

# REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VOLUMEN XVIII

Bogotá, Febrero de 1950

Número 8

Director, Prof.

ARTURO APARICIO JARAMILLO, Decano de la Facultad.

Secretario de la Dirección, Doctor Rafael Carrizosa Argaez.

*Comité de Redacción:*

Prof. Alfonso Esguerra Gómez. Prof. Manuel José Luque.

Prof. Agr. Gustavo Guerrero I.

Secretario de la Redacción, Luis Enrique Castro.

Administrador, Alvaro Roza Sanmiguel.

Dirección: Calle 10 N° 13-99 — Bogotá — Apartado Nacional N° 400

Prensas de la Universidad Nacional de Colombia.

## CONTENIDO:

	Pág.
I Editorial. EL PROFESOR BARRAQUER MONER, por el doctor Manuel José Luque .....	509
II LOS RAYOS X DE BUCKY EN LOS TRATAMIENTOS DERMATOLOGICOS, por el profesor Gonzalo Reyes García .....	513
III FRECUENCIA DE LAS LESIONES OCULARES POR TRAUMATISMOS, por el doctor Francisco Infante B. ....	526
IV EXAMENES PULMONARES POR EL METODO DE ABREU. SUS RESULTADOS, por el doctor Alfonso Reyes. ....	534
V RESECCION TRAUMATICA DE LOS CORNETES, por el doctor Francisco Infante B. ....	537
VI UN TIPO OBSTRUCTIVO AGUDO DE AMIBIASIS INTES-TINAL, por el doctor Alfonso Gutiérrez P. ....	541
VII DEGENERACION MACULAR BILATERAL, por el doctor Alfonso Tribín Piedrahíta. ....	544
VIII UN CASO DE PALUDISMO CONGENITO, por el doctor Humberto Gómez Herrera. ....	546

Suplicamos a los profesores y médicos que actualmente estén recibiendo la Revista de la Facultad Nacional de Medicina y que hayan cambiado de domicilio, remitirnos a vuelta de correo el siguiente cupón.

Revista de la Facultad de Medicina

Apartado 400 — Bogotá, Colombia, S. A.

Estando interesado en continuar recibiendo la REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, sabría agradecerle a ustedes seguir remitiéndola a la siguiente dirección:

Dr. ....

Dirección... ..

Ciudad ... .. Dpto. ....

# REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VOLUMEN XVIII

Bogotá, Febrero de 1950

Número 8

Director, Prof.

ARTURO APARICIO JARAMILLO, Decano de la Facultad

Secretario de la Dirección, Doctor Rafael Carrizosa Argaez

*Comité de Redacción:*

Prof. Alfonso Esguerra Gómez. Prof. Manuel José Luque.

Prof. Agr. Gustavo Guerrero I.

Secretario de la Redacción, Dr. Gustavo Angel Villegas

Administrador, Alvaro Roza Sanmiguel

Dirección: Calle 10 N° 13-99 — Bogotá — Apartado Nacional N° 400

Talleres editoriales de la Universidad Nacional

---

## EDITORIAL

### EL PROFESOR BARRAQUER MONER

Desde hace varios días se encuentra en Bogotá el doctor José Ignacio Barraquer Moner prestigioso profesional español en la difícil especialidad de órganos de los sentidos.

Muchos y muy eminentes científicos han visitado nuestras aulas médicas universitarias. Cual más, cual menos, todos han dejado una estela imborrable. En la ciencia de mitigar el sufrimiento y de vencer la muerte no pueden existir latitudes que separen, sino motivos que unan: de ahí la majestad y la universalidad del sacerdocio médico. Suerte, y muy grande, ha tenido el suelo colombiano y especialmente la Facultad de Medicina, escuchando la voz autorizada de personalidades de diversos países. Larga sería su enumeración; mas, tal vez no andemos descaminados al afirmar que España ha sido, a este respecto, un tanto esquiva.

Por sangre, por temperamento, por religión, por idioma, por raza, todo nos une a ella. Enclavados vivimos en su espíritu. La historia de esa nación, gloriosa como pocas, la sentimos en nuestro propio sér, y las amarguras de su pueblo heroico, son también nuestras.

En Colombia no existe el profesional de la medicina que no haya leído o mejor gozado, la obra de Marañón. Los nombres de Pitaluga, Recasens, Corachan, etc., nos son familiares. Pero sobre todos ellos está el "glorioso navarro" don Santiago Ramón y Cajal, el coloso de la histología cerebral, el sabio y el adorador de su heredad. De él son estas palabras: "Se ha dicho que la ciencia no tiene patria y esto es exacto: mas, como contestaba Pasteur en ocasión solemne, los sabios sí que la tienen."

Hoy, como ejemplar de los mejores frutos, nos visita el doctor José Ignacio Barraquer Moner, cuyo apellido, tradicionalmente ilustre, nos es igualmente grato y conocido. Trae el acervo de sus conocimientos y los caudales de su gran voluntad. Hombre sencillo, de dicción facilísima, de elegante y exacta facilidad manual hace de sus intervenciones una forma de placer para quien las contempla y un estímulo de quien quiera imitarlas.

Es Socio de muchas corporaciones científicas. Miembro de la Academia de Ciencias Médicas. Socio de Número de la Société Française d'Ophtalmologie, socio, también de Número de la Sociedad Italiana d'Oftalmologia y de The Ophthalmological Society of the United Kingdom, etc.

A su imaginación se deben variados instrumentos de cirugía ocular. El queratótomo de fijación neumática, un separador para el desprendimiento de la retina, el generador de corrientes de alta frecuencia y el porta-electrodos, también para la operación del desprendimiento retiniano. Existen la fresa, la espátula, la aguja, el trépano, el gancho de Barraquer.

Que sepamos, desde el año de 1942 está haciendo, publicaciones científicas, casi todas, por no decir todas, en relación con el globo ocular. Desde entonces, sus contribuciones, han sido constantes y cada vez más valiosas. Quizás el año más fecundo fue el de 1949, del cual conocemos 14 estudios originales y trascendentales.

El doctor Castroviejo, el año de 1947 publicó un trabajo sobre los "Diversos procedimientos de extracción de la catarata" en el Boletín de Medicina de la Sociedad Francesa de Oftalmología. El doctor Barraquer lo comentó en comunicación tan brillante, que no es posible descifrar qué es mejor: si la labor de Castroviejo, o el análisis de Barraquer.

"La inyección intraocular de aire en la operación de la catarata", que apareció en los Archivos Chilenos de Morfología, que dirige Gustavo Girón en Santiago, es de enorme utilidad y de sumo interés.

En el año de 1948 primero, y luego en el de 1949, hizo el análisis a la terapéutica tisular de Pilatov. Este tema, muy apasionante, fue tratado describiendo al principio sus impresiones iniciales sobre algunos aspectos; más tarde concluye sobre la eficacia por ese medio de curar.



Profesor Barraquer Moner.

Todas las monografías que conocemos, desde la primera el año de 1942 referente a la talla del colgajo para la extracción de la catarata, hasta la aparecida el año pasado sobre "Queratoplastia y queratitis rosásea" muestran al clínico, al cirujano y al técnico quirúrgico.

El doctor Barraquer es también un conferenciante de clarísima dicción, ameno en sus exposiciones, fluido y elegante. Tiene una muy larga trayectoria y probada experiencia. Ha dictado conferencias en Barcelona, Valencia, Zaragoza, Granada, Madrid, París, Roma, Rapallo, Londres, Pittsburgo, New York y Ciudad Trujillo. Próximamente, en la Academia de Medicina de Bogotá, hablará sobre Queratoplastia.

Que la permanencia del distinguido visitante entre nosotros sea tan prolongada como son los deseos de sus amigos de EL TIEMPO. Que al regresar a su patria se convierta en mensajero que intensifique el conocimiento recíproco, el intercambio científico entre la España eterna y Colombia.

*Doctor Manuel José Luque*

# LOS RAYOS X DE BUCKY EN LOS TRATAMIENTOS DERMATOLOGICOS

Trabajo presentado a la Academia Nacional de Medicina el 3 de noviembre de 1949

Por el Profesor Gonzalo Reyes Garcia

En el año de 1940 publiqué en la Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, un trabajo sobre el tratamiento de algunas dermatosis por los rayos X, de Bucky. Contaba entonces con una estadística de cuatro años y sacaba conclusiones interesantes. Hoy con nueve años más de práctica en los cuales he seguido casi sin interrupción los tratamientos por estos rayos, he adquirido datos importantes y he podido apreciar nuevos campos de acción, no sólo en la Dermatología sino también en otras especialidades médicas.

Antes de entrar en materia permítaseme hacer un recuento histórico de la radioterapia superficial y de los rayos límites de los cuales nos hemos servido para presentar este trabajo que sólo tiene el mérito de haber llevado una estadística minuciosa de los casos tratados, seguirlos hasta donde es posible en su evolución y controlarlos hasta donde ha ido la cooperación de los enfermos.

## DESARROLLO HISTORICO DE LA RADIOTERAPIA SUPERFICIAL

El efecto terapéutico de los rayos de Roetgen, fue observado primeramente por Freund, en el año 1896, y empleado por él sistemáticamente, con fines terapéuticos.

En los primeros años de Roetgenterapia, puso todo su interés en las reacciones cutáneas, Hasta el año de 1902, se trataron únicamente afecciones de la piel, sin buscar ningún efecto sobre los órganos profundos. Más tarde Sinns, hacía publicaciones sobre la influencia de

los rayos en la leucemia y poco a poco, con el perfeccionamiento de los aparatos y el aumento del voltaje, se fue desarrollando la radioterapia profunda, sobre todo en las afecciones cancerosas y otras de los órganos situados profundamente: al mismo se fueron fijando las técnicas y aplicaciones de la terapia superficial y se observaban las lesiones producidas por los rayos en la piel, tales como: atrofias, telangiectasias, úlceras renguénianas, eritemas, pigmentaciones, etc.

Hacia el año de 1910, Frank Schulz, hizo las primeras publicaciones sobre el empleo de los rayos X, obtenidos con bajos voltajes, es decir, de muy poca penetración, que fueran absorbidos íntegramente en la piel y tejidos superficiales, esperando que con el empleo de estos rayos extrablandos, se obtuvieran efectos biológicos diferentes.

Unos años más tarde, Bucky empleando un tubo de fabricación especial, con una ventana de vidrio de Lándeman, construido con material de peso atómico muy bajo, logró obtener rayos correspondientes a una tensión de ocho a diez kilovoltios.

La dosificación exacta de estos rayos, fue en un principio, muy difícil y fue necesario el empleo de dosímetros especialmente contruidos para el objeto, con lo cual, pudieron entrar ya en la práctica corriente de la medicina: desde entonces, su uso se ha extendido mucho, especialmente en Alemania, los Estados Unidos y Francia, según lo atestiguan las numerosas publicaciones.

Con la aplicación corriente de estos rayos blandos en la terapia, se ha venido a enriquecer la terapéutica de los rayos de Roetgen con una nueva rama llamada la limitoterapia, radioterapia extrasuperficial.

### RAYOS DE BUCKY

Esta clase de rayos X, fueron llamados límites, por estar colocados en las radiaciones invisibles del espectro, entre los rayos ultravioletas y los rayos X ya conocidos. Tienen una longitud de onda de 1 a 3  $\text{\AA}$ . Estudios más recientes hechos por los americanos, han llegado a obtener rayos extrablandos que tienen una longitud de onda de 3 a 8  $\text{\AA}$  pero que son de difícil manejo y de adquisición costosa.

#### *Absorción.*

Experiencias de Bucky han demostrado que estos rayos son absorbidos en la piel casi íntegramente en un espesor de tres milímetros y

tan sólo un 10 por 100 pueden pasar al dermis, a diferencia de los rayos X comunes, que penetran a los tejidos profundos en la proporción de un 80 por 100.

### *Acción biológica.*

Los efectos biológicos dependen naturalmente de las dosis que se empleen.

Sobre la piel normal pequeñas dosis de 100 "r", no producen en las células modificaciones perceptibles, según los medios de investigación que poseemos hoy. Con dosis de 200 a 500 "r" viene una pigmentación al cabo de dos a tres semanas, que varía mucho en intensidad; ésta es mayor entre nosotros, especialmente en las personas morenas.

La pigmentación es fuerte en los afectos de las glándulas suprarrenales, en los de temperamento linfático y en los que tienen alguna perturbación del sistema vaso-motor. Por otro lado, en los hipertiroideos, el efecto es menor o nulo. Con más de 600 "r" hay un eritema que puede ser precoz o tardío. Bucky fija hasta seis semanas.

### *Efectos físicos.*

La piel normalmente tiene una temperatura local, una elasticidad y un poder de inhibición constantes. Con los rayos de Bucky se produce una variación de estas constantes. Por efectos de la radiación hay descarga de coloides que contribuye a disminuir la dispersión y a una agregación de miselas.

Al mismo tiempo los tejidos vienen a ser ácidos y por la irritación facilitan la producción del eritema. La acidocis es local y no se generaliza sino secundariamente.

Con dosis fuertes hay edema inflamatorio con acumulación de agua, pérdida de la elasticidad y elevación térmica. Histológicamente se encuentra entonces infiltración, vasodilatación y con dosis elevadas mitosis patológicas y necrosis.

En la segunda fase hay período de sensibilización, que es tardío, disminución de agua, caída de la temperatura y del poder de imbibición. Se encuentra hiperplasia epidérmica, disminución de los vasos, pigmentación y aumento de la elasticidad.



### *Efectos bioquímicos.*

Con dosis elevadas de 5.000 "r" hay primero una deshidratación de los tejidos cutáneos, luego en el curso de ocho días hidratación a la normal para descender en el término de 35 días y no volver a subir sino muy lentamente. Las sales de sodio y las de calcio aumentan al principio; luego descienden poco a poco. Las de potasio y magnesio, disminuyen primero para después aumentar con nuevo descenso. El cloro y el fósforo aparecen en mayor cantidad y no regresan sino muy lentamente. Entre las sustancias orgánicas, el azúcar local sube con rapidez y disminuye de la misma manera del 8º al 12º día por debajo del tenor normal, para volver a este con lentitud. La colestarina desaparece pero se nota poco tiempo después.

### *Inocuidad de los Rayos Límites.*

Por su escasa penetración los Rayos Límites, pueden ser aplicados sobre la piel sin peligro alguno, son *casi íntegramente absorbidos en la epidermis* y su acción sobre el dermis es tan inofensiva que puede no tenerse en cuenta.

Según lo expuesto es lógico pensar, que a diferencia de otros rayos X, los de Bucky, no producirán los estragos conocidos, que se temen tanto, especialmente cuando se trata de irradiar las regiones genitales, oculares y los puntos cercanos a los núcleos de osificación en los niños.

Siempre se ha sostenido que una región irradiada, queda en un estado de delicadeza, de sensibilidad a cualquier otro tóxico, que impide todo tratamiento ulterior, lo cual sería un inconveniente, si la irradiación no obra, porque el médico quedaría maniatado y reducido a un simple espectador, sin poder obrar. La práctica me ha enseñado, que con los rayos límites bien manejados no hay peligro alguno: así he podido tratar por tópicos locales conocidos bastantes casos irradiados, aún con dosis altas, sin que se presenten otras perturbaciones que las comunes conocidas en pieles sin irradiar.

Para el que quiera informarse más ampliamente sobre este punto podrá consultar la tesis de grado del doctor Alberto Medina Pinzón hecha en el Instituto Nacional de Radium cuando yo estaba encargado de la sección de piel.

El doctor Flórez en este mismo Instituto hizo multitud de aplicaciones sin el menor accidente. Puedo también informar que en mis observaciones personales nunca he tenido la menor contrariedad.

Como algunos autores achacaban a los Rayos X de Bucky, el producir en la piel un alto grado de irritabilidad enfrente de los agentes externos, lo cual contraindicaba el tratamiento de las dermatosis por estos rayos, Haxthansen de Dinamarca resolvió estudiar experimentalmente el problema. Para llevarlo a cabo, escogió algunos enfermos que habían sido tratados por los rayos X en sitios determinados y en los que se podía apreciar la zona de irradiación: como agentes escogió los rayos ultravioletas y el aceite de crotón por la facilidad con que producen eritema.

Con los rayos ultravioleta, irradiando tanto la zona pigmentada, como el terreno normal de vecindad, obtuvo las siguientes conclusiones: de 28 casos en 16, el eritema fue igual en ambas zonas, en 9 fue mayor en la zona antiguamente irradiada y en 3 más débil. Los enfermos que presentaron mayor eritema, unos fueron los que habían sido tratados con radioterapia profunda, en otros se trataba de hipertiroidianos que tenían naturalmente la hipersensibilidad aumentada.

Después investigó el efecto en personas normales tratadas con rayos límites y concluyó así: mis experiencias demuestran que en una piel irradiada con rayos X a dosis terapéuticas anti-eczematosas, no se observa reacción alguna.

En los anales de dermatología y sifilografía franceses, encontramos el siguiente dato: para provocar una lesión cutánea con los rayos de Bucky, es preciso emplear durante largo tiempo, dosis 10 a 14 veces más fuertes que las dosis terapéuticas. Las lesiones son menos graves, no hay ulceraciones. Los resultados dependen de una buena técnica y del estado de la piel. Tratamiento recomendado en el prurito anal y vulvar, el lupus y el zona.

#### *Manera de aplicar los rayos límites.*

Para aplicar los rayos límites, hay necesidad de establecer una correcta dosificación lo cual no se consigue sino con dosímetros especiales que tienen una cámara de celofano. En mi experiencia de trece años, no he visto accidente alguno. Creo se deba a que siempre se ha operado con voltajes de 8.10 y 12 kvs. con un amperaje de 10 miliamperios y a una distancia de 10 a 15 centímetros.

Hay necesidad, sí, de apreciar en cada caso, la cantidad de radiación a que pueda ser sometida una región determinada, porque las pieles no son igualmente resistentes. Me parece que las pieles morenas resisten mejor, pero se pigmentan más. Tampoco se deben irradiar manifestaciones agudas, ejemplo, el eczema en su fase conges-

tiva; la experiencia demuestra que no se obtienen resultados, porque hemos visto al tratar de los efectos físicos, que los rayos límites provocan después de la irradiación un edema e inflamación. No es lógico aplicar estos rayos en estados agudos de las dermatosis que se caracterizan por inflamación y edema, caso bastante marcado en los eczemas que principian. En estas circunstancias cuando se quieran aplicar los rayos límites, su dosificación deberá ser baja, pero es mejor calmar el estado agudo por medios usuales y después sí comenzar las irradiaciones.

Las dosis por campo que he llegado a observar como más eficaces para los tratamientos de eczemas, foliculitis, sicosis de la barba, líquenes, han sido de 3.000 a 5.000 "r" para orzuelos, herpes y algunos impétigos por término medio de 1.500 a 2.000 "r"; para las blefaritis 3.000 a 4.000 "r"; para soriasis, hay que llegar en cambio a 5.000 a 6.000 "r" con voltaje de 12 kvs. y distancia de 15 centímetros. Estas son las dosis medias que he llegado a aplicar en diferentes casos. Hace un año cuando tuve una entrevista con el propio profesor Bucky en Nueva York, me insinuó que podría emplear en casos reveldes dosis muy superiores a las empleadas por mí. He principiado a llevar una estadística que tan sólo tiene un año y no se puede dar un dato concluyente. Mi impresión al respecto con dosis de 10.000 "r" son de que en todos los casos no se puede emplear, por la demasiada inflamación local.

#### *¿Cómo obra la radioterapia por los rayos de Bucky sobre la piel?*

Se puede pensar que su acción no es meramente local porque hay experiencias en las cuales las radiaciones, por acción sobre el sistema simpático han llegado a mejorar úlceras del estómago y algunos aseguran haberlas curado; las radiaciones, sin duda, obran sobre las terminaciones nerviosas de la piel, pues las experiencias también demuestran que calma el prurito, hoy día considerado como una modalidad del dolor; obrando sobre el sistema nervioso periférico, sus sensaciones se transmitirán a los centros, que a su vez tendrá una manifestación periférica sobre el trofismo cutáneo. También se pueden apreciar cambios metabólicos, como sucede en el hipertiroidismo.

No sabemos las transformaciones de la energía electromagnética al chocar sobre la piel, pero lo cierto es que su acción se acumula y de aquí que la mano del operante debe saber en qué límite debe suspender las aplicaciones. En todo caso la piel y las semi-mucosas adquieren más resistencia y las recidivas son menos frecuentes.

## EXPERIENCIAS PERSONALES

En mi concepto, el Dermatólogo no debe atenerse en la mayor parte de los casos, al sólo efecto de las radiaciones, porque son múltiples las causas de las dermatosis, y hay necesidad muchas veces, de hacer un tratamiento general adecuado al caso, así, con la radioterapia de los rayos límites se obtendrán mejores y más brillantes resultados y el médico especialista irá más seguro. Como tópicos locales será mejor no emplear ninguno hasta donde sea posible, para apreciar mejor las reacciones locales y efectos de la radiación y en ocasiones para no desvirtuarla. El empleo de algunos medicamentos locales en lugar de mejorar puede alterar la piel y perjudicar el tratamiento.

## ESTADISTICA

*Eczemas.*

Casos tratados por los rayos límites . . . . .	235
Curaciones controladas durante 5 años. . . . .	26
Curaciones controladas de dos a tres años. . . . .	18
Curaciones controladas de seis meses a un año. . . . .	41
Mejorías muy satisfactorias . . . . .	52
Desaparición de manifestaciones después de dos tratamientos con intervalos de seis meses . . . . .	35
Curaciones después de tres tratamientos con intervalo de 4 meses. . . . .	20
Recaídas después de dos y tres tratamientos . . . . .	22
Sin modificación favorable. . . . .	11
Casos en los cuales se presentó exacerbación de síntomas. . . . .	6
Mejorías pasajeras. . . . .	5
Porcentaje de curaciones . . . . .	60%

Es de notar el éxito en esta clase de lesiones que tan frecuentemente recaen y que son tan rebeldes a otros tratamientos. Entre las manifestaciones que he podido apreciar con magníficos resultados se cuentan los eczemas del conducto auditivo externo, y del seno en las mujeres. Eczemas llamados varicosos.

*Soriasis.*

Número de casos tratados . . . . .	25
Entre estos 25 casos sólo he podido apreciar una desaparición	

de síntomas durante un año y medio. Los demás han vuelto a recaer de los dos a los seis meses.

En varios casos se han obtenido mejorías muy satisfactorias; he denominado así a manifestaciones que han vuelto a aparecer pero de manera discreta.

A pesar de la repetición de los tratamientos hasta tres veces no he obtenido la curación de ninguno de los casos.

Porcentajes de mejorías. .... 58%

*Pruritos sin lesiones cutáneas aparentes.* Regiones anales perineales y vulvares.

Número de casos tratados. .... 37

Casos en los cuales ha desaparecido el prurito pero que no se han podido controlar después. .... 10

Casos en que no se presentó el prurito en seis meses. .. 9

Mejorías durante un año —aparición del prurito en forma atenuada. .... 12

Recaídas de los dos a los seis meses con igual intensidad. 6

Es probable que haya casos de curación pero no se han podido controlar suficientemente para sacar porcentajes precisos. En todo caso sí se obtiene un alivio inmediato y mejorías apreciables en estas manifestaciones tan rebeldes y mortificantes.

*Líquenes.*

*Frecuencia de los líquenes del cuello.*

Número de casos tratados .... 88

Casos controlados durante dos años sin aparición de nuevas lesiones. .... 20

Casos controlados de seis meses a un año. .... 15

Control de dos a tres meses. .... 16

Casos con desaparición de las lesiones al terminar el tratamiento y supresión del prurito. .... 25

Recaídas. .... 12

Porcentaje provisional de curaciones. .... 86%

Digo porcentaje provisional porque en realidad no se puede concluir de manera definitiva porque son pocos los casos controlados por años. Es difícil seguir a los enfermos, que por otra parte no vuelven a la consulta.

*Herpes.*

Casos de herpes bucales y sus contornos. ....	20
Casos de herpes de la región genital del hombre. ....	26
Casos de herpes de la región genital de la mujer. ....	10
Porcentajes curación control de 2 años. ....	85%
Recaídas en ..	15%

*Piodermitis.*

Casos tratados. ....	30
Impétigos sin ningún otro tratamiento local. ....	25
La curación se ha obtenido entre los 10 y 20 días.	
Casos en que hubo necesidad de otros tratamientos. ....	5

El control de los tratamientos sin recaídas se llevó en algunos, por 3 meses.

*Sicosis de la barba.**Sicosis estafilocócicas*

Número de casos tratados. ....	48
Curaciones con año y medio de control. ....	5
Supresión de manifestaciones durante 5 a 8 meses. ....	10
Supresión de manifestaciones hasta un mes después del tratamiento. ....	14
Casos de recaídas entre tres y seis meses. ....	9
Casos en que después de recaídas se trataron nuevamente por los rayos límites con buen resultado. ....	8
Casos sin resultado. ....	2

*Tricoficias.*

N. de casos ..	67
Curaciones —control de un año—. ....	15
Con control de 3 meses. ....	20
Supresión de manifestaciones hasta un mes después del tratamiento. ..	12
Supresión de manifestaciones inmediatamente después del tratamiento —sin control posterior—. ....	25

*Epidermificias.**Epidermificias interdigitales, etc.*

N. de casos. ....	52
Curaciones —control de un año—. ....	10
Supresión de manifestaciones de 2 a 5 meses. ....	15
Supresión de manifestaciones al terminar el tratamiento sin control ulterior ....	22
Recaídas a los 2 meses. ....	5

*Úlceras de la pierna.*

N. de casos tratados. ....	30
Curaciones con control de seis meses. ....	8
Cicatrización al terminar las aplicaciones. ....	10
Recaídas. ....	9
Sin resultado. ....	3

*Peladas.*

N. de casos tratados. ....	28
Curaciones controladas durante un año. ....	8
Supresión de las manifestaciones durante seis meses. ..	5
Supresión de manifestación paladica al terminar el trata- miento. ....	11
Sin resultado en forma generalizada. ....	4

*Lupus Eritematoso.*

Número de casos tratados. ....	10
--------------------------------	----

En estos casos se obtuvo alguna mejoría pero tengo la impresión de que estos tratamientos no curan la manifestación.

*Orzuelos.*

Número de casos tratados.

En todos los casos obró admirablemente el tratamiento obteniéndose la desaparición rápida de las manifestaciones. Los orzuelos en sus comienzos con dosis de 300 "r" desaparecen sin llegar a supurar. El porcentaje de curaciones llega al 98%. Recaídas pueden presentarse, pero con un segundo tratamiento no vuelven a presentarse al menos por un tiempo muy largo.

De manera casual, hace seis años, cuando trataba a una señora para una eczema de la cara por medio de los Rayos X de Bucky, la misma enferma me hizo notar que las manifestaciones de los párpados o sea una blefaritis que la acompañaba desde la niñez, se había modificado favorablemente, entonces intensifiqué el tratamiento sobre los párpados y mi sorpresa fué grande, y el regosijo de la señora mayor, cuando las manifestaciones desaparecieron con la décima aplicación de los rayos límites. Desde entonces he tratado 38 casos, algunos de los cuales me han sido enviados por colegas a quienes comuniqué mi observación.

Debo declarar que al principio tuve gran temor al aplicar los rayos X sobre los ojos, pero dada la poquísima penetración de estos rayos, fui aumentando la dosificación sin ver ningún inconveniente con dosis iguales aplicadas en cualquier parte del cuerpo.

El tratamiento de las blefaritis ciliares no obra lo mismo en todos los casos porque, como es sabido, hay dos formas de blefaritis: una no ulcerosa y otra ulcerosa. La forma no ulcerosa o sea aquella en que los párpados están tumefactos, y enrojecidos y con una buena cantidad de escamas en los poros foliculares, el tratamiento por los rayos X, límites obra mejor o más rápidamente que en las formas ulcerosas.

En estas formas ulcerosas hay costras pequeñas de color amarillo, los párpados están rubicundos y edematosos, las pestañas se encuentran aglutinadas o pegadas. Al separarlas y quitar las costras, se aprecian úlceras pequeñas localizadas en el infundíbulo: estas úlceras sangran con facilidad. Las pestañas caen de manera definitiva, porque hay destrucción del bulbo piloso. En casos avanzados se encuentran deformidades de los párpados, hipertrofia del borde palpebral y ectropión. Como síntomas subjetivos hay sensibilidad a la luz, fatiga ocular durante el trabajo, especialmente con luz artificial, prurito y dolor. Se encuentra como complicación frecuente el orzuelo y la conjuntivitis. No es pues, una enfermedad que se pueda despreciar, los especialistas bien conocen el sufrimiento que entrañan estas lesiones y las graves consecuencias que se producen.

La estadística de 48 casos, si en realidad no es muy numerosa, es bastante demostrativa por los resultados obtenidos. De los 48 enfermos tratados, 40 correspondían a la forma no ulcerosa y ocho a la forma ulcerosa. En los 40 casos de forma no ulcerosa, como es de suponer, se trataron blefaritis más o menos leves y casos de cronicidad desesperante. En las formas leves el resultado favorable fue de un



95%. En las otras formas un 90%. El control de algunos casos se ha podido llevar durante dos años sin recaídas. En todos los casos se obtuvo una mejoría apreciable. No se han podido controlar todos los enfermos porque no han vuelto a la consulta para el examen de control.

En cuanto a las formas ulcerosas puedo citar el caso de una mujer del campo que me fue enviada por los doctores Cuéllar, que presentaba en el borde de los párpados ulceraciones, cubiertas de costras amarillas, con secreción purulenta, lagrimeo constante y conjuntivitis. Tenía ftofobia muy intensa. Desde la tercera aplicación de rayos límites, los párpados se mostraron menos inflamados, la supuración casi desapareció, el lagrimeo disminuyó y la conjuntivitis se modificó algo. Al llegar a la sexta aplicación seguía la mejoría y a la décima se obtuvo la supresión de todas las manifestaciones después de dos meses de tratamiento. No se ha podido saber el resultado ulterior del tratamiento. En los demás enfermos siempre se obtuvieron mejorías apreciables. El porcentaje de curación en pocos casos se puede calcular en 80%, cuando creía haber descubierto algo. He ensayado también los rayos X de Bucky en el vitiligo y el carate sin haber obtenido resultado alguno favorable.

## CONCLUSIONES

1º Los rayos límites son rayos extrablandos, cuya absorción se hace casi íntegramente en la piel.

2º Los rayos de Bucky, por su acción biológica y por sus efectos físico-químicos, producen modificaciones favorables la medio cutáneo para su reconstrucción normal.

3º La inocuidad de los rayos límites hace que se puedan emplear sin peligro alguno, tanto para el paciente como para el operador.

4º En los numerosos tratamientos que he practicado con más de 5.000 aplicaciones no he tenido ninguna complicación desagradable. Solamente molestan las pigmentaciones, que son pasajeras.

5º La dosificación de los aparatos debe hacerse de manera rigurosa y con dosímetros especiales con cámara de celofano.

6º Los voltajes empleados en las aplicaciones que he practicado han sido en su mayor parte de 10 kilovoltios con 10 miliamperios y a 10 centímetros de distancia. En algunas ocasiones se han empleado 12 k. y 10 ma. y 15 centímetros de distancia.

7º Es de suponer por observaciones hechas, que la acción de los

rayos no es puramente local; su efecto sobre el sistema nervioso es innegable, especialmente sobre el simpático.

8º En las eczemas, líquenes, foliculitis y sicosis de la barba las dosis más eficaces por campo fueron de 3.000 "r" a 5.000 "r". En orzuelos, herpes, blefaritis y en los impétigos el éxito se vió más notorio, con dosis de 2.000 a 3.000 "r". En cambio para las soriasis y lupus, las óptimas fueron de 5.000 "r" a 8.000 "r" con voltaje de 12 kilovoltios y distancia de 15 centímetros.

9º Después de las radiaciones, caso de que no obren, se pueden emplear sin inconveniente, otros tópicos locales.

10º Podemos concluir, en las experiencias seguidas, que los mejores resultados que se obtuvieron con los Rayos X de Bucky, fueron en los orzuelos, blefaritis, impétigos, eczemas. En los eczemas rebeldes el porcentaje de curaciones fue de 58%.

11º En algunas soriasis se obtuvieron éxitos satisfactorios. Considero muy útiles los rayos límites en los pruritos genitales y anales, suprime por largo tiempo el prurito y modifica las erosiones cutáneas producidas por el rascado. En las tricoficias y epidermoficias da resultados buenos pero por sí solo no pueden curar estas enfermedades. En las úlceras son un medio muy eficaz para ayudar a la cicatrización. En los vitiligos y carates los resultados son nulos. En las peladas, regulares. En los lupus y en algunas tuberculosis cutáneas, los resultados son mediocres. En el eritema indurado de Bazin las modificaciones favorables son halagüeñas.

12º La mayor parte de los casos tratados habían sido rebeldes a otros tratamientos.

13º Los tratamientos generales de las dermatosis según sus causas, no se pueden suprimir para obtener mejores resultados.

# FRECUENCIA DE LAS LESIONES OCULARES POR TRAUMATISMOS

Por el doctor Francisco Infante B.

Como médico especialista del Instituto de Medicina Legal de Bogotá, he examinado a 72 individuos desde el punto de vista oftalmológico, con el fin de practicarles reconocimiento medico-legal de las lesiones causadas por traumatismos. Las entidades que he encontrado corresponden al cuadro siguiente:

Parálisis pupilar . . . . .	9	12.8%
Catarata traumática . . . . .	8	11.4%
Equimosis palpebral . . . . .	8	11.4%
Hemorragia de la cámara anterior . . . . .	5	7.1%
Hemorragias subconjuntivales . . . . .	5	7.1%
Desprendimiento de la retina . . . . .	5	7.1%
Ruptura de la esclerótica . . . . .	4	5.7%
Hemorragias retinianas . . . . .	4	5.7%
Iridodiálisis . . . . .	4	5.7%
Heridas de los párpados . . . . .	3	4.2%
Subluxación del cristalino . . . . .	3	4.2%
Edema traumático de la retina . . . . .	3	4.2%
Atrofia parcial de la papila . . . . .	2	2.8%
Fracturas de la órbita . . . . .	2	2.8%
Desgarradura de la retina macular . . . . .	2	2.8%
Parálisis del m. o. c. . . . .	2	2.8%
Heridas perforantes de la córnea . . . . .	2	2.8%
Leucomas . . . . .	2	2.8%
Desgarraduras conjuntivales . . . . .	2	2.8%
Erosiones de la córnea . . . . .	2	2.8%
Luxación del cristalino . . . . .	1	1.4%
Tic palpebral . . . . .	1	1.4%

Atrofia papilar total . . . . .	1	1.4%
Nubécula . . . . .	1	1.4%
Herida perforante de la región ciliar . . . . .	1	1.4%
Exoftalmía . . . . .	1	1.4%
Ptosis palpebral . . . . .	1	1.4%
Iridotomía . . . . .	1	1.4%
Heridas del párpado superior . . . . .	1	1.4%
Atrofia retiniana . . . . .	1	1.4%
Degeneración macular . . . . .	1	1.4%
Coloboma del párpado superior . . . . .	1	1.4%
Ojo atrófico . . . . .	1	1.4%
Parálisis del recto externo . . . . .	1	1.4%
Herida perforante de la esclerótica . . . . .	1	1.4%
Glucoma traumático . . . . .	1	1.4%

Los pacientes de esta estadística corresponden a individuos que se encuentran haciendo reclamaciones judiciales por las lesiones sufridas, ya por un accidente de trabajo o de tráfico, ya por lesiones debidas a riña o por casos de accidente fortuito. Todos dan el antecedente traumático por heridas cortantes, contusas, contundentes, (golpes, caídas, garrotazos, peinillazos, puñetazos). Si analizamos el cuadro, vemos que el mayor número de casos y por consiguiente el mayor porcentaje corresponde a las siguientes entidades: parálisis pupilar, catarata traumática, equimosis palpebral hemorragias conjuntivales, desprendimiento de la retina, ruptura de la esclerótica, hemorragia de la cámara anterior, iridodíálisis, heridas palpebrales, subluxación del cristalino. En esta clase de pacientes, las lesiones son unilaterales exceptuando la equimosis palpebral que puede extenderse al lado no afectado por el traumatismo. El 90 por 100 de estos pacientes, corresponde a hombres y en éstos, las lesiones debidas a riñas y puñetazos, son más frecuentes en el ojo izquierdo.

Desde el punto de vista médico-legal hay que proceder con estos pacientes con un gran sigilo y experiencia profesional para no dejarse engañar ni suggestionar de las manifestaciones que hacen, los cuales, en estos casos, siempre están interesados en agravar su situación para justificar la reclamación que persiguen; este interés conduce a los casos de simulación, falsificación exageración y disimulación.

Para evitar todo error que podría consignarse en el concepto médico-legal y que iría en perjuicio del profesional y de las partes interesadas, hay que practicar un examen oftalmológico lo más

detallado y minucioso posible, valiéndose de todas las pruebas y aparatos que sean necesarios para esclarecer un concepto dudoso. Para tal efecto, dejamos constancia en la historia que nos relata el paciente los mayores detalles posibles, pues con ella y frente a las lesiones que encontramos podemos deducir la dirección, tamaño de la herida, profundidad y sitio de la misma, con relación al agente o fuerza que la produjo. Es decir, que de aquí podemos tener el juicio proporcional de causa a efecto.

A continuación sometemos al enfermo a un examen oftalmológico objetivo y subjetivo.

Un examen general de los ojos debe constar: primero, inspección con iluminación directa e indirecta; segundo, examen oftalmoscópico; tercero, examen de refracción; cuarto, examen del funcionamiento muscular; quinto, examen con la lámpara de hendidura.

Por el examen objetivo encontramos a la inspección, las alteraciones de la piel; equimosis, ptosis, erosiones, heridas de los párpados o de su vecindad. Por el alumbrado directo o lateral observaremos la forma y tamaño de la pupila; las reacciones pupilares (punto importante en el diagnóstico diferencial entre las verdaderas ceguerras y las simuladas); el estado del iris (iridonesis); las imágenes de Purkinge; la profundidad y contenido de la cámara anterior; los cuerpos extraños de la córnea y de la conjuntiva; las heridas de la córnea y de la conjuntiva; las heridas perforantes sobre la córnea y sobre la esclerótica y en general la dirección, el sitio, tamaño, forma y demás caracteres de la herida.

Por el examen oftalmoscópico directo e indirecto y con pupila dilatada observaremos la transparencia de los medios, las hemorragias del vítreo, las hemorragias de la retina, el edema traumático (de Berlin), los estigmas de antiguos procesos inflamatorios de la coroides y la retina, las desgarraduras y desprendimientos de la retina el estado de la papila, las alteraciones vasculares, etc.

La transiluminación es un auxiliar diagnóstico. Por este método podemos descubrir los cuerpos extraños y la naturaleza de las opacidades del vítreo y del cristalino.

El electroimán lo emplearemos cuando la clase y sitio de la herida, así como la anamnesis, concuerden en la posibilidad de cuerpos metálicos, intraoculares. Si tales cuerpos metálicos son de acción magnética, no sólo nos serviría el electroimán para esclarecer el diagnóstico, sino a la vez de tratamiento.

Cuando la anamnesis y el estado clínico del ojo nos inducen a

creer en la existencia de un cuerpo extraño intraocular, no debemos omitir, para llenarnos de razones, el examen radiográfico. Este, en caso de existir un cuerpo opaco a los rayos X, nos dirá si existe el cuerpo extraño, si es intra o extra ocular, además del dato aproximado de su situación.

Un examen objetivo de refracción debe de ser practicado. Con el retinoscopio se puede tener un valor aproximado de las lentes correctoras, descubriendo al mismo tiempo la presencia de las alteraciones anatómicas de la córnea, y el astigmatismo corneano. Con todos estos datos, el oculista reúne una serie de hechos para valorar y establecer las relaciones con los datos subjetivos.

Un examen de rutina y que en algunos casos es muy manifiesta su sintomatología, es el examen del funcionamiento muscular. La falta de equilibrio funcional de la musculatura ocular se manifiesta por extravismo y diplopía. En presencia de un extravismo sin diplopía, se concluye que no es un extravismo consecutivo a una parálisis, sino más bien que se trata de un extravismo funcional, el cual, no es de reciente aparición sino de vieja data. En el caso contrario, de extravismo y diplopía, se concluye que sea paralítico. Pero sucede que en ocasiones la desviación del ojo es tan débil o casi nula por lo cual sólo existe el dato subjetivo de la diplopía. En tales casos procedemos a objetivizar este dato con el cuadro para imágenes diplópicas, el cual con pruebas repetidas debe de dar una imagen sistematizada de su diplopía, de acuerdo con el músculo o músculos paralizados. Es necesario establecer cuál es el músculo paralizado. La dirección del extravismo nos dice a qué músculo corresponde la ausencia de acción muscular. Cuando el extravismo no se hace notorio, la prueba de las imágenes diplópicas da un cuadro sistematizado, para cada músculo. Es preciso establecer hasta donde sea posible, si el extravismo es debido a la ausencia de una acción muscular propiamente dicha, o si ésta es la consecuencia de una pérdida del influjo nervioso. Es decir, si hay una falla en la integridad muscular o una parálisis nerviosa. En este último caso puede tratarse de una parálisis parcial o total de m. o. c. del m. o. e., o del patético. El establecer si la diplopía y el extravismo se deben a una causa muscular o a una causa nerviosa, dilucida un concepto pronóstico a más de una conducta terapéutica.

El examen con la lámpara de hendidura da una valiosa información en todo ojo que ha sido herido y en especial en los casos de herida con perforación, en la cual se sospecha la presencia del agente

vulnerante. Con este aparato podremos apreciar los cuerpos extraños, la profundidad y extensión del proceso inflamatorio, su sitio y hasta el tiempo aproximado de su evolución.

En el examen subjetivo se requiere como requisito indispensable la exacta colaboración del examinado, la cual en los casos que nos ocupan, es muy difícil de obtener, ya que cada uno de estos individuos tiene el interés de agravar su incapacidad para justificar en mayor grado la reclamación que se propone. Es por esta razón por la que el perito especialista tiene que servirse de todas las pruebas con especial cuidado. Usar los distintos test para los casos en que la confrontación de los exámenes objetivos no corresponda con los subjetivos. De esta manera podremos descubrir los distintos tipos de simuladores. Si una o varias pruebas no son suficientes para aclarar nuestro criterio, repetirlas cuantas veces sean necesarias hasta llenarnos de razones.

El examen subjetivo se refiere al conocimiento de la agudeza visual, determinación de la refracción del ojo, del campo visual y del funcionamiento muscular.

La prueba de la agudeza visual se debe de practicar sin corrección y con corrección óptica. Está bien conocer la prueba de conjunto y la prueba individual en ambos casos. La determinación de la refracción aproximada como prueba objetiva, contribuye a la corrección óptica lo más exacta posible, la cual debe de ser expresada en agudeza visual, dato puramente subjetivo. La determinación de la agudeza visual es, en síntesis, el medio de que nos servimos para valorar la agudeza visual central y por consiguiente la capacidad o incapacidad del paciente.

Para valorar la extensión de las lesiones encontradas al examen de un fondo de ojo, así como para conocer la conducta del examinado, se hace indispensable conocer el campo visual.

En el conocimiento de la función muscular nos encontramos con pruebas objetivas y subjetivas y por consiguiente con el extravismo y la diplopía.

En los datos y pruebas subjetivas no hay que despreciar las observaciones visuales a que el paciente hace referencia. Así el paciente puede decir que ve las cosas que él conoce, quebradas, interrumpidas, desfiguradas (metamorfopsia), coloreadas (eritropsia), halos de distintos colores alrededor de un foco luminoso. Cada uno de estos datos son síntomas de distintas lesiones que hay que ir a confrontar y buscar. Tenemos que la metamorfopsia es síntoma de lesiones retinia-

nas y más frecuentemente de lesiones retinianas maculares. La eritropsia es síntoma de un desprendimiento de la retina y más frecuentemente de una hemorragia de la misma. Los halos coloreados alrededor de un foco luminoso, pueden estar indicando un glaucoma.

Con los datos obtenidos por los distintos métodos de examen, el especialista está en posesión de un número de hechos que debe valorar y justipreciar para llegar a una conclusión diagnóstica. Pero desde el punto de vista médico-legal, no basta el concepto diagnóstico de lesión, sin que es más importante dejar constancia del grado, consecuencias y alcance de las alteraciones funcionales. Habrá necesidad, pues, de valorar la alteración funcional diciendo el porcentaje de la visión perdida y el porcentaje de la visión que conserva en el momento de practicado el examen. La visión restante, definitiva, sólo se puede establecer después de varios reconocimientos y una vez que hubiere pasado el peligro de complicaciones o agravación posterior al primer reconocimiento. Al respecto, hay que tener en cuenta que en un primer examen puede no encontrarse ninguna lesión objetiva, pero que días más tarde, por la naturaleza misma del traumatismo sufrido, así como por las especiales o individuales circunstancias del estado general del paciente, sea motivo para que el traumatismo, si no es causa directa de una lesión ocular inmediata, obrando entonces a posteriori, podría actuar como causa directa o de acción desencadenante de un estado general. Esta circunstancia nos obliga en un primer dictamen a no ser absolutistas en nuestro concepto y dar el margen de espera conveniente para establecer lo que pudiéramos llamar las consecuencias post-traumáticas. En esta forma obraremos con la más estricta conducta en nuestro papel de colaboradores ante la justicia.

Un punto que merece aclaración es el que cada una de las entidades que aparecen en el cuadro, no corresponden a lesión única en cada individuo, sino que se encuentran asociadas a un cierto número de lesiones de aparición inmediata o por posteriores complicaciones. A manera de ejemplo cito el caso de un muchacho de 14 años de edad, quien recibió una pedrada en el ojo derecho. Examinado cinco días después del traumatismo presentaba las siguientes lesiones: erosión del párpado inferior con una ligera equimosis, hemorragia de la cámara anterior, desinserción del iris en el sector infero externo, pupila en forma de hendidura, edema retiniano de la mitad inferior, ausencia del campo visual superior, focos hemorrágicos diseminados sobre la superficie edematosa de la retina, exudados del vítreo y agu-



deza visual de dedos a un metro, pero solamente en una pequeña zona del campo visual. La agudeza visual central estaba reducida a cero, lo que significa que la retina de la región macular estaba gravemente interesada. Es natural pensar que de estas lesiones, unas sean efecto inmediato del traumatismo y que otras se produzcan como consecuencia de aquellas. Las primeras son las lesiones traumáticas propiamente dichas; las segundas, son siempre el resultado de una lesión inflamatoria de los tejidos mortificados por el traumatismo. En definitiva, la causa es una sola y las lesiones pueden ser múltiples.

Si al diagnóstico de lesión, así como el diagnóstico de alteración funcional se puede llegar con un criterio positivista, en lo referente al diagnóstico etiológico, es un dato en el cual, en muchos casos, nos encontramos impedidos para formularlo con la misma seguridad. Para tal diagnóstico, las lesiones encontradas no nos sirven de elementos de criterio para contestar la pregunta que al oftalmólogo se le formula en casos médico-legales. El diagnóstico de una retinitis, de una neuritis, de una atrofia papilar es cosa fácil, pero el diagnóstico etiológico acarrea aquí mayores dificultades. Los mismos estados los pueden producir una enfermedad general (tuberculosis, sífilis, diabetes, etc.) o focal (foco séptico sinusal, amigdaliano, dentario, etc.).

Otra pregunta que a menudo le pueden formular al oftalmólogo, es la influencia que puede tener un determinado traumatismo en un ojo anteriormente lesionado por un estado de enfermedad; o la influencia que pudo tener en un ojo, en el cual poco tiempo después de sufrido un traumatismo directo o indirecto, se desarrolla un estado de verdadera enfermedad, como una queratitis, una uveítis, una iritis. En tales casos y procediendo con una moral de justicia, mi concepto es el de que el diagnóstico etiológico se debe hacer por eliminación de causas. Si en el momento de un reconocimiento encontramos una atrofia de la papila sin ninguna otra lesión, pero que el individuo que la padece y al cual se le comprueba una serología positiva, la atribuye a un traumatismo reciente o antiguo, podemos concluir que tal lesión no es de origen traumático. En el mismo caso, si la atrofia evidentemente tuvo lugar después del traumatismo, por las circunstancias de su terreno, podría considerarse al traumatismo como causa desencadenante, pero nó como causa eficiente. Si en el mismo ejemplo, consideramos que estaba evolucionando ya la atrofia de la papila debida a su especificidad, tenemos que concluir que la sífilis por sí sola, es causa suficiente para producirla en forma total y que por

consiguiente al traumatismo, se le puede considerar como causa adyuvante.

Un punto importante y quizá el más comprometedor en el dictamen médico-legal, es el pronóstico de las lesiones que presenta el paciente. Es aquí precisamente en donde se pone a prueba la pericia y sobre todo la prudencia del médico legista. Para tal efecto se ha convenido en clasificar las lesiones oculares en ligeras, medianas o graves. Las graves son siempre de mal pronóstico. Las demás, se las debe de calificar con el término de "pronóstico reservado", teniendo en cuenta la posibilidad de las complicaciones posteriores.

*Francisco Infante B.*

# EXAMENES PULMONARES POR EL METODO DE ABREU

## Sus Resultados.

ANALISIS DE 40.000 FOTOFLUOROGRAFIAS.

CENTRO EPIDEMIOLOGICO N° 3. BOGOTA.

Doctor Alfonso Reyes, Jefe de Clínica de Tisiología

### *Historia.*

Fue el profesor brasileiro Manuel Abreu, quien inició los primeros trabajos sobre este método en 1924 y los presentó en forma definitiva en 1936. Posteriormente el doctor Hanker aplica la Abreugrafía al examen en serio de colectividades.

Entre nosotros, fue el doctor Omar Benavides en 1940 quien presentó su trabajo de tesis sobre las primeras abreugrafías tomadas en un aparato ideado por él.

En Bogotá, se inició la campaña por este sistema en enero de 1947 con la fundación del Centro Epidemiológico N° 1, dirigido por el doctor Antonio Acosta Pinzón.

### *Ventajas del procedimiento.*

Comparativamente con el método radioscópico, ofrece: su rapidez y precisión; la protección del personal técnico contra las irradiaciones y, finalmente, el documento radiológico que puede servir para evitar reclamos posteriores por parte de las Empresas y Eneidades Oficiales.

*Ventajas particulares de la película de 35 milímetros.*

Son las principales: su menor costo, la facilidad de archivo; ésto último muy importante cuando se trata de colectividades como colegios, asilos, etc. En cuanto a la precisión diagnóstica, hemos podido comparar frecuentemente las imágenes de una radiografía de 14 por 17 pulgadas con la microradiografía del mismo caso sin que hayamos podido hallar diferencias apreciables. Además es posible obtener abreviaturas en incidencias oblicuas lo que unido a la amplificación con que se leen estas placas representan mayores posibilidades de acierto en el diagnóstico.

*Clasificación de las lesiones.*

La hemos hecho de acuerdo con la adoptada por la Lucha Antituberculosa, que es la misma de la Asociación Americana de Sanatorios y Dispensarios, así:

A) *Lesión mínima*: Ligera infiltración, sin excavación demostrable, pequeña parte de uno o de ambos pulmones cuyo volumen no debe exceder al equivalente del tejido pulmonar que está situado por encima de la segunda articulación condroesternal.

B) *Lesiones moderadamente avanzadas*: Ligera infiltración diseminada, o fibrosis, que puede tener una extensión no superior a la equivalente de un pulmón; infiltración muy intensa que debe no ser superior al tercio del volumen de un pulmón; el diámetro total de las cavernas no debe exceder a cuatro (4) cms.

C) *Lesiones avanzadas*: Las que son más extensas que las anteriores o con cavernas mayores de cuatro (4) centímetros.

La anterior clasificación sólo se refiere a la Tuberculosis de Reinfección. En los casos de primoinfección hallados en este análisis, se ha tenido en cuenta ante todo su aspecto radiológico. La mayoría de los casos han sido estudiados tanto desde el punto de vista radiológico como desde el clínico y de laboratorio; se ha hecho la prueba tuberculínica en los niños; ésto en atención a que en materia de diagnóstico, la radiología no permite siempre el diagnóstico definitivo sin aquellos exámenes complementarios.

*Porcentajes hallados.*

Sobre los 40.000 exámenes, el índice de morbilidad, en los dife-

rentes grupos que acuden al Centro, ha sido de 0.147%. Se hallan distribuidos así:

Primoinfección en actividad . . . . .	35.59%
Lesiones mínimas . . . . .	15.25%
Lesiones moderadamente avanzadas . . . . .	27.22%
Lesiones muy avanzadas . . . . .	22.03%

Aunque el número de hombres y mujeres examinados ha sido prácticamente igual, (20.552 hombres y 19.448 mujeres) se halla un porcentaje mayor de positivos entre los hombres (64.40%) que entre las mujeres (35.60%).

*Según la edad:*

De 3 a 15 años . . . . .	40.67%
De 15 a 30 años . . . . .	35.59%
De 30 a 45 años . . . . .	16.94%
De 45 años en adelante . . . . .	7.61%

Es de anotar que los anteriores porcentajes hacen relación sólo al número de enfermos hallados (59) entre las 40.000 abreugrafías que se estudiaron.

## CONCLUSIONES

*Primera:* El sistema de Fotofluografía es el más cómodo, rápido y preciso para los exámenes en serie.

*Segunda:* La película de 35 milímetros, bien interpretada y técnicamente tomada, suministra los datos radiográficos necesarios para un buen diagnóstico.

*Tercera:* En el número de casos examinados se encuentra una apreciable cantidad de adultos, aunque el Centro está dedicado al estudio pulmonar de los niños; ello se debe a que se han investigado los probables contactos infectantes y a que también se examinan los maestros.

*Cuarta:* El porcentaje de morbilidad hallado fue de 0.147%.

*Quinta:* El porcentaje de sospechosos radiológicamente ha sido de 1.70%; entre éstos es claro que resultan positivos para Tuberculosis Pulmonar algunos de ellos; una vez practicados los exámenes complementarios.

# RESECCION TRAUMATICA DE LOS CORNETES

Por el doctor Francisco Infante B.

El caso que nos ocupa, por las extrañas y curiosas alteraciones anatómicas que se produjeron con ocasión a un traumatismo, justifican esta publicación.

Se trata del señor Carlos Duarte —45 años— empleado de la Contraloría General de la Nación, quien sufrió un accidente automovilístico al ser arrollado y lanzado contra un andén. Como lesiones aparentes a inmediatas se observaban contusiones en los miembros inferiores, fractura de la pierna derecha y hemorragia nasal. En la cara y en el cráneo no se observaba ninguna herida, erosión o contusión. Cuando el paciente salió de su estado de shock al uso de su estado consciente, en lugar de quejarse de la fractura de su pierna se quejaba de intenso dolor en la región facial y con especialidad del lado derecho. Al poco tiempo se inició una fetidez de la nariz acompañada de una secreción purulenta abundante y de un síndrome de obstrucción nasal. No hubo durante este tiempo fenómenos inflamatorios de la cara. Fue sometido a un intenso y prolongado tratamiento con antibióticos. Al cabo de dos meses continuaba con la fetidez y supuración de la nariz. Pensaron los médicos que lo atendían que se trataba de una sinusitis y le ordenaron una radiografía de los senos paranasales. La radiografía N° 29834 en su concepto radiográfico dice así:

“En las radiografías de la cara tomadas en posiciones diferentes, se nota lo siguiente: Los senos frontales tienen capacidad grande y la transparencia de la cavidad derecha está disminuía. Las células etmoidales derechas también aparecen oscuras y las izquierdas conservan buena pneumatización.

El seno maxilar derecho ofrece una marcada opacidad y el izquierdo está completamente claro.

El tabique nasal es un poco sinuoso.

*Conclusiones:* Los signos radiográficos indican que todas las cavidades derechas de la cara están lesionadas por un proceso de sinusitis crónica”.

De usted atento servidor y amigo,

(Fdo.) *C. Trujillo Vanegas*

Hay una nota que dice: El marcador metálico está situado en el lado derecho de la cara —adjunto dos radiografías 8 por 10—.

Con estas circunstancias el paciente estuvo al cuidado de un especialista y fue tratado de acuerdo con el diagnóstico radiográfico. A pesar del tratamiento médico que le practicaron, el enfermo no mejoraba y continuaba con la misma sintomatología. Vino a mi consultorio el 5 de junio, con el diagnóstico anticipado, tanto clínico como radiográfico, de que tenía una sinusitis de la cual no había mejorado a pesar de un intenso tratamiento. “Estaba desesperado con la hediondez y la supuración”.

A pesar del diagnóstico que me traía el paciente y a pesar del concepto de las placas radiográficas que afirmaban el diagnóstico de una pansinusitis del lado derecho de la cara, practiqué un cuidadoso examen de la nariz y de los senos. El examen rinoscópico en el primer momento me dio la impresión de una fosa completamente obstruida por una masa de costras y supuración. (El enfermo manifestó que ese día no se había bañado la nariz como ordinariamente lo estaba practicando varias veces al día para disminuir la fetidez). La diafanoscopia de los senos paranasales no concordaba con la abundante supuración que había en la nariz, pues se encontraba una transparencia sensiblemente igual para ambas cavidades sinusales. El resultado de la diafanoscopia me indujo para seguir insistiendo en la exploración de la nariz, en el concepto de que podría tratarse de una lesión únicamente circunscrita a la nariz, pues en el caso de que la supuración proviniera del seno, esa retención debía de dar un seno bastante opaco o al menos haciendo un contraste notorio con la claridad del lado sano. Procedí con unas pinzas y con el control rinoscópico a desalojar lo que en un principio creí que se trataba de concreciones costras formadas por la supuración. Hubo un momento en que tuve la

sensación de agarrar una masa de fuerte consistencia y que trataba de movilizarse en parte, produciendo dolor para el enfermo. Como quería insistir en la extracción, puse anestesia con cocaína y proseguí a sacar lo que en este momento pensé que fuera un cuerpo extraño. Logré extraerlo. Se produjo una ligera hemorragia. Examinó el cuerpo extraído y ví que era un pedazo de hueso que por su conformación correspondía al cornete inferior. Aunque creí que no se trataba de más, le dije al paciente que regresara. El paciente me informó luego que la mejoría experimentada con la primera intervención se refería a la disminución de la obstrucción. Exploré nuevamente y observé que la parte anterior e inferior de la fosa, estaba libre y bastante amplia, debido a la ausencia del cornete inferior. En cambio, la parte superior y posterior estaba obstruida. Como en la primera oportunidad, procedía a remover lo que todavía obstruía la fosa y mantenía un estado supurativo. Se trataba de varios pedazos óseos y que una vez bien despegada la fosa, se pudo observar que correspondían al cornete medio.

Era natural que una vez eliminados estos secuestros que estaban desempeñando el papel de un cuerpo extraño endonasal, se suspendiera la supuración así como los demás síntomas. Claro que a los ocho días lo volví a ver y encontré una fosa amplia, en la cual llamaba la atención, el que se había practicado una resección total del cornete inferior y medio. Todos los síntomas fastidiosos de que el enfermo se quejaba habían desaparecido.

Pero como todo efecto tiene su causa, surge la pregunta, de cómo se verificó la resección de los cornetes. Como anoté al principio, lo curioso del caso es que no presentó en la región facial, ni siquiera en la cabeza, ninguna herida, erosión o contusión. Es claro que al haberse presentado cualquiera de estas manifestaciones en la cara y en especial sobre la nariz se podría concluir que había sido el resultado de una fractura de estos huesos, pero de una fractura demasiado curiosa y demasiado excepcional, ya que todo traumatismo capaz de producir una fractura sobre la nariz, interesaría primero el esqueleto y en especial el tabique y los huesos propios, que son las fracturas más constantes, pero en ninguno de estos componentes existía lesión y por consiguiente no había alteración en la conformación de la nariz. Se podría aducir que una fuerza violenta de contragolpe, capaz de producir la desinserción de los cornetes, había sido la causa. Pero esa fuerza de aplicación ha debido tener lugar en cualquier parte del cráneo y acompañarse de fracturas, parálisis, trastornos mentales, trastornos oculares, etc. He repetido que en el cráneo no sufrió nin-



guna lesión y que el estado del paciente desde los primeros días del traumatismo, negaba esta posibilidad.

Descartadas estas causas, queda únicamente la siguiente hipótesis causal: Es muy posible que al caer el paciente se introdujo por la nariz un cuerpo de arista cortante que practicó la resección de los cornetes y que por estar fijo en el sitio de la caída, no permaneció en la nariz sino que salió inmediatamente después de haber producido sólo las lesiones endonasales antes descritas.

Lo anteriormente relatado sirve para llegar a la siguiente *conclusión*: El concepto clínico obtenido por un examen que ha agotado todas las posibilidades de diagnóstico, debe de primar sobre el concepto de Laboratorio, así sea positivo o negativo.

# UN TIPO OBSTRUCTIVO AGUDO DE AMIBIASIS INTESTINAL

Por el doctor Alfonso Gutiérrez P.

A finales de 1948 tuve oportunidad de observar un tipo, de enfermedad abdominal aguda intensa con fondo parasitario específico, que cede fácilmente al tratamiento y que se presta a errores diagnósticos de importancia.

En un caso, se trataba de un hombre de 33 años visto en XII, 1948, que fue atendido de urgencia por un violento dolor abdominal difuso de comienzo súbito, dolor algo más intenso hacia el epigastrio, acompañado de vómito alimenticio abundante y de deposiciones diarreicas la última de las cuales consistió casi exclusivamente en una abundante emisión de sangre roja; el paciente había estado ingiriendo casi continuamente bebidas alcohólicas en los dos días anteriores al episodio agudo. Aproximadamente un año antes había tenido una disentería aguda, después de la cual se hizo estreñido, con emisión de deposiciones delgadas y ocasionales y breves episodios diarreicos espontáneos. Al examen se encontró un abdomen abombado, doloroso y muy meteorizado, especialmente en el lado derecho, en donde se apreciaba intensa resistencia muscular. Los ruidos cardíacos eran débiles, la tensión arterial de 90 por 50 y el pulso era de 130 p.p.m. La temperatura no pasó de 36.6 grados. El facies era peritoneal. En la sangre se encontró una leucocitosis de 20.000, con 85 por ciento de polinucleares neutrófilos y aneosinofilia. A causa de la hemorragia intestinal se exploró el recto, con el siguiente resultado: mucosa rectal brillante, ligeramente congestionada; entre los 4 y los 9 centímetros de profundidad se hallaron pequeñas ulceraciones múltiples más o menos ovaladas, de unos 5 mm. en su mayor diámetro, con bordes irregulares y fondo rojo brillante rodeadas de un estrecho halo congestivo, algunas de ellas cubiertas de moco grisáceo; en la

parte alta del recto y en todo el sigmoide la mucosa fue de aspecto normal. Se tomaron muestras de moco para investigación microscópica. En ellas se encontraron abundantes quistes y algunos trofozoitos de *E. histolítica*. El enfermo fue tratado con emetina, Yatrén y Arsénico, con resultado completamente favorable en una semana y media.

En el otro caso, se trataba de un hombre de 49 años visto en diciembre 27 de 1948, que presentó al día siguiente de una borrachera un violento dolor abdominal hipogástrico con dilatación intestinal de tipo obstructivo, acompañado de escalofrío y fiebre hasta de 39 grados. El enfermo permaneció estreñido durante cuatro días, pero hubo abundante emisión de gases fétidos. Al examen se encontró un abdomen meteorizado con algo de defensa del músculo recto derecho y una zona dolorosa paramediana derecha de unos cuatro centímetros cuadrados y tres dedos por encima del pubis; el dolor se irradiaba a la ingle del mismo lado. Este paciente tuvo hace cuatro años una disenteria; una vez pasada ésta, quedó con estreñimiento interrumpido de vez en cuando por breves descargas diarreicas; las deposiciones eran escasas y en forma de lápiz. A causa de la apariencia de una obstrucción baja se practicó la rectoscopia y se encontró una mucosa rectal rosada, húmeda con abundante secreción mucosa; entre los nueve y los catorce centímetros de profundidad se encontraron pequeñas ulceraciones ovalares, sangrantes, y algunas cicatrices. Se tomaron muestras de moco en el que se encontraron abundantísimos quistes y muy escasos trofozoitos de *E. histolítica*, y glóbulos rojos. En la sangre se hallaron 11.950 leucocitos, con 73 por 100 de neutrófilos y 1 eosinófilo. El paciente fue tratado con emetina y arsénico. El resultado fue completamente favorable desde el tercer día del tratamiento.

En ambos casos, como se ve, había antecedente disentérico y una historia de estreñimiento espástico ocasionalmente interrumpido por cortas descargas diarreicas espontáneas. Como causa desencadenante inmediata, aparecía un exceso alcohólico y el cuadro clínico planteaba el diagnóstico con una obstrucción intestinal aguda por lo súbito y violento del dolor, por el tipo de meteorismo, por la defensa muscular del abdomen y por la sintomatología general coexistente. En el segundo caso, fue muy llamativo el cuadro de obstrucción intestinal baja incompleta. Llama la atención sin embargo el hecho de que el cuadro obstructivo traduzca una reducción aguda e incompleta de la luz del intestino, y que los fenómenos de hipocloremia no sean tan intensos ni tan rápidos, ni sean progresivos, como sucede en la

obstrucción verdadera. El hecho de encontrarse las lesiones intestinales con la rectoscopia y las amibas en la investigación parasitológica, así como la rápida y total regresión de los fenómenos por el tratamiento antiparasitario adecuado, indican el origen amibiano del síndrome. Todo parece suceder como si, a favor de la acción del alcohol se desencadenara una estenosis espástica, transitoria e incompleta en un intestino previamente lesionado por las amibas cuyas lesiones han seguido una evolución crónica. Otro detalle de interés es el que se encuentren quistes en abundancia y en cambio, sean muy escasas las formas trofozoíticas. Resaltan, asimismo, la necesidad y la utilidad de la exploración rectoscópica en los síndromes de apariencia obstructiva.

# DEGENERACION MACULAR BILATERAL

Por el doctor Alfonso Tribín Piedrahíta

Numerosos investigadores se han dedicado a estudiar los diversos tipos de degeneración macular, llegando a la conclusión de que ellos obedecen a características especiales de tipo familiar, por lo cual la han denominado heredo-degeneración macular.

Tay fue de los primeros en dar una descripción de esta entidad y más tarde Jonathan Hutchinson describió una "enfermedad coroido-retiniana, macular, simétrica, de la edad senil", que corresponde a la anterior descripción de Tay. Es por esto por lo cual algunos autores denominan a esta entidad "coroiditis de Hutchinson-Tay".

Reyner Batten (1897), R. W. Doyne (1899), Best (1905), Stargardt (1909), Behr (1920), describen esta entidad con diferentes nombres, pero siempre la presentan de carácter familiar.

Los cambios observados en la mácula pueden aparecer en distintas edades, pero tienen como lo hace notar Duke-Elder (Text book of Ophthalmology), una predilección especial para hacerse patentes en aquellos períodos de transición fisiológica. Así existen los tipos Infantil (congenital, para algunos), observado al pasar de la vida intra a la extra-uterina; el tipo juvenil hacia los 6-8 años, en la época de la segunda dentición; el tipo "adolescente" (Enfermedad de Stargardt) en la pubertad; el tipo "adulto" (enfermedad de Behr o de Best) que se presenta al final del crecimiento; el tipo "pre-senil" y finalmente el "senil".

La enfermedad es siempre bilateral. Su comienzo es bastante difícil de determinar. En algunos casos hay alteraciones de la agudeza visual antes de que puedan precisarse cambios oftalmoscópicos maculares; en otras ocasiones sucede lo contrario, es decir, cambios maculares sin cambios visuales, y sólo el examen rutinario descubre la entidad.

En términos generales puede decirse que la enfermedad comien-

za por disminución de la agudeza visual en forma rápida, o por el contrario muy lentamente; esta disminución puede ser progresiva o detenerse en determinados casos. Suele ser igual en ambos ojos o existir una pequeña diferencia entre uno y otro.

Existe un escotoma central, cuyo tamaño varía en proporción a la extensión de la degeneración macular. En los casos no asociados hay adaptación normal a la oscuridad.

Al examen oftalmoscópico se encuentran lesiones maculares simétricas, consistentes en un principio en irregularidades en la pigmentación macular; más tarde se notan manchas amarillo-grisáceas y finalmente, la lesión aparece nítidamente limitada de la retina vecina, de un color carmelita, de forma redondeada u ovalar.

Esta entidad suele complicarse con lesiones nerviosas, acromatopsias o discromatopsias, atrofas ópticas y síntomas de demencia.

Aunque en la historia clínica que presento no pudieron precisarse datos familiares concretos, la sintomatología, evolución, etc., me hacen clasificarla dentro de las degeneraciones maculares de este tipo, en el grupo de las pre-seniles.

P. R. 43 años, natural de Tunja, de profesión ebanista, viene a consulta pues en examen de admisión que le practicaron en una empresa, el médico encontró muy disminuída la agudeza visual.

Antecedentes personales: Enfermedades de la infancia, tifoidea, blenorragia.

Antecedentes familiares. No precisa nada de importancia.

Examen general: Normal.

Wassermann, Kahn, orina, normales.

Examen otorrinolaringológico: Normal.

Examen oftalmoscópico:

O. D. Agudeza visual 20 sobre 70, no mejora con estenopeico. Pupila, iris, cristalino, córnea, normales. Fondo de ojo: Sobre la región de la mácula se nota una zona ovalar, pequeña nítidamente delimitada de la retina vecina que aparece sana, de color carmelita.

Campo visual: pequeño escotoma central. No hay discromatopsia.

O. I Se encuentra un cuadro análogo al hallado en el O.D.

La tensión ocular es normal en ambos ojos (20 mm. de Hg. con el tonómetro de Schiötz).

# UN CASO DE PALUDISMO CONGENITO

Por el doctor Humberto Gómez Herrera.

Historia N° 1.100.—Clínica Obstétrica. Hospital de San Juan de Dios. VII-9. 1947.

Historia de la niña. Peso 3.200 gramos. Respiración espontánea, presentación de cara.

VII. 9 1947.: Hepato y esplenomegalia que llegan a 3 dedos por debajo del reborde costal. Cianosis, convulsiones en miembros inferiores, superiores y cara, nistagnus horizontal, fontanela **tensa**, gran deshidratación. Foco bronconeumónico en la base izquierda. Cianosis, disnea, aleteo nasal, bradicardia, mirada de terror, quejido continuo, hipomanía muscular, miosis. No hay reflejo a la luz ni de presión palmar, ni de presión plantar, ni de Collin. Actitud: miembros en extensión, no llora, reflejo de Moro negativo.

Punción lumbar: líquido hemorrágico a gran tensión.

Indicaciones: vitamina K, Lobelina, oxígeno, sangre materna, lavada 30 cc., vía intraósea, penicilina 10.000 unidades cada 3 horas. Sueros por vía subcutánea.

Se ordena examen de sangre sospechando una Eritroblastosis fetal dando el siguiente resultado:

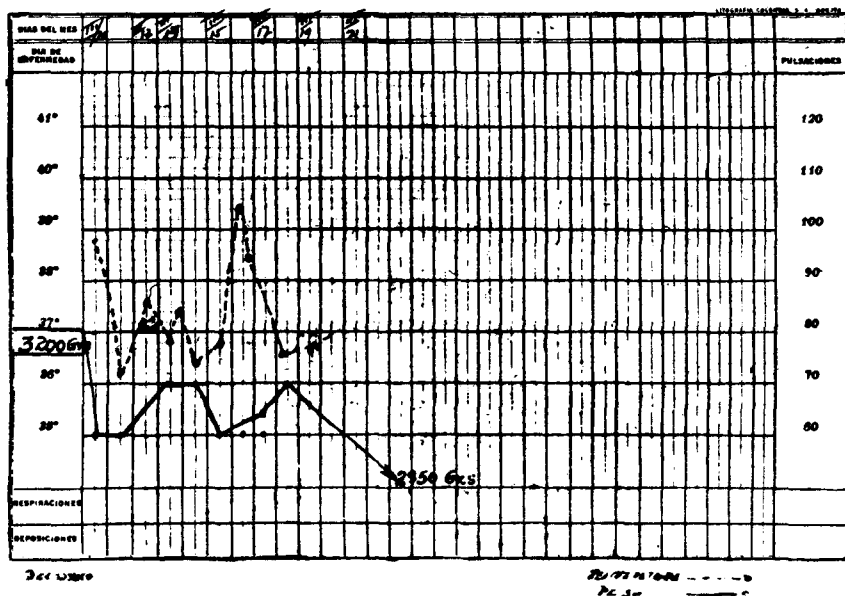
Sí hay eritroblastos. Formas sexuales de Plasmodium vivax. 1 cada 4 campos.

VII-10/47: Miembros ligeramente flexionados, ligera hipotonía muscular, pupila normal, reflejo a la luz normal. Reflejo depresión plantar positivo, de Collin positivo. Gran vascularización de la conjuntiva. Mirada normal. No hay convulsiones, llora al examen, deposición normal. Reflejo de Moro positivo.

VII-11/47: Tranquilo, ligeramente cianosado, mejor actitud; llora al examen, pupila normal, gran hematoma subconjuntival bilateral, ligero aleteo nasal, foco bronconeumónico en la base izquierda. Abdómen: circulación colateral bastante marcada, bazo e hígado en:

igual estado. Deposición normal. Reflejo de Moro positivo. Reflejo patelar contralateral positivo, reflejo a la luz normal, reflejo de succión normal.

CUADRO DE TEMPERATURA



Indicaciones: Penicilina, sangre materna lavada 30 c.c., leche al ácido láctico, atebрина 0.01, 2 veces al día.

VII - 12/47: Gran mejoría. Iguales indicaciones.

16. VII/47: Gran ictericia (atebrina?). Bazo e hígado en igual estado.

18. VII/47: Disminuye le hepato y esplenomegalia.

21. VII/47: Gran baja de peso, diarrea mucosa, alcalina, ulceración del talón izquierdo, subictericia, *bazo e hígado no son palpables*.

Indicaciones: Dieta, lactado de Ringer en solución dextrosa 200 c.c. subcutáneo. Sulfasuccidina, vitamina K.

22. VII/47: Sale del Servicio por insistencia de los padres.

En la historia de la madre hay el antecedente de que ha tenido dos embarazos anteriores con fetos muertos y que hace 10 años vive en Bogotá. Ha sufrido ataques palúdicos.

Otros exámenes de Laboratorio.

Julio 12/47. Examen Nº 26909. Laboratorio Santiago Samper. Hematies 4.320.000. Leucocitos 9.000 por m.m3.

Hemoglobina 85 por 100. Valor globular 0.98.

Pelimonucleares neutrófilos, 80 por 100.



Linfocitos medios, 20 por 100.

Julio 14/47. Examen N° 27.039.

Hematíes 5.020.000. Leucocitos 11.200 por m.m3.

Hemoglobina 100 por 100. Valor globular, 1.

Polimorfonucleares neutrófilos 48 por 100.

Polimorfonucleares eosinófilos 2 por 100.

Linfocitos pequeños 45 por 100.

Elementos anormales.

Metamielocitos neutrófilos 5 por 100.

NOTA: Han disminuído notoriamente los eritroblastos, solamente se encuentran dos en toda la preparación.

Examen N° 27.079.

Investigación: Hematozoario.

No se observa hematozoario en la muestra examinada.

Julio 16/47. Examen N° 27.418.

No se observa hematozoario. Solamente se observa un eritroblasto por preparación.

*Comentario.* Manson Bahr dice: "El paludismo congénito es raro, pero es indudable que existe. Algunos han pensado que en estos casos debe haber un desgarro mecánico o hemorragia placentaria, por los cuales el parásito pasaría a la sangre fetal".

"Lopatin sugirió la emigración intrauterina de los eritrocitos infectados de la madre al feto a consecuencia de alteraciones vasculares maternas, o podría ser como resultado de una abrumadora infección palúdica que la misma placenta sufriera modificaciones patológicas".

Algunos autores afirman que el niño está protegido por anticuerpos maternos durante los dos primeros meses y que sólo puede haber infección palúdica fetal siempre y cuando haya lesión placentaria.

Otros dicen que no es necesaria la lesión placentaria, sino que haya gran cantidad de parásitos en la placenta.

Según opinión de Laffont Schetz, Van Der Branden, Jaso y Arbelo, Eckestein (citados por Arce) para considerarlo como congénito debe reunir las siguientes condiciones:

1º Comprobación del paludismo en el niño.

2º Que la madre sufra de paludismo con accesos durante el embarazo.

3º Sincronismo de los accesos febriles entre la madre y el hijo

4º Comprobación del mismo tipo de plasmodio en la madre y el hijo.

Según estas consideraciones, en el presente caso sólo se llena la primera condición. Las otras condiciones no las encontramos. Hay un antecedente digno de tenerse en cuenta y es el de que la madre ha tenido dos embarazos anteriores con fetos muertos lo que está de acuerdo con las comprobaciones hechas de que el paludismo produce la muerte del feto en la mayoría de los casos.

### BIBLIOGRAFIA

Manson Bahr. Enfermedades Tropicales.

Holt y Mc Intosh. Tratado de Pediatría.

Arce. Patología del recién nacido.

González L. Carlos. Algunas observaciones sobre paludismo congénito (tesis).

## REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL

CALLE 10, NO. 13.99 = BOGOTÁ = COLOMBIA = APARTADO 400

Se desea el cambio con las publicaciones congéneres.

Es desitja el canvi amb les publicacions similars.

Om voldría canbiar ambe las publicacions similars.

On accepte des échanges avec les publications congéneres.

Si desidera il cambio colle pubblicazioni congeneri.

Acceitam-se permutas com publicacoes congéneres.

Exchange with similar publications is desired.

Wir bitten um Austausch mit ähnlichen Fachzeitschriften.

PRENSAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA