

# Revista Médica de Bogotá

PUBLICACION MENSUAL

DIRECCION

DRS. JOSE M. MONTOYA - JULIO MANRIQUE - GONZALO ESGUERRA GOMEZ  
AGUSTIN ARANGO Y DARIO CADENA

Vol. XLV | Bogotá-Colombia S. A. Sept.-Oct. 1935 | N. 529-30

## LA ESTADISTICA

### DE CONSULTORIO EXTERNO DE ENFERMEDADES DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS, DESDE EL MES DE SEPTIEM- BRE DE 1931 HASTA EL 1.º DE OCTUBRE DE 1935

Trabajo para el concurso de Profesores Agregados de la Facultad Nacio-  
nal de Medicina. Octubre de 1935.

Por Francisco Vernaza.

### INTRODUCCION

Razones para presentar este trabajo:

Para un Concurso de Profesores Agregados el trabajo que debe presentar el aspirante a este Concurso debe ser un trabajo de alguna envergadura y un trabajo serio, científico, muy documentado por la experiencia personal, inédito. Ojalá el estudio de asuntos nuestros, de la patología netamente colombiana, de la etiología especial nuestra y de la evolución particular de algunas enfermedades que tienen fisonomía peculiar entre nosotros. En ningún caso debe ser la reproducción de asuntos ya ampliamente tratados en el Extranjero o una aplicación de métodos quirúrgicos de eminencias europeas o americanas. Pero un trabajo de esas condiciones no es algo que se pueda improvisar y requiere bastante tiempo para poder realizarlo. Siendo los Concursos de Profesores Agregados una cosa nueva en nuestra Facultad de Medicina, y habiendo existido una anticipación en la época que se determinó en un principio para realizarlos, es perfectamente natural que ese trabajo ideal no lo podamos poseer y que en cierta manera estuviéramos desprovistos los que aspiramos al Concurso. Teniendo el Consultorio de órganos de los Sentidos a mi cargo una estadística única en su especie en el Hospital de San Juan de Dios, pensé que la presentación de esa estadística sería un trabajo científico que llenaba de alguna manera

las cualidades y condiciones de un trabajo de Agregación y que además sería cosa útil para todos los que nos ocupamos de la especialidad de Enfermedades de los Organos de los Sentidos el conocimiento de esas cifras y la enseñanza que ellas llevan.

Además, siendo el Consultorio de Organos de los Sentidos una obra mía, enteramente personal en su creación, etc., el único título y mérito que verdaderamente me enorgullece de llevar al concurso, quiero que cualquier puesto que yo llegare a obtener en la calificación final se lo deba al Consultorio. Que los pobres enfermos que allí hemos asistido con todo el esmero y cuidado y a quienes hemos puesto tantísimo cariño nos retribuyan en esta bella forma lo que por ellos nos hemos desvelado.

### *Distribución del Trabajo.*

I.—Índice alfabético de los 22.228 diagnósticos.

II.—Cuadros de estos diagnósticos, así:

1. Agrupación general en cinco grupos, de los cuales hay cuatro grupos de Ojos, Oídos, Nariz, Garganta.
2. Cuadro de Anginas y Difteria.
3. Iritis y Ciclitis.
4. Tuberculosis. Lepra. Gonococcia.
5. Afecciones o enfermedades relativamente escasas. Glaucoma y tierras calientes.
6. Refracción.
- 7, 8, 9, 10. Enfermedades o afecciones más frecuentes de Ojos, Oídos, Nariz, Garganta.
- 11, 12, 13, 14, Tumores.
- 15, 16. Cuadros diversos. Laringitis, conjuntivitis.

III.—Algunas observaciones a manera de conclusión.

IV.—Las gráficas correspondientes a los cuadros estadísticos anteriores con el objeto de visualizarlos.

En el Consultorio Externo de Organos de los Sentidos del Hospital de San Juan de Dios existen 18.364 cartones o historias clínicas de enfermos allí estudiados desde el mes de septiembre de 1931 hasta el 1º de octubre de 1935. Total, cuatro años de Consultorio.

Existe un índice de los diagnósticos que se han hecho a estos enfermos, diagnósticos que naturalmente son más numerosos que los enfermos allí examinados, porque existe el caso que un enfermo tenga distintas afecciones o enfermedades y que además venga en diferentes ocasiones con enfermedades diferentes.

La lista alfabética de estas enfermedades o afecciones  
es la siguiente:

DIAGNOSTICO	TOTALES
	<i>Enfermos.</i>
A Abscesos amigdalianos . . . . .	245
Abscesos de otros sitios (cara, cuello, etc.), . . . . .	49
Acromegalia . . . . .	1
Adenitis y adenopatías múltiples . . . . .	96
Afasia . . . . .	1
Afonías histéricas . . . . .	19
Amigdalitis crónica críptica . . . . .	723
Amígdalas mal operadas (despojos, lesión de los pila- res, etc.) . . . . .	9
Amigdalitis agudas y anginas diversas . . . . .	888
Angiomas de localizaciones diversas . . . . .	9
Anosmias . . . . .	5
Asma . . . . .	5
Antrax, furúnculos, flegmones, etc., . . . . .	52
Asuntos dentarios . . . . .	219
Atrofia del globo ocular, congénita, secundaria, etc., . . . .	77
Atrofia papilar . . . . .	148
Atrofia papilar por sección del nervio . . . . .	2
 B Blastomycosis y Leishmaniosis . . . . .	 49
Blefaritis y blefaro-conjuntivitis . . . . .	424
Bronquitis . . . . .	21
Buftalmías y glaucomas infantiles . . . . .	7
 C Cataratas . . . . .	 903
Catarros faríngeos, faringitis, rino-faringitis, etc., . . . . .	164
Catarros de la trompa de Eustaquio . . . . .	38
Cáncer de la laringe . . . . .	5
Cáncer de la lengua . . . . .	3
Cáncer de la parótida . . . . .	3
Cefaleas sin causas conocidas . . . . .	16
Colobomas oculares, ectopías pupilares, etc, . . . . .	5
Conjuntivitis . . . . .	1350
Contusiones y traumatismos diversos de la cara, etc., . . . .	41
Condilomas . . . . .	2
Cotos . . . . .	155
Cuerpos extraños endonasales . . . . .	8
Cuerpos extraños oculares . . . . .	180
Cuerpos extraños conducto auditivo . . . . .	19
Cuerpos extraños de la caja timpánica . . . . .	1



DIAGNOSTICO		TOTALES
		<i>Enfermos.</i>
	Encefalitis letárgica (?) . . . . .	1
	Etmoiditis . . . . .	8
	Exoftalmías de origen general . . . . .	8
F	Fístulas del canal de Stenon . . . . .	2
	Fístulas varias . . . . .	13
	Fístulas dentarias . . . . .	8
	Fracturas huesos nariz y hundimientos o luxaciones . . . . .	26
	Fracturas bóveda y base del cráneo . . . . .	3
	Fracturas maxilares . . . . .	4
	Frenillo exagerado . . . . .	3
	Fibroma del naso-faringe . . . . .	2
G	Gastritis . . . . .	2
	Gomas velo-palatinas . . . . .	43
	Glaucoma . . . . .	181
	Glositis, gingivitis, etc., . . . . .	15
	Granulaciones faríngeas . . . . .	110
	Gripa . . . . .	41
H	Hematomas espontáneos, párpados y hemorragias conjun- tivas . . . . .	25
	Hematomas de los labios . . . . .	1
	Hematomas del tabique nasal . . . . .	5
	Hemianopsias . . . . .	2
	Hemiplejías . . . . .	6
	Hemorragias varias . . . . .	22
	Hemorragias del vítreo . . . . .	1
	Hemorragias de la retina . . . . .	28
	Hemorragias y lesiones de la mácula . . . . .	5
	Hipertrofia de las amígdalas . . . . .	383
	Hipertrofia de los cornetes . . . . .	230
	Hipertrofias funcionales del tiroides . . . . .	11
	Hipertrofia de la glándula lacrimal . . . . .	2
	Hipertrofia de la carúncula . . . . .	2
	Hiperhemias (precursoras conjuntivitis primaveral? . . . . .	24
	Hipertensión arterial y esclerosis . . . . .	86
	Heridas varias (párpados, cara, etc.), y traumatismos . . . . .	165
	Hernias iris . . . . .	21
	Hernias meníngeas . . . . .	1
	Herpétides . . . . .	70
	Histerismo . . . . .	11

DIAGNOSTICO		TOTALES
		<i>Enfermos.</i>
I	Idiotismo, insuficiencias pluriglandulares . . . . .	7
	Impétigo, piodermatitis, etc., . . . . .	46
	Iritis . . . . .	365
	Irido-ciclitis simpática y oftalmías simpáticas . . . . .	4
K	Keratitis intersticial, etc., . . . . .	319
	Kerato conjuntivitis . . . . .	110
	Kerato-cono y kerato-globo . . . . .	10
L	Laringitis catarral y gripal . . . . .	327
	Laringitis tuberculosa . . . . .	59
	Laringitis sífilítica y sífilis laringo-faríngea . . . . .	17
	Lesión del aparato de la transmisión . . . . .	197
	Lesión del aparato de la recepción y del equilibrio . . . . .	5
	Lesi6n endonasal (banal, uña, etc.), . . . . .	10
	Leucomas corneanos . . . . .	315
	Lipomas . . . . .	29
	Linfatismo, etc., . . . . .	3
	Lupus laríngeo . . . . .	1
	Luxaciones del cristalino . . . . .	62
	Luxaciones del maxilar . . . . .	2
	Lepra . . . . .	7
	Locos . . . . .	6
M	Meningoceles . . . . .	1
	Mastoiditis . . . . .	111
	Manchas cristalinianas (?) . . . . .	3
	Miasis nasal . . . . .	7
	Moñones oculares . . . . .	13
	Micosis faríngeas . . . . .	3
	Mudos y sordo-mudos . . . . .	7
	Muda de voz y voz eunucoide . . . . .	2
	Mucoceles frontal . . . . .	1
	Midriasis accidental y sin causas . . . . .	6
N	NADA (enfermos que no tienen nada en el examen) . . . . .	577
	Neuralgias de causas diversas . . . . .	139
	Neuro-retinitis y neuritis óptica . . . . .	84
	Nuche . . . . .	3
	Nystagmus congenital (?) . . . . .	1
O	Oftalmías purulentas . . . . .	68
	Oftalmoplejías y parálisis oculares . . . . .	22

DIAGNOSTICO	TOTALES
	<i>Enfermos.</i>
Ocenas . . . . .	489
Otorreas y otitis media cicatricial . . . . .	180
Orzuelos, furúnculos, párpado, etc., . . . . .	158
Otitis externas . . . . .	140
Otitis media supurada, aguda, etc., . . . . .	908
Osteítis diversas y del maxilar . . . . .	23
Osteomas . . . . .	3
Obstrucción y litiasis del canal de Stenon . . . . .	2
Oclusión y seclusión pupilar . . . . .	127
Otalgias sin lesiones auriculares (tercera molar, etc.), . .	11
P Parálisis facial . . . . .	90
Parálisis velo-palatinas . . . . .	18
Parálisis laríngeas . . . . .	14
Parálisis diversas . . . . .	6
Paperas . . . . .	21
Parotiditis . . . . .	10
Púrpura hemorrágica . . . . .	1
Pólipos mucosos nasales . . . . .	178
Pólipos conducto auditivo y caja . . . . .	8
Pólipos y tumores benignos de las cuerdas vocales . . . .	7
Placas mucosas y sífilis buco-faríngea secundaria . . . .	83
Perforaciones del tabique (?) y causas diversas . . . . .	42
Panoftalmías . . . . .	26
Pterigio . . . . .	599
Polidactilia . . . . .	1
Q Quistes y tumores benignos piel, párpados y pabellón . .	108
Papilomas, etc., . . . . .	21
Quemaduras, tatuajes córnea, etc., . . . . .	20
R Refracción . . . . .	1079
Rinitis, corizas, etc., . . . . .	495
Retinitis albuminúrica, etc., . . . . .	8
Reumatismo, tortícolis, etc., . . . . .	19
Ranilla . . . . .	6
S Sarampión . . . . .	3
Sarcomas oculares, etc., . . . . .	4
Sin diagnóstico . . . . .	740
Sinusitis frontal . . . . .	175
Sinusitis maxilar . . . . .	941
Sinusitis diversas . . . . .	2

DIAGNOSTICO		TOTALES
		<i>Enfermos.</i>
	Sifilides varias . . . . .	14
	Sífilis nasal y del velo . . . . .	14
	Sínfisis velo-palatina . . . . .	14
	Simblefaromas . . . . .	8
	Sordos (casi totales) . . . . .	4
	Sudamina . . . . .	1
	Sinkisis eticelante . . . . .	2
T	Tapones de cera . . . . .	771
	Traumatismos y heridas oculares . . . . .	102
	Tumores malignos del globo ocular . . . . .	2
	Tumores malignos de la región esterno mastoidea . . . . .	1
	Tumores malignos del saco lacrimal . . . . .	3
	Tumores malignos de la conjuntiva . . . . .	5
	Tumores diversos de evolución benigna del paladar y bóveda . . . . .	4
	Tumores malignos del maxilar superior y de la fosa nasal . . . . .	36
	Tumores diversos de la parótida, cara, etc., . . . . .	6
	Tumores diversos de la órbita . . . . .	13
	Tumores de la hipófisis . . . . .	2
	Tumores del esófago . . . . .	1
	Tumores del cerebro . . . . .	2
	Tumores del tiroides . . . . .	2
	Tumores diversos buco-faríngeos . . . . .	7
	Tos ferina . . . . .	3
	Tic doloroso de la cara . . . . .	6
	Tracoma . . . . .	8
	Tuberculosis pulmonar . . . . .	7
U	Úlceras de la córnea y keratitis ulcerosas . . . . .	230
	Úlceraciones banales de algunas cavidades . . . . .	24
	Uncinariasis . . . . .	1
V	Vegetaciones adenoides . . . . .	112
	Vías lacrimales . . . . .	411
	Varicela . . . . .	1
	Viruela . . . . .	1
Z	Zona frontal, etc., . . . . .	4
X	Xerodermia pigmentoso . . . . .	1
Total de diagnósticos . . . . .		22.228

Los 22.228 enfermos se pueden distribuir en grupos de la manera siguiente:

Específicos . . . . .	987	4½% de los enfermos examinados.
Sin diagnóstico . . . . .	740	3½% de los enfermos examinados.
No tienen nada . . . . .	577	2½% de los enfermos examinados.
Suma . . . . .	<u>2304</u>	

*Enfermos.*

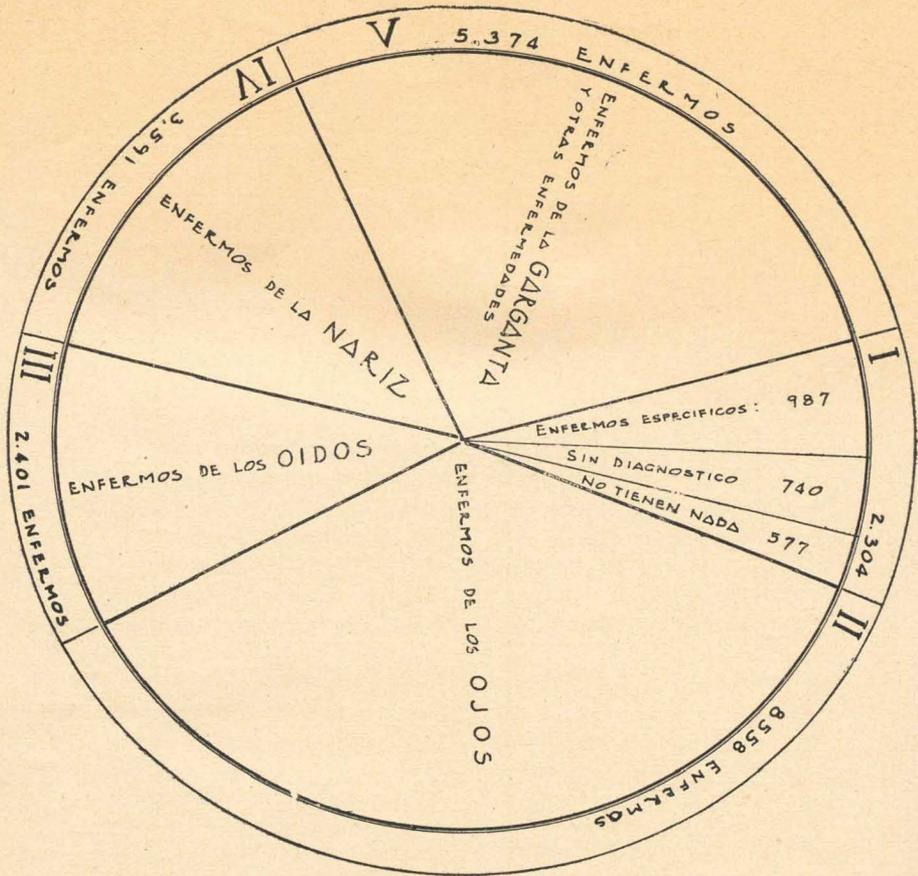
I	
Enfermos específicos . . . . .	
Enfermos sin diagnóstico . . . . .	
Enfermos que no tienen nada . . . . .	2304
II	
Enfermos de los OJOS . . . . .	8558
III	
Enfermos de los OIDOS . . . . .	2401
IV	
Enfermos de NARIZ, etc., . . . . .	3591
V	
Enfermos de GARGANTA y otras enfermedades . . . . .	5374
	<u>22228</u>

Existen 1856 diagnósticos de anginas diversas. 34½% de los enfermos de garganta (grupo V).

Estas anginas se distribuyen de la manera siguiente:

*Enfermos.*

Abscesos de la amígdala . . . . .	245
Amigdalitis crónica cript. . . . .	723
Anginas agudas . . . . .	888
Crup . . . . .	3
Suma . . . . .	<u>1856</u>



**TOTAL DE ENFERMOS 22.228**

Las 888 anginas agudas están distribuidas de la manera siguiente:

	<i>Enfermos.</i>
Anginas diftéricas con diagnóstico de Laboratorio . . . . .	16
Anginas diftéricas por diagnóstico retrospectivo debido a las parálisis velo palatinas que se han presentado . . . . .	18
Anginas de Vincent con diagnóstico de Laboratorio en concordancia con la clínica . . . . .	20
Anginas catarrales agudas de diversos gérmenes y diversas modalidades clínicas, etc., etc., . . . . .	834
Total de anginas agudas . . . . .	888

# DIFTERIA

ANGINAS DIFTERICAS DIAGNOSTICADAS	16
PARALISIS VELO PALATINAS	18
CRUD	3
TOTAL	37

ABCESOS DE LA AMIGDALA	245
AMIGDALITIS CRONICA CRIPIT.	723
A N G I N A S A G U I D A S	
16 ANGINAS DIFTERICAS	
18 PARALISIS	
20 VINCENT	
834 CATARRALES	888
CRUD	3
TOTAL	1859

*Difteria.*

Se puede distribuir así:

	<i>Enfermos.</i>
Anginas diftéricas diagnosticadas . . . . .	16
Parálisis velo palatinas . . . . .	18
Crup . . . . .	3
	_____
Total . . . . .	37
	_____

Estos enfermos son:

- El 4% del total de las anginas agudas.
- El 2% del total de todas las anginas.

Existen 365 diagnósticos de IRITIS sobre los 8558 enfermos de los ojos examinados. Esto es el 4½% de estos enfermos.

Las Iritis, de acuerdo con su etiología, se pueden distribuir así:

	<i>Enfermos.</i>
Iritis tratadas específicamente o con Wassermann positivo (69%) . . . . .	250
Iritis de otras etiologías, reumatismal, etc., etc., . . . . .	115
	_____
Suma . . . . .	365
	_____

Existen 51 diagnósticos de ciclitis e irido-ciclitis.

Estos enfermos, de acuerdo con su etiología, también se pueden distribuir así:

	<i>Enfermos.</i>
Ciclitis tratadas específicamente o con Wassermann positivo (47%) . . . . .	24
Ciclitis de etiologías distintas de la etiología específica . . . . .	27
	_____
Suma . . . . .	51
	_____

# IRITIS

IRITIS TRATADAS ESPECIFICAMENTE	250	ENFERMOS	
IRITIS DE OTRAS ETIOLOGIAS	115	" "	365

8193

CICLITIS TRATADAS ESPECIFICAMENTE	24	ENFERMOS	
CICLITIS DE ETIOLOGIAS DISTINTAS	27	" "	50

8507

TOTAL DE ENFERMOS. 3558

TOTAL DE ENFERMOS. 8558

*Tuberculosis.*

Existen 166 enfermos, contando las adenopatías como estados de defensa de la enfermedad. Se distribuyen así:

<i>Diagnóstico.</i>	<i>Totales.</i>
Adenopatías . . . . .	96
Laringitis tuberculosas . . . . .	59
Lupus laríngeo . . . . .	1
Tuberculosis pulmonar . . . . .	7
Linfatismo, etc., . . . . .	3
Suma . . . . .	166

*Lepra.*

Solamente 7 diagnósticos de lepra.

*Gonococcias.*

Existen 68 diagnósticos comprobados de oftalmías purulentas debidas al gonococo.

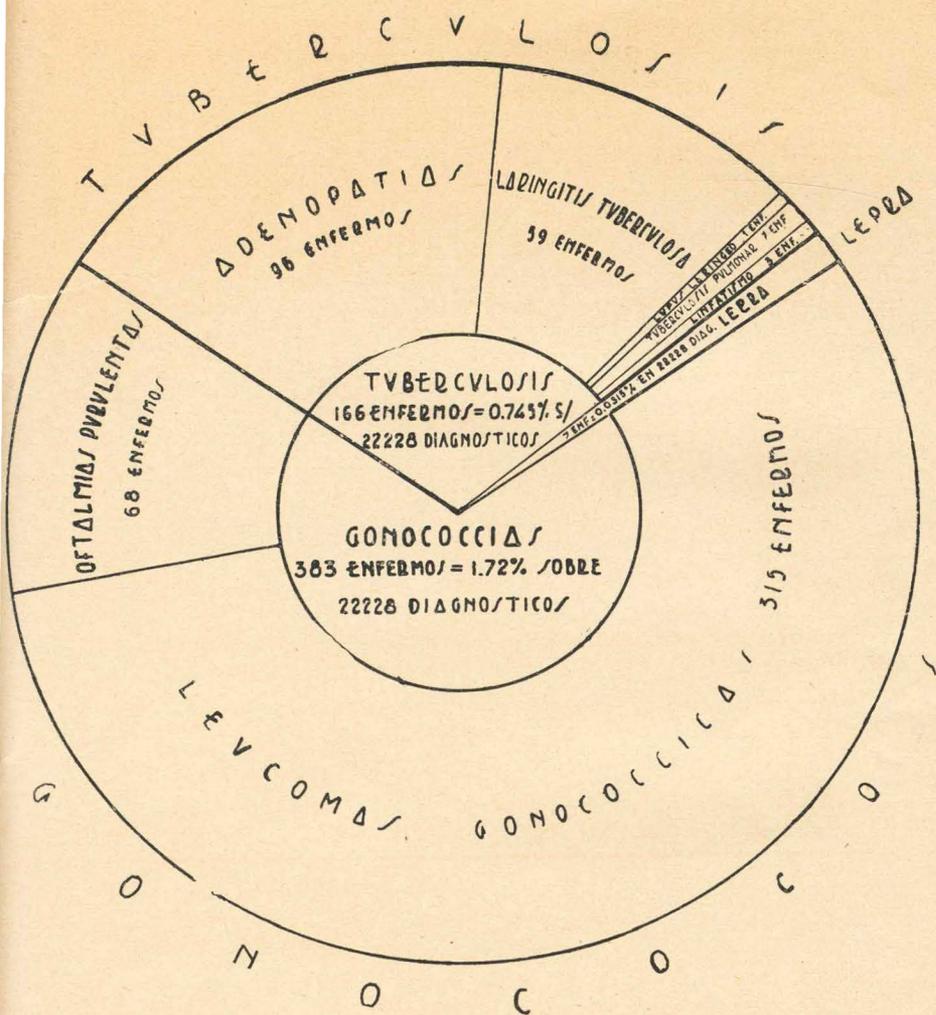
Al rigor podrían agregarse 315 leucomas en que de una manera más o menos segura el gonococo ha tenido alguna parte.

Total, 383.

---

Enfermedades o afecciones relativamente escasas y poco frecuentes:

Trachoma . . . . .	8
Oftalmía simpática . . . . .	4
Fibromas del naso-faringe . . . . .	2
Fístulas canal Stenon . . . . .	2
Keratocono . . . . .	10
Difteria . . . . .	37
Cáncer de la lengua . . . . .	3
Cáncer de la laringe . . . . .	5



EN 22228 DIAGNOSTICOS :

- 166 DE TUBERCULOSIS
- 7 DE LEPRA
- 383 DE GONOCOCCIAS.

FIBROMAS NESO-FARINGE	2 ENFERMOS	<input type="checkbox"/>	0,000%
FISTULAS CANAL ETENON	2 "	<input type="checkbox"/>	0,000%
CANCER DE LA LENGUA	3 "	<input type="checkbox"/>	0,013%
OFTALMIA SIMPATICA	4 "	<input type="checkbox"/>	0,018%
CANCER DE LA LARINGE	5 "	<input type="checkbox"/>	0,023%
TRACHOMA	8 "	<input type="checkbox"/>	0,036%
KERATOCOMO	10 "	<input type="checkbox"/>	0,045%
DIFTERIA	37 "	<input type="checkbox"/>	0,166%

PORCENTAJES SOBRE 22228  
DIAGNOSTICOS

ENFERMEDADES O AFECCIONES RELATIVAMENTE ESCASAS Y POCO FRECUENTES

CLIMAS FRIOS

63 - ENFERMOS

35% SOBRE EL TOTAL

CLIMAS CALIDOS

118 ENFERMOS

65% SOBRE EL TOTAL

181 DIAGNOSTICOS DE **GLAUCOMA** DISTRI-  
BUIDOS POR CLIMAS

Datos curiosos que demuestran la necesidad de establecer la geografía médica de ciertas afecciones etc., etc.:

I.—La mayor parte del escleroma proviene de poblaciones del Departamento de Boyacá, de temperatura media o fría.

II.—La leishmania viene de climas de temperatura media o caliente.

III.—El glaucoma.

Existen 181 diagnósticos de glaucoma, distribuidos así:

	<i>Enfermos.</i>
Agudo . . . . .	154
Crónico . . . . .	27
Suma . . . . .	181

De estos 181 enfermos son provenientes de:

Tierras calientes . . . . .	118
De climas fríos . . . . .	63
Suma . . . . .	181

---

En un total de 1089 refracciones, 12½% de los enfermos o diagnósticos de los ojos

Existen:

	<i>Enfermos.</i>
Hipermétropes . . . . .	241
Miopes . . . . .	245
Astigmatas . . . . .	57
Presbicia . . . . .	536
Keratoconos . . . . .	10
Suma . . . . .	1089

# REFRACCION

12½% DEL TOTAL

HIPERMETROPES	241	ENFERMOS
MIOPES	245	" "
ASTIGMATAS	57	" "
PRESBICIA	536	" "
KERATOCONOS	110	" "

089

1469

TOTAL DE ENFERMOS

8558



# OJOS

CONJUNTIVITIS	1350	<u>ENFERMOS</u>
REFRACCION	1089	<u>                    </u>
CATARATAS	903	<u>                    </u>
IRITIS Y CICLITIS	416	<u>                    </u>
KERATITIS	319	<u>                    </u>
COROIDITIS	222	<u>                    </u>
GLAUCOMA	181	<u>                    </u>
ATROFIA PAPILAR	150	<u>                    </u>
ESCLERITIS	145	<u>                    </u>
KERATO-CONJUNTIVITIS	110	<u>                    </u>
NEURO-RETINITIS	84	<u>                    </u>
OTRAS ENFERMEDADES	3589	<u>                    </u>
<b>TOTAL DE ENFERMOS</b>	<b>8558</b>	

# OIDOS

AFECCIONES MAS FRECUENTES	
OTITIS MEDIA	
AGUDA 808	
TAPONES	
DE CERA 771	
OTITIS	
EXTERNAS 140	
MASTOI-	
DITIS 111	
TOTAL DE	1930
ENFERMOS	<u>                    </u>
<u>CRONICAS.</u>	
APARATO	
TRANSMI-	
SION 197	
RECEPCION	
Y EQUILI-	
BRIO 16	
TOTAL DE	213
ENFERMOS	<u>                    </u>
OTROS 258	
<u>                    </u>	
1930	
213	
258	
<u>                    </u>	
<b>TOTAL 2401</b>	
<b>DE ENFERMOS</b>	

# NARIZ

AFECCIONES MAS FRECUENTES	
SINUSITIS	
DIVERSAS 1126	
RINITIS	
DIVERSAS 495	
POLIPOS	
MUCOSOS 178	
OTROS 1792	
TOTAL DE	
ENFERMOS	3591

# GARGANTA

AFECCIONES MAS FRECUENTES	
ANGINAS DIVERSAS	1856
HIPERTROFIA	
AMIGDALAS Y	
VEGETACIONES	
ADENOIDES	495
LARINGITIS	403
ESCLEROMAS	397
OTROS	2.223
TOTAL DE ENFERMOS	<u>5.374</u>

NARIZ (3591 diagnósticos).

Afecciones más frecuentes:

	<i>Enfermos.</i>
Sinusitis diversas . . . . .	1126
Rinitis diversas . . . . .	495
Pólipos mucosos . . . . .	178
Otros, etc., etc., . . . . .	1792
Total . . . . .	3591

---

GARGANTA (5374 diagnósticos).

Afecciones más frecuentes:

	<i>Enfermos.</i>
Anginas diversas . . . . .	1856
Hipertrofia de las amígdalas y vegetaciones adenoideas . .	495
Laringitis . . . . .	403
Escleromas . . . . .	397
Otros, etc., etc., . . . . .	2223
Total . . . . .	5374

---

*Tumores.*

Existe un total de 681 tumores sobre los 22228 diagnósticos (el 3½%).

Distribuidos así:

	<i>Enfermos.</i>
I.—Tumores benignos . . . . .	174
II.—Escleroma, etc., . . . . .	297
III.—Tumores malignos . . . . .	210
Total, . . . . .	681
Los tumores malignos . . . . .	110
El escleroma, etc., . . . . .	297
Total, . . . . .	407

2% del total de enfermos.

*Tumores benignos.*

Existen 174 (menos de un 1% del total de enfermos).

Distribuidos así:

	<i>Enfermos.</i>
Quistes diversos (dermoides, etc., etc.), . . . . .	108
Lipomas . . . . .	29
Papilomas . . . . .	21
Cuerdas vocales . . . . .	7
Paladar y bóveda . . . . .	4
Osteomas . . . . .	3
Hipófisis . . . . .	2
	<hr/>
Total . . . . .	174
	<hr/>

*Escleroma, etc.*

	<i>Enfermos.</i>
Escleroma de diferentes localizaciones . . . . .	248
Leishmania, blastomycosis, . . . . .	49
	<hr/>
	297
	<hr/>

1,3% del total de enfermos.

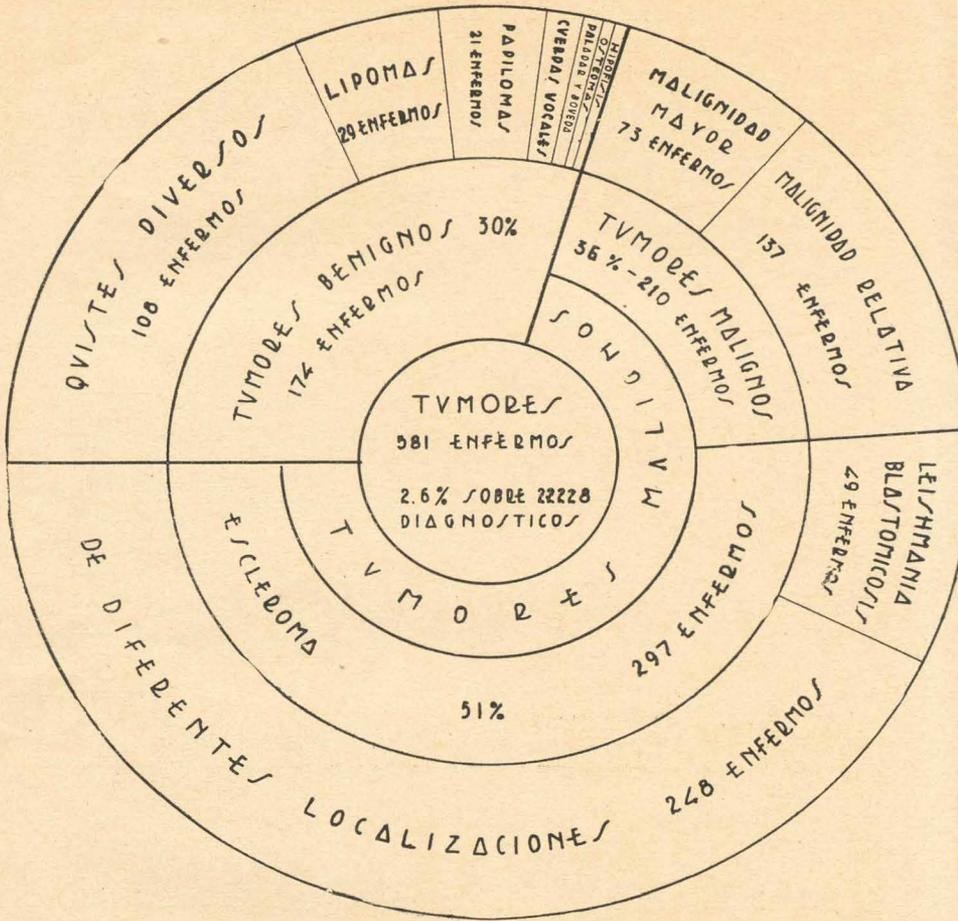
*Tumores malignos.*

Existen 210 enfermos. Son un poco más del 1/2% del total de enfermos.

Distribuidos así:

Relativa malignidad:

	<i>Enfermos.</i>
Epiteliomas de la piel de la cara, etc., . . . . .	120
Epúlex . . . . .	17
	<hr/>
Suma, . . . . .	137
	<hr/>



## DIAGNOSTICOS DE TUMORES



28704

22.228 DIAGNOSTICOS

Malignidad mayor:	<i>Enfermos.</i>
Tumores del maxilar superior y endonasales, . . . . .	36
Tumores diversos del buco-faringe . . . . .	7
Tumores de la laringe . . . . .	5
Tumores de la cara, etc., . . . . .	6
Tumores de la lengua . . . . .	3
Tumores de la parótida . . . . .	3
Tumores oculares, etc., . . . . .	6
Tumores del saco lacrimal . . . . .	3
Tumores de la región esterno mast. (secundario) . . . . .	1
Tumores del tiroides . . . . .	2
Tumores del esfago . . . . .	1
Suma, . . . . .	73

### CUADROS DIVERSOS

*Laringitis:*

Existen 403 diagnósticos de laringitis. 7½% del total de enfermos de garganta.

Distribuídos así:

	<i>Enfermos.</i>
Laringitis catarral, gripa, catarral crónica, etc., . . . . .	327
Laringitis tuberculosa . . . . .	59
Laringitis sifilíticas . . . . .	17
Suma, . . . . .	403

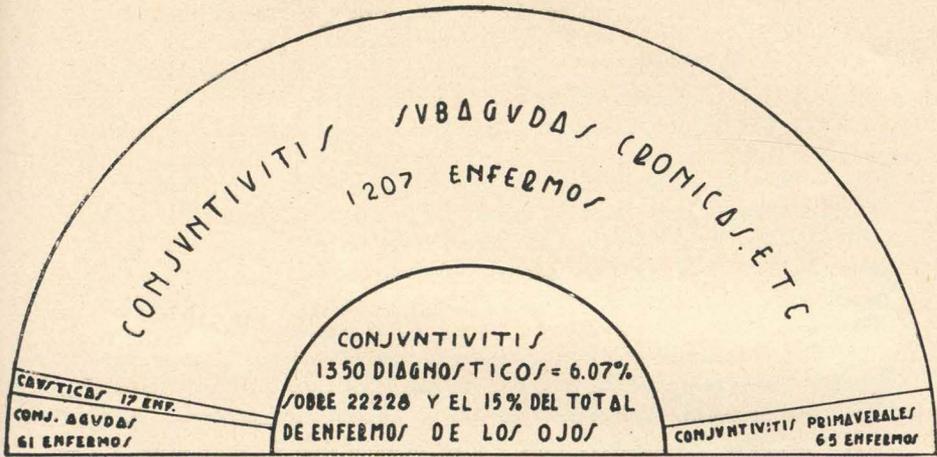
Las laringitis tuberculosas son el 14% del total de laringitis.

*Conjuntivitis:*

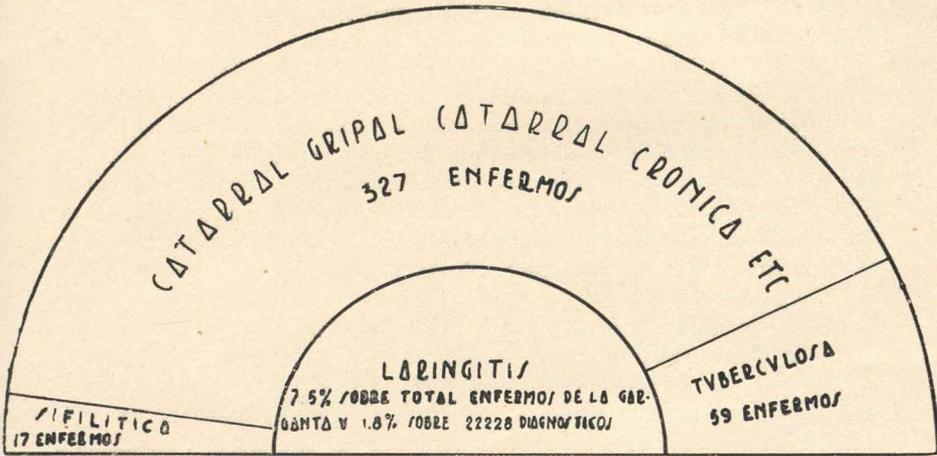
Existen 1350 diagnósticos de conjuntivitis. 15½% del total de enfermos de los ojos.

Distribuídos así:

	<i>Enfermos.</i>
Conjuntivitis agudas . . . . .	61
Conjuntivitis cáusticas . . . . .	17
Conjuntivitis primaverales . . . . .	65
Conjuntivitis subagudas, crónicas, foliculares, etc., etc., . . . . .	1207
Suma, . . . . .	1350



## DIAGNOSTICOS DIVERSOS



## FINAL

Para terminar quiero hacer algunos comentarios, breves, que se deducen lógicamente de los cuadros y números que anteceden.

Primeramente, las dificultades que representan en un medio hostil a la estadística, como es el nuestro, la presentación de estos 18.364 cartones del Consultorio Externo de Organos de los Sentidos del Hospital de San Juan de Dios. Se puede decir sin exageración alguna que ha sido una verdadera labor de benedictinos.

Luégo, la manipulación de estos cartones, que representa un verdadero esfuerzo, en parte subsanadas las dificultades por el índice de diagnósticos que se lleva. Pero este índice de diagnósticos forzosamente no ahorra todas las dificultades de manipulación, porque es demasiado conciso en ciertos puntos y en otras cuestiones demasiado diluído. La obtención de cualquiera de los datos anteriores se ha hecho sacando de los archivadores todos los cartones que tienen algo que ver con el dato que se desea, y luégo revisándolos uno por uno. Para obtener, por ejemplo, los datos de las conjuntivitis, fue necesario sacar 1350 cartones y revisarlos todos. Esto explica que en esta labor de espulgue de análisis, de descender del dato general a los particulares, de la busca de detalles y particularidades no haya podido extenderme todo lo que hubiera deseado. Existía trabajo para muchos meses de esta labor, y seguramente por este sistema de análisis se llegaría a resultados sorprendentes respecto a etiología, causas, etc., de muchas de las enfermedades. Por lo limitado del tiempo solamente he podido presentar los 16 cuadros que anteceden.

Estos cuadros, visualizados en las gráficas que se adjuntan, son llenos de enseñanzas fáciles y comprensivas. A mí se me ocurre que en un servicio hospitalario que quiera vanagloriarse de científico, el empleado de la estadística debe existir de la misma manera que el cirujano, que el interno, que el enfermero. Su labor es formidable de consecuencias. Ese empleado debe estar en esa labor estadística no solamente sacando los porcentajes, que poco dicen en números, sino haciendo con ellos y con los números, gráficos, curvas, etc., etc. En muchos años de esta labor hoy se tendría en el Hospital de San Juan de Dios un acopio de conocimientos y un aprovechamiento perfecto de los enfermos que por allí han desfilado.

Esto me conduce a indicar la necesidad que existe de llevar una geografía médica de nuestras enfermedades. En mapas del país se puede ir anotando, por signos, la frecuencia de ciertas enfermedades en ciertas regiones, y de este modo ir haciendo, con color, manchas que correspondan a ellas. Si esto se completa con la anotación y frecuencia de las mismas enfermedades con relación a las diversas alturas, se puede obtener de este modo una serie de datos que no sería extraño que condujeran a un concepto etiológico y hasta terapéutico de las enfer-

medades. Ni se diga que esto podría ser útil únicamente en las enfermedades que llamamos tropicales, en el escleroma, la leishmanía, etc. El caso que antecede (anotado de una manera demasiado concisa, desgraciadamente), con relación a la distribución del glaucoma, es muy significativo. Es un hecho evidente que la mayor parte de los glaucomatosos provienen de nuestras tierras cálidas. ¿Qué razón podrá existir de este hecho evidente?

El estudio de una estadística como éstas conduce también a otro concepto que siempre he tenido pero que en algunos países parece no tenerse en cuenta. Es que para llegar a ser un especialista en una cualquiera de las ramas de la medicina o de la cirugía es necesario tener unos conocimientos generales muy extensos, que es necesario ser un buen médico general y ser un gran clínico. De otra manera no es posible abordar las especialidades, y mucho más difícil la de enfermedades de los ojos, por ejemplo, pues sacando unas poquísimas afecciones, las demás cosas que pasan en los ojos no son sino manifestaciones locales de enfermedades generales, o síntomas de estados generales y de perturbaciones a distancia.

Podría llamar la atención en la estadística que presento el numeroso grupo de enfermos que están catalogados como que no tienen nada después de un examen minucioso. Se han rotulado: No tienen NADA y son en número de 577, esto es, el 2½ de los enfermos examinados.

Esto no debe extrañar si se tiene en cuenta un dato de psicología especial de nuestras clases bajas y campesinas. Ellos van a donde el médico para una cosa que no saben determinar; un ardorcito en los ojos, que creen tener, algo endonasal, etc.; esto es, van por nada a donde el médico, y el día que se los está devorando un cáncer o una goma específica no van sino en último período de la enfermedad. También sucede que con la mejora de los medios de locomoción en el país, el campesino que viene de lejos a conocer a Bogotá, entre los programas que trae está el de hacerse revisar, como ellos dicen, en el hospital. También puede parecer un poco elevado el total de enfermos a quienes no se ha hecho un diagnóstico, y que rotulamos Sin Diagnóstico. Son en número de 740, esto es, el 3½% del total de enfermos examinados. Para explicar este porcentaje crecido existen diferentes razones: o son enfermos que verdaderamente no tienen nada, o enfermos que no han vuelto a la serie de exámenes que se les practican y que por consiguiente el diagnóstico ha quedado en suspenso. Los demás son el porcentaje natural de enfermos a los cuales no se les ha podido formular un diagnóstico que debe existir en toda estadística honrada. Este porcentaje debe ser cada vez mayor, en relación con las dificultades que se tengan para practicar exámenes completos y con la falta de habilidad del especialista. Será menor cuando se dispone de todos los elementos posibles para aclarar un diagnóstico y cuando el especialista va adquiriendo mayor habilidad y mayor competencia.

*Poca frecuencia de algunas enfermedades.*

De los cuadros que anteceden se saca la conclusión que algunas enfermedades no son muy frecuentes:

*Oftalmía simpática.* — Sólo cuatro enfermos diagnosticados en 22.228 diagnósticos. Es mucho lo que se ha escrito sobre el peligro de la oftalmía simpática, pero si se le da algún valor a esta estadística no parece que sea tan grande. En este punto parecen estar de acuerdo los especialistas europeos de después de la guerra europea, que sostienen con sus estadísticas de heridos oculares de la guerra que la oftalmía simpática no tiene la frecuencia que anteriormente se le atribuía. Quizás la asepsia y cuidados quirúrgicos adecuados sea la causa de ese hecho. Escribiendo esto ha dado la casualidad que acabo de observar en la consulta del hospital un caso auténtico y clásico de oftalmía simpática. Es curioso que en este año no se había presentado un solo caso, y que precisamente al escribir estas líneas esta enferma ha venido a ser para mí como un recuerdo de que esta afección existe realmente, y demostrar que no es una creación o imaginación de los especialistas. Esta enferma tuvo una herida, con un cuchillo, de su ojo derecho, herida perforante de la córnea, cogiendo en dos sitios la región ciliar; esto fue hace tres meses. El ojo no fue enucleado, por razones que desconozco. Hace un mes principió el ojo izquierdo a estar ligeramente rojo, a perder la visión. Hoy está en plena evolución de una irido-ciclitis subaguda, mentirosa, silenciosa, como es generalmente la oftalmía simpática. El pronóstico, no obstante la enucleación, será muy reservado.

*El tracoma.*—Nuestros especialistas han reconocido que esta es una conjuntivitis relativamente poco frecuente; casi se puede decir que son casos raros. En la estadística sólo hay 8 enfermos diagnosticados sobre 22.228 diagnósticos. Esto debe tener alguna explicación climatérica (humedad, altura, etc.), o de resistencia racial, etc. Este podría ser un bonito punto de estudio que quizás condujera a alguna terapéutica o a aclarar tantos puntos que aún persisten oscuros en el tracoma.

Nuestras fronteras, que siempre han estado abiertas sanitariamente a este respecto, nos han expuesto a la invasión de esta enfermedad. Es muy probable que los portadores del tracoma han penetrado al territorio de Colombia, y que por alguna circunstancia especial no se ha verificado su propagación. En los 8 casos a que me refiero, tres pertenecen a una familia extranjera; en esos individuos el tracoma había continuado su evolución, pero de una manera menos intensa y tenaz, y el tratamiento que se les hizo dio bastante buen resultado.

*Cáncer de la laringe y cáncer de la lengua.*—No hago ningún comentario, pero es un hecho que aceptan todos nuestros especialistas, que el cáncer de estas dos regiones se cuenta, por decir así, en los dedos de

la mano. Por lo general los casos son tan contados que todos son recordados de una manera neta y precisa por cada especialista. Alguna razón debe existir, que sería muy interesante averiguar, y que de seguro dará mucha luz sobre el cáncer. En nuestra estadística hay 8 enfermos por estos dos renglones.

*Keratocono.*—Relativamente escaso si se tiene en cuenta que el astigmatismo en esta clientela hospitalaria es poco frecuente en relación con los demás defectos de refracción. (Véase el cuadro de la Refracción, página 13). Enormemente crecido en relación a lo que pasa en los demás países en que el keratocono hasta hace pocos años era una afección poco extendida. No hice un cuadro especial del keratocono, pero si lo hubiera hecho se habría visto que de estos ocho enfermos la mayor parte eran mujeres. Esto puede ser interesante para los que hoy quieren tratar el keratocono con extractos pluriglandulares para corregir defectos de las secreciones internas. También sería interesante hacer un estudio sobre keratocono y metabolismo, que no sólo daría luces en este asunto de las secreciones internas, sino que también podría conducir a hechos curiosos sobre la relación que pueda haber entre alimentación y esta enfermedad.

*La difteria.*—Relativamente poco frecuente. 37 diagnósticos sobre un total de 22.228. Relativamente poco maligna si se tiene en cuenta que en estos 37 casos de difteria, 18 habían evolucionado sin ningún tratamiento, curando espontáneamente, como lo atestiguan las parálisis velopalatinas que permitieron el diagnóstico retrospectivo. Es seguro que el día que se haga un estudio sobre la difteria entre nosotros, se observará que es poco frecuente y que es benigna. En la poca frecuencia seguramente será un fenómeno de inmunidad espontánea, pues es curioso que estos 37 casos de difteria de clientela hospitalaria no originaron ningún contagio, pues las gentes de donde provenían estos enfermos no podían tomar ninguna precaución de desinfección, etc. La benignidad no será solamente una función del tratamiento maravilloso por el suero, sino que muy probablemente éste debe ser un germen que está en decadencia de su virulencia, hecho que no es imposible en la historia de las enfermedades.

*Lepra.*—Muy pocos casos de lepra. 7 diagnósticos sobre 22.228. Esto se debe seguramente a que la mayor parte de los enfermos están reclusos, y a que aquellos que están por fuera seguramente ya están muy sobre aviso, y por el temor de la reclusión saben esquivar el médico. A pesar de todo, observo que esta cifra es demasiado pequeña si se tiene en cuenta que la mayor de las veces es el rinólogo quien hace el diagnóstico de la enfermedad. ¿Será una enfermedad que lejos de estar aumentando esté en decadencia, desterrada quizás por la higiene, por el baño, por una mejora de alimentación, etc.?

*Sífilis.*—Ha de producir extrañeza que la sífilis sea colocada entre las enfermedades de poca frecuencia. Quizás el sitio exacto que le corresponda sea el de las enfermedades que se están dominando y que van en decadencia. Sobre 18.364 cartones o historias clínicas existen en el Consultorio de Organos de los Sentidos de San Juan de Dios 987 cartones que corresponden a específicos (este cálculo no lo hago sobre el total de diagnósticos sino sobre el total de historias clínicas). Esto es el 5% del total de enfermos y el 4½% del total de diagnósticos.

Yo encuentro que este porcentaje es muy bajo si se tiene en cuenta que en ciertas etiologías de ciertas afecciones oculares la sífilis es el pañito de lágrimas del especialista. Cuando en una coroiditis, por ejemplo, o en una iritis que francamente no sea de etiología reumatisma, se busca y no se encuentra la sífilis, la regla casi siempre para el que esta estas afecciones es de hacer un tratamiento específico. Tratamiento específico que en muchas ocasiones da buen resultado. Pero este asunto de la sífilis en ciertas etiologías nos conduce a indicar la urgencia que existe en nuestra oftalmología de hacer una oftalmología nueva, nuestra. Pensar que no solamente la sífilis puede ser la causa de muchas afecciones oculares sino también pensar en nuestras etiologías tropicales ricas en resultados a distancia. Cuantas veces en la etiología de ciclitis o de iritis o de lesiones del fondo de ojo ocular en que no se ha podido llegar a una etiología precisa estarán el paludismo, los estados de parasitismo de todo orden o nuestro metabolismo tan especial como debe ser con una alimentación poco higiénica, unas veces excesiva como es el caso de las clases algo pudientes, o insuficiente en otras ocasiones, o demasiado cargada en grasas, o demasiado abundante y poco nutritiva, etc., etc. Todos estos puntos merecen estudios especiales, y estoy seguro que se llegará a resultados sorprendentes. Creo que nosotros tenemos una patología nacional que en el caso de las enfermedades de los órganos de los sentidos está absolutamente inédita e inexplorada. A pesar de estos forzosos errores de etiología, el porcentaje que da la sífilis es poco alto si se tiene en cuenta también que muchos de estos enfermos clasificados como específicos son clasificados como tales por sífilis viejas, de escasas manifestaciones, muchas de esas especificidades son dudosas. Es lástima que no me hubiera quedado tiempo para dedicarle a la sífilis un cuadro especial en que hubiera podido verse de modo claro esto. La lectura del índice de diagnósticos demuestra que las sífilis nuevas (placas mucosas, destrucciones por gomas, etc., etc.), son pocas, sobre el total de específicos. Me queda, pues, el convencimiento que la sífilis es una enfermedad que se está dominando, que está desapareciendo, puesto que no son numerosos los enfermos de sífilis recientes, la higiene, el conocimiento de la enfermedad y la lucha de la sífilis en los hospitales, consultorios particulares y gratuitos, Instituto de Higiene Social, etc., etc., son la causa

de que esta enfermedad, si no va en aumento, por lo menos está estacionaria si acaso no está en decadencia.

*Aumento evidente de algunas enfermedades.*

*Tuberculosis.*—No quiero sino nombrar la tuberculosis. Podría nombrar también el escleroma, pero tengo el convencimiento que esta afección irá en disminución progresiva a medida que las prácticas del baño, de la higiene, de la alimentación racional y más rica se vayan extendiendo. El escleroma es una enfermedad que abarca todos los climas, pero que tiene predilección por los climas de temperatura media y húmeda. Todas las clases sociales, pero con muchísima mayor predominancia de las clases bajas y campesinas de ciertos departamentos. Es indudable que la evolución del escleroma en los individuos aseados y bien alimentados y de cierta higiene, es muy discreta y muy benigna. El escleroma, creo, irá disminuyendo con el baño, y hoy un elemento de combatirlo y mejorar los enfermos con el radium y los rayos X. No pasa lo mismo con la tuberculosis. A medida que el país vaya en ensanche y progresando, este problema tendrá que ser mayor.

En la estadística existen 166 enfermos que tienen algo que ver con la tuberculosis. De los cuales 59 son por laringitis tuberculosa. (El 14½% del total de laringitis). Estos son números muy considerables porque en relación con la tuberculosis se puede hacer una argumentación completamente distinta a la que hice con la sífilis. La tuberculosis no es el pañito de lágrimas del especialista; si se llega a hacer un diagnóstico de ella se hace de un modo evidente, y cuando la pone úno en una etiología es porque se tienen fuertes presunciones, casi una seguridad. Proporcionalmente encuentro que el número de enfermos de tuberculosis es mucho mayor que el de específicos.

Todas estas cuestiones podrían ser materia de nuevos cuadros y de seguir analizando la estadística que presento. Habría labor para mucho tiempo y para mucho análisis, pero desgraciadamente sólo he podido presentar por ahora los 11 cuadros que adjunto.

Para terminar podemos resumir: hay enfermedades que son poco frecuentes y que son hoy poco graves, que anteriormente tuvieron mucha predominancia en la patología de los órganos de los sentidos. Tengo el sentimiento que la sífilis es una enfermedad que se está dominando. No pasa lo mismo con la tuberculosis.

Es por la estadística, por la geografía médica, por las gráficas de alturas, etc., como se llegará a nuestra patología y etiología de algunas enfermedades genuinamente nacionales, y como se llegará a una terapéutica más racional en muchas afecciones.

*Francisco Vernaza.*

---

## EL CASO DIARIO

Por el doctor Manuel José Luque.

### *Un fibro-sarcoma del maxilar inferior. Resección.*

(Historia clínica quirúrgica).

Q. S. (enferma enviada por el doctor Senén Arenas) natural y vecina de Sátiva Norte, de 30 años, casada, hospitalizada el 9 de octubre de 1935, hilandera de profesión, ocupó la cama N° 9 del Pabellón La Pola. Padre muerto hace algo menos de 30 años, a causa de una lesión sin importancia para el caso presente. La madre vive, pero parece que la mortifica una afección cardio-renal. Tiene cinco hermanas todas sanas, y un hermano que falleció recientemente, de 19 años, sin saberse la causa de la defunción. Ignora que entre sus familiares haya habido alguno que sufra, o haya tenido, enfermedad semejante a la que ella padece actualmente.

Ha vivido siempre en clima medio y tuvo las enfermedades eruptivas propias de la infancia; además, fiebre tifoidea, viruelas y disentería. Menstruó a los 13 años y su período ha sido a veces doloroso, y en ocasiones prolongado. Ha tenido seis partos normales y dos abortos, ambos de cuatro meses, el último de los cuales hace cuatro años.

En relación con su estado actual, cuenta que cuando niña tuvo un golpe en la región dentaria inferior derecha, y que ese sitio quedó un tanto engrosado, justamente sobre el reborde. Hace cinco años le extrajeron las tres molares posteriores e inferiores de ese lado, sin que se presentaran complicaciones graves, salvo un dolor muy agudo que apareció en los días subsiguientes a las extracciones. A los dos meses el engrosamiento alveolar mencionado se extendió, en forma ya de una masa apreciable, a la región lateral derecha del piso bucal. Tres meses más tarde, sobre la cara externa del maxilar, en la parte media y propagado hacia el ángulo, apareció un núcleo de consistencia dura que resaltaba sobre el resto del neoplasma, que fue tomado por ella y sus familiares como un "lobanillo" (sic) y que se trató con fuertes masajes.

A pesar de ellos, lejos de observar mejoría, anotó que la masa en cuestión crecía lentamente deformando la cara de manera ostensible. De un año a esta parte, el aumento ha sido más rápido aún; se presentó abundante salivación, una sensación de "atirantamiento" en la

región cervical y, sin ser un dolor verdadero, un “fastidio”, un “peso” sobre ese lado de la cara.

Al examen objetivo, el tumor tenía el tamaño aproximado de una naranja, más o menos regular, lobulado, redondo, hacía cuerpo con el hueso, era ligeramente depresible en algunos puntos y se hallaba colocado en la rama horizontal del hueso, entre la sínfisis y el ángulo. La piel, de coloración normal, se deslizaba fácilmente sobre él. No existían anestias, ni ganglios apreciables a la palpación, ni impedimento para hablar, masticar o deglutir.



Q. S. antes de la intervención.

#### *Reacciones de laboratorio.*

Análisis de sangre: “Reacción de Wassermann en la sangre, negativo total. H.8. de la escala de Jeanselme. (Fdo.) *Rueda*. Octubre 31 de 1935”.

“Tiempo de coagulación: en tubos, 8 minutos; en láminas, 12 minutos. (Fdo.) *Rueda*. Noviembre 3 de 1935”.

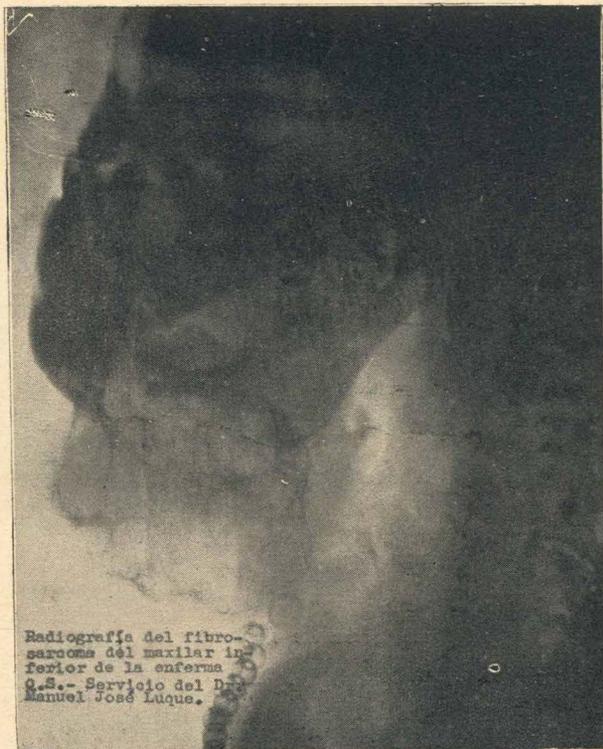
“Examen coprológico: Parásitos y quistes I huevo de áscaris por

preparación. Encontramos además amibas histolíticas forma tetrágena. (Fdo.) *Rueda*. Octubre 29 de 1935”.

*Estudio radiológico.*

“Octubre 29 de 1935. Servicio del doctor Manuel José Luque.

El examen radiológico de la paciente Q. S. (Pabellón La Pola) enviado por Ud., ha dado el siguiente resultado: En la radiografía del maxilar inferior existe un tumor del tamaño de una naranja que proviene de la parte transversa del hueso, la cual se encuentra destruída, y el tejido neofornativo presenta un aspecto muy irregular, aunque todavía está encapsulado. *Radiológicamente parece tratarse de un osteosarcoma central del maxilar inferior.* (Fdo.) *E. Otero*”.



Radiografía del fibrosarcoma del maxilar inferior de la enferma Q. S.  
Servicio del doctor Manuel José Luque.

Con esos datos, ¿en qué entidades pensamos? Estudiemos en primer término aquellos neoplasmas con los cuales tiene muy poca semejanza el tumor que consideramos.

No podría pensarse en un odontoma, porque ellos se desarrollan cuando la dentición todavía no ha concluído. Es decir, que son tumores de jóvenes, y por ello escribe Broca: "todo tumor que aparece en los maxilares después que ha terminado la evolución dentaria, no es un odontoma".

¿Podría ser un epiteloma? Un cáncer de las partes vecinas, cara, lengua, suelo bucal, etc., que hubiera invadido el maxilar no es aceptable. Menos equivocado sería pensar en una propagación al maxilar, proveniente de la mucosa. Pero es casualmente lo que no se ve; comienzo en la mucosa. Cuando en ella tiene su iniciación anotamos una ulceración irregular que hace cuerpo con el hueso, de bordes duros y espesos, que sangra fácilmente, con vegetaciones fungosas, desgarrables, blandas. Las piezas dentarias se aflojan y se caen. En la mayoría de las veces existen dolores, agudos comúnmente, que tienen la apariencia de neuralgias extendidas a toda la cara, o que siguen trayectos nerviosos diversos. El epiteloma del maxilar inferior se propaga rápidamente al suelo de la boca, a los músculos maseteros, a la glándula submaxilar, a la piel, etc., y los ganglios son tomados también con mayor o menor prontitud, en veces con precocidad desconcertante. Prontamente aparece la caquexia cancerosa y la duración de la enfermedad en parecidas circunstancias es aproximadamente de 4 a 6 meses. Rechazada, pues, la idea de un cáncer, pensemos en otro neoplasma.

¿Lógicamente podríamos creer en un osteoma? Estos tumores aparecen, en lo común, en el maxilar superior. Cuando los hallamos en el inferior ocupan la rama horizontal, y esta característica estaría a favor de tal idea. Como también lo estarían el crecimiento lento y la indolencia absoluta. Mas, en general, el osteoma es de individuos mucho menores que la enferma que estudiamos; son más firmes y su consistencia no se modifica con el curso de su evolución. Consideraciones muy semejantes podríamos hacer en relación con el encondroma, el cual, como es sabido, cuando se forma en el maxilar inferior, se desarrolla en el espesor mismo del hueso.

¿Es un sarcoma? Aun cuando estos tumores pueden encontrarse a toda edad, ellos presentan un máximo de frecuencia entre 15 y 30 años. Y, si así fuera, ¿se trataría de un sarcoma perióstico, o sería un sarcoma central? Unos y otros se desarrollan en el maxilar inferior y en la bóveda palatina; pero el central, cuando se forma en el maxilar inferior, ocupa de preferencia la rama horizontal; el perióstico, el ángulo o la rama montante. Sea cualquiera su sitio, el aspecto del tumor es característico: son masas irregulares, bosaladas, algunas veces enormes, rosadas, grisáceas, resistentes, si se trata de fibrosarcoma, y blandas si es la forma encefaloide.

En vía de discusión, admitiendo la hipótesis de un sarcoma central, y suponiendo igualmente que se tratara de un neoplasma oculto en el espesor del maxilar, ellos se manifiestan por dolores neurálgicos, frecuentemente atroces, especialmente durante la noche. Al mismo tiempo se aflojan los dientes y se caen, luego aparece una tumefacción ósea que crece lentamente. En el estado en que se halla el neoplasma, ya bastante voluminoso, natural era que en el caso de ser sarcoma, al hacerle presión se dejara deprimir y se sintiera la crepitación que llaman “apergaminada” los franceses. Nada de eso tenemos. Además, de ciertos momentos en adelante el crecimiento del neoplasma es rápido, lo que no hemos visto en el caso que analizamos; el tamaño alcanzado ha sido con el correr de los años. No existen, propiamente hablando, turbaciones funcionales; no hay dolores, no aparece la anestesia del nervio mentoniano, la masticación no está impedida, la saliva no sale fuera de la boca, la fonación y la deglución se verifican más o menos normalmente.

Quedarían dos neoplasmas en los cuales se puede pensar fundamentalmente: el epiteloma adamantino, llamado también adamantinoma, y el fibroma. Uno y otro se presentan entre los 10 y los 35 años; ambos se ven en la mujer y se sitúan con frecuencia en la parte media de la rama horizontal del maxilar inferior; los dos se manifiestan por una tumefacción ósea que conserva su dureza habitual; los tegumentos en el fibroma central y en el adamantinoma sólido, se conservan intactos, y los ganglios no son tomados en ninguno de los dos. No hay dolores, no existen anestesiás y solamente en el caso de tumor muy voluminoso se anotan molestias mecánicas para la masticación o la deglución.

Pero el epiteloma adamantino ocupa habitualmente la región del ángulo, y aquí principió por la parte media; con el correr de los días se va lobulando, la superficie se adelgaza, en forma como de concha, que da la crepitación apergaminada cuando se hace ligera presión sobre ella. Tiene también cierta tendencia a invadir la celda submaxilar, luego que ha roto la concha de que hemos hablado.

La ausencia de los signos anotados como elementos negativos; la dureza, la consistencia uniformemente firme, la mucosa y los tegumentos sanos, la indolencia, el desarrollo lento, el sitio de su aparición con el antecedente del traumatismo como datos positivos, nos inclinaron a pensar en un fibroma, sin olvidar que en ellos es muy posible la transformación sarcomatosa, que fue anotada en el estudio radiológico. Con ese diagnóstico subí a la mesa operatoria.

*Operación.*—Partiendo del borde anterior del músculo masetero del lado derecho, seccionamos la piel, siguiendo el borde inferior del maxilar en una extensión de 4 centímetros aproximadamente. Cortamos y ligamos los vasos faciales. En seguida desprendimos las partes blandas que rodeaban las dos caras del hueso sin conservar el periostio en previsión de una regeneración ósea, que podría engendrar la reinciden-

cia del neoplasma. Luégo, con el cincel, a pequeños golpes, fuimos desprendiendo la parte posterior de la nueva formación que solamente se encontraba puesta allí y sin contraer adherencias. En seguida, seccionados francamente con la gubia el resto de la masa, que se fundía con el hueso justamente en la parte media de la rama horizontal. Finalmente, con la sierra en cadena, dividimos el maxilar en la vecindad de la línea media, hacia afuera de los músculos genianos para respetar las inserciones anteriores de la lengua. Terminamos retirando el bloque óseo. Suturamos la mucosa; igualmente suturamos la piel, después de poner drenaje filiforme con crines.

*Cuidados postoperatorios.*—Como es natural en estas operaciones, la herida se supuró, pero se hicieron curaciones hasta sanar. En el interior de la boca, en un principio, quedó destapada la sección posterior del maxilar, pero luégo, poco a poco, la cubrió la proliferación de la mucosa. La enferma salió por curación el 4 de diciembre.

No queremos terminar sin advertir que la paciente se preparó a la intervención, haciendo un tratamiento antidisentérico; y media hora antes de la operación se le aplicó un centígramo de morfina. Se anestesió con mezcla de Schleich, inhalando, con el aparato de Ombredanne, por la boca y la nariz, el doctor Hernando Cuéllar y Zorro al co-

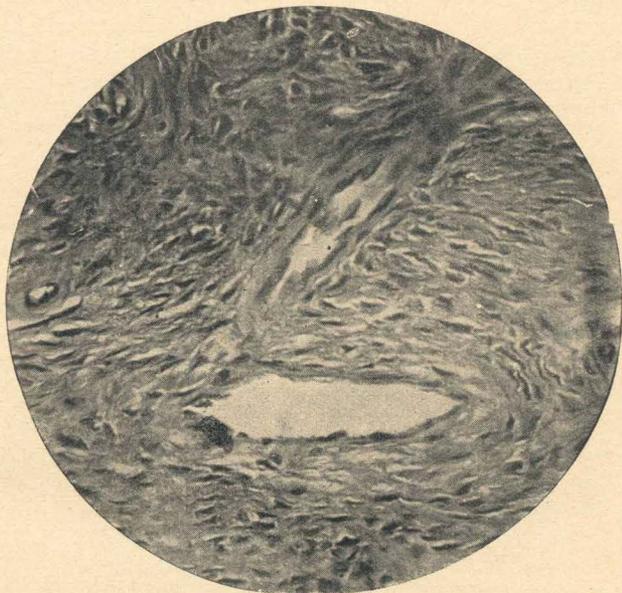


Q. S. después de la intervención.

menzar el acto quirúrgico. Luégo, el doctor Carlos Jiménez, valiéndose de una sonda que introdujo por una de las ventanas de la nariz, continuó la narcosis sin incidente alguno.

*Estudio anatomopatológico de la pieza.*

“Señora Q. S. Pabellón La Pola. Dr. Manuel José Luque.—El resultado del examen histológico practicado en un tumor del maxilar, es el siguiente: Los cortes muestran un tejido de naturaleza conjuntiva representado por células estrelladas o alargadas con aspecto fusiforme. Estos elementos están sostenidos por una sustancia muco-colágena, y es posible observar en algunos sitios pequeños fragmentos óseos embrionarios. También encontramos grandes células que aparecen con sus núcleos modificados; pero totalmente diferentes de los mieloplaxos.



Las células neoplásicas limitan en algunos puntos directamente los vasos sanguíneos que se presentan deformados. Conclusión: el tumor examinado, de naturaleza conjuntiva, podemos clasificar como un fibrosarcoma derivado posiblemente de despojos paradentarios correspondientes exclusivamente a la pulpa dentaria. Secundariamente, y por invasión, ha determinado la destrucción ósea que aparece representada en los cortes por pequeñas láminas impregnadas de oséina. — (Fdo.) Juan Pablo Llinás. — Bogotá, noviembre 19 de 1935”.

## EL DR. PABLO GARCIA MEDINA

*Por el doctor Julio Aparicio.*

El siguiente discurso fue pronunciado por el señor doctor don Julio Aparicio, comisionado por la Academia Nacional de Medicina y la Facultad de Medicina para dar la última despedida al ilustre profesor y sabio higienista doctor Pablo García Medina, cuya desaparición constituye una pérdida nacional.

“Señores:

Una amistad nacida en los viejos claustros de Santa Inés en ya lejana época, cuando no era desdorado y sí común el respeto y la devoción por nuestros maestros, una colaboración de varios años en el ramo de higiene y por sobre todo un cariño verdaderamente filial que siempre guardé al bondadoso y sabio profesor, tales fueron los títulos que me han valido para que la Academia Nacional de Medicina y la Facultad de Medicina me confiaran el honroso mandato de dar la última despedida al doctor Pablo García Medina.

Miembro fundador de la Academia, su presidente en varios períodos reglamentarios, por último su secretario perpetuo, las actividades médicas del doctor García Medina están estrechamente vinculadas a la vida de la docta corporación. Redactor de la revista, su órgano de publicidad, su pluma de realce a cuantos asuntos toca y su acertado cri-

terio contribuyó a solucionar muchos problemas de nuestra medicina nacional.

Pero la obra máxima del doctor García Medina, la que obligará perdurablemente la gratitud de Colombia, fue, vosotros lo sabéis, la organización y creación de la higiene pública. Esa obra de tan vastas proporciones no es posible reseñarla en el corto espacio de este discurso; es tan grande, es tan completa, que merecerá un estudio detenido cuando el tiempo justiciero permita valorarla en todo su mérito. Principia en 1886 con la llamada junta central de higiene, de la que el doctor García es secretario, primero, y luego presidente, hasta 1931, en que se retira a la vida privada. Son 44 años, es decir, toda una vida en la que todo se hace, en la que todo se crea, venciendo dificultades de todo orden, desde la falta de dinero hasta la incomprensión y hostilidad del medio.

Breve recuento de la carrera higiénica del doctor García:

1886-1914, Junta Central de Higiene.

1914-1915, Consejo Superior de Sanidad.

1915-1918, Junta de Higiene.

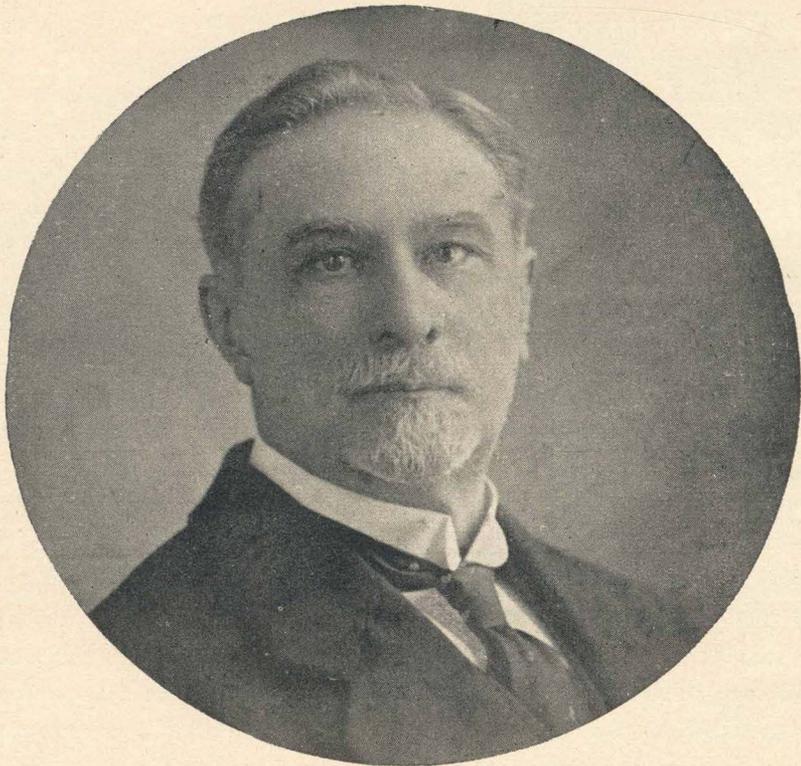
1918-1931, Dirección Nacional de Higiene; y

1931, Departamento Nacional de Higiene.

Dentro de esos períodos y en su carácter de jefe de la higiene concurre a la Conferencia Panamericana Sanitaria de Montevideo en 1920. Allí logra un voto de aplauso para Colombia por su legislación de higiene, y un honor señaladísimo: el de ser nombrado presidente honorario de la Oficina Sanitaria Panamericana, cuya sede es Washington.

Más tarde, en 1926, concurre a la capital de los Estados Unidos a la conferencia de directores de sanidad. Su nombre y su labor merecen el respeto y la aprobación de los eminentes higienistas allí reunidos.

La legislación de higiene, que nos ha dado el doctor García Medina, es una obra que causa admiración. Quien quiera que haya hojeado los dos tomos que la contienen no sabe qué admirar más, si los profundos conocimientos de su autor, su grande experiencia en la solución de los vastos problemas de la sanidad, o su tino y activación inteligentísima para lograr reformas y disposiciones que hieren siempre nuestro tradicional legalismo. La dictadura en higiene dentro de constitu-



**DOCTOR PABLO GARCIA MEDINA**

ciones y códigos fuertemente legalistas, tal es, en síntesis, la legislación que nos lega el sabio higienista.

Las actividades sanitarias del doctor García tenían que tocar también el problema de la lepra. La organización de los lazaretos fue obra suya; de una colonia de menesterosos confiada a la caridad de la Junta General de Beneficencia, se pasó a un servicio nacional. Esta obra, justo es reconocerlo, fue iniciada e inspirada por el gobierno del General Reyes, a quien tanto debe el país.

La idea directiva del doctor García en materias de legislación sanitaria fue el poner los intereses higiénicos del país bajo una jefatura única como reforma la más apropiada para obtener el máximum de rendimiento en las labores. Después de muchos esfuerzos lo logró, con la creación de la dirección nacional de higiene y asistencia pública, que vino a sustituir la antigua junta de higiene.

En su puesto de jefe de la higiene tocóle defender al país contra la gravísima amenaza de las epidemias reinantes en los países del sur: fiebre amarilla y peste bubónica. La primera, a pesar de las precauciones tomadas, logró aparecer en el puerto de Buenaventura y amenazó el Valle del Cauca, en donde el mosquito transmisor se encontraba en cantidad suficiente para mantener la infección allí y aun transmitirla al interior, pero fue vencida definitivamente y el país se salvó de una de las más graves amenazas que puede tener en su salubridad. La peste no logró entrar al país.

En el desarrollo de la higiene pública, el doctor García quiso también que colaborara el laboratorio. La Nación, por su iniciativa, adquirió el llamado con tan justo título "Samper Martínez", en homenaje a sus fundadores. Para ponerlo a funcionar, el doctor García solicitó y obtuvo la colaboración del instituto Rockefeller, que tantos y tan señalados servicios ha prestado y sigue prestando al país.

Sería interminable si siguiera señalando uno a uno los trabajos y labores que el doctor García Medina llevó a cabo en el ramo de sanidad.

Pero antes de cerrar este capítulo creo oportuno y justo señalar al doctor García Medina como el precursor en las hoy tan señaladas cuestiones de la asistencia pública. La ley 15 de 1925 sobre organiza-

ción de la higiene, agrega las palabras *Asistencia Pública* por primera vez en los documentos del Estado. Esa ley, redactada por el doctor García, da al Estado el control sobre los establecimientos que hasta entonces dependían únicamente de la junta general de beneficencia o de entidades particulares. El viejo criterio de la caridad cede el paso a la acción obligatoria, para el Estado, de velar por los enfermos y por los menesterosos. Y es curioso recordar las dificultades que encuentra el doctor García para hacer aceptar esa orientación moderna de las actividades públicas. Buscó entonces la opinión de nuestro célebre humanista y hombre público don Marco Fidel Suárez, y tal fue la fuerza de su razonamiento que logró vencer la resistencia que le oponía el ciego tradicionalismo del señor Suárez, y lograr su apoyo para tan audaz iniciativa.

En la Facultad de Medicina, de la que el doctor García fue profesor honorario, dejó luminosa huella en las cátedras de fisiología e higiene, que regentó en varias ocasiones. A la muerte del doctor Uricoechea, titular de la última, el doctor García, que regresaba del exterior, solicitó la cátedra, pero ya había sido nombrado el doctor Jorge Bejarano, actual titular, cuyo talento y entusiasmo por este ramo le han mostrado como digno sucesor de nuestro lamentado ex-director de higiene.

Las altas dotes de inteligencia de que el doctor García estaba dotado y su decidido amor al estudio, le permitieron adquirir una ilustración muy vasta que le permitía trajinar casi con todos los ramos del saber humano. Purista en el lenguaje, sus conocimientos y peripecia en el manejo del idioma le valieron el respeto y el cariño del príncipe de las letras colombianas, el ya mentado señor Suárez, quien en sus famosos *Sueños* menciona al doctor García Medina en frases que muestran su alta estimación.

En la conversación, en el trato familiar, en todas sus actividades el doctor García infunde respeto por la seriedad y sobriedad de sus conceptos y se gana la simpatía de cuantos lo escuchan complacidos. Ni la cita oportuna, ni el gracejo de buena ley faltan en quien bien pudo considerarse como un hábil "causeur". Una vida común, de muchos años, me permitió conocer a fondo al doctor García y admirarlo cada día más. Su porte señorial, su imponente y hermosa figura, su

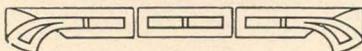
culto por la amistad fueron dones de que muy pocos han sido dotados por la naturaleza. Y aquí debería terminar este modesto homenaje que rindo a mi noble amigo y maestro; si mi espíritu dolorido no tuviera que levantarse y protestar contra las sombras que la injusticia humana arrojó sobre el ocaso de la vida de uno de los grandes servidores de la República. Corría el año de 1931. Los servicios de higiene bajo la cetera dirección del doctor García Medina se hallaban amparados por la Ley 1ª de ese año, que consagraba la completa y absoluta autonomía del departamento. Por razones y motivos que creo innecesario señalar, tal vez porque el doctor García era un estorbo para realizar incontenibles aspiraciones, se desató una guerra enconada contra los directores de la higiene. En la prensa, en hojas sueltas, se hacía campaña feroz contra las labores de la dirección; hasta el anónimo cobarde y ruin se puso al servicio de tan injusto e innoble ataque. El Gobierno nacional, en un momento de ofuscación y ceguedad, dió oídos a los gratuitos detractores del doctor García Medina, y con una plumada ministerial retiró de su cargo al hombre ilustre que había consagrado toda su vida al servicio de la Nación. La guerra no terminó ahí. En documentos oficiales, salidos del propio departamento de higiene, se hizo gala de ignorar sistemáticamente la obra realizada por el doctor García Medina y se quiso dejar la impresión de que la higiene pública nacía con sus inmediatos sucesores. Se reorganizaron varias veces las directivas del departamento, se hicieron tanteos siempre costosos, para al final volver a la organización fundamental que le había dado el combatido amigo. Fue de ver entonces el valor estoico con que el doctor García soportó su desgracia. Ni una frase de queja, ni una protesta salió de sus labios. Su corazón, ese corazón inmenso que se repartió entre el cariño al país y el cariño a su familia, sangró dolorosamente, no tanto por la injusticia oficial como por el desengaño que a su espíritu traía la deslealtad y traición de amigos y favorecidos. Seguramente lo animaba la fe en la justicia inmanente que algún día habría de poner término a sus sufrimientos y darle la reparación que merecía. Ese día llegó hace apenas dos meses —pero siempre llegó—. El actual Gobierno nacional creyó de justicia reparar el daño causado, creyó de justicia hacer el homenaje de admiración y respeto a quien tan copiosa-

mente había bebido la copa de la amargura, y con ocasión de una fiesta familiar le otorgó la Cruz de Boyacá que la República, como dice la ley, confiere a sus buenos servidores. El Excmo. Sr. Presidente de la República, en un gesto noble y generoso, colocó él mismo el preciado galardón sobre el pecho del hombre que bien merecía este honor que le ofreció el Jefe del Estado. Justa aunque tardía reparación que venía a curar la profunda y dolorosa herida que la incomprensión más que el odio había abierto en el pecho del doctor García Medina.

De eso hace apenas dos meses. Hoy baja a la tumba el doctor García Medina pero rinde su última jornada ya sin amarguras y con la satisfacción de ver que la República no ha sido ingrata.

Todavía correrán muchos años antes de que la labor del doctor García Medina sea justipreciada en todo su valor. Pero cada día aumentará el respeto y la gratitud que el país debe a quien dedicó toda su vida a defender su más preciada riqueza:

Señor doctor García Medina, mi noble amigo y maestro: dormid tranquilo. Vuestras cenizas reposarán bajo el cuidado de la gratitud nacional. La República os hará justicia”.



# REVISTA MEDICA DE BOGOTA

ORGANO DE:

LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

LA SOCIEDAD DE CIRUGIA

LA SOCIEDAD DE PEDIATRIA Y

LA ASOCIACION COLOMBIANA DE ESTUDIOS MEDICOS

---

Dirección y Redacción: Apartado número **102**

Administración: Editorial **CROMOS**. Apartado **442**

**BOGOTA - COLOMBIA - S. A.**