

REPUBLICA DE COLOMBIA — DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

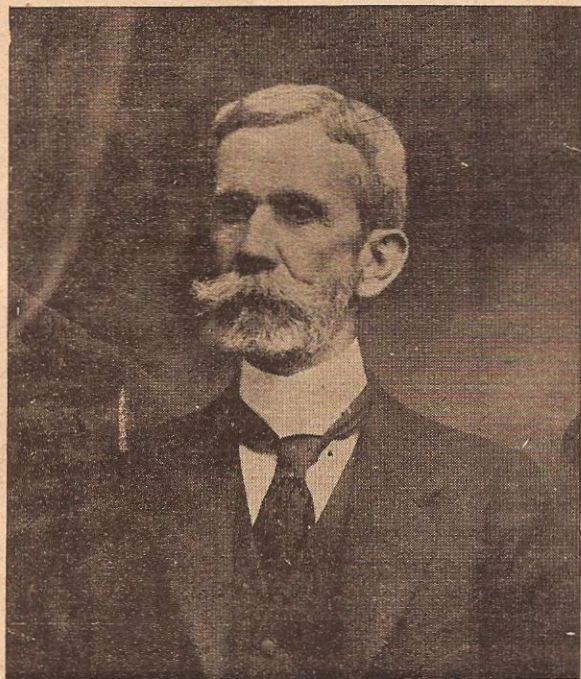
ANALES

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

SEGUNDA EPOCA

REDACTORES: { Gil J. Gil } Julio Ortiz, Srio.
Juan B. Londoño }

Año I { Medellín, julio 7 de 1930 } N° 1º *al*



DR. VESPASIANO PELAEZ
DICIEMBRE 28, 1857 — ENERO 1.º, 1927

ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

Recuerdo histórico.

Pronto hará 43 años que se creó la Academia de Medicina de Medellín.

El 7 de julio de 1887 se reunió el personal médico de la ciudad de Medellín en el salón de la Asamblea, excitados al efecto por el señor Gobernador del Departamento General Marceliano Vélez, y se constituyó en sociedad con el nombre de Academia de Medicina, eligió los empleados para el primer año y designó la comisión que debía redactar los estatutos.

He aquí el personal de miembros de la Academia:

Activos:

Manuel Uribe Angel, Presidente.

José Ignacio Quevedo, Vicepresidente.

Ramón Arango, Secretario.

Francisco Arango, Vicesecretario.

Francisco A. Uribe M., Tesorero.

Andrés Posada Arango, Redactor.

Manuel Vicente de la Roche, Ricardo Rodríguez, Rafael Pérez, Tomás Quevedo R., Juan de Dios Uribe, Joaquín Castilla, Francisco Molina A., José María Hernández S., Julio Restrepo A., Ricardo Restrepo U., Pedro D. Estrada, Rafael Campuzano, Alejandro Restrepo C., Tomás Bernal, Julián Escobar, Federico A. Peña, Eduardo Zuleta, Juan Clímaco Alvarez, Teodomiro Villa, Enrique Villa.

Honorarios: Antonio Mendoza.

Florencio Mejía.

El 18 de julio del año siguiente celebró la Academia la primera sesión solemne en el mismo local. En élla se leyó el primer informe del secretario doctor Ramón Arango,

importantísima pieza literaria y científica, en la cual se consignan detalladamente los trabajos de la Academia, publicada en el No. 5 de la revista, y en la cual se da cuenta de los cambios habidos en el personal de empleados y de miembros.

En la sesión del 9 de julio se nombró presidente al doctor Pedro D. Estrada; vicepresidente, al doctor Uribe Angel, y redactores a los doctores Uribe A. y Pérez; el resto del personal quedó como antes. El doctor Estrada murió poco después y lo sustituyó el doctor Uribe A. durante ese período.

Pasaron a la categoría de honorarios los doctores José I. Quevedo, Ricardo Escobar R., Julián Escobar, Manuel V. de la Roche, Florencio Mejía, Aureliano Posada, Emilio Alvarez, José M. Martínez Pardo, Ambrosio Viaux Gran Mauvais, y los doctores José Tomás Henao, Juan S. Gastelbondo y Carlos de Greiff como correspondientes. El doctor Vespasiano había sido incorporado al personal activo.

De los médicos que asistieron a la primera reunión de la Academia el primero que falleció fué el doctor Antonio Mendoza, el 23 de octubre de 1887, y el segundo, el doctor Pedro D. Estrada, 3 de agosto de 1888, poco tiempo después de haber sido nombrado presidente.

Hoy no existe de todo aquel personal tan eminente más que tres miembros: los doctores F. A. Uribe Mejía, Julio Restrepo A. y Eduardo Zuleta.

ATENCIÓN!
ESTE LIBRO ESTA PROTEGIDO
EVITESE MOLESTIAS

DR. VESPASIANO PELAEZ T.

Nació el 28 de diciembre de 1857 y murió el 10. de enero de 1927.

Títulos: Decano del Profesorado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia; ex-Presidente de la Academia de Medicina de Medellín, y Profesor titular de Patología Interna de la Facultad de Medicina de Antioquia; Miembro del Consejo Universitario, en representación de la Escuela de Medicina; Director Departamental de Higiene; Médico Departamental.

Datos biográficos: El doctor Vespasiano Peláez nació en Sopetrán, hermosa y rica ciudad del occidente de Antioquia. Fueron sus padres don Cipriano Peláez y doña Cupertina Tirado, pertenecientes a familias muy distinguidas de este Departamento. Hizo estudios de primeras letras en su ciudad natal de donde pasó al Colegio del Estado, hoy Universidad de Antioquia, traído por su hermano don Marco A. Peláez, de grata memoria por su noble y generoso corazón y por haber sido un modelo de ciudadanos útiles y buenos.

Después de la guerra de 1876 y 77, el doctor Peláez fué a Bogotá a continuar sus estudios profesionales en compañía del doctor Teodomiro Villa, pariente y amigo suyo, con quien vivió en la intimidad de dos hermanos que de veras se quieren y respetan. En Bogotá hizo sus estudios médicos con el rigor con que entonces se estudiaba la medicina en **Santa Inés**, que era como llamábamos la Facultad, distinguiéndose en un grupo de 23 alumnos, entre los cuales había algunos muy sobresalientes como los doctores Juan Evangelista Manrique y Avelino Saldarriaga y otros más que han figurado mucho en el país.

Desde la Escuela se le notó inclinación especial por los estudios médicos. Todos sus condiscípulos admiraban la precisión y exactitud con que el doctor Peláez exponía las lecciones de Patología interna que se estudiaba por el gran libro de Grisolle y cuyo catedrático, el doctor José M. Buendía, po-

nía lecciones de 10 a 20 hojas. Estas lecciones apenas había tiempo de leerlas una vez: Villa y Peláez estudiaban en un mismo libro: el primero leía la lección en voz alta y el segundo volvía a leerla en silencio paseándose en el corredor de la casa o en el claustro.

El 13 de agosto de 1882 obtuvieron los doctores Villa y Peláez el título de médicos y cirujanos ante un Consejo formado por los doctores Manuel Plata Azuero, José M. Buendía, Aureliano Posada, José Vicente Uribe e Hipólito González U., presidido por el Secretario de I. P., doctor Aureliano González Toledo. El doctor Manuel Plata Azuero era el catedrático de terapéutica y clínica quirúrgica y apreciaba mucho a estos dos discípulos por haber sido ellos los que mejor recogieron por escrito las lecciones de terapéutica que entonces dictaba en la Facultad. El doctor José M. Buendía, profesor de patología interna, como ya se dijo, y de obstetricia y enfermedades de niños, mostró también por estos discípulos particular deferencia. Los otros tres profesores eran médicos antioqueños muy queridos y respetados por la manera como trataban a sus discípulos y les ayudaban en sus dificultades.

Después de haber estado unos días en su villa natal en medio de su familia, aceptó el doctor Peláez el puesto de Médico de la Compañía Inglesa de Marmato, donde reemplazó al doctor Alejandro Londoño M. El doctor Londoño lo recomendó muy especialmente a los empleados de la Empresa entre otros a don Carlos Greiffenstein y con ellos contrajo lazos de verdadera amistad.

A fines de 1885 se fué el doctor para Europa y allí estudió especialmente enfermedades de ojos, enfermedades nerviosas y ginecológicas y microbiología. A su regreso se estableció en esta ciudad en donde contrajo matrimonio, en 1894, con doña Sofía Restrepo G., cuñada de su protector y hermano don Marco.

Con frecuencia se asociaba a los doctores Francisco A. Arango y Teodomiro Villa, pero siempre dejaba a los deu-

dos de sus enfermos elegir el médico que debía acompañarlo cuando el caso lo requiriera, porque a todos sus colegas los estimaba y les reconocía competencia y todos lo estimaban a él como a uno de los mejores compañeros.

El doctor Vespasiano Peláez sobresalió en el diagnóstico de las enfermedades internas. Sus dos grandes cualidades como médico fueron la exactitud en las citas, prueba de su vida arreglada y metódica, y la prudencia y discreción, pues nunca se escapó de sus labios una palabra que pudiera causar daño a sus colegas o a sus enfermos.

A su regreso de Europa ingresó a la Academia de Medicina de Medellín, que él presidió en el periodo de 1898 a 1899. En ese periodo le acompañamos, el doctor Villa como secretario, el doctor de Greiff como tesorero y el que esto escribe como Vice-presidente y trabajamos con muchísimo interés en la creación de un Dispensario municipal, asunto que estudió con particular atención el doctor Jorge E. Delgado, para darle base para un Acuerdo al Concejo Municipal. También nos ocupamos en la manera como debía hacerse el aislamiento de los virolentos en su propia casa, formulando las reglas especiales para estos casos, de acuerdo con los descubrimientos de la higiene moderna. Finalmente se estudió el grave problema del aislamiento de los leprosos en el Departamento, que dió tema para muy largas discusiones y que terminó con la fundación del leprosorio de Fontidueño. Permitaseme hacer aquí una breve digresión. El doctor Teodomiro Villa, el incomparable secretario perpetuo de la Academia, fué el alma de aquellos trabajos y el doctor de Greiff su mejor auxiliar. De este grupo sólo yo vivo y a todos he tenido el honor de acompañarlos en su postrera enfermedad.

En 1897 empezó el doctor Peláez a regentar la cátedra de Patología interna y con las interrupciones debidas a la guerra, y a su segundo viaje a Europa, en 1905, y a la clausura de la Escuela de Medicina durante el quinquenio, regentó esta misma cátedra hasta mediados del año pasado. Su

competencia como profesor la reconocen a una sus colegas y sus discípulos.

En 1917 le vino de Bogotá el nombramiento de Director Departamental de Higiene, puesto que dejaba el que ésto escribe en uso de una licencia que debía ser definitiva. Tuve yo que instarle para que aceptara, y cuando lo hizo me dijo que ensayaría a ver si podía desempeñarlo y que contaba con que yo le ayudaría o le volvería a recibir el empleo.

Fué el doctor Peláez un modelo de empleados, porque con la exactitud de un cronómetro iba a su oficina todos los días y despachaba lo que encontraba sobre la mesa, en asocio de su oficial que también trabajaba con constancia. Procediendo de acuerdo con el doctor Peláez presenté a la Asamblea de 1923, un proyecto de Ordenanza que tendía a crear una Oficina central de higiene departamental, con cuatro empleados y un periódico de divulgación de la higiene. El proyecto no fué bien recibido y no alcanzó el honor de ser presentado a la consideración de la Asamblea por los médicos que lo estudiaban para segundo debate.

La historia al recoger todo lo que el doctor Peláez hizo en el ramo de higiene en Antioquia, deberá hacerle justicia porque indudablemente son pocos los médicos que trabajan en este ramo con el interés y la constancia que gastó el doctor Peláez.

Tuvo Medellín en la última mitad del siglo pasado un personal médico muy respetable y respetado por su ciencia y su virtud. Entre ellos sobresalieron casi todos por su desinterés y abnegación, pero tal vez ninguno sobrepasó al doctor Uribe Angel, llamado con respetuoso cariño el doctor Manuelito. En corroboración de lo escrito quiero recordar y transcribir aquí, para enseñanza de las nuevas generaciones médicas una parte del discurso de su despedida de la Academia en julio de 1894.

"Me parece que en vuestras conferencias, además de puntos de moral médica, que os son bien conocidos y que practicáis como verdaderos sacerdotes de la ciencia, debéis

inculcar a vuestros discípulos uno que reputo como de importancia trascendental. Enseñadles que deben huir de la codicia, porque esa pasión echa manchas indelebles sobre la blanca túnica de la ciencia, y si posible fuere, decidles con don Angel Saavedra:

'Nunca deis a la avaricia
En tu noble pecho entrada:
Flaqueza vil que degrada
El cuerpo y el alma vicia'.

Advertiles que la medicina es asunto de amor y caridad, cosa que vosotros sabéis y practicáis mejor que yo. Pero eso no quiere decir que los afanes y desvelos del médico para restablecer la salud alterada, no tengan derecho a justa remuneración; porque en realidad, hombres rodeados de obligaciones y a veces de familia y precisados a mantener posición social decorosa, bien necesitan poseer medios bastantes para desempeñar dignamente sus deberes.

Vuestros alumnos deberán saber que los ricos y los acomodados proveerán equitativamente a sus necesidades y acaso a la formación legítima de un caudal. Pero que no olviden que en la superposición gradual de las capas sociales, debajo de los opulentos, están los simplemente ricos; debajo de éstos están los de medianos haberes; siguen los artesanos, a éstos los obreros y, en último término, los pobres de solemnidad; y que mediten que para estos últimos hay hambre que atormenta, desabrigo que enferma, hielo que desespera, tristeza que aniquila y escasez absoluta que mata. A estos últimos deben dedicar sus cuidados con el mismo esmero que les consagren a los favorecidos por la suerte.

Escuchad, señores, os lo ruego, mis últimas palabras, porque son solemnes: la caridad es ley de Dios y es ley de misericordia: tributadle culto para honra vuestra y para bien de la humanidad doliente".

Entre los médicos que oímos de labios del Maestro estas conmovedoras palabras, ninguno quizá las grabó y puso en

práctica en todo su rigor como el doctor Peláez: fué verdadero sacerdote del dolor; de aquel dolor terrible y espantoso que producen en consorcio la pobreza y la enfermedad.

También imitó la pulcritud y corrección de otro de sus maestros, el doctor Ricardo Rodríguez R., tipo del médico correcto y cumplido y del caballero elegante y pulcro.

Una grave enfermedad de la columna cervical que le producía agudos dolores y le impedía hasta mover libremente la cabeza, lo atormentó todo el año, y después de haberle hecho el doctor frente con valor, lo redujo a la cama a fines de octubre. En la cama continuó el mal su obra destructora: de la columna pasó al canal vertebral, y después de afectar las meninges invadió la medula, progresivamente, produciéndole la parálisis sensitiva y motora de todos los miembros y de los músculos del tronco y las vísceras, conservándose intactas la inervación del corazón y las funciones cerebrales. Esta manera de morir, perdiendo conscientemente la vida animal y conservando las funciones psicosensoriales, le permitieron al doctor Peláez prepararse muy bien para morir como católico y arreglar todo lo referente a sus negocios temporales, inclusive dar buenos consejos a sus hijos al despedirse de ellos y de su digna esposa. Y serenamente, con la impasibilidad y confianza del hombre que ha cumplido bien sus deberes para con Dios y para con la humanidad, rodeado el lecho por su atribulada esposa y sus tres hijos que, sin interrumpir el lúgubre silencio, lloraban, sollozaban y elevaban preces al Señor, al mismo tiempo que un venerable sacerdote le bendecía y recomendaba su alma, después de una media hora de agonía tranquila que no se acompañó ni de estertores ni de convulsiones, expiró quedándose el rostro lívido y sudoroso con la expresión del que ha devuelto tranquilamente el alma a su Creador.

Murió como vivió: correctamente, cristianamente.

Juan B. Londoño

LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

Considerando:

Que el día 1o. de los corrientes dejó de existir en esta ciudad el Dr. VESPASIANO PELAEZ, distinguido médico y miembro muy conspicuo de esta Academia, de la cual fué muy digno Presidente;

Que el Dr. PELAEZ se distinguió siempre por su amor a la profesión, la que ejerció con el más alto espíritu científico durante muchos años, dejando huella perdurable entre sus comprofesores por su caballerosidad y cultura,

Acuerda:

La Academia lamenta la muerte del apreciado médico y eminente profesor, Dr. VESPASIANO PELAEZ, recomendando al mismo tiempo sus relevantes virtudes como dignas de ser imitadas, y levanta la sesión en señal de duelo.

Copia de esta Resolución, en nota de estilo, será enviada a la señora viuda del doctor Peláez.

El Presidente, **Gabriel Toro Villa**.—El Secretario, **Alejandro Vásquez**.

TRABAJOS ORIGINALES

Informe de una Comisión.

Sr. Presidente de la Academia de Medicina.—Pte.

Contribución al estudio de la Linfogranulomatosis Maligna (enfermedad de Hodgkin-Sternberg) es el título de un trabajo que el Dr. Alonso Restrepo Moreno presenta para ingresar a la Academia de Medicina.

Capítulo árido, poco conocido, es el de la Patología de los ganglios linfáticos o mejor, de los órganos linfopoyéticos; los muchos neologismos, la ignorancia de su etiología para la mayoría de las entidades nosológicas de este grupo, y lo precario de su tratamiento, hacen que cualquier luz que se aporte, cualquier paso adelante, merezcan un aplauso. Y ésto es lo que ha hecho el autor, quien aúna las difíciles cualidades del médico y las no menos raras del investigador en las ciencias biológicas. Contribuir con un dato más a esclarecer la causa de una enfermedad mortal, cuya descripción clínica debemos a Hodgkin y la anatomo-patológica a Sternberg.

Además del importantísimo grupo de las leucemias, mieloide, linfática y aguda, de etiología oscurísima, del linfosarcoma, del cáncer verde de Aran, de la linfogranulomatosis de Nicolás, cuya etiología ignoramos y cuyo tratamiento conocemos incompletamente, etc., tenemos dos afecciones, la adenia de Trousseau y la enfermedad de Hodgkin, muy semejantes, descritas aun en los tratados clásicos como entidades diferentes.

El autor describe un caso típico de enfermedad de Hodgkin con la mayoría de los síntomas generales, ganglionares, de la piel, etc. Hace un estudio muy completo de bacteriología, cultivos, inoculaciones, y Anatomía patológica. Investigando sobre la posibilidad de tratarse de un sarcoma encuentra un microorganismo, para él desconocido, el cual resultó ser el mismo descubierto por Bunting y Yates; practica algunas inoculaciones, no todas las que quisiera por carecer de

elementos en el medio estrecho en que actúa; hace multitud de cultivos en diferentes medios, muchos positivos; estudia detenidamente la Anatomía Patológica; hace un diagnóstico diferencial muy preciso y llega finalmente a la conclusión de que se trata de un caso de enfermedad de Hodgkin y de que el microorganismo por él encontrado es el mismo descubierto por Bunting y Yates: el *CORYNEBACTERIUM* Hodgkini.

Este factor etiológico aún no está aceptado en el mundo científico; se esperan más comprobaciones, una experimentación mayor, lo cual da aún más valor a este trabajo, pues contribuye a acumular argumentos en favor de esta tesis.

En cumplimiento de vuestra comisión y como conclusión de lo expuesto, me permito proponeros:

1o. Acéptese al Dr. Alonso Restrepo Moreno como Miembro de Número de la Honorable Academia de Medicina;

2o. Publíquese su trabajo en los anales de la Academia.

Sr. Presidente.

Gustavo Uribe E.

Medellín, mayo 20 de 1930.

CONTRIBUCION

al estudio de la LINFOGRANULOMATOSIS MALIGNA (Enfermedad de Hodgkin-Sternberg).

I

Ante todo, empiezo por reiterar a los señores Miembros de la Academia de Medicina de Medellín, mi reconocimiento por el honor que han sido servidos de hacerme, llamándome a ocupar, en el seno de tan ilustre Corporación, la vacante que dejó mi apreciado amigo, distinguido médico y eximio literato Dr. Alejandro Vásquez B., fallecido el año pasado.

Y como trabajo de ingreso, reglamentario, me permito ofrecer a esta docta Corporación un extracto de prolijas notas, que tomé durante mi práctica profesional por el sur de Antioquia, sobre un caso de Linfogranulomatosis Maligna que tuve ocasión de estudiar detenidamente.

Fué Hodgkin quien primero, en 1832, se ocupó de tan curiosa enfermedad que tiene la marcha de una infección y la evolución de un cáncer (yendo "a caballo" sobre ambas patogenias, como lo dice tan gráficamente L. Ramond), y como quiera que mis resultados de laboratorio fuesen bastante interesantes, he creído oportuno traerlos a discusión, ofreciendo desde luego un buen acopio de preparaciones microscópicas y de inclusiones en parafina a quien quiera ocuparse nuevamente del asunto, llegando, con seguridad, más allá que pude alcanzar yo con mis capacidades y mis medios.

Al ocuparme del caso clínico, mis libros de consulta no hablaban todavía de las investigaciones de Bunting y de Yates, y se invocaban entonces la tuberculosis o el cáncer como únicos factores etiológicos. Al efectuar mis siembras sólo pretendí aprovechar mis ocios y mi equipo haciendo una tentativa de cultivo tisular, cuyo proceso seguía yo con grande interés en aquel tiempo, y una vez que el 70% de mis tubos presentaron modificaciones análogas, cambié de rumbo,

dedicándome a observar, hasta donde me fué posible, aquel extraño germen que la suerte me deparaba. Días después, recibida la copiosa bibliografía que pedí a Francia y a Estados Unidos, me cercioré, con profunda satisfacción, de que el micro-organismo correspondía al encontrado por Bunting y Yates en 1913, estudiado por Billings y Rosenow en el mismo año, y descrito otra vez por Lacorte en el Brasil el año pasado.

II

Observación Clínica.—(Diario de Clínica No. LXC).—(Sonsón, diciembre de 1925).—Dr. X. X., 42 años, Ingeniero, Blanco.—Su padre, diabético, murió a edad avanzada por Flegmón Difuso de la pierna; la madre, Hemorragia y Reblandecimiento cerebral, también de avanzada edad. Antecedentes personales, nulos: fué muy sano siempre.

En marzo del presente año (1925), en Santa Rosa de Cabal, bañándose, al jabonarse, advirtió una tumefacción del volumen de un limón en la axila izquierda, que dolió ligeramente con la fricción; tres días después, en Manizales, le extirpaban, los Drs. Zuluaga y Toro, ése, y quizás unos ganglios más, extendidos a lo largo de la arteria axilar; la herida supuró un poco, pero cicatrizó aprisa y bien.

Mes y medio más tarde se presentaron nuevos ganglios pequeños, duros e indolentes, en la región supra-clavicular izquierda; volvió a Manizales para reoperarse, lo hicieron desistir, y lo enviaron a Medellín, donde los Drs. Maldonado, Robledo, Uribe Cálad, Gil, etc., hecho el diagnóstico, tranquilizaron el enfermo y le aconsejaron el clima de Sonsón, donde residía parte de su familia. El Wassermann, practicado entonces por el Dr. Toro Villa, fué negativo.

Lo vi por primera vez el día 4 (diciembre, 1925), a las tres semanas de su llegada a la ciudad; tenía a la sazón vómito alimenticio y muco-bilioso, diarrea y timpanismo constantes, que atribuí en un principio a invasión del tejido linfoide del tramo digestivo, y que luégo, más fundadamente,

pude imputar a la intensiva medicación iodada y arsenical con que el enfermo se había saturado por su cuenta; suprimidas las drogas, desaparecieron estos fenómenos; los reemplacé por la medicación anti-emética y absorbente del caso. Presentaba todavía un aspecto exterior muy aceptable, a pesar de tener ganglios grandes, duros, muy bosalados, móviles, en ambas regiones parotidianas, bajo el maxilar inferior, a lo largo del borde posterior del esterno-cleido-mastoidiano, siendo mayores los del lado izquierdo; los había también más pequeños en las regiones supra-claviculares y uno muy voluminoso en la región inguinal izquierda, bajo la arcada de Poupert, sin que transmitiese los latidos de la arteria femoral, era, además, de superficie más regular y de consistencia más blanda que la de los descritos. No los había en la axila operada ni en la otra.

Aparte del estado febril permanente (véase la curva), de las tumefacciones ganglionares, y de los fenómenos digestivos señalados, no se advertía nada anormal en ninguno de los otros aparatos.

El examen hematológico reveló (Diario del Laboratorio, No. 206), sábado 5 de diciembre de 1925:

Hemoglobina..	100 % (Tallqvist)
Eritrocitos	4.896.000
Leucocitos..	7.300
Relación l/e..	1/630
Valor Globular	1,02

Fórmula Leucocitaria:

Linfocitos.. 21,81 %

Polinucleares:

Neutrófilos..	57,92 %
Eosinófilos	1,63 %
Basófilos	2,17 %

Endotelioцитos:

Grandes Mononucleares . . .	11,47 %
Formas de Transición . . .	4,91 %

Numéricamente los elementos están bien; en la fórmula se advierte ya un aumento de las Formas de Transición, y a la vez están aumentados los Basófilos.

Descartada desde luego la Leucemia Linfoide por los datos anteriores, la observación del enfermo y el estudio de los textos me llevaron a diagnosticar, el 15 de diciembre, una Linfogranulomatosis Maligna, diagnóstico que, supe después, habían hecho también los eminentes médicos que examinaron en Medellín el enfermo, prescribiéndole, como a mi vez lo hice, un tratamiento radioterápico, que el paciente rechazó en las dos veces.

Desaparecidos los trastornos digestivos que motivaron mi visita inicial, y creyendo entonces en un estado más neoplásico que infeccioso, prescribí inyecciones de Cobre Coloidal, muy en boga en aquellos días, hasta completar 14 ampollitas de Cuprasa de Gaube, sin resultado alguno. En el curso de este tratamiento se presentaron tres brotes de periadenitis que exageraron la curva térmica y que cedían del 3o. al 4o. día sin que los ganglios intentasen supurar, pero quedando siempre más grandes y más duros que antes; especialmente los que se extendían de una región auricular a la otra, por debajo del maxilar, formaban, en tales momentos, una sola masa en media-luna sin provocar trastornos para la deglución.

Enero 31 de 1926.—En el curso del mes, nuevos brotes de periadenitis. Mayor aumento en volumen de todos los ganglios palpables. Frecuentes sensaciones de prurito, siempre soportable. Accesos frecuentes de tos, coquelucoide, acaso por la sola irritación de los nervios laríngeos, ya que la auscultación sólo revela un ruido bronco y áspero al paso del aire por las vías superiores. El pulso se ha sostenido entre 110 y 126 por minuto.

Febrero de 1926.—La tos ha venido aumentando en intensidad y en frecuencia; por 3 veces al incorporarse, estando en decúbito dorsal, ha tenido accesos tan fuertes que ha perdido el conocimiento de manera fugaz.

Domingo 28 de febrero. (Diario del Laboratorio, No. 244).

Hemoglobina	75 % (Sahli-Gowers).
Eritrocitos.. .. .	3.964,000
Leucocitos.. .. .	5,000
Hematoblastos	334,000
Relación L/E.. .. .	1/792
Valor Globular	0,89

Fórmula Leucocitaria:

Linfocitos	18,04 %
------------------	---------

Polinucleares:

Neutrófilos	56,09 %
Eosinófilos	2,95 %
Basófilos	0,48 %

Endoteliocitos:

Grandes Mononucleares	15,12 %
Formas de Transición	7,63 %

Clasificación Nuclear de Arneth:

I/13,41 II/17,07 III/43,90 IV/18,29 V/7,31.

Índice de Arneth: 52,33.

En la orina no se encontraron elementos anormales.

Eritrocitos, Hemoglobina y Valor Globular disminuídos. Desaparecida la Basofilia de la primera fórmula, y cuya explicación no he logrado darme. Se ha doblado, sobre la normal, la cifra de Eosinófilos y han seguido aumentando las formas de Transición, elementos hematológicos característicos de la enfermedad de Hodgkin-Sternberg. La Fórmula y el Índice de Arneth, descartan, una vez más, la idea de Linfa-

denia Tuberculosa, y el número de Mononucleares más la cifra global de leucocitos, las Leucemias.

Se inició el tratamiento por Benzol conforme a las indicaciones de Manquat y de Clerc.

Marzo de 1926.—Desde el 5 me acompaña el Dr. B. Giraldó Duque. Se advierte ligera exoftalmia. La tos se ha hecho insoportable, provocando grandes accesos paroxísticos; ceden sólo a extracto tebaico, suprimiendo entonces el Benzol, del cual había llegado a tomar hasta 70 gotas diarias sin presentar ningún fenómeno alarmante. Con intervalo de ocho días se presentan dos fuertes ataques de taqui-arritmia con falso paso, cada tres pulsaciones, a la vez cardíaco y radial. Tos creciente, taqui-arritmia y un apreciable levantamiento de la pared torácica anterior, más marcado hacia la izquierda, acusan la invasión de los ganglios del mediastino con compresión del Pnœumogástrico (predominio de los aceleradores), de los recurrentes, etc.

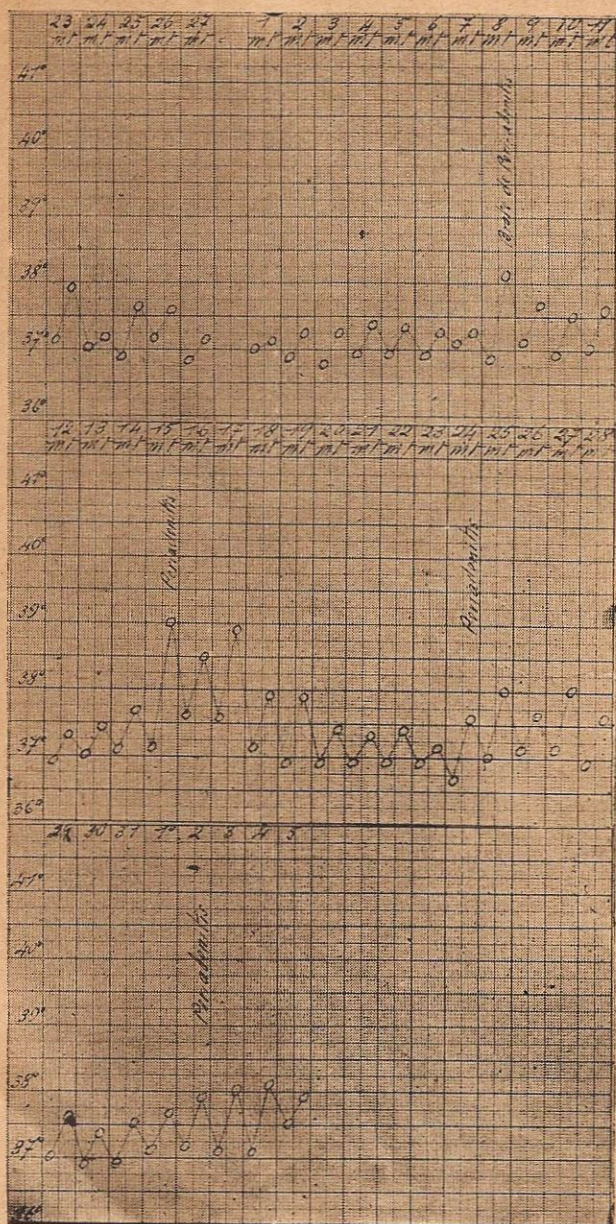
Abril de 1926.—Se advierte que los brotes de peri-adenitis tienen un ritmo y una sucesión constantes; 1) ganglios retro y sub-maxilares, 2) retro-mastoidianos y supra-claviculares, 3) mediastinales. El ganglio inguinal izquierdo ha llegado al volumen de una naranja, sigue siendo blanda su consistencia y se prolonga hacia arriba del ligamento de Poupart con otra masa ganglionar, más dura, bajo la pared abdominal; debido al crecimiento progresivo de esta masa (única que no ha dado brotes francos de peri-adenitis), el surco inguinal se ha hecho muy profundo y su dirección se ha tornado casi vertical a la del lado opuesto, presentándose además signos de compresión de la arteria femoral (disminución de la amplitud de onda en la pedia y enfriamiento del miembro inferior izquierdo), de la Safena (edema total, parejo, y éxtasis venoso) y del crural (dolor que marca el trayecto del nervio), por lo cual se impone la extirpación de dicho ganglio y si posible fuere, de la masa que lo prolonga por encima del ligamento de Poupart.

Tras cinco días de vacilaciones, en los cuales enfriamiento, edema y dolores aumentan, se resuelve el enfermo a la operación, cada vez más necesaria para evitar la gangrena amenazante, y el 9 de abril, asociado con los eminentes colegas Drs. J. Restrepo Isaza y Giraldo Duque, bajo anestesia local, que fué completa (empleamos Venesol), extirpamos en su totalidad el ganglio inguinal, cuyo aspecto era liso, con pequeñas boseladuras, cápsula neta que facilitó la enucleación y color blanco; en la cara profunda, contra el paquete vasculo-nervioso, encontramos tres bridas fibrosas que fué preciso desprender con sumo cuidado.

Abril 10.—Han disminuído el edema y las dilataciones venosas de la región dorsal del pie y de toda la cara anterior del miembro interesado. Los ganglios del lado derecho del cuello, formando una gruesa masa boselada y dura, han contraído adherencias con la piel que aparece blanca en los puntos salientes y cárdena en las depresiones; del lado izquierdo, los mismos fenómenos en menor escala, que la piel aparece sólo de color rojo uniforme.

Abril 17.—Miembros inferiores igualmente calientes; latidos isócronos en las pedias; persiste edema en el miembro izquierdo pero ya sólo en las partes declives; linforrea abundante por el ángulo inferior de la incisión, dando al principio una mancha negra en las gasas acaso por acción de las diastases de la linfa sobre los coágulos que llenaron la cavidad del ganglio extirpado. Se abren, espontáneamente, por pequeñas bocas, los ganglios sub-ángulo-maxilares de ambos lados dando una serosidad sanguinolenta. Se toma una pipeta del líquido negruzco de la herida operatoria y se hacen frottis de las secreciones de los ganglios abiertos. (Diario del Laboratorio, Nos. 286 y 287).

Abril 25 de 1926.—A las 10 a. m. fuerte ataque de asfixia al cual sigue un colapsus cardíaco, y el enfermo muere a las 11 a. m.



Curva térmica del 23 de diciembre de 1925 al 5 de febrero de 1926.

III

Estudios de Laboratorio.

Mientras el enfermo se resolvía a la extirpación de la masa ganglionar de la región inguinal, entusiasmado yo en aquellos días con las bellas experiencias verificadas con el Sarcoma Inoculable de Rous y con cultivos de tejidos, resolví alistar el material necesario para emprender una serie de estudios en este sentido, y, convenida la operación, aparte del material quirúrgico llevé una buena provisión de fiolas con Líquido de Locke donde puse, con todas las precauciones asépticas del caso, gran parte del ganglio extirpado. Poco después, en mi Laboratorio, inoculé conejos y sembré 10 tubos de Medio de GYE (5 simples y 5 glucosados) con fragmentos ganglionares, con los resultados siguientes:

(1).—**Cultivos iniciales.**—A las 18 horas los tubos números III (Gye simple), VII y VIII (Gye glucosado), presentaron abundante cultivo de gérmenes banales y se descartaron. Los siete restantes permanecieron estériles hasta las 115 horas en que se advirtió, en 4 de ellos, turbieza ligera y ondas moirées; los otros 3, a las 130 horas, tenían ya los caracteres de los 4 primeros.

A las 150 horas, los sedimentos de Glóbulos rojos llevados por el suero de conejo y por los fragmentos ganglionares, se habían hemolizado totalmente y difundido por el medio, dándole tinte rojizo.

A las 166 horas, turbieza más acentuada, uniforme, y velo ligero en la superficie, que cae al fondo, en grumos, al agitar.

A las 260 horas, ligera fluorescencia verde.

En el curso de resiembras y de confección de preparaciones, se fueron infectando los medios, salvo el tubo número IV, que se conservó sin contaminarse hasta las 956 horas, en que no dieron resultado nuevas resiembras. El microscopio y los cultivos secundarios, dieron siempre el mismo germen encontrado en los tubos originales.

(2).—El Bacilo.—(*Corynebactérium Hodgkini* (?), Bunting y Yates, 1913).

(a).—Caracteres morfológicos: Se encontró un elemento bacilar, en cultivo puro, pequeño, corto, ligeramente curvo, provisto de 2 a 3 granulaciones bien distintas, con cápsula apreciable, mediante métodos especiales y desprovisto de pestañas. Mide, en promedio, 1 u 39 de largo por 0 u 38 de ancho, siendo 1 u 60 x 0 u 45 el tamaño de los mayores, y de 1 u 14 x 0 u 30, el de los más pequeños. Toma el Gran. Al envejecer los cultivos se pleomorfiza, apareciendo en forma de 8 con la parte central más oscura, y la cápsula envolvente, más visible. Figuras 1, 2, 3 y 4. Es móvil.

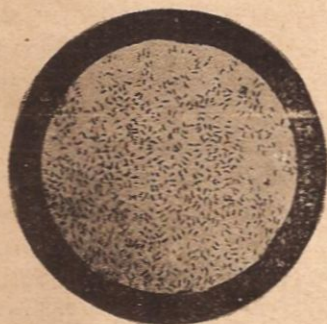


Figura 1.—*Corynebactérium Hodgkini*: Preparación No. 20; del tubo No. II (Gye simple). Método de Gram. Sirvió para tomar las medidas del bacilo y del mismo tubo, al hacer los frottis, se inoculó el conejo No. 3. Ocular Microfotográfico "Phoku" de Zeiss, Obj. 100.

(b).—Reacciones Tintoriales. Método de Gram: Fig. 1. Se colora muy bien. Las preparaciones bien hechas dejan ver las granulaciones que se destacan ligeramente sobre el fondo de la masa bacilar.

Método de Ziehl. Nelsen. No. es ácido-resistente.

Fuchsin fenicada sola. Da muy bien las granulaciones.



Fig. 2.—Preparación No. 26 (2), del tubo No. II P-2 (Gelosa-suero fuertemente hemoglobinizado). Método de Löffler. Phoku de Zeiss, objetivo esp. 50 (1/7) con alumbrado en campo oscuro mediante el condensador alterno de Siedentopf.



Figura 3.—Preparación No. 26 (2) del tubo No. II-P-2 (Gelosa-suero hemoglobinizado). Método de Löffler. "Phoku" de Zeiss, Objetivo especial 50 (1/7), Condensador Alterno de Siedentopf, alumbrado en campo claro.



Figura 4.—Exposición un poco mayor.

Azul de Kühne. Buenas preparaciones; bacilo teñido de manera uniforme.

Thionina fenicada. Se colora mal.

Método de Pappenheim (al verde de metilo-pironina). Excelentes preparaciones, con los gránulos muy netos en azul oscuro.

Eosina hidrosoluble. Pésima coloración.

Leishmann. Excelente teñido, con cápsulas muy netas.

Cápsulas: Fig. 3. Se aprecian con mucha nitidez, mediante las coloraciones de Leishmann y de Giemsa, la Fuchsin fenicada, y los métodos especiales de Besson, Nicolle y Morax, Roebiger, y Löffler (para pestañas).

Pestañas.—Negativo al ultra-microscopio en fresco, en medio de reposo en la cámara especial de Oelze, y con las coloraciones especiales de Löffler, Van Ermenghem, Burri, Nicolle y Morax, Gins, y Rulison. La observación en fresco, tanto de los medios líquidos como de suspensión de cultivo en medio sólido en agua de condensación de la gelosa, permite apreciar la movilidad del germen, muy semejante a la del Bacilo de Eberth.

(3).—**Resiembras.**—Caldo ordinario: Todos los tubos permanecieron estériles, salvo uno que dió cultivo escaso de

bacilos característicos a las 282 horas, con velo ligero; las resiembras de este tubo fueron estériles.

Agua Peptonizada. No cultiva.

Gelosa Ordinaria. A las 192 horas, colonias ralas, escasas, pequeñas, secas, como manchas de bujía. Resiembras estériles a las 365 horas.

Gelosa de Saboureaud. A las 192 horas, colonias pequeñísimas, opacas, visibles apenas con lente sobre fondo negro. A las 670 horas, cultivo y resiembras estériles.

Gelosa.—Suero Humano: A las 243 horas, ligera colonia opaca.

Gelosa.—Suero Humano fuertemente hemoglobinizado: colonias desde las 97 primeras horas, muy típicas, en mancha de bujía; a las 475 horas permanecen estacionarias, y entre las 600 y 1.180 han desaparecido como por encanto.

Gelosa.—Sangre humana total: Cultivo a las 64 horas, más rico que en los demás medios, y en la mancha de bujía característica, se presentan además con el contorno más neto y la superficie más húmeda; a las 1,166 horas colonias lisadas en los tubos que pude conservar sin desecarse.

Gelosa.—Ascitis. Colonias típicas, escasas y secas.

Suero humano solidificado. Obtenido de copiosa sangría practicada a un enfermo de Uremia Convulsiva y esterilizado por tindalización. En los tubos que no cultivaron precozmente con hongos y gérmenes banales, pude encontrar, entre las 80 y 90 horas, colonias características muy pequeñas.

Gelatina ordinaria: No cultiva.

Leche: A las 280 horas aparece más blanca que los tubos testigos; a las 315 coagulación en masa sin separación del suero; a las 365 horas hay un poco de suero libre; a las 670 coágulo muy retraído en el fondo del tubo y una pequeña cantidad de crema en grumos, flotando. La resiembra en nuevos tubos de leche da una forma coco-bacilar. (Prep. No. 74).

(4).—**Pleomorfismo.**—He señalado la forma en 8 encontrada en cultivos típicos de las 500 a las 600 horas en adelante, y que desde luego, por no existir elementos distintos al microscopio, ni alteración apreciable en el aspecto de las colonias, consideré como formas involutivas del bacilo. Deseché muchos tubos en los cuales (resiembras y también cultivos característicos) encontraba solamente cocos pequeños y elementos coco-bacilares (como los de resiembras en leche), creyendo que se trataba de infecciones accidentales de los medios; Lacorte en su nota preliminar de marzo de 1929, señala estas mismas formas como estados pleomórficos del *Corynebacterium*.

(5).—**Fin de los Cultivos.**—Los tubos que pude conservar al abrigo de infecciones accidentales, de las 400 a las 600 horas presentaban colonias estacionarias que, de un momento a otro, por una acción bacteriofágica indudable, y con rapidez, desaparecían dejando en su lugar una superficie opaca y despulida que no daba ni preparaciones ni resiembras. El 11 de junio de 1926, del material bacteriano sólo me quedaba una colección de las 78 preparaciones más aceptables que hice y que conservo cuidadosamente.

Este germen, demasiado frágil, delicado y exigente, si por sus caracteres morfológicos y tintoriales y su procedencia misma es igual al estudiado por Lacorte el año pasado (1929), por los culturales parece una especie distinta dentro del mismo grupo, puesto que dicho autor dice haber obtenido cultivos abundantes en los medios albuminosos, seguidos de resiembras positivas en los medios ordinarios.

(6).—**Notas.**—Al estudiar el caso clínico vacilaba yo entre las teorías tuberculosa y neoplásica de la entidad, y apenas sí, de paso, noté que algunos tratadistas invocaban un probable parásito desconocido; de ahí que al estudiar el ganglio, en los primeros momentos, no tuviese el cuidado de perseguir un micro-organismo en frottis directos del tejido; observé al microscopio de manera muy somera algunas placas del machacado de un fragmento, que injecté a uno de los

conejos, conservando (primeros números de la colección) cuatro preparaciones, de las cuales dos persisten en buen estado, sin que en ellas haya encontrado el bacilo al reobservarlas.

Tampoco conocía entonces ni los trabajos de Bunting y Yates (de los que no he logrado obtener los que se refieren a la biología del *Corynebacterium*), ni las normas para identificación de especies bacterianas dadas por la Asociación de Bacteriólogos Norteamericanos, y me faltaron no sólo los cultivos anaerobios sí que también la importantísima cuestión de fermentación de los azúcares.

Me faltaban también por entonces, por extravío del pedido que llegó mucho después, los indicadores para estudio del pH de los medios de cultivo, que aparte de suministrar datos de considerable importancia sobre la biología del bacilo, me habrían permitido acaso estabilizar, enriquecer y conservar indefinidamente mis cultivos.

Por tanto hube de limitarme: 1) a establecer la identidad del germen encontrado en uno y otro tubo; 2) a estudiarlo en los medios de cultivo de que podía disponer entonces, neutralizados empíricamente a la Soda con sólo Fenolftaleína como indicador; 3) a estudiar su morfología y sus afinidades tintoriales, y 4) a tratar de obtener la infección experimental en conejos (que los curies escaseaban en Sonsón y me hacían falta para Wassermann los pocos con que contaba), ya que no tenía otros animales a mi alcance. No obstante todas estas deficiencias, creo de interés las comprobaciones que dejo señaladas.

(7).—**Inoculaciones.**—Jaula No. 1. Coneja amarilla, joven, de 825 gramos de peso.—Sábado 10 de abril.—Inyección de 5 c. c., sub-aponeurótica en la región dorsal izquierda del tórax, del producto del machado de un fragmento de ganglio en Solución de Locke Ligero empastamiento los 5 primeros días. Ningún resultado ulterior.

Jaula No. 2.—Abril 10 de 1926.—Conejo gris, de 1,200 gramos. Ingerto de 1 cm² del ganglio entre la aponeurosis y

los músculos de la región dorsal izquierda del tórax; temperatura, se mantuvo normal; curación per primam de la herida. El 30 de abril el injerto había adquirido el volumen de una ciruela, desplazándose con facilidad bajo la piel y sobre la capa profunda; consistencia firme, presión indolora, ninguna tendencia a supurar. 15 de mayo, el injerto alcanza el volumen de un limón. Esperando mayor crecimiento e invasión de los ganglios del animal, sin haber obtenido siquiera un pequeño fragmento para biopsia, la masa, corriendo la suerte de todos los injertos, se desvaneció con una brusquedad desconcertante, dejándome chasqueado a mí que tenía un entusiasmo bien legítimo, y a mis distinguidos colegas los Drs. Giraldo Duque y Gallo quienes seguían con gran interés esta experiencia.

Jaula No. 3.—Abril 21 de 1926.—Conejo negro, de 1,300 gramos.—Inyección en la región dorsal izquierda del tórax, en el tejido celular subcutáneo, de 2 c. c. de Sol. Fisiológica en los cuales se diluyeron 3 asas de 2 milímetros de diámetro del cultivo No. II (Gye simple), y de una de cuyas preparaciones se hizo la microfotografía de la Fig. No. 1.

Abril 22.—Ha estado triste y ha comido poco; temperatura normal (39°2).

Abril 26.—Ha hecho desde 2 hasta 4 décimas de temperatura vespéral y ha seguido desganado y perezoso; en el día de hoy se muestra animado y con excelente apetito. Sigue perfectamente, y dos meses más tarde, no presentando alteración general ni ganglionar de ninguna clase, se inyecta con Glóbulos de carnero para preparación de Amboceptor.

Como se ve, el gérmen no es ni piógeno, ni patógeno para el conejo; en éste fueron también negativas las inoculaciones de Lacorte. Bunting y Yates obtuvieron sus infecciones experimentales en el *Macacus Rhesus* partiendo de cultivos obtenidos de ganglios humanos, con síndromas de Hodgkin típicos y resultados histológicos característicos.

(8).—Anatomía patológica del ganglio extirpado. (D. del Lab., No. 279).

(a).—Aspecto macroscópico: La masa ganglionar presenta consistencia firme blanda, corte blanco, superficie húmeda, no da jugo por la presión ni por el raspado, no crepita a la sección, y el aspecto interior es uniforme sin focos necróticos, cavidades purulentas ni inclusiones de esclerosis; la parte cortical resulta de color ligeramente más subido (crema) que la profunda y es más dura; la central es un poco friable.

(b).—Caracteres microscópicos: 24 fragmentos, perpendiculares unos y paralelos otros al eje del muslo, fueron fijados por mitades iguales en fijadores de Bouin y Zenker-Formol; se incluyeron todos en parafina siguiendo la técnica clásica.

Estudiados los cortes al microscopio, y como lo demuestran las microfotografías comparativas de ganglio normal (cerdo de pocos días) y de ganglio enfermo, la estructura normal ha sido alterado por completo; engrosada la cápsula, borrado el seno periférico, desaparecidos los nódulos, ausentes las trabéculas y profundamente transformado el tejido fundamental, sería imposible identificar siquiera el órgano si se ignorase la procedencia anatómica del corte. El contraste es evidente con los pequeños aumentos (Figuras 5 y 6, 7 y 8).



Figura 5.—Ganglio normal (cerdo recién nacido). Prep. alemana, de mi colección de Hist. Normal, No. 26. Hemateína-Eosina. Estructuras perfectamente diferenciadas. Negat. A-P-VIII. Sistema óptico 15 x 3 (Zeiss).

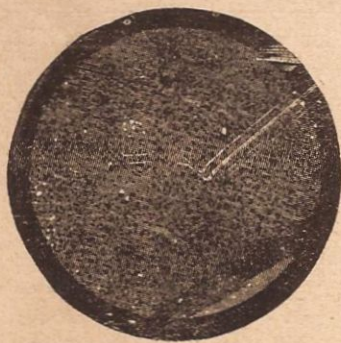


Fig. 6.—Ganglio extirpado, corte según el eje del muslo. Hemateína-Eosina. Arquitectura borrada por completo; engrosamiento notorio de la cápsula Negt. A-P-IX. Sistema óptico 15 x 3 (Zeiss).

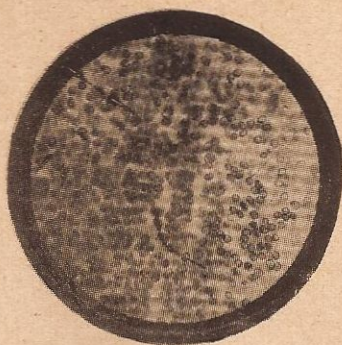


Figura 7.—Tejido citógeno de ganglio normal. 10 x 40 (Zeiss).

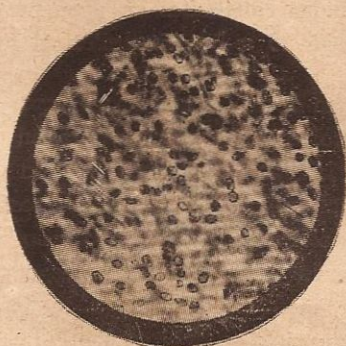


Figura 8.—Tejido granulomatoso de ganglio de Hodgkin.
10 x 40 (Zeiss).

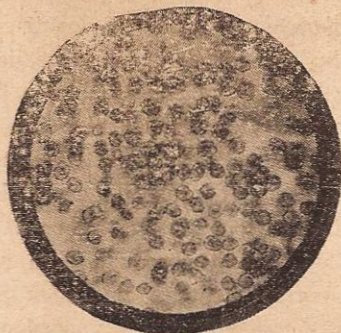


Figura 9.—Células linfoides de ganglio normal. 15 x 40 (Zeiss).

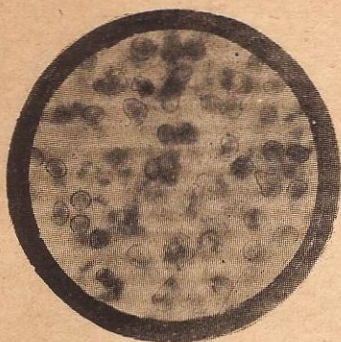


Figura 10.—Ganglio de Hodgkin: En el centro, una célula de Sternberg; y células epitelioides en diversos estados de evolución. Sistema 15 x 90 (inmersión al aceite) Zeiss.

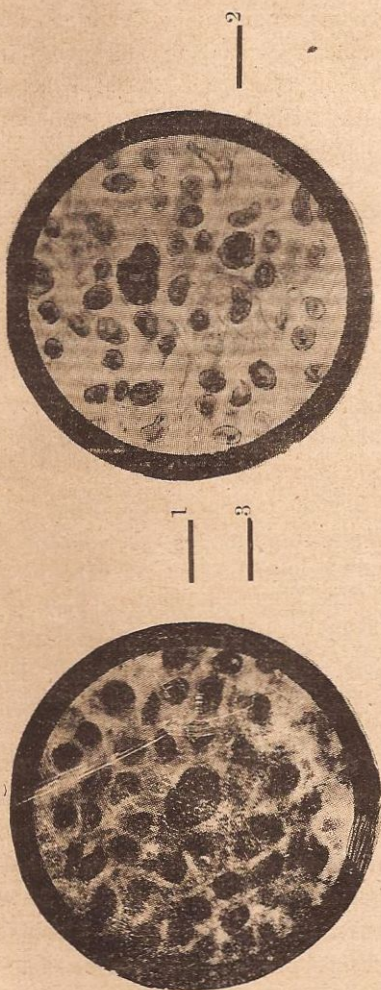
La hipertrofia de la cápsula fibrosa aparece muy neta en los cortes (microfotografía 6), y faltan las trabéculas que emite hacia la región medular y que tan visible resulta en el ganglio normal en la figura 5; todo el estroma conjuntivo ha sufrido una alteración total: exagerado en la membrana ganglionar, hase enrarecido en las zonas cortical y medular, transformándose en fibras delgadas y en finos hacecillos colágenos, muy aparentes en azul en los cortes tratados por el Tricrómico de Ramón y Cajal, y que resaltan todavía mejor en los teñidos por la Hematoxilina Fosfo-túngstica de Mallory.

El tejido adenoideo o citógeno, legítimo de los ganglios normales, ha sido reemplazado por otro "donde parece que todos los tejidos de granulación se hubiesen dado cita", como dice P. Masson; aparte de escasos linfocitos, frecuentes polinucleares, algunos eosinófilos y varios plasmocitos, los leucoblastos de Loevit (figura 9) especialmente, se han convertido en el ganglio que se estudia en células endoteliales de tipo epiteliode, constituyendo la gran mayoría del tejido neoformado, desarrollándose sin orden alguno, borrando la distinción entre folículos, senos y cordones, y adquirien-

do buen número de ellas un volumen enorme y un núcleo monstruoso que a veces se sorprende bi o tri-partido, como en las figs. 13 y 16, siendo entonces el elemento patognomónico del Ganglio de Hodgkin: la **Célula de Sternberg**, cuyo protoplasma resulta generalmente más pálido que el de las células epitelioides, siendo acidófilo hacia el centro y ligeramente basófilo hacia los bordes. El núcleo de estas Células de Sternberg aparece muy característico por lo irregular de su armazón de cromatina que presenta finos retículos y condensaciones dispares, encontrándose las mayores pegadas a la membrana nuclear. Muchas de estas células se encuentran en estado kariokinético, atípico especialmente por lo desigual de los cromosomas.

Derivan las células de Sternberg de las células endoteliales para algunos autores, de las células conjuntivas para otros y Masson les atribuye también un origen plasmocitario. Su aspecto, muy claro en los dibujos a la Cámara Lúcida de las figs. 13 y 16 y en las microfotografías 11, 12, 14 y 15, ha servido de argumento a los partidarios de la teoría neoplásica de la Linfogranulomatosis, pero su génesis misma, bien estudiada y discutida por Masson, más el hecho de tener la facultad de fagocitar restos celulares, les asigna el papel de verdaderos macrófagos, específicos del Hodgkin y confirman su procedencia inflamatoria.

Al rededor de este elemento típico se agrupan las células epitelioides en todos los estados de su evolución kariokinética, sorprendiendo algunas en la bella fase de estrellas madres como en las microfotografías 12 y 15, habiendo servido la última para el dibujo de la Figura 13. Se advierten también en los cortes, los Plasmocitos de Unna, caracterizados especialmente por su protoplasma más basófilo que el de los elementos circundantes; hacia la zona capsular fué posible caracterizar, a favor de la coloración por Hemateína-Eosina, algunos eosinófilos, pero no en el número crecido de que hablan algunos tratadistas.



Figuras 11 y 12.—1. Células de Sternberg.

3. Células Epitelioides.

2. Estrella madre.

Sistema Óptico 15 x 90 (imm.) Zeiss.



Figura 13.—Dibujo a la Cámara Clara de Abbe, de una preparación al Tricrómico de Ramón y Cajal. Campo de la figura 15.

1. Célula de Sternberg con dos núcleos.
2. Célula Epiteliode.
3. Gran monuclear.
4. Estrella Madre.

Fibrillas conjuntivas en azul.

Sist. ópt. 15 x 90 (inm.) Zeiss.

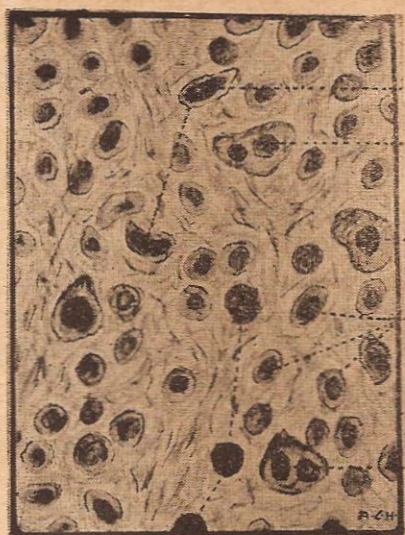
Por todo ello, los caracteres anatomo-patológicos no sólo confirman el diagnóstico clínico, hecho en vida del enfermo por ilustres profesores de nuestra Facultad, sí que también acaban de excluir la posibilidad de una confusión histológica con otras entidades cuyas particularidades conviene repasar someramente:

Tuberculosis.—Presencia del folículo tuberculoso típico; células gigantes plurinucleadas en corona; por fuera de la capa de células epitelioides se encuentra tejido linfoide intacto, separado de aquélla, frecuentemente, por tejido conjuntivo más o menos rico, y tanto mayor cuanto lo fuere el proceso de esclerosis; otras veces, caseificación y supuración. Lesiones en otros órganos.

Linfadenoma. (Linfoblastoma, Linfoma, Linfocitoma).—Alteración también completa de la arquitectura ganglionar.—



Figuras 14 y 15.—En el centro de ambas microfotografías se advierten grandes Células de Sternberg, y en la Fig. 15, una estrella madre; fotografiado este campo, se montó la Cámara Lúcida y se hizo el dibujo de la Fig. 13. Sist. 15 x 90 (inm.) Zeiss.



Plasmocitos.

Cel. Sternberg.

Cel. Epitelioides.

Cel. Sternberg.

Grandes mononucleares

Figura 16.

Parenquima transformado en tejido reticular homogéneo, con desaparición de los folículos, los centros germinativos (Keimcentren) y hasta las vías linfáticas (diferencia con las Adenitis crónicas, tuberculosas o de otro ofigen).—El retículo contiene los vasos como en el ganglio normal; las células muestran todas las formas de transición entre los linfoblastos y los linfocitos y el tejido conjuntivo en lugar de modificarse, cediendo a la proliferación endotelioide, toma parte muy activa en la neoplasia, espesando y modificando las trabéculas del retículo, angostándose por ende las mallas de su trama.

Variedades: Linfadenomas Leucémico y Aleucémico que sólo el examen hematológico permite diferenciar.

Linfadenoma Metatípico de Bezancon y Labbé: Reticulo variable: fino y sutil, o grueso y formado de fibras conjuntivas voluminosas. Células grandes, ovoides, de protoplasma abundante, núcleo casi siempre enorme y provisto de yemas;

otras se presentan con núcleo múltiple, parecidas a las mieloplaxias; abundan los eosinófilos.

Linfosarcoma.—Aspecto macroscópico: Ganglios convertidos en tumores voluminosos, boselados, desiguales, blandos, rosados, llenos de focos hemorrágicos y de islotes de necrosis. Tendencia infiltrante, destructiva, perfora con rapidez la cápsula del ganglio, invade las estructuras vecinas y ulcera la piel; deja advertir, junto al tejido de neoformación, restos ganglionares típicos. Metástasis frecuentes al resto del aparato linfático y a las vísceras, no siendo raro que entre el tumor primitivo y las metastasis se encuentren ganglios indemnes (propagación por vía sanguínea). Invasión muy rápida de las paredes venosas.

Caracteres histológicos: Estroma reticulado con células en sus mallas.

Formas del Estroma: 1) Fibrillas finas, anastomosadas en redecilla, con células nucleadas en los puntos nodales, que rodean los capilares.

2) Trabéculas más voluminosas compuestas de gruesos haces conjuntivos.

3) Redecilla incompleta formada por tejido conjuntivo mal desarrollado, como suele ocurrir en la trama del sarcoma.

Células.—Como el retículo, también variables y polimorfos: 1) redondeadas o poligonales, más gruesas que un linfocito y parecidas a las del sarcoma de grandes células redondas; 2) células de núcleo vegetante como el de las mieloplaxias, y 3) células fusiformes.

En ninguno de los esquemas histológicos anteriores cuadran las comprobaciones hechas en los cortes.

9) **Examen del líquido negruzco de la herida operatoria.** (D. del L. No. 286).—Entre lámina y laminilla con lactofenol: fragmentos y agrupaciones de hematíes, deformados, que dan la impresión de cilindros urinarios granulados. Frottis: polimicrobismo con predominio de estafilococos.

10) **Secreción sero-sanguinolenta de la masa retro y submaxilar.** (D. del Lab. No. 287).—Estas masas, como se dijo

en la observación clínica, fueron siempre las más afectadas por los brotes de peri-adenitis y llegaron a formar un sólo y grande bloque que inmovilizó al fin la cabeza del enfermo; acaso influyeran en ello infecciones ligeras de punto de partida bucal, y también la acción mecánica de compresiones constantes por ser masas laterales muy salientes; sin formación de absceso, infiltrándose cada vez más, se abrió la piel casi por desgaste; el microscopio reveló también polimicrobismo con predominio de cocos de 3 tamaños distintos, y, bastante alteradas por la fijación de la llama, células de la piel, de tejido conjuntivo, polinucleares y hematíes.

IV

Resumen.

1).—Se ha estudiado un caso de enfermedad de Hodgkin-Sternberg de forma generalizada y marcha rápida, con sus elementos clínicos primordiales: Linfadenia, Fiebre, Síndroma Hematológico y Prurito (aunque sólo ocasional y tolerable).

2).—Para evitar la gangrena fué preciso extirpar una masa ganglionar que comprimía la arteria femoral izquierda.

3).—Los cultivos pacticados con fragmentos del ganglio extirpado, dieron un germen cuyos caracteres corresponden al descrito por Bunting y Yates en 1913 con el nombre de *Corynebactérium Hodgkini*.

4).—Por falta de medios y de preparación bacteriológica suficiente, no se estudió este bacilo conforme a las normas prescritas para estas investigaciones (Asociación de Bacteriólogos Norteamericanos).

5).—Las inoculaciones a 2 conejos fueron negativas.

6).—Se obtuvo un injerto positivo cuyo estudio histológico no pudo practicarse por no haber intervenido en el momento oportuno.

7).—Se estudia la histopatología del ganglio extirpado

y se hace el diagnóstico diferencial de las neoformaciones ganglionares.

8).—Se presentan microfotografías y microdibujos (a la Cámara Lúcida) de los elementos observados.

9).—En el material incluído en parafina que resta, se investigará el *Corynebacterium*, y el resultado, siendo positivo, se estudiará en una nota ulterior.

Para concluir doy las gracias a los distinguidos estudiantes Alfredo Correa H. y Alfonso Jaramillo A. por su importante colaboración en la parte gráfica del presente trabajo.

Señores Académicos.

Alonso Restrepo M.

Medellín. abril de 1930.

INDICE BIBLIOGRAFICO

Dieulafoy.—Pathologie Interne.

Forge.—Précis de Pathologie Externe.

Bégouin, Bourgeois, Duval, etc.—Pathologie Chirurgicale.

Courmont (P.)—Précis de Pathologie Générale.

Warbasse.—Surgical Treatment.

Rose & Carless.—Manual of Surgery.

Ramond (L.)—Conf. de Clinique Médicale.

Jordan.—General Bacteriology.

Buchanan.—Veterinary Bacteriology.

Courmont (J.)—Précis de Bacteriologie.

Besson.—Tchn. Microbiol. et Sérothérapique.

Calmette, Nègre et Boquet.—Techn. de Microbiol. et Sérothérapie.

Mallory and Wright.—Pathological Technique.

Delafeld and Prudden.—Handbook of Path. Anat. and Histology.

- Ramón y Cajal.—Histología Normal.
- Ramón y Cajal.—Anatomía Patológica.
- Bohm, Davidoff & Huber.—Text. book of Histology.
- Sigmund.—Physiological Histology.
- Mac Callum.—Text book of Pathology.
- Masson.—Tuméurs (Diagn. de Laboratoire).
- Sokoloff.—Le Problème du Cancer.
- Herrmann et Morel.—Precis d' Anatomie Pathologique.
- Todd & Sanford.—Clin. Diagn. by Lab. Methods
- Bunting & Yates:
- An Etiologic Study of Hodgkin's Disease, Preliminary Note, Journal of the American Medical Association, Vol. LXI, No. 20, noviembre 15 1913.
- An Etiologic Study of Hodgkin's disease, Second Note, Journ. of A. M. Ass., LXII, No. 7, febrero 14 de 1914.
- Bunting, Yates & Kristjanson.—The Etiology of Splenic Anemia or Banti's Disease, J. of A. M. A., vol. LXIII, No. 25, Dic. 19, 1914.
- Bunting & Yates.—The Rational Treatment of Hodgkin's Disease, J. of A. M. A., vol. LXIV, No. 24, junio 12, 1915.
- Bunting & Yates.—Results of Treatment of Hodgkin's Disease, J. of A. M. A., vol. LXVI, No. 10, marzo 10, 1917.
- Aubertin & Lévy.—La Maladie de Hodgkin ou Lymphogranulomatose Maligne, Journal Médical Français, vol. XVII, No. 1, enero de 1928.
- Louste & Frankel-Lévy.—Les Manifestations Cutanées de la Lymphogranulomatose Maligne, J. Med. Fr. id., id.
- Beaujard.—La Radiothérapie dans la Maladie de Hodgkin, J. M. F., id.
- Sabrazès.—Histogénese et Diagnostic histologique du Lymphosarcome, J. M. F., id., id., id.
- Macropolyadenopathie tuberculeuse pseudo-Lymphadénomateuse, J. M. F., id., id., id.
- Clerc.—Leucemia y Linfadenia.—Le Monde Médicale, Año XXV, No. 710, 1o. de julio de 1925.

Lacorte.—Molestia de Hodgkin e Corynebacterias, Instituto Oswaldo Cruz, Suplemento das Memorias, No. 6, marzo, 1929.

Journal of the American Medical Association, Abstracts of Current Literature, otros números.

Archives of Pathology, varios números.

Annales d' Anatomie Pathologique, id.

La Presse Médicale, id., etc.

ESCUELA DE CIEGOS Y SORDOMUDOS

OBSERVACION No. 5

Dr. J. Yepes Cadavid.

Y, sordomudo. Entró en la Escuela el año de 1925. Edad: 13 años. Padres: L. M. Y. y R. M., ambos de Medellín.

Antecedentes personales.—Nació a los ocho meses y medio de embarazo. Hasta los cinco años fué muy sano, época en que sufrió la gripa de 1918 en cuya convalecencia le sobrevino una complicación meningo-encefálica supurativa (absceso del cerebro) que necesitó una trepanación (Dres. Gil y Quevedo) con abundante eliminación de pus (el foco interesaba el hemisferio derecho y la trepanación fué retro-mastoidiana). En la convalecencia quedó en estado de gatismo, notablemente desnutrido, una hemiplejía flácida de los miembros del lado izquierdo y parálisis de los músculos de la cara del lado de la lesión. Seis meses después de la intervención notaban los familiares una atrofia notable de la pierna y brazo izquierdos, que ha desaparecido actualmente de una manera completa, así como la parálisis de los músculos de la cara en la cual queda sin embargo una notable asimetría por atrofia de la mitad derecha de la mandíbula inferior, originada por la ca-

rencia de la acción muscular en un organismo en pleno desarrollo.

Algunos meses después de la trepanación sobrevino una piohemia que estuvo a punto de hacer un desenlace fatal, pero que al fin cedió, así como una complicación ocular bilateral, probablemente inflamatoria según el relato de la madre.

Hasta los ocho años oía, hablaba bien y parecía inteligente. En la posoperatoria parece que hubo audición durante algún tiempo, pero luego desapareció, quedando como consecuencia mudo hasta el ingreso en la Escuela de Ciegos y Sordomudos, en la cual se ha logrado, mediante la reeducación funcional, restablecer la fonación con progresiva mejoría.

La impotencia funcional de la pierna izquierda fué desapareciendo paulatinamente; pero la del brazo y una constante inclinación de la cabeza hacia adelante, sólo desaparecieron totalmente pocos meses antes de su ingreso en la Escuela.

Antecedentes familiares.—Tuvo cinco hermanos, de los cuales murieron los dos mayores. Es el cuarto en el orden de nacimiento. El padre y la madre viven y son sanos. Los demás antecedentes carecen de importancia.

Estudio médico-pedagógico.—Cuando el alumno Yepes llegó a la Escuela en 1925, no poseía conocimiento alguno en materias escolares y por consiguiente no se encontraba en él un desarrollo mental acorde con la edad.

Estado general.—Talla: 130½ centímetros. Perímetro torácico: 61 centímetros. Goza de buena salud en general y sigue con regularidad y progreso los estudios escolares.

Organos sensoriales.—Visión, tacto y olfato normales.

Audición.—Abolida en el oído derecho; en el izquierdo comienza a oír el sismófono a los ocho centímetros de distancia y por el decáfono distingue bien los sonidos desde el número 4 de la escala. La sordera del oído derecho y la notable disminución de la agudeza auditiva en el izquierdo son de origen central por destrucción de los centros ópticos, cuando la formación del absceso encefálico.

Psiquismo. Atención.—Esta facultad presenta un estado muy pasivo y sólo era cautivada por ejercicios de construcción (Dones de Froebel); rehuía la enseñanza fonética o de vocalización y sólo con gran esfuerzo logró articular una serie de palabras cuya escritura y significación aprendió bastante bien. De 1926 en adelante mostraba esta facultad un desarrollo especial hasta capacitarlo para recibir con provecho todo género de enseñanza en el círculo de los sordomudos.

Memoria.—Esta facultad en un principio muy débil, obedeciendo a su atención elemental, ha mejorado paralelamente a ésta, como lo comprueban los ejercicios que se practican, así como las reproducciones mímicas que hace, ayudado en parte por la vocalización, de los espectáculos (cine, corridas, incendios, etc.)

A este respecto cabe estudiar, para establecer la comparación, dos relaciones hechas, la primera en el año pasado con motivo del incendio de la catedral de Villanueva, y la segunda este mes después de un paseo al túnel de La Quiebra.

El Incendio.

"Antes se quemó una cupulá alta de torre. Un bombero se cayó del techo alto. El incendio es alto muchos bomberos son buenos, tienen bombas en el camión rojo, muchas escaleras largas de madera, se cayó un techo de la catedral Villa nueva. La cupulá se quemó antier por un rayo del cielo. Dios soltó el rayo para quemar la cupulá de la iglesia Villa nueva de la categral es alta buena, la iglesia es buena y tiene una cupulá alta es fina y tiene muchos ladrillos son cuadrados de barro. El incendió es una iglesia muy buena". Nota.—Esta composición fué escrita a mano a instancia del profesor, señor Carlos Vélez; en cambio la siguiente, obtenida por el señor profesor Joaquín Arango, fué escrita, primero a mano y luego transcrita en máquina por el mismo alumno, en copia perfectamente textual del original.

"El Paseo".

"El Viernes nos fuimos a paseo en el tren todos los ciegos y sordomudos a pasar en el tren y los metimos en el tunel y llegamos al Limón. Los ciegos tocaron en el tren y los sordomudos no tocaron nada en el tren. A la venida montamos en el tren y en el tunel de la Quiebra. El tunel está muy largo para montar en el tren. Y avia muchos micos son bravos para morder a los niños. A Leonardo Carvajal se lo robó el reloj un ladrón en el camión".—C.

Nota.—Hemos querido conservar la redacción y ortografía originales.

Inteligencia.—A juzgar por los ejercicios de geografía local y aritmética, así como por los trabajos manuales que ejecuta en esterado y encuadernación, puede decirse que dicha facultad, en este sordomudo, cumple sus funciones con relativa eficiencia.

Voluntad.—Si apreciamos en este alumno el esfuerzo voluntario por su constancia y tenacidad, por la asidua puntualidad y consagración al estudio, no obstante los inconvenientes de su salud, la pobreza de sus padres y la enorme distancia que recorre para venir a la Escuela, tenemos que considerar esta facultad como firme y bien cultivada.

Sentido moral.—Aprecia claramente el bien y el mal; es muy delicado en sus relaciones con los superiores y compañeros. Es un elemento muy activo de la Escuela y vive muy contento en ella.

En resumen: la historia de Carlos Yepes es un ejemplo claro de la capacidad que posee el sistema nervioso de restaurarse y rehabilitarse **funcionalmente** aun en caso de lesiones destructivas, siempre que no hayan sido muy extensas ni afectado centros incapaces de suplencia. En el caso presente la sordera y la afonía consecutivas al absceso encefálico son indudablemente de origen central por destrucción de las localizaciones y vías ópticas y motoras. Ayudado eficazmente este proceso por las excitaciones acústicas y la re-

educación funcional, racionalmente dirigida en la Escuela, ha logrado este alumno recuperar una fonación visiblemente progresiva y comunicarse perfectamente con sus semejantes por la escritura. El estudio atento de este niño da derecho a esperar un restablecimiento casi completo del lenguaje articulado.

Medellín, 20 de septiembre de 1929.

El Director, **Francisco Luis Hernández**.—El Médico interino, **Jesús Yepes Cadavid**.—El maestro colaborador, **Joaquín Arango R.**

LEY 35 de 1929

(noviembre 22)

por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de medicina en Colombia.

El Congreso de Colombia

Decreta:

Art. 1o. Desde la sanción de la presente Ley solamente podrán ejercer la profesión de médico y cirujano los individuos que hubieren obtenido el respectivo título de idoneidad de algunas de las Facultades de Medicina oficialmente reconocidas, salvo las circunstancias que adelante se expresan:

Parágrafo 1o. Es entendido que la facultad de ejercer que consagra este artículo comprende tanto a los nacionales como a los extranjeros que obtuvieron su diploma de doctorado en medicina en las Facultades del país.

Parágrafo 2o. Pueden igualmente ejercer la profesión los

estudiantes de medicina que hayan cursado totalmente las materias de enseñanza de las Facultades médicas nacionales que hubieran sido aprobados en todos los cursos reglamentarios, y a quienes faltare única y exclusivamente la presentación de los exámenes preparatorios y el examen de grado.

Para los individuos incluídos en este párrafo, la facultad de ejercer durará hasta por dos años, a partir del día en que se llenaren los requisitos que se establecen, e igual tiempo se conceden, desde la vigencia de esta ley, para aquellos estudiantes cuyos estudios fueron hechos hace dos o más años; pasado ese tiempo perderán la facultad de ejercer la profesión en el territorio nacional. Estos individuos obtendrán el derecho a ejercer, mediante la presentación, ante la Junta Central que se crea por el artículo 80. de la presente Ley, de un certificado del Secretario de la Facultad respectiva, en el cual constará que el peticionario ha cursado todas las materias de enseñanza, y que únicamente le falta presentar los preparatorios y obtener el diploma que lo acredita médico y cirujano.

Parágrafo 3o. Los colombianos que hayan hecho sus estudios médicoquirúrgicos en Facultades extranjeras y que no hubieren obtenido el diploma correspondiente, sino el título de licenciado u otro análogo, quedarán en las mismas condiciones que los estudiantes de medicina a que se refiere el párrafo anterior.

Art. 2o. Para los efectos legales se entiende por ejercicio de la medicina: dignosticar, instituir tratamientos, prescribir drogas o verificar operaciones quirúrgicas para cualquier enfermedad, dolor, daño, accidente o deformidad física; y se reputa como médico el individuo que ejerza profesionalmente cualquiera de tales actos, siempre que posea el título que le acredite su idoneidad.

Art. 3o. Podrán ejercer igualmente los colombianos que obtuvieren diploma de médico en Facultades extranjeras de reconocida competencia, a juicio de la Academia Nacional de Medicina, siempre que comprueben ante la Junta General

o Nacional que se crea por medio del artículo 8o. de la presente Ley, su identidad personal, la autenticidad del diploma, y que éste lleva la legalización del Ministro Diplomático, o en defecto de éste, del Cónsul General que la República tenga acreditado en la ciudad donde se expidió el diploma correspondiente.

Art. 4o. Pueden ejercer también en el territorio de Colombia los médicos extranjeros que a ello tuvieran derecho en virtud de tratados o convenios internacionales, ciñéndose lo estatuido en los correspondientes pactos, y que comprueben debidamente su identidad personal y la de su diploma de médico y cirujano.

Art. 5o. Pueden igualmente ejercer la medicina en Colombia los médicos extranjeros graduados en Facultades extranjeras, siempre que presenten en la capital de la República, ante la Junta General de títulos médicos que crea la presente Ley, un examen, en idioma español, compuesto de las siguientes pruebas:

1o. Teórica: desarrollar por escrito, durante una hora, cada uno de los cuatro temas sacados a la suerte entre nueve, propuestos por el Jurado Examinador, sobre Patología médica o quirúrgica, y Terapéutica médica o quirúrgica.

2o. Práctica: ejercicio de anfiteatro, de una hora de duración, sobre Anatomía topográfica y Medicina operataria.

3o. Práctica: ejercicio de laboratorio en sus aplicaciones a la clínica.

4o. Práctica: examen en un hospital, de hora y media de duración, sobre Clínica médica, Clínica quirúrgica y Clínica obstetrical; y

5o. Práctica: examen en un hospital, de una hora de duración, sobre dos clínicas de especialidades, escogidas por el candidato entre las siguientes: Clínica dermatológica y sifiligráfica; Clínica de órganos de los sentidos; Clínica de las vías urinarias; Clínica ginecológica; Clínica de enfermedades mentales y nerviosas; Clínica de enfermedades tropica-

les; Clínica médica infantil, y Clínica quirúrgica infantil y ortopedia.

Art. 6o. El candidato que se presentare al examen de que habla el artículo anterior, consignará previamente, en la Tesorería de la Facultad de Medicina de Bogotá, la cantidad de quinientos pesos (\$ 500), suma que se distribuirá por partes iguales entre los examinadores que intervinieren, la Facultad de Medicina y el Hospital de San Juan de Dios, en donde se practicará el examen.

Art. 7o. Los individuos que en la fecha de la promulgación de la presente Ley no estuvieren incluídos en alguno de los artículos anteriores y que estén en uso de la licencia para ejercer la medicina, obtenida de acuerdo con las Leyes 83 de 1914, 67 de 1920 y 85 de 1922, continuarán en el goce de este derecho, siempre que en el curso de los noventa días siguientes presenten, para su revalidación, la licencia correspondiente, en los Departamentos ante una Junta compuesta por el Gobernador del Departamento, el Director Departamental de Higiene, el Director de Educación Pública y un médico nombrado por la Academia Nacional de Medicina; y en las Intendencias y Comisarías ante una Junta compuesta por el respectivo Intendente o Comisario Especial, el médico de Sanidad, el Inspector Escolar de la Intendencia o Comisaría y un médico nombrado por la Academia Nacional de Medicina.

Parágrafo. Los individuos que obtengan, conforme al artículo anterior, la revalida de sus licencias, podrán ejercer la medicina, pero no la cirugía, únicamente en los lugares en donde no ejerza médico diplomado. Establecido con carácter definitivo un médico graduado cesa la licencia del individuo o los individuos que en estas condiciones estén ejerciendo en aquel lugar.

Parágrafo. La revalida de cada una de las licencias de que habla el artículo anterior, causará un derecho de cien pesos (\$ 100), suma que será destinada a los lazaretos del país.

Art. 8o. Para los efectos de esta Ley créase en Bogotá una Junta General de Títulos Médicos, dependiente del Ministerio de Educación Nacional, compuesta de seis profesores de la Facultad de Medicina de Bogotá, designados así: uno por el Ministerio de Educación Nacional; uno por la Academia Nacional de Medicina; uno por el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina de Bogotá; uno por la Dirección Nacional de Higiene; uno por la Dirección de Educación Pública de Cundinamarca, y el último por la Dirección Departamental de Higiene. Será Presidente de esta Junta el señor Ministro de Educación Nacional, y Secretario el Secretario de la Facultad de Medicina de Bogotá; en las capitales de Departamento, Juntas Seccionales de Títulos Médicos, compuestas por el Gobernador del Departamento, el Director Departamental de Higiene, el Director de Educación Pública Departamental y un médico nombrado por la Academia Nacional de Medicina, y en las capitales de Intendencias y Comisarias Juntas Seccionales compuestas del respectivo Intendente o Comisario Especial, el Médico de Sanidad, el Inspector Escolar de la Intendencia o Comisaría y un médico nombrado por la Academia Nacional de Medicina. Será Presidente de las Juntas Seccionales el Gobernador, Intendente o Comisario, y Secretario el Director Departamental de Educación Pública o el Inspector Escolar correspondiente.

Art. 9o. Los individuos que hayan obtenido diploma del Instituto Homeopático de Colombia, y los que, aun cuando carezcan de diploma, hayan ejercido la medicina por el sistema homeopático durante cinco años, podrán continuar ejerciéndola.

Parágrafo. También podrán ejercer la profesión de homeópatas los individuos que en lo sucesivo obtengan diploma del Instituto Homeopático de Colombia, pero este plantel no podrá conferir títulos de idoneidad sino a personas que comprueben haber cursado previamente en la Facultad de Medicina el primer año de estudios y las asignaturas de Anatomía, Fisiología y las tres patologías.

Art. 10. El Instituto Homeópático de Colombia queda en la obligación de someter sus estatutos a la aprobación del Ministerio de Educación Nacional.

Art. 11. Facúltase al Gobierno Nacional para que en el decreto orgánico de la presente Ley reglamente el ejercicio de las profesiones de odontólogos, veterinarios, homeópatas, farmacéuticos, comadronas y enfermeros, procurando que el espíritu de la reglamentación guarde armonía con la que al ejercicio de la medicina se da por la presente Ley.

Art. 12. Quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Ley, con autorización suprema y con carácter de entidades autónomas, el Gobierno Nacional, asesorado de la Junta General de Títulos Médicos, y como autoridades inmediatas las Juntas Seccionales de los Departamentos, Intendencias y Comisarias. Estas entidades podrán exigir apoyo de los Prefectos, Alcaldes, Corregidores, funcionarios administrativos y de policía de los respectivos territorios para el cumplimiento de las disposiciones de esta Ley, y podrán imponer multas de diez pesos (\$ 10) a cien pesos (\$ 100) por las infracciones y desobediencias en que incurrieren las citadas autoridades, multas que hará efectivas el superior inmediato en el orden administrativo del empleado renuente, y que ingresarán a la Administración de Hacienda Nacional del lugar en donde se impusiere la multa.

Art. 13. En las poblaciones en donde no hubiere médico graduado ni un individuo autorizado por la presente Ley para ejercer la medicina, la Junta Central señalará las reglas mediante las cuales se les podrá permitir el ejercicio de la medicina, no de la cirugía, a otros individuos que acrediten tener la honorabilidad y conocimientos necesarios para ello. Este permiso cesará tan pronto como se establezca en esas poblaciones un médico diplomado.

Art. 14. Desde la promulgación de esta Ley no podrán usar el título de doctor, en lo relacionado con medicina y cirugía, sino aquellos profesionales que tengan su respectivo diploma, expedido por una Facultad nacional o extranjera,

refrendado por el Ministerio de Educación Nacional y aprobado por la Junta General de Títulos Médicos.

Parágrafo. La contravención a este artículo será castigada con una multa de cien pesos (\$ 100) por cada infracción.

Art. 15. No serán admisibles en Colombia los títulos médicos obtenidos por correspondencia.

Art. 16. Es obligatorio para el Presidente de la Junta Nacional de Títulos Médicos remitir al Ministerio de Educación Nacional la copia de las actas del examen y del permiso para ejercer la profesión cuando lo otorgare. A su turno el Ministerio dará cuenta a las Juntas Seccionales de la comunicación recibida de la Junta Nacional.

Art. 17. El Director de Higiene publicará cada seis meses la lista de los individuos diplomados o licenciados que puedan ejercer en su respectivo Departamento.

Art. 18. La Junta Nacional y las Juntas Seccionales creadas por esta Ley, quedan obligadas a revisar los diplomas de los médicos de cada Departamento dentro de los seis meses siguientes a su promulgación. Como resultado de su revisión darán cuenta a los Alcaldes de cada Municipio del nombre de los médicos que puedan ejercer en el Departamento. Los Alcaldes fijarán en lugar visible la lista remitida por las Juntas. Lo mismo harán tanto las Juntas como los Alcaldes con los nombres de los individuos cuyas licencias hayan sido revalidadas.

Art. 19. El Ministerio de Educación Nacional publicará anualmente una nómina de todos los médicos, dentistas, optómetras, veterinarios, farmacéuticos, parteras, debidamente autorizados para ejercer, y la remitirá a todas las autoridades.

Art. 20. Las personas que ejerzan la medicina o sus auxiliares sin llenar los requisitos exigidos por la Ley, serán castigadas con multa de cien a doscientos pesos, por la primera vez, y el doble en caso de reincidencia.

Estas multas, que se destinarán para los lazaretos del

país, serán impuestas por los Directores Departamentales de Higiene, y no serán apelables sino ante la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública.

Art. 21. Todo médico que dé medicamentos a un enfermo tiene la obligación de entregarle la respectiva receta o fórmula escrita, siendo prohibido expedir fórmulas en clave o en idioma extranjero.

Art. 22. Todo médico deberá fijar en su consultorio, en lugar visible, una tarifa de servicios en que conste el valor de una consulta y el de una visita dentro del área urbana de la ciudad en donde ejerza la medicina.

Art. 23. Los individuos que hubieren obtenido permiso para el ejercicio de la medicina con arreglo al parágrafo único del artículo 66 de la Ley 83 de 1914, seeguirán en uso de este derecho, el cual respetarán y harán respetar las autoridades.

Art. 24. Quedan derogadas las Leyes 83 de 1914, 67 de 1920, 85 de 1822, el Decreto ejecutivo número 592 de 1905, reglamentario de la Ley 12 de 1905 y todas las disposiciones contrarias a la presente.

Dada en Bogotá, a quince de noviembre de mil novecientos veintinueve.

El Presidente del Senado, **Carlos Jaramillo Isaza**.—El Presidente de la Cámara de Representantes, **Pedro Martín Quiñones**.—El Secretario del Senado, **Antonio Orduz Espinosa**.—El Secretario de la Cámara de Representantes, **Fernando Restrepo Briceño**.

Poder Ejecutivo.—Bogotá, noviembre 22 de 1929.

Publíquese y ejecútese.

MIGUEL ABADIA MENDEZ

El Ministro de Educación Nacional,

J. Vicente Huertas

VARIA

Oficio número 203.—República de Colombia.—Departamento de Antioquia.—Secretaría de gobierno.—Medellín, 31 de mayo de 1930.

Señores doctor Gil J. Gil y doctor Juan B. Londoño.—Presentes.

Con gusto aviso a ustedes que se han dado a la imprenta oficial las órdenes necesarias para que allí se dé principio en el mes de julio próximo a la publicación de los anales de la academia de medicina, de la cual serán ustedes redactores.

Dejo contestada así la atenta nota de ustedes, fechada el 26 de los corrientes.

Dios guarde a ustedes.

Miguel Moreno J.,
Secretario de gobierno.

CIRCULAR

para todos los médicos del Departamento.

Estimado colega y amigo:

Se propone la Academia de Medicina de Medellín, con el apoyo del gobierno departamental, publicar otra vez los ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA, en forma de revista médica, como se publicó en otro tiempo, contando con los escritos de sus socios activos o de número y los de los correspondientes, así como con los que los demás médicos del departamento o de la nación tengan a bien enviarle.

En sesión de fecha 20 de los corrientes fuimos los suscritos nombrados redactores de los ANALES, y con ese ca-

rácter nos dirigimos a usted pidiéndole su colaboración, la que usted puede enviar al Secretario de la Academia o a cualquiera de nosotros.

Tome de los datos de su cartera o cuaderno de apuntes los que en su concepto merezcan la publicidad. Por ejemplo: operaciones quirúrgicas, los datos referentes a las endemias y epidemias que le hayan dado a usted más ocupación y los tratamientos que mejor resultado le hayan dado, los relativos a la calidad y cantidad de aguas potables de uso en la población y sus alrededores, lo que usted tenga observado en relación con los desmontes y los cultivos y su influencia en las endemias, particularmente el paludismo, las disenterias, la uncinariosis, verminosis y las bubas.

Agradecemos de un modo especial nos transmita lo que usted sepa referente a las aguas minerales que haya en ese municipio y sobre alguna planta medicinal conocida o desconocida en la terapéutica.

Somos de usted amigos y colegas,

Gil J. Gil y J. B. Londoño

DIRECCION DEPARTAMENTAL DE HIGIENE Y
ASISTENCIA PUBLICA

Lista de los Médicos graduados que ejercen la profesión en
el Municipio de Medellín.

Arango Pérez Tulio
Arango Pérez Luis E.
Arango Ferrer Dionisio
Arango Ferrer Javier
Arango Mejía Manuel S.
Arango Tamayo Ernesto
Arroyave y Roldán Eliseo
Bernal Moreno Izime

Castro Alfonso
Cadavid Francisco Luis
Castrillón Teodoro
Calle Miguel M.
Duque Jesús María
Echeverri Duque Jacinto
Echeverri Duque Martiniano
Escobar Eduardo
Fernández Quevedo Carlos
Gaviria O. Juvenal
Gaviria Roberto
Garcés M. Valentín
Gil J. Gil
Giraldo Antonio Mauro
Giraldo Duque Bernardo
Gómez Arango Alberto
González U. Nicanor
González José Vicente
González Luis E.
González J. Antonio J.
Garcés M. Guillermo
Henaó Mejía Braulio
Henaó Emiliano
Hincapié Garcés Leopoldo
Isaza Llano Eduardo
Isaza R. Miguel
Jiménez Nepomuceno
Jaramillo Emilio
Jaramillo Arango Alberto
Jaramillo Salvador
Londoño Juan B.
López L. Luis
Mejía Braulio
Mejía Cipriano
Mejía Uribe Rafael
Martínez Luis

Mesa Antonio
Mesa y Villa Luis
Montoya Flórez Juan B.
Mora V. Rafael
Moreno R. Juan B.
Noreña Martín E.
Ortiz V. Julio
Pérez Gonzalo
Pérez David
Pérez Juan Bautista
Palacio Arango Alfonso
Piedrahita Agustín
Posada Miguel
Posada Hernán
Quevedo Emilio
Rodríguez Ernesto
Robledo Emilio
Rincón Jorge T.
Rivera López Rafael
Restrepo M. Alonso
Restrepo I. Luciano
Restrepo A. Julio
Saldarriaga Juan
Sierra José Antonio
Tobón Uribe Eduardo
Tobón Uribe José Ma.
Toro Villa Gabriel
Uribe Francisco A.
Uribe E. Gustavo
Uribe Williamson Juan
Uribe C. Lázaro
Vasco G. Eduardo
Velásquez David
Velásquez Mejía Eliseo
Villegas Rafael
Yepes C. Jesús

Zuluaga Baudilio
Bernal Francisco
Uribe Misas Gabriel
Bustamante Carlos
Arango Restrepo Alberto
Gómez G. Bernardo
Villa H. Abel

37

Lista de los Médicos que ejercen en los demás Municipios
del Departamento de Antioquia.

Abejorral.—Federico Gutiérrez (oficial), Jesús Ma. Espinosa, Baltasar Valencia, Juan de J. Peláez.

Amagá.—José V. Cadavid (oficial), Bernardo Ferrer.

Amalfi.—Alberto Upegui (oficial).

Andes.—Antonio Osorio (oficial), Silvestre Serna, Rafael Arango R., Victoriano Toro Echeverri, Francisco Aramburo.

Angelópolis.—Efraím Mejía.

Angostura.—Laurentino Muñoz (oficial).

Antioquia.—Guillermo Isaza M. (oficial), José R. Sepúlveda.

Armenia.—Jesús Ruiz

Barbosa.—Carlos Luis Sierra (oficial), Jesús Arango.

Betulia.—Ernesto Molina (oficial).

Bolívar.—Tulio Restrepo (oficial), José Ma. Uribe, Carlos Bueno.

Buriticá.—Gustavo Fernández (Médico de zona).

Caldas.—Tulio Castrillón.

Cañasgordas.—Luis E. Naranjo (oficial), Miguel Posada.

Caramanta.—Francisco Montoya Kennedy.

Carolina.—Pedro Nel González (oficial).

Cisneros.—Tulio Vásquez (oficial), Wenceslao Villa,

Don Matías.—José I. Giraldo.

Ebéjico.—Francisco Duque.

Envigado.—Luis E. Uribe (oficial), Francisco Restrepo, Manuel Restrepo.

Fredonia.—Rafael Barrientos C. (oficial), Carlos Uribe, Marco A. Barrientos, Enrique Correa.

Frontino.—Juan B. Martínez, Florencio Alvarez, Bernardo González V.

Girardota.—Gregorio Gómez Henao (oficial).

Heliconia.—Jorge Sáenz (oficial).

Ituango.—Avelino Molina (oficial).

Jardín.—Octavio Restrepo (oficial).

Jericó.—Joaquín Aristizábal (oficial), Luis E. Vásquez, Federico Gómez, José D. Gómez.

La Ceja.—Jesús Vieira.

Marinilla.—Jesús A. Giraldo, Mauricio Ramírez, Felipe Ramírez Urrea.

Pavarandocito.—Andrés Sanín Llano (Médico de zona).

Pueblorrico.—Jesús Ma. Correa (oficial), Eugenio Villa.

Puerto Berrío.—Antonio J. Ospina (oficial), Efraím Gómez.

Rionegro.—Jaime Orozco (oficial), José J. de la Roche, Arturo Orozco.

Salgar.—Francisco Navarro (oficial), Alfonso Orozco.

San Carlos.—Justiniano Turizo (Médico de zona).

San Roque.—Alejandro Gómez (oficial).

Santa Rosa.—Rodrigo Correa (oficial), Gregorio Gómez Q., Adán Rendón.

Santa Bárbara.—Cenón Tobón U. (oficial), Rafael Uribe Ochoa.

Santo Domingo.—Bernardo López (oficial).

Santuario.—Sigifredo Gómez (oficial).

Segovia.—Alfonso Cárdenas (oficial), Antonio Giraldo D. (Médico de la Salada).

Sonsón.—Bernardo Correa (oficial), Germán Giraldo, Marco A. Botero, Mario Betancur, Joaquín Restrepo.

Sopetrán.—Abundio Posada (oficial), Luis Zapata G.

Támesis.—Joaquín Vélez Toro (oficial), Ernesto Uribe.

Titiribí.—Julio Quintero (oficial), Pedro L. Velásquez.

Turbo.—Rafael Hamburger (regional).

Urrao.—Julio Uribe (oficial), Emiro Trujillo, Emilio Restrepo.

Valdivia.—Juan B. Isaza M. (regional).

Valparaíso.—Francisco J. Ochoa (oficial), Manuel Escobar.

Venecia.—Apolinar Estrada (oficial).

Yarumal.—Gabriel Mejía (oficial), Salvador Rivera, Carlos Zuluaga.

Yolombó.—José Marcos Duque (oficial).

Zaragoza.—Campo Elías Mesa (regional), Arturo Posada (Médico de Pato).

Abel Sánchez (Médico de Antadó), Julio Ceballos, Francisco Pérez Parra (escolares ambulantes).

3 de junio de 1930.

Alfredo Mejía O., Secretario.
