

ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 9 — MEDELLIN, JUNIO DE 1959 — Nro. 5

Continuación del "BOLETIN CLINICO" y de "ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA"
Tarifa Postal reducida—Licencia N° 1.896 del Ministerio de Correos y Telégrafos.
Organo de la Facultad de Medicina y de la Academia de Medicina.

Editada en la Imprenta Universidad de Antioquia.

DIRECTORES:

Dr. Alfonso Aguirre C.
Decano de la Facultad

Dr. Gustavo González Ochoa
Presidente de la Academia

REDACTORES:

Dr. Héctor Abad G.
Dr. Joaquín Aristizábal
Dr. Marcos Barrientos

Dr. Alfredo Correa Henao
Dr. Antonio Escobar E.
Dr. Alonso Puerta S.

ADMINISTRACION:

Margarita Hernández B.

"Antioquia Médica" publica 10 números anualmente.

CIRCULACION:

Cada número consta de 1.600 ejemplares.

Para el país, 960

Para el exterior, 450

"ANTIOQUIA MEDICA" solicita el intercambio con revistas nacionales y extranjeras. Admite y agradece colaboración científica-médica o que se relacione con los intereses de la profesión.

DIRECCION:

"ANTIOQUIA MEDICA".

Facultad de Medicina de la U. de A.
Medellín — Colombia, S. A.
Apartado 20-38.

SUMARIO:

EDITORIAL

Colombia país de Infancia Abandonada.—Dr. Benjamín Mejía C. 185

TRABAJOS ORIGINALES

Fracturas de la Cara.—Dr. León Hernández G. 188

La Mezcla Succinilcolina-D-Tubocurarina en Intubación Endotraqueal.—
Dres. Gabriel Betancur G., Santiago Cálad y Jesús Cuartas 195

Comentarios sobre deficiencias genitales.—Dr. José Miguel Restrepo... 198

EXTRACTOS Y TRADUCCIONES

Descuido de un Tratamiento Médico adecuado para la úlcera Péptica.
Traduce Dr. J. Y. C. 207

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

Revistas que llegan a la Biblioteca Médica por canje de "Antioquia Médica" 209

ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.
DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN.

VOLUMEN 9 — MEDELLIN, JUNIO DE 1959 — Nro. 5

EDITORIAL:

COLOMBIA PAIS DE INFANCIA ABANDONADA

Dr. Benjamín Mejía Cálad
Académico de Número

No ha valido que Jornadas de Pediatría, Seminarios y Congresos sobre temas relacionados con el niño y la diaria cantinela de los Profesores de Pediatría pregonen en tono mayor a los cuatro vientos del país y del continente que en Colombia la infancia está criminalmente abandonada. Ni las autoridades sanitarias, ni las corporaciones legislativas han enfocado con el ánimo y la eficiencia necesarios, la solución a este problema monstruoso. **COLOMBIA ES UN PAIS DE NIÑOS ABANDONADOS.**

Bajo qué formas diversas sufre el país el abandono de la infancia? Veámoslo:

1) - **ABANDONO POR ORFANDAD.** — Es quizá el menos trágico y el menos serio de los abandonos. No falta casi nunca el familiar o el amigo que proteja al niño cuyo padre o padres murieron. Su propia tragedia conmueve e incita a solucionarla.

2) - **ABANDONO POR CAUSAS LABORALES.** — Las miserables condiciones económicas de una inmensa proporción de nuestro pueblo, ha hecho obligatorio el trabajo de ambos cónyuges. La madre, protectora y educadora natural de sus hijos, se ve obligada a dejarlos en su tugurio, muchas veces solos, muchas veces al "cuidado" de una vecina o de

una cuidadora asalariada de la peor calaña, vecina y cuidadora que dan cuenta de las escasas existencias de la mísera despensa. (Más valdría solos que mal acompañados).

3) - ABANDONO POR SEPARACION CONYUGAL. — Es habitualmente el marido el que huye. Irresponsable y protegido por la impunidad, jamás volverá a enviar un centavo a su familia. Porqué huye?. Básicamente debe existir una irresponsabilidad nacida de la falta de preparación con que los novios llegan al matrimonio. Y después, la cabeza del hogar se abisma ante una realidad que por todas partes sólo le ofrece sinsabores. Sólo encuentra la salida de la fuga. La madre habrá de enfrentarse sola a la tremenda tarea de evitar la muerte de sus hijos por el hambre. Inexorablemente tendrá que abandonarlos mientras trata de conseguir ese propósito.

Si la que huye es la madre, mil veces peor porque el padre en el mejor de los casos, habrá de continuar su habitual labor fuera del hogar. En muchas otras veces, una concubina sin amor, ni responsabilidad, ni estructura moral, ocupará el lugar de la madre fugitiva. No vale la pena comentar lo que será de aquellos pobres niños, en semejante situación.

4) - ABANDONO POR FILIACION NATURAL. — El hijo natural desde el nacimiento ya es un abandonado. Sus antecedentes lo colocan en una casilla irregular. En su inmensa mayoría son hijos de madres de menguados recursos y no pocas veces ellas son trabajadoras humildes: campesinas ignorantes; empleadas de servicio doméstico; trabajadoras de cantinas o de casas de lenocinio. Otras son las prostitutas profesionales. Por donde se mire el problema, se desemboca en hijos abandonados: abandono físico, abandono moral.

5) - ABANDONO POR ACTIVIDADES EXTRAHOGAREÑAS DE LOS PADRES.

Aquí comienza a aflorar el niño abandonado de los hogares económicamente eficientes. El padre es modelo como creador de riqueza; además de su habitual trabajo, asiste en horas extras a juntas de empresas, o a la cátedra universitaria, o a practicar su deporte favorito. Después, es justo que el descanso lo disfrute con sus amigos en el Club. Resultado: transcurrirá hasta una semana sin que logre ver despiertos a sus hijos.

La madre concurre asiduamente a sus reuniones sociales; o tiene distribuidos los días de la semana en largas sesiones de juegos de cartas; o tienen innumerables actividades de beneficio social o las tres cosas juntas y armónicamente combinadas. Mientras tanto queda satisfe-

cha su conciencia porque los hijos están bajo la tutela y el "cuidado" de la niñera. La educación, la instrucción y los principios y prácticas morales de la niñera pasarán, por simple impregnación, a esos otros niños abandonados.

6) - ABANDONO POR IGNORANCIA DE LOS CONYUGES. — Es muy posible que este sea el caso de muchos de los llamados "hogares modelos". Ambos cónyuges permanecen en el hogar, pero sólo haciendo acto de presencia. Desconocen fundamentalmente las más triviales normas de puericultura y de dirección educativa de los niños. Ni en los colegios, ni en su propio hogar recibieron nociones de preparación para el matrimonio. Allá llegaron y allí están como expectadores mudos del crecimiento y despertar de sus hijos, en el más completo abandono.

Y nada más, porque no es necesario decir más para concluir que Colombia es un país de niños abandonados. ¿Qué habrá de esperarse de ellos en su edad adulta?. Desorientación, ineptitud, miseria, violencia!!

FRACTURAS DE LA CARA

Dr. León Hernández G.

Jefe del Departamento de Cirugía Plástica y Maxilofacial. Facultad de Medicina de la U. de A.

Las fracturas de la cara son cada día más frecuentes debido a la mecanización y transportes de la vida moderna.

Las principales causas de estas fracturas son: accidentes fortuitos, riñas, caídas, heridas por arma de fuego y accidentes de tránsito.

Las líneas de fractura generalmente se localizan en los sitios en donde se recibe el impacto o a la distancia en sitios débiles de la estructura ósea de la cara.

Las fracturas más frecuentes son:

- a).—Mandíbula: en sínfisis, cuerpo, angulo, rama ascendente, cóndilo y apófisis coronoidas.
- b).—Maxilar superior: alveolar, Le Fort 1-2 y 3 Verdiagamas.
- c).—Proceso y arco cigomático.
- d).—Nariz.

En los traumatismos extensos como los que se observan en accidentes de tránsito a gran velocidad, generalmente se encuentra una combinación de fracturas que interesan la mandíbula, el tercio medio de la cara, base y bóveda del cráneo.

Examen y diagnóstico:

El paciente debe ser sometido a un examen clínico lo más completo posible, especialmente neurológico, presión arterial, pulso, vías respiratorias, buscar lesiones pulmonares y abdominales, fracturas asociadas etc.

El examen regional de la cara se hace con palpación bimanual de rebordes orbitarios, región malar, exploración de los movimientos de excursión de ambos cóndilos, oclusión dentaria, fosas nasales, movilización de maxilar superior, sitios dolorosos, crepitación, equimosis y además función de los maxilares, zonas de anestesia, función ocular etc.

Tan pronto el estado general del paciente lo permita, se toman radiografías de los huesos de la cara, en posiciones de frente, perfil, de Waters, articulaciones temporomaxilares etc.

Los datos clínicos y radiológicos indicarán el tratamiento más adecuado en cada caso.

Tratamiento de Urgencia:

Hemorragia: La hemorragia cuando es intensa puede llevar al paciente al Shock. Se deben localizar los vasos sangrantes para ligarlos. Cuando esto es imposible se aplica presión para detener la hemorragia.

El Shock se trata con transfusión sanguínea, eliminando el dolor y sedando al paciente.

Asfixia: En fracturas severas de la mandíbula, hay caída de la base de la lengua, la que puede ocluir la glotis y producir la asfixia. Para evitarla se coloca al paciente en decúbito ventral o con la cabeza flexionada, siendo necesario en algunos casos fijar la lengua o hacer intubación endotraqueal para suministrar oxígeno.

La traqueotomía se debe hacer inmediatamente, cuando la dificultad respiratoria no mejora con las medidas anteriores y hay tiraje supraesternal, supraclavicular, angustia y cianosis.

La sangre, coágulos y secreciones dentro de la cavidad oral y nasal se aspiran constantemente para conservar las vías respiratorias permeables.

Tratamiento definitivo.

Las formas de tratamiento más utilizadas hasta el momento son las siguientes:

a).—Reducción cerrada e inmovilización por medio de alambrados, arcos dentarios o prótesis con tracción elástica o fija intermaxilar.

b).—Reducción abierta con osteosíntesis e inmovilización por medio de arcos, alambrados o férulas.

c).—Reducción e inmovilización por medio de aparatos extraorales.

Los períodos de inmovilización son variables de acuerdo con el tipo de fractura, localización y edad del paciente. En términos generales la inmovilización es de 20 a 45 días.

El tratamiento de las fracturas de la cara, tiene por objeto restablecer la función normal y restaurar las facciones o contorno de la cara conforme a su estado original, evitando deformidades faciales difíciles de ocultar y que con mucha frecuencia producen conciencia de

inferioridad en los pacientes con las naturales consecuencias funestas sobre su vida social, afectiva y capacidad laboral.

Durante un período de 3 años tratamos 290 casos de fracturas de la cara en los servicios de cirugía Plástica y maxilofacial del Hospital de San Vicente, Clínica León XIII y servicios particulares.

El 84% de los pacientes fueron hombres. La edad predominante oscilaba entre los 20 y 30 años.

Para la exposición clasificaremos las fracturas en 4 grandes grupos de acuerdo con su localización:

1 — Maxilar inferior.

89 casos de fracturas de la mandíbula fueron tratados, lo que corresponde a un 30.6% del total.

El 51% de los casos se trataron con reducción manual de las fracturas e inmovilización por medio de alambrado dentario, arcos de Jelenko o férulas de acrílico. Los casos restantes necesitaron reducción abierta y osteosíntesis.

La reducción abierta se hizo en los casos que presentaron líneas de fractura vertical u horizontalmente desfavorables, consolidación en posición viciosa con maloclusión, deformidad del contorno de la cara y cuando hubo obstáculos para la reducción cerrada.

En edentulus se utilizaron sus prótesis o se construyeron férulas de acrílico para inmovilizar los fragmentos por medio del alambrado circunferencial.

17 fracturas de cóndilo fueron tratadas, 10 de las cuales con inmovilización, 5 reducción abierta por vía baja y 2 con condilectomía.

La reducción abierta se hizo en aquellos casos en que había fractura-luxación y era imposible llevar los dientes a oclusión normal por métodos conservadores. Los dos casos de condilectomía se hicieron en esta forma, debido a que tenían fractura conminutiva de la cabeza del cóndilo.

El resultado final de las fracturas de la mandíbula fue bueno y solamente un 5% de los pacientes necesitaron un pequeño equilibrio oclusal.

2 — Fracturas del maxilar superior.

Las fracturas del maxilar superior relativamente frecuentes entre nosotros, constituyen un 17% de los casos estudiados.

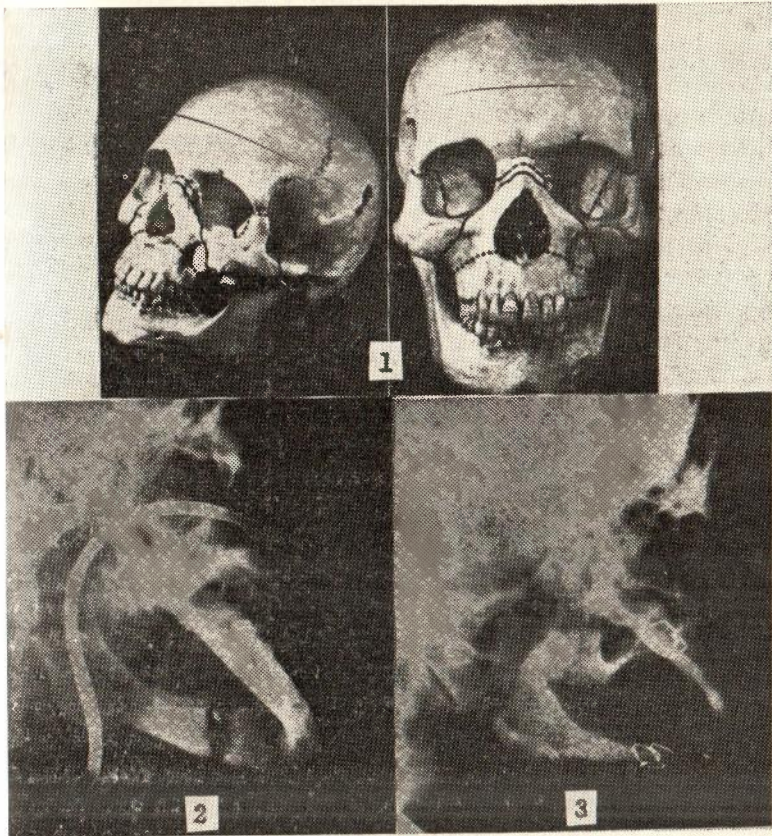


Fig. N° 1.—La línea de puntos muestra el tipo de fractura denominado “Le Fort I”. La línea continua el “Le Fort II” y la línea interrumpida el “Le Fort III”.

Fig. N° 2.—Radiografía pre-operatoria de fractura múltiple de la mandíbula.

Fig. N° 3.—Radiografía post-operatoria de la misma fractura mostrando los alambres colocados para hacer la esteosíntesis.

Su diagnóstico no es difícil y se puede hacer generalmente por el examen clínico. Los signos y síntomas más frecuentes son: alargamiento y depresión del tercio medio de la cara, equimosis periorbitaria, edema, visión doble, anestesia de la mejilla y dientes superiores; a la palpación bimanual se pueden apreciar las líneas de fractura, asimetría y crepitación; el maxilar superior puede ser desplazado al

presionar los dientes superiores, a menos que la fractura esté enclavada.

La maloclusión es muy importante. Cuando se presenta en un traumatismo facial debe sospecharse una fractura.

El diagnóstico final y plan de tratamiento se establece por medio de radiografías.

Tratamiento:

Cuando hay desplazamiento de los fragmentos acompañado de deformidad facial, trastornos oculares y neurológicos, es necesario reducir los fragmentos a su posición normal inmovilizándolos adecuadamente con alambres para impedir posteriores desplazamientos. En algunos casos es necesario hacer la suspensión del maxilar superior al frontal para evitar el alargamiento y depresión del tercio medio de la cara y mejorar la oclusión.

La reducción abierta se hace a través de pequeñas incisiones en la cola de la ceja y en la región infraorbitaria hasta llegar a los focos de fractura. Una vez se han reducido los fragmentos se perforan pequeños orificios a ambos lados de la línea de fractura, a través de estos orificios se introducen alambres de acero o surgaloy torciendo sus extremos hasta el máximo para sostener la reducción.

En el caso de suspensión de un maxilar flotante, se perforan orificios en la apófisis cigomática del frontal a ambos lados; a través de estos orificios, se pasan alambres de 15 o 20 cms. de longitud, los cuales son llevados a la cavidad oral desde la fosa temporal y por dentro de los arcos cigomáticos a través de los tejidos blandos para ser fijados a arcos dentarios o prótesis según el caso y a la tensión que sea necesario. Algunas veces se complementa esta suspensión con alambres fijados a los rebordes infraorbitarios.

Los aparatos extraorales no los usamos por considerarlos incómodos para el paciente y poco prácticos debido a que exigen vigilancia continua y ajustes frecuentes fuera de que no inmovilizan los fragmentos completamente.

3 — Fracturas del proceso cigomático.

Un 12% de nuestros casos fueron fracturas del proceso cigomático.

El proceso cigomático se fractura generalmente a nivel de las suturas frontocigomáticas, cigomaticomaxilar y cigomaticotemporal

con desplazamiento inferior y posterior debido a la contracción del músculo masetero.

La reducción de estas fracturas se hacen por vía oral o temporal con un elevador aplicado a la superficie interna del proceso cigomático y presionando hacia adelante y arriba. Cuando la reducción instrumental no es estable, la única forma de impedir el desplazamiento del cigoma es por medio de osteosíntesis a través de pequeñas incisiones en la cola de la ceja y en la región infraorbitaria.

Cuando estas fracturas no se reducen adecuadamente hay aplanamiento de la parte superior de la mejilla con asimetría facial compresión del nervio infraorbitario y trastornos del movimiento de la mandíbula por obstáculo a la excursión de la apófisis coronoides.

Las complicaciones anteriores son muy difíciles de corregir y ya es conocido el gran número de injertos de hueso y cartílago hechos para restablecer la simetría facial en estos casos.

Las fracturas del arco cigomático son raras y fáciles de reducir por vía temporal con incisión detrás de la línea de implantación del cabello y pasando a través de la oponeurosis temporal para colocar un elevador por dentro del arco cigomático y reducir la fractura presionando hacia afuera.

4 — Fracturas de la Nariz.

La fractura nasal que es la más frecuente, se presentó en un 40% de nuestros casos y en algunas oportunidades acompañaba a otras fracturas especialmente del maxilar superior y cigoma.

Sus signos y síntomas principales son: hundimiento uni o bilateral de los huesos propios, desviación del dorso nasal y del tabique, edema, equimosis, hemorragia y oclusión parcial o total de una o ambas fosas nasales.

Su reducción es fácil en las fracturas recientes y se puede hacer con un forceps de Ash o elevador fuerte, movilizándolo los huesos propios hacia arriba y afuera, colocando el tabique en la línea media y manipulando los huesos propios digitalmente por fuera. La reducción se conserva con taponamiento nasal y molde de pasta dental o metálico colocando sobre la nariz y fijado a la región frontal y mejillas por medio de esparadrapo.

Resumen:

La reducción abierta con osteosíntesis y suspensión interna por medio de alambres, se recomienda por suministrar una inmovilización

adecuada de los fragmentos, al mismo tiempo que usa los huesos vecinos como férulas naturales cuando es necesario, evitando el uso de aparatos externos los cuales son incómodos, difíciles de graduar, dejan cicatrices que afean el rostro, prolongan el tratamiento del enfermo e impiden las actividades sociales de éste por un tiempo más o menos largo cuando el otro procedimiento le permite reincorporarse a sus actividades normales de 10 o 12 días.

La reducción abierta se hace a través de pequeñas incisiones en sitios poco visibles. Con el uso actual de los antibióticos se ha reducido a un mínimo las complicaciones infecciosas y la anestesia ha dejado de ser un peligro en cirugía gracias a los adelantos de los últimos años.

Considero que la labor del cirujano debe comenzar desde el momento del accidente si el estado general del paciente lo permite, para iniciar la reconstrucción de los tejidos lesionados, tratando de reproducir la arquitectura anatómica normal, eliminando tejidos desvitalizados, conservando tejidos viables y protegiendo estructuras anatómicas, colocándolas en su posición correcta para evitar deformidades de la cara que exigen posteriormente operaciones dolorosas y tratamientos prolongados a base de osteotomías e injertos que no siempre dan un resultado satisfactorio.

LA MEZCLA SUCCINILCOLINA-D- TUBOCURARINA EN INTUBACION ENDOTRAQUEAL (*)

Dres. Gabriel Betancur Gaviria
Santiago Cálad Restrepo y
Jesús Cuartas A.

Ocurre con frecuencia que después de pasado el tiempo de acción de la Succinilcolina que se empleó para una intubación endotraqueal, el paciente presenta ligero o severo broncoespasmo, ya porque la inducción fue insuficiente o porque hubo alguna demora para que el enfermo tomara el anestésico con el cual se va a continuar la intervención, o, al contrario, al hacer respiración controlada el paciente toma tan rápidamente el anestésico, que el anesthesiólogo se encuentra —digámoslo así— perdido, con un enfermo profundamente dormido al cual debe administrar respiración controlada un buen tiempo.

Basados en el tiempo de inactividad y el tiempo de acción de la Succinilcolina y de la d-Tubocurarina empezamos nuestras experiencias, a pesar de que se ha sostenido que los paquicurares y los leptoculares son antagonistas.

Se sabe que el tiempo inactivo o período muerto de la Succinilcolina es de 20 segundos y que su acción finaliza, en términos generales, a los tres minutos, y que la d-Tubocurarina tiene un período inactivo de tres minutos y que su eliminación se hace, para el 50% en 18 minutos y el resto en 26 minutos. Resolvimos mezclar en la misma jeringa Succinilcolina y d)Tubocurarina para aplicarlas por vía endovenosa de una vez.

Empezamos temerosos por lo que ya se ha dicho de su antagonismo, para unos, y, lo que últimamente se ha sostenido de que se potencializan.

Nuestras dosis iniciales fueron de 0.030 gms. de Succinilcolina y 0.006 gms. de d-Tubocurarina. La intubación fue fácil después de la

(*) Trabajo presentado en el III CONGRESO NACIONAL DE ANESTESIOLOGIA reunido en Barranquilla, Colombia, del 3 al 7 de Junio de 1959.

administración de 0.300 gms. de Pentotal sódico; ventilamos al paciente haciendo pasar por el equipo de anestesia O₂ únicamente. Con sorpresa vimos que nuestro enfermo respiraba espontáneamente en dos minutos, tomando el anestésico de sostenimiento —(Ciclopropano, en este primer caso)— con facilidad y sin ningún fenómeno anormal. Pulso y Tensión arterial permanecieron en las cifras de iniciación, no se presentaron trastornos del ritmo cardíaco como tampoco broncoespasmo; la despolarización por la Succinilcolina no fue brusca, atribuible a que estaba diluída en la d-Tubocurarina. Con estas dosis la relajación abdominal fue satisfactoria para la intervención que se practicó: una Gastrectomía.

Nos entusiasmos con el método. Pero siempre temerosos continuamos con las mismas dosis. Los pacientes necesitaron muy pocas dosis adicionales de d)Tubocurarina y varios hubo en los cuales fue suficiente la primera dosis para obtener una buena relajación abdominal.

Posteriormente aumentamos las cantidades de Succinilcolina y de d-Tubocurarina, sin pasar de 0.050 gms. de la primera; la dosis máxima de d-Tubocurarina fue de 0.024 gms. para lobectomías y Neumonectomías. Hubo un paciente de pólipos laríngeos al cual se le aplicó Succinilcolina únicamente, para extirparle los pólipos; a los cinco minutos el paciente no había relajado y la inducción que fue practicada con 0.300 gms. de Pentotal sódico había pasado. Se repitió el Pentotal y la mezcla de 0.050 gms. de Succinilcolina con 0.009 gms. de d-Tubocurarina. En esta forma se presentó buena relajación y la extirpación se llevó a cabo fácilmente.

Las dosis de Succinilcolina variaron entre 0.050 gms., y las de d-Tubocurarina entre 0.006 y 0.024 gms. El criterio para subir o bajar las dosis de d-Tubocurarina estaba de acuerdo con la operación propuesta y la relajación deseada.

En las 160 observaciones no se presentó depresión respiratoria prolongada atribuible a la mezcla; los pacientes conservaron su tensión arterial y pulso normales y todos salieron del quirófano respirando espontáneamente una vez terminada la intervención sin necesidad de aplicarles antagonistas.

El total de observaciones se clasificó en: "BUENAS" y "MALAS", siendo "Buenas" las que presentaron buena relajación para la intubación, sin espasmo subsiguiente y con respiración espontánea que

varió entre dos y tres minutos en aparecer sin la administración de anestésicos. "Malas", las que no llenaron estos requisitos. Los datos son los siguientes:

BUENAS	155
MALAS	5
	<hr/>
Total	160

Están clasificadas como "Malas": a)—un caso en el cual un asistente de anestesia pasó el tubo por el esófago; b)—un caso en el cual la mezcla quedó subcutánea; c) y d)—dos casos de cianosis en los cuales hubo dificultad para la intubación; a uno de ellos se le aplicaron 0.024 gms. de d-Tubocurarina con el fin de obtener un paro respiratorio prolongado para practicar una Neumonectomía; e)—un caso en el cual el tubo estaba obturado por un tapón de goma.

En conclusión, la Succinilcolina y la d-Tubocurarina no se antagonizan ni se potencializan. Cada droga actúa en el organismo como si se la aplicara por separado.

BIBLIOGRAFIA

Survey of Anesthesiology.—Diciembre de 1958.
Symposium international sur les curares et curarisantes.—Septiembre de 1958.

COMENTARIOS SOBRE DEFICIENCIAS GENITALES

Dr. José Miguel Restrepo
Académico de número

Si en la consulta diaria se exponen problemas patológicos de índole muy diversa, cuya solución, es en ocasiones harto difícil, la relativa a las deficiencias genitales es tan frecuente, que en veces reviste caracteres de previo acuerdo entre varios sujetos, que no se habían atrevido a poner ante el médico sus anomalías, que para ellos desdicen de su personalidad, porque la aminoran y la deprimen.

Esta debilidad genital como la designan los pacientes, esta impotencia, ofrece dos tipos clínicos: el que sintiendo deseos vehementes de descargar su tensión sexual, es incapaz de lograrlo porque no alcanza a tener erección con **endurecimiento** adecuado, es decir, no arma lo suficientemente el pene para permitir la penetración vaginal y por lo tanto queda obligado a efectuar casi siempre coitos interfe-morales o supravulvares; y aquel que no sintiendo deseos imaginarios con deleites de la fantasía, no sufre siquiera tentativas de erección porque este acto preliminar pasó a ser función extinguida.

El primero es un mártir porque las continuas humillaciones que tiene que padecer lo inferiorizan ante la mujer, que cuando ha sido excitada no perdona el simulacro sexual por aquello de que la insatisfacción de esa función es un fraude al amor; son estas derrotas que se repiten a menudo las responsables de los cambios súbitos e inesperados en muchos varones que modifican su comportamiento con extravíos hacia vicios insospechables o hacia sitios de renunciación definitiva como el claustro con vocación religiosa. El segundo tipo de pacientes no sufre ninguna pena porque la extinción de la función no dejó siquiera fenómenos que la recordaran: solamente las necesidades apremiantes requieren satisfacción.

En el proceso patológico de la impotencia es de rigor considerar todas las fases que la caracterizan y que están relacionadas con el acto integral de la cópula: erotismo, modificaciones de la erección y

del automatismo expulsivo o sea de la eyaculación. El **erotismo** viene a ser el hambre sexual que traduce la necesidad, a veces imperiosa, de ayuntamiento carnal; es una necesidad orgánica como la sed y como el hambre que debe distinguirse de la **libido**, que abarca un radio más extenso con formas sublimadas de la atracción del sexo como son el sacrificio y las actuaciones sociales que benefician al prójimo y de las cuales toma nota la colectividad. Tal hambre sexual se puede exagerar, disminuir o modificar según muchas condiciones que dependen del individuo y hasta del ambiente que lo rodea. Se exagera por la acción de algunas drogas y diversos alimentos mal denominados **afrodisíacos**, por el alcohol en su primera fase de excitación, por la acción refleja de diversos sentidos: olfacción, vista, tacto. Generalmente produce placer, pero cuando se exagera demasiado y se presenta muy a menudo, acarrea molestias genitales, sensación dolorosa en los testículos y en el cordón espermático, en ocasiones de tipo cólico como el que sufren los sujetos que por horas se excitan con mutuos tocamientos y caricias prolongadas. El **hipoerotismo** o sea la disminución del deseo sexual se observa en la insuficiencia genital, en algunos síndromes hipopituitarios e hipotiroideos, a veces en la diabetes, en los metabolismos bajos que no corresponden a mermas endócrinas: menos diez o menos veinte, que posiblemente son propias de sujetos de constitución asténica; puede ser la manifestación de algunas intoxicaciones por bromo y sus derivados, por arsénico, quizá por el uso continuado de tranquilizadores o ataráxicos del grupo de la cloropromacina. La depauperación física en las convalecencias, las desnutriciones que se alargan, las grandes preocupaciones, el nerviosismo exagerado y permanente son factores cuya influencia funesta no puede negarse en la merma de la capacidad genital. Es curioso que el **hipergenitalismo** anatómico o sea la **macrogenitosomía** de origen suprarrenal, central e hipotalámico sea una de las causas o merma del erotismo: hombres de verga grande y escroto de talego largo son malos machos, a veces pésimos lo que confirma el adagio popular de que carne no es bastimento. Muchas ocasiones, después de una fase de exacerbación en algunas reurosis, en ciertas psicopatías, en la demencia precoz, en algunas medulopatías, empieza a notarse la disminución paulatina que termina en la aniquilación funcional, en el apagamiento definitivo: parece que el aumento inicial fuera preliminar que anuncia la extinción de la capacidad para la unión de los sexos. Las intoxicaciones que afectan el sistema nervioso como alcoholismo, cocaïnomanía, marihuanismo, opio y morfínomanía, repercuten forzosamente sobre el fenómeno erectivo y son causales de impotencia ge-

nital. Es fenómeno comúnmente observado después de la raquianea-tesia, de duración variable con las taras o mermas orgánicas que ofrezca el sujeto, que generalmente pasa inadvertida en la posoperatoria y la desconoce el cirujano porque el paciente la atribuye a la **debilidad** dejada por la operación.

Varias de las enfermedades de las glándulas de endosecreción tienen su parte activa en el cuadro de la impotencia sexual debido a la correlación y sinergia que existe en ellas, casos que deben ser comunes en el historial de los endocrinólogos. También el aparato circulatorio puede ser sindicado como factor etiológico en muchos casos: así la aortitis abdominal puede ostentar como primera señal una impotencia que no se explica por otras causas: produce una claudicación en la circulación de la verga cuyos cuerpos cavernosos y tejido esponjoso no pueden engurgitarse de sangre indispensable para acarrear el fenómeno de la erección, campo hermoso para que los cardiólogos amplíen los conocimientos en este sentido. Fuera de los factores anotados, es necesario mencionar algunos que con el tiempo pueden llegar a ser de gran responsabilidad: el uso con prodigalidad de los fármacos gangliopléjicos en el tratamiento de la hipertensión, que a la larga repercute en la potencia mermandola o inhibiéndola; y la exposición frecuente a los rayos equis que con el tiempo influyen desfavorablemente en los tejidos de los genitales; y como estas exposiciones todos los días se popularizan más y más, no siempre con necesidad clínica, puede ocurrir que por temor a un futuro remoto y probable, se esté poniendo en peligro el presente que es juventud y niñez: tres o más exposiciones por año a organismos que aún no han completado su desarrollo pueden ser funestos para las funciones de la reproducción.

Y sobre todas estas causas orgánicas hay una en la cual se debe pensar siempre: la timidez o sea ese temor o miedo de actuar, de hacer las cosas, por encogimiento o cortedad de ánimo, que unas veces depende del sentimiento, falso o verdadero, de inferioridad orgánica, que va contribuyendo progresivamente al aislamiento de la persona, a su retraimiento y a la vida solitaria. De manera que los tímidos, bien sea por neurastenia, por psicopatías, o por responder a espinas irritativas que mantienen reflejos que inhiben o apagan los deseos venéreos como varicocele, fimosis totales, lesiones prostáticas, ciclamismo o monorquidia, prostatorreas, **espermatorreas**, fosfaturias etc., son impotentes genitales que difícilmente pueden ser llevados a la normalidad. Estos tímidos tienen erecciones solitarias completas que

aseguran éxito para consumar la unión, pero llegado el momento, ocurre el aflojamiento del pene que queda desmazelado, tan solo con capacidad para la yuxtaposición de genitales. Aquí se seleccionan los candidatos para la masturbación.

Muchos casos de impotencia se deben a modificaciones del automatismo expulsivo o sea **de la eyulación**, la cual, unas veces es muy retardada o no se efectúa a pesar de esfuerzos continuos y agotadores que en personas de edad avanzada pueden acarrear dilatación aguda del miocardio con asistolia diaforética, crisis de asma, brotes fluxionarios de hemorroides, sucesos éstos que al herir el amor propio de estos sujetos les hace pronunciar aquella frase que significa entrega y vencimiento: "Yo ya me acabé". Es porque ignoran que la vida hay que vivirla con las condiciones que vayan poniendo el estado de los órganos y su capacidad de función. En sujetos jóvenes se retarda la eyulación por la presencia de pequeñas lesiones orgánicas, difíciles de esclarecer como son secuelas de orquitis, epididimitis, uretritis, vesiculitis y sobre todo del veru montanun, que es una zona reflexógena particularmente importante que trasciende en la potencia genital: de aquí que en todo individuo que consulte para este proceso y que tenga pasado patológico venéreo, es de rigor practicar la elastoscopia integral. También el temperamento hipervagotónico es responsable de esta anomalía, que en ocasiones se manifiesta hasta en el acto auto-erótico; asimismo la hipersensibilidad constitucional del glande y del prepucio interno que hace que el roce de vaivén una vez efectuada la inmisión vaginal, se exacerbe y se haga en extremo dolorosa impidiendo el acto final de la polución. En otras ocasiones la eyulación sobreviene tan rápidamente que tiene lugar en el exterior, sobre la vulva dejando sumido al hombre en vergüenza y a la mujer en contrariedad: son los coitos llamados por el vulgo, **saltos de gallo**; se observan en sujetos de mentalidad especial, que se reputan ellos mismos como inferiorizados viriles y que se aproximan a la mujer con timidez, con encogimiento y como pidiendo permiso, cuando en asuntos de ayuntamiento se requiere audacia y prontitud sin violencia, que son factores según Mantegaza, que despiertan el erotismo femenino y provocan en la pareja orgasmo simultáneo que satisface y descansa de la tensión sexual. Las circunstancias en que se hace la unión influyen poderosamente siendo preciso un ambiente de tranquilidad y confianza, sobre todo cuando se trata de jóvenes timoratos con altas vayas sociales y morales que los inhiben por completo haciendo que la erección, que es total al principio, se modifique ante la

proximidad del acto porque el pene se vuelve blandengue sin poder para la penetración.

No puede dejarse de mencionar que hay muchos casos de impotencia por neurosis de manifestación genital, y en otros campos de la vida psico-sexual: los angustiados, los melancólicos, los deprimidos, los fóbicos, os obsedados, aun con expresiones rudimentarias que pasan disimuladas dificultando su esclarecimiento. Por estas circunstancias se conocen individuos que son impotentes en el legítimo lecho conyugal y dejan de serlo en otros con mujeres distintas; unos apetecen cierto tipo femenino con el cual son potentes y en cambio fracasan con otras mujeres; estos hechos, al parecer aberrantes, dan la impresión de fenómenos alérgicoemocionales que inhiben los reflejos que presiden el complicado acto sexual.

Estas modificaciones de la eyacuación se relacionan íntimamente con el **orgasmo** que consiste en la sensación de placer localizado en los órganos genitales y uno generalizado, indefinible que se siente en todo el organismo: por lo común a órgano rápido hay rápida eyacuación; y al contrario, a órgano retardado o perezoso hay polución demorada. Los factores que modifican el orgasmo son los mismos que alteran y desfiguran los otros fenómenos de la cópula sexual.

No hay que confundir la potencia genital con la capacidad fecundante o virilidad, pues muchos hombres que la poseen no pueden engendrar porque ni la riqueza ni la morfología del espermatozoide lo permiten; en cambio, hay sujetos que con coitos esporádicos, semipotentes, engendran, a veces, en mujeres ya de edad avanzada porque sí tienen las características de normalidad en aquellos elementos.

En la mujer no puede hablarse de **impotencia** porque la capacidad para el coito, como parte pasiva, jamás se pierde; su equivalente es llamado **frigidez** genital porque lo común no sienten el placer del orgasmo ni la satisfacción de la descarga de la tensión sexual que en el hombre alivia y subraya con gozo este acto de la función reproductora.

Pero a pesar de esta ausencia o poquedad en el placer, no hay exoneración para la fecundación o embarazo. Esa frigidez puede ser absoluta, es decir, que nunca se experimenta el placer del orgasmo; y relativa, que indica que sí hay veces que se siente con el hombre que se ama, en climas diversos o en circunstancias completamente diferentes a las que rodean la vida conyugal o concubinaria. En los casos de relaciones sexuales frecuentes, en la vida de prostitución, casi

no se experimenta; de aquí que cuando una mujer de estas condiciones llega a tener orgasmo, entrega su vida, da todo su dinero por conservar al hombre que fue capaz de proporcionarle un placer que jamás en su vida licenciosa había podido gozar; la ocurrencia de este fenómeno voluptuoso es designado en argot de lupanar con la frase de **sacar la piedra**, el sumo o único placer en la vida de vicio, que en veces hace cambiarla por la de mancebía o de compañerismo. Suele acontecer que en mujeres que tienen varios hijos, sintiendo apenas con el trato sexual un placer generalizado como el que sienten con las caricias, sólo vengan a experimentar orgasmo verdadero con el avance de los años, en las cercanías de la menopausia, esto es, cuando ya ha pasado mucho tiempo de trato sexual frecuente, que ellas reputan como verdadero descubrimiento, que de ahí en adelante puede modificar y modifica casi siempre, su vida conyugal. Es esta frigidez, esta ausencia de sensaciones especiales, la que explica la facilidad con que muchas mujeres, soportan la ausencia de marido o de compañero sin tener que hacer grandes esfuerzos de continencia. El porcentaje de frigidez absoluta la calculan algunos autores españoles en un treinta y el de la relativa la reputan en cifras mucho mayores. Son infinitas las mujeres que aún siendo de prolija maternidad ignoran el placer del orgasmo; otras, en cambio, frías al principio o de placer romo, van siendo más sensibles al abrazo conyugal o **partenario** y con el tiempo llegan a ser competamente normales; no escasean las que teniendo inclinaciones homosexuales, solamente se satisfacen en el acto solitario y consideran el heterosexual como inoficioso y hasta torturante para su delicadeza y su modo de entender el amor, fuera de que pueden padecer en la unión con el hombre espasmos vaginales precedidos de hiperestesia vulvar que se acompaña de palidez, sudores, palpitaciones, tendencias disneicas, midriasis, dolores anxiales, alteraciones urinarias etc. Muchos casos de frigidez se acompañan de dispareunia, que viene a ser un coito doloroso, insoportable para la mujer, que imposibilita en el hombre la actuación del pene en la inmisión vaginal, pudiendo desencadenar en aquélla crisis nerviosas, lo que indudablemente contribuye a considerar este acto como repugnante y hasta vergonzoso para su psiquismo; obedece generalmente a causas orgánicas mínimas como lesiones pequeñísimas en el introito, en el cuello uterino, prolapso y retroversión de la matriz, salpingitis, etc., lesiones de los órganos urinarios o del ano como fisuras, hemorroides inflamadas, eritema intertrigo. Pero la dispareunia puede también ser de causa psíquica, sin lesión ninguna sindicable, como dificultades afectivas o falta de entendimiento con el cónyuge, preocu-

paciones morales, intersexualidad, temor de que se den cuenta los de la casa o los de la alcoba vecina. Hay quienes sostengan que de la delicadeza con que se efectúen las primeras relaciones en la noche de bodas, depende el comportamiento de la mujer en lo sucesivo: si el asalto es brusco, animalizado la mujer se atemorizará y le cogerá aversión y miedo al coito; pero si se llevan a efecto con suavidad y con prodigalidad de caricia, el comportamiento posterior será normal dentro del fisiologismo sexual. La carencia de orgasmo es suceso que no inferioriza a la mujer que sabe que por esa carencia no sufrirá su maternidad ni se mermarían sus atractivos femeninos; es lo contrario de lo que ocurre en el hombre, que siente que con todos los inconvenientes inherentes a la cópula, su capacidad viril, quedará sin valor con posibilidades de que día tras día el menoscabo se irá acentuando con desconsuelo y congojas.

Respecto a la etiología de la frigidez en la mujer puede decirse que casi todos los factores que despiertan la impotencia en el varón, pueden desencadenarla: causas orgánicas, alteraciones o disfunciones hormonales, nerviosas, neuróticas, por timidez etc.

El erotismo exagerado en la mujer o hipererotismo puede acompañarse de molestias y hasta de dolores en las zonas anexiales que a veces pueden hacer pensar en manifestaciones de enfermedad orgánica, como anexo-salpingitis, especialmente, cuando se acompaña de febrículas y de malestar general de orígenes diversos. Es observable en el período de ovulación en que puede hacer parte de la sintomatología del síndrome de Seguy, con claras expresiones de excitación genital. Sin embargo, la exageración erótica en la mujer, ocupa un bajo porcentaje, lo que no deja de ser una ventaja social para el sostenimiento de las sanas costumbres y comportamiento dentro de las normas de moralidad, porque de no ser así el fenómeno de la atracción sexual se modificaría por completo entrando también la mujer a buscar al varón y propiciando de esta manera la prostitución masculina.

Ese frío sexual por parte de la mujer es el que explica por qué la castidad forzada no es una tragedia orgánica como lo es para los hombres; puede en algunas ser tragedia social, sin trascendencia para ella ni para la colectividad. en ella el hambre sexual se deriva hacia las actuaciones sociales, sobre todo cuando se llega a la época matronil cuando ya las solteras perdieron la esperanza de unión legítima y las madres se convencen de que su capacidad de concepción tocó a su final, y que las obras de misericordia deben empezar a ser

realizadas para compensar con ellas los goces que soñaron con el amor carnal o experimentaron en sus relaciones conyugales o concubinarias.

El tratamiento de las anomalías sexuales mencionadas debe ser causal, corrigiendo las perturbaciones funcionales o los defectos orgánicos sindicables, tratando las enfermedades que aparecen claras como etiología; pero hay que decir francamente que no existe ninguna terapéutica que pudiera calificarse de eficaz, porque la mayoría de las sustancias reputadas como capaces de modificar las condiciones genitales, son de acción efímera. Las personas de edad avanzada no aceptan que sus funciones sexuales se menoscaben y buscan de consultorio en consultorio la prescripción que les devuelva el vigor que tuvieron en años anteriores, prescripción que cuando es hecha a base de preparados hormonales por vía parenteral logran a veces estímulos pasajeros como el que siente el caballo con el latigazo, que lo obliga a aligerar el paso, para en seguida entrar en cansancio. Tenemos que convenir que las fuerzas de la juventud jamás se recuperan y que en todas las épocas los hombres han perseguido el elixir de larga vida sin que haya llegado la oportunidad de encontrarlo. Los estragos de la vejez no se corrigen o se aminoran sino haciendo uso de las reservas escondidas que guarda el espíritu para aceptar las condiciones pesadas y desagradables que el avance de los años progresivamente va imponiendo y pensando que el deber de todos los que bien o mal hayan cumplido su misión terrenal es acabar los años que restan con más vida que los anteriores y dedicar parte de las pocas actividades que se puedan desplegar en favor de quienes sufren los influjos de la pobreza en bienes de fortuna y en bienes de la naturaleza. En la vejez se cosechan, con creces, las siembras de la juventud y de la adultez, que serán magníficas si la cosecha se hizo con generosidad y con amor o serán escasas si se tuvieron en cuenta el egoísmo y el interés mezquino.

Las sustancias que en tiempos anteriores tuvieron mucha acogida y que todavía hoy se siguen prescribiendo como estriquina, fosforo de zinc, damiana, no tienen razón de ser recomendadas porque aunque no pueda negarse una acción efímera que halaga y estimula el amor propio del paciente, rápidamente dejan de obrar aumentando de este modo la pesadumbre y la congoja de quienes habían puesto en ellos todas sus esperanzas.

Teniendo en cuenta algunos de los factores apuntados como posibles responsables en la impotencia masculina, vale la pena vigilar

la acción fisiológica de los gangliopléjicos sobre todo en las personas viejas con averiguación discreta sobre la resonancia genital, porque es muy posible que precipiten la quiebra orgánica en este sentido, que para ellas es de trascendencia enorme ya que muchos hacen depender la razón de vivir de la conservación parcial de sus funciones de reproducción. Y en los adolescentes y personas jóvenes reflexionar que la exposición frecuente ante los rayos equis puede ser nociva y que no se justifica que con controles de esta índole, no siendo absolutamente indispensables, se ponga en peligro la futura función de reproducción que para la especie es de tanta importancia como lo es la nutrición para el individuo y que para éste todo lo que vulnere o aminore cualquiera de las fases del acto sexual equivale a perder la salud y a ver desaparecer los motivos para luchar y para vivir.

Las desviaciones del erotismo lo canalizan hacia las aberraciones sexuales: amor solitario o masturbación, homosexualidad tanto en los hombres como en las mujeres; exhibicionismo y toda esa gama de caprichos y extravagancias que terminan en sadismo, masoquismo o sadomasoquismo que revelan casi siempre mentalidades deficientes que persiguen a toda hora y en todo tiempo la descarga de la tensión sexual. Son aberraciones en que se aúnan la perversión y el desenfreno con alteraciones orgánicas y mermas funcionales que suelen pasar inadvertidas para médicos y psicólogos, pero que indudablemente obedecen a causas que algún día, con los auxilios del progreso de la sexología, podrán ser esclarecidas para beneficio no sólo del individuo sino de la colectividad.

La labor del educador en este campo puede ser de una trascendencia enorme, porque si desde los primeros años de enseñanza se empieza a romper cadenas afectivas que amarran más tarde la sexualidad, es posible que al llegar la pubertad, la corrección haya sido alcanzada, y los caminos de la eterosexualidad se transiten normalmente. Así se librarán las familias de penas y sufrimientos que no se dicen y la sociedad de elementos que con frecuencia tienen que ver con la policía y aceptar las sanciones de la ley.

DESCUIDO DE UN TRATAMIENTO MEDICO ADECUADO PARA LA ULCERA PEPTICA

Dr. Charles H. Brown

Cleveland Clinic

Gastro-enterology. Vol. 36, No. 6. June, 1959

A muchos de nuestros actuales residentes hospitalarios se les ha enseñado que el paciente de úlcera duodenal, complicada de obstrucción, requiere invariablemente tratamiento quirúrgico. Uno de nuestros cirujanos ha dicho, que aunque tal obstrucción puede ser mejorada médicamente, recurrirá dentro de breve tiempo y exigirá siempre cirugía.

Con este incentivo, analizamos la evolución de 36 pacientes de obstrucción severa por úlceras duodenales. El tiempo promedio de observación fué de 56 meses. En este período, solo 13 de tales pacientes requirieron cirugía y de ellos 4, no habían seguido el tratamiento médico prescrito. El hecho de que en 23 pacientes no se repitió la obstrucción indica que tal complicación *per se*, en un ulceroso, no es una indicación operatoria absoluta. Estos resultados dicen también, que la obstrucción por úlcera duodenal, puede aliviarse con tratamiento médico idóneo, y que tales pacientes pueden librarse de posteriores episodios obstructivos por largos períodos de tiempo.

Los hechos anteriores no son los primeros registrados, ya que Sippy reportó desde 1915 la eficacia del tratamiento médico de dichos pacientes. Muchos médicos han reportado hechos semejantes incluso R. C. Brown en "The Oxford Medicine", Rossmiller and Collins, y otros. Aún, un cirujano, el finado Frank Lahey, afirmó que la mayoría de los pacientes con obstrucción pilórica, por úlcera duodenal activa, respondían a la terapia médica.

Recientemente un artículo sobre el tratamiento médico de la obstrucción por úlcera duodenal, fue rechazado por un diario médico general, no como reporte sobre material antiguo, sino por "versar sobre un tema de mucha controversia". Este rechazo enseña, que el relato original de Sippy y los que le han seguido, sobre la eficacia del tratamiento médico de la obstrucción ulcerosa, han sido ampliamente olvidados y despreciados.

Como gastroenterólogos hemos sido negligentes en nuestra enseñanza, cuando es posible para muchos médicos creer que la úlcera obs-

tructiva requiere automáticamente cirugía?. Esto es también cierto para ciertas úlceras como la marginal y la post-bulbar y para las hemorragias que las complican.

Se han publicado muchos artículos prescribiendo la cirugía en tales casos, y algunos médicos generales creen hoy, que todos los pacientes con estas complicaciones deben ser operados. **De igual manera, algunos internistas operadores creen que todas las úlceras gástricas exigen cirugía.** Esto no quiere decir que **todos** los cirujanos desaconsejan todo intento de tratamiento médico para la úlcera complicada, antes de indicar la operación.

Muchos médicos generales remiten los pacientes con úlceras complicadas directamente al cirujano. Ignoran que un gastroenterólogo, prescribiéndoles terapéutica médica adecuada, puede ahorrarles una operación o puede prevenir las complicaciones de una úlcera simple. Muchos desconocen lo que constituye un tratamiento adecuado. Por ejemplo, algunos internistas de notable reputación indican un tratamiento que consiste de un antiácido "únicamente cuando se sientan molestias", o "inmediatamente después de las comidas". Esto difícilmente podría considerarse terapéutica adecuada para una úlcera complicada.

Debemos recordar que, aunque las técnicas de la cirugía gástrica han progresado, las intervenciones tienen aún sus complicaciones y secuelas. El paciente, que es quizás el uno por ciento de la mortalidad estadística, es sin embargo un muerto ciento por ciento y de una enfermedad benigna. Severos síndromes de "dumping" pueden causar mayores molestias que la úlcera pre-operatoria. La tensión nerviosa y el desorden psicósomático, causantes del *ulcus*, pueden canalizarse en jaquecas, enfermedad coronaria y aún suicidio. Todos hemos visto desarrollarse en ocasiones estas enfermedades, y amenudo bien pronto, después de una cirugía "exitosa" de la úlcera péptica.

Como gastro-enterólogos, debemos decir con énfasis, a otros médicos, residentes hospitalarios y estudiantes, que, como demostró Sippy hace muchos años, numerosos pacientes con úlceras pépticas complicadas responden al tratamiento médico. Se ha escrito mucho en pro y en contra de esto o de la operación para úlcera así como del mecanismo del "dumping" consecutivo a la gastrectomía. También los cirujanos han escrito y hablado demasiado sobre un problema médico. Debemos dar a nuestro paciente de úlcera péptica complicada, al menos un intento y una oportunidad de terapia médica adecuada. Debemos hablar, enseñar y escribir con insistencia sobre los buenos resultados de tal tratamiento médico.

Tradujo J. Y. C.

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

REVISTAS QUE LLEGAN A LA BIBLIOTECA MEDICA POR CANJE DE "ANTIOQUIA MEDICA"

PAIS	TITULO
Alemania	Photographie und Fourshung Lateinamerikanische Bibliothek
Argentina	Actas Ciba Acta Neuropsiquiátrica Argentina Análes de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis. Anales de Medicina Pública Archivos Argentinos de Dermatología Archivos Argentinos de Tisiología Archivos de Histología Normal y Patológica Archivos Nacionales de la Hidatidosis Boletín de la Asociación Internacional de Hidatidología Archivos de Neurocirugía Biblioteca Central Boletín General Informativo Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires. Boletines y Trabajos de la Sociedad Argentina de Ortopedia y Traumatología Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas Biblioteca Fichero Médico Terapéutico Gastroenterología Medicina Panamericana Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Misión de Estudios de Patología Regional Argentina Mundo Hospitalario Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas Prensa Pediátrica Argentina Revista Argentina de Cardiología Revista de la Asociación Argentina de Dietología Revista Asociación Médica Argentina Revista Bagó Revista del Círculo Médico Argentino y Centro Estudiantil de Medicina Revista del Círculo Odontológico de Córdoba

PAIS**TITULO**

	Revista de la Confederación Médica de la República Argentina
	Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires
	Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y Ramos Menores
	Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Córdoba
	Revista Odontológica
	Revista de Sanidad de Cuyo
	Revista de la Sanidad Militar Argentina
	Revista de la Sociedad de Pediatría del Litoral
	La Tribuna Odontológica
	Universidad Nacional de Tucumán
Australia	Australian Journal of Dentistry
Bélgica	Bulletin de la Societe International de Chirurgie La Vie Medicale Internationale
Bolivia	Bolivia Odontológica Revista del Instituto Médico Sucre
Brasil	Anais da Academia Brasileira de Ciencias Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia Arquivos de Biologia Arquivos Brasileiros de Medicina Arquivos Brasileiros de Psicotecnica Arquivos de Cirurgia Clinica e Experimental Arquivos de Higiene e Saude Publica Arquivos do Instituto de Biologia do Exercicio Arquivos Mineiros de Leprologia Arquivos de Neuro-Psiquiatria Arquivos da Sociedade de Medicina Legal e Crimonologia Associação Paulista de Medicina Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia Folia Clinica et Biologica Anais Faculdade de Medicina de Sao Paulo Gazeta Clinica A Gaceta da Farmacia Ginecologia Publicaciones varias Jornal Brasileiro de Psiquiatria

Memorias do Instituto Butantan
 Memorias do Instituto Oswaldo Cruz
 Odontologo
 Publicacoes Medicas
 Resenha Clinico-Cientifica
 Revista da Academia de Medicina de Sao Paulo
 Revista Brasileira de Cirurgia
 Revista Brasileira de Leprologia
 Revista Brasileira de Tuberculosis
 Revista da la Facultad de Odontologia de Pelotas
 Revista de Farmacia e Odontologia
 Revista do Hospital das Clinicas
 Revista do Hospital Nossa Senhora Aparecida
 Revista Médica Municipal
 Revista de Medicina y Cirurgia de Sao Paulo
 Revista Serv. Especial Saude Publica
 Selecoes Odontologicos
 Tribuna Farmaceutica

Canadá

Laval Medical
 Revue Canadienne de Biologie
 Revue Medicale U. de M.

Chile

Acta Médica Chilena
 Acta Biológica Chilena
 Anales Academia Chilena de Ciencias Naturales
 Archivos del Hospital Clínico de Niños Roberto del Río
 Biblioteca Técnica del Servicio Nacional de Salud
 Boletín Chileno de Parasitología
 Estadística
 Movimiento Anual del Hospital
 Hospital de Viña del Mar
 Publicaciones Varias
 Revista Médica de Valparaíso

Colombia

Abboterapia
 Anales de la Sociedad de Biología de Bogotá
 Anotaciones Pediátricas
 Anuario General de Estadística
 Aulas
 Publicaciones Varias
 Boletín del Instituto Nacional de Higiene Samper Martínez
 Boletín de Odontología
 Boletín de la Sociedad Geográfica de Colombia
 Boletín Médico

PAIS**TITULO**

Caldasia
Clínica Vargas
Cruz Roja Medellín
Divulgaciones Etnológicas
Revista Geográfica
Heraldo Médico
Higiene y Salubridad
Hospital San Juan de Dios
Instantáneas Médicas Colombianas y del Mundo Entero
Medicina y Ciencias Afines
Medicinaria
Orientaciones Médicas
Repertorio de Medicina y Cirugía
Resúmenes de Revistas
Revista
Revista Caldas
Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología
Revista Colombiana de Oftalmología y Otorrinolaringología
Medicina y Cirugía
Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura
Revista de la Facultad de Medicina Universidad Nacional
Anales Neuro-Psiquiátricos
Revista Farmacéutica
Revista del Hospital de San Juan de Dios
Revista Información Terapéutica Bayer
Salud
Universitas

Costa Rica Revista Médica de Costa Rica

Cuba Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana
Archivos Cubanos de Cancerología
Archivos del Hospital Universitario
Archivos Médicos de Cuba
Boletín del Hospital Policía Nacional
Boletín de la Liga contra el Cáncer
Médica
Prótesis Clínica
Revista Cubana de Cardiología
Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología
Revista Cubana de Oto-Rino-Laringología
Revista Kuba
Revista de Sifilografía, Leprología y Dermatología
Salubridad y Asistencia Social
Sanidad y Beneficencia Municipal

Tribuna Médica
 Universidad de la Habana
 Vida Nueva
 Vida Universitaria

Ecuador

Archivos de Criminología, Neuro-Psiquiatría y Disciplinas Co-
 nexas
 Gaceta Médica
 Revista Ecuatoriana Higiene y Medicina Tropical
 Revista de la Facultad de Ciencias Médicas
 Terapia

España

Actas de las Reuniones Científicas del Cuerpo de Facultativo
 del Instituto Policlínico de Barcelona
 Anales Españoles de Odontoestomatología
 Boletín Bibliográfico
 Boletín de Información Dental
 Boletín del Instituto de Patología Médica
 Información Dental
 Revista de Psiquiatría y Psicología

Estados Unidos

América Clínica
 Archives of Ophthalmology
 Armed Forces Medical Journal
 Bausch and Lomb Revista
 Boletín Médico Científico
 Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana
 Crónica de la Organización Mundial de la Salud
 Bulletin of the American College of Surgeons
 Bulletin of the Medical Society of the Country of Kings
 Bulletin of the Menninger Clinic
 Bulletin of the New York Academy of Medicine
 Bulletin on Rheumatic Diseases
 Bulletin of the School of Medicine
 California Medicine
 Cancer Current Literature
 Ciencia y Tecnología
 Guía de Instituciones y Sociedades Latinoamericanas
 Compendio Médico
 The Crippled Child
 Current List of Medical Literature
 Dental Industry News
 Dental Laboratory Review
 Dental Radiography and Photography
 Radiografía y Fotografía Clínica

PAIS

TITULO

El Farmacéutico
 Henry Phipps Institute Report
 Higher Education
 Journal of Dental Medicine
 Journal of General Physiology
 Journal International College of Surgeons
 Journal of the Louisiana State Medical Society
 Journal of Medical Education
 Journal of Social Hygiene
 The Laboratory
 Lehey Clinic Bulletin
 Leukemia Abstracts
 Maryland State Medical Journal
 The Medical Bulletin
 Merck Report
 The Midwest Inter-Library Center
 The Military Surgeon
 Modern Dentistry
 Oral Hygiene
 Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinics
 Progreso Farmacéutico
 Quarterly Bulletin of the North-Western University Medical
 School
 El Radiqueño
 Research Today
 Rhode Island Medical Journal
 The Rockefeller Foundation
 Spope
 Sinopsis Médica Internacional
 Staford Medical Bulletin
 Technical Bulletin
 Temple University Medical Center Bulletin
 Texas Report on Biology and Medicine
 The Thermotrol Tecnician
 Turtux News
 World Medical Journal

Finlandia Annales Medicinæ Internæ Fenniae

Francia Laboratoires
 Medicine de France
 Le Monde Medical
 La Semaine des Hopitaux
 Assises de Medicine

PAIS

TITULO

Guatemala	Acta Médica Philippina Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de Guatemala La Juventud Médica Revista del Colegio Médico
Holanda	Excerpta Medica
Honduras	Archivos del Hospital Leonardo Martínez Revista Médica Hondureña
Inglaterra	Britis Medical Bulletin The Dental Magazine and Oral Topics Endeavour Monthly Bulletin Ministry of Health Public Health Laboratory Service
Italia	Folia Cardiologica Lotta Contro la Tuberculosis L'Ospedale Maggiore Progreso Terapéutico La Riforma Medica Scientia Medica Italica
Japón	"Gann" The Japanease Journal of Cancer Research Japan Science Review Medical Sciences
México	Acta Científica Potosina América Indígena Boletín Indigenista Anales del Colegio de Médicos Militares "Dr. Fco. Montes de Oca" Anales de la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas Anales del Instituto de Biología Asistencia Social Biblioteca de la Universidad Autónoma de San Luis de Potosí Boletín del Centro de Cooperación Científica Unesco Boletín de la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas Boletín del Hospital Oftalmológico de Nuestra Señora de la Luz. Boletín del Instituto de Estudios Médicos y Biológicos Boletín Odontológico Mexicano Boletín de Salubridad e Higiene

PAIS

TITULO

Ciencia
 Cirugía y Cirujanos
 Endocrinología
 Publicaciones Varias
 Hospital Universitario
 El Médico
 Pediatría de las Américas
 La Prensa Médica Mexicana
 Gaceta Médica de México
 Revista de la A. D. M.
 Revista de la Asociación Mexicana de Transfusión y Hematología
 Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales
 Revista de Investigación Clínica
 Revista Médica del Hospital Español
 Revista Médica del Hospital General
 Revista Médica "Pasteur"
 Revista Mexicana de Pediatría
 Revista Mexicana de Tuberculosis y Enfermedades del Aparato Respiratorio
 Salubridad e Higiene

Panamá Anales de la Facultad de Ciencias Médicas
 Archivos Médicos Panameños

Perú Boletín Informativo del Centro de Estudios de Medicina
 La Crónica Médica
 La Reforma Médica
 Revista del Hospital Manuel A. Carrión
 Revista de Medicina Experimental
 Revista de Neuro-Psiquiatría
 Revista de la Sanidad de Policía
 Clínica Contemporánea

Portugal Odontostomatología Portuguesa

Puerto Rico Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico
 Revista Dental

Rep. Dominicana Previsión Social
 Revista Dental
 Revista Médica Dominicana
 Revista de Salud Pública

PAIS

TITULO

	Seguro Social Boletín Técnico-Estadístico Universidad de Santo Domingo
El Salvador	Archivos del Hospital Rosales Goceta Médica de Occidente
Suecia	Acta Radiológica Research Woek Published in Swenden
Suiza	Chronique de L'Organization Mondiale de la Sante The Dental Trade and Industry Organization Mondiale de la Santé Revue Internationale de la Croix-Rouge, X Bulletin International des Societes de la Croix-Rouge Triangulo
Uruguay	Anales de la Fac. de Medicina de Montevideo Archivos de Pediatría del Uruguay Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades Boletín Boletín del Centro de Cooperación Científica Boletín del Instituto Boletín Sociedad de Cirugía del Uruguay El Estudiante Libre Higiene y Salud Hoja Tisiológica Química Industrial Revista de Clínica Médica Revista Roche
Venezuela	Acta Médica Venezolana Anales de la Universidad Central Archivos Venezolanos de Nutrición Archivos Venezolanos de Patología y Parasitología Médica Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría Boletín de la Academia de Historia Boletín del Hospital Boletín Infantil del Hospital Vargas Boletín de los Hospitales Boletín del Laboratorio de la Clínica "Luis Razetti" Goceta Médica de Caracas Revista del Colegio de Farmacéuticos del Distrito Federal Revista de Obstetricia y Ginecología Revista de Sanidad y Asistencia Social Nova Proizvodnja

táculos para la administración: trabajan poco y a veces con mala producción, nada les satisface y se reputan en cualquiera circunstancia en que se encuentren, como víctimas que se han inmolado en favor del patrón; por esta ocurrencia cuando completan el tiempo jubilatorio, el rendimiento laboral va siendo reducido, anulándose paulatinamente, suceso éste que debería servir de argumento para que el período exigido por la ley fuera más corto, quince años, lo cual no perjudicaría al capital porque los salarios de los últimos años tienen muy poca correspondencia en la producción: es que tantos años haciendo las mismas cosas, viendo el progreso en diversos sentidos de empresa y de compañeros, sin que la independencia económica haya llegado para muchos, tienen que modificar los sentimientos y embotar en muchos las nociones del cumplimiento del deber.

Hay dos actuaciones muy difíciles en la práctica médica con las personas viejas: el diagnóstico y el pronóstico: el primero, porque siendo tan grande la constelación de síntomas imaginarios y muy común la ampliación o la exageración de los verdaderos, sean mínimos o de consideración, la entidad nosológica fundamental queda escogida con la sintomatología funcional; y la claridad del proceso no aparece para decir con razón qué es lo que tiene el paciente, siendo pues necesaria una observación cuidadosa y muy cotejada durante varios exámenes; y en segundo lugar, porque son muchas las entidades nosológicas cuya marcha clínica es completamente diferente a la que ofrecen en las edades inferiores; en las infecciosas falta en mucho el síndrome de infección, de modo que en no pocas no se presenta la fiebre ni escalofrío inicial, no hay gran modificación en los fenómenos digestivos, a no ser la merma del apetito que sigue teniendo en la generalidad un valor absoluto para calificar el estado de la enfermedad "enfermo que come no está mal", es frase que consuela a familiares y a amigos con suma frecuencia. El sensorio se altera más de lo razonable y éste es quizá uno de los senderos que conducen a sospechar el influjo de una infección soslayada: las fiebres tifo y paratifoideas evolucionan en muchos casos sin alza considerable de temperatura, hasta con cifras dentro de lo normal; el paludismo carece en muchos de los accesos del escalofrío inicial, del sudor consecutivo, la fiebre es muy baja, pero el estado general se mina más pronto de lo que es habitual en el adulto; la neumonía puede evolucionar silenciosamente, en apirexia o con febrículas insignificantes, aunque con notoria intoxicación y decaimiento del estado general que sorprende a quien lo haya recetado en otras ocasiones: esta es la enfermedad que echa a perder el buen éxito obtenido con una intervención quirúrgica, que desalienta a

los cirujanos que tratan de sacarle el cuerpo a estas actuaciones. Y lo peor de todo en estos casos, es que los datos que da el laboratorio no merecen plena confianza y por lo tanto no encauzan tan fácilmente como en las edades de juventud y adultez, porque las cifras reveladas como normales, de los sesenta años para arriba requieren una serena discusión porque con ellas solas nada se logra para la imposición del tratamiento y de la dieta debidos. Además en esta edad de la vida en que ya los órganos todos están en vías de involución, las funciones que les corresponden tienen que ser deficientes, el riego nutritivo general deja mucho que desear y los cuadros clínicos son verdaderas misceláneas en los cuales unos días hay predominio de unos, y al siguiente otros de modo que la trashumancia es de ocurrencia muy frecuentes: parecen brochazos hechos por niños o por locos.

Esta dificultad para sentar diagnóstico repercute necesariamente en lo delicado para insinuar el pronóstico a los familiares, ya que es preciso, tener la observación de varios exámenes para formarse concepto y poder sospechar la marcha de la enfermedad y las posibles consecuencias. Por gastarse prisa en esta actuación, son muchos los viejos que han sido desahuciados desde las primeras entrevistas clínicas, que después pasan por numerosos procesos morbosos, de aparente o real gravedad, quedándoles el recuerdo ingrato del médico que les robó las esperanzas con la afirmación de que la muerte o la invalidez serían finales lógicos de la enfermedad en tratamiento; hay que recordar esto porque la personalidad del viejo goza contando las equivocaciones médicas con lo cual hace resaltar su vigor y sus defensas que todavía le quedan a su organismo, a pesar de las varias decenas de años que está contando. No sólo por este suceso desagradable, si no porque hay que sostener el optimismo del viejo se le debe hablar a plazos manifestándole enfáticamente que su curación no se hará esperar, ensalzándole su vanidad y su amor propios y aconsejándole planes y proyectos, que aunque en rigor de verdad serían una locura, él los recibe como si efectivamente estuviera en capacidad de ejecutarlos. En resumen: por piedad para con estos pacientes, el facultativo debe demostrarles optimismo, tener a flor de labios la mentira benévola que salva y entusiasmo y cuyo recuerdo no parece jamás en la memoria de ellos.

Es porque fuera de los conocimientos médicos para diagnosticar y tratar a los viejos como también a todos los que sufren—el profesional de la medicina debe tratar de conocer el alma de estos sujetos, para enseñarles derroteros distintos en la vida, infundirles virtudes para ellos

desconocidas, encauzarlos hacia otras actuaciones que están a su alcance porque al fin el papel médico no se cumple a cabalidad sino devolviéndoles la salud física y la mental, hacerles más atractiva la vida procurando que en los pocos años que les pueden quedar sean vividos con alegría, con satisfacción de hacer beneficios en distintos campos sociales y disfrutar de los placeres lícitos que por todas partes nos brinda la vida en comunidad y sobre todo en el hogar.

Al avaro hay que inculcarle lentamente la conveniencia de la generosidad en favor de los necesitados; al ambicioso hay que infiltrarle poco a poco y sin asustarlo, las ventajas del desprendimiento cuando con ello se puede proporcionar placeres y alegrías a quienes jamás los han tenido; al que no ha tenido mas goces que recibir, se le debe enseñar que hay goces mas intensos, porque perduran en el recuerdo, que se derivan cada vez que se solucionan conflictos de hogares, se ayuda a los menesterosos o se resuelven problemas a quienes son pobres vergonzantes. Hay que procurar cultivar las virtudes que se oponen a los pecados capitales porque sin duda esas virtudes irán poco a poco limando asperezas sociales a medida que se pulen y se adornan los espíritus en la colectividad de que se hace parte.... En esta edad de la vida en que el individuo como individuo merma mucho en valor y pierde muchos campos de actuación, es forzoso que se incline en favor del prójimo que sufre, del que no ha alcanzado recompensas en la tierra, a ver si con su colaboración se les da la mínima satisfacción a que tiene derecho. La caridad, la beneficencia hay que hacerlas en vida, porque las que se hacen póstumas no se prestan sino para comentarios generalmente desfavorables.

El desamparo infantil, que día por día se va agudizando, la orfandad de los viejos, tan triste o mas que la de los niños, el anhelo de arrepentimiento de las mujeres que cayeron pero que no tienen quien las levante, la tendencia al vicio que pueden coger los hambreados que por no tener alimentos se pueden prestar para todo lo malo y lo perverso, el aprovechamiento de vocaciones para el estudio que siguen como filones de rica mina pero que no encuentran quien los explote, las vocaciones sacerdotales que es necesario que todo católico trate de fomentar y de auxiliar en la medida de sus fuerzas, la lucha contra el analfabetismo que requiere que se haga a brazo partido porque en estas condiciones los derechos de ciudadano colombiano aparecen con menoscabo, con posible utilización para el delito o para el crimen y tantas obras sociales, son temas de meditación que el médico con discreción e interés puede y debe

plantear a sus enfermos ricos, pero que no han disfrutado de su riqueza sino en el campo común de comer, de dormir y de reproducirse y eso no siempre.

Hagamos que la vida para ellos termine con recuerdos luminosos de haber hecho el bien y de haberse encaminado, por sendas seguras hacia la verdad. En esta forma se contribuirá eficazmente a la realización de Un Mundo Mejor.



SECRETORY SIALOGRAPHY IN DISEASES EXTERNAL TO THE MAJOR SALIVARY GLANDS

Irving. M. Blott, M.D.
John E. Magliesky, M.D.
James H. Maxwell, M.D.
John F. Holt, M.D.
Ann Arbor Michigan

The Annals of Otology Rhinology and
Laryngology. 68-175=186. March 1959.

Anotan los autores la utilidad de la sialografía excretoria para definir los tumores localizados en las regiones parotídea y sub-maxilar están dentro o fuera de la glándula. Estudian 31 casos confrontando el resultado de la radiografía con la clínica, la cirugía y la histología.

Hacen previamente una radiografía simple que les permite descartar algunas entidades como osteítis y calcificaciones; luego cateterizan el conducto excretor con un tubo de polietileno que conectan a la jeringa con substancia opaca; al llenar se aprecia la arborización de los conductos, con o sin desplazamiento, compresión o distorsión de las masas vecinas.

La radiografía tomada después de estimular la secreción permite diferenciar las formaciones extrínsecas de las intrínsecas, pues en las primeras la expulsión de la substancia opaca es total e inmediata, en cambio en las últimas se aprecia retención de material de contraste.

Como medio opaco usan el "Pantopaque".

N. de R. — Según publicación anterior la única contraindicación del procedimiento es la inflamación aguda. En las personas normales se requiere de 0,5 a 1 cc. de medio de contraste. Con 0,1 cc. se visualiza el conducto principal; con 0,5 cc. se ven los conductos interlobares e interlobulares; La capacidad del sistema de conductos, así sea en casos normales o patológicos rara vez pasa de 2 cc.

Para estimular la secreción se da a chupar al paciente durante un minuto limón, menta, caramelo o vinagre diluido. Puede decirse que en 5 minutos una glándula normal debe haberse vaciado totalmente.

M. A. B.

USO INDISCRIMINADO DE ANTIBIOTICOS EN CIRUGIA

Extracto del trabajo presentado al VI Congreso Médico Nacional por los Dres. Juan Jacobo Muñoz, José Félix Patiño, José Lacouture D., Pedro Cortés y Antonio Ramírez.

Anotan los autores la aparición en los hospitales de nuevas epidemias infecciosas, tan graves que han obligado a cerrar algunos de ellos, provocadas especialmente por estafilococos y resistentes a los antibióticos en muchos casos.

Señalan como causas la desorganización en la mayoría de nuestros hospitales, su pobreza, desaseo y la mala enfermería. Anotan el hecho de que en las salas de cirugía se ven personas con blusas que han paseado por todo el hospital, zapatos de calle, a veces sin gorro ni careta, paredes y vidrieras empolvadas; pacientes sin bañarse, con cobijas desaseadas. Afirman haber encontrado en algunos hospitales en elementos recién salidos del autoclave, estafilococo hemolítico que han podido cultivar. Insisten en que deben tenerse en cuenta todos los cuidados de la época pre-antibiótica porque debido al uso indiscriminado de los antibióticos se han creado cepas resistentes a ellos.

Se manifiestan enemigos del uso profiláctico de los antibióticos porque usados por vía sistémica no obran sobre los procesos localizados, con zonas necróticas y vasos trombosados como son la mayoría de las infecciones de las heridas quirúrgicas.

Presentan series quirúrgicas de Mckittrick y Sánchez—Ubeda que muestran la más larga post-operatoria y el mayor número de complicaciones en los enfermos que han recibido antibióticos pre-operatoria-mente.

Anotan como la incidencia de la alergia a la penicilina aumenta su porcentaje con cada nueva inyección y recuerdan como puede la reacción ser mortal y en este caso se presenta, la mayoría de las veces entre la 2a- y la 6a- inyección.

Para sostener la necesidad del antibiograma publican un cuadro que muestra entre otras cosas como el proteus, el aerobacter aerógenus y el aerobacter fecalis son 0% sensibles a la penicilina.

Su experimentación fundada en lo enunciado anteriormente consistió en suprimir los antibióticos profilácticos durante el año de 1958 en una sala del hospital de la Samaritana de Bogotá en donde operaron 153 enfermos de los dos sexos, de 0 a 80 años, de los cuales 18 tenían infecciones previas a la intervención. De los 135 casos restantes que consideraron pacientes "limpios" tuvieron 8 casos de infección, todos de la herida quirúrgica, es decir un 5,90%, porcentaje que fué menor que el de la mayoría de los otros servicios, así mismo el promedio de permanencia en el hospital fué menor.

Por último dicen creer haber evitado a 127 pacientes un tratamiento completamente inútil y no exento de riesgos y al hospital un gasto que muestran en el siguiente cuadro:

COSTO APROXIMADO DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA

Penicilina	800.000 unidades diarias	\$ 5.000.00
Cloromicetina	1 gramo diario (caps.)	\$ 14.400.00
Aureomicina	1 gramo diario (caps.)	\$ 19.200.00
Terramicina	1 gramo diario (cáps.)	\$ 19.200.00
Terramicina	300 mlgs. diarios I. M.	\$ 32.400.00

M. A. B.

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

REVISTAS QUE LLEGAN A LA BIBLIOTECA MEDICA POR CANJE DE "ANTIOQUIA MEDICA"

PAIS	TITULO
Alemania	Photographie und Fourshung Lateinamerikanische Bibliothek
Argentina	Actas Ciba Acta Neuropsiquiátrica Argentina Análes de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis. Anales de Medicina Pública Archivos Argentinos de Dermatología Archivos Argentinos de Tisiología Archivos de Histología Normal y Patológica Archivos Nacionales de la Hidatidosis Boletín de la Asociación Internacional de Hidatidología Archivos de Neurocirugía Biblioteca Central Boletín General Informativo Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires. Boletines y Trabajos de la Sociedad Argentina de Ortopedia y Traumatología Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas Biblioteca Fichero Médico Terapéutico Gastroenterología Medicina Panamericana Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Misión de Estudios de Patología Regional Argentina Mundo Hospitalario Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas Prensa Pediátrica Argentina Revista Argentina de Cardiología Revista de la Asociación Argentina de Dietología Revista Asociación Médica Argentina Revista Bagó Revista del Círculo Médico Argentino y Centro Estudiantil de Medicina Revista del Círculo Odontológico de Córdoba

HOSPITAL DE SAN VICENTE DE PAUL — ANALISIS ESTADISTICO DE LOS SERVICIOS MEDICOS Y ASISTENCIALES DE MAYO DE 1959

Sala y Servicio	Nº de Camas	Porcent. Ocup.	Ptes. que Salieron	Estancias Ptes. Días	Prom. Días Estadía	Nº de Muertes	% Neto Muertes	Nº de Autops.	Porcent. Autops.	Nº de Ptes. Operados
San Roque (Med. Interna)	33	96.1	26	761	29	3	11.5	—	—	2
San Juan de Dios (Med. Interna) ...	33	94.4	19	446	23	4	21.0	—	—	1
Sta. Teresa (Med. Interna)	30	94.6	30	577	19	6	20.0	1	16.5	—
Sta. Catalina (Med. Interna)	34	90.2	31	911	29	5	16.1	—	—	—
M. Aux. Sta. Ana (Dermatología) ...	20	85.7	19	659	35	—	—	—	—	5
San Rafael (Cir. Gral. Urgencias) ...	29	89.2	53	780	15	3	5.6	—	—	46
Cristo Rey (Cir. Gral. Urgencias) ...	28	92.0	26	425	16	1	3.8	—	—	23
Sta. Margarita (Cir. Gral. Urogen.) ...	28	97.5	47	965	21	—	—	—	—	42
Sta. Genoveva (Cir. Gral. Urogen.) ...	28	87.0	43	1.190	28	2	4.6	—	—	39
San Pedro Claver (Tórax-C. Vasc.) ...	18	88.3	21	383	18	—	—	—	—	13
Sta. Lucía (Org. de los Sentidos) ...	20	79.0	53	436	8	—	—	—	—	46
San Carlos (Org. de los Sentidos) ...	22	100.6	40	657	16	1	2.5	—	—	27
Pío X (Neurocirugía)	43	79.8	38	1.157	30	9	23.6	—	—	12
San Francisco (Cir. Plástica)	24	100.1	16	390	24	—	—	—	—	15
Perpetuo Socorro (Urológica)	28	97.2	22	524	24	1	4.5	—	—	18
Sagrado Corazón (Ortopedia)	28	96.1	35	1.234	35	2	5.7	—	—	27
San José (Ortopedia)	14	96.6	9	372	41	—	—	—	—	4
Los Angeles (Pediatria)	48	95.8	49	1.320	27	9	18.3	3	33.3	2
Clarita Santos (Ped. Cirugía)	31	90.8	73	759	10	1	1.4	—	—	58
Clarita Santos (Ped. Lactantes)	23	63.2	39	708	18	15	38.5	1	6.6	3
Clarita Santos (Infectados)	22	81.6	22	677	31	7	31.8	2	28.5	3
Prematuros	16	100.0	70	362	5	36	51.4	—	—	1
Maternidad	80	79.6	531	1.865	3.5	1	0.02	—	—	49
Sor Seraphin (Cancerología)	15	—	4	196	49	1	25.0	—	—	1
Las Mercedes (Ginecología)	37	91.3	15	554	37	1	6.6	—	—	12
Sta. Rosa de Lima (Ginecología) ...	37	71.8	32	893	28	—	—	—	—	26
Policlínica	16	79.0	136	265	2	25	—	—	—	29
M. Auxiliadora (Gastroenterología) ...	14	85.7	8	166	21	—	—	—	—	1
San José (Urológica)	14	96.6	3	310	10	—	—	—	—	2
Consulta Externa Infantil	18	73.6	68	359	5	16	—	1	—	11
Sub-Totales	831	88.3	1.578	20.301	12.8	149	7.9	8	—	518
Pensionado	40	69.8	233	975	4.2	6	3.5	—	—	98
Pensionado B	81	68.2	252	1.561	6.2	5	2.0	—	—	134
Totales	957	85.7	2.063	22.837	11.1	160	6.4	—	—	750

CONSULTAS AMBULATORIAS: Consulta Externa (Adultos): Pacientes de 1ª vez 952; Pacientes de 2ª vez: 2.559.
 Consulta Externa (Niños): Casos Médicos: 408; Urgencias: 3.152; Hematología y Dermatología: 49.
 Policlínica Municipal: Heridos: 958; Consulta Médica y otros: 1.610; Curaciones: 1.199.
 Consulta Prenatal: Total de pacientes atendidas 301.

TOTALES: 11.188

PAIS

TITULO

	Revista de la Confederación Médica de la República Argentina
	Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires
	Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y Ramos Menores
	Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Córdoba
	Revista Odontológica
	Revista de Sanidad de Cuyo
	Revista de la Sanidad Militar Argentina
	Revista de la Sociedad de Pediatría del Litoral
	La Tribuna Odontológica
	Universidad Nacional de Tucumán
Australia	Australian Journal of Dentistry
Bélgica	Bulletin de la Societe International de Chirurgie La Vie Medicale Internationale
Bolivia	Bolivia Odontológica Revista del Instituto Médico Sucre
Brasil	Anais da Academia Brasileira de Ciencias Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia Arquivos de Biologia Arquivos Brasileiros de Medicina Arquivos Brasileiros de Psicotecnica Arquivos de Cirurgia Clinica e Experimental Arquivos de Higiene e Saude Publica Arquivos do Instituto de Biologia do Exercito Arquivos Mineiros de Leprologia Arquivos de Neuro-Psiquiatria Arquivos da Sociedade de Medicina Legal e Crimonologia Associacao Paulista de Medicina Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia Folia Clinica et Biologica Anais Faculdade de Medicina de Sao Paulo Gazeta Clinica A Gaceta da Farmacia Ginecologia Publicaciones varias Jornal Brasileiro de Psiquiatria

PAIS**TITULO**

Memorias do Instituto Butatan
Memorias do Instituto Oswaldo Cruz
Odontologo
Publicacoes Medicas
Resenha Clinico-Cientifica
Revista da Academia de Medicina de Sao Paulo
Revista Brasileira de Cirugia
Revista Brasileira de Leprologia
Revista Brasileira de Tuberculosis
Revista da la Facultad de Odontologia de Pelotas
Revista de Farmacia e Odontologia
Revista do Hospital das Clinicas
Revista do Hospital Nossa Senhora Aparecida
Revista Médica Municipal
Revista de Medicina y Cirugia de Sao Paulo
Revista Serv. Especial Saude Publica
Selecoes Odontologicos
Tribuna Farmaceutica

Canadá

Laval Medical
Revue Canadienne de Biologie
Revue Medicale U. de M.

Chile

Acta Médica Chilena
Acta Biológica Chilena
Anales Academia Chilena de Ciencias Naturales
Archivos del Hospital Clínico de Niños Roberto del Río
Biblioteca Técnica del Servicio Nacional de Salud
Boletín Chileno de Parasitología
Estadística
Movimiento Anual del Hospital
Hospital de Viña del Mar
Publicaciones Varias
Revista Médica de Valparaíso

Colombia

Abboterapia
Anales de la Sociedad de Biología de Bogotá
Anotaciones Pediátricas
Anuario General de Estadística
Aulas
Publicaciones Varias
Boletín del Instituto Nacional de Higiene Samper Martínez
Boletín de Odontología
Boletín de la Sociedad Geográfica de Colombia
Boletín Médico

PAIS

TITULO

Caldasia
 Clínica Vargas
 Cruz Roja Medellín
 Divulgaciones Etnológicas
 Revista Geográfica
 Heraldo Médico
 Higiene y Salubridad
 Hospital San Juan de Dios
 Instantáneas Médicas Colombianas y del Mundo Entero
 Medicina y Ciencias Afines
 Medicinaria
 Orientaciones Médicas
 Repertorio de Medicina y Cirugía
 Resúmenes de Revistas
 Revista
 Revista Caldas
 Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología
 Revista Colombiana de Oftalmología y Otorrinolaringología
 Medicina y Cirugía
 Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura
 Revista de la Facultad de Medicina Universidad Nacional
 Anales Neuro-Psiquiátricos
 Revista Farmacéutica
 Revista del Hospital de San Juan de Dios
 Revista Información Terapéutica Bayer
 Salud
 Universitas

Costa Rica

Revista Médica de Costa Rica

Cuba

Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana
 Archivos Cubanos de Cancerología
 Archivos del Hospital Universitario
 Archivos Médicos de Cuba
 Boletín del Hospital Policía Nacional
 Boletín de la Liga contra el Cáncer
 Médica
 Prótesis Clínica
 Revista Cubana de Cardiología
 Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología
 Revista Cubana de Oto-Rino-Laringología
 Revista Kuba
 Revista de Sifilografía, Leprología y Dermatología
 Salubridad y Asistencia Social
 Sanidad y Beneficencia Municipal

PAIS

TITULO

- Tribuna Médica
 Universidad de la Habana
 Vida Nueva
 Vida Universitaria
- Ecuador Archivos de Criminalología, Neuro-Psiquiatría y Disciplinas Co-
 nexas
 Gaceta Médica
 Revista Ecuatoriana Higiene y Medicina Tropical
 Revista de la Facultad de Ciencias Médicas
 Terapia
- España Actas de las Reuniones Científicas del Cuerpo de Facultativo
 del Instituto Policlínico de Barcelona
 Anales Españoles de Odontoestomatología
 Boletín Bibliográfico
 Boletín de Información Dental
 Boletín del Instituto de Patología Médica
 Información Dental
 Revista de Psiquiatría y Psicología
- Estados Unidos América Clínica
 Archives of Ophtalmology
 Armed Forces Medical Journal
 Bausch and Lomb Revista
 Boletín Médico Científico
 Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana
 Crónica de la Organización Mundial de la Salud
 Bulletin of the American College of Surgeons
 Bulletin of the Medical Society of the Country of Kings
 Bulletin of the Menninger Clinic
 Bulletin of the New York Academy of Melicine
 Bulletin on Rheumatic Diseases
 Bulletin of the School of Medicine
 California Medicine
 Cancer Current Literature
 Ciencia y Tecnología
 Guía de Instituciones y Sociedades Latinoamericanas
 Compendio Médico
 The Crippled Child
 Current List of Medical Literature
 Dental Industry News
 Dental Laboratory Review
 Dental Radiography and Photography
 Radiografía y Fotografía Clínica

PAIS

TITULO

El Farmacéutico
 Henry Phipps Institute Report
 Higher Education
 Journal of Dental Medicine
 Journal of General Physiology
 Journal International College of Surgeons
 Journal of the Louisiana State Medical Society
 Journal of Medical Education
 Journal of Social Hygiene
 The Laboratory
 Lehey Clinic Bulletin
 Leukemia Abstracts
 Maryland State Medical Journal
 The Medical Bulletin
 Merck Report
 The Midwest Inter-Library Center
 The Military Surgeon
 Modern Dentistry
 Oral Hygiene
 Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinics
 Progreso Farmacéutico
 Quarterly Bulletin of the North-Western University Medical
 School
 El Radiqueño
 Research Today
 Rhode Island Medical Journal
 The Rockefeller Foundation
 Spope
 Sinopsis Médica Internacional
 Staford Medical Bulletin
 Technical Bulletin
 Temple University Medical Center Bulletin
 Texas Report on Biology and Medicine
 The Thermotrol Tecnician
 Turtux News
 World Medical Journal

Finlandia

Annales Medicinæ Internæ Fenniae

Francia

Laboratoires
 Medicine de France
 Le Monde Medical
 La Semaine des Hopitaux
 Assises de Medicine

PAIS	TITULO
Guatemala	Acta Médica Philippina Anales de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de Guatemala La Juventud Médica Revista del Colegio Médico
Holanda	Excerpta Medica
Honduras	Archivos del Hospital Leonardo Martínez Revista Médica Hondureña
Inglaterra	Britis Medical Bulletin The Dental Magazine and Oral Topics Endeavour Monthly Bulletin Ministry of Health Public Health Laboratory Service
Italia	Folia Cardiologica Lotta Contro la Tuberculosis L'Ospedale Maggiore Progreso Terapéutico La Riforma Medica Scientia Medica Italica
Japón	"Gann" "The Japanease Journal of Cancer Research Japan Science Review Medical Sciences
México	Acta Científica Potosina América Indígena Boletín Indigenista Anales del Colegio de Médicos Militares "Dr. Fco. Montes de Oca" Anales de la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas Anales del Instituto de Biología Asistencia Social Biblioteca de la Universidad Autónoma de San Luis de Potosí Boletín del Centro de Cooperación Científica Unesco Boletín de la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas Boletín del Hospital Oftalmológico de Nuestra Señora de la Luz. Boletín del Instituto de Estudios Médicos y Biológicos Boletín Odontológico Mexicano Boletín de Salubridad e Higiene

PAIS

TITULO

Ciencia
 Cirugía y Cirujanos
 Endocrinología
 Publicaciones Varias
 Hospital Universitario
 El Médico
 Pediatría de las Américas
 La Prensa Médica Mexicana
 Gaceta Médica de México
 Revista de la A. D. M.
 Revista de la Asociación Mexicana de Transfusión y Hematología
 Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales
 Revista de Investigación Clínica
 Revista Médica del Hospital Español
 Revista Médica del Hospital General
 Revista Médica "Pasteur"
 Revista Mexicana de Pediatría
 Revista Mexicana de Tuberculosis y Enfermedades del Aparato Respiratorio
 Salubridad e Higiene

Panamá

Anales de la Facultad de Ciencias Médicas
 Archivos Médicos Panameños

Perú

Boletín Informativo del Centro de Estudios de Medicina
 La Crónica Médica
 La Reforma Médica
 Revista del Hospital Manuel A. Carrión
 Revista de Medicina Experimental
 Revista de Neuro-Psiquiatría
 Revista de la Sanidad de Policía
 Clínica Contemporánea

Portugal

Odontostomatología Portuguesa

Puerto Rico

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico
 Revista Dental

Rep. Dominicana

Previsión Social
 Revista Dental
 Revista Médica Dominicana
 Revista de Salud Pública

PAIS	TITULO
	Seguro Social Boletín Técnico-Estadístico Universidad de Santo Domingo
Salvador	Archivos del Hospital Rosales Goceta Médica de Occidente
Suecia	Acta Radiológica Research Woek Published in Swenden
Suiza	Chronique de L'Organization Mondiale de la Sante The Dental Trade and Industry Organization Mondiale de la Santé Revue International de la Croix-Rouge, X Bulletin International des Societes de la Croix-Rouge Triangulo
Uruguay	Anales de la Fac. de Medicina de Montevideo Archivos de Pediatría del Uruguay Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades Boletín Boletín del Centro de Cooperación Científica Boletín del Instituto Boletín Sociedad de Cirugía del Uruguay El Estudiante Libre Higiene y Salud Hoja Tisiológica Química Industrial Revista de Clínica Médica Revista Roche
Venezuela	Acta Médica Venezolana Anales de la Universidad Central Archivos Venezolanos de Nutrición Archivos Venezolanos de Patología y Parasitología Médica Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría Boletín de la Academia de Historia Boletín del Hospital Boletín Infantil del Hospital Vargas Boletín de los Hospitales Boletín del Laboratorio de la Clínica "Luis Razetti" Goceta Médica de Caracas Revista del Colegio de Farmacéuticos del Distrito Federal Revista de Obstetricia y Ginecología Revista de Sanidad y Asistencia Social Nova Proizvodnja

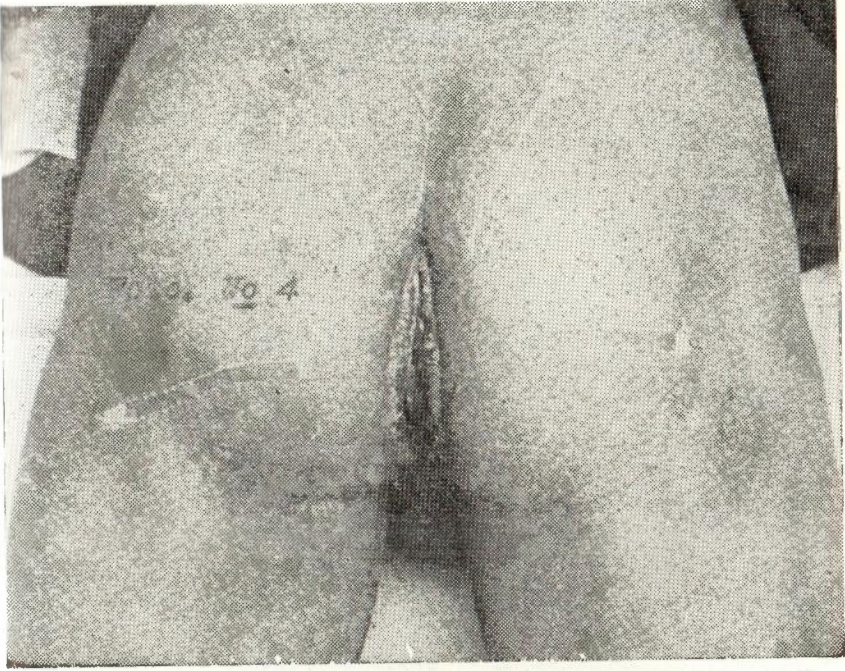


Fig. 5 - Ob. N° 2

Amebiasis cutánea perineal de 8 meses de evolución. - Por el aspecto y las características recuerda tanto al *Ulcus serpiginosum* como al granuloma venéreo.



Fig. 6 - Ob. Nº 3

Fagedenismo Amebiano del pene de 11 meses de evolución. - Recuerda absolutamente al Ulcus Molle decorticante de Ricord.

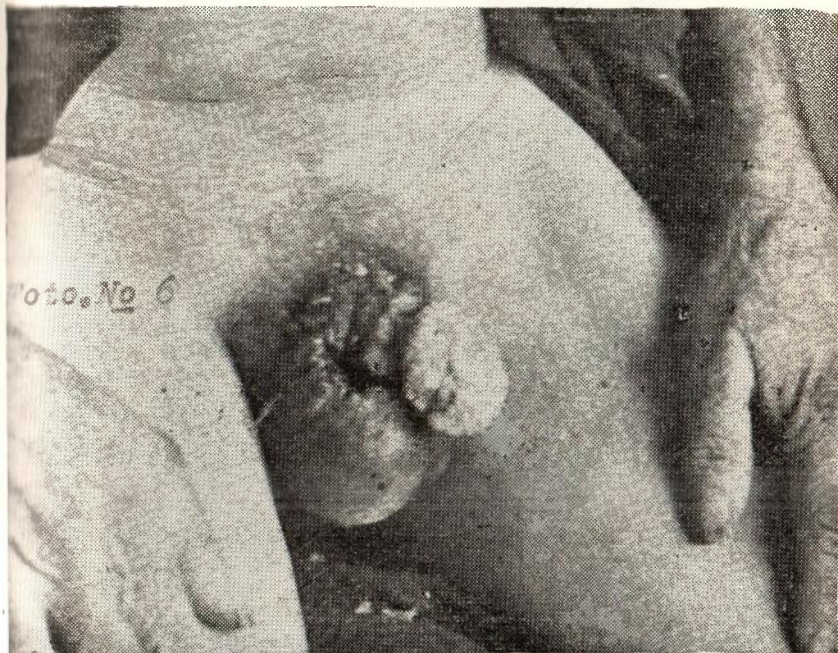


Fig. 7 - Ob. Nº 3

Fagedenismo Amebiano del pene de 11 meses de evolución. - Recuerda absolutamente al Ulcus Molle decorticante de Ricord.



Fig. 8 - Ob. N° 4. Amebiasis cutánea de 11 meses de evolución. La ilustración recuerda al *Ulcus Serpiginosum* y también al granuloma venéreo del libro de Manson-Bahar.



Fig. 9 - Ob. Nº 5

Gangrena Amebiana del pene. Igual a lo descrito por E. Lesser con el nombre
Ulcus Molle gangrenosum.

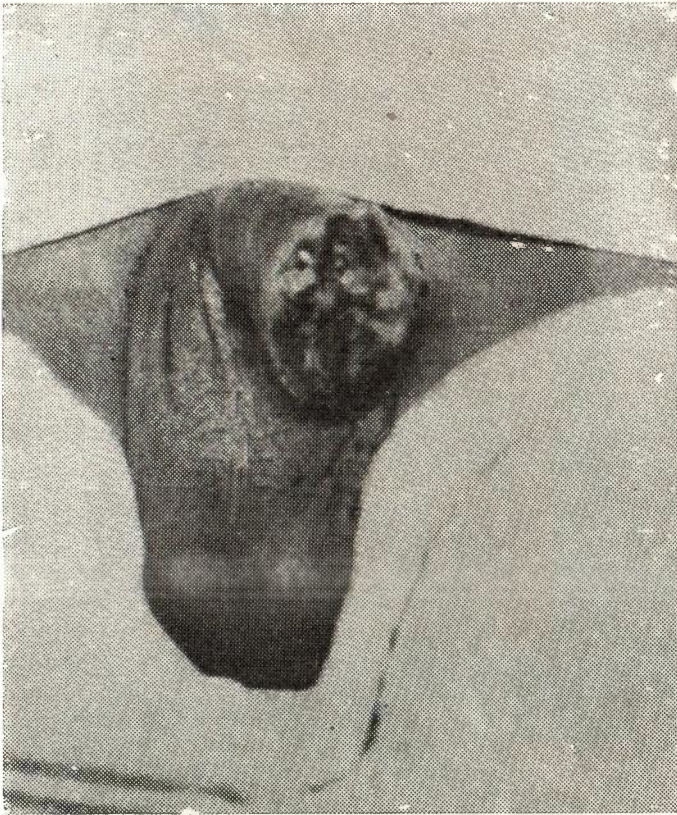


Fig. 10 - Ob. Nº 5

Gangrena Amebiana del pene. Igual a lo descrito por E. Lesser con el nombre de *Ulcus Molle gangrenosum*.



Fig 11 - Ob. N° 7

Gangrena Amebiana del pene de seis semanas de evolución.
Eliminada la base del prepucio por ahí sale el glande, viniendo por decirlo así "a sacar la nariz por la ventana" como diría Diday.

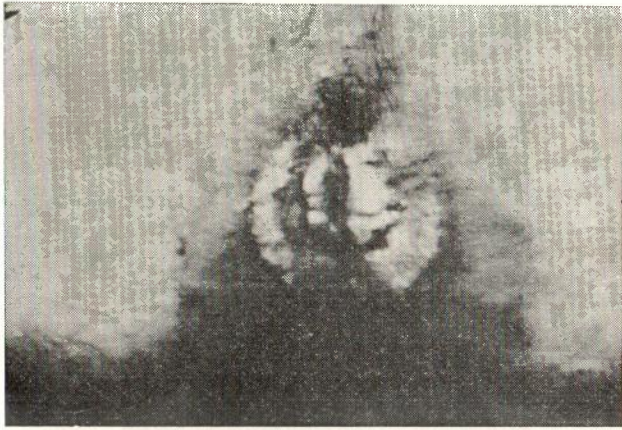
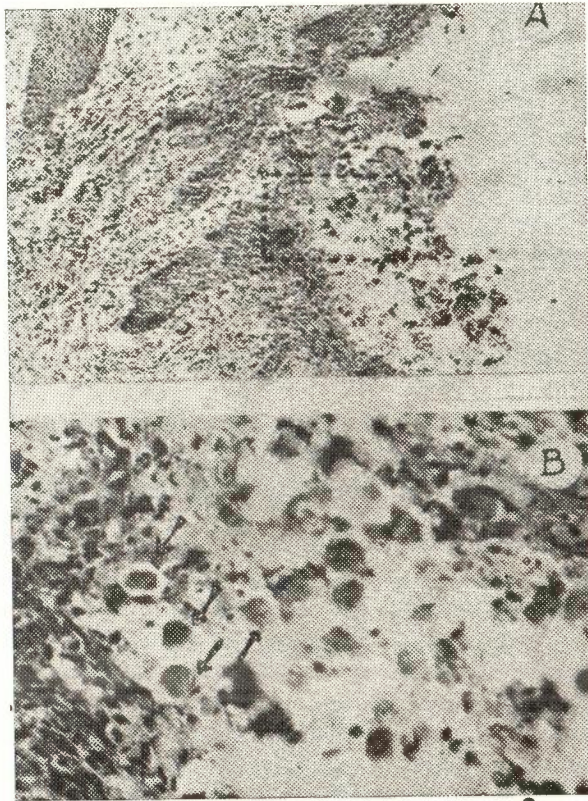


Fig. 12

Ob. Nº 9 - Amebiasis cutánea de 11 meses de evolución. La ilustración recuerda al *Ulcus Serpiginosum* y también al granuloma venéreo del libro de Manson-Bahar.



Fig. 14 - Ob. Nº 6. Foto del Dr. M. S. Arango M. Fagedenismo del pene de 2 años de evolución. Es semejante al U. M. decorticante de Ricord.



AMEBIASIS CUTANEA (M 1864)

A - Superficie cutánea de la úlcera amebiana. El epitelio está necrosado y en la superficie hay una secreción mucosa con numerosas amebas. El dermis tiene un abundante infiltrado leucocitario y tejido de granulación. Coloración H. y E. x 100.

B - Aumento del campo anterior dentro de los límites marcados con la línea de puntos. La flecha superior indica una ameba con un halo claro en la periferia. Las demás flechas indican trofozoitos de amebas. Coloración H. y E. x 400.

BIBLIOGRAFIA

Osler"s Mac. Crae, Modern Medicine.

Stitis-Strong, Diagnóstico presunción y tratamiento de Enfermedades tropicales.

E. Lesser. Enfermedades de la piel y venéreas. Ed. de 1920.

Dr. Gustavo Isaza Mejía; Vaginitis Amibiana. Boletín Clínico. Vol 10 No. 6 de Julio de 1949.

N. C. Sen. Terapio. Año 7 No. 6 de Septiembre a Diciembre de 1949. Tomado de The Brit, Med. Jour de Mayo de 1949. Vaginitis amibiana.

Dr. Carlos García Mayorga. Ulcera del cuello uterino provocado por Endoameba Histolítica. Rev. de Medicina y Cirugía de Barranquilla, de Diciembre de 1951.

Doctora Blanca Castillo de León de Quito. Exámenes rutinarios de flujos vaginales.

Doctores Ricardo Bernardi y Ricardo B. Esquivel. Semana Médica No. 5, de Córdoba, Argentina. 1939.

Doctor Agustín Piedrahíta R. Amebiasis cutánea y fagedenismo del pene determinadas por Endoameba Histolítica. 1944.

Doctor Agustín Piedrahíta R. Amebiasis cutánea y genital. 1952.

CONSIDERACIONES PSICOLÓGICAS EN GERIATRÍA

Dr. José Miguel Restrepo
Académico de Número

La psicología del paciente viejo ofrece temas de meditación en cada examen clínico y en cada actuación terapéutica que con él se tenga: los mayores de 65 años requieren, de parte del médico que examina, mucho tacto y gran delicadeza en el interrogatorio si es que se quiere que éste dé datos precisos con los cuales sea posible construir un diagnóstico que permita la institución de terapias eficaces y convenientes para la salud de ellos y para la tranquilidad de los familiares. Por lo general son enfermos exigentes en demasia que piden al médico que manifieste claramente si han de tener algún alivio rápido o la curación definitiva, exigencia que varía según las circunstancias sociales de cada uno: el que tiene independencia económica y libertad de actuar lo hace en forma de mandato imperioso, de orden perentoria, tal como estuvo enseñado a hacerlo con quienes fueron sus subalternos; el que es amparado económicamente por los hijos lo hace llorando, con lamentaciones sobre su situación hogareña y solicitando, en muchas ocasiones, que Dios lo saque de penas porque ya está importunando a toda su familia la cual se encuentra cansada de prodigarle atenciones y cuidados que él no merece; quien ha disfrutado de muy buena salud, recalca a cada momento propicio o inoportuno, sobre su fortaleza física y moral, sobre su resistencia y sobre las continuas y desiguales luchas que en su adultez hubo de sostener en sus muy variados campos de actividad, buscando candorosamente con ello, aplausos y tácita admiración, con todo lo cual espera se le dé un pronóstico favorable sobre la evolución de su dolencia, sobre el desenlace de su enfermedad. Casi nunca los enfermos viejos se sienten bien atendidos por sus familiares, motivo éste para que el médico tenga que oír quejas como la de que los desatienden, los olvidan y no manifiestan la tristeza debida por los sufrimientos que están padeciendo. Para que quien los trata los pueda mantener contentos o al menos conformes con la enfermedad, es de rigor que se visiten muy a menudo, que se les cite al consultorio cuando les sea posible la movilización, que se les tolere sus impertinencias en las cosas sin trascendencia, pero que se les ordena lo que

sea indispensable con franqueza y con energía dándoles a entender que como pacientes deben obedecer las órdenes relativas a tratamiento y régimen de vida en general. Es necesario que en cada consulta se les prescriba alguna cosa para evitar que se desalienten y pierdan la confianza porque en ellos se cumple al pie de la letra la sentencia de Epicteto quien decía que "el médico que no receta enfada a los enfermos, porque creen que han sido por él desahuciados"; en muchas ocasiones hasta ordenar como prescripción nueva, la anterior con posología y horario diferentes para que queden satisfechos y en amistad estrecha con el facultativo. Es obligación forzosa tratarlos con bondad—como debe serlo con todo ser que sufre—recordando que esta virtud no es sino amor verdadero y desinteresado hacia el prójimo, amor que induce a evitar en los demás el mal en todas sus formas, como las que alteran la salud física y mental, procurando hacerles el bien en todo campo. Como humanos que son, los enfermos de avanzada edad detestan y rechazan la brusquedad en cualquiera que ante ellos la demuestre, defecto poderoso para espantar a quienes sintiéndose presas de la angustia o del dolor en sus múltiples manifestaciones, han creído que la suerte de su salud está en manos del médico, en poder de la persona que, sin miramientos ni consideraciones—que por respeto se deben a su edad—los ha desengañado con actuaciones reñidas con la cortesía y urbanidad más elementales. Nada que más ofenda a los pacientes viejos que oponerse sistemáticamente y desde el principio a sus pueriles o atrevidas pretensiones.

En esta edad de la vida, hay muchos enfermos imaginarios, si no en total sí parcialmente, en quienes la reticencia y el disimulo son recursos a los que apelan en muchas ocasiones, sobre todo cada vez que se les hacen preguntas cuya respuesta inmediata sería comprometedora en muchos aspectos; por esta circunstancia se requiere aprender a conducir el interrogatorio porque son desconfiados, dudan de todo y de todas las personas que los rodean y desde el momento que se dan cuenta de que el médico no le presta atención a los informes dados y a las narraciones hechas sobre el padecimiento actual, se incomodan, tratan de eludir la conversación, rehuyen el examen, se enmudecen y piden se aplace o se dé por terminado. De aquí se desprende el hecho trascendental de que el médico debe hacer el sacrificio de escuchar con sumo cuidado y máxima atención y hasta con interés, todas las quejas expuestas por el individuo, que aunque no tenga enfermedad orgánica, está sufriendo angustias, temores sin fundamento razonable.... La imaginación del enfermo, a veces, crea procesos morbosos completamente subjetivos que pueden corresponder a la simulación, a la ampliación de leves dolencias, de ajes insig-

nificantes, a la exageración de un síntoma o a la reiteración interesada de antiguos pesares. Estos son los pacientes que recorren todos los consultorios, acuden como primicia de clientela ante el médico recientemente instalado, creen a pies juntillas en todas las propagandas radiales o escritas, conocen muy a menudo los últimos hallazgos sobre la enfermedad que se suponen están padeciendo por auto-diagnóstico deductivo de la similitud de los sufrimientos expuestos por amigos o viejos compañeros de labor y por tal causa son fervorosos drogómanos que ensayan todo cuanto logran conseguir o desean que les sea prescrito: en esto reside el crédito de tanto tónico que rejuvenece y fortifica que día a día anuncian los numerosos laboratorios.

Hay un asunto que generalmente provoca contrariedades en las personas viejas y es el relativo a la edad cronológica, que sin distinción de sexos expone a equivocaciones, ya por negativa de la real, ya por adulteración de la cifra verdadera con aumento de los años: lo primero en las mujeres quienes sienten pena y dolor tener que confesar que ya pasaron el cabo de las tormentas amorosas desde el cual le dijeron el adiós doloroso a los años de su prolongada juventud; lo segundo acontece en los hombres que por vanidad se reputan de mayor edad para aparentar lozanía y vigor muy superiores a los que ostentan los jóvenes, que para ellos son siempre menos fuertes y que no podrán ser exponentes envidiables de la raza.

En estos individuos la sexualidad es cuestión que suscita controversias porque ellos no admiten merma ni menoscabo ninguno que emane de los años porque siempre esgrimen como argumento que su amigo fulano de tal, mucho más viejo y menos vigoroso, se encuentra en condiciones mucho mejores que las que a él lo están deprimiendo y que por lo tanto se debe buscar el verdadero factor responsable de su impotencia, a fin de ponerle coto con las medicaciones apropiadas; y es tal la pretensión de algunos que se citan casos de sujetos setentanos que reclaman paternidades que no les corresponden porque su poder fecundante muchos años antes se había extinguido. Esta disminución o abolición de la potencia genital y la virilidad sirvió de motivo para que los romanos, comentando el matrimonio de varones viejos con mujeres todavía fecundables, lanzaran aquella sentencia ofensiva e hiriente de que en estos casos "pater semper incertus" que por lo común hay que buscarlo en personas jóvenes en capacidad de actuar. La mentalidad del viejo lo lleva a confundir la lascivia vehemente y fácilmente despertable con el poder fecundante porque desconocen la significación del refrán español de que "la leña cuanto más seca más arde" o el más popular de que "los entusiasmos amorosos en esta edad son como las alegrías de caballos capones"....

No son raros los casos de los que apelan al maquillaje estético para contrarrestar los efectos que resultan de la desaparición del tejido celular subcutáneo que dan campo libre para la salida de las arrugas; abundan los que se esclavizan de las tinturas capilares porque candorosamente se imaginan que las huellas de los años se pueden ocultar totalmente con los preparados de fenilendiamina: lo que se debe ambicionar es que perdure la edad mental con claridad de las facultades intelectuales para que corresponda la blancura de las canas con la diafanidad del raciocinio y la limpieza del corazón; las apariencias en este sentido son pura frivolidad y evidente desconocimiento de que todas las edades tienen atractivos que hacen que la vida se pueda deslizar por sendas de bienandanza siempre que se cultiven las virtudes cardinales que en toda época y en todas partes constituyen al viejo en consejero y mentor en las sociedades: dígalo si no la Iglesia Romana dirigida en todos los tiempos por individuos siempre de edad avanzada.

El segundo climaterio, en ambos sexos, es un problema de resolución no siempre fácil en que el médico tiene que ayudar a zanjar muchas dificultades y a vencer grandes escollos; para las mujeres es una de las mayores penas darse cuenta que sus atractivo femeninos van cediendo terreno para que la edad matronil haga su entrada y empiecen a germinar semillas de virtudes y ciertas actividades sociales que hasta entonces no habían tenido ocasión propicia para hacerse sentir en muchos campos de la misericordia y de la caridad; y como en la mayoría de veces estos cambios fisiológicos se acompañan de modificaciones anatómicas que tiene el encargo poco grato de robarles la belleza, es explicable que se presenten manifestaciones de nerviosismo que reviste diversos trajes de enfermedad de otros aparatos y sistemas; la intransigencia con el comportamiento de los hijos, que puede ser intachable para los demás pero que la madre exige que sea de ejemplo y de perfección; los celos, en ocasiones, para con un marido tan limpio en sus actos y en su pensamiento que hubiera podido arrojar la primera piedra a la mujer adúltera, sin sorpresa ni admiración de los circunstantes; por estas ocurrencias la vida hogareña en casas que han sido norma y patrón de las sociedades, tiene períodos de amarguras y de inquietudes que constituyen verdaderas penas; en los hombres ese período es variable, según el temperamento y las condiciones en que sobreviene: la desconfianza unida a los celos, la canteleta sobre el mal cumplimiento de los deberes que como esposas y madres tienen que cumplir sus compañeras, es tarea interminable que se repite todos los días sin cansancio ni fatiga; y algunas veces las costumbres austeras de antes y de que hacían alarde como jefes del hogar, se truecan por otras de frivolidad con inclinaciones hacia vi-

ellos que en toda época habían sido por ellos reprobados: embriaguez, juego, visitas a lupanares; muchos hacen notar, ante los familiares y aun los amigos, su superioridad social en la época, ya remota de noviazgo y matrimonio y los sacrificios ingentes que hubo de realizar para hacer esposa a la que en la época en que ya él empezó a declinar lo abandone y no tenga piedad de sus padecimientos; para las hijas mujeres el hogar se les convierte en cárcel porque jamás hay permiso para salir a un cine, asistir a una fiesta, participar en un té y en diversiones lícitas que en la sociedad en donde viven, ocurren de vez en cuando, ya que todas son prohibidas porque la intolerancia del viejo es tal que ve maldad peligrosa por todas partes y en todas las gentes. Por alguna razón ha sido denominada esta edad con el calificativo de **crítica** porque efectivamente en ella hacen crisis todas las virtudes y todos los vicios que caracterizan a las personas.... En los solteros esta edad trae consigo cambios en lo somático, modificaciones psíquicas que tiene que ver con muchos disturbios de aspecto morbosos: las mujeres ante la fuga de la belleza y el alejamiento definitivo ya de contraer matrimonio, optan, unas por la actuación social en beneficio de los necesitados, ya con docencia de nociones elementales de catecismo, de alfabeto; bien con preparaciones a la primera comunión, organización de hogares desamparados, consecución de ingresos al hospital para enfermos, solicitud de trabajo u ocupación para personas **varadas** a quienes les ha sido imposible entrar a una fábrica o a cualquiera otra dependencia laboral; la piedad se acrecienta y en los pueblos son las encargadas de arreglar altares, adornar la iglesia en sus festividades, prestando servicios invaluable que las gentes se encargan de pagar más tarde acomodándoles el apalativo de **beatas**. Otras se recluyen en el hogar y se distancian de familiares y de amigos llevando una vida de clausura y de retiro total de las actividades sociales, por caprichos, por promesas, a veces por despechos y desengaños.... Los hombres, unos se entregan de lleno a una vida de recogimiento, de abnegación y de cumplimiento de los deberes ciudadanos y de familia, siendo unidades ejemplares para las juventudes; otros en cambio, se desvían hacia los vicios, al juego, a las bebidas alcohólicas, se vuelven turistas del amor y hacen gala de lo apetecidos que fueron y que son por las mujeres, gala que traduce sencillamente la derrota moral que la vida, en sus castigos inexorables, reserva para todos los que en una u otra forma se han atrevido a transgredir las sanas costumbres.... Los viejos, en cualquiera condición social que se encuentren, tienen caprichos difíciles de satisfacer, con excepción del médico que a fuerza de conocerlos y no sin sacrificios, puede ayudarlos a satisfacer sus antojos con piedad y compasión.

En la psicología del trabajador viejo y asalariado, el médico debe tener en cuenta que por lo común son pacientes que exigen demasiado porque consideran erróneamente que el patrón está en la obligación, no sólo de hacerlos tratar adecuadamente sino hasta de impedir que la enfermedad los acometa; y de ahí, que, en porcentaje grande requieran servicios con una frecuencia tal que llama la atención y pone a prueba la paciencia y la abnegación nunca apreciada del facultativo; y si se trata de gentes, que como las afiliadas al Seguro Social, tienen que aportar su cotización semanal, entonces las exigencias rayan en descaro y descortesía para con el médico, porque muchas ocasiones—doloroso es decirlo, ya que ello traduce su mala educación y carencia de delicadeza—la consulta obedece al deseo de recuperar en servicio y en drogas que no se necesitan, el aporte en dinero que han tenido que hacer: radiografías integrales, exámenes de laboratorio, servicios de especialistas cuando con las primeras prescripciones no han sentido la mejoría total para dolencias antiguas, investigaciones, en fin, tendientes a averiguar certeramente las causas de la alteración de la salud, que muchas veces lo ha sido con el concurso de la imaginación. Sobra decir que cuando estos consultantes llevan muchos años de servicio laboral en la misma empresa, no hay examen en que no se saque a relucir la queja inhumana de que perdieron su salud al servicio de empresarios que apenas si le han pagado lo escasamente indispensable para una vida vegetativa, suponiéndose que el médico está en capacidad de solucionarle todos los problemas que los años y la pobreza plantean diariamente en sus hogares a cuya solución satisfactoria tienen derecho por haber permanecido tantos años en ese amparo patronal.

En la clientela de consultorios en los cuales se atienden sujetos pertenecientes a la medicina socializada, se puede asegurar—sin riesgos de exageración—que un 70% hace consulta por mero antojo comoquiera que en verdad el examen no denuncia ninguna alteración orgánica ni trastorno funcional que pueda echar a pique la salud necesaria para trabajar. Si a esta clientela se le exigiera una cuota mínima por cada servicio, tan pequeña que pudiera parecer ridícula, seguramente la disminución de tales servicios sería alarmante. La experiencia enseña que este tipo de paciente visita al médico que le corresponde a las ocho o nueve semanas de estar bajo toldas del Seguro aunque para ello no tenga motivo de trastorno en su salud: no ambiciona sino conocer qué clase de protección presta esa Institución: es esto el síndrome **del comienzo del amparo social** en el cual todas las quejas son meramente subjetivas.

Los trabajadores viejos que pasan de sesenta años o que se han envejecido en la fábrica o en el obrador, constituyen generalmente obs-

Baelz en 1883 encuentra en la vagina y en la orina una Ameba Histolítica "ESPECIAL" que denominó Ameba Urogenitales y CRAIG en 1911 en paciente con fistula vesico vaginal al hallarla en la vagina y en la orina, niega la Ameba Urogenitalis y dice que es la E.H.

En ambos casos la infestación vaginal pudo haber sido la fuente.

Stitts y Strong traen referencias de localización de E.H. en riñones, pelvis renal, ureteres, vejiga y uretra.

L. Warthin reporta un caso de epididimitis al tiempo que amebiasis intestinal crónica.

Cherefidin en 1927. cinco casos de nefritis con orinas sanguinolentas y presencia del parásito.

Franchini 10 casos de Cistitis.

Osler's Mc-Crae hacen referencias semejantes.

Early habla de infestaciones vesicales. Otros casos han sido reportados por Reis y Worsly.

Hines encuentra uno de A. intestinal con presencia de E.H. en la esperma.

De un trabajo muy documentado de los doctores Ricardo Bernardi y Bernardo B. Esquivel, en la Semana Médica No. 5, de Córdoba, Argentina, recojo estas informaciones:

Jurgens en 1892 encuentra la E.H. en la orina en una mujer con elstitis crónica y Amebiasis vaginal.

Kartulis en 1893 en una mujer con neoplasia vesical.

Posner en el mismo año en una hematuria.

En 1895 Vinoff 4 casos de A. urinaria observados en Utrech.

En 1904 Jefries menciona casos hallados en Estados Unidos.

En el mismo año Fisher en un caso de Polaquiuria intensa.

En 1914 W. J. Igún en un blenorragico que practica lavados uretrales con la misma cánula con que se hace lavados intestinales.

En el mismo año Linn en una blenorragia de dos años de evolución con secreción sanguinolenta encuentra la E.H. no así en las materias fecales y logra la curación con Emetina.

En 1913 J. Chslmers y W. R. O'Farreal en una pielitis derecha con piuria y hematuria encuentra formas prequisticas y tiene éxito con igual medicación.

En 1915 M. J. Walton en un caso de A. urinaria de 6 meses de evolución y tres semanas antes de ingresar al hospital, el enfermo presenta edema de las piernas, del pene y del escroto. Las orinas son sanguinolentas con piuria, albúmina y cilindros hialinos, sin E.H. en las deposiciones y que se cura con Emetina.

En 1917 M. J. Scott Macfie observó 5 casos de A. urinaria en Colonia de la Costa de Oro y Oeste de Africa.

En el mismo año E. J. Wright, relata el caso de una paciente con hematurias, trofozoites y quistes en la orina y se alivia con Emetina.

Otra Cistitis citada por Baima y Alingo y otra igual de Noguea, Panoyotatou en 1923 también presenta dos casos de Cistitis con intensas hematurias, elementos vegetativos y quistes en las orinas.

Por la misma época Petzetakis en antiguo disentérico aparentemente curado encuentra edemas, oliguria, orina sanguinolenta y trofozoites de E.H. Esta nefritis cede a la Emetina.

Dos años más tarde presenta a la Real Academia de Medicina de Bélgica dos nuevas observaciones de Cistitis de igual naturaleza.

En 1924 Vinci cita otro caso de Cistitis con abundancia de elementos vegetativos en la orina y ausencia en las materias fecales.

En el mismo año Reiss otro igual y a la cistoscopia encuentra ulceraciones de triángulo.

En 1925 Petzetakis y Petridis relatan un caso de bronquitis y de cistitis amebiana con presencia de huevos de bilharzia y logrando la curación con Emetina.

En el mismo año Franchini dos casos de Cistitis, Kelker, uno en 1927 y Kourí otro en 1930.

En 1927 Charafludin relata dos casos de pielitis Amebiana. A la cistoscopia encuentra hiperemia y en los catéteres recoge endoameba vegetativa.

Roca en 1928 presenta otro caso de Cistitis ocurrido once años después de una disentería.

Von Custon y Franco en 1928 encuentran E. H. en la orina de varios enfermos.

Petzetakis relata tres casos de A. renal hallados por Peyrot y Cheyssield.

Milomas encuentra lesiones típicas en la vejiga.

Manohar en 1936 hace iguales hallazgos cistoscópicos en enfermo con hematurias, piuria y E.H. vegetativa en un individuo que tres años antes había sufrido disentería.

En Buenos Aires los profesores Castex y Greenwey publican tres casos de A. urinaria y los doctores Enrique Casco y Goyena, sendos, semejantes.

Los doctores Ricardo Bernardi y Ricardo B. Esquivel traen en su escrito, observaciones completas, consecuencia de permanente preocupación de precisar materia tan olvidada.

Refieren el caso de un individuo de 34 años de edad sin perturbaciones digestivas y con quistes de E.H. en las materias fecales, adquiere una blenorragia que a los quince días se complica con epididimitis y vesiculitis derechas. Más tarde hay prostáticos parenquimatosos. Al examen bacteriológico fuera de gonococos intracelulares se encuentran quistes de E.H. A la cistoscopia se encuentra que los ureteres sangran con facilidad y en la orina recogida se hallan quistes de E.H. La Emetina prestó gran servicio.

Reportan el caso del Dr. Antonio Babilona. 36 años sin antecedentes venéreos presenta dolor lumbar izquierdo, tipo cólico con irradiación al muslo, 38 de temperatura y discreta polaquiuria. El examen del sedimento urinario demuestra la presencia de E.H. así como en las materias fecales. La emetina hace desaparecer el síndrome.

Una niña de siete años con orinas sanguinolentas, en el sedimento se encuentran quistes de E.H. A un colega le parece esto tan insólito que no se hace tratamiento apropiado. Meses después hace un absceso hepático y un síndrome disentérico.

Finalmente reportan el caso de un colega con repetidas e intensas hematurias hasta hacerlo pensar en probable bacilosis; en el sedimento se encuentran numerosos elementos de E.H. vegetativa y quistes, no así en las materias fecales. Se cura con el tratamiento específico.



La sintomatología de la A. urinaria es variable según la localización. Puede a veces haber fiebre, dolor o edemas, hematurias francas o mínimas, piuria y polaquiuria.

Los exámenes cistoscópicos a veces permite hallazgos de lesiones características en vejiga y ureteres (F. Reiss, Charafludin, Milonas, Monohar, Petzetakisy Petridis).

El examen macroscópico de las orinas hace despertar el interés por la entidad y el microscopio lo confirma.

Además, los signos clínicos de nefritis, pielitis, cistitis, epididimitis, vesiculitis, y uretritis. Sobre todo en la uretritis crónica d"emblee" de que tanto se habló en otras épocas.

Fuera de esto, no es un error hacer tratamiento de prueba ya que la emetina se comporta como insuperable remedio específico.

Amebiasis genital femenina.

Lo único que hago es copiar lo correspondiente del trabajo que

publiqué en 1952 sobre amebiasis cutánea y Genital, agregando algunas de las observaciones habidas en este medio de entonces para acá.

El Dr. N. C. Sen en la Revista Terapia, tomado de The Brit. Med. Jour., de Mayo de 1949, dice que en 1916 a 1946 sólo se han reportado 14 casos de vaginitis amebiana y él reporta uno de una paciente que tal vez algunos meses antes había sufrido una disentería. Le encuentra una inflamación de los grandes labios y leucorrea. Al examen genital se ve en los surcos de la vagina úlceras trasversales, superficiales, cubiertas de delgada escara amarilla. En el cuello uterino una ulceración, en el exudado numerosas formas activas de endoameba histolítica y obtiene la curación con emetina.

El Dr. Carlos García Mayorca, tomado de Revista de Medicina y Cirugía de Barranquilla, de Diciembre de 1951, reporta el caso de una señora de Ciénega, quien desde hacía ocho meses padecía de una afección genital, diagnosticada como cáncer del cuello y que la tenía en precarias condiciones físicas y en lamentable estado de ánimo. Presenta una ulceración del cuello uterino. Abundante secreción saroso sanguinolenta y antes había tenido varias metrorragias. Al examen microscópico encuentra E.H. en forma vegetativa y obtiene la curación con insuflaciones de 500 miligramos de Aureomicina mezclados a 2 gramos de polvo de talco e inyecciones de Aralen. El tratamiento duró 9 días.

En esta ciudad el primero que hace referencia a esta localización es el Dr. Alonso Restrepo M. En 1946 fué consultado por una señora para un flujo sanguinolento y fétido; hace examen genital que resulta demasiado doloroso. Encuentra una ulceración de base dura al tacto que va hasta la cúpula vaginal y al cuello y cubierta de magma sanguinolento.

La envía al Dr. Alonso Arango Vieira y encuentra abundantes elementos de E.H. vegetativa. Ambos inicialmente pensaron que se trataba de una carcinoma grado IV.

El Dr. Gustavo González Ochoa, en 1947 encuentra una ulceración vulvar que interesa grandes y pequeños labios y el himen. El Dr. Alonso Restrepo hace el diagnóstico parasitológico. La madre de esta criatura padece disentería y acostumbra abrirla con sus propias ropas.

El Dr. Gustavo Isaza Mejía. Boletín Clínico, Vol. 10 No. 6, de Julio de 1949 publica tres casos de vaginitis amebiana, hallados de Octubre de 1948 a Mayo de 1949.

El primero de un año de evolución, envuelve el ano, se extiende hasta la orquilla vulvar y la pared posterior del cuello. El segundo de cuatro meses de evolución, interesa el tercio superior de la vagina, la cúpula y el cuello y el tercero de seis meses de evolución afecta el pequeño

labio, el himen en parte y pared posterior de la vagina. En los tres hay antecedentes disentéricos, secretan abundante flujo sanquinolento, intenso prurito y el examen es doloroso. En los dos primeros la ulceración está cubierta de flujo sanguinolento.

Hace biopsia en el primer caso; examen por el método de Papanicolaou en el segundo por sospechar carcinoma; el mismo examen en el tercero y en todos exámenes en fresco hallando siempre E.H. vegetativa. En los tres casos tuvo éxito con seis ampollas de emetina de cinco centigramos.

El trabajo trae una fotografía y cinco microfotografías muy ilustrativas.

El Dr. Isaza dice, tomado de la revista "American Journal of Obstetrics and Gynecology" de Julio de 1948, que los doctores B. Bernard Weistein y Jhon C. Weed, que desde 1916 a 1946 sólo se conocían 10 casos y que ellos describieron 4 encontrados en un período de 4 meses.

La doctora Blanca Castillo de León en exámenes rutinarios de flujo, encuentra E.H. una vez sobre 63 casos en personal hospitalario y uno sobre 156 en su laboratorio particular de Quito.



De 1952 para acá en nuestro medio se han presentado numerosos casos que andan dispersos o cuyas historias no se anotaron debidamente.

Me permito resumir algunos.

Primero.

Enero de 1954 — Servicio de Ginecología del Hospital de S. Vicente de Paul.

E. A. de S. de 30 años. Vulva estrecha y dura; un tanto infiltrada. Al examen se encuentra lesiones amebianas de la vagina y del cuello.

Segunda.

Abril de 1956. Del mismo servicio.

G. S. de M. de 21 años. Ginecopatía de 7 meses de evolución. Ulceración del cuello. Diagnóstico de impresión Neo. La biopsia y el examen directo de la secreción dió lesión de naturaleza amebiana.

Tercera.

Mayo de 1957. Del mismo servicio. Historia No. 74.722.

A. A. de 31 años hace cuatro meses tiene abundante flujo sanguinolento y al examen ginecológico que resulta sumamente doloroso se encuentra en la vagina y en el cuello ulceraciones irregulares cubiertas de fungosidades.

La biopsia y los exámenes de flujo revelaron la naturaleza amebiana de las ulceraciones.

Cuarta.

Diciembre de 1958 — Del mismo servicio. Historia No. 69.312 Enviada por el Dr. Radi con la sugerencia de que se trata de un Neo.

Hay inundación sanguínea de la vagina. Al espéculo se aprecia lesión proliferante del cuello y ulceraciones en sacabocado y la región sangre con suma facilidad. La cistoscopia no reveló lesiones vesicales. La rectosigmoidoscopia no mostró la presencia de lesiones amebianas.

Diagnóstico de impresión inicialmente fué de Neo grado 11 y posibilidad de amebiasis del cuello.

Biopsia y examen directo demostró la naturaleza amebiana.

Fagedenismo o gangrena genital.

Ulcus Molle gangrenasum.

Ulcus Molle decorticante (Ricord). Ulcus fespiginosum.

E. Lesser en su libro "Enfermedades de la piel y venereas", edición de 1920, hace magnífica descripción del Ch. blando y de su complicación, al bubón.

Sabido es que este diagnóstico es fácil, que la configuración de la entidad es indiscutible y que la adenitis inguinal es lo habitual.

Sugiere que el Ulcus Molle gangrenosum, Ulcus Molle decorticante y el Ulcus Molle serpiginasum son complicaciones del Ch. blando pero hace salvedades muy afortunadas.

Dice: Los procesos gangrenosos que pueden complicar el Ch. blando son de dos especies: En la primera la gangrena resulta "simplemente de trastornos circulatorios locales y puede reconocer como causa otro proceso distinto del Ch. blando". En la segunda especie "la gangrena constituye la modalidad del proceso ulcerativo" y que sólo a este proceso se le debe decir Ulcus Molle gangrenosum. Que esta forma se encuentra la más de las veces en los órganos genitales masculinos. En la descripción dice que se inicia por coloración negruzca (Ch. negro), cianótica, Pus poco espeso y muy abundante y que cuando se elimina la escara, aparece el glande a través del orificio así producido, viniendo por decir así "a sacar la nariz por la ventana" (Diday). Que interesa la piel en toda la extensión y aún los cuerpos cavernosos quedando el miembro reducido a un muñón. Entre las complicaciones habla de hemorragias que

pueden hasta causar la muerte. Que en la mujer puede destruir los pequeños labios.

Otras veces el proceso gangrenoso no es tan agudo y sólo interesa la piel (Ch. discorticante de Ricord) y cuando ha perdido el carácter agudo, y continúa con más lentitud el aspecto de la enfermedad "recuerda absolutamente el del Ch. serpiginoso, llegando a ser eminentemente crónico.

En la etiología dice que se trata con toda seguridad de infecciones combinadas o secundarias y que a veces se ha encontrado simbiosis fuso-espiroquetal.

Un discípulo de uno de nuestros grandes maestros, del Dr. Gabriel Toro Villa, recuerda una de sus famosas conferencias, sobre un caso de gangrena del pene en un individuo venido de P. Berrío y al examen bacteriológico halló simbiosis fuso espiroquetal. Como se tratara de un onanista quien además para sus prácticas usara saliva, vió la posible relación de esto con lo descrito.

He opinado que la única entidad que macroscópicamente tenga alguna semejanza con el fagedenismo genital o cutáneo producido por E.H. son las ulceraciones producidas por la simbiosis fuso-espiroquetal, entidad hoy tan escasa.

V. Peterson observa que en San Peterburgo de vez en cuando encuentra muchos chancros gangrenosos adquiridos en determinado burdel.

Lesser considera al Chancro serpiginoso como entidad que merece reservas sobre la etiología del B. de Ducrey. La evolución crónica y el carácter "socavante" de la úlcera en los bordes es característico. Que a veces cicatriza en el centro mientras en la periferie progresa y que puede interesar la piel del órgano y sus vecindades progresando hacia la vagina y al recto.

A lo largo de su estudio no se refiere en ningún momento, fuera del Ch. de Ducrey puro a infartación de los ganglios satélites. Yo tampoco he visto esa complicación.

Dice que la secreción es poco espesa y muy abundante. En mis casos he encontrado secreción seroso sanguinolenta o hemorrágica a veces de extraordinaria abundancia, o una pasta espesa que se recoge con el dorso de un bisturí y que al final cuando la curación está próxima es cristalina como miel de abejas. Es debido a que se trata simplemente de un fenómeno de histolisis y explica también lo catastrófico del proceso en el surco balano prepucial de los individuos con prepucio largo y estrecho donde las condiciones para evolucionar la E.H. son óptimas. La menor actividad al eliminarse el prepucio por la gangrena, las condiciones de humedad y de calor son menos adecuadas para dicha actividad.

Recomienda como tratamiento fuera de medidas higiénicas y de yodoformo, bajo anestesia general, raspado con cucharilla cortante, cauterización con termocauterio, cuidando de penetrar en recodos y repliegues de la ulceración, luego cauterización con cloruro de zinc al 50%, todo en una misma sesión y agrega que hay que repetirlo varias veces antes de que termine el proceso.

Recuerdan algunos doctores que en el Hospital de San Juan de Dios, los Sábados, mientras un estudiante se fatigaba apretando la pera del termocauterio, el interno del servicio reducía a muñones aquellos penes gangrenados.

Más tarde, en forma más elegante, y quizás menos cruel, una intervención quirúrgica hecha con técnica impecable, a veces dejaba algo pero de todas maneras a un lesionado deprimido.

Son tan semejantes las descripciones que hace Lesser del U. M. gangrenoso, del U. M. descorticante y del serpiginoso que éstos y los que he tenido la oportunidad de hacer de afecciones semejantes pueden ser iguales, es decir, infestaciones amebianas de la piel y de los órganos genitales.

Y las denominaciones de Ch. negro, fagedénico, gangrenoso, descorticante o serpiginoso se refieren a la misma entidad.

Lógicamente desaparece el dualismo atribuido antes al chancro de Ducrey.

Granuloma Venéreo.

Granuloma ulcerado de las genitales. Granuloma inguinal o Granuloma ulcerada de las regiones pudendas.

Quizás no sea excesivo hacer insinuaciones, nacidas de dudas con respecto a la entidad anotada y en ánimo de ubicar muchas de las lesiones que engloban tales nombres dentro de la Amebiasis cutánea y genital y en la contaminación venérea.

Ello se debe a lo siguiente:

Ignoro si en Colombia se ha reportado un sólo caso de Granuloma venéreo producido por los Corpúsculos de Donovan, el mismo que en 1912 Souza Araújo denominó Calimata Bacterium granulomatis.

Sin embargo con el nombre de G. Venéreo reportan constantemente la entidad confundiéndola con el Linfogranuloma venéreo, Bubón climático, Bubón tropical o Enfermedad de Nicolás y Favre, entidad Viral bien configurada.

Llega a San Pablo, Brasil, un enfermo con úlceras perineales crónicas y quien había sido sometido a muy diversos tratamientos, entre otros, termocauterizaciones y cauterizaciones con sustancias químicas. E. Dr. Joao Paulo Vieira sospecha Granuloma venéreo y lo envía al Dr.

Carini quien investigando los corpúsculos de Donovan halla la E.H. y sobre el caso hace buena historia publicada en el Boletín de Patología exótica, Tomo XXIX, Mayo 13 de 1936.

Un muy distinguido profesor de la Facultad de Medicina durante varios lustros dijo con frecuencia a sus alumnos que el G. Venéreo a veces cede en forma maravillosa a la Emetina.

Manson-Bahar en su libro "Enfermedades Tropicales" lo define: "Estado infectivo y granulomatoso de los genitales externos, ampliamente extendido en algunas partes de los trópicos, transmitido por contacto venéreo y por autoinoculación".

En la etiología habla de los Corpúsculos de Donovan ó Calimmato bacterium granulomatis y que E.L. Walker en 1917 al hallarlo, lo consideró como un diplócoco encapsulado intracelular, probablemente el *B. Mucosus capsulatus* del grupo Friedlander y termina diciendo:

"Hay razones para creer que este microorganismo representa meramente una infección secundaria y que la causa principal del granuloma ulcerado queda por descubrir".

Dice que la enfermedad comienza en los órganos genitales masculinos o femeninos extendiéndose en la periferie especialmente hacia las partes húmedas y calientes, progresando lentamente y gastando años para ocupar gran superficie. Que invade órganos genitales externos y vagina, así como el periné y el recto. En el hombre el pene, el escroto, periné y recto, y que a veces causa lesiones graves en la uretra. Que no hay ganglios satélites, así como yo lo he reportado y que en las ulceraciones "hay derrame profuso y hasta gotea" ensuciando las ropas, maceando la piel y emitiendo un olor ofensivo peculiar.

Recomiendo los mismos tratamientos que Lesser para el U. Molle gangrenosum, descorticante y serpiginosum, es decir, raspado con cuchara cortante, termocauterización o extirpación quirúrgica oportuna.

Fuera de lo dicho las ilustraciones de su libro tienen extraordinaria semejanza con las lesiones Amebianas que he tendo oportunidad de demostrar.

Stelmagon Gaskill en su libro "Desease of Skin" hace descripciones semejantes, habla de las mismas vagas etiologías y destaca el signo de dureza y acartonamiento de las lesiones al decir que son de "de considerable dureza". Más duras que el chancro duro he anotado yo.

Se deduce de lo expresado que la etiología de muchas lesiones consideradas hasta hoy como Granuloma venéreo son lesiones Amebianas y probablemente la etiología de lo descrito como tal, ser Amebiano y que el Microorganismo descrito por Walker sea infección secundaria como piensa Manson-Bahr.

Como acabo de demostrar la presencia de la E.H. en las vías urinarias y en los órganos genitales masculinos y femeninos, es natural concluir que existe la posibilidad del contagio venéreo.

Queda demostrado el acerto en la genital masculina; en la femenina obviamente se puede admitir dejando un margen al contagio por continuidad de los orificios anal y vulvar, posibilidad por descuidos o ausencia en el aseo; o que el órgano trasporte mucosidades con la infestación o la siembra directa de una amebiasis urinaria en el cuello.

Pero como está establecido que la infestación intestinal es la fuente y origen de las demás, los mecanismos de continuidad desaparecen si se tiene en cuenta observaciones bien llevadas.

El Dr. Gabriel Correa Vélez en 1953 encuentra un tumor en la región lumbar derecha; una amplia incisión demuestra la presencia de un absceso amebiano perimefítico sin ninguna relación con ninguna vícera. Como colonizó allí la E.H.? Sólo por vía sanguínea (Abimemia de Petzetamis).

Igual puede ocurrir en la A. del cuello uterino pero igualmente por introducción del parásito casual, accidental o natural mediante actuaciones venéreas ya que está demostrada la Amebiasis Urinaria.

Observaciones resumidas

Primera

Campeño de Betulia entra al servicio en Febrero 1944. 6 años antes había sufrido disentería.

Hace más de tres años le aparece en el lado derecho del periné una escoriación pruriginosa ardorosa y húmeda. Se transforma en ulceración que al mes tiene un diámetro de una pulgada y al año va desde la parte anterior del periné hasta el sacro.

Merced a tratamientos locales, entre otros, nitrato de plata y una pomada de su invención logra cicatrización en el centro pero continúa progresando en la periferie.

Son ulceraciones de bordes duros, escabados, con grietas fungosas, muy secretante. Al tacto son duras acortonadas. La semejanza con la descripción del úlcus molle serpiginosum es absoluta.

Segunda.

N. N. de Rionegro ingresa al servicio en 1944. Meses antes había de éste con diagnóstico mío de "Ulceración perineal de etiología no

determinada". Es una Ameboasis perineal semejante o mejor, igual a lo que se describía como úlcera serpigínosa.

Tercera.

N. N. de Támesis — 1944. La esposa padece amebiasis crónica; un hijo ha sufrido amebiasis varias veces y él mismo tuvo hace 3 años una de ocho días de evolución.

Se inicia un Ch. fagodénico en el surco balanoprepucial causando varias hemorragias. Es ulceración destructiva de bordes duros, escabados y cubierta de fungosidades. Tratamientos diversos logran la cicatrización de la parte distal pero contiúan progresando en la proximal hasta formar un círculo crateriforme en el escroto y el monto de Apolo. Es muy secretante y recuerda absolutamente al Ulcus Molle decorticante de Ricord que entonces fué considerado como probable complicación del Ch. de Ducrey.

Cuarta.

1948 de San Vicente. Amebiasis perineal. Recuerdo al Ulcus serpiginosum.

Quinta observación.

L. A. B. de San Carlos. 1952.
Fagedenismo del pene.

6 días después del contacto sexual hay edema del prepucio y al remargarlo observa pequeñas ulceraciones con secreción **sanguinolenta**, días después la lesión se propaga al glande.

A los 14 días llega al hospital cuando ya se elimina el prepucio.

La lesión consiste en la total eliminación del prepucio y fagedenismo del glande que están cubiertos de fungosidades con secreción seroso sanguinolenta abundante. Ha habido hemorragias importantes. Al pasar el dorso de un bisturí para tomar muestras para examen, sale un magna grueso casi pastoso. El pene en los dos tercios distales es amoratado, edematoso, de consistencia dura.

Esta descripción es igual al del Ulcus Molle gangrenosum que antes se atribuía a complicaciones del B. de Ducrey.

Sexta observación.—Fagedenismo del pene

De 21 años, buena posición económica y social. Consulta al Dr.

Gustavo Escobar Restrepo quien hace diagnóstico clínico y lo confirma al laboratorio. Gentilmente me invita a recoger la observación.

Días después de contacto sexual se inicia el fagedenismo para lo cual durante dos años consulta a muy diversos doctores quienes hacen los más variados tratamientos locales y generales logrando que el fagedenismo no haga demasiados estragos pues solamente se eliminó el propucio.

Al examinarlo se encuentra ulcerado el surco zelano prepucial cuya superficie está cubierta de fungosidades que secretan abundante serosidad sanguinolenta. Ha tenido numerosas hemorragias.

Ya en poder de la fórmula de Emetina desapareció para saberse algún tiempo después que rápidamente logró la curación.

Séptima observación.—Julio de 1958.

J. A. A. de Cocorná. En la Cancana, Porce 8 días después del contacto sexual nota edema prepucial y secreción seroso sanguinolenta. Nota ulceración que rápidamente interesa todo el surco. Es negra y fungosa. A poco se hizo eliminación de parte del prepucio en la base.

A las 6 semanas llega al servicio de vías urinarias y se encuentra que por el orificio que hizo la gangrena se exterioriza el glande que es oscuro y se aprecia el fagedenismo así como en el prepucio, que aún no se ha eliminado en su totalidad. El glande sale por la ventana, viniendo por decirlo así a "sacar la nariz por la venta" como dice Diday.

Se hizo diagnóstico clínico que se confirmó con el laboratorio.

Se puede ver que es otro caso de gangrena del pene o Ulcus Mollis gangrenoso, determinado por E.H. y adquirido en contacto sexual normal como en los otros casos descritos.

Octava observación.

No. 100.519.—Amebiasis perineal.

De San Roque, sin antecedentes digestivos. Siete meses de evolución y mide 10 centímetros de diámetro. Sobra agregar del éxito inmediato del tratamiento específico.

Novena observación.

Historia No. 143.931. Amebiasis perineal.

De Fredonia, 42 años de edad. Enviado por el Centro de salud de Venecia el 25 de Mayo de 1959 por padecer úlcera perineal de carácter crónico, de siete meses de evolución y "que parece ser de naturaleza cancerosa".

Es una ulceración de 10 centímetros de diámetro, hipertrófica de bordes escavados, con grietas y cubierta de fungosidades; dura al tacto y con abundante secreción seroso sanguinolenta.

Como antecedentes una diarrea dos meses antes de iniciarse la ulceración y además, desde hace varios años, molestias digestivas vagas y fatiga epogástrica por épocas y que mejora con alcalinos.

Examen coprológico de Mayo 2, negativo.

Rectosigmoidoscopia, negativa en 25 centímetros.

Tratamiento: Emetina, Diodoquin, Carbarsona.

Hoy queda cicatriz hipertrófica dura y leñosa.



Creo haber establecido el contagio venéreo de la amebiasis; no pretendo imponer la idea; solamente dejo una inquietud y llamo la atención sobre el ningún cuidado que se ha puesto a la infestación urinaria.

Sólo en 1944 cuando tuve la oportunidad de localizar la amebiasis cutánea y el fagedenismo del pene, hubo interés por la materia y hoy en el medio hospitalario de San Vicente de Paul nadie lo ignora y cuantos sufrimientos y mutilaciones se han evitado.

En 1952, valiéndome de observaciones de otros continué la batalla de la localización genital femenina, logrando merced a la emetina evitar histerectomías porque no era cáncer sino amebiasis del cuello uterino.

Estos conocimientos ya se pasean libremente en la conciencia de los médicos de nuestro medio.

Ahora, a pensar en la A. urinaria.

Queda abierta la discusión.

Conclusiones:

Primera.—La E.H. coloniza con más frecuencia de lo que se piensa en las vías genito — urinarias.

Segundo.—Queda ampliamente demostrado el contagio venéreo masculino.

Tercero.—Existe amplia posibilidad del contagio venéreo femenino casual, accidental o natural.

Cuarta.—Las denominaciones de fagedenismo o gangrena genitales; Ch. gangrenoso; Ch. fagedénico; Ch. negro; Ulcus Molle gangrenosum; Ulcus Molle descorticante; Ulsus serpiginosum Granuloma Venéreo; granuloma ulcerado de las genitales; Granuloma inguinal; Granuloma ulcerado de las regiones pudendas, tienen semejanza o son iguales y corresponden a infestaciones amebianas.



Fig. 1

Ulcus serpiginosum.
Tomada del libro de
E. Lesser



Fig. 2

Ob. N° 8 - Amebiasis cutánea perineal de 7 meses de evolución. Esta ilustración recuerda la del libro de Manson-Bahar en caso de granuloma venéreo.

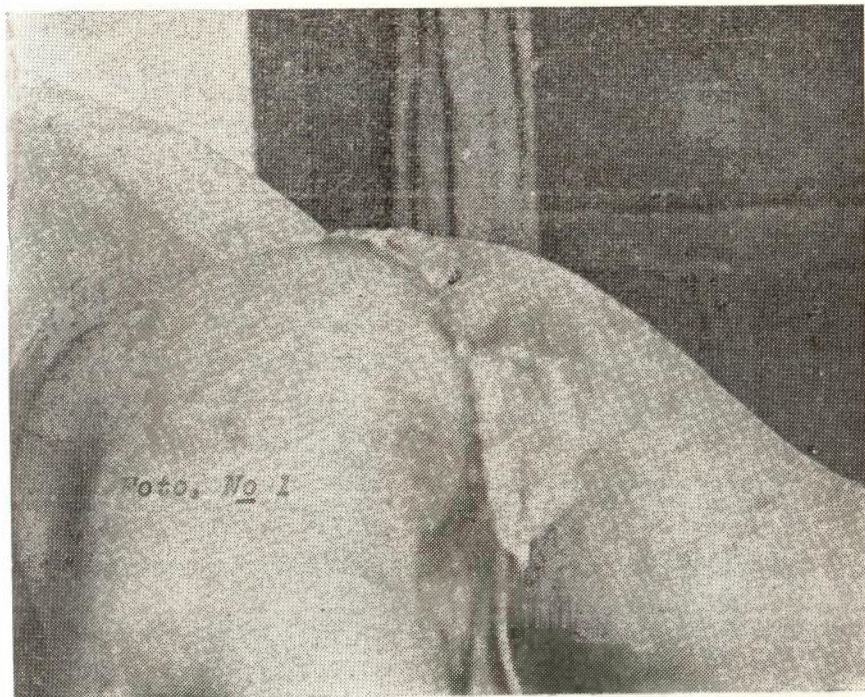


Fig. 3

Ob. Nº 1 - Amebiasis cutánea perineal y de la región sacra de tres años de evolución. - Recuerda por el aspecto y las características al *Ulcus Molle serpiginosum* de Lesser.

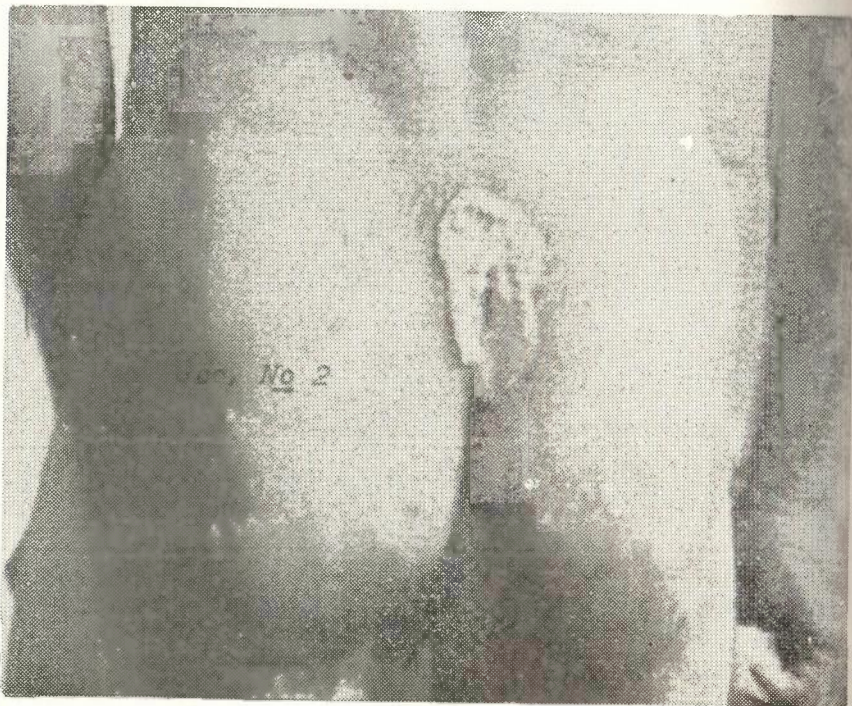


Fig. 4 - Amebiasis cutánea de la región sacra - Recuerda el Ulcus Molle ser-piginosum. Es el mismo caso de la Observación N^o 1