

DIRECTOR:

Dr. Martiniano Echeverri D.

Rector de la Facultad de Medicina.

---

# BOLETIN CLINICO

REVISTA MENSUAL

ORGANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA  
Y CIENCIAS NATURALES DE LA  
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA - MEDELLIN



---

Año III No. 8 Mayo de 1937 No. 32

---

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: 2.500 ejemplares.

Profesor Gil J. GIL.

GIL Gil J. — Lecciones del sábado.

Credo del Sociólogo Médico.

Profesor Montoya y Flórez.

CARVAJAL Filiberto — Eutanasia.

ARBOLEDA DIAZ Carlos — Lucha antituberculosa.

BONILLA NAAR Alfonso — Precauciones indispensables para un certero diagnóstico de Disentería Bacilar.

JARAMILLO MADARIAGA Guillermo — Acidos, bases y pe hache.

Movimiento Universitario.

GRAU Luis Carlos — La lepra en Colombia.

Comunicaciones.

Sanidad de Medellín.

Biblioteca de la Facultad de Medicina.

## ANTIPLASMODIO

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

Antipalúdico (preventivo y curativo).

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

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

# Biblioteca de la Facultad

## COLECCION DE TESIS PUBLICADAS

- Pedro Luis Alvarez.—Elefantiasis de los Arabes. — Medellín.  
—1905. T II/1
- Andrés Sanín Llano.—Contribución al estudio de la Hipertrofia  
Prostática y de la Protatectomía. — Medellín.—1905 T II/2
- Emiro A. Trujillo.—Abscesos Hepáticos. — Medellín.—1905. T II/3
- Luciano Restrepo Isaza.—Contribución al estudio del Micro-  
coccus Neoformans. — Medellín.—1905. T II/4
- Rafael Moreno Jaramillo.—Anquilostomatosis.—Medellín.—1905. T II/5
- Francisco Betancourt V.—Contribución al estudio del Paludis-  
mo. — Medellín.—1904. T II/6
- Samuel Cock.—Heridas. — Medellín.—1903 T II/7
- Tomás Bernal Bravo.—Ulceras de los miembros inferiores.—  
Medellín.—1903. T II/8

## CLOR-CAL

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

### INDICACIONES:

HEMOSTATICO: en toda clase de He-  
morragias.

DECLORURANTE y DIURETICO: en  
las Nefritis hidropígenas, Edemas y As-  
citis de origen circulatorio.

RECALCIFICANTE: En el Embarazo,  
la Lactancia, el Crecimiento y la Es-  
pasmofilia.

ANTI-ANAFILACTICO: en la Urtica-  
ria y los Accidentes Séricos.

LABORATORIOS URIBE ANGEL  
Medellín — Barranquilla  
Colombia

- Luis F. Bernal.—Hipno-Anestesia.—Medellín.—1903. T II/9
- Eduardo Duque.—La Blenorragia en el Hombre y su tratamiento.—Medellín.—1901. T II/10
- David Pérez.—Contribución a la Higiene de las regiones cálidas de Colombia.—Medellín.—1901. T II/11
- Alejandro Londoño.—El Secreto Médico.—Medellín.—1901. T II/12
- J. M. Pérez U.—Estudio sobre la Fiebre Amarilla.—Medellín.—1901. T II/13
- Emilio Robledo.—Higiene de la Infancia.—Medellín.—1900. T II/14
- Miguel M<sup>o</sup> Calle.—Del Suero Artificial.—Medellín.—1900. T II/15
- Emilio Quevedo.—Carbón. Vacuna Anticarbonosa. — Medellín.—1905. T II/16
- Salvador Alvarez Turizo.—Estreptococcia.—Cartagena.—1918 T III/1
- Julio A. Fontalvo.—Diagnóstico diferencial entre la Hemorragia y el Reblandecimiento cerebral.—Cartagena.—1920. T III/2
- Marceliano Arrázola B.—La Bronconeumonía en Cartagena.—Cartagena.—1921. T III/3

## FERROL

### Poderoso antianémico.

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

Cada cucharadita contiene 25 centigramos de hierro puro.

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

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

**LABORATORIOS URIBE ANGEL**  
**Medellín — Barranquilla**  
**Colombia**

- José A. Fernández Baena.**—Sífilis Hereditaria.—Cartagena.—1921. T III/4
- Israel Velásquez.**—Contribución al estudio de la Arterio-Esclerosis.—Cartagena.—1921. T III/5
- Pompeyo Zabaleta B.**—Diagnóstico diferencial entre la apendicitis aguda y las principales afecciones que pueden simularla.—Cartagena.—1921. T III/6
- Gregorio J. Díaz P.**—Buba y Sífilis. Su diagnóstico diferencial.—Cartagena.—1922. T III/7
- Policarpo O. de Lafont O.**—La Enteritis de la Infancia.—Cartagena.—1922. T III/8
- Eleázar Taboada B.**—Quistes del Ovario.—Cartagena.—1922. T III/9
- Vicente Camargo Martelo.**—Contribución al estudio del tratamiento profiláctico y curativo de Eclampsia puerperal.—Cartagena.—1923. T III/10
- Sofronio Gómez Lobo.**—Contribución al estudio de las Hepatitis atróficas Ascitógenas.—Cartagena.—1923. T III/11
- Capitolino Guerrero P.**—Estomatitis y causas que la producen. Cartagena.—1923. T III/12

## **PALEHOL**

### **Tónico-Reconstituyente**

Preparado a base de Fosfato de Hierro, Creosota de Haya y los compuestos iodados y fosfatados que integran el Aceite de Hígado de Bacalao. El Palehol es un tónico nutritivo de sabor agradable y de gran valor en los desórdenes respiratorios de carácter crónico.

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

**LABORATORIOS URIBE ANGEL**  
**Medellín — Barranquilla**  
**Colombia**

- Jaime Bernal Moreno.**—Contribución al estudio de la Secreción mamaria en las Anexitis.—Medellín.—1923. T IV/1
- José Ignacio Giraldo.**—Prolapso genital y su tratamiento.—Medellín.—1916. T IV/2
- Rafael Villegas Arango.**—Úlcera simple del estómago.—Medellín.—1920. T IV/3
- Silvestre Serna Gómez.**—Estudio sobre Apendicitis crónica.—Medellín.—1920. T IV/4
- Muñoz Berrío Emilio.**—Contribución a la Terapéutica del Paludismo.—Medellín.—1920. T IV/5
- Arango T. Ernesto.**—Contribución al estudio de las enfermedades tropicales. Pian.—Medellín.—1922. T IV/6
- Alvarez C. Juan Pablo.**—Contribución al estudio de la Inercia Uterina.—Medellín.—1922. T IV/7
- González Luis.**—La Raza Antioqueña es única, y no está degenerada.—Medellín.—1923. T IV/8
- Restrepo M. Alonso.**—Litiasis Biliar de Síntomas larvados.—

## SAL DE FRUTAS

Uribe Angel

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

No se altera.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

Medellín.—1917.	T IV/9
Mora Vásquez Rafael.—Tuberculosis pulmonar.—Medellín.-1923	T IV/10
Jaramillo Berrío Salvador.—Análisis Bacteriológico de Aguas de Medellín.—Medellín.—1921.	T IV/11
Jaramillo Marco Tulio.—Síndromos Pupilares.—Medellín.—1920.	T IV/12
Velásquez Mejía Eliseo.—Apuntes para la Medicina de Urabá.—Medellín.—1923.	T IV/13
Posada Marco A.—Problemas Sociales.—Medellín.—1920.	T IV/14
Isaza Juan G.—Contribución al estudio de la Fiebre Biliosa Hemoglob.—Medellín.—1920.	T V/1
Uribe Uribe J.—Amigdalitis.—Medellín.—1920.	T V/2
Cardona Pedro Nel.—Contribución al estudio de la mortalidad infantil en la ciudad de Medellín.—Medellín.—1918.	T V/3
Trujillo Emilio.—Higiene Militar.—Medellín.—1916.	T V/4
Garcés M. Valentín.—Apendicitis.—Medellín.—1919.	T V/5

## KOLA GRANULADA

(Tonikola Uribe Angel)

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

Neurastenia, Convalecencias.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

Castrillón G. Tulio.—Síndrome Disenteria.—Medellín.-1923.	T V/6
Velásquez David.—Absceso Tropical del Hígado.—Medellín. 1920.	T V/7
Restrepo Maya Emilio.—Contribución a la Lucha Antituberculosa. — Medellín.—1920.	T V/8
Escobar Eduardo.—Cáncer del estómago.—Medellín.—1920.	T V/9
Montoya Wenceslao.—Tricocefalosis.—Medellín.—1919.	T V/10
Restrepo José Miguel.—Estudio comparativo de los tratamientos preconizados para la curación de las várices y Síndrome Disenteria o diarrea de origen apendicular. — Medellín.—1923.	T V/11

# INYECTABLES

de los

## Laboratorios Uribe Angel

AGUA BIDEESTILADA,	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





PROFESOR GIL J. GIL, M. D.

Universidad de Columbia, U. S. A. . . . .	1907
Profesor de Anatomía de . . . . .	1910 a 1916
Profesor de Patología Externa de . . . . .	1916 a 1927
Profesor interino de Clínica Quirúrgica de . . . . .	1923 a 1925
Profesor de Clínica Ginecológica de . . . . .	1928 a 1936
Profesor titular de Clínica Quirúrgica . . . . .	1937
Miembro de la Academia de Medicina de Antioquia.	
Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina.	
Miembro del Colegio Americano de Cirujanos.	

# Lecciones del sábado

PROFESOR GIL J. GIL

Señores:

Al aceptar la cátedra de Clínica Quirúrgica me hice el propósito de dedicar la lección del sábado a la presentación de casos, discusión de resultados, revaluación de técnicas, crítica de procedimientos, en una palabra, al cambio de ideas entre el personal docente y los alumnos, sobre el trabajo hecho en la semana. A estas lecciones quisiera que asistieran también el personal del Hospital, profesores y alumnos, los médicos de la ciudad y los demás estudiantes de la Facultad, con el deseo de que de otros servicios se presenten casos, y se forme así un ambiente sereno y amplio de estudios clínicos que no puede ser sino conveniente para todos, ya que de esta manera podríamos aprender cada día algo nuevo, a la vez que haríamos un esfuerzo por universalizar la enseñanza y por mantener la cordialidad que trae el estudio en conjunto. Quiero, pues, expresar muy claramente que esta cátedra está abierta para todos los profesores, especialmente para los de Clínica y sus Jefes de Servicio, y que me será muy grato ceder este puesto a quienquiera que desee presentar casos e ilustrarlos con la discusión de sus puntos de vista.

Viniendo a ocupar por inmerecida distinción la cátedra que ilustró por más de treinta años el lamentado Profesor Montoya y Flórez, y que honraron otrora Rafael Pérez y José Vicente Maldonado, justo es que dedique esta primera Lección del Sábado a hacer un análisis, así sea tan rápido y somero como mis capacidades y el tiempo lo permitan, de la obra de quien fue, no sólo el más hábil cirujano del país, sino el creador en Antioquia de una escuela quirúrgica representada por valiosas unidades que, en una u otra especialidad, difunden las enseñanzas del Maestro, proclaman la excelencia de su técnica y acrecientan su obra ha-

ciendo honor a su nombre, y contribuyendo a colocar a Antioquia en el primer plano científico del país.

Graduado en la Universidad Nacional en 1892, donde por muchos años fue disector anatómico, vino a Medellín en 1894, después de su primer viaje a París. Sus profundos conocimientos de Anatomía fueron la base firme e incommovible de la labor quirúrgica que empezó apenas llegado, pleno de energías y de saber, y preparado para el desarrollo de su técnica, que fue siempre precisa, metódica, sencilla e intencionada, por las enseñanzas de los grandes maestros franceses de la época: Pean, Richelot, Pozzi, Terrier, Segond, Doyen. Sobre todo este último influyó en Montoya de una manera decisiva en la primera época de su carrera, y fueron sus métodos los que le dieron los primeros triunfos.

En las postrimerías del siglo pasado, el medio quirúrgico de nuestra ciudad era estrecho, pobre y hosco. Las operaciones no se aceptaban sino después de largas y acaloradas discusiones en los círculos familiares y sociales, y parientes y amigos opinaban generalmente en contra de los procedimientos cruentos aconsejados, de tal manera que aun en los casos de urgencia se pasaban días discutiendo si se aceptaba lo propuesto por el cirujano, y la mayor parte de las veces una decisión desfavorable al enfermo era la conclusión.

Es cierto que notables médicos,—cirujanos audaces a la vez—habían hecho arriesgadas y brillantes intervenciones y habían obtenido éxitos sorprendentes en cualquier medio, pero más aún en el nuestro de entónces, pobre de recursos quirúrgicos, con mala anestesia o sin ella, en ambiente séptico o con las complicaciones y minucias de la antisepsia listeriana: José Ignacio Quevedo hacía en 1865, la primera cesárea con salvación de la madre y del hijo, y extirpaba la tibia y observaba su reproducción, antes de que se conocieran las propiedades osteogénicas del periostio; Juan de Dios Uribe iniciaba la era listeriana y establecía un esbozo de Servicio Quirúrgico en el viejo Hospital de San Juan de Dios; Tomás Quevedo Restrepo, Ricardo Rodríguez y Alejandro Restrepo, hacían cirugía y eran, al decir del Dr. Uribe Angel, hábiles oculistas; Ramón y Francisco Arango, Juan B. Londoño y Vespasiano Peláez aportaban habilidad quirúrgica, e iniciaban algunos adelantos en asepsia; sobre todo el primero fue hábil, audaz y sereno, y a su sentido clínico de extraordinaria agudeza, unía la solidez de un profundo saber; fueron Ramón Arango y Juan de Dios Uribe, quienes en 1888 practicaron

sendas operaciones asépticas, siendo los precursores de este método que sólo llegó a sistematizarse al comienzo del siglo, después del segundo viaje a París del Dr. Montoya y Flórez. Legrados óseos, amputaciones, talla perineal o suprapúbica después, la kelotomía, la ovariectomía con pedículo extraperitoneal para el quiste del ovario, las craneotomías de urgencia, fueron las principales operaciones que entonces se practicaban, aunque hay que mencionar como de extraordinaria importancia para entonces la extirpación de un pólipo laríngeo por laringotomía, verificada por el Dr. Ramón Arango; la ovariectomía con pedículo intraperitoneal, por el Dr. Julio Restrepo Arango; la trepanación metódica para tumor cerebral practicada por los doctores Quevedo Restrepo y Londoño, y algunas pocas más.

Hasta las proximidades del año 90, la Cirugía fue un arte de ocasión impuesto por la gravedad o la urgencia de una enfermedad o accidente, y en ningún caso se ejerció de manera metódica, especializada y adaptada a concepciones patológicas que hicieran derivar de su aplicación mejores resultados terapéuticos que de las medicaciones comúnmente aplicadas. Todos los médicos eran cirujanos ocasionales, y era muy frecuente el caso, en enfermos graves o de cierta posición social, el designar en las juntas numerosas que entonces se acostumbraban, al médico que había de llevar la cuchilla. Con la circunstancia de que esta elección no recaía siempre en el más capaz de desarrollar con éxito una técnica, sino en la persona de mayores merecimientos por su edad y su saber: hermosa lección de homenaje científico que no siempre redundaba en favor del enfermo!

Rafael Pérez, espíritu selecto, de exquisita preparación médica y de alguna habilidad quirúrgica, fue destacándose entre sus colegas de aquella época por sus atrevidas intervenciones, y fue él quien dio el primer paso firme hacia una Cirugía de más extendidas indicaciones y más definida finalidad terapéutica, a pesar de ser entrabada su competencia por los complicados procedimientos antisépticos y por las técnicas laboriosas y lentas de aquellos tiempos. Con las histerectomías vaginales, algunas intervenciones sobre el riñón y el uretero, y otras de importancia, empezó a imponer a la clientela y aun a los colegas, la aceptación de operaciones bien indicadas y mejor reguladas en casos de dolencias crónicas, en las que la medicina carecía de recursos curativos, mostrando así cómo la cirugía podía dar beneficios incalculables si no se limitaba su campo de acción a los casos in extremis. Téngase en cuenta que entonces una histerectomía va-

ginal, cuyos preliminares empezaban a las ocho de la mañana, exigía una labor de 3 o 4 horas que dejaba exhaustos al operador y a sus ayudantes, y compárese con las facilidades, recursos y técnicas de hoy, y se podrá apreciar mejor el valor científico y moral de aquellos precursores, de los cuales el Dr. Pérez, primer Profesor de Clínica Quirúrgica, fue el más conspicuo. Muerto prematuramente cuando apenas empezaba a consolidar sus enormes adquisiciones científicas, fue reemplazado en la cátedra por el Dr. Montoya y Flórez quien, habiendo hecho en París sólidos estudios de perfeccionamiento, había llegado a la ciudad, como ya se ha dicho, a fines de 1894. Rápidamente adquirió merecido renombre, y espigando en todos los campos, ejerció la medicina; estableció los estudios de Bacteriología, desconocidos hasta entónces en este medio, y en su laboratorio particular abrió el primer curso libre de aquella materia; hizo cirugía atrevida y realmente técnica, introduciendo la asepsia con la esterilización de los instrumentos, aunque todavía en el lavado de las manos conservó la antisepsia; ensayó con éxito la anestesia hipnótica, y con las histerectomías vaginales por el método de Doyen, las operaciones abdominales, la curación radical de la hernia, la tiroidectomía, abrió una nueva era para la cirugía regional.

Vuelto a París a continuar sus investigaciones sobre el carate, se graduó en la Universidad de Francia en 1898 con una brillantísima tesis que fijó definitivamente los caracteres de aquella dermatosis, clasificó el hongo que la produce y conquistó nombre imperecedero como investigador y descubridor.

Durante su ausencia del país regentó la Cátedra Quirúrgica el Dr. José Vicente Maldonado, bogotano ilustre que desde hacía varios años había fundado su hogar en Envigado, y quien, establecido en Medellín, había también sobresalido como cirujano hábil al lado de Pérez y Montoya, en asocio de quienes trabajó frecuentemente al principio de su carrera. Hombre de extraordinaria inteligencia, de profundo sentido clínico, de brillante exposición, elegante y preciso en el gesto quirúrgico, altivo y noble, supo despertar la admiración y el cariño de su clientela y la adhesión y el profundo amor de sus discípulos. Al decir del Dr. Emilio Robledo, cuyas palabras hago mías con el fervor de una amistad y de una admiración que perduran y se acrecientan con el correr de los años: "la obra principal de Maldonado no ha consistido en iniciar la gran cirugía abdominal con la apendicectomía y la colecistostomía, y en hacer cirugía general en todas las regiones con la precisión de un anatomista y con la agilidad de un

Maestro", sino que "la principal obra suya es la siembra constante que ha hecho en sus discípulos de semillas de respeto a la profesión, de dignidad personal, de altiva independencia en el concepto, de caballerosidad, y en la manera como haciéndose superior a las dolencias físicas, sabe mantener el culto al ideal defendiendo ideas de ciencia pura".

Saludemos con respeto al ilustre cirujano que con Montoya y Flórez, fue creador de la Cirugía moderna en Antioquia. Emulo de él en habilidad y en técnica por muchos años, hubo de cederle el campo cuando una traidora enfermedad paralizó su movilidad y lo aprisionó en el hogar, conservando por fortuna para él y para sus amigos toda la lucidez de su brillante inteligencia.

Vuelto Montoya y Flórez al país en 1901, empezó de nuevo su labor quirúrgica y reasumió su cátedra estimulado por nuevos estudios y por la observación de las técnicas de grandes maestros franceses e ingleses. Trajo consigo el primer aparato de Rayos X que vino a Colombia y él mismo lo manejó por varios años. De 1907 a 1910, fue director de Leprosorios, y como fruto de sus estudios e investigaciones, publicó su libro sobre la lepra, obra de sabio que tuvo un éxito sorprendente en los círculos científicos y que lo colocó como autoridad en la materia.

La Escuela de Medicina estaba entónces en receso por disposición del Presidente Reyes, y en el servicio quirúrgico del viejo Hospital de San Juan de Dios, reemplazaba al Profesor Montoya el Dr. Baltasar Ochoa, quien, aunque no fue cirujano de escuela, era hábil operador y uno de los hombres más benévolos, generosos y nobles con quien me he cruzado en la vida. De él se podría repetir la frase de que era todo corazón y que dondequiera que lo hirieran le producirían la muerte. Fue con él, y desde 1907, con quien hice mis primeras armas quirúrgicas, y es a él a quien debo el éxito, si hay alguno, en mi carrera profesional: del fondo del corazón le dedico un recuerdo y le rindo este homenaje de gratitud.

Cuando el Profesor Montoya reasumió su cátedra, me encontró a su lado como ayudante en compañía del dilecto amigo el Dr. Alfonso Castro, y jefes de clínica por espontáneo deseo primero y con nombramiento oficial después, los dos seguimos trabajando con el Profesor por 10 años consecutivos, en el Hospital y en la clientela privada, y con él compartimos las angustias y las torturas, los triunfos y las alegrías que nos proporcionaban las derrotas y los éxitos en este arte de la Cirugía que esclaviza a quienes le dedicamos todo nuestro corazón, y que nos ata defi-

nitiva y eternamente a los enfermos con lazos de lágrimas en el dolor, pero que nos regala con las más intensas alegrías cuando nuestra cuchilla torturante logra arrebatarnos una víctima a la muerte o un doliente a la enfermedad. Así Castro y yo fuimos sus primeros discípulos, no en el tiempo, porque el Maestro tuvo muchos y muy eminentes antes de nosotros, sino porque por un largo período fuimos sus ayudantes y compañeros de todas las horas, y porque asistimos al desarrollo prodigioso de su técnica que llegó a ser impecable por la precisión del gesto, por la hábil maniobra, por la regularización matemática del movimiento, por el concierto entre la ejecución operatoria y el objetivo terapéutico. Porque en esta nueva época de su carrera, cuando el Maestro se dedicó con todas sus energías y exclusivamente al ejercicio quirúrgico y a la enseñanza, fuimos nosotros los testigos inmediatos de su tenacidad, de su memoria admirable, de su poder de adaptación de las técnicas, de su capacidad para modificarlas según el caso y para crear otras, como la dislocación testicular y su colpoperineorrafia, que tienen ventajas apreciables sobre algunos procedimientos clásicos. Porque sus lecciones se nos fueron alma adentro, y con su ejemplo y su dirección logramos avanzar en este arte tan difícil como grato, y devolver a la vez a nuestros discípulos las enseñanzas adquiridas. Así se formaron después Braulio Henao Mejía, Antonio Mesa, Rafael Villegas Arango, Ernesto Arango Tamayo, Eliseo Velásquez, y ya con la influencia del Maestro pero también con la nuestra, Pedro Nel Cardona y Alberto Gómez Arango, José Antonio Sierra y Francisco Luis Cadavid, Gonzalo Botero y Pedro Luis Arias, para no citar sino algunos de los muchos discípulos que cultivan el Arte Sagrado y que son orgullo de Antioquia. Y en esa forma creó Montoya y Flórez la Escuela Quirúrgica de la Montaña, y ésta es su más hermosa labor, la obra excelsa del Maestro, la que continuada por nosotros, por nuestros discípulos y los discípulos de éstos, hará que su nombre perdure y su fama se extienda con la sombra del árbol por él plantado, a medida que éste crezca, se desarrolle y su ramaje cubra la extensión de toda la República.

No sería lógico en una disertación de este género dejar de apreciar en una ojeada de conjunto su obra quirúrgica, pero en la imposibilidad de recoger y analizar las diversas y variadas intervenciones desde la extirpación del ganglio de Gasser a la esplenectomía, las resecciones del simpático y las histerectomías abdominales totales, las colecistectomías y sus admirables disecciones del cuello, las amplias gastrectomías y la extirpación de

las suprarrenales, intervenciones todas que recogidas figuran en sus estadísticas y en sus artículos publicados en los Anales de la Academia de Medicina de Antioquia, en Revista Clínica, en otras publicaciones del país y en sus comunicaciones a los Congresos Médicos Nacionales, voy a limitarme a estudiar su desenvolvimiento quirúrgico en relación con tres tipos de operaciones:

*COTO*.—La primera intervención está publicada en los Anales de 1897. Apenas entonces la escuela alemana con Mikulicz y la suiza con Kocher a la cabeza, batallaban por imponer su técnica de tiroidectomía parcial, y los Reverdin llamaban la atención sobre las consecuencias desastrosas de la ablación total. Las doctrinas encontradas e imprecisas buscaban derroteros nuevos, pero siempre con la mira de alejarse de la tiroidectomía total, operación emocionante, de grandes riesgos quirúrgicos y de alarmantes hemorragias. La mayor parte de los cirujanos temían abordar la extirpación, y hombres como Poncet y Jaboulay erigían en procedimiento la luxación hacia fuera de la tiroide, la exotiroidopexia, mientras que Sydney Jones relataba sus casos de simple sección del istmo como procedimiento de urgencia para la dispnea, con la observación curiosa e interesante de la regresión y atrofia de los lóbulos laterales y la consiguiente curación. El mismo Jaboulay preconizaba más tarde la extirpación del simpático cervical, operación que hubo de abandonarse después por no dar los resultados que se buscaban y por atentar contra la fisiología de nervio tan importante. La tiroidectomía por fuera de la cápsula propia, es decir por debajo de la vaina conjuntiva, dependencia de la aponeurosis cervical profunda, es operación siempre grave y riesgosa, que expone a las grandes hemorragias y a las lesiones de los nervios, y de allí que la técnica evolucionara hacia la extirpación parcial intracapsular. Esta parece ser la técnica de Montoya en su primera operación, pero la hemorragia y los fenómenos respiratorios alarmantes y todavía más, la larga supuración post-operatoria y los fenómenos de tetanía, obligan a modificar aquella opinión y a pensar que el Profesor practicó una tiroidectomía total por fuera de la cápsula propia. Posteriormente a 1901, el Dr. Montoya operó muchos casos de *coto*, y después de 1910, su técnica de tiroidectomía parcial intracapsular y de estrumectomía para cotos parenquimatosos y exoftálmicos fue impecable, y me consta el resultado excelente que siempre obtuvo en esta operación.

*HISTERECTOMIA VAGINAL*.—La primera histerectomía



del Profesor Montoya data del 26 de noviembre de 1896. Se disputaban entónces, para el tratamiento del cáncer del cuello uterino, dos tratamientos: la amputación supravaginal y la histerectomía vaginal, ésta sostenida principalmente por Richelot y la primera defendida por Schroeder, Verneuil y otros. El caso muy bien descrito clínicamente es ya muy avanzado y muestra claramente que hay invasión de un ligamento ancho; seguramente hoy no operaríamos en ese caso ni por la vía alta, pero entónces era común abordar casos avanzados por la vía vaginal. El Dr. Montoya reconoce que fue error la indicación y explica admirablemente las causas del fracaso y de la hemorragia tardía que mató a la enferma.

En 1890 Péan preconizó la histerectomía vaginal para las metritis y anexitis, y más tarde se aplicó este procedimiento al cáncer del útero. Combatida por eminentes cirujanos como Terrier, y defendida por otros de no menor autoridad, como Segond, la histerectomía vaginal logró al fin imponerse sobre la abdominal por razones bien claras de entender, dadas las condiciones operatorias de aquella época: operación menos peligrosa, avenamiento natural, más rápida, de una parte, y de otra, asepsia imperfecta, técnicas deficientes, operadores de menos experiencia y con personal y medios muy distanciados de la perfección y disciplina científicas que hoy podemos admirar. El auge de la histerectomía vaginal se consolidó con las felices modificaciones de diversos cirujanos, pero sobre todo con el impulso que Doyen le imprimió con la aplicación de sus pinzas elásticas y con los métodos de la hemisección, y sus indicaciones se extendieron sin prudencia. No es de extrañar, en consecuencia, que esta primera operación vaginal del Dr. Montoya y otras publicadas en la Tesis del Dr. Obdulio Toro, y practicadas por aquél o por otros cirujanos, estuvieran fuera de las indicaciones que generalmente son aceptadas hoy. Después de 3 o 4 lustros, y variadas completamente las condiciones desfavorables que se han anotado, la histerectomía abdominal volvió a tomar la primacía, y con razones muy justas, ya que el dominio del campo operatorio, la visión amplia y la facilidad para dominar cualquier contingencia, a más de las conquistas de técnica y asepsia, la han hecho una operación de mayor benignidad que la vaginal. Esto lo comprendió prontamente el Profesor Montoya, pero con su espíritu práctico, no olvidó que la vía baja conserva indicaciones precisas y que no es justo abandonarla sistemáticamente.

Las histerectomías se siguieron por centenares con nuevos

aportes de técnica y resultados cada vez más felices. Ya vimos que Doyen, el genial cirujano francés, fue su maestro predilecto, y sus innovaciones y sus instrumentos fueron adoptados y puestos en práctica por muchos años. Y su admiración por él fue tan grande que se propuso dominar como el francés ilustre, la histerectomía vaginal. Con la práctica continua llegó a precisar las indicaciones y las ventajas que tiene sobre la abdominal; reglamentó las contraindicaciones y dio preferencia a la vía alta cuando ésta le ofrecía las mayores probabilidades de éxito. Pero escogido el caso, su dominio de la técnica y su rapidez eran verdaderamente fantásticos, y yo lo vi muchas veces terminar una histerectomía vaginal en 3 minutos, tiempo que bate el record de lo que él mismo llamó en su maestro, *epilepsia operatoria*.

En el cáncer del cuello, vio claramente y muy pronto que la histerectomía abdominal total, con peritonización o con Mikulicz a lo Faure, era la técnica que ofrecía campo amplio para extirpar completamente la lesión, y sólo en casos muy incipientes o dudosos, empleaba la vía vaginal. Tanto por una u otra vía, el número de sus histerectomías alcanza a varios millares, y la baja mortalidad y los éxitos lejanos pueden compararse con las estadísticas de los grandes centros quirúrgicos del mundo.

*CIRUGIA GASTRICA.*—Cuando yo empecé mi carrera no eran comunes las úlceras gástricas o duodenales, y el cáncer del estómago apenas si se operaba en los grandes centros. Así la cirugía gástrica era muy escasa. Montoya la inició de 1910 a 1914, haciendo gastroenterostomías por el Von Hacker clásico; en el último año mencionado tuvo ocasión de seguir a Cardenal en Barcelona, y su método de incisión angular y a lo ancho del intestino, con la mira de hacer un orificio con válvula, lo sedujo y lo aplicó sistemáticamente por varios años con resultados bien halagadores. Los métodos de diagnóstico más precisos, el uso más sistemático de los Rayos X, el mejor estudio de los casos, aumentó portentosamente el número de úlceras gástricas, y el tratamiento quirúrgico se hizo más común, lo que dio margen también al estudio y comparación de las diversas técnicas. Montoya, que era un inconforme con la rutina de los métodos, los aplicó todos, y con la pericia de su sentido quirúrgico iba desechando los que no llenaban su ansiedad de mejores resultados, y adoptando otros que creía superiores. Después de su permanencia en Rochester, la influencia de los hermanos Mayo lo encaminó a la gastrectomía, y

fue grande su experiencia con las Polyas y las Balfour, y en el año 25, las técnicas de Pauchet tuvieron en su servicio amplia demostración.

Todos los que hemos hecho gastroenterostomías para úlcera, hemos tenido casos, que cada día se hacen más frecuentes, de perturbaciones digestivas que no cuadran con las nociones de úlceras de repetición, úlceras yeyunales, fístulas gastrocólicas, renovación de la antigua lesión, y que son debidas a la perturbación fisiológica que necesariamente trae consigo la desviación de la corriente normal del contenido gástrico. Y aunque en gran número de casos, hay mejoría con la nueva boca creada, y aún muchos tumores inflamatorios que estenosan el píloro como consecuencia de una lesión ulcerosa, disminuyen de tamaño y aun desaparecen, volviendo el píloro a ser permeable, lo cierto es que en muchos casos los síntomas persisten, o reaparecen más tarde con modalidades especiales o se produce a pesar de todo la cancerización de la lesión primitiva. Estos resultados que son conocidos de todos los cirujanos, han despertado la inquietud por el mejoramiento de las técnicas y han creado una opinión que se hace cada día más general, en favor de la gastrectomía en las úlceras, aun en las duodenales cuando ello es posible por la situación de la lesión que ha de ser extirpada.

El Profesor Montoya participaba de esta inquietud científica, y de allí la variación de sus técnicas y la inclinación muy manifiesta en los últimos 10 años a la ejecución de la gastrectomía. En el cáncer y en la úlcera sistematizó el procedimiento de Moynihan como el que mejor resultado podía ofrecer, y era digno de admirar la estilización que su temperamento de verdadero artista de la Cirugía imprimía a los tiempos de esta bella y delicada operación: allí sacrificaba la ligereza a la perfección del detalle, y la neoplasia que aparecía como un informe magna de adherencias, iba precisándose tras de cada ligadura y sección hasta quedar extirpada con los cortes viscerales. Y luego las suturas a distancias regulares y con tensión que no dejaba dudas respecto a la compactación de las superficies y a la firmeza de la unión de las cavidades abocadas! En estas condiciones de técnica los resultados tienen que ser buenos y así lo demuestra la estadística publicada en la Tesis del Dr. Salgado, y que éste comenta con lujo de detalles.

No hay que dejar pasar inadvertida la devoción del Dr. Montoya por los cuidados post-operatorios, y la atención minuciosa

y personal que daba a cada uno de sus operados. Aun podríamos agregar, sin riesgo de exageración, que a la paciencia con que seguía cada uno de sus enfermos, vigilando cada detalle, haciendo personalmente las curaciones, anticipándose a las complicaciones posibles, debió tantos éxitos como a la habilidad operatoria y a la técnica perfecta. Y es que el acto operatorio, por brillante y rápido que sea, no es sino un episodio en el ejercicio del arte quirúrgico: la cirugía es terapéutica y cada detalle debe ir encaminado a la curación del enfermo; la preparación de éste con todos los cuidados requeridos para hacer mínimo el peligro a que va a someterse y el conocimiento tan perfecto como sea posible, dados los medios de que la ciencia dispone hoy día, para averiguar la resistencia vital, se imponen en los días que preceden a la operación. Y después de ella, el cirujano debe estar siempre vigilante, hora a hora y día a día, del curso de la post-operatoria, la que ha de seguir personalmente en cada detalle, sin descuidar un síntoma, sin olvidar un signo, de manera de poder prever con la anticipación requerida para el éxito final, cualquier complicación que se esboza, y estar capacitado para dominarla en tiempo oportuno. Cuántos cirujanos hábiles, después de un acto operatorio realmente brillante, han perdido enfermos por descuido en la post-operatoria, y cuántos de esos enfermos se habrían salvado si una visita oportuna y un examen somero hubieran facilitado el diagnóstico precoz de acidosis, dilatación aguda del estómago, círculo vicioso, obstrucción intestinal y tantas otras complicaciones que pueden presentarse inesperadamente, pero que sospechadas y diagnosticadas pronto se pueden evitar o se dominan antes de que el desenlace fatal vaya a ensombrecer las estadísticas y a cargar la conciencia con un amargo recuerdo!

He presentado al Dr. Montoya como el gran cirujano que fue, sin duda alguna el mejor de Colombia. El hombre era bondadoso y sencillo, ingenuo a veces, incapaz de rivalidades y de odios. Tras el ceño adusto y la vaga mirada de sus ojos azules, había un corazón de niño que atraía y un carácter suave que invitaba a la cordialidad.

Os invito a enaltecer su memoria y a haceros dignos hijos espirituales de quien fue honra de esta Escuela y gloria de Colombia.

Y es hora de decirle: Maestro, la labor fue fecunda, tenéis derecho a descansar.

*Gil J. GIL*

# Credo del Sociólogo Médico

Creo: Que el médico moderno debe extender sus horizontes y mostrarse tan interesado en los males de una sociedad enferma como en los de la célula o el sujeto enfermo; que debe considerar a cada enfermo como unidad social, parte integrante de un todo mayor y no meramente como "un caso";

Que la medicina sociológica debe considerar a la enfermedad fundamentalmente como proceso que ajusta a un individuo a un medio desfavorable, y que a fin de poder dominar ese proceso, debemos familiarizarnos con todos los factores que en él intervienen, tanto relativos al huésped como a la enfermedad;

Que todo médico está obligado a investigar y a familiarizarse con la anatomía y estructura de la sociedad así como de los distintos órganos; pues ningún médico se pondría a estudiar fisiología sin conocer antes anatomía;

Que la patología social, con el dolor, síntomas y males que la integran, puede ser tan mortífera para una nación como la peste negra, y que a la profesión médica corresponde la principal responsabilidad en lo tocante a corregir esas condiciones;

Que el saber el médico es un bien social, cuyos objetivos definitivos deben ser también sociales;

Que desde el punto de vista de la sociedad, la medicina preventiva es más barata, más sencilla y más eficaz que la curativa;

Que en una democracia la educación sanitaria es una necesidad nacional, universal y permanente, que no debe ser considerada como artículo de lujo reservado para algunos sujetos privilegiados;

Que el estudio del comportamiento humano es tan necesario para el médico como el del bacilo tifoso para el bacteriólogo, pues más bien que castigar a un delincuente el sociólogo médico prefe-

rirá hacerlo inocuo y si es posible, útil para la sociedad;

Que la civilización y el verdadero adelanto se aquilatan a la luz de la economía humana y no de la economía de las finanzas y los negocios, puesto que la supremacía de los valores económicos sobre los humanos ha culminado en una crisis en la cual vemos la pobreza reinar en medio de riquezas potenciales;

Que el servicio social jamás constituye un gravamen, pues por el contrario la prevención de la pobreza y la ignorancia, procreadores del crimen y la enfermedad, cuesta menos que mantener prisiones y hospitales;

Que el capital viviente de una nación representa la única riqueza verdadera, pues las reservas humanas son tan necesarias y más valiosas que las materiales;

Y por fin, que los médicos deben hallarse tan interesados en mejorar la vida como en salvarla.

The Health Officer, 85, agto. 1936.

*Del BOLETIN de la OFICINA SANITARIA PANAMERICANA*

# Profesor Montoya y Flórez

Academia de Medicina de Cartagena.—Marzo 22 de 1937.  
Sr. Presidente de la Academia de Medicina.—Medellín. Antioquia.

Tengo el honor de acompañar a la presente copia de la Resolución aprobada por esta Academia, con motivo del fallecimiento del connotado médico y hábil cirujano Dr. Juan B. Montoya y Flórez, hecho que al afectar profundamente al Cuerpo Médico Antioqueño, lo hace al de toda la Nación.

Con sentimientos de consideración distinguida, soy del Sr. Presidente atto. S. S.,

*Manuel Ramón PAREJA*

---

La Academia de Medicina de Cartagena,

## CONSIDERANDO:

1°—Que ha muerto en la ciudad de Medellín el eminente médico y sabio Profesor Dr. Juan B. Montoya y Flórez;

2°—Que sus notables trabajos científicos, especialmente sobre la lepra y el carate lo colocaron en primera fila entre los grandes investigadores de los problemas de la medicina y le merecieron el honor de ser acogido como miembro de varias Academias de Medicina nacionales y extranjeras y especialmente como miembro correspondiente de la Sociedad de Dermatología y Sifilografía y de la Academia de Cirugía de París, honor que estas doctas corporaciones sólo han concedido a pocos suramericanos.

3°—Que el Dr. Montoya y Flórez se distinguió también como hábil cirujano; y que en su larga carrera profesional fue gran benefactor de la humanidad a la que prodigó el tesoro de sus valiosos conocimientos,

## RESUELVE:

Lamentar, con honda pena, la muerte del sabio médico y esclarecido Profesor Dr. Juan B. Montoya y Flórez y recomendar el ejemplo de su meritoria vida a la juventud médica colombiana y levantar la sesión en señal de duelo.

Comuníquese esta Resolución a la Academia de Medicina de Medellín y a la familia del ilustre extinto.

Cartagena, marzo 20 de 1937.

El Presidente,

El Secretario General,

*Eusebio GUERRERO P.*

*Manuel Ramón PAREJA*



# Eutanasia

DR. FILIBERTO CARVAJAL

“Mientras tenemos vida, tenemos esperanza”.

Un enfermo incurable, deseoso de terminar con su existencia de dolor, tiene derecho a pedir su muerte y es lícito a los demás acceder a sus deseos?

Este problema de orden social, de trascendencia moral, puesto al día desde el proceso famoso de la actriz polaca que dio muerte a su amante, y tema en mucho tiempo del “todo París” cuando las exposiciones elocuentes de Moro Gafieri en la corte de la Ciudad Luz, vuelve a la actualidad en la pudibunda y moralista Inglaterra, porque el proyecto de Lord Ponsoby es un desafío a la opinión británica.

El proyecto presentado a la Cámara de los Lores dice lo siguiente:

Art. 1º—La ley reconocerá el derecho de solicitar la muerte a fin de evitar una existencia de sufrimiento inútil, a cualquier persona que sufra una enfermedad incurable.

Art. 2º—La ley reconocerá al médico el derecho de proporcionar la muerte a un enfermo incurable que la pida para evitar inútil sufrimiento.

Art. 3º—La solicitud del interesado (“desesperado”, dice el texto inglés) deberá ser firmada ante dos testigos; el primero será un profesional médico, (médico, cirujano o enfermera diplomada). El segundo testigo deberá ser un hombre de leyes: abogado, juez, notario o eventualmente un eclesiástico.

Art. 4º—La solicitud será sometida a un árbitro designado especialmente por el ministro de salud pública.

Será muy interesante seguir la recatada opinión inglesa sobre tal asunto. La eutanasia es un crimen o es un deber? Escuchemos la opinión de los altos representativos de la medicina francesa:

Roussy, decano de la Facultad de París, dice: "Algunas veces y en casos excepcionales sería deseable poder recurrir a la eutanasia; pero en la hora actual semejante práctica está prohibida por la ley, y llevar ante el parlamento una cuestión tan delicada, me parece una aventura bastante arriesgada, si no imposible. Todo lo que puedo decir en la hora actual es, que en ciertas condiciones, poner término a los sufrimientos de un enfermo desesperado sería una obra de humanidad".

El profesor Lardennois responde: "Es demasiado peligroso otorgar un derecho de vida o muerte, porque este derecho es tan tremendo, que uno se pregunta cómo se podrá garantizar a la humanidad contra abusos posibles. La moral actual no permite tal cosa, y la Biblia exclama: "no matarás".

Al instaurar el derecho a la eutanasia, debiera reconocerse también el derecho al suicidio. Si se admite para un dolor corporal, con mayor razón debiera admitirse para un sufrimiento moral, quizá mucho más doloroso. Los partidarios convencidos de la eutanasia piensan sin duda en el cáncer y en los dolores que determina, pero también existen hipnóticos y operaciones decisivas. Al hablar del cáncer estamos convencidos de que el día, quizás próximo, ha de llegar, en que se coronen con éxito los esfuerzos infatigables de quienes buscan una terapéutica efectiva; y entonces, sería tremenda la confusión y el remordimiento de quienes hubieran impuesto la eutanasia a un desgraciado, que en el estado actual de nuestros conocimientos sería declarado incurable.

Qué responsabilidad tan temible para un médico, afirma el doctor Paul, ilustre médico legista. "Desde el punto de vista médico-legal es inadmisibile la eutanasia ;el médico no tiene derecho a matar, su deber es curar, cuidar o calmar el dolor de quien está atacado de un mal incurable. Yo no reconozco a nadie el derecho de hacer desaparecer a un enfermo en nombre de la ciencia, así esté atacado de una enfermedad contra la cual la terapéutica sea impotente".

Magnan, profesor del Colegio de Francia, dice: "La palabra incurable se refiere al tiempo presente, y el principio de la eutanasia sólo puede discutirse a propósito de los enfermos incurables.

Y qué quiere decir esta palabra? Quiere decir que en el estado actual de los conocimientos humanos, tal enfermo no parece susceptible de ninguna curación. Pero el oficio del médico no es dar la muerte, sino cuidar, curar al enfermo si es posible, y

cuando la medicina es impotente, por lo menos dispone de analgésicos que prolongan la vida atenuando el sufrimiento. Y mientras tenemos vida, tenemos esperanza”.

El profesor León Asher, jefe del Instituto Fisiológico de Berna, exclama: “El derecho de matar es incompatible con los principios de la moral y de la religión de nuestro siglo; quizá una época más feliz, que haya superado nuestro grado de evolución se vea en el caso de resolver esta cuestión de una gravedad trascendental”. Así piensa también el profesor Belenhradek de la Universidad de Brunn, quien dice: “Niego toda base científica o moral a la eutanasia. A pesar del progreso considerable realizado en el dominio del diagnóstico médico, sucede con frecuencia que la autopsia no confirma el diagnóstico. Donde se creyó ver un enfermo incurable, se trataba en realidad de una afección que, tratada a tiempo y por medios adecuados, pudo terminar en curación.

Creo en consecuencia que sería inmoral querer fundar la eutanasia sobre una simple hipótesis”.

El profesor Ludwig von Krehl de Heidelberg, dice: “No admito que el médico pueda tener el derecho de matar un enfermo incurable para abreviar sus sufrimientos. El médico no tiene derecho a juzgar si la vida y el sufrimiento tienen o no un sentido y sobre esto nada importa el consentimiento del enfermo o de sus parientes. Un médico de conciencia tiene siempre esperanzas de curación, cuando gasta todo su esfuerzo prolongando una vida por todos los medios posibles, pero se guardará bien de atentar contra esa vida, porque sabe que su juicio es falible.

Aquí, como en todo lo que concierne al ejercicio de la profesión médica, se trata ante todo del problema de la responsabilidad, cuyos límites varían con la individualidad del profesional”.

Apartándose de casi todas las opiniones anteriores, el profesor Jensen de la Universidad alemana de Goettingue, se muestra partidario de la eutanasia. “Si la eutanasia es un beneficio para el enfermo, la apruebo”, dice Jensen. “Cuando un enfermo incurable y que tiene sufrimientos terribles desee firmemente la muerte, por principio me inclino ante esa solución, a no ser que se trate de una contraindicación de orden familiar o social”.

Hé aquí condensadas las opiniones más autorizadas sobre este problema de tan alta trascendencia jurídica y moral cuya solución marcará una fase decisiva en la ciencia del derecho y en los fundamentos de la moral actual.

*Filiberto CARVAJAL*

# Lucha antituberculosa

Reglamento que se exigirá en los Sanatorios-Hospitales y Salas de hospitalización pertenecientes a la lucha antituberculosa en la República de Colombia, extraído del libro "Organización de la lucha antituberculosa en Colombia" del

DR. CARLOS ARBOLEDA DIAZ,

Director Nal. de la lucha antituberculosa.

## REGLAMENTO DEL SANATORIO HOSPITAL

### *Dirección de la cura higiénica:*

1).—Toda persona que ingrese al sanatorio hospital debe vivir allí como en una casa de familia que le ofrece, durante el tiempo necesario, reposo, aire puro y buena alimentación.

2).—La disciplina del sanatorio hospital se reduce a lo absolutamente necesario para que la vida en común sea fácil y para prevenir todo lo que sea nocivo a la salud y a la cura regular de cada pensionado. Por tanto, en el interés exclusivo de cada uno está el conformarse escrupulosamente a las reglas generales y particulares.

3).—Ningún cambio sería admitido, ni siquiera en los detalles, sin previa autorización del médico.

4).—En el interés de todos queda absolutamente prohibido escupir en el piso, no solamente en el interior de la casa sino también fuera. A toda hora y en toda circunstancia el uso de la escupidera de bolsillo es de rigor y los pensionados deben siempre llevarla consigo.

Si un esputo se escapa o si una escupidera de bolsillo se quiebra, se avisará inmediatamente a una enfermera para que

proceda a la desinfección del lugar y de los objetos impregnados.

5).—Para toser o estornudar debe colocarse siempre un pañuelo de bolsillo delante de la boca y de la nariz, pero sin escupir en él. Una de las cosas que deben aprenderse en el sanatorio hospital es: NO TOSER.

6).—No se permite fumar en ninguna parte de la casa, ni en la galería de cura, ni en sus vecindades inmediatas.

7).—Cada pensionado, aunque crea no tener fiebre, debe tomar su temperatura regularmente por la mañana al levantarse y a las cinco de la tarde y marcarla en la hoja que para ello le sido entregada. Estas hojas, que estarán al día, serán presentadas al médico director siempre que él lo exija.

8).—El más pequeño malestar y los más insignificantes incidentes respecto a la salud deben ser manifestados al médico de servicio.

9).—Con el fin de evitar discordias y rivalidades entre pensionados, la desinfección del cuarto, cama, puestos en el comedor o en la galería de cura, serán exclusivamente hechas por el médico, quien podrá hacer los cambios que juzgue necesarios sin derecho a ningún reclamo de parte del interesado.

10).—Queda prohibido cantar, gritar, etc., en el interior ni en el exterior de la casa.

11).—Los pensionados que se encuentren en cura de entrenamiento para el trabajo deberán conformarse a hacerlo únicamente durante las horas que les sean prescritas por el médico.

12).—Los libros, revistas, periódicos, etc., no serán jamás conservados hasta hacer montones sobre las mesas de noche, galerías de cura, etc.

13).—Queda absolutamente prohibida a los pensionados la entrada al servicio médico, laboratorios, lavadero, cocina, despensa, habitaciones del personal, sala de desinfección y, en general, a los diferentes servicios del establecimiento.

14).—Se prohíbe a los pensionados dar propinas al personal. A éste se le advierte que no debe recibirlas.

15).—Los pensionados deben cuidar de todos los objetos de su uso y evitar en cuanto les sea posible, que se deterioren. Serán responsables de los objetos que les sean individualmente confiados y que por negligencia manifiesta de su parte lleguen a perderse, quebrarse, etc.

16).—Queda prohibido escribir sobre los muros, puertas, etc., y también colocar clavos, puntillas, etc., en esos lugares.

17).—Los pensionados y el personal no están autorizados

para tocar ni hacer ninguna modificación o reparación a las instalaciones, aparatos, lámparas eléctricas, etc., que hayan sido puestos a su servicio. La contravención a esta orden los hará responsables.

Queda prohibida la introducción de armas al establecimiento (fusiles, pistolas, revólveres, carabinas, etc.).

18).—Únicamente el médico director y el asistente podrán recibir las peticiones o reclamos de los pensionados. Sin embargo, éstos deben aceptar y conformarse a las observaciones que les sean hechas por las enfermeras en todo lo que se relacione con la buena marcha de la casa y las prescripciones del reglamento.

19).—Todo pensionado que no quiera conformarse al reglamento será llamado al orden por el médico director quien, según la gravedad del caso, decidirá si es llegado el momento de suspender su permanencia en el sanatorio hospital.

## CUARTOS

### *Dirección de la cura higiénica:*

20).—Salvo indicación médica, los pensionados deben dormir con la ventana completamente abierta. Cuando el frío sea demasiado o cuando el tiempo sea malo podrán permitirse las ventanas cerradas durante media hora al momento de acostarse y de levantarse.

21).—La boca y los dientes serán lavados a mañana y tarde. Ningún pensionado debe acostarse sin lavarse las manos.

22).—Al levantarse, los pensionados sacudirán la ropa de cama para lograr su aereación. Desde los primeros días cada enfermo debe acostumbrarse a tender su cama, con excepción, naturalmente, de los muy fatigados.

23).—Será prohibido escupir en los lavabos o depositar orina.

24).—Como ya dijimos, habrá una pieza destinada a los pensionados para que puedan limpiar allí cómodamente su ropa y zapatos. Quedará, por tanto, prohibido cepillar zapatos, vestidos, sombreros, etc., en los dormitorios y demás dependencias del establecimiento.

25).—No se permite lavar ropa en lavabos, que se destinan únicamente a la toilette.

26).—Los pensionados deben contribuir a la buena presentación de los dormitorios y vestíbulos, colocando en orden los objetos de su uso.

27).—Los pensionados cuidarán de que las llaves de los la-

vabos permanezcan siempre cerradas para evitar que el agua corra inútilmente.

28).—No permanecerán en los dormitorios sino aquellos que tengan estricta necesidad.

29).—Ningún objeto, cajas, cartones, zapatos, baúles, etc., será permitido en los dormitorios.

30).—Después de la hora señalada para apagar las luces, será prohibido encenderlas de nuevo sin motivo que lo justifique.

## CURA DE AIRE

### *Dirección de la cura higiénica:*

31).—Las horas de cura en la galería, fijadas por el horario, son obligatorias para todos.

32).—Durante la cura los pensionados deben permanecer extendidos en posición dorsal en sus sillas largas respectivas. Deben abstenerse de lanzar gritos, interpelaciones, cantos, etc., que puedan interrumpir el buen orden y el reposo general.

33).—Podrán leer, jugar o conversar durante las horas de cura, pero las conversaciones deben ser moderadas sobre todo en aquellos enfermos en los que puedan provocar tos. Naturalmente que de la una a las tres debe exigirse completo silencio.

34).—Queda prohibido cambiar de puesto en la galería o en el dormitorio sin permiso del médico, así como fumar en el radio de la casa.

35).—Cada enfermo, cuya cama se encuentre en la proximidad inmediata del interruptor de la luz, está en la obligación de apagarla o encenderla cuando sea necesario.

## COMEDOR

36).—La alimentación debe ser nutritiva y abundante sin aconsejar por esto la exageración. En la mesa debe gastarse el tiempo suficiente y serán rigurosamente prohibidas las bebidas sin autorización del médico.

37).—Los pensionados deben asistir al comedor a la hora señalada y no salir de él sin que la orden sea dada.

38).—Durante la comida la conversación debe ser discreta y cada uno debe preocuparse de la limpieza del mantel, de los platos y del suelo.

39).—Todo reclamo sobre la cocina debe hacerse discretamente a la enfermera encargada del comedor.

40).—Por ningún motivo las cucharas, tenedores, cubiertos, platos y en general los útiles de comedor serán sacados de éste.

41).—En lugar de presentar a los enfermos los platos individualmente servidos, es aconsejable que la persona encargada del servicio sirva a cada uno a voluntad; a simple vista podría creerse que esta técnica aumenta el gasto pero en la práctica se ve a menudo que son más numerosos los que comen poco que aquellos que suelen hacerse servir una grande cantidad. Con este método, ninguno de los pensionados debe dejar sobrados, ya que ellos mismos han fijado la cantidad.

42).—Debe aconsejarse a los enfermos lavarce las manos antes de las comidas y enjuagarse la boca antes y después de ellas.

### *MESA DE REGIMENES*

43).—Habrá una mesa cuyo tamaño estará de acuerdo con las necesidades de la casa y que servirá para aquellos enfermos a quienes por encontrarse demasiado fatigados o que sufran de disturbios gastrointestinales no les sea indicada la alimentación general. El médico director se encargará cada día de señalar dichos enfermos a la enfermera encargada del comedor.

### *SALA DE REUNION*

44).—En la sala de reunión los pensionados deben poder leer y escribir sin ser molestados por los vecinos. Para esto serán fijadas por el director horas especiales, para que, durante ellas, los enfermos puedan entregarse a la correspondencia.

45).—Allí encontrará el enfermo una mesa-escritorio y los útiles necesarios. Los tinteros individuales son prohibidos en el sanatorio hospital, lo mismo que la escritura con tinta sirviéndose de tinteros individuales en los dormitorios y galerías.

### *BIBLIOTECA*

46).—La biblioteca debe estar siempre cerrada y habrá uno o dos pensionados encargados de ella. Estos llevarán una lista especial de los libros que han sido prestados a los demás enfermos.

47).—El préstamo de un libro debe hacerse por ocho días, máximo, sobre todo si algún otro enfermo lo necesita.

48).—Será señalada una hora para el cambio de libros.

49).—Siendo la biblioteca de propiedad de todos, se recomienda a los pensionados cuidar de los libros como si fueran suyos.



50).—La introducción al sanatorio hospital de libros impresos, periódicos, o revistas, cuya obscenidad constituya un peligro para la calma y tranquilidad de los pensionados, será absolutamente prohibida.

### JUEGOS

51).—Los juegos de azar y de dinero son rigurosamente prohibidos.

52).—Diversos juegos se pondrán a disposición de los pensionados, recomendándoles cuidar de ellos y llevarlos siempre al lugar de donde fueron sacados.

53).—Los juegos pertenecen a todos y a cada uno de los enfermos y, por tanto, todos tienen sobre ellos el mismo derecho.

### PASEOS

54).—Los paseos son necesarios y obligatorios, con excepción, naturalmente, de aquellos enfermos a los cuales el médico les haya hecho una expresa prohibición.

55).—Durante la marcha debe respirarse profundamente por la nariz dilatando el pecho hasta donde sea posible y absteniéndose de conversar cuando se suba una pendiente o escalera.

56).—Cuando se está afuera es más conveniente pasearse despacio que estar sentado.

57).—Los tuberculosos tienen la tendencia a cubrirse demasiado; sería por esto conveniente, sobre todo en los climas templados, que de acuerdo con la enfermera aprendieran a vestirse.

58).—Será prohibido a los pensionados salir del límite de la propiedad y el médico director debe aplicar fuertes sanciones, inclusive la expulsión a los que sobre este punto quebranten el reglamento.

### VISITAS

59).—Con el fin de asegurar a los pensionados la regularidad debida y el reposo necesario, las familias deben visitarlos únicamente los domingos y días de fiesta, de las dos a las cinco y media.

De una manera excepcional, pero por motivo justificado como el de las familias que llegan de lejos, por ejemplo, el médico director podrá permitirles visitar a los enfermos, prefiriendo las horas comprendidas en el intermedio de las curas de reposo.

60).—Las visitas podrán ser recibidas en la sala de reuniones o en el parque, a excepción, naturalmente, de los enfermos acostados, los que recibirán sus visitas en sus dormitorios, pero serán cortas y en las horas de reposo.

61).—Sólo con permiso del médico director, los enfermos podrán almorzar con sus familias a horas distintas o fuéera del comedor.

62).—Los pensionados no deben olvidar que la interrupción de la cura sanatorial es perjudicial a la buena marcha de su tratamiento y por este motivo sólo deben solicitar permisos de salida cuando para esto tengan un motivo que lo justifique; al mismo tiempo el médico director hará una clasificación entre las salidas motivadas y las salidas de recreo, comprendiendo que tanto las unas como las otras pueden ser necesarias, teniendo naturalmente en cuenta el estado de salud de sus pensionados.

Los enfermos menores de 20 años y que quieran abandonar el sanatorio hospital por algunos días deben presentar al médico director una solicitud firmada por su familia o la persona a donde él deba dirigirse durante ese tiempo.

*Carlos ARBOLEDA DIAZ*

# Precauciones indispensables para un certero diagnóstico de Disentería Bacilar.-

ALFONSO BONILLA NAAR

Dedicado a mi compañero de estudios,  
Mariano Llamas.

Dada la enorme importancia que al médico presenta el exacto conocimiento del agente causal de cualquier disentería, y aún más, si su duda fluctúa entre la amiba sangrienta, o el corto bastoncillo que Shiga descubriera, me voy a permitir mal ordenar los principios básicos de investigación preconizados por los médicos militares, Dopter y Saquépée, quienes siempre han llevado a un alto nivel científico cualquier problema que entrañe serios trastornos, tanto al conglomerado social, a su digna protección, como al resto de la humanidad doliente, en este caso, el epidémico azote de los bacilos disentéricos, especialmente los pertenecientes al tipo Shiga, único tóxico y mortal, por ser los denominados pseudo-disentéricos, Flexner, Hiss, Strong, más bien de carácter esporádico y benigno, que epidémico o mortal.

Dos grandes investigaciones son de rigor: una, primordial y de vital importancia, basada en las propiedades morfológicas y principalmente culturales de la familia, disentérico-bacilar, en parangón con el germen que le es más similar, el colibacilo, materialmente imposible de diferenciar en materias fecales observadas al microscopio; y en un segundo, pero no menos importante orden, la determinación, precisa, del tipo disentérico al cual pertenecen, fundada, ya, en propiedades biológicas características de la misma familia (fermentación azucarada) como en la actividad reaccional ante sueros previamente standarizados; es decir, someter el cultivo a la prueba de la aglutinación.

**PRIMERA ETAPA.**—Al hacer el examen microscópico de heces disentéricas, recientemente emitidas, observamos en la preparación (porta y cubre) bastoncillos cortos, rechonchos, intra o extracelulares, parecidos al colibacilo, y del cual, como dije anteriormente, son francamente indiferenciables. Es carácter constante, la presencia de leucocitos, poli y mononucleares, verdadera *leucocitorrea*; ausencia de amibas histolíticas, presencia de glóbulos rojos, células epiteliales y moco. Como esta primera parte del examen no nos conduce más que a una incertidumbre científica, y su aporte a la investigación es simplemente orientador, únicamente nos quedan dos caminos: el inmediatamente recomendado: aislamiento de los gérmenes en medios especiales, basado en las propiedades culturales específicas de cada uno, o el procedimiento antes citado de la aglutinación, del cual, también diré algunas palabras.

Es condición de primer orden en la siembra del moco disentérico, el que no tenga muchas horas de emitido (cuatro, cuando más) y que la enfermedad sea reciente (3 a 4 días). Si estos requisitos fueran allanados, cada vez que el caso se presentara, se evitarían lamentables causas de error, pues, aunque indudablemente el bacilo está en las deposiciones, su actividad ha quedado reducida o anulada, ante la resistencia vital de gérmenes tan activos como son los de la flora intestinal, sucediéndole cosa igual que al bacilo tífico, tan temible por sus efectos, y tan débil a la competencia colibacilar.

Después de haber desembarazado al moco de ciertas impurezas, previo lavado en agua fisiológica, lo sembramos en estría, en cajas de Petri, que contengan, ya medio de gelosa lactosada tornasolada, ya medio de Endo. Colocamos las siembras en la estufa a 37 grados, y a las diez y seis horas observamos: lo común es que haya proliferado el coli, con sus colonias rosadas características y que las disentéricas conserven el color azulado del medio, permaneciendo incoloras, si se trata del segundo caso. Mas, si examinamos estas siembras a las 24 horas, en idénticas condiciones, la rápida síntesis asimilatríz del colibacilo, hará pancromático al medio, y las colonias disentéricas, aunque presentes, pasarán inadvertidas. Si no hubiere resultado apreciable en las primeras diez y seis horas, sería prudente esperar 24 y hasta 48, pues en ciertas ocasiones los resultados son tardíos.

En gelosa Endo, medio en el que al principio nutritivo, carne, peptona, etc., se le adiciona lactosa (acidificada por el colibacilo) y además, fucsina básica (transformada en rosanilina,

incolora, por el bisulfito de soda) las colonias se muestran indiferentes, al no acidificar la lactosa, y por consiguiente no recolar la rosanilina, manifiestamente opuestos al colibacilo, que al transformar la lactosa y acidificar el medio, vuelve al color natural, la fucsina, en antes transformada por el bisulfito. Así, pues, macroscópicamente, podemos hacer clara diferenciación de ambas entidades bacteriológicas, por el aspecto cromático de sus colonias. Inmediatamente, separar las incoloras (disentéricas), reseñarlas en medios ordinarios (caldo, gelosa, gelatina); emulsionar una pequeña parte, observarla entre porta y cubre, apreciar su morfología, movimiento oscilatorio; extender, fijar, colorar, ver si es Gram negativo; y si todas estas pequeñas pero importantes comprobaciones, son ampliamente satisfactorias, concluimos hallarnos en presencia de bacilos disentéricos, desconociendo, e interesándonos saber a qué clase pertenecen.

*SEGUNDA ETAPA.*—Aclarada la duda, por las manipulaciones antes enumeradas, quedamos pendiente dilucidar el imprescindible problema planteado al comienzo, ya que su solución presenta singulares ventajas terapéuticas al profesional, dada la manifiesta capacidad reaccional de ciertas entidades patógenas, desgraciadamente, ante un suero poseído de sensibilatriz específica, como resultado directo de un principio biológico plenamente comprobado. Especialidad únicamente aprovechable en este caso, al tratarse del tipo tóxico y mortal, por ser su suero de sorprendentes resultados curativos; pues bien conocidos son los insidiosos, si no infructuosos efectos de los sueros monovalentes anti-Flexner o anti-Hiss.

La prueba de la fermentación azucarada, la podemos resumir en el siguiente cuadro, en el cual, las cruces indican viraje, al rojo, del tornasol, y las horizontales, inmutación del medio, ante determinada clase de bacilos disentéricos. Preparar cuatro tubos con gelosa, que contengan los siguientes azúcares, respectivamente:

	<i>Shiga</i>	<i>Flexner</i>	<i>Hiss</i>	<i>Strong</i>
Lactosa . . . . .	—	—	—	—
Manita . . . . .	—	—	+	+
Maltosa . . . . .	—	+	—	—
Sacarosa . . . . .	—	—	—	+

Según esto, los únicos tubos que permanecerán azules, en pruebas positivas, serán los que contengan bacilos tipo Shiga.

En cuanto a la aglutinación, se recuerda que el suero nor-

mal de caballo, no aglutina al Shiga, y sí a los tipos atóxicos, a tasa entre 1 por 100 y 1 por 200; que el suero anti-Shiga, aglutina al Shiga, y en ocasiones a tasa más elevada, los de Flexner y Hiss. Y que para evitar este último inconveniente, es de rigor la prueba de la saturación de las coaglutininas, adicionándole al antisuero bacilos del tipo coaglutinable.

El suero-diagnóstico, recomendado cuando las pruebas llevadas a efecto no han suministrado datos del todo satisfactorios, aun en óptimas condiciones, tiene tal importancia, que, de una bien ordenada investigación serológica, no solamente podemos diagnosticar formas positivas de disentería, sino también confirmar, retrospectivamente, su existencia en formas frustradas, tomadas como trastornos intestinales de un orden distinto al bacilar. Como precauciones indispensables en un bien encauzado suero-diagnóstico, deben tenerse las siguientes: estabilidad, tanto *física* como *fisiológica*, de las colonias disentéricas utilizadas en esta delicada prueba, pues, a no ser así, le daríamos un rumbo torcido y desacertado, al exponer los resultados a la espontánea aglutinabilidad de colonias mal seleccionadas. Barrera, fácilmente asequible, si experimentamos colonias, *nunca viejas*, ante una veintena de tubos que contengan suero de sujetos, ajenos a esta enfermedad, comprobando, así, su estabilidad fisiológica. Además, la tasa de aglutinación, ha de ser específica, debido a las coaglutinaciones frecuentes.

Tanto en aglutinaciones hechas con sueros previamente estandarizados, como con suero del paciente, hay que advertir: solamente deben ser admitidas como positivas, las pruebas en las que se observen masas de elementos, francamente aglutinados, y en cuyos intervalos queden pocas muestras bacilares. No siendo así, es de obligación hacer un nuevo pase de purificación por un medio de cultivo, pues hemos de tener siempre presente, lo que dijeron Burnet y Legroux: "Al tratarse de bacterias de origen intestinal, colonia aislada no significa colonia fatalmente pura".

Alfonso BONILLA NAAR.

Estudiante de la Facultad de Cartagena.

# Acidos, bases y pe hache

DR. G. JARAMILLO MADARIAGA

Jefe del Departamento de Química del  
Instituto Agrícola Nacional de Medellín.

Un campesino amigo mío vino todo asustado a contarme que un doctor le había escrito el siguiente enredo del cual no entendía ni jota:

“Mi buen amigo: sus fundos requieren un estudio de las correlaciones fito-agrológicas y condiciones climatéricas prevalentes, pero mucho me temo que la débil feracidad sea debida a una acidez excesiva del subsuelo, cuyo pe hache debe modificarse por medio de bases alcalinizantes”.

Después de tranquilizar al pobre hombre asegurándole que no se trataba de una demanda judicial, le expliqué que el doctor le quería decir con todo eso que sus tierras no dan ni rabia porque son ácidas y que necesitan corregirse regándoles piedra de cal molida. Como hay muchos hacendados más curiosos y más “leídos” que mi amigo, trataré de explicarles mejor lo que son los ácidos, bases y el misterioso *pe hache*.

## ACIDOS

Los ácidos están formados por millones de granitos pequeñísimos llamados moléculas. Estas moléculas son invisibles aun con los microscopios más poderosos. Cada molécula o granito de ácido se compone de dos partes distintas que ponemos suponer muy juntitas como una pareja bien avenida: una parte la podemos considerar como el elemento femenino y es distinta para cada ácido. La otra parte, el elemento masculino, es siempre la misma para todos los ácidos y se llama *hidrógeno*. El hidrógeno es el verdadero causante de la acidez. El “amor” o vínculo que mantiene la unión de esas parejas es la electricidad. El hidrógeno electrificado o “enamorado” es muy activo y anda siempre en busca de consorte, pero esto no impide que otras partículas metáli-

cas de pasiones más fuertes y de más recursos lo desalojen de su hogar; entonces suele perder su electricidad lo que equivale a "desilusionarse" y tomar las de villadiego en forma de un humito invisible. En este estado libre abusan de él los chiquillos aprisionándolo para elevar bombas de caucho y los hombres para inflar zepelines. Mientras tanto la esposa infiel se ha unido íntimamente con el granito metálico intruso, para formar con él una *sal*. El eterno femenino siempre enamorado de todo lo que brilla!

Cuando una gota de ácido, que puede contar trillones de las parejas aludidas, se pone en un poquito de agua, viene una especie de divorcio en las parejas y cada cónyuge se rebusca por su lado, tal como acontece a muchas parejas humanas en los baños colectivos. A este divorcio atómico los señores químicos le han dado el nombre de disociación o ionización. Este es el estado más propicio para las infidelidades conyugales, pues los cónyuges por el sólo hecho de separarse parecen intensificar su carga eléctrica o capacidad amorosa. Aquí las partículas femeninas buscan ávidamente el vil metal y el hidrógeno desarrolla su máxima actividad, si es que no se mete pronto en un lío con el oxígeno, su eterno amante, con el cual forma uniones duraderas. La actividad de los hidrógenos electrizados sólo es comparable a la de ciertos viudos o maridos en vacaciones. Son una verdadera horda de diablillos sueltos dispuestos a mil travesuras. Con sus finas espadas nos punzan la lengua dándonos una sensación de acidez más o menos intensa según sea el número de atacantes. Viéndose libres, se complacen malévolamente en estimular uniones entre otras partículas, uniones a veces forzadas. Esta vergonzosa alcahuetería la han bautizado los químicos con el pomposo nombre de "catálisis". Cuando se encuentran muy ociosos se divierten en echar a pique a ciertas partículas muy robustas llamadas coloides que se mantienen trabajosamente a flote en el seno de los líquidos. De todas estas travesuras del hidrógeno saca gran partido el hombre, como veremos luégo.

### BASES

Hemos visto que el hidrógeno tiene una gran afinidad por el oxígeno con el cual se une en una forma que sería un tanto escandalosa entre los humanos: dos hidrógenos unidos con un solo oxígeno. Sin embargo tan bochornoso *ménage a trois* produce una substancia que si no se ha tomado como símbolo oficial de la pureza del espíritu es la fuente más económica de la pureza material: el agua. Cuando esta unión es incompleta por faltar uno de los dos hidrógenos, los químicos han dado a la pareja desconso-



lada de un sólo hidrógeno con un oxígeno el nombre de "oxidrilo" que es casi un insulto. Como en el oxidrilo no está del todo satisfecha la carga eléctrica o capacidad amorosa, y forma por lo tanto una unión inestable, no se le conoce aislado fuera del agua en que vive habitualmente. A falta del anhelado hidrógeno se halla siempre dispuesto a unirse con ciertas partículas metálicas, especialmente con las que responden a los nombres de Sodio, Potasio y Calcio, caballeros de mayores capacidades amativas que el hidrógeno, aunque por un capricho femenino sea éste siempre el preferido por el oxidrilo con el cual se une a la primera oportunidad, abandonando íntegramente a sus amantes de paso. Estas uniones de oxidrilos con metales reciben el nombre de bases. Las bases más comunes son la cal, la soda y la potasa.

Las bases, al ponerse en el agua, se disocian en partículas metálicas por un lado y oxidrilos por el otro. Las primeras esperando consortes menos antipáticas que los veleidosos oxidrilos; éstos, añorando al amado hidrógeno que les falta. Por eso cuando juntamos un ácido con una base ponemos miel sobre hojuelas: los oxidrilos se unen ávidamente al hidrógeno que suministra el ácido para formar con él la vieja agua y los metales abandonados por los oxidrilos se unen sin pérdida de tiempo a las consortes repudiadas por el veleidoso hidrógeno para formar con ellas los compuestos llamados sales. Afortunadamente entre los átomos no existen nociones de moral, de lo contrario este cínico cambio de consortes haría ruborizar hasta al anémico azufre.

El oxidrilo unido a los metales constituye el principio de la basicidad así como el hidrógeno lo es de la acidez. Un líquido que no contiene hidrógenos divorciados, ni oxidrilos, o que los contiene en igual número, se dice que se halla neutro. Las nupcias del hidrógeno con el oxígeno o con los oxidrilos se celebran con suntuosos fuegos artificiales invisibles casi siempre para nosotros pero que pueden llegar a hacer hervir el agua en cuyo seno se verifican.

## AGUA

La partícula de agua formada por la unión íntima de dos hidrógenos con un oxígeno constituye un verdadero matrimonio modelo, lo contrario de lo que sería entre los humanos en idénticas circunstancias. En tal unión no existe como en los ácidos o en las bases la tendencia al divorcio o a la ionización, como dicen los químicos. Claro que entre los trillones de estos hogares que existen en una gota de agua no faltan divergencias y sepa-

raciones entre hidrógenos y oxidrilos, pero estos divorcios son muy contados, hasta el punto de que se necesitarían unos diez millones de litros de agua para pescar un gramo de hidrógenos divorciados. Como por cada hidrógeno "suelto" que se encuentre en el agua debe existir también un oxidrilo en las mismas condiciones, podemos decir que el agua es neutra; no es ácida ni básica.

## CENSO

Dada la importancia de las numerosas actividades de los hidrógenos separados de sus consortes en los ácidos, es preciso en muchos casos saber exactamente en que proporción se encuentran estos diablillos en un líquido. Como no sería práctico contarlos individualmente, ya que se cuentan por trillones, los computamos en gramos por litro, o mejor, calculamos el número de litros de líquido que se necesita para encontrar un gramo de tales hidrógenos. Ya hemos visto que en el agua se hallan en la proporción de un gramo en diez millones de litros. Para no contar estos litros en papel moneda los químicos simplifican las cosas anotando únicamente el número de ceros que hay que agregar a la unidad para formar tal número de litros. Como en el caso del agua habría que agregar al uno *siete* ceros para formar diez millones, 7 será el número que expresa la concentración del hidrógeno en el agua. Los señores químicos escriben esto así: pH 7, lo cual significa *potencia de hidrógeno siete*, o lo que es lo mismo, un gramo en diez millones de litros. Este es el famoso *pe hache* que le espetó cualquier doctor a mi buen amigo para decirle que su tierra estaba agria. Esto equivale casi a un *hachazo* para partirlo a uno por el eje.

Por lo expuesto vemos que pH 7 representa la neutralidad por ser ésta la concentración de los hidrógenos en el agua enfrentados con un número igual de oxidrilos. Por encima de 7 el hidrógeno se encontrará más disperso que en el agua pura y predominarán los oxidrilos; el líquido será por lo tanto *básico*. Por ejemplo pH 8 quiere decir que sólo habrá un gramo de hidrógeno en cien millones de litros (1 más ocho ceros). Así pues, a mayor pH menor acidez. Por debajo de 7 el líquido contendrá el mismo hidrógeno en menos litros y será por consiguiente más ácido. Un pH 3 significa que hay un gramo de hidrógeno en mil litros (1 con tres ceros). Aquí se me ocurre pensar la cara que podrán muchos de mis lectores cuando traten de buscar el número de ceros que se debe agregar a la unidad para obtener el número de

litros que corresponden a un pH  $3\frac{1}{2}$ . Tres ceros y medio! Pues aunque parezca mentira, el medio cero significa en este caso un valor bien definido que se puede calcular fácilmente. La expresión pH  $3\frac{1}{2}$  equivale a un gramo de hidrógeno en tres mil cien litros de agua.

La acidez correspondiente a pH 1 (un gramo de hidrógeno en diez litros) apenas afecta el paladar como una limonada "cargadita". En pH 3 y 4 apenas se siente un ligero sabor ácido que es casi imperceptible en pH 5 y nulo en pH 6, pero los diablillos hidrógenos aún pueden obrar maravillas e inclusive causar la muerte si se concentran en la sangre en la misma proporción.

### ESPIAS

Existen muchas sustancias químicas que tienen la propiedad de cambiar de color cuando se hallan en presencia del hidrógeno proveniente de los ácidos disociados. Dichas sustancias son verdaderos espías que delatan no sólo la presencia del hidrógeno sino también la concentración que tienen las partículas de éste en determinado líquido. Estas sustancias se conocen con la designación menos oprobiosa de "indicadores". El color primitivo cambiado por la presencia del hidrógeno vuelve a aparecer cuando éste es capturado amorosamente por los oxidrilos de las bases. Una acidez tan débil que no la revele el paladar es delatada vistosamente por un indicador. El más conocido de estos indicadores es el papel tornasol que se vuelve rojo con los ácidos, azul con las bases y violado cuando hay neutralidad. Por los matices que presenta, el tornasol nos puede indicar con tolerable exactitud la concentración del hidrógeno entre pH 5 y pH 8. Pero la manera más exacta de medir el número de hidrógenos divorciados en un líquido consiste en medir con aparatos muy sensibles las corrientes eléctricas originadas en un alambre de platino por los impulsos "amorosos" del amante insatisfecho.

### CONSECUENCIAS

Ya hemos dicho algo sobre la enorme actividad que despliegan las hordas revoltosas de hidrógenos disociados. Ahora ampliaremos un poco lo que ya se ha insinuado.

En el mundo de los átomos el hidrógeno hace con frecuencia el papel de esas personas que en nuestra sociedad gozan arreglándoles matrimonios a los demás o desbaratando uniones felices, todo por envidia de la tranquilidad ajena. Una de las uniones más *dulces* que se verifica con frecuencia por mediación del

hidrógeno es la del almidón con el agua para formar el azúcar conocido con el nombre de glucosa. Claro que hay gran perversidad en esto porque a la glucosa se le espera siempre un oscuro porvenir: el estómago de cualquier animal. Muchos de los caramelos que nos vienen del exterior son preparados de esta manera. En los Estados Unidos, por medio del hidrógeno de los ácidos, se logra que muchos millones de kilos de almidón de maíz y de papa se decidan a unirse con la hermana agua para formar azúcar de uva o glucosa. En el azúcar de caña el papel del hidrógeno es disociador, pues valiéndose también del agua, logra sembrar el descontento entre los 45 individuos que forman esta dulcísima unión, los cuales se dividen en dos bandos rivales y cada bando forma su azúcar aparte: dextrosa el uno y levulosa el otro, ambos azúcares menos importantes que el azúcar madre, pero al fin y al cabo comestibles. Cosas de la política atómica! Esta acción disociadora del hidrógeno sobre el azúcar de caña deben tenerla muy en cuenta los paneleros, pues si los jugos son demasiado ácidos el azúcar de la caña se convierte en otros azúcares que no cristalizan bien la panela y puede resultar "melcochuda" o floja. Claro que hay otras causas fuera de la acidez que producen el mismo efecto.

Ciertas partículas demasiado voluminosas pertenecientes a una clase de compuestos llamados coloides sólo se pueden mantener a flote en el seno de los líquidos mediante determinada carga eléctrica que posee cada partícula. La gran diversión de los hidrógenos consiste en alterar estas cargas para ver naufragar a las pobres partículas que se van al fondo, o se aglomeran unas contra otras para formar una masa que se separa del resto del líquido. Tal acontece con la caseína de la leche cuando cuaja por la acción de los ácidos.

Se cree que las plantas toman parte de su nutrición en forma de compuestos pertenecientes a los coloides. Cuando el terreno es demasiado ácido estos coloides son echados a pique por el hidrógeno y la planta sufre por falta de nutrición. Sea ésta o no la causa, es un hecho la esterilidad de los suelos muy ácidos. El remedio es neutralizar estos ácidos por medio de la cal.

La influencia del hidrógeno sobre los coloides se puede notar en el almidón que pasa al estado de coloide al convertirse en engrudo. Los almidones ácidos forman engrudos "cauchudos" que son la pesadilla de lavanderas y empapeladores. Los almidones débilmente ácidos o alcalinos dan engrudos muy suaves y uniformes. La conocida suavidad del arequipe caucano es de fama

en el país y estriba en un secreto que me reveló una viejecita en la estación de Buga por la módica suma de dos centavos. Hélo aquí: se le da punto al arequipe con una cucharadita de ceniza. Quién le enseñaría a esta viejecita a neutralizar las travesuras del hidrógeno de una manera tan sencilla? La buena señora practica sin saberlo una de las operaciones más importantes de la química moderna: la regulación del ión de hidrógeno para modificar las dispersiones coloidales. Y ríanse ustedes del arequipe caucano!

G. JARAMILLO MADARIAGA



# Pequeños cursos de la Facultad

A las 20 horas, en el Pequeño Anfiteatro

En la Secretaría de la Facultad está abierta la inscripción a los cursos de *CIRUGIA DEL SIMPATICO* y de *PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA* que estarán a cargo, el primero, del Dr. ALBERTO SALDARRIAGA, Profesor de la Facultad de Medellín, y el segundo del Dr. EDMUNDO RICO, Profesor de la Facultad Nacional.

La inscripción implica la obligación de asistir, y a los señores que se hayan inscrito y que hayan asistido puntualmente se les dará al final de los cursos un **DIPLOMA DE ASISTENCIA**.

Los cursos están abiertos especialmente para médicos y estudiantes de Medicina, pero la asistencia a las conferencias será **ABSOLUTAMENTE LIBRE**.

Los programas son los siguientes:

## *CIRUGIA DEL SIMPATICO:*

MAYO.—Lunes 10 — Simpático Cervical.

Martes 11 — Simpático Lumbar.

Miércoles 12 — Simpático Pélvico.

Jueves 13 — Simpático Periférico.

(a) Simpaticectomía periarterial.

(b) Arteriectomía.

Viernes 14 (a las 10 a. m.)—Anestesia como las

## *PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA:*

(Las constituciones Psicológicas como base de las **PSICOSIS FUNCIONALES**).

Lunes 24 de mayo.—La Psicología como ciencia. Los proble-

mas del equilibrio psíquico. El paralelogramo vital y la Biopsicología.

Martes 25 de mayo.—Constitución Paranoica. Bobarismo. Delirios de interpretación y persecución.

Miércoles 26 de mayo.—Constitución emotiva. Reflejo condicional de Pawlow. Psicosis de Angustia. Psicosis de Guerra.

Jueves 27 de mayo.—Constitución Cicloide. Psicosis maníaco-depresivas. Suicidio y subducción mental mórbida de Bergson-Mignard.

Viernes 28 de mayo.—Constitución Mitómana. Histeria. Constitución Bondadosa.

Sábado 29 de mayo (a las 10 a. m.).—Constitución Perversa. Locura moral. Constitución Esquizoide, sus relaciones con la Esquizofrenia. Intoxicaciones pasionales.

*Alonso MADRIÑAN,*  
*Secretario de la Facultad.*

# La lepra en Colombia

DR. LUIS CARLOS GRAU

Médico del Leprosorio de Caño de Loro  
en los años de 1920 a 1923.

V

## *TRANSMISION HERENCIAL DEL PADRE AL HIJO DEL ELEMENTO LEPROSO*

La lepra es una enfermedad crónica e infecciosa que presenta como causa eficiente un germen virulento que por su proliferación y toxinas secretadas determina en el organismo reacciones en sus tejidos caracterizadas por nódulos, en los que se encuentra el micro-organismo en gran abundancia.

Puede ser transmitida de padres a hijos esta enfermedad? Es necesario, en efecto, en materia de infección microbiana, considerar, por una parte, la infección propiamente dicha, es decir, la invasión del organismo por las bacterias; por otra parte, la intoxicación por los venenos solubles que secretan estas bacterias.

Este último punto no engendra ninguna dificultad. Los venenos solubles de origen microbiano, pueden como las substancias tóxicas (alcohol, etc.) atacar el gameto masculino y el gameto femenino desde antes de la concepción sin que éste presente los signos de la infección paterna o materna, sino únicamente trastornos variados que recaerán sobre un órgano o aparato o atacar todo el organismo, lo que traerá: la debilidad, los estigmas de la degeneración, las deformaciones o heredo-distrofias diversas.



Los ejemplos de la contaminación directa de los padres al hijo por la infección de las células sexuales por un germen microbiano es un caso infinitamente raro. Sin embargo, como el bacilo de la lepra es tan numeroso de manera tal que en segundo y en tercer estado de la enfermedad ha invadido todo el organismo, nada de extraño tiene que en el caso de la generación sucesiva del leproso la impregnación de las células embrionarias del nuevo sér se determine como en la sífilis que satura el producto de la concepción no solamente por sus toxinas sino también por los cuerpos parasitarios.

Desde el descubrimiento del bacilo de Hansen se hizo universal, y lo es todavía, para algunos autores, el origen hereditario de la enfermedad de la lepra.

En conceptos definidos por Danielsen y Boek, aunque refutados por Hansen y Le Dentu, la lepra es hereditaria. Este último hizo observaciones en el leprosorio de Desirado señalando la ausencia de herencia mórbida en 7 hijos de leprosos hasta la edad de 4, 5, 6, 17 y 27 años, al paso que demostró el contagio en 4 casos. En Noruega calcúlase el 90 por ciento de los casos efectuados por herencia según Schewinamor. Brunelli constató que en 122 casos, 76 eran hereditarios. Hostalrih anunció en 1913, 68 casos de lepra tuberosa y mixta en los que en su mayoría podría demostrarse la transmisión hereditaria y en prueba de ello propuso la esterilización de los leprosos por los rayos X.

En el lazareto de Caño de Loro no conocemos ningún niño nacido leproso pero hemos dado de alta a dos muchachos: el uno, de 7 años de edad, hijo de madre leprosa con padre sano. El segundo de 10 años, hijo de padre leproso con madre sana. Esto por haberles descubierto los estigmas y el moco nasal positivo respecto al bacilo de Hansen.

Herencia concepcional? Contagio uterino o extra-uterino?

**HERENCIA CONCEPCIONAL:** motivada por la impregnación del elemento cromático del esperma o del óvulo. La semilla lleva el germen infectivo (lepra congénita).

**HERENCIA UTERINA:** en la cual el organismo del niño es portador de bacilos por haberlo adquirido por deficiencia del filtro placentario o a su paso por la hilera genital por infección local o generalizada de la madre (contaminación fetal).

**HERENCIA PREDISPONENTE:** en la cual el organismo del niño es particularmente propicio para el cultivo del bacilo de la lepra (predisposición humoral congénita).

**HERENCIA INMUNIZANTE:** en la cual el organismo del

niño adquiere cierta resistencia a la adquisición del mal de la lepra (inmuno-resistencia).

*En el primer caso* el niño al nacer ya es un enfermo.

*En el segundo caso* el niño nace, crece y se desarrolla pero es un contaminado y estará en el caso del consorte sano expuesto al desarrollo y multiplicación del bacilo de la lepra.

*En el tercer caso* el niño nace, crece y se desarrolla aunque puede hacerse leproso por su estado humoral predisponente y propicio al cultivo del microbio de la lepra.

*En el cuarto caso:* el niño podrá vivir al lado de la madre protegido por su inmunidad aunque debe tenerse en cuenta que esta inmunidad es solamente pasiva, esto es, que se pierde en un corto período, pasado el cual, en el niño puede desarrollarse la lepra si ella está latente o adquirirla si es un predispuesto, desde luego que el niño vive en un medio infectado.

Como se concibe con respecto a la sífilis los padres atacados de la lepra podrán transmitir ya sea el elemento leproso, ya sean taras orgánicas o humorales creadas por la enfermedad que padecen.

El bacilo de la lepra puede ser transmitido de padres a hijos?

Lo que dificulta en este caso el problema no es que el bacilo sea o no transmitido por herencia de la enfermedad, sino que el mal en cierta forma se ha revelado contagioso in útero y extra útero del producto de la concepción, de suerte que, es duro afirmar si un niño nacido de padres leproso, es o no de la misma índole por herencia o por contagio ulterior. Y aquí estriba la dificultad al abordar la cuestión.

Esto es lo capital para la profilaxis que es lo que interesa al médico y al país. El contagionista podrá retirar los niños del regazo materno para evitar las infecciones y reinfecciones en lo sucesivo durante el crecimiento de esos niños. Pero qué sacará con apartarlos si ellos llevan en sí la semilla del mal de la lepra?

En la mujer sana: el marido enfermo puede infectar los órganos genitales de aquella, o llevar el mismo en la cromatina del espermatozoo, el virus infectante. En la mujer enferma: por correspondencia, sus órganos genitales estarán enfermos y también lo estará el óvulo y la sustancia cromática que encierra la célula ovular.

COMO QUIERA QUE SEA QUE SE PRODUZCA LA IMPREGNACION INFECCIOSA, LA PRESENCIA DE LESIONES Y DE BACILOS LEPROSOS EN EL FETO Y EN EL RECIBIENDO NACIDO ES EVIDENTE.

Por supuesto que esto ahonda un poco más la cuestión, pues, estos bacilos tomados de "viso" o por "impregnación" pueden quedar latentes por mucho tiempo sin crear lesiones visibles y ser en el futuro motivo de lepra en el niño o en el adulto.

Tenemos pues: LEPRA CONGENITA, si los bacilos virulentos y numerosos hacen que el niño nazca con la lepra desarrollada. LEPRA LATENTE si los bacilos no son virulentos y existen en pequeña cantidad por lo que los niños nacerán sanos y robustos y hasta pueden llegar a la edad adulta sin declarárseles la enfermedad.

Las dos teorías opuestas: la de la herencia concepcional o de la "semilla" y la de la herencia uterina o del "terreno" con reinfección después del nacimiento del niño están pareadas. Hace la experiencia para saber cuando hay muchos bacilos (infección polibacilar) y cuando hay pocos bacilos (infección oligo-bacilar); o para saber, cuando el niño está apenas en condiciones de receptividad hereditaria, es, precisamente, lo que parece difícil en la lepra.

En síntesis: LA LEPRA CONGENITA ES INCONTESTABLEMENTE CIERTA AUNQUE ES EN ABSOLUTO MUY RARA.

LA HERENCIA UTERINA O DEL TERRENO ES FRECUENTISIMA.

La primera tiene muy pocos argumentos y sus partidarios están en ruidosa minoría.

## VI

### *LA PROPAGACION HEREDITARIA ES NULA EN EL LEPROSO. EL PRIMERO Y EL ULTIMO ESLABON DE LA CADENA MORBIDA*

En parturientas en Caño de Loro hemos visto el bacilo de la lepra en el líquido amniótico, en las paredes y tejidos placentarios y en los loquios. Hemos visto el bacilo en el esperma del leproso y en la vagina de las mujeres sanas casadas con enfermos. En la leche materna no lo hemos visto nunca en diez casos que lo hemos intentado, seguro por falta de técnica, pero la hemos inyectado a varios enfermos obteniendo con ello reacciones violentas con brotes leprosos exagerados, lo que significa una hipersensibilidad motivada por la infección ya desarrollada.

Tienen una gran importancia las observaciones del bacilo de Hansen en el feto. Sugay y Mononove encontraron el bacilo de la lepra en la sangre de 10, entre 12 recién nacidos hijos de leprosos y en la sangre de un niño de 17 meses hijo de madre infectada. Rabinovich confirmó en 6, de 8 casos la circulación del bacilo hanseniano en la sangre fetal procediendo a la punción aseptica de los corazones de esos fetos de madres leprosas.

Y también es de grandísima importancia observar las lesiones hansenianas típicas en los recién nacidos, lo que ha dado lugar a la denominación, si se quiere impropia, de "lepra precoz" por el hecho de las lesiones de "viso" observadas en los primeros días después del nacimiento de un niño nacido de madre leprosa. En Caño de Loro como en Agua de Dios las madres hablan de pequeñas manchas acrómicas o hiperacrómicas que presentan sus niños al nacer, y la endeblidad, el enfriamiento, la palidez y la muerte prematura del niño no deja dicho otra cosa respecto a una infección leprosa congénita ya sea por impregnación tóxica de los humores, o por contaminación directa del producto de la concepción por el cuerpo parasitario habido en la hilera genital o paredes placentarias o en la sangre de los progenitores leprosos. Esto se observa más frecuentemente en los hijos de madre y padre enfermos.

Decir que un niño nacido de padres leprosos no es leproso al nacer, es muy acertado desde el momento que clínica y bacteriológicamente no lo es. Ese niño puede ser mañana un leproso declarado; pero, por adquisición del bacilo en el medio convivente familiar. Pero decir que un niño por el hecho de no encontrarse el bacilo en su sangre no ha nacido leproso a pesar de los estigmas reveladores, no será un error? Téngase en cuenta que si el bacilo no se encuentra en la sangre puede encontrarse, sin embargo, en algunos de los tejidos de la economía. En este caso lo que falta es la experiencia o una técnica apropiada que ponga en evidencia el elemento leproso. En los casos citados por el doctor Montoya y Flórez la herencia hetero-morfa es típica, el bacilo hanseniano es negativo pero esto no es motivo para afirmar que esos niños examinados no son heredo-leprosos. Ellos no son leprosos precoces. Ellos son leprosos congénitos o que nacieron leprosos y sus distrofias se han encargado de ponerlo de manifiesto. El leproso congénito no sólo es aquél que revela su bacilo sino también el que microscópicamente ha demostrado ser un leproso al nacer. Esto es extremadamente raro pero el hecho de ser raro no significa que hayamos de decir siempre que los niños

hijos de leproso, no nacen leproso. Esto es un dicho demasiado absoluto y al afirmarlo categóricamente sería menester negar la herencia congénita que es incontestablemente cierta aunque extraordinariamente rara.

Un niño puede ser precoz pero no quiere decir esto que haya nacido con la sabiduría; precozmente, sí, la ha adquirido. El niño leproso precoz no ha nacido leproso. Pero un niño que nace con los estigmas reveladores de un mal que los padres han sufrido es un heredo-leproso, un heredo-sifilítico o un heredo-tuberculoso, es decir, que ha nacido con sus lesiones típicas y macroscópicamente visibles. Cuándo es simplemente un hetero-morfo o cuándo es un homomorfo? Es lo difícil contestar en la lepra y en la tuberculosis, pues en ambas enfermedades el bacilo generador de la infección es negativo, en apariencia, en el recién nacido.

Aunque el bacilo no se encuentre en las manchas de los recién nacidos hijos de enfermos, la clínica, sin embargo, marca una infección declarada. Cuántas veces no nos encontramos en presencia de un tuberculoso cuyo bacilo no aparece debajo del lente explorador? En los leprosorios tenemos enfermos en observación porque en su linfa y en su moco nos ha sido difícil evidenciar el bacilo de la lepra y algunos días después por la rinitis provocada por el yoduro de potasio se deja ver el bacilo leproso al microscopio. Y en leproso nodulares no encontrarlo nunca en la linfa y sí en el moco; y en otros leproso nerviosos ni en el moco ni en la linfa ni en los tejidos de las manchas acrómicas; y en los leproso terciarios o degenerados leproso parece que el bacilo de Hansen se ha degenerado también porque su ausencia es lo que se observa en todos los puntos de la economía de esos afectados de la lepra porque ya ellos no son enfermos sino pedazos de hombres con huellas indelebles de una enfermedad pretérita.

De esto se deduce una gran noción a nuestro entender:

En el niño, hijo de leproso, puede encontrarse el bacilo de la lepra (lepra congénita o por contagio intrauterino). De uno o de otro modo el niño nacería con el bacilo o con la consecuencia de la infección, esto último es raro, como se observa, luego el bacilo necesita de un medio de cultivo cuyas sustancias no existen en el feto.

En el degenerado leproso el bacilo no existe o es muy raro que se encuentre, luego en este extremo de la lepra tampoco existe medio favorable al cultivo del bacilo de Hansen por lo que desaparece o muere.

El niño recién nacido es amicrobiano, respecto a otros mi-

crobios, luego no hay asociación microbiana, medio preferido por el bacilo de Hansen (V. Simbiosis hanseniana. Cap. II). El bacilo, que es real, poco o mucho en cantidad, no se exalta o no se hace virulento, vive latente porque se le resta asociación, cosa especial, en sus medios de cultivos.

En el degenerado o estado terciario de la lepra, el bacilo de Hansen es raro o falta del todo. El bacilo perece por exceso o adición extraordinaria de otros microbios que consumen los medios nutritivos y respiratorios y el bacilo de Hansen perece por consunción.

En estos extremos de la lepra hay pendientes en cada uno de ellos un eslabón de la cadena mórbida.

En el primero, significa el primer paso hacia un futuro sombrío.

En el segundo, significa el último paso de una enfermedad pretérita, ellos no son enfermos sino afectados de una enfermedad que puede venir, respecto al primero; y de una enfermedad que pasó dejando una huella indeleble, respecto al segundo.

El bacilo de la lepra es la causa eficiente de la enfermedad, y sin embargo, en la lepra nerviosa sin rinitis y sin úlceras trofo neuróticas abiertas el bacilo no se encuentra, aunque estará en algunos de los tejidos del organismo enfermo, puesto que la acción inhibidora de los centros nerviosos es evidente en estos leprosos en temporadas casi periódicas, como lo es, la fiebre nerviosa en los leprosos tuberculosos.

Aquellos individuos son leprosos como lo son los niños que nacen con sus eritrodermias máculo-papulosas, como lo observan las madres leprosas al nacer algunos de sus hijos.

Un niño que nazca con estas máculas ha nacido leproso, como nació Benjamín Reyes de Agua de Dios, hijo de padres leprosos. Luis Sandalio Acevedo, hijo de padres leprosos. Pablo Jesús Carreño, hijo de madre leprosa y padre sano. Dominga Arias, hija de dos elefanciácos. Carlos Jesús Ruedas, hijo de dos elefanciácos. José Santos Quijano y José del Carmen Díaz.

Estos niños con sus distrofias evidéntísimas: es decir, con sus ganglios superficiales infartados (ADENOLEPROSIS DE LOS NIÑOS DE LOS LAZARETOS. V. Las Ratas Leprosas, Cap. III), con sus manchas anestésicas, sus rinitis y deformaciones nasales, con sus eritrodermias y lesiones furfuráceas de la piel, y seguramente, con sus nidos bacilares en algunas de esas barreras ganglionares infartadas por las defensas en ellas características.

Arriba hemos citado los casos de niños nacidos de madres leprosas estudiados por Sangay y Mononove y Rabinovich y la evidenciación de los bacilos de la lepra en la sangre de esos niños y fetos nacidos de madres enfermas.

Correctamente, hay millares de niños nacidos de padres leprosos que no son leprosos y que probablemente no lo serán nunca. "Es de observarse frecuentemente", dice el doctor Parra, "que esos hijos de dos enfermos son a menudo más débiles que los otros, de aspecto caquécticos (llamados CAGOT antiguamente en Francia), y sin embargo, en tal estado viven largos años y aun llegan a una edad avanzada sin presentar signos activos de lepra".

En estos niños, naturalmente, habrá una PRIMO INFECCION adquirida in útero y extra útero o por impregnación celular de su organismo del elemento leproso habido en la sangre de sus progenitores.

Como se sabe la mayoría de los niños, hijos de leprosos "nacen robustos y sanos" y muy raros son los atrépsicos y dicrásicos pero el aborto y los partos prematuros de los seis meses en adelante son de observación frecuente en las mujeres leprosas de Caño de Loro y de Agua de Dios y lo que es muy natural debe atribuírsele a la lepra esas anomalías uterinas de querer expulsar el huevo en una fecha prematura. Y como dice el doctor Montoya y Flórez: "Estos fetos están indudablemente muy contaminados para ser viables y sin duda esta mayor malignidad de la elefancia, para el producto de la concepción, comparada con la sífilis, es lo que impide que sean frecuentes los casos de elefancia congénita, pues si se vieran tantos heredo-elefanciácos como hay heredo-sifilíticos, la herencia de los primeros no sería tan discutida, aunque por supuesto, en este caso siempre se trataría de una contaminación in útero y raramente concepcional".

Tampoco puede aumentarse la propagación hereditaria en el leproso por el hecho de que las lesiones leprosas traen la esterilidad de los enfermos. En la lepra anestérica la impotencia por inhibición de las funciones testiculares y ováricas, por las alteraciones de los centros nerviosos, es la regla. En la lepra tuberculosa se observan alteraciones fibrosas encontrándosese pelotones de bacilos en los túbulis, canales eferentes y vesículas seminales, hipertrofias prostáticas, cistitis y uretritis de origen bacilar. En las mujeres se establecen las genitalitis leprosas, las que son causas eficientes de los abortos, muertes in útero y frustraciones de la concepción.

"La concepción es rara en los elefanciácos fimatoides", di-

ce el doctor Montoya y Flórez, "y si la mujer es la enferma el aborto es frecuente. No hay duda que zoospermos y óvulos infectados son poco aparentes para la fecundación pero en ciertos casos de pocos bacilos, o de poca virulencia de éstos, la kariogamia puede efectuarse, e individuos bacilíferos, pueden pues procrear aunque el estado de las células generatrices no sea favorable a la fecundación. Si la fecundación, a pesar de todo, se efectúa, la influencia perniciosa continúa haciendo imposible un desarrollo regular. Y si la madre es fimatoides aborta generalmente pues a la menor resistencia del sér se agrega, en este caso, la impregnación permanente de las toxinas maternas".

*Luis Carlos GRAU*

San Estanislao, septiembre de 1936.

## GLUCALCION

### Gluconato de Calcio Granulado

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

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

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

Ciertas dermatosis: Eczema, pruritos, etc.

**LABORATORIOS URIBE ANGEL**  
Medellín — Barranquilla  
Colombia



# Comunicaciones

VIº Congreso Nacional de Medicina.—Córdoba (República Argentina), marzo de 1937.

De nuestra consideración:

En el transcurso del mes de octubre de 1938, habrá de realizarse en la ciudad de Córdoba (R. A.) el VIº CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA, y Exposición Internacional de Higiene, bajo los auspicios del Superior Gobierno de la Nación, y con el apoyo de las más calificadas corporaciones científicas y culturales del país.

Este certamen extraordinario—como los que le precedieron—convocará a los valores más ponderables de la ciencia médica argentina y del extranjero, y habrá de recibir, merced al desarrollo, el estudio y la discusión de los temas asignados, así como por los votos que se sancionen en las asambleas, un inestimable

## 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 estríñe. Descon-  
gestiona el hígado.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

acervo científico, cuyos beneficios han de recaer directamente sobre el progreso de la Medicina Argentina en su doble aspecto doctrinario y práctico. Invocando, pues, la necesidad de una contribución patriótica a este esfuerzo de proyección nacional, solicitamos de usted su adhesión al Congreso, en nombre del Comité Ejecutivo.

Los miembros adherentes tendrán voz y voto en las asambleas y recibirán, gratuitamente, en su oportunidad, las Actas y Trabajos que se publiquen en volúmenes, por especialidades, una vez finalizado el Congreso. Las revistas e instituciones adheridas, podrán nombrar sus representantes, quienes gozarán de los mismos derechos y atribuciones que los miembros adherentes.

La devolución del talón adjunto, llenado de acuerdo a las instrucciones, acompañado del importe correspondiente, según la tasa establecida, sirve como única credencial de adhesión y basta para otorgar los derechos que se mencionan en esta circular.

En su oportunidad, el miembro adherente recibirá el acuse

## ELECTROGENO

### Agua Oxigenada

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

Antiséptico, Hemostático, Desodorizante.

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

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

recibo de su aporte, así como los boletines informativos periódicos.

Saludamos a usted muy atentamente.

*Gregorio N. MARTINEZ, Presidente del C. Ejecutivo.*

*Carlos BRANDAN CARAFFA, Secretario General.*

# Sanidad de Medellín

## RESOLUCION N° 8

*Por la cual se dicta una disposición, se reforman los Arts. 5 y 8 de la Resolución N° 7 de 16 de octubre de 1936 y se deroga el Art. 25 de la misma.*

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

## VITAEMULSION

### Alimento-Medicina

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

#### INDICACIONES:

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

**LABORATORIOS URIBE ANGEL**

**Medellín — Barranquilla**

**Colombia**

## RESUELVE:

Art. 1º—La Resolución número siete (7) de diez y seis (16) de octubre de mil novecientos treinta y seis (1936) “por la cual se dictan algunas medidas sobre examen de ganados, carnes y venta de éstas”, empezará a regir el día diez y seis (16) de noviembre de mil novecientos treinta y seis (1936).

Art. 2º—Derógase el Art. 25 de la Resolución mencionada en el artículo anterior.

Art. 3º—El Art. 5º de la Resolución N° 7 lo mismo que el 8º de la misma quedarán así: Art. 5º Toda res o cerdo que sufra en accidente una lesión como fractura, luxación, cortada, punción, etc., podrá sacrificarse el mismo día de sufrida, siempre que no esté febril. Si el servicio de Inspección de Carnes autoriza su consumo, lo hará indicando el lugar donde puedan expendirse las carnes. Art. 8º Toda res o cerdo, etc., que se sacrifique de ur-

# 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

Colombia

gencia, debido a accidente, o por temor a que muera por asfixia, etc., si su consumo es autorizado por el Servicio de Inspección de Carnes, ha de hacerse indicando el lugar donde pueda expendirse.

Art. 4º—Esta Resolución regirá desde el día 16 de noviembre del corriente año.

Dado en Medellín, a 10 de noviembre de 1936.

Pase a la aprobación del señor Secretario de Higiene y Asistencia Social y del señor Alcalde Mayor.

El Inspector, *Antonio J. OSPINA G.*—El Secretario, *Eduardo Villegas R.*

Aprobada.—*E. Villa Haeusler*, Secretario de Higiene y A. S.

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

## OVARIOGEN

### enfermedades de la mujer

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

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

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

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia

# A los señores Médicos

Señor doctor:

Tenemos el mayor interés en que todos los señores médicos del país reciban oportunamente el BOLETIN CLINICO, órgano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, de que somos editores autorizados y que distribuye por todo el mundo nuestra Casa de Medellín.

Pero ocurre con demasiada frecuencia que los señores médicos cambian de domicilio o de residencia y olvidan hacerlo saber a los publicistas y a los laboratorios farmacéuticos con quienes tienen relaciones.

Le rogamos pues encarecidamente darnos su dirección actual lo más completa que sea posible y hacernos saber todo cambio de domicilio permanente o transitorio.

*LABORATORIOS URIBE ANGEL  
Medellín.*

## CEFALINA

### Contra dolores en general

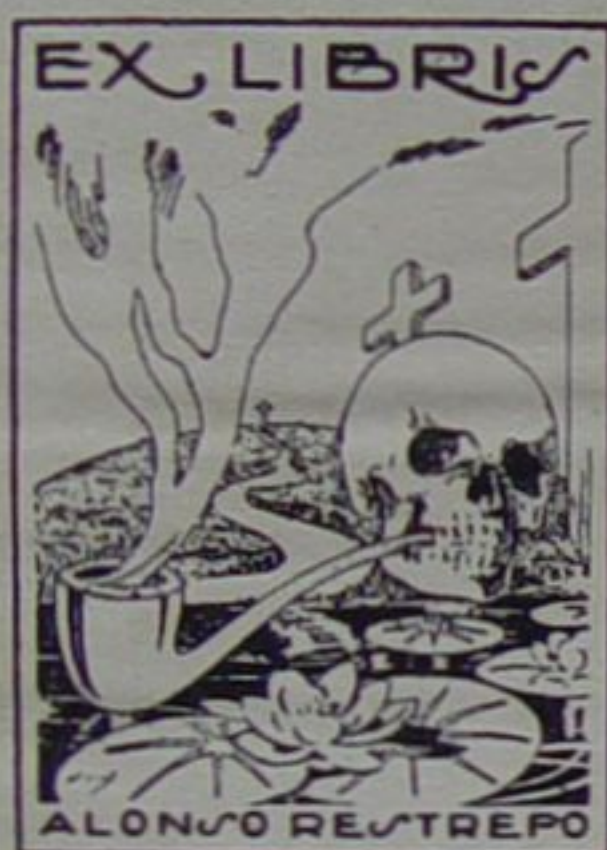
Preparado a base de Acido Acetil-Salicílico y Cafeína de alta pureza.

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

**LABORATORIOS URIBE ANGEL**  
**Medellín — Barranquilla**

**Colombia**

# TREPONIOL



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

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

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

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla

Colombia