

DIRECTOR:

Dr. Martiniano Echeverri D.

Rector de la Facultad de Medicina.

BOLETIN CLINICO

REVISTA MENSUAL

ORGANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA
Y CIENCIAS NATURALES DE LA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA - MEDELLIN

Año III No. 6 Marzo de 1937 No. 30



REDACTOR:

DR. ALONSO RESTREPO

— BIBLIOTECARIO DE LA FACULTAD —

Correspondencia y canjes:

"BOLETIN CLINICO"

Apartado 205 - Medellín - Antioquia -

Rep. de Colombia.

Registrado para curso libre de porte en
el servicio postal interior. - Licencia N°

183 de 28 de junio de 1935.

Editado y distribuido por cuenta de los

LABORATORIOS URIBE ANGEL.

Tiraje: 2.500 ejemplares.

CONTENIDO

URIBE ESCOBAR GUSTAVO — Bubón climático. Algunas anotaciones clínicas y terapéuticas.

Profesor BERING — El tratamiento de la sífilis.

ARANGO T. Joaquín y MELGUIZO P. Jesús — Fiebre perniciosa. Observaciones clínicas.

BOTERO J. Luis E. y RODRIGUEZ ESTRADA F.—Evolución del *Ornithodoros* Talaje.

TESIS DE LA FACULTAD — Enfermedad de Nicolas Favre y Reacción de Frei. — Urografía intravenosa.

Biblioteca de la Facultad.

Sanidad de Medellín.

Donativos a la Biblioteca.

ANTIPLASMODIO

Cada pastilla contiene 0.25 gms. de Clorhidrosulfato de quinina y 0.10 de Arrhenal, en excipiente colagogo.

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

BIBLIOTECA

de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y de la Academia de Medicina de Medellín.

Edificio de la Facultad, Pabellón de Laboratorios, Tercer Piso.

ABIERTA de las 7 a las 11 y de las 14 a las 19.

Canjes de BOLETIN CLINICO y de Tesis de Doctorado contra publicaciones similares.

En el órgano de la Facultad se darán noticias bibliográficas de las obras y monografías médicas que se envíen por duplicado.

Se agradecerá a los colegas el envío de obras, folletos y revistas médicas que no les interese conservar.

Bibliographic Notes will be published in the Faculty Review, —BOLETIN CLINICO—, on books and medical papers when two copies are sent to the Library.

CLOR-CAL

Elixir de Cloruro de Calcio estabilizado, y dosificado a razón de $\frac{1}{2}$ gmo. por cucharadita cafetera (0.50 gms. x cada 5 c. c.)

INDICACIONES:

HEMOSTATICO: en toda clase de Hemorragias.

DECLORURANTE y DIURETICO: en las Nefritis hidropígenas, Edemas y Ascitis de origen circulatorio.

RECALCIFICANTE: En el Embarazo, la Lactancia, el Crecimiento y la Espasmofilia.

ANTI-ANAFILACTICO: en la Urticaria y los Accidentes Séricos.

LABORATORIOS URIBE ANGEL
Medellín — Barranquilla
C o l o m b i a

BOLETIN CLINICO Revue mensuelle de la Faculté publiera des notices bibliographiques sur les livres et les travaux medicales dont les auteurs voudront bien envoyer deux exemplaires pour la Bibliotheque.

Dirección: Biblioteca de la Facultad de Medicina.—Apartado N° 205.—Medellín - Antioquia - Colombia, S. A.

Permanente

Las ideas emitidas en BOLETIN CLINICO, órgano de difusión científica nacional y extranjera, pertenecen a sus autores. Su publicación no implica que los Redactores las acepten o las aprueben.

Los artículos se publican en el orden cronológico de su recibo.

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

Sanidad de Medellín

RESOLUCION N° 5

El Inspector Municipal de Sanidad, en uso de sus atribuciones legales, y

CONSIDERANDO:

1°—Que con muchas frecuencias se ven las personas ahogadas por las nubes de polvo que se levantan cuando las que se destinan al barrido de las aceras, andenes, atrios, zaguanes, etc., están en el desempeño de su oficio;

2°—Que el polvo y las basuras son los mayores conductores de los gérmenes que afectan la salud de los asociados, pues bien sabido es que la tuberculosis y otras enfermedades se transmiten por las vías respiratorias y cuando el enfermo que las padece expectora en el suelo, ésta se seca, se une en pequeñas partículas en el polvo que le sirve de vehiculizador, y al levantarse va di-

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

rectamente a los pulmones, formando de esta manera nuevos enfermos que serán a su vez propagadores de las enfermedades mencionadas.

RESUELVE:

Art. 1º—Queda absolutamente prohibido hacer el barrido de las calles, andenes, zaguanes, aceras, etc., sin antes haber regado el piso convenientemente.

Art. 2º—Las personas que contravinieren estas disposiciones, incurrirán en la multa de uno a cinco pesos (\$ 1.00 a \$ 5.00) moneda legal, y el doble en el caso de reincidencia, y

Art. 3º—Esta resolución regirá desde la fecha de su publicación.

Sométase a la aprobación de los señores Secretario de Higiene y A. S., y Alcalde Municipal.

El Inspector, *Antonio J. OSPINA*. — El Secretario, *Rubén VALENCIA E.*

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

Sría. de Higiene y A. S. Alberto Alvarez U., Subsecretario.
Aprobada.—*Jaime RESTREPO MORENO*, Alcalde Mayor.

RESOLUCION N° 6

El Inspector Municipal de Sanidad, en uso de sus facultades legales, y

CONSIDERANDO:

1°—Que es notorio el desaseo en que se hallan las tiendas y cantinas de la ciudad y de sus corregimientos; y

2°—Que muchas de ellas carecen de elementos indispensables, tales como agua potable, orinales etc., descuidando otras serias disposiciones que existen a este respecto,

RESUELVE:

Art. 1°—En los establecimientos en donde se expendan bebidas alcohólicas, frescos, café y otros similares, debe haber agua

KOLA GRANULADA

(Tonikola Uribe Angel)

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

Neurastenia, Convalecencias.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

potable (acueducto) y orinales higiénicos capacitados para las necesidades de la clientela.

Art. 2º—Los orinales e inodoros de los establecimientos ya mencionados, se mantendrán en completo aseo y se colocarán en ellos y de manera permanente pastas Zorator-Bowl-Itzer u otras semejantes, pues éstas al mismo tiempo que son desinfectantes quitan los malos olores.

Art. 3º—Las copas y los vasos deben lavarse en agua corriente y nunca en receptáculos donde ésta existe y que haya servido para otros usos.

Art. 4º—Los pisos deben estar completamente enladrillados, cementados o embaldosados y tanto éstos como los muros y techos se mantendrán en completo aseo.

(Pasa a las últimas págs.)

INYECTABLES

de los

Laboratorios Uribe Angel

AGUA BIDEDESTILADA,	amp. 5 y 10 cc. cjs. de 12 y 50
ACEITE ALCANFORADO,	
0.10 x 1 cc.	„ 5 y 10 cc. „ „ 12 y 50
CAFEINA,	
0.25 x 1 cc.	
0.25 x 2 cc.	„ 1 y 2 cc. „ „ 12
CACODILATO SODICO,	
0.10 x 1 cc.	
0.20 x 1 cc.	
0.20 x 2 cc.	„ 1 y 2 cc. „ „ 12
EMETINA CLORHIDRATO,	
0.01 x 1 cc.	
0.02 x 1 cc.	
0.03 x 1 cc.	
0.04 x 1 cc.	
0.05 x 1 cc.	
0.06 x 1 cc.	
0.08 x 1 cc.	„ 1 cc. cajas de 12

Bubón climático

Algunas Anotaciones clínicas y terapéuticas

Trabajo presentado al V Congreso Médico

Nacional por el

DR. GUSTAVO URIBE ESCOBAR (1)



Esta pequeña contribución no tiene pretensiones de ninguna clase. Por razón del puesto que ocupo desde hace muchos años, me ha tocado observar un número muy grande de enfermos de Bubón Climático, quizá el mayor que puede presentar ningún otro especialista en el mundo. No pretendo de ningún modo, presentar una revista general completa de las numerosísimas publicaciones dedicadas a este tópico. Considero de alguna utilidad

(1) Director del Instituto Profiláctico.

para las demás secciones del país, la descripción de lo que he visto, de las distintas modalidades con que se presenta la enfermedad entre nosotros, de la confirmación de lo que ha sido publicado en otras partes, de los resultados terapéuticos con los medios recomendados universalmente y, con uno insinuado por mí desde 1926, suficientemente experimentado para permitir sacar alguna conclusión.

En cuanto a las investigaciones biológicas: estudio del virus específico, inoculación a los animales, alergia, desviación del complemento, etc., me limitaré a resumir, muy someramente, lo hecho por autores extranjeros.

A) *HISTORIA Y SINONIMIA*.—El B. C. es conocido desde hace mucho tiempo; el aspecto clínico de algunos casos no había pasado inadvertido para la pléyade de notables clínicos del siglo pasado, como lo prueban las descripciones de "ganglios supurados en forma de abscesos intraganglionares", hechas por Hardy, Velpeau, Nelaton, Chassaignac, Rollet, etc.

El primero que hace referencia, muy probablemente, al B. C. es John Hunter, en 1786, el famoso médico inglés, el que introdujo el yoduro en el tratamiento de la sífilis, el que por una experiencia desgraciada, hizo volver a reinar el caos en las enfermedades venéreas, impidiendo su separación. Pero el primero que dio una descripción fue Trousseau.

También Fournier hizo una magistral exposición sobre el sífiloma ano-rectal; pero, a pesar de ser uno de los geniales clínicos, erró sobre la etiología, pues hoy sabemos que este grave síndrome es, casi siempre, una forma del B. C.

Cantlie, de Hong Kong, fue el primero que le dio el nombre de B. C. en 1896, nombre que tuvo buena aceptación en el mundo; en Alemania se usa desde 1897; en Francia desde 1898, en Italia desde 1908; en Colombia Emilio Robledo presentó un trabajo a la Academia de Medicina de Bogotá y en 1935 propuso en la Conferencia Antivenérea, el nombre de B. C., proposición aceptada por unanimidad.

Marion y Gaudi hacen un estudio afortunado en 1901; Lejars en 1904 describe el bubón estrumoso, igual a la afección que nos ocupa. M. Durand, G. Nicolas y M. Favre en su notable memoria publicada en el tomo XXV del Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hopitaux de París, hacen una soberbia exposición, sin duda el más valioso trabajo presentado hasta hoy.

El gran mérito de los autores lioneses estriba en haber sa-

bido interpretar los variados matices clínicos, en haber comprendido su significado, en haber descrito los caracteres anatómopatológicos especiales, en haber defendido sus ideas contra todas las críticas, en una época, 1913, en la que los datos biológicos aún no habían dado una consagración definitiva a la multiplicidad de las formas clínicas.

A pesar de reconocer los muchos méritos de esta memoria y aceptarla como un trabajo magistral, no justifica ello el cambio del nombre de esta enfermedad por el de los dos autores Nicolas y Favre.

Frei, en 1935, aporta la máxima colaboración con su método diagnóstico específico intradérmico. Frei y Koppel en 1930 prueban que la estrechez rectal reconoce la misma causa.

Hellerstrom en unión de Wassen consigue inocular monos por vía intracraneana, 1930. Hellerstrom prueba la naturaleza filtrable del agente del B. C.

Entre los demás trabajos publicados para contribuir al conocimiento de esta enfermedad, sólo citaré algunos de los autores que quisieron dejar alguna huella designando la enfermedad con nombres muy variados, los que han servido para crear confusiones.

Velpeau lo llamó absceso parenquimatoso; Hardy y Nélaton adenitis subaguda de focos purulentos intraganglionares; bubón tropical Le Dantec, nombre que tiene el inconveniente de señalarle una zona, cuando se encuentra en todos los climas; Durand, Nicolas y Favre linfogranulomatosis inguinal sub-aguda; en otra parte la llaman cuarta enfermedad venérea y úlcera venérea adenógena; Joseph du Castel la tituló enfermedad de Nicolas y Favre; Fiessinger poradenitis.

En medio de esta anarquía capaz de volvernos locos, se debería escoger definitivamente el nombre de Bubón Climático y, acompañarlo, cuando sea preciso, de un apelativo en las distintas formas: p. e., B. C. forma genital o recto-ano-genital, etc.

ENFERMEDAD VENEREA.—Es el B. C. una enfermedad venérea? Todavía se discute en el mundo científico la forma como se hace la transmisión, pero la mayoría de las naciones acepta el origen venéreo. Algunos países, España, Italia y Uruguay, entre otros, lo han declarado en sus códigos sanitarios como una enfermedad que tiene su origen en las relaciones sexuales. Es muy lógico que haya habido reparos a la adopción de esta tesis, porque son muchas las incógnitas que quedan por despejar, pero

la observación nos autoriza para afirmarlo. Al igual que la sífilis el B. C. se contrae por el coito. Los casos extra-genitales son más raros porque es mucho menos contagioso. No se encuentra en individuos que no tienen relaciones sexuales irregulares; lo vemos, con extraña frecuencia, en el medio social que prescinde de toda precaución profiláctica, en el que tanto abundan las enfermedades venéreas; es muy raro en el niño, tanto que apenas he visto un caso. La S. y la blenorragia las contraen los pequeños por intermedio de Venus. Los casos entre cónyuges, a los que puedo agregar tres más tratados por mí, es otro argumento; el hecho de que se presente después de inoculación accidental—una de mis observaciones en un médico—habla en favor del origen venéreo.

La falta de chancro, o mejor, el haber pasado inadvertido, ha dificultado la relación de causa a efecto. El ser relativamente raro en la mujer es un argumento en contra, pero hay que tener en cuenta que ella puede ser portadora de gérmenes, como lo es para la sífilis y el chancroide.

Cuando propuse en la pasada Conferencia Antivenérea que el B. C. fuera incluido entre las enfermedades venéreas no se quiso aceptar, aduciendo argumentos que no me convencieron. El principal fue el aporte de algunos casos oscuros, probablemente adquiridos por otra vía, excepción que confirma la regla.

El otro argumento fue de orden social. Si el B. C. se declara como venéreo, los obreros del Ferrocarril de Antioquia no tendrán derecho a drogas ni a reconocimiento de salario por concepto de enfermedad: justa razón desde el punto de vista sentimental, pero la verdad debe estar por encima de tales consideraciones. Las enfermedades venéreas deben ser consideradas, para los efectos civiles, al igual que las demás. El Estado autoriza la prostitución, la reconoce como profesión; da patente a las meretrices para que la ejerzan, luego debería garantizar también su buen estado de salud, para poder negar a sus obreros el reconocimiento de perjuicios, cuando adquieran el mal en fuentes distintas. La reglamentación de la prostitución es un estigma social, necesario en el estado rudimentario de nuestra sociedad, pero no debemos perder la esperanza de adoptar, algún día, un sistema más perfecto.

Fouquet dice que los casos de B. C. de origen extra-genital son muy raros; Nicolas y Favre lo llaman cuarta enfermedad venérea; Hellerstrom afirma que, en cuanto a la inefectividad, na-

die niega que sea una enfermedad venérea, sui géneris, transmitida por las relaciones sexuales. Creemos que ya casi todos están de acuerdo sobre esta noción.

El hacer aceptar esta verdad por nuestro cuerpo médico tiene gran importancia pues el público debe familiarizarse con este nuevo enemigo de la satisfacción del instinto sexual, para defenderse.

AGENTE ESPECIFICO.—El germen del B. C. es desconocido. Muchas investigaciones han sido realizadas sin éxito. Parece demostrado que se trata de un virus filtrable, invisible, pero no se puede asegurar que, en cualquier momento, gracias al azar o a un perfeccionamiento de la técnica microscópica, aparezca el microbio.

Randall encuentra bacillus capsulatus; Favre un bacillus pseudo-diftericus; Ravaut describe una ameba; Sala un micrococcus Gram positivo; Donovan cuerpos ovales en el interior de macrofagos; Bunting una corinebacteria; Maitland una espiroqueta. Esta lista podría ser alargada. Ninguno de ellos ha resistido las pruebas de especificidad.

En 1930 Hellerstrom y Wassen lograron inocular un mono por vía intracerebral con el pus de un bubón y le producen una encefalitis, trasmisible al mono y al hombre por inoculación, a su vez un triturado de cerebro. Concluyen en la existencia de un virus filtrable.

Tales investigaciones han sido corroboradas por Levaditi, Ravaut, Lépine, Shoen y muchos más; todos aceptan el virus invisible. También preparan un antígeno para la reacción de Frei con una emulsión de cerebro de mono inoculado—*Macacus Cynomolgus* y *Cereopitecus Calistrix*.

Broom y Findlay llegan hasta a calcular el tamaño del germen después del filtrado a través de poros más o menos pequeños, en 0.125 a 0.175 micras.

El virus se inactiva fácilmente por el calor, el alcohol, los antisépticos.

CONTAGIO.—El B. C. se trasmite por contagio directo, casi siempre por las relaciones sexuales. La inoculación puede hacerse en cualquier parte del tegumento, igual que para la sífilis pero con frecuencia menor.

Un médico se presenta a mi consulta con una adenopatía axilar; cuenta haberse hecho un pinchazo 22 días antes en el dedo índice de la mano izquierda al abrir un B. C. inguinal.

Sabemos que en la mujer el B. C. es menos frecuente que en el hombre debido a razones de orden anatómico, y este hecho dificulta las pruebas del contagio. La confrontación no nos permite, la mayoría de las veces, descubrir en la mujer la enfermedad. Tenemos, por tanto, que admitir la existencia de portadoras de virus o de formas de latencia, como lo prueba, para esta última posibilidad el Frei positivo en algunas de ellas. Las simples portadoras, sin lesiones ningunas, aumentan el peligro y hacen más difícil la profilaxis. También puede pasar desapercibido el accidente inicial, o no ser seguido de bubón—caso de chancro sin adenopatía—podemos pensar también en otras circunstancias desconocidas hasta hoy.

No sabemos cuánto tiempo un enfermo de B. C. es contagioso. Sin duda el chancro es el principal factor de contagio, y debe ser infectante mientras exista. Pero el bubón mismo antes de fistulizarse es transmisible? Y el pus del bubón fistulizado, por cuánto tiempo será virulento? No es posible responder con precisión. Creemos que el contagio durará poco tiempo por la rareza de los casos en las mujeres que comparten el lecho con enfermos en vías de curación, pero no es posible puntualizar.

En las mujeres, con mayor frecuencia que en el hombre debe pasar inadvertido el chancro. No hay motivo para creer que en ella sea menos frecuente, pues para esto no se pueden alegar razones anatómicas. Este debe ser el principal peligro de la diseminación.

Las lesiones ulcerosas crónicas, tan frecuentes en nuestro medio, (cincuenta observaciones) no parecen contagiosas. Entre las historias del servicio hay las de 12 viejas prostitutas con el síndrome genital o recto-ano-genital, 8 de las cuales viven con su hombre y en ninguno de ellos he encontrado síntomas de la enfermedad. Dos tienen Frei positivo y ambos, en su pasado, la historia de bubones en épocas ya remotas. No podemos asegurar si esta positividad sea debida a un antiguo B. C.—cosa muy probable—o si es que se ha producido una impregnación o una especie de vacunación, por los centenares de inoculaciones intradérmicas repetidas.

El B. C. es poco contagioso si se compara con las otras enfermedades intersexuales y también en términos absolutos. Hay personas refractarias?

Es indudable que las formas crónicas son un poco contagio-

sas. El contagio se atenúa y debe desaparecer pronto, pues de lo contrario el número de enfermos sería incontable.

INOCULACION A LOS ANIMALES.—El B. C. no es autoinoculable. Algunos autores han interpretado como resultado positivo la formación de una pústula y de una excoriación, olvidando, quizá, que las reacciones alérgicas, cuando son muy intensas, tienen tales características.

El B. C. es inoculable a algunos animales. Gama, desde 1934, logró obtener la producción de bubones, por inoculación intradérmica, en los curies. Este resultado ha sido chequeado por Bella, Virgilio, Bellard, Gay, Prieto, Pisacane, Wassen, Midana, con la producción de adenomas semejantes a los del hombre, nódulos necrosis, queratitis parenquimatosa y síntomas del sistema nervioso.

En el conejo los resultados son dudosos; Ravaut y Cachera reproducen una queratitis caracterizada por una mancha blanca, opalescente y congestión periquerática, igual a la que produce el bacilo de Ducrey inoculado en las mismas condiciones, pero de aparición más tardía. De todos los ensayos practicados tenemos que concluir que el B. C. no es francamente inoculable a los conejos.

La inoculación hecha a otros animales no son bastante probatorias y piden ulteriores investigaciones. Pero no así por lo que respecta a las experiencias hechas con los monos.

Hellerstrom y Wassen demostraron, los primeros, en 1930, que el virus del B. C. determina, por inoculación intracerebral en el mono una meningo-encefalitis mortal. Esta septicemia tan diferente, clínicamente, de la forma humana, debido a la vía de inoculación, no le quita nada de su valor, tanto más cuanto que dos hechos comprobables lo confirman: la posibilidad de reproducir en el mono por inoculación intraprepucial una adenitis bilateral semejante a la del hombre y la preparación de un buen antígeno para la reacción de Frei con el producto de la trituración de sustancia cerebral.

Estas experiencias han sido confirmadas por infinidad de autores y ya no necesitan comprobación ulterior.

Levaditi, Ravaut y Shoen sirviéndose de una emulsión de cerebro de monos infectados han podido reproducir la lesión cerebral en ratas blancas por vía intracraneal.

ALERGIA CUTANEA.—Reacción de Frei.—La prueba biológica más interesante es el estudio de la alergia cutánea para

el diagnóstico del B. C., el cual ha sido verificado por muchos autores; casi todos han llegado a la afirmación de su valor real específico con excepción de unos pocos como Simon, Gregorio, quienes hacen algunos reparos.

Tetsuta Ito, en 1913, obtuvo por medio de un cultivo muerto de bacilos Ducrey una reacción alérgica positiva en la infección chancrosa; Reenstierna en 1923 y Nicolle y Durand en 1924 y Teissier, Reilly y Rivalier en 1927, confirmaron plenamente el valor de esta reacción.

En 1925 Frei tuvo el mérito de haber realizado la intradermo-reacción en el B. C. con un antígeno preparado con pus extraído de un bubón supurado. Después de él infinidad de trabajos confirman el hecho.

La técnica es muy sencilla: se extrae el pus de un bubón que no haya sido abierto, por punción, se mezcla con cinco partes de suero fisiológico y se tindaliza durante tres días consecutivos por dos horas cada vez a 60°. Se inyecta intradérmicamente una o dos décimas de centímetro cúbico. La lectura debe hacerse después de 48 horas porque durante las primeras horas se produce una pequeña reacción inflamatoria debida a un antígeno infectado, a las albúminas, a una sensibilidad individual exagerada, a un fenómeno de coalergia, reacción que desaparece dentro de las 48 horas.

Se presentan tres grados de reacciones: muy intensa con formación de una pápula coronada por una vesícula y hasta una pequeña pústula rodeada por un halo inflamatorio de varios centímetros de diámetro; una pápula con halo inflamatorio de un par de cents. y una simple pápula pequeña y apenas con cambio de color de la piel. Se debe hacer una elección cuidadosa del antígeno pues su intensidad varía; se debe ensayar antes en enfermos conocidos.

Algunos prefieren usar el antígeno puro, otros hacen diluciones. Depende del valor reaccional del pus extraído.

Al mismo tiempo que el Frei se debe practicar el Ito-Reenstierna con una vacuna de Dmelcos o con antígeno preparado en la misma forma descrita para el B. C.

Nuestra experiencia reposa sobre un total de 827 reacciones; podemos afirmar que es una prueba específica. Su positividad alcanza al 94%. Aparece desde los 15 días en adelante; a veces es retardada y sólo se hace positiva dos o tres meses después del principio de la enfermedad, pero en casos muy raros;

persiste indefinidamente; en un caso fue positiva de dos cruces, después de 26 años. En la sífilis aguda con adenopatía voluminosa y ligero estado febril, puede ser positiva pero desaparece la capacidad reaccional pasado un mes. Antes de sacar alguna conclusión en estos casos difíciles conviene recordar que las asociaciones del B. C. con la sífilis y el chancroide son frecuentes.

Sería muy conveniente para la práctica de esta reacción disponer de un antígeno uniforme y se creyó posible obtenerlo con la adopción de antígenos preparados con los productos de monos infectados; aun cuando estos sí son específicos Levaditi y otros sostienen, después de repetidas experiencias que, hasta hoy, el único antígeno que da garantías es el preparado con productos humanos; el del mono y el de la rata son infieles.

El Dmelcos es positivo en la reacción de Ito en el 97% según Sánchez Covisa.

Para el Frei los resultados varían según la época. Ravaut y Cachera sobre 92 reacciones obtuvieron 100% de positividad. Nosotros hemos visto un 94% de reacciones positivas en un total de 827, dudosa 4% y negativa 2%. Un mal antígeno falsea los resultados. Baboneix, Touraine y Lafont concluyen después de 100 reacciones en niños que ésta da falsos positivos en 3%.

El pus de un B. C. tratado por los rayos X pierde su poder antigénico específico. Pero si el pus se somete a la acción de los rayos después de extraído no se altera y da las mismas reacciones. Es quizás porque los rayos X obran de una manera indirecta produciendo en el organismo una reacción que favorece la curación.

La reacción de desviación del complemento está en estudio; hasta ahora parece no dar seguridad en el diagnóstico. Sin embargo Coutts, Peroni y Martini dicen que es digna de confianza y específica.

Ravaut y Maisler han estudiado una nueva prueba biológica a la que dan el nombre de hemo-reacción. Consiste en una reacción febril provocada por la inyección de 0,2 a 2 c. c. de antígeno. Aseguran los dos autores que es más específica que el Frei. Se trata en realidad de un fenómeno biotrópico o es más bien la expresión de una nueva reacción provocada por las albúminas? Ulteriores comprobaciones son precisas pero me inclino a creer lo segundo, de acuerdo con lo que he observado en los pacientes tratados por antigenoterapia.

SEXO.—Dice V. Gómez en su tesis que la manifestación

ganglionar de la enfermedad es infinitamente más frecuente en el hombre que en la mujer. Sólo se conocen en ésta, dice, dos casos relatados por Nélaton y Dugas; 3 por Ravaut, varios de Ochoa, uno de Bellard y otro de Gil y Calle.

No es posible la discusión sobre la mayor frecuencia en el hombre; todos están acordes. Para poder dar un número exacto en la proporción estudié 500 casos y obtuve la siguiente relación: 390 hombres y 110 mujeres.

No es pues tan raro en la mujer como la mayor parte de los autores lo creen. Nosotros pensamos que la forma ganglionar inguinal sí es mucho menos frecuente, lo mismo que lo es el bubón chancroso y probablemente por las mismas razones de orden anatómico. Pero, en cambio, las demás formas genital, rectal, anal, etc., son mucho más frecuentes en ella que en el hombre. Nuestra estadística nos dice que por 384 bubones inguinales en el hombre hay solamente 63 en la mujer, 17%.

Para las otras localizaciones los números nos afirman lo contrario. Si hay 3 estrecheces rectales en tres hombres sodomitas y en uno normal, y tres hipertrofias del pene y del escroto, en la mujer 47 localizaciones ano-recto-genitales; una, dos o las tres formas combinadas.

Estas formas aparecen muy tardíamente de 3 meses a dos años después del chancro o de la adenopatía inguinal y duran indefinidamente, pues ninguna de ellas tiene tratamiento, con excepción de la recto colitis pura y de algunas úlceras crónicas de la vulva cuando no hay hipertrofia y se interviene precozmente.

Queda pues comprobado que el B. C. es más frecuente en el hombre, 6 por 1 en su manifestación de bubón inguinal y, en cambio, la forma correspondiente en el hombre al estiomene, a la úlcera crónica, está en la proporción de 9 hombres por 47 mujeres.

Y estamos convencidos de que a medida que se conozca mejor la clínica y se utilicen con más frecuencia los medios lógicos, Frei, inoculación a los animales, se hará menos aparente la diferencia. Sin embargo la separación aparente continuará porque el hombre se expone más al contagio venéreo y vemos que el número de sifilíticos es mucho más numeroso que el de sifilíticas.

FRECUENCIA.—El B. C. era una enfermedad endémica, relativamente rara, con pequeños brotes epidémicos. Como lo muestra el cuadro que acompañamos ha venido en progresión creciente desde el año 27 al 34; en el año 35 dio un salto enor-

me, 14 veces más que en el año 27 y casi 5 más que en el inmediatamente anterior. La diferencia tan grande con el año 27 se podría explicar, en parte, porque no teníamos práctica suficiente en su diagnóstico, pero no podemos decir otro tanto con respecto al año 34. En el año 36 se nota un pequeño descenso de acuerdo con igual disminución observada en las otras enfermedades venéreas, debido a la enorme intensificación de la campaña antivenérea en el Departamento.

Decíamos en la Conferencia Antivenérea que se imponía una intensa lucha contra esta nueva enfermedad porque podríamos augurar que llegaría a ser tan frecuente como el chancroide y los hechos nos están dando la razón.

1927	21
1928	23
1929	28
1930	49
1931	58
1932	75
1933	69
1934	64
1935	299
1936	212
Consulta particular	132

SEROLOGIA.—Estudiando la serología en 500 casos, reacciones hechas siempre por los dos procedimientos de Wassermann y Kahn, encontramos los siguientes resultados: si tomamos sólo el Kahn tendremos un 51% de positivos, incluyendo en éstos un 15% de sifilíticos y un 0,8% de caratejos, los cuales como demostramos desde el año de 1928, dan siempre resultado positivo. Si consideramos solamente el Wassermann 66% de negativos y 34% de positivos, despreciando fracciones, resultados que están acordes con lo que sabemos de la mayor sensibilidad del primero, según la magistral tesis de Peláez. (1)

Estos datos se acercan bastante a lo obtenido por Peláez, quien trae un párrafo en su tesis sobre la serología y afirma que se obtienen reacciones positivas generalmente débiles, en un porcentaje semejante.

Por lo que hemos observado creemos que la serología adquiere

(1) Peláez Jesús — 24.000 sero-reacciones de Kahn frente a la Sífilis y al Wassermann.—Tesis de Doctorado.—Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia—Medellín.

re estas formas de positividad débil durante el período agudo de la enfermedad, en las formas febriles y con síntomas generales. En las formas antiguas, estrechez rectal pura, es negativa. En la forma ulcerosa crónica y elefantiásica se encuentran los dos resultados extremos: positiva fuerte y negativa, hecho que no debe llamar la atención, pues sabemos que es en las prostitutas con un ejercicio prolongado de la profesión en las que es excesivamente frecuente. Y casi todas son específicas, pero la antigüedad de la sífilis hace que el porcentaje de positividad sea al rededor de 60%.

CLINICA.—Intentaremos hacer la descripción clásica de un caso típico de B. C., es decir de la forma corriente en el hombre, la que vemos todos los días, la adenopatía inguinal. En seguida hablaremos de la manifestación más frecuente en la mujer, el síndrome ano-recto-genital y, por último, nos referiremos a algunos casos observados por nosotros, fuera de lo usual.

No queremos copiar centenares de historias por quitarle monotonía a este trabajo y para acortar; sólo copiaremos algunos resúmenes de varias de ellas cuando sea conveniente para probar algunos hechos.

Queremos dejar consignada nuestra opinión sobre el accidente primitivo o micro-chancro, nombre aceptado unánimemente. Esta lesión no es fatal; la mayor parte de los autores,—al contrario—la consideran muy poco frecuente. Pero en los casos que hemos visto podemos afirmar su presencia en un tercio. Si no se ve más frecuentemente es porque por su pequeñez e indolencia pasa desapercibido, también, en casi la mitad de las mujeres y en un 35% de los hombres. Creemos, pues, que el micro-chancro es mucho más frecuente pero que los enfermos no lo notan y el médico no tiene oportunidad de verlo porque casi siempre examina al enfermo, por primera vez, cuando ya ha aparecido el bubón.

Después de un período que varía de 6 a 25 días post coitum nota la aparición de una erosión roja, blanda y pequeña en el glande o en el prepucio, o de una o varias vesículas de herpes o una escasa supuración uretral estéril con enrojecimiento y edema del meato urinario. Esta uretritis es muy interesante por lo poco conocida y por su cronicidad.

Con un sencillo tratamiento o sin él la lesión desaparece.

El chancro puede tener muchos aspectos:

A) *Herpetiforme.* No nos ha tocado ver la vesícula. Una erosión superficial, redondeada, poco rezumante, sin infiltración,

indolora, de bordes poco apreciables, no despegados, de dos a cinco milímetros de diámetro, habitualmente única, pero en veces hasta cinco.

B) *Chancriforme*. Bastante parecido al chancroide, pero sus bordes no están despegados, supura poco y no hay induración.

C) *Nodular*. Una lenteja, a veces más grande, color rosado oscuro, colocada sobre la piel o mucosa, a la manera del chancro en pastilla, casi indoloro. Con frecuencia el nódulo está excavado, con una depresión muy marcada y rodeada por bordes levantados, los que recuerdan muy de lejos a los del pequeño epitelio-ma ulcerado. Es un verdadero cráter, bastante profundo para dejar cicatriz. Es casi siempre único, pero nos ha sido posible encontrar hasta tres, como se puede ver en la fotografía que acompaña este trabajo. La número 1 muestra un chancro precioso, característico. La número 2 muestra tres chancros. Inútil decir que para hacer esta afirmación tuvimos que recurrir a todos los procedimientos para llegar a un diagnóstico cierto: Frei, Ito-Reenstierna, Serología, pruebas microbiológicas, inoculación, etc.

D) *Sifiloideo*. Simula bastante bien el chancro indurado, en algunos casos con semejanza completa, hasta habernos obligado a repetir las pruebas de laboratorio muchas veces, antes de atrevernos a asegurar el diagnóstico. Liso, rojo, sin bordes, no supurante e indurado con la induración que llama Fournier apergamina. En un caso la pápula se extendía en superficie del tamaño de una moneda de veinte centavos, muy parecida a un sífilides pápulo erosiva.

La forma nodular es la más rebelde y resiste 15 días y más.

Varía mucho el tiempo que transcurre entre la aparición del chancro y la lesión linfática. Podemos señalar límites extremos entre 5 días y un mes, pero lo más corriente es un promedio de 15 días.

El enfermo tiene puesta su atención en la región inguinal por una ligera sensación de molestia en la parte superior del muslo, hasta que decubre en la región inguinal un tumorcito pequeño, redondeado e indoloro. El tumor crece muy despacio; otras pequeñas masas aparecen al rededor y unos días después se puede tocar un tumor duro y difuso sobre y bajo el ligamento inguino-crural. Los ganglios ilíacos profundos no están lesionados y cuando lo son, es mucho después cuando los inguinales comienzan a desaparecer.

Durante los primeros días la temperatura puede aumentar uno o dos grados, aparecer malestar general, fatiga, sudores pro-

fusos, dolores óseos y musculares, pero los síntomas generales no son la regla.

En dos o tres semanas los nódulos linfáticos fusionados forman una masa única, dura, escirrosa, poco dolorosa a la presión, de un tamaño término medio de un huevo, a veces una naranja y en algunos casos monstruoso.

Unos días más tarde aparecen zonas blandas, la piel toma un color rojo violáceo y se abre por uno o varios puntos los que se levantan ligeramente de la superficie. Sale un líquido amarillo claro, filante, compuesto de leucocitos y restos de tejidos. Si no se hace ningún tratamiento las fístulas se multiplican, la supuración se vuelve interminable, cuatro a ocho meses, hasta que llega la curación a expensas de la formación de bridas de tejido cicatricial, algunas veces en forma de puentes y dejando una cicatriz viciosa.

El bubón es generalmente unilateral; la bilateralidad no la hemos encontrado sino en el 15%; también nos ha parecido más frecuente en el lado izquierdo, de tres por dos.

FOMAS ESPECIALES EN LA MUJER.—Algunas historias resumidas tendrán la elocuencia de los hechos y facilitarán la descripción.

Nº 3.—E. H. de A. 28 años. Mujer pública. En 1929 tuvo adenopatía inguinal subaguda, supuró; incisión de dos abscesos; curó en un mes. Tres meses después empezó la hipertrofia de los grandes labios y una ulceración vulvar, la cual se inició por pequeños labios hasta volverse circular. Ulcera poco supurante, de bordes no despegados, hipertrofia de carúculas y formación de prolongaciones hipertróficas, algunas como puentes. Hoy queda apenas una pequeña lesión de un centímetro, los tejidos hipertrofiados y un gran labio como el cuarto de una naranja. El tratamiento produjo la mejoría en las lesiones ulcerosas después de dos años. Tártaro, fuadina y la mezcla de un mercurial con 914. El amante no ha tenido nunca adenopatía en 8 años. Se tocan unos 6 a 8 ganglios inguinales pequeños. No hay lesión rectal.

Nº 4.—E. S. de M. Mujer pública. Empezó prostitución hace 10 años—tiene 26.—En enero 1930 chancro mixto, anemia intensa. Tiene hoy más de 30 cicatrices redondeadas en todo tegumento, muy típicas de lúes. Nariz en silla. Se trató la sífilis intensamente pero con frecuentes interrupciones. Hace 10 años tuvo dos adenitis supuradas. Dos años más tarde empezó una ulceración

de la vulva y una pequeña parte de la vagina, úlceras rojas, lisas, sin bordes, poco supurantes y superficiales. Formaciones hipertróficas, una en el centro y seis pilares al rededor. Gran labio tamaño media naranja; pequeños labios de 5 cms. de espesor. Edema característico, duro, sin dejar depresión, color normal de la piel pigmentada de esa región. Se tocan algunos pequeños ganglios inguinales. Tuvo trastornos rectales, colitis con heces disenteriformes, pero no se formó estrechez rectal. Frei dos cruces, W. y K. cuatro. El tratamiento no ha conseguido ninguna mejoría.

Nº 5.—H. I. de E. de 38 años. Mujer pública desde hace 20 años. Los antecedentes son oscuros. Hace diez años empezó a sentir trastornos digestivos: estreñimiento pertinaz que la obligaba a purgarse con frecuencia; heces al principio delgadas y después líquidas mezcladas con sangre y pus. Al examen encontramos: ano en forma de vulva, rodeado por un rodete hipertrófico con prolongaciones más voluminosas en unos sitios. El tacto rectal es imposible; a 5 cms. del ano hay una estrechez infranqueable. Estado general muy malo. Se le propone una intervención quirúrgica—ano contra natura u otra—y la rechaza. Un mes después muere por retención fecal e intoxicación. Frei 4 cruces y W. K. negativo.

Nº 6.—J. G. de 32 años. Mujer pública. Ejerce desde hace 15 años. Cuenta haber tenido un bubón que tardó tres meses en cicatrizar. Persiste cicatriz. Hace 9 años dice comenzaron a molestarle las hemorroides. Ano aspecto vulvar. Edemas rosados, firmes, elásticos, sin impresión digital. Vegetaciones condilomatosas sin hipertrofia de papilas, salidas como dedos, neoformaciones alargadas, ensanchadas. Vagina y vulva intactas. Formanitis hipertrófica. No hay estrechez rectal. Frei dos cruces y W. y K. negativos.

Nº 7.—A. U., invertido sexual, 34 años. Hace mucho tiempo, no precisa, trastornos rectales. Al tacto encontramos a seis cms. del ano un anillo que permite pasar el dedo con dificultad para entrar en un cilindro escleroso en sus cuatro quintas partes; se tocan algunas salidas hipertróficas y el dedo no alcanza a atravesarlo todo. Frei tres cruces y W. K. cuatro cruces.

Otras dos observaciones en sodomitas son muy parecidas, pero en uno está complicado con anitis proliferante y en el otro con abscesos perineales.

Nº 8.—A. V. de Cartagena; 34 años. Es un hombre normal. Se queja de molestias rectales, expulsión de mucosidades y a ve-

ces de un poco de sangre. El examen permite apreciar un recto que ha perdido su elasticidad en un pequeño trayecto de unos tres cms. doloroso a la introducción del dedo. No tiene en sus antecedentes recuerdo de haber sufrido bubón. La enfermedad tiene cuatro meses. No es sifilítico. Frei dos cruces. El tratamiento por la mezcla mercuri-arsénico produce una mejoría rápida. Después de 8 inyecciones es posible hacer el tacto sin ninguna molestia. Doce inyecciones de tártaro completan la curación, la cual se sostiene después de siete meses.

En mujeres tenemos 47 observaciones; unas veces la forma vulvar con la úlcera crónica; otras la hipertrófica vulvar sin ulceraciones; otras vulvar y rectal; otras recto-ano-genital.

Todas las historias se repiten casi al pie de la letra, razón por la cual omito incluirlas.

Un caso excesivamente raro en una mujer de Yolombó, del cual acompañamos varias fotografías, es muy interesante por su semejanza clínica con el granuloma venéreo. Pero el Frei fuertemente positivo y la lesión adenógena inguinal característica que no acompaña nunca esta última enfermedad, confirman el diagnóstico.

Consideramos como causa muy frecuente de la estrechez rectal la inoculación directa y el micro chancro anal, como parece desprenderse de las tres observaciones en invertidos sexuales. Pero en la estrechez rectal pura es preciso reconocer que muchas veces no podemos decir cuál fue la vía de entrada. En las demás formas la inoculación es genital o rectal. Si la pared posterior de la vagina es inoculada, la infección alcanza los ganglios perirectales a través de los linfáticos recto-vaginales. El bloqueo de los ganglios por el virus y una linfangitis dan lugar a la elefantiasis gérito-recto-anal.

Nº 9.—F. Q., invertido sexual. Desde hace 6 años sintió los primeros síntomas anales. Hoy vemos: un ano que parece oculto por una masa hemorroidal al parecer, la cual forma una vaina cilíndrica compuesta por seis masas hipertróficas, condilomatosas que parten del ano y lo proyectan hacia adelante. Entre esas masas se ven ulceraciones superficiales, resumantes, dolorosas. Continúa practicando el coito anal pues asegura que lo alivia de cierta sensación de peso y fastidio permanente. Tiene el recto ligeramente indurado.

A muchas causas han sido atribuidos estos cuadros clínicos: sifiloma ano-rectal de Fournier, tuberculosis, nocardia, blenorragia, chancroide, etc. Podrá haber hibridación en estos casos?

Es probable que el terreno esté preparado—se trata de viejas prostitutas y de invertidos sexuales—en su mayor parte; (tenemos dos casos en señoras casadas) es posible que los traumatismos repetidos, la blenorragia, la sífilis, el chancroide, etc., favorezcan la producción de tan grandes trastornos y más que todo la localización. El tratamiento antisifilítico no los mejora; las vacunas y lisados gonocócicos no tiene acción, el Dmelcos es antiflogístico para los procesos agudos pero no para el B. C., con muy raras excepciones. (Dos casos). Sólo los tratamientos del B. C. producen algún alivio y aun curaciones cuando la enfermedad no es muy antigua y las lesiones hipertróficas aún no están constituídas.

Sin descartar todas estas causas, pues en rigor, todas pueden producir un síndrome semejante, especialmente la tuberculosis, creemos que la más importante, la que debemos buscar siempre es el B. C.

ELEFANTIASIS DEL PENE Y DEL ESCROTO.—Equivalente a la forma hipertrófica de la mujer tenemos en el hombre la elefantiasis del pene y del escroto. El cuadro clínico es muy simple; después de un chancro o sin él se instala en una quincena un edema blando, sin impresión digital, no doloroso, a veces muy molesto cuando el volumen de los órganos es muy grande, sin cambio de coloración de la piel, volumen doble o triple del normal; a veces se hipertrofia el pene solo; lo más corriente es que la lesión se extienda al escroto.

Cuando vimos el primer caso en 1936 desconocíamos las causas; el enfermo era un específico y resolvimos tratarlo con cianuro; el resultado fue muy mediocre. Cinco meses después todavía presentaba huellas del edema, pero los síntomas habían regresado. Después hemos visto 4 casos más; en uno sólo el pene estaba duplicado de volumen. En estos últimos el tratamiento tuvo buen efecto, aun cuando la curación no es rápida. Pero en el hombre no quedan esas lesiones hipertróficas definitivas que con tanta frecuencia vemos en la mujer.

También se ve en el hombre el equivalente de la úlcera crónica vulvar. Un sólo caso hemos tenido pero bastante típico. La historia es muy larga porque recidivó tres veces. Adquirió también una sífilis, durante uno de los períodos de tregua. Presentaba sobre la cara dorsal del pene un cilindro de cuatro cent. de largo por dos de ancho, durísimo, como la induración de un chancro sifilítico. Fue tratado al principio en forma mixta conjuga-

da con salicilato de bismuto y neo, sin cambio alguno. La aparición de dos bubones con los caracteres clínicos del B. C. nos hizo buscar el Frei, el cual fue intensamente positivo. Sesenta centigramos de tártaro no mejoran al paciente. Tres Dmelcos tampoco. Entonces se le ponen 8 inyecciones de la mezcla y la mejoría franca no se deja esperar. Durante esta época el cilindro se había ulcerado y formado un túnel que atravesaba el pene en toda su extensión, dejando salir un pus líquido y amarillo muy claro, pegajoso, parecido al pus que sale de los bubones. Estos también se disuelven y el enfermo sale curado después de mes y medio del tratamiento por la mezcla. Veinte días después vuelve con una úlcera del pene situada sobre el mismo sitio y un nuevo bubón. Se repite la dosis de arsénico y mercurio y de nuevo la curación se obtiene en 25 días. Sale curado.

OTRAS FORMAS ANORMALES.—Nº 10.—Un muchacho de 18 años dice haber tenido una pequeña erosión sobre el pubis, lesión superficial, la cual desaparece espontáneamente en una semana. Comienza a infiltrarse el pubis lentamente, sensación de tensión y de calor sin dolor propiamente. Al examen se encuentra una superficie tres centímetros más grande que la palma de la mano, levantada un tercio de centímetro, dura, leñosa, no depresible, de color rojo oscuro; podría confundirse con una erisipela pero no es caliente, el borde corta bruscamente la infiltración sin desvanecerse; no hay fenómenos generales. Mientras se hace el diagnóstico la placa aumenta unos 2 cms. Frei dos cruces. W. K. negativos. Un tratamiento con 0.96 grs. de tártaro cura la lesión en 27 días.

Nº 11.—Un médico de 30 años, al incidir un bubón inguinal se pincha en el dedo índice de la mano izquierda. No se forma ulceración. 20 días después siente pesantez y molestia en la región axilar. Se toca un ganglio como un frisol, el cual evoluciona en forma idéntica al bubón inguinal. Cuando va a la consulta palpamos un tumor como un limón, duro, liso, formado por varias masas contiguas; poco doloroso; ligera fiebre vespéral y sudores. Empieza el tratamiento con tártaro; desde la tercera inyección iníciase mejoría, se acentúa rápidamente y con 0.72 grs. queda curado. Frei dos cruces y W. K. negativos.

Nº 12.—Un abogado tiene un B. C. inguinal bilateral característico, muy rebelde. Se reblandece uno de los tumores y se fistuliza por tres partes. Después de 70 días de tratamiento con tártaro y la mezcla de Linser cura. Pero el estado general no era

bueno, muy emaciado y en un estado de verdadera angustia. Había tenido enormes sudores, fiebre alta, hasta 39,5° y un estado reumatoide muy molesto y persistente. Sale al campo en busca de reposición más rápida y 40 días después vuelve a la consulta con iguales síntomas generales y dos ganglios en la región cervical izquierda, tamaño de un huevo de paloma. Una de las cicatrices inguinales se había agudizado un poco; tenía una pequeña supuración de líquido característica y estaba roja y erosiva. Vuelve a empezar tratamiento. Sólo se logra la curación después de 8 inyecciones mezcla de Linser. Frei tres cruces y W. K. negativos. Tres años más tarde le practicamos un Frei con idéntico resultado.

La inflamación de los ganglios ilíacos la hemos encontrado pocas veces—18—y siempre después de la adenopatía inguinal. Es una complicación molesta porque es dolorosa y alarga mucho la evolución de la enfermedad pero no supura y todos los casos han curado en un lapso de dos a cuatro meses.

Estas son las formas que hemos encontrado y en las que hemos llegado a un diagnóstico seguro. Es indudable que existen muchas otras variedades y localizaciones, pero no las hemos encontrado o mejor no las hemos diagnosticado.

PRONOSTICO.—En general es bueno; dos casos de muerte, el citado y el de un invertido sexual con estrechez rectal y anitís hipertrófica, muertes que se habrían evitado con un ano contra natura, pero la operación fue rechazada.

En las formas rectales y recto-ano-genitales la cronicidad es desesperante y duran indefinidamente. Sin embargo hemos obtenido la curación en cuatro casos de los 50 con algunas secuelas. Los demás casos de adenopatías curan siempre en un período de 20 días a cuatro y medio meses. Con rarísimas excepciones, pero en ningún caso de la forma inguinal corriente ha sido preciso recurrir a tratamientos heroicos como la cirugía. Algunos han salido del hospital con adenopatías pequeñas, una avellana, y no han vuelto al servicio. Es muy frecuente observar el estacionamiento de una mejoría que se presentaba en forma franca, lo mismo que recaída en varios casos, sin poder señalar porcentaje.

TRATAMIENTO.—El B. C. no tiene, todavía, un tratamiento verdaderamente específico, quiero decir que cure la mayoría de los casos, pero sí tiene varios tratamientos específicos. Unos se curan con los derivados del antimonio, otros con el sulfato de

cobre amoniacoal, otros con la antigenoterapia, otros con el salicilato, muy pocos, con el yodo, con el electrargol, con el oro, con los rayos X y con algunas otras drogas, como la mezcla, en la misma jeringa, del neorsenobensol con novasurol.

No todos obran con la misma eficacia ni en idénticas condiciones en casos semejantes.

Vamos a procurar analizar los diferentes tratamientos y a señalar las variadas indicaciones de cada uno de ellos.

TARTARO EMETICO.—Lo ponemos en primer lugar porque nos ha parecido ser el más activo o al menos lo era en nuestro servicio hasta hace unos 8 meses.

Antes de seguir adelante debemos dar una explicación sobre este hecho. Hasta la época señalada el tártaro era un específico bueno con el que se curaban aproximadamente el 50% de los casos corrientes, aplicándolo, como es costumbre, en inyecciones intravenosas al 4%, en días alternos de 0,04 grs. a 0,10 o en inyección diaria de 0,05 grs. hasta totalizar la dosis precisa indicada por la marcha de la enfermedad, de 0,80 grs. a 1.30 grs. por término medio. Pero en este último año se ha presentado, con una frecuencia desesperante, un estado especial al que hemos llamado *tártaro-resistencia* por analogía con lo que ocurre en el tratamiento de la sífilis por los arsenicales. Pero no es que se embote la eficacia del producto después de haberse iniciado la mejoría; es una resistencia absoluta, definitiva y cuando se presenta, debe suspenderse el tratamiento después de 6 inyecciones porque es inútil forzar las dosis, lo que sólo traería intolerancia para la droga.

Esta resistencia se ha hecho extensiva también a otras sustancias, p. ej. la mezcla, quizás por ser estos dos los tratamientos más frecuentemente empleados en el servicio del Instituto Profiláctico.

La explicación debe ser la misma que para la arseno-resistencia, aun cuando no hay que olvidar que la clásica interpretación de Ehrlich sobre la posibilidad de crear razas de espirilos resistentes al arsénico por las pequeñas dosis insuficientes repetidas, ha sido combatida por Peyri, entre otros, diciendo que no es la resistencia sino la arseno-fatiga, lo cual se puede corregir introduciendo una especie de mordiente, o mejor, de catalizador, como es la esponja de platino.

Podemos agregar que hoy no es raro encontrar B. C. resistentes a todos los tratamientos, cosa inusitada en años anteriores.

res, lo cual nos debe instigar a buscar un verdadero específico diferente a los empleados hasta hoy.

Prescindiendo de la anomalía indicada en los últimos meses, digo que el tártaro me ha parecido ser la droga capaz de curar mayor número de casos, empleado en la forma anotada.

La fuadina, el neostibosán, y el tiomalato de antimonio también tienen sus éxitos que apuntarse, pero en un porcentaje más reducido.

MEZCLA DE LINSEY.—Generalmente empezamos el tratamiento con tártaro, a pesar de que el tratamiento nuestro es tan eficaz como aquél porque es, sin duda, menos tóxico, expone menos a estomatitis y a los accidentes arsenicales. Cuando después de 6 inyecciones de tártaro no ha habido mejoría aplico la mezcla. Una indicación precisa es la asociación del B. C. con la sífilis, pues así se tratan las dos enfermedades a la vez.

La forma de aplicarla es la siguiente:

1er. día: 0,15 grs. 914 más 1 c. c. de novasurol

4º día: 0,30 grs. 914 más 1 c. c. de novasurol

8º día: 0,45 grs. 914 más 1 c. c. de novasurol

13º día: 0,60 grs. 914 más 1 c. c. de novasurol.

Cuando no hay mejoría apreciable paso a otra droga porque la insistencia es inútil; de lo contrario continúo así:

19º día: 0,75 grs. 914 más 1,5 c. c. de novasurol

26º día: 0,75 grs. 914 más 1,5 c. c. de novasurol.

Y así sucesivamente hasta 8 o diez inyecciones, como máximo, si la curación no se ha conseguido antes, como es muy frecuente.

Sucede algunas veces que la mejoría se interrumpe, el bubón después de haberse reducido de la mitad o más, queda estacionario; entonces se debe emplear otra droga sin perjuicio de que, más tarde, en los casos muy rebeldes, vuelva a ser activo.

Este tratamiento es de una eficacia mayor cuando se empieza después de haber aplicado seis inyecciones de tártaro; parece que se produjera una sensibilización que activara y multiplicara la eficacia de la mezcla.

Algunos resúmenes de historias tendrán más elocuencia que varias páginas de discusión.

Nº 13.—G. Ch. 22 años. B. C. izquierdo, no fistulizado. 7 de agosto primera inyección de la mezcla; después de la cuarta gran mejoría. Tres inyecciones más y curación.

Nº 14.—B. J. de 19 años. B. C. izquierdo no supurado. Seis inyecciones de la mezcla. Curación.

Nº 15.—U. O. de 29 años. B. C. bilateral. Seis inyecciones de tártaro; ninguna mejoría. Siete inyecciones de la mezcla, curación.

Inútil multiplicar la publicación de estas historias; todas son semejantes, con pocas variantes.

Desde la primera o segunda inyección, cuando va a obrar, cesa el dolor y las molestias, la fiebre desaparece, los dolores reumatoides se calman. El paciente no vuelve a cojear; con la cuarta el tumor ha disminuído de la mitad y a veces más.

También obra bien este método en el tratamiento de las formas temibles: úlcera crónica, etc., cuando no están muy avanzadas, porque una estrechez constituída o una hipertrofia, no un edema inflamatorio, no ceden con ningún medio.

Este tratamiento lo empleamos desde el año de 1926. En 1929 presentó el Dr. V. Gómez una tesis interesante (1) con unas 30 observaciones, todos curados por nuestro procedimiento. Llevamos ya un total de 320 casos curados, número suficiente para garantizar el valor del tratamiento y su inocuidad. La complicación frecuente, en individuos descuidados, es la estomatitis y también, pero en proporción insignificante, los accidentes propios del neo; toxidermias, trastornos hepáticos, etc.

Podemos, pues, someter este tratamiento al ensayo de los colegas en la seguridad de que les será de gran utilidad en más de una ocasión.

SULFATO DE COBRE AMONIACAL.—Se emplea en solución al 1% y a la dosis de 0,04 a 0,08 grs. por inyección diaria o interdiaria. Esta droga tiene algunos éxitos en su favor, pero no puedo aconsejar su empleo larga manu, porque no está exento de peligros. Sin hablar de la impregnación del organismo y de la posibilidad de impregnar los humores dando un color verde a los tejidos tiene también el peligro de las trombosis y embolias.

Reservamos su empleo para aquellos casos resistentes a los demás tratamientos. Como es una droga que se altera con facilidad, acostumbramos preparar la solución extemporáneamente, depositando el polvo en la ampolla y agregándole el agua en el momento de emplearla. También es conveniente emplear diluciones poco concentradas. Desde que la sangre se pone en contacto con el producto se forma un precipitado resinoso que se adhiere

(1) Gómez Vicente — El Bubón Tropical—Tesis de Doctorado.—Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia—Medellín.

íntimamente a las paredes de la jeringa. Tenemos 17 enfermos curados por este remedio.

DMELCOS.—Las dos historias siguientes dicen del valor de esta vacuna en casos excepcionales, puesto que sólo tenemos dos casos, cuando lo hemos visto fracasar en docenas de enfermos a los que se les ha aplicado durante los primeros días de su mal mientras se hacía el diagnóstico. Se trataba, naturalmente, de casos no clásicos.

Nº 16.—I. L. de 28 años, maestro de escuela. Va a consultar después de soportar por 70 días un B. C. unilateral y un tratamiento por tártaro, fuadina y la mezcla. Practicamos un Ito-Reenstierna y un Frei; el primero negativo y el segundo fuertemente positivo. En vista de que había sido muy tratado me provoca ensayar el Dmelcos, 6 inyecciones. La mejoría se inicia con la primera y la curación se consigue en 20 días.

Nº 17.—Muy semejante a la anterior pero con lesiones fistulizadas bilaterales que habían resistido a todos los tratamientos. Fue preciso poner siete inyecciones para conseguir la curación.

Lo raro de estos casos me deja alguna duda sobre el diagnóstico. Se trataría de alguna asociación tan frecuente con Durey?

FUADINA.—Preparado orgánico del antimonio; debe emplearse de preferencia por la vía intravenosa porque es más activo. Debe reemplazar al tártaro cuando hay intolerancia para éste: vómitos, tos penosísima en forma de accesos de varios minutos, estomatitis, etc.

Tenemos varios casos curados con 10 a 15 inyecciones, pero fracasa con mayor frecuencia que el tártaro.

ANTIGENOTERAPIA.—Inyección de antígeno preparado por el método de Frei, después de cerciorarse de su esterilidad por cultivo. Se emplea a la dosis de 0,2 2 c. c. cada dos, tres o cuatro días según la reacción general, a veces muy fuerte.

Uno de mis discípulos tiene una tesis, aún no presentada, con treinta y tantas observaciones, con muy buen resultado. Es esta un arma más a la que podemos acudir cuando fracasen los métodos anteriores.

El solganal y los otros preparados de oro pueden ser de alguna utilidad. Pero debemos advertir que en ocho casos tuvimos ocho fracasos. Su crecido precio tampoco permite vulgarizarlo.

El lugol, el electrargol, la emetina no nos han parecido de gran utilidad, pero no negamos que pueda haber algunos casos

que beneficien de su empleo, ya que tal es la característica del B. C.

Los rayos X son muy activos, de acuerdo con la ajena experiencia. Nunca los hemos ensayado.

El salicilato de sodio también se apunta sus triunfos según Touraine y Aubrun, treinta inyecciones de 1 gr. y 6 grs. diarios por vía oral. Chevasier y Feeler curan también, dicen, con seis gramos al día. Nosotros lo empleamos en dos enfermos con fracaso completo.

Un tiempo asociamos nuestro tratamiento con tintura de yodo en leche, hasta 150 gotas diarias, pero no nos pareció acortada la evolución de la enfermedad.

El antimonio-timolato de litio es el último preparado aparecido; es trivalente en lugar de penavalente. Sezary dice que es activo en las estenosis. No lo creemos pero valdría la pena ensayarlo. No lo hemos usado.

Los tratamientos locales también tienen sus éxitos. Dos casos curados por inyecciones intraganglionares de 0,2 a 0,3 c. c. de leche. Con la glicerina y el antígeno aplicado en igual forma no tenemos experiencia, pero Berkel y Sourgit presentan 9 casos curados.

Valiéndonos de los medios expuestos hemos tratado un millar de casos de B. C. con curación siempre—en un tiempo más o menos largo—como lo indico más arriba. Sería de desear un medicamento que curara con mayor rapidez todos los casos. Mientras llega, con el tártaro y con la mezcla podemos curar la gran mayoría de los enfermos.

Gustavo URIBE ESCOBAR

El tratamiento de la sífilis

PROFESOR BERING,
Director de la Clínica Dermatológica
de la Universidad de Colonia.

El eminente Ingeniero Dr. Joaquín Vallejo, ex-Director de Instrucción Pública de Antioquia, al hablar de nuestras actividades científicas en la Universidad de Colonia, hizo que el Profesor Bering nos enviase expresamente para BOLETIN CLINICO el siguiente y muy interesante artículo, que se sirvió traducir del alemán nuestro apreciado colega Dr. DANIEL CORREA, Profesor de Clínica General en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Al Dr. Vallejo, al Profesor Bering y al Profesor Correa expresamos nuestros cordiales agradecimientos.

La Redacción.

Es atribución del tratamiento de la sífilis suprimir su contagiosidad y prevenir las consecuencias tardías de la sífilis visceral, vascular y nerviosa, lo mismo que las de la lúes congénita. Para el logro de este fin tenemos a disposición el salvarsán, el bismuto, el mercurio y la piritoterapia, especialmente la cura malárica. Para el tratamiento es siempre de la mayor importancia el diagnóstico precoz, a fin de evitar una generalización de la sífilis. Por eso se debe insistir sobre la necesidad de comprobar precozmente la presencia de la espiroqueta, lo que obtenemos de la manera más rápida y segura buscándola en el campo oscuro. El tan recomendado examen del "exsudado de irritación" proveniente de lesiones sospechosas, es una medida peligrosa. Todo clínico experimentado sabe que a menudo es necesario investi-

gar en una serie de preparados obtenidos en días diferentes, hasta lograr la demostración de las espiroquetas. Conseguida ésta, debe establecerse un *tratamiento abortivo*. No es pauta de esta cura solamente el resultado negativo de las reacciones sanguíneas, sino también la duración de la infección, el asiento de la infección primaria, y las inflamaciones ganglionares. Después de cuatro semanas un tratamiento abortivo no tendría ya éxito, aunque las reacciones sanguíneas fueran todavía negativas. Menos aún si se han presentado adenitis apreciables, o si la primoinfección radica en un sitio de donde parten hacia los ganglios regionales numerosas vías linfáticas. Cuanto más favorables sean estas circunstancias, tanto más seguro será el éxito del tratamiento abortivo. El salvarsán—y el salvarsán solo puede bastar—debe darse con la frecuencia máxima posible: sea en dos veces, sea una vez al día, una inyección de 0,45 a 0,60 grs. durante ocho días, sin interrupción. Tal cura debe repetirse después de dos a tres semanas. Que el chancro debe destruirse con el cauterio o con ácido carbónico líquido y calomel, es cosa que debe recordarse, pues en las cicatrices del chancro se almacenan restos de espiroquetas que más tarde pueden dar origen a una contaminación, según resulta de investigaciones histológicas y de experimentos en animales.

Para la técnica del tratamiento de la lúes *en el período secundario y en el período de latencia*, son muy decisivos los exámenes de la sangre. Por lo que atañe a la reacción de Wassermann como medio de diagnóstico, no necesitamos entrar en aclaraciones especiales. Más importante es la apreciación de las llamadas *reacciones complementarias*, de las que hay actualmente un gran número, como la de Sachs-Georgi, la de Kahn, y la reacción 2^a de aclaramiento de Meinicke. Estos métodos de investigación son un complemento de la reacción de Wassermann, pero no deben ni pueden suplantarla. El querer obtener un mayor porcentaje de resultados positivos por medio de las lipoido-reacciones, puede amenazar la especificidad de las mismas. Una de las más favorecidas en Alemania es la reacción 2^a de aclaramiento de Meinicke. Hemos tenido ocasión de comprobar su especificidad desde 1934 en unos 55.000 sueros. En ellos se presentó solamente una fracción de ni siquiera 0,02% positiva no específica, es decir, en pacientes que no habían tenido conocimiento de una infección y en quienes, además, no se encontraba nada patológico. Las reacciones débilmente positivas que se encuentran aquí y allá, deben considerarse como positivas solamente en el caso

de una lúes ya antes catalogada. Debe desconfiarse seriamente de las llamadas reacciones de consultorio. Como ya en términos generales tales reacciones merman su fidelidad en manos de un médico que no esté permanentemente ocupado en investigaciones serológicas, el arte diagnóstico se rebaja con ellas de un modo lamentable.

En cuanto a la técnica del tratamiento, hay que decir que los resultados son muy buenos con distintos procedimientos, por lo que hace a recidivas y resultados del líquido cefalo-raquídeo, de que hablaremos después. Sin duda es excelente el tratamiento "tan intenso y precoz como posible" recomendado por E. Hoffmann. También los métodos preconizados por Scholtz y Spiethoff del aporte de grandes cantidades de salvarsán y bismuto en corto tiempo, arrojan buenos resultados. Pero no todos los enfermos tienen energía suficiente para la ejecución de los tratamientos, ni todos los médicos gozan de bastante autoridad delante de sus pacientes. Por eso recomendaríamos nosotros el siguiente esquema de tratamiento en el período secundario: 3 curas combinadas de bismuto y salvarsán en el primer año; dos curas iguales en el decurso del segundo año, y una cura igual en el tercero. El bismuto y el salvarsán se suministran alternando, primero dos a tres inyecciones de bismuto para evitar la reacción de Herxheimer en caso de haber exantema, el cual, si obra sobre las meninges, puede ocasionar efectos secundarios desagradables; luego diez inyecciones de 0,45 a 0,60 grs. de salvarsán, y finalmente, acto seguido, diez a dieciséis inyecciones de bismuto. Pacientes vigorosos soportan la aplicación simultánea de ambos preparados. Los menos vigorosos deben tratarse, con arreglo a eso, de manera más suave y progresiva. No se puede proceder de manera muy esquemática en el tratamiento de la sífilis. Según el estado general del enfermo se ordena la rapidez en la sucesión de las curas. Durante el tratamiento se debe sistemáticamente buscar albúmina en la orina. Sea cual fuere el método, no se puede prevenir lo bastante contra los *peligros que encarnan las dosis débiles de salvarsán*, entre los que se cuenta la provocación de la arseno-resistencia de las espiroquetas.

Siempre debe tenerse en cuenta la posibilidad de una hipersensibilidad al salvarsán. Hay pacientes tan frágiles a este respecto, que pueden exponerse a serios peligros con la administración ulterior incluso de cantidades pequeñísimas. Hemos visto una serie de enfermos en quienes desapareció la idiosincrasia;

pero también otros en quienes persistió durante largo tiempo de observación.

Los primeros síntomas de intolerancia se muestran en forma de exantemas muy finos a nivel de los codos y antebrazos. Debe interrumpirse el tratamiento a la menor sospecha de exantema arsenical. Con una observación cuidadosa se puede evitar casi en absoluto la intoxicación. Pero si, a pesar de ella, se presentan los primeros indicios de envenenamiento, aconsejamos nosotros con insistencia confiar los enfermos al cuidado de una clínica, especialmente aquellos de quienes no puede aguardarse un cuidado esmerado de la piel y una prudente espera a domicilio. En el tratamiento de las intoxicaciones graves nos dan siempre buen resultado las inyecciones de suero humano normal y grandes dosis de hiposulfito de sodio, por ejemplo, una o dos inyecciones intravenosas diarias de 20 c. c. de solución normal al 10%.

Para la apreciación de la eficacia de nuestro tratamiento nos sirven, en primer lugar, las reacciones sanguíneas. También aquí tiene un significado decisivo la reacción original de Wasserman. Las otras reacciones citadas no han podido traernos ningún adelanto para la terapéutica. Las lipoido-reacciones y precipito-reacciones permanecen casi siempre positivas o, por lo menos, durante un tiempo mucho más largo que el requerido para el tratamiento. Por esta razón nos parece imposible, quoad terapiam, atribuirles el mismo valor que a la Wassermann. Esta tiene que negativarse. Tal es la meta del tratamiento. Por eso deben en el curso de él practicarse reacciones sanguíneas. Si aparecen negativas ya desde los primeros días, entonces se pueden distanciar las curas, según la resistencia del paciente. Si permanece positiva la reacción de Wassermann después de dos a tres curas, deben variarse los preparados teniendo muy especialmente presente el calomel. ¿No sirven tampoco los nuevos productos? En este caso no tenemos ya nada que esperar del tratamiento de que venimos hablando. Tendremos que acudir forzosamente a otro procedimiento terapéutico de que hablaremos después: la malarioterapia. Quien tenga ocasión de reexaminar un crecido número de enfermos, confirmará la observación de que en pacientes que daban perpetuamente una reacción negativa, súbitamente aparecen reacciones sanguíneas positivas. Por eso se hará bien en aconsejar a los enfermos un examen de la sangre también en años ulteriores, puesto que esas reacciones nos ilustran sobre si hay todavía o no hay ya en marcha, en alguna parte del organismo, un proceso sifilítico. No raro se da el caso de que

sean afecciones de los grandes vasos las que de esta manera se descubren, haciendo necesario un nuevo tratamiento. El salvarsán, dado por largos períodos a dosis primero pequeñas, medianas luégo, y finalmente grandes, es en ese estado sumamente eficaz. *Quien trata sifilíticos no debe olvidar los procedimientos clínicos de investigación y dirigir sus actuaciones terapéuticas solamente según las reacciones sanguíneas.*

Para llenar la tarea importante de prevenir la sífilis congénita, deben tratarse a fondo *las embarazadas afectas de sífilis.* El examen sanguíneo que se practica hoy día en Alemania casi sistemáticamente en toda mujer embarazada, abarca, sin duda, un gran número de enfermas. Pero no debe olvidarse que el examen sanguíneo es sumamente infiel en los comienzos del embarazo, y que no raras veces se vuelve positiva la reacción solamente después de algunos meses de gravidez. La muy discutida pregunta de si debe o nó practicarse el aborto en mujeres con reacción sanguínea positiva, debe responderse diciendo que no hay indicación de la interrupción del embarazo, ya que el tratamiento sistemático de las mujeres en tales condiciones arroja buenos resultados. En la mayoría de los casos la infección luética data de varios años. Con relativa frecuencia solicitan las mujeres mismas la provocación del aborto a causa de la sífilis. A menudo el único indicio de infección, no habiendo Wassermann positiva, son los datos suministrados por la mujer. Que la Wassermann sea positiva o negativa es igual: el tratamiento tiene que establecerse inmediata y enérgicamente. Hemos podido almacenar experiencias en un gran número de años sobre este problema tan interesante desde el punto de vista práctico. Desde un principio sostuvimos que sólo un tratamiento oportuno puede lograr éxito. Con él el porcentaje de niños nacidos sanos es felizmente alto. Las enfermas se someten a dos o tres curas de salvarsán-bismuto, si el tiempo es suficiente. Pero creemos importante suministrar el salvarsán hasta el momento del parto, a fin de que el niño no se infecte en el acto mismo del nacimiento. La sangre placentaria y, algunas semanas después, la sangre del niño, deben ser examinadas para apreciar el estado de salud de éste.

El tratamiento antisifilítico debe llenar además la finalidad de *proteger a los enfermos contra la metalúes.* A pesar de todos los esfuerzos, no se ha logrado todavía saber por qué motivo la sífilis se cura en un caso sólo defectuosamente tratado o no tratado en absoluto, cuando en otros casos medianamente, o incluso muy bien tratados, tiende a convertirse en una grave enfer-

medad. El funesto influjo del alcohol sobre la marcha de la sífilis no puede discutirse. Según resulta de una serie de trabajos, puede darse por bien sentado que un tratamiento lo más intenso posible, en el sentido antes expresado, ofrece las mejores perspectivas de curación; si bien es cierto que no pueden descontarse del todo los fracasos. Desgraciadamente, no rara vez se niega el paciente a un tratamiento vigoroso, con lo que su curación se ve seriamente amenazada. De ahí se sigue para el médico la obligación de reconocer esas metalúes lo más pronto posible. Seguramente no son desfavorables los resultados del tratamiento de las metalúes en sus períodos iniciales, como, por ejemplo, los obtenidos con el empleo de yodipina y salvarsán en la tabes, empezando con pequeñas dosis que se van aumentando paulatinamente. Pero ya entonces se han establecido lesiones destructivas en el sistema nervioso central, que, en cuanto posible, deben evitarse. Valga pues, como deducción, el acudir a métodos de investigación que nos permitan reconocer precozmente el peligro; tan precozmente, que no aparezcan todavía exteriormente síntomas de metasífilis demostrables por la clínica.

Por el *examen del líquido cefalo-raquídeo* tenemos la posibilidad de conocer *precozmente* la existencia de una enfermedad del sistema nervioso central. Dicho líquido era antes obtenido casi exclusivamente por la punción lumbar. Pero esta punción ha sido últimamente reemplazada por la punción del ventrículo: por la *punción occipital*. Esta última requiere gran seguridad de técnica. Pero no deja después—y ésta es su primacía—las manifestaciones en extremo desagradables del meningismo. Por eso mismo se presta el método admirablemente para la práctica ambulante. En manos de un operador experimentado no ofrece peligro alguno. Así lo pueden confirmar las experiencias que bajo nuestra responsabilidad se han hecho en más de diez mil casos. Incluso los pacientes prefieren la punción occipital a la lumbar, lo que es muy importante para los exámenes ulteriores.

Todos los sifilógrafos experimentados están convencidos de que el líquido cefalo-raquídeo debe examinarse antes de que estallen las manifestaciones mórbidas del sistema nervioso central. Antes de expirar los primeros cuatro años de la infección, tal examen puede dispensarse. Positividad del líquido, y con ella procesos sífilíticos del sistema nervioso central, pueden hacerse desaparecer dentro de los primeros cuatro años por el tratamiento combinado salvarsán-bismuto, o salvarsán-mercurio. Así pues, es en cierta forma el *examen del líquido el cierre de un trata-*

miento a fondo por el salvarsán-bismuto. Los hallazgos patológicos en el líquido son un índice de los procesos mórbidos que se han operado en el sistema nervioso central. Y no solamente de aquellos que tienen su asiento en la superficie, sino también de aquellos que se operan en lo profundo del encéfalo. De estos hechos se desprende por sí mismo el significado del líquido cefalo-raquídeo patológico.

¿Quiere decir esto que tengamos que sanear a todo trance el líquido, es decir, hacer desaparecer, cueste lo que cueste, sus modificaciones patológicas? ¿O podremos dejar sin tratar enfermos con modificaciones de ese humor, sin preocuparnos para nada de su porvenir? La respuesta es fácil. La positividad es, como lo expusimos antes, la expresión de un proceso patológico del sistema nervioso central. No se puede negar que en todos los períodos de la infección sifilítica la curación espontánea puede aparecer, y con ella la normalización del líquido. Pero—y éste es el quid del asunto—¿quién puede prever la trayectoria del proceso patológico? Por eso debe valorarse en lo justo la positividad del líquido en el estadio tardío de la sífilis, es decir, después de cuatro a cinco años de infección.

Tratemos ahora otro punto: en la sífilis tardía de la piel aparece con relativa rareza una neurosífilis simultánea. Pero en ocasiones encontramos también en ese período datos positivos en el líquido cefalo-raquídeo. Todos los clínicos han consagrado especial interés a este problema. Nosotros, por ejemplo, hemos encontrado un porcentaje relativamente alto de líquidos positivos en sífilis gomosas de la piel. En tales casos se debe pensar que el signo positivo puede ser, no solamente un precursor de la sífilis nerviosa que se va desarrollando lentamente, sino también un rastro del proceso mórbido en un enfermo en quien las manifestaciones clínicas han retrocedido, pero en quien la modificación del líquido cefalo-raquídeo sólo después de más largo tiempo llega a desaparecer. También en la tabes nos encontramos con semejantes circunstancias. Téngase bien en cuenta que el líquido sólo deja ver las enfermedades que afectan el sistema nervioso central, pero no las de los otros órganos como el hígado, corazón y grandes vasos. A este respecto debe llamarse también la atención a nuestros enfermos.

Para el diagnóstico del líquido se ha hecho muy valiosa en los últimos tiempos la "reacción pallida" de Gaethgens. Mientras que la reacción de Wassermann debe considerarse como una reacción anti-lipóidica, desempeñan un papel como antígeno en la

“reacción pallida”, a más de los lipoides espiroquéticos, las substancias proteicas de los espiroquetos, según el sentir de Gaethgens. Nosotros hemos estudiado detenidamente esta reacción en nuestra clínica, practicándola junto con las proteíno-reacciones, numeración globular, reacciones coloidales (oro y resina), Wassermann, y reacción 2ª de aclaramiento de Meinicke, prueba esta última tan importante en el estudio del líquido cefalo-raquídeo. En nuestros numerosos exámenes hemos llegado a la conclusión de que la reacción 2ª de aclaramiento de Meinicke y la “reacción pallida” en el líquido cefalo-raquídeo son específicas, y que dicha reacción de Meinicke es la más sensible de las dos, y al mismo tiempo superior a todas las demás. Hay casos, sin embargo, en que la “reacción pallida” es positiva, mientras que la 2ª reacción de Meinicke resulta negativa. A causa de esto debemos hacer resaltar la necesidad de practicar también la reacción de Gaethgens al examinar el líquido cefalo-raquídeo.

¿Cómo debe interpretarse ahora la *negatividad del líquido*? Casos de parálisis con reacciones negativas constituyen una verdadera rareza. Tabes con líquido negativo se presentan, aunque no frecuentemente que digamos. Sin embargo, la interpretación de la negatividad del líquido en la tabes no está bien definida. Hemos visto un crecido número de esos casos, pero sólo en tabes estacionarias, que no necesitaron tratamiento ulterior. No obstante, no es inverosímil que el líquido haya sido positivo aun en esos casos durante el desarrollo de la enfermedad. Así pues, aunque el examen del líquido cefalo-raquídeo no pueda darnos una seguridad absoluta (*no puede en forma alguna desalojar las investigaciones y observaciones clínicas*), nos ofrece, a pesar de todo, un gran beneficio en el reconocimiento temprano de una afección sifilítica del sistema nervioso central. Líquido positivo debe considerarse, por consiguiente, como un síntoma serio, bastando ya *una sola* de las reacciones para delatar el peligro que amenaza el porvenir del enfermo.

¿Qué debemos hacer ahora con aquellos enfermos cuyo examen arroja una reacción positiva en el líquido, aun después de un buen tratamiento intensivo? Deberemos someterlos nuevamente a salvarsán, bismuto, mercurio, o a la cura de Zittmann, métodos de tratamiento que no pudieron en tales casos impedir la invasión del sistema nervioso central? ¿O deberemos someterlos más bien a otra terapéutica? Vayan antes unas palabras sobre las *reacciones sanguíneas*: es sorprendente cuán pequeñas son las relaciones de éstas con el líquido cefalo-raquídeo y, por lo

mismo, con el cerebro y la medula. Ciertamente tienen los parálisis en 100% de los casos una Wassermann sanguínea positiva. Hemos visto muchas veces que una Wassermann es tan positiva con grandes modificaciones como con pequeños cambios del líquido. Dependencia recíproca no existe, como no sea la de que, cuando tenemos que enfrentarnos con una reacción sanguínea pertinazmente positiva, lo más a menudo, pero no siempre tampoco, podemos comprobar modificaciones del líquido cefalo-raquídeo, y con ellas afecciones del sistema nervioso central. Completamente seguro sí es, que las relaciones sanguíneas no están en condiciones de prestarnos servicio alguno cuando buscamos precozmente una enfermedad del sistema nervioso central para prevenir, por el tratamiento adecuado, el estallido de sus manifestaciones clínicas. En este caso necesitan un complemento nuestros métodos del diagnóstico, y ese complemento nos lo suministra el examen del líquido cefalo-raquídeo. Debemos subrayar aquí la obligación de no despedir a ningún paciente del tratamiento ni concederle aprobación de matrimonio, antes de hacer un examen del líquido y, si necesario, un tratamiento adecuado para prevenir la tabes y la parálisis.

Wagner-Jauregg preconizó desde 1917 la cura malárica como tratamiento de la parálisis. No necesitamos entrar a discutir la acción de la malaria sobre la parálisis. De su influjo favorable sobre esta grave enfermedad hemos derivado el derecho de acudir a la malarioterapia en determinadas condiciones, todavía en período precoz de la sífilis, es decir, después del correr de algunos años de infección. *Líquido positivo, fuerte o débilmente positivo, da la indicación de una cura malárica.* No debemos aguardar para ella a que hayan avanzado ya tanto las lesiones, que nos encontremos en presencia de una tabes o un parálisis, sino que debemos precisamente prevenirlas. *Pero solamente un líquido positivo y una sífilis clínica del sistema nervioso central dan la indicación a la introducción de la cura malárica.* Esta no puede, en la sífilis precoz, impedir recidivas de la piel. No modifica pues, a este respecto, la marcha de la enfermedad. Antes del establecimiento de la malarioterapia hay que convenirse de que no existen contraindicaciones. Todo paciente debe ser examinado cuidadosamente. Prívense de ella los enfermos del miocardio. Modificaciones del corazón clínicamente dudosas, deben aclararse por medio del electro-cardiograma. Hay que excluir del tratamiento a los tuberculosos, a los caquéticos, a los hepáticos y a los renales. Según nuestras experiencias, bastan ocho accesos

para obtener el efecto deseado sobre el líquido cefalo-raquídeo patológico. En paralíticos muy avanzados debe aumentarse, sin embargo, hasta doce el número de los accesos. Que la cura malárica debe realizarse solamente en una clínica bajo control permanente y cuidados esmerados, es cosa sobreentendida. El paludismo debe ser interrumpido con atebrina o con bisulfato de quinina, y hacer seguir inmediatamente un tratamiento enérgico por el salvarsán. Después de esto se restablecen generalmente los enfermos con mucha rapidez. Antes de la inoculación palúdica acostumbremos nosotros en nuestros pacientes una cura yodo-bismútica, de tal manera que el tratamiento de la sífilis con líquido cefalo-raquídeo positivo consiste en una cura combinada de yodo, bismuto, malaria y salvarsán. Sería ir demasiado lejos entrar a discutir la acción de la malaria. Digamos solamente que la fiebre no representa el factor curativo. ¿Cuáles son los resultados de la inoculación en la sífilis con líquido positivo? Meta de nuestro tratamiento es la negativación del líquido. Sólo con punciones ulteriores podemos juzgar del valor del método. Las cosas pasan de otra manera, por consiguiente, que en la tabes y en la parálisis, en las cuales podemos valorar la eficacia de la malaria por las mejorías o empeoramientos clínicos. Las punciones consecutivas a la cura malárica no deben hacerse muy pronto. Hay que esperar en determinados casos, como lo ha recalcado Wagner-Jauregg, hasta cuatro años, para que aparezca sano el líquido. Desde que acostumbro esperar por lo menos tres años después de la terminación del tratamiento, no he encontrado ningún fracaso de la inoculación. Todo líquido se encuentra sin excepción modificado favorablemente, a veces hasta sano. Fracasos encontramos en bebedores y en enfermos en quienes no se realizó un número suficiente de accesos. Después de una experiencia de 12 años, puedo decir hoy que la superioridad de la malario-terapia sobre todos los otros métodos de tratamiento es notoria en lo que concierne al líquido cefalo-raquídeo y, por consiguiente, a los procesos sífilíticos medulares y encefálicos. Conduce también a éxito completo donde numerosas curas de salvarsán, bismuto y mercurio habían fracasado (observaciones propias); y en casos en que el más enérgico tratamiento no había podido evitar las primeras manifestaciones *clínicas* de una neurosífilis, saneó no solamente el líquido, sino que impidió el estallido de la sífilis nerviosa. Apoyados en numerosas observaciones, nos adherimos a la conclusión de Wagner-Jauregg y Fingershan de que la inoculación del paludismo es el medio más eficaz en la profi-

laxia contra la tabes.

Una palabra todavía sobre el tratamiento del *síndrome tabético de la sífilis*. La tabes estacionaria no debe ser tratada porque existe con ello el peligro de que se exacerbe el proceso. El resultado del examen del líquido es aquí de especial importancia. En la tabes estacionaria se presentan modificaciones del líquido, pero falta la linfocitosis. Un aumento de los linfocitos habla de procesos no terminados, con inclinación a la progresión. Tales casos se prestan al establecimiento de la malarioterapia. Los escrúpulos de algunos autores contra esta terapéutica no tienen razón de ser, según nuestra experiencia. Tampoco la atrofia del nervio óptico representa una contraindicación. Esa atrofia progresa en determinados casos con tratamiento o sin él, o se estabiliza. Se observa después del tratamiento palúdico no rara vez una mejoría sorprendente del estado general del enfermo: desaparición de la ataxia, atenuación o suspensión de las crisis, mejoría de los trastornos vesicales y rectales, y, casi sin excepción, un aquietamiento de los procesos patológicos. Una *restitutio ad integrum* no debe esperarse en las enfermedades de la medula.

Se debe hablar todavía de dos cuestiones: 1º, cómo debe comportarse el médico en presencia de una lúes sin manifestaciones pero pertinazmente seropositiva. 2º, cómo ha de proceder cuando descubre accidentalmente una positividad en la sangre.

En el primer caso, el de la lúes pertinazmente seropositiva, ha habido ya necesariamente un tratamiento. ¿Debe proseguirse aunque haya sido muy abigarrado y enérgico, aunque se haya suministrado a más de salvarsán, bismuto, mercurio y hasta calomel? Primero debemos convencernos por un examen clínico profundizado de que realmente no hay en ese caso una lúes sin manifestaciones (corazón, incluso radiológicamente, piel, huesos, oídos, ojos, sistema nervioso y, ante todo, líquido cefalorraquídeo); pues, conforme a la experiencia, encontramos justamente en tales casos, no rara vez, un líquido positivo. Cuando en alguno de estos órganos se encuentran modificaciones, sirven estas mismas de norte a la conducta médica; pero también solamente ellas. La conciencia de tener "sangre impura", significa muchas veces para el paciente una carga moral. Muchos se vuelven hipocondríacos y neurasténicos, especialmente cuando se les plantea el problema del matrimonio. Pero igualmente pesado es para el enfermo tener que estar sometido por siempre al tratamiento médico.

Si echamos una mirada sobre el desarrollo de la serología en los últimos años, vemos que nos ha aportado reacciones (la lipoido-reacción de Muller, reacción de Kahn, y reacción de Meinicke), que son superiores a la reacción original de Wassermann en sensibilidad y también en duración, si hemos de considerar como superioridad esos dos hechos del mayor porcentaje de positividad, y de la mayor persistencia de la reacción. Mientras que antiguamente nos contentábamos con una reacción de Wassermann negativa para interrumpir el tratamiento, hoy encontramos la exigencia, venida de muchas fuentes, de hacer desaparecer también las otras reacciones. Muchos autores ven en la Wassermann el signo de una lúes activa. Pero de muchos miles de reacciones hemos sacado nosotros la convicción, como lo indicamos antes, de que las lipoido-reacciones no tienen nada que ver con una lúes activa; que, por consiguiente, en lo que concierne a la terapéutica, no pueden darnos una medida de su duración e intensidad; que para el tratamiento son mucho más significativos los otros factores: manifestaciones luéticas, tratamientos anteriores, corazón, sistema nervioso, ojos, oídos, y líquido cefalorraquídeo. Que las reacciones sanguíneas positivas no son ninguna prueba de la persistencia de la infección, es cosa que debe recordarse. Habrá que considerar de modo especial en la cuestión de la sífilis seropositiva la antigüedad de la misma. En una lúes reciente en el estadio de latencia precoz o tardía, deben considerarse las reacciones persistentes como seria señal de resistencia a la terapéutica, de manera que se deben temer recaídas o avances del proceso sifilítico. O se trata de una persona que quiere casarse: en este caso se debe intentar por todos los medios posibles alejar la resistencia (cambio de preparados, cura de Zittmann, piretoterapia), y tratar de obtener la negativación de la sangre, lo que se logra también casi siempre. En una lúes más antigua, que ha existido 15 y más años sin manifestaciones, son muy difíciles de modificar las reacciones. Se pueden juzgar con menos pesimismo, supuesto, naturalmente, que todos los demás datos sean negativos. Pero estos enfermos se deben hacer examinar a todo trance con intervalos regulares, clínica, serológica, y radiológicamente. Aquí tiene el médico no pocas veces que poner a contribución toda su autoridad, por una parte para convencer al enfermo de la necesidad de la observación; y por la otra, para protegerlo de graves depresiones psíquicas. Con la edad del paciente y la duración de la infección decrece la significación de las reacciones y la necesidad de una observación permanente. Si

en un enfermo ha permanecido positiva una de las reacciones 25, 30 o más años, eso no debe preocuparlo ya más.

Recuérdese que en la lúes congénita sólo en raras ocasiones se logra negativar las reacciones por el tratamiento. En tal caso tienen validez las mismas exigencias de control, observación, y ausencia de síntomas que en la lúes activa.

En estas disquisiciones se encierra ya casi la respuesta a la segunda pregunta, concerniente a la conducta que se debe adoptar en presencia de una reacción positiva descubierta por azar. Aquí se debe, en primer lugar, rebuscar un diagnóstico local por un examen clínico cuidadoso. Si se ha encontrado el asiento de la enfermedad, ésta misma da las normas para el método e intensidad del tratamiento. Una sífilis cerebral debe tratarse diferente que una lúes aórtica, o una lúes de los huesos, o una metalúes. La enfermedad misma decide si ha de emplearse yodo, salvarsán, bismuto, mercurio o malaria. En una sífilis descubierta por azar no puede pesarse lo bastante el peligro de un tratamiento inconsiderado. Representémonos solamente cuánto puede dañar a una lúes aórtica el tratamiento intensivo con grandes dosis de salvarsán en la cual, sin embargo, pequeñas dosis progresivas pueden aportar tanto bien y aquietar las lesiones; cuáles peligros todavía puede acarrear la cura malárica en una enfermedad de los vasos encefálicos, o dosis normales de salvarsán en una tabes incipiente en que el yodo, pequeñas dosis de salvarsán y, acto seguido, la malarioterapia, pueden traer un aquietamiento y hasta una mejoría. ¿Y para qué sirve el salvarsán en una parálisis incipiente que debe someterse cuanto antes a la cura malárica? En todas estas consideraciones debe atenerse el médico cuando choca accidentalmente en un paciente suyo con una sífilis. Si, a pesar de todas sus pesquisas, se encuentra con que el único dato es la reacción sanguínea positiva, entonces debe comportarse como lo expusimos al responder la primera de nuestras cuestiones.

Pero en todo tratamiento conserva su valor la regla fundamental: hay que tratar al enfermo, y no la enfermedad. Hay que sopesar siempre: las manifestaciones mórbidas, los tratamientos anteriores, la capacidad de rendimiento del organismo, y el estado psíquico.

Dr. BERING

Fiebre perniciosa

(Observaciones clínicas)

DRES. JOAQUIN ARANGO T.
Y JESUS MELGUIZO P.

FIEBRE PERNICIOSA COLERIFORME:

N. N.: negro. 30 años. Soltero. De Sopetrán.

Obrero en el Ferrocarril de Antioquia, desde hace 4 meses en la Variante de Cristalina.

Antecedentes: Vino al Hospital Central hace un mes con fiebres cotidianas. P. Vivax: positivo.

Enfermedad actual: Noviembre 9, se tuvo conocimiento en las horas de la mañana, que en Cristalina el obrero N. N. tenía una enfermedad consistente en vómito, diarrea, respiración acelerada, hipotermia y 120 pulsaciones por minuto.

En previsión de que se trataba de una perniciosa, dado lo palúdico de la región, se ordenó lo trasladaran a este Hospital y por el momento se le hiciera la siguiente medicación de urgencia:

1 gr. Formiato de quinina intramuscular

1 mg. Adrenalina

10 cc. Aceite alcanforado

500 cc. Suero glucosado,

a las 4 horas se le aplicaron 0,50 Formiato de quinina y 5 cc. Aceite alcanforado. Con esta medicación llegó al Hospital Central a las 8 p. m. del mismo día 9 en las siguientes condiciones:

pulso filiforme e incontable,

respiración rápida y superficial,

sudoración profusa,

vómito persistente de color verde,

diarrea abundante,

35° de temperatura bucal,
bazo ++ y sumamente sensible,
muy angustiado,
facies perfilada de las perniciosas coleriformes.
Hematoscopio - positivo para el P. Falciparum.
En estas condiciones se inició la medicación así:
Día 9: 9 p. m.—Coramina intramuscular.
Aceite alcanforado 5 cc.
Adrenalina 0,001 mgr.
Suero glucosado isotónico intramuscular 250 cc.
Recalentamiento artificial.
Atebrina 0,10 ctgs. endovenosa.

Con esto se obtuvo una ligerísima reacción, en cuanto al pulso se levantó un poco y la temperatura subió a 38,8°, a las pocas horas, es decir a la 1 a. m. del día 10, vuelve a decaer, se enfría de nuevo, la sudoración es muy profusa, se le aplica una ampolla de Cardiazol-Efedrina; con esto no se consiguió ninguna reacción y media hora más tarde se le aplica:

Día 10: 1½ a. m.—Suero glucosado hipertónico, 250 cc.
Adrenalina ½ mgr.
Suero glucosado isotónico, 250 cc.
Aceite alcanforado, 5 cc.

Con esto se logra hacer reaccionar nuevamente al enfermo y la temperatura sube a 37°; a las 6 a. m. del mismo día 10, se le aplica:

Día 10: 6 a. m.—Atebrina 0,10 ctgs. endovenosa.
Estricnina 0,001 mgr.
Aceite alcanforado 5 cc.

El vómito disminuye, la sudoración es menos abundante, tiene 120 pulsaciones con regular tensión y mucha angustia; se le aplica:

Día 10: 8 a. m.—Suero fisiológico, 250 cc. subcutáneo.
Suero glucosado hipertónico 250 cc.

y se le dio una poción antiemética; el enfermo sigue reaccionando, pero a las 2 p. m. se cae de nuevo la temperatura por debajo de lo normal, el pulso se hace fiiforme y por esto se le aplica:

Día 10: 2 p. m.—Ampolla de Coramina endovenosa
Atebrina de 0,10 ctgs. endovenosa

y se ordena se le repita a las 3 horas la Coramina endovenosa y 250 cc. de Suero glucosado isotónico subcutáneo.

La reacción es ya más franca, vuelve a su plena conciencia;

a las 10 de la noche del mismo día, 0,10 ctgs. Atebrina endovenosa.

El día 11 a la 1 de la mañana, se le aplica:

Día 11: 1 a. m.—Suero glucosado subcutáneo, 250 cc.

Coramina intramuscular.

A las 6 a. m., 0,10 ctgs. Atebrina endovenosa.

A las 8 a. m. un gota a gota de 1000 gr. glucosado adrenalinado y 0,001 de estriknina; el vómito apareció de nuevo en las horas de la mañana y se le repitió la poción antiemética y un saco de hielo en el epigastrio.

A las 3 p. m. 0,10 ctgs. de Atebrina endovenosa y se le repite el gota a gota.

A las 12 de la noche 0,10 ctgs. de Atebrina endovenosa, 5 cc. de Aceite alcanforado y un Campolón.

Día 12: 1 Campolón, 0,30 ctgs. de Atebrina intramuscular y una poción antiemética.

Día 13: 0,30 ctgs. Atebrina intramuscular, 20 gotas Adrenalina, 2 veces al día, y un Campolón.

Día 14: Vuelve el vómito y se le repite la poción antiemética, un Campolón y 20 gotas de Adrenalina, 2 veces al día.

De este día en adelante casi todos los síntomas desaparecen y se continúa la medicación reconstituyente.

II

N. N.: de Neiva. 32 años. Mulato. Casado.

Hace 3 meses trabaja en el Ferrocarril. Actualmente en la Variante de Cristalina.

El 10 de noviembre avisaron que estando trabajando, cayó repentinamente, no hablaba, echaba baba por la boca, tenía un pulso muy malo y 38° de temperatura. Se dio orden de que lo trasladaran rápidamente al Hospital Central, aplicándole antes una inyección de 1 gr. Formiato de quinina, así como otra de 5 cc. de aceite alcanforado y otra de 0,001 mg. de Adrenalina.

Llegó al Hospital Central a las 8 y media p. m. con los siguientes síntomas: pérdida del conocimiento, abolición de los reflejos tendinosos, dilatación pupilar con poca reacción a la luz, paresia intestinal y vesical, respiración ligeramente acelerada y buen estado general.

Temperatura: 38,2°

Pulsaciones: 80 bien timbradas

Diagnóstico clínico: fiebre perniciosa, comatosa

Hematoscopia: P. Falciparum

Tratamiento: Atebrina endovenosa 0,10 ctgs.

Bolsa de hielo permanente en la cabeza.

Noviembre 11, 4¹/₂ a. m.: Atebrina endovenosa 0,10 ctgs.

Lavado purgante del Codex.

12¹/₂ p. m.: Atebrina endovenosa 0,10 ctgrs.

9¹/₂ p. m.: Atebrina endovenosa 0,10 ctgrs.

Desde la segunda inyección de Atebrina, empezó a volver en sí, contestando aunque difícilmente a las preguntas que se le hacían y orinó espontáneamente. La mejoría siguió progresando hasta que recobró sus facultades a las 24 horas de puesta la primera inyección de Atebrina.

La medicación continuó por vía oral a razón de 0,30 ctgs. de Atebrina, repartidos en el día hasta completar la dosis total de 1,50.

Joaquín ARANGO T. — Jesús MELGUIZO P.

Evolución del *Ornithodoros Talaje*

El 28 de junio del presente año trajimos del Matadero Municipal varios ornithodoros que luego clasificamos como de la especie *Talaje* según su morfología; con la valiosa ayuda del Dr. Samuel Misas se colocaron algunos en condiciones de poder ser cultivados: fueron introducidos en un tubo de ensayo en el fondo del cual se puso una pequeña capa de arena, cubriéndolo luego con un tapón de algodón.

En dichas condiciones los animales continuaron normalmente su ciclo evolutivo y el día 16 de agosto observamos en las paredes del frasco 60 huevos dispuestos en varios acúmulos más o menos compactos; algunos días después montados unos de estos huevos en bálsamo y observados al microscopio (Placa N° 1), presentaban una forma redondeada de color amarillo sucio y un contorno simple; también podía verse dentro de él, el animal ya formado.

El día 25 del mismo mes empezaron a verificar la eclosión unas larvas exápodos bastante activas; por gran fortuna logramos que al montar unos huevos en bálsamo (Placa N° 2) quedarán aquéllas en el preciso momento de salir del cascarón.

Para continuar nuestro trabajo separámos 6 de dichas larvas en un bocal acondicionado con un pequeño trozo de papel, unos troncos de medula de saúco y tapa de corcho; en esta última acostumbrábamos poner entre días una gota de agua para darle mayor humedad al ambiente.

El día 30 colocámos los 6 animales sobre el antebrazo de uno de nosotros y a los pocos momentos todos ellos se habían fijado y empezaban a alimentarse, lo cual hicieron durante un tiempo de 25 a 30 minutos entre las 15 y 30 y las 16 horas, habiendo triplicado o aún más su volumen y adquirido un color rojo de sangre.

La picadura produjo una equimosis que duró hasta 30 días,

y a los dos días de efectuada, un prurito fuerte que desapareció más pronto. 2 días después dos de las larvas habían muerto y las cuatro restantes no quisieron alimentarse el día 5 de septiembre, entrando luego en un reposo muy notorio.

El día 9 los cuatro animales mudaron dando nacimiento a otras tantas ninfas octópodas; las mudas fueron montadas en bálsamo (Placa N° 3) y observadas al microscopio; presentaron todos los detalles de las larvas exápodas.

El 12 habían muerto dos de las ninfas no restándonos ya más que dos, las cuales no quisieron alimentarse en los días 13 y 20 que las colocamos para el efecto y sólo vinieron a hacerlo el día 27 por un tiempo de 15 minutos entre las 10 y las 10 y 15 horas. El aumento de volumen, el prurito y la equimosis fueron iguales a los producidos en la primera alimentación como también en todas las posteriores.

Después de presentar el estado de reposo anotado antes, el día 8 de octubre los dos animales sufrieron una nueva muda que fue montada al bálsamo (Placa N° 4) y que presentaba los caracteres de la ninfa octópoda.

Ocho días después intentamos alimentarlos pero no quisieron hacerlo, operación que repetimos diariamente sin resultado hasta el día 24. Este día sufrimos la pérdida de una de las ninfas y la restante se alimentó durante 15 minutos de las 15 y 25 a las 15 y 40.

De nuevo el día 6 de noviembre la ninfa sufrió otra muda, la cual se montó en glicerina (Placa N° 15).

Luis E. BOTERO J. — F. RODRIGUEZ ESTRADA

Tesis de la Facultad

ENFERMEDAD DE NICOLAS FAVRE Y REACCION DE FREI

Señor doctor

Martiniano Echeverri D.

Decano de la Facultad de Medicina.

Presente.

Luis ROLDAN, espíritu selecto que tuvo la entereza de dedicarse a preparar su grado antes de estar repuesto de las lesiones que recibió en un choque ferroviario, quiso acogerse a la modestia de mi nombre para que le apadrine su trabajo. Al aceptar gustoso su obligante deseo, cumplo con el deber reglamentario de rendir a Ud. el informe correspondiente.

Y ante todo, séame permitido decir que las desfavorables condiciones en que emprendió su obra, no fueron atenuante para mermar la calidad de su trabajo. Al contrario parece que aquella adversa circunstancia del accidente lo hubiera puesto en trance de aprovechar de una manera más completa los elementos de que disponía cuando estuvo al servicio del Instituto Profiláctico y del Ferrocarril de Antioquia.

El trabajo con que ROLDAN aspira a cancelar sus obligaciones con la Escuela, es una monografía titulada "ENFERMEDAD DE NICOLAS FAVRE-REACCION DE FREI". Tema de intrigante interés, de palpitante actualidad, objeto de constantes estudios en todos los grandes centros de venereología y motivo de recientes y sugestivas apreciaciones, la cuarta enfermedad se salió hace algún tiempo de la modesta concepción del bubón tropical para adquirir el puesto que le corresponde entre las entidades de pro. Así lo ha demostrado la reacción de Frei que ha hecho entrar dentro de los linderos de la poradenitis, afecciones que hasta hace poco tiempo eran consideradas como entidades alejadas o dependientes de otras enfermedades.

La tesis de ROLDAN es un estudio muy completo y docu-

mentado de las innumerables conquistas modernas sobre la materia. Conocedor profundo del tema, lo desarrolla con el aplomo firme y la elegante sencillez de un verdadero experto. Sus observaciones fueron seguidas escrupulosamente y las conclusiones a que llega son útiles y prácticas. Por lo demás, todo su estudio está lleno de consideraciones juiciosas, de puntos de vista personales, de sugerencias tentadoras, que lo acreditan como inquieto y original expositor. Por lo tanto considero que su tesis está ajustada a las exigencias de los reglamentos vigentes en la Facultad de Medicina sirviéndole ampliamente para adquirir el título de doctor en medicina y cirugía.

Del señor decano, respetuosamente,

Miguel MARTINEZ E.

UROGRAFIA INTRAVENOSA

Medellín, enero 26 de 1937.

Señor

Rector de la Universidad de Antioquia.

Presente.

Empezábamos a ensayar aquí el método intravenoso para radiografía del aparato urinario, cuando el señor Jesús Melguizo vino a solicitar mi dirección para emprender un estudio del procedimiento, con el objeto de escribir su tesis de grado.

Con consagración y asiduidad plausible siguió sus observaciones, estudió cuidadosamente sus enfermos y ahora presenta un estudio sobre urografía intravenosa, para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía.

Su estudio demuestra la importancia del procedimiento como ayuda eficaz en el diagnóstico de las enfermedades del aparato urinario, importancia de que hablan muy claro las observaciones seguidas por él.

Correcto, caballeroso, trabajador consagrado, inteligente y dinámico, el señor Melguizo será un médico que sabrá llenar a cabalidad las funciones que su profesión le impone.

Considero que su tesis llena perfectamente los requisitos exigidos y solicito atentamente que le sea aceptada.

Soy del señor Rector atento servidor y amigo,

Martiniano ECHEVERRI

Donativos a la Biblioteca

de la Facultad de Medicina

DR. FRANCISCO PEREZ PARRA

DUBOIS.—Les Psychoneroses—I Vol.—3^o Edición—1909.
Journal des Praticiens — Vol. de 1911.

DR. J. B. MONTOYA Y FLOREZ

Gran cantidad de ejemplares de:

“Journal de la Société des Americanistes”, de París.

Anales de la Universidad de Antioquia.

Repertorio Histórico de Medellín.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

Repertorio de Medicina y Cirugía de Bogotá.

Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de París.

Natural History.

París Chirurgical.

Revista Médica de Bogotá.

Journal de Chirurgie

y una buena cantidad de Tesis de Doctorado, cuya lista se publicará próximamente con los ficheros de la Biblioteca.

NOTA.—Se ruega a los colegas y muy especialmente a los antiguos alumnos de la Facultad, enriquecer la Biblioteca con sus trabajos personales y con las obras y revistas que no les interese conservar.

Sanidad de Medellín

(Viene de las primeras págs.)

Art. 5º—En los establecimientos de cantina se mantendrán escupideras suficientes y con una solución de formol al 1 por 100.

Art. 6º—En los establecimientos en donde se vendan comestibles y substancias alimenticias no lavables y existan para atender a los compradores varias personas, una de ellas se dedicará de una manera exclusiva a recibir el dinero, y no intervendrá por ningún motivo en el ajetreo de los artículos citados. Estos deben mantenerse en vitrinas, acondicionadas para el efecto, evitando así que se pongan en contacto con el polvo y las moscas.

Para su expendio se usarán pinzas especiales.

Art. 7º—En las tiendas y cantinas en donde sea imposible tener agua corriente, por no haber tubería del acueducto, debe el propietario proveerse de una vasija apropiada con canilla para el uso natural y acomodarse en un todo a las prescripciones antes anotadas.

Art. 8º—Tanto los propietarios como los dependientes de los establecimientos citados, se proveerán de certificado de sanidad expedido por médico graduado, que deberá hacerse registrar en la Inspección de Sanidad y el cual se renovará cada cuatro (4) meses.

Art. 9º—Las infracciones a cada una de estas disposiciones se castigarán con multas de diez a cincuenta pesos (\$ 10.00 a 50.00) moneda legal.

Art. 10.—Esta Resolución empezará a regir treinta (30) días después de su publicación y debe mantenerse fijada en lugares visibles de los mencionados establecimientos.

Sométase a la aprobación de los señores Secretario de Higiene y Asistencia Social y del Alcalde Municipal.

Medellín, septiembre 1º de 1936.

El Inspector, *Antonio J. OSPINA*. — El Secretario, *Rubén VALENCIA E.*

Aprobada.—*Jaime RESTREPO MORENO*, Alcalde Mayor.
Aprobada.—*Dr. Alberto Alvarez U.*, Subsecretario de Higiene.

RESOLUCION N° 7

Por la cual se dictan algunas medidas sobre examen de ganados, carnes y venta de éstas.

El Inspector Municipal de Sanidad, en uso de sus facultades legales, y

CONSIDERANDO:

1°—Que la carne es un producto alimenticio de gran necesidad;

2°—Que en varias ocasiones se han decomisado carnes provenientes de reses flacas, enfermas, sacrificadas clandestinamente con el fin de eludir el examen sanitario;

3°—Que muchas reses padecen lesiones y accidentes que por sí no alcanzan a hacer impropia la carne para el consumo, pero sí la hacen inferior en calidad y propiedades nutritivas, y

4°—Que se hace preciso extremar aún más el celo de los empleados que se encargan del examen y control en la venta de carnes, dictando medidas más enérgicas y eficaces que llenen los vacíos que hoy dejan las disposiciones vigentes sobre la materia,

RESUELVE:

Art. 1°—El Administrador de la Plaza de Mercado, procederá a acondicionar los puestos que sean necesarios dentro del Mercado de carnes para la venta exclusiva de las que más adelante se indicará. En cada uno de estos puestos se fijará un aviso en caracteres claros y grandes que diga: "CARNES DE CALIDAD INFERIOR". La venta en estos lugares será al detal y las carnes no podrán ser retiradas para la venta a ninguna otra parte dentro del Municipio.

Parágrafo.—Quien ponga en venta las carnes a que se refiere el artículo anterior, en lugares distintos a los que fijará el Administrador de la Plaza de Mercado, pagará una multa de cinco a cincuenta pesos (\$ 5.00 a 50.00) por la primera vez y el doble en caso de reincidencia.

Art. 2°—Los ganados vacunos, porcinos, caprinos, ovinos, etc., que se destinen al consumo público, serán acorralados en el Matadero la víspera del sacrificio. Por ningún motivo, a menos que se trate de accidente grave, se permitirá el sacrificio de los ganados no acorralados la víspera.

Art. 3º—Las reses flacas, sean novillos, bueyes, toros, torunos, terneros, terneras o vacas serán rechazadas y retiradas del Matadero y no se permitirá su sacrificio en ningún lugar del Municipio. Si además de flaca la res estuviere enferma, no podrá retirarse del Matadero sin autorización del Jefe de Inspección Sanitaria y mediante fianza otorgada ante la Inspección de Sanidad garantizando el no sacrificio de ellas. En forma igual se procederá con el ganado porcino, caprino, etc.

Art. 4º—Las reses despeadas, estropeadas, hambrientas, de vientre contraído por la falta de alimentos, que generalmente son retiradas de las partidas de ganado reputados en feria como ganado flaco, y que, debido al estropeamiento no pueden ir con facilidad al potrero, serán rechazadas para el sacrificio. Estas reses podrán retirarse del Matadero mediante fianza otorgada ante la Inspección de Sanidad (Sección de Zootecnia), para garantizar el no sacrificio de ellas.

Art. 5º—Toda res o cerdo etc., que sufra en accidente una

GLUCALCION

Gluconato de Calcio Granulado

Recalcificante en el embarazo, la lactancia, el crecimiento, los trastornos de la dentición, la tuberculosis, el raquitismo, la escrofulosis.

Hemostático en las hemorragias de causas variadas: genitales, hemoptisis, hematemesis, melenas, púrpuras, epistaxis, etc.

Desequilibrio Vago-simpático, enfermedad de Basedow, urticarias, trastornos de la menopausa.

Ciertas dermatosis: Eczema, pruritos, etc.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín—Barranquilla

Colombia

lesión grave como fractura, luxación, cortada, punción, etc., podrá sacrificarse el mismo día de sufrido, siempre que no esté febril. Si el Servicio de Inspección de Carnes autoriza su consumo, sólo podrá venderse en el lugar destinado en la Plaza de Mercado Público, para carnes de inferior calidad.

Art. 6º—Las carnes provenientes de reses o cerdos, que en el momento de practicar el examen post-mortem resultaren afectadas por lesiones traumáticas extensas que imponga el decomiso de gran parte de ellas, si su consumo es autorizado por el Servicio Sanitario de Carnes, sólo podrán venderse en la Plaza de Mercado Público como carnes de inferior calidad.

Art. 7º—Toda res o cerdo, etc., que deje de existir por enfermedad dentro del Matadero o fuera de él, será incinerada y por consiguiente no podrá utilizarse ni su piel ni sus grasas.

Art. 8º—Toda res o cerdo, etc., que se sacrifique de urgencia debido a accidente o por temor de que muera de asfixia, etc., si su consumo es autorizado por el Servicio Sanitario, sólo podrá

L I M O - L A X

Purgante que se toma

como si fuese una de-

liciosa limonada

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

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

C o l o m b i a

venderse al detal como carne de inferior calidad en la Plaza de Mercado Público.

Art. 9º.—Los ganados de la especie bovina, porcina, ovina o caprina, etc., que hayan sido destinados a la reproducción, solamente podrán sacrificarse y darse al consumo cuando estén bien nutridos y en estado aceptable de gordura.

Art. 10.—Las carnes impregnadas de olor y sabor repugnantes como los producidos por ciertas drogas y plantas como el éter, el anamú, etc., serán decomisadas. Igual procedimiento se usará con los criptórcidos de la especie porcina, caprina u ovina.

Art. 11.—Toda res o cerdo, etc., afectada por cisticercosis, psorospermosis, triquinosis, etc., sea cual fuere la cantidad y estado de los quistes y larvas, incluso en los períodos de caseificación y calcificación, será decomisada y solamente podrán utilizarse las grasas fundidas en el mismo Matadero Público, para lo cual el Municipio procederá a efectuar la instalación requerida.

Art. 12.—Las reses muertas en lidia serán decomisadas a excepción de las pieles y grasas, previo examen del Servicio Sanitario de Carnes.

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

Art. 13.—Las reses y cerdos, etc., llegados a la ciudad en los primeros días de la semana y destinados a la feria del miércoles no podrán sacrificarse antes del sábado siguiente salvo algún accidente, que hayan llenado los requisitos que establece la Ordenanza N° 21 de 1936 o después de un riguroso examen sanitario que dé la certeza de que el estado de salud de los animales no ofrece peligro alguno al consumidor.

Art. 14.—Las reses que han de sacrificarse para el consumo serán depositadas en mangas o prados provistos de abundante pasto natural y con suficiente agua potable.

Art. 15.—Los cerdos destinados al sacrificio para consumo, serán depositados en corrales construídos higiénicamente, provistos de agua potable abundante, bañeras apropiadas y deben ser alimentados convenientemente.

Parágrafo.—El incumplimiento de las disposiciones contenidas en los dos artículos anteriores a más de las sanciones establecidas en la presente Resolución, obliga al encargado del Matadero y a los Jefes de Inspección Sanitaria a no permitir el sacrificio de tales animales.

VITAEMULSION

Alimento-Medicina

Vitaminas, Lecitinas, 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

Art. 16.—Toda res que al sacrificarse produzca menos de veinticinco (25) libras de sebo, será vendida como carne de inferior calidad en la Plaza de Mercado.

Art. 17.—Queda terminantemente prohibido el sacrificio de las hembras en estado de gestación manifiesta, salvo permiso especial escrito expedido por el Jefe del Servicio Sanitario, quien al hacerlo, indicará las circunstancias especiales tenidas en cuenta para autorizar el sacrificio y determinará también en dicho permiso que las carnes de tales reses sólo podrán ser ofrecidas al consumo público como de inferior calidad. Las violaciones al presente artículo serán castigadas con multas de cinco a cincuenta pesos (\$ 5.00 a 50.00).

Art. 18.—Las reses afectadas por huequera y otras enfermedades semejantes, serán dejadas en cuarentena hasta que termine completamente la curación y estén nuevamente en condiciones de darse al consumo.

Art. 19.—Quien ponga en venta o almacene carnes de res, cerdo, etc., sin previo examen y autorización del Servicio de Ins-

UROSALINA

Sal Hepática efervescente de
solubilidad completa y rápida

FORMULA:

Cada cucharada contiene:	
Sulfato de Magnesia	3.750
Fosfato neutro de Sgda	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

pección Sanitaria de Carnes o la expendia en lugar diferente al que le corresponde según la clasificación de la presente Resolución, incurrirá en multas de cinco a cincuenta pesos (\$ 5.00 a 50.00) y del doble en caso de reincidencia.

Art. 20.—El Jefe del Servicio de Inspección de Carnes dará aviso inmediato a la Inspección de Sanidad (Sección de Zootecnia) del número de reses y cerdos clasificados como carne inferior, para poder hacer la fiscalización conveniente y oportuna de su venta.

Art. 21.—Las carnes foráneas y las preparadas como jamones y embutidos que lleguen de otros lugares al Municipio, serán sometidas al examen del Servicio de Inspección Sanitaria de Carnes y su venta sólo podrá hacerse en la Plaza de Mercado en lugar especial que fijará el Administrador y con letrero grande y claro que diga: "CARNES FORANEAS".

Art. 22.—La venta de los jamones y embutidos fabricados dentro del Municipio y que se ofrezcan al consumo público sólo podrá hacerse en expendios debidamente autorizados por la Inspección de Sanidad previa solicitud del interesado y acondicionamiento de lugar a prueba de moscas y a temperaturas bajo

O V A R I O G E N

enfermedades de la mujer

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

Ovariogen es un preparado de indicaciones precisas en la Congestión Uterina Primaria 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

cero.

Art. 23.—El incumplimiento de los artículos anteriores, así como de cualquiera de los que componen la presente Resolución, será castigado con multas de cinco a cincuenta pesos (\$ 5.00 a 50.00) y el doble en casos de reincidencia.

Art. 24.—Toda persona a quien se le compruebe que directa o indirectamente beneficie cadáveres de animales muertos por enfermedad o accidente, sea para el consumo o para utilizar sus pieles o grasas, pagará una multa de uno a cincuenta pesos (\$ 1.00 a 50.00) convertibles en arresto según la gravedad del caso.

Art. 25.—Esta Resolución regirá treinta días después de su publicación.

Pase al Sr. Secretario de Higiene y Asistencia Social y al Sr. Alcalde Municipal para su aprobación.

Medellín, octubre 16 de 1936.

El Inspector de Sanidad, *Antonio J. OSPINA*.—El Secretario, *Eduardo Villegas*.

Aprobada.—*Ernesto Uribe C.*, Director Deptal. de Higiene.

Aprobada.—*Jaime Restrepo M.*, Alcalde Mayor.

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

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