

*Biblioteca de Lea*

*12*



# CLINICA GIL

DIRECTOR, GIL J. GIL, M. D.

FEBRERO - MAYO 1927 . VOLUMEN IV

NUMERO 18 . 20

## CONTENIDO :

Observaciones. Dr. GIL J. GIL.

Clinica Gil. (Cuadros.)

Estadística del Dr. GIL

Heridas Penetrantes del abdomen. Dr. PEDRO NEL CAR-  
DONA.

Tratamiento de la lepra griega. Dr. J. B. LONDOÑO.

Poradenitis inguinal subaguda. Dr. EMILIO ROBLEDO.

Resumen de observaciones. Dr. J. YEPEZ C.

De Revistas.

MEDELLIN - ANTIOQUIA - COLOMBIA



EDITADA EN LA TIPOGRAFIA BEDOUT  
FELIX DE BEDOUT E HIJOS  
MEDELLIN

CONDICIONES:

CLINICA GIL saldrá cada dos meses.

Valor de la suscripción por un año.. \$ 2.00

Valor del número suelto..... \$ 0.40

AVISOS:

Página exterior..... \$ 8.00

Página interior..... \$ 5.00

Media Página..... \$ 3.00

---

Esta Revista agradece y acepta la colaboración científica, pero la Dirección no hace suyas las ideas emitidas ni da explicaciones caso de no publicación.

Para todo lo relacionado con canjes, avisos y suscripciones dirigirse a la Clínica Gil.

Calibío 74—Medellín—Colombia—S. A.

Venta de números sueltos en la Librería de D. Antonio J. Cano.

---

SUSCRIPCIONES Y AVISOS  
SE PAGAN ANTICIPADAMENTE

# CLINICA GIL

Director, GIL J. GIL, M. D.

Febrero - Mayo 1927.

MEDELLIN - COLOMBIA

Vol. IV. Nros. 19 - 20

## OBSERVACIONES

GIL M. D.

I.—*Utero bicórneo unicervical*.—M. M. de M., de En-  
vigado, 27 años de edad, sin antecedentes hereditarios ni  
familiares de importancia, fue traída a mi consulta por el  
Dr. F. Restrepo para que diera mi opinión sobre unos cólicos  
y supuración vaginal que databan de varios años. La enfer-  
ma dice que estuvo bien hasta la edad de 16 años cuando su-  
frió una caída sobre las nalgas que la imposibilitó algunos  
días y le trajo una fuerte hemorragia vaginal. Hasta esa fe-  
cha sus menstruaciones habían sido regulares e indoloras.  
La menstruación siguiente a la caída fue muy dolorosa y  
fue seguida de una gran cantidad de pus vaginal. Desde en-  
tonces las menstruaciones son dolorosas, duran 3 o 4 días y  
en el resto del tiempo hay descarga de pequeñas cantidades  
de pus. Cada 15 o 20 días le da un cólico en toda la parte  
baja del vientre, con mayor intensidad al lado derecho,  
que se propaga a la parte de atrás y a los lomos; este dolor  
le dura unas veces tres días, otras hasta ocho, la obliga a  
coger la cama, le parece que le da fiebre y termina invaria-  
blemente por la descarga de una enorme cantidad de pus  
sumamente fétido. Hace seis años es casada, no ha tenido  
embarazo, ni atraso, y tanto las funciones catameniales co-  
mo los cólicos han continuado lo mismo, aunque parece que  
estos se hayan hecho más intensos. No recuerda haber tenido  
perturbaciones vesicales. Se ha hecho ver de muchos médicos

sin obtener mejoría, y hasta algunos le han dicho que tiene un riñón supurado. El examen revela una mujer delgada, flaca, bien constituída, sin ninguna perturbación de parte de los aparatos respiratorio, cardiovascular y gastrointestinal; no hay lesión de la columna vertebral ni de los huesos de la pelvis; la articulación coxofemoral está normal. Al examinar los órganos genitourinarios se ve la vulva humedecida de pus, y al introducir el dedo en la vagina se nota que el cuello está muy atrás y que encima de él hay una tumuración difusa, redondeada, blanda y que parece fluctuante. Una sonda en la vejiga extrae 200 gramos de orina límpida, amarillina, perfectamente normal en apariencia. La tumuración vaginal no disminuye con el cateterismo.

Continuando el examen vaginal se nota que detrás del cuello y en el fondo lateral derecho hay una masa del tamaño de una naranja, dura, inmóvil, un poco dolorosa, y recostada a la pared pelviana a la cual parece íntimamente adherida. En el fondo lateral izquierdo se palpa una masa mucho más pequeña, más móvil, no dolorosa y se cree apreciar el ovario. Al tacto bimanual no se aprecia el fondo uterino y parece que el cuello se continuara con la masa derecha. La inspección directa sorprende la salida de pus por el cuello, pero no es posible pasar el histerómetro. Con el diagnóstico de una metro-anexitis doble y con la reserva del caso sobre el carácter de la tumuración que existe al lado derecho y sobre la significación que tenga la masa fluctuante vaginal anterior, se propone una intervención que es aceptada: Incisión mediana infraumbilical bajo anestesia etérea. Después de separar adherencias epiplóicas, pudo hacerse un buen campo operatorio y apreciar la situación de los órganos y la lesión: hacia el lado derecho había una masa dura que era un cuerpo de matriz del tamaño de una naranja, reclinada fuertemente hacia la pared pelviana y sostenida por los anexos engrosados, adheridos y muy hiperhemiados, formando todo un conglomerado cubierto por falsas membranas; desadheridos pacientemente logró desprenderse el pabellón de la

trompa del ángulo antero-lateral de la pelvis donde se hundía en el tejido celular pelviano. El dedo sentía entre estos planos el principio de la masa blanda que se apreciaba en el fondo vaginal anterior y constataba la continuidad, pero al arrancar la trompa no salió pus. Se disecó en seguida el cuello uterino y hechas las ligaduras del lado derecho se extirpó la matriz y el anexo derechos. Del lado izquierdo había una anexitis menos marcada y un cuerpo de matriz mucho más pequeño que logró ser desinsertada hasta el cuello, el cual, separado un poco más abajo, se unía al otro muñon y a poco hacían un solo cuerpo. En esta parte se hizo la sección, previas las ligaduras del lado izquierdo. Sondeado el canal uterino con mucha suavidad para evitar la salida de pus al peritóneo, que por lo demás estaba muy bien defendido con compresas, se dió con una comunicación estrecha con la bolsa vaginal, por lo cual se cambió la sonda por una pinza que se proyectó fuertemente en la vagina y sobre ella hizo el doctor Calle una amplia incisión que vació una gran cantidad de pus fétido. Cierre de la pared en planos separados dejando un dren en el Douglas. Dren en la cavidad abierta a la vagina y sostenido por gasa yodoforma. La supuración disminuyó rápidamente y la enferma tuvo una convalecencia sin accidentes.

Es de notar en este caso: 1º La anomalía uterina que es bien poco frecuente y que fue hallada casualmente, pues ella por sí no da síntomas. 2º La relación de la enfermedad con una caída, lo que hace suponer que hubo un hematosalpinge derecho, el cual se supuró y dio origen a una anexitis adherente; el pabellón de la trompa se adhirió al ángulo anterolateral de la pared pelviana y el pus buscó salida al exterior por entre el tejido celular pelviano, viniendo a formar una bolsa purulenta en el fondo de saco anterior entre la vagina y el cuello. Esta situación es francamente excepcional. 3º La comunicación de la trompa con la bolsa se cerró y el saco quedó aislado. El pus buscó salida por el punto de menos resistencia que fue en este caso hacia la cavidad cervical; pero esta comunicación no era suficiente, el saco

se vaciaba muy incompletamente, volvía a llenarse y venían los cólicos, hasta que una nueva descarga daba alivio temporal.

II.—*Herida penetrante del abdomen.*—G. Q., de 16 años, recibió a las 6 de la tarde del 1º de Mayo de 1927, un balazo de revólver (cal. 38), en el epigastrio, dos centímetros a la derecha de la línea mediana. La dirección del proyectil fue de derecha a izquierda, de adelante atrás y casi en línea horizontal. La bala se tocaba a flor de piel en la región lomber izquierda hacia afuera de la masa común. El herido tuvo síntomas pasajeros de *shock*, y examinado a las 8½ de la noche, presentaba un estado general bastante bueno: 90 pulsaciones, regulares, de buena tensión; temperatura normal; había vomitado una sola vez materias alimenticias; dolor abdominal tolerable; resistencia abdominal generalizada, borramiento de la matidez hepática. El sondaje de la vejiga da buena cantidad de orina normal. A las 9, bajo anestesia etérea se practica una celiotomía mediana supra e infraumbilical, y como la exploración se dificulta, se completa la incisión con una sección transversal hacia la izquierda. Estómago y colon intactos; en el intestino delgado se encuentra una primera perforación que se sutura previo avivamiento de los bordes; como a diez centímetros se encuentran otras tres perforaciones, dos muy juntas que se unen, y otra irregular cerca de las últimas, pero pegada de la inserción mesentérica. Después de suturarlas cuidando de no disminuir la luz intestinal, se advierte que a pesar de todo el intestino puede quedar estrecho por lo cual se procede a hacer una anastomosis latero-lateral entre dos asas vecinas; continuando la exploración se encuentra otra perforación yeyunal alta, se sutura y se explora el riñón que se encuentra sano, pero una hemorragia considerable que viene de la gotera lomber dificulta las maniobras y no deja apreciar el punto que sangra. Después de ampliar un poco más la incisión transversal y con buena separación del campo operatorio, se logró apreciar que la sangre venía del orificio del proyectil en la mus-

culatura lombar, se hizo un ligero taponamiento con gasa que se sacó por la parte media de la incisión, se puso éter en el peritoneo y se suturó la pared en varios planos—El enfermo se sostuvo con suero fisiológico y suero rectal gota a gota los dos primeros días; al cuarto se retiró la gasa; al sexto se quitaron los ganchos y al décimo día las crines—La convalecencia no tuvo ningún contratiempo y G. ha vuelto a su vida habitual sin inconveniente alguno.

III.—*Osteomielitis Supraaguda*.—L. O. de año y medio de edad, muy sano hasta la fecha y sin antecedentes hereditarios de importancia, apareció el 3 de Mayo con un dolor en la parte alta de la pierna derecha y una cojera discreta, lo cual fué atribuído a un golpe; por la tarde había hinchazón y fiebre alta. Al día siguiente por la noche fue visto por el Dr. Arbeláez quien encontró 41° de temperatura, gran postración, intoxicación intensa, delirio, y apreció una tumefacción no fluctuante, muy dolorosa, en el tercio superior de la fobia. Llenadas las indicaciones médicas del momento, provocó una junta en la cual se decidió operar al niño de urgencia. Una incisión sobre la tumefacción hasta el periostio dió salida a gran cantidad de serosidad proveniente del edema de las partes blandas; el periostio estaba separado en toda su circunferencia por una colección de seropus; se hizo una ventana en el hueso; la medula estaba muy congestionada, pero no había pus.

Drenaje. La intoxicación continuó a pesar de la intervención y el niño murió a las 48 horas.



Enero - Marzo 1927.

## CLINICA GIL

Edad	Anestesia	Nombre	Procedencia	Diagnóstico	Tratamiento	Resultado	Cirujano	Médico	Anestesta
1447	Eter.	R. O.	Frontino.	Anemia, Fibroma uterino.	Transfus. Terap. profun.	Bueno.	Gil.	Gil, Echev.	B. Jiménez.
1448	Eter.	E. A. de R.	Montebello	Sabingo-neovaritis.	Sabingectomía y apend.	Bueno.	Gil.	Zuluaga.	B. Jiménez.
1449	Eter.	M. T. M. de C.	Fredonia.	Ulceración cervical.	Cauterización Filhos.	Nulo.	Gil.	Jiménez.	G. Giraldo.
1450	Eter.	J. R. A. U.	Medellín.	Estrechez pilórica.	Gastroenterostomía V. H.	Bueno.	Gil.	Arbeláez.	Arbeláez.
1451	Eter.	R. A. U.	Marimilla.	Neoplasma gástrico.	Gastroenterostomía V. H.	Bueno.	Gil.	Arbeláez.	Arbeláez.
1452	Clorof.	M. C. T.	Medellín.	Amigdalitis Hip. y Aden.	Amigdalectomía y adenoid.	Bueno.	Gil.	Jiménez.	Jiménez.
1453	Clorof.	M. T. M. de C.	Fredonia.	Ulceración cervical.	Cauterización Neo Filhos.	Nulo.	Gil.	Jiménez.	Duque.
1454	Clorof.	E. U. A.	Medellín.	Amigdalitis Hip. y Aden.	Amigdalectomía y adenoid.	Bueno.	Gil.	Jiménez.	Noreña.
1455	Clorof.	B. Y.	Valparaiso	Amigdalitis Hip. y Aden.	Amigdalectomía y adenoid.	Bueno.	Gil.	Jiménez.	Noreña.
1456	Clorof.	C. A.	Medellín.	Luxación antigua codo.	Tentativa de reducción.	Nulo.	Gil.	Jiménez.	Calle.
1457	Eter.	H. H.	Alemania.	Pulsidismo.	Tratamiento médico.	Bueno.	Gil.	Jiménez.	Noreña.
1458	Eter.	C. A.	Medellín.	Luxación antigua codo.	Resección ósea.	Mejoría.	Gil.	Calle.	Noreña.
1459	Clorof.	E. S.	Medellín.	Necrosis fosforada.	Extracc. secuestros.	Bueno.	Gil.	Calle.	F. Arango.
1460	A. L.	W. B.	Inglaterra.	Quiste sebáceo.	Extracción.	Bueno.	Gil.	Jiménez.	Jiménez.
1461	Eter.	M. T. M. de C.	Fredonia.	Ulceración cervical.	Cauterización Neo Filhos.	Nulo.	Gómez A.	Jiménez.	Jiménez.
1462	A. L.	J. D. J. M.	Remedios.	Herida del puño.	Sutura tendinosa.	Bueno.	Gil.	Calle.	Calle.
1463	A. L.	M. J. M.	Medellín.	Lipoma difuso.	Extracción.	Bueno.	Gil.	Calle.	Arbeláez.
1464	Clorof.	L. P.	Medellín.	Amigdalitis Hip. y Aden.	Amigdalectomía y adenoid.	Bueno.	Gil.	Calle.	Arbeláez.
1465	A. L.	M. E.	Medellín.	Hernia crural.	Curación radical.	Bueno.	Gil.	Calle.	Rodriguez.
1466	Eter.	R. V. A.	Medellín.	Apendicit ag. Peritonitis.	Apendicectomía y drenaje.	Bueno.	Gil.	Rodriguez.	Arbeláez.
1467	Eter.	N. V. A.	América.	Traumatismo abdominal.	Observación.	Nulo.	Gil.	Arbeláez.	Arbeláez.
1468	A. L.	J. E. M.	Medellín.	Traumatismo índice.	Amputación.	Bueno.	Gil.	Arbeláez.	Arbeláez.
1469	Clorof.	E. S.	Medellín.	Amigdalitis Hip. y Aden.	Amigdalectomía y adenoid.	Bueno.	Gil.	Jiménez.	Jiménez.
1470	Clorof.	L. E. S.	Medellín.	Amigdalitis Hip. y Aden.	Amigdalectomía y adenoid.	Bueno.	Gil.	Jiménez.	Jiménez.
1471	Eter.	A. G. R.	Peritonist.	Peritonitis Enquist.	Celiotomía y drenaje.	Bueno.	Mesa.	Rodriguez.	González J.
1472	Eter.	C. G.	Medellín.	Traumatismo de la cara.	Tratamiento médico.	Bueno.	Gil.	Escobar.	E. Arango.
1473	Clorof.	A. V.	Fredonia.	Osteomielitis muñón.	Reamputación.	Bueno.	Gil.	Escobar.	E. Arango.
1474	A. L.	G. D.	Medellín.	Quiste sebáceo.	Extracción.	Bueno.	Gil.	Calle.	Escobar.
1475	Eter.	A. A.	Riosucio.	Endostertis Obl. Ulcera.	Simpatectomía y legrado.	Bueno.	Gil.	Calle.	Escobar.
1476	Clorof.	L. S.	Bolivar.	Fimosis.	Circuncisión.	Bueno.	Gil.	Calle.	Escobar.
1477	Eter.	L. V. de A.	Estrella.	Angiocolitis grave.	Cistostomía y drenaje.	Muerte.	Gil.	Quevedo.	B. Jiménez.
1478	Eter.	M. T. M. de C.	Fredonia.	Ulceración cervical malign.	Histerectomía vaginal.	Bueno.	Gil.	Jiménez.	B. Jiménez.
1479	Eter.	J. D. H.	Girardota.	Anemia perniciosa. sec.	Transfusión.	Mejoría.	M. Arango.	Gil.	Gil.
1480	Eter.	A. R. O.	Frontino.	Anemia perniciosa. sec.	Transfusión.	Bueno.	M. Arango.	Gil.	Arbeláez.
1481	Clorof.	E. V. M.	Medellín.	Amigdalitis Hip. y Aden.	Amigdalectomía y adenoid.	Bueno.	Gil.	Duque.	M. Isaza.
1482	Eter.	T. S. de M.	Medellín.	Neoplasma mama de.	Operación de Halsted.	Bueno.	Gil.	Duque.	M. Isaza.
1483	Eter.	C. M. C.	Medellín.	Úlcera gástrica perforada.	Cauterización y sutura.	Bueno.	Gil.	Gómez A.	G. Fernán.
1484	Eter.	R. R. U.	Marimilla.	Neoplasma gástrico.	Gastrectomía.	Bueno.	Gil.	Arbeláez.	Gómez A.
1485	Eter.	J. D. H.	Girardota.	Anemia perniciosa sse.	Transfusión.	Nulo.	Gil.	Arbeláez.	Gómez A.



Edad	Anestesia	Nombre	u	Procedencia	Diagnóstico	Tratamiento	Resultado	Cirujano	Médico	Anestesiista
1486		T. A. de O.	50	Medellín.	Luxación hombro.	Reducción.	Bueno.	Gil.	Calle.	
1487	A. L.	S. R. I.	70	Amagá.	Carcinoma labios.	Extracción, autoplastia.	Bueno.	Gil.	Calle.	
1488	A. L.	K. R. I.	55	Medellín.	Neoplasma cuellen.	Traqueotomía	Alivio.	Gil.	B. Mejía.	
1489		E. C.	21	Amagá.	Micosis.	Incis. y tratamiento.	Bueno.	Gil.		
1490	Clorof.	J. T.	11	Medellín.	Amigdalitis Hip. y Ad.	Amigdalectomía y adenoid.	Bueno.	Gil.		D. Arango
1491	Clorof.	N. J.	11	Medellín.	Amigdalitis Hip. y Ad.	Amigdalectomía y adenoid.	Bueno.	Gil.		Arbeláez
1492	Eter.	L. O. de C.	25	Sta. Isabel.	Quiste Ovario y Apend.	Salpingitis y apend.	Bueno.	Mesa.	Cardona	Cadavid.
1493		M. U.	10	Medellín.	Herida.	Sutura.	Bueno.	Gil.		
1494		R. C.	15	Medellín.	Fodermatitis.	Tratamiento médico.	Bueno.	Gil.	Pedrahita	
1495	Eter.	P. J. M.	35	Amagá.	Fistula perineal.	Extracción.	Bueno.	Gil.	Duque.	E. Arango
1496	A. L.	E. V. D.	22	Bogotá.	Proyectil.	Extracción.	Bueno.	Gil.	Zuluaga	
1497	A. L.	J. V. D.	57	Enviado.	Hipertrofia prostática.	Cistostomía	Bueno.	Gil.	Quevedo	
1498	Eter.	B. R.	18	América.	Apendicitis aguda.	Apendicectomía	Bueno.	Mesa	Cardona.	Morales.
1499		J. D. H.	60	Girardota.	Anemia pern. sec.	Tratamiento médico.	Muerte.	Gil.		
1500	Clorof.	M. B.	25	Andes.	Amigdalitis hiper.	Amigdalectomía.	Bueno.	Gil.		Toro E.
1501	Eter.	A. L.	40	Enviado.	Apendicitis crónica.	Apendicectomía.	Bueno.	Gil.	Restrepo M	Toro E.
1502	A. L.	E. F.	36	Medellín.	Fistula uretral ant.	Extracción.	Bueno.	Gil.	Duque.	



## ✓ ESTADÍSTICA PERSONAL DEL DR. GIL

	Año 1926	Nº	Mortalidad
Histerectomía Abd. total para cáncer (*)..	3.....	0	
Histerectomía Abd. subtotal.....	4.....	0	
Histerectomía Abd. subtotal y apendic....	10.....	0	
Histerectomía Abd. total y apendic.....	1.....	0	
Histerectomía vaginal.....	5.....	0	
Histero-colpo-perineorrafia .....	1.....	0	
Salpingectomía .....	2.....	0	
Salpingectomía y apendic.....	5.....	0	
Colpo y traquelorrafia.....	1.....	0	
Legrado uterino.....	3.....	0	
<del>Gastroenterostomía</del> .....	<del>7.....</del>	0	
Gastroenterostomía .....	7.....	0	
Gastrectomía y anastomosis.....	1.....	0	
Pilorectomía y anastomosis.....	1.....	0	
Gastro y colonopexia.....	1.....	0	
Gastrorrafia para perforación úlcera....	3.....	2	
Apendicectomía .....	20.....	0	
Celiotomía para absceso postgástrico.....	2.....	1	
Celiotomía para adherencias.....	2.....	1	
Colecistectomía .....	5.....	3	
Colecistostomía .....	2.....	0	
Nefrectomía .....	1.....	0	
Nefropexia .....	1.....	0	
Nefropexia y apendic.....	1.....	0	
Prostatectomía .....	4.....	0	
Cistostomía .....	7.....	0	
Uretrotomía interna.....	1.....	0	
Extirpación fístulas uretrales.....	2.....	0	
Extirpación fístula peniana.....	1.....	0	
Extirpación condilomas.....	2.....	0	

(\*) Faure sin Mikulicz 2.

" con " 1.

Vasotomía .....	2.....	0
Circumcisión .....	3.....	0
Amputaciones .....	3.....	0
Osteosíntesis .....	2.....	0
Costotomía .....	4.....	0
Trepanación tibia.....	1.....	0
Fijación fracturas .....	3.....	0
Reducción dislocación.....	1.....	0
Antrectomía .....	2.....	0
Extirpación gran labio y cauteriz.....	1.....	0
Extracción cuerpo extraño.....	1.....	0
Legrado óseo y ext. secuestros.....	3.....	0
Curación hernia inguinal.....	8.....	0
Amputación mama y vaciamiento.....	2.....	0
Iliosigmoidostomía .....	1.....	1
Extirpación hemorroides.....	2.....	0
Extirpación pterigio.....	1.....	0
Extirpación ganglio.....	1.....	0
Extirpación quiste tirogloso.....	1.....	0
Extirpación uñas .....	3.....	0
Incisión absceso apendicular.....	1.....	0
Incisión absceso hepático.....	1.....	0
Incisión abscesos.....	10.....	0
Incisión liberadora.....	2.....	0
Suturas .....	3.....	0
Pleurotomía .....	3.....	0
Tiroidectomía .....	1.....	0
Extirpación quistes.....	4.....	0
Curación hidrocele.....	1.....	0
Amigdalotomía .....	3.....	0
Extirpación adenoides.....	2.....	0
Amigdalectomía .....	6.....	0
Amigdalectomía y ext. adenoides.....	79.....	0
Simpatectomía periarterial.....	1.....	0

NOTAS: 1.—La colecistectomía aparece con una enorme mortalidad: 3 en 5 operaciones. En todos los casos se trataba de enfermos con dos y tres meses de ictericia crónica e infección de las vías biliares, y que rechazaron la operación hasta última hora. Intervenidos de urgencia no fue posible hacer una operación conservadora: uno con un cálculo en el colédoco del tamaño de un huevo de gallina y con grandes adherencias perivesiculares, murió de *shock* al terminar la intervención; otro murió a las 24 horas de hemorragia, y el tercero murió al quinto día de uremia, habiendo estado anúrico desde la mañana siguiente a la operación.

2.—De tres úlceras perforadas operadas murieron dos: el uno de 53 años, intervenido a las 24 horas con peritonitis generalizada, y la otra, una muchacha de 20 años, operada a las 36 horas; ésta mejoró notablemente hasta el quinto día, cuando se fistulizó la perforación gástrica; operada de nuevo, tres días más tarde, se vio que la sutura había fallado en la parte superior; se volvió a suturar y se hizo una gastroenterostomía con botón. La enferma murió de *shock* pocas horas después.

3.—En un niño de dos años se hizo una iliosigmoidostomía para megalocolon congénital. Al tercer día empezó una bronconeumonía que lo mató rápidamente.

4.—En el curso de una celiotomía exploradora para un cuadro clínico muy oscuro, en un individuo de 60 años que venía sufriendo de grandes dolores en el epigastrio y vómito continuo los últimos dos meses, al tratar de movilizar el estómago se abrió en la gran cavidad un enorme absceso de la pequeña, producido al parecer por la perforación de una úlcera degenerada de la cara posterior del estómago.

Mayo, 1927.

---

## ✓ HERIDAS PENETRANTES DEL ABDOMEN

DR. PEDRO NEL CARDONA C.

Las perforaciones del tubo digestivo ocasionadas con proyectil de arma de fuego son de suma gravedad y dan una mortalidad altísima.

En los doce meses comprendidos desde Marzo de 1926 al correspondiente del año en curso, he intervenido en ocho casos similares, es decir, de heridas penetrantes del abdomen con perforaciones intestinales, todos por arma de fuego, de los cuales murieron cinco y tres se salvaron, o sea una mortalidad de 62.5%. Este número es ventajosamente comparable con el similar publicado por Lecene y Leriche en su tratado de Terapéutica Quirúrgica, en el capítulo consagrado al estudio de traumatismos abdominales, donde se lee que en 31 casos de lesión uni o multivisceral operados hubo 23 muertos, o sea 75% de mortalidad.

Los cinco operados que murieron fueron todos por peritonitis generalizada. Las observaciones correspondientes a los tres salvados, voy a resumirlas en los siguientes términos:

1º. R. Arango, 21 años, soltero, raza blanca, de Medellín. Recibió una herida penetrante con proyectil al nivel del punto de Mc Burney, a las 7 p. m. A las 10 y media de esa misma noche le practiqué una laparotomía suprapúbica mediana, con anestesia general (éter), y le encontré una ruptura en el ciego, alargada en sentido transversal, por encima de la implantación del apéndice, y muy cercana a la desembocadura del íleo. Había buena cantidad de coágulos en la cavidad peritoneal y materias fecales. La sutura de la perforación la hice en dos planos, según la técnica corriente, y previamente reseca los bordes mortificados por el proyectil.

Dejé el drenaje de Mikulicz puesto en el Douglas, e



hice la sutura de las paredes en un solo plano, con crines dobles de Florencia.

La post-operatoria fué buena, con el solo accidente de un acceso paludoso al segundo día (con temperatura de 40 grados), y que cedió al quinoformo inyectado. A las 48 horas retiré las gasas del Mickulicz y dejé tan solo el saco para retirarlo a los 9 días. A los 21 días pudo levantarse y 15 días después volver a su casa.

2°. S. Saldarriaga, de Medellín, 36 años, soltero terciador. Fue herido a las 10 de la noche del 21 de Febrero de 1927, con proyectil de arma de fuego que penetró al nivel del epigastrio. El proyectil se palpaba en la región lumbar. A la una de la mañana, es decir, tres horas después, fue operado, cuando había ya pasado el choc.

Anestesia general con cloroformo. Laparotonía mediana supraumbilical: al abrir el peritoneo vi que había gran hemorragia; en primer lugar encontré dos perforaciones del colon trasverso tan solo separadas por un puente de un centímetro; había también una desgarradura del mesocolon que sangraba tanto a la gran cavidad peritoneal como a la transcavidad de los epiplones; la cara posterior del estómago tenía una herida alargada, no penetrante, que comprometía el peritoneo y la musculosa, y que sangraba también la transcavidad.

Traté la perforación del colon, previamente unidas las dos heridas, por el procedimiento clásico de los dos planos, y resecaando los bordes mortificados para mejor avivar los tejidos; está por demás advertir que la sutura la hice en sentido transversal para no estrechar el calibre del colon. En seguida suturé la herida gástrica y terminé por la sutura del mesocolon. Puse unos 50 gms. de éter en el peritoneo y dejé el drenaje de Mikulicz lo más bajo posible, cerca al Douglas.

La sutura de la pared la hice con crines dobles y en un solo plano; por último unos pocos ganchos de Michel para afrontar mejor la piel.

Convalecencia normal; a las 48 horas retiré las gasas y al noveno día el saco del Mikulicz. A los 20 días pudo volver a su casa perfectamente bien.

3°. M. Santamaría, 36 años, natural de Envigado, mulato, casado. Herida con proyectil de revólver (calibre 38), al nivel de la línea axilar, en la mitad del espacio comprendido entre la última costilla y la cresta ilíaca del lado izquierdo. El accidente tuvo lugar a las 7 p. m. y fue operado a las 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub> esa misma noche. El choc fue grande y hubo necesidad de inyectarle aceite alcanforado, cafeína y estricnina.

Anestesiado con éter, le practiqué una laparotomía mediana suprapúbica; al abrir el peritóneo, encontré sangre en abundancia en la cavidad. Fácilmente caí sobre las perforaciones del íleo, en número considerable y no muy distanciadas unas de otras. Mi primera intención fue reseca el trozo intestinal agujereado, pero vi que necesitaba reseca unos dos metros y opté por suturar una a una las perforaciones. El número de éstas era de diez, mas dos grandes desgarraduras del mesenterio.

Empecé mi trabajo reseca en cada una los bordes para avivar convenientemente y suturando en dos planos según la técnica de Lambert. Cuando hube terminado las suturas, en las cuales gasté unas dos horas, limpié con éter la cavidad peritoneal que además de coágulos tenía materias fecales, dejé el drenaje de Mikulicz en el Douglas. Suture la pared abdominal en un solo plano con crines dobles. Mientras se operaba recibía el enfermo un litro de suero fisiológico tibio subcutáneo.

La post-operatoria fue buena; como de costumbre, le retiré las gasas del drenaje a las 48 horas, y el saco a los diez días. La herida supuró por espacio de 28 días (4 semanas). El enfermo pudo volver a sus ocupaciones al cabo de dos meses. Ultimamente tuve ocasión de verle y me manifestó que se encontraba perfectamente bueno, que comía muy bien y que nada le dolía.

Tres detalles de técnica usé en estos casos y de los cua-

les no había hecho uso en los cinco que murieron (al menos los tres juntos), y que son: El drenaje con Mikulicz, el avivamiento de los bordes de la herida intestinal mortificados por el proyectil y la sutura de la pared abdominal en un solo plano. No tengo argumentación suficiente para atribuir a estos detalles de técnica el éxito operatorio, pero sí llama la atención que en tres casos sucesivos en que se les puso en juego se haya obtenido la curación de los heridos. Naturalmente que el factor tiempo es de un valor indiscutible, y en los tres casos salvados el tiempo transcurrido entre el accidente y el acto operatorio fue de tres a cuatro horas; pero en los casos perdidos, el tiempo fue más o menos el mismo.

El drenaje en la forma anotada ha sido duramente combatido en Francia por el Profesor Duval, autoridad de primer orden en la materia, y sostenido ardientemente por el Profesor J. L. Faure. Anota el primero el inconveniente de que la retirada del saco expone a fístulas intestinales, y también que retarda la cicatrización de las heridas. Bien estudiado lo tendrá. Pero lo cierto del caso es que en mis tres observaciones no hubo ni un solo accidente de esta naturaleza, y en cambio se evitó la peritonitis que hubiera sido fatalmente mortal, como lo fue en los otros cinco no drenados en esta forma.

En cuanto al avivamiento de los bordes de la perforación cuando se trata de heridas con arma de fuego, el asunto es bastante lógico; al respecto tengo una observación muy pertinente: Uno de los cinco heridos que murieron, fue operado en oportunidad (a las tres horas), y, por primera vez, le dejé el drenaje de Mickulicz; en esa ocasión no hice la resección de los bordes de las perforaciones sino que directamente suturé en los dos planos clásicos. El enfermo murió a los diez días de peritonitis, y al practicarle la autopsia se encontraron todas las heridas del intestino despegadas, ni una tan solo había cicatrizado. Se pudiera pensar que las heridas no consolidaron por el Mikulicz, pero no sería más



lógico suponer que fue la falta de avivamiento la causa inmediata de la no cicatrización, ya que en los casos en que ésta se hizo, y se aplicó el Mikulicz, la consolidación de las heridas fue perfecta?

En otro de los operados practiqué la resección de los bordes mortificados, pero no drené con Mikulicz; el enfermo murió de peritonitis a los once días. La autopsia así lo comprobó, pero se pudo también controlar que las heridas habían *cicatrizado* muy bien, y deduzco yo que la peritonitis probablemente se hubiera evitado con el drenaje de Mikulicz.

Por último, la sutura de las paredes abdominales en un solo plano está ya aceptada en esta clase de intervenciones, y así lo consignan los autores, por la sencilla razón de que se le economizan al enfermo tiempo y anestésico; en efecto, por hábil que sea el cirujano la sutura de los tres planos siempre demanda tiempo, más o menos largo, y en esta clase de intervenciones lo importante es terminar bien, pero lo más pronto posible.



## ✓ TRATAMIENTO DE LA LEPROA GRIEGA

DR. J. B. LONDOÑO

*Aceite de chaulmugra.*—El aceite de chaulmugra se extrae del Taraktógenos Kursii (King). Las semillas de este árbol contienen, además de las gliceridos de los ácidos grasos, otro de un tipo especial conocido con el nombre de *chaulmúgrico*, antes llamado *ginocárdico*, en el cual halló Moss dos ácidos no saturados que llamó al uno *chaulmúgrico* e *hydnocárdico* al otro. Son los ésteres y gliceridos de estos dos ácidos y los del ácido *palmítico*, los principios activos del aceite de chaulmugra.

El aceite de chaulmugra lo extraen también de otras plantas, a saber:

- Hydnocarpus antihelminthica, de Pierre
- ” Hutchinsoni, de Merrill
- ” Wightiana, de Blume

Ginocarda odorata, de R. Brown, etc.

Pero estos aceites no contienen los mencionados ácidos.

El *Hydnocarpus alcalae*, de C. de Candolle, contiene ácido chaulmúgrico, pero no contiene el hidnocárpico.

Por indicación de L. Rogers el señor Gosh aisló por el procedimiento de las cristalizaciones fraccionadas los cinco o más ácidos que contiene el chaulmugra, quien preparó las sales de soda que llamó ginocardato de soda, y que Rogers empleó en la lepra en inyección intravenosa: solución al 3% adicionada de  $\frac{1}{2}$ % de citrato de soda. La dosis inicial de cada inyección fue de medio centímetro cúbico, que elevó gradualmente a cinco c. c. con resultados favorables. Posteriormente se han empleado soluciones más fuertes: 4,5 y 6% con 1% de citrato de soda, empezando por 5 c. c. hasta 12 c. c.

Otto Scholl ha preparado otros compuestos sólidos llamados ginocardato de soda S y ginocardato de soda D, utilizando, en el primero, todos los ácidos grasos, en vez de los obtenidos por cristalizaciones fraccionadas; y en el segundo, casi todos los ácidos totales purificados por destilación en el vacío.

No se puede negar que los resultados obtenidos con esta medicación son de mejorías evidentes en 80% de los casos. Pero tratándose de esta enfermedad no es fácil pronunciar la palabra *curación*.

Los ésteres etílicos de los ácidos grasos del chaulmugra, aislados por Hollman, Mac. Donald y Dean, en 1919, han dado resultados sorprendentes y mejorías extraordinarias.

El *treactyl*, de Rangel Prestave, del Brasil; el *chaulmugrol*, de Díaz de la Cruz y Pablo Gans, del Brasil; el *hyrga-*

*mol*, de Poulenc-féres, de París, tienen por principio activo esos mismos ésteres. Estos ésteres etílicos son muy irritantes e inyectados producen tos, sofocaciones y vértigos, y localmente inflamación, seguida de fiebre, erupciones, neuritis, reumatismo, iritis e iridocoroiditis.

Adicionados de yodo,  $\frac{1}{2}$  a 1%, causan menos irritación local y poca reacción general, y sus efectos inmediatos sobre la enfermedad son buenos.

Los ésteres etílicos creosotados, al 10%, reducen al mínimo las reacciones local y general y tienen efectos curativos más pronunciados.

*Interpretación del efecto curativo de este remedio.*—Interesantes estudios de Walker y Suceney enseñan que las sales de soda de los ácidos grasos del aceite de chaulmugra son con respecto a los bacilos ácidos resistentes, *cien veces* más activos que el fenol, y que el ácido chaulmúgrico no tiene sobre los otros bacilos poder bactericida.

La acción inhibitoria del chaulmugra sobre el bacilo de la tuberculosis es *específica*. Los aceites del *Tarak. Kursii*, del *H. wighteana*, del *H. subfacata* y del *H. venenata*, poseen la misma acción, en orden decreciente; y el del *Ginocardia odorata*, no la posee.

Para Rogers los ácidos de la serie chaulmúgrica atacan las cápsulas o cubiertas y provocan la fragmentación bacilar.

Recientemente Mr. Rogers, habiendo comprobado que el moruato y el soyato de soda poseen acción eficaz contra la lepra, careciendo como carecen de la acción anhibitora contra sus bacilos, y teniendo en consideración que en los leprosos están disminuídas las lipazas sanguíneas, explica de otro modo la favorable acción de estos medicamentos: la acción química de los ácidos grasos se efectúa *aumentando* las lipazas sanguíneas y su poder lipolítico, a lo cual se debe la destrucción de la envoltura cerosa y a que se ponen en libertad los antígenos intracelulares, a los cuales se debe la inmunidad activa que el organismo adquiere contra la infec-

ción. Chatlergi trató dos enfermos con buen resultado, sirviéndose de los ésteres del aceite de higuierilla o ricino.

Con el soyato de soda (del aceite de soya), trató Rogers una amplia lesión macular leprosa, durante seis meses, con gran mejoría.

A. Lindemberg comprobó la acción inhibitora sobre los bacilos ácido-resistentes, de los ácidos no saturados del *carpotroche brasitensis* y del *bixa orellana*.

---

Un distinguido médico colombiano, que reside actualmente en los Estados Unidos, en carta que me dirigió en Septiembre del año pasado, me escribe lo siguiente: Es el caso, querido amigo, que hay otra *Bixácea*, el *Bixa Orellana*, nuestro común achote o achiote. Separando la grasa de la semilla, librándola de la materia tintórea, se podría seguramente buscar los ácidos grasos y preparar sus sales de soda, siguiendo los métodos de Rogers y Dean. . . . La idea esta no es nueva y mucho menos mía, pues he visto en un periódico de Costa Rica hace algún tiempo que un doctor Montero ha estado usando el achote en la lepra (mas no dice en qué forma lo usa), y parece que ha obtenido buenos resultados. . . .

Ha llegado a Colombia, y al recibo de estas líneas seguramente esté ya en Bogotá un doctor Benchetrit, de Venezuela, que a su paso por Barranquilla ha dado conferencias sobre un plan curativo de la lepra. Parece que él da el *chaulumgra*, haciéndolo tolerable por algún procedimiento, para poderlo administrar en gran cantidad.

Entiendo que no ha dicho cuál es el procedimiento y que de ello hace un secreto. Si es así esto, es ya una señal de que es un charlatán, pues usted convendrá que un científico no debe tener método curativo en secreto.

Hay más; dijo este señor que iba a probar en Colombia que la lepra se cura y que no hay por qué tener los leprosos en un inhumano aislamiento. Lo primero no es nuevo después de los estudios de la Escuela de Rogers, y lo segundo me suena algo peligroso.

Ya escribí algo sobre el plan de Rogers antes de vernirme y creo que le mandé a usted ese escrito. Rogers asegura que la lepra dentro de algunos años tiene que desaparecer, pues basta evitar el contagio con el aislamiento bien sostenido y curando los casos nuevos desde el principio (sorprendiéndolos en el moco nasal), y esperando a que los avanzados se mueran.

No deja de llamarme la atención el que si el método curativo del doctor venezolano difiere del de Rogers y sus discípulos, no lo haya hecho conocer fuera de Venezuela y que hasta ahora haya quedado ignorado por nosotros. Yo no quiero suponer que sea un charlatán, pero me repugna mucho el secreto en tratamientos científicos.

Volviendo al achote, le recuerdo que el chaulmugra es caro y que la bixácea que lo produce no se cultiva entre nosotros".

El *achote*, *Bixa Orellana* L, pertenece a la familia de las *Bixáceas*, serie de las *Bixeas*. Hay dos variedades: una cuyas semillas dan un tinte color amarillo anaranjado, y otra acre rojo, que es la común: la materia colorante amarilla es soluble en el agua y en el alcohol y se llama *Orenilla*; y la roja, es soluble en el alcohol y el éter, y se llama *Orexina*.

Los indios americanos del Sur se cubren el cuerpo para evitar la picadura de los insectos con un aceite espeso, amargo, extraído de las semillas del *carapa quianensis*, mezclado con achote. Este tinte resiste a los ácidos, al jabón, al cloro, pero se quita al aire y con la luz. Desde el punto de vista médico esta materia colorante es astringente y ligeramente purgante. Se emplea en las disenterías y parece obrar a semejanza de la ipeca.

Los granos son astringentes y pasan por ser febrífugos.

---

Siguiendo el procedimiento usado en las Antillas, según Nicolls, hemos separado las materias colorantes de las semillas para darlas a analizar al doctor Jaramillo Mada-

riaga, quien les ha extraído cierta cantidad de un aceite que pongo a la disposición del que quiera ensayarlo.

JUAN B. LONDOÑO



## PORADENITIS INGUINAL SUBAGUDA

Medellín, Mayo 10 de 192.

Señor doctor

Gil J. Gil.

Presente.

Mi amigo y señor:

En el número 18 de la importante revista médico-quirúrgica que usted publica, correspondiente al mes de Diciembre próximo pasado y salido hace pocos días, he leído el artículo titulado "*Poradenitis Inguinal Subaguda*", suscrito por usted y por el señor doctor M. M. Calle; y en los mismos días circuló la Tesis de Grado de un aprovechado discípulo de nuestra Escuela de Medicina, el doctor J. Aristizábal, sobre el mismo asunto.

El estudio de estos dos trabajos me ha confirmado una vez más en lo que he venido sosteniendo hace ya largo tiempo, es a saber: Que conocemos más lo que sucede en el exterior que lo que ocurre en nuestra propia casa, y que sólo cuando los estudios vienen en revistas o periódicos ultraandinos, los consideramos dignos de parar mientes en ellos y de su imitación y análisis.

Y digo lo anterior por haber pasado absolutamente inadvertidas las observaciones que desde el año de 1911 publiqué yo en la revista médica de Bogotá sobre "*Bubón Climático*", y que me valieron el honor de ser nombrado Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Me-

dicina. A dichas observaciones no hacen alusión ustedes en los trabajos a que me he referido, lo que no atribuyo ni remotamente a desatención, sino a no haber conocido sin duda las publicaciones nacionales sobre la materia.

Ya que parece llegado el tiempo de preocuparnos por esta entidad patológica, como ustedes lo insinúan, voy a permitirme recordar a los lectores de su Revista los puntos más salientes de mi estudio de hace diez y siete años, el primero que sobre este asunto se publicó en Colombia, con el fin de contribuir en mínima parte al conocimiento de nuestra patología regional.

El primer caso es el de un Cadete del Batallón acantonado en Manizales, mozo de veintiún años, de contextura privilegiada y de apostura verdaderamente marcial. Como antecedentes personales manifestó haber sufrido de una antigua blenorragia. No ha tenido ninguna manifestación sifilítica y hasta el momento en que empezó a sufrir la enfermedad actual ha gozado de una completa euforia.

En el mes de Julio de 1910, se presentó a mi consulta con fiebre, malestar general y dolor en la región inguinal derecha. Dicho dolor irradiaba hacia la espina ilíaca anterosuperior y hacia la región crural. Los ganglios comenzaban a infartarse.

Examiné cuidadosamente las partes vecinas y no hallé ninguna enfermedad venérea que explicara aquel infartamiento. Con las reservas del caso hice el diagnóstico de bubón climatérico, le manifesté al enfermo que no había por qué temer nada grave y lo hice poner en reposo.

Aun cuando de buen grado el enfermo hubiera deseado desobedecer las prescripciones médicas relativas a la quietud—pues siendo instructor de la fuerza, se preparaba con ejercicios atléticos y maniobras varias a solemnizar los festejos del Centenario—hubo de irse a la cama por imposibilidad física para estar en pie y marchar sin notables claudicaciones.

El infarto ganglionar progresó hasta alcanzar uno de

los ganglios el tamaño de un huevo de pavo. Poco después el ganglio se reblandeció, y al abrirlo con lanceta dio muy pocas gotas de una substancia de color amarillento, sin apariencia de pus. A los seis u ocho días la herida se cerró, pero persistían el dolor y la hinchazón de la ingle. Así continuó sin otra medicación que una pomada compuesta de yoduro de plomo, de yoduro de potasio y unguento mercurial hasta que pasado un mes en el lecho, el enfermo volvió a sus ocupaciones habituales sin ninguna secuela de la enfermedad padecida.

El segundo caso se presentó unos pocos días después del anterior. Es un empleado del Tribunal Superior recientemente venido de Cartago. Como el calofrío, la fiebre y el malestar le aparecieron después de regresar de una región palúdica, lo atribuyó todo a la acción de la malaria y aconsejado por un médico se contentó con tomar quinina; mas como bien pronto tuvo dolor en la región inguinal e infarto ganglionar, todo lleno de confusión vino a consultar acerca de lo que le acontecía. En años anteriores le había tratado yo mismo una blenorragia, de la cual no le había quedado resto alguno. Por lo demás, no había ninguna lesión en las pudendas ni en las regiones adyacentes.

Alegréme interiormente de poder observar otro caso semejante al anterior; aseguré a mi cliente que no tenía nada que temer, le alejé toda inquietud en relación con la sífilis y le prescribí quietud, una pomada resolutive y pociones tónicas.

Los ganglios no supuraron; la enfermedad cedió en el curso de pocos días y el enfermo se ocupó de lleno en sus labores de pendolista sin tener que lamentarse de nada más hasta el día de esta publicación (Enero de 1911).

El 30 de Agosto, poco después de los casos relatados anteriormente, se presentó otro enfermo llamado J. Estrada. Arriero de profesión, este individuo no tenía antecedente ninguno venéreo; llegado de Mariquita, sintió calofrío, dolor de huesos, dolor e infarto ganglionar, en una palabra,



el síndrome descrito anteriormente, menos la supuración de los ganglios, que no llegó a presentarse. Pasados quince días de relativa quietud, durante los cuales el enfermo tomó algunos tónicos y se aplicó la pomada mencionada, todo volvió a su estado normal.

El 1º de Septiembre se presentó un nuevo paciente, el señor J. Londoño, de 18 años de edad, hacendado y muy vigoroso. En él no había afección venérea, mas como la aparición de los bubones de ambas ingles fue muy ruidosa, lleno de temor vino a consultarme para una enfermedad venérea. Persuadido con dificultad de que se trataba de una afección completamente distinta, prescribí una medicación adecuada y a los 29 días próximamente los bubones habían entrado en regresión franca y no quedaba huella de ninguna enfermedad, toda vez que los ganglios no supuraron.

En los primeros días del citado mes de Septiembre observé un nuevo caso. Los síntomas premonitorios fueron también muy ruidosos; el infarto ganglionar fue doble y uno de los bubones supuró. Examinado al microscopio el pus, no se halló ningún organismo que llamara la atención. Al cabo de un mes el enfermo había sanado completamente.

La sexta observación corresponde a un soldado del Regimiento de Infantería, llamado F. Salinas, el cual enfermó a fines del mes de Septiembre. Como antecedentes manifiesta haber sufrido de sífilis anterior, de vieja data. Los bubones alcanzaron proporciones extraordinarias; uno de ellos tenía el volumen de una naranja. Hícelo ir al Hospital, en donde se le puso en reposo y se le prescribieron emolientes. Tomé una mancha de sangre que coloreada por el método de Leishman, examiné luego con el microscopio, no hallando en ella sino gran cantidad de leucocitos y de poliformo-nucleares. A los quince días volvió a tomar servicio militar activo.

La observación séptima fue la de Pedro R., de 25 años de edad, soltero, robusto y sin antecedentes venéreos. En Septiembre sintió calofrío y malestar general, en términos

que tuvo que abandonar su ocupación de jefe de un Club. Al principio fue tratado por un médico que diagnosticó fiebre tifoidea, pero habiéndose ausentado aquél por algunos días, fuí llamado a reemplazarlo. El enfermo tenía a la sazón dolores en el hipogastrio y pude observar en la región inguinal izquierda un infarto ganglionar que adquirió proporciones alarmantes. Los fenómenos generales cedieron con dificultad al tratamiento; los bubones se desinfartaron poco a poco, excepto uno que persistió a pesar de haberse levantado el enfermo, y que tuve que abrir para dar salida a una materia amarillenta, de aspecto viscoso que examinada con cuidado al microscopio fue hallada sin el más leve germen patógeno.

L. E. Franco, otro militar en servicio activo, sin manifestación venérea anterior, enfermó en el mes de Octubre. El infarto ganglionar de este octavo caso fue doble y alcanzó grandes proporciones. En el mes de Noviembre apareció una pequeña cantidad de pus en uno de los ganglios, cuyo examen microscópico fue negativo. En la sangre se halló gran cantidad de poliformo-nucleares y leucocitos.

R. Ramírez, de 24 años de edad, tuvo hace dos años un chancro sifilítico, pero ha tratado de manera metódica y científica su infección venérea. En el mes de Octubre sintió malestar e infarto ganglionar de la ingle izquierda. A los quince días le supuró uno de los ganglios y poco después estaba curado.

La observación décima es la de D. Marín, casado, sin antecedentes venéreos de ninguna clase, quien enfermó el 13 de Noviembre. Como en los casos anteriores, hubo en éste mucho malestar, calofrío, fiebres y luégo un infartamiento doble de los ganglios de la ingle. El 19 de Noviembre hice un examen de la sangre, después de colorear una mancha por el método de Leishman, y no encontré, aparte de la poliformo-nucleosis, nada que me llamara la atención. Los ganglios crecieron un poco y uno de ellos llegó a tener una

poca cantidad de pus, pero no hubo necesidad de abrirlo. En el mes de Diciembre el enfermo estaba otra vez sano.

La undécima observación es la de M. A. Ceballos, de 30 años de edad y conductor del correo. Hace dos años sufrió una blenorragia y posteriormente tuvo accidentes sifilíticos que le traté yo mismo de manera enérgica y eficaz. El 19 de Noviembre, estando en Bogotá transitoriamente, sintió cefalalgia, calofrío y dolores en la ingle izquierda. A su regreso, vino a consultarme; pocos días después, le diagnosticué bubón climatérico y a los quince días próximamente el enfermo volvía a sus ocupaciones ordinarias. El examen de la sangre de este individuo no dio ninguna enseñanza positiva, debiendo agregar que el año anterior le había tratado una fiebre recurrente atrapada en una posada cerca a Mariquita.

Finalmente, el señor N. López, de Santa Rosa de Cabal, soltero, de buena salud en general y sin antecedentes venéreos, me consultó en el mes de Noviembre para unos bubones que sin chancros previos, le habían aparecido hacía algunos días. Uno de dichos bubones estaba ya supurado. Pude asegurarme de que la manifestación no tenía nada de venéreo, y el enfermo volvióse a su pueblo en donde volví a verlo en el mes de Enero siguiente, gozando de buena salud, pero con una pequeña fístula en el bubón supurado.

Las doce observaciones anteriores, clasificadas en relación con los antecedentes, pueden agruparse así:

Buena salud anterior.....	6
Sífilis antigua.....	3
Blenorragia anterior.....	3

Ninguno de los enfermos ha tenido tuberculosis; solamente tres de ellos sufrieron accidentalmente de paludismo y uno de fiebre recurrente.

Tales son, señor Director, las observaciones que presenté en 1911 al estudio de la Academia Nacional de Medicina. No queriendo alargar demasiado esta comunicación,

no entro a transcribir los conceptos emitidos entonces acerca de esta entidad mórbida y sólo he de agregarle que después de los casos relatados he encontrado en mi práctica civil lo mismo que en la hospitalaria, otros casos más de bubón climatérico.

Soy de usted atto. S. S. y colega,

EMILIO ROBLEDO

---

NOTA.—Muy cordialmente agradecemos la carta anterior, y nos es grato manifestar que en la introducción al trabajo presentado en asocio del doctor Calle, abundamos en las mismas razones que nuestro amigo el doctor Robledo expone ahora sobre el desconocimiento de la literatura médica nacional y la poca importancia que se da a muchos trabajos de verdadero valor científico, escritos por médicos colombianos. Al escribir el artículo aludido conocíamos el trabajo del doctor Robledo, algunas observaciones de otros médicos publicadas en Revistas de la capital y una Tesis de la Facultad Nacional. Y decíamos: “. . . Sin que hayan faltado médicos colombianos que se han ocupado en el asunto para hablar de dicha entidad mórbida con el nombre de *Bubón Climatérico*, una de las denominaciones con que suele llamársela. Y decimos que ya es tiempo, porque, si es verdad, como antes dijimos, que médicos nuestros han escrito sobre el particular, sus observaciones han pasado un tanto inadvertidas, como sucede con muchas otras investigaciones que, quizás por no tener el atractivo de lo extranjero, son leídas y apreciadas como cosas de poco momento.—L. D.



## RESUMEN DE OBSERVACIONES

I.—AINHUM O EXERESIS ESPONTANEA DE LOS  
ARTEJOS

DR. J. YEPES C., de Pueblo Rico

P. R., natural de Tarso. Agricultor. Casado. Hace tres meses comenzó a observar un surco en la parte interna y dorsal del quinto artejo izquierdo acompañado de ligera hiperesesia (Véase el grabado). En los últimos ocho días siente con frecuencia dolores lancinantes en la parte más profunda del surco, motivo por el cual viene a la consulta.



Conocedor del probable origen hanseniano de esta singular enfermedad, emprendí un detallado examen clínico en este sentido, sin lograr encontrar manchas, tubérculos, nervios nudosos, trastornos de la sensibilidad, lesiones nasales ni oculares que autorizaran tal sospecha.

Tampoco hallé antecedentes ni manifestaciones de espe-

eficacia schaudinniana. La encuesta familiar en ambos sentidos fue igualmente negativa.

Como tratamiento practiqué, según el consejo de Castellani, una incisión longitudinal paralela al artejo en la parte más profunda del surco. La lesión cedió completamente a este tratamiento y el artejo conservó su vitalidad.



## DE REVISTAS

### TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS AGUDA. DR. E. BRESSOT

Se sostiene la discusión entre los intervencionistas y los temporalizadores en el tratamiento de la apendicitis aguda.

Diagnóstico precoz e intervención inmediata es la fórmula que debe regir toda clase de apendicitis. Sin embargo, lo divergencia existe en cuanto al momento de practicar la intervención.

En presencia de una crisis manifiesta, precisa, de apendicitis aguda, todo médico debe comportarse como si estuviera frente a una hernia estrangulada. Para establecer esta fórmula, nos fundamos en las consideraciones siguientes:

No es posible fijar el principio de toda apendicitis, de donde no es posible atenerse al precepto de no operar pasadas las primeras cuarenta y ocho horas.

La diferente variabilidad de la infección. Iniciada una crisis de apendicitis, no se puede prever su evolución ni cuándo terminará, así como tampoco cuáles serán sus accidentes.

Se evitan las complicaciones por parte del peritoneo, del hígado, del riñón, etc.; la inmovilización prolongada e

inútil, la dieta de rigor durante todo el período agudo y la amenaza de nuevo ataque.

Sin duda, por la intervención inmediata y sistemática, el cirujano será requerido para quitar apéndices que hubiesen podido perfectamente ser sometidos al enfriamiento; pero, por el contrario, el que opera en medio de una calma engañosa lo hará a la suerte; evita las formas tóxicas e hipersépticas, que serán raras cuando sea ley la intervención precoz en la apendicitis aguda.

Operando en frío, "se curarán solamente aquellos que tuvieron la ocurrencia de no morir durante el tratamiento" (Riche); operando todos lo más próximo del principio de los accidentes, se curarán todos.

El público debe saber que toda fosa ilíaca derecha dolorosa debe ser sometida al examen médico; el médico debe, una vez fijado el diagnóstico de apendicitis, poner su enfermo en manos del cirujano para ser operado en seguida.

Es lo que llevaría a decir como cierto cirujano cuando se comentaba su excelente estadística: "Los enfermos que yo opero son los mismos que los que vosotros operáis, solamente que yo los opero más pronto".

(De *París Medicale*)

---

#### APENDICITIS CRONICA. DUPUY DE FRENELLE

Hay cuatro grados de apendicitis crónica:

1º—La apendicitis crónica existe sola.

2º—Está asociada a la Epiploitis y se acompaña de leucicitosis.

3º—Se acompaña de perivisceritis derecha que puede englobar el colon ascendente, el duodeno, la vesícula biliar. Es posible que la linfangitis provoque estas perivisceritis por peritonitis adherente.

4º—En otra grado la apendicitis crónica se complica con neuritis que ataca el plexus simpático, lo cual explica la persistencia de síntomas aun despues de extirpado el apéndice.

Estos grados representan en cierto modo las diversas etapas de la apendicitis crónica, y demuestran que mientras más antigua la enfermedad más amplia debe ser la intervención y menos probable la curación.

*“Páginas Médicas”.*

