

BOLETIN CLINICO

REVISTA MENSUAL

Directores:

Elkin Rodríguez, Alfredo Correa Henao

Contenido:

J. B. M. — Notas Editoriales.....	103
Restrepo Alonso — Contribución al estudio de los síndromos Ictero-hemorrágicos en Antioquia.....	105
Robledo Emilio — Glosario Técnico.....	121
Uribe Misas Gabriel—La Vacuna antituberculosa BCG. de Calmette	128
Un interesante documento Histórico.....	138
Jiménez Nepomuceno — Aforismos Obstétricos.....	139
Pérez Cadavid Juan B. — El Problema Tuberculoso (Profilaxia uterina).....	140
Restrepo Alonso — Cuestiones Profesionales.....	145

Colaboradores:

Doctor Jacinto Echeverri Duque

Decano de la Facultad

Profesor de Patología Externa

Dr. Martín Noreña

Profesor de Anatomía.

Dr. José Vicente González

Profesor de Anatomía

Dr. Jesús Peláez Botero

Profesor de Química Biológica

Dr. Pedro Nel Cardona

Profesor de Anatomía Patológica

Dr. Juan Uribe Williamson

Profesor de Histología

Dr. Alonso Restrepo

Profesor de Parasitología

Dr. Tulio Arango Pérez
Profesor de Bacteriología

Dr. Wenceslao Montoya
Profesor de Fisiología

Dr. Jesús Ma. Duque
Profesor de Patología Interna

Dr. Cipriano Mejía
Profesor de Pequeña Cirugía

Dr. David Velásquez
Profesor de Terapéutica

Dr. Ernesto Rodríguez
Profesor de Obstetricia

Dr. Carlos Fernández Quevedo
Profesor de Medicina Legal

Dr. Valentín Garcés
Profesor de Farmacia

Dr. Braulio Mejía
Profesor de Clínica General

Dr. Gabriel Toro Villa
Profesor de Clínica Tropical

Dr. Gustavo Uribe Escobar
Profesor de Dermosifilografía

Dr. Miguel Ma. Calle
Profesor de Clínica Interna

Dr. Dionisio Arango Ferrer
Profesor de Clínica Terapéutica

Dr. Rafael Mejía Uribe
Profesor de Clínica Infantil

Dr. Juan B. Montoya y Flórez
Profesor de Clínica Quirúrgica

Dr. Alberto Bernal Nichols
Jefe de Clínica Obstetricia

Dr. Gil J. Gil
Profesor de Ginecología

Dr. Nepomuceno Jiménez
Profesor de Clínica Obstétrica

Dr. Lázaro Uribe Cálad
Profesor de Psiquiatría

Dr. Eliseo Velásquez Mejía
Profesor de Clínica de Organos de los sentidos

Dr. Braulio Henao Mejía
Profesor de Urología

Dr. Alberto Gómez Arango
Profesor de Higiene

Dr. Francisco Luis Cadavid
Médico Jefe y Cirujano de Urgencia del Hospital de San Juan de Dios

Dr. Jorge Cock Quevedo
Profesor de Cirugía

Dr. Alfonso Castro
Profesor de Patología General, Director Departamental de Higiene

Dr. Martiniano Echeverri
Profesor de Radiología

Dr. Hernando Echeverri
Jefe de Clínica Urológica

Dr. Gonzalo Butero D.
Jefe de Clínica Ginecológica

Dr. Pedro J. Toro
Jefe de Clínica Interna

Dr. Rafael Villegas Arango
Jefe de Clínica Quirúrgica

Dr. Francisco Bernal Bravo
Jefe de Clínica General

Dr. Hernán Posada
Ex Director de la Escuela de Filosofía y Letras

Dr. Emilio Rubledo
Profesor de Botánica

Dr. Teodoro Castrillón

Dr. Emilio Quevedo A.

Dr. Jaime Bernal Moreno

Dr. Ernesto Arango Tamayo

Dr. Miguel Martínez
Médico Jefe del Hospital Central

Dr. Carlos Bustamante

Dr. Luis Martínez

Dr. José Antonio Sierra

Dr. Alberto Jaramillo Arango

Dr. Eduardo Isaza Llano

Dr. A. J. González Jaramillo

Dr. Roberto Uribe Vélez

Dr. Enrique Tobón Z.

Dr. Manuel S. Arango M.

Dr. Agustín Piedrahita Restrepo
Médico Legista Departamental

Dr. Heriberto Arbeláez

Dr. Eduardo Escobar M.

Dr. Juvenal Gaviria Ochoa

Dr. Juan B. Pérez Cadavid
Médico del Hospital de La María

Dr. Eduardo Tobón Uribe

Dr. José Posada Trujillo

Dr. Samuel Misas Restrepo

Dr. Juan B. Londoño

Dr. Jorge Rodríguez
Jefe de la Escuela Nacional de Minas

Dr. Emilio Jaramillo

Dr. Alfonso Palacio

Dr. Ezequiel Arroyave Roldán

Dr. Gabriel Uribe Misas

Dr. Guillermo Garcés Mejía

Dr. Eduardo Vasco

Dr. Joaquín Escovar Alvarez
Químico Farmacéutico

Dr. Samuel Uribe Escobar.

Dr. Roberto Gaviria.

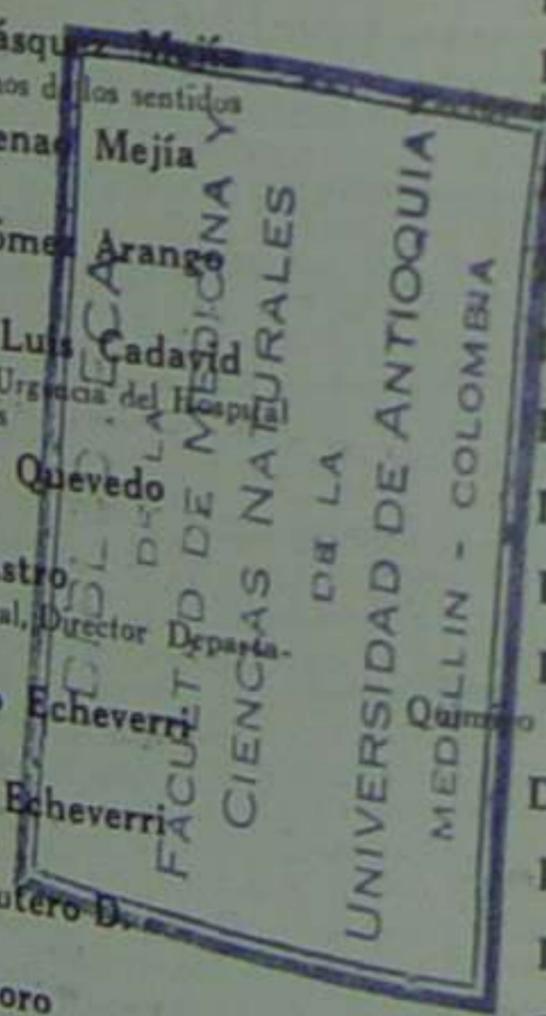
Dr. Alberto Uribe Uribe

Dr. Horacio González Delgado

Dr. Rafael Mora Vásquez

Dr. Jorge E. Delgado
Médico Jefe Municipal

Dr. Juan Saldarriaga





Dr. ALONSO RESTREPO

Doctor en Medicina y Cirugía de la Universidad de Antioquia (1917.)
Miembro correspondiente a la Academia Nacional de Medicina (1925.)
Médico malariologista con diploma de la Universidad de París (1927.)
Miembro de Número de la Academia de Medicina de Medellín.
Miembro de la Sociedad Zoológica de Francia (1927)
Jefe del Laboratorio Municipal de Medellín desde 1928.
Profesor de Parasitología en la Universidad de Antioquia (desde 1929.)
Cirujano del Hospital de Sonsón (1920-1926.)
Director de la Revista Cruz Roja.

NOTAS EDITORIALES

San Quijote Restrepo Moreno, tributo magnífico de la debilidad de la materia y ofrenda delicada y pura de los perfiles inconfundibles del espíritu, vino al mundo por uno de esos caprichos de una aldea, que demora en la región lumbar de los Andes; es una verruga dorada en las caderas flácidas y monótonas de este rumiar provinciano.

Varón austero, sencillo y diáfano; huérfano de las imbecilidades que nos amamantan a las ubres de la vida, es un agravio a la grasa y un himno triunfal al tejido muscular y fibroso en su desnudez más asexual.

Filosóficamente es la creación perfecta del alma iconoclasta. Kant, Osvaldo, Spengler, Balmes, Descartes le merecen su sonrisa faríngea, más no el desgaste de una expiración. El romanticismo medioeval tiene en su conciencia el sitio que ocupan las chirimoyas podridas en una exposición de cuadros al pastel.

Es una de las pocas unidades que entre nosotros se aleja de la arquitectura cuadrúpeda. Su pedantería iconoclasta es el Standard del tipo normal, personaje de leyenda y de mitología, muy raro, casi desconocido entre nosotros.

Es necesario desarmar el espíritu arrivista y desarticularlo de esta bonhomía epiléptica nuestra, para reducir a sus justas proporciones toda la venganza de esa alma inmensa, ante la pequeñez liliputiense de las células de su cuerpo. Su silueta desnuda buscando los manes de Mathma Gandhi, es uno de los axiomas con que prueba la escuela racionalista, la espiritualidad del alma!

Su primer alarido al saltar del umbral en donde gestó nueve meses, fué: medicina. En tesis general, somos médicos muchos a pesar del escarnio

por no serlo ni sentirlo. A San Quijote Restrepo Moreno, lo saludó al nacer el arte de Aristóteles, como parroquiano antiguo. Nació a la medida y no tuvo urgencia de pruebas.

Yo quiero acogotar y estrangular su modestia sin derecho alguno, para inducirlo a la soberbia a que es acreedor. Tengo fé ciega en que no tendrá en sus rigores el ocaso del cuajo danés. Sus proporciones psíquicas, no serán vencidas nunca por la ruptura del coeficiente de la elasticidad humana. Si así fuere, se tornaría obeso y entonces lo llamaríamos Don Sancho Restrepo Moreno. No lo permitiría.

Ha bordado con brocados de raso, la túnica inconsútil del imperio de su alma, sobre la sensualidad agresiva de la materia! Abrillantando así la lujuria espiritual, sobre la concupiscencia hormonal y testicular!—Prefiere el Rito oriental y la melodía de los Molinos de Viento, a la agreste euforia del puchero. El cerebro a la carne. El músculo a la grasa. El libro a la azada! Dígalo su humanidad flaca, en donde la carne ocupó el espacio de un grito! Dígalo su dinamismo científico e investigador, cuyo voltaje y alta tensión reducen al tamaño de un zumbambico la fortaleza de Guadalupe.

Al humillar con esto el sentido amable de la amistad, desarticulo mi esqueleto, lo envaso en mi tonel de grasa, para que pise barro si he dicho mentira.

Por Alá!

Y sobre la Biblia!

J. B. M.

Julio de 1932.

Contribución al estudio de los sindromos Ictero-hemorrágicos en Antioquia

Puntos de que se trata:

Breve reseña de los trabajos publicados.

Esquema clínico de los casos agudos.

Nueva observación.

Resumen de autopsias.

Investigaciones histológicas.

Diagnósticos posibles.

Plan de trabajos por hacer.

NOTA.—Se agradece profundamente al Dr. Rafael Villa Restrepo la observación y el material que fue servido de proporcionarnos, y a D. Alfredo Correa Henao su eficaz colaboración en los trabajos de Laboratorio.

A. R.

Nuestro distinguido amigo el Dr. Rafael VILLA RESTREPO ha tenido la amabilidad de someter a nuestro estudio la observación de un caso más del interesante síndrome ictero-hemorrágico que de vez en vez se ha venido presentando, sea aislado, sea en focos epidémicos locales (con mayor frecuencia familiares), en diversas regiones del Departamento, síndrome que fué siempre bautizado con el nombre del paraje o del municipio donde se presentó.

A la historia del nuevo enfermo tuvo el Dr. Villa Restrepo la buena idea de acompañar material para investigaciones de laboratorio; los trabajos que nos fué dable verificar sobre estas muestras, justifican un vistazo de conjunto al importantísimo asunto, bastante tratado yá bajo el aspecto clínico por diversos y eminentes observadores, y no tanto que se debiera desde los puntos de vista etiológico y anatomo-patológico.

RESEÑA HISTORICA de las observaciones hechas hasta ahora.

1)—De 1905 a 1906 el Dr. Miguel M. Calle observó en el Municipio de Titiribí los siguientes casos:

Paraje de "Caracol".—Familia de Don Pedro Pablo Estrada compuesta de 13 personas; 10 casos de forma aguda con muerte en lapso de mes y medio.

Paraje de "Taparal", cercano a "Caracol"; un caso con muerte.

Paraje de "Corcovado", distante del primer foco: 1 caso aislado también mortal (Discusión en las sesiones de la Asamblea Médica de Antioquia y Caldas, Medellín, Octubre de 1922),

2)—En el segundo semestre de 1915 los Doctores Emiliano Henao y Marco A. López, observaron cuidadosamente en el Hospital de San Rafael,

5 casos agudos con 2 muertes; 4 de ellos procedían del paraje de "Tacamocho", a 15 kilómetros de Puerto Berrio; enfermaron 3 de ellos del 25 al 27 de Agosto y el 4º, el 4 de Septiembre siguiente.—El 5º, enfermo procedía de "Malena", a 3 kilómetros de "Tacamocho"; ingresó al Hospital el 10 de Septiembre de 1915, y de él corre publicada una magistral historia clínica (El Ferrocarril de Antioquia, N.º. 637, Medellín, Noviembre 26 de 1917).

Los distinguidos Médicos, autores de este trabajo, diagnosticaron "Fiebre Amarilla", diagnóstico que aprobaron los Drs. Montoya y Flórez, Toro Villa, Balfour (del Instituto Wellcome de Londres) y más tarde el Dr. Pareja, compañero de Noguchi en las investigaciones sobre la Amarillosis y el *Leptospira Icteroides* en Guayaquil.

Los Doctores Guiteras y Carter, de la Rockefeller Foundation, rechazaron este diagnóstico, pero sin dar una orientación ni un nombre clínico a los cuadros que se les describieron.

Del caso N.º. 2 se practicó la autopsia y se despacharon las vísceras a Londres donde las estudió el Dr. A. C. Stevenson; de su trabajo y de la autopsia nos ocuparemos más adelante.

3)—Con el nombre de "Fiebre de Salgar" describe el Dr. Wenceslao Villa 6 casos, terminados por la muerte, de una epidemia familiar en 1916 (Informe al Señor Director Departamental de Higiene de Antioquia).

La familia se componía de 14 personas y las defunciones ocurrieron en lapso de 4 meses.

4)—Con el título de "Esquiroquetosis Hemorrágica—Su probable existencia en Colombia," el Dr. Luis Eduardo Uribe E. estudia 11 casos de Ictericias con fenómenos agudos, sin ninguna muerte, observados en Envigado del 1º de Octubre de 1916 a Febrero de 1917, de sintomatología muy semejante todos ellos y estudiados algunos con el Dr. Miguel Calle, y con el Dr. Montoya y Flórez, a quienes dedica su interesante trabajo.

Entre estos casos 4 de ellos se presentaron en una misma casa (de D. P. P. Posada) de Diciembre de 1916 a Enero de 1917; el padre y la madre tuvieron formas graves, y en esta última la enfermedad revistió la forma hepato-esplénica de los autores.

A diferencia de las observaciones de marcha crónica del Dr. W. Montoya, los casos del Dr. Uribe no tuvieron consecuencias tardías, ni evolución fatal ulterior. Como tratamiento el Dr. Uribe obtuvo excelentes resultados con Urotropina por ingestión.

(Revista Médica de Bogotá, Año XXXVI, Noviembre y Diciembre de 1918, Nos. 436 y 437, página 477). La duración de estos casos osciló entre 12 y 90 días.

5)—Con el título de "Ictericia Familiar y Contagiosa" presentó el Dr. Wenceslao Montoya un estudio de 28 casos, observados por él, en 3 focos distintos del Municipio de Titiribí, en 1916, a la Asamblea Médica de Antioquia y Caldas.

De ellos, 7 casos carecieron del cuadro clínico alarmante inicial, revisando más bien una marcha crónica desde el principio; de los 21 restantes

sólo 5 concluyeron por la muerte entre las 72 y 96 horas de haberse instalado el síndrome; la forma presentada por los demás durante la fase aguda, tuvo caracteres benignos; uno de los enfermos más graves (Mariano T. M. de "Rincón Santo") parece que curó totalmente.

Los demás casos tuvieron una marcha esencialmente crónica precedida de un estado agudo más o menos franco, concluyendo de manera inevitable y en lapso no mayor de 18 meses, por una verdadera Cirrosis Atrófica, salvo Edelmira G. M. que se repuso por completo y J. Gómez y su señora que se perdieron de vista.

En la Estadística Médica de la Mina del Zancudo (Titiribí) señala además el Dr. W. Montoya 31 defunciones por esta clase de afecciones hepáticas de 1916 a 1922, fecha de su trabajo. (Revista Clínica de Medellín, vol II. Año VII N.º. 20 a 24, Junio de 1923, pág. 556).

6)—Durante el año de 1922, procedentes de los campamentos de "San Antonio" y "La Mariposa", en la "Variante de la Calera", Ferrocarril de Antioquia, Municipio de Puerto Berrío, estudió nuestro inolvidable amigo y sagaz observador Dr. Marco A. López, 9 casos con cuadro clínico característico, que asimila a los de Tacamocho y de los cuales señala la muerte de 7 enfermos en su correspondencia con el Dr. Henao, Médico-Jefe de la Empresa.

En esta vez López no vacila en diagnosticar "Espirosquetosis Icterígena" (Obs. de X Pulgarín, Diciembre 18), por más que en los dos primeros casos (de X. Galeano y X. Pérez) haya pensado en la **Remitente Biliosa** y que la inoculación, al curí, de la orina de uno de éstos enfermos dió resultado negativo. En todos la muerte fué muy rápida y, posiblemente, el fracaso del experimento se debió talvez a su precocidad, o acaso a no haber inyectado el sedimento de centrifugación de **una gran cantidad de orina** como es indispensable en los primeros días de la enfermedad.

Desde el punto de vista de las vías posibles de infección resulta muy interesante y sugestiva la insistencia de López en señalar la abundancia de chinches en los campamentos de Calera, y las muchas señales de picaduras que presentaban algunos de sus enfermos (Ferrocarril de Antioquia, Informe del Médico Jefe en 1922—Notas biográficas sobre el Dr. Marco A. López por el Dr. Emiliano Henao, Anales de la Academia de Medicina de Medellín, Segunda Epoca, Año I—Entrega 2.ª.—Agosto de 1930, pág. 66).

7)—En su Tesis de Doctorado "Ictericia Endémica y Epidémica", el Dr. Jaime Orozco estudia especialmente 9 casos personales observados en Titiribí de 1920 a 1926, de los cuales 5 fueron agudos con muerte rápida.

Señala además 30 casos con 16 muertes en corto lapso, dividiendo estos enfermos en 8 grupos por nexos de familia unos y de vecindad de vivienta otros. (Tesis de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, 1928).

8)—En los trabajos del Ferrocarril al Cauca, 1923 a 1924, el Dr. Luis Martínez pudo observar el principio brusco e intenso de dos casos típicos con muerte; y nos informa que esta afección sólo se presenta en el curso de los grandes veranos,

9)—En informe al Señor Director Departamental de Higiene de An-

tioquia, y con el título de "Fiebre de Ebéjico", el Dr. F. Pérez Parra habla de (?) casos observados por él en dicho Municipio de 1923 a 1925; y en conversación particular nos recalcó sobre el hecho de que sus enfermos sucumbieron siempre en coma con contracturas y con temperatura dentro de los límites normales.

10)—En su Tesis de Doctorado "Fiebre de Concordia" (Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, 1931), el Dr. Rafael Villa Restrepo estudia 5 observaciones personales y algunas otras de los trabajos anteriores.

Sus casos propios pertenecen a una epidemia, también familiar, acaecida por tierras calientes del Municipio, de Mayo a Septiembre de 1928 (Familia Flórez); todos los casos fueron mortales en lapso de 48 a 144 horas.

De la autopsia de su caso N.º 4 y de las comprobaciones que hicimos en los cortes, hablaremos luego.

La duración de la enfermedad, calculada sobre los datos recogidos por el Dr. Villa Restrepo, ha sido (a partir del gran calofrío inicial) desde 39 horas (casos de Henao y López) hasta 144 horas (un caso de Orozco y otro de Villa R), registrándose el desenlace fatal, en los demás casos agudos, entre las 48 y las 96 horas.

Cuadro clínico de los casos agudos anteriores

Prodromas: Curbatura, astenia, mialgias.

Iniciación: Intenso escalofrío seguido de ascensión de la temperatura y acompañado de cefalea, raquialgia y vómito.

Remisiones: en los diversos casos relatados por los Doctores Villa, entre las 12 y las 24 horas se ha presentado una disminución de los síntomas persistiendo sólo la astenia, para observarse, al cabo de unas horas más, una exacerbación de todos los fenómenos.

Síntomas cutáneos: Ictericia progresiva llegando a ser intensa (casos de "La Calera").—Equimosis post-mortem (un caso de Tacamocho)

Síntomas digestivos: Ansiedad epigástrica, gastralgia, Aliento de extrema fetidez (señalada por todos los observadores y muy especialmente por los Drs. Villa y Orozco).—Vómito, al principio alimenticio, luego mucoso, después sanguinolento, sea con sangre pura o principiando a digerirse; sólo en un caso de Salgar no se constató la presencia macroscópica de sangre.

En la mayoría de los casos parálisis intestinal. Henao, López y Orozco señalan, en algunos, diarrea inicial de aspecto bilioso y Orozco un caso de acolia.

Signos respiratorios: nulos salvo al final de uno de los casos de Salgar en el cual se observó taquipnea.—Fuera de ello ninguno de los observadores hace notar nada de interés del lado de este aparato.

Síntomas cardiacos y respiratorios: Al principio, en casi todos los enfermos, pulso de tensión y ritmo normales; después hipotensión con pulso filiforme, y un máximo de 120 pulsaciones por minuto; en un caso de Calera hipertensión y taquicardia.

Epistaxis en varios enfermos.

Equimosis en un caso de Tacamocho.

Síntomas renales: Oliguria, coluria, albuminuria, hematuria, anuria.

En un caso de Salgar, retención de orina hematúrica sin oliguria franca.

Síntomas nerviosos: iniciales, lasitud, astenia profunda "casi dolorosos" (Orozco). Inquietud en el lecho (W. Villa)—Agitación seguida de depresión. Cefalea, hiperestesia del Plexo Solar y raquialgia intensas. Mialgias. Hipertermia sostenida hasta varias horas después de la muerte en algunos casos; hipotermia en otros.—Vértigos.—Trismus—Contracturas—Signo de Kernig positivo (un caso de López), estupor, inconsciencia, coma final, muerte con convulsiones tónicas. Miosis (un caso de Tacamocho) Midriasis con buena reacción a la luz (un caso de Salgar). Estupor, etc.

Caracteres de la Fiebre: En un caso de Salgar, y en los de Pérez Parra la temperatura se mantuvo dentro de los límites normales.—En la mayoría de los demás enfermos, hipertermia de 38° a 40° con prolongación post-mortem. En unos pocos, algidez final llegando a ser perceptible el descenso de la temperatura aún por encima de las sábanas (caso de Villa R.)

Por lo que atañe a las modificaciones de los órganos, apreciables clínicamente, cabe señalar apenas una ligera hipertrofia hepática con dolor en la región vesicular en algunos enfermos (señalada especialmente por Orozco, Pérez Parra y López). Del lado esplénico apenas sí se advierte, en unas pocas observaciones, una ligera macicez a la percusión, faltando este síntoma en la gran mayoría de los casos.

Historia del nuevo caso: Observación del Dr. Villa R.)—N. Bolívar.—18 años.—Soltero.—Agricultor

Ant. Personales: Solamente blenorragia, reciente.

Enfermedad actual: Viernes 26 de Febrero, 1932. A la hora de costumbre salió para el trabajo; a poco de haberlo emprendido lo abandonó quejándose de cefalalgia occipital y malestar general.

Sábado 27.—Como el día anterior más un poco de temperatura.

Domingo 28—Amaneció mejor.—Estuvo en una pesquería hasta las 5 de la tarde, hora en la cual se sintió mal, siéndole imposible regresar a pie hasta su casa.

Lunes 29.—Muy mala noche. Gran indisposición y fiebre. En la noche se quejó sin localizar dolor alguno especial.

Martes 1° de Abril.—La familia alarmada lo trae a la población (Concordia), a caballo hasta la mitad del camino donde cayó de la bestia; ya no podía hablar: contestaba con monosílabos repitiéndolos, pero daba muestras de conocer a las personas.

A las 3 ingresa al hospital; lo examina el Dr. Ospina quien da los datos siguientes: Afasia, inconsciencia completa, tinte subictérico, 104 pulsaciones, 38° 4 de temperatura, polipnea; retención de orina y de materias fecales; hiperestesia generalizada, convulsiones, grito meníngeo. El Dr. Ospina ordenó un baño tibio que produjo gran sedación, y le aplicó dos gramos de quinoformo, con tres horas de intervalo, y aceite alcanforado.

Miércoles 2.—Lo vimos a las 8 de la mañana: cuadro igual al descrito por el Dr. Ospina.

Se le extrajo sangre, orina y líquido cefaloraquídeo.

Inyección intravenosa de un gramo de quinoformo.

Inyección intra-raquídea de electrargol.

Al cuarto de hora vómito sanguinolento.

Estado comatoso todo el día. Se va acentuando el tinte icterico.

Muerte en coma a las 8 de la noche.

Autopsias

De todos los casos relatados por los distinguidos colegas que han descrito la clínica de esta interesante afección, sólo se han hecho dos autopsias, y ahora una tercera que acompaña la nueva observación motivo del presente trabajo:

Primera Autopsia

I—Roque Arango—Caso N.º 2 de Tacamocho—(Drs. Henao y López):

Resumiendo, se comprobó:

Equimosis faciales y abdominales.

Ictericia apreciable.

Hígado ligeramente crecido, de color amarillo oscuro, friable y "desorganizado".

Bazo: nada especial.

Estómago: pilares gruesos, "cubiertos de una capa viscosa obscura".

Intestinos, congestionados.

Vejiga, vacía.

Los vísceras fueron enviadas a Londres donde el Dr. A. C. Stevenson hizo el estudio anatomo-patológico, y en cuyo informe dice:

"Estómago: las células oxínticas se ven claramente; pero las células secretoras ordinarias de las glándulas están degeneradas. Esto último es efecto post-mortem. En la membrana mucosa se ven varias áreas de infiltración de pequeñas células redondas, y en un punto hay un área de necrosis definida en que se pueden ver bacilos. Los vasos sanguíneos están ingurgitados pero no hay evidencia definida de hemorragia en el estómago.

Hígado: exceptuando un ingurgitamiento general de los vasos sanguíneos y pigmento, quizá malárico, prácticamente no hay nada que anotar. No hay degeneración grasosa, difiriendo así de la Fiebre Amarilla.

Bazo: las únicas cosas de anotar son ingurgitamiento de sangre y de pigmento de tipo malárico.

Por los hallazgos anatomo-patológicos el caso no parece ser de Fiebre Amarilla, a menos quizá que haya sido muy agudo para que no ocurrieran cambios en el hígado". (A. C. Stevenson).

Segunda Autopsia

Observación N.º 4 de la tesis del Dr. Rafael Villa Restrepo.

Caso de NN Flórez; de 8 años; leñatero; de Concordia.

Marcha aguda típica con muerte a las 72 horas de los primeros síntomas (astenia y gastralgia):

Lesiones Macroscópicas:

Estómago: 4 perforaciones: 1^a.—Pequeña Corvadura, de 3 centímetros de diámetro; 2^a.—cara anterior, más pequeña, 3^a. y 4^a.—cara posterior del órgano. En la cavidad una ascaris lumbricoides. Mucosa de aspecto macerado.

Intestinos: congestionados.

Bazo: congestionado.

Hígado: de color amarillo pardo. Ligera hipertrofia.

Riñones: congestionados.

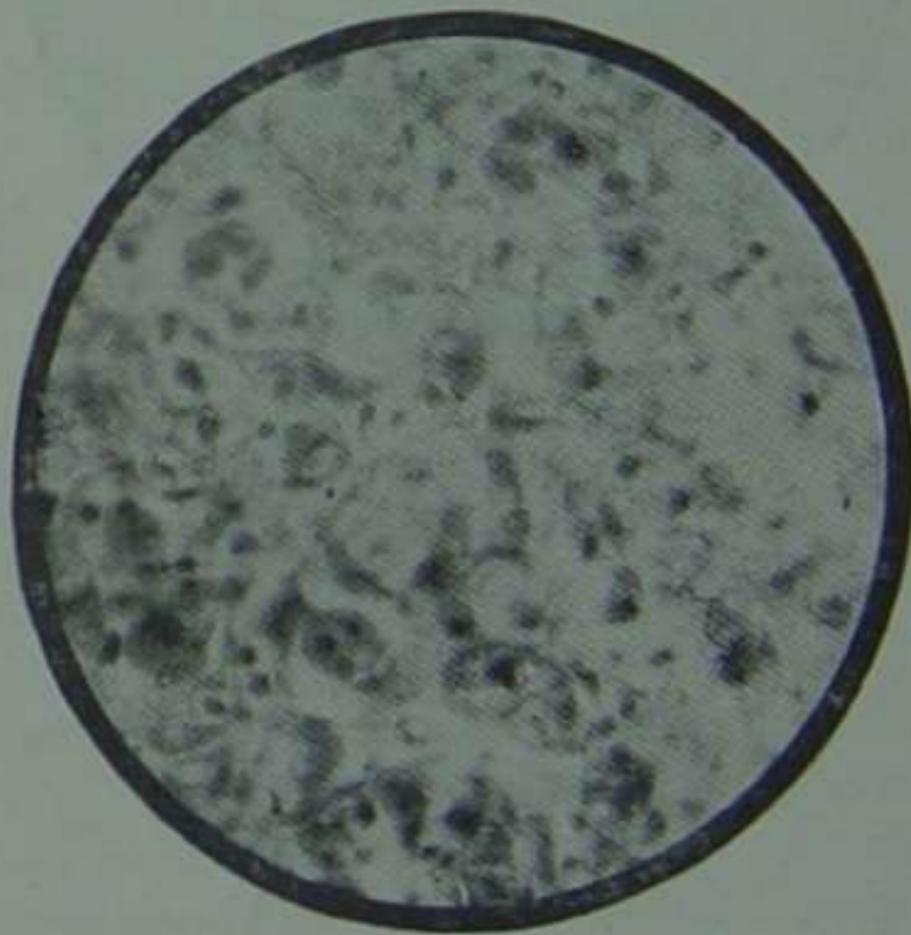
Ganglios mesentéricos peri-gástricos: hipertrofiados.

Lesiones Histológicas: remitidas por el Dr. Villa R. y en colaboración con Alfredo Correa Henao y Alfonso Jaramillo Arango estudiamos las siguientes piezas:

Hígado: en el líquido fijador en que fue remitido (solución fisiológica formolada al 10%) conservaba el color amarillo pardo encontrado al abrir el cadáver.

A pequeño aumento el aspecto parece normal observándose sólo vacuidad de los vasos sanguíneos.

Fig. 1



Hígado—Dislocación trabecular (15 x 40Z)

A mayor aumento (10 x 40 Zeiss) se advierten disociadas las células constitutivas de las trabéculas de Remak, en la forma descrita por Garnier y Reilly con el nombre de "Dislocación trabecular", y señalada por ellos como lesión característica de la forma graven de la Ictericia Espiroquetal.

Las células parenquimatosas muestran retraído y granuloso el protoplasma, vacuolado en muchas de ellas. En algunas, la desintegración es tan

completa que sólo se vé el núcleo, irregularmente coloreado siempre.
Aparece muy visible el esqueleto fibro-elástico de los lobulillos.
De uno de estos cortes hicimos la microfotografía de la figura 1 que muestra la dislocación trabecular y da idea de las alteraciones celulares.

Riñón: Nada apreciable al examen macroscópico.
El microscópico revela alteraciones manifiestas de los tubos contorneados: el revestimiento regular y ordenado de las células epiteliales se ha transformado en un magma amorfo de protoplasmas fundidos, borrándose la luz tubular, estado al cual Chevassu y Rathery han dado el nombre de "homogeneización", muy apreciable en nuestra microfotografía número 2.

Fig. 2



Riñón—Formación de cilindros granulados (15 x 40)

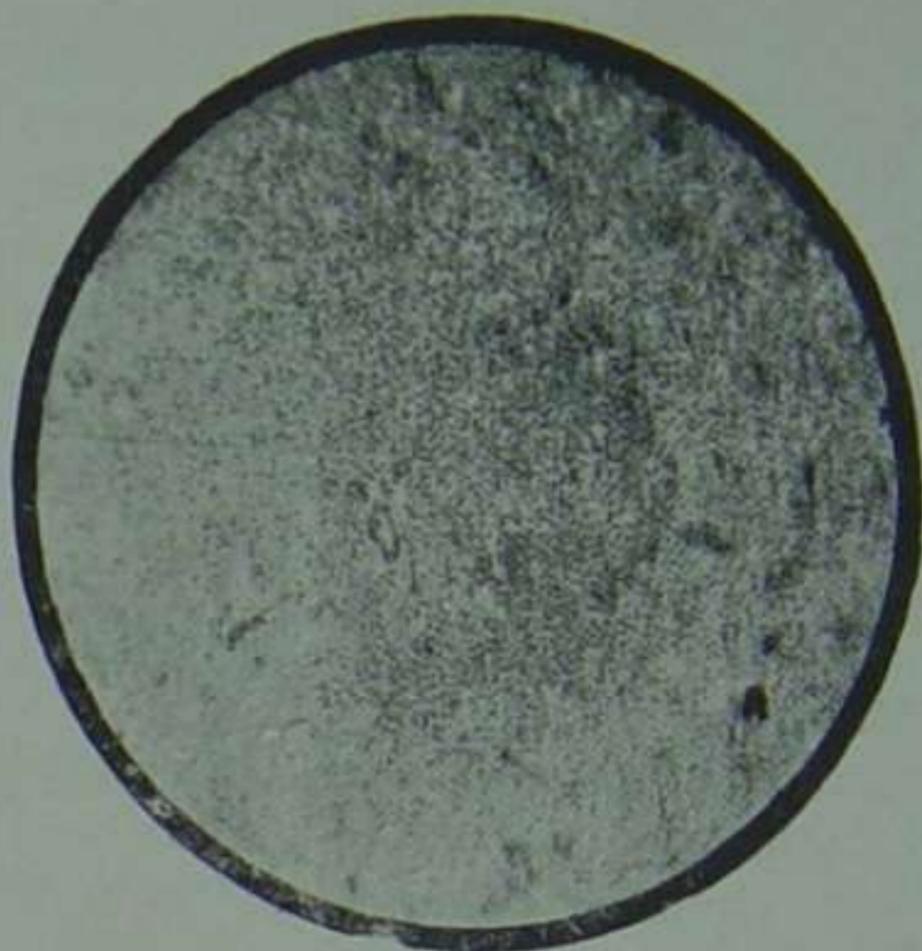
En algunos puntos la necrosis epitelial es tan completa que se asiste a la formación del "cilindro granuloso" por intensas desintegraciones celulares, como aparece palpablemente en la microfotografía N.º 2

Como se vé, éstas lesiones corresponden a una verdadera Nefritis aguda de proceso francamente necrótico.

Bazo: En este caso el examen macroscópico no reveló lesiones de importancia, salvo ligera congestión.—El microscópico permite apreciar degeneración granulosa en unas pocas zonas muy localizadas. (nueva observación de las placas conservadas en nuestra colección): unos, (muy pocos) macrófagos presentan finas granulaciones negras. (Fig. 3.)

Tercera Autopsia:

Practicada por el Dr. Rafael Villa Restrepo, asistido por los Drs. W. Villa y A. J. Ospina, en el nuevo Caso de Concordia (N. Bolívar)
Ningún dato sobre características especiales del cadáver.



Bazo del caso de la autopsia No. 2, en el cual no se encontró pigmento aglomerado (15 x 10Z)

“El aspecto, el color y el peso del corazón, los pulmones, las supra-renales normales.

Peso del Hígado, 875 gramos.

Peso del Bazo, 154 gramos.

Peso de un Riñón, 187 gramos.

El estómago aparecía muy dilatado; abierto, estaba lleno de sangre medio digerida.

El intestino en toda su totalidad no presentaba particularidad alguna.”

Recibimos fragmentos de hígado, riñón, bazo y un ganglio linfático, y además frotos de sangre, 15 c. c. de orina y líquido céfalo-raquídeo, en los cuales con Alfredo Correa Henao, hicimos las investigaciones siguientes:

Líquido Céfalo-raquídeo—tomado en la mañana del día de la muerte. Llegó muy cultivado y por tanto inservible para el examen.

Centrifugado y examinado el sedimento, no comprobamos la presencia de pus.

Orina: en la pequeña cantidad recibida investigamos:

Pigmentos biliares: muy abundantes.

Sales biliares: negativo.

Examen microscópico- Cilindros epiteliales en gran cantidad.

Leucocitos: numerosos.

Polimicrobismo.

Frotos de sangre: cuidadosa investigación de Hematozoarios y de

Espitocetas: Negativa:

Fórmula leucocitaria:

Neutrófilos:	72,0%
Eosinófilos:	1%
Basófilos:	0%

Linfocitos: 18,5%
Endotelioscitos 8,5%

Establecida sobre el recuento de 400 células.

Como se vé la fórmula leucocitaria misma excluye en absoluto el Pa-

ludismo.

Histología Patológica de las nuevas piezas recibidas:

En colaboración con mi ayudante en el Laboratorio Municipal, Sr. Alfredo Correa Henao.

HIGADO: A pequeño aumento: pérdida tan completa de la lobulación hepática, que el diagnóstico de órgano resultaría imposible. Lagunas en el tejido que, por advertirse desintegración en sus bordes, dan la impresión de verdaderos focos necróticos.

A mayor aumento: Más apreciable la desorganización de las trabéculas de Remak ("Dislocación trabecular" de Garnier y Reilly); por ello más visible el estroma conjuntivo del órgano. (En un todo semejante a la Fig. 1 del caso anterior)

Capilares sanguíneos vacíos casi completamente.

Algunas pocas células aparecen infladas, con núcleos intensamente coloreados (método de Van Gieson); otras, también escasas, grandes, con hiper-coloración nuclear y con finas granulaciones negras en el protoplasma; y el resto, constituido por la gran mayoría de los elementos celulares, convertidas en aglomerados imprecisos de granulaciones gruesas y finas, teñidas en pardo, y unas pocas con vacuolas dejadas por el xilol al disolver esférulas de grasa. En estas células degeneradas los núcleos son difusos y toman muy mal el colorante.

Se tiene le aspecto de que el órgano estuviese cocido.

Conclusión: Degeneración parenquimatosa (llamada también albuminosa o granular).

Bazo:

Como en el hígado, desorganización de la estructura.

Grietas que parecen producidas en vida y no por artificios de preparación.

Separación de la pulpa de las paredes vasculares.

Franco visible el retículo conjuntivo.

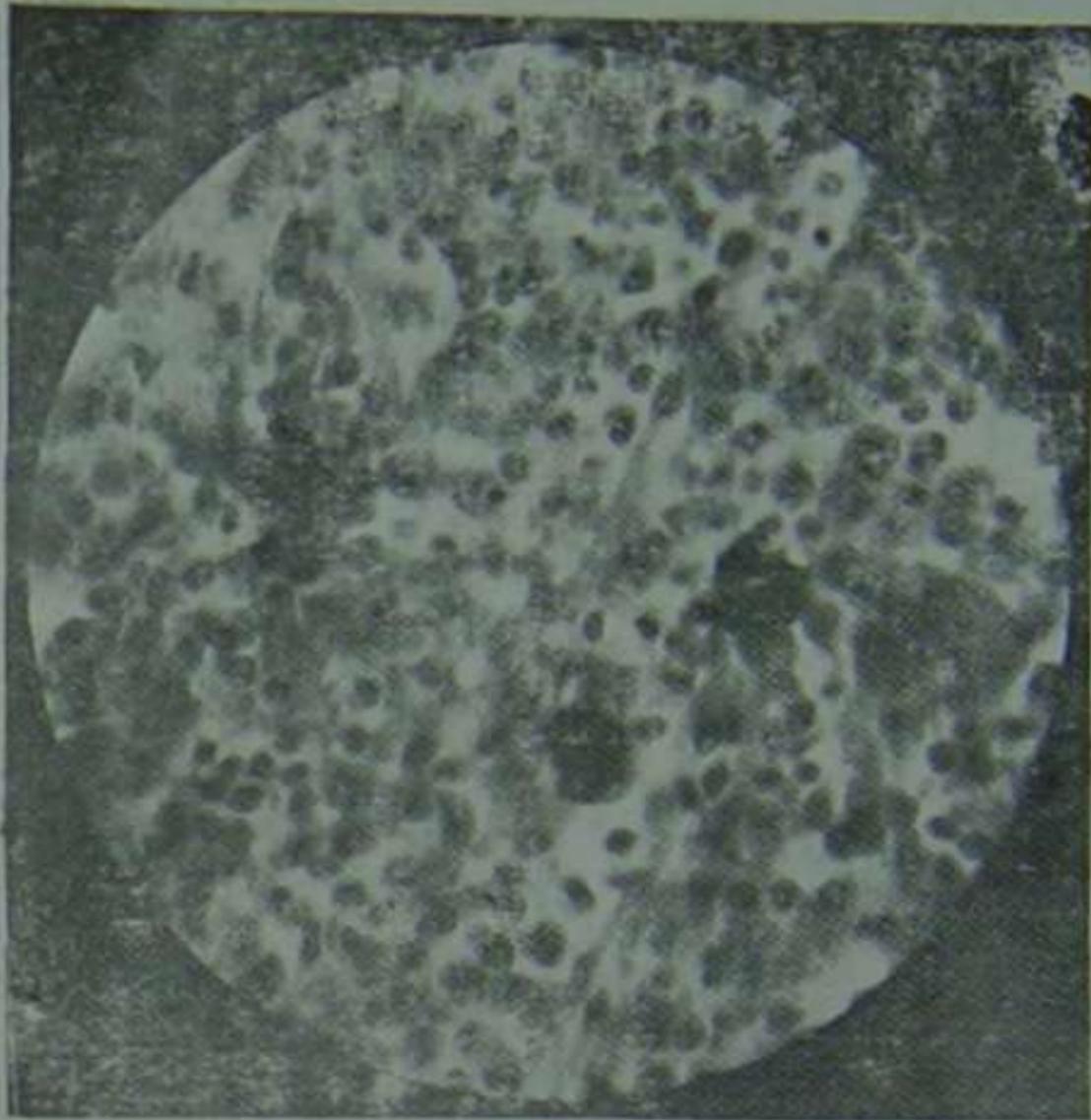
Hiper-coloración de los núcleos celulares sin que ninguno de ellos aparezca desteñido como en el hígado.

En el 50% de las células se advierte la degeneración granulosa del protoplasma.

Y sobre todo, lo que más llama la atención—figura 4—es la presencia de gruesos conglomerados de pigmento negro, procedente, a no dudarlo, de una considerable hematomolisis.

No nos fué posible encontrar Macrófagos con esta clase de pigmento en su interior.

Y por lo que hace a los capilares, estaban todos muy escasos de sangre.



(15 x 40)—Pigmento en el tejido esplénico (caso de la 3a. autopsia)

Riñón: Las alteraciones de este órgano aparecen muy extensas y profundas: los Glomérulos se presentan retraídos de la cápsula, y sus células granulosas, con núcleos hiperocrómicos.

La mayor parte de los Tubuli Contorti muestran una gran hiperplasia celular con degeneración granulosa del protoplasma; en algunos se ven también vacuolas pequeñas de degeneración grasosa. La luz tubular aparece cerrada en muchos de ellos por exsudados albuminosos y productos de desintegración celular, observándose la formación de los cilindros granulosos tal como lo muestra la figura 3, tomada de cortes del caso que habíamos estudiado antes (Autopsia N.º. 2)

Ganglios linfáticos: Estudiamos también uno de estos órganos sin encontrar en él, lesión alguna apreciable.

Consideraciones

(1)—Algunos cuadros clínicos, el hecho de que ante ellos hayan hecho el diagnóstico de Fiebre Amarilla médicos aguerridos en Patología Tropical, de que dicho diagnóstico haya sido corroborado por expertos de la categoría de Belfour, Toro Villa, Montoya y Flórez y Pareja, más la falta de trabajos experimentales indispensables en la investigación etiológica de entidades como ésta, obligan a que en el estado actual de nuestros conocimientos no se pueda excluir todavía la posibilidad de semejante diagnóstico.

(2)—Contra él militan dos hechos en la bibliografía que tenemos estudiada:

(A)—El rechazo de dicho diagnóstico por los Drs. Carter y Guiteras, Hanson, (Tacamocho), Miller y Kemmel, (Ebéjico) enviados por la Fundación Rockefeller, y (B)—La opinión en contra expresada por el Dr. Stevenson basada en el estudio anatómo-patológico de las vísceras de Roque Arango, enviadas a su laboratorio de Londres, (segunda observación de Tacamocho).

(A)—Contra los primeros se puede alegar el argumento trivial y perentorio, de que dichos técnicos se limitaron a una negación rotunda, sin fundamentarla y sin establecer siquiera un diagnóstico de probabilidad.

Contra ellos también existe el hecho de la frecuencia del *Stegomyia Fasciata* Fabricius, 1805, (1) en Puerto Berrió y sus alrededores. En 12 excursiones, solo o con nuestros estudiantes, hemos traído siempre, gran cantidad de larvas de esta especie, capturadas invariablemente en las canecas en que almacenan agua, para el uso doméstico, las gentes del Puerto y de las estaciones cercanas.

Aunque muy escaso, y a pesar del clima y de la altura, dicho insecto existe también en el valle de Medellín y, seguramente, en mayor cantidad en las laderas del Cauca: en noviembre de 1927, entre una pesca de larvas de diversos culicídeos hecha en un pozo del barrio de Guayaquil (carrera Bolívar X con la Av. Amador), Medellín, en el patio del local que ocupaba entonces la Agencia de la Ferrería de Amagá, y que ocupa hoy, reconstruído, la Compañía Maderera Antioqueña, cogimos una larva de *Stegomyia Fasciata* que, en cultivo individual, en nuestro laboratorio, dió un bellissimo ejemplar hembra, que identificó también el Dr. Toro Villa, y que conservamos en nuestra colección. Otra larva igual fué cogida en 1929 por nuestro eminente amigo el Dr. Marshall Hertig (Entomólogo de la Fundación Rockefeller) en una de las pilas para agua bendita de la Iglesia de Envigado.

Además, en nuestro laboratorio particular, de los diversos lotes de larvas traídas de Puerto Berrió, hemos obtenido hasta 3 generaciones, en cautividad, alimentando los ejemplares con picaduras en nuestro brazo, y en momentos en que el termómetro marcaba apenas 20°5, siendo ciertamente poco activos los insectos a esa temperatura. Debemos observar que acaso hubiésemos obtenido mayor número de generaciones en nuestros cultivos *Stegomyia* si las exigencias de nuestro trabajo y algunas ausencias, nos hubiesen permitido verificarlos con mayores asiduidad y cuidado.

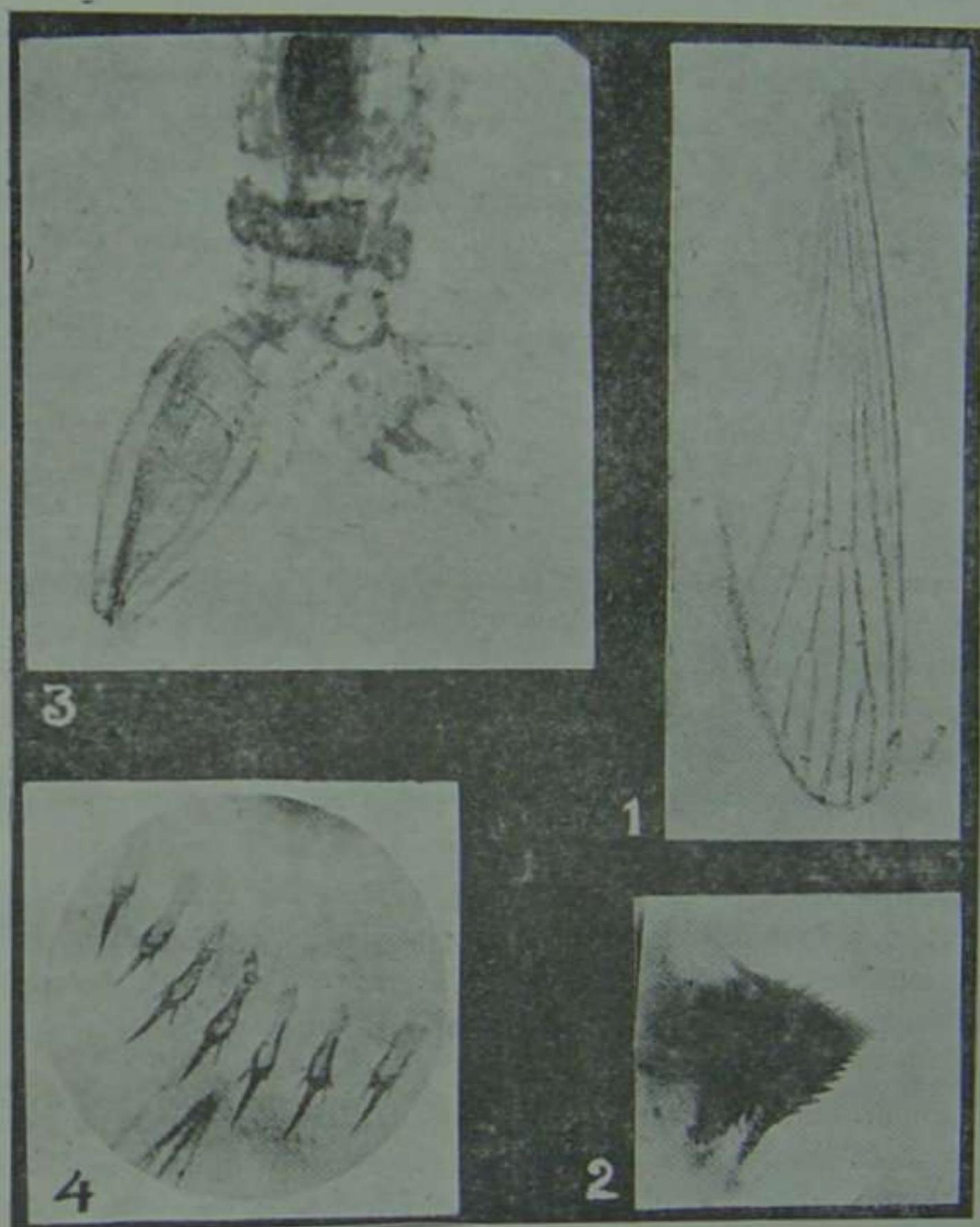
Por otra parte, en 1928 mi ayudante el Sr. Correa Henao en compañía del Dr. R. Villa Restrepo, visitó la casa de la familia Maya en Concordia, a poco de ocurrir la última defunción, y examinando los alrededores encontró, en lagunas cercanas, unas cuantas larvas del género *Stegomyia*, por sus palpos, su placa mentoniana, los ganchos del peine del octavo segmento y del sífon, (más olivar en éstas que en la especie *Fasciata*), y cuyos detalles reproducimos en las microfotografías.

Desgraciadamente estas larvas se maltrataron mucho con el transporte a caballo; casi todas murieron y sólo obtuvimos un ejemplar adulto de cada sexo, por suerte; poseían los caracteres del género *Stegomyia*, y como tales los reputó también el Dr. Toro Villa; cuando pretendíamos hacer el diagnóstico.

—(1) Siguiendo la Ley de Prioridad, preferimos conservar este nombre.

nóstico de especie, algunos arreglos en el laboratorio echaron a perder parte de nuestra colección y de estos ejemplares sólo pudimos conservar en preparación algunos fragmentos. (Fig. 5.)

Fig. 5



Detalles de la *stegomyia* sp? cuyas larvas capturó Correa Henao cerca a la casa de los Mayas, Concordia. (Microfotografías de Restrepo y Correa H. para la Tesis del Dr. R. Villa Restrepo)

Sabemos hoy con toda certeza que el *Stegomyia Fasciata* Fabricius, 1805, transmite al *Leptospira Icteroides* Noguchi, 1919, y que no lo han hecho otras especies estudiadas experimentalmente desde este punto de vista, pero ignoramos si en las condiciones naturales pueda ocurrir lo mismo, sea

con los insectos sometidos a la prueba, sea con otras especies que no han sufrido todavía la experiencia.

Tenemos también adquiridas nociones precisas de especificidad parasitaria ciertamente, pero no nos es posible afirmar de una manera rotunda y categórica si ella es tan estrecha, tan selectiva y tan indispensable como lo estamos creyendo.

Son tantos los progresos alcanzados hasta ahora en estas cuestiones y tan importantes las adquisiciones hechas, que por ello mismo se va perdiendo el saludable espíritu de duda, la provechosa disposición de desconfianza que deben dominar en toda investigación científica, y de ahí que los libros modernos ofrezcan, en su gran mayoría, una vanidosa seguridad dogmática, a veces, casi insoportable.

Tratándose de gérmenes infectantes y de agentes transmisores, si son muchos nuestros conocimientos actuales, son más numerosos y mayores los que faltan por conseguir todavía y muy especialmente en nuestras dilatadas regiones trópico-americanas.

Considerada la posibilidad de que la mortífera enfermedad que estudiamos pueda ser una Amarillosis de cuadro clínico más o menos modificado por condiciones especiales de germen, de terreno y de medio ambiente que ignoramos, surge la probabilidad, sugerida ya por Luis Eduardo Uribe y por Marco A. López y en nuestro concepto más defensible que la primera, de que se trata más bien de una Espiroquetosis Ictero-hemorrágica producida por *Leptospira Ictero-Hemorrhagiae* Inada, Ido, Hoki y Kaneko, 1915, y transmitida especialmente por la orina de diversos roedores, demasiado frecuentes entre nosotros.

Aparte del cuadro clínico más semejante a las formas graves de esta Espiroquetosis, los resultados anatómo-patológicos apoyan esta opinión, comparando los hallazgos hechos por el Dr. Stevenson y por nosotros, con las descripciones dadas sobre todo por Garnier y Reilly.

Otro hecho que parece venir en apoyo de esta presunción, lo constituyen los casos de Uribe y acaso también la mayoría de los relatados por el Dr. W. Montoya, en los cuales a un período más o menos agudo siguió una especie de infección crónica con Cirrosis final inevitable.

(B).—Contra la opinión de Stevenson que rechaza la Fiebre Amarilla en el caso N.º 2 de Tacamocho, por no haber encontrado degeneración grasosa de las células hepáticas, cabe arguir, como él mismo lo insinúa en la salvedad final de su informe, que ello se deba, a la rapidez del desenlace de la enfermedad; la Fiebre Amarilla evoluciona en 4 a 10 días para los casos mortales, siendo de 6 días el promedio de su duración, y Arango falleció a las 37 horas de iniciado su síndrome, según los datos dados por el Dr. Henao en su informe de 31 de Agosto de 1915 al Sr. Superintendente General del Ferrocarril de Antioquia.

Nuestros estudios anatómo-patológicos afirman palpablemente la degeneración granulosa (llamada también parenquimatosa y albuminosa por

los patólogos) de las vísceras en los dos casos que hemos estudiado.

Estas granulaciones albuminosas pueden desaparecer con reintegro a la normalidad de los protoplasmas celulares, o "sufrir a su vez degeneración grasosa" (Delafield y Prudden).

Por consiguiente, cabe preguntar si la falta de la degeneración grasa en los órganos que se han estudiado de enfermos de esta entidad, no será cuestión más bien de la rapidez de evolución que no permitió la transformación más o menos completa de las granulaciones?; y luego que en algunas células (y no pocas) de los cortes que tenemos se encuentran las vacuolas características.

(3)—Por todo ello, en el estado actual de la cuestión, y careciendo como carecemos de una rigurosa experimentación indispensable, no es posible rechazar del todo, todavía, la posibilidad de que muchos de los casos sean formas más o menos francas de Fiebre Amarilla.

(4)—Por nuestra parte, después de documentarnos ampliamente en nuestra bibliografía sobre el particular, del estudio anatómo-patológico, en piezas de dos casos, las comprobaciones hematológicas del caso más reciente y de otro de hace 3 años en que el Dr. Juan Saldarriaga nos proporcionó un buen número de frotos sanguíneos, nos inclinamos a creer que la gran mayoría de los casos han sido Espiroquetosis hemorrágicas.

(5)—Verificados los repetidos y variados trabajos de laboratorio que faltan por hacer, y comparados los resultados con las formas clínicas que se presenten, será posible también saber si las variadas formas encontradas en la literatura, corresponden en realidad a un solo agente productor o a varios y distintos, como cabe sospechar comparando los cuadros clínicos de Tacamacho, algunos de Titiribí, Ebéjico, Concordia, etc., con las formas benignas descritas por Uribe y muy especialmente con las crónicas y progresivas observadas por Montoya.

(6)—Y como quiera que el asunto exige una persecución infatigable de su factor etiológico, y ya que nuestras vías de comunicación han hecho más fáciles y rápidos los transportes, y mientras llega el día, lejano, en que nuestro Gobierno emprenda la encuesta, que por deber le corresponde, de todos los factores morbígenos de las regiones afectadas, nos permitimos pedir a los distinguidos colegas que ejercen en ellas y a los demás que observen enfermos sospechosos que al presentárseles nuevos casos de esta enfermedad, se sirvan proporcionarnos el material de estudio necesario para investigaciones del agente patógeno y de las reacciones que provoca, ciñéndose a las nociones siguientes que nos permitimos recordar:

(a)—Confección de frotos de sangre en diversos momentos de la enfermedad, anotando las condiciones del enfermo al tomar las muestras para poder establecer las características hemo-citológicas y su evolución.

(b)—Inyección a curies, de 5 a 10 centímetros de sangre en los 2 primeros días de la enfermedad, y de 5 a 10 c.c. de orina, obtenida asepticamente, en varios días consecutivos. Cada lote de animales se despachará inmediatamente después de inyectados para observarlos en nuestro laboratorio, y si ello no fuere posible se observarán cuidadosamente en jaulas separadas, y mar-

cadadas con el día y la hora en que recibieron la inoculación. Al que muriere, se le practicará la autopsia en seguida, remitiendo los órganos interesantes, debidamente seccionados, en el fijador que se indicará más adelante.

(c)—Envío de orina, tomada de preferencia en la vejiga misma con todo el rigor aséptico del caso, y adicionada en el momento de su obtención de 5 a 6 c.c. de formol comercial por cada 100 c.c. de orina.

(d)—Práctica de autopsia lo más rápidamente posible después de la muerte del enfermo, con protocolo minucioso de las comprobaciones macroscópicas, y envío de fragmentos anatómicos de un espesor de 5 mm. a 1 c.m. (máximo) en la siguiente solución fijadora, que se tendrá lista para usarla en el momento mismo en que se tomen las muestras:

Cloruro de sodio ql.p.....	8,50	gramos.
Agua destilada o de lluvia....	1.000	c.c.
Formol comercial.....	10	c.c.

Este fijador tiene la ventaja de consentir prolongada permanencia de las piezas sumergidas en él, y hace posible el empleo de las impregnaciones argénticas, único medio eficiente para investigación de espiroquetas en los tejidos.

Todo ello mientras nuestras burócratas autoridades se deciden a sacudir, siquiera un poco, la inutilidad de su aplastante e ineficaz papeleo legislativo, disminuyen su fatigante pirotecnia parlamentaria, recuerdan que "es mejor dar vigor a pocas leyes bien definidas que poseer un cúmulo de decretos inaplicables", como ocurre en Colombia y lo dice Van Loon, y se convencen de que "gobernar es sanear" como acaba de decirlo un colombiano verdaderamente consciente de nuestros problemas vitales tan lamentablemente descuidados.....y tan culpablemente desconocidos.....

Medellín, Junio de 1932.

Alonso RESTREPO.

GLOSARIO TECNICO

Hemos vacilado mucho antes de poner estos apuntes en manos de nuestros distinguidos discípulos, los entusiastas directores de "BOLETIN CLINICO". Nos ha asaltado el temor de aparecer como exóticos en medio del numeroso grupo de profesionales que colaboran en esta nueva publicación, llamada a perdurar por la calidad de los iniciadores y por el selecto personal de quienes están empeñados en su triunfo. Al fin nos hemos decidido a publicar este modesto ensayo lexicológico, no sin haber obtenido previamente la venia de amigos cuyo concepto nos es muy apreciable por la sinceridad y por su alta competencia científica.

Escribir conforme a las normas del lenguaje, que es decir sin cometer faltas de sintaxis, lexicología, etc., es uno de los indicios más ciertos de una educación esmerada y correcta.

Desde que empezamos nuestros estudios secundarios y profesionales nos dimos cuenta de la deficiencia que hay entre nosotros en punto de tecnología; y cada día que pasa se observa que va acrecentándose la inclinación de cuantos escriben sobre asuntos científicos, de acogerse a los glosarios extranjeros, especialmente a los franceses e ingleses, sin caer en la cuenta de que si en aquellas lenguas, como es bien notorio, se apela siempre al griego y al latín para la formación de los vocablos que los progresos de las ciencias van imponiendo como necesarios, lo propio puede hacerse y debemos hacer entre nosotros, sin tratar de deformar la índole de nuestro idioma, ya que poseemos reglas bastante precisas para la formación de nuevas palabras.

Comunmente se cree—y esta opinión es compartida aún por personas de calidad—que el español carece de la facilidad necesaria para la formación de términos científicos y hasta hemos oído decir que la ciencia no habla español. Nada más reñido con la verdad que este concepto. Lo que sucede frecuentemente es que nuestros textos de enseñanza y las obras de consulta nos vienen en idiomas extranjeros o en pésimas traducciones; y como casi nunca nos preocupamos por hacer el debido cotejo de los términos y mucho menos por consultar el léxico de nuestra lengua, resulta que a poco nos vamos contentando con entender mal que bien lo que leemos y tanto profesos-

res como alumnos nos habituamos a las mayores barbaridades como cosas perfectamente aceptables. De todo ello resulta que el lenguaje científico va siendo intolerable aún para los oídos menos exigentes.

Para corroborar este concepto hacemos nuestras las siguientes apreciaciones del ilustre polígrafo Menéndez y Pelayo cuando se refiere al prurito que tenemos de creer que nuestro idioma no es apto para los giros científicos. En el prólogo a la obra de Fitzmaurice Kelly, al insistir en que se debe hablar de la ciencia española, dice:

“Insisto tanto en esta materia, no porque deje de comprender que en una historia literaria deben ocupar el mayor espacio las obras de arte puro, las creaciones poéticas en el más amplio sentido de la palabra, sino porque la omisión total de las restantes manifestaciones puede hacer caer a muchos en el vulgar error de suponer que nuestra literatura de los dos grandes siglos se reduce a novelas, dramas, versos líricos y libros de devoción, siendo así que no hubo materia alguna que en castellano no fuese tratada y enseñada, con más o menos acierto en cuanto a la doctrina, pero muchas veces con gallardía y desembarazo, **con un vocabulario netamente castizo que, por desgracia hemos olvidado y sustituido por la jerga franca de las traducciones al uso.** Es cierto que este daño no puede atajarse en un día, dadas nuestra secular postración y creciente abatimiento; pero algo podría remediarse si nuestros hombres de ciencia, cuya educación hoy por hoy no puede menos de ser extranjera, interpolasen sus arduas labores con el recreo y curiosidad de nuestros libros viejos (como ya comienzan a hacerlo algunos), pues suponiendo que nada tuvieran que aprender en cuanto a la materia, aprenderían por lo menos los nombres castellanos de muchas cosas, y quizás se animasen a imitar aquella manera llana, viva y familiar de nuestros antiguos prosistas, que hace agradable aún para el profano, libros que por su contenido nó lo serían en modo alguno. Y esto se aplica, no sólo a los libros graves de ciencias o artes, sino a los de apariencias más frívolas, a los de juegos, ejercicios y deportes, caballerescos y populares, como la equitación, la esgrima, la caza y hasta el baile. En todos estos géneros, tiene la lengua castellana preciosidades”.

Asimismo se equivocan de medio a medio cuantos creen que en los diccionarios de los idiomas distintos del español se encuentran todos los términos técnicos empleados por los sabios. Lejos de eso: las Academias son muy esquivas para aceptar tales innovaciones, y no las prohijan, sino cuando el uso se ha encargado de sancionarlas y cuando ellas corresponden a verdaderas adquisiciones hechas en el campo científico.

A menudo se nota una falta de lógica entre nuestros profesionales, que suele inducirlos a errores bien manifiestos. Vaya un ejemplo: a ninguno se le ocurre decir **apoplejia** cuando se trata de una suspensión súbita de la acción cerebral ocasionada por una hemorragia, etc.; todos empleamos correctamente el término **apoplejía**; y sin embargo, cuando lógicamente debemos decir **hemiplejía, paraplejía, etc.**, como lo enseña el léxico castellano, voces que tienen la misma raíz griega, nos parece que hay petulancia o

amaneramiento de parte de quienes hablan correctamente. Los ejemplos podrían multiplicarse a porfía.

No estando autorizados para formar dicciones a nuestro antojo y mucho menos para enseñar errores, siquiera sean en materia considerada de poco momento, lo natural es que nos guiemos por el léxico cuando éste ha procedido según normas atendibles, pues a veces suele acoger palabras inaceptables como para sacar verdadero aquel dicho de Horacio: QUANDOQUE BONUS DORMITAT HOMERUS; o aplicar científicamente las reglas de semántica que es decir, del origen y evolución de las palabras.

Ni es de la índole de **Boletín Clínico** el tratar acerca de la manera cómo se enriquecen los idiomas, ni somos nosotros los llamados a menear asuntos de tanto fuste; con todo, hemos de apuntar aquí, como cosa sobradamente sabida, que en la formación de nuevos vocablos lo que se romancéa de las voces latinas o griegas es el **tema**, o sea aquella parte de la palabra que no varía en los distintos casos de la declinación, excepto el nominativo del singular. Esto facilita ya la conversión de las palabras, pues los diccionarios latinos y griegos contienen por regla general el genitivo después del nominativo y el primero puede servirnos de guía al querer romancear una palabra. Por ej.: de MENS-MENT-IS, sale MENT-E; de ACTIO—ACTION-IS, sale ACTION y así de los demás, mudando naturalmente aquellas letras exigidas por nuestra ortografía, tales como **ph**, en f; **th** en t; **rh**, en r; **ae**, en e etc.

Hay también reglas para la acentuación de acuerdo con la prosodia latina, mas como no es nuestro propósito entrar en disquisiciones filológicas ni nos consideramos autorizados para tan altos empeños, nos contentamos con lo expuesto y entramos a estudiar un catálogo de voces de uso más frecuente de acuerdo con las normas de semántica también más usuales.

No empezaremos, sin embargo, este trabajo, sin advertir de la manera más franca y leal que está muy lejos de nuestro ánimo el mortificar a nadie. Aparte de que ya hemos doblado el cabo de las tormentas de la vida y de que a ésta no le pedimos sino nuestro derecho de ser en alguna forma útiles a la sociedad en que vivimos, no podemos considerarnos exentos de las faltas mismas que corregimos, ni estamos absolutamente seguros de andar en lo cierto en las afirmaciones que hacemos. Los idiomas son organismos vivos y como tales crecen, cambian y se multiplican maravillosamente, y quién sabe si el error de hoy, en materia de lenguaje, no ha de ser aprobado mañana? De ello hay muchos ejemplos y ya sabemos que el uso es ley y norma del lenguaje. Nos mueve únicamente el amor a lo castizo y el deseo de que nuestros estudiantes se distingan por la pulcritud en todo, empezando por las formas de expresión por ellos empleadas.

Por de contado que al decir estudiantes no nos referimos únicamente a los de medicina si bien es cierto que el glosario médico ocupará nuestra mayor atención; nuestras advertencias tocan a los estudiantes de las distintas facultades. Ingenieros conocemos nosotros a quienes da grima oír y los mismos seguidores de Justiniano con todo y haber sido lactada la ciencia del Derecho a los pechos del más puro clasicismo, gabachean de lo lindo cuando se echan en brazos de los traductores franceses.

También debemos advertir que estos artículos no son de controversia sino simples apostillas de aficionados y que, en consecuencia, no aceptamos polémicas en este campo y repetimos lo del conocido fabulista, "A todos, y a ninguno, mis advertencias tocan: quien las siente, se culpa; el que no, que las oiga".

Emplearémos, por ser la forma más usual y la más adecuada para la consulta, la alfabética, y tenemos pensado ocupar varios números del BOLETIN CLINICO a medida que se vayan publicando, pero no queremos desaprovechar esta primera salida y vamos a considerar un puñado de correcciones aunque no sea sino para que los lectores conozcan de una vez la índole de estas apostillas lexicológicas.

1—AMIBO.—Este es el nombre castellano del protozoario unicelular desprovisto de membrana y caracterizado por sus frecuentes cambios. Su nombre le viene del griego **amoibé** que significa cambio. No se dice **ameba**, ni **amiba**.

2—AVERIA.—Bien puede emplearse esta palabra para designar la sífilis, cuando se desea hablar discretamente. El neologismo **avariosis** es perfectamente inútil. También puede decirse castizamente **LUE** (no **lues** como suelen escribirlo algunos), para designar la misma enfermedad.

3—BARBOTER—en francés, se traduce en castellano con dos verbos a falta de uno: **BORBOLLAR** y **BORBOLLEAR**. Por consiguiente, no hay por qué emplear el galicado **barbotaje** pues basta apelar al castizo **borbollo** cuando se quiere indicar la operación de extraer e inyectar alternativamente el líquido raquídeo.

4—CLAPOTAGE—es una cruda adaptación del francés con que todavía nos hieren los oídos cuando se trata del ruido producido por el líquido que permanece en el estómago. Si en castellano tenemos la palabra **chapoteo**, que es sonar el agua batida por los pies o por las manos, castiza hasta no más y bien decidora por cierto, por su onomatopeya, por qué nos empeñamos en aclimatar aquel galicismo?

5—DEDIL—según nuestro léxico, es cada una de las fundas de cuero o de otra materia, que se pone **en los dedos para que no se lastimen o manchen** en ciertos trabajos o para **ciertos fines**. Poseyendo pues este vocablo, qué empeño tenemos en decir **dedo de guante**, cuando sabemos además que los guantes no tienen dedos sino forros?

6—DRENAR y DRENAJE—son galicismos innecesarios porque nosotros tenemos los verbos **AVENAR**, **ENCAÑAR**, **DESAGUAR** y los sustantivos **avenamiento**, **encañado**, **desagüe** que son castizos y apropiados más que los nombres **gabachos**.

7—EQUIMOSIS—Este es el nombre español de la mancha lívida en la piel que resulta de la sufusión de la sangre a consecuencia de un golpe, de una ligadura fuerte, o de otra causa. No debe decirse **equímosis**. Las palabras que proceden del griego **chumós**, que quiere decir zumo, son graves y la Academia haría bien en uniformar las palabras **endosmosis**, **exosmosis** y **osmosis** para evitar confusiones.

8—**EPISTAXIS**—Este vocablo y los demás relativos a la anatomía y a la medicina derivados del griego y terminados en **is**, conservan la forma grave. No debe decirse **epístaxis**. En cuanto al género, debe recordarse que la Academia ha sentado como regla general la de que tienen género femenino todas las enfermedades y masculino todos los términos anatómicos. Ejemplo: el uréter, la **tabes**.

9—**ESFACELO**—o mejor **Esfácelo** es la parte de tejido gangrenado que se desprende. Dicen mal los que acordándose de hidrocele, que tiene otra raíz, emplean el término **esfacele**.

10—**Esporogonía, Esquizogonía** y demás palabras que contengan la partícula **gonos** que significa generación, deben llevar el acento en la **i** lo mismo que **teogonía, cosmogonía** etc.

11—**EXOFTALMIA** no es palabra castellana ni la necesitamos. El síntoma que se manifiesta por la propulsión de los ojos y que suele hallarse en el bocio y en los tumores cerebrales se llama en español **OJOS SALTONES**.

12—**Hemólisis** y todos los vocablos que contienen la partícula griega **lusis** que significa disolución, separación, deben acentuarse como esdrújulos. En la pronunciación de dichos términos suele haber una falta de lógica bien manifiesta, pues a nadie se la ha ocurrido decir **dialisis** y sin embargo, cuando enseñamos que debe decirse **Hemólisis, Hídrólisis, Electrólisis, Plasmólisis**, etc. vemos dibujarse en los semblantes del rostro de muchos oyentes cierta sonrisilla como de quien se pregunta ¿**amaneamiento** tenemos?

13—**Hemóstasis** y los derivados que terminan en **stasis**, de **stao** partícula que en griego significa permanecer, son siempre esdrújulos. De manera que se dirá también **Metástasis, Hipóstasis** etc.

14—**MANDRIL**, reza nuestro léxico, es vástago de madera, metal etc. que introducido en ciertos instrumentos huecos, sirve para facilitar la penetración de estos en determinadas cavidades. Si pues, tenemos este vocablo de cirugía, por qué empleamos el término netamente francés **mandri** que significa lo mismo?

15—**Pitecántropo** y no **pitecantropo** es como debe pronunciarse el nombre dado al supuesto hombre fócil del período terciario conque metió tanto ruido Dubois, pero cuya existencia ha sido infirmada por los más graves antropólogos. La misma grafía debe aplicarse a las demás palabras que contengan la terminación griega **anthropos** que significa hombre, tales como **misántropo, filántropo**, etc.

16—**Parénquima** y no **parenquima** es como acentúa la Academia.

Asimismo debe decirse prosénquima, colénquima, esclerénquima etc.

17—**PROGNATO**, se dice de la persona que tiene salientes las mandíbulas. **PROGNATISMO** es la cualidad de prognato. No hay que decir **proñatismo** que es una mala adaptación del francés.

18—**Prótesis**—esdrújulo y no **protesis** es el procedimiento mediante el cual se repara artificialmente la falta de un órgano o parte de él. Igual acentuación deben llevar las voces que contienen la terminación **tesis** el griego **thesis** que significa posición, tales como **síntesis**, **antítesis**, etc.

19—**SACUDIDA, BRUSCA- IRREGULAR** y no **saccadé**, a la francesa es como debe llamarse la respiración que se escucha en los comienzos de la tuberculosis pulmonar. En la terminología de la auscultación todavía oímos emplear expresiones netamente gabachas a pesar y despecho de un siglo de haberse adaptado toda aquella terminología al español de pura ley.

20—**Scandé**—que es un vocablo francés se aplica todavía a la voz **ESCANDIDA** o **PREMIOSA** o **ESCANSION**. Escandir es en español medir el verso, y voz escandida o premiosa o escansión es aquella que se observa en aquellos individuos que han padecido alteraciones del lenguaje y cuya pronunciación es lenta y como separando las sílabas, que es lo que se llama escandir el verso.

21—**Síndrome** y no **síndromo**, ni **síndroma** es como deben decir hoy todos los que han puesto un tantico de atención a la terminología técnica. Nosotros creemos que lógicamente debería decirse **síndromo**, porque igual terminación tienen las voces terminadas en **dromo**, procedente del griego **dromos** que significa carrera, curso, tales como **Pródromo**, **Aeródromo**, **Hipódromo**, **Velódromo** etc.

22—**SOBREHILADO, SOBREHILO, SOBRECOSIDO, SOBRECOSTURA**. He ahí un buen número de voces adecuadas todas ellas para significar la costura que consiste en unir dos telas de manera que las asas del hilo pasen por encima de los bordes. No será por falta de términos sino por capricho o por deseo de gabachear por lo que todavía oímos decir **surjete** y **surjet**.

23—**SURMENAGE**—Este es otro voquible que no han podido traducir muchos de los que escriben. Sin embargo, los que han tenido cuentas con el diccionario de nuestra lengua saben que existe el verbo reflexivo **AJETREARSE**, que es de la más pura cepa castiza y que significa fatigarse con algún trabajo o yendo y viniendo de una a otra parte; y que **AJETREO** es acción de ajetrearse. Y pensar que hay literatos que emplean muy campantes el término **surmenados** y otros por el mismo jaez!

24—**Táctil**, palabra grave con tilde en la **a** por terminar en conso-

nante que no es **n** ni **s** es como debe llamarse la sensibilidad que se refiere al tacto y no **tactil**, aguda como generalmente se oye decir.

25—**TROCAR**, sin tilde y por consiguiente agudo, es el instrumento de cirugía que consiste en un punzón con punta de tres aristas cortantes, revestido de una cánula. Y se dice **TROCAR** y no **trócar** por ser palabra de origen francés que significa tres cuartos (*troisquarts*). Quien lo dude puede consultar un diccionario etimológico.

26—**TUMEFACCION** o **TUMOR** son palabras castizas. No vemos por qué haya necesidad de aclimatar un neologismo tan inútil y tan disgustante como **tumoración**.

27—**TURGENTE**, en legítimo español es abultado, elevado y se aplica al humor que produce hinchazón. **TURGIDO** tiene igual significado y **TURGENCIA** es la cualidad de turgente. Por qué pues, nos empeñamos en decir **turgescencia**? No será por mero prurito de afrancesar?

28—**UREA**, con acento en la **u** pero sin tilde porque es palabra llana disílaba y no **uréa** es el nombre de la substancia nitrogenada que se encuentra en la orina y cuya abundancia en la sangre constiuye la **UREMIA**.

29—**Uréter** y no **uretero** es el nombre castizo de cada uno de los conductos por donde desciende la orina de los riñones a la vejiga.

30—**VERGETURE** oímos decir todavía para significar las rayas al principio rojas y después blancas o nacaradas, que tienen un aspecto cíctricial y que se encuentran en la piel sometida a una distensión exagerada. Creemos que no hay para qué emplear este término netamente francés y que es preferible usar la palabra **VIBICES**, del latín **víbex-icis** que significa cardinal que deja el azote en la piel.

Emilio ROBLEDO

La Vacuna Antituberculosa BCG. de Calmette

Dr. Gabriel Uribe Misas

El problema de la prevención de la tuberculosis ha sido una de las mayores preocupaciones de los hombres de ciencia. Esto se justifica por ser la más mortífera de todas las enfermedades, hasta el punto de considerarse que la quinta parte de las defunciones son ocasionadas por este flagelo.

Con el descubrimiento del agente patógeno, hecho por Robert Koch en 1882, y el hallazgo de las Tuberculinas, que se debe también a este sabio alemán, se creyó el problema resuelto; pero la desilusión no tardó en llegar.

En un principio se intentó producir la inmunización del organismo aplicando los procedimientos pastorianos de atenuación de los virus, o empleando los productos solubles del bacilo de Koch, fundándose en los trabajos de Behring y Roux para el tratamiento de la Difteria.

La aparición de las Tuberculinas hizo renacer muchas esperanzas como método preventivo, pero bien pronto pudo comprobarse que su resultado era nulo, de modo que no tardó en abandonarse, conservándose estos productos únicamente como medio de diagnóstico y como tratamiento adyuvante.

En los últimos años, Friedmann en Alemania, ideó un procedimiento bastante original. De una tortuga del Jardín Zoológico de Berlín aisló este sabio un bacilo ácido resistente, agente de la tuberculosis de estos animales, y después de tenerlo en cultivo puro, preconizó su aplicación para la prevención y el tratamiento de la tuberculosis humana.

Friedmann sostiene que este bacilo ácido resistente puede producir la inmunidad en el hombre sin causar daños al organismo. Los resultados señalados por Friedmann no parece que hayan sido confirmados por otros experimentadores que han llegado a conclusiones contradictorias.

En todo caso, el método no se ha generalizado a pesar de que su autor todavía sostiene su eficacia.

Como tratamiento, el método de Friedmann parece que da resultados a veces satisfactorios, sobre todo en las tuberculosis óseas. Tuvimos ocasión de observar varios enfermos, con tuberculosis quirúrgica, que Friedmann nos presentó en su clínica de Berlín, y que estaban notablemente mejorados con este tratamiento.



Según Calmette y sus colaboradores, la inmunidad antituberculosa difiere esencialmente de la inmunidad contra las otras enfermedades infecciosas, tales como la fiebre tifoidea, la difteria, la disentería bacilar, el cólera, etc. que determinan el estado refractario en los organismos sensibles, después

de la curación de la enfermedad misma, o por la impregnación del organismo de manera artificial, por los microbios específicos o por las toxinas que estos producen.

En la tuberculosis, como en la sífilis y en algunas otras enfermedades de protozoarios, como la Piroplasmosis, la inmunidad no se manifiesta sino cuando el organismo contiene algunos elementos del parásito vivos, y en pequeño número, de modo que no se presenten perturbaciones incompatibles con la vida.

Las reacciones con la tuberculina han demostrado que casi no hay individuo que llegue a la edad adulta sin haber adquirido la infección bacilar. La mayor parte de estos individuos que presentan reacciones tuberculínicas positivas, están indemnes de contraer la enfermedad por la inmunidad adquirida por una infección atenuada.

Fundándose en estas ideas, Calmette y Guérin se dieron a la tarea de obtener una raza de bacilo tuberculoso atenuada, de modo de inmunizar el organismo sin peligro de contraer la enfermedad, o sea un virus de virulencia fija como el virus carbonoso obtenido por Pasteur para la vacunación anticarbonosa.

Cultivando un bacilo tuberculoso de origen bovino en medio biliado, Calmette y Guérin observaron que la envoltura cero-grasosa del bacilo se modificaba, lo mismo que sus propiedades patógenas, de modo que después de treinta cultivos sucesivos la virulencia podía apreciarse transformada para el bovino joven.

Después de trece años de cultivos, durante los cuales se verificaron 250 pasajes en medio biliado, el bacilo había llegado a ser inofensivo para el curí, aún a fuertes dosis de 2 centigramos, no produciendo lesiones tuberculosas reinoculables, en este animal, y las alteraciones patológicas que producían las muy altas dosis desaparecían rápidamente en semanas o algunos meses.

Este estado de virulencia se transmitía hereditariamente y de manera definitiva, de modo que su primitiva virulencia no ha podido serle restablecida por pasajes en animales sensibles.

A esta raza de bacilo tuberculoso es a la que se le ha dado la denominación de BCG.

La inocuidad del BCG está claramente demostrada; la inoculación subcutánea, intravenosa, intraocular, intraraquidiana o intracraneana en el conejo, no determina en estos animales ninguna lesión de carácter tuberculoso.

Si por vía subcutánea se inyecta una dosis alta, de 20 miligramos de bacilos, por ejemplo, al conejo, se produce un absceso frío, que se evacua fácilmente y que no determina sino una ligera tormefacción de los ganglios vecinos.

Aplicando por vía intravenosa o intraperitoneal esta dosis, se forman nódulos de carácter tuberculoso sobre algunos órganos como los pulmones, el hígado, el bazo, el epiplón, etc., etc., pero que pronto se reabsorben sin dejar alteración ninguna.

El hombre puede recibir una inyección intravenosa de 1 miligramo, sin

que presente ninguna perturbación. Administrando **per os** las dosis de 1 centigramo a intervalo de 48 horas, tres veces, no determinan trastorno fisiológico ninguno en los niños.

Estos hechos comprobados primero por Calmette y Guerin, fueron confirmados por investigadores de todos los países como Kraus, Gerlach en Austria; H. Schrotter, Prausnitz, Kollé, Kirchner, Ludwig Lange, Bruno Lange en Alemania; Aldershoff en Holanda; William Park en Norteamérica; Cantacuzene en Rumania; Ascoli en Italia; Carlos Chagas en el Brasil, Tzeknowitzer en Urania y muchos otros.

En 1913 y 1914 publicaron Calmette y sus colaboradores las primeras experiencias sobre la acción preventiva del BCG, practicadas en jóvenes bovinos. Estos animales recibieron en las venas una inyección de BCG y un mes después se les aplicó varias dosis mortales de bacilo tuberculoso virulento, el cual resistieron perfectamente. Los bacilos tuberculosos permanecían vivos y virulentos en los ganglios linfáticos, sin producir lesiones tuberculosas evolutivas y sosteniendo la inmunidad hasta diez y ocho meses.

La misma demostración se hizo por experiencias de cohabitación estrecha de bovinos vacunados con otros tuberculosos.

Comprobada la acción preventiva del BCG en los animales, se pasó luego a su experimentación en la especie humana.

La infección bacilar es mucho más grave para el niño en los primeros meses del nacimiento que para el niño de más edad o el adulto. Se ha comprobado que los niños nacidos en medio bacilífero, y que contraen la enfermedad, que es lo más seguro, sucumben antes de llegar a los dos años. También se ha demostrado que muchas de las tuberculosis de los adultos son el resultado de una infección contraída durante la niñez y que ha permanecido latente hasta que aparezca una circunsancia favorable a su desarrollo.

Por eso la vacunación es natural practicarla desde los primeros días del nacimiento.

Considerando Calmette que la mucosa intestinal durante las dos primeras semanas que siguen al nacimiento, está constituida por células incompletamente diferenciadas, dotadas de gran poder fagocitario, de modo que pueden transportar en la circulación linfática o sanguínea los microbios introducidos en el intestino, eligió esta vía de introducción de la vacuna.

La absorción de los bacilos ácido-resistentes por esta vía, se comprobaba practicando la autopsia de curis jóvenes que, hayan ingerido la vacuna. Aun pocas horas después de la ingestión de la emulsión microbiana, se encuentran bacilos ácido-resistentes con los caracteres del BCG en los ganglios linfáticos mesentéricos.

La primera experiencia de la inocuidad del BCG en niños fue hecha por Calmette en colaboración de Weill-Hallé, director de la Escuela de Puericultura de la Facultad de París. Se hizo ingerir a un niño nacido de madre tuberculosa tres dosis de dos miligramos de cultivo fresco de BCG, el tercero, quinto y séptimo día después del nacimiento, o sea seis miligramos en conjunto. El niño toleró perfectamente y se desarrolló indemne de tuberculosis.

De 1921 a 1924 Weill-Hallé y sus colaboradores vacunaron 317 niños

sin incidente ninguno. Salvo 14 de estos niños que murieron de enfermedades distintas de tuberculosis, todos los demás se desarrollaron normalmente, no habiéndose presentado ningún caso de tuberculosis entre ellos.

Convencido el Instituto Pasteur, después de estas investigaciones llevadas a cabo durante más de quince años de su eficacia e inocuidad, estableció un servicio de preparación y distribución gratuita de la vacuna antituberculosa.



El interés que despertaron los trabajos de Calmette y los resultados hasta entonces obtenidos, tanto en animales, como en la especie humana, hizo que el Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones convocara a una conferencia internacional compuesta de 38 expertos nombrados por esta institución- seis clínicos, seis bacteriólogos y seis veterinarios, que debían analizar el tema y sacar las conclusiones correspondientes.

La conferencia que se reunió del 15 al 19 de Octubre de 1928, se dividió en tres Comisiones- de clínicos, veterinarios y bacteriólogos, habiéndose convenido que las dos últimas trabajaran en colaboración para hacer la experimentación sobre los animales de laboratorio.

Se discutió la única objeción que hasta ahora se ha hecho a la restitución de la virulencia del BCG.

S. A. Petroff, del Laboratorio Trudeau en Saranac Lake (U. S. A.), dice haber encontrado colonias virulentas en los cultivos del BCG. Divide Petroff estas colonias en dos clases: el tipo R. no virulenta, y la otra S, virulenta para el curí y muy poco para el conejo, y que se encuentra en la proporción de una por 50.000 colonias no virulentas.

A esta afirmación ha respondido Calmette de manera muy clara y concluyente: en 1 miligramo de BCG se encuentran 40 millones de gérmenes, de manera que en dicho caso deberían encontrarse 800 bacilos virulentos. Se sabe, además, que 10 gérmenes virulentos bastan para dar una tuberculosis mortal al curí, de modo que un curí que recibe 1 miligramo de BCG debiera sucumbir, y ya hemos visto que resisten esta dosis sin perturbación ninguna.

Estudiando la colonia S virulenta de Petroff, se ha llegado a la conclusión de que está formada por bacilos tuberculosos del tipo humano. Como arriba lo manifestamos, el BCG de Calmette está formado por bacilos de tipo bovino, de manera que puede sacarse la conclusión que Petroff debe haber trabajado con cultivos de BCG contaminados con gérmenes tuberculosos virulentos de tipo humano.

Conviene recordar las experiencias de la comisión Ukraniana encargada de controlar la virulencia del BCG. Estas investigaciones practicadas por Tzeknowitzer parecen ser de las más interesantes. Así, este sabio, ha buscado restituir la virulencia del BCG inoculándolo a animales intoxicados con débiles dosis de toxina diftérica, o por un régimen alimenticio avitaminado, o también inyectando animales infectados por otros gérmenes como el estreptococo. Por ninguno de estos procedimientos ha logrado este investigador recobrar la virulencia del BCG.

Las tres Comisiones de la Conferencia internacional del BCG, presentaron en la sesión plena de clausura, que se verificó el 19 de Octubre de 1928 en el Instituto Pasteur de París, las siguientes conclusiones:

I.—Comisión de Bacteriólogos.

(Médicos y veterinarios reunidos).

1º.—“La unanimidad de los bacteriólogos presentes en la Comisión, estima que los resultados experimentales autorizan a concluir que el BCG constituye una vacuna inofensiva.” Firman esta conclusión: Ascoli, Berger, Bordet, Cantacuzene, Frenkel, Gerlach, Kraus, Neufeld, Nowak, Remlinger, Tzeknowitzer, Vallée, Zeller.

2º.—“La Comisión estima que, del conjunto de los hechos experimentales publicados, relativos a los animales de laboratorio, resulta de la manera más clara que el BCG no produce tuberculosis evolutiva”.

Firman esta conclusión los mismos anteriores.

II.—Comisión de Clínicos.

“De los documentos que la Comisión ha estudiado se concluye:

1º.—Que el BCG administrado **per os** a los recién nacidos en los diez primeros días de la vida, y por vía subcutánea a los niños mayores y a los adultos se muestra inapto para provocar lesiones tuberculosas virulentas.”

2º.—“Que en lo que concierne a las propiedades inmunizantes del BCG en presencia de la tuberculosis, la vacunación por el BCG produce un cierto grado de inmunidad.”

“Pero son necesarias nuevas investigaciones sobre los vacunados, que deben efectuarse sobre un período más largo y de una manera uniforme y particularmente un conocimiento más profundo sobre la morbidez y la mortalidad tuberculosa entre los individuos de diferentes edades y diferentes medios, no vacunados y vacunados, antes de que la Comisión pueda juzgar definitivamente del valor de la vacunación antituberculosa por el BCG.”

Firman la anterior conclusión: León Bernard, Heimbeck, Nobel, Ronzoni, Sayé, Schlosmann.

III.—Comisión de los veterinarios.

Primera resolución: “Del conjunto de los hechos experimentales recogidos y de la opinión unánime de los prácticos que han utilizado el BCG en los bovinos, se deduce que la vacunación según la técnica de Calmette y Guérin en los animales de la especie bovina se muestra de una perfecta inocuidad.”

Segunda resolución: “Los mismos hechos experimentales y las observaciones recogidas en la práctica del BCG en los bovinos, demuestran de

una manera cierta, que esta raza de bacilos posee cualidades inmunizantes en presencia de la tuberculosis experimental y natural."

"Estas cualidades inmunizantes autorizan la extensión del BCG en la profilaxis de la tuberculosis bovina."

Firman estas conclusiones: Ascoli, Berger, Frenkel, Gerlach, Kraus, Vallée, Zeller.

Del 13 al 16 de Agosto de 1950 se reunió en Oslo la VI Conferencia de la Unión Internacional contra la Tuberculosis.

Como única cuestión biológica estaba inscrita en el orden del día **La Vacunación preventiva de la Tuberculosis por el BCG**, habiéndose encargado de esta ponencia el Profesor Calmette. Además fueron nombrados diez ponentes escogidos por el Comité de organización de la Conferencia, entre los sabios más salientes de los diferentes países, fuera de treinta y dos miembros de la Conferencia que presentaron sus observaciones propias.

Todas las conclusiones de las discusiones y de las comunicaciones presentadas a la Conferencia de Oslo, sobre la inocuidad y la acción protectora del BCG, fueron unánimemente favorables.

Delante de la misma Conferencia declaró el Profesor Neufeld, director del Instituto Robert Koch de Berlín, que habiendo recibido de Petroff algunos cultivos del tipo R y S, que este último autor consideraba como virulentos, después de someterlos a minucioso estudio, llegó a la conclusión que ambos estaban contaminados con bacilos de tipo humano virulentos.

En esta última conferencia quedó definitivamente juzgado y comprobado que el BCG es un virus-vacuna, hereditariamente atenuado en el sentido de Pasteur.

Pasemos rápidamente revista a las estadísticas que a este respecto presentan los diferentes países.

PAISES EUROPEOS

Francia.—De siete niños que nacen en Francia, se vacuna término medio uno contra la tuberculosis por el BCG, de modo que se vacunan de 8 a 9.000 niños por mes. El número total de vacunados en Francia por el BCG era hasta el 1.º de Octubre de 1950, doscientos ochenta mil (280.000), cifra a la cual debe agregarse la de ciento doce mil niños (112.000) vacunados en las colonias francesas y protectorados.

Alemania.—Existían tres centros de experimentación del BCG: el uno en Breslau, bajo la dirección del Profesor Prausnitz, otro en Berlín-Neukoln, dirigido por el Profesor I. Zadek, y un tercero en Bleialf, cerca de Bonn, bajo la dirección del Dr. H. Buschmann. En todos estos centros se habían practicado 286 vacunaciones con resultado satisfactorio.

Bélgica.—En el Instituto de Bacteriología de Lieja y en el Higiene de Mons se habían practicado hasta 1928, dos mil ochocientas diez y ocho vacunaciones. Fuera de estos institutos, la vacuna se prepara en el Instituto Pasteur de Bruselas y en el de Microbiología de Gantes.

Bulgaria.—Hasta fines de 1929 se habían practicado 769 vacunaciones.

Dinamarca.—16 niños vacunados que han permanecido en medio tuberculoso habiéndose desarrollado normalmente.

España.—En Oslo el Profesor Sayé comunicó que en España existen actualmente más de 10.000 niños vacunados con el BCG.

Grecia.—Hasta fines de 1929, existían 3.241 niños premunidos por el BCG.

Holanda.—375 niños vacunados.

Hungría.—500 vacunaciones en niños nacidos en medio bacilífero.

En sólo Italia septentrional 1.500 vacunaciones practicadas por el

Profesor Ascoli.

Noruega.—2.975 niños y adultos.

Polonia.—Hasta 1929 se habían vacunado 8.674 niños.

Rumania.—Actualmente el número de vacunados asciende a 60.000.

Rusia.—En Kharkoff existían en 1930, mil quinientos niños vacunados y ciento sesenta y cinco en Kiew.

Suecia.—En la sola provincia de Bothnia se contaban hasta el 1º de Mayo de 1930, cuatro mil nueve niños vacunados.

Suiza.—Se han practicado unas pocas vacunaciones hasta ahora.

Checoslovaquia.—1.255 niños vacunados.

Yugoeslavia.—795 vacunaciones.

OTROS PAISES

Argentina.—Hasta el 31 de Mayo de 1929 se contaban 846 niños vacunados.

Brasil.—En Río de Janeiro se habían vacunado hasta el 15 de Abril de 1929, más de 2.500 niños. En Porto Alegre, 502.

Canadá.—Desde 1926 se habían vacunado en Montreal 1.700 niños nacidos en medio bacilífero.

Chile.—Más de 700 niños vacunados sin incidente ninguno.

Congo Belga.—En Elisabethville se han vacunado desde 1929, ciento setenta y cinco niños de raza negra.

Cuba.—En la Habana se habían practicado hasta el 15 de Mayo de 1930, sesenta y ocho vacunaciones.

Estados Unidos de Norte América.—Un estudio minucioso fue hecho bajo la dirección de Willam H. Parer y Schick en New York. Según la

comunicación hecha por estos sabios a la Conferencia de Oslo, el BCG es inofensivo y confiere inmunidad en presencia de la infección tuberculosa. Para

sacar estas conclusiones se practicaron 208 vacunaciones con 350 controles.

Japón.—No se han publicado estadísticas sobre vacunación de niños, pero los numerosos trabajos publicados por Higashida, Nakamura, Watanabé, T. Ito, Fujoka, Takahashi, y otros, demuestran la inocuidad perfecta del BCG.

Uruguay.—El número de niños vacunados asciende a más de 10.000.

Colombia.—No conocemos estadísticas a este respecto.

Leyendo el cuadro que se encuentra en la página siguiente, puede apreciarse la influencia del BCG sobre la **mortalidad general** y la **mortalidad tuberculosa** por ciento, en los niños de cero a un año de edad.

	Mortalidad General		Mortalidad Tuberculosa	
	No Vacunados	Vacunados	No Vacunados	Vacunados
I.—EUROPA:				
Alemania			3.0	0.5
Bélgica			11.0	1.6
Bulgaria	15.7	8.6		
España	26.3	14.5	19.5	5.0
Grecia	23.0	8.7	12.0	0.8
Hungría	18.5	15.4		0.6
Polonia			38.0	12.2
Rumania	15.8	7.22	25.0	1.3
Rusia	8.3	3.2	16.9	2.4
Suecia	22.2	6.6		
Checoslovaquia		3.0		
Yugoeslavia			10.2	
II.—OTROS PAISES:				
Argentina	24.0	18.9	4.6	1.6
Brasil	18.0	3.5		
Canadá	17.6	4.8	25.0	3.4
Estados Unidos	16.3	9.6	8.0	0.9
Uruguay	11.5	7.2		

Siendo el BCG una **vacuna viva**, como ya lo hemos dicho, debe tenerse especial cuidado en que el germen microbiano se conserve tal, para que impregnando el sistema linfático, produzca en el organismo su acción protectora.

Por este motivo, la vacuna debe ser preparada en el lugar en donde se está aplicando, o que al menos no diste más de dos o tres días para su transporte. Una vez preparada la emulsión vacunante, se conservará en nevera y debe aplicarse en el curso de 15 días. Pasado este término, el bacilo muere en

la emulsión que lo contiene y su aplicación es de resultados nulos.
 Para conservar las semillas del BCG se sirve de la papa glicerizada y bi-
 liada y del medio libre de albúminas a base de Asparagina y glicerina, y en el
 cual se hace después la emulsión microbiana.

La emulsión se prepara de modo que cada dos centímetros cúbicos
 contengan 0,01 centigramo de bacilos vivos, de la **semilla Calmette de vi-
 rulencia atenuada**. Esto corresponde a una dosis, y se conserva en una am-
 polleta cerrada a la lámpara.

La aplicación **per os**, que es la vía de elección, se hace en una cucha-
 radita, mezclando el contenido de la ampolla con un poco de leche que se ha-
 ce ingerir al recién nacido al tercero, quinto y séptimo día después del naci-
 miento, o sea en total 0.05 centigramos de bacilos vivos en estas tres tomas.
 La reacción que se produce es nula.

A la edad de tres años se repite la misma aplicación.

Si se elige la vía subcutánea, lo que debe hacerse siempre en los niños
 de más de **quince días** de nacidos, y en los adultos, la dosis para inyectar
 debe ser **única** y contendrá 1/50 de miligramo (0, milig. 02) en dos centíme-
 tros cúbicos, de los cuales se inyectará un c.c. para los niños menores de tres
 años y los 2 c.c. para los que pasen de esta edad.

La inyección subcutánea tampoco produce reacción ninguna, fué-
 ra del absceso frío que se puede formar en algunos casos, pero que se evacua fá-
 cilmente sin dejar perturbación ninguna.

Para el control de la virulencia del BCG se inyecta intraperitoneal-
 mente tres curies con 1-5 y 10 miligramos de bacilos.

La semilla del BCG que conservamos en nuestro laboratorio nos fue
 suministrada por el Profesor Calmette y lleva el N.º. 379 de la serie del Ins-
 tituto Pasteur.

Durante un año la he nos sostenido en los medios de que arriba habla-
 mos, y su virulencia la tenemos comprobada en tres curies que el 3 de Noviem-
 bre de 1930 inyectamos con 0.10 centigramos de cultivo, el uno por vía intra-
 peritoneal, por vía subcutánea el otro, y el tercero por inyección intracardiaca.

El peso de estos curies era en aquella fecha así:

Curí N.º 1 (inyección intraperitoneal)	500	gramos
Curí N.º 2 (inyección subcutánea)	500	gramos
Curí N.º 3 (inyección intracardiaca)	500	gramos

Estos curies no han presentado elevación de temperatura, ni pérdida
 de peso, después de la inoculación, y todavía se encuentran en observación
 habiendo aumentado de peso durante este tiempo:

Curí N.º 1 (inyección intraperitoneal)	600	gramos
Curí N.º 2 (inyección subcutánea)	700	gramos
Curí N.º 3 (inyección intracardiaca)	700	gramos

Para terminar, réstanos sólo estampar algunas palabras de Calmette:

“Puesto que se ha establecido, de una parte, que una infección llamada **paucibacillaire** (es decir, realizada por un número tan pequeño de bacilos para que esta infección permanezca latente, confiere a la vez a los individuos que son atacados, la alergia tuberculínica y una resistencia manifiesta a las reinfecciones virulentas;

“De otra parte, que muy pocos individuos (así como lo demuestra la frecuencia de la alergia tuberculínica) llegan a evitar hasta la edad adulta todas las ocasiones de infecciones virulentas, **paucibacillaires** o masivas;

“Y puesto que se ha demostrado, además, que el BCG, permaneciendo inofensivo, produce exactamente los mismos efectos protectores que una ligera infección virulenta;

“Se trata de saber si se continúa abandonando los niños a las consecuencias a veces graves ó a veces benignas de las contaminaciones bacilares accidentales, o si se estima más seguro, y más conforme a la sana Economía nacional, de poner estos niños, desde su nacimiento, en estado de escapar para la mayor parte a los riesgos de la infección natural.”

Por su obra genial, Calmette puede colocarse al lado de los grandes benefactores de la Humanidad: Pasteur, Koch, Roux, Ehrlich.

LITERATURA

Calmette.—La vaccination preventive de la Tuberculose par le BCG. Rapport présenté a la Conférence Internationale du BCG. réunie a Paris du 15 au 18 octobre 1920 et organisée par la Section d'hygiene de la Societé des Nations.

Calmette.—La vaccination preventive de la tuberculose por le BCG dans le pays étrangers. Ses effets sur la décroissance de la mortalité générale infantile.

Tzeknowitzer.—Documents de la Commision Ukranienne.

Kraus.—Ueber die Grundlagen der Schutzimpfung gegen Tuberculose nach Calmette mit BCG.

Legislación del Oidor Mon y Velarde sobre Ejercicio Ilegal de la Medicina

Habiendo entendido (no sin grave dolor) los funestos acasos que ocasionan el disimulo, y Tolerancia que se ha tenido con algunos charlatanes ignorantes que destituydos por su ociosidad, y abandono a todo auxilio han querido tomar el punible recurso de exercer la noble facultad de Medecina sin tener en ella ni otra alguna como tampoco en la Cirugía los menores rudimentos, experiencia, ni práctica &a. causando muertes violentas en indisposiciones a los principios de poca concideración siendo esto en perjuicio de la humanidad de la religión, y del Estado, teniendo las Leyes prevenido remedio contra semejantes insultos, indignos de Tolerarse en ninguna bien ordenada República mando se observe la Ley 4, título 5, de la recopilación de Indias, y que ninguno pueda curar en medecina, ni cirugía, sin tener título, y licencia de quien la deba dar, aun que sea de balde, con pretesto de confianza o para exercer la charidad, pues realmte. es impiedad, y contra conciencia, y al que contraviniere a este mandato: Por la primera se le impone destierro por quatro años de la Provincia; A la segunda Pre.idio por otros quatro; Y a la Tercera, siendo de color, se les darán dosientos asotes, y dies años a Pre.idio; Assi mismo se impone a los Padres, o Amos de Familias que los llamen o consientan, por la primera ves, dies pesos; Treinta, por la segunda; Y cinquenta pr. la tercera aplicados por tercias partes Camara de Su Magestad, Denunciador, y obras públicas, encargandose, como se encarga a los Cavildos selen, y cuiden la puntual observancia de lo aqui mandado, en quanto lo permitan las circunstancias locales; Y teniendo concideracion a estas, la escases o falta casi total de facultatibos en esta Provincia, podrán permitirse exercite por algunos practicos que hayan acreditado su inteligencia, y se conoscián ser personas instruídas de providad, ciencia, y conciencia que no vicavan de tan reprobado arbitrio, pero que sea siempre con su noticia, y permiso, calificando (si huviera Professor) la ydoneidad, y medecina de los que soliciten exercitarse en esta ocupación. Assi lo mandó, y firmó el Sor. Don Juan Antonio Mon y Velarde, Oydor Vicitador General, y Governador de esta ciudad de Antioquia, y su Provincia en cinco días del mes de Agosto de mil setecientos, ochenta y seis años por ante mí el presente Escribano de que doy fe. Juan Antonio Mon. Por mandato del Señor Oydor Visitador de esta Provincia. = Miguel de Palacios Escribano publico del Numero.

Del valioso archivo histórico de D. José María Betancur)

AFORISMOS OBSTETRICOS

Pr. Nepomuceno JIMENEZ
Profesor de Clínica Obstétrica
de la Universidad de Antioquia.

(Continuación)

Octavo. En mi concepto no hay droga capaz de poner en movimiento, de iniciar la contracción uterina; las llamadas sustancias ocitócicas sólo pueden reforzar e intensificar las contracciones ya iniciadas. No quiere decir esto, que en una mujer embarazada, se puedan usar impunemente drogas, como la quinina, por una causa banal, una gripe por ejemplo, para la cual no tiene acción específica.

Noveno.—Una mujer en buen estado de salud, normalmente reglada, a quien se le suspenden las reglas sin causa precisa, casi seguramente está embarazada y debe tratarse como tal, es decir, se debe prescindir de toda exploración o medicación, que pueda interrumpir una gestación incipiente.

Décimo.—La mujer embarazada no menstrua; todo derrame sangoi-neo proveniente del útero debe considerarse como patológico.— Si se presenta en los primeros meses se trata de un aborto o de una preñez actópica; en los últimos meses indica casi seguramente una inserción viciosa de la placenta.

Undécimo.—Sífilis y embarazo.—Por regla general debe tratarse con intensidad durante todo el embarazo a la mujer sífilítica o casada con un sífilítico antiguo o reciente, con mayor razón, si el tratamiento ha sido deficiente o nulo antes de la concepción. Los abortos en serie son causados, en la inmensa mayoría de los casos, por Sífilis. La mujer que ha dado a luz fetos macerados, casi seguramente es sífilítica. Una mujer casada con un sífilítico antiguo, bien o mal tratado puede al cabo de varios años, aún después de haber dado a luz a término niños aparentemente sanos, con distrofias visibles o sin ellas, presentar una serie de abortos, o de partos prematuros de fetos macerados, indicio claro de que su infección latente se hace activa. Las heredo-sífilíticas frecuentemente manifiestan su infección por abortos, partos prematuros, fetos macerados o deformaciones fetales como: espina bífida, hidrocefalia, etc.

Es deber del médico advertir al sífilítico que debe someterse, aun cuando haya sido tratado antes, al tratamiento llamado del "padre de familia", cada vez que asuma la responsabilidad de procrear.

El tocólogo hará labor científica, de gran trascendencia social, diagnosticando y tratando la sífilis conyugal, antes de la concepción, durante el embarazo y después del parto.

Duodécimo.—Para poder afirmar que una mujer está en trabajo, es necesario cerciorarse, por el tacto vaginal, que el cuello está borrado, es decir que ha desaparecido la cavidad cervical. Se evitará así, el sonrojo de vaticinar la pronta terminación de un parto, que viene a verificarse días después.

(Continuará)

EL PROBLEMA TUBERCULOSO

II

Profilaxia Uterina

Para el "Boletín Clínico".

Del libro de Notas del Dr. Pérez Cadavid

"La profilaxia de la tuberculosis debe nacer antes de consumado el matrimonio o la unión conyugal".

En el capítulo de contagio escribí: "el contagio nos rodea desde el vientre materno." Es el primer peligro. Cómo luchar contra él?

Comentarios de diversa índole levanta el solo enunciados el problema de gestación y tuberculosis, es campo fértil en discusiones y conclusiones científicas como ya se estudió. Como no corresponde volver sobre dicha cuestión, lo importante e interesante es luchar contra el peligro tomado en conjunto.

El peligro existe y a despecho de las teorías antiguas que negaban toda infección en el seno de la madre, hoy está plenamente probada la contaminación a través de la placenta. El nuevo ser, el feto que aún no ha sido modelado en el nido uterino, encuentra ya su primer enemigo que lo destruye o lo acompaña en la peregrinación de su vida formándole un fardo, un lastre de inferioridad.

La lucha contra enemigo que no respeta el proceso fisiológico más noble de la mujer ni la inocencia del nuevo ser, debe emprenderse pero bajo una base científica, la misma que servirá para defender al hombre en el transcurso de la vida.

Teniendo probado el hecho de la infección en el seno de la madre tuberculosa, precisa seguir normas especiales de profilaxia aun cuando ellas se opongan a los dictados del corazón o de las conveniencias sociales.

Analicemos varios casos, clasificando las mujeres por el peligro que ellas representan:

1-Pretuberculosas. Término impropio que nada significa en sí pero que sirve para indicarnos una tuberculosis en potencia. Son mujeres endebles, anémicas, dadas a la astenia por el motivo más fútil, de tórax estrecho, clavículas y omoplatos salientes, pecho hundido, mirada vaga. Esta clase de mujeres, muñecas de porcelana, rubias románticas, inspiradoras de versos que llevan en sí el contagio de una nostalgia barata y enfermiza, son futuras candidatas al torneo del fracaso en la época de la maternidad. Como ésta sacude su organismo y lo coloca en un plano de manifiesta inferioridad, la enfermedad que había permanecido oculta cobra sus derechos y ejerce su acción des-

tructora. Lástima que no respete al hijo que se alimenta de su sangre, hijo esperado con delirio y ansiedad.

2-Hay otra clase de mujeres, **las impregnadas, las tatuadas-** y permítase la expresión—por la tuberculosis en otra época de su vida, ya sea una infección con manifestaciones pulmonares claras y definidas o ya un proceso morboso de distinta expresión pero del mismo origen en otra parte de su organismo. Mujeres que han sufrido en épocas pasadas un brote pulmonar claro, desaparecido y cicatrizado ya, o han representado un campo fértil para las bronquitis de repetición, gastroenteritis, raquitismo en su niñez, para las escrófulas descuidadas y miradas con indiferencia, para las clásicas vegetaciones adenoideas, amigdalitis, rinitis, otitis o para el aristocrático linfatis- mo que encubre un organismo minado. El tumor blanco de la rodilla, el reu- matismo en la época de crecimiento, el flegmón de la cadera, la supuración en sedal de los ganglios del cuello, la leucorrea, la clorosis y en fin un cúmulo de pequeñas cuestiones de la infancia y adolescencia, son otros tantos alertas para el médico previsor y otras tantas marcas bajo las cuales se encubre en ocasiones un proceso tuberculoso.

3-La otra variedad de mujeres, **las tuberculosas en evolución, las cavitarias** son en extremo peligrosas para el niño que guardan en su vientre. La bacilemia, es decir el paso del microbio a la sangre es frecuente en ellas y de consiguiente peligrosa para el hijo que se nutre de un producto ya contami- nado. Las infecciones del hijo antes de nacer sobrevienen en porcentaje nó elevado pero sí apreciable. Naturalmente los contagios son mayores para el niño que actúa en el medio familiar infectado en el cual vive y se desarrolla, pero esta manera no excluye la otra, la uterina sobre la cual estamos ocupán- donos.

Para evitar este modo de contagio y nuevas víctimas bastan sólo con- sideraciones de orden humanitario guiadas por conocimientos científicos y ayudadas por medidas higiénicas en determinados casos. Fácil es comprobar el asunto y más fácil todavía ponerlo en práctica.

Partiendo del principio que el embarazo y lactancia constituyen una causa debilitante para la serie de mujeres que hemos mencionado, que dan un latigazo a la tuberculosis oculta, apagada o en evolución y en todo caso ejer- cen una influencia nefasta sobre la enferma, no habrá una sola, desde que sea razonable, que se aventure en peripecias que ponen en peligro su vida, la de su compañero y la de su hijo. Sólo un sentimentalismo ciego desprovisto de sentido común, un amor que quiere saciar su desgracia y darla al mismo tiempo al ser inocente, será capaz de arrostrar con fría indiferencia, con cálcu- lo criminal, las lamentables consecuencias de un enlace en dicha forma. Por esto, el médico conociendo el peligro que hay para el matrimonio con semejan- tes mujeres, lo condena con sobrada razón.

Muchas mujeres llegan al matrimonio aparentemente llenas de vida y esperanzas, quieren llenar su instinto materno, su deber social, ver el fruto de su amor que han acariciado mentalmente desde su infancia, gustar los pla- ceres conyugales y enfrentarse a la vida. Desgraciadamente esta bella histo- ria de romanticismo y materialismo se ve tronchada en plena carrera, cuando

el mundo halaga, cuando el horizonte parece pleno de promesas, cuando todo parece sonreír. El día menos pensado bajo la influencia de una enfermedad debilitante, de las fatigas físicas inherentes al matrimonio, del abuso de los placeres, del embarazo y maternidad, estalla nuevamente y cobra fuerzas aquella lesión dormida, tolerada durante tanto tiempo. Una vida llena de deseos convertida de la noche a la mañana en un cuadro de tragedia!

La culpa es de nuestra ignorancia, de la falta de educación en este problema, del desprecio a las indicaciones médicas, de la indiferencia a todo un pasado lleno de accidentes morbosos, de manifestaciones tuberculosas.

A fuerza de cuidados, de largas temporadas en el campo, de medicaciones durante años, algunas mujeres llegan a las puertas de su verdadera vida con signos aparentes de salud que desaparecen al primer temporal.

No las culpemos, ellas nada saben lo que les ha pasado porque se ha tenido buen cuidado en ocultarlo, en disfrazar los episodios de su enfermedad con títulos que nada dicen y nada representan, culpemos sí el afán de algunos padres por salir de su tesoro, la perversidad de algunas mujeres que sabiendo su mal se echan en brazos de la suerte, el descuido del médico que autoriza un enlace, la falta de legislación apropiada que exija el certificado prenupcial, el ciego amor del hombre que lo lleva derecho a la mujer soñada no creyendo encontrar en ella su perdición. Los casos de esta clase abundan, se comercia con el matrimonio en una forma indigna, se pasan por alto nociones elementales de preservación de los futuros hijos, no se toman medidas para evitar nuevas desgracias.

Es preciso obrar y hablar claro, mostrar que la tuberculosis es un enemigo de dos caras listo para engañar como para matar, establecer un control científico, despertar del letargo en que se vive y en lugar del miedo que se le tiene a la enfermedad procurar difundir nociones salvadoras.

Las tuberculosas casadas se prestarían a sí mismas un buen servicio evitando los nuevos embarazos, no echarían al mundo seres destinados a una segura enfermedad y ayudarían grandemente a localizar la fuente de infección que llevan consigo.

Por otra parte los poderes oficiales harían una labor verdaderamente humanitaria estableciendo modernas salas de maternidad para la tuberculosas pobres donde encontrarían buena alimentación no sometida al azar del dinero, buenos cuidados prenatales para el hijo, futuro tuberculoso, y provechosas enseñanzas para su vida futura.

Mujeres tuberculosas- no tengáis hijos porque serán vuestro tormento, ellos, inocentes, cargarán con una culpa debida a vuestro capricho o ignorancia; solteras: reprimid vuestros ímpetus juveniles para que el fracaso completo no toque a vuestra puerta.

CUESTIONES PROFESIONALES

Intereses creados, impreparación, mala fé, necesidad de prolongar indefinidamente las sesiones, qué sé yo; algo de todo ello a la vez que todo ello abunda en este país de las numerosas leyes impracticadas; pero es el caso que a pesar de repetidas legislaciones al respecto los médicos continuarán, sabe Dios hasta cuándo, esperando entre angustias, ingraticudes y sacrificios, el lejano día de su redención legal.

A fuerza de una campaña sostenida del "Repertorio de Medicina y Cirugía" de Bogotá, de clamores frecuentes y de instancias repetidas de los Congresos y Asambleas Médicas verificadas en la República, se logró al fin que se expidiese la ley 83 de 1914, la 67 de 1920 y la 85 de 1922, de técnica parlamentaria impecable, de texto casi cervantino, pero (cosa explicable!) se olvidó el Legislador (ese ser inmaterial, anónimo e irresponsable que ha de escribirse con mayúscula) de que las leyes prohibitivas y reglamentarias exigen sanción explícita para las transgresiones y estas leyes quedaron sin ella, aunque sí, y es cosa muy bizarra, para los funcionarios que no procediesen contra los 'yerbateros'. Alguna vez en caso de envenenamiento manifiesto hube de acusar ante el alcalde de cierta población muy importante a un "yerbatero"; el funcionario repasó sus códigos en balde y ante la notoriedad palpable del asunto y la imposibilidad de proceder con los textos penales más a mano, consultó a la Gobernación del Departamento; el señor Secretario de Gobierno (Dr. F. de P. Pérez a la sazón) contestó que se aplicara el artículo 90 del Código Penal; se inició el sumario de lentitud desesperante y al fin de cuentas se sobreseyó con toda tranquilidad que el defensor del acusado probó amplia y plenamente (como siempre) que el artículo en cuestión era inaplicable en absoluto.

*
* *

La ruinoso pateraidad de nuestras Cámaras engendró la ley 35 de 1929 y el Ejecutivo, bien intencionado, el decreto de reglamentación 1.099 de 1930, pero no sólo las sanciones no se cumplen sino que persiste el ejercicio ilegal de la medicina y la farmacia, y siguen ocupando puestos importantes en esferas varias, individuos incapacitados para ello conforme a la ley y al decreto mencionados.

Como siempre tales leyes con sus compañeras de nuevo cuño han ido a seguir engrosando ostentosamente los volúmenes del "Diario Oficial", mientras los médicos, con una conformidad bovina, continuamos llevando periódicamente nuestros diplomas a las oficinas públicas, menos beneficiados que los teguas quienes siguen ejerciendo con la satisfacción de no tener

necesidad de cumplir con estos requisitos y sin la molestia de trajinar por calles y despachos con un estorbo rolo de diploma inservible bajo el brazo.

*
* *

Las profesiones liberales por su misma índole de eventualidad pecuniaria, por ser masa encefálica su capital inicial y por el respeto universitario del país, exigieron siempre que su ejercicio fuese patrimonio exclusivo de los nacionales. En Europa y en Norteamérica existe a este respecto una exclusividad hermética y no hay, hasta donde pude averiguarlo, el intercambio que tenemos en Colombia con todo el mundo sin reciprocidad alguna para nosotros y con una puramente nominal de nuestra parte con España y con Venezuela, con Chile y con el Ecuador. La Universidad de París, por ejemplo, confiere título de doctor a todo aquel que haya cursado los pênsums reglamentarios de sus distintas facultades, pero es preciso que el extranjero abandone a Francia con su diploma; si ejerce irá al presidio y si pretende la licencia legal para ejercer, tendrá las interminables y costosas tramitaciones de la nacionalización, los paseos incesantes por aquellas infectas oficinas de policía, viajes al consulado, denegación de la nacionalidad por nacimiento, dos años de servicio militar por cuarteles sin higiene y sabe Dios cuántas torturas más. Que sólo para el genio de Albarrán hubo excepción.

*
* *

En nuestra civilización de importaciones integrales tuvo cabida siempre el charlatán extraño y fue tanto más solicitado por grandes y pequeños cuanto más impronunciable fue su nombre y mayores las maravillas que ofrecía. No satisfechos de la impunidad criminosa de tantos salteadores de la vida propios, mantenemos la admiración abierta y el dinero listo para el explotador extranjero en todos los campos de nuestras actividades. Necesitamos "técnicos" para todo y nunca se pensó en enviar lo más saliente de nuestros liceos y universidades en busca de aquella mágica patente de "tecnicismo" que nos embelesa, como lo hace el Japón poblando para su provecho con sus unidades valiosas los centros más aventajados de la cultura mundial.

No se ha pensado en el camino lógico del engrandecimiento nacional con la preparación de profesionales y de industriales propios, adaptados al medio y conocedores de él; se persigue sólo la exaltación de las naciones extrastacuerismo análogos a los que practican nuestros potentados en París.

*
* *

Y todavía a propósito de leyes no ha mucho una de ellas, cuya numeración y cronología se me escapan, obligó a boticarios y adláteres acompañar muy clara y muy patente la fórmula al específico de su negocio; se puso en mil aprietos a los fabricantes, hubo protestas, persecución de certificados en

nuestros consultorios, todas las sinuosidades posibles para eludir la obligación y cuando todo se consumó de manera inapelable, volvieron a poblarse de vendedores de prodigios las plazas de mercado y los diarios tuvieron a anunciadores nuevos. El exotismo del nombre y de la procedencia, nuestro desmedido amor a lo extranjero, nuestro desprecio de lo propio y la ignorancia de nuestro público han convertido a Colombia en el mayor mercado de medicinas de patente; se encuentra a sus vendedores desde la oficina suntuosa hasta el tablado de la pequeña plaza poblerina.

Se cree que la medicina es un catálogo de aplicaciones inmutables: para el dolor morfina, para la anemia hierro, y el "respetable público" traga o se aplica cuantos preparados le ofrecen los anuncios sin preocuparse de la causa que origina la dolencia, ni de la posibilidad de que alguno de sus órganos (mecánica complicada y sutilísima, milagro perpetuo de la conservación!) tolere impunemente la sustancia activa del 'específico infalible'.

La desgraciada humanidad asida siempre a esperanzas imposibles no dejó de creer nunca, con intensidad e irreflexión verdaderamente pasmosas, en lo vago, en lo misterioso, en lo oculto por artificio, en lo oculto incomprendible para la ceguera de su sindéresis y en Colombia semejante tendencia ha llegado a extremos inconcebibles. Una fe, no sé si granítica por lo inmovible o de caucho por lo indeformable, domina y sobrecoge a todas las clases. El 'credo quia absurdum' señorea en la república. Quien pregone específico que cure la lepra, el cáncer, hace rápidamente una fortuna; la imbecilidad colectiva es demasiado generosa.

Y, si son "secretos de los indios?" . . . y los indios . . . nuestros pobres indios, por obra de la casualidad, por intuiciones providenciales conocieron ciertamente las propiedades de unas pocas plantas, pero dónde se han encontrado sus laboratorios de investigación? dónde sus campos experimentales? dónde sus clínicas y sus archivos de observación sistemática?

*
* *

Por regla general no son hijos de rico quienes acometen el estudio de la Medicina; el 99% de nuestros practicantes son muchachos muy pobres por quienes se sacrifican sus familias, soñando con una redención económica futura que rara vez llega, por lo menos para aquéllos que, realmente, se entregan al culto de su profesión, dado que no caben aquí quienes se aprovechan de ella para un matrimonio ventajoso o para mejor situarse en el campo de los negocios.

Y cuenta que es largo y penoso aquel calvario: después de 3 ó 4 años de ablandar bancos y de pulir pupitres en la escuela elemental, vienen los 6 del bachillerato clásico, de aquel barniz ilógico de ciencias, con pénsum tan heterogéneo como recargado, en que se pasa del castellano al álgebra, de la historia al inglés, de la geografía a la retórica, de la contabilidad a la filosofía. Y tenemos al bachiller vanidosillo hecho un álbum de pegados, saturado de esbozos de conocimientos y ahíto de cáscaras de verdades. La falta de gimnasia y de ejercicios como el tennis (creo que la brutalidad mular del foot-

ball y la salvajez primitiva del boxeo no fomentarán una verdadera vocación médica nunca), más las deficiencias alimenticias por la rutina barata del internado, por las mezquindades de la pensión o por las escaseces de la casa, dejaron sus miembros atrasados en el desarrollo, y entre estas carencias más el recargo mental, amén de pecadillos muy íntimos y demasiado frecuentes, se inició en aquel cerebro un principio de fatiga que tendrá de agravarse cada día, arrastrando a muchos, más tarde, hacia el alcoholismo y la morfomanía.....

Llega la entrada triunfante a la Facultad, y sopla un hálito de doctorado acogedor, con vibraciones de dolor y estremecimientos de caricia, por el largo zaguán del anfiteatro; gracias a la satisfacción de verse allí por fin, se domina la aridez sahareña de la Anatomía, la jerigonza fugitiva de la Química Biológica, el olor nauseabundo y las humedades macabras de la sala de disección donde las infecciones acechan.... Y con mayor orgullo se invade después el laboratorio, aquel santuario de misterios peligrosos donde un descuido cuesta un envenenamiento o una tifoidea.... Y otro día, con el corazón alborotado, se ausculta el corazón ajeno oyéndose sólo las propias palpitations reforzadas por la emoción, y aquel olor de clínica es ya agradable para el estudiante saturado de anfiteatro, y la monotonía blanca y triste de las salas del hospital dejó de ser un paisaje doloroso, y aquel gemir constante, si en un principio angustia, concluye por ser indiferente. El practicante es ya el inflexible analista del dolor, el artista exquisito que persigue los detalles, los matices, las tonalidades más recónditas del síntoma, el verdugo implacable del enfermo de quien escribe la observación; y mientras el amor propio se hincha con la seguridad del diagnóstico, y con el éxito del tratamiento prescrito, el buen estudiante, como buen artista y como buen bohemio, ampara bajo la albura de la blusa de trabajo los zurcidos del pantalón, la vacuidades del estómago.... Flota por el Hospital el presentimiento de los triunfos venturos.....

Y la vida se va jugando, con toda la indiferencia que debía merecerse, desde la iniciación de los estudios hasta el día de rendirla, que sólo el médico reclina su cabeza sobre el pecho de los contagiosos.

Y el llegarse del doctorado, con elogios del presidente de tesis y retrato con artículo laudatorio en el diario amigo, es apenas un descanso, amargo de decepción, en la cúspide del calvario, al empezar la crucifixión inacabable cuyas torturas incesantes, sordas, refinadas, desconocidas, constituyen el ejercicio de la nobilísima profesión.

*
* *

Cabe al médico en el concierto social una situación demasiado rica en deberes y sobrado pobre en retribuciones; se le exige desde una indumentaria impecable hasta una simpatía incompatible a veces con el problema que lleva entre el soporte del sombrero; como trabajador es el único hombre que presta a extraños gratuitamente sus servicios; carece de horas fijas para su alimentación y su descanso; siendo su misión la defensa de la vida ajena, acarrea el mayor peso de responsabilidad que soportan hombros humanos,

y como luchador ocupará siempre la más desventajosa de las posiciones porque ha de enfrentarse a lo inevitable, despedazarse contra lo imposible; tendrá siempre la angustia del peligro ajeno por compañera de calle, la dolorosa preocupación de lo ignorado por ama de casa, una aplastante sensación de impotencia ante la muerte para el lecho, y para arrastrar a todo lo largo del camino, un escepticismo disolvente, porque a fuerza de estudiar, de fracasar en el momento en que parecía que obligaba a triunfar la Vida, de palpar continuamente la inutilidad de todos los esfuerzos, su alma, disecada por la duda, se encuentra abrumada por imposibilidades deprimentes, por la pérdida de esa consoladora fé que daba enantes la confianza en sí mismo. "Medicus in aeternum" irremediabilmente.

La precisión de sus conocimientos se ve suplantada por el aviso prometedor de los negociantes; su reputación científica y particular, entre gargantadas de chocolate y paladeos de aguardiente, se discute y se babea por cantinas y costureros; su consulta se abre gratuita a los incurables que se arruinaron enriqueciendo a yerbateros y droguistas; sus escasos emolumentos son asaltados por los proveedores,—que las tarifas son más altas para los títulos—, y por el Fisco que confunde maliciosamente "producto del trabajo", con "utilidades de la renta" y cae inmisericorde, con voracidad insaciable, hasta sobre la placa misma que indica a los desgraciados la probabilidad de un alivio, la limosna de un consuelo. . . .

*
* *

Llega la Tifoidea, asalta la Pneumonía, ahoga la Difteria, estalla la Apendicitis, revienta la Sífilis, roe el Cáncer, destroza la Tuberculosis. la hora no tiene importancia. el teléfono se instaló para llamar. y a las torturas de su preocupación por el enfermo, el médico sumará serenamente (sin pensar siquiera en mercados futuros y angustiado talvez por el más próximo) las molestias y las importunidades que acarrea la nerviosidad de la familia, exaltada, con humos pretenciosos, por la desconsoladora caridad de los vecinos. . . . Y venida la muerte o la curación de su paciente, ya tendrá los regateos de la mezquina cuenta, la enemistad de la familia, las habladurías venenosas y el comentario maligno de los adlateres, cuando nó la carta insultante y la denegación del pago. . . . Y entretanto el boticario llena su cajón, y el Indio y el Tartajo, sin molestia alguna, hacen por turno un simulacro de consulta y perciben una libra esterlina por cada frasco de porquería. . . . Y como adehala no tendrán qué llevar diploma por las laberínticas catatumbas de la Gobernación, ni hacer antesala entre los simpáticos empleados de la Alcaldía. . . .

*
* *

A Dios gracias, y por mi propio gusto, colocado al margen de mi bella profesión, puedo hablar claro, pidiendo al callado y desconocido sufrir de una gran mayoría de mis colegas, perdón por levantar una punta, apenas, del pesado lienzo que la abnegación y el sacrificio echaron ha tiempo sobre sus largos martirios silenciosos y su dolorosa serenidad de filósofos estoicos.

Profundamente convencidos de la infinita insensatez humana, ha tiempo la vienen perdonando, mas, agravado el egoísmo, el cálculo, la rapiña en la menguada época que corre, es preciso que revistan sus derechos de trabajadores (y los más nobles por cierto), que en lugar de papeles, trapos y cachivaches, prodigan intensamente el capital de su propia vida, bien maltratado yá por estudios penosos y agobiadoras experiencias, exigiendo del Estado y de la colectividad lo que en justicia les corresponde.

Bajo la presión creciente de los métodos financieros en boga y de las exigencias casi abrumadoras del medio, ha llegado el momento de que los médicos, por fuerza de las circunstancias y de la conducta misma del público para con ellos, transformen las excelencias ideales de su sacerdocio en la medida bella pero más práctica organización económica, individual y sindical, ya que cada uno trabaja para vivir como el resto de los descendientes de la pareja paradisiaca.

Sólo así será posible que por tiempos de bonanza dejen de ser ridículos los emolumentos de los puestos para médicos, mientras los dineros públicos se dilapidan en prebendas y canongías para los políticos y los logreros; y que en los de estrechez, como el actual, no empiecen los economistas oficiales por despedir de sus oficios al grueso de los empleados de la profesión médica y de asignar más bajos que a nadie los sueldos de aquellos que, en las maromas económicas, resultaron imprescindibles; a la vez sería posible que el gremio implantara el método de pago al contado que se está practicando en todos los ramos, o por lo menos y, en ciertos casos, con los pagarés de efectividad inapelable que se han puesto en uso. De ello acaba de darse en Bloomfield un ejemplo admirable y muy ventajoso tanto para el médico como para la clientela misma.

Que a las torturas morales no se sumen las materiales de la estrechez pecuniaria por trabajo improductivo, y que, conforme a leyes universales, la Medicina sea realmente la profesión de los médicos forjados laboriosamente en la Universidad para bien de los enfermos, y en manera alguna para explotar a éstos, fabricándolos por asalto en el tablado de la plaza pública o en la trastienda de las boticas.....

ALONSO RESTREPO

E-MERCK, DARMSTADT

CHOLEVAL

EN LA GONORREA

PARA INYECCIONES Y LAVADOS

Aplicación intravenosa en infecciones inflamatorias de las vías biliares

Astringente y desinfectante para la laringe, la nariz y el oído así como en las operaciones ginecológicas

Literatura e instrucciones para su empleo a disposición de los señores Médicos

A. S T A P F F

Medellín

Teléfono: 23-89

Apartado 116

Agencia Merck

VARIEDADES MEDICAS

Las dificultades de la apendicitis.

El público y también muchos médicos han llegado a creer que la apendicectomía no tiene importancia. De suerte que cuando se presenta un caso complicado y difícil, de larga duración en el tiempo operatorio y que pone en peligro inminente la vida del enfermo, se atribuye a incompetencia del cirujano y no a las reales dificultades.

Pero es necesario que se sepa que la apendicectomía en infinidad de circunstancias es una operación peligrosa y de serias complicaciones, que ofrece tales sorpresas y demanda al cirujano tanta sangre fría, paciencia y versación en la técnica quirúrgica, como la más difícil de las intervenciones.

Los médicos que se inician en la cirugía deben estar penetrados de esa verdad para evitarse grandes fracasos y mantener prevenida la clientela que nunca es benévola ni comprensiva al juzgar al médico.

Alfonso Castro.

Promonta

es el mejor alimento conocido para el sistema nervioso como tónico y reconstituyente

Promonta

Abre el apetito y aumenta el peso.

VARIEDADES MEDICAS

El público, a fuerza de oír hablar de cirugía, ha tomado el asunto como un negocio cualquiera y como tal, lógicamente, quiere siempre cosechar ganancias, ganancias desde el punto de vista de la salud y ganancias en lo que con los honorarios se roza. De donde resulta que cada día se hace más exigente y pide al cirujano que haga prodigios, especialmente en lo que a cuestiones económicas se refiere: que opere rápidamente en cuanto el enfermo se presenta, sin importarle poco o mucho que se estudie el caso como es debido; que acorte los cuidados postoperatorios, a los cuales concede poca importancia; que se gaste el menor tiempo posible en las clínicas. En tal virtud se hacen contratos con marcado espíritu mercantil y se apremia al cirujano con el endriago de las competencias poco pulcras. Si aquel no tiene el carácter necesario o abunda en temores respecto al menoscabo de sus intereses, se somete a prácticas que merman su serenidad científica y atentan contra el bien del enfermo.

(Notas de La Merced)—Alfonso Castro.

BOLETIN CLINICO

Organo de los hospitales

Revista Médica mensual

ELKIN RODRIGUEZ

Directores:

ALFREDO CORREA HENAO

Administrador: LUIS GOMEZ T.

Condiciones de abono:

ABONO ANUAL.....	\$ 2.00
NUMERO SUELTO.....	\$ 0.20
PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA.....	\$ 0.10
NUMERO ATRASADO.....	\$ 0.30

Monografías, Originales, Tesis y Libros deben ser enviadas a la dirección del "Boletín Clínico"

Carrera Junín No. 178

Apartado No. 32

Medellín - Colombia - S. A.

VARIEDADES MEDICAS

A. Muller, Basilea, "El tratamiento de los cólicos renales con Novalgina" según Schweizerische Medizinische Wechenschrift", 1931, N.º. 47, pág. 1121.

M. usó la Novalgina en 12 pacientes de los cuales 6 sufrían de cólicos calculosos, 4 de cólicos en hidro-y pionefrosis y dos de cólicos renales durante la menstruación. M. usó la Novalgina también en los gravísimos y repetidos de cólicos renales, siempre con muy buen éxito. Con 2 c.c. de Novalgina por vía intravenosa se calmaron los dolores de los cólicos renales dentro de 10 minutos mientras que 1 c.c., no fué suficiente (en una vez falló la inyección intravenosa en su efecto) 5 veces se logró expulsar sin ningún dolor los concretos en tanto que una vez un cálculo se detuvo en el ureterostoma. Por vía bucal Novalgina no basta en estos casos: en una sola vez obró excelentemente en un cólico renal. Una tableta de Novalgina despliega su eficacia dentro de 5 a 10 minutos, durando el efecto 6 a 8 horas. Un paciente tomó en total 6 tabletas y después de 4 días salió el cálculo sin dolor de ninguna clase.

Libre para su aviso

VARIEDADES MEDICAS

Bloudin-Walter, Tratamiento de Tétano por la avertina, según Gaz. med. de France 1931 N^o. 10 pág. 236.

En un enfermo con un Tétano grave se consiguió por repetidas dosis de Suero y narcosis de éter cierta mejoría. En el curso de las narcosis con éter se presentaron síntomas alarmantes de copapso y se substituyó la narcosis de éter por la de Avertina en cantidad de 9 grs. entonces se observó una mejoría decisiva. Avertina se aplicó dos veces y 8 días después se pudo prescindir también del tratamiento del Suero. Pasados 15 días el paciente se da de alta.

El autor recomienda tratar todos los casos de Tétano con extirpación de la herida, altas dosis de Antitoxina tetánica y narcosis diarias con Avertina.

FARMACIA ARGENTINA

*Científico despacho
de fórmulas.*

*Honorabilidad,
Precios bajos.*

*Servicio rápido a do-
micilio.*

*Carrera Junín x Colombia
Teléfono Nro. 24-00*

LIBRE

para su aviso