puede tomar de manera predominante una parte o la totalidad del apéndice en su longitud, y en lo que respecta

a sus capas constitutivas, asentar en absoluto o electivamente sobre una o sobre todas ellas (sistematizadas o masivas).

En lo que respecta a lo primero, los procesos agudos, cuando son parciales, tienen predilección por la porción distal del apéndice, especialmente la punta; cuando la lesión es sistematizada, predomina casi siempre en la mucosa, y al decir esto descartamos aquellas lesiones apendiculares de vecindad o de contacto, sobre todo con los anexos enfermos en la mujer, que presentan un máximum de lesiones en las capas periféricas de la pared apendicular, pero que ceden el paso, en importancia, a las afecciones tubo ováricas determinantes.

La localización distal o apical del proceso, es, a veces, función de una obstrucción de la cavidad por un cálculo, estenosis cicatricial o acodadura; la localización juxtacecal, de una obliteración completa de la cavidad, en su porción distal, por la cicatrización de un proceso destructivo, anterior, de la mucosa. En muchos otros casos no se encuentra como factor determinante de localización, sino la tenencia natural de todos los procesos inflamatorios a hacerse máximos en el fondo de las cavidades naturales.

Tomando como base las piezas que tenemos a la vista, podemos describir 5 grandes tipos de lesiones.

- 1.º Apendicitis catarral.
- 2.º Apendicitis flegmonosa.
- 3.º Apendicitis purulenta y ulcerosa.
- 4.c Apendicitis hemorrágica.
- 5.c Apendicitis gangrenosa.

La Apendicitis Catarral

Lesiones macroscópicas.

En algunos casos, el aspecto exterior del órgano es enteramente normal; ni cambio de coloración, ni del aspecto liso y brillante de la serosa. Poca o ninguna tumefacción. Ocurre esto en los casos de escasa virulencia y operados con precocidad. El aspecto, aparentemente normal, no debe hacer rechazar el diagnóstico, que sólo el examen microscópico confirmará, mostrando las lesiones iniciales localizadas en la mucosa y submucosa, y tan no debe rechazarse, que existen casos, es verdad, raros, de apendicitis agudas con graves lesiones gangrenosas de la mucosa y con escasa o nula alteración exterior.

Repetimos que lo que antecede es la excepción, y en la generalidad de los casos, el apéndice presenta, aun precozmente, alteraciones netas.

Aumento de volumen, forma cilíndrica, fusiforme o ensanchado en la punta, a veces con fina inyección difusa de los vasos subserosos, otras, de color pálido, más pálido que el intestino delgado, cuya coloración es idéntica a la del apéndice en estado normal. Al tacto, el órgano es grueso, no plegable, como al estado normal, pero sin la tensión que tiene en las formas con exsudado cavitario abundante.

Estas lesiones pueden ser totales o parciales, en el sentido que hemos expuesto anteriormente.

El meso, delgado o rico en grasa, no presenta, en general, alteraciones en esta forma. Si examinamos la cara interna del órgano, después de apertura en el sentido longitudinal, constatamos: que en la cavidad se encuentra poco o ningún exsudado mucoso; la mucosa, pálida o ligeramente inyectada, es gruesa, mamelonada y sembrada de puntos del tamaño de una cabeza de alfiler, de coloración rojo oscuro, que corresponden, como lo muestra el examen microscópico, a las úlceras del fondo de las depresiones de la mucosa, lesión típica e inicial del proceso (úlceras catarrales de Aschoff).

El resto de la pared, fuera de un aspecto jugoso, función del edema intersticial, no presenta alteraciones notables.

Lesiones microscópicas —

Tres procesos patológicos fundamentales, caracterizan esta forma.

- 1.º La congestión y el edema parietal intersticial.
- 2.º El catarro de la mucosa (hipersecreción, descamación y úlceras catarrales).

- 3.º La hipertrofia del centro vegetativo de los folículos linfóideos.

La mucosa, más plegada que normalmente, presenta una marcada hipersecreción; las células de revestimiento y glandulares, convertidas en botellitas de mucus, siembran la superficie y expulsan su contenido de bello color azul (preparaciones teñidas por hematoxilina y eosina), que cae en la luz, donde forma, con algunos leucocitos y restos fecales, un magma abigarrado.

Los folículos linfóideos muestran su actividad con la presencia en su centro, de numerosos elementos jóvenes, más grandes y más claros que los linfocitos, con protoplasma de color rosado violáceo y núcleos en mitosis. Además, la demarcación entre los folículos ha perdido nitidez; existe una proyección centrífuga de elementos linfóideos que desde la periferia de cada folículo siembran el tejido reticular del corión de la mucosa, donde se puede observar además una congestión importante de sus finos vasos.

El revestimiento epitelial no es continuo; en el fondo de las depresiones, se encuentran pérdidas de sustancia de tamaño variable, en general pequeñas, y el corión, desnudado de su epitelio, aparece a veces cubierto por una delicada membrana fibrino-leucocitaria-hemorrágica. El todo constituye la característica **úlcer a catarral de Aschoff**. A partir de ella, e infiltrando en cono a base externa la pared apendicular, se observa en la submucosa, corion, muscular y subserosa, una infiltración leucocitaria mononuclear (linfocitaria y a plasmazellen) y polinuclear neutrófila con eosinófilos, a veces abundantes, que se disponen entre los elementos normales de la pared, disociándolos sin alterarlos mayormente; en la subserosa, la congestión vascular es mayor, el edema la espesa, y puede observarse un delgado exudado fibrino-leucocitario sobre el peritoneo apendicular. El todo constituye, como decíamos, una cuña de infiltración que tiene su base hacia la serosa, su vértice al nivel de la ulceración catarral de la mucosa; alrededor de la erosión, la mucosa, bajo un aspecto aparentemente normal, oculta un proceso socavante que la evolución podrá convertir en las formas anatómicas más serias.

Este proceso de infiltración parietal cuneiforme, presenta múltiples focos (tantos como erosiones de inoculación microbiana); es la multiplicación de las erosiones y la confluencia de las cuñas de infiltración, que determinará la forma flegmonosa de la apendicitis aguda.

Apendicitis flegmonosa

Corresponde, en general, a cuadros clínicos de evolución más larga.

El **aspecto macroscópico** es siempre terminante. El apéndice se presenta engrosado uniformemente o parcialmente; en la generalidad de los casos, el engrosamiento predomina en la mitad distal (apéndice en forma de basto de baraja). A veces, cuando un proceso anterior ha determinado una obliteración lineal o poco extendida, el contraste es notable entre la porción distal engrosada y la parte proximal normal. En otros casos, un proceso inflamatorio anterior ha provocado la obliteración completa de la mitad o de las dos terceras partes distales del órgano, convertido en un cordón blanco y duro, y el proceso agudo actual se desenvuelve en la porción juxtacecal aún permeable (apéndice en forma de pistón).

Cuando la totalidad del órgano es asiento del proceso inflamatorio, él se presenta cilíndrico, más a menudo en arco o acodado.

Además del aumento de volumen, el apéndice presenta una coloración rojo cereza o escarlata, a punteado fino. La serosa, depulida, edematosa, muestra una marcada inyección de sus vasos. Sobre ella se deposita a veces un exudado gelatinoso, blanco-amarillento, translúcido o mismo seudo membranoso amarillo verdoso, de tipo crupal, que se despega con suma facilidad, dejando al desnudo la serosa con sus lesiones predominantemente congestivo-hemorrágicas.

Con las modificaciones de forma y de coloración, el apéndice se ofrece al dedo, aumentado en su consistencia, que es dura, tensa.

La cara mucosa del órgano, presenta también lesiones características: constituida por numerosas úlceras de un diámetro de dos a tres mm., bastante profundas, de color rojo oscuro, están separadas por islotes salientes correspondientes a los restos de la mucosa que persisten en el ápice de los pliegues.

Estos islotes fuertemente congestionados, ofrecen, sin embargo, una cierta lucidez que contrasta con el aspecto granuloso, opaco, de las ulceraciones.

Cuando existen cálculos estercorales, moldeados en la cavidad, la mucosa que está en su contacto se presenta lisa, de color rojo oscuro, a veces ampliamente ulcerada.

La cavidad contiene pequeña cantidad de exudado turbio o sanguinolento. El corte de sección de la pared muestra focos hemorrágicos en su espesor, sobre todo, en la submucosa y subserosa; en la primera en forma de puntos, en la segunda en forma de manguito de color rojo oscuro, rodeando toda la circunferencia del órgano. Este corte muestra, también, que las ulceraciones son a veces bastante profundas, tomando mucosa, submucosa y aun invadiendo la capa muscular con amenaza de perforación.

Cuando una estenosis cicatricial o acodadura o cálculo, han contenido el proceso inflamatorio, el contraste entre la zona de la mucosa enferma y la parte sana, puede ser neto al examen a simple vista.

Existe otra modalidad más rara del proceso flegmonoso, y es cuando se hace predominante parietal, con conservación relativa de la mucosa, que sólo presenta una ligera congestión con algunas úlceras pequeñas en el fondo de las depresiones.

El mesoapéndice en esta forma se presenta habitualmente engrosado, edematoso, en algunos casos muy friable. Un fino punteado hemorrágico oscuro, confluyente en la zona juxtaapendicular, o extendido a toda la superficie del órgano, constituye a veces toda la lesión; pero, también, puede observarse un exudado gelatinoso o fibrinoleucocitario continuando el que cubre al apéndice.

Esta forma se acompaña a menudo de un exudado peritoneal seroso turbio en pequeña cantidad, localizado en la fosa ilíaca derecha y en el cual las investigaciones de varios autores han demostrado la ausencia habitual de microbios.

Lesiones microscópicas —

Se observa en la cavidad la existencia de un exudado fibrinopurulento poco abundante, libre y en partes, adherente a las ulceraciones. La mucosa persiste solamente bajo forma de islotes en el ápice de los pliegues, sostenidos por una formación folicular del corion y la infiltración de la submucosa. En el resto, la mucosa y submucosa han desaparecido, sustituidas por una infiltración leucocitaria polinuclear con focos hemorrágicos que se extienden en el espesor de la pared, disociando las fibras musculares, formando entre ellas pequeños abscesos y llegando hasta la subserosa que aparece congestionada, con linfáticos abarrotados de leucocitos polinucleares. La serosa misma está recubierta por un exudado cruposo, fibrinoleucocitario hemorrágico.

La infiltración flegmonosa parietal es total, pese a la persistencia de islotes de mucosa; la confluencia de las cuñas de infiltración haciéndose en el espesor de la pared por debajo de ella. Es así, que a veces, se constituyen abscesos parietales cuya evolución hacia la serosa y ruptura puede ser causa de peritonitis grave, contrastando con las lesiones poco acentuadas de la mucosa.

Las lesiones del meso se caracterizan por la congestión acentuada de los vasos, el edema e infiltración leucocitaria que se hace marginando las vesículas adiposas o invadiéndolas; los vasos linfáticos rellenos de leucocitos polinucleares recorren el campo como nervaduras en todas direcciones. La superficie serosa del meso se encuentra cubierta en totalidad o a trechos por delgadas membranas fibrinoleucocitarias.

Apendicitis purulenta y ulcerosa

Ella no constituye sino una forma de evolución de la precedente y la demarcación recíproca frente a un caso determinado, es a veces difícil y a menudo artificial. Puede presentarse con o sin ulceración perforante, cuyos caracteres serán estudiados en conjunto más adelante.

Lesiones microscópicas —

El aspecto exterior del órgano no tiene diferencias fundamentales con la forma flegmonosa; las lesiones son solamente más acentuadas.



Fig. 1 -Apendicitis flemonosa lesiones predominantes en la mitad distal.

D - Fina inyección vascular generalizada.

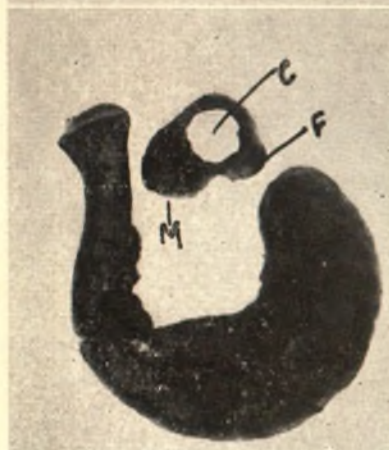


Fig. 2 Ap. purulenta y ulcerosa. Corte transversal:

M. - meso infiltrado.
C. - Cavidad - Ulceración completa de mucosa y submucosa.
F. - Falsa membrana gruesa sobre la serosa.

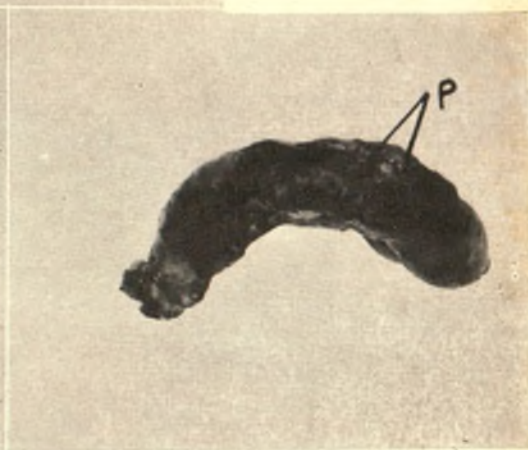


Fig. 3- Apendicitis purulenta con placas de esfacelo.

P. - Perforación en sacabocados sobre la cara convexa.

Fig. 4 - Gangrena masiva de la mucosa

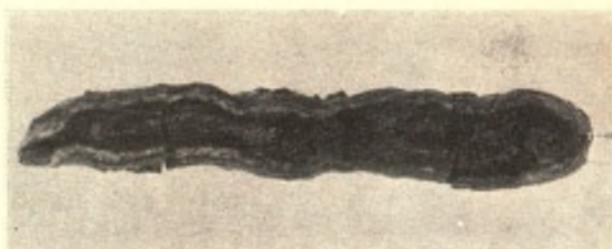


Fig. 5 - Apendicitis gangrenosa (color verde) adelgazamiento marcado de la pared P. trombosis del meso T.

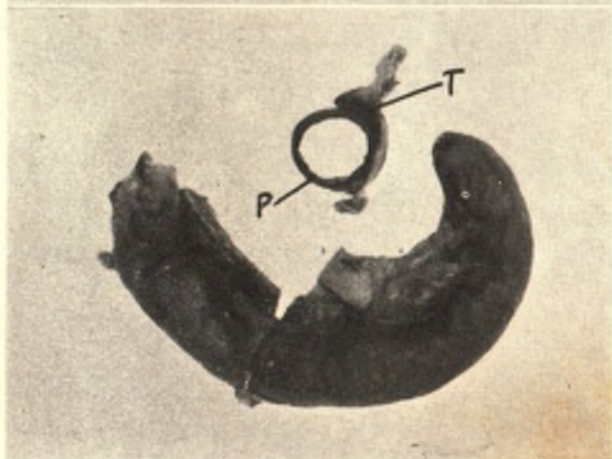


Fig 8 - A la derecha, apéndice gangrenoso con meso grueso; trombosis vascular

A la izquierda, Extremidad del epiplón, cuya punta en forma de capuchón cubria el apéndice

A - B - orificio de entrada del capuchón.

A - Borde anterior - B - Borde posterior.

F - Falsa membrana



COMISION DE PROFESORES PRO-OBRA
SOCIAL Y CULTURAL
EN LA DIVISION PRIMERA
DEL LICEO NOCTURNO

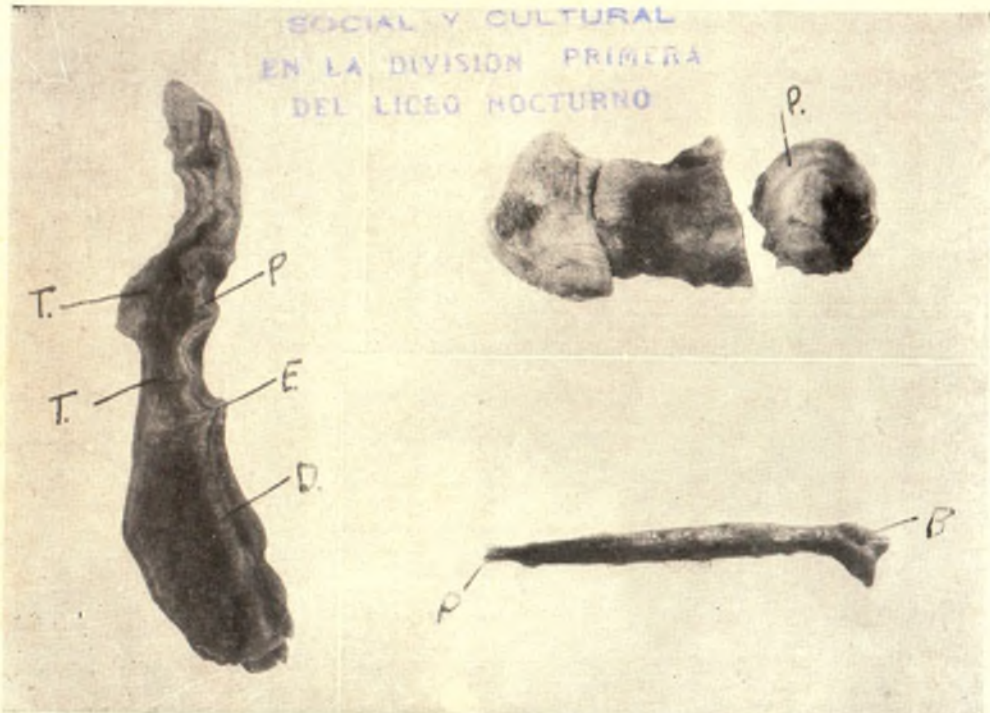



Fig. 6 - E - Estrechamiento cicatricial separando la mitad distal (D) purulenta y ulcerada, de la mitad proximal. P) con alteraciones flegmonosas discretas. T. T. Lesiones traumáticas (pinza).

Fig. 7 - Apendicitis aguda purulenta perforante. Forma hipertrofica. En el corte transversal se ve el espesor considerable de la pared P.

Fig. 9 - Apendicitis gangrenosa. Profundas lesiones destructivas. Perforaciones múltiples. B. Base de implantación secal. P. Punta Perforada.

Una Personalidad Técnica
Descollante *dice que es*
admirable la flexibilidad
del Nuevo CHEVROLET

La *opinión* del Ingeniero GAMINARA



El ingeniero Donato Gaminara, alta autoridad técnica del país, opina que el Chevrolet 1931 reúne cualidades que sólo se encuentran en los automóviles de verdadera clase.

Lo que más me ha admirado, dice el Ing. Gaminara, es la "maleabilidad" del Chevrolet, ya que de una velocidad inferior a la marcha de un hombre pasa a las altas velocidades con una rapidez asombrosa y siempre con notable suavidad.

He comprobado también, agrega, la facilidad con que el nuevo Chevrolet asciende los repechos más pronunciados.



HECHO PARA QUE TODOS PUEDAN POSEER UN COCHE REALMENTE FINO

ANTIDOL

TABLETAS CONTRA EL DOLOR

ANTIDOL de acción específica y directa sobre todas las neuralgias, suprime con la primer tableta los dolores de CABEZA, de MUELAS, NEURALGIAS de la cara, INTERCOSTALES, CALAMBRES musculares, etc.

Es sumamente eficaz en el REUMATISMO, la CIÁTICA y el LUMBAGO. Es utilísimo en la GRIPPE evitando el malestar y decaimiento que acompañan a esa enfermedad.

DURANTE Y CARRARA

FARMACEUTICOS

Calle BUENOS AIRES, 523 Bis

MONTEVIDEO

Tratamiento específico de la Anemia
perniciosa y Aquilia gástrica
por el

Gastrolan Dispert

Conteniendo exclusivamente los elementos epiteliales de la mucosa y los principios activos de la musculosa del estómago crudo de cerdo.

Sabor agradable

Tolerancia perfecta

Instituto Bioterápico Uruguayo

Unicos distribuidores HEIDER Y FORNIO

Ituzaingo, 1427 - Montevideo

Afuera con las operaciones amenazando la vida

La nueva terapéutica, sin operaciones
DEL MAL DE PIEDRA

Cura radical de los cálculos de la bilis,
de los Riñones y de la Vejiga

por medio de

«*Lithosanol de Bauer*»

Depósito General Calle MERCEDES, 885

Misma congestión y hemorragia subserosa, a veces en napa, dando al apéndice un color rojo vino o vinoso. Engrosamiento marcado, a veces considerable (diámetro de un pulgar); apéndice tenso, eréctil, fluctuante, a menudo incurvando en arco con gran distensión de su borde convexo. Se encuentra a menudo cubierto de exudado fibrinopurulento en forma de manguito o de membranas amarilloverdosas.

Presenta en algunos casos, zonas de la pared en contacto con un coprolito o lejos de él si lo hay, de forma redondeada, ovalar o a veces tomando toda la punta, de color marrón o verdoso, adelgazadas, tensas o arrugadas y que corresponden a placas de esfacelo cuya caída constituye una de las causas de la perforación apendicular.

Cuando una perforación ha permitido la evacuación del contenido, el órgano se presenta engrosado, pero depresible; su expresión da salida sin embargo siempre a algunas gotas de pus.

La apendicitis purulenta puede coexistir con un estado hipertrófico de la pared apendicular que nos ha sido dado observar en sujetos de edad avanzada con crisis apendiculares graves. El órgano del grosor de un pulgar o más, cilíndrico, duro, pálido, adherente a la pared ilíaca o pelviana (hecho determinado por uno o varios ataques agudos anteriores curados), presenta a veces sólo un resto de cavidad donde el proceso agudo purulento que ha determinado la intervención se hace rápidamente perforante.

La cavidad del órgano está ocupada por un exudado purulento, cremoso o poco denso, de color amarillento, marrón achocolatado o vinoso, de aspecto uniforme o llevando en suspensión grumos pequeños. Su cantidad es variable, a veces muy abundante, contenido en un órgano distendido al máximo y pronto a estallar.

En algunos casos sin olor, muy a menudo de fetidez fecaloidea o más repugnante aún. La cara interna se encuentra convertida en una amplia úlcera de color rojo oscuro, a veces verdoso, de superficie irregular, mamelonada. Aquí, como para la forma flegmonosa, aunque el caso es raro, el proceso puede ser predominantemente parietal con formación de numerosos abscesos que evolucionan hacia la serosa, cuya perforación puntiforme, a veces invisible, puede ser origen de peritonitis difusa contrastando la gravedad del proceso con las lesiones discretas de la mucosa.

La pared presenta un espesor variable; en algunos casos engrosada, en otros adelgazada por el proceso ulcerativo que ha destruido mucosa, submucosa y mismo muscular, presenta zonas donde la evolución de las lesiones habría determinado a breve plazo la perforación.

La perforación apendicular —

Generalmente única, a veces doble o múltiple, sobre todo en las formas con graves lesiones necrosantes de la pared. Asienta siempre en la zona donde las lesiones son máximas; borde convexo, punta, más raramente en la base. Su tamaño es variable, desde las perforaciones puntiformes microscópicas producidas por la apertura al exterior de un pequeño absceso de la pared y que pasan a menudo desapercibidas mismo a un examen cuidadoso, hasta las amplias aperturas del tamaño de una moneda de un centésimo y más. Su forma es redondeada u ovalar; más raramente toma toda la circunferencia del órgano y determina su amputación. Por la cara externa el orificio de la perforación tiene bordes adelgazados, de color amarilloverdoso con un delgado ribete rojizo; en las perforaciones puntiformes el orificio se encuentra en el ápice de una pequeña saliente de aspecto fibrinoleucocitario.

La perforación puede constituirse al nivel del lecho que en la pared del órgano se hace un cálculo estercoral; la compresión (decúbito) y la acción microbiana se combinan para conducir a este resultado. No siempre la perforación es de diámetro suficiente para permitir la salida del cálculo y su pasaje a la cavidad peritoneal o al foco de peritonitis enquistada; él se ve entonces por la ventana parietal aún alojado en la cavidad.

Vista por la cara interna la perforación aparece bajo la forma de una pérdida de sustancia de tamaño variable, redondeada u ovalar, a veces puntiforme. Sus bordes, adelgazados de color rojo oscuro o verdoso cuando la perforación ha sido amplia y por ulceración progresiva, al contrario gruesos, del espesor de la pared, cuando ella ha sido originada por la doble apertura en la cavidad peritoneal y en la luz apendicular de un absceso intramural o por la caída de una placa gangrenosa de la pared (perforación como hecha a sacabocados).

El meso se presenta frecuentemente alterado. A veces, solamente congestionado, edematoso, con fino punteado hemorrágico superficial, más a menudo espesado, duro, friable, por infiltración leucocitaria o hemorrágica y trombosis de los pequeños vasos. Puede encontrarse cubierto por exsudado gelatinoso delgado o mismo pseudomembranoso amarillento. Estas lesiones predominan siempre en la zona juxtaapendicular del meso.

Examen microscópico —

Muestra tres lesiones fundamentales: 1.º, pus en la cavidad; 2.º, proceso purulento y destructivo de la mucosa y submucosa; 3.º, infil-

tración purulenta de las capas muscular, subserosa y exudado fibrino-purulento sobre la serosa.

La cavidad del apéndice se encuentra ocupada por una magma purulento, compuesto por el exudado leucocitario con elementos muy alterados, en muchos puntos irreconocibles, hemorragia más o menos abundante y los restos de la mucosa y submucosa. En efecto, estas capas faltan en totalidad o quedan solamente de ellas vestigios bajo forma de islotes que adhieren aún a la pared bañando en el pus o persisten sólo algunos fondos de saco glandulares en su porción más profunda. Las porciones del epitelio que han resistido presentan profundas alteraciones degenerativas.

El proceso purulento de la pared se caracteriza por una infiltración leucocitaria polinuclear difusa y masiva, con elementos aquí menos alterados que en el exudado cavitario, disponiéndose entre las fibras musculares, disociándolas y colectándose en pequeños abscesos. A veces la estructura de la pared se hace irreconocible en ciertas zonas o en la totalidad de ella y la capa purulenta hace uniforme el aspecto de la pared desde la luz hasta la serosa.

La pared muscular puede ser así completamente destruída, sustituida por pus, preparando así la perforación del órgano. Algunos de los abscesos parietales se han abierto hacia la serosa o hacia la cavidad, o hacia ambos lados a la vez (perforantes). Por debajo de la serosa se observan hermosas figuras de linfangitis y la infiltración leucocitaria se hace confluyente con marcado edema.

Sobre la serosa cuyo endotelio ha caído, se observa un exudado fibrinoleucocitario, a veces con predominancia de fibrina dando el aspecto pseudomembranoso, otra con poca fibrina, exudado purulento. Variable en cada caso son las hemorragias cavitarias y parietales, las primeras dando al pus el aspecto achocolatado o vinoso, las segundas imprimiendo al órgano el color rojo vinoso o escarlata que lo caracteriza. Los focos hemorrágicos se mezclan a la infiltración purulenta. En regla general los glóbulos rojos aparecen poco alterados, con su color rojo anaranjado en los preparados teñidos por hematoxilina-eosina. Los procesos hemolíticos y de transformación pigmentaria no han tenido aun tiempo de completarse.

Esta forma de apendicitis puede acompañarse de un exudado peritoneal colectado en la fosa ilíaca derecha o difuso, de aspecto y abundancia variable: seropurulento, purulento franco de color amarillo, más amenudo pardo o sanioso y fétido, a veces fecaloideo.

Las lesiones del mesoapéndice en la forma purulenta y ulcerosa, más acentuadas que en la forma flegmonosa, no difieren en lo que

respecta a las lesiones elementales congestivo-hemorrágicas y exudativas. Se observa a veces trombosis, preferentemente de las gruesas venas del meso y focos hemorrágicos perivasculares.

Son estas lesiones trombosantes venosas que se acompañan de gruesas hemorragias de la pared y de la luz del apéndice que constituye así un verdadero infarto hemorrágico, pero en el cual no se encuentran las lesiones profundamente necrosantes que caracterizan la verdadera apendicitis gangrenosa.

Apendicitis hemorrágica

En algunos casos, las lesiones hemorrágicas del proceso apendicular son predominantes y aunque el elemento exudativo purulento toma parte en el proceso, las hemorragias cavitarias, parietales y aun peritoneales, imprimen a esta forma una característica que justifica su descripción aparte.

La demarcación con la forma anterior no es siempre posible y es frecuente la asociación de los dos procesos; sin embargo, existen tipos bastante caracterizados sobre los cuales no se hace mención en los textos. Particularmente demostrativo era un caso que tuvimos ocasión de estudiar con el Dr. Piquerez en el Laboratorio de Histología Patológica del Hospital Italiano, hace cuatro años, y cuya descripción nos servirá de tipo.

Sujeto joven con violento cuadro apendicular datando de pocas horas. El Dr. Piquerez interviene de urgencia, y a la incisión de la pared encuentra antes de abrir la serosa peritoneal, que ella dejaba traslucir una coloración oscura negroazulada, que es observación corriente en las hemorragias peritoneales por ruptura de embarazo ectópico. Abierto el peritoneo sale sangre negra, líquida, en cantidad apreciable. El apéndice color rojo oscuro, grueso, con serosa depulida, tenso, es extirpado. Fuerte congestión del ciego y de las ansas delgadas. El enfermo cura perfectamente.

La observación exterior de la pieza mostraba el aspecto típico de una morcilla. Abierto da salida a sangre negra contenida a tensión. La pared engrosada presentaba una infiltración sanguínea masiva, predominante por debajo de la serosa y al nivel de la mucosa.

El examen histológico muestra la pared apendicular con el aspecto típico de un verdadero infarto hemorrágico; todos los intersticios y los elementos de la pared disociados por una infiltración hemorrágica apretada, colectándose en varias zonas con el aspecto de verdaderos hematomas. La infiltración predomina en la subserosa, donde existe

Antiphlogistine

TRADE MARK

es la «primera ayuda» en todas las formas de inflamación profunda o superficial. Absorbe con avidéz el agua de los tejidos hinchados, alivia el dolor y obra de una manera fisiológica para re stablecer la circulación normal en la parte inflamada, previniendo así (cuando se usa a tiempo) la supuración inevitable que en cambio vendría y la destrucción de los tejidos.

Sírvanse recordar que la **ANTIPHLOGISTINE** es higroscópica, osmótica, antiséptico seguro, así como antiflogístico. Su base mineral primeramente es esterilizada, después se les agregan, según el arte farmacéutico los otros elementos germicidas, higroscópicos y alterativos: ácido bórico y salicílico, yodo, glicerina su base principal, aceite de menta, eucalipto y gualteria.

La **ANTIPHLOGISTINE** es especialmente eficaz para la pulmonía, bronquitis, pleuresía, congestiones abdominales y pélvicas. En las torceduras y forzamientos se detienen mejor con la **ANTIPHLOGISTINE** el encogimiento y desgarradura de los ligamentos, contusión de la membrana sinovia y el daño a los vasos y nervios, lo cual ayuda efectivamente a la reconstrucción de la parte enferma.

La Antiphlogistine se vende en todas las principales droguerías.

Se envía un paquete de muestra y publicaciones gratis a pedido.



THE DENVER CHEMICAL
MFG. COMPANY
New York U. S. A.
Francisco Irastorza
Plaza Cagancha, 1142
Montevideo

Extracto de Malta Oriental

LABORATORIO de ANALISIS

de los Profesores
Juan B. Morelli y Ernesto R. Juliá

CANELONES, 978
Tel. Uruguay, 3832-Central

Montevideo, Noviembre 18 de 1929



Exámen Vitaminológico de unas muestras de EXTRACTO DE MALTA ORIENTAL

De los ensayos hechos sobre diez palomas de 350 grs. a 290 grs. se puede afirmar la presencia de la Vitamina B. hidrosoluble (factor antineurítico). En las palomas en pleno ataque de avitaminosis la ingestión de 10 c. c. de Malta la sacan del ataque en un tiempo variando entre 1 y 3 horas.

E. R. Juliá

J. B. Morelli

Cervecería Oriental S. A.

«LA SANGRIA INCRUENTA»

Hemos recibido el N^o. 5 - Vol. VII de la popular revista «La Sangría Incruenta», editada por la importante fábrica de productos químicos «The Denver Chemical», de Nueva York.

Esta revista, con un tiraje de 1.250.000 ejemplares, se edita en los siguientes idiomas: inglés, francés, alemán, español, italiano, portugués, húngaro, chino y japonés, siendo repartida a todos los médicos de la tierra.

Su material de lectura lo constituyen observaciones y estudios de reputados médicos de diferentes países.

Agradecemos al colega su envío.

una verdadera napa hemorrágica y en la submucosa. El epitelio ha desaparecido en gran parte. Se agrega a la hemorragia una infiltración leucocitaria polinuclear muy marcada.

En esta ocasión, no hemos hecho el estudio histológico del meso.

Apendicitis gangrenosa

La apendicitis gangrenosa no constituye un tipo con caracteres siempre iguales. Más que en ninguna otra forma podemos describir aquí, lesiones que pueden ser parciales o totales, sistematizadas o masivas, a la condición que el proceso inflamatorio adopte la característica anatómica que lo define: **la gangrena**.

Las formas parciales de la apendicitis gangrenosa, se presentan habitualmente en asociación con un proceso purulento y ulceroso.

El apéndice, en su mayor parte, muestra los caracteres de un proceso purulento; habitualmente en la punta, a veces comprendiendo los dos o tres centímetros terminales en totalidad (en forma de bonete), otras veces, en forma de placa o de manguito intermediario entre dos porciones de color rojo oscuro, se observa una zona de color verdoso con partes sucias, blanduzca, arrugada, deprimida y no en saliente como es el caso de los exudados pseudomembranosos con los cuales puede confundirse a un examen superficial. Ella corresponde a un segmento de la pared que ha sufrido un proceso de necrosis. Algunas veces esta zona presenta una solución de continuidad (perforación), otras veces la perforación se ha hecho más lejos por ulceración purulenta destructiva de la pared al nivel de la porción del órgano asiento del proceso no gangrenoso.

En otros casos el proceso gangrenoso toma una sola de las capas de la pared (la mucosa), y esta lesión puede coincidir con alteraciones poco acentuadas del resto del órgano. Abierto el apéndice la mucosa presenta un color verde oscuro con zonas negruzcas, con infiltración hemorrágica. La luz está ocupada por una sanie verdosa o negra, siempre muy fétida. Es ésta una forma sistematizada tomando solamente la mucosa.

La apendicitis gangrenosa masiva presenta todavía grados. En una parte de los casos el examen macroscópico revela: apéndice grueso, distendido, de color verde aceituna o esmeralda, con o sin infiltración hemorrágica subserosa. La serosa puede conservar su pulimento casi normal o ser rugosa con exudado pseudomembranoso. La palpación del órgano muestra un adelgazamiento considerable de la pared, reducida a veces a una tela translúcida. El meso es grueso, duro, infil-

trado, con focos hemorrágicos, a veces friable. Abierto el órgano da salida a un líquido verdoso poco denso, con grumos de color variable.

Evacuado el contenido, el apéndice se aplasta completamente cuando el proceso destructivo parietal ha sido profundo. Es posible entonces comprobar el adelgazamiento de la pared (de $\frac{1}{2}$ a 1 mm.), de color amarillo verdoso, y su friabilidad grande aunque no tanto como en la forma siguiente.

Lá cara interna o cavitaria, aparece rugosa, ampliamente ulcerada, de color sucio, verdoso, con o sin focos hemorrágicos y sin el más mínimo vestigio de la mucosa.

Pero, hay aún formas más graves, de observación menos frecuente. El cirujano encuentra en medio de una cavidad limitada por ciego, ansas delgadas, epiplón y peritoneo, conteniendo una sanie verdosa o en el exsudado de una peritonitis séptica difusa una formación que cuesta reconocer como los vestigios del apéndice. Amputado en su base, separado del meso, cuya hemostasis ha sido hecha por trombosis séptica, nadando en la colección, un saquito de color verde grisáceo con múltiples perforaciones, extremadamente friable (como papel mojado), reducidas sus paredes a una insignificante laminita; el proceso gangrenoso ha destruido y uniformado todo; no hay diferenciación de color ni de aspecto en las distintas porciones del órgano.

Habitualmente es imposible reconocer en las paredes del foco, de color verdoso o hemorrágico, el mesoapéndice convertido en un verdadero muñón de amputación patológica.

En algunos casos, el epiplón ha venido al foco y ha encapuchonado el apéndice asiento de temibles lesiones, aislándolo completamente como una funda, del peritoneo que lo rodea. Es el caso de la figura N.º 8, donde puede apreciarse uno al lado del otro, el apéndice gangrenado en su totalidad y el estuche epiplóico protector (observación personal).

Lesiones microscópicas —

Las vamos a describir en conjunto en los diversos grados de apendicitis gangrenosa, pues, el proceso fundamental localizado o generalizado es el mismo.

La mucosa y submucosa han desaparecido en totalidad, pasando a formar parte después de un necrosis colicuativa, de la sanie cavitaria.

El mismo proceso ha sufrido la capa interna de la musculosa, de la cual y de la capa externa restan únicamente fibras musculares espaciadas con su estructura completamente alterada. Disociadas por el

edema interfascicular, ellas mismas edematosas, translúcidas, su estructura protoplásmica es borrosa y han perdido sus núcleos. A veces en el líquido de edema, nadan en cantidad variable, pero generalmente poco abundantes, leucocitos polinucleares alterados.

Los elementos son difíciles de teñir y aun las preparaciones bien fijadas y coloreadas dan la impresión de tinción insuficiente. El edema levanta la serosa sobre la cual puede verse un exudado fibrinoleucocitario con degeneración de sus elementos.

En suma: resta únicamente de la pared del órgano, el anillo muscular que se reconoce más por la arquitectura concéntricamente fasciculada de sus elementos que por las características individuales de cada uno de ellos.

Las lesiones vasculares del meso llegan en esta forma a su máximo. Trombosis arteriovenosas y capilares, linfangitis troncular, edema e infiltración leucocitaria inter e intravesicular de los elementos adiposos.

LAS REACCIONES INFLAMATORIAS DEL EPIPLÓN EN LA APENDICITIS AGUDA

El epiplón se comporta en la apendicitis aguda de manera variable: a veces indiferente, sufriendo él de manera pasiva las lesiones comunes de las vísceras abdominales cuando el proceso ha difundido (congestión, enturbiamiento de su superficie, edema, hemorragias); otras veces interviene activamente, se acerca al foco, intenta limitarlo o cubriendo en totalidad el apéndice lo limita de hecho protegiendo la serosa de una grave inoculación.

En estas últimas formas dos órdenes de lesiones podemos constatar: 1.º, las lesiones propias del epiplón; 2.º, las lesiones de relación o adherencia al apéndice.

Las lesiones propias traducidas por un proceso de epiploitis aguda exudativa fibrinosa o purulenta. El órgano se presenta infiltrado, resistente, duro; su superficie ha perdido la estructura y el brillo característico, presentándose de color rosado o rojo, cubierto por exudado fibrinoleucocitario. El corte del órgano es fácil, la superficie de sección compacta y resistente.

El examen microscópico revela una infiltración leucocitaria polinuclear masiva, haciéndose en los tabiques conjuntivovasculares, que presentan sus vasos fuertemente congestionados y hermosas figuras de linfangitis; la exudación fibrinoleucocitaria desborda el contorno de las vesículas adiposas y las rellena como si fueran alvéolos. Focos hemorrágicos salpican aquí y allá el tejido céluloadiposo.

En la superficie se observa un exudado fibrinoleucocitario que iguala las salientes y depresiones y va a constituir el magma que hará la coalescencia entre el epiplón y el apéndice.

Las lesiones de relación del epiplón y el apéndice están constituidas en la apendicitis aguda por una coalescencia muy laxa, fácil de disociar con el dedo, puesto que el exudado fibrinoleucocitario que constituye el cemento de esta adherencia es superficial, de tipo anatómicamente crupal.

Es sobre este exudado que, en las formas que van espontáneamente a la curación, va a organizarse un tejido de granulaciones cuya evolución fibrosa va a solidarizar a veces de manera íntima, apéndice y epiplón, volviendo dificultosa o mismo irrealizable, la separación quirúrgica de ambos órganos.

Los cálculos del apéndice

Son de observación frecuente. Su rol en la producción del proceso o en su localización ha perdido mucho de la importancia que se les atribuía hace unos años; sin embargo, en algunos casos, no puede discutirse. Si la cavidad cerrada de Dieulafoy no es indispensable para el desencadenamiento de la crisis, es evidente que en muchos casos de inflamaciones agudas apendiculares parciales, la lesión anatómica que toma la mitad distal del órgano presenta un contraste neto con la mitad proximal sana o con lesiones ligeras. En el límite entre ambas se encuentra una estrechez cicatricial, un acodamiento o un cálculo estercoral.

Lo mismo puede decirse para la patogenia de las perforaciones; muy a menudo la perforación se hace en el lecho que un cálculo se ha preparado después de larga estadía sobre la pared apendicular.

En cuanto al cálculo mismo, puede ser único o múltiple, de forma redondeada u ovoidea, lisa en los cálculos únicos, lisa o facetada cuando son varios. Su color varía del marrón al gris o mismo blancuzco, según la mayor o menor infiltración de sales calcáreas. Tamaño mediano (carozo de guinda, garbanzo, etc.)

La consistencia puede ser dura, pétreo, más a menudo blandos, moldeables o friables, cretáceos. Al corte, tienen en general, una estructura a estratos superpuestos y delgados (aspecto de hojaldras). En su centro puede encontrarse un cuerpo extraño de tamaño pequeño y de naturaleza muy variable; lo común es que el núcleo de formación del cálculo esté constituido por materias fecales puras, sobre el cual

Tipos de Paciente...

El Caso Rebelde

El paciente con un caso rebelde de estreñimiento es generalmente adicto a la automedicación; ha «probado todo», y cada nuevo catártico que usa no viene sino a empeorar su condición.

No es tarea fácil reformar a un paciente de esta clase a efecto de que abandone el catártico favorito y se someta a un régimen de reeducación intestinal.

Además de la regulación de los hábitos del régimen y ejercicio, el empleo del Petrolagar acortará notablemente el período de reeducación intestinal.

El Petrolagar se compone de 65 % (de volumen) de petrolado líquido con el agente indigerible agar-agar como emulsivo.

Petrolagar



Laboratorios Petrolagar, S. A.,
536, Lake/Shore Drive
CHICAGO, E. U. A.
Suc.: Londres, Windsor, Sidney.

Solicítense muestras a los Representantes Generales en el Uruguay: RODOLFO J. MUSANTE & Cía., Casilla de Correo 123-Montevideo.

Los Señores Médicos...

MUEBLES ESPECIALES PARA
SANATORIOS Y CONSULTORIOS

Camas, Mesas, Sillas, Sillones,
Armarios, Vitrinas, Taburetes, Ban-
cos etc. de hierro esmaltado
diversos colores.

D. Percontino e hijos

1065 Uruguay 1075



Clinica del Dr. Fausto Veiga

Enfermedades de Señoras y Partos
Medicina y Cirugia Abdominales
· Cirugia General.

Laboratorio de Análisis Clínicos
Electricidad - Diatermia-Rayos

URUGUAY, 848

Telf. Urug. 2375-Central
Montevideo

D. y D. A. CAPELLA y PONS

Optica - Fotografía
Ortopedia Higiene

18 de Julio, 1241

Teléfono:

Uruguaya, 338-Cordón

Lavadero América

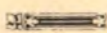
EMPRESA DE LAVADO Y
PLANCHADO MECANICO

de Ricardo R. Banchs

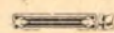
Para los señores Médicos, Sanato-
rios y Hospitales, servicio esmerado
y rápido a precios módicos.

Teléf.: Uruguaya 607, Cordón.
COLONIA, 2226 Montevideo.

Phosphorrenal Robert



RECONSTITUYENTE



Formas: Granular
ELIXIR E INYECTABLE

Preparado en el Laboratorio de
HIJO DE JOSE ROBERT SOLER

INDICACIONES

Anemias globulares y post-infecciosas - Dermatosis crónicas
Fosfacturia, Afecciones pulmonares crónicas, tuberculosas o no.
Neurastenia, Desnutrición - Tuberculosis - Adenitis crónicas, etc.
Muestras y Literatura a disposición de los Señores Médicos

Colonia, 1311

GERARDO RAMON

Montevideo

se deposita mucus o elementos del epitelio descamados, con precipitación de sales calcáreas (fosfatos y carbonatos) o de magnesia.

Excepcionalmente puede encontrarse en el apéndice un cálculo de colessterina.

La orientación de Stajano en Cancerología Las sucesivas etapas de una investigación

Por J. C. BRITO DEL PINO

Pract. interno de los Hospitales

Especial para SOCA.

DESDE 1918 hasta el presente Stajano ha presentado gran número de trabajos alrededor del magno problema del cáncer. Gracias a su especial deferencia, podemos ofrecer a nuestros lectores un brevísimo resumen del trabajo de conjunto que nuestro compatriota presentó al Congreso Médico del Centenario.

Expondremos primero las ideas o interpretación de los fenómenos cancerosos, y luego los hechos de los cuales se deducen lógicamente, que son observaciones de enfermos, experiencias sobre animales, etc.

La célula primitiva, embrionaria, no diferenciada, posee gran poder de reproducción. Ese poder radica en sí misma, como materia viva que es. En los tejidos que forman el cuerpo humano, esa individualidad celular está frenada por el sistema nervioso, que es quien dirige su nutrición, reproducción, etc. Es fundamental, pues, hacerse una idea de ese equilibrio que en estado normal existe entre la célula con su poder vital individual, egoísta, y el sistema nervioso que directa o indirectamente coordina esas fuerzas elementales en el grado necesario para la armonía del organismo entero.

Ahora bien; si un momento dado la célula diferenciada se libra de ese influjo central regulador, y prolifera anárquicamente, tenemos constituido el cáncer. En las circunstancias que condicionan ese instante es que está el nudo del problema. Después, células cancerosas desprendidas del foco primordial serán arrastradas por la sangre o la linfa y darán nuevos focos o **metástasis** en otros órganos. Pero esos son fenómenos de simple injerto... **lo capital**, la cancerización ya ha tenido lugar. Como la célula aparece en esas metástasis como un verdadero parásito, toda la atención de los investigadores se ha fijado sobre ella. A ese respecto la posición de **Stajano** es completamente exótica y excepcional dentro del campo científico, muy pocos investigadores se han ocupado del rol del sistema nervioso, y ninguno le asigna la

importancia decisiva que éste le atribuye... Según Stajano, existen una serie de centros especiales que rigen el desarrollo y nutrición de grupos de tejidos, comprendiendo zonas simétricas a los lados, y medianas con una delimitación en la superficie del cuerpo o topografía particular y fija, topografía diferente a la que corresponde a los territorios vasculares, a la de los nervios que constituyen las vías sensitivomotoras, y a la de las raíces medulares que dan origen a esos nervios. **El cáncer resultaría del agotamiento del centro trófico regional.**

¿Cuáles son las causas de ese agotamiento? Pueden ser externas o internas. Las externas corresponden a los traumatismos, bruscos y violentos que producen el cáncer conjuntivo, de los jóvenes, o lento y mantenido como todas las irritaciones crónicas que dan el cáncer epitelial, de la piel y de las cavidades naturales, de los órganos y de las glándulas. Las internas son las autointoxicaciones, las infecciones graves, agudas (tifoidea, septicemia, etc), o crónicas (sífilis, tuberculosis), o todas las causas de desgaste o expoliación: sumenage físico o intelectual, o regional, grandes hemorragias, partos múltiples, lactancias prolongadas (hasta los tres o cuatro años), alteraciones de las glándulas de secreción interna, vicios de nutrición, especialmente de la célula nerviosa y de los cuatro elementos: calcio, fósforo, magnesio y potasio, las emociones mismo. A veces hay una tara o debilidad nerviosa regional que se hereda. A veces se combinan causas externas e internas. El cáncer epitelial es la resultante de un largo proceso de sufrimiento de un centro trófico, es decir, es el último término de la enfermedad, que Stajano denomina "neurosis trófica regional". Tanto en la observación de las lesiones previas al cáncer espontáneo de los enfermos, como en el "precáncer" provocado intencionalmente en animales, se observa la misma cadena de trastornos: eczema, luego vesiculitas (herpes), luego espesamientos epidérmicos (leucoplasias), a veces anomalías pigmentarias, trastornos del pelo, hasta la aparición de brotes en la piel, duros o blandos (papilomas blandos o corneos) después de los cuales sobreviene el cáncer epitelial.

Los nervios o vías tróficas, parecen corresponder al simpático, cuyas fibras llegan a todos los territorios del cuerpo marchando especialmente alrededor de las arterias, a las que acompañan en su distribución. "El simpático fisiológicamente retarda el crecimiento; detiene los procesos de reparación, conteniéndolos dentro de justos límites; se muestra como el sistema de control en la constitución y compleja diferenciación de los tejidos. Regula el aflujo vascular en las regiones, de acuerdo con las necesidades de la célula"...

De toda la extensa labor de observación y experimentación acumu-

lada en más de doce años por Stajano, detallaremos algunos puntos y sólo citaremos otros, ya que hay cuestiones que no se pueden exponer en una reseña brevísima de toda esta fecunda orientación.

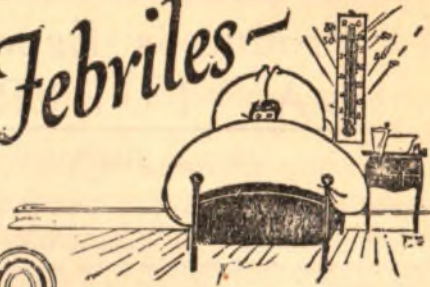
Las primeras observaciones de Stajano versan sobre el cáncer vulvar y sobre los estados de enfermedad previos a él, a veces muy largos. Hay enfermos que han podido ser estudiados en un pasado de veinticinco y treinta años gracias al archivo del profesor Pouey. Así se constató que el proceso preparatorio presentaba signos diversos de sufrimiento progresivo en la vitalidad de la región vulvar, que se evidenciaban por eczema, herpes, pigmentaciones anormales, leucoplasias, formaciones salientes benignas de la piel, y diversos procesos del tejido conjuntivo, etc. Más tarde confirmó el origen trófico y simpático de esas manifestaciones, pues mediante la cirugía de los nervios simpáticos de la región vulvar pudo hacer aparecer o desaparecer placas de leucoplasia a voluntad. Así llegó a confirmar la noción de una enfermedad o "neurosis trófica regional", vulvar en este caso, cuyo último grado era el cáncer.

Las alteraciones previas y el cáncer final aparecían aquí sin agresión externa alguna, en virtud del ataque interno (factores humorales) del sistema regulador. Diversas causas influyentes se constataron cuando hablamos de los factores internos de agotamiento de los centros tróficos. Agresión de los centros nerviosos.

Algún tiempo más tarde, Stajano inició experiencias en conejos, con el fin de obtener el cáncer experimental, mediante la irritación reiterada, por diversos medios, de una zona cutánea. Pero, he aquí, que iniciada la experiencia, aparecieron efectos completamente **nuevos e inesperados**, cuya trascendencia ahora veremos. Es éste, un caso curioso, por lo demás frecuente en la ciencia, en que el tanteo experimental revela hechos nuevos **que no se buscaban**, como si la Naturaleza quisiera premiar al investigador tesonero, revelándole generosamente algún rincón recóndito de sus mecanismos, hasta vedado para el hombre. **Veamos la experiencia:** Se efectuó una irritación crónica, en un grupo de conejos, primero en la región costal, luego en la oreja, cauterizando cada tres días y pincelando diariamente con alquitrán. A los tres meses hay caída de pelo, fenómenos vasculares, alteraciones de la piel (piel lustrosa, eczema) que se extiende en círculos excéntricos. A los cuatro meses brota pelo fuerte. A los cinco meses se repara todo a menos que se siga excitando. Esta dificulta o impide la reparación. Con ocho o diez días de diferencia aparecen idénticos fenómenos en el otro lado del cuerpo, en una zona simétrica. Al cabo de trece meses de experiencia quedan bandas de pelada en las porciones más alejadas del

En Los Estados Febriles -

DRYCO



Presta inapreciables servicios

La Leche Desecada "DRYCO," debido a su gran poder calorífico y porque es muy fácilmente asimilada, contribuye de una manera efectiva, provechosa y oportuna, a facilitar la alimentación de las personas que sufren de enfermedades agudas o que se encuentran en el período de convalecencia.

De Venta en Todas las Boticas

SEÑORES MEDICOS:

Soliciten muestras

A. M. WHITAKER

Casilla 790-Montevideo

Introducido en la farmacopea desde hace más de 40 años,
el jarabe a base de tomillo

Pectussin

TAESCHNER

ha demostrado su alta eficacia como remedio insustituible en los
Trastornos catarrales
de las vías respiratorias

ÚNICOS CONCESIONARIOS:

KROPP & Cia. S. A.

MONTEVIDEO - MISIONES 1434

Tel. Urug. 1641 Central y Cooperativa

Frascos originales de 200 c.c.

Solicite muestras gratis!

Productos Especificos contra LA TUBERCULOSIS

Hemo - Antitoxina Ravetllat - Pla

Plasma hemático total de caballos inmunizados contra las más activas toxinas de la bacteria de la tuberculosis, mezclado a partes iguales con glicerina.

INDICACIONES: Tuberculosis en todas sus formas, periodos y localizaciones. Especialmente eficaz en los primeros periodos del mal y en los llamados estados pre-tuberculosos y formas atípicas de la infancia, (escrofulismo, bronquitis de repetición, inapetencia, enflaquecimiento, anemia, fiebres vagas, etc.) y de los adolescentes (palpitaciones, neurastenias, pérdidas de peso, astenias digestivas, dismenorreas, bronquitis frecuentes, etc.). De grandes resultados en la infancia y en las formas quirúrgicas.

SUERO RAVETLLAT - PLA

Obtenido de caballos inmunizados contra las más activas toxinas de la bacteria de la tuberculosis.

INDICACIONES: Tuberculosis en todas sus formas, periodos y localizaciones. Debe usarse desde el principio en los casos graves. En los menos graves, debe recurrirse al SUERO siempre que la HEMO-ANTITOXINA sola resulte insuficiente.

Instituto Ravetllat-Pla. — Barcelona

Agente depositario en el Uruguay:

GERARDO RAMON

COLONIA, 1311 - MONTEVIDEO

SATIVAN

Preparado en el Instituto Terapéutico Orlando Rangel
RIO DE JANEIRO

Preparado inyectable a base de «Aceite esencial de allium sativum», abortivo del resfriado y preventivo de la gripe.

Durante la última epidemia de gripe en Rio de Janeiro se empleó el «SATIVAN» en gran escala con resultados altamente satisfactorios.

Literatura y muestras a disposición de los señores médicos.

Concesionarios para el Uruguay:

Casa Importadora **FEDERICO CLARFELD & Cia. Ltda. S. A.**

Calle Juncal, 1461

Montevideo

punto inicial de irritación y su simétrico, en la parte anterior y posterior del cuerpo.

En las orejas se llega siempre, y con rapidez, a verdadera cancerización, cosa que no se observa con la misma facilidad en la región costal. Se observó que los conejos bayos resistían más que los blancos.

Veamos ahora la interpretación: Las alteraciones son semejantes a las de la enfermedad trófica regional observadas en las lesiones espontáneas del ser humano. La agresión superficial obra lesionando los centros nerviosos, lo cual se comprobó por el examen microscópico. La topografía o localización de las lesiones indica que existen centros tróficos axiales, que gobiernan zonas medias y laterales simétricas. La aparición de la lesión simétrica del otro lado da la noción de "reflejo trófico controlateral". Hay reflejos tróficos semejantes a los otros reflejos que ya conoce la Fisiología, y esos reflejos obedecen a las leyes de **localización, irradiación, simetría y generalización**, ya que la lesión aparece en el punto irritado, se extiende excéntricamente, se manifiesta del otro lado y luego se generaliza a todo el cuerpo. También se deducen de estas experiencias otras nociones generales, sobre las cuales Stajano había ya insistido en los dominios de la clínica y que enriquece a diario con nuevas observaciones:

- a) La noción de predisposición regional a la cancerización frente a la relativa inmunidad de ciertas zonas, particularidad que tiene relación con la inervación regional, de acuerdo con leyes que el autor emitió ya en 1921, y de acuerdo también con la proximidad o lejanía de los centros vegetativos de la región correspondiente;
- b) La noción del terreno humoral y nervioso, adquirido o heredado, en relación con la tendencia a la cancerización. Noción de razas, alimentación, etc.

Hay observaciones en clínica que demuestran la repercusión contralateral:

- 1.º—Caso de destrucción de una cicatriz fibrosa situada en la ingle, por electrocoagulación. Del otro lado se observan fenómenos de dilatación vascular.
- 2.º—Ceguera u oftalmía de un lado provocadas o mantenidas por una irritación en el otro ojo, o por restos dentarios incluídos. Casos en que una "pelada" responde a la irritación ocasionada por un resto de diente, y que se cura sacando éste. Todo eso afirma la noción de lesión centrípeta y luego proyectada al otro lado... la importancia de ella dependerá de la intensidad de la irritación, de la duración, y de la **brevedad** de la vía nerviosa o sea de la

distancia entre el punto irritado y el centro que preside el trofismo de la región, **corta** en el caso de las lesiones craneanas; **larga**, en el caso de las lesiones de los miembros.

También dan datos confirmatorios interesantes, en que no podemos entrar: el estudio de los grandes traumatismos, quemaduras, las lesiones del simpático, la cirugía del mismo, la acción de las radiaciones sobre los tumores, etc.

Por razones especiales, un inmenso y nuevo material de demostración que fundamenta todo un gran capítulo de **fisiología patológica de la piel**, fué suprimido en las demostraciones que se hicieron en el Congreso, pero que adelantaremos a grandes rasgos.

a) **El concepto fisiológico de la función trófica**, revelado al través de la patología, está basado en un abultado material clínico, de casos quirúrgicos: (Simpaticectomías femorales, hipogástricas, pelvianas, etc.); de la clínica dermatológica: Síndromes cutáneos (eczemas, dermatitis, herpes, leucoplasias, perturbaciones pigmentarias, psoriasis, esclerodermias, kraurosis, gangrenas, etc.).

b) **Un nuevo capítulo original** es el que se relaciona con la **topografía de los procesos de regulación vascular** (vasoconstricción regional o vasoparálisis), con su representante la isquemia segmentaria o el edema angioneurótico topográficamente distribuido, y que tanta importancia tiene en la interpretación de numerosos hechos cuyo dominio de acción es la víscera, o el tejido celular, o el ambiente oseó. (Patología traumática de los vasos y Patología vascular primitiva).

c) Nuevos hechos no publicados todavía, permiten analizar diversas circunstancias relacionadas: con los **procesos de reparación de las heridas, ritmo de cicatrización, influencias neurotróficas que lo aceleran o lo retardan**; topografías regionales de zonas que se reparan en malas condiciones; melopragia regional a la reparación de las regiones apigmentadas (Vitiligo), deduciendo una precaución que el cirujano deberá tener en cuenta, en sus intervenciones quirúrgicas. (Casos demostrativos).

d) El estudio de la fisiología patológica de la piel permite al través de las observaciones de Stajano, interpretar ciertos hechos mal observados por los clínicos, fijando ciertas características que escaparon al control de la observación por falta del mordiente necesario. Me refiero a la **melopragia regional y topografía de uno o varios segmentos**

de piel ante la infección piógena. Hechos demostrativos, repetidamente comprobados, fundamentan esta comprobación original, y abren una vía en el interesante tema de la inmunidad local. Observaciones de forunculosis cutánea en placas topográficas, erisipelas en placas vitiliginosas, características, consecuencias, hechos dominantes de fisiopatología.

e) Domina en la orientación de este investigador y observador clínico, una unidad extraordinaria de concepto, basada en hechos diversos de las diversas clínicas, descubriendo los mecanismos elementales basados en una fisiología que se trasluce al través de las polimorfas manifestaciones de la patología. Es una síntesis fisiológica al través de un gran caudal de hechos de observación.

f) De las ramas de la medicina de aplicación terapéutica, como la Radioterapia, Curieterapia, Diatermia médica o quirúrgica, Radiación infrarroja, etc., recoge hechos concordantes y confirmatorios de su orientación, coincidiendo en un todo la clínica, con hechos de experimentación animal.

a) **Peladas experimentales en el conejo** mediante la radiación de centros nerviosos. b) **Las neuritis roentgenianas** basando el concepto personal del autor sobre las radiodermitis. c) **Unico tratamiento curativo de las Radiodermitis extensas.** Su fundamento, Hechos demostrativos. d) **Ritmo de aparición y topografías de las manifestaciones vasculares y pruriginosas en la piel** de las enfermas con cáncer del seno irradiadas. (Reproducción en el vivo, de un hecho que no se interpreta, a no ser el conocimiento del fenómeno experimental de los conejos, mediante la irritación crónica con alquitrán en la región costal. e) **El cáncer de las cicatrices, y la cancerización de las placas de Radiodermitis,** se asemejan en cuanto a la fisiopatología de la zona cancerizable, y siempre el mismo básico concepto sigue dominando en toda esta orientación surgida inicialmente de la observación clínica.

J. A. B. del P.

COMISION DE PROFESORES PRO-OBRA
SOCIAL Y CULTURAL
EN LA DIVISION PRIMERA
DEL LICEO NOCTURNO

ORTOPEDIA

de FELIPE PELILH

.....

Fajas para operados

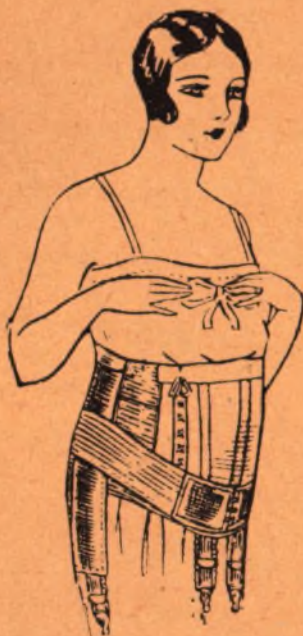
Fajas para gastro
ptosis

Fajas para ptosis
renal

Fajas Dr. Glenard

Fajas abdominales

Fajas
para Obecidad



.....

Piernas y brazos
mecánicos

Hornos Bier

Respaldos para
enfermos

Asientos de goma
Orinales

Ano contra natura

Pesarios, Muletas
Bragueros.



MEDIAS ELASTICAS PARA VARICES
TOBILLERAS, RODILLERAS
VENDAS DE GOMA Y CREPE



CALLE ANDES, 1412

Teléfono: URUG. 3448-Central

MONTEVIDEO

COMISION DE PROFESORES PRO-OBRA
SOCIAL Y CULTURAL
EN LA DIVISION PRIMERA
DEL LICEO NOCTURNO

Hexametilentetramina GALIEN

Formas:
Inyectables, en todas
las dosis.
Comprimidos

Ampollas de 2 y 5 c. c.
Comprimidos de 0.50



PRODUCTOS DE LOS
LABORATORIOS GALIEN

Profesores:
Bocage, Bujalance y Capra
Farmacéuticos

Escritorios: PAYSANDU, 1780-83 x MONTEVIDEO