

Prurito vulvar y radioterapia

DR. ROBERTO RESTREPO



En Medicina son ordinariamente los fenómenos más comunes los que más serios problemas plantean al científico: no se ha podido explicar aún por qué se produce la fiebre, ni qué produce el catarro vulgar; nadie conoce la causa de las viruelas; el cáncer nos oculta su agente, y la esencia del prurito será un misterio por muchos años.

Pero por fortuna no guardan relación el desconocimiento, absoluto muchas veces, de la etiología de algunas afecciones con la muy grande

eficacia de la terapéutica que contra ellas empleamos: así, la viruela, con sernos desconocido su agente, fue la primera enfermedad infecciosa eficientemente prevenida. Y si el prurito en su esencia misma requiere aún muchos años de investigación, su tratamiento es un triunfo de la medicina actual, cuando es una afección localizada.

Demos de mano al prurito con manifestaciones cutáneas, es

decir, a los consiguientes al eczema y otras afecciones, y menos aún hagamos alusión a los pruritos de origen parasitario, como formas localizadas más rebeldes y desesperantes: el prurito vulvar. Y aun en éste, hagamos caso omiso de los pruritos causados por la diabetes, la albuminuria, la metritis, etc., para fijar nuestra atención en la forma que pudiramos llamar esencial o *sine materia*.

Es una enfermedad frecuente en la edad adulta y en la vejez; y cuando es antigua hay dificultad en su diferenciación con el prurito causado por el eczema, la craurosis, etc., por las modificaciones que al fin ha venido a tomar la piel por el traumatismo del rascar continuado.

Cuando se quiere hacer un tratamiento conveniente del prurito vulvar débese hacer un diagnóstico ante todo: así, si por radioterapia se intenta tratar un prurito de origen anafiláctico, parasitario o diabético, se iría seguramente al fracaso. Igual cosa sucedería si se tratara por aquel medio el prurito causado por una leucorrea. (En este caso trato la metritis con radio intrauterino, con filtración débil y dosis pequeñas -3 mld-.).

Seleccionada convenientemente una enferma ¿qué resultados podremos augurarle con la radioterapia? Obrando dentro de la prudencia que al médico impone una ciencia experimental, podremos anticiparle que será excelente.

Confieso que el primer caso de prurito vulvar que traté (mujer casada, de unos 30 años, que sufría su afección hacía cuatro años) fue para mí desconcertante. Seis horas después de una sesión única de radioterapia superficial, con una dosis de 300 unidades *r*, la enferma me ha llamado al teléfono para manifestarme que por primera vez en cuatro años había tenido un rato de perfecta tranquilidad. Pensé entonces en lo que algunos autores afirman para explicar éxitos tan rápidos: la sugestión. Pero cómo es que esa sugestión no ha obrado antes con las otras drogas, numerosas, que con fracaso seguro hemos empleado ya en las mismas enfermas, drogas en que antes habíamos puesto una fe desmedida?

Veintitrés casos figuran en mis estadísticas, y sólo dos fracasos he registrado en este número. He creído hallar en una de estas últimas enfermas una afección anafiláctica, y debo añadir que si el embarazo es causa muchas veces de prurito vulvar, esta paciente se curó cuando le sobrevino un embarazo gemelar...

Técnica.—Uso una irradiación con 200.000 voltios, sin filtro, y a una distancia de 70 centímetros; vulva enteramente des-

cubierta, y sesión única, nunca mayor de 400 r. Sólo cuando he tenido que tratar casos complicados con prurito anal he hecho dos sesiones, convenientemente distribuidas en las regiones anal y vulvar.

El resultado es casi siempre rápido, y cuando más tardío ha sido se ha manifestado unos veinte días después de la irradiación.

Siempre acostumbro poner en régimen severo a mis enfermas durante un mes por lo menos, con supresión de alcohol, café, condimentos; les prescribo laxantes y una vida calmada.

No es indispensable este régimen; pero sí se nota que cuando se sigue estrictamente las mejorías son más rápidas.

Recaídas.—He tenido tres, la más precoz seis meses después de la sesión de radioterapia. Todas estas enfermas han mejorado después con una nueva sesión.

Conclusión.—Es la radioterapia el medio más eficiente y rápido en la terapéutica del prurito vulvar simple, tan temido antes por médicos y pacientes.

Roberto RESTREPO

Manizales, 1936.

Consideraciones prácticas sobre el Kala-Azar

DR. J. FLOREZ TORO



El Kala-azar es una enfermedad infectiva, de evolución crónica, curva térmica irregular, anemia y una esplenomegalia tan típica que por este solo signo clínico se denomina a la enfermedad **ESPLENOMEGALIA TROPICAL**, tal es la reconocida importancia diagnóstica que tiene este síntoma.

Es tal la importancia social adquirida de este morbo, que en todos los países donde existe como endemia, en España e Italia, no cesan los médicos en divulgar su conocimiento, por medio de publicaciones periódicas, haciendo especial hincapié sobre sus características diagnósticas y epidemiológicas. Llevado de esta misma preocupación, procuraré analizar las diferentes consideraciones diagnósticas de orden clínico, previa sucinta exposición de dos de los varios casos vividos en mis años de ejercicio en una región mediterránea de España (Cataluña), donde el número de casos de Kala-azar infantil aumenta cada año, debido ello a que los médicos se van acostumbrando a pensar más, cada día, en la enfermedad.

Con ello quizás contribuya, en parte, a la orientación diagnóstica del Síndrome de **ANEMIA CON ESPLENOMEGALIA**, síndrome tan frecuente en nuestros medios y el cual se presenta siempre en los atacados de Leishmaniosis orgánica. Su diagnóstico es siempre fácil y más cuando nos acostumbramos a pensar en el Kala-azar, y ante la menor sospecha clínica de la enferme-

dad, sepamos acudir oportunamente al recinto del laboratorio en busca de sus afirmaciones analíticas.

No siempre es posible ni factible, en especial en el medio rural, acudir al laboratorio. Proceder bonito y dentro de la moderación académica evolutiva, a la par que método sencillo, es procelizable a todas luces costoso, no siempre acertado y sobre todo, irrealizable en la mayoría de los casos que en la práctica rural se nos presentan; donde por un conjunto de circunstancias ajenas al médico y propias del medio en el cual se desenvuelven sus actividades, nos vemos obligados, muy frecuentemente, a renunciar a este científico medio diagnóstico, acogernos resignados a la clínica, recorriendo su sendero guiados por nuestra propia experiencia y sagacidad (sentido clínico). De conformidad con esta idea, producto de continuos renunciamientos, aparece consoladora la doctrina sustentada por el Dr. Salazar de Souza, quien recomienda ante todo caso que haga sospechar una posible Leishmaniosis, antes de cruzarse de brazos en espera de un dictamen analítico, como buena la conducta de tratar el caso clínico como si de Kala-azar se tratase, con lo que se evitan, muchas veces, fatalismos irreparables.

El digno pediatra catalán Dr. Sala Ginabreda, en un trabajo publicado en Anales de Pediatría N° 1 del 34, hace especial hincapié sobre la importancia que tiene el llegar en todos los casos a un diagnóstico precoz, convencido de que sólo así se llegaría a disminuir su gran mortalidad. Mi actuación vivida en estos y otros casos, con todo el entusiasmo y responsabilidad médica, me llevan a aceptar como inmodificable el pensamiento del Dr. Sala, seguro como estoy de que sólo con el diagnóstico precoz lograríamos evitar que el Leishmania llegue a destruir en el organismo toda reacción regenerativa de los órganos hematopoyéticos, y por ende la presentación de esos cuadros marasmáticos, en los cuales se ha perdido toda posibilidad de defensa orgánica, que hacen ilusoria toda la terapéutica antimonial, específica de la Leishmaniosis.

Me atrevo a aventurar que esta enfermedad debe ser motivo de honda preocupación por parte de la clase médica, y a mayor abundamiento en quienes ejercen en los medios rurales, donde la vida se desenvuelve aun en plena anarquía profiláctica, y con un desconocimiento absoluto de los principios elementales de la higiene personal y colectivo-familiar; donde se convive con los animales domésticos en plena promiscuidad.

El Kala-azar suele presentarse con el carácter de enferme-

dad esporádica con episodios epidémicos. Su agente productor es un protozoo del género *Leishmania*. Quien primero diera individualidad clínica a esta enfermedad fue el médico inglés Clarke en 1882 en Assam. Desde entonces, hasta una época no muy lejana, se le venía considerando como a una forma grave de paludismo, concepto que fue desvirtuado al demostrarse en todos los casos la ausencia del plasmodio en la sangre, como la ineficacia del tratamiento por la quinina. Manson en 1903 estudiando casos de esplenomegalia tropical le da el carácter de enfermedad *sui generis*, hasta más tarde en que Leishmann presenta su célebre comunicación, anunciando al cuerpo médico, que en el año 1900 había descubierto el parásito agente productor de la enfermedad, en la pulpa esplénica de un soldado muerto de fiebre Dum-dum; hecho que fue más tarde corroborado por Donovan y que Manson sanciona al señalar su presencia en los enfermos de esplenomegalia tropical procedentes de la India.

A la historia de la Leishmaniosis van unidos los nombres de los investigadores: Christophers, que demuestra que el parásito ataca a las células endoteliales; Leonard Rogers, que estudia e individualiza su peculiar curva térmica; J. H. Wright de Boston, quien demuestra la presencia del *Leishmania* en las células de granulación de la úlcera tropical; Nicolle y Compte, quienes comprueban la presencia del parásito en niños y en perros en Túnez y en los gatos en Argelia.

En España son dignos de recordar, entre otros muchos, los memorables trabajos del profesor Pittaluga, el primero en dar a conocer casos de Kala-azar en la Península Ibérica. Vienen luego cronológicamente las comunicaciones del Dr. Fidel Fernández Martínez, quien señala los casos registrados en las provincias de Málaga, Granada, Almería, Córdoba y Jaén; siendo a su vez el primer médico español en dar a conocer la existencia de casos de Botón de Oriente, en Alicante; registrándose más tarde casos en Tarragona por Tonedame y Fullat; los dados a conocer por De Buen, Camacho y por Gay, a más de otros muchos casos presentados últimamente en el servicio de gastro-enterología que en el Hospital de San Lázaro de Granada dirige el Profesor Fidel F. Martínez, por los Dres. Montañez, Negro y Galdo Villegas.

Sería largo el enumerar en la sucesión bibliográfica referente a Kala-azar, el gran número de casos personales dados a conocer por sus observadores, en lo que hace referencia a la escuela de medicina de Cataluña en España, no puedo dejar de recordar los memorables trabajos del profesor Martínez Vargas, los

de los Dres. J. M. Sala y Calafell con una casuística de 12 casos tratados con el Neostibosan según el método de Naiper, con siete curaciones y cinco fracasos. Los famosos estudios clínico-terapéuticos del Dr. Torelló Cendra, cuyas orientaciones terapéuticas fueron seguidas en los dos casos objeto de este trabajo.

CASO I.—Dolores Pi; de edad 22 meses; primogénita. Ningún antecedente familiar digno de mención.

Antecedentes personales: Lactancia materna con destete progresivo a la edad de 11 meses. Desarrollo físico y psíquico dentro de lo normal. En el mes de enero del 31, sufre un proceso bronco-pulmonar que cura sin dejar reliquia clínica alguna. En el mes de marzo enferma de un proceso dispéptico tipo fermentativo por una trasgresión del régimen. En el mes de abril, con motivo de una epidemia reinante en la localidad, sufre el sarampión.

Enfermedad actual: En el mes de agosto presenta trastornos del área digestiva, con ligera febrícula, un sueño intranquilo a causa de un eritema urticado. La niña comienza a perder su lozanía, que se hace aparente por el enflaquecimiento y el tinte anémico de los tegumentos. Con el antecedente de que la paciente es una geófaga empedernida, tierra que suele proporcionarse de las macetas de la casa (en las cuales depone, dicen sus padres, el gato, único animal doméstico que con ellos convive), se piensa en un posible caso de parasitismo intestinal. La investigación analítica en este sentido, a igual que el tratamiento de prueba, resultan negativos.

Ante estos hechos y un cuadro de grave enfermedad que va desnutriendo a la enfermita, oriento su estudio en otro sentido, que me da por resultado el comprobar un bazo que rebasa el reborde costal y un hígado infartado; con una febrícula del tipo remitente; un cuadro anémico bien manifiesto en piel y mucosas, el cual va adquiriendo un aspecto cereo sucio. Cuadro clínico que se acentúa cuatro días más tarde, la esplenomegalia se hace más acentuada, aparecen los edemas a nivel de los párpados y alguna mancha purpúrica.

Frente a este cuadro clínico y el interrogante de un Kala-azar, someto la enfermita a las investigaciones pertinentes, las que dan por resultado la comprobación del *Leishmania* en la pulpa esplénica. Sin más pérdida de tiempo, se somete el caso a la terapéutica específica, empleando para ello el Neotibosan a la dosis diaria y progresiva de 2, 5, 7, 10 centigramos, intramuscular. Para corregir los trastornos hemorrágicos, el Zimema a do-

sis de 2 c. c. a días alternos. Al quinto día de tratamiento se vislumbra ya una franca mejoría, que se manifiesta por descenso térmico, euforia y una ligera reducción del bazo; mejoría que sólo es pasajera, dado que cuando se le aplica la tercera dosis de 10 c. c., reaparece la fiebre y la esplenomegalia aumenta, lo que hace pensar en un caso de resistencia al preparado y bajo esta norma se le cambia por el Antimosan a la vez que se procura mejorar su estado anémico con el empleo de las transfusiones de sangre materna intramusculares a la dosis de 5 c. c. cada dos días y la prescripción de un preparado de hígado per os. La mejoría no se hace esperar hasta el punto de pensar en una curación no lejana, tal es la verdadera transformación en ella experimentada.

La enfermita muere a las dos horas de recibir una inyección de 7 c. c. de Antimosán, en pleno cuadro de toxicosis: temperatura de 40°, gran disnea con cianosis, tos espasmódica y taquicardia intensísima. Síndrome que hace pensar en un cuadro tóxico bulbar, tal cual lo describe Giraud, por la acción del antimonio sobre el bulbo.

CASO II.—Monserrat Campderros. Edad 20 meses. Ningún antecedente familiar de importancia. Tiene dos hermanitos sanos. Presenta un gran retraso en su desarrollo físico y psíquico, con signos bien manifiesto de un raquitismo evolutivo.

Enfermedad actual: En septiembre del 33 y coincidiendo con la erupción dentaria, sufre trastornos dispépticos del tipo de putrefacción, trastornos los cuales son adjudicados por los padres a la dentición y sólo al alarmarse por su persistencia y el desmejoramiento del estado general de la niña, se resuelven consultarme. Por reconocimiento clínico se aprecia un raquitismo florido; tinte anémico de piel y mucosas; un vientre grueso y timpánico, al través de sus paredes se reconoce un hígado y un bazo que rebasan manifiestamente el reborde costal correspondiente; se dibuja una red venosa supraumbilical; existe fiebre a 37,5 y un pulso a 130. En la anamnesis se descubre ser la niña geófaga, hecho que inclina a pensar en un caso de parasitismo intestinal (muy frecuente en esta población), no sin el interrogante de un nuevo caso de Kala-azar. Con la niña convive un perro demacrado, afecto de una ulceración crónica y torpida en la oreja derecha.

Ante la negativa paterna de someter la enfermita a una investigación biológica (punción esplénica), que me permitiese un

diagnóstico certero y rápido, me decido por tratar los fenómenos raquíuticos y vigilar la curva térmica.

Dado que la niña mejora con el tratamiento dietético-vitámico establecido, sus padres descuidan ya toda observación y no vuelven a consulta con la niña hasta dos meses más tarde. Se la encuentra con el siguiente cuadro clínico: palidez intensa de piel y mucosas de aspecto céreo, se une a ello epistaxis repetidas y manchas petequiales; un vientre enormemente grueso con red venosa tipo cava; un bazo que llega hasta la línea bisiliaca y manifiesta hepatomegalia; un estado edematoso que da un aspecto abotagado a la enfermita, con una temperatura de 37,8, con una doble remisión en las 24 horas (tipo doble de Rogers).

Ante este cuadro de grave enfermedad que ha evolucionado en breve tiempo, y pensando en el Kala-azar, insisto nuevamente en la indicación de su comprobación biológica, previa una punción del bazo, no pudiendo llegar a ella, dada la obstinada oposición de los padres, aterrorizados ante la idea de la misma, hasta tal punto, que me ha sido necesario emplear una gran dosis de paciencia y gran locuacidad para llegar a convencerles de la absoluta necesidad de dar inyecciones a la niña, convencido de que sólo así se las podría salvar. Con estas dificultades y dando todo su valor al cuadro clínico, prescribo el tratamiento específico antimonial con su aditamento del reconstituyente y antianémico del caso. Por el resultado obtenido, que fue la curación, no sólo se nos confirma el diagnóstico, sino que me da la satisfacción de haber librado de las garras mortíferas del protozoo, a este organismo infantil que parecía ya falto de toda resistencia orgánica de defensa, tal era su estado marasmático.

Como accidentes dignos de hacer constar en el curso del tratamiento, a la tercera dosis de 10 c. c. de Neostibosán, se presenta la intolerancia por vómitos, tos espasmódica y ascenso térmico, lo que obliga a espaciar las inyecciones a días alternos, con la cual medida se vence en parte la intolerancia que acaba por desaparecer al espaciar la inyección por un día más; obteniéndose una mejoría tan manifiesta, para poder disminuir luego los intervalos, de tal suerte, que ya las últimas dosis se dan diarias sin contratiempo alguno. La esplenomegalia fue dismiuyendo en el curso del tratamiento, para llegar al final del mismo a estar a nivel del reborde costal. Desde el día en que se le dio de alta hasta finales del año 35, período durante el cual he seguido vigilando a la paciente, se comprueba una normalidad absoluta, y una gran mejoría de sus trastornos raquíuticos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CLINICO-BIOLOGICO.—

El diagnóstico del Kala-azar, no deja de ser tarea fácil en la clínica, siempre y cuando el médico se acostumbre a pensar en él ante todo síndrome de anemia con esplenomegalia y más aún si ante tal sospecha le es dado apelar a su comprobación biológica.

Todo cuadro clínico acompañado de curva térmica remitente, esplenomegalia, anemia con leucopenia y mononucleosis, ha de despertar la idea de un caso de Kala-azar. Una tal sospecha obliga el hacer un diagnóstico de certeza para instituir a tiempo el tratamiento que le es específico, el Antimonio. Para ello la demostración microscópica del *Leishmania* en frotis hechos con pulpa esplénica, es indispensable. Ello requiere la práctica de la punción esplénica, tomadas previamente todas las precauciones necesarias para precaver contratiempos que podrían resultar fatales, tales como las hemorragias secundarias. Pensando en sus peligros, que por lo demás se aminoran, si no desaparecen, es por lo cual algunos investigadores preconizan en su lugar, la punción hepática o la de la medula ósea, y las investigaciones en la sangre mediante el cultivo en el medio N. N. N. También puede dar buenos resultados diagnósticos la Reacción del FORMOGEL de Napier, cuya técnica es: a 1 c. c. del suero del enfermo añadir una gota de formaldehido; si es positiva el suero se enturbia y coagula en pocos minutos. Otra más, es la reacción del Antimonio de Chopra que consiste en agregar unas gotas de la solución de antimonio al 4 % al suero del enfermo diluido en 10 veces su volumen en suero fisiológico; si es positiva se produce un gran enturbiamiento.

El Profesor Buss emplea con mucho éxito la prueba de la intradermoreacción con una vacuna especial, en el diagnóstico de la leishmaniosis cutánea del Brasil.

Es un hecho que al práctico no siempre le es dado poder recurrir y servirse del laboratorio; con toda su responsabilidad y abnegación ha de seguir, en estos casos, el sabio camino de la clínica, fácil de recorrer siempre y cuando se esté acostumbrado a revivir in mente, los distintos síndromos clínicos. Recordando el que es propio de la enfermedad que nos ocupa, sus signos clínicos más sobresalientes son: después de un período de incubación que parece ser de 10 días (Manson), tiene un comienzo insidioso con trastornos del tramo gastro-intestinal, acompañado de una curva febril del tipo remitente irregular, muchas veces con una doble remisión en las 24 horas. En el curso de este período febril el hígado y el bazo aumentan de volumen, en especial el bazo que

llega a adquirir tamaños inusitados, como sólo se ven en los casos de paludismo crónico. Se presenta un empeoramiento del estado general caracterizado por una anemia intensa, que toma un aspecto céreo sucio característico (fiebre negra), se acompaña de un estado de abotagamiento edematoso que enmascara la emaciación en estos enfermos que ofrecen el aspecto de los pastosos de Czerny. A todo ello se le acompaña manifestaciones de una diatesis hemorrágica, con manchas petequiales, púrpura, epistaxis y hemorragias gingivales. En su evolución progresiva y crónica con remisiones, conduce a la muerte en medio de un cuadro marasmático y caquexia progresiva, en el curso del cual son frecuentes las complicaciones de todo género, en especial procesos ulcerosos y gangrenosos de piel y mucosas, el Noma.

En frente de un síndrome clínico con estos caracteres más o menos esbozados o manifiestos, según el tiempo de evolución; la primera incógnita a despejar es: el paludismo, contando para ello con los antecedentes, el tipo de la curva térmica, la investigación del hematozoario en la sangre y la influencia de la quina que es de efectos nulos en el Kala-azar.

En la población infantil se debe diferenciar de la ANEMIA ESPLÉNICA INFANTUM de Yaksch-Jayem, denominada también ANEMIA SEUDOLEUCOCÉMICA INFANTIL; síndrome en especial de la primera infancia, cuyo cuadro clínico guarda una gran similitud con el del Kala-azar, diferenciándose sólo por pequeños matices. Se presenta en especial en niños afectos de raquitismo, no es en ella frecuente la fiebre a no ser que exista alguna complicación, tomando entonces el carácter de remitente irregular. La anemia es del tipo céreo con tono amarillento; igual hepato y esplenomegalia, con intensa desnutrición y caquexia, que al final se acompaña de manifestaciones hemorrágicas de piel y mucosas. Para diferenciar las dos enfermedades, ambas propias del infante, pudiendo el Kala-azar atacar a un niño raquítico (caso segundo); es del todo forzoso apelar al estudio del cuadro hematológico. En el Kala-azar se comprueba anemia con oligocitemia y oligocromenia, y lo que le es altamente característico, una leucopenia manifiesta (hasta de 1000 a 2000 leucocitos por c. c.) con una monocitosis de 8 a 12% y linfocitosis relativa. En la anemia esplénica se comprueba una reacción leucocitaria intensa o moderada con mielocitosis y linfocitosis, que explica la existencia de los infartos ganglionares.

La enfermedad de Gaucher es un síndrome raro, de carácter familiar, en el cual la esplenomegalia, que comienza ya en la edad

infantil, se va desarrollando lentamente y se acompaña de una coloración bronceada típica de las partes descubiertas; enfermedad que tiene un curso marcadamente crónico y termina fatalmente, al final de la cual parecen hemorragias por trombopenia. En su cuadro hematológico se comprueba anemia con leucopenia moderada y linfocitosis. En el bazo y ganglios linfáticos se encuentran las típicas células endoteliales de Gaucher.

Descartamos la enfermedad de BANTI, que aunque es verdad, su primera manifestación clínica es la aparición de un tumor esplénico liso y duro acompañado de hepatomegalia, anemia y trastornos gastro-intestinales; por ser una enfermedad rara, de evolución crónica y por períodos, apirética, en el curso de la cual la anemia es moderada y no tarda en aparecer una ictericia bien manifiesta, para entrar luego en un cuadro de cirrosis atrófica de hígado con ascitis, urobilinuria y hemorragias del conducto gastro-intestinal. Su cuadro hematológico es bastante semejante al del Kala-azar: leucopenia con linfocitosis relativa y monocitosis, pero faltan siempre los mielocitos según Rosenow.

Las enfermedades esplenomegálicas por excelencia, son las LEUCEMIAS. Sería una gran falta clínica el no pensar en ellas. Llegamos a aislarlas por sus peculiares caracteres de la reacción ganglionar y leucocitaria. En la forma LINFÁTICA, al lado de la esplenomegalia están los típicos infartos ganglionares, en forma de ganglios duros o blandos, no dolorosos, libres y rodaderos formando masas tumorales que no se ulceran; al final de la enfermedad se presenta la diátesis hemorrágica con trombopenia. En su cuadro hematológico se aprecia además de la anemia, la característica leucocitosis, de 15 a 30.000 por c. c., con gran linfocitosis y neutropenia. Como una variedad de esta linfadenosis está la seudoleucemia linfática de Cohnheim-Pinkus, la cual puede manifestarse clínicamente sólo por la esplenomegalia sin la reacción ganglionar, pero en su fórmula leucocitaria se confirma la linfocitosis característica hasta de un 9%.

En la LEUCEMIA MIELOIDE, que suele ser más frecuente en la segunda infancia, destaca la esplenomegalia como síntoma dominante; son frecuentes en ella los fenómenos de periesplenitis que llegan a producir engrosamientos de la cápsula esplénica. Se presenta el dolor a la percusión del esternón y de la tibia como un signo de la alteración de la médula ósea. En su cuadro hematológico se aprecia una anemia hipocromática o menos intensa, con una leucocitosis tan elevada que puede llegar hasta 200.000 leucocitos por c. c., con la presencia de mieloblas-

tos, promielocitos, metamielocitos y linfopenia, amen de otras características. De la mielosis leucémica hemos de separar la forma ALEUCEMICA descrita por Hirschfeld en 1908, en la cual sólo se comprueba clínicamente una esplenomegalia, que por el examen hematológico o con la punción esplénica se le puede separar patogénicamente de la del Kala-azar. En esta forma de leucemia la leucocitosis es normal en cantidad, pero no así en calidad, alterada en el sentido mielémico. En el jugo esplénico se reconocen los elementos de la médula ósea, mielocitos y mieloblastos que son patognomónicos.

Esto en cuanto a lo que concierne a las formas crónicas de linfadenosis y de mielosis, que son quizás las únicas formas de importancia diagnóstica diferencial con el Kala-azar, puesto que las formas agudas suelen evolucionar fatalmente en corto plazo. En ellas su cuadro clínico agudo con fiebre alta, esplenomegalia, adenopatías múltiples, los signos manifiestos de una diátesis hemorrágica, las ulceraciones de las mucosas; y el examen hematológico nos dan la clave diagnóstica, no olvidando poner más atención a la variación cualitativa que no a la cuantitativa de la reacción leucocitaria.

En los exámenes biológicos de la sangre, no se deben desdeñar jamás las llamadas REACCIONES LINFATICAS, que llegan a presentarse en diversas infecciones, sin duda con mayor frecuencia en procesos amigdalares, que en los niños, unidas a su peculiar fórmula linfocitaria, pueden llevar a hacer interpretaciones falsas que desvirtúen un diagnóstico. He visto en un caso de amigdalitis con reacción ganglionar, en un niño de cuatro años, diagnosticársele una leucemia linfática por el hecho de acusar una linfocitosis de un 40% con leucosis de alrededor de 10.000 leucocitos por c. c.; diagnóstico que por fortuna para el niño y sus padres era erróneo; hoy vive en completa salud después de una amigdalectomía.

La ICTERICIA HEMOLITICA se llega a eliminar fácilmente por la ictericia típica, la cual como la esplenomegalia que le acompaña, están ambas supeditadas a oscilaciones. En la fórmula hematológica se comprueba la anemia con la presencia de los característicos reticulocitos, anisocitosis, microcitosis y policromatofilia; el número de leucocitos normal o aumentado. Una disminución de la resistencia globular característica.

Sólo nos queda entre las esplenomegalias crónicas el pensar en el BAZO AMILOIDEO, fácil de reconocer por la existencia de amiloidosis en otras vísceras, como es la más frecuente la renal

infantil, se va desarrollando lentamente y se acompaña de una coloración bronceada típica de las partes descubiertas; enfermedad que tiene un curso marcadamente crónico y termina fatalmente, al final de la cual parecen hemorragias por trombopenia. En su cuadro hematológico se comprueba anemia con leucopenia moderada y linfocitosis. En el bazo y ganglios linfáticos se encuentran las típicas células endoteliales de Gaucher.

Descartamos la enfermedad de BANTI, que aunque es verdad, su primera manifestación clínica es la aparición de un tumor esplénico liso y duro acompañado de hepatomegalia, anemia y trastornos gastro-intestinales; por ser una enfermedad rara, de evolución crónica y por períodos, apirética, en el curso de la cual la anemia es moderada y no tarda en aparecer una ictericia bien manifiesta, para entrar luego en un cuadro de cirrosis atrófica de hígado con ascitis, urobilinuria y hemorragias del conducto gastro-intestinal. Su cuadro hematológico es bastante semejante al del Kala-azar: leucopenia con linfocitosis relativa y monocitosis, pero faltan siempre los mielocitos según Rosenow.

Las enfermedades esplenomegálicas por excelencia, son las LEUCEMIAS. Sería una gran falta clínica el no pensar en ellas. Llegamos a aislarlas por sus peculiares caracteres de la reacción ganglionar y leucocitaria. En la forma LINFÁTICA, al lado de la esplenomegalia están los típicos infartos ganglionares, en forma de ganglios duros o blandos, no dolorosos, libres y rodaderos formando masas tumorales que no se ulceran; al final de la enfermedad se presenta la diátesis hemorrágica con trombopenia. En su cuadro hematológico se aprecia además de la anemia, la característica leucocitosis, de 15 a 30.000 por c. c., con gran linfocitosis y neutropenia. Como una variedad de esta linfadenosis está la pseudoleucemia linfática de Cohnheim-Pinkus, la cual puede manifestarse clínicamente sólo por la esplenomegalia sin la reacción ganglionar, pero en su fórmula leucocitaria se confirma la linfocitosis característica hasta de un 9%.

En la LEUCEMIA MIELOIDE, que suele ser más frecuente en la segunda infancia, destaca la esplenomegalia como síntoma dominante; son frecuentes en ella los fenómenos de periesplenitis que llegan a producir engrosamientos de la cápsula estibial. Se presenta el dolor a la percusión del esternón y de la tibia como un signo de la alteración de la médula ósea. En su cuadro hematológico se aprecia una anemia hipocromática o menos intensa, con una leucocitosis tan elevada que puede llegar hasta 200.000 leucocitos por c. c., con la presencia de mieloblas-

tos, promielocitos, metamielocitos y linfopenia, amen de otras características. De la mielosis leucémica hemos de separar la forma ALEUCEMICA descrita por Hirschfeld en 1908, en la cual sólo se comprueba clínicamente una esplenomegalia, que por el examen hematológico o con la punción esplénica se le puede separar patogénicamente de la del Kala-azar. En esta forma de leucemia la leucocitosis es normal en cantidad, pero no así en calidad, alterada en el sentido mielémico. En el jugo esplénico se reconocen los elementos de la medula ósea, mielocitos y mieloblastos que son patognomónicos.

Esto en cuanto a lo que concierne a las formas crónicas de linfadenosis y de mielosis, que son quizás las únicas formas de importancia diagnóstica diferencial con el Kala-azar, puesto que las formas agudas suelen evolucionar fatalmente en corto plazo. En ellas su cuadro clínico agudo con fiebre alta, esplenomegalia, adenopatías múltiples, los signos manifiestos de una diátesis hemorrágica, las ulceraciones de las mucosas; y el examen hematológico nos dan la clave diagnóstica, no olvidando poner más atención a la variación cualitativa que no a la cuantitativa de la reacción leucocitaria.

En los exámenes biológicos de la sangre, no se deben desdeñar jamás las llamadas REACCIONES LINFATICAS, que llegan a presentarse en diversas infecciones, sin duda con mayor frecuencia en procesos amigdalares, que en los niños, unidas a su peculiar fórmula linfocitaria, pueden llevar a hacer interpretaciones falsas que desvirtúen un diagnóstico. He visto en un caso de amigdalitis con reacción ganglionar, en un niño de cuatro años, diagnosticársele una leucemia linfática por el hecho de acusar una linfocitosis de un 40% con leucosis de alrededor de 10.000 leucocitos por c. c.; diagnóstico que por fortuna para el niño y sus padres era erróneo; hoy vive en completa salud después de una amigdalectomía.

La ICTERICIA HEMOLITICA se llega a eliminar fácilmente por la ictericia típica, la cual como la esplenomegalia que le acompaña, están ambas supeditadas a oscilaciones. En la fórmula hematológica se comprueba la anemia con la presencia de los característicos reticulocitos, anisocitosis, microcitosis y policromatofilia; el número de leucocitos normal o aumentado. Una disminución de la resistencia globular característica.

Sólo nos queda entre las esplenomegalias crónicas el pensar en el BAZO AMILOIDEO, fácil de reconocer por la existencia de amiloidosis en otras vísceras, como es la más frecuente la renal

con intensa albuminuria y los antecedentes de focos supurativos crónicos que la motivan.

Con lo que antecede creo haber pasado revista a las más frecuentes entre las enfermedades que en su cuadro clínico de anemia, se caracterizan por la esplenomegalia que alcance un tamaño y forma evolutiva propia de la del Kala-azar; ya que a fuer de ser completo habría de hablar de otras muchas enfermedades en las cuales se reconoce con frecuencia, si no siempre, el signo esplenomegálico (infecciones de evolución aguda y crónica) como una reacción del organismo a su invasión por los microbios o sus toxinas; Rosenow ya dijo que el bazo era el órgano linfático de la sangre y como tal, reacciona a estas invasiones con la hiperhemia primero y más tarde con las proliferaciones de las células de la pulpa. De la suma de estos dos factores reaccionales se engendra la esplenomegalia síntoma, tal cual se le observa en el Paludismo, Fiebre Recurrente, Fiebre Tifoidea, Melitensis, etc., etc.

CONCLUSIONES

La enfermedad si no es transmisible de enfermo a sano por contagio inter-humano, tiene una relación de enlace epidemiológico con la leishmaniosis de los animales domésticos, el perro y el gato, reconocidos por todos los investigadores, desde Nicolle, Compte y Sergent, como los prototipos reservorios del protozoo, constituyendo un eslabón de la cadena epidemiológica, punto de ataque vulnerable en cierto grado, para la orientación de una acertada y eficaz campaña profiláctica.

J. FLOREZ TORO

Medellín, a 27 de octubre de 1936.

Myasiterapia



DR. JAIME BERNAL MORENO

UN POCO DE HISTORIA

El regreso a los antiguos métodos, consagrados por la experiencia y los siglos, es un hecho innegable, ante el cual debemos descubrirnos. Asistimos a los ensayos más brillantes y lucidos de la naturaleza, por ella misma.

El tratamiento de las algias por la picadura de las abejas, las mejorías exactas de las manifestaciones cancerosas, mitri-

datizando el individuo con el veneno de las cobras y otros reptiles; los éxitos cada día más brillantes, en las formas nerviosas de la sífilis, con la impaludización y el tratamiento de los estados hemofílicos, con la aplicación "in loco" de los músculos de las aves, nos hacen regresar a la modestia de nuestro concepto sobre aquellos viejos médicos que tras larga lucha y experimentación, nos legaron rico venero de medicinas naturales, que sólo hemos sabido menospreciar y ofrecerle el culto inmodesto de nuestra vanidad y olvido.

Esto digerido, qué mucho señores, que nuestras enemigas diarias, las moscas, vengan hoy en nuestro auxilio y suplan muchas veces en abundancia, nuestras incapacidades e impotencia.

Desde Ambrosio Paré, en su famosa obra, se hablaba ya del beneficio de las larvas de lucilia en las zonas supurativas e infectadas crónicamente. Paré nos trae a colación la bondad de la in-

vasión por los gusanos de mosca en las heridas del cráneo.

A principios del siglo pasado el Dr. Larrey, Barón y cirujano militar del Imperio Napoleónico, pudo advertir en la campaña de Egipto y de la Siria, que en los heridos invadidos por las larvas y moscas, el proceso de cicatrización era más rápido.

Ulteriormente, en la guerra europea, estos mismos hechos fueron constatados en forma irrefragable. Los heridos de guerra presentaban mejor estado general y mayor rapidez en su curación, mientras mayor era el número de las larvas en la zona infectada. Pudo comprobarse que en los heridos invadidos, los fenómenos febriles, así como las complicaciones, eran muy escasos.

El Dr. Baer, médico militar en la guerra, cirujano de Baltimore, pudo observar estas afirmaciones con lujo de detalles y vasta experimentación. Sobre todo en los heridos largo tiempo abandonados, sin ningún cuidado de asepsia ni antisepsia. Y subraya el Dr. Baer la emoción gratísima, de que al ser hecha una toilette minuciosa de las heridas invadidas, se descubría un panorama rico en tejido tierno, sano y rosado, precursor de las cicatrizaciones perfectas. Tejidos a la vez desprovistos de los despojos mortificados que era natural encontrar allí.

Brumpt, eminente parasitólogo francés, ha venido estudiando esta cuestión a fondo. Actualmente se ocupa en cultivar las larvas esterilizándolas, para darlas al servicio, sin perjuicio de ningún género. Hizo un viaje a Méjico exclusivamente dedicado a organizar y estudiar las formas que pudieran prestar algún servicio, y las que por el contrario eran necrosantes, destructores y podían determinar fenómenos mortales. Esta separación hecha, empleando lucilias que ya hicieron sus pruebas, son hoy un porvenir de laboratorio y de terapéutica.

ENFERMOS VISTOS POR NOSOTROS Y EN QUIENES LA ACCION DE LAS LARVAS HA HECHO SU LABOR CURATIVA

Sr. E. Velásquez. 60 años de edad. Vecino de Copacabana.

Tiene una historia nasal de cinco años, tratada modestamente por duchas, instilaciones y gotas. No concedió mucha importancia a su mal y así pasaron los años, sin modificar la rutina terapéutica. Al quinto año de su enfermedad, sus familiares le advirtieron del mal olor que despedía y se decidió entrar en consulta de un especialista de esas dolencias.

Tuve oportunidad de atenderlo, y desde que lo vi, por su

edad, el olor insoportable que despedía y la enorme dilatación de la fosa nasal, hice "de visu" el diagnóstico de un neoplasma maligno. Examinado con mejor detalle y previa iluminación, modifiqué mi diagnóstico por el de una "miasis narium" injertada en una antigua sinusitis. Enormes nidos de larvas de lucilias, fetidez tremenda y dilatación formidable de la zona afectada.

Hecha la extracción de las larvas, mejoró automáticamente y todo entró en orden, después de una terapéutica sedante.

Dos meses después de la intervención, volvió a mi consultorio este enfermo. Totalmente curado. Al despedirse añadió: Caso curioso, doctor, yo padecía de una supuración de esa ventana de la nariz, desde hace ya largo tiempo. Con la operación que usted me hizo, me vi aliviado de todas las dolencias, la supuración cesó totalmente, la cabeza ya no me duele y por fin se me quitó esa "gripa" rebelde, ante la cual habían fracasado todos los tratamientos, según los términos de su original argot.

SEGUNDO CASO.—Niño de 14 años de edad, de Granada. Agricultor.—Pasado nasal muy cargado de sospechas sinusales. Muchos tratamientos médicos y quirúrgicos, sin lograr asomos de curación.

Un buen día su padre observó que de las fosas nasales salían "gusanos" y resolvió consultar un especialista. Mismo diagnóstico que el anterior, una miasis narium, injertada a una sinusitis crónica.

Extracción de todas las larvas. Examen radiográfico, diafanoscopia, y todo era normal dos meses después. Fosas nasales física y fisiológicamente buenas.

DEDUCCIONES DE ESTAS OBSERVACIONES, RIGIDAMENTE CONTROLADAS

Estos enfermos tienen antecedentes tan claros de sinusitis frontal, que no debemos detenernos siquiera a entrar en detalles. Es un diagnóstico fácil, modesto, y de la más simple agudeza clínica.

Sinusitis frontal crónica, evolucionando torpemente en un ambiente tranquilo, sin estado febril ni síntomas inquietantes de fenómenos de retención.

Sinusitis frontal, en donde se injertó una miasis por un proceso lento, de meses, sin aparato ni ruido, ante la enorme cantidad de larvas, que obstruían la fosa nasal invadida.

Sinusitis frontal, curadas espontáneamente por obra y gracia de la miasis.

EXPLICACION DE ESTAS ASEVERACIONES, SOBRE LA
CURACION ESPONTANEA DE LA SINUSITIS, POR LAS
LARVAS DE LUCILIAS

Cómo obran las larvas en aquellas regiones para determinar su efecto curativo.

Vamos a exponer, en detalle, toda la serie de opiniones que existen al respecto.

La myasiterapia o tratamiento de las zonas óseas infectadas por la presencia de las larvas de moscas, es de observación muy antigua y sólo ahora tratamos de revivir viejas cenizas y atizar rescoldos que han sobrevivido a los siglos, por estar basados en la suprema ciencia: la práctica y la experimentación.

Las larvas como medio terapéutico, comienzan su epifanía en el mundo médico y sus promesas asombrarán la clínica, el laboratorio y la experimentación.

Dijimos que su obra no era de nueva data. Es de antaño. Era un hecho la labor de las moscas azules en la curación de las llagas rebeldes y en todas las superficies supurantes, sobre todo las rebeldes osteomielitis. Los viejos curanderos y prácticos no echaron en menos esa droga tan útil y sencilla, servida tan fácilmente por la madre naturaleza. Sus límites y linderos no son todavía una realidad, pero abren un ancho cauce a las mejores perspectivas, para una futura y aguerrida experimentación. Ya casas europeas están proveyendo al mercado, de drogas a base de extractos y secreciones de estas larvas cuyo porvenir empieza a diferenciarse.

Hoy están demostrando los siguientes hechos:

I.—Las buenas larvas, sólo son ávidas de sustancias putrescibles: huesos y sustancias descompuestas.

II.—Las buenas larvas, no son golosas de los tejidos sanos. Al contrario los respetan y ahorran, y quizás les ofrecen, dentro del ambiente supurativo, un barniz aislador o protector.

La manera de obrar se explica de diversas maneras:

Mecánica: la dilatación enorme que se opera en las fosas nasales por los nidos de larvas, determinan un amplio y seguro drenaje al laberinto fronto-naso-etmoidal.

Química: parece que las larvas segregan sustancias anti-sépticas, que anulan en gran parte el efecto de la flora microbiana o crean un ambiente impopular a estos microbios.

Biológica: se admite que las larvas segregan una diastasa,

encima o zimasa, que corroe, disgrega, destruye y licua las sustancias putrescibles.

Por fin, algunos autores opinan que las larvas segregan por su boca rudimentaria, un fermento estafilolítico.

Y, otros opinan que a nivel de las superficies infectadas, las larvas segregan fermentos que transforman las sustancias albuminoideas, dando nacimiento a urea, que sería la sustancia cicatrizante por excelencia. Es de todos conocido el buen efecto, sobre las heridas infectadas, de los baños de urea.

Recordemos para finalizar que las larvas no poseen propiamente un órgano bucal, sino un órgano de prehensión y un rudimento de boca, de la cual expelen una saliva que digiere, a decir de algunos, las sustancias albumionideas, y así licuadas las absorben.

Es de todos muy conocido el sistema de los campesinos, cuando hacen la castración de los animales. Aplican sobre la herida, materias fecales, con el objeto de formar sobre ellas criaderos de larvas. Ellos aseguran que mientras más cantidad de moscas afluyan a la herida, más rápida será la curación. Lo mismo que el porvenir y pronóstico de una herida de tal laya, se puede medir por la más o menos rápida invasión de ella por las lucilias y otras moscas.

Jaime BERNAL MORENO

Vulgarización antivenérea

DR. RAMON JARAMILLO GUTIERREZ

La lucha antivenérea emprendida en el país bajo la rectoría espiritual del Instituto Profiláctico de Medellín y del Instituto de Acción Social de la capital de la república, obras cumbres de los eminentes profesionales Uribe Escobar y Cavelier, tiene un aspecto interesante en la ilustración de las prostitutas, al alcance de su general baja mentalidad y cuya importancia es diferente en las capitales y en los pueblos de segunda y tercera categoría. No es lo mismo la autoridad del profesional en la ciudad que en el pueblo. En aquélla tiene el respaldo del ambiente científico creado por los demás profesionales y la comprensión de gentes más o menos cultivadas, y en éstos tropieza con la resistencia del tegüismo entronizado y de la charlatanería tolerada, que muchas veces el azar de la marea política eleva a los puestos directivos de la colectividad. En más de un pueblo hemos visto al tegua de la localidad en el puesto de Presidente del Consejo Municipal, convertido en el crítico desautorizado de todas las actividades del profesional, y desde esas posiciones es evidente la resistencia y la desconfianza que se logran infundir contra las campañas de acción social que el tegua entronizado es incapaz de comprender. En alguna ocasión oímos a alguno de ellos entablar un furioso debate para acabar con la existencia de un Instituto Profiláctico porque su hijo había adquirido una blenorragia.

Contra esos obstáculos que en los pueblos se oponen a la estabilidad de los Institutos Profilácticos, creemos que es de positiva eficacia la labor de educación de las prostitutas. Es preciso crear entre ellas el verdadero ambiente de la protección social y hacerles comprender cuál es el propio significado de esas instituciones en relación con su salud y con la de los asociados. En desarrollo de esas ideas esbozamos a continuación una serie de temas que podrían servir de esqueleto para unas tantas conferencias de ilustración a las prostitutas. De cada uno de ellos puede sacarse materia para una simple exposición de un cuarto de hora, con lo cual se logrará que la asistente al Instituto ponga

un poco de interés. Los temas que en alguna ocasión tuvimos la oportunidad de exponer en el I. P. de Sevilla, son los siguientes:

Lo que significa el Instituto y los fines para los cuales ha sido creado.

El Instituto es el único protector de la prostituta y su verdadero consejero.

Labor social del Instituto.

Conveniencia de asistir puntualmente a las citas.

Garantía de la mujer inscrita y que asiste puntualmente.

La prostituta debe saber nociones de venereología.

El comercio de la carne.

La prostituta debe saber examinar lo mejor posible al hombre.

Cómo se practica el examen al hombre.

Consecuencia del examen.

Debe una prostituta denunciar al hombre enfermo?

Debe una prostituta ser denunciada por la enfermedad que tiene?

El secreto profesional y los intereses generales de la sociedad.

La prostituta y los menores de edad.

La prostituta reservada que no asiste al Instituto adquiere más fácilmente las enfermedades venéreas.

La ignorancia como factor agravante de las enfermedades venéreas.

Importancia del tratamiento precoz en las enfermedades venéreas.

La Higiene general en relación con la venereología.

El cuarto de la prostituta.

El equipo de la prostituta.

Utensilios unipersonales.

El cuarto oscuro, la tuberculosis y el crimen.

El alcoholismo en relación con las enfermedades venéreas.

Nunca debe verificarse la cópula en estado de embriaguez.

El alcohol como predisponente de las enfermedades venéreas por cuanto hace más fácil el contacto infectante.

El alcohol como agravante de las enfermedades ya aparecidas.

La sífilis nerviosa y el alcohol.

El alcohol como contraindicación durante los tratamientos.

El trasnocho y la jarana como agravantes.

Poli-infección del cuarto de la prostituta por el sinnúmero

de gentes enfermas que lo frecuentan y facilidad con que se adquiere la tuberculosis.

Los excesos venéreos y el alcoholismo como predisponentes a la tuberculosis.

La alimentación, la habitación y el sueño.

Descripción de las enfermedades venéreas y sus complicaciones.

El martirio de las anexitis.

Operaciones mutilantes.

La prostitución y la maternidad.

La Herencia.

La esterilidad en el hombre y en la mujer.

Vejez de la prostituta que asiste al Instituto y de la que no asiste.

Cuidados que debe tener la prostituta antes del coito.

Cuidados que deben proporcionarse al hombre antes de abandonar el cuarto de la prostituta.

Hasta qué tiempo son útiles los procedimientos profilácticos.

Tratamiento abortivo de las enfermedades venéreas.

Conveniencia de consultar al profesional.

Conveniencia de conservar la tarjeta del Instituto.

Mujer que asiste al Instituto acepta el control y tiene mejor aceptación.

Conveniencia de someterse fielmente a los tratamientos prescritos.

El examen ginecológico no es una humillación ni una exhibición.

El Instituto Profiláctico no es una cárcel ni una casa de corrección.

Ramón JARAMILLO GUTIERREZ

Sevilla (Valle), noviembre de 1936.

Alimentación infantil

DR. GUILLERMO ECHEVERRI

Señor Director de BOLETIN CLINICO.

Medellín.

A mi regreso de vacaciones he encontrado en el BOLETIN CLINICO del mes de julio nuevos comentarios del Dr. Uribe sobre nuestro tema de alimentación infantil, a los cuales me voy a referir, no con el ánimo de establecer polémica sino con el de estimular el estudio de este importante asunto, de lo cual podría resultar beneficio para los niños de nuestro país.

Dejando a un lado la escuela alemana, transcribiré los conceptos que sobre alimentación infantil se encuentran en el libro de Marriott, "Infant Nutrition", del año 35, y los de Maillet, de la Facultad de París, aparecidos este año.

El profesor Marriott aconseja para el primer mes 720 gr. de alimento al día, mitad agua, mitad leche. Para el segundo mes 680 gr. de una mezcla de 480 gr. de leche y 200 gr. de agua. Para el tercer mes 550 gr. de leche y 200 gr. de agua.

Las cantidades expresadas no corresponden a la capacidad gástrica de que nos habla el Dr. Uribe, quien usa cantidades muy inferiores al Profesor Marriott. El Dr. Uribe indica para el mes de edad 75 gr., para el mes y medio 90 gr., para los dos meses 105 gr. y 110 gr. para el tercer mes.

En lo que se refiere a las cantidades no está pues el Dr. Uribe de acuerdo ni con los alemanes ni con el profesor norteamericano.

En cuanto se refiere a las verduras y a las harinas me llama mucho la atención que el Dr. Uribe está en desacuerdo con lo que nos dice Maillet en "Le Monde Medical" de 15 de mayo de este año. Veámoslo. Dice el Dr. Uribe: "Como la amilasa de la saliva y el jugo pancreático existen en muy pequeña cantidad en los primeros meses y sólo al sexto mes, en general, tiene un poder activo, los franceses aconsejan desde el séptimo mes la de-

cocción de harinas de cereales, tan usadas en todas partes y con tan buena resultado”.

Dice Maillet: “La introducción precoz de harina en la alimentación tiene muchas ventajas; *desde hace mucho tiempo el Profesor Marfan* ha mostrado que facilitaba la digestión de la leche de vaca, y en la actualidad está admitido que los niños pequeños pueden, *mucho antes de lo que se creía*, digerirlas y asimilarlas; en efecto no solamente las funciones presural y clorhídricopéptica del estómago, la función biliar y la función de digestión del intestino delgado, son suficientes, sino que incluso se encuentra distasa en cantidad apreciable en el páncreas del recién nacido”.

Las verduras las aconseja Maillet desde el cuarto mes y para el sexto mes indica sopa de legumbres frescas con hígado de ternera substituyéndola de vez en cuando por 40 a 50 gramos de purée de papas. El Dr. Uribe dice que sólo del séptimo al octavo mes se puede dar un alimento distinto de la leche exclusiva y agrega que el puree de papas no es bien tolerado por los niños antes de los quince meses.

Como de lo expuesto resultan los franceses introduciendo precozmente las harinas y las legumbres, resultaría interesante lo que nos diga el Dr. Uribe sobre el particular.

Guillermo ECHEVERRI

Pereira, X—14—36.

A propósito de gastrectomías



PROF. J. B. MONTOYA
Y FLOREZ.

Leningrad, 1936. (1)

Prof. J. B. Montoya y Flórez.—Universidad de Antioquia.—Escuela de Medicina.—Clínica Quirúrgica.—Medellín, Colombia. América.

Estimado señor:

Estamos estudiando la técnica de las resecciones del estóma-

(1) El original llegó en inglés.

go en los casos de úlcera gástrica y le agradeceríamos si Ud. amablemente nos enviase sus respuestas a las siguientes preguntas; las indicaciones técnicas de la resección nos interesan particularmente.

1.—Qué método está Ud. usando con mayor frecuencia, Billroth I ó II?

2.—Qué modificaciones de estos métodos usa Ud.?

3.—Hace Ud. la extirpación o cauteriza en lugar de la resección?

4.—Cuáles son los rasgos más característicamente técnicos de la disección del grande y pequeño epiplón y de la movilización del estómago?

5.—Qué clamps e instrumentos especiales usa Ud.?

6.—Usa Ud. un aspirador para la evacuación del contenido del estómago durante la operación?

7.—Diseca Ud. la parte que va a extirpar primero en el píloro o primero en el cabo central?

8.—Cuáles son sus métodos para cerrar el duodeno?

9.—Ha tenido Ud. casos en que se haya abierto el muñón del duodeno? Cuántos de estos casos terminaron con una peritonitis mortal y cuántos con una fístula duodenal? Cómo se explica Ud. estas complicaciones?

10.—Cuáles son las características especiales de su técnica al colocar el asa del intestino para anastomosis, su sutura y fijación en el ángulo superior?

11.—Cómo fija Ud. la anastomosis con el borde de la abertura en el ligamento del colon transversal?

12.—Ha visto Ud. síntomas indeseables del pequeño estómago después de grandes resecciones?

13.—Cuántos casos de resecciones de úlcera gástrica ha hecho Ud.

14.—Cuántos de ellos son resecciones Billroth I y cuántos Billroth II?

15.—Cuántos resultados tardíos buenos o malos, después de las resecciones de úlceras gástricas ha tenido Ud.; los relaciona Ud. con el método de tratar los casos por Billroth I ó II?

Cualquier otro detalle técnico se le agradecerá.

Le agradeceríamos nos enviase copias de sus trabajos relacionados a las preguntas anteriores.

Esperando una pronta respuesta le pedimos acepte nuestros

agradecimientos por su amable contribución y el permiso para publicar sus notas.

Sus SS. SS.,

Prof. E. HESSE, M. D. - Prof. S. RUBASHOV, M. D. -
y Dr. J. MAJANZ, M. D.

USSR., Leningrad,

3 Chirurg Klinik of the II Med. High School.

2 Sowieiskaja N° 16.

Dr. J. Majanz.

Medellín, septiembre 29/1936.

Señores Profesores E. Hesse, S. Rubashov y Dr. J. Majanz.—
USSR, Leningrad.

Muy estimados colegas:

En esta semana tuve el honor de recibir su atento cuestionario, el cual contesto gustoso en el orden de sus numerales.

1.—Desde hace diez años hago la gastrectomía exclusivamente por el método de Moynihan II, con resultados excelentes en las úlceras gástricas, con el 2% de letalidad.

2.—Suturo primero el duodeno. No uso clamp para el yeyuno. Sutura musculo-peritoneal con hilo de lino N° 0. Todo lo demás como lo describe Moynihan en su "Cirugía abdominal". Es un método antecólico sin asa, *no loop*.

3.—Uso el método de Balfour en las úlceras muy altas, es decir la cauterización y luego extirpo los $\frac{3}{4}$ del estómago según Moynihan. Nunca sólo la cauterización.

4.—Las características técnicas en la extirpación del grande y pequeño epiplón son exactamente las descritas por Moynihan en su segunda manera o última técnica de gastrectomía, bien conocida en el mundo quirúrgico. *Abdominal operations. Fourth edition. 1936.*

5.—Para el duodeno uso dos pinzas *pico de pato*, tal como las aconseja Pauchet de París, en "La Pratique Chirurgicale illustrée". Para el estómago uso el clamp de Pauchet y por encima un clamp suave, recto o curvo, de Doyen cubierto con tubos de caucho y aplicado con *gran suavidad*.

6.—No uso aspirador.

7.—La disección y separación se hace siempre comenzando por el píloro.

8.—Se pasa una sutura total en espiral sobre la pinza distal,

con catgut Luken's N° 1. Se retira la pinza y se aprieta la jareta; luégo, sin cortar el hilo, se cubre con el páncreas y aun con el epiplón *si queda fácil*.

9.—Sí, una vez con fístula que cerró al mes. Probablemente se cubrió mal el muñón con el páncreas y el epiplón.

10.—La parte proximal se fija en la gran curvatura y la distal en la pequeña curvatura. Lo contrario del Polya. Evito cuidadosamente la menor torción del yeyuno.

11.—En el Moynihan II no se desgarran el mesocolon como en el Finsterer, que sutura los bordes del desgarrón al resto del estómago, uno por delante y otro atrás.

12.—Nó. Euforia de la convalecencia. Progresiva dilatación del saco gástrico; siendo seis meses después la digestión total perfecta. Nada de anemias ni de anaclorhidrias.

13.—No soy partidario de la sola resección de la úlcera gástrica, sino de la gastrectomía amplia de Moynihan II y por este método se han resecado en mi Servicio del Hospital de San Juan de Dios y San Vicente, así como en mi Clínica privada, al rededor de cien casos.

14.—Sólo tres veces empleé el Billroth N° II en el hospital de San Juan de Dios, hace 20 años, con una defunción.

15.—El Moynihan da resultados uniformemente buenos inmediatos y lejanos. Como ya dije no empleo el Billroth II ni el Pean o Billroth I.

Como detalle técnico personal evito en todo lo posible la coprostasis con pinzas o clamp en las vísceras que se han de dejar y esto para evitar la úlcera péptica y las hemorragias. Hago sólo dos planos de sutura; mucoso con catgut Luken's N° 1 ó 0 de aguja solidarizada al hilo. Puntadas de medio hasta un centímetro de largo, pero bien apretadas. Nada de puntadas menuditas y extratraumatizantes. Sutura musculo-peritoneal con hilo de lino N° 1 ó 0. Sutura ordinaria de puntadas amplias sin cruzar. No uso ya ni el Cushing ni el Connel recomendados por Pauchet.

La primera es cruzada y hemostática. Invierte la mucosa uniformemente, comenzando por la mucosa de un lado y terminando por la otra. Por modo que al terminar por delante todo queda ya uniformemente peritonizado y en caso de extrema urgencia, como en las perforaciones según la práctica de gastrectomía de Judex, podría prescindirse de la 2ª sutura o peritoneal, siempre que se use un catgut fuerte N° 1 Luken's, que es el que emplean en Rochester de Minnessota los Mayos, y a mi modo de

ver el mejor material de sutura que hoy ofrece la industria mundial a los cirujanos gastroenterologistas.

Para terminar la 1ª sutura en su último tercio no empleo el artificio de Toupet, sino que termino la sutura de mucosa a mucosa haciéndola en dos tiempos. Es pues la mucosa el alfa y el omega de la aguja.

Creo como Moynihan que las suturas ingeniosas de Crile, Connel, Cuneo, Mayo, Cushing, etc., son muy interesantes, pero que la sutura ordinaria bien hecha no tiene rival, siempre que invierta la mucosa por modo perfecto y que sea seguramente hemostática haciendo que el ayudante (bien entrenado) la mantenga bien tensa en todo instante.

La sutura de Connel no es hemostática; si no se hace menudita y bien tensa, el menor descuido del cirujano o del ayudante deja un vaso suelto y es peligroso, ocasionando hemorragias inquietantes, a pesar de lo que opina Pauchet, que las usa siempre en su Servicio del Hospital Saint Michel de París. Como anestesia uso la raquídea alta con diez o doce centigramos de novocaína, siempre que la presión arterial máxima no baje de 12.

En el "Repertorio de Medicina de Bogotá". En los "Anales de la Academia de Medicina de Medellín" y en el BOLETIN CLINICO, órgano de la Facultad de Medicina de Medellín, así como en la Tesis de grado del Dr. G. Salgado, de Medellín, 1936, se verán varios artículos de Clínica quirúrgica en el Hospital de San Vicente. Allí se ve también el tratamiento pre y post-operatorio de los gastrectomizados. Tal Tesis se intitula "Gastrectomía de Moynihan". Como ex-interno de mi Servicio se propuso más bien hacer un trabajo de vulgarización del método Moynihan II.

Quedan U. U. autorizados para publicar los informes anteriores.

Deseando que las presentes notas sean de alguna utilidad a tan distinguidos colegas quedo su atento y S. S.,

Prof. J. B. MONTOYA Y FLOREZ

Interesante caso de intersexualidad



~
DR. HERNAN PEREZ R.
(Jefe de Clínica)
~

G. M. de 32 años. Soltera. De Concordia. Se ocupa en oficios domésticos.

Antecedentes Familiares:

Su madre tuvo 12 embarazos normales. Ningún aborto. Su padre fue alcohólico en exceso. Tiene tres de sus hermanas de 23, 28, 30 años, que no han menstruado; la última tiene 8 años de matrimonio, y no ha sido embarazada.

Antecedentes Personales:

Entra al Servicio por un pasado de varios años, de trastornos digestivos. Se le opera para una úlcera gástrica. En el interrogatorio

manifiesta y me sorprende que a pesar de su edad no ha tenido aún su primera regla. Al proceder a su examen físico general, me llaman vivamente la atención dos tumoraciones inguinales, bilaterales y simétricas; que de visu, me causaron la impresión inmediata y completa de testículos. Se trata de dos tumoraciones del tamaño cada una de un testículo de un joven de 15 años; ovalares, de superficie regular, situadas simétricamente en el orificio externo del trayecto inguinal; blandas, movibles amplia-

mente y no reductibles. A un examen minucioso se les aprecia un pedículo aunque no diferenciado. Son un poco dolorosas.

Llevados lógicamente al examen del aparato genital, encontramos: un perímetro genital externo notoriamente disminuído, aunque todos sus componentes anatómicos existen estrictamente diferenciados: vulva pequeña; sólo existen los grandes labios mal desarrollados; vestíbulo vaginal pequeño; orificio del meato urinario, igualmente; clítoris apenas existe; himen seminular (no ha tenido relaciones sexuales). Vagina normal, no se toca el cuello uterino, y a través de sus fondos de saco, ni útero, ni ovarios. Confirmada esta ausencia de matriz y anexos por el tacto rectal; y por la exploración abdominal cuando se intervino quirúrgicamente para su úlcera del estómago. Exploración que a pesar de haber sido con anestesia general sin ofrecer un silencio abdominal completo, y por una incisión epigástrica, sí confirmó los anteriores datos, adquiridos por los medios dichos.

DESCRIPCION GENERAL DE LA ENFERMA:

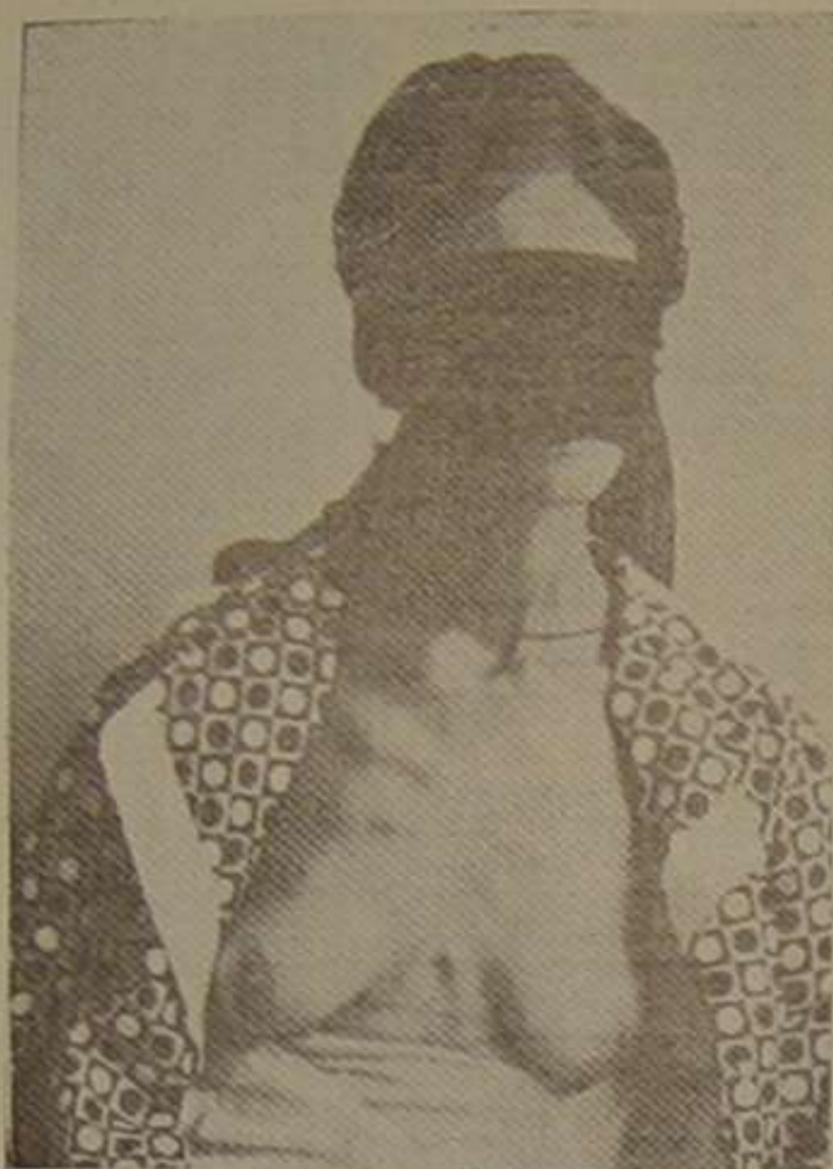
Tiene ciento cincuenta y siete (157) centímetros de longitud, extremidades largas; manos y pies largos y anchos; dedos grandes, gruesos y fuertes. El sistema óseo en general está muy desarrollado; de su sistema muscular y capacidad física no podemos bien juzgar, ya que la enferma está en extremo deshidratada y desengrasada. En la cara encontramos: el reborde orbitario, orejas y mandíbula inferior muy desarrollados, especialmente esta última que es prominente y fuerte. Entre otros caracteres sexuales secundarios, y funcionales, nos ocuparemos de los más salientes para la presente observación; ya que si fuéramos lógicos con los tratadistas de estos temas, no debiéramos omitir detalle alguno, ni lugar donde haya manifestación de la vida. Pezard, así nos lo dice: "No existe ningún carácter morfológico ni psíquico que escape a la huella sexual". Y Caullery en una expresión semejante lo confirma: "Parece como si todo el organismo estuviese impregnado por el sexo, que se revela de un modo más o menos perceptible en todas y cada una de sus partes".

Describamos, pues, los principales rasgos: en el sistema piloso el cabello es francamente femenino (ver figs. 1 y 2); vello puberal corte horizontal, no invade el periné hacia la región anal; el sistema pilífero del tronco y extremidades, escaso. Mamas bien desarrolladas como lo atestigua la figura 2. La pelvis, exteriormente bien conformada. Marcha femenina; sus reacciones psí-

Fig. 1.



Fig. 2.



quicas generales, su sensibilidad a los estímulos afectivos, sus reacciones en frente del temor a la operación, a la impresión que motivó su intervención, etc., de carácter femenino. Su voz de timbre agudo. En cuanto a su líbido sólo presuponemos que si no es de carácter homosexual, al menos su tendencia heterosexual parece débil, corroborado por la familiar y significativa frase de su misma madre: "ha sido muy despreocupada por los hombres". Mas, tengamos en cuenta, que todos estos intersexuales en su afán de disimular su imperfección, se esfuerzan en aparentar el instinto que corresponde a su morfología preponderante.

Se le extirpó la tumoración derecha y al examen macroscópico da la impresión franca de un testículo: forma, color, consistencia, etc.; presenta un núcleo que retrospectivamente podemos interpretar como el epididimo; un pedículo más que todo vascular, sin que veamos un canal deferente.

El Dr. Alonso Restrepo, a quien se confió el estudio de la pieza, nos envía la foto y las microfotografías (Figs. 3, 4, 5 y 6) que se insertan en el presente trabajo, con el Informe siguiente:

"Aspecto Macroscópico: Neto el de un Testículo con su casquete epididimario perfectamente desarrollado y con un desdoblamiento anómalo; del color blanco-azuloso habitual.

Paquete vasculo-nervioso de gran desarrollo, envuelto en u-



Fig. 3

Tamaño natural.
Debajo de la pinza se
advierde un ángulo de
la Túnica Vaginal.

na voluminosa masa conjuntiva, y cubierto por una túnica membranosa que posee los caracteres de la Vaginal.

De los pliegues limitantes a los bordes libres se obtuvieron estas medidas:

Altura incluyendo el casquete del Epidídimo:	40 milímetros
Altura de la masa testicular sola:	31 milímetros
Anchura, parte media:	22 milímetros
Espesor, id.:	18 milímetros

(La pieza lleva un mes en solución Fisiológica Formolada al 10%).

Aspecto Microscópico: Inclusión de un fragmento en cuña obtenido de la parte media.

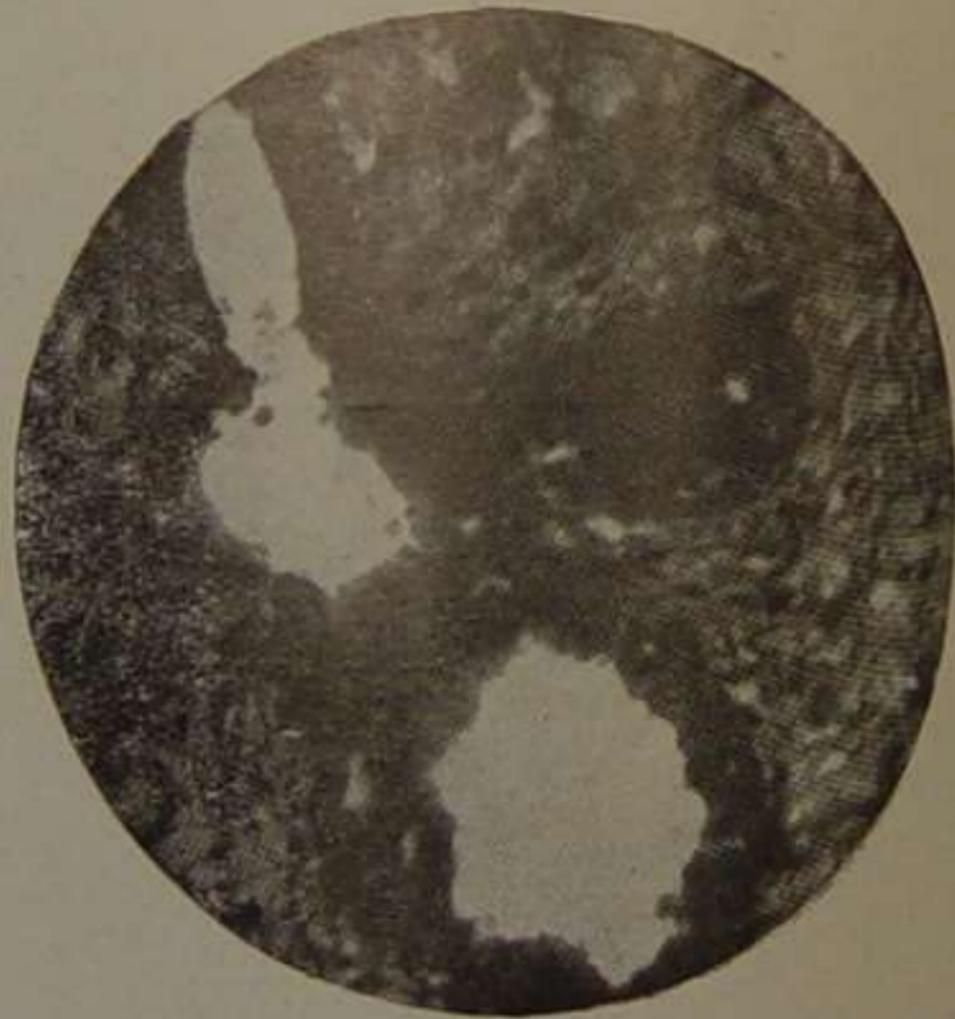
De afuera hacia adentro: Tejido fibroso de constitución y de espesor iguales al de la Túnica Albugínea Normal, con sus expansiones en tabiques que van a perderse en la profundidad, y que delimitan grandes masas conjuntivas atravesadas por tubos epiteliales.

La mayoría de éstos ofrece un solo estrato de células cúbi-

Fig. 4.

Oc. 15.—Obj. 8

(Zeiss).



Figs. 5 y 6 - Oc. 15—Obj. 40 (Zeiss)

cas; otros, los menos, poseen dos estratos, siendo de mayor tamaño las de la capa yuxta-basal. (Figs. 4, 5 y 6).

Tales células están provistas de un gran núcleo profundo contiguo a la basal, con nucléolos marginales; son, por consiguiente, muy parecidas en su disposición y en sus caracteres a las espermatogonias.

Cuidadosamente se persiguió la presencia de células de Sertoli y aún de espermatocitos, sin encontrar aquéllas y menos éstos, como es obvio, dado que el testículo fué del escroto no en-

cuentra las condiciones indispensables (y especialmente la regulación térmica) para el desarrollo y la madurez de los elementos fecundantes.

En el interior del tejido conjuntivo predominante se comprobaron células de núcleo fuertemente coloreado, similares a las intersticiales de Leydig del testículo normal.

CONCLUSION: La pieza posee los caracteres somáticos inconfundibles de un testículo de adolescente y los microscópicos adenomatosos típicos de los Testículos Ectópicos.—*Alonso Restrepo*".

COMENTARIO

Trataré en una forma concreta y somera de comentar la presente observación. Si nos dejáramos llevar por el tema nos eternizaríamos al pretender hacer un acopio de teorías, discusión de de términos y clasificación de las principales entidades intersexuales.

Teniendo presente a Goldschmidt titulo mi observación, de "Estado intersexual", prefiriendo esta denominación a una más concreta y comprometedora. Para el efecto traigo la definición de estados intersexuales: "Son aquellos casos en que coinciden en un mismo individuo, sea hombre, sea mujer, estigmas físicos o funcionales de los dos sexos; ya mezclados en proporción equivalente; ya, y esto es mucho más frecuente, con indiscutible predominio del sexo legítimo sobre el espúreo".

No sabemos si tenemos en frente un caso de hermafroditismo típico, ya que éste requiere, según algunos tratadistas (Marañón) la coexistencia aparente de la bisexualidad de la gonada (ovario-testes), e intersexualidad de los caracteres sexuales: órganos reproductores, caracteres secundarios. Pero la científica afirmación de ello, exige el examen minucioso y estricto de ambas gonadas ya que en una pequeña porción de glándula se puede encontrar el grupo celular de tejido opuesto al predominante.

Mas, otros autores crean diversas teorías que no requieren la coexistencia aparente de la bisexualidad: a) que la existencia de estos restos representativos del otro sexo, estén fuera de la gonada; nódulos o células dispersas a lo largo del tractus urogenital, b) que primitivamente existió la bipolaridad de la gonada (ovario-testes), uno de ellos desapareció persistiendo el predominante, (el más enérgico, el masculino); pero los caracteres sexuales morfológicos quedarían indeleblemente expresados en el sentido femenino; c) otros, quieren una teoría bioquímica apo-

yados en algunos hallazgos de hormonas cruzadas, en la sangre del macho y de la hembra, respectivamente.

Pseudo-hermafroditismo.

En éste no se requiere la patente estructura bisexual, sino que la gonada sea monosexual, y la morfología bisexual, de los demás caracteres, principalmente de los genitales externos. Pero aquí como en el hermafroditismo se requiere en última instancia la bisexualidad de las gonadas sin lo cual no se explicaría el estado intersexual; en cuyo caso surgen las anteriores sugerencias dadas para el hermafroditismo.

Virilismo.

Es una intersexualidad que se refiere principalmente a los caracteres anatómicos secundarios. Sobreviene en el transcurso del desarrollo, al contrario del pseudo-hermafroditismo que es congénito; razón por la cual aquél no afecta profundamente a los órganos genitales, sino a los rasgos más susceptibles de modificación tardía, a los signos secundarios de la sexualidad: vello, corpulencia, laringe.

La virilización comúnmente es un hipersuprarenalismo, muchas veces obedece a una patogenia hipofisiaria, pues las acromegálicas tienen caracteres viriloides: vello, barba, voz grave, corpulencia, desaparición de la regla. En veces obedecen a una hipofunción del ovario a edad avanzada; y no raras veces los dos factores: hipofisiario y cortico-suprarrenal son sus causas.

Finalmente, enunciados los tres estados intersexuales afines con el que presentamos, hacemos recalcar en él, los datos siguientes: 1) la falta de biopsia del lado izquierdo; 2) la apenas presencia del clítoris, a pesar de la existencia de la influencia testicular; 3) las muy probables influencias sexuales extragonadales: cortico-suprarrenal o hipofisiaria que influyen directamente en los caracteres sexuales secundarios, de tipo viril; 4) que las descritas tumoraciones inguinales y de morfología sexual, las notó desde que tuvo uso de razón; y que subconscientemente les dio una interpretación de anormalidad, tragedia que ocultó hasta lo último.

Hernán PEREZ R.
Jefe de Clínica Quirúrgica
del Prof. Montoya y Flórez.
(Mujeres).

Medellín, octubre—36.

Tuberculosis ileo-cecal

DR. G. BOTERO DIAZ

Jesús M. Vásquez, natural de Támesis, entra el 10 de febrero de 1936, al Servicio del Profesor Montoya y Flórez, sala de Cristo Rey; es casado, 46 años de edad, agricultor.

Antecedentes hereditarios, sin importancia. Personales: ha sufrido las enfermedades propias de la infancia, paludismo y una diarrea disenteriforme hace cinco años.

Enfermedad actual: Hace un año empezó a sentir dolores abdominales en forma de cólicos, mas localizados en la fosa ilíaca derecha, acompañados de fiebre, calofrío, vómitos y constipación, por los cuales guardaba cama durante dos o tres días. Pasados estos síntomas seguía con pesadez en todo el abdomen y dolores sordos en la región apendicular. Hace cuatro meses se le hizo en Jericó una celiotomía exploradora. Como los síntomas persistieran, se trasladó a este hospital.

Actualmente manifiesta una sensación de fatiga o peso en la región apendicular; no es constipado; no hay fiebre; no hay vómito y ha perdido poco el apetito. Presenta un tinte amarillo pajizo y el enflaquecimiento es poco apreciable.

Inspección: Muestra la cicatriz de la celiotomía anterior y un abultamiento alargado en la parte correspondiente al ciego y al colon ascendente.

Palpación: Existe una tumoración localizada en la fosa ilíaca derecha, en la parte correspondiente al ciego y al colon ascendente, de consistencia dura, dolorosa a la palpación profunda; de forma ovoidea, dirigida de arriba a abajo y de atrás hacia adelante; su polo inferior está a la altura de la línea bi-ilíaca; su extremidad superior se pierde en el ángulo sub-hepático; hacia adentro se extiende hasta la línea media y hacia atrás se va hasta un nivel que corresponde a la prolongación de la línea axilar mediana. Es móvil sobre los planos profundos; no adherente a los planos superficiales; la percusión, da macicez.

Aparato digestivo: Digestiones pesadas; en veces dolores sordos a poco de ingerir los alimentos, eructos frecuentes y llenuras mortificantes; exonera diariamente; en veces las deposiciones son mucosas y en veces sero-sanguinolentas.

Aparato pulmonar: normal; 23 respiraciones.

Aparato circulatorio: pulso poco amplio, 88 pulsaciones; presión: máxima: 12; mínima: 6½.

Sistema óseo: normal.

Sistema nervioso: normal.

Radiografía: hecha el 15 de febrero, dice lo siguiente: el lavado opaco llena con facilidad el recto, la S ilíaca, el descendente, el transverso y la parte alta del ascendente. Después pasa en cantidad muy escasa hasta el ciego, el cual no se llena bien. A nivel del ciego, la imagen es anómala e irregular. Estos signos inducen a pensar que el tumor es del ciego o que lo comprime fuertemente. La parte alta del hueso coxal, visible en la radiografía, no presenta imagen anormal. (Dr. Martiniano Echeverri).

Examen de orina: densidad: 1.018; albúmina: 0; indicán: abundante. Pigmentos: huellas; urea: 16,18; glucosa: 0; cloruros: 11,50; urea en la sangre: 0,36.

Operación.—Se operó el 21 de febrero con el diagnóstico de una tuberculosis del ciego. Raquianestesia, 0,10 centigramos de novocaína con magnífico resultado. Incisión de 0,20 cents. paracentral en el borde externo del músculo recto y cuya mitad corresponde al ombligo. Abertura de la aponeurosis y peritoneo. Al abrir se encontró una tumoración en el ciego y el colon ascendente, dura, friable, de color amarillo y de movilidad relativa.

Se procedió a la extirpación del ciego, del colon ascendente y de la mitad del colon transverso, liberando el tumor de sus adherencias tanto al peritoneo parietal como al visceral, ligando los vasos del meso. Se hizo después una anastomosis término-terminal del ileo al colon transverso; es decir, una ileo-transversostomía. En esta sutura se hizo la total con catgut, la serosa con lino y se rodeó por un collar de epiplón. Dicha anastomosis se fijó al peritoneo parietal con catgut. Sutura del peritoneo en puntadas continuas, de la aponeurosis en puntadas separadas, crines y ganchos. Durante la intervención se puso suero y efedrina.

El aspecto macroscópico del ciego y del colon mostró que éstos estaban engrosados, duros y de una hipertrofia fibrosa generalizada. Al abrir la tumoración se vio que su luz estaba bastante disminuída de calibre; la mucosa espesa con pequeñas masas

poliposas y de aspecto tomentoso. Se envió el tumor al Laboratorio Clínico para examen anatómo-patológico.

Post-operatoria.—Primero y segundo días, normales; aceite alcanforado, opio, y suero rectal. Se dio digitalina durante cuatro días. Al tercer día subió la temperatura, y al cuarto empezó a salir por las puntadas inferiores de la aponeurosis líquido sero-purulento de olor colibacilar, que en un principio se tomó por fístula intestinal lo que era solamente una supuración de la aponeurosis. En los días siguientes se fue eliminando la aponeurosis y se abrió la piel; cuando la supuración disminuyó y la herida se desinfectó, se pusieron varias puntadas con crines en la piel. Curación diaria con Carrel y agua oxigenada. Se le pusieron tres inyecciones de propidón, ingirió diariamente colíctico y tónicos generales. Lavados evacuantes y del tercer día en adelante se alimentó por la boca.

En la actualidad, la herida de la piel cicatrizó, el estado general es magnífico y la digestión es perfecta. La temperatura fluctuó durante un mes entre $37\frac{1}{2}$ y $38\frac{1}{2}$ y todo entró en orden una vez que se eliminó la aponeurosis del flanco derecho.

La intervención duró dos horas. Salió el 15 de abril en estado inmejorable.

Gonzalo BOTERO DIAZ

Jefe de Clínica Quirúrgica (Hombres)

Algunas consideraciones sobre Hernias, y su tratamiento quirúrgico

CARLOS LONDOÑO

La estadística de las hernias tratadas en el servicio de Clínica Quirúrgica a cargo del Profesor Montoya y Flórez, en el Hospital de San Vicente de Paúl, durante las fechas comprendidas entre el 1º de enero y el 30 de septiembre del año en curso, alcanza una cifra global de 121 casos, que se descompone de la manera siguiente:

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Inguinal oblicua externa	85	3
Inguinal directa	1	0
Crural	1	5
Umbilical	1	4
Epigástrica	17	4
	105	16

Las hernias inguinales oblicuas externas ofrecen las siguientes particularidades:

Ing. obl. externas dobles	13	0
Ing. obl. externas simples	72	3
Ing. obl. ext. con ectopia testicular	3	0
Ing. obl. ext. reproducida	1	0

A continuación los datos referentes a las anestésias empleadas en las intervenciones quirúrgicas de las hernias mencionadas:

Anestesia general con cloroformo	1
Anestesia general con éter	1
Anestesia local con novocaína	3
Anestesia raquídea	107
Anestesia mixta con raquídea y éter	5

Las cifras anteriores contrastan con las que se obtenían en el mismo servicio hace unos 15 o 20 años, que apenas si alcanzaban un número total de unos 10 a 15 casos anuales.

Este aumento de los herniarios que vienen a operarse obedece a causas bien definidas.

Sabido es que en los últimos años y como consecuencia de la legislación vigente sobre trabajo, las empresas industriales, casas comerciales y demás entidades del jaez han establecido el examen médico para todo obrero que desee ingresar a ellas, examen practicado casi siempre por el médico particular de las mismas y que va encaminado a apreciar sus capacidades para el trabajo y su estado de salud.

Si el aspirante presenta, no sólo una hernia aparente con todos sus signos claros, sino un simple botón de hernia y a veces hasta un anillo un poco distendido, no es admitido como trabajador, de lo que se desprende lógicamente que, ante tal negativa y por su situación económica, por lo general bastante estrecha, busque en el Hospital tratamiento para su anormalidad.

Puede citarse también, aunque casi por vía de constancia únicamente, el caso del individuo declarado inhábil en el reconocimiento que se le hace al ser llamado a prestar servicio militar, si bien lo que sucede en tal caso y sobre todo cuando va con un antioqueño, es que el conscripto resuelve blindarse dentro de su anormalidad para escurrirle el bulto al acuartelamiento. (1)

Por último, es conveniente apuntar la influencia manifiesta de la construcción de vías de comunicación entre Medellín y varias regiones del Departamento, a lo que se agrega la concesión de pasajes gratuitos a los enfermos no pudientes que se dirigen a dicha ciudad a hospitalizarse y a los que salen del Hospital, hecha por el Ferrocarril de Antioquia.

Veamos ahora algunos puntos relativos a la técnica operatoria.

Para la hernia inguinal oblicua externa el procedimiento adoptado generalmente es el prefunicular, dejando el cordón debajo del plano muscular profundo.

La sutura del plano profundo se había hecho siempre a la manera de Barker, es decir, con tendón de canguro y con puntos separados, y la del plano superficial con puntos separados de catgut, pero desde hace algunos meses se viene haciendo la de Duval, que sólo difiere de la de Barker en que reemplaza el canguro por el hilo de lino N° 3 en la reconstrucción del plano profundo.

Por el hecho de ser el hilo de lino más extraño al organismo que el tendón de canguro, se explica la mayor solidez de la

(1) Y con sobra de razón en mi concepto.—Nota de A. R.

sutura, debida a la mayor duración del afrontamiento muscular. La misma razón induce a pensar en que las supuraciones postoperatorias deben haber aumentado y, no obstante, la observación muy cuidadosa que sobre este particular se ha hecho ha demostrado que ambos métodos andan aparejados a este respecto.

Recuérdese además que el costo del hilo de lino es muy inferior al del tendón de canguro y la mayor docilidad de aquél, que facilita bastante la hechura de los nudos.

Como puede verse en el cuadro copiado atrás, de las 121 hernias operadas sólo una era reproducida, lo que equivale a un porcentaje de 0,82%.

No está por demás anotar que en el servicio de Clínica Quirúrgica se les permite a los estudiantes, durante el segundo semestre del año, actuar como cirujanos en curas radicales de hernias, apendicectomías, etc., asesorados por el Jefe de Clínica o el Interno del servicio, habiéndose podido comprobar que tal práctica no tiene los inconvenientes que muchos se empeñan en verle.

Los buenos resultados obtenidos en la reconstrucción del plano profundo de las hernias inguinales con el hilo de lino, han hecho que el empleo de éste se haya extendido a la sutura de los planos musculo-aponeuróticos en otras variedades de hernias, en las que ha resultado igualmente eficaz.

Carlos LONDOÑO
Interno del Servicio de Clínica Quirúrgica.

Cáncer Experimental

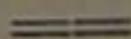
Epitelioma basocelular, tipo terebrante

CARLOS ADOLFO URUETA F. y
EUGENIO URIBE JARAMILLO

A fines del mes de abril del presente año, iniciámos una serie de estudios sobre cáncer experimental en animales de laboratorio. Ardua, y las más de las veces infructuosa, ha de ser nuestra labor, cuan arduo y complejo es el problema del cáncer en sus múltiples facetas, del que se conoce poco y se ignora mucho.

El presente artículo resume el primer éxito en nuestros estudios. La casualidad, nombre sonoro que damos a consecuencias de causas desconocidas, nos asignó un caso atípico de cáncer experimental. Atípico por la corta evolución del proceso irritativo con sus consecuencias cancerígenas.

Queremos, en primer lugar, dejar constancia de nuestro profundo agradecimiento a nuestro ex-Rector Dr. Gabriel Toro Villa y a nuestro actual Rector, Dr. Martiniano Echeverri Duque, quienes en todo momento han tenido para nosotros frases de encomio; a nuestro ilustre y docto Profesor de Anatomía Patológica, Dr. Pedro Nel Cardona, quien con su palabra amena y su preparación científica despertó en nosotros un gran interés por los problemas histopatológicos; al Profesor Dr. Samuel Misas R., Jefe General de Laboratorios, verdadero hombre de ciencia y acogedor de toda iniciativa científica.



Desde las investigaciones de los japoneses Yamagiwa e Itchikawa se ha hecho de la irritación por el alquitrán un método clásico en el estudio del cáncer experimental. Nosotros empleamos este mismo agente y hemos seguido la técnica preconizada por Roussy.

El 29 de abril empezamos los primeros frotos en un lote de conejos y de ratas. Los animales escogidos presentaron un peso normal y carecían de estigmas degenerativos. Con una regulari-



dad de dos frotaciones semanales son mantenidos hasta el presente. A principios del mes de junio aparece en una de las ratas ligeras eminencias puntiformes, en la oreja izquierda, del tamaño de una cabeza de alfiler. La precocidad de estas manifestaciones reaccionales, no nos hacen sospechar malignidad alguna, ya que salvo el caso de Bang citado por Roussy (aparición en un obrero de un epiteloma malpigliano típico, al cabo de ocho días de haberse lesionado el tabique nasal con alquitrán en ebullición) y otros aislados, las lesiones cancerosas y precancerosas tardan unos tres meses a lo menos en aparecer. En los otros animales en experimentación en esa misma fecha sólo se observan reacciones locales a consecuencia de los frotos con el alquitrán: descamación epitelial, congestión y edematización.

A los pocos días las primeras manifestaciones puntiformes aumentan de volumen y hay regresión en algunas de ellas. A mediados de junio una de éstas adquiere el tamaño de una lenteja: se presenta pediculada, con base blanda. A los pocos días empieza a ulcerarse en la parte central, disminuye de volumen hasta tomar una forma de ligera tumefacción ulcerosa que se confunde insensiblemente con la región no lesionada. Estos caracteres



Fig. 2

Oc. 15 — Obj. 40

(Zeiss)

de malignidad nos hacen practicar una biopsia con resultados positivos.

ASPECTO MACROSCOPICO

La lesión ulcerosa, que como hemos dicho es de aparición muy precoz, es de forma irregular; sus bordes son gruesos, adherentes y levantados, formando eminencia sobre el plano de los tejidos de implantación.

Se presenta como una exulceración con granulaciones exuberantes en toda su extensión. La invasión la efectúa especialmente en superficie. Hay congestión de las partes vecinas y caída de los pelos. Al menor traumatismo hay hemorragia en la superficie ulcerada. Constantemente hay una secreción purulenta, saniosa, de color crema y de muy mal olor.

A los pocos días se presenta en la cara externa de la oreja derecha, cerca de la base, una eminencia un poco mayor que una cabeza de alfiler. Poco a poco toma un color negruzco y un olor muy fétido, gangrenoso, que nos indican una necrosis. Al practicarle al animal la autopsia, días después, y a un golpe de bisturí se desprende la eminencia por la base, dejando al descubierto una exulceración análoga a la lesión primitiva. Todo esto nos hace presumir que se trata de una metástasis.

El estado del animal se resiente. Hay considerable pérdida

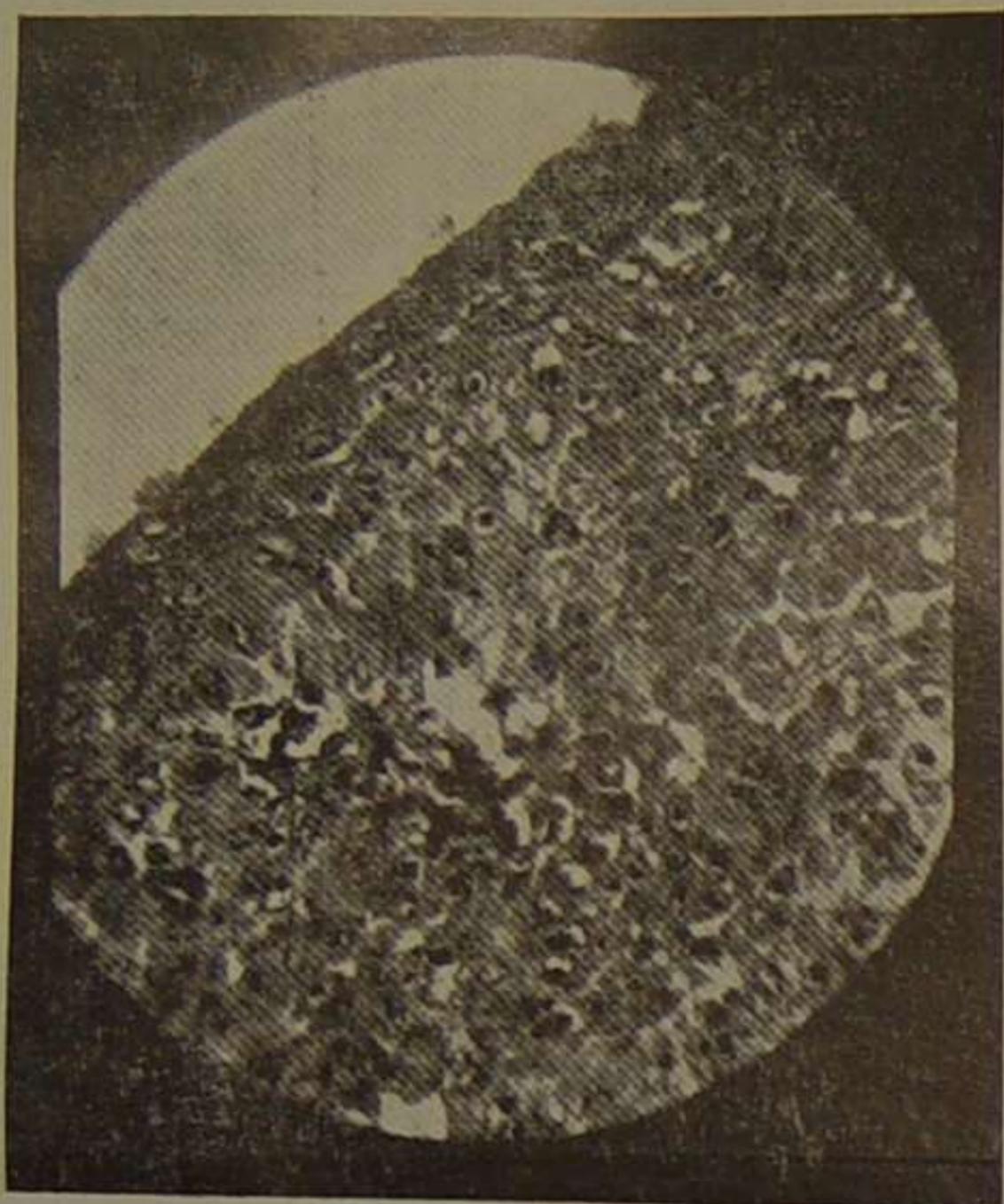


Fig. 3

Oc. 15 — Obj. 40

(Zeiss)

de peso y anorexia. Se observan trastornos visuales: fotofobia y ceguera, aunque no absoluta, probablemente debidos a lesiones e irritaciones nerviosas causadas por una intoxicación con el alquitrán o por metástasis de la lesión primitiva.

A mediados de julio el animal llega a un estado de gran prostración y caquexia. No presenta ya sino vestigios de la oreja izquierda. Es sacrificado y en la autopsia no se observan lesiones viscerales que nos indiquen metástasis avanzadas, se nota una considerable hipertrofia esplénica. Esta hipertrofia esplénica la señalan también Lambret y Driessens en injertos del sarcoma de Jensen. Apreciable macroscópicamente y que microscópicamente acusa una abundancia de megacariocitos y una especie de reticulosis irritativa.

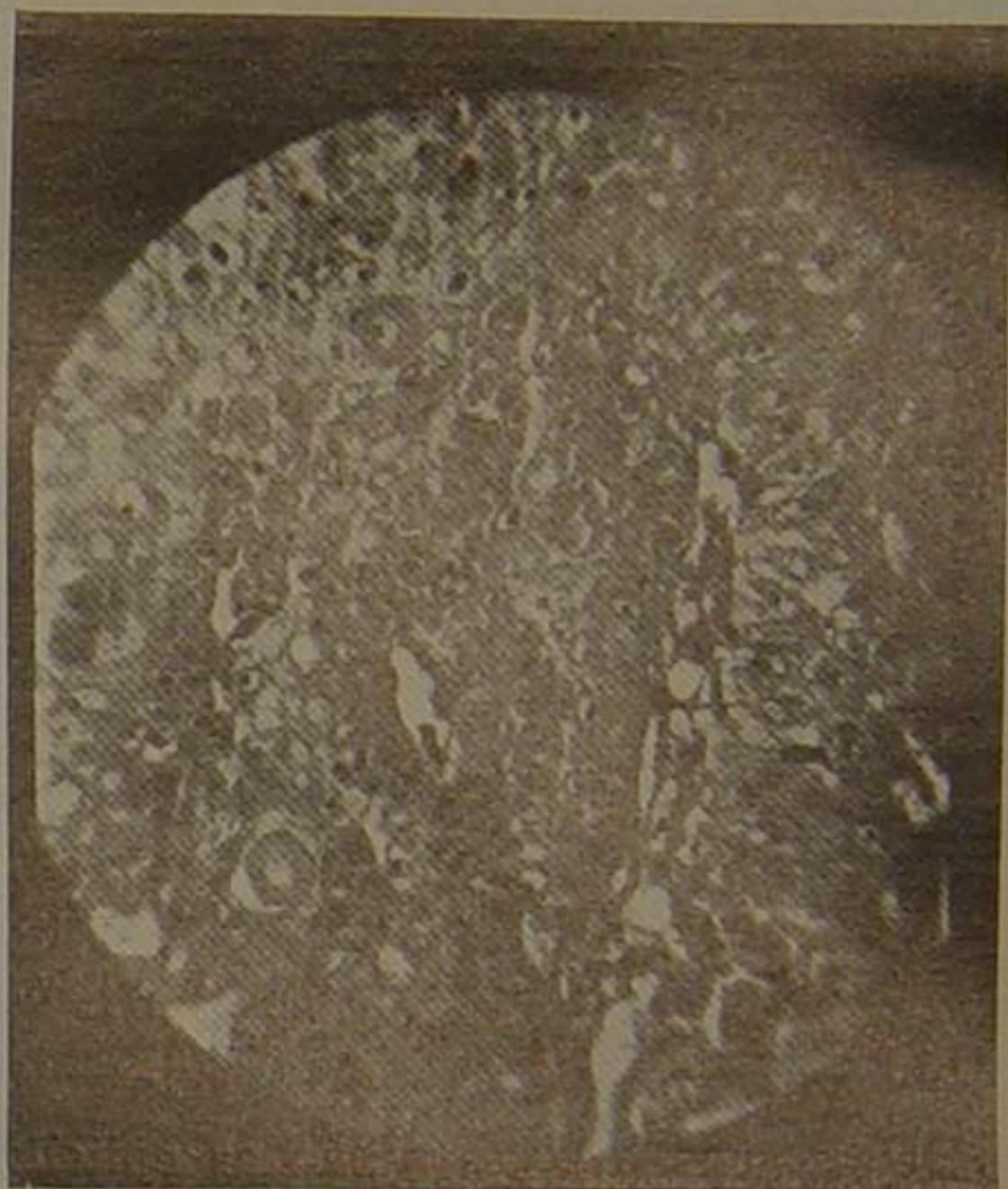
ASPECTO MICROSCOPICO

Previa inclusión en parafina practicamos cortes seriados de la lesión. Se observa en un extremo de los cortes un epitelio completamente normal que limita con una zona francamente patológica: hay una abundante infiltración epitelial hacia la dermis. Estas células epidérmicas son del tipo basal: no poseen prolongaciones intercelulares; tienen formas irregulares, ovaladas, poliédricas; son poco voluminosas e íntimamente unidas entre sí;

Fig. 4

Oc. 15 — Obj. 40

(Zeiss)



el núcleo es ovalado, de gran tamaño y se observan en ellos múltiples figuras de carioquinesis; no hay globos córneos. La infiltración es masiva habiéndose borrado los mamelones interpapilares. Se aprecian algunas monstruosidades celulares.

El estroma es rico en fibroblastos y tiene poca densidad, es muy laxo, lo que facilita la infiltración epitelial. Se observa en el estroma una gran infiltración leucocitaria, signo de una reacción inflamatoria.

El estudio histológico nos hace diagnosticar un epiteloma basocelular de tipo terebrante, por sus múltiples mitosis y por una estroma-reacción débil. Concuerda esta aseveración con el aspecto clínico de epiteloma terebrante que posee; gran malignidad, ausencia de metástasis viscerales y gran poder invasor.

HISTOGENESIS. MODO DE ACCION DEL ALQUITRAN

En la histogénesis y en el modo como obra esta sustancia están en desacuerdo los autores.

Para Roussy en la producción del cáncer por el alquitrán hay un factor local, en el lugar del frote, y otro general debido a la intoxicación. Según él el factor local predomina y por sí solo puede explicar la génesis de la canceración.

Para Murphy, Bierich, Lipschutz y Maisin, en la canceración por el alquitrán la acción general prima sobre la local y en ella toma parte todo el organismo. Según ellos el proceso canceroso no es sino una consecuencia de las alteraciones generales producidas en el organismo por el alquitrán.

Deelman ha estudiado a fondo la iniciación de la proliferación epitelial y ha demostrado la multiplicidad de focos proliferantes. Para él en un punto dado del epitelio se exagera la proliferación hasta verificarse una rotura de la membrana basal, por la presión ejercida por la gran cantidad de elementos noviformados. Esta verdadera anarquía proliferante se propaga a las partes vecinas, quedando en el centro el núcleo primitivo y en la periferia los nuevos. La rotura de la basal lleva como consecuencia una infiltración del epitelio hacia la dermis. Para Deelman en el desarrollo del tumor intervienen: un crecimiento inductivo por canceración de núcleos múltiples y un crecimiento "por aposición" que resulta de la división indefinida de las células cancerosas.

Delbet supone que las células epiteliales normales secretan la membrana basal y que en un momento dado, y por causas desconocidas, estas células pierden esta propiedad y no habiendo ya basal el epitelio continúa creciendo e infiltrándose en la dermis.

Se ha querido imputar al arsénico que contiene el alquitrán su acción cancerígena (Bayet y otros). Varios autores niegan esta hipótesis ya que la cantidad de arsénico introducida en el curso de las frotaciones es mucho menor que el que es impunemente introducido en el organismo en forma medicamentosa. (Fibiger, de Coulon y Roffo).

Hasta ahora los estudios químicos hechos con el objeto de determinar a qué se debe el poder cancerígeno del alquitrán y de varias sustancias derivadas, han sido infructuosos y Kennaway deduce que el alquitrán podría contener, a dosis infinitesimales, una sustancia cancerígena inestable, análoga a las vitaminas y a las hormonas.

Los traumatismos locales son imputados por Deelman como favorecedores de los efectos del alquitrán en la génesis del cáncer. A su vez Daels y Derom llegan a la conclusión de que toda irritación que tienda a reducir la actividad vital de la célula maligna debe ser considerada como un obstáculo a la cancerización.

Mayor discrepancia y divergencia de criterios se manifies-

tan en las posibles influencias de extractos glandulares, regímenes alimenticios, vitaminas, compuestos químicos etc., en el desarrollo del cáncer experimental. También se imputa a los factores de raza, sexo, edad etc., en la génesis del cáncer, ya favoreciendo, retardando o impidiendo la acción del alquitrán.

CONCLUSION

Anotamos en nuestro caso como algo atípico, pero no excepcional, una evolución rápida del proceso. La no aparición de las lesiones en el sitio de las frotaciones, que nos hace presumir una marcada acción general del alquitrán, aunque la irritación local se puede generalizar, por extensión de simpatía reaccional, a todo el revestimiento cutáneo. La presencia de lesiones nerviosas, que según Beg e Itchikawa facilitan en alto grado la propagación del cáncer.

En nuestro caso aislado y de nuestros incipientes estudios sobre cáncer experimental mal podríamos hacer deducciones y generalizaciones. Si algo demuestra nuestro caso presente es lo muy complejo del problema del cáncer, complejidad esta por demás muy propia de los problemas biológicos en general, pero con mayores proporciones en estos múltiples procesos caóticos que hoy por hoy, y en el simplicismo de nuestra ignorancia, agrupamos con la denominación de "cáncer".

Carlos A. URUETA F. — E. URIBE JARAMILLO

Medellín, julio de 1936.—Facultad de Medicina de la U. de A.

NOTA.—Las microfotografías que se insertan en este trabajo fueron tomadas por el Dr. Alonso Restrepo en su laboratorio particular, de cortes que le enviamos.

Una observación interesante

DR. FRUCTUOSO SILVA



Nicolás P. - Soltero, 28 años y de oficio cargador, entra a la Clínica el día 1º de junio de 1935.

Presenta la mano derecha inflamada, con una gran zona de infiltración y simulando un flegmón de la misma. Doce días antes, removiendo unos bultos en la bodega de una casa comercial de la ciudad, vio salir de entre ellos una rata; la persiguió y la cogió con la mano. La rata lo mordió, pero él no dio importancia al incidente y continuó su trabajo.

Tres días más tarde la mano comenzó a hincharse y a dolerle, dolor que se fue haciendo más y más intenso, hasta el punto de impedirle trabajar y en vista de que tampoco podía dormir, solicitó de la casa respectiva una orden para ingresar en la Clínica.

Los antecedentes familiares carecen de importancia y los personales no revelan nada que pueda relacionarse con la enfermedad presente. Ha sido un hombre sano, sobrio, no ha padecido enfermedades venéreas ni ha estado nunca seriamente enfermo. Tampoco ha padecido paludismo y sólo sarampión a la edad de diez y ocho meses.

Examinamos la mano lesionada: en la eminencia tenar hallamos marcados los incisivos del roedor, que penetraron en una profundidad de tres a cuatro milímetros. Hay al rededor una zona violácea de infiltración de una dureza poco común. Por el contrario, la zona indemne es de una blandura que contrasta con la zona de endurecimiento, llamando poderosamente la atención que la palpación por muy suave que sea en la zona infiltrada provoca dolores insoportables mientras que el resto es casi insensible. Los dolores irradian a la mano y antebrazo. El infarto axilar es poco pronunciado: diríase que no está en relación con los síntomas acusados por la mano. Hay también dolores en algunas articulaciones, que desaparecen para fijarse en otras. La fiebre marca en el momento de ser admitido el paciente $38\frac{1}{2}$ grados centígrados; el pulso late a ciento diez por minuto.

Como a simple vista parece que se trata de un flegmón de la mano, resolvimos operar el mismo día con el objeto de dar un alivio inmediato a nuestro enfermo. En efecto, bajo anestesia general con éter practicamos una incisión profunda en la eminencia tenar afectada. Hallamos un tejido renitente y duro, sumamente congestionado pero con gran sorpresa nuestra no salió una gota de pus. Introdujimos una pinza de Kelly y exploramos los tejidos vecinos, pero todo fue inútil; el pus no pareció por parte alguna. En vista de esto pusimos un amplio drenaje y vendamos la herida.

Los dolores se hacían cada vez más intensos y sólo se aliviaban cuando el paciente permanecía con la mano sumergida en una solución tibia de Bicloruro de Mercurio al uno por dos mil o cuando recurriamos a poderosos analgésicos. Diariamente cambiábamos el apósito; aunque la herida había mejorado algo, se notaba sin embargo una extensión regular de tejido infiltrado y rojo pero no se había presentado supuración.

Seis días más tarde la inflamación había cedido notablemente, la herida se encontraba en buen estado, pero los dolores irradiados eran sumamente intensos y la fiebre aumentaba día por día. En vista de esto resolvimos inyectar quinina y lo hicimos bajo forma de Quinoforno a la dosis de cincuenta centigramos diarios durante cinco días, pero al cabo de este tiempo la fiebre en lugar de ceder continuaba estacionaria y cada día marcaba algunos décimos más que el anterior. La fiebre al quinto día del tratamiento con quinina era de $39\frac{1}{2}$ grados y el pulso ciento cincuenta por minuto.

El enfermo padecía de insomnio, los dolores eran intensos y

un temblor comenzaba a invadirlo, haciéndose notar más en las extremidades superiores. Cosa rara; el apetito se conservaba intacto y el enfermo comía cuanto se le daba sin denotar desgano por nada.

Nos hallamos perplejos y resolvemos ensayar el Salvarsán. Al efecto, el día 12 de junio inyectamos por vía intravenosa, 0,45 centigramos de Neosalvarsán y esperamos. La inyección no modifica en nada el cuadro clínico. El día 16 inyectamos nuevamente 0.60 centigramos de Salvarsán, pero el resultado es todavía negativo y por el contrario la fiebre continúa subiendo.

El día 20 de junio, el cuadro del enfermo es el siguiente: La herida de la mano se halla casi por completo cicatrizada; la zona de infiltración en la eminencia tenar ha cedido notablemente y sólo se nota una aureola rojiza; no hay infarto ganglionar axilar. El dolor en la región afectada es aún más intenso e irradia a toda la mano y al antebrazo. El enfermo no ha perdido el apetito, pero hace varias noches que no duerme y sólo unas pocas horas puede conciliar el sueño con altas dosis de hipnóticos. La temperatura es de $40\frac{1}{2}$ grados, el pulso está en 165 por minuto. Los dolores de las articulaciones se acentúan y el temblor del cuerpo se exagera hasta el punto de que casi no puede tener quietos los brazos. La presión arterial es de 132-85 y la orina revela trazas de albúmina que atribuimos a la fiebre.

Hemos ensayado la Cylotropina y la Urotropina intravenosa; también la endoioidina, la septicemina, el electrargol, la omnadina y otros preparados, pero el cuadro que acabamos de describir nos hace temer por nuestro paciente. Todos estos síntomas generales alarmantes, cuando los signos locales aparte del dolor son satisfactorios, nos tienen en gran perplejidad.

Desesperados, pero no desesperanzados, cambiamos la terapéutica y esa misma tarde inyectamos al enfermo por vía intravenosa diez centímetros cúbicos de solución de Cloruro de Calcio al 10 por ciento. Al siguiente día la fiebre amanece en 39 grados, el pulso marca 140, el temblor ha disminuído; el enfermo siente un marcado alivio y el dolor es ya tolerable. Nueva inyección de Cloruro de Calcio y al otro día el termómetro marca 38; el pulso 120; el dolor ha desaparecido; el enfermo ha dormido algo sin hipnótico y el temblor sólo se manifiesta en las extremidades superiores.

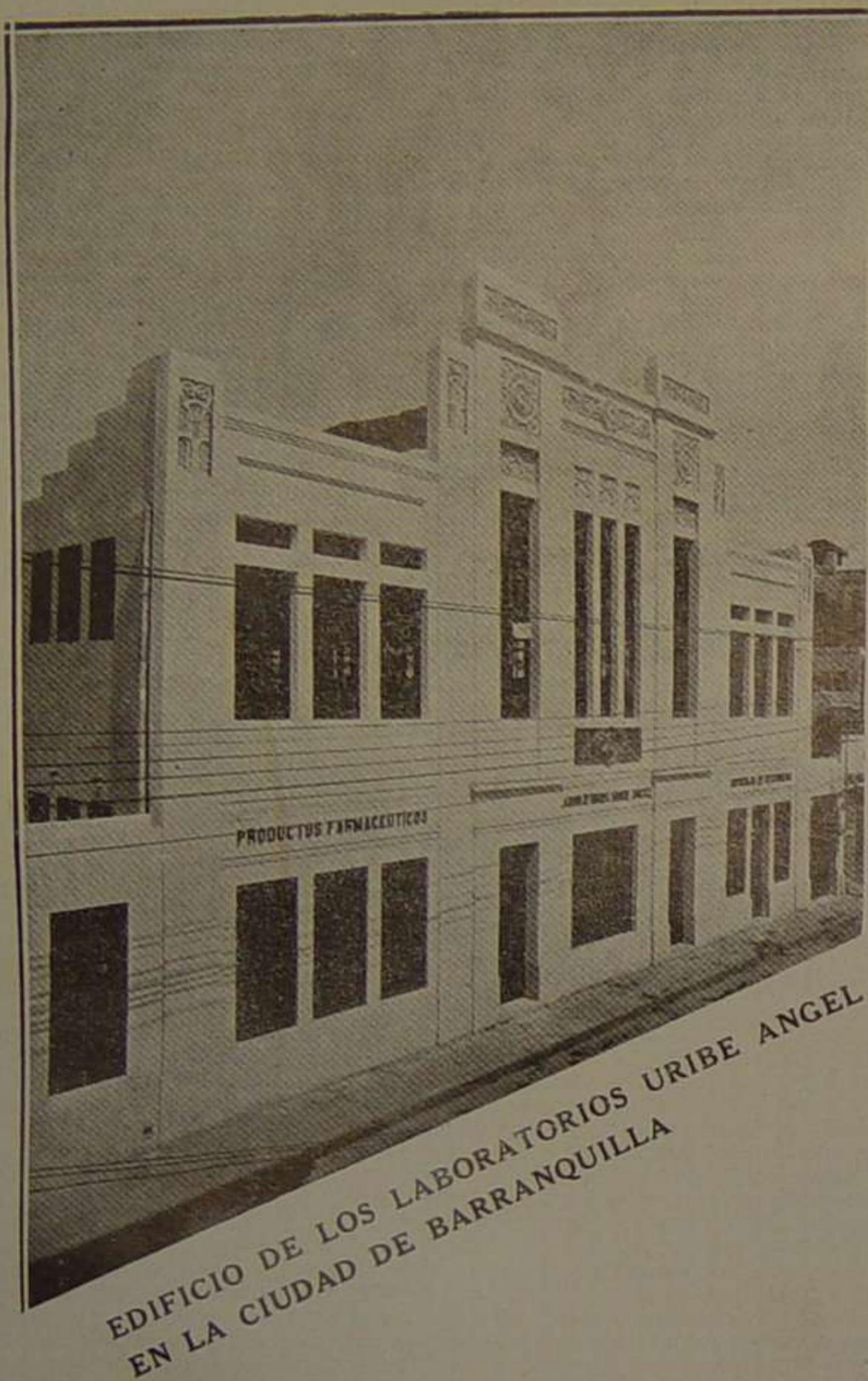
Seis inyecciones de Cloruro de Calcio en el término de diez días han bastado para curar totalmente al enfermo, el cual es dado de alta el día 30 de junio.

El día 10 de julio se presentó nuevamente el enfermo a manifestarnos que desde el día anterior había vuelto a sentir fiebre y que el temblor le comenzaba en la misma forma en que lo había sentido durante su estadía en la Clínica. Inyectamos otras seis ampollas de Cloruro de Calcio de 10 c. c. al 10 por ciento en diez días y el enfermo se sintió bien. Desde entonces no ha tenido más novedad y actualmente continúa su trabajo sin trastornos de ninguna clase.

Era éste un caso de SODOKU? No podemos hacer afirmación ninguna al respecto. Por razones que no es del caso exponer aquí no fue posible practicar el análisis ni hacer cultivos. Pero como esta observación nos parece interesante, queremos ofrecerla a nuestros colegas desde las páginas de BOLETIN CLINICO, órgano de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad de Antioquia, para lo cual hemos sido galantemente invitados por el doctor Alonso Restrepo, a quien debidamente agradecemos el honor de tal invitación.

F. SILVA

Barranquilla, noviembre de 1936.



EDIFICIO DE LOS LABORATORIOS URIBE ANGEL
EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA

El Director, los Redactores y los Editores de **BOLETIN CLINICO** agradecen profundamente a sus autores los trabajos enviados para la presente edición y a la vez felicitan a tan distinguidos profesionales por su valiosa contribución al progreso de la ciencia colombiana.

INDICE DE LA PRESENTE EDICION

	Pág.
Dedicatoria	145
ECHEVERRI Martiniano — Un curioso caso de Encondromas de la Diáfisis del Radio	147
REHBEIN PERALTA Max y ECHEVERRI Hernando — Toracoplastia total en varias sesiones	174
ARANGO MEJIA Manuel S. — Diatermo-coagulación endoscópica en uretritis crónicas posteriores	179
HENAO MEJIA Braulio y DUQUE Jesús M ^o — Informe sobre el Trabajo del Dr. Manuel S. Arango Mejía	196
ABELLO FALQUEZ Manuel — Hernia-accidente	198
MEJIA URIBE Rafael — A propósito de las Nefritis edematosas infantiles en Medellín	207
RESTREPO Alonso — Contribución al estudio del Poder Glicolítico de la Sangre	211
RESTREPO Roberto — Prurito vulvar y radioterapia	233
FLOREZ TORO Jorge — Consideraciones prácticas sobre el Kala-azar	236
BERNAL MORENO Jaime — Myasiterapia	247
JARAMILLO GUTIERREZ Ramón — Vulgarización antivenérea	252
ECHEVERRI Guillermo — Alimentación infantil	255
HESSE E., RUBASHOV S., MAJANZ J. - MONTROYA Y FLOREZ J. B. — A propósito de gastrectomías	257
PEREZ R. Hernán — Interesante caso de intersexualidad	262
BOTERO DIAZ Gonzalo — Tuberculosis ileo-cecal	269
LONDOÑO Carlos — Algunas consideraciones sobre Hernias, y su tratamiento quirúrgico	272
URUETA F. Carlos Adolfo y URIBE JARAMILLO Eugenio — Cáncer Experimental. Epitelioma basocelular, tipo tebrante	275
SILVA Fructuoso — Una observación interesante	282

V Congreso Medico Nacional....

(Viene de las primeras páginas)

SEPTIMA SECCION

Higiene General y Especial. - Asistencia Pública y Social

La Junta Organizadora recomienda algunos temas en esta importante Sección y señala los siguientes:

- a) Organización de la Asistencia Pública en Colombia.
- b) Dispensarios: antituberculosos, antivenéreos, antileproso.
- c) Hospitales.
- d) Saneamiento portuario, urbano, rural y de las habitaciones.
- e) Policía Sanitaria internacional.

O V A R I O G E N

enfermedades de la mujer

Preparación a base de Hidrastis, Hamamelis, Piscidia, Viburnum y Acido Acetil-Salicílico.

Ovariogen es un preparado de indicaciones precisas en la Congestión Uterina Primitiva y un poderoso auxiliar en el tratamiento de las Congestion Secundarias. Combate los dolores y las pérdidas profusas.

De grande utilidad en los espasmos uterinos y en los dolores del ovario.

LABORATORIOS URIBE ANGEL
Medellín — Barranquilla

Colombia

- c) Roentgenterapia Superficial: Dermatología. - Tiñas y en general todas las tricoficias. - Actinomicosis.
- d) Radiodiagnóstico: Tuberculosis Renal. - Diagnóstico precoz del cáncer del estómago. - Ortodiografía. - Medios de contraste para el examen gastrointestinal de la mucosa del Intestino.

DECIMA SECCION

Odontología. - Estomatología. - Prótesis e Higiene Buco-Dental

La Junta recomienda:

- a) Caries dentales. - Tratamiento preventivo.
- b) Piorrea alveolo-dental.
- c) Anomalías dentarias de oclusión. - Ortodoncia.
- d) Higiene dental escolar.

DECIMA PRIMERA SECCION

Medicina y Cirugía Veterinaria

La Junta se permite recomendar los siguientes temas de esta Sección:

ELECTROGENO

Agua Oxigenada

Con 3.60 por ciento de peso (doce volúmenes) en Oxígeno.

Antiséptico, Hemostático, Desodorizante.

Heridas, Escoriaciones, Quemaduras, Gargarismos, Pulverizaciones, Desinfección Bucal.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

- a) Rabia.
- b) Brucelosis.
- c) Carbón Bacteridiano.
- d) Carbón sintomático.
- e) Tripanosomiasis.
- f) Hatos. - Leche y productos derivados.
- g) Parásitos trasmisores de enfermedades.

DECIMA SEGUNDA SECCION

Farmacología. - Química Farmacéutica.

La Junta Organizadora se permite recomendar los siguientes temas de esta Sección.

- a) Reglamentación de las Farmacias y Laboratorios Farmacéuticos. Regencias.
- b) Laboratorios de productos biológicos.
- c) Incompatibilidad física, química y terapéutica.
- d) Farmacia Nacional.
- e) Ejercicio ilegal de la Farmacia.

VITAEMULSION

Alimento-Medicina

Vitaminas, Lecitinas, Fósforo y Cal, elementos indispensables para la nutrición tisular.

INDICACIONES:

Estados de desmineralización, Raquitismo, Linfatismo, Convalecencia de las enfermedades de las vías respiratorias.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

- f) Cooperación médico-farmacéutica y ética profesional.
- g) Deben los establecimientos no dirigidos por profesionales vender productos farmacéuticos al público consumidor?

DECIMA TERCERA SECCION

Ingeniería Sanitaria

La Junta Organizadora se permite recomendar a esta Sección los temas siguientes:

- a) Sistema para abastecer de agua potable a las pequeñas y grandes comunidades.
- b) Condiciones higiénicas de las habitaciones (luz, ventilación, materiales adecuados).
- c) Alcantarillados.
- d) Fosas Sépticas.
- e) Letrinas Secas.
- f) Saneamiento y desagües de las habitaciones.
- g) Edificaciones escolares, etc.

UROSALINA

Sal Hepática efervescente de solubilidad completa y rápida

FORMULA:

Cada cucharada contiene:

Sulfato de Magnesia	3.750
Fosfato neutro de Sgda	1.500
Benzoato de Sodio	0.1875
Carbonato de Litina	0.075
Fosfolactato de Cal	0.0357
Uroformina	0.375
Sal efervescente	8.100

Urosalina, a sus condiciones de una sabia combinación de alcalinos, reúne las ventajas de su solubilidad y de su sabor agradable.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

- h) Plomería.
- i) Legislación Sanitaria.

DECIMA CUARTA SECCION

Dentología Profesional. - Legislación. - Cuestiones Jurídico-Sociales

La Junta se permite recomendar en esta Sección los temas siguientes:

- a) Ejercicio ilegal de la medicina, farmacia, odontología, etc.
- b) Legislación Sanitaria General.
- c) Reglamentación de los establecimientos de Asist. Pública.
- d) Código de moral profesional.
- e) Especializaciones médicas: médicos higienistas, psiquiatras, etc.
- f) Certificado pre-nupcial. - Importancia y legislación.
- g) Puede y debe el médico tener farmacia o intereses comerciales en un establecimiento de esta índole?
- h) Delito de contaminación.

CEFALINA

Contra dolores en general

Preparado a base de Acido Acetil-Salicílico y Cafeína de alta pureza.

Cefalina asegura al médico el empleo de una asociación medicamentosa (muy socorrida por lo útil en la terapéutica diaria) en la cual se ha puesto todo el cuidado humanamente posible para proveer una droga que pueda formularse con absoluta confianza, tanto en su calidad como en su dosificación.

LABORATORIOS URIBE ANGEL
Medellín — Barranquilla
Colombia

- i) Asistencia médica para campesinos y obreros.
- j) Ley sobre accidentes de trabajo.
- k) Carrera administrativa o Escalafón Sanitario.
- l) Reglamentación de las Clínicas y Casas de Salud.

Primer Congreso Nacional del Niño

Programa elaborado por el doctor Martín Camacho y debidamente aprobado por la Junta Organizadora del Certamen

EL PRIMER CONGRESO NACIONAL DEL NIÑO

se dividirá en dos grupos y seis Secciones, así:

PRIMER GRUPO: Cuestiones Médicas en General.

- I Sección: Medicina.
- II Sección: Cirugía.
- III Sección: Higiene.

SEGUNDO GRUPO: Cuestiones Sociales en general.

- IV Sección: Asistencia.
- V Sección: Legislación.
- VI Sección: Educación.

A los señores médicos

Medellín, julio de 1936.

Señor doctor:

Tenemos el mayor interés en que todos los señores médicos del país reciban oportunamente el **BOLETIN CLINICO**, órgano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, de que somos editores autorizados y que distribuye por todo el mundo nuestra Casa de Medellín.

Pero ocurre con demasiada frecuencia que los señores médicos cambian de domicilio o de residencia y olvidan hacerlo saber a los publicistas y a los laboratorios farmacéuticos con quienes tienen relaciones.

Le rogamos pues encarecidamente darnos su dirección actual lo más completa que sea posible y hacernos saber todo cambio de domicilio permanente o transitorio.

LABORATORIOS URIBE ANGEL
Medellín.

Muy distinguido Sr. Dr.:

*Gracias a las diversas pruebas
a que se somete cada lote de
Ampollas, con un completo y mo-
derno equipo para controles fí-
sico-químicos y bacteriológicos,
podemos ofrecer a Ud. una se-
guridad absoluta en el empleo
de nuestros medicamentos
inyectables.*

**LABORATORIOS
URIBE ANGEL**

Medellín — Barranquilla

TREPONIOL

Para el tratamiento de sostenimiento en la Sífilis, en los intervalos de las tandas de inyecciones, y de ataque en las personas refractarias a los medicamentos inyectables.

A base de Mercurio, Arsénico, Yoduro, Zarparrilla, Opio y Belladona.

El Treponiol no es un preparado puramente comercial, sino un verdadero agente terapéutico de propiedades efectivas.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia