



DR. DOMINGO VARGAS Z.

Médico Auxiliar del Hospital de San Vicente.

El Astillado en los Callos Viciosos Fracturas mal Consolidadas

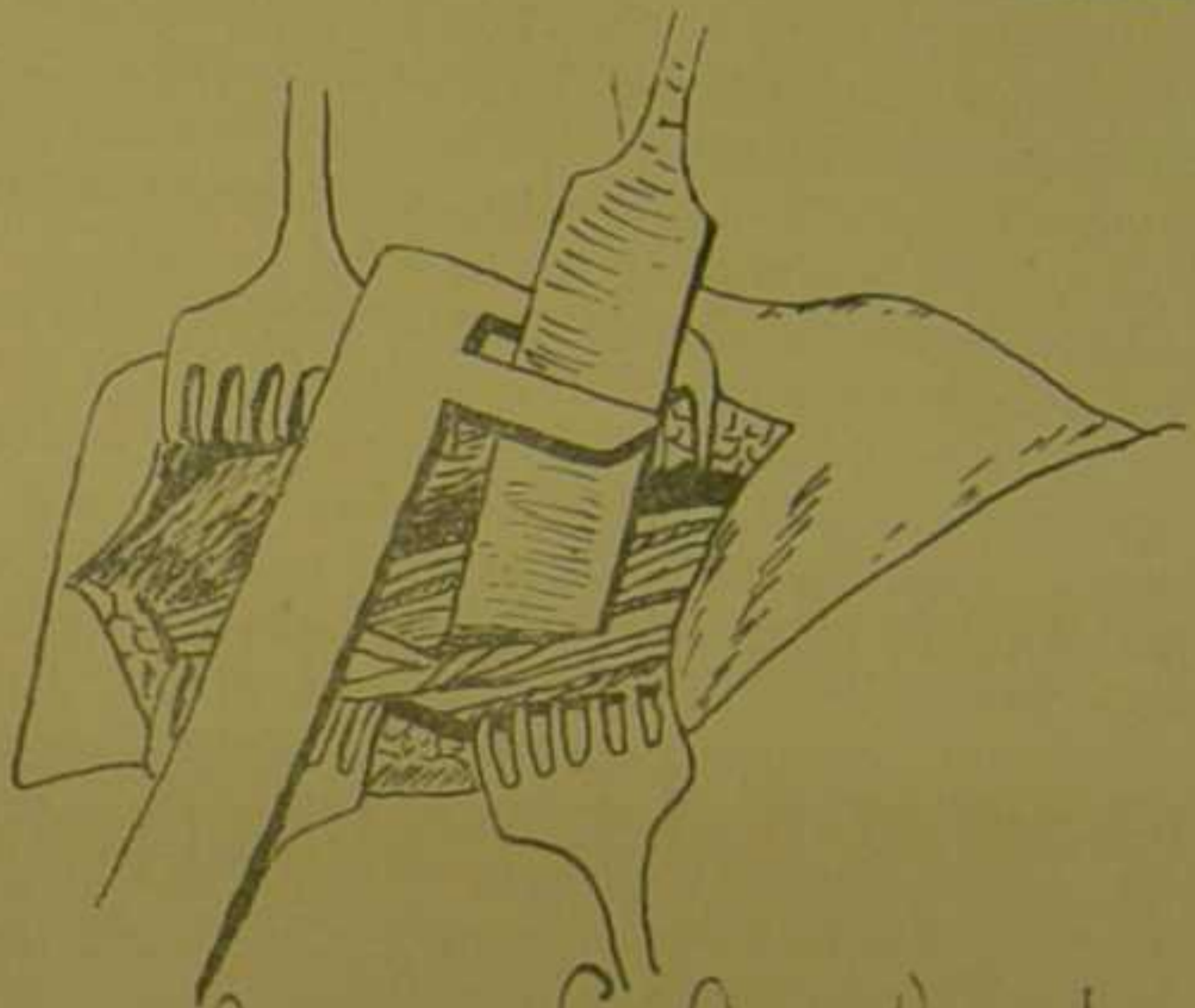
En el Libro de Oro del Profesor Enrique Finochietto hay un artículo magistralmente escrito a este respecto por los Dres. Alfredo Llambias y Miguel A. Finochietto.

Seducido por el método y al tanto de los fracasos casi sucesivos que se obtienen por los habitualmente usados sobre todo cuando se trata de deshacer una fractura mal consolidada, callos viciosos por consiguiente (caso harto común en nuestro medio donde el chacarero o la sobadora desempeña el principal papel), me he dado a la tarea de realizarlo cada vez que puedo, a la vez que me atrevo a divulgarlo como electivo en esta clase de afecciones.

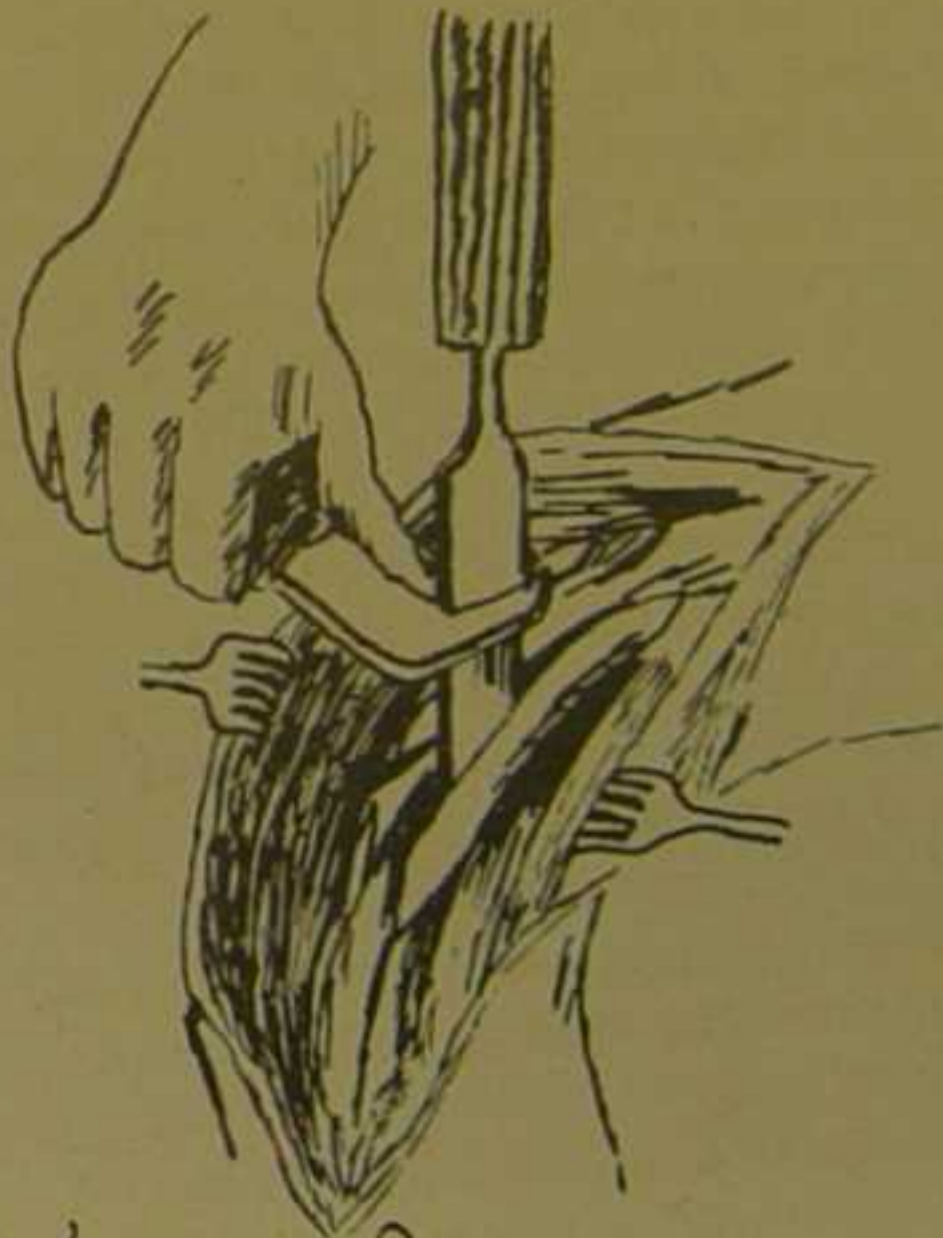
Kirschner fue quien por primera vez lo puso en práctica y a él cabe el mérito de haberlo ideado. Posteriormente otros cirujanos como Lindermann, Kuhle, Gross, Hertel, lo practicaron igualmente. En la actualidad Finochietto en la Argentina.

BASES DEL METODO

Entendido lo que es una fractura en sentido general, es decir solución de continuidad producida en un cuerpo; así como sus variantes, esto es: simple cuando no hay más que una sola solución; complicada o múltiple cuando hay varias; conminutiva cuando presenta varios fragmentos pequeños, complicada cuan-



N. 1. Kirschners Schubert



N. 2. Kirschners

do se acompaña de otros desórdenes. Apoyados en esto algunos autores consideran el astillado como una fractura esquirlosa; otros lo comparan a un injerto osteoplástico tomado en su verdadera acepción máxima si éste se realiza subperiódicamente, muy distinto de cuando la sección comprende el periostio, la cortical y la medula, en cuyo caso pudiera considerarse como un injerto óseo libre, auto injerto u homo-injerto.

Desde el punto de vista biológico cuál será entonces el mecanismo de la formación del callo y consolidación de la fractura?

Si las esquirlas las tomamos a la manera de injerto se sabe que los trasplantes óseos libres de todo pedículo son elementos vivientes que van camino de la muerte; pasados seis meses hay células vacuolizadas, granulaciones lipoides y núcleos que no se pueden colorear; entonces sucede que puede ser tolerado y adherir a los tejidos; no es atacado en su tejido óseo por los vecinos y puede ser absorbido o eliminado cual es la suerte de los secuestros que vienen a ser un trasplante no penetrado.

Si en puridad de verdad se considera como una fractura esquirlosa, los procesos biológicos que dentro de lo normal han de conducirla a la consolidación son más o menos los mismos.

"En consecuencia el astillado crea un contacto óseo íntimo dentro de la celda creada por el periostio y las partes blandas; por otra parte los autolizados de los tejidos son excitantes específicos e imprescindibles para la formación de callo óseo; fuera de esto, la irritación mecánica, el derrame sanguíneo y el material calcáreo que allí existe y que el organismo va a utilizar en el proceso de regeneración".

TECNICA DE LA OPERACION

Desinfección rigurosa de la piel, empezar a verificarla unos dos días antes de la intervención. Lavado jabonoso. Yodo o mercurocromo, doy preferencia a estos dos desinfectantes y se protege la piel así preparada con gasa estéril como si se tratara de una herida y así se tiene la certeza de que se va a trabajar sobre una piel completamente aséptica.

Acostumbro dar un poco de calcio y estimulantes hepáticos tanto en la pre como en la post-operatoria.

ANESTESIA

Preferentemente la regional. Plejo braquial en los miembros

superiores, raquídea para los inferiores. En cuanto a la incisión debe ser lo suficientemente amplia de modo que el acceso al hueso sea fácil. El trazado de la incisión varía con el miembro en cuestión: si el brazo, la vía bicipital externa es muy buena; si en el muslo, la antero-externa; si en la pierna, y tratándose de la tibia que entra en relación inmediata con la piel, se trazará una incisión que tenga un gran radio de curvatura.

Libre de las partes blandas encontramos el periostio, el cual debe ser respetado, es lo más científico y lo más técnico ya que es el asiento de la futura reparación ósea; con todo, algunos lo realizan sin tenerlo en cuenta; hecho esto viene el astillado propiamente dicho, los cortes deben ser limpios, las astillas largas y que comprendan la cortical y la medula, se corrigen en seguida las desviaciones y acortamientos si los hay. Cierre de la herida por planos; dren, no lo he dejado; los doctores Llambias y M. Finochietto dejan una gasa como estimulante en la formación del callo. Por fin el miembro se inmoviliza mediante un aparato enyesado o de extensión.

POST-OPERATORIA

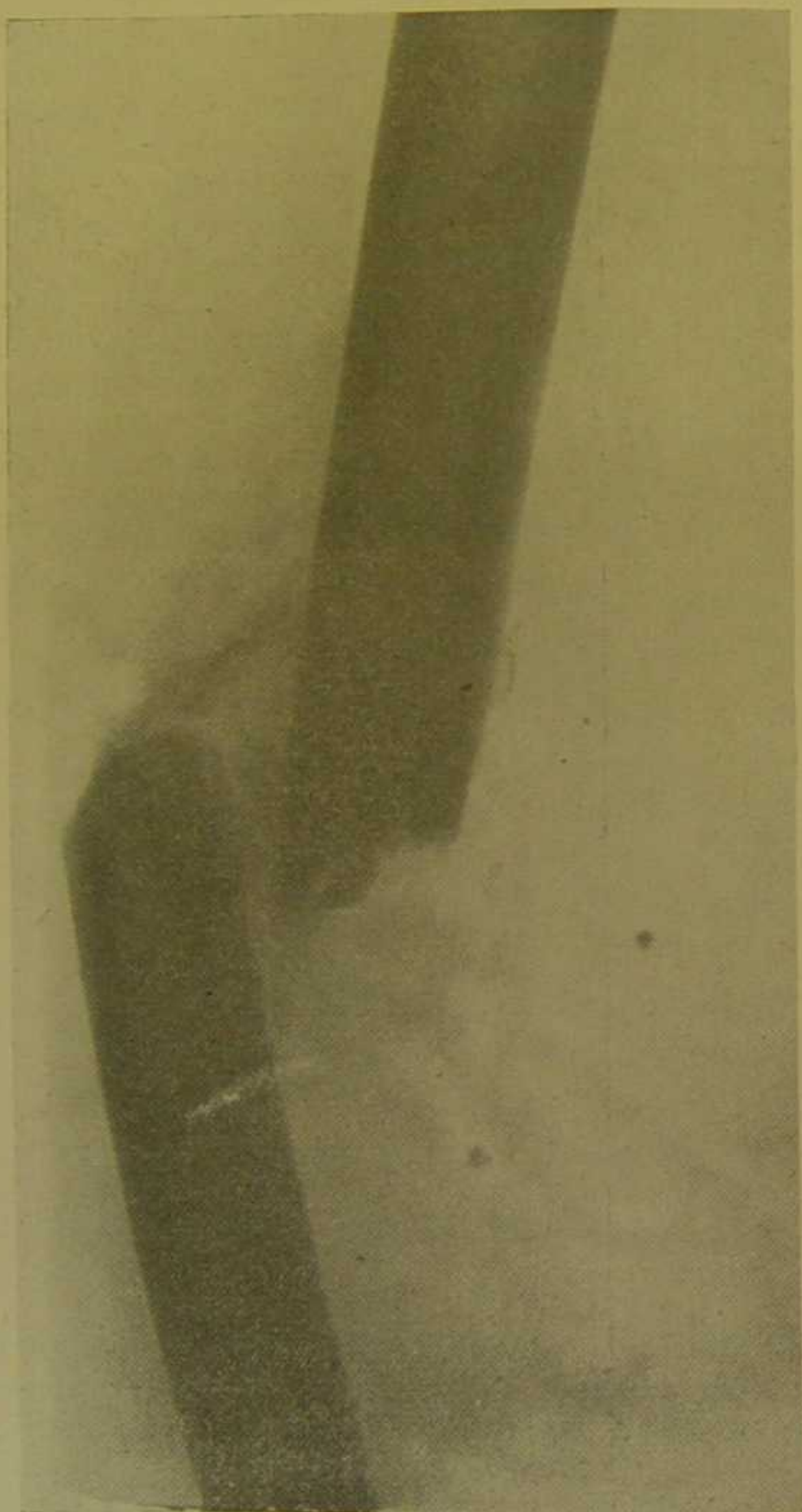
No prescindir nunca del control radiológico. Tengo por costumbre propinar durante cinco o seis días alguna medicación anti-infecciosa de preferencia la Soluseptazina.

COMPLICACIONES

La más posible es la infección, de allí el que la técnica y la asepsia sean excesivamente rigurosas. Señalan también la embolía.

Como ejemplos bien demostrativos me voy a permitir relatar los siguientes casos:

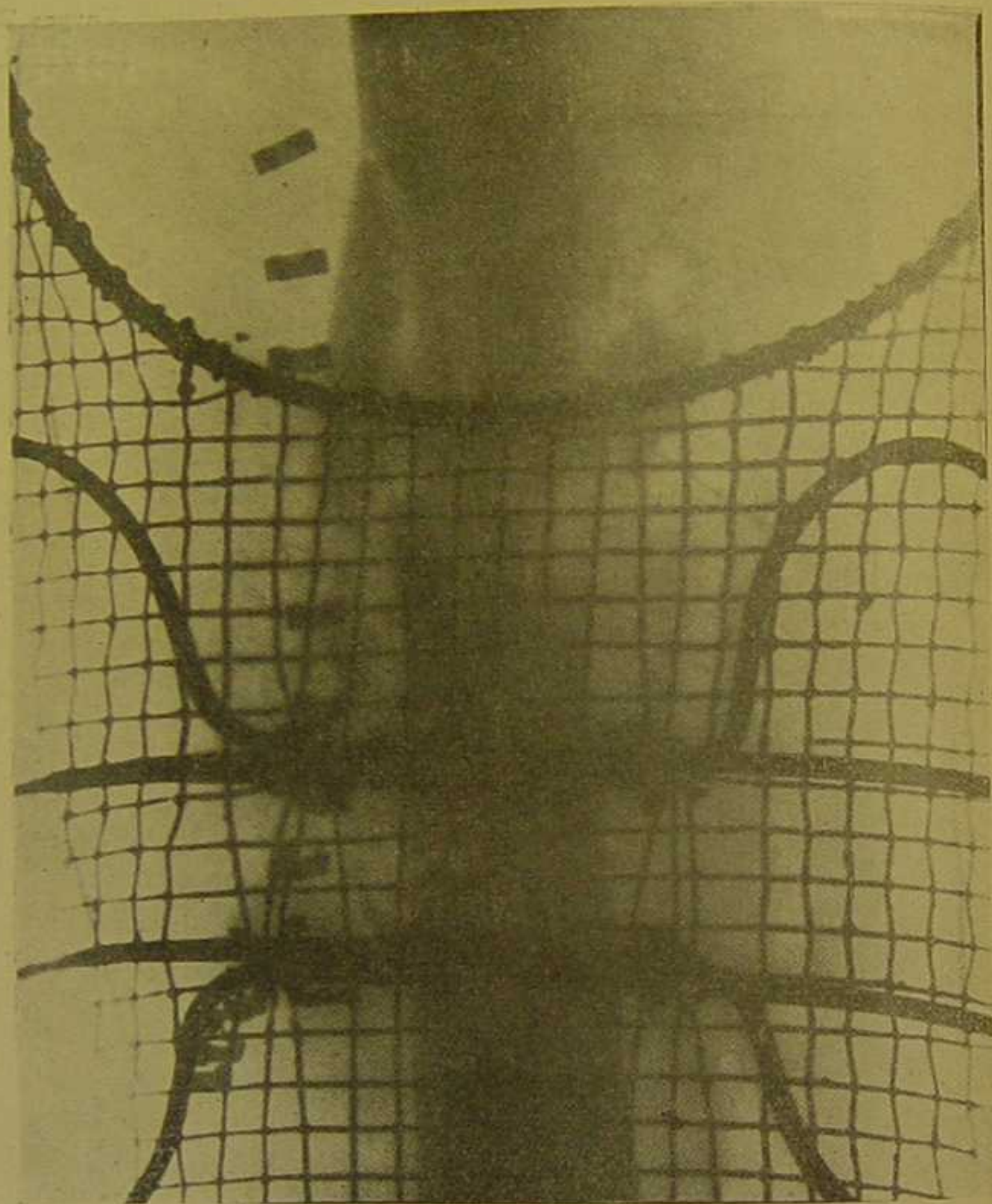
V. J. Natural de Medellín. Obrero. 30 años. Soltero. A consecuencia de un accidente de tránsito recibió un fuerte traumatismo que le ocasionó una fractura del fémur derecho a nivel de su tercio medio con su tercio inferior. El resultado del tratamiento fue poco satisfactorio como puede verse en las radiografías Nos. 1 y 2. La marcha se hacía imposible, como imposible era



Nº 1. — Antes del tratamiento.



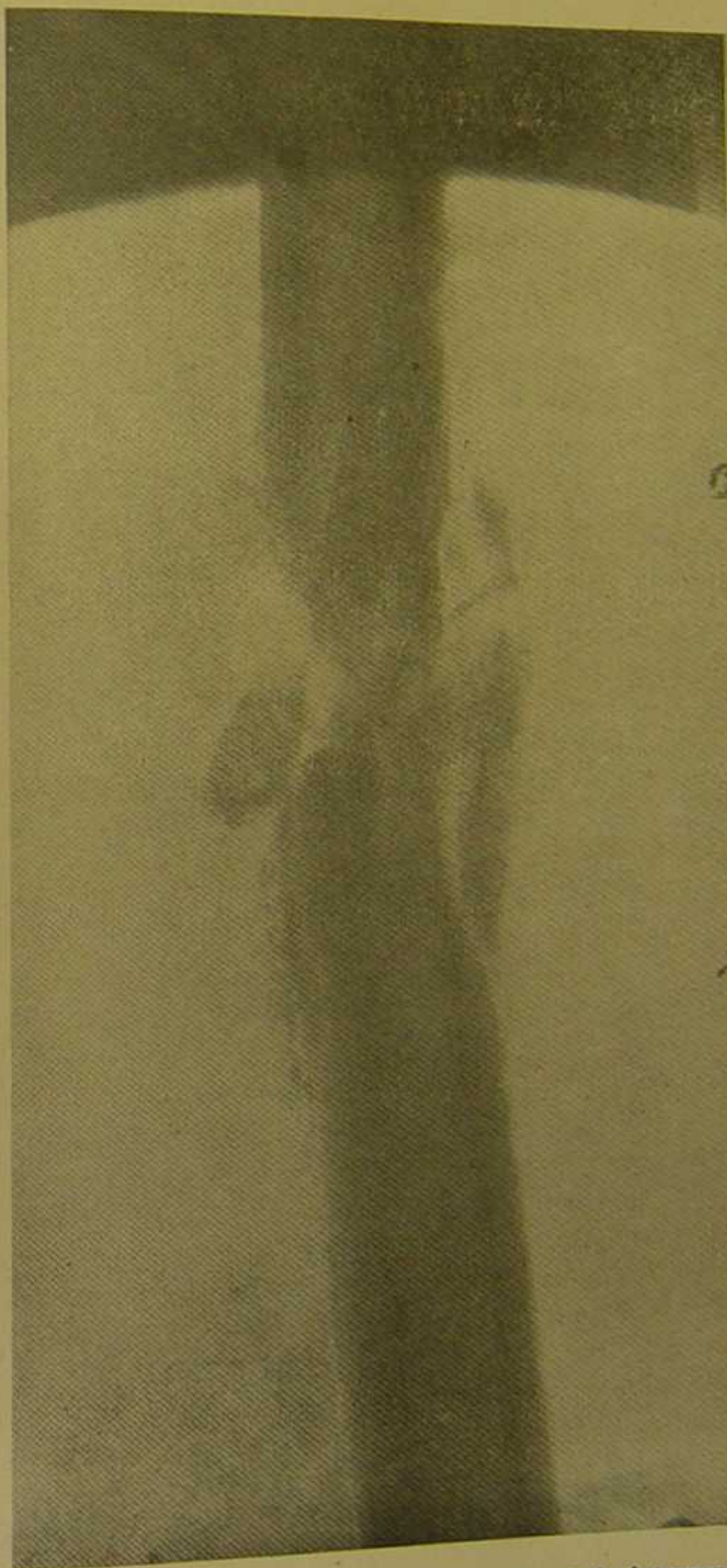
Nº 2. — Antes del tratamiento.



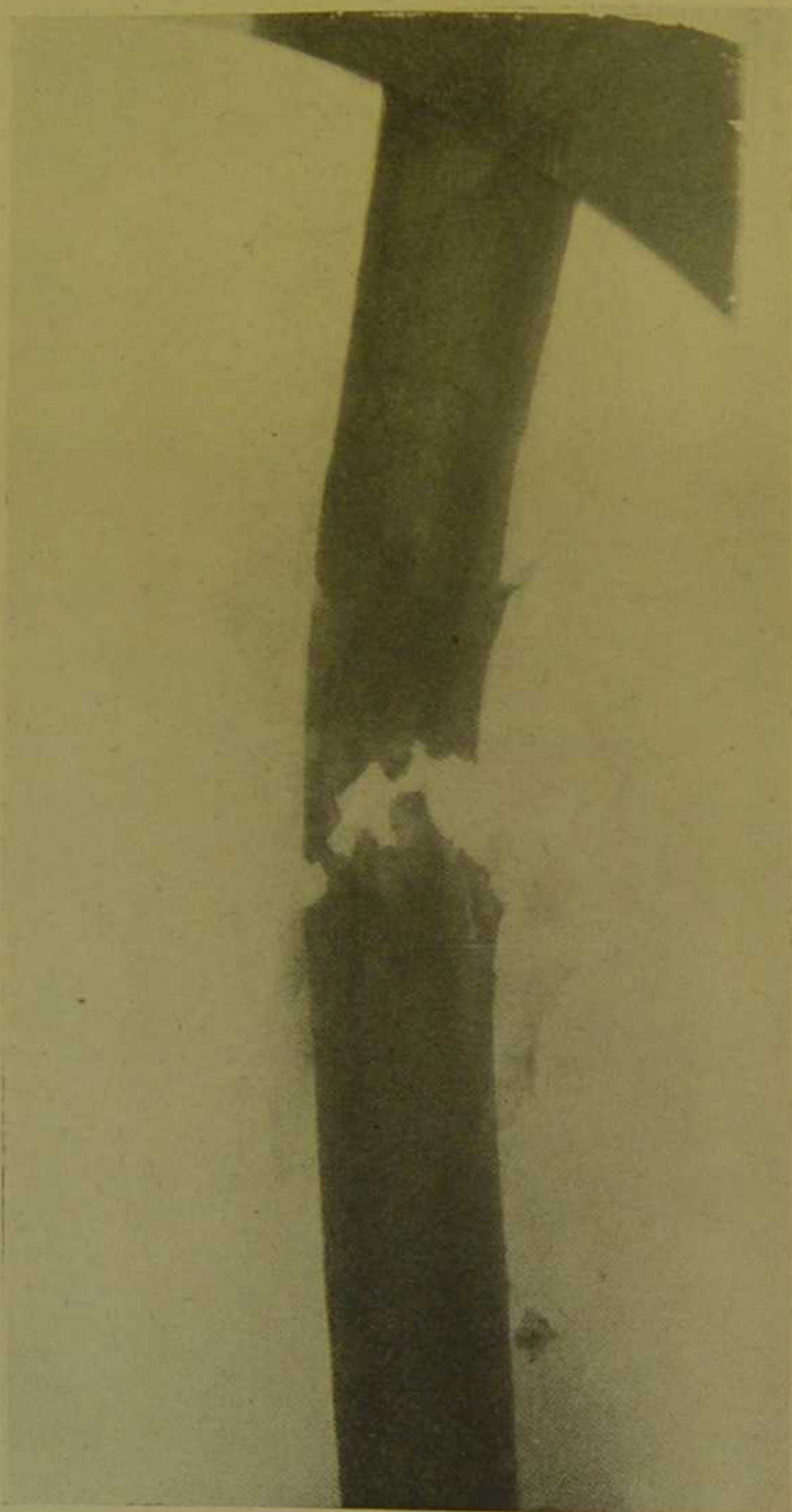
Nº 3.—Radiografía tomada el mismo día de la intervención.

cualquier intento de reducción por maniobras externas. En ese entonces fui consultado, le expuse al enfermo la necesidad de una intervención cruenta que él aceptó y me decidí por el astillado.

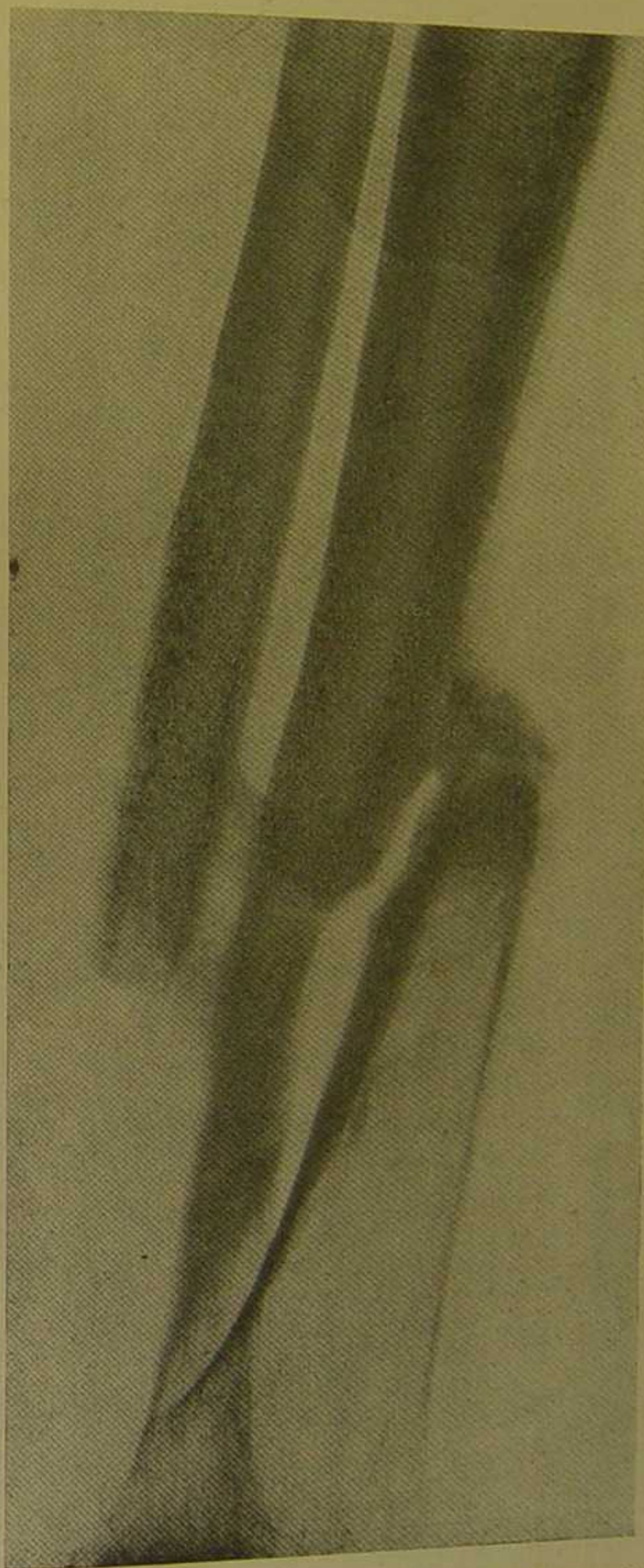
Incisión de ocho centímetros en la parte antero-externa del muslo y al nivel del foco de fractura. Descubierta el callo fue roto y resecada una pequeña porción de sus extremidades; en seguida verifiqué el astillado. Véase radiografía Nº 3.



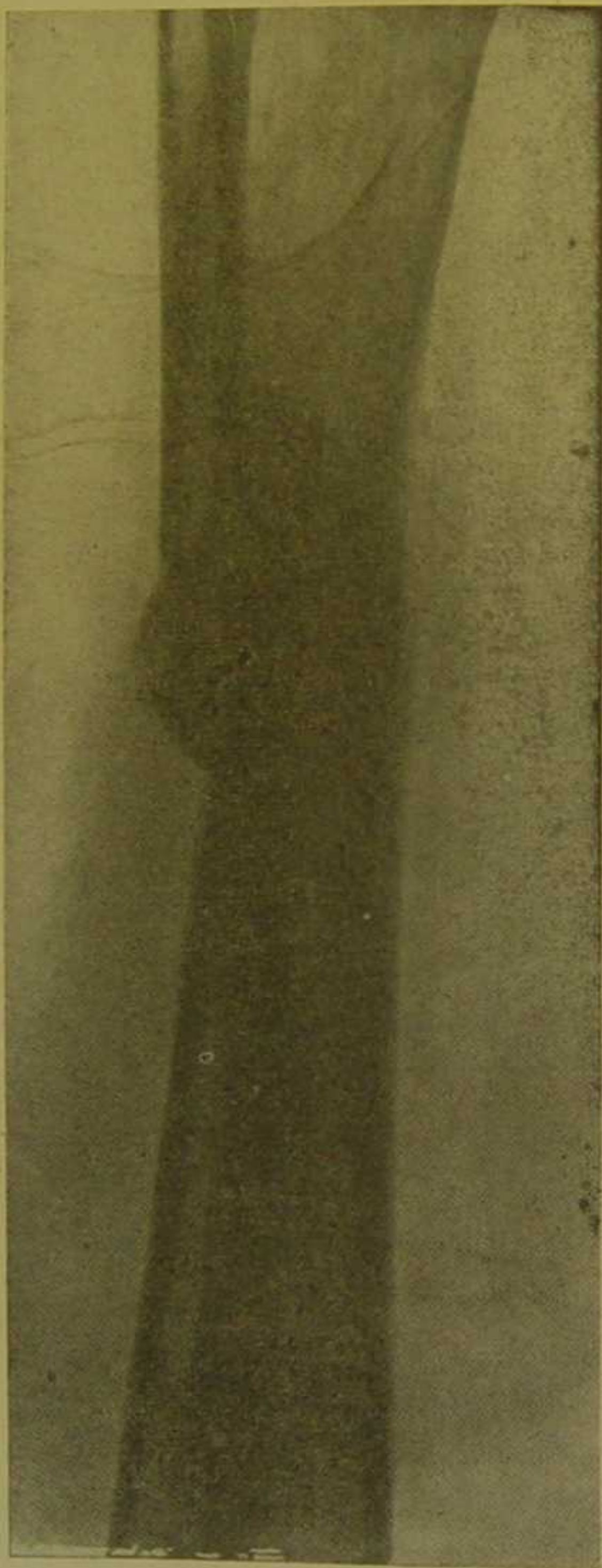
Nº 4. — Radiografía tomada 31 días después de la intervención.



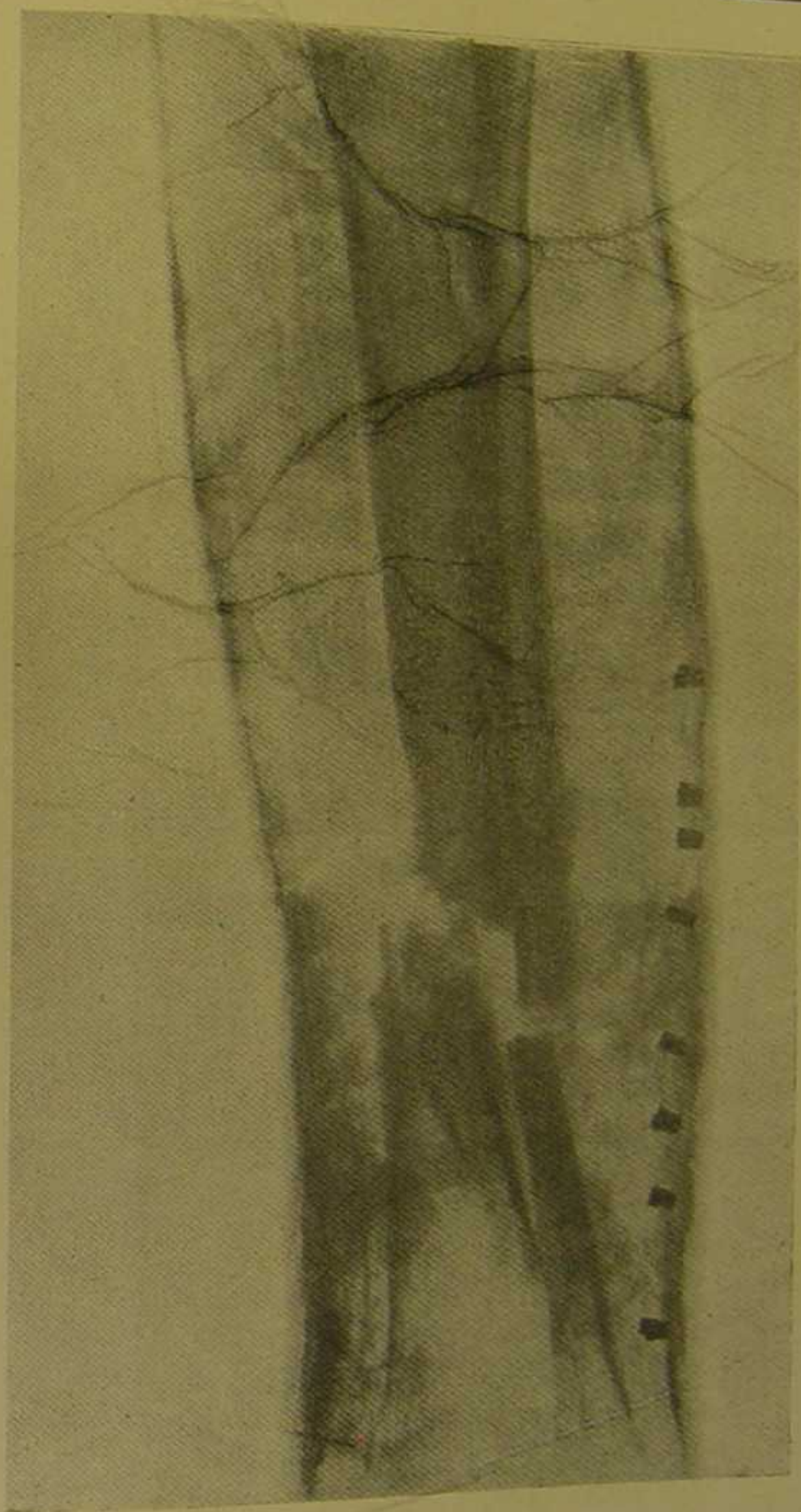
Nº 5. — A los 31 días de post-operatoria.



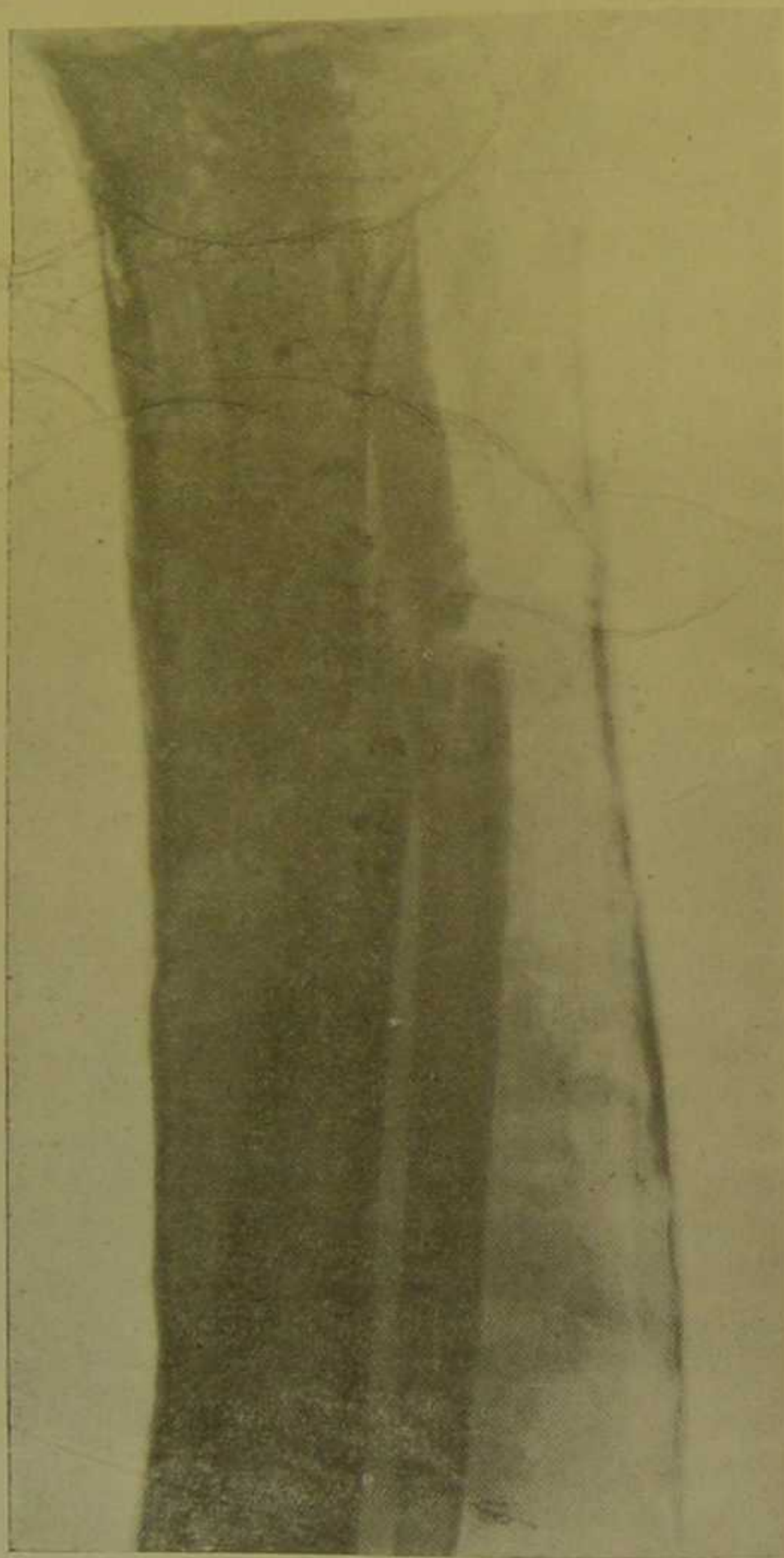
Nº 6.—Radiografía tomada antes de la intervención.



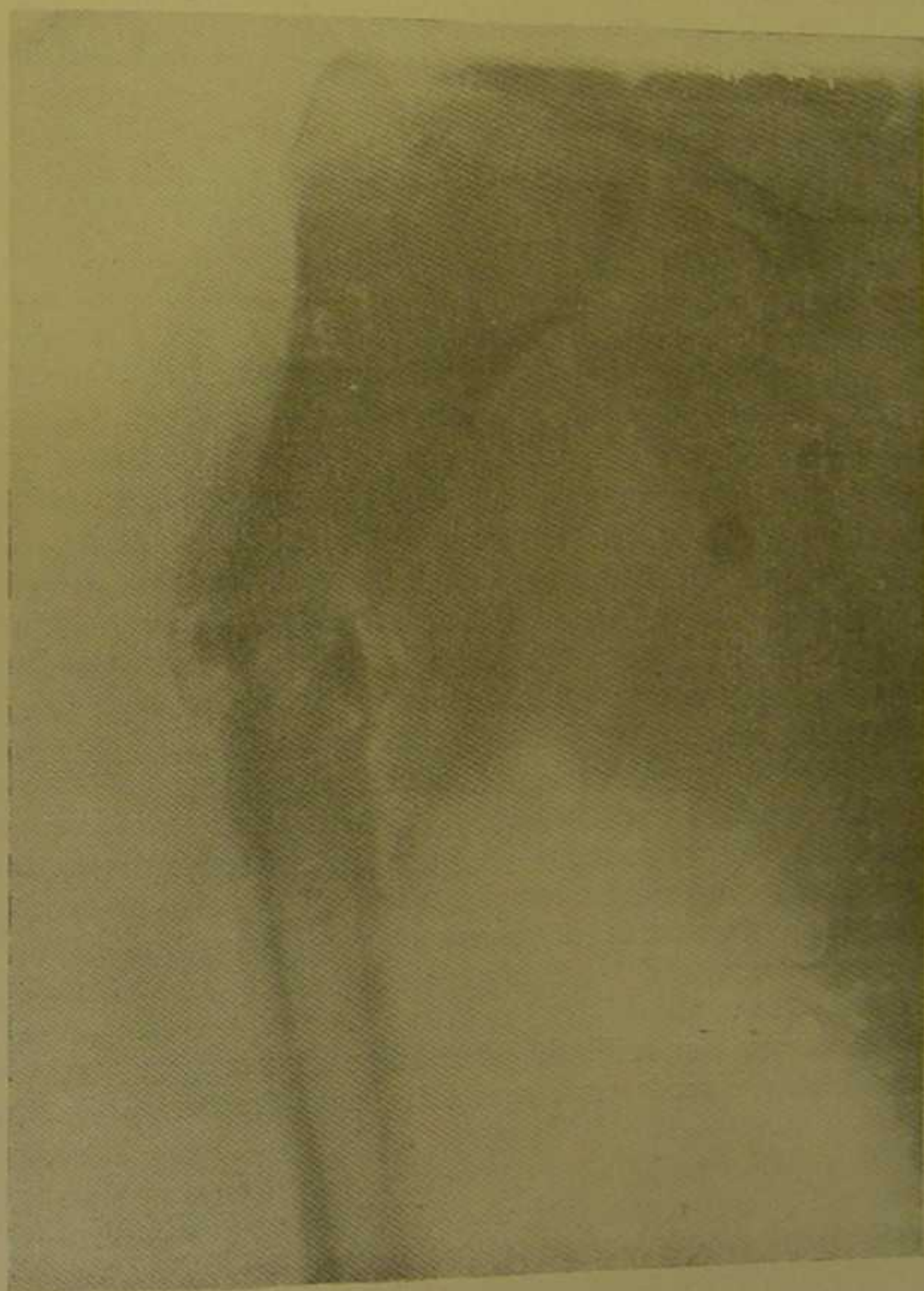
Nº 7.—Antes de la intervención.



Nº 8.—Resultado inmediato.



Nº 9.—Resultado inmediato.



Nº 10.—Astillado realizado por un proyectil.

Sutura de la herida por planos.

Conducido a la cama le apliqué un aparato de extensión con tracción ósea. Los resultados fueron elocuentes como puede verse. Hoy día el individuo se ocupa nuevamente en sus labores habituales, sin la menor claudicación para la marcha.

Debo este caso a los Dres. Fernández Quevedo y Alvarez Uribe en cuya colaboración lo operé. Para ellos mis agradecimientos.

Como resultado inmediato me voy a permitir relatar otro caso que operé en el servicio de Clínica Quirúrgica a cargo del Profesor Gil J. Gil.

M. S. M. Natural de Andes. 41 años. Casado. Agricultor.— Hace siete meses, en un accidente de trabajo, recibió un fuerte traumatismo que le produjo una fractura abierta de la pierna; fue tratado en el hospital de su pueblo natal; la herida cicatrizó a los tres meses; dice que se abre por tiempos. Hay gran dificultad para la marcha a causa del dolor y del gran acortamiento, tiene que valerse siempre de muletas. A la palpación se aprecia un callo exuberante. Diagnóstico radiológico: Fractura de la tibia y del peroné, mal consolidada en posición viciosa, con cabalgamiento de los fragmentos y desplazamiento de los inferiores hacia adelante. Hay callos que unen la parte anterior de los fragmentos superiores a los inferiores respectivos.

Orina normal. Densidad 1006. Azohemia 0,282. Ascaris 10. Tricocéfalos 3. Anquilostomas 4. Presión arterial máx. 16. Mín. 9.

Intervención: Incisión de quince centímetros en la cara externa de la pierna, de modo que permitiera abordar ambos huesos; descubiertos éstos se rompieron los callos; luego se procedió al astillado. Terminada la intervención se inmovilizó mediante un aparato enyesado. Al día siguiente se le hizo tomar las radiografías Nos. 8 y 9.

En apoyo del astillado están las realizadas por arma de fuego. Véase el modo como consolidan estas fracturas.

Domingo VARGAS Z.

Cirugía Gástrica

I

GASTRECTOMIA PARA CANCER DEL ANTRO PILORICO

F. A. Madrid. 24 años.—Como única sintomatología se tiene: dolor epigástrico desde hace dos años, el cual viene poco rato después del almuerzo y se continúa hasta la tarde; esto venía evolucionando por crisis dolorosas que duraban de seis a doce días, seguidas de una calma variable hasta de dos meses. Pero de hace cuatro meses para acá el dolor se ha intensificado hasta el punto de hacerse permanente día y noche, se han presentado vómitos periódicos; es constipado desde hace dos años y últimamente ha perdido el apetito y se ha enflaquecido mucho.

Del estudio radiológico hecho el primero de abril resulta: pulmones, aorta, corazón y esófago normales. Estómago: no hay líquido en ayunas, ligeramente hiperquinético. A las cinco horas el bario ha salido totalmente del estómago y avanza ya bastante en el colon transversal. El enfermo señala el punto doloroso en la parte media de la pequeña curvatura, pero a la palpación es el píloro el doloroso. En la radiografía se ve una pequeña imagen lagunar en el antro pilórico constante en todos los clichés y el bulbo duodenal muy deformado con un pequeño duodeno móvil.

La radiografía fue tomada en mi laboratorio particular.

La urea sanguínea, los exámenes de orina, etc., dieron resultado normal; lo mismo que la presión arterial.

En tales condiciones le propusimos el doctor David Velásquez y el suscrito la intervención quirúrgica, y él la aceptó. Esta se verificó en la Clínica Santa Ana, el 14 de abril del presente año. Actuó como cirujano el suscrito; ayudantes, los doctores Daño y Eliseo Velásquez, y como anestesista (éter) el Dr. Carlos Alfredo Uribe.

Como técnica usé la acostumbrada por el profesor Pierre Duval, cirujano del Hospital Vaugirard (París), que en síntesis es la siguiente: Incisión mediana supra-umbilical, exteriorización del estómago, etc., colocar sendas pinzas de cada lado de los vasos que van de la gastro-epiploica al estómago y ligarlos sin usar aguja (en caso de ganglios en el epiplón gastro-cólico si se liga la gastro-epiplóica pero haciendo entonces desprendimiento total del gran epiplón), de uno y otro lado de la futura brecha en el epiplón gástrico (en nuestro caso no había ganglios y por esto se respetó dicha arteria). Ligadura de la coronaria estomáquica en la misma forma. Se coloca ahora una compresa o un pañuelo por detrás del estómago para que al hacer el corte no se infecte la cavidad; se colocan dos clamps rectos en el lugar elegido para hacer el corte gástrico, se verifica éste con el bisturí (eléctrico si lo hay), se enyodan ambos cortes y se envuelve cada muñón en un pañuelo, el derecho se amarra bien con hilo de lino número cuatro por encima del pañuelo y por debajo del clamp, ahora se escoge la dimensión necesaria para la futura boca gástrica como de unos siete centímetros, y el resto del corte se sutura en dos planos (total y sero-seroso) el otro sector se ajusta con el clamp y el todo se envuelve en un pañuelo, adonde volveremos después. Se toma ahora el muñón gástrico que se va a extirpar y se rechaza a la derecha, ligando a su paso todos los vasos que se presentan pero sin pasar aguja (pilórica, etc.). Si hay lesión bulbar se disecciona hasta más allá del bulbo duodenal; éste se secciona entre dos pinzas y se sutura en bolsa; esta primera bolsa se hunde entre otra concéntrica y así hasta completar tres o cuatro bolsas; luego se le echa el gran epiplón encima y se coloca contra esta sutura y debajo del hígado un tubo de caucho con perforaciones. Ahora se hace la anastomosis gastro-yeyunal, pasando el asa yeyunal al través de un orificio abierto en el meso-colon transversal, los labios de esta brecha se fijan, el izquierdo a la cara posterior del estómago y el derecho a la anterior, una vez terminada la anastomosis. Cierre de la pared como de ordinario. Este trabajo se hizo todo con hilo de lino.

En el caso que consideramos se encontró una pequeña tumoración prepilórica del tamaño de un mamoncillo y gran deformación bulbar. Después de colocado nuevamente el enfermo en su lecho se continúa hidratándolo con suero fisiológico glucosado en inyección subcutánea y en gota rectal. A las 24 horas se presentó vómito e hipo, los cuales fueron combatidos eficazmente con lavados del estómago y cloruro de calcio por vía intraveno-

sa. Al quinto día se presentó una pequeña fístula duodenal la cual cedió pronto con el tratamiento ordinario en tales casos. Desde las 36 horas se empezó a alimentar el enfermo con agua, té negro, después té con leche, caldo de legumbres, y del cuarto día en adelante puré de papa, sopas claras, jugo de frutas, galletas. Al undécimo día la herida estaba totalmente cicatrizada. Desde el cuarto día el intestino se evacuaba por medio de lavativas; no ha tenido diarrea. Al décimo-tercero día salió de la clínica perfectamente bien.

El corte histológico de la pieza verificado por el doctor Gabriel Uribe Misas dio el siguiente resultado:

“Boletín N° 7151.—Medellín, mayo 10 de 1939.

Al Sr. Dr. Francisco Luis Cadavid.

Naturaleza de la sustancia enviada: Fragmento de estómago.

Sr. Francisco A. Madrid.

Investigación solicitada: Estudio histológico.

Resultado del examen: En algunos puntos la estructura glandular se encuentra destruída, de modo que es imposible reconocer los tubos de las glándulas pilóricas, siendo reemplazadas por masas irregulares de células epiteliales que penetran un poco en el espesor de la pared del órgano. En otros puntos hay infiltraciones leucocitarias.

Diagnóstico: Epitelioma glandular del píloro, en su estado inicial.

Atto. S. S., *Gabriel Uribe M.*”

II

CASO DE ESTRECHEZ PILORO BULBO DUODENO POST ULCEROSA

C. Saldarriaga. 35 años.—Hace siete años sufre dolor epigástrico sin horario fijo en relación con la hora de las comidas pero en forma de crisis largas separadas por intervalos de calma cortos; sólo hace dos años tuvo una calma completa de seis meses. Hace uno y medio años tuvo gran hematemesis, hace un año tuvo otra y el 21 de enero de este año tuvo otra; dichas hematemesis le ocasionan alivio y le dan calma por varias semanas.

En febrero de este año empezaron a aparecerle vómitos a-

grios por períodos, pero sin expulsar restos alimenticios. En tales condiciones se presentó a mi consulta y resolví radiografiarlo, su resultado fue el siguiente: pulmones, corazón, aorta y esófago normales. Estómago hipotónico, hipoquinético pero sin retención en ayunas; a las seis horas aún había restos del sulfato de bario de la comida de prueba. El bulbo duodenal se llenaba muy mal, era irregular y la comida baritada pasaba muy rápidamente y en hilo delgado. En la radiografía en serie sólo aparece una parte del bulbo (el receso de Colle), el duodeno no se visualiza debido a la rapidez del paso de la comida baritada y a lo delgado del hilo. En tales condiciones le prescribí un tratamiento médico de prueba, el cual no dio resultado pues los vómitos y el dolor continuaron y entonces le propuse la intervención quirúrgica la cual fue aceptada por el paciente y su familia.

Previa hidratación del paciente con suero fisiológico y glucosado, recalcificado a base de cloruro de calcio intravenoso y previos los exámenes de laboratorio como urea sanguínea, etc., se procedió a la intervención en la Clínica Santa Ana el primero de mayo de este año.

Anestesia general por el éter. Laparotomía mediana supraumbilical. El píloro, bulbo duodenal y duodeno descendente estaban convertidos en una magma de cicatriz leñosa. Practiqué la gastrectomía subtotal por el procedimiento del profesor Pierre Duval, teniendo la precaución de cerrar el cabo duodenal por el procedimiento del profesor De Martell.

A las 24 horas se presentó un fuerte vómito e hipo; inmediatamente le practiqué un lavado del estómago y con esto todo entró en orden. La alimentación se empezó a las 36 horas.

La post-operatoria fue tan feliz que a los 9 días empezó a levantarse. En esta intervención actuó como ayudante el doctor Eliseo Velásquez y como anestesista el Dr. Jorge Cock Quevedo.

El paciente va muy bien y se ha engordado.

Francisco Luis CADAVID

Un Caso de Hipotresia grave Con Múltiples Complicaciones

Historia N° 5826.—M. T. P. Edad 13 meses. Pesó al ingresar en la Clínica Noel el 11 de enero de 1939, 4 kilos. Domiciliada en Medellín, Colombia, Sud América. Padre sano, madre palúdica. Alimentada al seno seis meses y después mixta, pero incluyendo desde los cuatro meses caldos de legumbres y galletas; a los 8 meses sufrió diarrea verde sin vómito que le duró 15 días, curó con régimen, pero nuevamente le volvió a dar la madre de toda clase de alimentos y al año de edad, diarrea blanzuca (5 ó 6 deposiciones diarias, que cambiaron luego a color verde) y empezó a hincharse por los pies y la cara; le aparecieron luego máculas alargadas rubicundas en la piel de las extremidades, de tipo pelagroide que posteriormente fueron tomando una coloración morena y descamaron (estas manifestaciones cutáneas son frecuentes en los nefríticos edematosos de nuestra región); en este momento el médico suprimió la sal y le dio dos papeletas diarias de Ext. total de cápsulas suprarrenales y lactosa que lo desinfiltraron en 15 días. A los 12 meses y medio le aparecieron convulsiones del brazo y de la pierna del lado izquierdo y querato conjuntivitis del mismo lado con ptosis parpebral; al mismo tiempo obnubilación mental, fiebre continua, irregular y reaparecieron los edemas con anorexia y diarrea. A los 7 meses se inició la dentición; a los 10 meses gateó y balbuceó.

El 11 de enero de 1939 fue hospitalizada en la Clínica Noel con desnutrición avanzada (hipotresia de 2° grado), trastornos

gastro-intestinales, edemas en las piernas y párpados, fiebre y tos.

Clínicamente presenta: anemia general, desnutrición, tórax con deformaciones raquílicas, edemas en las extremidades inferiores y párpados, astenia, anorexia muy marcada (toma sólo una onza de una mezcla de leche, colada de arroz y agua de azú-



Mejía Uribe.
Hipotresia.

Fig. 1.

car, cada hora), vomita algunos alimentos y hace 4 deposiciones diarias como promedio. A la auscultación bronquitis catarral. Se le hizo el tratamiento siguiente en este momento: una inyección de Antibyxina y otra de suero glucosado de 120 cc. y se le fijó la alimentación a pequeñas tomas con corto intervalo, conservando la misma mezcla de leche e hidrocarbonados y se observa que el vómito desaparece poco a poco, pero las deposiciones son mal digeridas. El día 17 se le da Olac asociado con Dextro-malto (2 onzas de la preparación cada dos horas), lo tolera bien, pero au-

mentan las deposiciones y entonces el día 19 se le cambia por Leche de Acido láctico Mead con Dextro-malto, con lo cual, las deposiciones se normalizan y mejora el apetito; durante todos estos días de reducida alimentación se le inyecta suero glucosado.

Los edemas se tratan con papeletas a base de Ext. total de cps. suprarrenales y a los 10 días desaparecen; el día 20 pesó 4



Mejía Uribe.
Hipotresia.

Fig. 2

kilos 420 grs. en este día, a pesar de un tratamiento hecho para su bronquitis, aparece un foco de bronco-neumonía superior derecha y se le aplica una inyección de Neumobronco vacuna Clin; la temperatura se ha mantenido entre $37\frac{1}{2}$, 38 y $39\frac{1}{2}$ C. desde su hospitalización, con curva irregular; se le sigue tratando con otras 3 inyecciones de Neumobronco, vacuna que hace desaparecer totalmente la fiebre el día 30 de enero, bajando en lisis durante estos días de bronco neumonía, la anorexia es marcada y una de las inyecciones de suero glucosado en la región del flanco

izquierdo trata de supurarse, pero al fin no pasó de una reacción local, por los traumatismos diarios de las inyecciones; el peso disminuye a 4 kilos 200 grs. Con el proceso anterior, su nutrición empeora y aparecen trastornos discrásicos con pequeñas equimosis en el abdomen y tórax, diseminadas y dos más grandes en la parte superior de la espalda, pero con la particularidad de que estas últimas en vez de reabsorberse siguen un proceso de necrosis y ulceración; en el ojo izquierdo, se presenta una queratitis ulcerosa; las úlceras cutáneas tróficas se tratan con pomada aristolada y la queratitis, con pomada al óxido amarillo de mercurio; al mismo tiempo se le hace ingerir buenas cantidades de jugo de naranja y se le inyecta Cantan fuerte cada 3 días, durante 15 días, con lo cual desaparecen las equimosis; con este tratamiento rico en vitamina C, se le asocia el de las vitaminas A y D, suministrándole 10 gotas diarias de Oleum percomorphum y en el ojo queda un ligero nefelión cicatricial en el punto de seis horas pero por debajo de la pupila. Como el peso sigue disminuyendo, pues el día 11 de febrero pesa 4 kilos 120 grs., se suspende la leche ácida y se le da leche concentrada (2 onzas) con 10 grs. de Dextro-malto para cada toma, cada 2 horas, adicionada con 1 onza de agua azucarada. Notando que el peso queda estacionario hasta el día 22 de febrero con esta alimentación, a pesar de mejorar un poco el apetito, se le cambia la leche de vaca concentrada por Rizana y Dextromalto en 3 teteros de 5 onzas y otros 3 de leche de vaca como antes, pero como le agradan más los de Rizana se le dan todos de este último alimento aumentándolos poco a poco en cantidad hasta llegar a 7 onzas cada uno, el día 10 de marzo cada 3 horas; en esta fecha el peso es de 5 kilos 300 grs. pero se presenta un nuevo foco bronconeumónico que le duró 7 días y que cedió con 3 inyecciones más fuertes de Neumobroncovacuna (los Nros. 4, 5 y 5). Se continúa la misma alimentación y el día 23 de marzo el peso es de 5 kilos 950 grs. El color de la piel es sonrosado y el 1º de abril su peso es de 6 klgrs. 300 grs. Se le mejoró la alimentación y el 12 de abril, fecha en que se retrató, pesa 6 kilos 450 grs.

Salió de la Clínica por voluntad de su madre, aunque con un peso muy inferior al de su edad, el día 20 de abril de 1939.

Doce días más tarde, (el 2 de mayo) la vuelve a llevar a la Clínica su madre, un poco desmejorada en su nutrición, y con un nuevo foco de neumonía lobar derecha superior, que es comprobada por la radioscopia, notándose que no hay infiltraciones del parenquima pulmonar, ni ganglios hiliares, ni traqueo-brón-

quicos, sospechos de algo tuberculoso. Se le aplican sucesivamente 3 inyecciones de Neumobronco vacuna (una diaria del N° 5) y el cuarto día, todo ha desaparecido, volviendo a la normal la temperatura.

COMENTARIOS: Este caso nos muestra hasta dónde el organismo de un niño es capaz de luchar y defenderse en medio de una pésima nutrición, contra diversas entidades mórbidas obrando a la vez y tratando de aniquilar su organismo (raquitismo, nefritis edematosa, discrasia sanguínea, hipoalimentación sostenida, y bronconeumonías de repetición), pero debemos también hacer resaltar el éxito obtenido no sólo con los alimentos dietéticos empleados, sino también con los productos vitamínicos y con la Neumobronco vacuna.

Rafael MEJIA URIBE

Medellín, 9 de mayo de 1939.

Historias y Comentarios Clínicos

Un Caso de Hemófilo-Hemogenia

Mujer de 28 años de edad, de relativa buena salud, bien reglada con menstruos de tipo de 26 días, con dos hijos nacidos de término y alimentados al pecho, los cuales tienen un desarrollo normal y son completamente sanos, solicita servicios médicos porque hace seis semanas padece de una hemorragia uterina consecutiva a su última función catamenial. Ha sido tratada con reposo, hemostáticos, vasoconstrictores diversos usados por vías distintas sin obtener ningún alivio a no ser pequeñas calmas de uno a dos días, en las cuales la pérdida de sangre ha amainado aunque nunca se ha suprimido, comúnmente después de las inyecciones de suero de caballo. Coincidiendo con esta hemorragia, en el curso de las seis semanas ha tenido epistaxis por tres ocasiones y una fuerte pérdida de sangre por las encías a raíz de la extracción de un diente; las encías sangran fácilmente a la presión y su inspección denuncia a las claras su estado de flogosis en la implantación dentaria. El examen somático y funcional de sus diversos aparatos y sistemas expresa lo siguiente: palidez de los tegumentos, un hígado muy pequeño, una astenia notoria, ganglios epitrocleares hipertrofiados y un enflaquecimiento que sorprende; ninguna otra cosa llama como anormal la atención. Prosigue un tratamiento en el cual naturalmente se repiten muchos de los medicamentos antes prescritos y como el resultado es desalentador y el organismo retrocede día tras día, con una astenia y debilidad tales que imposibilitan todos sus quehaceres, se ve obligada a coger el lecho. Examinada en consulta con el

doctor A. Jaramillo Arango, se obtienen los datos siguientes de laboratorio: la numeración globular es normal, hay retardo de dos minutos en el tiempo de coagulación; el tiempo de sangría y de retracción del coágulo son asimismo retardados; las plaquetas están disminuídas, la hemoglobina da un 80%, datos que revelan la existencia de una discrasia sanguínea. La reacción a la tuberculina es negativa, en cambio la serología da un resultado fuertemente positivo para sífilis con Wassermann y Kahn. Con semejante resultado el tratamiento específico se imponía, pero temiendo que el estado hepático lo impidiera se inicia cautelosamente con preparados de bismuto que fueron muy bien tolerados, luégo pequeñas dosis de arsaminol hasta ser posible la aplicación del arsenobenzol. El estado general mejoró con rapidez, la hemorragia fue suprimiéndose paulatinamente de modo que muy pronto la enferma entró por vías de curación.

COMENTARIOS

Tratándose de la salud en todo tiempo y en todos los pueblos el hombre se ha preocupado de manera especial con dos cosas: con un síntoma o padecimiento subjetivo, el dolor cuya intensidad no puede medirse porque varía infinitamente de uno a otro individuo; y con un signo objetivo o somático que asusta siempre y conmueve al que lo sufre y sorprende a los circunstantes: la pérdida de sangre. Esto último depende de los conceptos que se han tenido sobre este tejido cuya integridad normal es indispensable para vivir: "*anima omnes carnis in sanguine est*" es una sentencia que a menudo se lee en los textos de medicina antigua; y Sócrates consideraba que el alma de los héroes muertos al servicio de la patria huía con la sangre que se escapaba de las heridas. Por tales motivos no debe sorprender que la presencia del médico para semejantes ocurrencias se solicite siempre con caracteres urgentes y que éste para cumplir bien su misión requiera un diagnóstico preciso, única manera de actuar sobre la causa determinante.

Las hemorragias son de dos clases: las traumáticas y las espontáneas que son las que interesan para el comentario en cuestión, las cuales son aquellas que tienen lugar en vasos sanos aparentemente dejando filtrar el líquido sanguíneo como sucede en las diátesis hemorragíparas, en algunas infecciones, en la mayoría de afecciones hepáticas que comprometen su función coagulante, en la hemofilia y en la hemogenia; en esta última entidad a las alteraciones sanguíneas se agregan modificaciones de los capilares.

En la mayoría de las hemorragias médicas se encuentran síntomas correspondientes a la hemogenia o a la hemofilia en coincidencia con manifestaciones de insuficiencia hepática con defectuoso metabolismo del calcio. Por tal motivo conviene recordar algo referente a estos estados del tejido sanguíneo que son como el substracto de muchas de sus alteraciones.

La HEMOGENIA la define P. Emile Weil como una diátesis hemorragípara que generalmente se inicia en la infancia o en la pubertad caracterizada por hemorragias capilares, ya cutáneas, ya mucosas, y por taras sanguíneas específicas como son la prolongación del tiempo de sangría, la coagulación en tiempo normal o subnormal, la irretractilidad del coágulo, la ausencia o notoria disminución de hematoblastos. Como síntomas se observan: petequias espontáneas y placas equimóticas con el menor choque; hemorragias mucosas como de la nariz y de las encías; por lo común no hay hemorragias viscerales aunque en ocasiones son ellas las que caracterizan la enfermedad la cual tan sólo es reconocida por el examen de la sangre; así se explican algunas hemorragias puberales, muchas del parto y de la menopausa y quizás también muchas de las que ocurren en el curso de la vida genital. El principio puede estar señalado por un pequeño traumatismo, una intervención quirúrgica insignificante que provoca o despierta la primera hemorragia, seguida de un período que pudiera llamarse de incubación del cuadro que caracterizará la enfermedad; es una manera de aparecer muy semejante a la de las manifestaciones de alergia a la que llamó Chevalier *hemotripsia*, que quiere decir estripamiento de los elementos figurados de la sangre con lo que se desencadenará la hemorragia.

Los signos hematológicos son: fragilidad capilar evidente con la prueba de la ligadura, en virtud de la cual aparecen por debajo de ésta punteados hemorrágicos o purpúricos, ocurrencia que no se ve en la hemofilia, la cual no ofrece más que la equimosis de la presión; hay disminución del poder coagulante del endotelio capilar enfermo como lo demuestra la prolongación del tiempo de sangría con la prueba de Dukes: en lugar de ser de tres minutos y a lo sumo de seis manchas en el papel secante es de treinta minutos con muchas manchas, hay irregularidad del coágulo por anomalía de la función coagulante por trombopenia.

La patogenia se la disputan dos hipótesis: la de la *trombopenia* y la de la *endotelitis*. La primera se basa en la disminución del número de plaquetas proporcionalmente a la gravedad de la enfermedad, en la reproducción de ésta por sustancias tó-

xicas dotadas de propiedades trombolíticas como el benzol, la tuberculina; en el papel del trombo blanco para cicatrizar toda herida vascular a manera de clavo hemostático formado de globulina cuya ausencia favorecerá la pérdida de sangre.

Se ha sindicado ya la insuficiencia medular, ya la insuficiencia cualitativa de las plaquetas o trombostenia o ya un exceso de destrucción de éstas por hiperactividad del bazo.

La segunda hipótesis o sea la *endotelitis* se basa: en que hay trombopenias sin púrpuras como acontece en la espiroquetosis icterígena; en que la destrucción experimental de plaquetas no se acompaña de aumento del tiempo de sangría; en que después de la curación de una hemogenia por esplenectomía la trombopenia persiste. Por el contrario se nota una alteración de los capilares, una endotelitis parcelaria cuyo origen se desconoce aunque quizás actúen perturbaciones endocrinianas o nerviosas o infecciones e intoxicaciones criptogenéticas. "*La sangre circularía por el endotelio enfermo como correría por una superficie parafinada o aceitada*"; la duración desigual del tiempo de sangría según los puntos donde se practique la punción se explica mejor por la desigual repartición de la lesión endotelial que por un trastorno de índole general como lo es la trombopenia.

La HEMOFILIA es enfermedad muy antigua de la cual hace mención El Talmud en el que se encuentra un artículo que dispensa del rito de la circuncisión a las familias cuyos dos hijos mayores hubieren muerto a consecuencia de esta operación; a ella se refiere el médico español Albukasis cuando habla de hemorragias traumáticas incoercibles que producían la muerte y de niños a quienes les sangraban las encías hasta dejarlos exangües; no es la enfermedad de reyes como se la reputó en otro tiempo, pues la primera que la transmitió fue la condesa polaca Aucke, de estirpe plebeya y que sólo por la audacia y méritos de su padre había alcanzado tal título nobiliario; la transmisión llegó a la casa alemana de Hesse alcanzando al fin a Enrique Mauricio de Batemberg, padre de la ex-reina de España.

No se manifiesta de manera típica sino en los hombres y nunca es transmitida por el padre sino por vía materna; es pues una herencia matriarcal; las mujeres son el vehículo pero no las víctimas; de cada cien madres de cepa hemofílica un 70% pueden ser transmisoras; sin embargo apenas un 45% de los varones reciben la enfermedad. Aparentemente es un hecho biológico en que se da lo que no se tiene; es una herencia debida a un gene recesivo situado sobre el cromosoma equis y que se explica como

la que transmite el daltonismo, de acuerdo con las leyes mendelianas.

Existen *hemofilias sintomáticas* en las enfermedades del hígado como las cirrosis, las ictericias crónicas, las insuficiencias. En este caso las alteraciones de la sangre y de los capilares son de tipo hemogénico con un ligero retardo de la coagulación. La falta de este fenómeno sanguíneo la suelen presentar las enfermedades hemorragíparas, la leucemia, las mordeduras de algunas serpientes y en veces de las mismas sanguijuelas; una sintomatología muy semejante se encuentra en la enfermedad de Barlow, reconocida hoy como tipo de avitaminosis.

La *hemofilia esporádica* es más bien una hemofilo-hemogenia porque hay retardo de la coagulación, signos hemáticos y capilares propios del púrpura crónico o hemogenia; se considera como una manifestación de heredo-sífilis.

Las características clínicas de la hemofilia son: hemorragias siempre provocadas determinándolas pequeños traumatismos a veces insignificantes; hay retardo importante de la coagulación con disminución de la coagulabilidad; no existe el signo de la ligadura, la cual no deja como reliquia más que la huella de la presión.

El tiempo normal de la coagulación es de cuatro minutos, a lo sumo de cinco y en los hemófilos es de varias horas o al menos de una, raramente de media; en tales casos como los glóbulos tienen tiempo de sedimentarse en el tubo de ensayo, el coágulo ofrece dos partes: una superior pequeña y blanca; otra inferior roja y espesa: es esto lo que se llama la *coagulación plasmática*.

Como todas las terapias preconizadas para la cohibición de hemorragias tienen entre sus objetivos activar la coagulación, conviene recordar la fisiología de dicho fenómeno o por lo menos las diversas teorías que han tratado de explicarlo.

La teoría de Denis dice que el plasma contiene una sustancia albuminoidea llamada plasmina y que la coagulación resulta de la descomposición de ella en dos cuerpos: la fibrina concreta y la fibrina disuelta.

La teoría de Schmidt dice que la plasmina no es una sustancia simple sino un compuesto de fibrinógeno y de paraglobulina, combinación de la que resulta la fibrina concreta siendo la fibrina disuelta la misma paraglobulina de tal modo que la coagulación resulta de la unión química de los componentes de la plasmina siendo requisito indispensable para que ese fenómeno ocurra que éntre en actuación un fermento especial producido

por los glóbulos blancos llamado trombina, plasmasa o fibrinógeno.

La teoría de Hammarsten dice que el fibrinógeno y la fibrina concreta no son más que una misma substancia bajo aspectos distintos y que para la coagulación no es indispensable la presencia de la paraglobulina, bastando solamente poner el fibrinógeno ante el fibrinofermento.

La teoría de Arthus dice que fuera de estos requisitos hay otro indispensable cual es que el plasma contenga cierta proporción de sales de calcio que obran no sobre la formación de la fibrina sino sobre la del fermento.

En la sangre circulante no hay fermento pero sí verosíblemente un zimógeno o profermento; el calcio es necesario para la transformación de este zimógeno o protrombina en trombina pero no es sólo lo suficiente a esta transformación pues se necesita la influencia de otro factor o sea de una substancia salida de los leucocitos y de las plaquetas llamadas trombokinasa.

En suma: la trombina resulta de la unión de dos substancias: el trombólgeno o serozimo con la trombokinasa o citozimo en presencia de las sales de calcio. Todo agente que destruya la vitalidad de la pared interna de los vasos puede producir la coagulación; en esto se basa el tratamiento de fleboesclerosis.

En las aves la coagulación es sumamente rápida a pesar de que su sangre no tiene fermento coagulante pero sí poseen uno muy activo en los diversos tejidos y sobre todo en los músculos: una trombokinasa a que se debe su rápida coagulación; esta propiedad fisiológica ha servido de base para tratar las hemorragias de los hemófilos poniendo en contacto de la herida músculos de ave recientemente muerta.

Qué tratamiento se debe instituir ante una hemorragia que merezca reputarse como hemogénica o hemofílica? Cuando se trate de esta última diátesis la terapia varía según que se esté en un período de calma ó en el momento de hemorragias o de intervenciones quirúrgicas. Veamos cada uno de tales casos: en el intervalo de las hemorragias la medicación principal consiste en inyectar bajo la piel 20 a 40 centímetros cúbicos de suero fresco preferible de procedencia materna, el cual teniendo una acción pasajera debe ser renovado cada mes o antes y durante varios años; no hay que temer los accidentes séricos que por lo común son muy raros y leves; como coadyuvante magnífico debe tenerse el extracto de bazo que tiene propiedades coagulantes energéticas. Entre las medicaciones secundarias destinadas a obtener

una mayor o más rápida coagulación sanguínea figuran en primer lugar la hepatoterapia que además corrige la anemia y mejora el funcionamiento de la célula del hígado, las peptonas, las sales de calcio y otros productos opoterápicos. Nolf preconizó las inyecciones de peptona a pesar de que esta substancia a fuertes dosis es un anticoagulante energético, pero a pequeñas parece que provoca una reacción del organismo contra la anticoagulación;

El método consiste en inyectar bajo la piel una solución de peptona al 5% en suero clorurado sódico esterilizado a una temperatura de 120 grados y a la dosis de 10 c.c. en el adulto y de 3 a 10 c. c. en el niño, pudiendo repetirse hasta doce veces; es inyección dolorosa y expuesta a provocar abscesos.

Las sales de calcio no han mostrado una eficacia que les merezca calurosa recomendación, usándose entre ellas el cloruro y el lactato siempre por vía endovenosa, generalmente en solución al 5%.

De los productos endocrinianos se han usado los extractos tiroidianos, suprarrenales y ovarianos; esta última medicación se basa en el hecho muy curioso por cierto de que las mujeres de cepa hemófila no obstante transmitir la enfermedad no la tienen, quizá porque el organismo femenino posee un elemento que se opone al desarrollo de la afección, tal vez de procedencia ovariana, útil para la coagulación pero solamente en algunos períodos.

Cuando se trate de cohibir una hemorragia en el hemófilo urge desplegar todos los recursos que enseña la terapéutica para tales casos: vaso-constrictores, coagulantes, etc.; apelar a la inyección de suero propio o extraño y a la transfusión de pequeñas cantidades fluctuante entre 10 y 100 c. c.

Para intervenciones quirúrgicas bien regladas la transfusión en dosis ya de 200 a 300 c. c. evita la hemorragia consecutiva siempre que la hemostasis se haya hecho cuidadosamente con ligaduras de todos los vasos susceptibles de sangrar; pero si se trata de aquellas intervenciones en que no es posible una hemostasis completa como ocurre con las avulsiones dentarias, incisión de abscesos, etc., los peligros se aumentan considerablemente.

Además de las medicaciones anotadas las inyecciones de extracto hepático son de rigor y muy convenientes las de vitamina C, a la que hoy día se le da una importancia en la cohibición de hemorragias.

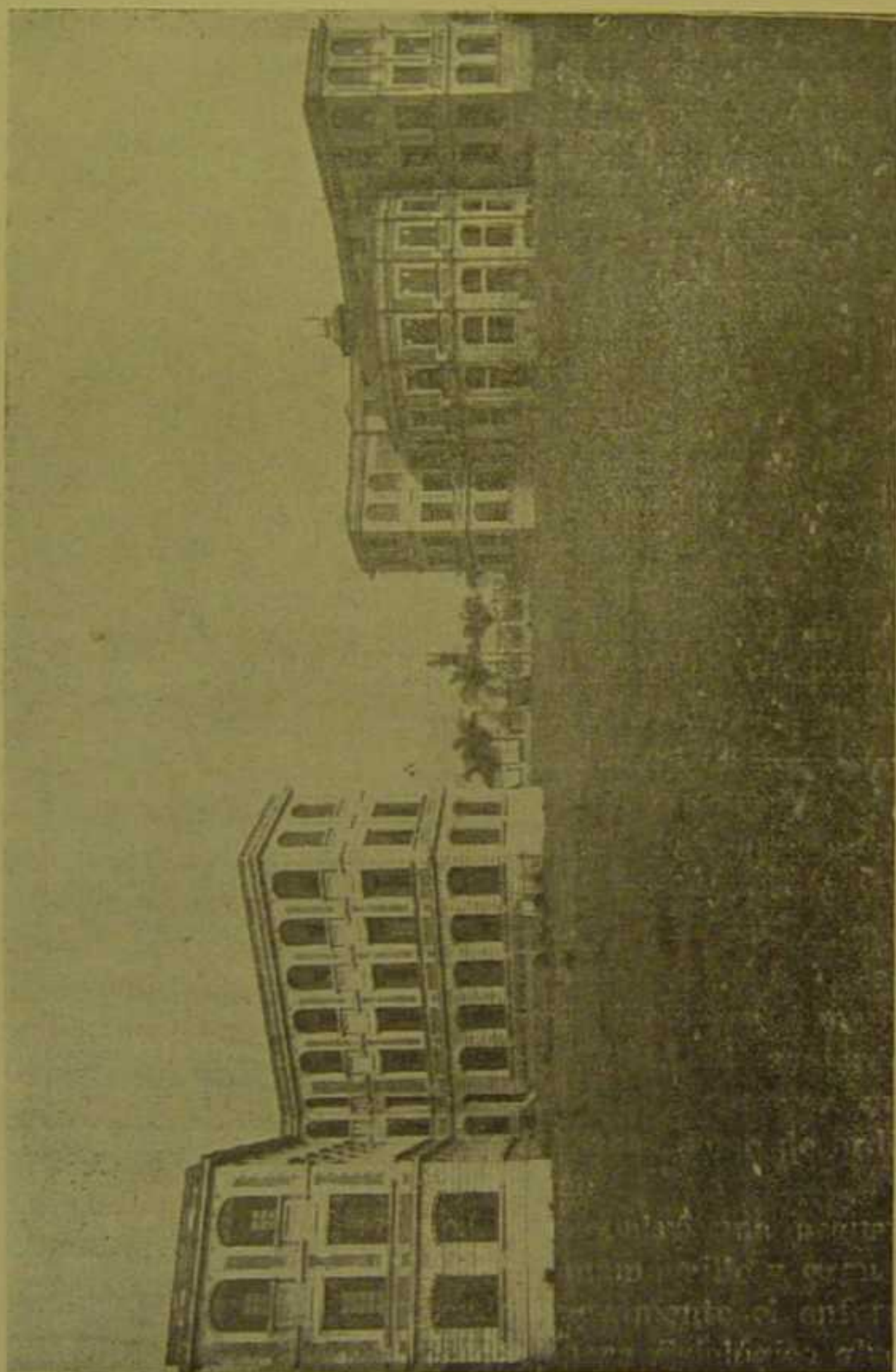
Cuando la hemorragia que se va a tratar es reputable como hemogénica debe hacerse ante todo una medicación hemostática común con sustancias vaso-constrictoras y coagulantes, la isosangre del enfermo o de sus parientes adicionada de 1% de citrato de soda aunque estas medicaciones a base de sangre tienen el inconveniente de que en veces provocan la alergia de la sangre que es lo que se ha llamado hemotripsia hemorragípara y que guarda la explicación de muchas hemorragias que se sostienen a pesar de estas medicaciones opoterápicas homólogas.

La radioterapia ha sido aplicada sobre el bazo, sobre la médula ósea y sobre el ovario; sobre el bazo los resultados han sido tan inconstantes que nada puede decirse sobre su eficacia; sobre la médula ósea excita la formación o las funciones de los hematoblastos y parece que su acción es mucho mejor para completar los efectos de la esplenectomía; sobre los ovarios parece que obra también para completar los efectos de la ablación del bazo.

En las formas crónicas de la hemogenia algunos han apelado a la esplenectomía cuyos resultados siempre que la indicación de la intervención se encuentre justificada se traducen por el aumento del número de los hematoblastos a veces en proporciones sorprendentes, aumento que es temporal no obstante lo cual los accidentes no reaparecen; por la normalización del tiempo de sangría que ocurre al cabo de algunas horas después de la operación y definitivamente a pesar de la merma del número de las plaquetas; y en fin por la detención casi instantánea de las hemorragias. Pero los resultados definitivos, es decir, los que se observan después de un año de hecha la intervención son muy variables guardando relación con el mayor o menor ataque del sistema retículo-endotelial.

El caso relatado al principio puede calificarse como una hemofilo-hemogenia ya que el cuadro clínico y las pruebas sanguíneas denuncian expresiones que corresponden a las dos entidades de hemofilia y de hemogenia, de etiología sifilítica como lo comprobó el beneficio del tratamiento específico.

José Miguel RESTREPO



Biblioteca de la Facultad

64—WOLF.

Endocrinología en práctica moderna.

65—STONE.

Enfermedad de Bright e Hipertensión arterial.

66—LEVINE.

Clínica de las enfermedades del corazón.

67—EUSTERMAN & BALFOUR.

Estómago y Duodeno.

68—REHFUSS & NELSON.

Enfermedades de la Vesícula Biliar.

69—GRANGER.

Técnica Terapéutica Física.

GLUCALCION

Gluconato de Calcio Granulado y al 10 % en ampollas inyectables

Recalcificante en el embarazo, la lactancia, el crecimiento, los trastornos de la dentición, la tuberculosis, el raquitismo, la escrofulosis.

Hemostático en las hemorragias de causas variadas: genitales, hemoptisis, hematemesis, melenas, púrpuras, epistaxis, etc.

Desequilibrio Vago-simpático, enfermedad de Basedow, urticarias, trastornos de la menopausa.

Ciertas dermatosis: Eczema, pruritos, etc.

LABORATORIOS URIBE ANGEL
Medellín — Barranquilla — Cali
Colombia

- 70—DE LEE.
Obstetricia.
- 71—KITCHENS.
Diagnóstico en práctica general.
- 72—TODD & SANFORD.
Diagnóstico Clínico por Métodos de Laboratorio.
- 73—SOLLMANN.
Farmacología.
- 74—HINMAN.
Tratado de Urología.
- 75—ANDREWS.
Enfermedades de la piel.
- 76—STOKES.
Clínica Sifiligráfica.
- 77—BAGERT.
La Nutrición y el estado físico.
- 78—WILDER.
Cartilla para los pacientes diabéticos.
- 79—BERENS.
El ojo y sus enfermedades.

LIMO-LAX

Purgante que se toma
como si fuese una de-
liciosa limonada.

Solución de Citrato
de Magnesia en agua
carbonatada, de ac-
ción purgativa ideal.
No estríñe. Descon-
gestiona el hígado.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia

- 80—JACKSON.
Broncoscopia.
- 81—NOYES.
Psiquiatría Clínica.
- 82—HARROW & SHERWIN.
Bioquímica.
- 83—MAC CALLUM.
Patología.
- 84—HOWELL.
Fisiología.
- 85—BURTON-OPITZ.
Fisiología Elemental.
- 86—DREW.
Zoología de los invertebrados.
- 87—JORDAN.
Bacteriología General.
- 88—WEBSTER.
Medicina Legal y Toxicología.
- 89—WILLIAMS.
Higiene personal aplicada.
- 90—YORKE & MAPLESTONE.
Parásitos de los Vertebrados.
- 91—BARCROFT.
Funciones respiratorias de la sangre. 2º tomo.

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 — Cali

Colombia

Obsequio de la Facultad de Ciencias Médicas del Rosario (Rep. Argentina) a la Biblioteca de la Facultad de Medicina de Medellín.

TRABAJOS DEL DR. JOSE M. OVIEDO BUSTOS:

Formas atípicas de la amibiasis intestinal crónica. 1936.

Patología funcional y orgánica de los pliegues de la mucosa cólica. 1936

Úlcera Yeyuno-péptica post-gastrectomía. 1935.

Diagnóstico clínico radiológico y operatorio precoz del cáncer gástrico.

Gastritis colesterósica y pólipo benigno adenomatoso concomitante. 1938.

Duodenopatías extrabulbares. Las Aferentitis. 1939.

Úlcera simple de cara anterior de estómago. 1939.

La vida del gastrectomizado. 1936.

Aferentitis oclusiva post-gastrectomía por úlcus. Diagnóstico clínico-radiológico precoz del cáncer gástrico. 1937.

DE JOSE M. OVIEDO BUSTOS y MARIO ESPOSITO:

Vesícula biliar y conducto cístico dobles colecistitis y coledocitis litiasica concomitante. 1939.

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 — Cali

Colombia

GLICEROFOSFATOS

COMPUESTOS URIBE ANGEL

Tónico de sabor agradable.
Espléndido reconstituyente en
las convalecencias, agotamien-
to nervioso por toda clase de
excesos y especialmente los de
trabajo.

Cada 100 c. c. contienen:

Glicerofosfato de Estricnina	0.013 gm.
Glicerofosfato de Cal	1.728 gm.
Glicerofosfato de Sodio . . .	3.506 gm.
Glicerofosfato de Hierro . . .	0.328 gm.
Glicerofosfato de Quinina . .	0.109 gm.

Cuando la astenia se acompañe de
trastornos digestivos, úsese de pre-
ferencia nuestro ELIXIR DE GLI-
CEROFOSFATOS PEPSINADOS.

LABORATORIOS
URIBE ANGEL
Medellín - Barranquilla
Cali.



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 Congestionaciones 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 — Cali

Colombia

S A L D E F R U T A S

Uribe Angel

Digestiva, antibiliosa, efervescente. Obra como laxante y purgante, según las dosis.

No se altera.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia

Muy distinguido señor doctor:

La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y los Laboratorios Uribe Angel, deseosos de servirle puntualmente las ediciones de BOLETIN CLINICO, le ruegan de la manera más encarecida devolver con su dirección exacta el cupón adjunto.

A la vez le agradecerían agregar las direcciones de los médicos amigos suyos que no reciban la revista.

BOLETIN CLINICO

Dr. _____

Dirección: _____

Población _____

Departamento _____

República de _____

Otras direcciones: _____

Rogamos llenar este cupón también a los señores médicos de Medellín, para poner en regla nuestros ficheros.

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 — Cali

Colombia