

Director: Dr. GABRIEL TORO VILLA
Rector de la Facultad de Medicina.

BOLETIN CLINICO

REVISTA MENSUAL

Organo de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la
Universidad de Antioquia.--Medellín

REDACTORES:

DOCTORES EMILIO ROBLEDO, ALONSO RESTREPO, ELKIN
RODRIGUEZ, ALFREDO CORREA HENAO, JUAN B. CALLEJAS.

Editado por los laboratorios URIBE ANGEL

AÑO II No. 1.

JUNIO DE 1935

CORRESPONDENCIA Y CANJES.

Oficina de Boletín Clínico

Medellín - Antioquia

Edificio de la Escuela de Medicina

República de Colombia

Avenida Juan del Corral

Apartado postal 205

CONTENIDO:

Homenaje al P. ... Dionisio ARANGO FERRER.	1
***—Dionisio Arango Ferrer	3
ARANGO FERRER Dionisio.—Lección de clínica terapéutica.....	5
ROBLEDO Emilio.—Antecedentes históricos acerca del Instituto Profiláctico	8
LONDOÑO Juan B.—Datos para la Historia de la fundación del Ins- tituto Profiláctico	9
MEJIA URIBE Rafael.—Herencia y contagio de la tuberculosis....	21
YEPES CADAVID Jesús.—Gangrena pulmonar de forma neumónica	30
ARTHUS Maurice.—Cualidades necesarias para hacer progresar las ciencias biológicas experimentales	34
LLORENTE Max.—Piomiositis tropical	42
BARRIENTOS M. Marco A.—Algo acerca de la llamada "Reacción Vargas"	47
Fichero Médico	III
Revistas	IV
Asociación Médica Panamericana	XIII

Tiraje: 2.500 ejemplares.

VITSE MOLESTIAS

TREPONIOL

Para el tratamiento de sostenimiento en la Sífilis, en los intervalos de las tandas de inyecciones, y de ataque en las personas refractarias a los medicamentos inyectables.

A base de Mercurio, Arsénico, Yoduro, Zarparrilla, Opio y Belladona.

El Treponiol no es un preparado puramente comercial, sino un verdadero agente terapéutico de propiedades efectivas.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín - Barranquilla

Colombia

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE MEDICINA

BIBLIOTECA

APARTADO POSTAL 205

FICHERO MEDICO

Señor Doctor

Deseosa la Escuela de Medicina de la Universidad de Antioquia de que su Biblioteca preste un servicio efectivo, no sólo a los estudiantes y médicos de la ciudad sino a los del resto de la República, ha resuelto organizar un FICHERO MEDICO que pone a las órdenes de aquellos profesionales que por varios motivos no pueden vivir al orden del día pero que desean hacerlo, en asuntos que miran a la profesión, o consultar algún caso particular de su práctica diaria.

Para alcanzar lo que desea la Biblioteca, basta con que el interesado escriba al Director de ésta en forma clara y concisa. Si se trata de que se le ayude a estudiar un caso especial, puede exponerlo en forma anónima a fin de no faltar al secreto médico; el Director de la Biblioteca consultará al respecto las obras más modernas y de acuerdo con esto dará la respuesta; en caso de duda o de carencia de obras de consulta, expondrá el caso al Profesor de la materia de la Escuela de Medicina y el resultado lo comunicará al interesado oportunamente.

Por otra parte, como la Biblioteca se halla continuamente en comunicación con los libreros de Europa y América, está más al corriente del movimiento literario médico y puede, en un momento dado, suministrar los datos que le soliciten los señores médicos en punto de obras recientes sobre determinados temas, lo que hará con el mayor gusto.

En suma: la Biblioteca médica de la Escuela tiene el más vivo deseo de convertirse en un organismo activo y útil a los médicos titulados que deseen servirse de ella en la forma ya expuesta; y nada sería más placentero a la Dirección de la Escuela a cuyas iniciativas se debe la organización de esta importante rama, que hacer extensivos los servicios a los colegas de la República.

Tenemos fe en que esta iniciativa no ha de ser baldía, pues inspirada como lo está en los más sanos propósitos de estrechar los vínculos profesionales y de propender por el adelanto general, esperamos que ha de ser interpretada recta y benévolamente y que, además, será aprovechada por aquellos a quienes parece interesar más directamente.

Con sentimientos de respeto y consideración me es muy grato suscribirme de usted como su atto. s. s. y colega,

Emilio ROBLEDO

Director de la Biblioteca.

Revistas

SOCIEDAD CATALANA DE UROLOGIA — BARCELONA.

Sesión del 2 de noviembre de 1934.

El Sr. Dr. D. José María Lucena disertó acerca de la *Equinocociosis renal bilateral*, y manifestó que no obstante haberse presentado ya un número grande de casos de esta infección parasitaria, el interés no ha disminuído. En España se han ocupado en este asunto especialmente: Cifuentes, Compañ, Covisa, Gil Vernet, Miraved y Mestre.

Insiste en que la falta de hematuria no puede considerarse como síntoma negativo de la enfermedad.

Reafirma que la observación de las hidátides es señal evidente de las formas abiertas y respecto de las cerradas, confirma el criterio de lo difícil que es establecer un diagnóstico pre-

LIMO - LAX

**Purgante que se toma
como si fuese una deli-
ciosa limonada**

Solución de Citrato de Magnesia en agua carbonatada, de acción purgativa ideal. No estríne. Descongestiona el hígado.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín - Barranquilla

Colombia

v
ciso, especialmente si no existe la enfermedad en la forma endémica.

En seguida expone las reacciones biológicas de utilidad en el diagnóstico de la equinocociosis renal e indica el valor de los exámenes radiológicos.

Termina el estudio con la relación de varios casos, exornados con radiografías, análisis y fotografías.

THE TOHOKU JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDECINE

La Biblioteca de la TOHOKU IMPERIAL UNIVERSITY, de KITAYOBANTYO, en SINDAY, Japón, nos ha remitido con nota muy galante, la entrega correspondiente al mes de enero del presente año de "*The Tohoku Journal of the Experimental Medicine*". Dicha publicación contiene artículos muy interesantes sobre biología, experimentación médica etc., y como el señor encargado de la Biblioteca nos anuncia que seguirá enviándonos la publicación con toda regularidad, invitamos a los señores Mé-

CEFALINA

Contra dolores en general

Preparado a base de Acido Acetil-Salicílico y Cafeína de alta pureza.

Cefalina asegura al médico el empleo de una asociación medicamentosa (muy socorrida por lo útil en la terapéutica diaria) en la cual se ha puesto todo el cuidado humanamente posible para proveer una droga que pueda formularse con absoluta confianza, tanto en su calidad como en su dosificación.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín - Barranquilla

Colombia

dicos especialistas en laboratorio, a consultar este autorizado órgano de las ciencias médicas en el lejano oriente.

ANALES DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL

Tomo LIII—Julio, Septiembre de 1934.—Número 289.—Quito.

Ha llegado recientemente este importante órgano de las actividades universitarias de nuestra vecina y hermana república del Ecuador.

Nos han llamado la atención los artículos siguientes:

Los Orígenes de Cuzco, por el Profesor de Etnografía ecuatoriana, señor J. Jijón y Caamaño. Es la continuación de un estudio sobre aquellos pueblos del altiplano andino que tanto han llamado la atención de los etnólogos por los monumentos que dejaron, tales como los de Tiahuanaco, en las inmediaciones del lago Titicaca.

El señor Jijón y Caamaño no es un desconocido para nosotros. Ya habíamos tenido oportunidad de saber su decisión por los estudios históricos y etnológicos. Después de González Suárez

ANTIPLASMODIO

Fórmula del Dr. Miguel M. Calle, Profesor de Clínica Interna en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Antipalúdico, preventivo y curativo.

Destruye los agentes productores del paludismo. Evita la anemia. Previene los accidentes conocidos con el nombre de Hígado Palúdico. Sirve como preventivo de las fiebres en las regiones invadidas por el zancudo.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín - Barranquilla

Colombia

rez, el precursor, es sin duda a Jijón y Caamaño a quien más deben las investigaciones de esta índole en el Ecuador. Esta opinión está respaldada por trabajadores intelectuales prestantes como José Rumazo González y otros.

El estudio del Profesor de Instrucción Cívica, don Humberto García Ortiz, sobre los indígenas de Imbabura, indica bien claramente cuánto es el conato que se pone en el Ecuador por conocer a los habitantes autóctonos de aquellas regiones.

Mucho agradeceríamos el envío de los números anteriores al que hemos comentado, a fin de tener un conocimiento más completo de los orígenes de un pueblo que tanto nos interesa.

**ANALES DE LA CASA DE SALUD VALDECILLA—INSTITUTO
MEDICO DE POSTGRADUADOS**

Tomo VI—Número 1, 1935.—Santander (España).

Con toda regularidad estamos recibiendo esta importante

FERROL

Poderoso antianémico

El Ferrol es una solución neutra que contiene 5% de hierro absolutamente asimilable, tolerado aun por los organismos más delicados. Cada cucharadita contiene 25 centigramos de hierro puro.

No produce estreñimiento, ni tiene efecto alguno irritante sobre las paredes del estómago.

Con Ferrol se puede activar el tratamiento ferruginoso sin miedo a trastornos digestivos y en pocos días se pueden obtener efectos sorprendentes.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín - Barranquilla

Colombia

publicación española.

El número a que nos referimos contiene lo siguiente: *Estudio del mecanismo de la intradermo proteino terapia en la pe-lada*, Tesis doctoral por Ceferino Aguilera Maruri; *La técnica de la extirpación del cerebelo en el perro*, por L. Gerez y S. Obrador; *Contribución al estudio del comportamiento del lóbulo de la vena ácigos en el curso del neumotórax artificial*, por D. García Alonso y G. Montes Velarde.

REVISTA MEDICA DE MANIZALES

Organo de la Sociedad de Medicina de Manizales.

Esta simpática Revista que dirigen en Manizales los jóvenes médicos doctores Jaime Robledo Uribe y Néstor Villegas, nos ha visitado nuevamente. El número 2, contiene un artículo muy interesante sobre las consecuencias del cultivo del café en Caldas, escrito por el Dr. Juan A. Toro Uribe, verdadero apóstol de la higiene en aquel Departamento. El Dr. Toro, a pesar y des-

PASA A LA PAGINA XI

VITAEMULSION

Alimento-Medicina

Vitaminas, Leticinas, Fósforo y Cal, elementos indispensables para la nutrición tisular.

INDICACIONES:

Estados de desmineralización, Raquitismo, Linfatismo, Convalecencia de las enfermedades de las vías respiratorias.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín-Barranquilla

Colombia



PROFESOR DIONISIO ARANGO FERRER

Lección de Clínica Terapéutica

Tratamiento de la disentería amibiana.

DR. DIONISIO ARANGO FERRER

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

FORMA AGUDA

50 gramos de aceite de castor o 30 grs. de sulfato de magnesia en 3 paquetes de 10 grs., uno cada media hora. Inyección por la vía subcutánea, durante cuatro días seguidos, de 0.06 grs. de emetina; descanso de cuatro días y se aplicará otra serie de cuatro inyecciones de 0.06 grs.

La aplicación de la emetina debe ser vigilada por tratarse de una sustancia tóxica que si no se emplea prudentemente ocasiona sorpresas desagradables. Cuando se inyectan dosis muy altas o cuando el producto está alterado, se presentan graves accidentes de intoxicación consistentes en parálisis de los músculos del cuello, disminución de los reflejos, perturbaciones intestinales con diarrea, hipotensión e insuficiencia cardíaca. Si durante el curso del tratamiento se observa en el paciente desfallecimiento del corazón o si se trata de prevenirlo, en los predispuestos, se inyectan una hora antes de la emetina 5 c. c. de aceite alcanforado y se dan a mañana y tarde XX gotas de la solución normal de adrenalina.

Para curar la disentería amibiana de primera invasión bastan generalmente dos series de emetina aplicadas en la forma descrita, pero como medida de seguridad, es conveniente hacer una tercera aplicación de dos inyecciones de 0.06 grs. para completar 0.60 grs. como dosis total.

DISENTERIA CRONICA

Antes de empezar el tratamiento de esta forma de amibiasis, conviene reactivar la enfermedad con dos inyecciones de cianuro de mercurio de 0.01 a 0.02 grs., aplicadas con dos días de intervalo y administrando colagogos, pues es sabido que la bilis pone en libertad los quistes amibianos.

Por ser muy frecuente la asociación del amibo a diversos parásitos intestinales, que por sí solos pueden ser la causa de síndromos disentéricos, es conveniente iniciar el tratamiento de la amibiasis crónica con un purgante vermífugo.

La emetina, muy eficaz en la forma aguda, no cura la amibiasis crónica y sólo debe emplearse transitoriamente en las manifestaciones agudas de la enfermedad.

El remedio más eficaz es la ipecacuana, administrada por la vía bucal. Se puede emplear bajo la forma de ipecacuana a la brasilera; 6 gramos de polvo o de raíces en 300 grs. de agua, para tomar en 2 días y dar en su orden la maceración, la infusión y el cocimiento, o bien, y es más conveniente, asociar la ipecacuana a un laxante salino para combatir la constipación tan frecuente en la disentería y a una preparación de opio que facilita la tolerancia de la droga y combate los dolores intestinales, como en la siguiente fórmula:

Infusión de polvo fresco de ipecacuana al 2%	500 grs.
Fosfato de sodio	30 grs.
Láudano S.	3 grs.

M. R. "Cucharadas".—Cada hora.

Como tratamiento complementario de la ipecacuana, tanto en la forma aguda como en la crónica, debe emplearse siempre el arsénico por la boca o inyectado. Por la primera vía se prefieren el estovarsol y el paroxil en comprimidos de 0.25 grs., dos o tres, durante diez días de cada quincena, o el carbasone. Para inyectar se emplean el 914 y el solusalvarsán.

Existe una preparación, la Bismetina, que es un yoduro doble de emetina y bismuto, aconsejable, como que da buen resultado cuando fracasa la ipecacuana, a la dosis de dos a cuatro píldoras, alejadas de los alimentos, ojalá por la noche, vigilando su acción depresiva sobre el corazón.

Cuando el estómago del disentérico no tolera la ipecacuana, se apela a la simarruba, así:

Cocimiento de simarruba al 4%	300 grs.
Extracto fl. de ratania	5 grs.
Clorodina	2 grs.

M. R. "Cucharadas".—Cada hora.

Por tratarse de enfermedad muy resistente al tratamiento, como medida de seguridad y de conveniencia para el paciente, el médico debe alternar o combinar los tratamientos descritos con el uso del yatrén 105, producto reconocidamente eficaz, contra la amibiasis, a la dosis de 3 hasta 8 píldoras en 24 horas.

Cuando la enfermedad es antigua se debe reforzar el tratamiento con lavativas de nitrato de plata o de creosota vegetal.

P/. Nitrato de plata

5 grs.

Agua destilada

100 grs.

M. y R. "Solución madre".

Todas las noches, durante seis días, se aplican 5 grs. de la solución en un litro de agua.

R/. Creosota vegetal

10 grs.

Aceite de almendras dulces o glicerina

100 grs.

Láudano S.

3 grs.

Tres cucharadas en media botella de agua, se aplican en lavativa para retener, cada 2 noches, después de una lavativa evacuable, teniendo cuidado de sacudir el *bock* para impedir que la creosota se precipite y produzca efecto cáustico.

La hepatitis disintérica, grave complicación de la amibiasis, se combate de manera eficaz, durante el período inicial o congestivo, antes de que haya formación de pus, con emetina inyectada a la dosis diaria de cuatro centigramos a mañana y tarde máximo por 9 días, vigilando el estado del corazón.

Se da además, un purgante de calomel, de aceite de ricino o de sulfato de magnesia, y se practica revulsión externa con el termocauterio, con cataplasmas de linaza y antiflogistina, compresas calientes y sinapismos de mostaza.

Si el hígado se supura se abre ampliamente y se avena.

Dionisio ARANGO FERRER

Profesor de Clínica Terapéutica.

Antecedentes históricos

acerca del Instituto Profiláctico.

DR. EMILIO ROBLEDO

X Con mucho gusto acogemos el artículo siguiente que nos ha remitido nuestro distinguido colega el Sr. Dr. Juan B. Londoño y le damos publicidad en el número de BOLETIN CLINICO correspondiente al presente mes. En dicho artículo se hace el recuento sencillo y veraz de todas las actividades llevadas al cabo desde fines del siglo pasado por llegar a dar solución práctica al asendereado problema de la prostitución y del tratamiento de las enfermedades venéreas.

X De la lectura del muy interesante estudio del Dr. Londoño se saca en conclusión—y tenemos entendido que así lo dijo paladinamente el Dr. Uribe Escobar en una de las sesiones de la Conferencia antivenérea—que al propio Dr. Londoño como iniciador, a los doctores E. Zuleta y M. Giraldo como proponentes de una Ordenanza y a la Junta nombrada por la Asamblea de 1913 y compuesta por los doctores J. B. Montoya y F., Francisco Arango, Jorge Tobón, G. Toro Villa, Emilio Quevedo, Emilio Jaramillo y Juan B. Londoño, corresponden los primeros arrestos en punto a organización de dichos servicios en este Departamento.

Creemos que es oportuno y justo recordar aquí, que hay otro médico que trabajó durante diecisiete años en unión del Dr. Uribe Escobar, a quien reemplazó en más de una ocasión en la Dirección del Instituto y que mereció los más honrosos calificativos de parte de su jefe, como hemos podido verlo en varios de los informes rendidos por él a la Gobernación. Además, como Diputado a la Asamblea nos consta el tesón que puso siempre ese diligente colaborador del Instituto Profiláctico porque la Asamblea no diera de mano a la benéfica obra. Ese médico es el Dr. Cipriano Mejía, a quien nosotros recordamos con especial interés y cariño ahora que se halla ausente de aquel establecimiento.

Por lo que hace al Departamento de Caldas, debemos agregar que a nosotros correspondió el honor de iniciar en 1910 la lucha científica contra las enfermedades venéreas, después de un informe que rendimos al Concejo de la ciudad de Manizales y cuyas conclusiones fueron aceptadas allá y recibidas aquí con gran beneplácito, por los que se habían preocupado por la policía de las costumbres.

DATOS PARA LA HISTORIA DE LA FUNDACION DEL
DISPENSARIO LLAMADO HOY INSTITUTO
PROFILACTICO

DR. JUAN B. LONDOÑO

Por vez primera nos ocupámos en la creación y establecimiento de un dispensario especial para el tratamiento de las afecciones venéreas en Medellín, cuando publicamos, en 1897, en los Anales de la Academia de Medicina de Medellín el informe dado a la Junta Central de Higiene por el doctor Aureliano Posada acerca de la prostitución (Nº 8 del año VIII de los Anales de la Academia).

En el año 1899 (véase el acta de la sesión del 20 de febrero, Nos. 5º y 6º del año X de los Anales) se estudió el proyecto de reglamentación de la prostitución presentado por los DD. Delgado y Tobón. El artículo 1º de ese proyecto dice así: "Establécese en la Casa de Sanidad de esta ciudad, creada por el Gobierno para el asilo, corrección y curación de las mujeres públicas, UN DISPENSARIO (sic) dirigido y servido por un médico que será el director y dos practicantes que estarán bajo sus órdenes inmediatas.

PARAGRAFO.—El médico encargado de la Casa de Sanidad cuyo reglamento interior debe formularlo su CONSEJO DIRECTIVO, llenará también las funciones de médico del dispensario. El proyecto presentado consta de varios artículos y quedó aprobado con siete. Fue tomado de la obra de Parent Duchatelet y comprendía los principales puntos de la reglamentación de la PROSTITUCION.

Como sobre esta materia se había legislado poco en el Departamento, pues sólo existía el artículo 192 de la Ord. Nº 37 de julio de 1896, sobre policía, y el art. 22 de la Ord. 45 de 1898, cuando tuvimos el honor de representar en la Asamblea, el Sur de Antioquia la grande, círculo electoral Nº 9 o sea Manizales, formulamos los artículos 31, 32, 33 y 34 de la Ord. 19 de 1904, que pueden consultarse en la recopilación de Ordenanzas publicada en 1911, página 217.

Estos artículos constituían la base o fundamento de la reglamentación de la prostitución, porque sin ellos era inútil fundar o establecer un dispensario según lo disponía el plan aprobado por la Academia.

La falta de autorización legal y de partida en el presupuesto y la gran revolución de 1899 hicieron que se malograra el primer dispensario que para ello se estableció bajo la dirección del Dr. Carlos de Greiff, médico del Municipio, pues entonces y hasta 1911 existía solamente un médico oficial departamental que lo era a la vez del manicomio, de la cárcel de varones y de la de mujeres con una asignación de \$ 80 mensuales; el médico practicante de la gendarmería con \$ 20 y el del hospital del departamento con \$ 30.

Durante diez años, de 1904 a 1914, nada, absolutamente nada se hizo de importancia en el ramo de higiene en Antioquia. En ese lapso Antioquia luchó por reparar las pérdidas de oro, el de sus bancos; de vidas, las de sus hijos en la guerra, y de prestigio y preponderancia que le habían hábilmente sustraído de fuera los colombianos durante la guerra y después de ella, el gobierno del quinquenio.

En el año de 1913, la honorable Asamblea departamental, expidió la Ordenanza N° 10 de 31 de marzo, sobre creación de una Junta Central de Higiene, cuyo proyecto original se debe a los HH. DD. Eduardo Zuleta y Antonio Mauro Giraldo a quienes suministramos buenos datos para ella.

Esta Ordenanza echó las bases sobre las cuales se organizó la higiene pública en el Departamento. De ella destacamos los dos artículos fundamentales, que son: "Art. 1° Créase una Junta Central de Higiene compuesta de cuatro médicos graduados, incluyendo entre ellos un bacteriólogo y un químico, nombrados por el señor Gobernador para un período de tres años. Los miembros principales de la Junta serán escogidos de una lista de ocho que dará la Asamblea, quedando los otros cuatro de suplentes. En la primera sesión la Junta Central de Higiene nombrará Presidente y Secretario de su seno".

"Art. 3° La Junta dispondrá de un local apropiado para sus reuniones, y para la cómoda instalación de un laboratorio de bacteriología y otro de química destinado al análisis de las sustancias alimenticias, aguas, drogas, licores etc.". Y a estos, por vía de información, añadiré el 9° que trata del establecimiento de las oficinas de medicina legal y el 10° que trata del establecimiento de un DISPENSARIO para meretrices.

Recayó el nombramiento de la Asamblea en los Dres. J. B. Montoya y Flórez, Francisco A. Arango, Jorge Tobón, G. Toro Villa, Emilio Jaramillo, Emilio Quevedo y Juan B. Londoño. Los dos primeros fueron los presidentes y el último el secretario.

El primer paso que dio la Junta fue el de la creación del cuerpo de sanidad de la ciudad capital, resolución que fue aprobada por el Concejo por medio del Acuerdo N 68 de 20 de mayo de 1914; el cual fue modificado poco después para que quedara en conformidad con las leyes 53 y 84 del Congreso de aquel año y constituyó el Acuerdo N° 1° de 1915. Este fue reglamentado por las resoluciones Nos. 1°, 2° y 13° de la Dirección Departamental de Higiene, que fue la entidad que reemplazó a la Junta y que estuvo a cargo nuestro en aquel tiempo.

Todo lo que existe en el ramo de higiene pública y social lo iniciaron y llevaron a cabo en el transcurso de dos años, 1914 y 1915, la Junta de Higiene, primero, y la Dirección del ramo después. Consta todo ello en el informe del director, correspondiente al año 1916, publicado por él en la imprenta oficial y dirigido a la Junta Central de Higiene: Lo último que hicimos en aquel puesto fue la creación del Dispensario anti-venéreo como oficina independiente, pues ya funcionaba en la llamada oficina de accidente y dispensario externo, a cargo del Dr. Luciano Restrepo I., que era el jefe, y los practicantes Abundio Posada y Julio Uribe.

El Dispensario anti-venéreo fue creado después de una tenaz resistencia del concejal D. Antonio Melguizo, en cuyo poder estuvo el proyecto de Acuerdo durante tres semanas, por el Acuerdo N 130 del 18 de noviembre de 1916. Lo dirigieron el Jefe de la Comisión sanitaria Dr. Jesús M. Duque y el Dr. Gustavo Uribe Escobar en su calidad de Jefe del Gabinete bacteriológico del Dispensario.

El H. Concejal Melguizo, elegido Diputado a la Asamblea por el círculo de Medellín, aprovechó la oportunidad que se le presentaba para quitarle esta carga al Municipio y echársela al Departamento y esa es la razón de ser de la Ordenanza N° 24 de 20 de abril de 1917, por la cual se declaran de carácter departamental varios servicios y se concede un auxilio. El artículo 1° de dicha Ordenanza hace de cargo del Departamento los gastos de personal y material del dispensario de salubridad establecido en la ciudad para el TRATAMIENTO (subrayamos) de las enfermedades venéreas y sifilíticas y la hospitalización de las personas pobres atacadas de dichas enfermedades".

Las funciones de los empleados, jefes de los laboratorios, será las que tienen señaladas en la Resolución de fecha 8 de enero de 1917, emanada de la Dirección Departamental de Higiene y las demás que esta misma Dirección le señale en lo sucesivo, de acuerdo con el Gobernador".

En cumplimiento de lo que disponen los artículos 107 y 108 del Código de Policía, el Gobernador del Departamento expidió el decreto N° 174 de 22 de septiembre de 1920, por el cual se reglamenta el servicio del dispensario de salubridad del Departamento. En tal decreto se le reconoce su verdadero carácter de dispensario para gente pobre, pero al mismo tiempo se le destina **ESPECIALMENTE** (sic) para el examen y tratamiento de las mujeres públicas que figuran en el registro de la oficina de investigación criminal, y que resulten enfermas de sífilis o blenorragia.

Olvidó el señor Secretario de Gobierno, autor de ese decreto, que existía en primer lugar una entidad, la Dirección de Higiene, a la cual correspondía expedir dicho reglamento y también lo que al respecto dispone el artículo 112 de la Ordenanza 37 de 1896, que dice así:

“Los Concejos municipales reglamentarán por medio de Acuerdos la manera de atender a la curación de las mujeres públicas atacadas de enfermedades venéreas. Esta facultad comprende la de conseguir edificios apropiados para proporcionarles los cuidados y asistencia que sean necesarios hasta que por peritos competentes se declare que la enfermedad ha desaparecido.

Los jefes de policía procederán a hacer examinar a todas las mujeres en quienes se sospeche que padecen dichas enfermedades, y una vez comprobado el hecho, las remitirán al Establecimiento respectivo por el tiempo necesario”.

Esta disposición se extiende para todas las poblaciones del Departamento, pero obliga de modo especial a Medellín, donde el mal hace estragos mayores y donde la experiencia ha enseñado que no basta el Instituto profiláctico aun duplicando el personal de empleados que hoy tiene.

Para terminar estos datos publicamos en ellos el informe que enviámos al Concejo, en octubre de 1916, cuando aquel honorable cuerpo se ocupaba en el estudio del proyecto de Acuerdo sobre la reorganización del dispensario de salubridad. Este informe no fue publicado tal vez por su extensión. De él hay, o debe haber, sendos ejemplares en los archivos del Concejo y las Direcciones Nacional y Departamental de Higiene:

Dirección Departamental de Higiene.

Honorables Miembros del Concejo Municipal.—Ptes.

El Sr. Presidente de ese H. Cuerpo en cumplimiento de lo dispuesto en el Art. 10° del proyecto de Acuerdo que expedísteis

con fecha 21 del mes. pdo. por el cual se reglamenta la curación de las personas atacadas de enfermedades sifilíticas y se vota un crédito adicional en el Presupuesto de Gastos vigente, me ha enviado este proyecto, con la nota N° 781, para los efectos del Art. 106 de la Ordenanza 50 de 1914 (Código de Policía) esto es, para su reglamentación.

Mas, como el mencionado artículo del citado proyecto de Acuerdo, habla de la aprobación que debe darle el Director Departamental de Higiene, el señor Presidente, gastando en ello una deferencia que debo agradecerle, quiso que yo lo estudiara antes de ser Acuerdo del Concejo, es decir, antes de ser sancionado por el señor Alcalde de la ciudad. Esta circunstancia me permite hacerle algunas observaciones que tal vez no carezcan de importancia y lleven alguna luz al debate, si al leerlas, estimáis preciso reconsiderarlo, como lo deseo y respetuosamente os lo pido.

El título y los considerandos del Acuerdo son perfectamente aceptables pues que en ellos no se hace mención de otra cosa que de la creación del Dispensario para el tratamiento y curación de las enfermedades sifilíticas (mejor fuera venéreas) en el período contagioso; importante establecimiento público que yo vivamente he deseado ver funcionando en Medellín desde hace muchos años y que ahora con mayor interés apoyaré como empleado que soy del ramo en este Departamento.

Pero es el caso, HH. CC. que el proyecto no se limita a esto solo, sino que involucra en él el escabroso e irrealizable asunto de la reglamentación de la prostitución; y en tal materia he llegado al convencimiento de que lo que se propone hacer el Concejo es, amén de inaceptable, de imposible realización; y como quiera que es a mí a quien corresponde expedir el reglamento sobre las bases que vosotros me deis, mi conciencia me obliga a hablaros claro y a aduciros razones en contra del proyecto ahora, para no verme después en el grave predicamento de desobedecer o burlar el Acuerdo, práctica que siempre he detestado.

Entiendo por "mujeres públicas" a aquellas que hacen ganancia de su cuerpo, entregadas vilmente al vicio de la lascivia por interés y que son públicamente conocidas con tal nombre o el de meretrices. Hay otra clase de mujeres que no hacen este sucio comercio de una manera pública y escandalosa, pero que desde el punto de vista de la moral y la higiene públicas no son menos perniciosas que las meretrices. A las PUBLICAS se registran sus nombres en las oficinas de Policía, a las otras nó, y se las denomina prostitutas CLANDESTINAS.

El artículo del proyecto que estudio hace mención únicamente de las mujeres públicas o meretrices inscritas a quienes el Jefe de la Policía hará examinar etc.

La primera cuestión que se presenta en el caso es ésta; hay alguna disposición legal que permita hacer esto? Se contesta que se pueden castigar por el delito de vagancia (ordinal 8° del Art. 37 de la citada Ordenanza) y una vez en la cárcel se someterán a examen. Sea lo primero, pero esto no da derecho para hacer lo segundo. En esto están de acuerdo grandes autoridades médicas y forenses. Citaré algunas: El Dr. Julián Juderías, en el excelente prólogo al libro del R. P. Pavissick titulado "Un cáncer de la civilización", estudiando este tópico dice: "La reglamentación del vicio, el hecho por el cual se lleva la autoridad tutelar del Estado hasta el inconcebible extremo de intervenir en las pasiones y en los apetitos menos loables del individuo, no para reprimirlos, sino más bien para encauzarlos y para dar a la satisfacción de los mismos una garantía parecida a las marcas de fábrica con que se responde oficialmente de la autenticidad y legitimidad de los productos industriales, es un absurdo desde el punto de vista sanitario y un hecho intolerable desde el punto de vista legal. En efecto, la costumbre que se tiene de considerar la prostitución como un mal necesario conduce forzosamente a los abusos más grandes. El primero y principal de todos ellos es el de someter de una manera sistemática a todos los vejámenes una clase de mujeres las cuales quedan separadas, excluidas de la esfera del derecho. La prostitución por muy censurable que sea desde el punto de vista moral, no puede ni debe considerarse como un delito. Ya hemos visto las causas a que suele obedecer. Será delito fomentar la prostitución o favorecerla; lo será que un padre o una madre o un tutor induzcan a sus hijos o pupilos a dedicarse a ella; lo será y lo es igualmente derivar de la prostitución mediante el proxenetismo los medios de vida; pero el mero hecho de ejercerla libremente, voluntariamente, no tiene ni puede tener sanción en la esfera del derecho, aunque sí la tiene, y por extremo severa, en la esfera moral".

Este asunto se discutió con todo detalle en la Comisión extraparlamentaria nombrada en Francia para el estudio del problema llamado de la HIGIENE y el fiscal del Tribunal Supremo de París no vaciló en decir que la prostitución de la mujer no es un delito y que todo acto de la vida sexual es el ejercicio de un derecho que todos tienen a usar de su persona.... Aun suponiendo que esta apreciación sea demasiado amplia y que a la mu-

jer haya de protegerla contra su propia debilidad, siempre resultará, como dice muy bien el Dr. Fiaux, que la pareja prostitucional se compone de individuos de ambos sexos y que la policía no detiene más que a la mujer. Si al menos el sistema reglamentario resultase práctico, si evitase los males que tiene el deber de evitar, podría defenderse y tendría si no un fundamento legal, una razón sanitaria pero no ocurre así. La inscripción de las mujeres, su persecución, su registro, no evitan ni siquiera disminuyen las probabilidades del contagio cuya supresión es el fin último del sistema.

“No vacilo en declarar públicamente, decía el profesor Gauthier, que la reglamentación es inicua, ilegal y no sólo ineficaz sino perjudicial”.

“No niego, decía el profesor Landouzy, decano de la Facultad de Medicina de París, el peligro venéreo, como tampoco niego el peligro alcoholismo; es más, el primero me parece más temible que el segundo; pero lo que debe apreciarse es la eficacia de la reglamentación. A mí me parece todo sistema que detiene únicamente a la mujer, y que la castiga con tanta mayor dureza cuanto más enferma está, es un sistema que carece de base, y por eso digo que la policía de higiene es vejatoria e ilegal, inmoral e ineficaz. Aun suponiendo que la prostitución es una profesión insalubre que se hace con el hombre que acude a ella cuando su estado sanitario es insalubre. Este sistema, dice el profesor Fiaux, recuerda las antiguas prácticas policíacas y carceleras: las famosas “LETTRES DE CACHET”.

En un discurso pronunciado en Bragiñan por M. Clemenceau, Presidente a la sazón del Consejo de Ministros francés, decía al hablar del sistema reglamentario: “El Ministro del Interior está encargado de velar por la implacable, la inmoral reglamentación de un estado de cosas que no puede decirse. La mujer expía los vicios del hombre. Si pudiésemos ver desfilar ante eso que se llama Tribunal administrativo la terrible procesión de desgraciadas criaturas de quince a sesenta años de edad que resumen en sí mismas todo el exceso de la degradación humana, quizá pensaréis que no basta para la moral pública tenerlas encerradas por no haber observado reglamentos que no hay derecho a dictar y que no es dado a nadie fomentar el envilecimiento ajeno.

Estoy teóricamente encargado de velar por la salud pública amenazada por tan terrible legión. Debo decir que en mi Departamento se cumple este deber con absoluta ineficacia aun ha-

ciendo uso de prácticas policíacas contrarias a las leyes, y a los principios mismos de todo gobierno humano.

La reglamentación del mal, la reglamentación del vicio, decía en el senado español el Sr. López Muñoz, la encuentro la más contraria, la más ofensiva a la dignidad social. La reglamentación del mal es obra de locura: la reglamentación de lo ilegal es moralmente imposible, porque todo reglamento debe ser el desarrollo de una ley que como ley no puede menos de constituir la expresión del derecho, que es un bien... Puede hacerse todo, todo, menos reglamentar el vicio, porque eso equivale a incorporarlo a la vida social, dándole carta de naturaleza.

Viniendo ahora a nuestro proyecto: Con qué se cuenta para darle cumplimiento al art. 1º? Con dos o tres agentes de policía municipal, pues la del Departamento sistemáticamente está reñida con la higiene urbana y no dizque alcanza para lo que debe hacer; dos salitas en el Hospital con 12 a 16 lechos nominalmente señalados para hospitalizar sifilíticos; y amén de todo esto, resistencias activas y pasivas por doquier; y como mínimo de enfermos contagiosos de dos y medio a tres centenares por mes.

En tales condiciones qué valor puede dársele al certificado o patente de sanidad que deben dar los médicos a las prostitutas que se tratan y curan? Prácticamente ninguno. Esto de los certificados en Europa mismo ya está desechado por inútil, y por peligroso. Equivale ni más ni menos a aquel dicho vulgar: "éntre que el perro no muerde"; en reemplazo de este otro: "no éntre que el perro está suelto".

Dice Ch. Audry, en su excelente tratado de las enfermedades venéreas, sobre este asunto, lo siguiente: "Mientras la reglamentación y vigilancia sean ejecutadas como lo son actualmente en Francia, los certificados serán radicalmente inútiles, pues no dan seguridad ni a los clientes de los burdeles". Si esto sucede allá, fácilmente se puede prever lo que pasará acá. Además, estos certificados deben renovarse, periódicamente, frecuentemente y se necesitaría para ello un personal de médicos muy competente, muy activo y de muy delicada conciencia, condiciones todas bien difíciles de llenar.

Termino manifestándos que este punto, la reglamentación de la prostitución, ha sido el obstáculo para que Medellín posea desde hace muchos años, a lo menos diez, un Dispensario venéreo; y si hoy insistís en hacerla, impedirá la creación del Dispensario, lo que es muy de sentirse pues éste sí es punto en que nos hallamos todos de acuerdo.

La sífilis y demás enfermedades venéreas son hoy perfectamente curables, sus víctimas son en gran número personas inocentes y en todo caso desgraciadas; la profilaxis social de este terrible azote, compañero inseparable del alcoholismo y de la tuberculosis o tisis, es un deber que tiene el Municipio, que tiene el Departamento, y que tienen cuantas personas conozcan los estragos que causan aquellos males unidos, especialmente los sacerdotes y los médicos.

Por dónde debe empezar la profilaxis de la sífilis? Por la profilaxis de la prostitución: evitando que se engrosen más las filas de esos seres envilecidos y desgraciados que para poder vivir tienen necesidad de apelar a tan degradante comercio.

Consecuencia de infernal color y sabor pero lógica y de la reglamentación ha sido la nueva y atroz forma de esclavitud, monstruo de iniquidad, "cáncer de la civilización" llamada TRATA DE BLANCAS. De tal palo tal astilla. Esto por sí solo bastaría para detener a cualquier hombre de bien en la senda que el H. C. ha querido tomar.

El asunto es de higiene pública, debe, por consiguiente, el Dispensario hacer parte integrante de la comisión sanitaria y el jefe de ésta ser el director de aquél.

El personal que propone es suficiente para comenzar la obra.

Buen local, con todo lo necesario para trabajar; unos buenos empleados, activos, diligentes y de indiscutible moralidad pública y privada y el éxito coronará la obra que en la curación y profilaxia de las enfermedades venéreas puede hacer el Concejo.

La profilaxis de la prostitución le corresponde a la generosa mujer antioqueña, de la aristocracia de la virtud, a quien toca salvar a las futuras víctimas de la peor desgracia que puede sufrir la humanidad.

Honorables Concejales.

Juan B. LONDOÑO

En el mes de octubre al Concejo de Medellín, 1916.

ACUERDO N° 130 DE 1916

(18 de noviembre)

por el cual se reorganiza el Dispensario de Salubridad para el tratamiento de las personas atacadas de enfermedades sifilíticas y venéreas, y se vota un crédito en el Presupuesto de Gastos.

El Concejo Municipal de Medellín, en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

1° Que el servicio prestado por el Dispensario de Salubridad, como anexo a la Oficina de Accidentes es deficiente, y es premiosa la necesidad de mejorarlo y ensancharlo para atender mejor a los atacados de enfermedades sifilíticas y venéreas que hubiere en este Municipio; y

2° Que con el mismo objeto ha ofrecido el Sr. Gobernador dos salas en el Hospital de Caridad y un local para Dispensario; y la parte correspondiente de los específicos pedidos al Exterior en cumplimiento de la Ordennaza N° 17 de 12 de abril expedida por la H. Asamblea Departamental en el presente año, así como los servicios de los Agentes de Policía Departamental que sean necesarios,

ACUERDA:

Art. 1° Organízase independientemente el Dispensario de Salubridad, en el local que da el señor Gobernador, con su mueblaje, utensilios y medicamentos indispensables para su regular funcionamiento.

Art. 2° El Dispensario estará bajo la vigilancia y dependencia del Director de la Comisión Sanitaria y a cargo del Jefe del Laboratorio de Bacteriología y tendrá además un Practicante de Medicina y dos o más Agentes de Policía Departamental a órdenes de los Jefes de Policía y Sanidad. Tales empleados tendrán las atribuciones y deberes que el Director Departamental de Higiene les señala en el Reglamento especial que él ha de darle a este Establecimiento.

PARAGRAFO. En caso de que el Dispensario no pueda funcionar satisfactoriamente con este personal, el Concejo, obrando de acuerdo con el Director de Higiene Departamental y con el Director de la Comisión Sanitaria, y a petición de ellos, nombrará los demás empleados que se necesiten.

Art. 3° El sueldo mensual del Director de la Comisión Sanitaria y el del Jefe del Laboratorio de Bacteriología serán de cien pesos oro para cada uno, a contar de la fecha en que quede instalado el Dispensario. El Practicante de Medicina será nombrado por el Concejo y tendrá una asignación de veinticinco pesos oro mensuales.

Art. 4° En la Cárcel de Mujeres y en la Escuela Tutelar del Departamento el examen de las mujeres detenidas o condenadas, afectadas de enfermedades sifilíticas en estado de contagio, se hará por los Médicos de los respectivos Establecimientos, quie-

nes podrán solicitar de la Secretaría de Gobierno, llegado el caso, la orden de traslación de los enfermos a la Sala AD HOC del Hospital de San Juan de Dios.

Art. 5º Los enfermos sifilíticos pobres que necesiten hospitalización serán enviados al Hospital de San Juan de Dios, según el art. 107 del Código de Policía.

Art. 6º Para el pago de material del Dispensario se votará en el próximo Presupuesto de Gastos un crédito por la suma de \$ 2.000 oro, imputables al departamento de Beneficencia. El señor Médico de Sanidad, pasará relación al Concejo de los medicamentos precisos para que empiece a funcionar el Dispensario.

Art. 7º. Sométase este Acuerdo a la aprobación del señor Director de Higiene Departamental para los efectos del artículo 106 de la Ordenanza 50 de 1914 y pídase a dicho empleado que se digne expedir el Reglamento de que habla el Art. 109 de la citada Ordenanza.

Art. 8º Este Acuerdo comenzará a regir desde el día 1º de enero próximo en adelante.

El Presidente,

Mariano Ospina Pérez ✓

El Secretario,

Enrique UPEGUI U.

Alcaldía Municipal.—Medellín, 18 de noviembre de 1916.
Publíquese y ejecútese.

Agapito BETANCUR.

Miguel Upegui M., Srío.

En los mismos se publicó por bando el anterior Acuerdo en lugar concurrido.

Miguel Upegui M., Srío.

República de Colombia.—Departamento de Antioquia.—Dirección Departamental de Higiene.—Medellín, 20 de noviembre de 1916.

Aprobado.

El Director de Higiene,

Juan B. LONDOÑO.

Este Acuerdo lo tomamos de la CRONICA MUNICIPAL Nos. 143 y 144 correspondiente al 30 de noviembre de 1916.
El reglamento expedido por el director departamental de higiene en la citada fecha y confirmado el mismo año, duró has-

ta septiembre de 1920 en que rigió el decreto de la gobernación antes citado.

Si fuere posible se agregará a este escrito con el objeto de facilitar a los directores de higiene el establecimiento de los dispensarios de salubridad, hoy por hoy, lo más práctico y lo más realizable aun en poblaciones de pocos recursos.

Medellín, mayo de 1935.

Herencia y contagio de la tuberculosis

DR. RAFAEL MEJIA URIBE

Señores académicos:

Me parece de mucha importancia haceros una exposición de los trabajos y experiencias del sabio investigador Augusto Lumière, porque ellos tienden a modificar profundamente el concepto clásico que sobre la contagiosidad de la tuberculosis se viene sosteniendo desde las experiencias de Villemain; además porque en estos días se ha despertado entre nosotros el problema de la tuberculosis, socialmente entendido, y es necesario conocer las diferentes opiniones de los grandes tisiólogos a fin de establecer una lucha científicamente dirigida.

El Dr. Lumière hace 40 años que viene estudiando en todas sus faces y por todos los sistemas de experimentación: inoculaciones a animales de laboratorio, froteis de esputos, cultivos, rayos X, estudio clínico de los enfermos y anatomo-patológico en hombres y animales; y de investigaciones modernas: cálculo de las probabilidades, estados demográficos, documentación metódica, estadísticas en la ciudad de Lyon durante 25 años, referentes a casas habitadas por tuberculosos, a calles estrechas y anchas, a condiciones de vida de sus habitantes y como resumen de todo este inmenso trabajo ha publicado dos volúmenes sobre tuberculosis y 21 memorias que, unas ha presentado ante diferentes academias y corporaciones científicas y otras ha publicado en diferentes revistas y periódicos médicos.

Uno de sus últimos artículos que sintetizan sus ideas al respecto fue publicado por el "Faro Médico" correspondiente a diciembre de 1933 y enero de 1934, pág. 9, titulado "La herencia en la tuberculosis", que me voy a permitir leeros, agregándole algunas opiniones de los más eminentes tisiólogos, como Leon Bernard, Sergent, Roberto Debré, actual profesor de la Facultad de Medicina de París, Couvelaire, del Hospital Baudelocque, Calmette, y H. Barbier del Hospital Hérold etc., que corroboran

muchas de sus opiniones y dan valor a sus aseveraciones y experiencias.

Antes de empezar, oigamos una frase del más ilustre de los fisiólogos y experimentadores, Claudio Bernard: "Cuando el hecho que se encuentra está en oposición con las teorías reinantes, es menester aceptar el hecho y abandonar la teoría, aunque ésta, sostenida por grandes nombres, sea generalmente adoptada". Esto es lo que ha hecho el sabio Lumière en 40 años de experimentación en medio de la calma de su laboratorio de fisiología experimental, en compañía de su colaboradores.

LAS DOS ENFERMEDADES TUBERCULOSAS. — En 1865, cuando Villemain hubo publicado su célebre experiencia demostrando la inoculabilidad de la tuberculosis al cobayo, y cuando Koch en 1882 hubo descubierto el germen ácido-resistente encontrado en las lesiones bacilares, los médicos pensaron con unanimidad que la etiología y la patogenia de la más terrible enfermedad que amenaza a la humanidad, iban a ser resueltas.

Generalizando de una manera abusiva las conclusiones de estas magníficas experiencias de laboratorio, el cuerpo médico hizo de una vez, tabla rasa de las preciosas adquisiciones recogidas por los notables clínicos del siglo anterior.

La tuberculosis aparecía de repente como una enfermedad contagiosa, y el único remedio era hacer la guerra al microbio, para vencer la infección, como se había vencido el cólera, la peste y la fiebre tifoidea.

Sin embargo, los patólogos, aceptando sin reservas los trabajos notables que acabamos de recordar, no quisieron notar que la enfermedad inoculada al animal no tenía relación, en sus síntomas, su evolución y su pronóstico, con la tuberculosis humana del adulto. Durante 50 años, después de inoculaciones por centenas de miles, practicadas en todos los laboratorios del mundo, ninguno había descubierto que la enfermedad provocada por el bacilo, cualesquiera que sean las condiciones de su introducción en el organismo, cualesquiera que sean las vías de inoculación, las dosis, las especies animales, su edad o su sexo, era, invariablemente una enfermedad ganglionar y visceral, de un tipo particular, siempre idéntica, *evolucionando* sin ninguna excepción, de una manera progresiva y fatal, enteramente diferente de la tuberculosis humana del adulto, cuyos aspectos son infinitamente variados, la cual es una afección retardada, que ataca a todos los tejidos, que evoluciona por brotes, con remisiones, regresio-

nes y curaciones muy frecuentes, aquellas que son aún la regla en las formas quirúrgicas de la afección.

Jamás, de ningún modo, el bacilo de Koch, inoculado al animal después de su nacimiento, ha permitido reproducir la enfermedad humana común. Entonces afecta la tuberculosis formas tan esencialmente diferentes cuando pasa de la universalidad de los animales al hombre? No es muy extraño: y cuál es la razón?

Tal es el hecho capital de que nadie antes, ni nosotros, había notado la importancia y cuya explicación nos está dada por las consideraciones siguientes: 1) Es posible, fácil aún, inocular al animal la infección tuberculosa polimorfa con los aspectos que presenta cuando acomete al hombre adulto, y basta para eso inocular el germen al animal antes de su nacimiento. La inyección después del nacimiento, del virus filtrante, permite igualmente reproducir en el cobayo las afecciones escrofuloides que el bacilo ácido-resistente no puede determinar nunca.

El cuadro de esta tuberculosis experimental del cobayo no se pudo ensanchar de un modo manifiesto hasta que fueron llevadas a cabo investigaciones de muy distinta índole. Fueron, en efecto, los trabajos sobre la filtración del bacilo tuberculoso, los que hicieron posible la plena demostración de las formas atípicas, y su consiguiente importancia, de la infección tuberculosa del cobayo.

El Dr. A. Calmette expuso, en la Academia de Medicina en su sesión del 18 de marzo de 1930, el conjunto de las investigaciones que él seguía desde hacía 7 años, principalmente con J. Valtis y con sus colaboradores Boquet, Négre, Lacomme Saenz, sobre los elementos filtrables del virus tuberculoso, descubierto por Fontes en Río de Janeiro en 1910 y de los cuales la existencia había quedado puesta en duda o ignorada hasta las publicaciones de Vaudremer en 1923.

Los resultados de estos trabajos tienen una importancia considerable, puesto que ellos obligan a modificar radicalmente nuestras concepciones sobre la patogenia de la tuberculosis. Ellos demuestran que el bacilo descubierto en 1882 por Roberto Koch, representa solamente uno de los estados de evolución y una forma de resistencia del virus tuberculosis. El es responsable de las enfermedades habitualmente crónicas que constituyen las diferentes formas conocidas de la tuberculosis.

Pero antes de llegar a ser el bacilo que se encuentra en todas estas enfermedades, el virus tuberculoso presenta otros estados de evolución. Es primero invisible, filtrable a través de bu-

jías de porcelana porosa o a través de la placenta de hembras en gestación y en este estado de ultra virus determina accidentes frecuentemente mortales en los recién nacidos de mujeres tuberculosas, o bien enfermedades agudas de las cuales el origen bacilar era supuesto pero no demostrado (derrames serosos, diversas afecciones de la piel, diversas septicemias). Este ultra virus puede cultivarse en los órganos o en los medios artificiales. Da entonces nacimiento a formas granúlicas, después a bacilos normales.

Los autores antes mencionados demostraron que era posible obtener lesiones de hiperplasia ganglionar por inoculación al cobayo, de los ganglios mesentéricos, en apariencia sanos, de los fetos nacidos muertos, o de los fetos obtenidos por una cesárea (nacidos muertos) o procedentes de madre tuberculosa. Así quedó demostrada la posibilidad de la transmisión placentaria, del virus tuberculoso de la madre al hijo.

Calmette propone agrupar desde entonces las enfermedades agudas debidas al ultra virus bajo la denominación de granulemia prebacilar, y las enfermedades crónicas debidas al bacilo de Koch propiamente dicho, bajo el nombre de bacilosis. Entre la granulemia prebacilar y la bacilosis o tuberculosis verdadera, existe una forma de transición que es la tuberculosis granúlica, donde se encuentran muchos ultra virus y algunos raros elementos bacilares.

Esta es toda una revolución en la historia de la tuberculosis y ella está fundada sobre hechos experimentales que un gran número de trabajos franceses y extranjeros han confirmado recientemente.

2) La forma experimental de la enfermedad se encuentra también en el hombre y ella es obra del bacilo ácido-resistente; pero para que este bacilo se implante y ejerza sus estragos, es necesario que el organismo humano no haya adquirido las defensas que se establecen en él, en la inmensa mayoría de los casos.

Hay dos especies de defensas: se encuentra al nivel del intestino una capa de tejido linfoide que constituye una barrera, la cual se opone a la penetración de los microbios en el medio interior. Pero esta barrera no existe en el recién nacido; se forma durante las primeras semanas de la vida. Por otra parte, desde su nacimiento el niño se halla en un medio donde abundan, en general, los gérmenes tuberculosos, lo más a menudo al estado no virulento; el bacilo pierde muy pronto su vitalidad, y el niño se impregna poco a poco de proteínas bacilares y adquiere en es-

te caso una inmunidad muy fuerte, de orden anafiláctico; la positividad de la cuti-reacción es uno de los testigos. En algunos niños nacidos de una madre tuberculosa e impregnados de virus filtrante puede éste ser destruido posteriormente por el organismo, o no evolucionar hacia la forma ácido-resistente y patógena del germen, y en este caso podrán ellos resistir mejor a la contaminación post-natal que los niños nacidos de madres indemnes. Ellos tienen ya un cierto grado de alergia que no se encuentra en terreno virgen. Calmette y Weill-Hallé en sus estadísticas encuentran que la cuti-reacción se hace positiva después de la vacunación con el B. C. G. antes del final del segundo año en el 25% de los niños que viven en medio indemne, mientras que en iguales condiciones aparece a partir de la edad de 9 meses, en los niños que viven en medios contaminados, lo cual indica una alergia fuerte e independiente de la vacunación misma, para estos últimos.

A. Couvelaire ha observado que la mortalidad de los recién nacidos hijos de madres tuberculosas no es superior a 20%, en tanto que, en realidad, el número de niños engendrados por estas madres tuberculosas es casi de 80%. De modo que el 60% aproximadamente de los recién nacidos, portadores de ultravirus tuberculoso sobreviven a la herencia directa. Incluso parece que han adquirido una inmunidad parcial.

El recién nacido, desprovisto a la vez de ambos medios de protección, podrá contaminarse por el bacilo de Koch y en este caso adquirirá una enfermedad ganglionar, visceral, invadiéndole progresiva y fatalmente, recordando la enfermedad experimental. El más eminente de los representantes de la tisiología oficial, el profesor Leon Bernard, en comisión consultiva de la tuberculosis instituída por el Gobernador General de Argelia, dice textualmente en el año 1933: "En todas las aglomeraciones humanas, más o menos concentradas, y también entre los indígenas como entre los europeos, el contagio se ejerce sobre todo en el niño, y muy poco entre adultos. Importa por otra parte en la hora en que la organización anti-tuberculosa va a ser empujada con más energía, que esta noción se propague en el público, a fin de no dejar implantar en éste, el sentimiento erróneo y peligroso de la tuberculofobia".

Pero si la barrera linfoide se organiza infaliblemente en todos los niños, el caso es diferente en lo que concierne a la resistencia de orden humoral, resultado de la impregnación por las proteínas bacilares. Ciertos sujetos pueden ser criados en me-

dios completamente desprovistos de tísicos; son los que pertenecen a poblaciones de negros, por ejemplo, o bien individuos que viven en ciertos pueblecillos indemnes de la infección o que jamás se han encontrado con escupidores de bacilos.

Estos sujetos, vírgenes de toda impregnación inmunizante, pueden también contaminarse por el bacilo de Koch, pues hacen como las criaturas infectadas, una bacilosis de marcha progresiva y fatal, en primer lugar ganglionar; luégo, generalizándose a todos los órganos, como la enfermedad inoculada en los laboratorios.

En resumen, los animales y el hombre se comportan de la misma manera, y las diferencias que hemos notado entre la de comportarse de los animales y del hombre, provienen del hecho que existen dos enfermedades tuberculosas: una provocada por el bacilo de Koch, ácido-resistente, enfermedad de inoculación, de contaminación, invariable en sus manifestaciones, y su evolución siempre fatal, y la otra provocada por el virus filtrante y las formas desintegradas del bacilo, enfermedad esencialmente polimorfa y curable; es la enfermedad tuberculosa común al adulto, la que nunca es una enfermedad de contaminación, que representa el 95% de los casos de bacilosis humana y que es siempre una enfermedad hereditaria en el hombre. Es la heredo-tuberculosis. E. Sergent, en un artículo titulado "Los nuevos horizontes de la tisiología" publicado en "La Prensa Médica" el 18 de julio de 1928 suscita la hipótesis de la existencia posible de tuberculosis diferentes de las que se acostumbra describir y que son debidas a la acción de las formas normales del bacilo de Koch: "Es racional pensar que formas bacilares distintas pueden engendrar tipos anatomoclínicos diferentes, tanto en el adulto como en el recién nacido hijo de una madre tuberculosa. Si es así, podría ser incluido un factor bacteriológico en el determinismo anatomoclínico de la tuberculosis. Parece que las adquisiciones nuevas, a propósito del virus tuberculoso filtrante, nos inducen a considerar, junto al factor terreno, un factor nuevo, de orden bacteriológico: la raza bacilar.

Otros argumentos a favor de la herencia.—No vamos a reproducir aquí en detalle los argumentos que hemos desarrollado en nuestro libro sobre la tuberculosis, sólo recordaremos muy sucintamente los principales entre ellos.

1) El primero de estos argumentos extraído de las observaciones que acabamos de presentar relativamente a la imposibilidad de conferir la enfermedad de tipo humano común por inocu-

lación del bacilo; sólo la impregnación fetal permite conseguir este fin y reproducir experimentalmente la afección retardada, polimorfa, regresible y curable. Los sujetos que son afectados de esa enfermedad, es decir, de la tuberculosis tal como la comprobamos habitualmente en el adulto, son sujetos impregnados antes del nacimiento.

2) Un segundo hecho que tiende a probar la herencia, resulta de la frecuencia de la tuberculosis en los descendientes de bacilares. Muy numerosos son los casos en que, a pesar de todas las precauciones tomadas, los niños nacidos de padre infectados caen enfermos, después de este curioso período de incubación de quince años poco más o menos, necesario a la transformación, en microbios patógenos, de los elementos desintegrados del bacilo que les han infectado ab ovo. A. Philibert en un artículo publicado en "El Mundo Médico" correspondiente al mes de noviembre dice que la incubación de la tuberculosis puede durar a veces muchos años.

Conocemos médicos y profesores prevenidos, cuyas familias fueron destruídas completamente por la tuberculosis, sin que ninguna de las medidas contra el contagio, aun las más rigurosas, hubiesen podido nunca preservar a sus familias. Nosotros encontramos efectivamente un gran número de tuberculosos en los cuales la afección aparece tardíamente y que son nacidos de bacilares que no han sido jamás escupidores de bacilos de Koch, y que no han regado nunca gérmenes al rededor de ellos mismos. Es frecuente encontrar tuberculosos en los cuales los padres han sido atacados de mal de Pott, de coxalgia, de tumor blanco o que son antiguos tísicos fibrosos, desde hace mucho tiempo curados, y en los cuales los esputos no han sido jamás bacilíferos para sus niños.

La frecuencia de la enfermedad, en individuos nacidos de padres portadores de una tuberculosis cerrada, es considerable, y no se les puede sospechar de haber sido contaminados por sus ascendientes después de su nacimiento. Siendo dada la tara ancestral de estos individuos, se toman frecuentemente, en lo que les concierne, precauciones particulares con el fin de evitar toda contaminación por otros, y numerosos de entre ellos llegan a ser tuberculosos.

Los ejemplos formales que muestran, por otra parte la insuficiencia del aislamiento de los niños, en lo que se refiere a la tuberculosis retardada común del adulto, están lejos de ser raros. Es así como se ve llegar a ser tuberculosos a individuos en

los cuales el padre bacilar ha sucumbido antes de su nacimiento y esto a pesar de que se hayan tomado las medidas más severas para sustraerlos de todo contacto susceptible de infectarlos.

Hay también casos, excepcionales es verdad, pero que tienen el valor de una experiencia de laboratorio, como el de una familia de 5 niños, cuyo padre y madre en perfecta salud, lo mismo que cuatro de sus niños, pero el quinto colocado por su edad en medio de los otros llegó a ser un tuberculoso porque fue el fruto de un desliz culpable de la madre con un amante tísico, todos los niños habiendo sido criados rigurosamente en el mismo medio y en las mismas condiciones.

Anteriormente hemos publicado las conclusiones de una información en la que hemos estudiado metódicamente la descendencia de 1912 familias de bacilosos; hoy, nuestra estadística se ha aumentado con 19 familias más y se apoya en un total de 211 matrimonios en los cuales uno de los cónyuges está atacado de tuberculosis y en algunos entre ellos, los dos. Pero de los 211 matrimonios, 180 han dado nacimiento a 231 niños, víctimas también de la enfermedad y esta proporción enorme es inferior a la verdad pues en estos matrimonios se encuentran niños que no han llegado todavía a la edad en que estalla habitualmente la infección; los 31 matrimonios restantes han quedado sin descendencia tuberculosa por esterilidad.

En cambio, en las familias en que los ascendientes han sido reconocidos indemnes de toda infección bacilar, después de examen clínico minucioso y control radiológico, la enfermedad no hizo su aparición en los niños, cualesquiera que hayan sido las condiciones del medio.

✓3) Se sabe hoy con seguridad que el organismo del niño nacido de madre tuberculosa contiene la mayor parte del tiempo el germen vivo de la enfermedad, no solamente bajo la forma de virus filtrante sino también las más de las veces en el estado de bacilo normal ácido-resistente. Pla y Armengol, dice que la infección fetal por la bacteria de la tuberculosis es un hecho muy frecuente, por no decir constante en los casos de tuberculosis activa de la madre. Calmette, Valtis y Lacomme encuentran que en el 11.5% de los casos se encuentra el paso del bacilo tuberculoso ácido-resistente al través de la placenta sana o lesionada. En cambio la infección transplacentaria por el ultra virus tuberculoso es de observación más frecuente.

Brindeau y Cartier han comprobado 76 veces por 100 la presencia del bacilo de Koch y 90 veces por 100, la del virus fil-

trante en la sangre del cordón o de la placenta de las paridas tuberculosas.

La herencia de siembra resalta también en las observaciones de Neyrac y Breton; estos autores han establecido netamente que el niño del tuberculoso pulmonar nace de un espermatozoide anormal; atrás dejamos referido un caso de adulterio que comprueba estas observaciones.

Puede uno pretender de buena fe que la alteración constante de la célula fecunda, el virus filtrante del bacilo de Koch mismo, no tienen ninguna influencia en el destino de aquellos individuos cuando son descendientes de tuberculosos?

4) En fin, numerosos autores hicieron resaltar las similitudes notables que se encuentran a menudo en las localizaciones y en la evolución de la tuberculosis en los miembros de una misma familia. Cardis y Joannette, médicos de los sanatorios populares de Leysin, hacen observar muy justamente: "Es muy difícil de no hacer tener en la herencia un papel preponderante en la explicación de estos hechos". Couvelaire desde el año 1923 notó que en los niños nacidos de padres tuberculosos había algunos que tenían un coeficiente de vitalidad disminuída y que morían sin haber presentado ningún otro síntoma, que una caída continua de su peso y describió el síndrome de la "desnutrición progresiva" explicable por las recientes investigaciones bacteriológicas del ultravirus en esa época y encontró 20 veces, sobre 26 casos, en las vísceras o en los ganglios de niños muertos en circunstancias diversas, sea bacilos de Koch, sea ultravirus tuberculoso, inclinándose entonces hacia la herencia.

Considerando todas estas pruebas acumuladas, no nos parece posible persistir en la creencia de que la tuberculosis no es hereditaria; ahora no se puede sostener más esta tesis sin preferencia y sin sacrificar los hechos comprobatorios, las experiencias más severas y las observaciones clínicas más demostrativas.

Rafael MEJIA URIBE

Continuará.

Gangrena pulmonar de forma neumónica

DR. JESUS YEPES CADAVID.

En los primeros días de mayo asistimos a la Sra. R. D. de A., de 33 años, para extraer los restos placentarios de un aborto de tres meses, intervención que se verificó sin incidentes especiales y en buenas condiciones de asepsia.

Al día siguiente se presentan calofrío intenso, ascensión térmica hasta 40, dolor de costado derecho, tos, ligera disnea y pulso acelerado. Confiados en las buenas condiciones en que practicamos la evacuación del útero y apoyados en la ausencia de todo signo físico a la exploración del tórax no atribuimos mayor importancia a este episodio febril. Dos días después los esputos mostraban algunas estrías sanguinolentas a la vez que los calofríos y los ascensos térmicos se repetían acompañados de una ligera submacicez en la base pulmonar derecha y una disminución del murmullo vesicular. El dolor de costado persistía y se acentuaba así como la tos y la disnea y el aliento se hacía de una fetidez insoportable especialmente durante las fuertes expiraciones provocadas por la tos. A su vez la expectoración aumentaba y cambiaba progresivamente su aspecto mucopurulento del principio por una masa sanguinolenta, filamentosa, gomosa, de una fetidez semejante a la de la úlcera fagedénica y cuya cantidad pasaba de medio litro en las 24 horas. En este período, aunque habían desaparecido los calofríos solemnes, la temperatura pasaba de 39 por la tarde y los sudores continuaban, bien que en menor abundancia. En el tórax, fuera de la submacicez y de la disminución del murmullo vesicular sólo se encontraban algunos estertores húmedos aislados.

En vista de este conjunto sintomático formulamos el diagnóstico de gangrena pulmonar primitiva y aguda de forma neumónica, porque la enferma además de que no acusaba ningún pasado patológico especial ni foco purulento localizado, tampoco presentaba anteriormente ninguna enfermedad pulmonar, capaz de hacer en el transcurso de su evolución, una sintomatología se-

mejante a la de la gangrena (absceso, pleuresía interlobar abierta a los bronquios, bronquitis fétida etc.). No nos detenemos a discutir el diagnóstico con la espiroquetosis broncopulmonar o bronquitis sangrante de espiroquetas descubierta por Castellani, porque si es cierto que clínicamente tal entidad mórbida puede parecerse en un principio a la gangrena pulmonar, ésta se diferencia netamente por la fetidez inconfundible de la expectoración, carácter habitualmente ausente en aquella enfermedad. Debemos recordar también que las espiroquetas que se encuentran en la expectoración de la gangrena pulmonar y de la bronquitis sangrante son distintas: la primera, como veremos más adelante, es la espiroqueta de Vincent, compañera del bacilo fusiforme y la segunda, la espiroqueta de Castellani, en general más delgada y fina que la anterior.

Apoyados en las comprobaciones recientes que atribuyen un papel primordial en la etiología de la gangrena pulmonar al espirilo de Vincent con su compañero habitual el bacilo fusiforme, tal como ocurría en la antigua podredumbre de hospital y actualmente en la angina de Vincent, la úlcera fagedénica, la *huequera* (humana) etc., elegimos entre todos los recursos que nos ofrece la terapéutica el neosalvarsán por vía intravenosa y el hiposulfito de soda por vía bucal. En consecuencia, seis días después del primer calofrío y de la aparición del dolor de costado, y una vez que nos cercioramos del diagnóstico, inyectamos 45 centigramos de neosalvarsán. Este día la tos y la expectoración aumentaron de intensidad y de abundancia, la disnea se hizo también más intensa; pero al día siguiente se modificó notablemente el aspecto y la fetidez de los esputos de tal manera que dos o tres días después de dicha inyección estos eran completamente blancos (como engrudo de almidón) y de un olor poco apreciable. La temperatura apenas si pasaba de 38 y medio por la tarde, el pulso se hizo menos frecuente y la anorexia de los primeros días cambió favorablemente. En adelante, para ayudar a la antisepsia de las vías respiratorias, indicamos el aceite de Pick, cuya fórmula es la siguiente:

Yodoformo	1 grs.
Eucaliptol	8 grs.
Gomenol	8 grs.
Aceite alcanforado al 10% c. s. para	100 grs.

a la dosis de 2 c. c. diarios o interdiarios, medicación que al decir de algunos autores hace maravillas en el tratamiento de las

espiroquetosis, gangrenas, supuraciones pulmonares, bronquitis fétidas etc.

Pero como la enferma presentara una exacerbación o recrudescencia del proceso gangrenoso revelada por elevación más notable de la temperatura, disminución del apetito, aceleración del pulso, aumento de la tos, de la disnea y reaparición de los esputos sanguinolentos y fétidos, aplicamos nuevamente, 10 a 12 días después de la primera inyección de neosalvarsán otra segunda de la misma dosis, con la cual logramos una mejoría semejante a la anterior. Persistía sin embargo una tos muy frecuente acompañada de disnea, especialmente durante los accesos y de una expectoración mucosa y aireada. La anorexia continuaba así como una astenia notable y una ligera fiebre vespertina.

Tal es el estado de la enferma cuatro semanas después de iniciado el proceso gangrenoso del pulmón derecho.

Ayudamos también al tratamiento mediante el avenamiento de posición, que consiste en colocar al enfermo sentado e inclinado hacia adelante con el fin de llevar los exudados patológicos hacia los gruesos bronquios y al origen de la tráquea, lugares electivos para despertar el reflejo expulsivo de la tos.

Prescindimos en el tratamiento de la aplicación de suero antigangrenoso porque está demostrado que los gérmenes de la gangrena pulmonar son completamente distintos de los de la gangrena gaseosa de origen telúrico contra la cual sí es eficaz dicho suero. En efecto, las investigaciones bacteriológicas han identificado en los esputos de gangrena pulmonar una cantidad extraordinaria de microbios, entre los cuales se encuentran, además del estreptococo, el más abundante de los aerobios, los anaerobios descritos por Veillon: bacilos *ramosus*, *fragilis*, *funduliformis*, *serpens*, el bacilo fusiforme y el *estreptococcus parvulus* y el *micrococcus faetidus* entre los coco-anaerobios. Por último y como decíamos arriba, se encuentra casi constantemente el espirilo de Vincent, cuya importancia patogénica es muy grande al decir de Sergent y otros tratadistas, porque este agente obra como verdadero proveedor de la infección por los focos de necrosis que ocasiona como consecuencia de las lesiones capilares y que constituyen un terreno óptimo para la vegetación de la flora gangrenosa del pulmón.

De eficacia tan incierta y discutible como el suero antigangrenoso son también las inyecciones de emetina o de autovacunas preparadas con los gérmenes encontrados en la expectoración. En cuanto a la emetina, algunos autores atribuyen su efec-

to benéfico en la gangrena y otras supuraciones pulmonares, a la acción general de los derivados de la ipecacuana sobre el sistema respiratorio y principalmente a su papel favorecedor para la producción de vómitos.

Otros métodos como la inyección por vía traqueal de diversos medicamentos o la aspiración broncoscópica, del dominio de los especialistas, tampoco parecen muy eficaces.

En vista de la mayor frecuencia de las gangrenas pulmonares crónicas, con su evolución de muchos meses y años, entrecortada de recaídas y del fracaso de los métodos químico, suero y vacunoterápicos, cuya acción se limita generalmente a favorecer la extinción de un brote agudo, los especialistas se han visto obligados a recurrir a los diversos métodos colapsoterápicos: neumotórax artificial, frenicectomía, toracoplastia extrapleural parcial del vértice, toracoplastia total y desprendimiento pleuroparietal seguido de rellenamiento de la cavidad por grasa epiploica, con resultados malos en los dos primeros procedimientos y algunos éxitos con los últimos, los cuales continúan en estudio.

Ultimamente se han practicado intervenciones directas sobre el foco de gangrena. Después de algunos intentos casi todos mortales de lobectomía masiva en un solo tiempo, prefieren hoy algunos especialistas la destrucción progresiva en varios tiempos de dicho foco gangrenoso. Después de suturar el pulmón a la pared torácica para evitar la infección pleural, se destruyen las lesiones por electrocoagulación o se extirpan por el bisturí eléctrico, mediante intervenciones prudentes y repetidas con las cuales se han logrado resultados felices siempre que no se espere demasiado tiempo, porque entonces la intervención corre el peligro de resultar insuficiente por la diseminación del foco de esfacelo y la extensión del proceso de esclerosis.

Dada la concordancia de la evolución clínica de la gangrena pulmonar en nuestra enferma con las nociones recientes acerca de la mayor frecuencia de las formas crónicas de aquella enfermedad, la hemos relatado para el BOLETIN CLINICO, con el fin de recordar al respecto los diversos tratamientos medicamentosos de que disponemos y también las intervenciones quirúrgicas a que puede recurrirse cuando aquellos fracasen.

Jesús YEPES CADAVID

Medellín, mayo 31 de 1935.

Cualidades necesarias para hacer progresar las ciencias biológicas experimentales

M. ARTHUS

Como uno de los objetos que tiene la publicación de BOLETIN CLINICO es el de procurar por todo género de enseñanza el que nuestros estudiantes cultiven con esmero y constancia las virtudes que deben adornar a los que se dedican a la investigación de los hechos que se relacionan con la biología, que es decir, la ciencia de la vida, creemos hacer obra útil traduciendo y publicando una parte de la introducción que Maurice Arthus, profesor de Fisiología de la Universidad de Lausana, trae en su interesante obra DE LA ANAFILAXIS A LA INMUNIDAD.

Para hacer progresar la ciencia biológica experimental, no basta seguir un buen método de trabajo; es preciso poseer ciertas cualidades morales, a lo menos en cierto grado, y esforzarse por desarrollarlas más y más. A mi juicio es esta una condición muy importante, y solicito licencia para exponerla con alguna precisión.

En el origen de muchos descubrimientos científicos hay una observación hecha por casualidad, que el experimentador ha fijado, disecado, interpretado y discutido para arrancarle los secretos que encierra. Fue una observación hecha por casualidad la que condujo a Pasteur al descubrimiento de las vacunas; una observación hecha casualmente llevó a Ch. Richet al descubrimiento de la anafilaxis para las congestinas; al descubrimiento de la suero-anafilaxis y de las proteo-anafilaxis me condujo una observación casual. Pero *la Casualidad*, a lo menos en biología, no imparte sus favores a todos y cada uno; exige, a lo que parece, una cualidad a sus protegidos: *la curiosidad científica*, es decir, esta disposición del espíritu que hace que aquel que la posee no se contente con mirar distraídamente los hechos que se presentan y dar de ellos, sin una información más completa, una interpretación cualquiera, la primera que se le ocurre, sino que examina el hecho con atención perseverante, repite su examen, tantas veces cuantas le sean necesarias para discernir las particularidades variables y los elementos constantes, describe, analiza, mide, compara, critica, interpreta y, para justificar su inter-

pretación concibe un experimento que demostrará lo bien fundado de ella o su inanidad.

Cuando yo estudiaba en la Sorbona, mi antiguo maestro de física, el padre Desains como le llamábamos, nos refirió una anécdota que me llamó vivamente la atención. Un químico alemán de los más distinguidos, parece que había observado como residuo de no sé qué preparación química, un líquido rojizo que producía vapores muy irritantes. Sin preocuparse por hacer su estudio o previo un examen somero, el ilustre sabio decretó que aquello era cloruro de yodo. Balard, que en materia científica era, al decir del padre Desains, muy inferior al químico alemán, observó la misma sustancia como residuo de la misma preparación química, también por casualidad como el químico alemán. Pero Balard tenía esta curiosidad científica en que ahora me ocupo: tomó el líquido, lo examinó, lo sometió a ensayos diversos, comprobó que sus propiedades lo diferenciaban de los otros cuerpos químicos conocidos que presentaban la misma apariencia, llegó a considerarlo como un cuerpo nuevo y reconoció que era un cuerpo simple. Balard, el curioso, había descubierto el bromo, y por esta misma curiosidad se había mostrado—con perdón de mi antiguo maestro—infinitamente superior desde el punto de vista científico, al químico alemán.

El experimentador debe tener un espíritu sencillo, claro, preciso, y sus cualidades deben manifestarse tanto en la elección del trabajo y su limitación, como en el enunciado de las hipótesis, es decir, de las preguntas propuestas o en la concepción de los experimentos o sea la preparación de las respuestas.

Cuando se ha hecho una observación que puede provocar una serie de hipótesis o preguntas, que orientan la investigación en distintas direcciones, el experimentador escogerá una, sólo una, la que parezca más fecunda en resultados, a lo menos por el momento: gracias a esto se hará una sola pregunta a la cual podrá consagrarse por completo. Limitará rigurosamente su asunto y fijará sus límites con precisión a fin de no dejarse llevar por cuestiones de aquí y de ahí que lo distraerán del objeto esencial de su investigación. Se atenderá al principio de unidad, recordando el excelente proverbio antiguo: *el que mucho abarca, poco aprieta*.

La cuestión propuesta deberá serlo de tal manera que ella encarne una respuesta y que esta respuesta pueda ser neta, de modo que pueda formularse sí o nó en cuanto sea posible. Las respuestas ambiguas, aproximativas, llenas de reservas y sub-

terfugios no son propias para asegurar el progreso y deben desecharse. Pero es preciso que la cuestión haya sido propuesta de cierta manera: el culpable de las oscuridades en una discusión no lo es siempre el interpelado que responde vagamente; es a menudo el interpelante que la ha propuesto mal.

A una cuestión propuesta categóricamente, debe corresponder una respuesta categórica. El biólogo se consagrará pues a preparar tal respuesta, instituyendo una experimentación capaz de suministrarla. Por otra parte, no es posible fijar a este respecto una regla de conducta: es asunto de imaginación clara y límpida, cualidad psicológica que se puede poseer en grados diversos y que se puede perfeccionar siempre si uno quiere aplicarse con una voluntad incansable.

Asunto bien delimitado, cuestión claramente propuesta, experimentación que pueda conducir a una solución límpida, una respuesta categórica, hé ahí algunas de las condiciones de una investigación experimental fructuosa. Eso supone en el experimentador aquellas cualidades psicológicas que nosotros llamamos *la claridad y la precisión*.

Entre todas las cualidades que debe poseer el experimentador, no hay ninguna sin duda que tenga para él más valor que la tenacidad. El ha concebido un plan de experimentos destinados a fijar el valor de una hipótesis y los realiza; pero en lugar de hallar en los resultados de esos ensayos prácticos una respuesta nítida y precisa a la cuestión propuesta, no obtiene sino un poco más o menos, cuando no incoherencias. Ha querido, para proceder mejor, resolver una cuestión científica por diversos métodos, a fin de dar a su solución más firmeza y solidez, pero los métodos empleados conducen a resultados discordantes, a lo menos en apariencia: va a desanimarse, a abandonar la lucha porque se le han presentado dificultades? Sí?, pues entonces que renuncie a la carrera experimental, pues, para el experimentador, la vía se halla sembrada de obstáculos que necesariamente debe vencer si quiere progresar y llegar al fin. Sólo es apto para experimentador aquel que siente un goce áspero al contacto con las dificultades, que se encárniza en resolverlas y les consagrará todo su tiempo, todas sus fuerzas, su energía toda y toda su alma. Investigará de nuevo, hasta que la encuentre, la causa de las incoherencias experimentales que lo han conmovido tan profundamente, y si las hallare aún imprecisas en algunas de las condiciones de sus experimentos, al fin triunfará con un poco de atención. Examinará sus procedimientos de investigación, hará

de ellos la crítica más rigurosa, buscará sus cualidades y defectos para eliminar los que encuentre defectuosos y que había aceptado al principio con ligereza. Eso bastará muy a menudo para vencer el obstáculo, aunque no siempre cierto, pues suele suceder que a pesar de sus esfuerzos y aplicación, la dificultad permanece sin vencerse, a veces invencible. Debe entonces renunciar a su investigación si no quiere mantenerse en el atolladero indefinidamente? Sí y nó. Continuar trabajando como lo ha venido haciendo para llegar a un callejón sin salida o a un abrupto acantilado, no sería ya tenacidad sino testarudez; y si la tenacidad es una virtud, la testarudez es un vicio o a lo menos un defecto: el investigador no insistirá indefinidamente. Pero no renunciará definitivamente a la solución del problema; so pena de carecer de tenacidad, es decir, de cometer una falta; suspenderá provisionalmente el estudio, pero continuará pensando en él. No habiendo podido abordar el obstáculo de frente, tratará de darle vueltas y muy a menudo, ya prontamente porque haya imaginado algún artificio ingenioso, o bien después de meses y de años durante los cuales no ha olvidado, y cuando nuevos hechos le han abierto vías nuevas por las cuales puede progresar para alcanzar su objeto. Es muy raro que la tenacidad no sea recompensada; con una condición, sin embargo: que dicha tenacidad sea esencialmente activa, es decir, que el experimentador reflexione y medite mucho sobre las cuestiones propuestas, sobre los resultados obtenidos, sobre las posibilidades experimentales. No es, en efecto, en la agitación de una vida mundana, no es en las charlas académicas ni tampoco en las habladurías de laboratorio sino en la *meditación* solitaria, profunda, sostenida y perseverante donde se hace luz, donde se precisan los significados y se desprenden las conclusiones. *Para hacer algunos progresos en las ciencias experimentales, es necesario meditar mucho.*

Varias veces, en el curso de esta exposición, se ha tratado de la necesidad de comprobar los hechos observados, de discutir las interpretaciones propuestas y la significación que se les da, a fin de no aceptar como verdadero y válido sino lo que ha sufrido la prueba indispensable de la crítica científica. Eso supone una disposición especial del espíritu que desgraciadamente no se desarrolla en las escuelas y colegios y quizá ni en las mismas facultades: el *sentido crítico*, es decir, esta tendencia del espíritu a investigar el valor verdadero de los hechos y de los resultados, de los métodos y de las concepciones; esa necesidad imperiosa, de comprobación estricta, de justificaciones numerosas, de ex-

plicaciones precisas, que hace que no aceptemos como definitivas sino las conclusiones que han resistido victoriosamente el asalto que se ha dirigido contra ellas. El espíritu crítico no tiene, por otra parte, nada de común con el espíritu de oposición sistemática o con el espíritu de denigración: el espíritu crítico, investiga la verdad y detesta por sobre todo el error; es un espíritu eminentemente sano; el espíritu de oposición sistemática toma pie de toda proposición, de toda conclusión, sin investigar ni tratar de conocer su valor; el espíritu de denigración busca por todas partes el mal y si es preciso lo inventa donde no lo halla: el espíritu de oposición sistemática y el espíritu de denigración son eminentemente morbosos. Uno debe cultivar el espíritu crítico, al cual toda fuerza y toda vigilancia es poca; pero destruirá los otros dos, y si por casualidad resurgen en alguna vieja cepa que no se había extirpado, se tendrá buen cuidado en que este retoño sea cortado enseguida, como hace el agricultor con las malezas y los cardos.

Hemos insistido acerca de la necesidad de introducir en las investigaciones experimentales medidas exactas, que puedan representarse por números y de no contentarse con resultados aproximativos o superficiales. Ahora bien: en un fenómeno biológico hay generalmente manifestaciones múltiples que interesan a tal o cual función, a tal o cual órgano: para medir dicho fenómeno y conocer sus leyes exactas, es necesario escoger entre las manifestaciones diversas las que son susceptibles de una medida por una parte y que por otra pueden ser consideradas legítimamente como *representativas del fenómeno*. Sin duda se podrá escoger arbitrariamente una de estas manifestaciones, pero la investigación tendrá entonces un carácter puramente empírico y eso no es lo que nosotros queremos; por consiguiente será necesario, ante todo, estudiar el fenómeno a cuyo conocimiento nos aplicamos y cuyas medidas deseamos conocer; haremos variar los elementos que puedan intervenir en el fenómeno considerado (y hay muchos generalmente), uno tras otro; entonces no vacilaremos en hacer *experimentos en serie*, aumentando progresiva y regularmente la variable, y volveremos a empezar ese trabajo haciendo variar todas las condiciones, cada una aisladamente o varias a la vez, en tanto que las otras permanecen rigurosamente fijas. Aquella es una obra *de paciencia*, de meritoria paciencia, porque el trabajo es largo, fastidioso y penoso a menudo y porque las conclusiones, lentas en aparecer, no proporcionan resultados brillantes y entusiasmadores. Pero no debemos olvidar que

sin paciencia no hay método preciso y, por consiguiente, no hay resultados precisos.

Paciencia meritoria porque supone un *dominio incansable de sí mismo*. Allí hallaréis numerosas ideas de experimentos que os deslumbrarán ante las aplicaciones prácticas que se presentan por todas partes y es viva, imperiosa y tiránica la tentación de dar de mano provisionalmente a las investigaciones oscuras y de grande aliento. Se volverá más tarde; se taparán los huecos después que la obra, más o menos presentable, haya sido presentada; mientras tanto se les disimulará y ocultará lo que es bien fácil por cierto pues los expertos se contentan a menudo con las apariencias. Recibiréis felicitaciones y aun provocaréis algunos celos; en cuanto a tapar los huecos, bien sabéis que de eso no se volverá a tratar, pues el que no ha tenido la fuerza de contenerse a tiempo, no tendrá la que se necesita para volver atrás. Se dejó arrastrar una vez por la ola de ideas que lo asaltaban y cómo podría resistir más tarde, después de haber cedido? Y su obra será inestable porque sus bases son muy débiles y muy cuarteadas: no resistirá la prueba del tiempo. El experimentador debe decir un *nó* categórico a su imaginación que quiere arrastrarlo; un *nó* intransigente, definitivo: el experimentador debe poseer el dominio completo y entero de sí mismo.

No tengo la pretensión vanidosa de creer que se ha trazado el dibujo completo del experimentador; aquello no es sino un bosquejo previo y muy imperfecto, pero me parece que él indica los grandes lineamientos del asunto.

En general, el joven que quiere hacerse experimentador, después de haber adquirido en las universidades los conocimientos clásicos fundamentales en fisiología y biología, busca un Maestro al cual solicita, además de la hospitalidad del laboratorio, la iniciación en los métodos de investigaciones científicas y la educación biológica tal como ella resulta del curso de conferencias confidenciales y francas del laboratorio y de los ejemplos dados por el maestro en la práctica de las investigaciones fisiológicas. Y frecuentemente el joven biólogo, dominado por el maestro, que puede ser un admirable conversador y un maravilloso arrastrante de hombres, deslumbrado por el brillo de los descubrimientos que se suceden precipitadamente, empujado por la potencia de las aplicaciones utilitarias que germinan, nacen, florecen y fructifican sin interrupción bajo la influencia vivifi-

cante del gran biólogo, el joven biólogo, repito, tratará de esforzarse por imitarlo en todo y por todo, de asemejarse a él de manera perfecta, de identificarse y fundirse con su maestro. Su admiración infinita le va a hacer perder su independencia y su originalidad intelectuales.

A veces también (el caso no es raro), el joven que quiere ser experimentador, busca ante todo el medio de llegar a una eminente situación científica y más aún, yusta-científica y extra-científica él mismo. Durante sus años universitarios ha aprendido a conocer a los poderosos de la ciencia; tras madura reflexión y sin dificultad ha escogido uno de ellos que será, no su maestro, sino su *Patrón*, es decir, el hombre cuya influencia trata de asegurarse para hacerla servir a sus deseos, así tenga que sacrificar toda su independencia y toda su originalidad en aras del éxito y aunque se convierta en hombre servil.

Así es como esas dos grandes cualidades: el espíritu de independencia y el espíritu de originalidad son reprimidas y esterilizadas seguramente por los entusiastas y los advenedizos por razones diversas pero con igual éxito. Y hé aquí porqué el trabajo científico en los tiempos que corren, es a menudo en los jóvenes tan tenue, tan gris, tan triste: le hacen falta aquellos caracteres propios de salud robusta y de vida libre: la *espontaneidad* y lo *imprevisto*.

De los advenedizos es mejor no hablar. Pero a los otros, a los que poseen el fuego sagrado yo les diré con todas mis fuerzas: jóvenes, guardad celosamente vuestra independencia y vuestra originalidad. Honrad a vuestro maestro cual conviene y respetadlo sinceramente; pero no aceptéis su dirección si no os parece justificada y solamente en caso que se respete vuestra independencia y libertad. No sigáis su ejemplo sino en el caso de que os parezca bueno, noble y digno. Si habláis de asuntos científicos con el maestro, interrogad, discutid; no acojáis sus dichos sin reservas y sin crítica. Criticad con moderación, cierto, y sobre todo con deferencia, pero hacedlo con firmeza.

Y si por conservar vuestra independencia y vuestra dignidad de hombre, experimentáis a veces fastidio, dificultades y demás, mantened a pesar de todo vuestra independencia y guardadla agresivamente: llegará un día en que os felicitaréis por ello grandemente. Sin duda no habréis conocido los honores oficiales y las glorias mundanas, vanidades que habríais tenido que pagar al precio de vuestra libertad de pensamiento; no os inmu-

téis ni os acongojéis por eso: llegará el día en que os sentiréis feliz por ello.

Conservad vuestra originalidad que es la resultante de influencias bienhechoras y suaves que han ejercido sobre vuestro ser vuestros padres, vuestros amigos, los hombres de vuestra tierrcita nativa. A ellos debéis respeto y reconocimiento y por ellos debéis guardar aquella originalidad.

Conservad vuestra originalidad: es ella la que dará a vuestra obra científica su franqueza, su gracia, su elegancia, su calor y su vida entre tantas obras artificiales, baladíes, comunes, frías y cadavéricas, pues la originalidad... es la gorra de Anjou en medio de los sombreros parisienses.

Piomiositis tropical

DR. MAX. LLORENTE,

Jefe de Sanidad del Puerto de Tumaco.

No he tenido la fortuna de encontrar ningún estudio nacional que se relacione con esta enfermedad. Todo lo escrito que ha caído a mis manos y que tiene relación con la patología de los trópicos excluye por completo la entidad interesante conocida con el nombre que encabeza esta monografía.

En los textos de medicina exótica que conozco, si se exceptúa al de Joyeux, tampoco hacen mención de ella, lo que significa o que su diseminación es muy limitada o que no está suficientemente conocida. Joyeux hace resaltar, sin embargo, la frecuencia con que se la encuentra en ciertas regiones de Asia, Africa y aun de América, en la Guayana Inglesa. Si se tienen en cuenta los sufrimientos que ocasiona a quienes sufren de piomiositis pudiendo en ciertos casos hasta hacerles perder la vida y la frecuencia con que se la encuentra entre nosotros, creo indispensable que se vulgarice su conocimiento en el cuerpo médico colombiano, sobre todo en el que va a actuar en climas tropicales.

En la costa del Pacífico colombiana en que me ha tocado ejercer durante trece años consecutivos, he encontrado casos incontables de piomiositis tropical y, en algunas ocasiones, en determinados caseríos, ha habido francos brotes epidémicos. Con el desconocimiento total de la enfermedad mi intervención se limitó en un principio a evacuar y drenar abscesos y a ensayar tratamientos que siempre resultaron ineficaces. Mi bagaje de conocimientos sobre enfermedades de los trópicos era muy limitado y en extremo teórico, mayormente en tratándose de casos que jamás podrán ocupar las camas de nuestros hospitales de enseñanza. Sólo con el correr de los días y a fuerza de observar lo mismo, pude darme cuenta de que la enfermedad estaba imperfectamente conocida y de que las descripciones que vienen en los textos extranjeros omiten detalles que son importantísimos, como luégo veremos.

Cuando el enfermo consulta al médico, ya la enfermedad está declarada y no ofrece dificultad el diagnóstico. Está generalmente con fiebre elevada, tumefacción y dolor agudo en alguna región musculosa del cuerpo, como las pantorrillas, los muslos, las nalgas, los hombros, los pectorales, los bíceps, etc. Cuando la lesión está avanzada, se observa una fluctuación franca que hace indispensable la evacuación del pus. Este no tiene siempre el mismo aspecto, pues en tanto que en algunas ocasiones semeja al del absceso hepático, en otras es cremoso y espeso como el que da la trementina; otras veces parece al de un absceso frío y algunas es también sanguinolento. Abierta la colección y cuando ya el enfermo parece en mejoría, pues la fiebre ha desaparecido lo mismo que los síntomas concomitantes, se repiten de improviso los mismos síntomas anteriores, con una nueva localización del absceso. En esta sucesión dolorosa de colecciones de pus, me ha tocado abrir hasta quince en una misma persona, los que exigen como tres meses para evolucionar. Hay una anemia intensa y el pobre paciente queda tan agotado como después de una larga dotienenteria.

En ciertos casos los abscesos se limitan a uno o dos y en otros la tumefacción se resuelve sin llegar a la supuración. A veces, en cambio, reviste el mal caracteres tan alarmantes que toma una marcha tifoidea franca, con cantidades enormes de pus. Hay casos en que el enfermo parece enflaquecido y caquéctico. Este desenlace se observa en pacientes que no han buscado con oportunidad el recurso del médico y que han esperado inútilmente a que las colecciones se evacuen solas, lo que no ocurre con frecuencia por la circunstancia de hallarse el pus en medio del tejido muscular y de necesitar mucho tiempo para ganar el medio exterior. Cuando esto ocurre, desgraciadamente ya ha habido nuevas formaciones purulentas en sitios distintos del cuerpo, el que da la impresión entonces de que estuviera nadando en pus.

Hay sitios predilectos para formarse los abscesos, como los cuádriceps, los glúteos, los pectorales, los deltoides y los bíceps, pero también pueden colectarse en las regiones tenar e hipotenar, en la nuca, en la cara, en el antebrazo. Una vez tuve que abrir una ileosóitis al mismo tiempo que evacuaba un absceso del bíceps.

Esto es, más o menos, cuanto se conoce de piomiositis tropical. Quizá el medio en que actúo no me ha dado la facilidad de encontrar escritos más pormenores. Quanto sigue es únicamente el fruto de una larga experiencia. La enfermedad comienza por

el piquete de un insecto que determina la aparición de una pápula con prurito y enrojecimiento de la región vecina; pronto se vuelve dolorosa y pasa al estado de pústula que se evacua con facilidad. Da la impresión que evolucionara un forúnculo. El lugar donde con más frecuencia aparece esta lesión inicial es en el muslo, pero no son raras en las piernas o en los glúteos. Una vez las he observado en el brazo de una mujer y otra en la región lumbar. Cuando se rompe la pústula, se forma poco después una costra adherente difícil de desprender, debajo de la cual existe un pequeño cráter con poca cantidad de pus. A los pocos días de esta evolución, cinco a diez, comienza el dolor agudísimo donde se va a formar el absceso, con fiebre elevada y calofríos intensos. La lesión inicial no se cicatriza del todo, pues la costra no se desprende durante todo el tiempo que dura la enfermedad. No ocurre lo mismo que en los chancros, la buba madre o la enfermedad de Nicolás Fabre. Parece que el chancro piomiosítico permaneciera expulsando al organismo toxinas o gérmenes necesarios para sostener en actividad el morbo. Cuando éste termina, es decir, cuando se evacua el último absceso, es cuando la lesión inicial se cicatriza completamente.

Algunas veces, en los casos de poca gravedad, el chancro desaparece rápidamente, otras, hay lesiones ectimatosas en las nalgas de manera que hace difícil saber cuál es la lesión originaria de la piomiositis purulenta.

Los abscesos aparecen generalmente a alguna distancia de donde aparece la lesión originaria, de tal manera que estando ésta en un muslo, puede aparecer el foco de pus en el muslo contrario o en un brazo. He visto, sin embargo, un caso en que el primer absceso estaba inmediatamente debajo del chancro.

Por los sitios de predilección en que aparecen los primeros síntomas del mal, no parece que sea un insecto alado el causante de la enfermedad. Son regiones cubiertas donde no podría llegar sino una pulga o una chinche.

La enfermedad en general ataca con preferencia a los de raza negra y sobre todo a los hombres, quién sabe si por las deplorables condiciones de vida que llevan o si la alimentación deficiente determine en ellos estados de avitaminosis que favorezcan su evolución. He visto, no obstante, dos casos en blancos cuyo trato personal es relativamente correcto, lo que hace suponer que es el medio el infectado. A pesar de todo no puedo imaginarme la causa por la que la enfermedad respeta a los niños, hasta

la edad de seis años, pues en más de doscientos enfermos, no ha habido ninguno de menor edad.

Es frecuente el caso de neuritis violentas en el sitio de los abscesos, aun después de haberlos evacuado. En seguida de un enorme absceso de la nalga que llegaba hasta más abajo del sitio de emergencia del ciático, se presentó una ciática tremenda que cedió mucho después de haber terminado su evolución la piomiositis de los trópicos.

Algunos colegas han creído que la enfermedad que me ocupa no es sino una simple modalidad piánica en un estado avanzado de evolución, cuando ya el tratamiento, o los tratamientos, no tienen mayor efecto, pero aparte de que he comprobado que los medicamentos específicos son ineficaces, he podido constatar la enfermedad en personas que no han sufrido de framboesia o que la han tenido mucho después de un ataque de piomiositis. Es verdad que con frecuencia se presentan abscesos en personas que han sufrido de pian, pero no tienen esa predilección por el tejido muscular, son de evolución casi siempre apirética, de marcha sub-aguda que no abarcan jamás grandes extensiones de tejidos, como en la piomiositis, y en los que los tratamientos arsenical o bismútico obran admirablemente bien.

En general el tratamiento se limita a simples incisiones en los abscesos, porque los enfermos han demorado su consulta al médico por cualquier causa, cuando ya la enfermedad está generalizada y ha habido varias colecciones purulentas. Cuando ocurre que el diagnóstico se hace precozmente, en momentos en que no está todavía formada la primera colección, varias curas cuidadosas con lavados antisépticos y pomadas desinfectantes en la lesión inicial, detienen generalmente el progreso de la enfermedad. Uno de mis enfermos, de apellido Gaminara, y de profesión matarife, me consultó en momentos en que tenía fiebre elevada, dolor agudísimo en un brazo y una hinchazón considerable que hacía presumir la futura formación de un gran absceso. Los síntomas eran la evidencia de que la enfermedad se presentaba con caracteres graves. Le encontré en el muslo la lesión inicial que curé sencillamente con agua oxigenada, después de desprender la costra con unas pinzas. La enfermedad no siguió su curso y en pocos días mejoró totalmente.

Cuando ya las colecciones se han formado y se tiene la fortuna de encontrar el chancro inicial, los cuidados en esta lesión determinan incontrastablemente un cambio favorable en el curso de la enfermedad.

Con caldo de Delbet (Propidón) he tenido algunas mejorías, lo mismo que con la aplicación de medio centímetro cúbico de pus extraído cuidadosamente de un absceso del enfermo. Esta autopioterapia no determina mayor reacción en el paciente, sino un dolor tolerable que dura varios días, en el sitio de la inyección.

Esta especie de autovacuna la he repetido con intervalo de cuatro días, dos veces para cada paciente.

Max. LLORENTE

1° Que en nuestro medio, por circunstancias especiales que bien pudieran ser: condiciones meteorológicas y climatéricas diferentes a las del medio en que el inventor practicó sus reacciones; inestabilidad vago-simpática de nuestras pacientes; demasiada suspicacia de los investigadores provincianos, o cualesquiera otras, la llamada REACCION DE VARGAS puede interpretarse en sentido inverso, es decir, que la reacción positiva debe considerarse como indicadora de un feto de sexo femenino y la negativa de uno de sexo masculino, sin que por los resultados obtenidos, que en nuestro concepto se deben a la casualidad como los del Dr. Vargas, nos atrevamos a hablar de la reacción Barrientos y a preconizarla como "una reacción personal, nueva, sencilla, inocua y segura en el diagnóstico del sexo del feto".

2° Que la llamada "Reacción Vargas" practicada en las puérperas de varón no tiene el interés médico-legal que el Dr. Vargas le asigna.

Creemos que también pudiera explicarse la irregularidad de

SAL DE FRUTAS

Uribe Angel

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

No se altera.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín - Barranquilla

Colombia

la "alergia hormonal" en nuestro medio, por el hecho de que en nuestras mujeres la hormona sexual masculina no es una "sustancia extraña" para su organismo, como sucede en las mujeres que sirvieron para los experimentos del Dr. Díaz López.

Marco A. BARRIENTOS M.

JARABE PARA NIÑOS DEBILES

Preparado a base de tónicos generales, Acido Láctico y Sales de Cal.

Especialmente indicado en las convalecencias de las enfermedades bronco-pulmonares agudas (Gripas, Bronquitis, Pneumonías, Bronco-Pneumonías, etc.)

Recalcificante.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín - Barranquilla

Colombia

Revistas

VIENE DE LA PAGINA VIII

pecho de sus 74 años, y no obstante ser hombre rentista, no ha ahorrado los hábitos en punto a entusiasmo por todo lo que se relaciona con los deberes cívicos del médico.

La semblanza que el Dr. Robledo Uribe traza de Toro Uribe, está escrita con cariño y buen gusto y es indicio cierto de nobleza de alma y de que no ha enmohecido su pluma para decir bien de sus colegas.

La colaboración del Dr. Roberto Restrepo es siempre ilustrada e interesante. Los artículos sobre el bismuto, del Dr. A. Arango; sobre Neuralgia frénica del Dr. A. Vallejo y sobre Feto Muerto del Dr. V. E. Gaviria, son asimismo importantes.

ARCHIVO DE MEDICINA LEGAL

Publicado sob a direcao de Azevedo Neves.

Nuestra Biblioteca recibe regularmente esta importantísi-

ELECTROGENO

Agua oxigenada

Con 3.60 por ciento de peso (doce volúmenes) en Oxígeno.

Antiséptico, Hemostático, Desodorizante.

Heridas, Escoriaciones, Quemaduras, Gargarismos, Pulverizaciones, Desinfección Bucal.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín - Barranquilla

Colombia

ma Revista médica portuguesa digna de ser consultada por los especialistas en Medicina legal y por los encargados de dictaminar sobre asuntos judiciales y penales relacionados con estos asuntos. Cuenta con la colaboración de verdaderos expertos y ha publicado estudios del más alto valor científico, tales como *Medicina legal y policía criminal* (Francia, Bélgica, Alemania, Austria e Italia) por Azevedo Neves, *Los pintores y la locura*, por Egas Moniz y otros.

MEMORIAS DO INSTITUTO OSWALDO CRUZ—RIO DE JANEIRO—
MANGUINOS

El Fascículo I, del Tomo 29 del año de 1934 es la última entrega de esta admirable publicación que ha llegado a la Biblioteca de la Escuela de Medicina. Entrega que se halla enlutada con los rasgos necrológicos del ilustre Director del Instituto e

UROSALINA

Sal Hepática efervescente de
solubilidad completa y rápida

FORMULA:

Cada cucharada contiene:

Sulfato de Magnesia	3.750
Fosfato neutro de Soda	1.500
Benzoato de Sodio	0.1875
Carbonato de Litina	0.075
Fosfolactato de Cal	0.0357
Uroformina	0.375
Sal efervescente	8.100

Urosalina, a sus condiciones de una sabia combinación de alcalinos, reúne las ventajas de su solubilidad y de su sabor agradable.

LABORATORIOS URIBE ANGEL
Medellín - Barranquilla
Colombia

investigador de fama mundial, Profesor Carlos Chagas, a quien la ciencia es deudora de la nueva entidad patológica que lleva su nombre, es decir, la *Tiroiditis parasitaria* producida por el *Tripanozoma cruzi*.

El fascículo contiene además artículos sobre la Blastomycosis de la glándula suprarrenal y sobre biología de otros parásitos.

Em. ROBLEDO

MENTOLIN

Analgésico y revulsivo en neuralgias de toda clase. — Ciática, dolores de cabeza y reumáticos. — Sedante y antipruriginoso en las picaduras de insectos.

LABORATORIOS URIBE ANGEL
Medellin-Barranquilla
Colombia

Asociación Médica Panamericana

Asociación Médica Panamericana. — Sección Paulista. — Sao Paulo, 18 de febrero de 1935.

Señor Director del Departamento Nacional de Higiene.—Bogotá.
—Colombia.

Muy distinguido colega:

En la última reunión de la Asociación Médica Panamericana se resolvió escoger al Brasil como sede del próximo Congreso. En mi calidad de Secretario General de la comisión brasilera del Congreso, que esta Asociación realizará durante la primera quincena de agosto del presente año en las ciudades de Río de Janeiro y Sao Paulo, suplico a usted que interponga su valiosa influencia para con los distinguidos colegas de ese país a fin de

OVARIOGEN

Enfermedades de la mujer

Preparación a base de Hidrastis, Hamamelis, Piscidia, Viburnum y Acido Acetil-Salicílico.

Ovariogen es un preparado de indicaciones precisas en la Congestión Uterina Primitiva y un poderoso auxiliar en el tratamiento de las Congestiones Secundarias. Combate los dolores y las pérdidas profusas.

De grande utilidad en los espasmos uterinos y en los dolores del ovario.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín - Barranquilla

Colombia

que concurren a la Asamblea de agosto, y contribuyan, así, a la más rápida realización del principal objetivo de la Asociación Médica Panamericana, que consiste en "fomentar relaciones íntimas entre los médicos, cirujanos y laboratoristas del hemisferio occidental".

Convencido de que usted se servirá dar la conveniente publicidad a esta solicitud, haciéndola insertar en las revistas médicas y en la prensa de su país, y de que personalmente usted se dignará prestar la colaboración directa para el éxito del mencionado certamen, aprovecho esta feliz oportunidad para presentar a usted mis expresiones de simpatía y cordialidad.

Fdo. Dr. Afranio DE AMARAL

*Director del Instituto Butantan y Secretario General de la Comisión Brasiler adel VI Congreso Panamericano.
—Apartado postal 65. Sao Paulo, Brasil.*

TONIKOLA

Kola granulada

En la Tonikola se encuentran todos los principios activos de la Nuez de Kola.

Neurastenia, Convalecencias.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín - Barranquilla

Colombia

Bogotá, mayo 8 de 1935.

Señor Director de BOLETIN CLINICO.
Medellín.

El señor doctor Afranio de Amaral, Director del Instituto Butantan y Secretario General de la Comisión Brasileira del VI Congreso Panamericano (Apartado postal 165, Sao Paulo, Brasil), se ha dirigido a este Departamento solicitando que se dé publicación a la nota que me permito remitir adjunta.

Mucho agradeceré al señor Director que se sirva insertarla en el Diario que dignamente dirige, puesto que se trata de un asunto que interesa no sólo al cuerpo médico del país sino al fomento de las relaciones científicas que tanto deben preocupar en el orden de ideas a que se refiere la mencionada nota.

Anticipo a usted mis agradecimientos y me suscribo su muy atento y seguro servidor,

Arturo ROBLEDÓ, Director.

PALEHOL

Tónico reconstituyente

Preparado a base de Fosfato de Hierro, Creosota de Haya y los compuestos iodados y fosfatados que integran el Aceite de Hígado de Bacalao.

El Palehol es un tónico nutritivo de sabor agradable y de gran valor en los desórdenes respiratorios de carácter crónico.

Indicado en el tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar, los resfriados y las afecciones catarrales de las vías respiratorias. Neurastenia, Debilidad General.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín - Barranquilla

Colombia