

ATENCION!
ESTE LIBRO ESTA PROTEGIDO
EVITESE MOLESTIAS

ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

FUNDADA en 1888

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

TERCERA EPOCA

VOLUMEN III

NUMERO 5

PORTE REDUCIDO EN EL SERVICIO POSTAL INTERIOR — LICENCIA N° 1143

JUNIO—JULIO—AGOSTO

SEPTIEMBRE DE 1947

PRESIDENTE DE LA CORPORACION
DIRECTOR, DR. DAVID VELASQUEZ C.

Profesor de Clínica Interna en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

REDACTORES:

DR. GUSTAVO GONZALEZ OCHOA

VICEPRESIDENTE

Profesor de Clínica Infantil del Pabellón
Clarita Santos

DR. ALFREDO CORREA HENAO

Secretario de la Academia

Profesor de Anatomía Patológica
de la Facultad de Medicina

DR. ALONSO RESTREPO

Ex-Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia

DR. JULIO ORTIZ VELASQUEZ

Profesor de Medicina Legal en la Facultad de Medicina y en la Facultad de Derecho de la
Universidad de Antioquia.

Jefe del Servicio Médico-Legal del Departamento.

Contenido:

Sinopsis Etiológica de las Hemorragias Genitales y comentarios	Dr. Alonso Restrepo	313
Úlcera Gastroduodenal Perforada y su tratamiento	Dr. Gabriel Franco	342
Sintomatología Terapéutica y no Patológica Propiamente Dicha	José Miguel Restrepo	357
Estudio Psicológico de un caso de Estupro	Dr. Julio Ortiz Velásquez	372
Propiamente Dicha	Dr. José Miguel Restrepo	357
Del Instituto Departamental de Higiene Dr. Ernesto Uribe Cadavid		381

PERMANENTE:

La publicación de un artículo no implica que la Academia y el Comité de Redacción de estos Anales aceptan las ideas de su autor.

SINOPSIS ETIOLOGICA DE LAS HEMORRAGIAS GENITALES Y ALGUNOS COMENTARIOS

DR. ALONSO RESTREPO

Un corazón estimulado por exceso de hormonas tiroidianas, modificado en su circulación por increciones adrenales en los estados emotivos, comprimido dentro de su saco por la cámara de aire gástrica, como en el Síndrome de Roemherd, puede hallarse en perfecta integridad tisular y, sin embargo, traduce semejantes irregularidades lejanas en crisis angustiosas, álgicas, taquicárdicas.

El cateterismo uretral, con no poca frecuencia, acarrea anurias inhibitorias en riñones absolutamente sanos.

Las emociones suelen ocasionar vómitos y diarreas en aparatos digestivos de completa normalidad.

Son tipos, los más comunes en la práctica diaria, de verdaderos "TRASTORNOS FUNCIONALES".

El grupo más demostrativo lo constituyen innumerables afecciones mentales, llamadas hasta ahora Psicosis, con ausencia completa de comprobaciones anatomo-patológicas, y en las cuales los nuevos estudios bioquímicos, encefalográficos, convulsoterápicos y hasta capilaroscópicos, van probando que el Neurona puede tener una morfología perfecta, pero que su ambiente circulatorio, nutricio, hidrogeniónico, desasimilativo, lo incapacita para rendir sus funciones equilibradas.

Por donde a semejante tipo de síndrome, sin verdadero daño orgánico, resulta más lógica su denominación contemporánea de Psiconeurosis.

La Psique, principio animador, a fuer de espiritual, no puede ser imperfecta, las Neuronas, su asiento y base de operaciones, estructuralmente acaso sean intachables, mas el medio en

que la una actúa y las otras laboran, por razones cuya gran mayoría desconocemos, resulta impropicio.

Tal la buena semilla caída en tierra infecunda como en la Parábola del Sembrador.

En el campo ginecológico, no es posible acomodar estrictamente esta concepción noblemente espiritualista de las perturbaciones funcionales.

Apenas por similitud subsiste en los textos, con abrumador aporte casuístico, el capítulo invariable y extenso del muy frecuente tipo de hemorragias, que Schröder, (16) en 1920 englobó con el amplio nombre de METROPATIA HEMORRAGICA; que Lécene, (8) en sus célebres "Lecciones Anatomo-clínicas", apellidó DISTROFIAS UTERINAS; que Moulonguet (15), en 1932, llamó DISMETRIAS, y que Cornil y Mosinger, (15) en 1933 y 1935, ampararon con el nombre más comprensivo y lógico de METROSIS HIPERPLASICAS, que, desde luego, las distingue de las APLASICAS, en las cuales predomina la atrofia del Endometrio, y aún del Utero, como ocurre especialmente en las castradas y en las distróficas adiposo-genitales de Babinski-Frólich.

— o —

La sangría por las vías genitales femeninas adquiere significado patológico y se presenta como síntoma predominante en numerosos cuadros clínicos, cuando escapa a su regularidad o se ve afectada en su duración y en la cantidad misma de las pérdidas.

Representa siempre una lesión directa en una o varias de las estructuras pélvicas, o un proceso reaccional del Utero al modificarse sus correlaciones fisiológicas con el aparato endocrino y con el sistema neuro-vegetativo.

De ahí que a la primera clase le cabe el nombre de Hemorragias Sintomáticas y a la segunda, en espera del hallazgo de alteraciones apreciables se las llame también, a su vez Hemorragias Funcionales.

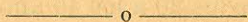
Ahora bien, mientras no fuere posible precisar lesiones notorias en el órgano mismo que se queja, en el sistema nervioso que lo anima, en glándulas o en tejidos distantes que lo influyen, sinérgica, antagónica, o biofísica o bioquímicamente, etc., tendremos de continuar clasificando como FUNCIONALES todos los trastornos en que resultan negativas las más extremas

investigaciones en pos de una modificación definida, demostrable.

De acuerdo con los estudios hormonícos de Collin, (4) en la mayoría de las veces, el Ovario, como Efecto Terminal, actúa directamente provocando alteraciones endométricas productoras de hemorragias.

En un segundo género de casos, menos numerosos, hace el papel de Efecto Intercalar entre la causa distante y el Utero.

Y en una tercera clase, más reducida todavía, permanece indiferente, en tanto el Sistema Neuro-Endocrino influye directamente sobre la mucosa uterina por acción propia de los Hormones Gonadotrópicos de la Hipófisis como lo afirma Hofbauer, (15) por la influencia gonadal propia de la Tiroides, como lo ha observado Maraño, (9) o por acción trofo-neurótica especialísima como lo han demostrado Moulounguet y Doléris (15) en los tumores tubáricos, en que la simple compresión de los nervios del Meso-Ovario provocó la hiperplasia endométrica, y como parece probarlo experimentalmente el hecho de que la sección del Plexo Pre-sacro determina una hemorragia uterina inmediata.



En todo caso el diagnóstico para que alcance a su mayor precisión, mientras se logra comprobar las causas íntimas de muchas de estas hemorragias, no viene a ser posible sino después de una encuesta minuciosa y de una observación esmerada de las enfermas.

De ahí que en la presente ocasión, para beneficio propio y para la utilidad que pueda reportar a otros colegas, me tenga propuesta la revisión, hasta donde fuere capaz, de las causas susceptibles de producir este cotidiano y destacado síntoma, en la consulta.

Y para ello nada más provechoso que dar un vistazo a las clasificaciones en que háse ejercitado la inventiva de los tratadistas.

La mayor parte prefieren agruparlas de acuerdo con la edad así:

I — NIÑEZ

Hasta los 10 años.

Por Estrógenos excesivos, en los primeros días del nacimiento. Tumores congenitales del Ovario (de células granulosas). Tumores de la Hipófisis, las Adrenales o la Pineal.

II — ADOLESCENCIA y Período de Desarrollo

De los 10 a los 20 años

Trastornos Endocrinos.
Discrasias sanguíneas.
Lesiones inflamatorias.
Tumores Ováricos.
Miomas Uterinos.
Complicaciones de la Preñez.
Neoplasmas malignos.

III — MADUREZ

De los 20 a los 45 años

Estados Grávido - Puerperales
Inflamaciones Pélvicas
Miomas
Quistes Ováricos
Trastornos Endocrinos
Discrasias sanguíneas
Neoplasmas Pélvicos

IV — PERIODO INVOLUTIVO

De los 45 a a los 60 años

Neoplasmas Pélvicos:

Con mayor frecuencia Carcinomas Uterinos y Ováricos.
El Cervical predomina hasta los 55 años y el del Cuerpo de esta edad en adelante.

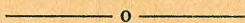
Trastornos Endocrinos.

V — PERIODO SENIL

De los 60 años en adelante

Carcinomas Uterinos y Ováricos

Tumor de Células Granulosas



La de Hamblen, muy panorámica, podría llamarse Fisiopatológica:

I — ALTERACIONES FISIOLÓGICAS

De la sangría Uterina como:

Inmadurez Sexual.

Gravidez

Climacterio

II — HEMORRAGIAS GESTACIONALES

incluye:

Aborto

Mole Hidatiforme

Corioepitelioma

III — INFECCIONES

Endometritis Puerperales y no Puerperales y Anexitis.

IV — NEOPLASMAS

Cervicales

Uterinos

Ováricos (salvo los de origen endocrino)

V — TRAUMATISMOS

Quirúrgicos

Irradiaciones pélvicas

Agresión mecánica al Cérvix y al Utero

VI — PERTURBACIONES NUTRITIVAS

Obesidad
 Hiponutrición
 Afecciones nutritivas
 Enfermedades agotantes
 Caquexias

VII — AFECCIONES CARDIO - VASCULARES Y DISCRASIAS

VIII — POR ESTADOS PSICOPATICOS

IX — POR FACTORES AMBIENTALES

Incluyendo cambios de clima, de altura, etc.
 Crisis emotivas

X — ENFERMEDADES ENDOCRINAS

Incluyendo Tumores Endocrinos del Ovario

XI — PERTURBACIONES FUNCIONALES DEL OVARIO Y DEL ENDOMETRIO

Que vienen a ser las Hemorragias Funcionales propiamente dichas.

————— o —————

Hendriksen (12) las estudia por su localización anatómica, lo cual, por lo diagramático, resulta muy útil e interesante.

En un dibujo del aparato genital a partir del Cérvix, lo divide verticalmente señalando en una mitad las causas durante la Gravidéz y en la otra durante la Ingravidéz.

En un pequeña lista aparte, la etiología extragenital.

Así, tenemos de abajo hacia arriba:

GRAVIDEZ:

Cérvix	{	Vaginitis granulosa
		Cervicitis crónica
		Carcinoma del cuello

Cuerpo	{	Amenaza de aborto Aborto incompleto Mole hidatiforme Corioepitelioma
--------	---	---

Preñez Tubárica

Insuficiencia del Corpus Luteum

INGRAVIDEZ:

Cérvix	{	Cervicitis crónica Pólipos cervicales Carcinoma
--------	---	---

Cuerpo	{	Endometritis Hiperplasia endométrica Endometriosis Pólipos endométricos Carcinoma Miomias
--------	---	--

Salpingitis

Ovario	{	Endometriosis Quistes hemorrágicos Quistes claros Tumores de células granulosas
--------	---	--

OTRAS CAUSAS:

Désviaciones uterinas

Discrasias sanguíneas

Afecciones cardio-vasculares

Patología uretral

Hemorroides

Endocrinopatías

Cuadro muy esquemático ciertamente, mas por ello mismo muy fácil de recordar y de seguir, con rapidez, in mente, durante el interrogatorio y la exploración de la enferma.

Los hermanos Crossen (2) dan un cuadro más clínico:

I — DISCRASIAS SANGUINEAS:

No existe lesión local de ninguna clase y resulta sorprendente el número de mujeres que sangran en fuertes cantidades, sometidas a prolongados e inútiles tratamientos endocrinos sin que se les haya ordenado nunca un examen de sangre revelador de la causa.

II — ENFERMEDADES GENERALES:

Pulmonares

Gastro-intestinales

Renales

Cardio-vasculares

III — LESIONES PELVICAS:

Miomas

Quistes ováricos

Tumor de células granulosas

Tumores malignos de la adolescencia:

Teratomas

Sarcomas

IV — AFECCIONES ENDOCRINAS

Las pruebas para investigación de los hormones ováricos e hipofisarios no son suficientes todavía para regular y dirigir la Terapéutica.

Las determinaciones más útiles para confirmar el diagnóstico son:

Prueba del Pregnanndiol (cuyos resultados, según Hamblen, (9) han sido muy equívocos).

Prueba cuantitativa para Estrógenos.

Prueba cuantitativa de los Prolanes A y B.

Desgraciadamente son estas pruebas muy largas, delicadas, difíciles, costosas y, en sentir de no pocos autores, insuficientes todavía para llegar a un diagnóstico correcto.

No obstante, esperamos poderlas verificar a fines del año, una vez llegado el nuevo equipo, que gracias a la Dirección de Higiene, tenemos hecho para el Laboratorio Departamental.

— o —

Para llevar hasta los últimos detalles el diagnóstico y hacerlo más preciso, de mis lecturas, he ido confeccionando este otro cuadro en el cual pretendo reunir todas las afecciones hemorrágicas, ginecicas, incluyendo las diversas sinonimias que, por falta de medios discriminativos, recibieron algunas:

PATOLOGIA EXTRA — GENITAL

Enfermedades Infecciosas Agudas Generales	No suele ser rara en ellas la Amenorrea	Gripa Pneumonía Fiebre Tifoidea Paratifoideas Fiebres Eruptivas
Enfermedades e Intoxicaciones Crónicas.	Afecciones cardio-vasculares Hipertensión (apoplejía uterina) Hipotiroidismo Hipertiroidismo Anemias en general Cirrosis Nefritis Diabetes Tuberculosis Alcoholismo Saturnismo	La Amenorrea suele también ser muy frecuente, mas la fragilidad vascular ocasiona a veces las hemorragias.
Discrasias	Enfermedad de Biermer Hemogenia de Weil Hemofilia (que, contra lo afirmado en los libros clásicos, se presenta también en la mujer). (12) Púrpura Uterino Enfermedad de Werlhof Y los Púrpuras todos, tanto los Trombocitopénicos como los que carecen de tan importante carácter diferencial.	

PATOLOGIA GENITAL

Vulva	Pólipos del Meato Uretral Traumatismos Desfloración Úlceras de toda clase: Várices vulvares Vulvitis senil	Chancro sífilítico Chancro blando Granuloma venéreo Tuberculosis Lepra Condilomas infectados
-------	---	---

Vaginitis cáusticas

Vaginitis granulosa del embarazo

Vaginitis Parasitaria	{	Oxiuros
		Amibas
		Tricomonas
		Asociación fuso-espirilar

Vaginitis senil

Cérvix	{	Erosiones	{	Erosión Simple
		Ectropión		Erosión Folicular (h. de Naboth)
		Pólipos mucosos		Erosión Papilar
		Pólipos papilares		
		Pólipos fibrosos		
		Sífilides y Tuberculides ulcerosas y vegetantes		
		Goma sífilítica del Cuello		
		Adenoma		
		Angioma	{	Exocervical
		Epiteliomas		Interstitial
Carcinoma	Endocervical			
		Miomas intersticiales		

Alterado su revestimiento normal, sangra más o menos por:

Esfuerzos

Defecación

Coito (Sinusiorragia)

Cuerpo Uterino	{	Distopías	{	Prolapso
				Flexiones
				Desviaciones
		Endometritis		
		Metritis		
		Perimetritis		
		Esclerosis (Miofibrosis de Theilhaber)		
		Miomas		
		Endometriomas		
		Endometriosis	{	Submucosos
		Pólipos		Pedunculados (Pólipos fibrosos, degeneran fácilmente por el pedículo transformándose en Sarcomas)
		Miomas		
Carcinoma	{	Intersticiales		
Sarcoma				
Retención de restos ovulares				
Sub-involución				
Corioepitelioma				

GRAVIDEZ	Aborto	De las primeras semanas (Endometritis Hemorrágica de las recién casadas)	
		Amenaza	
		Inevitable	Incompleto
			Completo
			Con retención del huevo (Missed Abortum de Duncan)
	Retención de Restos Ovulares		
	Mole Hidatiforme		
	Corioepitelioma post-mólico, post-abortum, post-partum.		
	Preñez Tubárica (Endometrio con caduca pero sin tejido corial).		
	Pólipos Placentarios (Suelen no crecer pero el Endometrio se transforma en caduca por "Hiperplasia reaccional de Tipo Luteínico")		
Desprendimiento de falsa caduca (en los embarazos ectópicos).			

METRORRAGIAS FUNCIONALES

PROPIAMENTE DICHAS

Metrorragias de la Menarquia :

Sinonimia :

Metrorragia juvenil

Metrorragia virginal

Polimenorrea puberal

Menometrorragia de las adolescentes

Metrorragia esencial de las jóvenes

Metropatía hemorrágica juvenil

Causas :

No definidas de manera suficiente hasta ahora. No es raro que la sífilis sea algunas veces su factor etiológico.

Acaso obedecen a falta de sinergia funcional útero-ovárica.

Predomina el Tipo Hiperfolículo-lúteo en el Endometrio, y como la Luteína es su mejor tratamiento, se tiene una razón poderosa para aceptar el desequilibrio hormonal del Ovario.

La Insulinoterapia de Vogt (30 a 40 U.) y la Adrenalina, por antagonismo con la Foliculina, suelen dar buenos resultados.

Considero que la Testosterona, preconizada por numerosos autores no debe emplearse en mujeres jóvenes. Para este tipo de hemorragias, se dispone de tratamientos eficaces más acordes con el biologismo femenino. Ciertamente que puede prestar servicios en estos casos. Mas, precisamente, estos trastornos señalan organismos indecisos, todavía sin orientación sexual neta, definida, desequilibrada desde el punto de vista de las correlaciones hormonónicas y por ello mismo, también, con disendocrinias más o menos apreciables, y a menudo se trata de verdaderas inter-sexuales; semejante estímulo antagónico vendrá a impulsarlas con mayor intensidad hacia el sexo opuesto, agravando su inestabilidad endocrina, acentuando sus tendencias androgénicas.

Además, y no obstante haberse demostrado experimentalmente, que a pequeñas dosis la Testosterona estimula el Ovario normal, no está demostrado todavía, de manera convincente, cómo actúa sobre el anormal.

Verdad que existe alguna cantidad producida por el mismo organismo femenino, pero no sabemos hasta dónde la introducción de una cantidad mayor, artificialmente, pueda perturbar funciones que están pugnando por establecerse, por completarse.

Luego, si los hormones propios a su sexo, sirven, manejados como se debe, en este disfuncionalismo, no hay razón para dejarlos de lado y echar mano de los del sexo ajeno.

Con sobra de pruebas háse impuesto el papel de los Estrógenos en no pocos trastornos de la madurez y de la senilidad masculinas, pero a nadie se le ha ocurrido, que yo sepa, ver si podrían prestar servicios en la adolescencia y en la juventud.

—Se retrocede ante el riesgo de una muy posible feminización.—

Y no es aceptable que hagamos a las muchachas lo que no nos atreveríamos a experimentar en los jóvenes.

Y, por último, hay más, los Andrógenos, a cualquier dosis, excitan intensamente la libido. Sirven contra la frigidez, y yo mismo los empleo con éxito en estos casos, en mujeres maduras.

A púberes y a vírgenes en plena juventud y aún en el crepúsculo de sus funciones genitales, obligadas a reprimir violentamente sus impulsos sexuales, inevitables, no hay derecho para exagerarles el tormento de elaciones instintivas imperiosas, y mucho menos despertar tamaña sensibilidad en quienes por sus mismas disfunciones la tienen muy dormida.

En todo caso, falta mucho trabajo de investigación endométrica en las vírgenes.

HEMORRAGIAS FUNCIONALES

DE LA EDAD ADULTA:

Hiperplasia Endométrica	{ Persistencia de folículos sin romperse (estímulo estrógeno excesivo y continuo, y falta de producción de Luteína).
Con Endometrio	{ Posiblemente por desequilibrio de los hormones reguladores del Ciclo. Disfunciones del Miometrio Perturbaciones de los nervios vaso-motores
Atrófico	{ Alteraciones de las arteriolas espirales Schröder encuentra pequeñas áreas, localizadas, de Necrobiosis; otros acusan una excesiva permeabilidad de los capilares.

En el tipo Foliculínico, característico de la Fase de Proliferación, predomina el aumento en número y en volumen de las células epiteliales y del estroma conjuntivo, y la presencia de glándulas en tirabuzón.

En el Tipo Luteínico, de la Fase de Secreción, se comprueba aumento de la Mucina y del Glicógeno.

Glándulas con aspecto de serrucho en la sección longitudinal y de flores en la transversal.

Estroma muy aumentado, que va palideciendo, y las células van tomando una forma similar al de las deciduales.

En el Tipo Glándulo-quístico de Schröder, la mucosa, muy hiperplasiada, da un aspecto de queso de ojo, constituyendo un verdadero Adenoma Difuso del Endometrio.

Congestión Pelvi-genital Utero en Acordeón de Siredey Metropatía Paracrética de Sellheim	Espontánea en algunas mujeres, y en la mayoría provocada por exageración de la libido, por masturbación, por orgasmos frecuentes incompletos, por Foliculina empleada sin indicaciones precisas
---	---

Creo que estos tres diagnósticos comprenden un mismo Síndrome dado que en los diversos autores encuentro unos mismos factores etiológicos.

Hipermenorrea Simple de la madurez. Atonía funcional del Miometrio por multiparidad y por hipotrofia progresiva de la edad. Cede a medidas higiénicas y a los vaso-constrictores corrientes.

Metritis Parenquimatosa crónica Metrorragia Pre-climacterica	El mismo origen de la anterior, e infecciones más o menos intensas del Miometrio mismo. Tratamiento general, Electroterapia (Ondas cortas), vacunas, proteinoterapia.
---	--

Hipermenorrea por Disovarismo Metropatía hemorrágica Climacterica	Reglas abundantes y cada vez más espaciadas. Tratamiento hormonal Hemorragias abundantes, precedidas también por períodos más o menos largos de Amenorrea. Necesitan Curetaje, Roentgen o Radiumterapia.
---	---

Adenoma Difuso del Endometrio ya mencionado.

Adenoma Basófilo de la Hipófisis.

(Síndrome de Cushing)

Período Hiperprolánico del Climacterio

Hipertiroidismo

METRORRAGIAS TERAPEUTICAS

Abuso de los Estrógenos naturales y sintéticos. El Estilbestrol sobre todo resulta muy activo como factor Hemorrágico en las menopáusicas.

La Biopsia Endométrica Premenstrual da el índice más seguro y exacto de las funciones ováricas.

No sólo informa si la ovulación se ha verificado, sino también señala, a la vez, las deficiencias de las funciones luteínicas.

En las Hemorragias Funcionales puede encontrarse desde un Endometrio premenstrual de caracteres normales hasta una hiperplasia muy acentuada.

El más frecuente hallazgo viene a ser el clasificado como Tipo Anovulatorio:

Endometrio delgado

Las glándulas carecen de la reacción luteínica característica.

Sus luces son estrechas

La mayoría de las células de los epitelios glandulares permanecen inactivas.

Estroma denso

Aparecen extravasaciones en todo el espesor del Endometrio.

En otros casos se comprueban cambios premenstruales poco acentuados, demostrativos de que la ovulación ha tenido lugar, pero el Corpus Luteum resultante no produce una cantidad suficiente de Progesterona.

Según Bartelmez el ritmo, la hemorragia y las manifestaciones clínicas pueden ser iguales a las de los ciclos normales.

Los cambios vasculares del Endometrio son análogos, incluyendo una isquemia preparatorio seguida de extravasaciones y de necrosis, y luego una deshidratación del estroma endométrico que acarrea la reducción de las células glandulares.

Estos Ciclos Anovulatorios son sumamente frecuentes en las muchachas al establecerse la menarquia y en las mujeres en edad premenopáusica.

Y aún en plena actividad genital, algunas mujeres sanas intercalan ciclos de esta clase dentro de los normales.

Han de reputarse como patológicos cuando:

Ocasionan esterilidad indeseable.

Cuando producen hemorragias prolongadas o copiosas (Hamblen). (7)

En sentir de algunos tratadistas la sangre, en estos casos, es más coagulable.

La tensión premenstrual suele ser esencialmente la misma, pero su repercusión en los senos es menos frecuente.

La dismenorrea ocurre menos a menudo, pero no falta cuando la sangría es de origen francamente estrogénico.

El dolor intermenstrual ha sido señalado por varias mujeres en ciclos que concluyeron con pérdida de Tipo Estrógeno (Hamblen).

A dos medios muy fáciles puede apelarse, sobre todo en las muchachas, en las vírgenes y en las estériles, sin lesiones apreciables, para informarse de si los ciclos son fértiles o no:

El primero, que tiene la ventaja de crear una disciplina provechosa en nuestras mujeres, reacias en general a la auto-observación de sus fenómenos sexuales, es la Termografía al despertar.

Tengo ya unos cuantos gráficos muy interesantes que marcan abiertamente la eclosión del folículo o su ausencia hacia la mitad del ciclo.

Y el otro, consiste en seguir el exsudado vaginal cada cinco días con el método de Papanicolau o el de Shorr.

La persistencia de las células estrínicas, fuertemente acidófilas, abundantes, en la segunda quincena del ciclo, indica, seguramente, que el óvulo no maduró y que el folículo persiste.

- En las casadas y en las viudas, resulta preferible y más rápido el diagnóstico mediante la biopsia endométrica, que por suerte, al fin, va entrando, entre nosotros, en la práctica corriente.

Pero en todo caso no se justifica el diagnóstico de Hemorragia Funcional con sólo una muestra de Endometrio, por más que indique una alteración de sus funciones.

Es preciso repetirla en dos o más ciclos, en no poco número de pacientes.

Que también puede sangrar en forma anómala un Endometrio Hipoestrogénico, como en un caso de Hamblen, en el cual las pérdidas duraron cuatro meses, por más que semejante perturbación coincidiera en la mayoría de las veces con Amenorrea.

Y luego, que algunas afecciones ginecológicas más o menos evidentes, (Adenocarcinomas, Fibromiomas, Poliposis, benignas, poco ruidosas), y aún Anexitis, pueden ocasionar modificaciones del Endometrio susceptible de simular las que, hasta ahora, consideramos como HEMORRAGIAS FUNCIONALES indiscutibles.

— o —

ESTADISTICA

En mis 600 últimas fichas, llevadas con mayor detalle que las anteriores, encuentro destacado el síntoma Hemorragia en los siguientes casos, sea como Meno-metrorragias francas, sea como menstruaciones prolongadas, con sangre coagulable, sea como manchas pequeñas, repetidas, en varios días post-menstruales ("spot bleeding" de los autores norteamericanos):

<i>Diagnóstico</i>	<i>Nº de casos</i>	<i>Hemo-rragia en</i>	<i>%</i>
Anemia Macroítica Hipocrómica	2	2	
Púrpura Uterino	1	1	
Vaginitis Granulosa de la Gravidez	6	1	16%
Vaginitis Amibiana	1	1	
Vaginitis Tricomonósica	172	3	17%
Vaginitis Fuso-Espirilar	18	2	11%
Vaginitis por Tricomonas y Neisser	28	1	3%
Pólipos Cervicales	9	9	
Angiona del Cérvix	1	1	
Epiteliomas Cervicales	7	7	
Cervicitis no Específicas	33	4	12%
Cervicitis Blenorragica	44	8	18%
Cervicitis por Tricomonas	16	2	12%

Cervicitis Polimicrobiana del Post-Partum	46	9	19%
Cervicitis Polimicrobianas del Post-Abortum	2	1	50%
Cervicitis de la Gravidéz	8	1	12%
Cervicitis Post-Menopáusicas (con diagnóstico histológico)	4	3	75%
Afecciones inflamatorias:			
Metritis Simple no Específica	5	2	40%
Metritis y Metro-Anexitis Blenorragicas y Puerperales	59	43	73%
Fibromiomas	16	13	81%
Pólipos Endométricos	2	2	
Retención de Restos Ovulares	3	3	
Sub-involución Uterina	5	5	
Neoplasmas del Cuerpo Uterino	4	4	
Quistes Foliculares	3	3	
Preñez Ectópica	1	1	
Metropatía Hemorrágica juvenil	2	2	
Metropatía de Schröder	1	1	
Hiperestrogenismo	27	8	29%
Metropatía Paracrética de Sellheim	2	2	
Metropatía Hemorrágica Climacterica	4	4	
Metrorragias Terapéuticas	5	5	

Por donde, de un número de 537 fichas se anota sangría anormal en 154 enfermas, de suerte que en el 29% de ellas y en el 25% del total de una miscelánea de casos ginecológicos se comprueba Hemorragia como manifestación protuberante.

ALGUNOS COMENTARIOS

Conforme a mi manera de pensar al respecto, de este extracto, yo no reputaría como HEMORRAGIAS FUNCIONALES propiamente dichas sino las que tengo clasificadas como:

1º)—Metropatía de Schröder, caso N° 627, cuyo Endometrio regresó a la normalidad después de un curetaje.

2º)—Tal vez las del Embarazo Ectópico, del cual sólo tengo un caso personal (Nº 788) que por suerte pude diagnosticar precozmente (operada con el Dr. Gómez Arango), por más que me haya sido dable practicar más de una decena de Reacciones de Friedman para enfermas de otros colegas.

3º)—La Metropatía Hemorrágica Juvenil.

4º)—Las Climactericas en que no me fue posible encontrar lesión alguna en el Utero ni en los Anexos.

Aquellas y éstas cedieron a tratamiento endocrino.

5º)—Las debidas a Quistes Foliculares (dos solteras y una casada), cuyos trastornos concluyeron con altas dosis hormono-terápicas.

En el caso Nº 658, señora americana, que me fue enviada de un pueblo importante, lejano, con el diagnóstico de Preñez Tubar, y que llegó sangrando mucho, llamé en consulta al Dr. Pedro Nel Cardona, y previos los exámenes indispensables (ginecológicos, Hemo y Leucogramas, Reacción de Friedman, Biopsia del Endometrio, etc.) pudimos escapar la enferma de la grave intervención a que la habían condenado tres médicos distinguidos.

La muchacha Nº 956, que estudié con Gómez Arango el año pasado, a quien resolvimos el problema con 100.000 unidades de Estrona en dos días, y que ha seguido menstruando normalmente.

Aleccionado por este caso en la muchacha Nº 1.014 con hemorragia continua y un gran quiste en el Ovario derecho, incapacitada pecuniariamente hasta para permanecer en la ciudad, viéndome en un medio quirúrgico me atreví a correr la aventura, y en mi consulta le inyecté, de una vez 100.000 unidades de Foliculina y la dejé en observación.

A las tres horas dolor hipogástrico sincopal y fenómenos de Shock moderado, que se dispararon rápidamente.

Al día siguiente, desaparición de la masa ovariana, que, por ser muy flaca, se apreciaba a la palpación abdominal.

Ha venido por dos veces, y no acusa ningún trastorno hasta el presente.

6º)—Las 8 de las 27 enfermas que presentaron fenómenos hiperestrinicos netos, y de las cuales proyecto ocuparme en un trabajo ulterior.

7º) —Las 2 anémicas que figuran en el cuadro.

8º) —Los 2 casos de Metropatía Paracrética (Nros. 501 y 1.009).

9º) —La enferma N° 786, con Púrpura Uterino, cuya historia, resumida, incluyo más adelante; y

10º) —Las 5 pacientes que fueron tratadas inconsultamente, y por tiempo largo, con Estrógenos de diferentes marcas. (1)

- (1) Al preparar estas notas para su publicación, he debido señalar estos puntos, para dejar constancia de mis opiniones sobre el particular, discutidas por mi distinguido colega y amigo el Dr. Darío Sierra, ex-alumno de la Escuela Argentina, en conversación tenida con él al día siguiente de la sesión de la Academia de Medicina en que leí este trabajo, y en una conferencia que dio posteriormente, el Dr. Sierra, a los estudiantes de la Facultad.

— o —

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

GRIPA.—En extenso informe que rendí a mi venerado maestro el Dr. Vespasiano Peláez, a la sazón Director de Higiene Departamental, sobre los casos de gripa que me cupo asistir en la epidemia de 1918-19, en el sur de Antioquia, y de los cuales llevé buen acopio de notas, hube de registrar algo más de una decena de menorragias y de metrorragias, serias, en algunas de mis enfermas, y que antes y después menstruaban y siguieron menstruando normalmente.

Y no fue tampoco pequeña la cosecha de abortos y de partos prematuros que hubo entonces.

FIEBRES ERUPTIVAS.—De 1916 a 1919 en que ejercí en Abejorral (2.190 metros sobre el nivel del mar y 17º de temperatura media), y de 1920 a 1926, en que trabajé en Sonsón (2.530 mts. y 14º T. M.), se presentaron repetidas epidemias de Sarampión, de Rociola, de Rubeola, graves siempre en tierras tan altas y tan frías. —Tanto las púberes como las adultas atacadas por cualquiera de estas fiebres eruptivas, sangraban por sus genitales, más o menos, invariablemente.

En tales alturas, además, el parto normal en absoluto casi que viene a ser una excepción afortunada: las hemorragias del alumbramiento y las tardías resultan de frecuencia extraordinaria.

Vez hubo en que el trabajo estuviese completo a las 8 de la noche y no pudiera regresar a casa hasta la mañana siguiente, combatiendo hemorragias repetidas con su compañero inseparable el Shock Obstétrico.

————— o —————

FIEBRE TIFOIDEA.—No escasearon tampoco las manifestaciones hemorragíparas uterinas, durante la epidemia feroz que diezmó a Medellín en 1913, en que cursaba yo el 3er. año de carrera.

Mas, en mi caso N^o 1.062, señora II para, conizada hace dos meses para una Cervicitis no Específica, a quien por razones de amistad hube de asistir, hace tres años, para una Fiebre Tifoidea tan grave y tan atípica que nos hizo creer (por falta de aglutininas hasta muy mediada), a los Drs. Braulio Mejía, José Miguel Restrepo y David Velásquez, a quienes llamé en consulta, que se trataba de una Endocarditis Maligna, sangró copiosamente al principio y a pequeñas dosis continuas hacia el final, amén de alarmantes melenas en la segunda mitad.

Fue una enferma que resucitó verdaderamente gracias a tres transfusiones que le hice practicar por el Dr. Eusebio Ochoa.

En la convalecencia fue preciso tratarle una enorme escara sacra y muy tardío (dos meses después de la defervescencia) un gran absceso en el Douglas, de flora intestinal, con pus de acentuado olor fecaloide.

————— o —————

Otros casos

En su primera noche de bodas, he debido atender tres víctimas de los asaltos taurinos de los galantísimos novios de algunas horas antes.

A la pobre muchacha de mi observación N^o 983, el aparente desmedrado varón que le cupo como marido, la despedazó bru-

talmente, y así, malferida ab initio, la poseyó diez veces en las primeras 24 horas.

Tanto, que en las condiciones de maltrato en que llegó a mis manos, preferí irrigaciones antisépticas débiles y pomada al sulfatiazol, a suturas que habrían traído, seguramente, una infección tremenda y el esfacele indudable de los tejidos heridos y contusos.

Decididamente cuesta mucho creer a ratos en la tan cacareada racionalidad humana.

La salacidad, el sadismo, en estas formas repugnantes no se encuentra nunca en el furor instintivo de nuestros hermanos inferiores y, después ante la indisolubilidad del vínculo conyugal, es preciso luchar contra la dispareunia, el vaginismo, la frigidez, acarreadas por la aversión, la repugnancia, el odio a veces, el negativismo, escondidos, con sobra de razón, y sobrado disculpables, allá en lo más recóndito e inexpugnable del sub-consciente.

Pobres mujeres! —Y todavía, en un país que presume de demócrata, de cristiano y de legalista, como el nuestro, se les niega hasta los derechos civiles inherentes a la persona humana.

————— o —————

Las Vaginitis Cáusticas no han sido una rareza.

Atendí alguna vez un caso con hemorragia pequeña persistente, en mujer que, con fines contra-conceptivos, se introdujo dos pastillas de sublimado.

La absorción fue indudable por el ptialismo y la estomatitis que siguieron a esta experiencia.

Mc Donough (6) señala una epidemia de casos semejantes —23— atendidos en su servicio, y de 1936 a 1945 se han registrado 65 pacientes de esta clase en el Boston City Hospital, todos ellos por tabletas de permanganato de potasio.

————— o —————

La Vaginitis Granulosa del Embarazo, en las mujeres descuidadas, por sus secreciones irritantes, puede ocasionar exfoliaciones de la mucosa suficientemente profundas para dejar

pequeños vasos al descubierto y provocar manchas capaces de imponerse como una amenaza de aborto.

— o —

Por dos veces he atendido niñas con Vaginitis intensas, de flujo sanguinolento, en las cuales pude comprobar la presencia de Oxiuros.

Ello ocurrió antes de que me dedicase de lleno a la Ginecología y de que, fuera del diario de Laboratorio, no llevase notas precisas sobre este género de enfermas.

Aparte de las erosiones producidas por el ramonear de los parásitos, tienen considerable importancia patogénica, el acto de rascarse y las infecciones secundarias inevitables.

— o —

Mecanismo semejante, infección intensa y excoriaciones acarreadas por el prurito, puede invocarse para algunos casos de Tricomosis y de Fusio-espirilosis, en los cuales el flujo aparece más o menos coloreado por sufusiones sanguíneas, y aún, a veces, para algunas Moniliosis, donde la secreción, en general escasa, lechosa, no inquieta tanto a las enfermas como el escozor insoportable.

— o —

Para la Amibosis, en cambio la sangría continua, con mezcla de flujo en jalea, es el síntoma dominante, al punto de simular un neoplasma, como en el único caso, muy interesante, que he visto:

Nº 821 —29/IV/46— E. de P. 27 años. Blanca. IVpara.

El examen, muy difícil por el dolor enorme que provocaba el tacto, reveló una zona de ulceración blanduzca en la pared vaginal posterior que se extendía por todo el tercio superior y la pared derecha de la vagina.

Fue imposible alcanzar el cérvix y mucho menos introducir un espéculo para verlo.

Pude extraer una masa fungoide de muco-pus sanguinolento, muy fétido. Y sospechando un neo (tal vez primario), remití

la enferma y el conglomerado purulento, en fijador, al Dr. Alfonso Arango Vieira, para ver si era del caso tratarla con Radium.

Entre tanto la enferma, con un pronóstico sombrío, volvió a su pueblo, distante 65 kilómetros de Medellín, “para arreglar sus asuntos” y venir al tratamiento.

A la sazón regresó de Estados Unidos el Dr. Correa Henao quien practicó el examen anatomo-patológico, tropezando con gran cantidad de quistes y de formas hematófagas de *Entamoeba Histolytica* en medio de leucocitos, masas de glóbulos rojos y conglomerados de células epiteliales descamadas.

La enferma no parecía y escribí a señora conocida de su población rogándole la buscara y le diese la buena nueva de la posibilidad de curación definitiva y poco costosa.

Me contestó que, según sus averiguaciones, la paciente había mejorado mucho con los lavados antisépticos que le prescribí para practicarse mientras tornaba, y que se había marchado con su marido a la administración de una hacienda lejana cuya ubicación ignoraba.

No he tenido más noticias de esta paciente cuyo interesantísimo caso viene a sumarse a los de localizaciones extra-intestinales de la *Entamoeba Histolytica*, descritos por primera vez por nuestro distinguido amigo el Dr. Agustín Piedrahíta Restrepo (13).

————— o —————

Por Hemofilia indudable, sobre la cual trae unas páginas clásicas Wintrobe (9), tuve con el Dr. Luis Martínez Echeverri un caso gravísimo, allá por el año de 1929, en la menarquia de una niña de 13 años, blanca y rubia.

Nos llevó cosa de 25 días la hemorragia, que puso a la enferma al borde de la tumba y que ahora no me explico cómo pudimos dominar con los medios de entonces.

Tardó cosa de dos años para rehacerse de la anemia consecutiva.

————— o —————

De Púrpura Uterina tengo el siguiente caso cuyo diagnóstico clínico lo hizo el Dr. Martiniano Echeverri Duque:

Nº 786 —29/III/46— La señora A. F. me consulta para hemorragias fuertes y largas que se suceden con regularidad en sus ciclos.

Tuvo 4 hijos y vive hace 5 años separada del marido. Nada que valga la pena en los antecedentes y al examen ginecológico sólo encuentro un Utero indoloro, móvil, y apenas ligeramente aumentado de volumen.

Pensando en una fibromiomatosis incipiente, submucosa, se la remito a Echeverri Duque para ver si creía del caso practicarle Roentgenterapia.

Me la devuelve pidiendo a mi Laboratorio una numeración de Hematoblastos; se practica el examen en ayunas el 2/IV/46, da 112.000, y empieza a irradiarla.

El 1º/V/46 una nueva numeración arroja 170.000 plaquetas por mm³.

Y el 8/V/46, en las mismas condiciones, se encuentran 240.000 elementos.

Desde entonces hasta ahora la paciente viene enfermando con una regularidad y normalidad completas.

Se piensa en que, sin ser acaso muy frecuente este tipo de metrorragia, seguramente por falta de semejante investigación hematológica, haya pasado inadvertido en unos cuantos casos propios y ajenos.

— o —

De la Sinópsis etiológica que precede y de la rápida ojeada a los casos más salientes de mi estadística, precisa concluir que una mujer que sangra puede tener desde una simple Erosión Cervical hasta el más maligno de los Cánceres.

Para la mayoría de los cirujanos un Utero más o menos grande y sensible, una masa inflamatoria anexial, una tumefacción más o menos libre en los Anexos, una ulceración más o menos quística o polipoide del Cuello, son lesiones sobrado suficientes para decretar una intervención y para extirpar rápida y radicalmente el órgano o los órganos cuyo aspecto anatómico escapó del patrón habitual.

El cirujano se preocupa de los efectos, los decapita de un tajo, y las causas, en buena porción de casos, lo tienen sin cuidado.

En cambio para el médico, y muy especialmente para el Ginecólogo documentado en la complejidad enorme del aparato genital femenino y de la importancia de la vida sexual de la mujer, eje del mundo y origen maravilloso y el más respetable de la vida, el órgano crecido y doloroso, las infiltraciones locales circunscritas o difusas, duras o blandas, de la Cavidad Pélvica, representan manifestaciones expresivas de que algo está fallando en los complicados mecanismos de la generación y perturbando más o menos intensamente el psiquismo y el funcionamiento todo del organismo femenino.

Y de ahí que en lugar de prescribir el acto trivial, aparatoso y brillante de una artística exéresis de los tejidos enfermos, pensando más en el bienestar próximo y en el porvenir remoto de su paciente, se dedique, como un sabueso de la policía, a buscar las causas cercanas o distantes, que han transformado la anatomía y la fisiología del contenido pélvico, y una vez conocidas, interviene con terapéuticas oportunas, magüer largas, a la reintegración de la normalidad tisular y del cumplimiento correcto de sus actividades.

Son ya demasiadas las mujeres castradas en la flor de la edad, cuyos trastornos psico-somáticos tratamos, siquiera, de aliviar en algo y a diario en nuestros consultorios de ginecología médica, y para los cuales el cirujano que verificó la operación admirable, no encuentra recurso alguno en su extenso armamentarium.

Y son ya bastantes también las que con la sentencia irrevocable de una intervención perentoria, fulminada por cuatro o cinco colegas eminentes, gracias a una labor sostenida y tenaz, han visto al fin no sólo desaparecidas las hemorragias, los dolores, los flujos, la invalidez que las abrumaba, sino también, y con gran satisfacción han vuelto a ser aptas para procrear.

Dentro de la larga nómina de afecciones ginecológicas netamente individualizadas hasta ahora, está triada sintomática de pérdidas sanguíneas, secreciones anormales, algias, llevaderas y crónicas o agudas e intolerables, presiden, juntas o aisladas el lugar más prominente del cuadro clínico.

Cuando no se comprueba su origen en un examen somero, por desgracia gran número de médicos generales alzan los hombros, encuentran la casilla fácil y accesible de "Las Hemorragias Funcionales" para registrar el caso, y sin mayor esfuerzo extienden, con una simplicidad envidiable, la fórmula del fármaco órgano u homonoterápico, cualquiera, de los innumerables con que nos agobia la propaganda comercial, y que con mayor rapidez se viene en mientes.

Y tanto la intervención a ultranza, en innúmeros casos re-remediables y muchos de ellos mejorables, como estas terapias de clínica ligera, constituyen, a mi entender, no sólo métodos anti-científicos sino también, en veces (como en un neoplasma incipiente insospechado o inadvertido) hasta delictuosos.

Considero que en el estado actual de avances extraordinarios en todas las ramas de las ciencias médicas, ni el Internista general, ni el Cirujano general, deben intervenir en paciente alguna, sino cuando estén seguros de que por todos los medios, han hecho un diagnóstico incontestable.

Y no sintiéndose completamente seguros, resulta más honrado apelar al especialista en persecución del diagnóstico preciso y de las normas definidas para la intervención, si fuere indispensable, o para el tratamiento más oportuno, eficaz y rápido.

Sobran hoy, gracias a Dios, métodos admirables para alcanzar en el mayor porcentaje de los casos, uno u otro de estos objetivos.—San Rafael de Villaluz, Mayo de 1947.

Alonso Restrepo

NOTA.—Escrito lo anterior tuve la satisfacción de ver, en un extracto en BOLETIN CLINICO, Vol. 9, N° 6, Mayo 1947, hecho por el Dr. Alfredo Correa Henao, de un artículo del Dr. Arnaldo de Moraes (de la Universidad de Río de Janeiro), cómo el distinguido ginecólogo brasileiro emite ideas semejantes a las expuestas en este trabajo.

Y, a poco, además, llegó el N° 5, Vol. 53, Mayo 1947, del American Journal of Obstetrics and Gynecology, en el cual los Drs. E. G. Holmstrom y Chas E. McLennan, de la Universidad de Utah, Salt Lake City, describen un nuevo tipo de Hemorragia Funcional por renovación incompleta, de un ciclo a otro, del Endometrio, diagnóstico que, como la mayoría de esta índole, no es posible afirmar sin la biopsia correspondiente (Holmstrom — McLennan: Menorrhagia associated with irregular shedding of the Endometrium).

A R.

BIBLIOGRAFIA

- (1)—Barozzi J.—Manuel de Gynecologie Pratique-Vigot Frères. París — 1907.
- (2)—Crossen H. S. y Crossen R. J.—Diseases of Women 9 th. ed. Mosby. St. Louis — 1941.
- (3)—Calatroni C. J. y Ruiz V.—Terapéutica Ginecológica 2ª ed. Espasa-Calpe, Argent. Buenos Aires — 1944.
- (4)—Collin Rémy—Las Hormonas. Trad. Xavier Zubiri — 3a. ed. Espasa-Galpe, Argent. Buenos Aires — 1944.
- (5)—Falta Wilhelm—Tratado de las Enfermedades de las Glándulas de Secreción Interna — Trad. Bofill y Gironés 2a. ed. Labor — Barcelona — 1936.
- (6)—Greenhill J. P.—The Year Book of Obstetrics and Gynecology ed. de 1942 — 1943 — 1944 — 1945 y 1946. Chicago.
- (7)—Hamblen E. C.—Endocrinology of Woman C. C. Thomas Springfield — 1945.
- (8)—Marañón Gregorio—Ginecología Endocrina. Espasa-Calpe — Madrid — 1935.
- (9)—Murray Edmundo G.—El Cielo Vaginal Humano. Ed. A. López — Buenos Aires — 1942.
- (10)—Novak Emil—Gynecology and Female Endocrinology Little-Brown — Boston — 1941.
- (11)—Novak Emil—Text Book of Gynecology. 2a. ed. Williams-Wilkins — Baltimore — 1944.
- (12)—Piedrahíta Restrepo Agustín—Amibiasis cutánea. Anales de la Academia de Medicina de Medellín. 3ª Epoca Vol. I — N°6—Julio-Agosto-Septiembre de 1944.
- (13)—Pende Nicolas—Endocrinología. Trad. Primo de Rivera. Salvat — Barcelona — 1937.
- (14)—Roura Rosés J.—Las Metrorragias. Salvat — Barcelona — 1941.
- (15)—The American Journal of Gynecology and Obstetrics.
- (16)—Stoekel Wilhelm—Tratado de Ginecología. Trad. Sánchez Arcas y J. B. Rodríguez. 3a. ed. Morata. — Madrid 1942.
- (17)—Werner August A.—Endocrinology. 2a. ed. Lea-Febiger Philadelpha — 1942.
- (18)—Wintrobe Maxwell M.—Clinical Hematology. Lea-Febiger — Philadelphia — 1942.

Trabajos de la Academia

Medellín, 20 de Mayo de 1947

Señor

Presidente de la Academia de Medicina de Medellín.

Presente.

En cumplimiento de la comisión que ha tenido a bien confiarnos, tenemos el gusto de informar a la H. Academia con relación al trabajo que, con el título de ULCERA GASTRO-DUODENAL PERFORADA Y SU TRATAMIENTO, presenta el Dr. Gabriel Franco para ser admitido como miembro correspondiente de tan respetable Institución.

Después de algunas consideraciones generales sobre úlcera-gastro-duodenal, y especialmente sobre sintomatología de la perforación, el Dr. Franco presenta un total de 23 observaciones personales de tratamiento quirúrgico de perforación de úlceras de distinta localización gastro-duodenal, 16 de ellas tratadas por gastrectomía y las 7 restantes por sutura simple de la perforación.

Siguiendo a algunos autores, y separándose de la tendencia clásica y de la práctica cada vez más generalizada en el mundo científico de practicar la operación mínima en estos casos, el Dr. Franco preconiza la gastrectomía como tratamiento radical de la úlcera perforada, ya que la sutura simple o con revestimiento epiploico, que es lo más usual, puede dejar viva la lesión en muchos casos o dar lugar a estenosis incompletas, especialmente cuando se sitúa en el píloro o el duodeno; y en todo caso deja el campo para nuevas ulceraciones en el mismo sitio, en la vecindad o a distancia. Y prefiere el Dr. Franco la operación radical a la sutura simple o con revestimiento, o a la sutura seguida de gastro-enterostomía posterior en los casos de manifiesto estrechamiento de la luz visceral con la sutura.

Indudablemente es mejor la operación radical, por tratar de resolver definitivamente el problema, en los casos especiales y seleccionados en que no se hace correr mayores riesgos al paciente, aunque bien sabemos que la gastrectomía, no obstante la

tendencia cada día más marcada a practicarla de mayor amplitud, no modifica una tendencia constitucional y sólo disminuye una meiopragia local a la úlcera péptica, que a pesar de resecciones de tres cuartas y hasta de cuatro quintas partes, puede presentarse con localización yeyunal. Hoy es un hecho aceptado que la gastrectomía no ha resuelto definitivamente el difícil problema del tratamiento de la úlcera gastro-duodenal.

Por eso se buscan nuevos derroteros en la vaguectomía, y se vuelve en ocasiones a los antiguos, reviviendo la gastro-enterostomía en determinados casos.

De todas maneras el Dr. Franco apoya su tesis en 16 gastrectomías para perforación de úlcera con sólo 2 defunciones, en tanto que presenta 7 casos de simple sutura con igual número de muertos. Es de advertirse que la sutura la dejó el Dr. Franco como operación de recurso para los casos más graves, en que las circunstancias generales y locales no permitieron o hicieron demasiado grave la gastrectomía, lo que de por sí demuestra la mayor benignidad y el buen éxito de esta operación.

Sin compartir en un todo las opiniones del Dr. Franco, pues consideramos que la sutura simple o con revestimiento epiploico, complementada con la gastro-enterostomía posterior en los casos de marcado estrechamiento de la luz gastro-duodenal, debe ser el tratamiento habitual de la perforación ulcerosa, y que la gastrectomía es la operación de excepción, aplicable sólo a casos de intervención muy precoz en condiciones generales y locales excepcionalmente favorables, acatamos la realidad de una estadística favorable, encontramos el trabajo de interés científico, y proponemos a la H. Academia que acepte al Dr. Gabriel Franco como miembro correspondiente.

Del Sr. Presidente attos, y S. S.,

Alberto Gómez Arango

G. Botero D.

ULCERA GASTRODUODENAL PERFORADA Y SU TRATAMIENTO

DR. GABRIEL FRANCO

En esta comunicación a la Honorable Academia de Medicina presento un estudio de todos los casos de úlcera perforada que me ha tocado intervenir por el servicio de Policlínica desde Julio de 1942 fecha en que fui nombrado Cirujano de Turno, hasta el tiempo presente.

Desde que Cruveilhier descubrió la úlcera gástrica en 1829 hasta nuestros días, se ha discutido su tratamiento tanto médico como quirúrgico.

En la actualidad se advierte en general una mayor tendencia al tratamiento quirúrgico especialmente después de los estudios de estos últimos tiempos por parte del Dr. A. W. Allen y los recientes por los Drs. Conseller, Waugh y Clagett.

En este trabajo se obtuvo el siguiente porcentaje en cuanto a la frecuencia del carcinoma del estómago: 96% en la úlcera de la gran curvatura, 40% en la región prepilórica y un 10% de la pequeña curvatura.

Es digno de anotar que en algunos casos de neo gástrico es imposible el diagnóstico precoz por los medios actuales de exploración: radiográfico, gastroscópico o el ácidograma; solo el corte anatomopatológico nos da la clave del diagnóstico. No sucede lo mismo con relación a una de sus complicaciones de relativa frecuencia, 28,1% según los americanos: la perforación de la úlcera gastroduodenal en que todos los autores están de acuerdo en que su único tratamiento es la intervención quirúrgica; de urgencia; con relación a esto último se plantea el siguiente problema: debe cerrarse simplemente la perforación? o bien: debe hacerse un tratamiento más radical: la gastrectomía? Hay tres tendencias a seguir en el tratamiento de la úlcera perforada gastro-duodenal:

1º—La sutura simple sistemática. 2º—La gastrectomía sistemática y 3º—La gastrectomía en casos seleccionados, precon-

zada últimamente por varios autores: Marcial Baeza, chileno (Junio de 1946) y por Jacques Mialaret y Gilles Edelmann. Enero y Febrero de 1947.

En el primer caso la línea de conducta consiste en hacer una intervención mínima; siguiendo uno de estos dos métodos: 1º sutura de la perforación.

2º—Sutura de la perforación asociada a una gastroenterostomía posterior.

Para hacer la sutura los bordes de la úlcera deben de avivarse sea por el termocauterio: Balfour clásico, o bien a bisturí. Luego se procede a la sutura que puede hacerse por puntos separados; siguiendo el método de Halstel o bien por medio de una jareta doble en tejido sano, recubriendo posteriormente con una porción de epiplón: método de Mondor y Lauret.

En algunos casos de úlcera callosa localizada en el píloro con dificultad para la sutura y con el fin de evitar la estrechez se puede obturar la perforación con una pequeña porción resecada de epiplón. Algunos autores, Deaver entre ellos aconsejan como rutina de procedimiento la sutura seguida de gastroenterostomía. En cambio otros, a la cabeza Moyniham lo practican solo según las exigencias del caso; como en la obstrucción pilórica o en los casos de úlceras múltiples.

La mayoría de los autores norteamericanos se deciden actualmente por la sutura de la perforación.

Respecto a la segunda línea de conducta: la gastrectomía en la úlcera perforada ha sido definida desde el año de 1902 en que Keetly practicó la primera gastrectomía; hasta el presente, se ha enriquecido mucho la literatura médica. Este procedimiento fue defendido por Pierre Duval, en la Sociedad de Cirugía de París en 1922 argumentando que la úlcera dejada en su sitio, continúa evolucionando y puede por lo tanto ser el punto de partida de complicaciones graves. Con él están algunos autores tales, como Hromaon y Neumann de Viena. P. Uhlrich, Zoepffel y Prutt de Hamburgo. Junghans, etc. etc., pero los trabajos de mayor importancia que se han publicado hasta hoy corresponden al ruso Yudin quien obtuvo en un primer estudio el 11,9% de mortalidad; últimamente ha presentado un trabajo más documentado con una mortalidad de un 5,2%. La evolución de la úlcera no se

detiene pues por el solo hecho de la perforación; según Frank Forty de cien casos de úlcera perforada obtuvo una recurrencia de trastornos digestivos en 38 casos, siendo en 14 tan seria como para motivar la reintervención.

Como puede desprenderse de lo anterior al abordar esta cuestión, debemos profundizar más los hechos. A este respecto transcribo los conceptos de Jacques Mialaret. Y. Gilles, Edelmann, aparecidos en el Journal de l'Hotel Dieu, enero y febrero de 1947. Estos autores traen las siguientes estadísticas: en úlceras de las curvaturas del estómago o de la pared anterior, la sutura simple tiene una inmediata mortalidad de un 30% y da un 70% de trastornos digestivos. En un 70% continúa con la sintomatología después de la sutura —en más de un 60% de los casos de úlcera aguda duodenal *no indurada*, la sutura es seguida de curación completa.

La perforación inicial cuando es tratada por sutura tiene una recurrencia de un 8%, pero si la sutura se hace de nuevo como tratamiento de la segunda perforación, entonces la recurrencia es de un 50%.

Antes de presentar las historias voy a hacer un recuento de los síntomas y signos clínicos más frecuentes en mis observaciones; son de la mayor a la menor frecuencia: a) dolor intenso de puñalada que no cede a la medicación sedante; b) contractura abdominal, o mejor dicho abdomen en barra; c) Douglas doloroso; d) importancia de la maniobra de Sanmartino para localizar el dolor; esto último también se denomina maniobra anoparieto-abdominal; e) ligera modificación del pulso; f) ausencia del vómito, y g) irradiación del dolor hacia los hombros.

Los cuatro primeros signos que bien podría llamarse tétrada sintomática mínima, no faltaron en ningún caso de mis observaciones.

a) El dolor intenso y continuo que no cede a la medicación sedante, a la morfina; nos puede servir en determinados casos como tratamiento de prueba para diferenciarlo de otras entidades que pueden simular la úlcera perforada, me refiero al cálculo enclavado en el cístico. Cuando se trata de ésta última complicación, el dolor cede rápidamente al cabo de media o de una hora máximo.

b) Contractura abdominal: este signo de defensa abdominal obtiene en esta complicación su grado máximo.

c) Douglas doloroso: signo precoz como los dos anteriores que traduce la irritación peritoneal producida por el derrame gastrointestinal; no se trata pues de buscar con esto si hay Douglas lleno sino de indagar por la sensibilidad peritoneal que se establece inmediatamente después de la perforación.

d) La maniobra de Sanmartino (1) la cual es de un gran valor no sólo para localizar el dolor abdominal sino que también nos sirve para descartar una falsa contractura provocada por ejemplo por un infarto del miocardio o bien por alguna infección pulmonar.

e) Respecto al pulso no se aprecia en general mayores cambios, esto llama la atención que un paciente en estado de shock no haya aceleración del pulso pues éste se encuentra normal y ligeramente bradicárdico y de consistencia fuerte; sólo unos cuantos casos en mis observaciones presentaron un pulso por encima de 90 pulsaciones, la presión arterial no sufre en general ninguna modificación.

d) El vómito es excepcional en este tipo de complicación; esto se entiende durante las primeras horas de evolución, cuando se presenta es de poca intensidad.

No fue posible investigar el neumoperitoneo en ninguno de los pacientes. Este es un signo que se presenta en un 75 por ciento de los casos y que es de una enorme ayuda en los enfermos de diagnóstico difícil.

En 1942 tuve la satisfacción de iniciar este trabajo con mi primer caso de operación radical de úlcera gástrica perforada. Estimulado por el buen resultado he seguido aplicando el mismo procedimiento en los casos que he considerado favorables, teniendo en cuenta el tiempo de evolución transcurrido entre la perforación y el acto quirúrgico, la edad y el estado general del paciente. Tengo 16 gastrectomías practicadas por mí y un total de 23 casos de úlcera perforada. A continuación presento las observaciones en forma resumida.

Historia N° 1.—Pedro A. R. entró por Policlínica el 2 de Octubre de 1942. 42 años de edad. Antecedentes personales: trastornos digestivos de cinco años a esta parte.

Enfermedad actual: hace hora y media sintió un dolor intenso en el epigástrico, presenta signos claros de úlcera perforada; estado de Shock, cien pulsaciones, 36,5° de temperatura. Se operó a las cuatro horas de perforado, previo tratamiento antishock. Se le hizo transfusión. Anestesia éter. A la intervención se comprobó una úlcera prepilórica; se hizo gastrectomía subtotal, siguiendo el método de Moyniham anticólica. Hizo un postoperatorio normal. Salió curado el trece de octubre.

Historia N° 2.—Pedro V. Entró a policlínica el 16 de Noviembre de 1942, 56 años de edad, 80 pulsaciones fue operado a las tres horas de perforado. Anestesia éter. A la intervención se comprobó una úlcera del duodeno. Se hizo gastrectomía subtotal procedimiento Moyniham precólico. Salió curado el 2 de enero de 1943. Postoperatoria: supuró un poco la herida.

Historia N° 3.—Pedronel G. De Medellín entró el 16 de Noviembre de 1943 23 años de edad. Bien desarrollado. Entró a la Policlínica a las 16 horas de perforado, con 37,5° de temperatura, 80 pulsaciones. Se operó con eter a las dos horas; previa trasfusión y suero, se comprobó una úlcera duodenal; gran cantidad de líquido peritoneal, se encontró pus. Se hizo una gastrectomía subtotal; método de Polya transmesocólico anisoperistáltico, se aplicaron sulfas localmente, no se dejó dren— en la postoperatoria ligeras alzas de temperatura hasta 38 grados. No hizo complicación alguna— se le inyectó Sulfatiazol. Salió por curación el 7 de diciembre del mismo año.

Historia N° 4.—José S. de Medellín. Entró el 14 de Febrero de 1944. 53 años. Presenta sudoración, facies pálida, 75 pulsaciones por minuto. Se operó a las 4 horas de perforado, previo tratamiento antishock. Anestesia éter —se encontró a la intervención una úlcera del duodeno perforada y otra en el estómago en la cara posterior sin perforación— se hizo gastrectomía subtotal. Polya transmesocólico anisoperistáltico —postoperatorio: normal—. Salió curado el 26 de Febrero del mismo año.

Historia N° 5.—Jesús A., de Medellín. 38 años de edad. Entró el 1° de Mayo de 1944. Se operó a las ocho horas y media de perforado presenta un estado general bueno. 80 pulsaciones, 37,7° de temperatura, anestesia eter; a la intervención se comprueba una úlcera del píloro —se hizo gastrectomía subtotal— siguiendo el procedimiento de Polya transmesocólico, anisoperistáltico. No se dejó dren ni se aplicaron sulfas localmente, postoperatoria normal. Salió curado el 18 de Mayo de 1944.

Historia N° 6.—Francisco G. Entró el 24 de Diciembre de 1944. 36 años de edad, 7 horas de evolución. Sintomatología: 90 pulsaciones 37,6° de temperatura, se operó con éter, a la intervención: úlcera prepilórica; se hizo gastrectomía subtotal. Polya transmesocólico anisoperistáltico, no se dejó dren, ni se aplicaron sulfas localmente. Postoperatoria normal, salió curado el 2 de Enero de 1945.

Historia N° 7. Javier L. de M. de Medellín. 26 años de edad. Entró a Policlínica el 25 de Diciembre de 1944 —hace media hora que sintió un dolor intenso— fórmula leucocitaria y recuento globular: normales, 70 pulsaciones por minuto, se operó a las dos horas de perforado, previo tratamiento antishock, anestesia éter, a la intervención se comprobó una úlcera del duodeno, se hizo gastrectomía subtotal. Polya transmesocólico. Salió curado el 6 de Enero de 1945. Postoperatoria normal.

Historia N° 8. Antonio H. de Medellín. 32 años de edad. Entró el 4 de Febrero de 1945. Entra al servicio de Policlínica a la hora de perforado con la siguiente sintomatología: 110 pulsaciones, pulso débil, estado sudoroso pálido. Se le hizo medicación antishock; a las dos horas de evolución: 90 pulsaciones, presión máxima: 11,, mínima: 7, al Vaquez. Se operó a las dos horas y media de perforado; anestesia éter, a la intervención se comprueba una úlcera prepilórica; se hizo gastrectomía subtotal, hizo una postoperatoria un poco accidentada: absceso del Douglas que se le abrió por el recto y un absceso de la pared abdominal. Salió curado el 26 de Marzo.

Historia N° 9. Efraim J. Viene del Manicomio. 48 años de edad. Entró el 24 de marzo de 1945, a las 7 horas de perforado. Síntomas: 37,9° de temperatura, 90 pulsaciones, buen estado general —se operó a las 9 horas de evolución—; anestesia éter, se comprobó una úlcera del estómago, se hizo gastrectomía subtotal —Polya transmesocólico— no se dejó dren, ni se aplicaron sulfas localmente. Postoperatoria: ligeras alzas de temperatura hasta 38 grados de temperatura; ninguna otra complicación. Salió curado el 28 de Abril.

Historia N° 10.—Guillermo M. de Itagüí. 41 años de edad. Entró el 14 de Octubre de 1945. No presenta antecedentes de úlcera. Entró al servicio de Policlínica a las 5 horas de perforado, con la siguiente sintomatología: 80 pulsaciones, 37,3° de temperatura, buen estado general. Se operó a las dos horas, previa

trasfusión de sangre. Anestesia local con novocaína. A la intervención se comprobó una úlcera prepilórica, gastrectomía subtotal: no se dejó dren, postoperatoria: al tercer día tuvo una alza de temperatura de 38° y medio, con dolor generalizado al abdomen para normalizarse al sexto día, supuró un poco la herida. Salió curado el 2 de Noviembre.

Historia N° 11. Libardo R. de Medellín, 24 años de edad. Entró el 7 de Noviembre de 1945 en estado de shock: pulso fuerte: 80 pulsaciones. Como medicación preoperatoria suero salino. Fue operado a las dos horas de perforado, con éter, se comprobó una úlcera prepilórica, se hizo gastrectomía subtotal. Polya transmesocólico anisoperistáltico. Post-operatoria normal. Salió curado el 21 de Noviembre del mismo año.

Historia N° 12.—Luis Z., de Medellín. Entró el 14 de Diciembre de 1946. 48 años de edad. Entra al servicio de Policlínica con gran ansiedad, pálido, 38 grados con ocho de temperatura; 94 pulsaciones, lengua húmeda y limpia, Blumberg positivo; se hace transfusión antes de la intervención, se opera a las ocho horas y media de perforado, con anestesia local, y éter, se comprobó una úlcera duodenal. Se hizo gastrectomía subtotal. Polya transmesocólico. Postoperatoria: al tercer día presentó una psicosis, se infectó y se abrió la herida abdominal; hizo una peritonitis generalizada. Murió el 29 de Diciembre del mismo año.

Historia N° 13.—Conrado P., de Medellín. Entró el 16 de Diciembre de 1945; 23 años de edad, se operó a las dos horas y media de perforado, anestesia éter, a la intervención se comprobó una úlcera duodenal, se hizo gastrectomía subtotal, método de Moynihan, salió curado el 28 de Diciembre del mismo año. Este enfermo no presentó signos de shock.

Historia N° 14.—Jesús V., de Medellín; 35 años de edad; entró el 29 de Marzo de 1946. Se operó a las 3 horas de perforado; anestesia éter, úlcera del duodeno, se hizo gastrectomía subtotal —Polya— transmesocólica anisoperistáltica. Este enfermo entró al servicio con 120 pulsaciones, pálido, sudoroso, se le ordenó transfusión, suero y medicación anti-shock; el postoperatorio fue normal hasta el 18 de Abril en que presentó una hematemesis que se repitió varias veces el 19 y 20; día en que murió. Este enfermo se negó a una segunda intervención, pues con los signos anotados había la certeza de que estaba dando un vaso grande, se hicieron varias transfusiones de sangre y medicación coagulante.

Historia N° 15.—Angel de J. P., de Envigado. Entró el 11 de Agosto de 1946. 24 años de edad, 85 pulsaciones. Se operó a las dos horas de perforado con éter; se comprobó a la operación una úlcera del duodeno; se hizo gastrectomía subtotal. Polya transmesocólica anisoperistáltica. Salió curado el 26 del mismo mes.

Historia N° 16. Julio H. de Santa Rosa (Caldas). Entró el 10 de Octubre de 1946. 23 años de edad; fue operado a las tres horas y media de perforado. Anestesia pentotal sódico; a la intervención se comprobó una úlcera del píloro; se hizo gastrectomía subtotal. Polya transmesocólica anisoperistáltica; postoperatoria hizo una atelectasia pulmonar salió curado el 23 de Octubre.

A continuación presento las observaciones en las cuales se hizo simple sutura de la perforación.

Historia N° 1.—Juan B. R., de Medellín. Entró el 14 de Septiembre de 1942; 34 años de edad, fue operado a las ocho horas de perforado, con la siguiente sintomatología: 120 pulsaciones, pulso débil, pálido, sudoroso 38 grados de temperatura, Blumberg positivo, meteorismo. Anestesia: éter; se comprobó una úlcera del estómago; se hizo sutura de doble jareta, no se dejó dren ni se aplicaron localmente sulfas; se le inyectó 1 gr. de sulfatiazol cada cuatro horas; salió curado el 29 de Septiembre.

Historia N° 2. Leonidas S. 42 años de edad, entró el 23 de Octubre de 1942, entra al servicio con una úlcera perforada de hace dos días; con la siguiente sintomatología: 130 pulsaciones, pulso débil, 38 grados y medio de temperatura, lengua roja y seca, polipnea; se operó con anestesia local; se comprobó una úlcera del duodeno; se aplicó un dren en el Douglas y otro al nivel de la perforación; se le hizo transfusión de sangre durante la intervención; aplicación de suero etc. Murió al día siguiente.

Historia N° 3.—Darío A., de Caldas (Antioquia), 18 años de edad; entró el 10 de Abril de 1945, a las 9 horas y media de perforado; con 110 pulsaciones, pálido, sudoroso, Blumberg positivo; anestesia éter, se comprobó una úlcera duodenal; se dejó dren en el Douglas y en la úlcera perforada. Al segundo día de operado presentó signos de peritonitis generalizada; se le abrió un absceso del Douglas. Murió el 14 del mismo mes.

Historia N° 4.—Alberto J., de Abejorral. Entró el 31 de Mayo de 1946. 28 años de edad; entró al servicio de policlínica a

las 9 horas de perforado; 38 grados de temperatura, 110 pulsaciones, Blumberg positivo; se operó con éter, a la intervención se comprobó una úlcera de la cara anterior del estómago; salió curado el 23 de Junio. En el postoperatorio alzas de temperatura durante 12 días.

Historia N° 5.—José A. S., de Andes; 32 años de edad. Entró el 30 de Marzo de 1946; entra a la policlínica a las 20 horas de perforado; se operó con éter; a la operación se comprobó una úlcera de la pequeña curvadura; al examen clínico: 120 pulsaciones, 38 grados de temperatura, disnea, se dejó dren, salió curado el 5 de Mayo del mismo año. Postoperatorio: la herida se abrió, hizo alzas de temperatura hasta de 39 grados, meteorismo intenso, vómito.

Historia N° 6.—Luis E. P., de Sopetrán. 37 años de edad, entró al servicio de Policlínica el 23 de Octubre de 1946. Presenta 70 pulsaciones por minuto. No hay signos de shock se operó a las 2 horas de perforado. Anestesia pentotal sódico. A la intervención se comprobó una úlcera del píloro. Este paciente presentaba un estado general bueno; se intentó hacer gastrectomía pero hubo que desistir de ello porque toleró mal la anestesia. Salió curado el 4 de Noviembre del mismo año. Se le hizo transfusión de sangre durante la intervención y se le aplicó suero.

Historia N° 7.—Abel M., de Medellín. 23 años de edad. Entró el 26 de Noviembre de 1946. Profesión: chofer; antecedentes personales. Trastornos de orden digestivo hace tres años.

Este paciente entra al servicio de Policlínica con facies pálida, sudoroso, pulso incontable, en resumen: un estado de shock intenso que contrasta con un buen desarrollo físico. Se le ordena medicación antishock y a la hora y media su estado general ha mejorado poco; 110 pulsaciones, 37°7 de temperatura, presión máxima 10 y mínima 6, palidez marcada. Al auscultar el aparato pulmonar se aprecian algunos estertores roncantes. La operación se efectuó a las tres horas de perforado: en vista del estado que presenta el paciente se le hizo sutura de la perforación: Anestesia éter que se dificultó por varias crisis de apnea que presentó durante la operación. Postoperatoria: al segundo día subió la temperatura a 39 ha tenido abundante expectoración sanguinopurulenta; hepatización del pulmón derecho; examen de esputos positivo para neumococo, se le hizo medicación con

sulfas: un gramo cada cuatro horas. Este proceso infeccioso cedió al séptimo día. Salió curado el 6 de Enero de 1947.

CONSIDERACIONES

Del análisis de cada una de estas observaciones se deduce lo siguiente:

1º—En los 16 pacientes gastrectomizados hubo que lamentar dos muertes lo cual da una mortalidad de 12,3% pero si analizamos las dos defunciones tenemos:

Observación N° 12 entra al servicio con signos clínicos de peritonitis, su edad es avanzada y el estado general malo, se opera pues en malas condiciones. Murió por peritonitis generalizada.

Observación N° 14. Este enfermo hizo una complicación tardía; una hematemesis a repetición a los 20 días de operado. A este enfermo se le insinuó que se sometiera a una segunda intervención pero fue inútil, rehusando así una nueva oportunidad para salir de su complicación, murió al tercer día de habersele iniciado la hemorragia.

2º—De las 14 historias restantes tenemos en el caso N° 3 una observación muy interesante: este enfermo fue gastrectomizado a las 18 horas de evolución; se encontró pus en la cavidad peritoneal, hizo una postoperatoria feliz. Si analizamos el caso tenemos: 80 pulsaciones por minuto, 37°,5 de temperatura, 23 años de edad y buen estado general. En la historia N° 8 observamos una postoperatoria que se complica con un absceso del Douglas y de la pared abdominal.

Este enfermo fue operado a las dos horas y media de perforado. Es un paciente mal nutrido y anémico a quien se le hizo transfusión de sangre durante la operación; el absceso no se explica por el hecho de haber quedado sustancias alimenticias dentro de la cavidad peritoneal pues se hizo una buena limpieza.

Los demás enfermos se operaron en mejores condiciones con relación a su estado general y no hubo que lamentar ninguna complicación postoperatoria.

3º.—De los 7 casos en los cuales se hizo sutura de la perforación hubo dos muertes que correspondieron a los enfermos de

las historias N^o 2 y 3 en el primero nos encontramos con un caso en condiciones de suma gravedad que a pesar de la medicación tónica, suero, transfusión de sangre y plasma y de la anestesia local no fue posible mejorarlo.

Este enfermo entró al servicio de Policlínica a las 27 horas de perforado. En el caso de la historia N^o 3, tenemos una perforación de 9 horas y media de evolución. Este paciente entra al servicio de Policlínica a las 8 horas de iniciación con una sintomatología que hace sospechar una perforación apendicular y con este diagnóstico se operó. Fue una operación que se dificultó por tal motivo, pues el apéndice fue difícil de explorar lo cual alargó considerablemente la intervención.

En los cinco casos restantes encontramos dos pacientes que presentan especial interés: La historia N^o 6, enfermo de un estado general magnífico, joven, dos horas de evolución, que reúne en una palabra todas las condiciones para el buen éxito de una gastrectomía sin embargo hubo que cambiar de línea de conducta en el acto quirúrgico mismo por la mala elección del anestésico pues tuvo varias crisis de apnea.

Respecto a la observación N^o 7, es diferente al caso anterior, este enfermo entró en un estado de Shock intenso que a pesar de la medicación a penas si salió en parte, motivo por el cual nos pareció atrevido someterlo a una operación radical, a pesar de haberse presentado al servicio a la hora y media de perforado. La prueba la encontramos certificada en la postoperatoria este enfermo hizo una neumonía.

EN RESUMEN estos siete casos, en los cuales se hizo la sutura no los publicamos con el fin de hacer deducciones sobre la mayor o menor mortalidad al seguir como línea de conducta el procedimiento mínimo. Pues para sacar conclusiones definitivas habría que someter igual grupo de enfermos en igual de circunstancias. Solo nos mueve el interés de señalar algunos casos que se presentan con una corta evolución entre el momento de la perforación y el tiempo de intervención pero que a pesar de esto no se hizo gastrectomía; ya por tener un Shock intenso que cede poco al tratamiento o bien por intolerancia a la anestesia en el acto quirúrgico mismo.

4^o.—Todos pertenecen al sexo masculino.

5^o.—Diez casos se presentaron de úlcera duodenal; 5 de úlcera prepilórica; 4 de úlcera del píloro y cuatro de úlcera del estómago.

6º.—Se usó como anestesia éter en la mayoría de los casos.

7º.—Sólo se aplicaron localmente sulfas en un solo caso.

8º.—En los casos en los cuales se hizo gastrectomía no se dejó dren; sólo se hizo el drenaje en los pacientes en los cuales se suturó la úlcera con más de ocho horas de evolución.

9º.—De los 23 pacientes: 15 presentaron ligeras modificaciones con relación al pulso y una presión arterial de II de mx. por 7 de mn. (presión promedio) al manómetro de mercurio. De los 8 pacientes restantes; presentaron pulso acelerado (100 pulsaciones o más) y una presión mx. de 9 mínima de 5 para 4 pacientes, en dos enfermos no marcó presión el manómetro.

Comentario: estos pacientes presentan en general un ligero Shock (shock de tipo neurogenético) durante las primeras horas con ligeras modificaciones del pulso y la presión arterial.

Las razones que antes se daban, para no hacer una gastrectomía se reducen a dos:

a) estado de shock del paciente.

b) falta de preparación. Respecto a lo primero se dispone de medios tan efectivos como el plasma, el suero salino, la oxigenoterapia y la medicación cortirrenal.

Con relación a la preparación puede emplearse la transfusión de sangre y el plasma.

CONCLUSIONES:

Debe hacerse gastrectomía en la úlcera perforada siempre y cuando el paciente reúna las siguientes condiciones:

1º durante las primeras seis horas de evolución;

2º con estado general bueno;

3º por debajo de 40 años de edad;

4º previa medicación: transfusión de sangre, de plasma suero etc.

5º de lo expuesto antes, se deduce que la gastrectomía en pacientes que reúnan estas condiciones; es una operación benigna.

na, en cambio preconizada sistemáticamente sin discriminación, puede dar un margen de mortalidad muy alto; en consecuencia: hoy por hoy la gastrectomía en pacientes seleccionados es la línea de conducta que más satisface.

Gabriel Franco C.

— o —

BIBLIOGRAFIA

Práctica de Medicina Tice 1945.—Surgery Junio de 1945.—Revista de la Clínica Mayo, Enero de 1946.—Archivos de la Sociedad de Cirujanos del Hospital Santiago de Chile, Junio de 1946.—Comunicación del Dr. Marcial Baeza-América. Clínica, Febrero de 1946.—Bulletin of the New York Academy of Medicine, Mayo de 1946.—H. Mondor A. Pavlovsky "La Prensa Médica Argentina 27 de Septiembre de 1946, Comunicación de Frank Forty.

Lewis' Practice of Surgery.

• • •

SINTOMATOLOGIA TERAPEUTICA Y NO PATOLOGICA PROPIAMENTE DICHA

DR. JOSE MIGUEL RESTREPO

Es común observar en el curso de muchas enfermedades que el tratamiento instituido hace aparecer síntomas y aun signos que antes no habían llamado la atención, que unas veces se califican como complicaciones, otras oscurecen y embrollan el diagnóstico y frecuentemente obligan al práctico a prescribir nuevos fármacos con el fin de corregir las alteraciones somáticas o los disturbios funcionales aparecidos a última hora. Tales ocurrencias pueden tener lugar en todos los aparatos y sistemas y tienen como causa íntima la mera acción fisiológica o la expresión de intolerancia que distingue a ciertos medicamentos, circunstancias que se olvidan comúnmente o a las cuales no se les atribuye ninguna importancia.

— o —

Analicemos algunos casos: *la aspirina o sea el ácido acetil-salicílico* produce sudores copiosos en algunos sujetos, casi siempre, trasudación continua sobre todo en los febricitantes, lagrimeo, a veces edema de los párpados que inducen a pensar en afecciones renales; al contacto de la mucosa gástrica despierta, en individuos susceptibles, un dolor que simula gastralgias de otro origen, generalizado en ocasiones a todo el abdomen dando entonces la impresión de *adolorimiento* interior. Como es medicación popular ya que todos los analgésicos de venta libre la contienen, la sintomatología apuntada es comunísima bastando la supresión radical para que se restablezca la normalidad. Si en la memoria del médico estuvieran siempre presentes estas expresiones de intolerancia, los *sudores fríos*, la sensación de *fatiga epigástrica* y hasta el dolor generalizado a todo el abdomen tendrían una explicación inmediata y se evitarían otras terapias innecesarias que las más de las veces no hacen beneficio.

La exalgina o metilacetanilida determina aun a pequeñas dosis un estado vertiginoso que incapacita para las comunes actividades, una cianosis que hace pensar en alteraciones circulatorias, disnea, vómitos, convulsiones y hasta síncope; es muy posible que los cuadros de intoxicación de que le hablan al médico consecutivos a la ingestión de píldoras, pastillas o cápsulas de las innumerables que venden en tiendas y abacerías correspondan en realidad al cuadro de intolerancia de estas drogas.

————— o —————

Cosa parecida acontece con la prescripción de la *antifebrina* o *acetanilida* que frecuentemente da cuadros de cianosis que preocupan al médico; es veneno metemoglobizante, es decir que destruye la hemoglobina.

————— o —————

La antipirina ofrece entre sus expresiones de intolerancia ardores gástricos, esofágicos, náuseas y vómitos; en algunas personas, hinchazón edematosa de los labios y de la cara, comezón, urticaria y eritema del tipo escarlatiniforme en el lado de extensión de los miembros; puede desencadenar crisis de hemoglobinuria paroxística que revisten gravedad. Asimismo produce trastornos digestivos, albuminuria, vértigo, sudores profusos, cianosis, tendencia al síncope.

————— o —————

Su derivado el *piramidón* puede acarrear las mismas perturbaciones, sobre todo cuando no es de una pureza recomendable. Es droga que figura como factor etiológico en la aparición de la agranulocitosis por su influencia nefasta sobre el sistema retículo-endotelial. Si se medita en el consumo tan extendido de analgésicos que cuentan esta sustancia entre sus componentes, no debe sorprender la aparición de cuadros morbosos difíciles de diagnosticar en sujetos que los consumen sin tener en cuenta su tolerancia y la acción que pueda ejercer sobre su organismo: veramón, cibalgina, neuroseda, conmel, saridón, opitalidón, ganol, pirimón y tanto similar deben responder en sujetos con idiosincrasia o con meiopragias funcionales de la sintomatología aludida. La historia siguiente confirmará las críticas anteriores: Señora de 38 años de edad, obesa pero de rela-

tiva buena salud, con motivo de una cefalalgia tenaz en el curso de un catarro febril, ingiere el primer día una oblea de neu-roseda y dos de veramón que le proporcionan el alivio buscado aunque con la sorpresa desde la misma tarde de una orina oscura, color de infusión de café, que la obligaron a solicitar médico quien en vista del color de la orina que se le mostraba la envió al laboratorio en donde se confirmó la presencia de gran cantidad de hemoglobina; en persecución de una causa determinante se examina la sangre en busca de plasmodio por la circunstancia de que la paciente había estado en meses anteriores aunque remotos en Puertoberrío; el resultado fue negativo; como continuara la hemoglobina y reaparecía la cefalalgia no se suspendió la medicación hasta que al cabo de tres días la aparición de una urticaria gigante obligó a cambiar de fármacos y todo empezó a normalizarse; una semana más tarde la señora para calmar un dolor de origen dentario ingirió uno de los sellos que había tomado desde el principio y eso fue suficiente para desencadenar la sintomatología que motivó tan intensa medicación. De modo que el síndrome hemoglobínúrico corresponde muchas veces a terapias al parecer inofensivas pero, si se quiere, familiares para el médico y para la clientela.

— o —

La medicación cálcica tan en boga hoy día, tan importante en múltiples procesos patológicos produce a veces excitaciones nerviosas y fenómenos psíquicos que hacen presumir la próxima aparición de enfermedades del neuro-eje o de neurosis de angustia que ensombrecen el pronóstico y extravían el criterio del profesional. Es de observación común y de la práctica diaria que en la evolución de toda enfermedad bien sea de marcha aguda o crónica aparecen perturbaciones funcionales de índole nerviosa que despectivamente se califican como *nerviosidad*, que torturan al paciente y preocupan a los familiares, perturbaciones cuya causa pasa generalmente inadvertida pero que muy posiblemente dependen de la medicación instituída. Hay que tener presente que los disturbios patológicos que actualmente son tratados con medicación cálcica son numerosos porque casi siempre en ausencia de un diagnóstico de certeza se apela al gluconato o al cloruro de calcio; es cierto que las acciones fisiológicas de estos cuerpos son múltiples y variadas y naturalmente también así deben ser las indicaciones; pero se abusa de su prescripción a tal punto que la *descalcificación* como entidad mor-

bosa es diagnóstico socorrido, sobre todo por los odontólogos que le atribuyen la mayoría de las enfermedades del paradentio; hasta ahora son muy pocos los signos y síntomas que se descubren clínicamente y aun las investigaciones del laboratorio son poco elocuentes, todo ello porque el metabolismo del calcio es más complicado de lo que se imaginan los que a todo enfermo flaco o desnutrido lo reputan como en quiebra cálcica.

————— o —————

La bismuterapia como arma soberana que se esgrime contra la sífilis acarrea a la larga perturbaciones de orden mental: depresiones de espíritu, tristezas inmotivadas, astenias que no se explican. Los obreros que tienen que cumplir sus faenas estando sometidos a terapias semejantes notan que su rendimiento industrial se disminuye, que sus fuerzas y su entusiasmo desaparecen; basta una suspensión de unas semanas y el organismo recuperacupera su normalidad. Tal vez esto explica en parte la pereza y el temor que experimentan muchos sujetos para continuar las series de inyecciones que se les ordena. En ocasiones la sintomatología observada inclina el espíritu del médico hacia la sospecha de manifestaciones nerviosas dependientes de su misma especificidad; el cambio por otras medicaciones o la supresión total hace desaparecer definitivamente tales manifestaciones.

————— o —————

Sustancia aparentemente anodina como el *bromuro de alcanfor* es susceptible de despertar crisis epileptiformes que simulan el gran mal. Por eso debe usarse con precaución en los pocos casos que aún se prescribe como son las erecciones dolorosas en los blenorragicos, en las de los continentes, en los cólicos espermáticos, las poluciones nocturnas, en los genitalizados de la imaginación para evitar masturbación; en todos estos casos es indispensable empezar con dosis pequeñas de cinco a diez centigramos.

————— o —————

La atebrina, prequina o metoquina valioso medicamento en el tratamiento antipalúdico ya que obra soberanamente sobre los esquizontes y debe ser el elegido en las formas perniciosas, aunque raras veces, produce en sujetos predispuestos o que ya

han tenido perturbaciones nerviosas, manifestaciones psicósicas que duran de horas a semanas. Es aseveración del profesor E. BRUMPT quien dice que a veces desde el quinto día de tratamiento se han desencadenado. Entre nosotros hay una inmensa mayoría de médicos que niegan esta ocurrencia y aducen como explicación que son expresiones del paludismo mismo y no de la medicación; en contra de esta opinión están: el hecho de que las mismas manifestaciones han ocurrido en sujetos tratados con dicha droga para parasitismo intestinal por lamblías, balantidios y anguílulas; una estadística muy bien observada en nuestro manicomio departamental y la evolución hacia la mejoría o la curación con la mera suspensión del medicamento. No es que a todo individuo que ingiera esta droga le aparezcan tales perturbaciones, ya que son millones los palúdicos tratados de esta manera; aunque la explicación sea difícil, el hecho no puede negarse y hay que tenerlo en cuenta por el médico general que al fin y al cabo es quien aprecia de cerca los resultados de las campañas sanitarias, cuyos favores y beneficios hay que propagarlos pero diciendo siempre los incidentes fastidiosos y los percances desagradables para los médicos sanitarios. Un paludismo agudo de forma benigna tratado con esta droga en el que aparezcan manifestaciones de índole nerviosa, con manía, delirios de persecución o de grandeza y otras expresiones de desequilibrio mental debe despertar la sospecha de que pueden ser consecuencias. En mi práctica tengo cinco casos que no dejaron duda la más mínima de que fue la droga la responsable de las psicosis; una fue pasajera y de gravedad que requirió vigilancia por 24 horas; dos duraron 12 días y exigieron aislamiento; y otras dos tuvieron que ir al manicomio en donde permanecieron por espacio de ocho y diez semanas respectivamente. Fuera de esto se observan preocupaciones, temores infundados, alteraciones de la cenestesia que se corrigen con la supresión del fármaco. Los escépticos y los negadores sistemáticos de las intolerancias terapéuticas deben estudiar los casos patológicos con espíritu desprevenido como debe serlo todo científico y juzgar luego a posteriori; a todo síntoma o signo debe buscársele su verdadera origen y no calificar como simulación lo que es la traducción de un desequilibrio tan oculto, tan oscuro que escapa a la perspicacia clínica.

— o —

Los purgantes en los estreñidos, después de efecto exonerativo abundante, paralizan el intestino, cuyo peristaltismo no vuel-

ve a presentarse sino después de varios días de reposo o quietud —constipación fisiológica— circunstancia que confunde al paciente quien necesariamente apela al uso de laxantes todos los cuales cumplen su misión temporal aunque quitándole a la fibra y mucosa intestinal mucho de su papel fisiológico; la constipación o estreñimiento habitual queda constituida; ya la exoneración espontánea será imposible y el acto de la defecación será el resultado de purgantes, lavativas, laxantes o supositorios con todo el convoy de síntomas imaginarios y hasta reales que en veces suele acarrear.

La medicación purgante tuvo un tiempo tanto auge que todo tratamiento de enfermedad, aguda o crónica, era precedido de la ingestión de purgas diversas, las cuales se consideraban indispensables para la mejor evolución del proceso morbozo; quién sabe cuántas de ellas serían las responsables de tantas muertes aparentemente inexplicables: los casos de abdomen agudo por apendicitis, las oclusiones intestinales, las fiebres tifoideas debieron de pagar un pesado tributo a esta actuación terapéutica que todavía hoy conserva un sinnúmero de indicaciones pero bien meditadas y con madura reflexión. Tampoco debe olvidarse que las purgas en los constipados habituales, cuando se usan grandes dosis o sustancias de las denominadas drásticas dejan a la mucosa intestinal un estado de irritación o *despulimiento* en su epitelio que éste es incapaz de detener el paso de algunos gérmenes: así se originan enfermedades producidas por el colibacilo y aun a veces por las eberthellas; síndromes tifoideos de larga duración que tuvieron como iniciación una fuerte purga que debilitó el epitelio y favoreció la penetración del agente patógeno.

— o —

Las medicaciones hipnóticas, especialmente con los barbitúricos, debe ser vigilada atentamente ya que produce efectos que inducen a pensar en complicaciones o interurrencias cuando se prescriben en el curso de enfermedades agudas para dominar el insomnio o para combatir la agitación y la inquietud; es ocurrencia frecuente en los ancianos a quienes se les recetan pequeñas cantidades de luminal o de preparaciones comerciales que lo contengan observar que a los dos o tres días —cuando ya se han acumulado las dosis, se suman en un sopor que se considera a primera vista como expresión de uremia; sin embargo el laborato-

rio no da ninguna confirmación de aquel trastorno. Muchos estados de somnolencia, estados comatosos que se inician, son el resultado de medicaciones prescritas con el fin de corregir algunos síntomas. La terapéutica en los ancianos da sorpresas que nunca aparecen en los adultos; de aquí tantos errores que alarman a los familiares y que desconciertan a los médicos.

o

Las medicaciones con sustancias derivadas de *la acridina* como *la gonacrina*, *la tripaflavina*, han sido acusadas de aumentar la azohemia y por lo tanto es imperativo para el profesional examinar detenidamente los cuadros estuporosos que aparecen en el curso de enfermedades tratadas con tales sustancias como fiebres entéricas, infecciones del aparato renal y hacer el examen de la sangre en busca de urea. Es verosímil que cuando ellas son la base del tratamiento en aquéllas fiebres la aparición o la acentuación del estupor se considere como suceso natural ya que tal signo es uno en los que se asienta el diagnóstico de fiebres tifo o paratifoidea, y la alteración del metabolismo no pasa siquiera por la imaginación del médico.

o

La emetina, sustancia usada a porrillo en las amibiasis en cuyas formas agudas tiene una acción específica como también en las reagudizadas, no es tolerada por algunos sujetos que presentan un estado nauseoso, persistente a veces, hipotensión arterial, paresia flaccida de los músculos sobre todo de los cervicales, fenómenos de polineuritis; la suspensión de la medicación con ayuda de tónicos cardíacos, diuréticos lleva paulatinamente hacia la normalidad. Por esto es de rigor tener en cuenta el total de sustancia inyectada y usar siempre productos de pureza absoluta.

o

Los derivados de *la hipófisis* aplicados por vía parenteral producen a veces fenómenos de colapso: vaso-constricción, palidez, palpitaciones, taquicardia, sudores que deshidratan y ponen la vida en peligro; díganlo si no los cirujanos que usan el pitresin en los primeros días de postoperatoria abdominal; los médicos generales que usan evatmina, asmolisina, asmalicida en el tratamiento del acceso de asma; los parteros que abusan de la

pituitaria o del pitocin poniendo cantidades mayores de las requeridas; en este caso siempre se le achacan a la hemorragia interna los fenómenos anotados aunque la enferma no haya perdido sino la cantidad común y corriente en partos normales.

Las inyecciones de *cloruro de adrenalina*, ya en solución acuosa o ya en suspensión oleosa que ordinariamente se aplican a los asmáticos producen en muchos sujetos susceptibles, palpitaciones, temblores o convulsiones en los miembros inferiores y superiores semejantes a los que inician algunos ictus epileptiformes y cuya duración alcanza hasta 15 minutos. Es esta la razón para que no se haga esta medicación a los hipertensos, los hipertiroideos, los arterioesclerosos. La misma consideración hay que hacer para la efedrina, que es pudiéramos decir, la adrenalina vegetal. Recuérdese que como sinérgico se asocia a la hipófisis y que sus antagónicos son la cafeína y sobre todo la atropina. En otros produce un estado vertiginoso, vértigo, adrenalínico, con palidez tan intensa, por la excesiva vaso-constricción, que hace pensar y temer un desenlace funesto.

El sulfato de cobre químicamente puro, es decir la caparrosa azul, usado en inyecciones endovenosas en solución al medio y al uno por ciento, en dosis pequeñas es medicación útil en casos de dermo-epidermitis producidas por estafilos y estreptococos; pero si la dosis es grande o mayor la concentración suele provocar trastornos: dolor a lo largo de la vena inyectada, trombosis considerable, edema local que incapacita para el trabajo y reclama quietud y vigilancia. Por tanto es preferible formular el sulfato de cobre amoniacal al título de uno al cuatro por ciento con el cual aquella ocurrencia es excepcional.

La crisarrobina y el ácido crisofánico, medicaciones inevitables en el tratamiento local de la psoriasis, por su acción irritante suele acarrear en pieles demasiado sensibles extensos eritemas que modifican completamente el campo primitivo dando lugar a apreciaciones erróneas por la variedad de elementos que hacen aparición en que se ven máculas, pápulas, vesículas, ampollas y hasta pústulas. Los estudiantes que tienen pequeñas ci-

rugías y que se avisan como especialistas en enfermedades de la piel y venéreas, deben estudiar cada caso y aprender que el tegumento cutáneo protesta cuando se le trata con rigor y que pregona a todos los vientos el fracaso de la medicación.

— o —

Las sustancias usadas con el *fin de provocar un gran choque* o la verdadera crisis vásculo-sanguínea en enfermedades infecciosas, alérgicas u otras deja en algunos sujetos un estado tal de hipotensión que cuesta trabajo volverlos a la normalidad; la adinamia, la sudoración, los signos que reflejan el colapso cardio-vascular persisten a veces tan intensos que reclaman actuaciones terapéuticas activas e inmediatas. Cada ocasión que se instituyan el médico debe estar alerta para tratar de corregirlos y optar por emplear al principio dosis pequeñas que sirvan para tantear la susceptibilidad de cada paciente. *La transfusión, el plasma, los mismos sueros químicos* dan reacciones de choque que alarman y asustan a quien no los ha visto. Por cautela: una inyección tonicardiaca quince minutos antes y unos pocos después de aplicar la sustancia escogida. Así se evitan las grandes reacciones.

— o —

Muchos procesos infecciosos ya apagados y por consiguiente clínicamente curados suelen reactivarse con medicaciones comunes prescritas en el curso de otras entidades patológicas; así la *amibiasis intestinal* curada o desaparecida desde tiempo atrás se reactiva o agudiza con sustancias que irriten o inflamen la mucosa enteral como son los purgantes fuertes sobre todo los anexosmóticos como los sulfatos de soda y de magnesia, las sales biliares, el cianuro y otras sales mercuriales; también sustancias agresivas para dichas mucosas como la creosota y sus derivados, el guayacol, que contienen algunas preparaciones béquicas y expectorantes; de manera que las autorecetas de laxantes y mejoradores de la digestión a que apelan las gentes, muchas de las usadas en el curso de enfermedades del aparato respiratorio dejan como secuelas la reactivación del proceso amibiano. Los sifilíticos tratados con cianuro de mercurio están sometidos a la reaparición de los trastornos intestinales; los que acuden al oculista y son tratados con esta sustancia son sorprendidos con el trastorno intestinal que exige de nuevo su terapia adecuada.

Todas las sustancias que provocan *espleno-contracción* pueden desencadenar accesos agudos en los palúdicos antiguos; así obran la hipófisis, la adrenalina y la estricnina; es lo que explica la reactividad en los primeros días del parto, en el curso del mal asmático y en las terapias para polineuritis cuando se usan *pituitrina, adrenalina y estricnina respectivamente*. También lo reactivan las sustancias que desencadenan crisis vásculo-sanguíneas como las medicaciones de choque, sobre todo la proteinoterapia y la transfusión por el desequilibrio circulatorio que originan. El cloruro de calcio, los derivados de la acridina y el cianuro de mercurio cuyo mecanismo no ha sido satisfactoriamente explicado. Todas las ocurrencias que modifican la hematosi como son el ejercicio muscular, las marchas forzadas, la insolación; esto es lo que sucede con los deportistas, los soldados y los excursionistas que permanecen largos ratos en resisteros de sol.

— o —

La proteino y vacunoterapia pueden reactivar procesos inflamatorios apagados; es la explicación de hechos como la reaparición de fenómenos anxiales a consecuencia de vacunas o de inyecciones de leche prescritas con el fin de acentuar la curación o para otros menesteres; por esto las vacunas para algunos prestan magníficos servicios y para otros no sirven. Todo depende de la fase en que se encuentre el organismo y de las dosis empleadas.

— o —

La *sífilis* con serología negativa suele reactivarse con los mismos *arsenicales, con las vacunas, con las proteínas*, con medicación alternada de vasodilatación y de vaso-constricción, por ejemplo: inyecciones de *lacarnol* seguidas de inyecciones de *efedrina*.

— o —

La medicación por *hormonas y productos opoterápicos* es acción profesional que debe siempre hacerse con prudencia y cautela: la *tiroidiana* puede determinar taquicardia, arritmias, síncope, trastornos nerviosos variables, agitación, insomnio, temblor, diarreas, albuminaria, glucosuria en algunas ocasiones.

— o —

La opo y hormonoterapia ovariana, de las que desgraciadamente no se hace un empleo racional porque se abusa de ellas y no se tiene en cuenta sus acciones que en veces estimulan hasta

agotar la capacidad reaccional de la célula han sido sindicadas de trastornar la sinergia de las endosecreciones y acarrear de esta manera cuadros de disendocrinia; síndromes de insuficiencia suprarrenal, síndromes hemorrágicos, manifestaciones de leiastenia etc. son desencadenados después de medicaciones destinadas a corregir una amenorrea funcional como las de pensionado. Los ginecólogos debieran pensar muchísimo estas terapias que repercuten en todo el organismo, a veces con tanta resonancia que despierta sintomatologías apagadas o hace ostensibles pequeños disturbios que habían pasado inadvertidos. Estas medicaciones unas veces estimulan la secreción del órgano, otras suplen y reemplazan, pero son efímeras.

En terapéutica, como en todas las actividades de la medicina, hay modas: modas de tratamiento y modas de diagnóstico cuando no se examina o se tiene temperamento no de médico si no de especialista que unilateraliza su criterio y encauza su pensamiento hacia las entidades de su predilección. *Los derivados azoicos* tienen una acción eficaz, específica a veces, que nadie se atrevería a negar ni siquiera a poner en duda contra los piógenos como son los cocos diversos, algunos bacilos como el coli y los que constituyen el grupo de las shiguelas; por consiguiente su empleo en las enfermedades que tales gérmenes producen está justificado siendo obligatorio para el profesional no prescindir de ellos en sus diversas y múltiples indicaciones; pero de ahí a pretender tratar con tales derivados enfermedades como el paludismo, las fiebres entéricas y la gripa infecciosa hay un error grandísimo que puede traducirse en avance de la enfermedad, en mayor virulencia de ésta, en menoscabo para la evolución y quien sabe si en la muerte. La posología *de los sulfonamidos* no está al alcance de los profanos y esta es quizá una de las causas para que se observen a diario casos de enfermos azoico-resistentes porque desde un principio las dosis tímidas de la sustancia medicamentosa estableció la convivencia entre el germen y la célula, entre el agresor y el agredido. La divulgación popular de asuntos científicos es responsable de que terapias activas se desacrediten y no den los resultados que con directivas hábiles hubieran podido dar. La medicina no es tan sencilla que esté al alcance de quien apenas sepa leer y la terapéutica es tan sólo una de las múltiples ramas que el médico debe estudiar.

— o —

Entre las expresiones de intolerancia que acompañan a veces a la *medicación por sulfas* resaltan: urticaria común o de

tipo gigante, edemas de Quinke, sensación de quemadura en el tegumento, complejos dérmicos inclasificables, sensación de angustia, insomnio, nerviosidad de sintomatología variada que hacen la vida insoportable; en algunos casos producen elevación de temperatura, cuya patogenia es muy oscura, como la de todas las fiebres terapéuticas.

La acción soberana de estas sustancias cuando tienen su indicación precisa ha hecho que se olviden por completo de otras sustancias cuya acción fisiológica sobre determinados sistemas y aparatos las reputa como útiles y efectivas en muchos procesos patológicos; hoy ni la quinina, ni la emetina, ni el salicilato de soda ocupan el primer puesto en el tratamiento del paludismo, la amibiasis y el reumatismo articular agudo respectivamente, porque con las sulfas y los antibióticos derivados de los hongos todos los demás agentes terapéuticos han sido relegados al olvido; se abusa tanto de la penicilina que no hay entidad aguda o crónica que no sea tratada con tal agente; los enfermos y aun la prensa profana se hacen lenguas hablando de los resultados fantásticos que se obtienen aun con centenares de unidades en enfermedades que hasta ahora no han recibido beneficio real. No se requiere diagnóstico teniendo como se tiene el remedio que cura toda dolencia y corrige toda perturbación de manera que las disciplinas académicas ya no tienen razón de ser con la concepción de los que abominan de la clínica y repudian la medicina general, acogiéndose al especialismo fraccionario que seguirá ignorando los grandes problemas biológicos y retardando su solución.

— o —

Las medicaciones locales en las vías respiratorias superiores que se usan a porrillo y sin control ninguno para la *prevención y curación* de la influenza y de los catarrros febriles son responsables de tanta rinitis que hace de quienes la padecen verdaderos atormentados ya que ni el trabajo ni el sueño pueden realizarse normalmente; y es muy explicable que así ocurra porque la mucosa continuamente irritada termina en agotar la secreción normal de su moco; es el modo como se constituyen todas las mucorreas, nasal, vaginal y hasta rectal, las cuales no amainan o desaparecen sino cuando se hace la suspensión total de tales tratamientos. Cuando *los lavados uretrales* eran la base en que se apoyaba toda terapia de la blenorragia, era común observar que después de meses de estar practicándolos continuaba

la secreción uretral que desaparecía cuando el paciente cansado de contemplar en su meato la gota delatora renunciaba a todo tratamiento local: las secreciones normales de cada célula constituyen su propia defensa; por eso cuando se alteran viene lo patológico.

Los dermatólogos recalcan sobre la conveniencia de evitar la frecuencia de las curaciones locales a muchos complejos dérmicos, en muchos síndromes, porque antes que mejorarlos se empeoran; es necesario dejar que los tejidos hagan esfuerzos por defenderse para que su brote de renovación se haga dentro de condiciones favorables; si esto se tuviera en cuenta se suprimirían tantas recetas con pomadas, ungüentos o epitemas en general que no hacen más que entretener las alteraciones tegumentarias porque quitan a la célula su facultad de renovación.

Las enseñanzas de la terapéutica capacitan al médico para distinguir las manifestaciones de intolerancia, de idiosincrasia y de intoxicación que suelen producir algunas medicaciones en sujetos susceptibles de experimentarlas, pero por desgracia para el paciente tales enseñanzas no se tienen siempre presentes y cuando acontecen se apela a otras terapias cuyas reacciones se suman a las anteriores complicándose tanto el cuadro patológico que a veces no se sabe si lo que se trata corresponde a la entidad nosológica o a la respuesta orgánica a los diversos fármacos que se pusieron en acción. El exceso terapéutico tiene en su haber: prolongación de la duración normal, modificación de la evolución, intensificación de algunos síntomas y por lo tanto el cambio de las formas clínicas que habitualmente son observadas. El convoy de expresiones de alergia que acompaña a muchas entidades exige en veces una terapia tal vez más activa que la que requirió el cuadro morbosos inicial: vómitos incoercibles que debilitan al enfermo y le impiden toda alimentación, diarreas profusas que deshidratan y ponen en peligro el sistema cardiovascular, sudores copiosos que dan como consecuencia una anuria temporal, obnubilaciones mentales que inducen a pensar en el comienzo de psicopatías o alteraciones de la química sanguínea, se corrigen o desaparecen cuando se suprime toda aquella medicación con que se empezó a combatir el disturbio funcional o a aminorar la lesión o alteración física.

— o —

En la epidemia de *papera* o *parotiditis* que se presentó en Medellín y municipios vecinos en los años de 1944 y 1945 hubo

muchos casos con intensos dolores abdominales que fueron reputados al principio como dependientes de la pancreatitis que se ha dicho puede complicarlas, dolores que examinados minuciosamente resultaron ser consecuencia de los analgésicos utilizados de tal manera que al suprimir aquellos desaparecían los dolores como por encanto. Y a propósito de esta enfermedad vale la pena decir que no reviste la gravedad que se le ha imputado ni requiere más medicación que la analgésica general y local, reposo en cama con lo cual la evolución es absolutamente benigna; la granuloterapia, los antisépticos generales, el gluconato de calcio y el ácido ascórbico no tienen ninguna razón de ser aplicados porque sobran y porque no modifican la evolución del proceso. Las sustancias que sí tienen razón de ser prescritas son: el yodo, en forma de solución de Lugol o Gram porque se elimina por la saliva y así desinfecta a través del canal de Stenon toda la glándula; el clorato de potasa por el mismo motivo; el neoarsenobenzol se usó como medicación específica por los que reputaron la espiroqueta argéntica el agente productor de la enfermedad. La orquitis parece más bien uno de los signos de la enfermedad que complicación; fueron muchos los casos en que esta apareció mucho antes de aparecer la flogosis parotidiana; y no pocos los que la presentaron como única expresión de la enfermedad; se presume su aparición en el curso de la enfermedad por la súbita elevación de la temperatura y por la exacerbación de los dolores. En las mujeres en período menstrual o premenstrual, las zonas ovarianas son de una sensibilidad exquisita, en veces intensamente dolorosas, al punto de simular anexitis, la hemorragia es más copiosa y los fenómenos que peculiarmente las acompañan se agudizan y se acentúan. Cuando ataca a mujeres embarazadas, aunque no es abortógena, sí parece que influye sobre el feto o el embrión determinando en él lesiones o anomalías congénitas, como se sindicó a la mayoría de entidades nosológicas que dependen de virus. Puede repercutir sobre las glándulas que intervienen en el proceso gluco-regulador.

El empleo de las sulfas tan sólo se justifica cuando a la parotiditis se le agrega un proceso amigdaliano o en las personas que tienen infección focal buco-dentaria porque con tales sustancias se estorban los estragos de ésta.

————— o —————

Otra enfermedad cuya gravedad se solemniza por médicos y familiares es la *roseola*, *rubeola* o *sarampión alemán* que dura

entre nosotros comúnmente de tres a cinco días, que no incapacitan para trabajar sino cuando se diagnostica, que no requiere medicación a no ser pequeñas dosis de aspirina; como es producida por un virus linfógeno las adenitis cervicales suelen ser demasiado frecuentes, aunque no características porque entre nosotros faltan en muchos casos; ese infarto ganglionar se ha prestado para pensar en manifestaciones luéticas y solicitar exámenes serológicos los que son negativos; no obstante esto son muchos los que han sido tratados como sifilíticos con terapias costosas e incapacitantes que no reportan ningún beneficio para los pacientes.

Con un examen atento en que se discriminen los síntomas y los datos del enfermo, en que se analicen los signos encontrados casi siempre se llega al diagnóstico si no de precisión sí de presunción o de grupo con lo cual se puede instituir una adecuada medicación escogiéndola entre las biológicas, las químicas o las físicas; así se cumple la misión social del médico de encauzar la enfermedad puesta a su cuidado.

José Miguel Restrepo

ESTUDIO PSICOLOGICO DE UN SINDICADO DE ESTUPRO

DR. JULIO ORTIZ VELASQUEZ

MEDICO LEGISTA PONENTE

Señor Juez

S. D.

En el proceso que por el delito de rapto y estupro se sigue en ese despacho contra Juan Luis J., dispuso Su Señoría que, los médicos Legistas practicaran un examen fisio-psíquico de aquél. En atención a ello, estudiamos el expediente, examinamos al procesado, y el resultado pasamos a expresarlo así.

LOS HECHOS

María Albertina G., mujer soltera, de diez y ocho años de edad, natural de Santa Bárbara, Departamento de Antioquia, y vecina de Valparaíso, era conocida como novia de Juan Luis.

Mediante promesa de matrimonio —según dice ella—, abandonó la casa de sus padres, y en compañía de su prometido fijó su domicilio transitorio el veintinueve de julio de 1945 en la casa de un tío de aquél. Según manifiesta ella, ése día tuvieron la primera relación sexual, siendo él, el primer hombre que la poseía.

En atención a que su prometido no mostrara prisa por verificar el matrimonio, ella le preguntó, “que si sí se casaba con ella”, a lo cual respondió él: “quién sabe”... y después agregó, que “quien era bobo. Ya estaba pues, satisfecho con la prueba de amor recibida.

Parece que con la promesa que él hizo a su novia de casarse con ella tan pronto como le pagaran una quincena de su salario, consiguió que abandonara el hogar de sus padres, y destruir o anular la virginidad de aquélla.

Logrado su objeto, no quiere unir ya su vida a la de ella, quiere seguir: solo, libre, como el viento, como el colibrí, de rama

en rama, de brazo en brazo, de flor en flor, marchitando los pétalos de aquellas que se crucen a su paso. Y mientras haya jóvenes ingenuas, con la libido despierta o exaltada por la época del celo, le será fácil burlar la buena fe de ellas, pretextando luego —como en el presente caso— que él fue el último en llegar al altar del sacrificio..., que esa vía estaba ya transitada.

Reducido a prisión por el delito cometido, de allí envió una carta al señor Juez diciendo que estaba listo a contraer matrimonio con la mujer a quien sedujo, siempre que se le pusiera en libertad y se suspendiera el sumario.

Aceptada su proposición por el señor Juez, éste dio las instrucciones del caso para que se realizara el matrimonio, pero cuando aquellas llegaron a poder del Alcalde de Valparaíso, que era quien debía darle curso, el procesado dijo “que ya no se casaba, ... que era que él estaba loco cuando escribió aquella carta”.

Esta pueril excusa, y el hecho de haber expresado uno de los declarantes, “que a él le parecía el sindicado ido del sentido porque le decía ahora una cosa y luego otra distinta, no decía la verdad”, dio base al señor Fiscal para insinuar el examen mental del procesado.

ANTECEDENTES

Se trata de un sujeto de veintiseis años de edad, cuyos antecedentes hereditarios y personales carecen de importancia. Sus padres viven y son sanos. Su padre es aficionado a las bebidas embriagantes. El es abstemio, al menos eso es lo que él asegura, y lo que se desprende de la lectura del expediente. Tiene una hermana, casada. No han existido perturbaciones mentales en sus ascendientes y colaterales, y él mismo no las ha sufrido.

Como antecedentes mórbidos, sólo recuerda haber sufrido una blenorragia, la cual, por la complicación de una orquitis, le dejó atrofiado el testículo izquierdo. No ha sufrido durante la niñez ni en la adolescencia ninguna otra enfermedad, excepto paludismo.

EXAMEN SOMATICO

Sujeto en buen estado de nutrición, pálido, de piel morena, estatura regular, bien desarrollado, buen sistema muscular, de músculos apretados como obrero de carretera y labores agríco-

las que ha sido. Sistema piloso bien implantado y panículo adiposo en regular cantidad. Articulaciones libres y móviles. Reflejos cutáneos, rotulianos, de Aquiles, oculares a la luz y a la acomodación, normales. Aparatos circulatorio, respiratorio, y genito-urinario, normales.

CARA.—Facies expresiva. Frente regular, con una cicatriz de dos centímetros de longitud, secuela, según él, de un traumatismo en su infancia. Cejas bien pobladas. Visión, y audición conservadas. Boca de labios pálidos como habitante que ha sido de las regiones cálidas.

TORAX bien desarrollado, tanto por delante como por detrás, sin asimetrías.

Síntesis de su examen físico, normal.

EXAMEN PSIQUICO

Se presenta ante nosotros en forma correcta, sin amaneramientos, tímido, como campesino que es; su expresión lenta, con gagueos o dificultad en la palabra, sin interrupción alguna en ideación de sus frases. Cuando sonríe, no tiene su sonrisa la vacuidad, inutilidad, ni la estereotipia de muchos imbéciles o de los insuficientes mentales. En su sonrisa se nota la mímica con sentido que revelan la inteligencia y el juicio normales. Como síntesis de la expresión fisonómica, podemos decir, que la mímica superior, frontal y periorbitaria que distingue los sujetos de capacidad media o elevada, está presente en este sujeto.

ATENCION. Esta función psíquica, tan fundamental en el mecanismo psicológico, se encuentra en él normal. No hay en él, distracciones y es fácil fijar su atención durante el tiempo que se desee.

He aquí un ejemplo de su atención y juicio. Le preguntamos, después de tratar de fijar su atención: esta mesa tiene dos metros de largo. Fíjese bien, dos metros de largo. Cuántos metros de largo tiene esta pieza en donde estamos? Responde inmediatamente: para contestar eso hay que medirla. De qué color dan la leche las vacas negras? Responde sin vacilar, blanca. En la prueba de Bourdon, que consiste en tachar una letra cualquiera, pero siempre la misma en un escrito, el resultado fue satisfactorio a pesar de tratarse de un labriego sin cultivo mental.

MEMORIA. Tanto la memoria auditiva, visual, como de fijación, son en él, buenas; recuerda con precisión hechos impor-

tantes de su vida, de su tiempo de estudiante, cuyo paso por las aulas fue infructuoso más que todo, porque no asistía con la puntualidad requerida, pues prefería vagar por mangas y despolados.

JUICIO.—La verdadera medida del valor intelectual de un individuo hay que buscarla en la capacidad de juzgar. Existen sujetos con juicio tardío. Llegan a conclusiones exactas, después de un proceso lento. Pero lo cierto es que sus conclusiones, después de un largo viaje mental, no son erróneas. Existen otros con rápidas respuestas exactas; y otros con juicio incierto, y la falta de certeza de sus juicios deriva de sus estados afectivos. En ellos predomina una lógica sentimental. Por eso, sus juicios son indecisos, oscilantes, sujestionables. Existen individuos de juicios limitados, sólo pueden juzgar hechos simples, elementales y concretos. No pueden remontarse a cuestiones abstractas, frente a situaciones complicadas, emiten juicios erróneos.

Todas estas modalidades de juicio, podemos encontrarlas en sujetos normales o limítrofes con el desequilibrio y la anormalidad. En los insuficientes mentales, los juicios son incompletos, pobres, contradictorios e infantiles. Su valor es nulo algunas veces y casi nulo en otras.

En el sujeto por nosotros hoy examinado, el juicio es correcto, y de conformidad con su humilde condición social. He aquí algunos diálogos demostrativos:

Esta casa tiene dos pisos, cada piso tiene cuatro metros de altura. Cuántos metros de altura tiene esta casa? Responde, ocho metros. De donde se saca el algodón? Responde inmediatamente; de una planta (palo dice él); el café?, de un árbol. Y la panela de donde se saca? Responde: de una mata de caña. Preguntado. Esa mata da directamente la panela tal como la conocemos? Responde: nó, primero hay que moler la caña en la máquina y se obtiene el guarapo, el cual cocinándolo da la panela.

Como éstos ejemplos pudiéramos citar muchos de sus respuestas. Son ellas suficientes para ilustrar el criterio del señor Juez.

La vida afectiva

La insuficiencia de las facultades intelectuales tiene una repercusión muy grande sobre el área afectiva. Nostro examinado, sabe valorar los acontecimientos de la vida y de esa valoración

depende una resonancia afectiva adecuada, la cual se demuestra por el cariño que dice tener a sus padres y parientes.

En la esfera sexual, ha tenido manifestaciones ostensibles, en especial a la mujer que hoy es causa de su detención, y a la cual no cumplió la palabra de matrimonio que le dio al sacarla de casa de sus padres, y después, cuando estaba preso, acudiendo a pretextos fútiles, tal como el de, que estaba loco cuando dijo que sí se casaba, si lo ponían en libertad.

Sintetizando, podemos informar que el procesado está orientado en tiempo y lugar; no hay en él ilusiones ni alucinaciones; sus procesos de asociación de ideas son rápidos y su afectividad familiar, normal. Su memoria tanto para los sucesos recientes, como antiguos, es también normal.

Las condiciones psíquicas de Juan Luis, son normales, ya que su memoria, juicio, atención, imaginación y afectividad son correctas, y que no hay en él ilusiones ni alucinaciones. En resumen: no hemos hallado en él, anomalía psíquica alguna.

Es cuanto podemos informar, Señor Juez.

Julio Ortiz Velásquez

— o —

PERTURBACION FUNCIONAL

DR. JULIO ORTIZ VELASQUEZ

MEDICO LEGISTA PONENTE

Medellín, junio diez y nueve de mil novecientos cuarenta

Señor

Presidente del H. Tribunal Superior de Antioquia

E. S. D.

Señor Presidente:

Nos da cuenta el proceso que por “lesiones personales” se sigue en el Juzgado Tercero del Circuito Penal que

el primero de octubre de mil novecientos cuarenta y cuatro, a eso de las siete y cuarenta y cinco minutos de la noche, en el barrio Manrique de esta ciudad tuvo lugar una riña entre los señores Bernardo X y Carlos S., de la cual salieron heridos ambos contrincantes. A Bernardo X lo reconocimos por primera vez al día siguiente y le notamos lo siguiente: “una herida al parecer cortante y punzante, de uno y medio centímetros de longitud, situada en el flanco izquierdo, con hernia del epiploon; otra herida de la misma naturaleza de la anterior, de dos centímetros de longitud, situada en la región costal anterior derecha, a nivel del décimo espacio intercostal. Se hizo laparotomía exploradora y se encontraron cuatro perforaciones del intestino delgado, de un centímetro de longitud, cada una, y una herida de dos centímetros de longitud, en la cara anterosuperior del hígado, en el lóbulo derecho. Con fecha diez y nueve del mismo mes, dimos nuestro último dictamen sobre el herido González, en el cual dijimos que su incapacidad definitiva fue de diez y ocho días, y que le quedó una perturbación funcional permanente, consistente en el debilitamiento de la pared abdominal, a nivel de las cicatrices operatorias siguientes: una cicatriz curva, transversal, de veintidós centímetros de longitud, situada en el lado derecho de la pared abdominal, cuya mitad está situada a cuatro centímetros del reborde costal; otra cicatriz también de herida operatoria, vertical, de catorce centímetros de longitud, situada en el flanco izquierdo.

A fs. 86 y 87 del proceso citado, dice el señor Magistrado: “Durante el término probatorio, el señor Juez hará que, por los señores médicos legistas se diga en qué razones de orden científico se fundaron para exponer o dictaminar que lesiones como las recibidas por el ofendido produzcan una “perturbación funcional permanente, consistente en el debilitamiento de la pared abdominal a nivel de las cicatrices operatorias que citan en la diligencia de folios 30; y si dentro de la nomenclatura del Código es ésta la clasificación que le corresponde y no otra”.

En atención a lo solicitado por el señor Magistrado, y con base en lo anteriormente anotado, contestamos:

En el antiguo Código Penal Colombiano las consecuencias de las lesiones debían clasificarse dentro de una escala de graves, leves y levísimas. En el Código Penal vigente, dicha clasificación quedó suprimida, y los peritos médicos tan sólo deben decir si ha quedado a consecuencia de una lesión una deformidad física, desfiguración facial, perturbación psíquica o perturbación funcional, y si ellas son reparables o permanentes, pero sin decir nada de la gravedad.

Según el Profesor, Dr. Guillermo Uribe Cualla, “esto es deficiente, porque es claro que no todas las desfiguraciones faciales y las perturbaciones funcionales o psíquicas son de la misma gravedad, pues existen muchos grados y modalidades que debe apreciar el Juez para aplicar las sanciones penales, que deben tener también su escala de gravedad, para que ellas sean justas y de acuerdo con la equidad y el derecho”.

Por perturbación funcional entendemos los médicos legistas todo aquello que altera —aunque sea en mínima parte— o limita una función orgánica, sin que entonces haya que tenerse en cuenta la imperfección estética, ni la alteración de las formas, como por ejemplo: adherencias pleuríticas consecutivas a un hemotórax que se supuró, estrecheces intestinales, pérdida de la visión por un ojo, sordera unilateral, limitación o supresión de los movimientos de los dedos, adherencias peritoneales.

Es entendido que en muchas ocasiones pueden existir combinadas a la vez la deformidad física con la perturbación funcional, como cuando se pierde un ojo con la enucleación consiguiente, caso en el cual hay a la vez desfiguración facial y perturbación funcional de un órgano, consistente en la disminución del poder visual; cuando se pierde una mano o un pie, caso en el cual hay deformidad física y perturbación funcional.

Es claro que las perturbaciones funcionales pueden ser reparables o transitorias, como cuando los movimientos de una articulación pueden volver a su estado normal pasado algún tiempo, mediante tratamiento o aun sin él, en algunos casos; y también puede ser irreparable o permanente,

como cuando a consecuencia de una anquilosis no se restablecen los movimientos de una articulación, o como cuando en la pared abdominal se ocasiona una herida operatoria o de otra naturaleza que interesa todos sus tejidos en diez o más centímetros de longitud, quedando por consiguiente disminuída la resistencia de dicha pared en el lugar de su cicatriz, lo que viene a constituir una perturbación funcional permanente de la función que le está encomendada a la pared abdominal, cual es la de servir de contención a todas las vísceras que están contenidas en la cavidad abdominal, quedando expuestas a herniarse mediante los esfuerzos.

Cuando a un individuo hay necesidad de practicarle una laparotomía para suturarle sus perforaciones intestinales o viscerales y cohibir la hemorragia que le ocasionó la penetración del arma a la cavidad abdominal, (como sucedió con Bernardo X en quien se encontró durante la intervención quirúrgica cuatro perforaciones del intestino delgado y una herida de dos centímetros de longitud en la cara antero-superior del hígado en su lóbulo derecho), a dicho individuo le queda una cicatriz de la herida operatoria más o menos larga, por lo regular de doce centímetros, o más. Pues bien, nosotros como peritos forenses, calificamos dicha cicatriz como una perturbación funcional permanente irreparable, y es éste el criterio seguido por los médicos del Instituto Nacional de Medicina Legal de Bogotá.

El fundamento científico de esta calificación como perturbación funcional consecutiva a una cicatriz de laparotomía, está —como ya lo expresamos— en que queda un debilitamiento de la pared abdominal que disminuye la resistencia y estática de las vísceras abdominales, sobre todo los intestinos, que son órganos, puesto que hacen parte del aparato digestivo, predisponiendo a la eventración; quedando el sujeto imposibilitado para los grandes esfuerzos físicos, y teniendo que llevar una vida más o menos tranquila, y usar en lo general, una faja abdominal que no siempre corrige satisfactoriamente la inferioridad física en que quedó el individuo lesionado.

Para terminar, no creemos por demás anotar, como ya lo hicimos más arriba, que a Bernardo X, como conse-

cuencia de la intervención quirúrgica a que fue sometido, le quedó, no una sino dos cicatrices en la pared abdominal; una de ellas curva, transversal, de veintidós centímetros de longitud, en el lado derecho, y la otra vertical, de catorce centímetros de longitud, en el lado izquierdo. Fue éste el motivo que tuvimos para decir que al mencionado señor González le quedó una perturbación funcional permanente, y conceptuamos que “es ésta la calificación que le corresponde y no otra”.

Julio Ortiz Velásquez



DEL INSTITUTO
DEPARTAMENTAL DE HIGIENE

DR. ERNESTO URIBE CADAVID

Medellín, Julio 11 de 1947

Señor

GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO

E. S. D.

Con mucho gusto envío a usted el siguiente memorandum de lo que considero como más urgente para la buena marcha de la higiene pública y de la asistencia en el Departamento de Antioquia.

1º—CAMPAÑAS SANITARIAS

a) —*Lucha Antituberculosa.*

Es necesario conseguir una mayor participación nacional para el incremento de la Lucha Antituberculosa especialmente en lo referente a prevención. Dotar el Departamento de dos Dispensarios Antituberculosos, además de los existentes, que funcionarían el uno en Segovia y el otro en Cañasgordas Frontino o Dabeiba. Además, una nueva Unidad Móvil para buscar el verdadero porcentaje de infección tuberculosa en el Departamento. Terminación y dotación de los Dispensarios Antituberculosos de Támesis y Pto. Berrío.

Para este último renglón sería preciso una partida no menor de \$ 60.000.00. Naturalmente, teniendo en cuenta el aporte departamental.

Hospital de "La María". En circular del Ministro de Higiene, División de Lucha Antituberculosa, se ha proyectado una Ley mediante la cual se apropia una partida no menor de \$ 200.000.00 anuales para la reforma total y completa hasta su terminación,

del Hospital-sanatorio “La María”. Es conveniente tener en cuenta que el Departamento en la Ordenanza 29 del presente año, destinó una partida de 200.000.00 para la construcción de un edificio para pensionados que tendrá una capacidad no menor de 150 camas. Como es sabido por S. S., algunos industriales quieren prestar su ayuda para la realización de dicho proyecto.

Es necesario que los Representantes y Senadores apoyen el proyecto de Ley que presentará el Gobierno Nacional en este sentido, o que presenten un proyecto de Ley con estas ideas, si es que el Gobierno no presenta el suyo.

Los Dispensarios Antituberculosos necesitan en esta ciudad de mejor y más abundante equipo para el diagnóstico clínico y radiológico.

b)—*Lucha Antivenérea.*

Es de absoluta necesidad dictar un estatuto legal —si es que no existe— para obligar a los Municipios a establecer, en colaboración con los Departamentos y la Nación, la Campaña Antivenérea.

S. S. sabe que alrededor de un 40% de las reacciones serológicas para despistar la sífilis, que se han practicado en el transcurso de los últimos diez años en nuestro Laboratorio Deptal., han resultado positivas. Naturalmente no todas estas reacciones positivas quieren decir que sus dueños sean sífilíticos, pero, si es posible calcular en un 70% por lo menos el número de específicos.

La Nación no destina en la actualidad ni un solo centavo para el sostenimiento ni para el incremento de esta Campaña Antivenérea en el Departamento de Antioquia y es necesario, de toda necesidad, que se consiga una partida no inferior a \$ 100.000.00 anuales para multiplicar los Dispensarios Antivenéreos.

Haciendo esfuerzos sobrehumanos el Departamento ha logrado ya instalar unos 40 Dispensarios y tiene el proyecto de abrir 8 o 9 más, para lo cual cuenta con algunos recursos de los productos de la Lotería de Beneficencia de Antioquia.

Indudablemente no hay flagelo de los que azotan a la humanidad que más profundamente altere, degenerándolo, el germen humano.

c) — *Campaña de Protección Infantil y Materna.*

Conseguir con el Gobierno Nacional más generosidad en lo que respecta a la colaboración económica con este Departamento, para el sostenimiento y fundación de Centros de Protección Materno-Infantiles.

En la actualidad funcionan en Antioquia, dependientes de este Instituto de Higiene y A. S., los siguientes Centros de Protección Materno-Infantil:

Centro "Marco Fidel Suárez", con los siguientes servicios: Gota de leche, consulta del niño sano, consulta del niño enfermo, consulta prenatal, dentistería para escolares, preescolares y para las madres inscritas en el Centro, pequeña cirugía, servicio de partos a domicilio, visitas domiciliarias. En el presente año funcionará también la clínica de maternidad y una hospitalización para niños enfermos con un cupo no menor de 25 camas.

La Nación auxilió este Centro con una cantidad de \$ 15.000 para el presente año.

Es de absoluta necesidad conseguir que se apropie una partida de 20.000.00 para la terminación del edificio y una partida anual no menor de \$ 25.000.00 para su sostenimiento con un aporte departamental más o menor igual.

Además de este Centro que puede calificarse como modelo en el Departamento, funcionan los Centros de Sonsón, La Ceja, Salgar, Bolívar, Titiribí, Caldas, Barbosa, Cisneros y Yarumal, sostenidos exclusivamente por el Departamento. Y hay peticiones para fundar en Fredonia, Yolombó y Santa Bárbara.

Además funcionan anexos a los Centros de Higiene el de Andes, Támesis, Pto. Berrío, Segovia, Zaragoza, Sto. Domingo y Turbo. Cada Centro de estos cuenta con la colaboración de un médico, enfermera de protección infantil, enfermera partera y odontólogo.

Para el incremento de esta Campaña es necesario conseguir un aporte nacional *no menor de \$ 60.000.00 anuales.*

d) — *Laboratorio Departamental.*

El actual Laboratorio Departamental es absolutamente insuficiente para la tarea que se le ha encomendado de auxiliar las Campañas Sanitarias. Sería conveniente conseguir con el Go-

bierno Nacional una partida especial para producir en él las vacunas (antivariolosa, antitífica, anticoqueluchosa, antidiftérica) que no alcanza a producir el Laboratorio Nacional de Higiene.

En el Laboratorio Deptal. podría establecerse una sección de esta naturaleza que podría servir a gran parte del occidente colombiano. Además aquí podría producirse también la vacuna para la tuberculosis (B. C. G.) y la tuberculina necesarias para la Lucha Antituberculosa, que en la actualidad se nos regala en Venezuela.

e) —*Campaña Antimalárica.*

Es urgente que el Gobierno Nacional intensifique en nuestro Departamento dicha campaña haciéndola extensiva a regiones en donde como Pto. Berrío, el Bajo Cauca y Urabá hace estragos el flagelo del paludismo.

2º—HOSPITALES REGIONALES

El Departamento necesita construir cuatro hospitales que tengan el carácter de regionales o provinciales, con características especiales en su dotación y que sirvan un amplio sector de población. De éstos sólo hay uno, el de Dabeiba, que se dejó inconcluso, y que por una razón que no conocemos, el Gobierno Nacional ha resuelto no terminarlo. Es preciso conseguir una partida no menor de \$ 50.000.00 para su terminación. Los otros tres podrían estar situados así: uno en Turbo, utilizando para ello el edificio que acaba de construir por su cuenta el Departamento, con un local muy bueno con capacidad para un número no menor de 80 enfermos. Otro en Caucasia de una importancia enorme para la colonización y explotación de esas fertilísimas tierras del Bajo Cauca que indudablemente constituirán en lo futuro uno de los mejores centros de colonización del Departamento. Este Hospital de Caucasia prestaría servicios a un número no menor de 50.000 personas incluyendo buena parte del Depto. de Bolívar, limítrofe con Antioquia.

Considero que este Hospital es una necesidad apremiante y que es preciso interesar al Gobierno Nacional en su construcción, encomendada en otro tiempo al Fondo de Fomento y cuyos fondos para su construcción fueron trasladados para continuar el Hospital de Dabeiba, fondos que nunca más se repusieron.

El otro Hospital regional podría quedar en el Municipio de Urrao en donde serviría un amplio sector de población, ya que especialmente el Municipio de Bolívar es un verdadero puerto seco, por su vecindad a la Intendencia del Chocó.

3º—AUXILIOS PARA HOSPITALES Y CASAS DE BENEFICENCIA

En el año pasado se cometió la estupidez de dejar desamparados los auxilios para hospitales no incluyéndolos en la Ley 108 de 1936, y fueron naturalmente congelados por el Ministerio de Hacienda porque no tenían Ley sustantiva preexistente.

Debe propugnarse la idea de incluir en una sola partida todos los auxilios para el sostenimiento de los hospitales y casas de beneficencia del Departamento, la cual será distribuída por el Gobernador del Departamento de conformidad con el párrafo del artículo 1º de la Ley 108 de 1936.

Es necesario que los señores Representantes y Senadores consigan que dicha partida sea proporcional al número de habitantes del Departamento, o a la cuantía tributaria de Antioquia o al número de enfermos asistidos en el año inmediatamente anterior, tal como se hace con los auxilios departamentales.

El Gobierno Nacional viene destinando una partida de alrededor de \$ 150.000.00 anuales para la continuación de la construcción del edificio para hospital nacional en Pto. Berrío.

La importancia de esta obra es axiomática, y ella va a servir no sólo para enfermos del Departamento de Antioquia sino también para todo el Río Magdalena, al menos en los sectores de Boyacá y Santander. Es necesario conseguir que el Gobierno continúe dicha construcción.

Como consideraciones generales creo necesario anotar las siguientes:

Médicos Municipales. Conseguir las reformas de las disposiciones legales existentes en el sentido que las funciones de los médicos Municipales sean dadas por la Dirección Departamental de Higiene y no por los Concejos Mpales., como sucede actualmente. Este es el motivo por el cual periclitán todas las buenas intenciones que tenga el Gobierno en sus campañas sanitarias o de protección social, dada la fuerza de inercia que en muchos

municipios encuentra esta Dirección para una mejor orientación de las campañas.

Los Médicos Oficiales se consideran con casi ninguna obligación en lo que respecta a colaboración con el Gobierno Deptal. o Nacional.

Asimismo, es necesario reformar la Ley que faculta a los Alcaldes de las capitales de Departamento o de las ciudades que tengan un número determinado de habitantes o un presupuesto superior a \$ 300.000.00 para el nombramiento de Directores Mpaes. de Sanidad. Estos nombramientos, por razón de técnica, deben hacerse por las Direcciones Deptales. de Higiene, libremente, o de ternas dadas por los respectivos alcaldes.

Licencias.—Hay necesidad de conseguir que se suspenda la expedición de licencias para médicos homeópatas, por considerar nosotros que estos médicos constituyen un verdadero peligro social.

Además, una de las mayores dificultades con que tropieza esta Dirección para el buen éxito de las campañas sanitarias o asistenciales es la falta de personal preparado. Para esto es necesario lo siguiente:

1º—Creación de la Escuela Nacional de Sanidad, para la preparación de Inspectores.

2º—La creación de una Escuela de Enfermeras en Medellín, de carácter polivalente para preparar enfermeras generales, enfermeras parteras, enfermeras de protección infantil. etc.

Otra cuestión muy importante es la de dictar una Ley que obligue a los estudiantes de medicina, antes de optar su título, a prestar sus servicios en las diferentes campañas de higiene o de asistencia pública, en el lugar o sitio que el Gobierno les designe, tal como se hace en Estados Unidos, México, etc.

Por el momento, considero que estos son los puntos de más importancia que deben ser tratados por nuestros Representantes y Senadores, en lo que corresponde a la marcha de esta Dirección.

Del señor Gobernador muy atentamente,

Ernesto Uribe Cadavid
Director Instituto Deptal. Higiene

CORRESPONDENCIA

EL MINISTERIO DE HIGIENE DE LA REPUBLICA "NO CONOCE EL PERSONAL" CIENTIFICO DE LAS CAPITAL- LES DE LOS DEPARTAMENTOS

Bogotá, julio 22 de 1947

Señor doctor A. Correa Henao M. D.
Secretario de la Academia de Medicina,
MEDELLIN.

Tengo el honor de avisarle recibo de su atenta nota de 11 de los corrientes y de la copia de la proposición aprobada por esa Academia en sesión de 18 de junio próximo pasado.

De manera muy atenta me permito manifestarle que el Ministerio no conoce el personal de las capitales de los Departamentos para en casos de Congresos poder hacer los nombramientos justos.

Por consiguiente el Ministro espera que en lo sucesivo asociaciones tan importantes como la Academia de Medicina de Medellín y otras análogas que existan en el país sean las que en casos de Congresos médicos que se realicen en el exterior envíen al Ministerio los nombres de los candidatos adecuados para poder hacer una mejor selección del personal, dándoles la seguridad de que en ningún caso se trata de una preferencia hacia los profesionales radicados en Bogotá que por otra parte provienen de todo el país.

A este respecto conviene advertir que el único médico nacido en Bogotá que fue enviado al Congreso de Pediatría reunido en Washington, fue el Doctor Eudoro Martínez, los demás son originarios de los diversos Departamentos del País.

Doy a Ud. las gracias por esta comunicación y me suscribo como su atento servidor y amigo,

PEDRO ELISEO CRUZ

Ministro de Higiene.

Bogotá, julio 18 de 1947

Señor

Secretario de la Academia de Medicina
Medellín.

Tengo el honor de avisar a usted recibo de la atenta carta del 11 de los corrientes, junto con la cual se ha servido enviarme el texto de una proposición aceptada por la Honorable Academia de Medicina de Medellín en su sesión del día 18 de junio pasado, proposición de cuyo contenido este Despacho ha tomado debida nota.

Respecto al deseo manifestado por la Honorable Academia de Medicina de Medellín de que los representantes de Colombia en los diferentes Congresos científicos que se celebran fuera del país sean escogidos entre los profesionales de toda la República, puedo manifestar a usted que este Despacho espera que el llamamiento de esa Academia sea atendido por los diferentes Institutos que intervienen en el nombramiento de los mencionados representantes.

Soy de usted muy atento seguro servidor,

Por el Ministro,

CARLOS HOLGUIN

Secretario General.

Bogotá, julio 29 de 1947

Señor

Presidente de la Academia de Medicina
del Depto de Antioquia.

MEDELLIN.

Este Ministerio ha recibido la invitación del Departamento de Estado de los Estados Unidos de América a los Congresos Internacionales de Medicina Tropical y Malaria que se reunirán en Washington del 10 al 18 de mayo de 1948.

Estos Congresos serán auspiciados por el Departamento de Estado en colaboración con otras agencias gubernamentales y organizaciones privadas interesadas en la Medicina Tropical.

Como los temas que en ellos se tratarán son todos de gran importancia para nuestro país, este Ministerio vería con agrado que la Academia de Medicina de Antioquia escogiera entre su personal a los profesores que deban representarla.

Por la atención que se sirva prestar a la presente le anticipo mis agradecimientos y me suscribo como su atento y seguro servidor,

PEDRO ELISEO CRUZ

Ministro de Higiene

— o —

LIMA — Perú

Señor Dr. David Velásquez

Presidente de la Academia de Medicina.

De mi consideración:

Quiero agradecerle vivamente el nombramiento de Miembro Honorario que ha recaído en mi persona.

Le envío algunos folletos últimamente aparecidos.

En comunicación aparte, me dirijo a esa Honorable Academia para agradecerle la distinción.

Suyo atentamente,

J. B. LASTRES

21—V—947

ATENCION!
ESTE LIBRO ESTA PROTEGIDO
EVITESE MOLESTIAS

Guadalajara, Jal., México, 7 de julio de 1947

Academia de Medicina de Medellín

Medellín Colombia.

Muy estimados señores:

En 1943 hemos iniciado en este Estado una etapa especial de estudios contra el Cáncer. Celebramos el Primer Congreso Mexicano del Cáncer y posteriormente, en 1948 el segundo Congreso Mexicano del Cáncer.

Damos principio ahora en el terreno práctico a la Lucha contra el Cáncer. El Instituto Mexicano para el Estudio y Tratamiento de los Tumores se propone realizar, todo lo que le sea posible al conocimiento del problema del Cáncer.

Por lo tanto estamos rogando a ustedes sean servidos de darnos su más amplia cooperación. Les pedimos que sean tan amables de darnos incondicional ayuda orientándonos en todo lo que su experiencia les ha demostrado como útil en estas labores.

Quisiéramos tener al día la información que ustedes suministran tanto en el terreno práctico como en el de especulación científica.

Necesitamos conocer nombres y direcciones de los Institutos que en esa región se encuentran también interesados en los problemas del cáncer, y todos los medios que utilizan para la lucha contra el mismo.

Agradecidos por la atención que dispensen a ésta, nos es muy grato ofrecerles las consideraciones de nuestro aprecio y amistad,

Dr. Gabriel Vásquez Arroyo.