

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 IV No. 2 Noviembre de 1937 No. 38

COMITE DE REDACCION

DOCTORES

ALONSO RESTREPO

HERNAN POSADA

JOAQUIN ARISTIZABAL

DANIEL CORREA

Correspondencia y canjes:

"BOLETIN CLINICO"

Apartado 205 - Medellín - Antioquia -
Rep. de Colombia.

Tarifa red. en el Serv. Post. Interior.—
Registro N° 152.

Editado y distribuido por cuenta de los
LABORATORIOS URIBE ANGEL.

TIRAJE: 3.000 EJEMPLARES.

CONTENIDO

Dr. Alfredo CORREA HENAO.

CORREA HENAO Alfredo — Fiebre Amarilla.

HERRERO Alonso — Los excesos del estadiamo y las responsabilidades de la medicina.

Biblioteca de la Facultad.

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 — Cali

Colombia

Biblioteca de la Facultad de Medicina

COLECCION DE TESIS DE DOCTORADO

- Calle Miguel M.—Del Suero Artificial.—Medellín.—1900. XXIII/16
- Mejía O. Gabriel.—Del Prostatismo y su tratamiento racional. Bogotá.—1906. XXIV/1
- Giraldo José J.—Necesidad de la asistencia médica en los partos. Bogotá.—1906. XXIV/8
- Zuluaga Baudilio.—Esterilidad. Sus principales causas.—Bogotá.—1906. XXIV/3
- Duque Pedro A.—De la Disenteria Crónica y su tratamiento por la Santonina Amarilla.—Bogotá.—1908. XXIV/4
- Estrada S. Ernesto.—El Hecilo de Wechs y los conjuntivitis contagiosas.—Bogotá.—1908. XXIV/5
- Bárcenas Eduardo.—Contribución al estudio del tratamiento profiláctico de la Eclampsia Puerperal.—Bogotá.—1908. XXIV/6
- Del Valle Rafael.—Aloxi. Observaciones sobre su valor terapéutico.

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:

HEMOSTÁTICO: en toda clase de Hemorragias.
DECLORURANTE y DIURÉTICO: en las Nefritis hidropígenas, Edemas y Ascitis de origen circulatorio.
RECALCIFICANTE: En el Embarazo, la Lactancia, el Crecimiento y la Raquimofilia.
ANTI-ANAFILÁCTICO: en la Urticaria y los Accidentes Bérlicos.

LABORATORIOS URIBE ANGEL
Medellín — Barranquilla — Cali
Colombia

- tico en la Sífilis.—Bogotá.—1908. XXIV/7
- Gómez A. Enrique—La Raquicocainización.—Bogotá.—1902. XXIV/8
- Llano Juan C.—Morfinomanía.—Medellín.—1900. XXIV/9
- Uribe José Ignacio—Las inyecciones epidurales y algunas de sus aplicaciones terapéuticas.—Bogotá.—1906. XXIV/10
- Lloreda G. Alfonso—Valor diagnóstico del examen de los Derrames Pleuríticos.—Bogotá.—1908. XXIV/11
- Cuéllar Durán Miguel A.—La Oftalmía de la Hoya del Magdalena y su tratamiento.—Bogotá.—1909. XXIV/12
- Wills P. Guillermo—Contribución al tratamiento de la Sífilis. Bogotá.—1906. XXIV/13
- Arango F. Dionisio—Neuritis leprosas y su tratamiento quirúrgico por la neurotenia.—Bogotá.—1909. XXIV/14
- Solano A. Nicolás—Tuberculosis en Colombia. Etiología y Profilaxia.—Bogotá.—1909. XXIV/15
- Rueda Jorge E.—Contribución al estudio del Paludismo en Colombia.—Bogotá.—1907. XXIV/16
- Salcedo Luis—La Stovainización del Raquis.—Bogotá.—1908. XXV/1

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 — Cali

Colombia

- Arbeláez Miguel—Oftalmía Purulenta de los recién nacidos.—
Bogotá.—1906. XXV/2
- Sarmiento Ll. Rafael—Placenta previa.—Bogotá.—1904. XXV/3
- Barreto R. Mario—Del Reumatismo articular agudo en las Zo-
nas Tropicales.—Bogotá.—1904. XXV/5
- Betancourt A. Rafael—Profilaxis del Paludismo.—Bogotá.—1904. XXV/6
- Pérez Rafael E.—Contribución al estudio de la Hepatitis Supu-
rada en las zonas tropicales.—Bogotá.—1906. XXV/7
- Holguín Ernesto—La Histerectomía Vaginal en Bogotá.—Bo-
gotá.—1906. XXV/8
- Forero Arcadio.—La Terapéutica y la Cirugía en las embara-
zadas.—Bogotá.—1905. XXV/9
- Rengifo O. Rafael—Gangrena espontánea de las extremidades
por endarteritis obliterante crónica progresiva.—Bogo-
tá.—1905. XXV/10
- Giraldo S. Alejandro—La constipación en el niño de pecho.—
Bogotá.—1906. XXV/11
- Moreno D. Juan—Tiroidectomía y sus resultados en Bogotá.—

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.

Medellín — Barranquilla — Cali
Colombia

- Bogotá.—1907. XXV/12
- Casas Bernardo R.—Contribución al estudio sobre las causas de mortalidad infantil en los dos primeros años.—Bogotá.—1907. XXV/13
- Suárez José I.—Estudio sobre las funciones útero-ováricas.—Bogotá.—1909. XXV/14
- Cárdenas José del C.—Úlcera simple de la pierna. Injertos de Ollier-Thiersch y Zoo-Injertos.—Bogotá.—1907. XXV/15
- Peláez L. Eduardo—Neuritis Ópticas Periféricas.—Bogotá.—1908. XXV/16
- Rivera Salvador—El Método de Bier en las Flegmasias agudas del seno.—Bogotá.—1910. XXV/17
- Delgado Lenis Daniel—Estrecheces de la Uretra y su tratamiento.—Bogotá.—1909. XXV/18
- Leyva P. Lisandro—Profilaxis del Paludismo y de la Fiebre Amarilla.—Bogotá.—1910. XXV/19
- Jaramillo G. Ramón—La Coleciatonia y los estados melancólicos. Estudio por el tubaje duodenal.—Medellín.—1930. XXVI/1

SAL DE FRUTAS

Uribe Angel

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

No se altera.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia

- Cómez Juan B.—Diversos tratamientos del Chancro Blando y sus complicaciones. Dmoleoterapia.—Medellín.—1930. XXVI/3
- Misas R. Samuel—Apuntes sobre Colesterinemia Normal y Patológica.—Medellín.—1930. XXVI/3
- Arango E. Ernesto—Diagnóstico Biológico de la gestación. (Endocrinología del embarazo y reacción de Aschman-Zondek).—Medellín.—1932. XXVI/4
- Alvarez O. Jesús—Campaña contra la Anquilostomiasis en Antioquia.—Medellín.—1933. XXVI/5
- Mejía Irujo Alfonso—El asma bronquial y su autovacuoterapia.—Medellín.—1932. XXVI/6
- Vélez S. Carlos—Tuberculosis genital de la mujer.—Medellín.—1933. XXVI/7
- Castro Duque Jorge—Lyma. Estudio sobre una epidemia en Antioquia.—Medellín.—1933. XXVI/8
- Botero L. Aristóbulo—Reumatismo articular agudo en relación con el clima y la humedad.—Medellín.—1933. XXVI/9

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 — Cali

Colombia

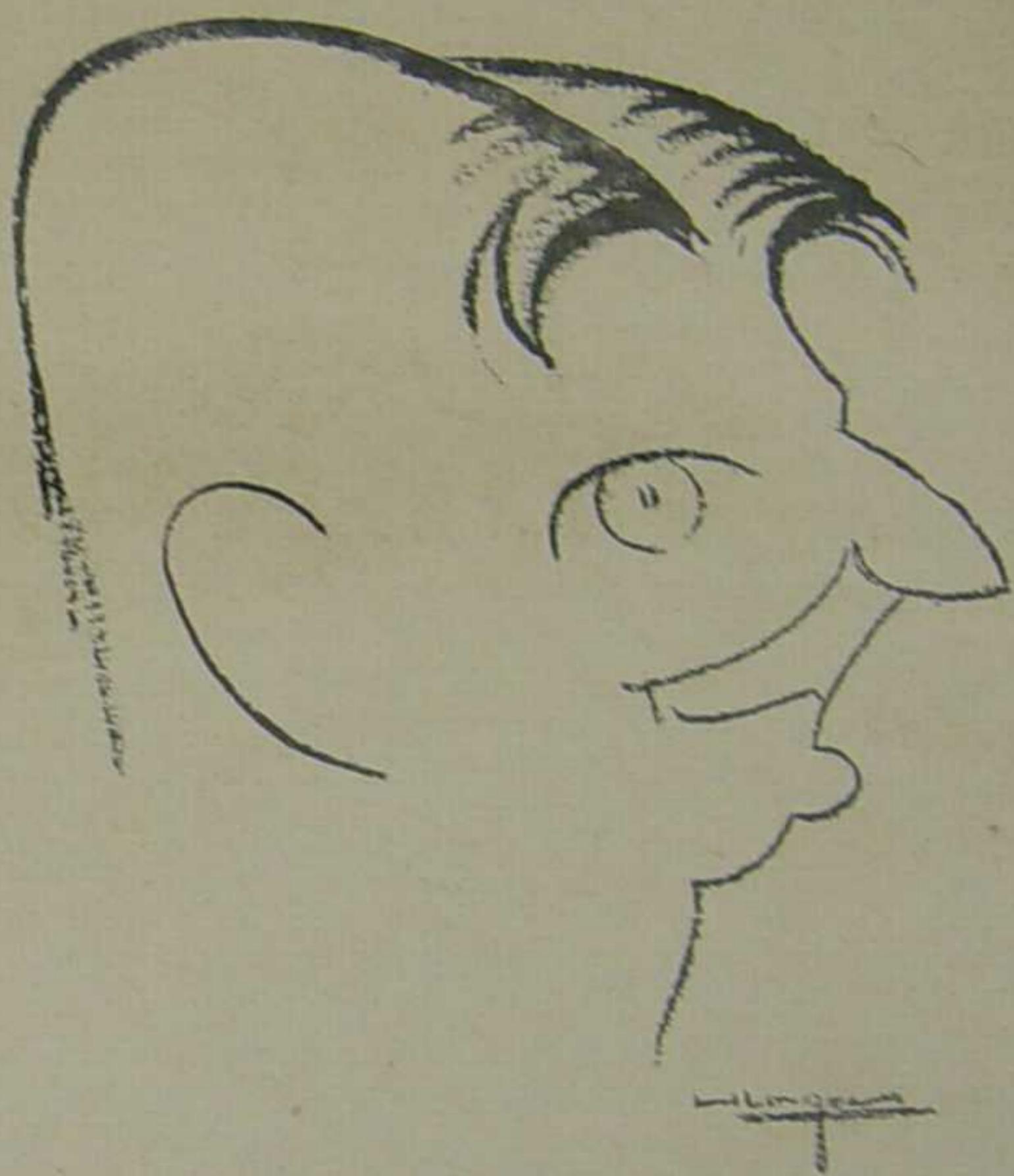
- Peláez Montoya Gabriel—La prueba funcional de la Sulfofenolptaleína. Algunas de sus aplicaciones clínicas.—Medellín.—1934. XXVII/1
- Mejía Ruiz Enrique—Sífilis y líquido cefalo-raquídeo.—Medellín.—1934. XXVII/2
- Arbeláez Juan de J.—Infección puerperal y su tratamiento. Medellín.—1934. XXVII/3
- Paz Vieira Aristides—Insuficiencia de la ración alimenticia del obrero en Cartagena.—Medellín.—1935. XXVII/4
- Ceballos Rafael—La Atebrina y el estado actual del tratamiento del Paludismo.—Medellín.—1935. XXVII/5
- Barrientos Marco A.—Mastoiditis.—Medellín.—1936. XXVII/6
- Quijano V. Juan Antonio—La Lepra en Colombia.—Paris.—1936. XXVII/7

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



DR. ALFREDO CORREA HENAO
(De la Universidad de Antioquia)

Fiebre Amarilla

Al Prof. Gabriel Toro Villa,
respetuosamente. — A. C. H.

En los últimos tiempos pocas entidades patológicas han evolucionado tan trascendentalmente como la fiebre amarilla, por la adquisición de hechos que han dado a la enfermedad un aspecto distinto, como si fuera una nueva entidad. Estos datos modernos modifican o complementan los antiguos en la etiología, la epidemiología y la patogenia y han aportado seguros y eficaces procedimientos para el diagnóstico y la profilaxia.

Un estudio somero de esta entidad, entre nosotros, quiero hacer para BOLETIN CLINICO, exponiendo algunos de los más importantes conceptos modernos, aprendidos durante mi permanencia en el Servicio de Fiebre Amarilla de Colombia. (*)

DEFINICION: La fiebre amarilla es una enfermedad aguda, endemo-epidémica, no contagiosa directamente, inmunizante, sin una característica clínica constante y producida por un virus filtrable.

EPIDEMIOLOGIA

Hasta hace muy poco tiempo la epidemiología de la fiebre amarilla estaba basada únicamente en las nociones sencillas de que era una enfermedad urbana y siempre ligada a la existencia del *Aedes aegypti*, de cuya extinción rigurosa dependía, en los focos endémicos, la lucha contra la enfermedad. Esta regla de epidemiología, aplicada a las poblaciones dio en un principio, al parecer, los resultados apetecidos, e hizo pensar en el posible exterminio del mal en los países que assolaba periódicamente. Pero hubo en algunas regiones tropicales sitios donde una lucha es-

(*) Como médico epidemiólogo de la Sección de Estudios Especiales, cooperativa entre el Depto. Nal. de Higiene de Colombia y la División Internacional de Sanidad de la Fundación Rockefeller.

tricta contra el *Aedes aegypti* no rindió el efecto buscado, y, como dice el Dr. Soper, la enfermedad se negó a desaparecer. Esta dificultad encontrada hizo renacer de nuevo el interés en los investigadores, y hoy, gracias a sus estudios, se tiene un concepto epidemiológico en general y una distribución geográfica en particular, completamente distintos de los antiguos, ya por haberse esparcido más en los lugares endémicos con manifestaciones clínicas poco características, o por aparecer en zonas donde la ausencia del *Aedes aegypti* no permitía pensar en ella.

Para el estudio epidemiológico de la fiebre amarilla se cuenta hoy con tres métodos de Laboratorio, cada uno eficaz, pero que se complementan entre sí: LA PRUEBA DE PROTECCION, EL SERVICIO DE VISCEROTOMIA y EL AISLAMIENTO DEL VIRUS.

LA PRUEBA DE PROTECCION (*Protection test*) es un método experimental que actualmente indica un seguro derrote-ro para orientar las investigaciones, y con el cual es posible diagnosticar epidemias anteriores, limitar zonas endémicas o sospechosas, y, en las epidemias actuales, comprobar el diagnóstico de los casos no mortales.

La prueba de protección descubierta por los médicos Stokes, Bawer y Judson, de la fundación Rockefeller, quienes comprobaron que un mono (*Macacus rhesus*) es receptivo al virus de la fiebre amarilla y susceptible de contraer la enfermedad, con francas manifestaciones clínicas y patológicas. Este descubrimiento abrió un extraordinario período experimental, antes muy restringido, por ser el hombre el único receptor conocido.

Beerwkes, Bawer y Mahaffy experimentaron la protección del mono contra la fiebre amarilla por inyección de suero humano de convalecientes, para una dosis mortal de virus amarílico, y aún más esa protección fue posible con suero de individuos que hubieran tenido la fiebre en alguna época de su vida. Sawyer encontró sueros protectores de personas que 78 años antes habían padecido fiebre amarilla.

El fundamento biológico del experimento es el hecho de que la fiebre amarilla, como enfermedad inmunizante *per vitam*, deja en el organismo anticuerpos específicos que destruyen el antígeno que los produjeron, y en este caso particular, el virus amarílico. Por consiguiente, si al mamaco se le inyecta una mezcla del virus y un suero humano en estudio, la muerte o la supervivencia será el resultado; si el animal muere, obró el virus amarílico sin ningún impedimento; si sobrevive, el virus fue destruí-

do o inactivado por los cuerpos inmunizantes que se encontraron en el suero humano en experiencia. En este caso la prueba de protección es positiva, es decir, que el suero humano por sus inmunocuerpos adquiridos en infección anterior es capaz de proteger a un mono contra una dosis mortal de virus.

La inmunidad sólo se adquiere por la enfermedad y dura toda la vida o por la vacunación, método que actualmente está en estudio. No hay inmunidad hereditaria. Otras enfermedades como la fiebre biliosa hemoglobinúrica, las ictericias infecciosas, con las cuales se ha confundido la fiebre amarilla, dan prueba de protección negativa, y hoy parece comprobada la especificidad del método.

Los últimos autores citados emplearon la prueba de protección en la determinación y limitación de zonas sospechosas; pero por el empleo de monos se hizo muy costosa la investigación, hasta que Theiler de la Universidad de Harvard, demostró la susceptibilidad de los ratoncitos blancos al virus de la fiebre amarilla y su aptitud para la prueba de protección en ellos. Sawyer y Lloyd perfeccionaron la técnica y actualmente consiste en la inyección de una mezcla de virus y del Suero que se investiga en la cavidad peritoneal de seis ratones; simultáneamente se les inyecta intracerebralmente una solución estéril de almidón, a fin de producir un *locus minor resistentie*, para que el virus se fije ahí, produciendo una encefalitis amarillica mortal, si el suero en estudio no tiene anticuerpos inmunizantes que destruyan el virus, porque cuando los posee, los ratones sobreviven protegidos por el suero.

Con el empleo de los ratones blancos se emprendieron numerosas investigaciones de campo y actualmente se continúan, dando todo ello por resultado el nuevo conocimiento de la extensión de la fiebre amarilla más de lo que comúnmente se creía, encontrándose lugares donde ha existido y que por meras sospechas clínicas era imposible identificarla.

Una prueba de protección positiva indica que la persona examinada ha sufrido fiebre amarilla en una época anterior al examen, pero nada dice cuanta es esta anterioridad, es el mismo caso de una reacción de Widal positiva; pero en la recolección de sangres en una localidad hecha en grupos de personas, representativos de todas las edades, de un año en adelante, es posible obtener con grande aproximación el tiempo de la última epidemia o si es endémica. Estos exámenes hay que hacerlos en raizales que no hayan dejado la localidad, para evitar el examen de

personas que posiblemente hubieran contraído la enfermedad durante sus ausencias lo que falsearía el resultado.

Así, la prueba de protección, sirve para limitar zonas de endemicidad con una certeza absoluta, y aporta valiosos informes sobre la incidencia y la distribución de la fiebre amarilla.

A más de esto, la prueba de protección tiene una aplicación de alto valor por la precisión y oportunidad en los casos sospechosos que se atienden personalmente desde los primeros días, ya que en ellos no hay anticuerpos en los tres primeros días de fiebre y dan prueba de protección negativa; pero del sexto al séptimo día en adelante la prueba es positiva; de manera que si en el período de dos exámenes, negativo el primero y positivo el segundo, se han desarrollado anticuerpos que protegen al ratón contra el virus amarílico, es porque el enfermo tuvo en ese período una fiebre amarilla.

En Colombia actualmente se aplica este método para delimitar los lugares más sospechosos.

VISCEROTOMIA.—Es éste otro método empleado en el estudio epidemiológico de la fiebre amarilla por medio del examen histológico, *post-mortem*, del hígado, ya que el virus amarílico produce en él alteraciones celulares características. La idea y la realización de este procedimiento se debe a la Fundación Rockefeller, y consiste en la recolección sistemática de muestras de hígado de cadáveres de individuos víctimas de enfermedades que evolucionen en menos de diez días, para hacer un diagnóstico microscópico.

El Dr. Ricard ideó un aparato con este fin, de fácil manejo, llamado **VISCEROTOMO**, con el cual, por una simple punción, se obtienen fragmentos de hígado sin necesidad de necropsia.

El examen de estos especímenes hepáticos, tomados en las condiciones anotadas revelan la existencia de "focos silenciosos" en actividad y por esto el servicio de viscerotomía se establece en los lugares donde hay indicios de epidemias anteriores, donde se presume, por las condiciones geográficas que pueda existir, o donde la investigación por la prueba de protección permita asegurar en alguna época la existencia de la enfermedad. Por este procedimiento se reveló, entre otras, una epidemia en Medina (Cundinamarca, Colombia), a fines de 1936, y que tuve la oportunidad de presenciar.

En Colombia funcionan numerosos puestos de viscerotomía en regiones donde se ha comprobado la fiebre y en donde hay sospechas de que pueda presentarse. Su práctica está debidamen-

te legalizada por el Decreto 1.750 de 1934, el cual aprueba la Resolución N° 139 del Depto. Nal. de Higiene, y en esa época a cargo del Dr. Luis Patiño Camargo.

AISLAMIENTO DEL VIRUS.—Por último otra técnica precisa y valiosa en la epidemiología de la fiebre amarilla, es la del aislamiento de cepas de virus de la sangre de los enfermos por medio de la inoculación de su suero a un animal receptivo; el *Macacus rhesus* fue usado en un principio con este fin, y hoy se usan ratoncitos blancos. A lotes de 10 a 20 de estos animalitos se les inyecta intracerebralmente 0,03 c. c. de suero sanguíneo, de un caso sospechoso en los cuatro o cinco primeros días de la enfermedad. Si el virus está en la sangre circulante del enfermo, algunos ratoncitos se enferman con síntomas de una encefalitis específica. Sus cerebros son sometidos a diversas manipulaciones (trituration, emulsión y desecación consecutivas) que dan un producto sólido de color amarillo que se conserva en el vacío indefinidamente. Con estas cepas de virus así aisladas se hacen pruebas de su especificidad en el macacus, buscando las reacciones patológicas e inmunológicas en él.

En Colombia se han obtenido así varias cepas de virus; en la Intendencia del Meta por el Dr. Jorge Boshell Manrique y el que esto escribe, y en Muzo (Boyacá) por el Dr. Manuel Roca García.

Estos tres grandes progresos han permitido hacer un diagnóstico seguro, en las formas frustradas, desprovistas de apoyo clínico, realizando así una nueva era en la epidemiología de la fiebre amarilla, con la cual se ha demostrado estar más extendida de lo que comúnmente se creyó, y aún más, se ha comprobado en donde antes era imposible pensar en ella, por la ausencia del *Aedes aegypti*, como ocurre con la fiebre amarilla selvática, donde hay otro transmisor distinto.

AGENTE PATOGENO.—En muchas obras recientes aún se citan agentes de diversa naturaleza, a los cuales, distintos autores, han atribuido el papel de producir la fiebre amarilla. Entre estos trabajos al que más importancia y crédito se le concedió, durante mucho tiempo, fue al de Hideyo Noguchi, y que actualmente se recuerda, dada la eminencia de este sabio. En sus estudios (1918-1921) afirmó haber descubierto que el agente patógeno de la fiebre amarilla era la *Leptospira icteroides*; hoy parece que este micro-organismo sea la misma *Leptospira icterohemorrágica*, y que los casos en que Noguchi aisló su germen no fueron de fiebre amarilla sino de enfermedad de Weil.

La Comisión americana (1900), entre sus conclusiones, constató que el agente patógeno de la fiebre amarilla era un microbio invisible y capaz de atravesar los filtros de porcelana. Esta noción es exacta y hoy se tiene demostrado que el agente responsable de la fiebre amarilla es un virus filtrable; es decir, una sustancia química de naturaleza proteica, con habilidad para atravesar los filtros que retienen las más finas bacterias, incapaz de crecer en los medios de cultivo usuales y apto para vivir desecado, a bajas temperaturas y en el vacío. Se puede multiplicar en contacto con cultivos tisulares, como embrión de ratón o de pollo.

El tamaño de la molécula proteica varía según la naturaleza de los virus, y esto ha servido para hacer una clasificación de ellos, valiéndose de la filtración a través de membranas de colodión, de porosidad determinada en milésimas de micra. Hay también, con este fin, un delicado procedimiento de centrifugación en una ultracentrífuga.

El virus de la fiebre amarilla circula en la sangre antes de aparecer la fiebre (Dr. Soper), y en los tres o cuatro primeros días iniciales, luego se localiza especialmente en el hígado merced a su viscerotropismo positivo. Este tropismo se le ha logrado cambiar en neurotropismo, por sucesivos pases intraperitoneales en ratones, a los que previamente a la inyección de virus se les ha irritado el cerebro con el fin de que el virus se localice en él; obteniéndose así una cepa neurotrópica que es usada en la vacunación.

FIEBRE AMARILLA SIN AEADES AEGYPTI

El papel del *Aedes aegypti* (*Stegomyia fasciata*, *S. Calopus*) como vector de la fiebre amarilla fue vislumbrado y establecido por el médico cubano Carlos Finlay en 1881. En 1900 la memorable Comisión Americana, integrada por los médicos Reed, Carroll, Agramonte y Lazear, estudiaron admirablemente, en Cuba, una epidemia y entre sus importantes conclusiones, se encuentra la de que el agente trasmisor de la fiebre amarilla es el *Stegomyia fasciata*, y cuya destrucción u obstaculización a la picadura de enfermos daría por resultado la extinción de la enfermedad.

Esta opinión clásica fue tenida como absoluta y sirvió de base a la lucha profiláctica durante muchos años; pero a pesar del esfuerzo intenso en este sentido las epidemias no desaparecieron en algunas regiones, como en el Valle de Chanaan, en el Brasil, donde en 1932 encontraron el Dr. Soper y sus colabora-

dores (*) una epidemia rural de fiebre amarilla comprobada por el examen histológico del hígado de los casos fatales y por el aislamiento del virus, todo esto en la ausencia completa del *Aedes aegypti*.

En 1933 los Dres. Kerr y Patiño Camargo publicaron en Colombia interesantes resultados de un estudio epidemiológico realizado en Muzo y en parte de los Departamentos de Santander (**). Entre sus conclusiones se hallan tan importantes como ésta, a pesar de no hallar *Aedes aegypti* en Muzo: "La fiebre amarilla ha sido endémica en las zonas rurales de Muzo. La enfermedad ha sido endémica en la región de Santander. La enfermedad no se ha mantenido en las poblaciones, sino que parece probablemente endémica en las zonas rurales. Es prudente considerar a la región de Santander como un foco peligroso de la fiebre amarilla". Estas conclusiones un poco avanzadas en esos días están hoy plenamente demostradas por los estudios ulteriores en dichas regiones.

Los estudios hechos en Muzo tienen un grande interés en la epidemiología de la fiebre amarilla. En 1907 los doctores Roberto Franco, Jorge Martínez Santamaría y Gabriel Toro Villa (***) estudiaron una epidemia que calificaron de fiebre amarilla y de fiebre recurrente, concluyendo que las dos entidades existen en la región en estado endémico y que se despiertan por la frecuente llegada de individuos receptivos. Este meritorio informe es una obra clásica en la Medicina Nacional y su conclusión ha quedado confirmada por los estudios de Kerr y Patiño Camargo, y últimamente por los del Servicio de Fiebre Amarilla que funciona en Muzo, y donde el Dr. Manuel Roca García ha hecho interesantes estudios clínicos y epidemiológicos, con aislamiento del virus, durante varias epidemias que ha atendido, todas en ausencia completa del *Aedes aegypti*.

Es de interés recordar que después de la comisión que visitó a Muzo en 1907, cuatro comisiones distintas, compuestas de emi-

(*) Soper, Fred L., Penna, H. Cardoso, E. Serafim, J. Profisher, M. y Pinheiro J.—"Yellow Fever without *Aedes aegypti*" 1932. A. Jour. Hyg.—Vol. 18, N° 3.

(**) "Investigaciones sobre fiebre amarilla en Muzo y Santander" por los doctores J. A. Kerr y Luis Patiño Camargo. Revista de Higiene. Vol. II. N° 3. Bogotá. 1933.

(***) Franco R., Martínez Santamaría J., Toro Villa G.—Fiebre Amarilla y Fiebre espiroquetal.—Academia Nacional de Medicina. Sesiones científicas del Centenario. 1911. Bogotá, Colombia.

nentes médicos, negaron la fiebre amarilla de Muzo, basándose en la ausencia del *Aedes aegypti*.

En los Llanos Orientales (Restrepo, Acacias, Villavicencio y Medina) hemos estudiado en asocio del Dr. Jorge Boshell Manrique cuatro brotes epidémicos comprobados por el laboratorio, y en dichos lugares no se ha logrado encontrar el *Aedes aegypti*, después de intensos estudios entomológicos.

Desde 1928 se ha investigado la posible trasmisión del virus amarílico por varios hematófagos pertenecientes a especies distintas del *Aedes aegypti*, y se han reconocido como eficaces trasmisores el *Aedes scapularis*, *A. fluviatilis*, *A. taeniorrhynchus*, el *Psorophora ferox* y el *Culex quinquefasciatus*. En la epidemia del Valle de Chanaan fue incriminado el *A. Scapularis* como el vector más probable.

CONDICIONES GEOGRAFICAS

La fiebre amarilla urbana es bien conocida entre nosotros y desde los tiempos de la conquista, figuran en las crónicas epidemias de gran letalidad, en las cuales se extinguieron centros poblados de alguna importancia, especialmente en los litorales marítimos. Esta fiebre, como es sabido, se trasmite con el concurso del *Aedes aegypti* con un ciclo conocido: hombre-mosquito-hombre. En cambio, la fiebre amarilla selvática, sin *Aedes aegypti*, es de conocimiento reciente entre nosotros, y se ha comprobado en distintas regiones del país, donde el contacto del individuo que se enferma con la selva, bosque, rastrojo alto o bajo, etc., es innegable durante el período apropiado para su incubación (máximo 12 días). La situación topográfica del terreno no tiene importancia puesto que los casos aparecen tanto en las vertientes de las cordilleras como en las llanuras, y en climas medios y calientes (de 20 a 28 grados) donde se cultiva el arroz, caña, plátano, maíz, café, yuca, pastos artificiales, etc.

Entre los oficios que predominan en los antecedentes de los enfermos siempre se encuentra el contacto con el bosque, ya sea directamente como en la extracción de leña, aserrío de maderas, derribas de monte, etc., o la permanencia en ellos en cualquier otro oficio como lavado de ropa, conducción de alimentos, etc. Si a esto se agrega que las fundaciones agrícolas de estas regiones son generalmente pequeñas zonas abiertas entre las selvas (rozas) y por tanto se está en contacto con ella durante el día. Las ha-

bitaciones son construcciones rudimentarias cerca del bosque, como se observa en la fotografía adjunta.



En estas epidemias la contaminación doméstica no se ha registrado y se puede afirmar su estricta localización selvática, sin propagación a las poblaciones cercanas, como se ha observado en Restrepo (Int. del Meta) donde se han contaminado trabajadores a 8 o 10 cuabras de la población, y a donde llevan enfermos del campo en los primeros días de la enfermedad, o en donde ha estallado la fiebre a quienes la contrajeron en el bosque en el trabajo del día y que vienen a dormir a la población; a pesar de esto no se ha observado en estas circunstancias contagios urbanos.

Siendo el elemento humano de tan poco valor numérico en nuestra selva, se le ha negado, con buenas razones, el papel que pueda jugar en el ciclo del mantenimiento y propagación del virus. Por esto se ha pensado en que algunos animales selváticos sean más apropiados como receptáculo, donde no sólo se conserva el virus, sino que también se multiplica. Este pensamiento se está confirmando con experiencias en los animales más comunes de las regiones infectadas, practicándoles la prueba de protección o inoculándoles el virus. Monos, armadillos, oso hormiguero, aguti, etc. se han sometido a estas experiencias en los laboratorios de la Fundación Rockefeller.

ESTUDIO CLINICO

Durante las epidemias el diagnóstico de fiebre amarilla es fácil, ya que se tiene la ocasión de ver las diferentes formas de intensidad con que se presenta, desde la más leve hasta la mortal, con uno o dos síntomas solamente o con el cortejo sintomático que le asignan los clásicos.

Actualmente puede distinguirse la fiebre amarilla en dos formas: clásica y típica; la primera es la forma grave llamada "vómito negro" y es la que predomina en las epidemias urbanas con *Aedes aegypti* como vector; y la típica es la que se presenta en la mayor parte de los casos de epidemias selváticas, y a veces de una manera tan leve que los enfermos, y aun los médicos, la ignoran y que sólo es diagnosticable por la prueba de protección o por el aislamiento del virus. Estos casos son comúnmente confundidos con gripe, indigestiones, dengue, formas de malaria o de fiebre recurrente, etc. y popularmente, entre otros nombres, se la llama "chapetonada" o "rebote".

En la fiebre amarilla selvática no hay un cuadro clínico esquemático como el que figura en los tratados clásicos de patología, sin embargo, hay síntomas que aparecen con manifiesta predominancia, pero lejos de ser constantes. Los datos que a continuación expongo provienen de unos 70 casos con diagnóstico definitivo de fiebre amarilla (de mi archivo personal), comprobados la mayoría por el laboratorio.

El principio de la enfermedad es brusco; muy rara vez hay prodromos que son siempre subjetivos, como ligero malestar general y dolor lumbar. Sorprende generalmente durante las labores cotidianas, con un violento calofrío, fiebre, adinamia, cefalea y artralgias, especialmente en las rodillas. Todo esto obliga al enfermo a tomar la cama y a permanecer en ella.

FIEBRE.—Es alta desde un principio, 38°, 39 y hasta 40° C., continua pero con algunas remisiones, y dura así hasta el tercero o cuarto día en que desaparece o se modifica. Cuando cesa, es indicio de buen pronóstico, y el enfermo de ahí en adelante entra en convalecencia; pero cuando la fiebre continúa, y aún sube, la marcha de la enfermedad se agrava y se complica especialmente con trastornos hemorrágicos; en estos casos hay remisiones y aun hipotermia antes de la muerte.

PULSO.—Está acorde con la fiebre durante los dos o tres primeros días de la enfermedad; de allí en adelante se encuentra disociación esfigmo-térmica, pudiendo observarse temperaturas

de 38,5° C. con 56 pulsaciones, al tercer día. Esta bradicardia continúa en la convalecencia. Cuando hay complicaciones hemorrágicas no se presenta la bradicardia, hay taquicardia, más o menos marcada según la intensidad de aquellas. En los niños de menos de 10 años no observé esta disociación.

CEFALEA.—De localización fronto-temporal; acentuada desde que aparece la fiebre, luego disminuye paulatinamente pero puede quedar durante varios días de la convalecencia.

RAQUIALGIA.—Moderada en el primero o en el segundo día, se hace más intensa de ahí en adelante, especialmente en los casos en que la fiebre continúa. Es frecuente que esta molestia quede como secuela en la convalecencia.

EPIGASTRALGIA.—No aparece desde el principio y aun muchas veces puede faltar en los casos benignos, pero cuando existe es muy marcada exagerándose con la más ligera presión de la región; se encuentra en todos los casos graves, donde se presenta frecuentemente con la sensación de angustia.

CONGESTION CUTANEA, INYECCION CONJUNTIVAL y FOTOFOBIA.—El rostro del enfermo tiene desde el principio un aspecto vultuoso y congestionado, con los ojos inyectados y lagrimantes, por lo cual esquiva la luz, con actitudes típicas, como cubrirse con la manta o volver el rostro hacia los lugares oscuros de la habitación. Estas manifestaciones desaparecen del tercero al cuarto día.

NAUSEAS y VOMITO.—Hay un estado saburral de las vías digestivas, con lengua nacarada en el centro y roja en los bordes. El emetismo es común aunque falta en los casos muy benignos, pero cuando existe hay una marcada intolerancia gástrica. Los vómitos al principio son alimenticios y luego mucosos y biliosos. Hay una forma clínica en que predominan los vómitos en forma incoercible.

HIPO.—Es frecuente, se asocia al vómito, y es un síntoma de gravedad.

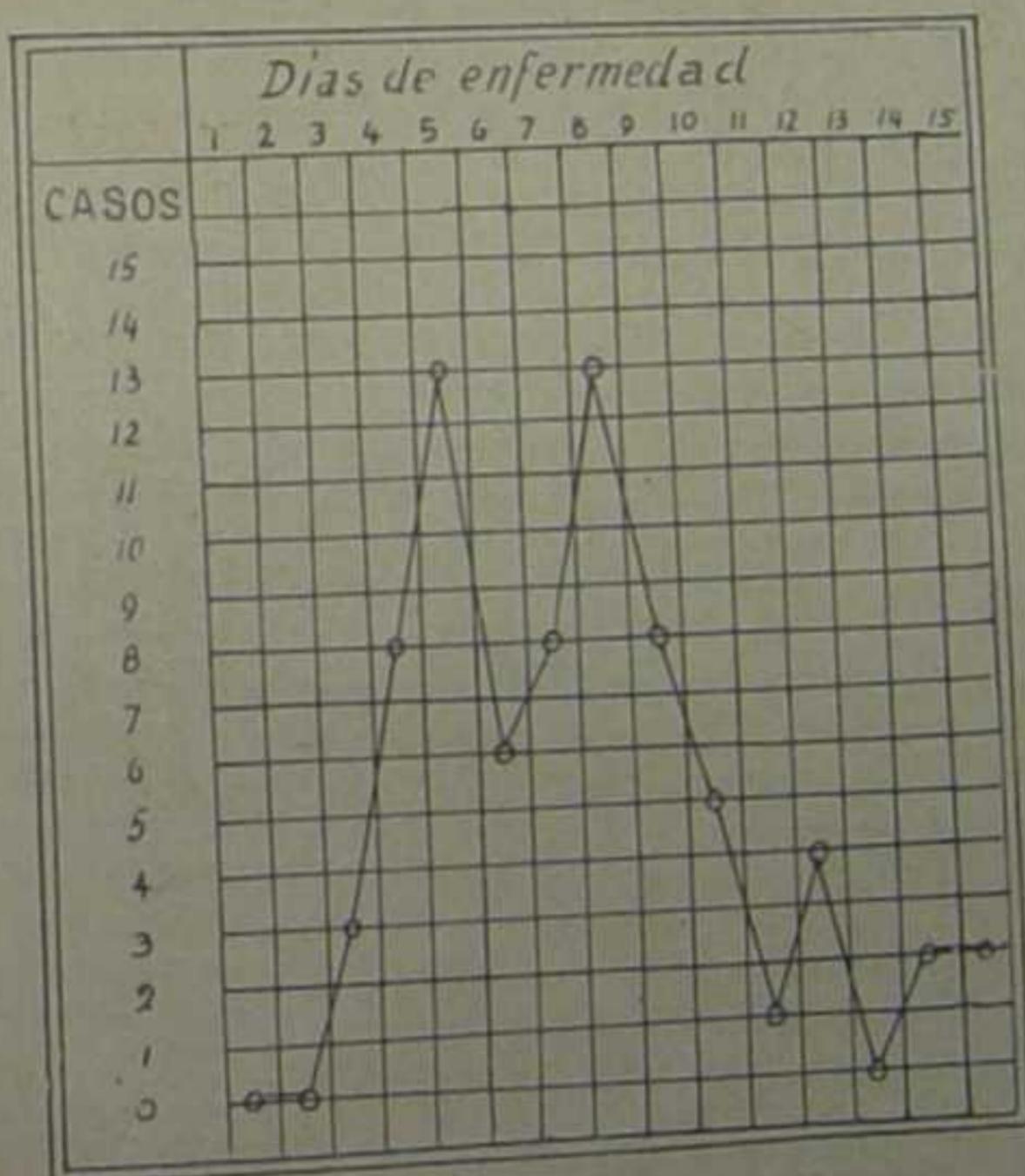
ALBUMINURIA, OLIGURIA y ANURIA.—La albuminuria es muy frecuente; en los casos benignos aparecen huellas solamente pero en los casos graves aumenta de día en día. La orina disminuye cuantitativamente y su color se intensifica. En los casos fatales hay generalmente anuria.

ICTERICIA.—No en todos los casos se encuentra, y cuando

aparece es del tercero al cuarto día; principia en la esclerótica y luego se generaliza. Los cadáveres presentan una coloración amarilla muy intensa en las palmas de las manos y en las plantas de los pies.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS.—Las formas hemorrágicas se manifiestan generalmente en el segundo período, pero hay casos fatales, de corta duración, que desde un principio tienen estos trastornos. Se presentan en orden de frecuencia: melena, hematemesis, ulorragia, epistaxis y equimosis. La melena se hace en forma de diarrea y frecuentemente con pujo y tenesmo. La hematemesis es generalmente de color negro, de sangre transformada por las secreciones gástricas. La ulorragia aparece en los últimos días del segundo período, siendo precedida por una tumefacción y enrojecimiento de las encías, luego aparece la sangre en el reborde gingival estableciéndose una sialorrea de color rojo vivo. Las equimosis son escasas, pero cuando se presentan se hacen en pequeñas áreas sin localización especial, no se borran a la presión.

Cuando existen estas complicaciones hemorrágicas el enfermo experimenta fuertes dolores abdominales, con defensa muscular de la pared y mucha sensibilidad a la palpación.



He presenciado formas nerviosas que dan una inestabilidad al enfermo, obligándolo a cambiar de posición constantemente sea en su lecho o a diversos lugares; este síntoma fue siempre de fatal pronóstico.

DURACION.—No he visto formas fulminantes que maten en 24 o 48 horas.

La enfermedad termina rápidamente sin dejar notoria alteración en los casos benignos; en los casos medios la convalecencia es un poco más larga, y en los casos fatales la terminación se hace antes del décimo día, en colapso o en coma.

El cuadro anterior indica la duración de la enfermedad en 75 casos comprobados de fiebre amarilla y recogidos en un estudio epidemiológico general. Se ve que hay dos grupos dominando: en los que la enfermedad cesa al 5º día y en los que cesa al 8º; esto está acorde con los dos períodos en que clínicamente se divide la enfermedad.

De estos 75 casos hay 20 fatales, o sea un 26% de mortalidad; quizá esta cifra esté un poco exagerada ya que son muchos los casos benignos que en un estudio epidemiológico queden sin anotar por falta de datos, y en cambio los mortales rara vez pasan ignorados del investigador.

De los casos estudiados he sacado el siguiente porcentaje de la constancia de cada uno de los síntomas anteriores:

Fiebre	100%
Permanencia en cama	100%
Cefalea	100%
Raquiálgia	95%
Epigastralgia	84%
Náuseas	84%
Vómitos	71%
Congestión cutánea	50%
Congestión conjuntival	51%
Disociación esfigmo-térmica	50%
Albuminuria	50%
Fotofobia	46%
Ictericia	45%
Melena	43%
Hematemesis	36%
Ulorragia	28%
Oliguria	20%
Anuria	16%
Epistaxis	13%

PATOLOGIA

Entre las lesiones macroscópicas que el virus amarílico produce en los órganos, se encuentra principalmente una coloración amarilla de la piel, la esclerótica, las serosas y sus líquidos, las vísceras, las aponeurosis, y las paredes vasculares.

El estómago y el intestino presentan exteriormente una coloración azulosa debido a su contenido que es un líquido de color negro, sanguinolento. En la mucosa gástrica e intestinal se ven áreas con hemorragias puntiformes.

El hígado conserva su volumen o está ligeramente aumentado, pero en ningún caso disminuido; es de consistencia normal y de un color canela o gamuza, que aumenta con el transcurso de las horas.

Los riñones están congestionados en parte y en otras tienen color pálido donde se aprecia bien el tinte icterico.

El corazón es blando, pálido, "en hoja muerta", su coloración icterica es muy franca. El líquido pericárdico es más amarillo que lo normal. Los pulmones no presentan nada anormal.

Microscópicamente las lesiones son más características, especialmente las del hígado donde las alteraciones citoplasmáticas y nucleares han sido bien estudiadas en los servicios de viscerotomía de la Fundación Rockefeller.

El tamaño y la forma del lobulillo hepático están conservados, y cuando la lesión no es muy avanzada, la estructura radiada de las travéculas de Remak, también. La lesión es común a todos los lobulillos y ataca únicamente el parénquima; no es inflamatoria ni exudativa, salvo la coexistencia de infecciones secundarias.

Tres alteraciones dominan en el hígado: necrosis típica, cambios de grasa y degeneración turbia.

La necrosis se presenta siempre en células aisladas, nunca es local, y se encuentra esparcida por todo el lobulillo pero siempre predominando en la zona media (necrosis mid-zonal), respetando un poco la zona central y más la zona periférica; aun cuando la lesión sea muy marcada y extensa siempre respeta hileras celulares en torno a la vena central y las que están en contacto con los espacios de Kiernan. Esta disposición de las células necrosadas en medio de elementos sanos o necrobiosados, fue llamada por Rocha Lima "necrosis salpicada".

El citoplasma de las células necrosadas presenta una dege-

neración hialina, con reacción acidófila y de una refringencia especial, por lo cual se las ha llamado *cuerpos hialinos* o *necrosis hialina*. Tienen forma redondeada, de volumen disminuido, dejando un halo libre en la periferia y toman electivamente la eosina. No tienen núcleo generalmente, pero a veces presentan restos de él (picnosis), también con reacción acidófila. Es frecuente ver estas células fagocitadas por células de Kupffer, que, a manera de media-luna, las rodean. Las células necrosadas se llaman también "Cuerpos de Councilman".

Los cambios de grasa se caracterizan por la aparición en el protoplasma celular de gotas de grasa de tamaños pequeño o medio y que pueden ponerse bien de manifiesto en la coloración con el sudan III; esta alteración queda en los preparados de inclusiones en parafina como vacuolas, dándole a las células el aspecto de panal de abejas o de una rueda radiada. Los cambios de grasa son más notorios en la periferia y en el centro del lobulillo, en la mayoría de los casos. Suele encontrarse a veces gotas de grasa que llenan toda la célula y rechazan el núcleo a la periferia, pero esta lesión no es de la fiebre amarilla, es una lesión preexistente.

La degeneración turbia (*Cloudy swelling*) es muy constante y más o menos intensa; le da a la célula del parénquima una opacidad especial de aspecto granuloso y al parecer edematizada, borrando entre sí los capilares intertrabeculares. Esta lesión se presenta especialmente en las zonas central y periférica.

Los núcleos de las células parenquimatosas necrobiosadas tienen, a menudo, una enorme hipertrofia, y su nucleolo se vuelve acidófilo. Ciertas cepas de virus producen inclusiones nucleares en algunos animales de experimentación.

Cuando las lesiones son muy avanzadas hay citolisis en la zona media con congestión o hemorragias.

Es frecuente observar células hepáticas en carioquinesis, función que regenera el parénquima, lo que explica la ausencia de lesiones hepáticas después de un ataque de fiebre amarilla.

Los espacios porta son normales pero en un buen número de casos se observa su infiltración de células redondas.

Estas lesiones están más o menos marcadas en los casos mortales, pero no hay paralelismo entre la intensidad de la lesión y la severidad clínica.

El bazo presenta también lesiones características. (Resumiendo de Klotz y Belt): Congestión sin infiltración leucocitaria; los cambios en el corpúsculo de Malpígio caracterizan la *splenic picture* de la enfermedad; se distinguen en él cuatro fa-

ces. 1º Mononucleosis; un mononuclear indiferenciado, derivado del tejido reticular del folículo, aparece dentro y en el rededor de él, dándole mayores dimensiones de lo normal. 2º Linfopenia; esta es una fuerte pérdida de linfocitos en todo el órgano, lo que hace más visible el retículo. 3º Hiperplasia del retículo; en medio del tejido fijo hiperplásico se forman falsos centros germinativos. Y 4º Degeneración; esta se manifiesta en todo el bazo por núcleos vesiculosos y porque las paredes arteriales del folículo son edematosas y en degeneración hialina.

TRATAMIENTO.—La profilaxis, por medio de la vacuna, es el único tratamiento efectivo actualmente para la erradicación de la enfermedad.

Una vez declarada la fiebre se atiende a los síntomas con hidroterapia (enemas de agua fría, dieta hídrica), supervigilancia de la alimentación, inyecciones parenterales de suero glucosado y de tónicos cardíacos (cafeína, estrienina y aceite alcanforado); puede administrarse, a pequeñas dosis, una poción alcalinizada con bicarbonato de soda.

Hemos observado que la administración de medicamentos puede ser a veces muy perjudicial.

VACUNOTERAPIA.—Sobre esta base eficaz se organiza actualmente la profilaxia de la fiebre amarilla. Teniendo comprobado que la fiebre amarilla inmuniza, se han intentado diferentes métodos de vacunación partiendo del virus para producir una inmunidad activa. Hoy, gracias al cultivo de los tejidos, se ha podido obtener cepas apropiadas de virus para este fin, en cantidades suficientes. El virus en contacto con las células embrionarias cultivadas en un medio eugenésico se multiplica con ellas, y el cultivo total tiene una gran cantidad de virus. Se emplearon cultivos de embriones de ratón en líquido de Tyrode y suero humano. Hoy se ha facilitado el método valiéndose de la inoculación directamente del virus en el embrión vivo de un huevo de gallina, al través de la cáscara; las células embrionarias continúan creciendo y el virus con ellas. Este procedimiento, propio para llevarlo a cabo en nuestro medio, produce un virus adecuado para la inmunidad y de bajo precio. El tiempo dirá su efecto tardío, ya que el inmediato es excelente. Este virus así obtenido se filtra, se deseca y se guarda al vacío y en frío, y para emplearlo se disuelve en suero humanizado y se inyecta subcutáneamente. Para la validez de la vacunación se requiere examen de sangre pre y post-vacunal, dando tiempo suficiente a la segunda sangría para que se formen los inmunicuerpos.

OBSERVACIONES CLINICAS

Copiaré dos historias de fiebre amarilla comprobada; una leve y otra grave y mortal, como límites de la gama de intensidades clínicas con que puede presentarse esta entidad.

1ª Historia:

Vicente Agudelo. 26 años, masculino, blanco. Residencia: Tres Esquinas, Municipio de Restrepo, Intend. del Meta. Enfermó en junio 22/36 a las 15. Restablecimiento, junio 27/36.

Los siguientes síntomas fueron POSITIVOS: fiebre, permanencia en cama, cefalea, raquialgia y gastralgia; y los siguientes fueron NEGATIVOS: disociación esfigmo-térmica, congestión cutánea, congestión conjuntival, fotofobia, náuseas, vómitos, hematemesis, melena, epistaxis, ulorragia, ictericia, albuminuria, oliguria y anuria.

En junio 24/36 se le tomó una muestra de sangre para prueba de protección y dio resultado negativo, y en julio 3/36 se le tomó la segunda muestra y dio resultado positivo. De manera que entre estas dos fechas tuvo innegablemente una fiebre amarilla.

De la sangre tomada el 24 se inocularon tres ratoncitos para aislar virus, de los cuales dos ratones se enfermaron y sus cerebros fueron subinoculados en 21 pases. Se desecó el virus del 2º y del 20º pase. Se hizo la prueba de especificidad con el virus del 2º pase en un macaco y dio por resultado positivo para fiebre amarilla. Este virus aislado lleva el nombre de "Virus Agudelo".

Historia del caso: Agudelo nació en Quetame, Intend. del Meta. Trabaja en labores agrícolas desde hace 3 años en la región de Tres Esquinas. Durante los 10 últimos días antes de enfermarse estuvo cortando hojas de palma entre el monte y rozando un rastrojo alto; en este oficio le sorprendió la enfermedad, sintiendo un dolor de cintura que le obligó a venirse a la cama y al poco rato sintió fiebre, sin calofrío inicial; durante la noche tuvo una cefalea intensa. Al día siguiente continuó en la cama con fiebre. El 24 veo al enfermo y está postrado con 37,2º de temperatura, 82 pulsaciones, lengua limpia, epigastrio doloroso a la presión, y el bazo y el hígado de tamaño normal. Los días siguientes fueron afebriles, pero los dolores de espalda y epigastrio se acentuaron un poco. El día 27 el enfermo se encuentra sin ningún dolor aunque asténico, y el día 29 vuelve a sus labores habituales.

La casa de Agudelo y el lugar de trabajo están situados en el camino real y a muy pocos metros se encuentra rastrojo alto.

Conclusión: Agudelo sufrió una fiebre amarilla de la selva, comprobada por el aislamiento del virus, por las dos pruebas de protección y por la historia.

2ª Historia:

Cándido Velásquez, 26 años, masculino, blanco; tiene como oficio cortar leña en el monte del paraje de La Salina en el Municipio de Restrepo de la Intendencia del Meta.

Se enfermó en junio 21/36, a las 10 a. m.; falleció en junio 29/36 a las 13, duración de la enfermedad, 8 días.

Los siguientes síntomas fueron POSITIVOS: fiebre, disociación esfigmo-térmica, permanencia en cama, cefalea, raquialgia, epigastralgia, congestión cutánea, congestión conjuntival, fotofobia, náuseas, vómito, hematemesis, melena, ulorragia, ictericia, albuminuria, oliguria, erupción e hipo; y los siguientes fueron NEGATIVOS: epistaxis y anuria.

En junio 19/36, en el estudio epidemiológico de la región, se le tomó sangre para prueba de protección y dio resultado negativo (2 días antes de enfermarse).

En junio 30/36, hice la autopsia con el siguiente resultado:
Rigidez cadavérica.

La piel presenta un tinte icterico, especialmente en la palma de las manos y en las plantas de los pies y la conjuntiva.

Livideces hipostáticas.

Petequias en los antebrazos y en el epigastrio, más o menos de un centímetro de diámetro.

Infiltración icterica del tejido celular subcutáneo y de las aponeurosis.

No hay derrame en la cavidad abdominal.

Cavidad estomacal con un contenido líquido de color negro que barniza sus paredes y al desprenderlo se ve un puntilleo hemorrágico en la mucosa, especialmente en la gran curvadura y zona cardíaca.

Duodeno con el mismo contenido del estómago.

Intestino delgado de coloración azul exterior a consecuencia de su contenido melánico; en partes de su mucosa se ve puntilleo hemorrágico.

Vejiga con 250 c. c. de orina de color amarillo subido, de consistencia siruposa, de olor fétido y con gran cantidad de albúmina.

Hígado de tamaño normal, 1.240 grms. de peso, color amarillo (tabaco o gamuza) especialmente en los bordes; al corte presenta color amarillo uniforme.

Vesícula biliar normal, semillena de bilis; conductos biliares permeables.

Páncreas de 130 grms. de peso, de tamaño normal, de color amarillo en su exterior y al corte.

Riñón izquierdo de 150 grms. de peso, consistencia normal, color amarillento; al corte el color amarillo es uniforme.

Riñón derecho de 155 gramos de peso, tiene el mismo aspecto que el izquierdo.

Cápsula suprarrenal izquierda de color amarillo y de tamaño normal.

Cápsula suprarrenal derecha, lo mismo que la izquierda.

Pulmón izquierdo: 540 grms. de peso, consistencia normal, color amarillo en toda su extensión excepto en su cara posterior donde hay grandes equimosis de color rojo.

Pulmón derecho: 650 gramos de peso, presenta el mismo aspecto que el izquierdo.

Cavidad pleural sin adherencias, contiene cada una unos 60 c. c. de un líquido hemático.

Pericardio de color amarillo, su cavidad contiene unos 30 c. c. de un líquido amarillo.

Corazón: 285 grms. de peso, de color pálido amarillento; cavidades normales; válvulas y grandes vasos de color amarillo; coronarias permeables.

Cerebro: 1210 grms. de peso; color amarillento, aspecto normal.

Cerebelo: 170 grms. de peso, de color amarillento y de aspecto normal.

El examen histológico del hígado dio el siguiente resultado: "Extensa necrosis salpicada en todo el lobulillo, excepto en una delgada zona en torno de los espacios portas y de las venas centrales. Cuerpos de Councilman, muchos de ellos en el acto de ser fagocitados por células de Kupffer. Degeneración turbia. Células necrobióticas con núcleo hipertrofiado.—Fdo. A. C. H.—O. K. H. W. Laemmert".

Narración del caso: Velásquez nació en El Calvario (Intend. del Meta) y hace 10 años está en la región de la Salina, dedicado al corte de leña. Los 10 días que precedieron a su enfermedad, estuvo dedicado a trabajos en el monte y en una sementera cerca a su casa.

No refiere ninguna enfermedad anterior. Y la marcha de la enfermedad actual fue así: El 21 de junio, estando en la plaza de Restrepo sintió un malestar general y fue a la consulta del Servicio; se le encuentra 38,7 de temperatura, 98 pulsaciones; se queja de cefalea, raquialgia, epigastralgia y fotofobia; en este estado regresa a su casa de la Salina, a donde es visitado diariamente. El día 22 está más decaído y los síntomas anteriores continúan agregados de un estado nauseoso. El día 23 tiene 39,9° de temperatura y 80 pulsaciones. El día 24 tiene una gran melena. El día 25 aparece albuminuria, hay gran postración y los dolores se exacerban; la melena y la hematemesis se presentan repetidas veces; en las extremidades se ven congestiones cutáneas; hay un tinte sub-ictérico; su lengua es saburral y de bordes muy rojos. No hay meteorismo; el bazo no es percutible, y el hígado es sensible a la presión pero no está aumentado de volumen. El día 26 presenta los bordes alveolares congestionados, que pronto se brotaron en sangre; se presenta un hipo tenaz. La temperatura continúa alta, y el pulso, que en los días anteriores era lento, vuelve a acelerarse. El día 27 tiene una ulorragia intensa; el pulso se hace frecuente y depresible, y su estado general es cada vez peor. El día 28 tiene 37,7 de temperatura y 100 pulsaciones; aparece una diarrea melénica, acompañada de pujo y tenesmo; la orina disminuye, y en la noche entra en un estado de inconsciencia, y así muere sin que cesen los síntomas hemorrágicos.

Conclusión: Velásquez murió de una fiebre amarilla de la selva comprobada por la historia clínica, por la autopsia y por el examen histológico del hígado.

CONCLUSION: El problema de la fiebre amarilla es de gran trascendencia entre nosotros, mayormente ahora cuando las comunicaciones entre los diversos puntos de la República se facilitan extraordinariamente. El Gobierno nacional se ha preocupado de este problema cooperando con la Fundación Rockefeller, en la limitación de zonas infectadas, el descubrimiento de los nuevos focos o los ignorados y la profilaxia en los lugares comprobados. En el Depto. Nal. de Higiene hay una sección de Estudios Especiales que tiene a su cargo esta campaña, bajo la dirección del Dr. J. A. Kerr.

Medellín, octubre 20/37.

Alfredo CORREA HENAO

DEL DR. GEORGE DUHAMEL
(de la Academia Francesa).

Los excesos del Estadismo y las responsabilidades de la Medicina

El coloquio singular entre el médico y el enfermo. — Intervención de los Tribunales. — Aparición de un tercero que paga. — El ESTADISMO, fenómeno pánico. — La Medicina tiene el deber de permanecer independiente.

~

Ensayo sociológico

~

Versión de

ALONSO RESTREPO

En diccionarios y en obras actuales acaso no se encuentra todavía una definición correcta de *estadismo*, fenómeno esencialmente moderno.

Propongo esta definición: ESTADISMO es una doctrina que para la organización de la sociedad, para la reforma de las instituciones, para la gestión temporal y espiritual del mundo, da al Estado todos los poderes, todos los deberes, y todos los derechos de los cuales, y por consiguiente, se encuentra libre el individuo.

Para el observador atento, el estadismo es en la actualidad, más que una doctrina, un hecho o, con mayor exactitud, un conjunto de hechos cuya evolución deja prever una metamorfosis completa de la vida social e individual.

El papel del psicólogo no consiste sólo en exponer los hechos, sino también en juzgarlos, es decir, contemplar sus conse-

cuencias y confrontarlos con ciertas imágenes históricas o ideales del hombre. La impasibilidad, regla de laboratorio, carece de sentido cuando se trata de la humanidad, de nuestro ser y de nuestros dominios. Observar y pintar sin valorar supondría una actitud fatalista contraria a las tradiciones del espíritu occidental.

Los efectos del estadismo son, desde ahora, múltiples y complejos: me propongo examinar aquí su influencia sobre una de las profesiones llamadas liberales, la medicina.

EL COLOQUIO SINGULAR ENTRE EL MEDICO Y EL ENFERMO

La medicina no es exactamente lo que se llama en la actualidad una ciencia, como tampoco un arte tal como se la calificó tanto tiempo: es un conjunto de conocimientos científicos o empíricos cuyo uso precioso permite al práctico reconocer y distinguir las enfermedades, prever y modificar su evolución.

La adquisición de tales conocimientos exige estudios metódicos, su aplicación en la práctica supone diversas pruebas, la obtención de un diploma, de un control, de una reglamentación y tradiciones corporativas, por todo lo cual la medicina constituye una profesión que parece indispensable para la vida de las sociedades normales.

Pero exceptuando los grandes desórdenes epidémicos, durante los cuales vemos que el estado posee irremediablemente deberes y responsabilidades, el acto médico es por esencia un acto singular, entendiendo este vocablo en el mismo sentido que tiene al decir "combate singular", o sea un acto de hombre a hombre.

El enfermo, abrumado por la inquietud, por el sufrimiento, por el sentimiento de peligro, exige asistencia. Se dirige, en general, al médico diplomado, al especialista cuyos títulos, experiencia y reputación dan de antemano una especie de garantía. Si conoce a este especialista de antigua fecha y si ha tenido ocasión de verlo trabajando, el enfermo experimenta además un sentimiento de confianza precioso, que será un factor importantísimo en el curso de los sucesos. El médico acomete la partida, hace un diagnóstico, anticipa el pronóstico, instituye el tratamiento. El servicio exigido al médico no puede compararse exactamente con ningún otro. Se me alcanza que no carece de analogía, como se ha dicho mil veces, con el ministerio del sacerdote y acaso también con el socorro dado por el abogado o por algunos

oficiales ministeriales. Pero la analogía no puede llevarse muy lejos. El abogado a quien confiamos el cuidado de defendernos ante la justicia de los hombres, escoge la manera y muchas veces la hora de su intervención. Obra siempre sobre un punto preciso y en circunstancias siempre previstas. Puede, si ama su profesión, aportar un gran celo; a pesar de todo, la caridad, que en ningún caso podrá perjudicarlo, es menos preciosa para sí mismo y para sus clientes que las cualidades generales de inteligencia y de elocuencia, que la habilidad jurídica y que el conocimiento del mundo y de las personalidades.

Con mayor acierto, acaso, podría compararse la misión del sacerdote con la del médico. Admiro como el que más, el ejercicio perfecto de las virtudes sacerdotales: atañen al alma cuyas necesidades y cuyos derechos son infinitos. Pero debo observar, sin embargo, que la noción de urgencia apenas se liga a la inminencia de muerte en el ejercicio del sacerdocio. Cualquier desorden de la conciencia, así fuere de grave, mal o bien aguarda hasta la mañana y en cambio un cólico nefrítico trivial nunca da espera.

Por admirablemente bueno que sea un sacerdote, nunca se le despertará por un remordimiento y menos por escrúpulos, y el médico tendrá que levantarse para una jaqueca y para otros síntomas de menor cuantía.

Una de las miserias del hombre no es otra que la de espantarse siempre, considerablemente, de cualquier infidelidad de su organismo, o de cualquier peligro que lo amenace. A esta miseria otro hombre responde ejerciendo la medicina, profesión noble, grande y triste entre todas....

La mayor parte de los médicos aman su profesión y aceptan las servidumbres que impone.

La mayor parte de los médicos experimentan con más o menos intensidad, con más o menos brusquedad, con más o menos candor o escepticismo, el sentimiento de la caridad, por más que la mayoría afecten, por un pudor bien explicable, evitarlo o desligarse de él.

Las escenas presenciadas, los actos todos de la medicina, el trato frecuente con personas inquietas, deprimidas, irritables, miserables, ingratas, el dolor de los enfermos y de los heridos, sus exigencias, sus caprichos, los peligros de contagio, las respon-

sabilidades jurídicas, materiales, morales de tal profesión, no se verán nunca balanceadas con las ventajas siempre obtenidas a precios altos y a menudo peleadas con crueldad, si no mediase, con el sentimiento de la caridad, la afición por tal oficio, el amor a semejante misión y, debo confesarlo también, al deseo de prestigio, especial, que la medicina confiere todavía, a veces, y a pesar de todo, en la sociedad moderna.

No obstante algunas medidas de orden, no obstante la disciplina adoptada por los enfermos más instruídos, y no por ello menos exigentes, el médico es, aún en la actualidad, un hombre cuya vida personal está absolutamente dominada por la obligación de servir a los demás.

Lo he afirmado y lo repito, a pesar de las complicaciones causadas por la "interpsicología", es decir por la influencia de los familiares del enfermo, el coloquio del médico y del paciente es por esencia un coloquio singular, un dúo entre el sér que sufre y aquél de quien se espera la liberación. Entre ambos personajes existe casi siempre un secreto que con todo acierto se llama el secreto profesional. Por más que la enfermedad sea de todos conocida, confesada, comentada públicamente por la prensa, perdura siempre el secreto entre el médico y el enfermo. Los diarios pueden anunciar que el señor X, ministro en funciones, padece una neumonía; el boletín de enfermedad puede ser salmodiado todas las tardes por los locutores de la telefonía sin hilos, y sin embargo, mil detalles permanecerán en secreto entre el ilustre enfermo y el médico tratante. Y ello sin parar mientes en los detalles físicos, en el hecho, por ejemplo, de que el ministro tenga un lipoma o una cicatriz de úlcera varicosa. No pienso en los mil descubrimientos hechos por el médico en el orden moral y que le han revelado por ejemplo que el enfermo es pusilánime o supersticioso, que teme a su mujer, que vive fastidiado con su hijo mayor, que hace política anticlerical, mientras recibe clandestinamente las visitas de un sacerdote. En fin la porción de detalles íntimos que un médico advierte siempre, que un médico debe advertir para comprenderlo todo y para mejor salvar todo lo que pueda.

La existencia de tal secreto, de semejante intimidad, supone una inclinación natural que puede clasificarse entre las afinidades electivas. El enfermo prefiere siempre elegir su médico y esta cuestión de "libre elección" tiene un sitio de honor en la historia médica de los treinta últimos años. Y resulta muy natural

que el hombre, afectado por desórdenes orgánicos, tenga la posibilidad de elegir la persona con quien le será forzoso confesarse, y ante quien de buena o de mala gana, tendrá que mostrarse más o menos desnudo, débil, desgraciado, miserable y hasta ridículo.

La elección de médico no pertenece únicamente a los enfermos ricos que viven en las grandes ciudades y que gozan de absoluta libertad para satisfacer sus caprichos.

Pacientes humildes de aldea prefieren a menudo, a costa de pequeños sacrificios, hacer venir el médico del pueblo vecino y que es para ellos su verdadero confidente, su amigo, su elegido.

Los pobres que frecuentan el hospital llegan a menudo, gracias a ciertos cálculos, a hacerse admitir en el servicio de su elección para que allí los trate el hombre de ciencia a quien admiran y de quien persiguen los cuidados.

Esta predilección, así como todas las inclinaciones electivas, supone además caprichos, celos, pequeñas y grandes infidelidades, traiciones, crisis de ternura y accesos de odio. Al través de las molestias, de las decepciones, de los peligros y de las alegrías de esta profesión difícil y magnífica, el verdadero médico camina con prudencia y con paciencia. Se esfuerza siempre en contestar correctamente a las mil preguntas que cada día le formulan su propia conciencia y los desgraciados cuya carga de desventuras acepta en sus espaldas.

INTERVENCION DE LOS TRIBUNALES

Puede afirmarse que entre el médico y el enfermo hubo siempre una especie de pacto tácito. El enfermo aceptaba los riesgos de su elección. A veces un médico, absolutamente indigno de serlo, acumuló faltas y errores; entonces la opinión pública, a pesar del diploma y de la autorización legal, señaló al galeno a la desconfianza de los enfermos y lo puso así fuera de la ocasión de perjudicar.

Cabe considerar como fenómeno capital para la evolución de la medicina la multiplicación de los procesos que pretendían establecer la responsabilidad, llamada jurídica, del médico o del cirujano.

No pretendo abordar aquí esta cuestión confusa y casi que inextricable.

Quiero solamente mostrar, en pocas palabras, la desviación que ha sufrido la profesión médica bajo la influencia de los tribunales.

La justicia, al ser requerida, ha demostrado naturalmente, poca tendencia a declararse incompetente.

El juez que, como es lógico, no puede *conocerlo* todo, nunca rehusa *conocer* de todo. Nombra peritos y falla indirectamente, de acuerdo con las sugerencias hechas por ellos.

Las relaciones entre el médico y el enfermo suponen, como lo dije antes, en su origen, una especie de contrato moral en el cual el paciente aceptó los riesgos. El acto médico nunca puede compararse con el del arquitecto, o con el del mecánico, por ejemplo. El cirujano más cuidadoso, más seguro de su técnica, nunca sabe con certidumbre perfecta, al intervenir, cómo van a presentarse los sucesos y cómo tendrá de evolucionar el caso. Si no está automatizado en su conciencia y en sus actos, pensará siempre, al ordenar la administración de la primera gota de anestésico, en la posibilidad inmediata de un accidente fatal.

Al seccionar un órgano o al abrir una cavidad natural, espera siempre una sorpresa.

El médico que inyecta una vacuna, o que administra una dosis normal de un medicamento benigno, nunca estará absolutamente seguro de tropezar con un caso de intolerancia completa y de que el acto terapéutico, indicado, preciso, habrá de producir un drama.

Y ello porque su sujeto es un sér vivo y porque toda intervención médica o quirúrgica impone una aplicación y una experimentación.

Y en ésta, en la experimentación, la casualidad se reserva siempre su parte. Conviene no olvidarlo.

Cuando el abogado en un brote intempestivo de elocuencia, o por falta de ardor, o por deficiencias de documentación, ha echado a perder la causa que defendía, no arriesga nunca ninguna persecución por la justicia.

El magistrado, el juez que por una razón cualquiera ha pronunciado una sanción errada, y comete lo que se denomina un "error judicial", nunca ha sido llevado, a su vez, ante los tribunales para responder de su falta, en las condiciones actuales de la justicia.

El sacerdote que en la seguridad de obrar bien, entrega un penitente inquieto a las torturas del escrúpulo, a los horrores de la obsesión, no cae bajo la acción de las leyes penales.

Todos estos hombres ejercen profesiones difíciles, sujetas al error.

Sus métodos, en general experimentados, pueden mostrarse ineficaces y peligrosos en algunos casos particulares.

Y nadie piensa, felizmente, cuando han cometido un error, o hecho una torpeza, en llevarlos a las oficinas de policía.

Para ser verídicos, semejante seguridad, tamaña serenidad, parecen ya un poco comprometidas, y la marcha de los sucesos hace creer que tales profesiones no gozarán por mucho tiempo de la venturosa y necesaria inviolabilidad.

Todo hombre de buen criterio, tiene, por lo menos diez veces diarias, ocasión de reservar su juicio, de recusarse.

La justicia usa con extrema parquedad de este derecho (1) y, falló siempre, y falla ahora en una multitud de cuestiones que atañen hasta las artes, y a las bellas letras y hasta en las quejas, casi siempre incoherentes, de los "modelos imaginarios", aquellos que se creen pintados o descritos por novelistas o dramaturgos.

Por último, la justicia interviene diariamente, entre el enfermo y el médico y no sólo en asuntos de honorarios, cosa demasiado lamentable, sino también para apreciar el acto médico y sus consecuencias.

El Estado, dispensador de justicia, no ha rehusado tampoco su intervención, en lances semejantes, y resulta sorprendente que el cuerpo médico, unánime, no se haya unido y levantado para oponerse, en tiempo hábil, a esta pretensión del tribunal.

No lo ha hecho y debe lamentarse, sobre todo si se piensa no solamente en la medicina, sino también en el bien del enfermo, en el bien del hombre.

La elección necesaria de peritos entre el cuerpo médico ha suscitado conflictos de intereses que no pueden evolucionar sin detrimento de la profesión, y desde luego con menoscabo de los enfermos.

Además, el temor de las sanciones, con demasiada frecuencia ciegamente rigurosas, mantiene vivamente asustados a los médicos, obligándolos en algunos casos, a eludir las responsabilidades que constituyen por definición, la regla misma de la profesión, a sindicalizarse en poderosas asociaciones para la defensa de sus intereses, y por último a buscar asilo y protección en lo que llamaré los *refugios del funcionarismo*.

(1) Yo lo llamaría más bien obligación. (N. del T.)

APARICION DE UN TERCERO QUE PAGA

Surge ahora el problema que ha de imponerse en cada página de nuestro ensayo y que atañe a las medidas protectoras imaginadas por los ciudadanos o por el legislador.

Hemos visto en este último medio siglo, desarrollarse de un lado las agrupaciones, libres, del movimiento mutualista, derivado del mutualismo de Proudhon, y del otro, cumplirse grandes reformas sociales entre las cuales precisa distinguir la ley sobre accidentes de trabajo y la ley sobre seguros sociales que interesan ambas a la profesión médica.

Para un espíritu justo y caritativo, nada resulta tan emocionante como este esfuerzo, cumplido en tan poco tiempo, por las agrupaciones privadas y por los colegios deliberantes, tratando de asegurar la protección justa del mutilado, del herido, del enfermo y de sus familiares.

Las dos grandes leyes que acabo de citar, en primera línea, se esfuerzan en paliar ciertos infortunios ante los cuales la caridad privada se cruzaría de brazos avergonzada e impotente. Que un obrero mutilado, arrojado a la calle sin pensión, mendigue a la puerta misma del taller a cuyo servicio quedó inválido; que un viejo empleado, escasamente remunerado, no pueda, cuando la enfermedad lo asalte, pagar los cuidados y las drogas, ni más tarde envejecer con dignidad y con modesta holgura, son imágenes que ofenden el espíritu y fomentan odios irremediables.

Nadie piensa criticar iniciativas ni reformas que parecerían, en su origen, susceptibles de mejorar la suerte del ciudadano y, por ejemplo, hacerlo aprovechar, con mayor normalidad, de los beneficios de una medicina mejor reglamentada, mejor aplicada.

Ahora bien, con la ley de los accidentes de trabajo, apareció de repente en el escenario médico un personaje nuevo que en la jerga de los especialistas se denomina "el tercero que paga", y que es como las palabras lo indican, una persona extraña a la pareja formada por el enfermo y el médico, individuo extraño cuyo papel consiste en intervenir en la apreciación y en el pago de los honorarios.

A primera vista parece que la intrusión de esta tercera persona (la palabra tercera, sustantivo en la expresión "tercero que paga", se toma aquí como adjetivo), parece, digo desde luego, que

esta intromisión sea de tal naturaleza que purifique las relaciones del enfermo con el médico y viceversa, y que facilite las cuestiones de dinero.

Ello apenas resulta una apariencia.

El acto médico es muy difícilmente apreciable.

Si lo fuere, será por acuerdo directo entre quien da y quien recibe los servicios.

Ahí, por grande que sea, todavía, la amargura de los conflictos, y por frecuentes que fueren las pruebas de ingratitud, el coloquio singular del enfermo y del médico, se encuentra peligrosamente comprometido, roto por completo, con la introducción de esa tercera persona, constituida en la mayoría de los casos, por una compañía de seguros, cuyos agentes, que no tuvieron parte alguna en los sufrimientos del enfermo, ni en las fatigas del médico, se esfuerzan en apreciar, en imponer una tarifa a "grandezas" de orden "intensivo", que diría Bergson, y en aplicarles las reglas de un sistema forzosa y puramente "extensivo".

Desde la aparición del tercero que paga, se ha visto organizarse toda una industria bastarda. Y la llamo así porque aplica métodos aritméticos a fenómenos inmensurables; toda una industria hecha de artimañas, juglarismos y componendas.

De tamaña prueba la medicina, a pesar de su resistencia, ha salido perdiendo.

No entiendo cómo algunos médicos decepcionados con las aventuras y las dificultades de la clientela, se han plegado y luego se han acostumbrado a las servidumbres del funcionarismo.

A fuerza de sinuosidades encontraron al fin retribución suficiente y por otra parte sintieron sin duda el alivio de escapar a la responsabilidad profesional, esfumándose en la penumbra y en el anonimato que constituyen las condiciones ordinarias del funcionarismo.

Las exigencias y las intervenciones del "tercero que paga" han comprometido la intimidad del enfermo con el médico, introdujeron en el universo del sufrimiento y de la caridad una multitud de consideraciones matemáticas ineficaces y perturbadoras, abrieron ampliamente las puertas a los métodos y a los artificios del procedimiento, complicaron las tareas burocráticas del médico práctico, hirieron la profesión en su dignidad acusando y exagerando las analogías que pudieran presentar—y que

presenta toda profesión—con el simple comercio, cuyo objeto no es ciertamente la vida y el dolor de los hombres.

Maravilla que a pesar de todo las relaciones entre el enfermo y el médico no hayan sido definitiva y completamente estropeadas por semejante innovación.

Y por ello se comprende que a raíz de las discusiones suscitadas por los seguros sociales, el cuerpo médico francés, con una reacción defensiva, unánime y obstinada de resistencia, hubiese rehusado una nueva intromisión del "tercero que paga".

La razón de resistencia tal es preciso buscarla, no yá en el interés material, que sí en el amor de los médicos por una profesión que arriesgaba mucho sucumbir a nuevos asaltos.

LAS LEYES DE HIGIENE SOCIAL

Al lado del acto médico singular, al lado de la medicina individual y esencial que dijéramos, no cesa de desarrollarse la higiene social, ciencia también médica.

Llamo Higiene Social la rama de las ciencias médicas que atañe a las medidas generales aplicadas a fracciones más o menos considerables de la sociedad por los organismos del Estado.

Esta función ha tomado importancia tánta en los últimos años, que ha necesitado la creación de un ministerio.

Las atribuciones del Estado en punto a la higiene pública resultan indiscutibles.

No es dudoso que los grandes Estados modernos, hayan hecho esfuerzos ordenados, eficaces, rigurosos para cumplir tales funciones.

Y no debe hablarse de exceso cuando se trata de semejante misión.

Sólo que cabe temer que las prácticas de Higiene, en ciertas sociedades civilizadas, disciplinadas, pero desprovistas de sentido crítico, puedan adquirir un carácter supersticioso y por consiguiente tiránico.

Los médicos ordinariamente inspiradores de tales medidas, son igualmente los ejecutores.

Bajo la presión de una opinión inquieta, agitada por la prensa, atormentada por el anhelo de seguridad, bajo la dirección de espíritus instruídos, muchas veces dogmáticos, se acomete y se prosigue en todos los países influídos por la civilización occidental la organización de la higiene social.

Buen número de métodos profilácticos han adquirido carác-

ter legal y obligatorio en Francia, como las vacunaciones, para citar apenas un ejemplo.

Algunas medidas de desinfección y de control han sido aplicadas también por el Estado.

La declaración obligatoria de las enfermedades contagiosas ha sido impuesta en numerosos países, y es útil.

Pueden desde luego preverse futuras disposiciones con respecto al matrimonio y a la procreación.

Nada de esta reglamentación, demasiado complicada, resiste una crítica severa.

La vida de las sociedades modernas exige del individuo concesiones, sacrificios reales que parecen compensados por una seguridad cuyas ventajas saltan a la vista, y de las cuales apenas el espíritu penetrante y sutil del Dr. Charles Nicolle ha podido percibir el carácter precario, para no llamarlo ilusorio.

Y por más que así fuere no podemos ya prescindir de tales ventajas y menos aún de semejantes ilusiones. Y tanto más cuanto que al abrigo de nuestros métodos nos hemos vuelto más frágiles, más vulnerables, como lo sostiene Charles Nicolle. El ser vivo carece de medios para perseverar en su destino, y necesita y debe si se llama "hombre" percibir claramente el sentido de ese destino y estudiar sus progresos.

Y aquí son grandes las responsabilidades de la medicina. Para llegar al punto álgido de la cuestión, debo citar en primera línea algunas disposiciones legales puestas en práctica en algunos países, señalando ante todo la esterilización quirúrgica de los locos, de los degenerados y de los criminales, de aquellos que, en la jerga especial, se denominan "deficientes".

Es evidente que algunos seres humanos parecen atacados tan gravemente por el decaimiento fisiológico o moral que no puede considerarse sin horror la perpetuación de sus taras, suscitando el asunto problemas inquietantes.

Y el primero concierne a los errores y a los excesos de tal método.

El error judicial aparece ya como una calamidad seguramente inevitable.

Qué agregaremos?

La *lettre de cachet* misma parece muy benigna al precio de lo que permitiría la aplicación temeraria, caprichosa o vindicativa de semejante ley.

Se imagina desde luego que durante los períodos de revuelta, en tiempos de tiranía, de fiebre *obsidional*, nadie puede escapar a las presiones del poder.

Y conviene meditar hondamente antes de grabar en las tablas de la ley artículos tan amenazadores.

Por otra parte, esta práctica supone la separación de los poderes ordinarios de la Medicina: decisión y acción.

Puede imaginarse que la decisión se confiaría a un organismo especial.

Quiero creer que los médicos constituirían su mayoría.

Juzgo desde luego peligroso separar el acto del diagnóstico del acto del tratamiento.

El práctico que se encarga del tratamiento debe, con raras excepciones—la cirugía de los centros nerviosos, quizás—, tomar parte en el diagnóstico, en la decisión.

No me atrevo a imaginar la situación moral del cirujano alemán que recibe un lote de individuos con la orden pura y simple de esterilizarlos.

El cirujano se convierte para mí en el hermano menor del verdugo...

Y lo repito, las responsabilidades de la medicina son grandes en cuanto atañe a la elaboración y a la aplicación de las leyes de Higiene Pública.

Los espíritus demasiado doctrinarios de un lado, y los espíritus desde luego sumisos, del otro, pueden aquí comprometer el equilibrio social atacando los derechos individuales.

Es preciso que los médicos muestren una reserva extrema, cuando son consultados por legisladores para la elaboración de nuevas leyes.

Las desventuras de la prohibición del alcohol en Norte América, en Finlandia, etc., prueban que el Poder, mal aconsejado debe recusarse, y no se recusa porque perdería por lo menos parte de su prestigio.

Es preciso también que los médicos pesen atentamente su deber en la aceptación de trabajos que se les proponen y para los cuales sólo ellos reúnen las cualidades necesarias, es decir, que sean libres para rehusar, previa una madura deliberación.

Para comprender lo que llegaría a ser la profesión médica en una sociedad completamente estadizada, no resulta inútil estudiar las condiciones excepcionales en las cuales se encuentra to-

da una parte del Cuerpo Médico en tiempo de guerra, por ejemplo. Desde luego puede afirmarse que un médico movilizado obraría igual que un médico civil, en pro siempre de los intereses de sus pacientes según su libre juicio, su conciencia profesional y las circunstancias de la hora.

No es menos cierto también que las altas necesidades de la defensa nacional obligan al comando, con demasiada frecuencia, a ejercer presiones sobre el servicio sanitario, para modificar las decisiones y hasta mezclarse en los métodos de éste.

El sentimiento de la disciplina, sobrado respetable, puede entonces perturbar y paralizar a honrados prácticos, cogidos entre sus hábitos, su responsabilidad estrictamente médica, y la necesidad de obedecer a los jefes militares de quienes forzosamente dependen.

He visto prácticos leales y timoratos, abdicar de su experiencia, de sus costumbres individuales y refugiarse en una disciplina absoluta cuya observación tiene, como puede creerse, la ventaja de suprimir los escrúpulos, los resquemores de conciencia.

Recuerdo que un día leí, por solicitud amistosa de un joven camarada, y con admiración, el informe que dirigía a su superior jerárquico, informe acompañado por este mensaje que copié literalmente:

"Tengo el honor de dirigirle el informe que me ha pedido, y que modificaré, si Ud. lo juzga conveniente, conforme a las instrucciones que Ud. tenga a bien darme...."

La subordinación aseguraría así, un refugio a las almas indecisas, aliviándolas de la carga del libre albedrío, cualidad médica por excelencia.

No creo en la eficacia de esta solución para el médico.

Un espíritu pusilánime no se siente nunca protegido de manera suficiente, así se trate de la obediencia más estricta.

Recuerdo un práctico movilizado que leyendo a sus ayudantes las instrucciones sobre el uso de ciertas vacunas, decía con energía:

"Nos ordenan inyectar a cada sujeto una dosis de uno y medio centímetros cúbicos, pero vosotros inyectaréis apenas medio centímetro porque no quiero historias...."

Mil hechos semejantes podían recogerse para demostrar el

peligro constante de hacer pesar una autoridad, así fuere de justa y de prudente, sobre una profesión que exige independencia y necesita amplia libertad de meditación.

Si se piensa en tales errores, se reconoce que más valdría, sin duda, dejar al práctico la totalidad de sus derechos y de sus deberes, su decisión íntegra y su responsabilidad completa.

En tiempo de guerra esta solución parece imposible. Y sin embargo, si se escribiese una historia del servicio de sanidad entre 1914 y 1918, sería preciso estudiar el esfuerzo obstinado de los médicos movilizados para conciliar las exigencias del poder militar, que juzga los sucesos en masas y en conjuntos, con las necesidades de la vida individual, de las cuales es la medicina el testigo supremo y el supremo recurso.

Aun durante la guerra, los médicos nunca olvidaron, que están siempre, por vocación, al servicio del individuo, y que para la Medicina el servicio del Estado supone ante todo el respeto por el individuo.

Pasadas las sorpresas del principio, el cuerpo médico, íntegro, se esforzó, con un esfuerzo perseverante y de todos los momentos, en restablecer a la profesión médica toda su austera soberanía, aun en medio de las mayores tormentas.

Esta evolución de la medicina, durante la guerra, constituye el honor de una profesión que podía (como hubo de probarlo siempre) resistir las exigencias, las seducciones, y hasta los mordiscos del Estadismo, salvando el derecho individual sin menoscabo del deber social.

He visto, especialmente en los últimos años de la guerra, hombres de altísimo valor moral y profesional apelar a toda su autoridad para oponerse a órdenes y a instrucciones de las cuales la experiencia médica podría demostrar el carácter inoportuno, aventurado, o temerario.

No se trataba ciertamente de indisciplina en tan buenos servidores, sino de una reacción deliberativa muy natural en hombres cuyo oficio consiste en reflexionar antes de obrar.

Reconocemos con mucho gusto que los poderes militares aceptaron con frecuencia la discusión, y que en varias circunstancias, y sobre todo en los últimos días de la guerra, se suprimieron o se modificaron muchas órdenes inadmisibles para el médico.

LA LIBRE ELECCION AMENAZADA

No es posible imaginar desde ahora todas las transformaciones que el Estado puede imponer a la medicina.

La mayor parte de dichas transformaciones, que tienen ciertamente por objetivo el bien social, arriesgan a volverse contra aquellos que ellas mismas pretenden proteger.

Porque todo aquello que lesiona al médico en su libertad, en su criterio y en su prestigio, perjudica al enfermo al fin de cuentas.

Hablé ya del secreto profesional, y precisa insistir. Es posible que algunos doctrinarios le den poca importancia; se equivocan y se exponen a verse desautorizados por la experiencia.

Todos los prácticos saben con qué celoso cuidado se exige el secreto por las familias tanto del pueblo como de la burguesía.

Para obtener el silencio, la falsificación de un diagnóstico, los enfermos y sus familiares descubren razones o pretextos cuya sutileza, terquedad y prudencia dejan maravillado al psicólogo.

Y sabemos, además, que este secreto tan precioso, garante de la paz del enfermo y del médico mismo, está amenazado, no sólo por la intervención de la justicia, de las leyes, de los terceros, por las prescripciones de higiene general, sino por las investigaciones de una fiscalización intemperante.

La libre elección parece gravemente amenazada en las futuras reformas estaduales.

El público fustigado por motivos económicos, por la urgencia, por mil necesidades frías y egoístas, acepta y con frecuencia reclama las reformas, sin calcular y sin meditar siquiera en los perjuicios que ellas mismas causarán a sus prerrogativas más naturales.

Conocemos bien a todos aquellos empleados, agentes o funcionarios que tienen derecho por contrato a servicios médicos, que aprecian y conocen.

Cabe imaginar que si la selección del médico atañe a un grupo determinado, resultará una de aquellas maniobras electorales de las cuales nos ofrece la política ejemplos tan inquietantes.

Si el nombramiento del médico funcionario, depende de la

compañía, es decir, de un pequeño consejo directivo, o de sólo el gerente, derivamos hacia el favoritismo puro y a sus consecuencias evidentes: desprecio de méritos personales, desprecio de las aspiraciones y aun de las necesidades públicas, insultos al buen sentido de la justicia, descontento general.

Persiguiendo otras soluciones, pudiera creerse que la elección de médicos para el desempeño de los puestos, debiera hacerse por concursos. Ahora bien, si el favoritismo franco es odioso, si el método electoral es ciego y aleatorio, el reclutamiento por concurso, que a primera vista parece razonable, ha sido ya juzgado por la experiencia.

La Medicina Moderna se resiente considerablemente de los Concursos. Y todo se ha dicho sobre la cuestión, sobre las deformaciones que los concursos infringen al espíritu, sobre el carácter aventurado de sus resultados, sobre los fraudes y los escándalos que ocasionan a menudo, sobre el derroche de tiempo, de esfuerzo, de talento y de voluntad que exigen.

Háse demostrado que el método o era ciego, caprichoso, brutal, o que dejaba la puerta abierta al favoritismo, a esa estrategia especial que lleva consigo la amargura y hasta el envilecimiento de los candidatos.

Suscribo a cuanto se diga en descrédito de los concursos, haciendo observar, sin embargo, que instituidos los puestos y siendo preciso nombrar a quienes deban ocuparlos, es indispensable adoptar un método que permita hacer los nombramientos.

El sistema de los concursos tiene necesidad de modificaciones. Supongo que a nadie ha dejado contento, y dadas las condiciones actuales existe el peligro de multiplicarlos.

Ahora bien, el desarrollo normal del estadismo que tiende a convertir al médico en un mero funcionario, hace presumir que ese mismo estadismo generalizará, ese sistema, funesto para una profesión, cuyos atributos principales no son otros que la confianza, la simpatía y la elección libre.

El funcionarismo determina en los dominios que invade un temible papeleo.

Con las intervenciones judiciales, las grandes leyes llamadas de "protección social", las ordenanzas de higiene pública, etc., la tarea burocrática del médico se ha vuelto muy pesada.

Y todo obliga a creer que va a recargarse ahora todavía más, en que una buena parte del tiempo que el práctico consagraba a su obra humanitaria, será absorbida por la redacción de informes, de certificados, de notas, de relaciones, etc. y por el arreglo de fichas, de estadísticas, etc.

Se sabe por experiencia que los funcionarios recargados de papel, echan sobre el público todo lo que pueden soltar de su fardo, y será, en lo sucesivo, el mismo público quien tendrá de redactar una gran parte de los papeles exigidos por el servicio de los puestos, por el fisco y por otras oficinas administrativas.

Y el médico deberá conservar para sí, necesariamente, la mayor parte de tan triste pénsam, y en cuanto pueda pasará también una parte al público como lo estamos viendo ya en los seguros sociales.

Se trata y se tratará de un papeleo, cada vez más complicado, difícilmente inteligible aun para personas de cultura media.

Y se adivina lo que llegará a ser ante los ojos de las gentes sencillas, abrumadas de fatiga y de cuidados, y desde luego descorazonados por el aspecto de los cuestionarios, de los esqueletos atiborrados de términos técnicos....

Tales consideraciones no pueden desdeñarse al observar la marcha y los progresos del Estadismo en Medicina.

EL INTERES SUPERIOR DE LA MEDICINA Y SU SALVAGUARDIA

Comprendiendo cuáles peligros amenazan desde ahora su profesión y por iniciativa de los más entregados a ella, los prácticos han hecho grandes y perseverantes esfuerzos no para organizar la resistencia, sino para mantener el orden y el equilibrio en sus dominios, para salvaguardar siquiera algunos de los privilegios espirituales y de los intereses temporales de la Medicina.

La historia del sindicalismo médico no cuenta medio siglo, puesto que en realidad comienza con la ley de 1892.

Es preciso anotar que el artículo 3 de dicha ley prohibía a los organismos sindicales obrar contra las comunas (municipios), los departamentos y el estado.

Ahora bien: la mayor actividad de los sindicatos médicos, desde su origen mismo, ha sido precisamente, no una acción con-

tra el Estado y contra las colectividades administrativas, sino contra el Estadismo.

Y si la profesión médica no ha sido completamente aplastada por las leyes, desde el principio de este siglo, cabe dar las gracias a los sindicatos médicos.

Leyendo los estatutos elaborados por ellos, se aprecia la importancia dada a las preocupaciones deontológicas.

Consultemos, por ejemplo, las disposiciones del sindicato de cirujanos franceses, y encontramos:

“El sindicato tiene por objeto:

Defender los intereses profesionales de sus miembros;

Mantener entre sus miembros el culto a la dignidad profesional y las obligaciones de solidaridad estrecha que ella misma les impone en sus relaciones;

1) —Entre sí y con los demás médicos;

2) —Con los enfermos;

3) —Con las diversas colectividades”.

No es preciso continuar la lectura para comprender que la profesión médica no puede compararse con los distintos oficios que encontraron refugio, ayuda y protección en las organizaciones sindicales desde la ley de 1884.

Las profesiones cargadas de responsabilidades morales no acarrearán obediencia a las prescripciones de una solidaridad rigurosa ya que el interés de los miembros de la Corporación se encuentra subordinado, en todas las circunstancias, a intereses más elevados que no resultan siempre fáciles de distinguir y de definir, pero cuya existencia es indudable.

En un artículo titulado “límites del espíritu sindical” demostré cómo los escritores y los artistas estaban en capacidad de formar asociaciones profesionales destinadas a la defensa de ciertos derechos, y, por ejemplo, a la percepción y a la repartición de algunos honorarios, y a la vez que era imposible someter tales agrupaciones a la misma disciplina de los sindicatos obreros.

Porque existe para un escritor, para un artista, por fuera y por encima de todos los intereses particulares, un interés supremo: el de las letras y el del arte.

Por fuerte y por generoso que fuere para un escritor el sentimiento de la solidaridad, considero que desfallece cuando entra en juego lo que debe llamarse con absoluto acierto, el interés superior del arte literario.

Sé que cada escritor se forja de su arte y de semejante interés, una representación personal, tal como cada fiel de una religión se hace una representación personal de su dios, sin que ello disminuya un ápice la potencia global de una idea teísta.

Un escritor, buen colega, cortés, humano y hasta caritativo, puede rehusar enérgicamente todo vínculo de solidaridad con otro escritor cuya actividad le resulte nefasta o fraudulenta.

Pueden, y han podido formarse asociaciones sindicales entre los miembros de la Universidad y no cabe pensar que el funcionamiento de tales asociaciones pueda perjudicar primero al estudiantado y luego a la abstracción viviente que se llama la enseñanza.

Es evidente, a todas luces, que el interés de los médicos está subordinado siempre al interés de los enfermos, y todos los estatutos sindicales son absolutamente explícitos desde este punto de vista.

Existe, fuera del interés de los enfermos y de los médicos, un interés superior que comprenda, juntos, los dos intereses mencionados, y que pudiera llamarse el interés de la medicina?

Aunque arrastrado por mi naturaleza a desconfiar de las abstracciones, sin titubear estoy por la afirmativa cuando sostengo que los intereses del arte literario han de ceder a los intereses particulares de los escritores, no echo en olvido que el arte así personificado es una abstracción; mas sin ella me sería imposible representarme con fuerza suficiente la especie de persona moral cuyo destino se desarrolla desde hace muchos milenios a través de experiencias y de trabajos individuales.

Y de la misma manera, cuando hablo de un interés superior que sería, y que lo es, el interés de la Medicina, no considero ni a los médicos, ni a la corporación, sino el tesoro de conocimientos que, aislados y en conjunto, no cesan de aumentar al través de los siglos y cuyo interés desborda, conteniéndolos, todos los intereses individuales, corporativos y públicos.

Debido a consideraciones de esta índole, el profesor Carlos

Nicolle ha dado por título a la segunda parte de su curso en el Colegio de Francia: "Algunas responsabilidades de la Medicina" en lugar de: "Algunas responsabilidades de los médicos".

Pues bien: el interés supremo de la medicina, dominador de todos, y que a la vez regula los demás, no consiente la aplicación de un catecismo de solidaridad comparable al que gobierna las agrupaciones obreras, por ejemplo.

La marcha de la industria moderna, con su imprudente dogmatismo de racionalización, de tailorización, de trabajo en serie, ha hecho todo lo posible por debilitar en el espíritu de los trabajadores, el culto, el respeto y el amor hacia una abstracción permanente.

Se caerá en ridículo si se invoca hoy el interés superior de la plomería, de la carpintería, y ello es una desgracia para la humanidad contemporánea.

La Medicina se cuenta en la primera línea de las profesiones que deben oponerse al descenso, al aniquilamiento del ideal espiritual que constituye su resorte principal.

Los sindicatos médicos luchan cuanto está a su alcance para contrarrestar las presiones de las colectividades administrativas, y en resumen luchan contra los asaltos y los excesos del estadismo.

Tarea verdaderamente aplastante.

Y es evidente que los sindicatos se ven perturbados e impedidos en su acción, a pesar de la institución de los consejos de familia, para dirimir con justicia las cuestiones que atañen al honor de la profesión, y que desde luego carecen de poder disciplinario.

Y por ello, en los últimos años, los médicos y los sindicatos mismos, se han esforzado en arrancar al legislador la institución de un orden de médicos que se encargue de salvaguardar el interés superior de la medicina haciendo observar las reglas de la deontología. Tal institución en muchos casos podrá sustraer los médicos de la jurisdicción inoportuna de los tribunales.

Resulta interesante observar que para resistir a las presiones de las colectividades, el hombre se encuentra fatalmente obligado a formar una contra-potencia de igual manera colectiva.

Los organismos destinados a luchar contra el empuje del es-

La historia de las agrupaciones resulta desesperante, inhumana.

Mientras que el hombre-individuo se ha mostrado a través de los siglos capaz de santidad, de dominio, de abnegación, el hombre-colectividad, ahora apenas en sus tanteos, ha demostrado sólo las actuaciones y las reacciones de la animalidad.

El ejercicio de la medicina reposa sobre una ideología moral que se llama, en grueso, la conciencia.

Y la conciencia es individual.

Y las colectividades administrativas no conocen nada comparable a esta conciencia individual.

Abdicar del individualismo en este instante del mundo, sería para un espíritu lúcido, un acto de dimisión y con mayor exactitud un suicidio.

Y porque la medicina tiene como misión asistir al hombre en los actos esenciales de la vida, en los actos en que, a pesar de todo, el hombre es solitario y forzosamente individual como en el nacimiento, el dolor y la muerte, la medicina debe permanecer como uno de los más fuertes reductos del individualismo amenazado.

La medicina ha hecho al Estado las concesiones que le aconsejaba la prudencia.

Deja al Estado los cuidados de la organización con la colaboración de especialistas, de dispensar la enseñanza, de conferir los diplomas, de controlar el ejercicio.

Debe retirarle, como todos lo deseamos, en todo o en parte, al poder judicial lo que atañe a los miembros de la corporación y a las cuestiones puramente médicas.

Ella le concede la aplicación de las medidas de Higiene pública, reservándose el inspirarlas y el modificarlas en la medida de los progresos de la ciencia.

La medicina contribuye a la aplicación de las leyes reclamadas por la marcha de la vida social.

Y se reserva el discutir o el aminorar estas leyes.

Pero que la Medicina no lo olvide: debe conservarse independiente so pena de envilecerse y de perder su eficacia al mismo tiempo que su autoridad.

De "L'esprit medical" Nros. 78, 79, 80.

Por la versión,

Villaluz—1936.

Alonso RESTREPO.

Será en fin posible que un pensamiento tan extenso no haya sido en realidad, engendrado por nadie?

Ahí sonrió mi interlocutor confesándome que ciertamente el desarrollo extraordinario del trust no había sido premeditado por nadie y todavía más, que semejante desarrollo desmesurado, casi anormal, espantaba ya a los administradores del negocio, quienes no osando ni estimularlo ni detenerlo, se contentaban con presenciarlo midiendo su impotencia ante los hechos y sus consecuencias.

Los filósofos del Estadismo, llámense Saint-Simon o Hegel, sea cual fuere su genio, no bastan para explicar los sucesos actuales.

El Estadismo, desde el principio del siglo XX, es un fenómeno pánico.

Sus teorizantes mismos no llegan a ser los amos del fenómeno y se dedican a comentarlo, a interpretarlo, a explotarlo, más bien que a dirigirlo, o siquiera a conducirlo.

La doctrina estadista es demasiado confusa y maleable para incorporarla, siquiera en parte, a los programas de una multitud de facciones políticas que se le oponen en todos los campos, excepción hecha del milagro estadista en que el príncipe de Bismarck y sus colaboradores, los economistas de la Cámara, de un lado, y del otro los discípulos de Carlos Marx, pudieron, combatiéndose, colaborar al éxito del Estadismo más franco que se tenga registrado.

Todo parece, en la época contemporánea, que conspira contra los últimos privilegios individuales en provecho del Estado-monstruo.

El Estadismo, debido a su polimorfismo, no tiene la fuerza absoluta del fenómeno religioso, pero orienta a la manera de opinión recalcitrante, todas las tendencias de las multitudes y todos los actos de los demagogos.

El individuo mismo, asustado de todas las cargas que lo amenazan y que ya lo agobian, se vuelve hacia el Estado con la esperanza falaz de librarse, sobre tamaña persona irresponsable, de ciertas responsabilidades que constituyen la esencia misma de la soberanía individual.

LA MEDICINA TIENE EL DEBER DE PERMANECER INDEPENDIENTE

Estas consideraciones generales, no nos apartan de nuestro objeto, de las responsabilidades de la medicina en la evolución del fenómeno estadista.

Aparece que el cuerpo médico obra sobre todo como una fuerza en ningún caso propagadora, sino más bien frenadora del empuje del Estadismo, y no por ello es menos grande su responsabilidad.

Si la Medicina "dejara hacer", permaneciese pasiva, merecería, seguramente, toda suerte de reproches.

Lo ha dicho admirablemente Marco Aurelio: "A menudo se es tan injusto cruzándose de brazos como cumpliendo ciertos actos".

La Medicina no ha faltado, vuelvo a repetirlo, a su deber, que era y que será indefinidamente oponerse a ciertas fuerzas.

Y es preciso hacer notar que las victorias del Cuerpo Médico, en tan difícil terreno, se han obtenido sin que la Corporación haya hecho nunca uso de las armas que aseguran la potencia de las agrupaciones sindicales.

Nunca la idea de la huelga ha preocupado seriamente a los médicos.

Y prescindiendo de la huelga, los médicos han demostrado que su profesión ni podía, ni debía compararse a otra alguna.

Los espíritus escépticos, cuando nó decepcionados, admitiendo el carácter pánico del fenómeno estadista, piensan que es en vano oponerse a las fuerzas naturales y que, por ejemplo, nunca se detiene el curso de los ríos.

Tales espíritus olvidan sin duda que el hombre debe su situación extraordinaria entre los seres vivientes precisamente al uso que ha sabido hacer de algunas fuerzas naturales, captándolas, encadenándolas, obligándolas a servirle.

Los ríos no pueden detenerse ciertamente, pero se les puede hacer algo mejor, regular su curso, construir represas, canales, esclusas, malecones, diques y puentes.

Y así la fuerza natural que parecía una fuente de peligros

innumerables se convierte en un instrumento poderoso y en una mina de ventajas.

Y en la naturaleza y en el destino del hombre reside justa y precisamente su amplitud de dominio sobre los fenómenos, de los cuales todo debía temerlo en principio.

Refutada la objeción de los escépticos, quedan los convencidos, es decir, los partidarios del Estadismo, que no son pocos en el cuerpo médico.

Unos aceptan y hasta reclaman las soluciones estadistas por fidelidad doctrinal, por disciplina política; otros persiguen los refugios del funcionarismo por timidez, por fatiga, por amor a la seguridad, por gusto de "lo fijo", y muchas veces, como lo tengo dicho, por escapar a ciertas obligaciones profesionales que repugnan a sus disposiciones innatas.

He tropezado también con espíritus distinguidos y cultivados que comparando la sociedad futura a ciertas sociedades de insectos (de las cuales el individualismo ha sido desterrado definitivamente, y que no obstante parecen muy vivaces y prósperas), aceptan de antemano los efectos finales, para el hombre, de una estadización completa.

Creo muy imprudente tal miraje y sobre todo muy indigno del hombre.

Enseña, inclina a soltar la presa por perseguir su sombra.

Nada sabemos de una sociedad humana perfectamente *estadizada*.

Podemos soñarlo todo, temerlo todo, según nuestro estado anímico, pero carecemos de los materiales de una experiencia histórica.

Y en cambio estamos casi perfectamente documentados sobre el individuo.

Y digo *casi* para mostrar que a pesar de la magnificencia del pasado, tengo todavía una confianza infinita en el porvenir tratándose del individuo.

Las virtudes que distinguen al hombre, y que hasta el momento presente de la historia, han culminado en su preeminencia, son esencialmente virtudes individuales.

Todo lo grande que hay en el mundo humano, es obra del individuo, o por lo menos se debe a concepciones individuales.

La historia de las agrupaciones resulta desesperante, inhumana.

Mientras que el hombre-individuo se ha mostrado a través de los siglos capaz de santidad, de dominio, de abnegación, el hombre-colectividad, ahora apenas en sus tanteos, ha demostrado sólo las actuaciones y las reacciones de la animalidad.

El ejercicio de la medicina reposa sobre una ideología moral que se llama, en grueso, la conciencia.

Y la conciencia es individual.

Y las colectividades administrativas no conocen nada comparable a esta conciencia individual.

Abdicar del individualismo en este instante del mundo, sería para un espíritu lúcido, un acto de dimisión y con mayor exactitud un suicidio.

Y porque la medicina tiene como misión asistir al hombre en los actos esenciales de la vida, en los actos en que, a pesar de todo, el hombre es solitario y forzosamente individual como en el nacimiento, el dolor y la muerte, la medicina debe permanecer como uno de los más fuertes reductos del individualismo amenazado.

La medicina ha hecho al Estado las concesiones que le aconsejaba la prudencia.

Deja al Estado los cuidados de la organización con la colaboración de especialistas, de dispensar la enseñanza, de conferir los diplomas, de controlar el ejercicio.

Debe retirarle, como todos lo deseamos, en todo o en parte, al poder judicial lo que atañe a los miembros de la corporación y a las cuestiones puramente médicas.

Ella le concede la aplicación de las medidas de Higiene pública, reservándose el inspirarlas y el modificarlas en la medida de los progresos de la ciencia.

La medicina contribuye a la aplicación de las leyes reclamadas por la marcha de la vida social.

Y se reserva el discutir o el aminorar estas leyes.

Pero que la Medicina no lo olvide: debe conservarse independiente so pena de envilecerse y de perder su eficacia al mismo tiempo que su autoridad.

De "L'esprit medical" Nros. 78, 79, 80.

Por la versión,

Villaluz—1936.

Alonso RESTREPO.

De la Facultad

RESOLUCION NUMERO 385 DE 1937

(Octubre 29)

por la cual se aprueba el plan de estudios para la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, adoptado por el Consejo Directivo de dicha Facultad.

El Ministerio de Educación Nacional, en uso de sus atribuciones legales,

RESUELVE:

Artículo único.—Apruébase el siguiente plan de estudios para la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, fijado por el Consejo Directivo de dicha facultad, en sesión del día 8 de octubre en curso:

GLUCALCION

Gluconato de Calcio Granulado y al 10 % en ampollas inyectables

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 — Cali
Colombia

PRIMER AÑO:

Química biológica
Histología y Embriología
Anatomía descriptiva, curso I
Física médica
Dibujo anatómico (dos clases semanales)

SEGUNDO AÑO:

Fisiología humana
Bacteriología
Parasitología y entomología
Anatomía descriptiva, curso II
Introducción al estudio de la medicina (Patología general).

TERCER AÑO:

Patología interna
Clínica semeiológica médica
Clínica dermatológica y sifiligráfica
Medicina operatoria
Anatomía topográfica
Anatomía Patológica.

LIMO-LAX

**Purgante que se toma
como si fuese una de-
liciosa limonada.**

Solución de Citrato
de Magnesia en agua
carbonatada, de ac-
ción purgativa ideal.
No estriñe. Descon-
gestiona el hígado.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia

CUARTO AÑO:

Patología tropical (tres clases semanales)
Clínica médica
Clínica de órganos de los sentidos (3 clases semanales)
Clínica neurológica y psiquiátrica
Terapéutica y Farmacología
Patología externa.

QUINTO AÑO:

Clínica de enfermedades tropicales
Clínica terapéutica
Clínica infantil
Medicina legal y toxicología
Obstetricia
Higiene (tres clases semanales)
Clínica semeiológica quirúrgica (tres clases semanales).

SEXTO AÑO:

Clínica quirúrgica
Clínica ortopédica y de urgencia

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 — Cali

Colombia

Clínica urológica
Clínica ginecológica
Radiodiagnóstico y radioterapia (4 clases semanales)
Clínica obstétrica.

El Decano de la Facultad dictará dos clases cada mes sobre Deontología médica. La asistencia a estas clases será obligatoria para los estudiantes de sexto año. Al que faltare a cuatro de estas clases no le será permitido presentarse a examen de las otras materias, pues no habrá examen de Deontología.

Habrán cuatro exámenes preparatorios de grado que serán los siguientes:

PRIMER PREPARATORIO (de Laboratorios)

Química biológica
Fisiología humana
Bacteriología
Parasitología.

SEGUNDO PREPARATORIO (de anfiteatros)

Anatomía descriptiva

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 — Cali

Colombia

Medicina operatoria
Histología
Anatomía Patológica

TERCER PREPARATORIO (medicina general)

Patología general
Patología interna
Patología externa
Terapéutica.

CUARTO PREPARATORIO (Clínicas)

Clínica médica
Clínica de enfermedades tropicales
Clínica quirúrgica y una clínica de especialidades, sorteada entre las que haya hecho el alumno inclusive electro-radiología.

El nuevo plan de estudios será obligatorio desde el año de

UROSALINA

En granulado efervescente de
solubilidad completa y rápida

NUEVA FORMULA

Citro-tartrato de Sodio, Carbonato de Litio y Hexametilente
tramina.

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 — Cali

Colombia

mil novecientos treinta y ocho (1938) para todos los alumnos así:
Al alumno que llegue a cursar el primer año, le obligarán todas las modificaciones introducidas en el citado año; a los que lleguen al segundo las modificaciones del segundo y así sucesivamente. Para los alumnos que van con materias pertenecientes a distintos años, se autoriza al Decano de la Facultad para arreglarles su situación imponiéndoles o no a su juicio, y según el caso, las modificaciones implantadas.

Comuníquese.

Dada en Bogotá, a 29 de octubre de 1937.

El Ministro de Educación Nacional,

(fdo.), José Joaquín CASTRO M.

El Secretario,

(fdo.), Germán ZEA.

CURSOS EXTRAORDINARIOS

Durante el año de 1938 se continuarán dictando pequeños

O V A R I O G E N

enfermedades de la mujer

Preparación a base de Ili-
drastis, Hamamelis, Picei-
dia, Viburnum y Acido A-
cetil-Salicílico.

Ovarlogen es un preparado
de indicaciones precisas en
la Congestión Uterina Pri-
mitiva y un poderoso auxi-
liar 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 — Cali

Colombia

cursos extraes tales como los que se hicieron en el curso de 1937; fueron éstos los siguientes:

Cirugía del Simpático — Profesor Dr. Alberto Baidarriaga.

Patología y Psiquiatría — Profesor Dr. Edmundo Rico.

Introducción al estudio de los Protozoarios — Dr. César Uribe Piedrahíta.

Ideas y tratamientos actuales de la Hemorragia — Profesor Dr. Manuel S. Arango Mejía.

Patología obstétrica — Profesor Dr. José del C. Acosta.

Estos cursos que, como se ve, han estado a cargo de distinguidos profesionales de Medellín y de otras capitales, tuvieron una magnífica acogida, fueron muy concurridos y despertaron gran interés.

En 1938 se harán varios cursos extraes sobre tópicos distintos de los ya tratados y estarán a cargo de otros profesores de distintas partes del país.

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 — Cali

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 — Cali

Colombia