

# ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

## CONTENIDO:

	Págs.
J. B. Montoya y Flórez.—La gastrectomía de Moyn- dian .....	645
Proyecto de estatutos del sindicato médico del De- partamento de Antioquia.....	651
Juan B. Londoño.—Tifoideas en Medellín.....	662
Fco. Luis Cadavid D.—La asistencia pública en re- lación con el Hospital de San Juan de Dios....	667
Alonso Restrepo.—Contribución al estudio de la "Oxaluria". Su importancia médico-quirúrgica...	670
Concurso promovido por la Sociedad médico-quirúr- gica del Guayas para celebrar sus bodas de plata sociales .....	695
Sífilis.....	697

—

Los redactores de la revista no aprueban ni desaprueban las opiniones emitidas en los artículos publicados; tales opiniones deben considerarse como propias de sus autores.

—000—

## CONDICIONES:

La Agencia de los "Anales de la Academia", para todo lo relativo a suscripciones y canjes, está a cargo del Secretario de la Academia.

Número suelto, veinte centavos..... (\$ 0.20).  
Suscripción a seis números, un peso. (\$ 1.00).

La correspondencia y los canjes deben dirigirse así:

Sr. Dr. Cipriano Mejía M., Secretario de la Academia de Medicina de Medellín.—República de Colombia. — Sur América. — Palacé, No. 242.

—

El pago de las suscripciones debe ser anticipado.

REP. DE COLOMBIA

DEPTO. DE ANTIOQUIA



# ANALES

DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

«O»

— SEGUNDA EPOCA —

«O»

REDACTORES:

Alfonso Castro  
Alonso Restrepo  
Cipriano Mejía, Srio.

Año I

Medellín, diciembre de 1932.

Nº 16

## TRABAJOS

Presentados en las sesiones de la primera Semana Médica de Medellín,

de 9 al 16 de agosto de 1932,

con motivo de la Exposición Nacional.

PRIMERA PARTE

### LA GASTRECTOMIA DE MOYNIHAN

Por el doctor J. B. Montoya y Flórez.

Como la técnica de la gastrectomía se ha ido perfeccionando desde los procedimientos primitivos de Pean y Billroth, me ha parecido interesante hacer conocer aquí y tratar de vulgarizar el relativamente nuevo de Moynihan, que los libros franceses (casi los únicos que se leen entre nosotros) no describen, inclusive la *Pratique Chirurgicale* de V. Pauchet, singularidad inexplicable, dado lo progresista y entusiasta de este cirujano por la cirugía gástrica.

La descripción de dicho procedimiento apareció en la 4a. edición de su libro "*Abdominal Operations*" de 1926.

En resumen, su última operación es como sigue. Se abre el abdomen pulgada y media a la derecha de la línea media, la aponeurosis anterior se coge con dos pinzas y se retrae al centro, con los dedos se echa hacia fuera el músculo recto, incisión de la aponeurosis posterior exactamente detrás de la incisión anterior. Se examina cuidadosamente el estómago y duodeno, con un dedo pasado por el epiplón gastrohepático se palpa la cara posterior y se buscan las adherencias posibles al páncreas. Si se resuelve la gastrectomía se saca fuera el estómago y se coloca atrás una gran compresa tetrahúmeda. Este grueso tapón mantiene fuera el estómago y hace las subsiguientes manipulaciones más fáciles.

La primera etapa de la resección es ligar la pilórica. Este, como los demás vasos, se liga en dos puntos, cortando entre las dos ligaduras. No se pierde una onza de sangre del principio al fin. Se pasa un dedo detrás del duodeno, del cual se separan suavemente los vasos y luego se reemplaza éste por unas pinzas o tijeras que se meten de abajo hacia arriba. Con el dedo como guía se colocan dos clamps y se corta el duodeno entre los dos. Se cauterizan los cortes con ácido fénico o al termo si se trata de cáncer. Las arterias gastroduodenal y gastro-epilóica derecha se ligan y dividen. Si hay adherencias pancreáticas se separan suavemente, en caso de cancer puede cortarse una laminita de páncreas y colocar luego una compresa caliente para evitar la hemorragia. Si se desea, puede saturarse el duodeno o mejor dejarlo para más tarde. Se coloca otra gran tetra caliente detrás del estómago. Se pone una doble ligadura en la gastro-epilóica izquierda. Se ve qué ganglios deben extirparse, especialmente los infra-pilóricos. Se vuelve del revés el estómago y se coloca una doble ligadura en la coronaria. Se extirpan cuidadosamente los ganglios, inclusive los del borde superior del páncreas. Libre ya el estómago se envuelve en una gruesa compresa y se echa a la izquierda. Este es el momento de suturar el duodeno, si no se había hecho antes. Una sutura a la manera de W, Mayo, sero-serosa sobre la punta del clamp, se retira éste y se

cierra en bolsa. Todo queda ya listo para extirpar el estómago y hacer la anastomosis con el intestino. Su plan actual es una anastomosis anterior sin asa (**no loop**) entre todo el ancho del estómago y el yeyuno. Se levanta el colon transversal y con el índice derecho se busca el ángulo duodeno-yeyunal y se saca la primera porción del yeyuno, introduciendo de nuevo el colon. El yeyuno se coloca de izquierda a derecha contra el estómago y se le aplica un clamp, protegido con tubos de caucho. Entre el clamp y el ángulo duodeno-yeyunal se deja una distancia de 4 a 5 pulgadas solamente. Se coloca otro clamp sobre el estómago, de manera que al aproximar los dos clamps quede la gran curvatura del estómago contra la porción proximal del yeyuno y la pequeña curvatura frente al cabo distal. Se hace la sutura sero-serosa posterior con catgut fino y se incide el yeyuno a lo largo en la extensión necesaria. La pared posterior del estómago próxima a la sutura también se corta y luego se voltea para facilitar la incisión anterior, pero antes de cortar la mucosa se pone otro clamp para evitar que el contenido infecte el campo. Por último, se corta la mucosa atrás y adelante y se acaba de desprender el estómago. Ahora se hace la sutura total posterior con catgut y con ella se da la vuelta a toda la abertura, es la sutura continua ordinaria, pero en la parte anterior invierte la mucosa. Cuando se complete se pueden colocar unos tres hilos de tracción, si se cree necesario, para tener fuera el estómago al quitar el clamp. Se aflojan los clamps y si algo sangra se liga. Luego se termina por la parte anterior la sutura sero-serosa que se dejó atrás. Ya completa, algunas puntadas separadas pueden colocarse donde se crea conveniente. Esto no es indispensable, pero Moynihan dice que duerme más tranquilo cuando las pone, por lo cual las llama "puntadas hipnóticas". Se revisa el campo operatorio y si nada sangra se saca el gran epilpón, luego se cubre con él las partes cruentas. Si hay necesidad se drena. Se examina la vesícula biliar, el apéndice, los ganglios, etc., si el caso lo permite.

también es bueno, pero que exige de diez a quince minutos más para hacer la yeyuno-yeyunostomía complementaria.

Pero el método que acabo de describir, anterior, sin asa, con el yeyuno dirigido de izquierda a derecha ha probado superabundantemente que es perfecto. Ciertos cirujanos reducen la boca del estómago, cerrando arriba o abajo. El no ve ninguna ventaja en hacer esto. Los resultados inmediatos de esta operación son muy satisfactorios. En los últimos doce años, es decir hasta 1926, la mortalidad para úlcera del estómago fué de 1,5 por ciento y para el cáncer el 9 por ciento. El pronóstico lejano depende de la clase de carcinoma hallado. En el cáncer primitivo *d'emblée* apenas un 10 por ciento de los operados viven cinco años después; mientras que la recidiva es rara en los atacados de carcinoma desarrollado sobre una úlcera crónica y probablemente no menos del 75 por ciento de estos sujetos viven y gozan de buena salud cinco años después.

Tal es la gastrectomía que yo practico desde 1926 con algunas pequeñas variantes de técnica tales como: supresión del clamp del yeyuno; no cauterizo el muñón duodenal; la sutura sero-serosa se hace con hilo de lino fino; cubro el muñón duodenal con epilpón después de colocarlo bajo la cabeza del pancreas, la incisión del abdomen es siempre paracentral, cortando en una sola línea músculo y aponeurosis; hago el desprendimiento colo-epiplóico sistemático, aunque demora un poco más; uso el constrictor de Martel o los de Pauchet.

El operado se hidrata antes y después de la operación con suero glucosado rectal, anestesia raquídea con novocaína y eventualmente con éter. Al día siguiente se coloca al enfermo con el busto un poco elevado. Líquidos durante ocho días. Si el paciente está muy caquético se dejan los hilos de la sutura quince días.

En mi servicio del hospital de San Juan de Dios, de 1926 a hoy, se han hecho 14 gastrectomías para cáncer avanzado; doce de éstas por el método de Moynihan y dos por

el de Polia. En el mismo período se han hecho 8 gastrectomías de Moynihan para úlcera. En 1926 se hicieron ocho. En 1927 tres. En 1928 cinco. En 1929 ninguna. En 1930 una solamente. En 1931 cuatro, y en 1932 hasta hoy solamente una. La irregularidad de distribución de las gastrectomías parece debida a que en ciertos años los enfermos se presenten tan avanzados, que sólo se puede hacer una gastro-yeyunostomía paliativa y en las úlceras, a que en algunos años predominan los enfermos de úlceras duodenales en quienes se hace siempre la gastro-yeyunostomía. En nuestros enfermos el predominio de la úlcera duodenal es tal que en vez de cuatro por una gástrica, parece que hubieran ocho por una, sobre todo después que se recurre a la radiografía.

Los operados de úlcera todos fueron hombres. De los operados de cáncer tres eran mujeres. Sólo hubo una mujer de 26 años con úlcero-cáncer, los demás tenían de 42 a 62 años.

De los cancerosos murieron 3, sea un 21,42%. Pauchet da como letalidad global en los cancerosos sin selección el 20%.

Como anestésico se empleó la raquianestesia con novocaina o escurocaína, a la dosis de 0,10 a 0,15 centigramos, entre la 12a. dorsal y la lumbar en 9 cancerosos, y el éter en 5.

En los ulcerosos, raquídea en 4 y éter en otros cuatro.

La gastrectomía para úlcera del estómago dió una letalidad de 12,5, sea un muerto en los ocho operados. Esta defunción ocurrió por úlcera callosa muy adherente al pancreas y el paciente presentó una esteato-necrosis muy extensa del epiplón y del colon transverso. En uno de los cancerosos también hubo que reseca un pedacito de la cabeza del pancreas y presentó al reoperarlo una esteato-necrosis, que ocasionó la defunción. En otra, ésta fué debida a una peritonitis localizada con mala circulación, tal peritonitis parece debida a una hemorragia lenta por el desprendimiento colo-epiplóico extenso, al modo de Pauchet. La muerte ocurrió al duodécimo

día. De estos cancerosos se hizo la gastrectomía en dos tiempos en 2 enfermos. Esta táctica es defectuosa, porque si se hace la boca muy a la izquierda no funciona bien, y si cerca al antro pilórico la invade el neoplasma, aun cuando se opere a los 15 días. Es preferible hidratar los muy caquéticos ocho o quince días con el gota a gota de Murphi.

Se puede decir que en el mismo lapso de tiempo se han hecho otras tantas operaciones paliativas, en enfermos con extensa propagación al peritoneo, hígado, ganglios preaórticos o a los órganos vecinos. Se ha dejado seguir su curso fatal a otro número no menos considerable de enfermos que no resistían ni la celiotomía exploradora, aun cuando sólo se hace ordinariamente con anestesia local a la novocaina.

De todo esto se deduce que los enfermos de cáncer del estómago que van al hospital son por regla general inoperables o se hallan en el extremo límite de operabilidad y sin embargo como todos están condenados a una muerte próxima y cruel, debe intentarse lo imposible haciendo la gastrectomía por laboriosa y aleatoria que parezca, pues es la única tabla de salvación; pero sí es de justicia que en la estadística del cáncer se inviertan los términos y en vez de contar los muertos se tenga en cuenta los sobrevivientes arrancados a este minotauro implacable. El sentido práctico de nuestro pueblo considera como perdido al que padece un cáncer y mira con simpatía los esfuerzos del cirujano.

Este triste estado de cosas no tiene más remedio que un diagnóstico precoz, examinando los dispépticos sospechosos con los rayos X, que son positivos en el 95 % de casos, mientras que la clínica titubea muchas veces hasta que se presentan signos evidentes, como tumor palpable, estenosis, melena, hematemesis, enflaquecimiento, anemia, etc., y entonces estos casos avanzados son poco interesantes para el cirujano, porque si no son del todo inoperables están en el límite y dan sólo una supervivencia de algunos meses a dos años. Pauchet calcula que, hoy por hoy, sólo hay operables un cáncer sobre cuatro de los que se presenten al cirujano.

Los verdaderos casos interesantes para el cirujano son los incipientes, primitivos o secundarios a una úlcera, sobre todo estos últimos dan una estadística tan brillante como la de las úlceras simples del estómago, con una supervivencia de diez a veinte años, es decir, una verdadera curación, pues de los cinco en adelante puede considerarse como tál. En los primitivos o *d'emblée* el pronóstico es menos favorable y depende de la clase histo-patológica del tumor.

El cáncer más frecuente es el del estómago, y una de sus causas más conocidas es la úlcera, por consecuencia como profilaxis del cáncer deben operarse a tiempo tales lesiones, fácilmente diagnosticables clínica y radiológicamente. Así disminuirá considerablemente para un futuro próximo el número de cancerosos.

---

## PROYECTO DE ESTATUTOS

### DEL SINDICATO MEDICO DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

presentado a la consideración de la Asamblea Médica, reunida en agosto de 1932, por el Dr. Alberto Bernal Nicholls.

#### CAPITULO I

##### Nombre, objeto, domicilio y capital del Sindicato.

Art. 1o. El Sindicato Médico Antioqueño es una corporación de nacionalidad colombiana, de médicos nacionales residentes en el Departamento y que tiene su domicilio en Medellín, Departamento de Antioquia, República de Colombia; pero podrá establecer ramificaciones y dependencias en todas aquellas ciudades del Departamento en donde residan socios del Sindicato, siempre que lo estime conveniente el Comité Central.

Art. 2o. El objeto del Sindicato es trabajar por la soli-



daridad y fraternidad de la clase médica, por la moralidad, reglamentación y realce de su profesión y por la mejora de la higiene en el Departamento. Se propone publicar una revista que mantenga a sus socios al corriente de las labores realizadas por la institución, y en donde se publicarán temas científicos y profesionales y de medicina e higiene sociales; se nombrarán comisiones permanentes en las diversas Provincias del Departamento que trabajarán sobre asuntos relacionados con la higiene y medicina regional para ayuda del público y del Gobierno. Además, cuanto estime conveniente, relacionado con los fines de la Asociación.

Art. 3o. El Sindicato durará por espacio de noventa y nueve (99) años, que empiezan a contarse desde el siete (7) de agosto de mil novecientos treinta y dos (1932).

Art. 4o. El capital de la Corporación se formará con las cuotas que periódicamente pagan los miembros sindicalizados y con los demás bienes que adquiera a cualquier título: donaciones, subvenciones oficiales, etc.

Art. 5o. Caso de disolución del Sindicato, los fondos existentes se distribuirán entre los socios contribuyentes, en la época de la disolución, proporcionalmente a la suma que hubiesen pagado al Sindicato por concepto de cuotas periódicas.

Art. 6o. Los médicos por el hecho de entrar al Sindicato, quedan obligados al cumplimiento de estos estatutos, de los reglamentos y decretos emanados del Comité Central. Además les obliga el cumplimiento del Código de Moral Médica aprobado en el Congreso Médico de Tunja y que obliga a todos los médicos colombianos.

## CAPITULO II

### Personal.

Art. 7o. Para ser miembro del Sindicato Médico Antioqueño se requiere: residir en el Departamento, ser médico colombiano con título de doctor en medicina y cirugía.

Art. 8o. Las invitaciones para ser miembro del Sindicato se harán en votación secreta en el Comité Central y requerirán, para ser aprobadas, el voto de la mayoría de los miembros presentes.

Parágrafo. En el primer año podrán entrar todos los médicos colombianos titulados, que residan en el Departamento, de acuerdo con el Art. 7o. y con el Art. 8o.; después del primer año sólo tendrán derecho a ingresar en él los médicos menores de 60 años.

### CAPITULO III

#### Gobierno.

Art. 9o. Regirá el Sindicato Médico Antioqueño un Comité Central o Junta Directiva, compuesto de:

Un Presidente;

Dos Vicepresidentes, primero y segundo;

Un Secretario, y

Un Tesorero, que durarán en sus puestos por el periodo de un año, y que pueden ser reelegidos indefinidamente.

Art. 10. El Comité Central será elegido por la Asamblea General del Sindicato, que es la reunión de todos los socios del mismo, citados especial y oportunamente.

Art. 11. Las reuniones ordinarias de la Asamblea General se verificarán cada año ordinariamente, y extraordinariamente cada vez que para ello quiera citar el Comité Central.

Art. 12. El Comité saliente instruirá convenientemente al nuevo Comité sobre todos los pormenores de Gobierno del Sindicato y sobre la orientación que le hayan dado.

Art. 13. El Comité Central establecerá el régimen interno del Sindicato y dictará al efecto los reglamentos a que haya lugar. Sus decisiones son apelables ante el Sindicato o ante la Asamblea General.

Art. 14. El Comité Central rendirá al Sindicato o a la Asamblea General cada tres meses, un informe escrito de sus labores y de la situación económica del Sindicato.

Art. El Comité Central representará al Sindicato en todos los actos oficiales o profesionales en que tengan que intervenir los médicos del Departamento o en que se solicite por el Gobierno o entidades particulares su intervención. Una vez constituido el Comité Central y cuando lo juzgue conveniente, se procederá a solicitar del Ejecutivo la Personería Jurídica del Sindicato.

Art. 16. El Comité Central queda autorizado para adoptar cuantas medidas crea necesarias para asegurar el cumplimiento de las disposiciones adoptadas por la Asamblea General del Sindicato y por las demás autoridades de éste.

#### CAPITULO IV

##### Presidente.

Art. 17. El Presidente velará por el cumplimiento de los presentes estatutos y de los reglamentos y acuerdos que se elaboren. Se entenderá directamente con las autoridades gubernativas, judiciales y sanitarias, transmitiéndoles los acuerdos del Sindicato, o del Comité Central, y las reclamaciones que los médicos le dirijan y hayan sido estudiadas por el Comité Central.

Art. 18. Las ausencias del Presidente las llenará el Vicepresidente, y en su falta el segundo Vicepresidente.

Art. 19. Convocará el Comité Central, el Sindicato y la Asamblea General, cada vez que el Comité Central lo estime conveniente.

Art. 20. Representará al Sindicato judicial y socialmente cada vez que las circunstancias lo requieran.

Art. 21. Velará por los intereses profesionales de los sindicalizados y ayudará a resolver ante las autoridades centrales las quejas y reclamaciones de los mismos.

Art. 22. Contestará oportunamente y hasta donde sus capacidades le ayuden, a las preguntas y problemas que ocurran a los médicos sindicalizados del centro y de las provincias.

## CAPITULO V

## Secretario y Tesorero.

Art. 23. El Secretario llevará la documentación de actas, libros y acuerdos que sean necesarios y se deduzcan de las deliberaciones y mandatos de la Presidencia, el Comité Central, el Sindicato y la Asamblea.

Art. 24. El Tesorero llevará la contabilidad, manejará los fondos, hará los pagos que con su firma autorice el Presidente y rendirá un informe semestral, acompañado de un balance.

Art. 25. Tanto el Secretario como el Tesorero serán médicos sindicalizados, pero pueden conseguir quién o quiénes les ayuden a desempeñar sus cargos, con sueldos que fijará el Comité Central.

## CAPITULO VI

## Reuniones.

Art. 26. El Comité Central se reunirá ordinariamente cada 15 días, y extraordinariamente cada vez que lo convoque cualquier miembro del Comité o tres de los socios del Sindicato.

Art. 27. Se llamarán reuniones del Sindicato a las que efectuarán cada mes los socios residentes en Medellín. Podrán reunirse extraordinariamente cada vez que sean convocados por el Comité Central.

Parágrafo. Los socios residentes fuera de Medellín que se encuentren transitoriamente en esta ciudad, podrán concurrir a las reuniones del Sindicato con los mismos derechos que los socios de Medellín.

Art. 28. Cada socio tendrá derecho a un voto aun cuando represente a otro u a otros de sus colegas, esta representación servirá sólo para el quórum.

Art. 29. A quien preside la sesión corresponde decidir con su voto los casos de empate en la votación.

Art. 30. A falta de Presidente presidirá la sesión el primero en orden alfabético.

Art. 31. Para cada reunión del Sindicato se citará a todos los socios residentes en Medellín. Habrá quórum con la tercera parte de los miembros presentes o que se hayan hecho representar.

Art. 32. El Comité Central se reunirá para tratar todo lo que tienda a la buena marcha del Sindicato, para resolver las cuestiones que les propongan los miembros del mismo, para tratar sobre admisión de nuevos socios, etc., etc.

Art. 33. El Sindicato se reunirá para dar voto al Comité Central en lo que éste tenga a bien consultarle, para tratar asuntos científicos o de interés general, etc.

Art. 34. Los miembros que se hayan hecho representar, tendrán que aceptar lo acordado en la sesión por la mayoría.

Art. 35. La Asamblea General se reunirá para tratar asuntos de interés general, para dar ideas de orientación del Sindicato, para elegir Comité Central y para todo lo que juzgue conveniente dentro de sus actividades.

Art. 36. En toda reunión del Sindicato, la Presidencia designará a uno de sus miembros para que presente a la sesión siguiente un punto médico (científico o profesional) para discutir.

## CAPITULO VII

### Comisiones.

Art. 37. Habrá en el Sindicato las siguientes comisiones con carácter de permanentes, sin perjuicio de las accidentales que nombre la Comisión de la mesa: De Redacción (revista), de Propaganda, de Fondos y Honorarios Profesionales, de Higiene en el centro y en las provincias. Cada comisión se compondrá de tres miembros del Sindicato, y sus resoluciones o actuaciones serán apelables ante el Sindicato.

## CAPITULO VIII.

## Provincias.

Art. 38. El Departamento se dividirá en Provincias. Los miembros residentes en ellas constituirán Comités Provinciales que dependerán del Comité Central.

Art. 39. Los Comités Provinciales nombrarán un representante al Sindicato, elegido entre los miembros que residan en Medellín.

Art. 40. Los miembros del Sindicato residentes en provincias tendrán los mismos derechos que los residentes en el centro; podrán asistir a las reuniones del Sindicato como cualquiera de sus miembros.

## CAPITULO IX

## Deberes de los Socios.

Art. 41. Los miembros del Sindicato quedan obligados a acatar las decisiones de las autoridades constituidas dentro del mismo.

Art. 42. Deberán pagar las cuotas ordinarias y las extraordinarias que acuerden las autoridades del Sindicato.

Art. 43. Los médicos sindicalizados tendrán la obligación de asistir a las Asambleas Generales y a las reuniones del Sindicato. En caso de absoluta imposibilidad para concurrir, se harán representar por un colega y tendrán que aceptar lo resuelto en las reuniones.

Art. 44. En cada población en donde se encuentren dos o más médicos sindicalizados, éstos tendrán la obligación de reunirse para tratar asuntos relacionados con su profesión, para elegir delegados provinciales al Sindicato y para tratar asuntos de protección y ayuda al colega que las necesite.

## CAPITULO X

## Derechos de los Socios.

Art. 45. Los médicos que se hayan inscrito en el Sindi-

cato gozarán de todas las prerrogativas de la Asociación, como el seguro mutuo, ayuda y defensa profesional y cuantas ventajas se establezcan en el futuro.

Podrán apelar al Comité Central para que les ayude en su lucha contra el tegüismo o los malos colegas, las dificultades con su clientela en asunto de honorarios, etc.

Art. 46. Los honorarios de los médicos no están sujetos a tarifas, pero en caso de reclamo por excesivas dictaminará el Comité Central, después de oír al médico interesado y el concepto del Comité será sostenido por el abogado del Sindicato ante las autoridades competentes, si llegare el caso.

Art. 47. El anterior artículo no excluye la posibilidad de que regionalmente o en una población determinada, los médicos puedan acordar una tarifa especial. En este caso el Comité Central respetará lo acordado, siempre que tenga su Vo. Be.

Art. 48. El médico sindicalizado que se creyese desamparado de las autoridades civiles, traicionado o menospreciado por sus colegas, lo pondrá en conocimiento del Comité Central, para que éste acuda en su ayuda con la debida urgencia.

Art. 49. Las dudas que pudiesen presentarse respecto a si son o no de la incumbencia del Sindicato las peticiones que pudiesen presentar los médicos sindicalizados, serán resueltas por el Comité Central.

Art. 50. Los actos del Comité Central son apelables ante el Sindicato.

## CAPITULO XI

### Seguro Mutuo.

Art. 51. El Sindicato Médico Antioqueño tendrá un seguro mutuo para sus miembros, para el cual se destinará mensualmente de los fondos comunes, los que estime convenientes el Comité Central.

Art. 52. Dicho fondo será colocado en depósito en uno

de los bancos de la ciudad en cuenta que se denominará: "SEGURO MUTUO DEL SINDICATO MEDICO ANTIOQUEÑO", y a la orden del Presidente del Comité Central.

Art. 53. En caso de muerte de alguno de los miembros de número del Sindicato, el Presidente tomará de dicho fondo la suma de un mil pesos oro (\$ 1.000,00) y la entregará en nombre de la Corporación, a la persona de la familia del finado que designe el Comité Central, dentro de los ocho (8) días siguientes al fallecimiento.

Art. 54. Si el fondo no alcanzare a cubrir la expresada cantidad, se tomará el complemento de los fondos comunes del Sindicato, si los hubiere; y si tampoco bastaren, se decretará inmediatamente una contribución extraordinaria y obligatoria, por iguales partes entre los miembros del Sindicato y por la suma necesaria para llenar el déficit, de manera que en todo caso, dentro de los ocho días posteriores al fallecimiento, reciban los dichos familiares la cuota prescrita sin disminución alguna.

Art. 55. Los miembros que se retiren del Sindicato por ausencia prolongada o por cualquier motivo, deberán avisar al Presidente del Comité Central, si lo hacen de manera definitiva o si desean conservar su calidad de miembros de número del Sindicato para el solo efecto de gozar de las prerrogativas que aquí se establecen en relación con el fondo de seguro mutuo, y de ingresar nuevamente cuando les plazca sin necesidad de renovar solicitudes. En el primer caso, es decir, si el retiro es definitivo, el miembro pierde todo derecho en relación con los fondos acumulados existentes; en el segundo, será considerado como socio para solo los efectos aquí prescritos, pero siempre que el dicho socio continúe pagando las cuotas mensuales establecidas o que se establezcan.

Art. 56. Cuando el fondo del seguro mutuo ascienda a **dos mil pesos** (\$ 2.000,00) en efectivo, se rebajarán las cuotas mensuales establecidas o que se establezcan.



## CAPITULO XII

**Obligaciones del Comité Central.**

Art. 57. Ver la manera de conseguir del Congreso que expida leyes claras y precisas sobre ejercicio ilegal de la profesión y que se estudie detenidamente y según las conveniencias del país y de sus Universidades, el asunto de intercambio universitario.

Art. 58. Velar porque se preste ayuda eficaz y oportuna a todos los miembros del Sindicato que la necesiten.

Art. 59. Velar porque el seguro mutuo se pague oportunamente.

Art. 60. Ver la manera de higienizar las ciudades del Departamento, el Departamento y la Nación, con leyes claras, severas y eficaces. Conseguir que las autoridades de higiene tengan el apoyo eficaz de las autoridades civiles y que aquéllas primen sobre éstas.

## CAPITULO XIII

**Tribunal de Honor.**

Art. 61. El Comité Central servirá de árbitro en las diferencias suscitadas entre los miembros del Sindicato entre sí y entre éstos y el público en general, en asuntos relacionados con la profesión. Ante él podrá arreglarse amistosamente las diferencias que surjan en el ejercicio profesional de los sindicalizados.

Art. 62. Las quejas que contra algún colega tenga cualquier miembro del Sindicato, las comunicará por escrito o verbalmente al Comité Central, y éste se proveerá de todos los documentos y oirá a las partes para formar criterio; sus decisiones serán apelables ante el Sindicato.

Parágrafo. Bien entendido que estos asuntos permanecerán en absoluta reserva en el Comité Central y sólo serán conocidos de las partes y de los miembros del Comité.

Art. 63. La expulsión de un socio podrá solicitarla el Comité Central, cualquier miembro del Sindicato por escrito, documentando su solicitud con datos debidamente comprobados, que tendrán el carácter riguroso de reserva.

Art. 64. La expulsión podrá también plantearla en el Comité Central cualquier miembro de él por infracciones graves que un socio cometiese.

Art. 65. No podrá acordarse la separación de un miembro del Sindicato por ningún motivo, sin haberle hecho saber qué faltas se le imputan (pudiendo el Comité Central reservarse la fuente de donde las hubo) y sin haber ofrecido por escrito al acusado ocasión para que se vindique.

Art. 66. Todos los repetidos incumplimientos de los deberes sociales que, a juicio del Comité Central, tiendan al menoscabo de los fines del Sindicato, serán causas de expulsión.

#### CAPITULO XIV

##### Abogado.

Art. 67. El Comité Central nombrará un abogado que será remunerado con los fondos del Sindicato y que tendrá a su cargo todos los asuntos judiciales o administrativos que surjan de las funciones del Sindicato.

#### CAPITULO XV

##### Bajas y Sanciones.

Art. 68. Son causas de baja en el Sindicato:

a) Voluntariamente, mediante petición escrita y después de haber cancelado todas las obligaciones pendientes.

b) Falta de pago a las cuotas acordadas por las autoridades de la Asociación.

c) Expulsión (Véase Art. 63 y siguientes).

Art. 69. Todo socio dado de baja pierde el derecho a reclamos, en cuanto a cuotas anteriores.

Art. 70. Todas las bajas serán acordadas por el Comité Central por unanimidad.

Art. 71. Las bajas por causa del párrafo c) podrán ser apeladas ante el Sindicato. El socio comprometido tiene el pleno derecho de defensa ante el Comité, o demás autoridades del Sindicato.

Art. 72. Una vez decretada la baja por causa del párrafo c), el miembro privado de los derechos del Sindicato no podrá ser llamado a Juntas Médicas ni tener relaciones profesionales con ninguno de los miembros del Sindicato, so pena de quedar éstos sometidos a las sanciones que el Comité Central les imponga.

Art. 73. El Comité Central comunicará a los miembros del Sindicato el nombre del ex-socio y la causa que motivó su baja.

Art. 74. El incumplimiento de estos estatutos, de los reglamentos y decretos emanados de las autoridades del Sindicato, del Código de Moral Médica, y demás faltas contra la clase médica, pondrán al miembro que incurra en tales faltas bajo las sanciones del Comité Central que estudiará cada caso particular.

## CAPITULO XVI

### Reformas.

Art. 75. Serán aprobadas por mayoría en dos sesiones de la Asamblea General y se harán conocer del Ejecutivo para fines de Personería Jurídica.

## TIFOIDEAS EN MEDELLIN

Dada la dificultad de hacer el diagnóstico de las fiebres tifoideas y paratifoideas sin el concurso del laboratorio, indispensable siempre sobre todo en las toxi-infecciones alimenticias de los niños y los ancianos, y considerando, como consideramos, deficientes todavía los datos estadísticos relativos a mortalidad, vamos, sin embargo, a hacer reconocer

de los médicos los que a esta endemia se refieren, tomándolos del **Anuario Estadístico de Medellín**, publicación que tiene merecida fama en el país y fuera de él por la seriedad y exactitud de los datos que ha dado a conocer, pero que aún no han despertado ni la curiosidad de los facultativos de Medellín.

Desde que iniciamos la estadística de mortalidad en la dirección de higiene, hace ya 17 años, viene trabajando en ella el actual director del **Anuario Estadístico**, D. Antonio J. Moreno, a quien puede considerársele en ese ramo como un empleado irremplazable. Los defectos que la estadística de mortalidad tiene todavía dependen casi siempre de los médicos y de los que hacen sus veces, que ponen en las **papeletas** de defunción diagnósticos falsos.

Los datos a que nos referimos son los siguientes:

**Defunciones.**

Años.	Hombres.	Mujeres.	Totales.	%	
1915	18	11	29		
1916	15	20	35		
1917	30	28	58		
1918	24	38	62		
1919	31	21	52		
1920	34	20	54		
1921	15	19	34		
1922	20	23	43	2	%
1923	12	24	36	2/2	%
1924	24	28	52	3	%
1925	40	19	59	2/6	%
1926	34	37	71	3/5	%
1927	25	33	58	2/7	%
1928	47	40	87	3/57	%
1929	30	31	61	2/72	%
1930	?	?	87	3/91	%
	247	254	588		

El cuadro que precede pone de manifiesto que la fiebre tifoidea es endémica en Medellín. En un período de diez años, comprendido de 1921 a 1930, hubo 588 defunciones que representan del 2% al 3/91% de la mortalidad en cada uno de estos años; y como en esta enfermedad la mortalidad es, más o menos, de un 10% (7, 10, 15%) quiere decir que ha habido 5.880 enfermos en los diez años, lo que viene a ser, poco más o menos, promediando, 49 enfermos por mes y como 5 defunciones mensuales.

La mortalidad ha sido la misma, probablemente, antes que después del uso del cloro como elemento purificador del agua. Debemos agregar que se sigue haciendo uso de agua impura en la fabricación de varias cervezas y de algunas de las bebidas gaseosas y de los helados y en las fracciones toman aguas sucias o contaminadas.

Urge estudiar este problema en el sentido de mejorar más todavía el agua por medio de una buena instalación de rayos ultravioletados para purificarla y prohibir el uso de bebidas y helados que no se fabriquen con agua purificada a satisfacción del empleado encargado de calificarla.

Nada más difícil que evitar la infección de los jóvenes especialmente en los escolares, porque los baños en tanques y baños pocetas de aguas nada limpias, el uso de frutas sin lavar y la falta de aseo en las manos, son, a nuestro parecer, difícilmente remediabiles en ellos.

En los ancianos la falta de aseo de las manos nos parece igualmente difícil de corregir.

Aun en el caso de haber agua pura regalada y abundante en todas partes y leche y bebidas frescas de buena calidad, creemos que no se conseguirá la total extinción de la tifoidea. Eso no quiere decir sino que no basta mejorar lo existente con estas medidas que se consideran como el principal elemento de sanidad.

Consideramos el cloro poco eficaz por lo menos como se ha empleado aquí. Si en nuestras manos estuviera propondríamos con tal objeto el empleo de los rayos ultravioletados

como lo propusimos hace 18 años (véase el No. 28 de "Los Estudios", año VI (correspondiente a abril de 1914).

### TIFOIDEA (MORTALIDAD EN LOS ANCIANOS)

Sabido es que la tifoidea no es común en los ancianos, dado que casi todos están inmunizados y que en la edad avanzada el sistema linfoide está atrofiado. De los 60 años en adelante su mortalidad ha sido registrada al tenor siguiente:

Año	Hombres	Mujeres	Totales
1916	3	5	8
1917	2	1	3
1918	2	3	5
1919	2	1	3
1920	1	1	2
1921	1	0	1
1922	2	1	3
1923	0	2	2
1924	1	2	3
1925	0	0	0
1926	1	2	3
1927	1	3	4
1928	4	6	10
1929	6	12	18
1930	5	12	17

Próximamente, 84 ancianos en los 15 años, entre los cuales 35 pasan de 70 años, y entre ellos 12 pasan de 80 años. Considerando estas cifras exactas corresponden a 168 enfermos, aceptando como probable una mortalidad del 50 por ciento. No es, pues, rara en Medellín la enfermedad en los ancianos lo que debemos atribuirlo a la fuerte inmigración de los últimos años.

La falta de lavaderos públicos de ropa, establecidos en lugares bien adecuados, complementados con la estufa muni-

cial de desinfección de ropas de enfermos, ha sido una de las causas que han sostenido la endemia de tifoidea en el Municipio, porque las lavanderas de ropa no han dejado ni dejarán de contaminar por este medio, varios de los manantiales de agua potable de que hacen uso los vecinos en la ciudad y en el campo.

La asquerosa mosca casera, que tanto visita las letrinas como el comedor, en ciertas épocas del año abundantísima y con frecuencia huésped común en las casas donde existen esta clase de enfermos, contribuye mucho a mantener la endemia.

Medellín, agosto de 1932.

Juan B. Londoño

## LA ASISTENCIA PUBLICA EN RELACION CON EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS.

Algo se ha hablado entre nosotros acerca de este importante asunto pero, en el fondo, nada práctico se ha hecho.

El pueblo colombiano, probablemente por índole racial, es muy inclinado a las limosnas y nuestra sociedad tiene fama de caritativa pero a veces esta caridad es exagerada o mal entendida, pues en el afán de ayudar a quien implora no se preocupa de saber si verdaderamente se trata de un pobre menesteroso o de un explotador de la caridad cristiana o del humanitarismo.

Diariamente, a mañana y tarde, vemos personas más o menos pudientes que solicitan servicios médicos gratuitos en los consultorios médicos, en las puertas del Hospital, en la Cruz Roja, en la Policlínica y Laboratorio Municipales, en el Instituto Profiláctico, etc. etc., y como no hay una reglamentación de la asistencia pública, que impida aquel abuso se les atiende. Y luego vemos, pocos momentos después de esto, en las puertas del Hospital un ser humano pobre menesteroso y gravemente enfermo, en un medio extraño para él sin recursos, desamparado y lo peor de todo sin en donde asilarlo, pero a quien si no por caridad al menos por filantropía hay

necesidad de hospitalizar. Y es aquí en donde surgen los graves problemas, pues no es un solo individuo el que a diario vemos en estas condiciones, sino a varios.

No hay cupo ese día en las salas del Hospital, al día siguiente se reúnen estos y los nuevos llegados en idénticas condiciones; la situación del Hospital es la misma. ¿Qué hacer? ¿Cuál el remedio?. Reglamentar la asistencia pública, para deslindar obligaciones. Es cierto que a esto contribuye en gran parte lo pequeño del Hospital, hecho para sesenta años atrás, pero ya veremos el mismo problema en el bello y cómodo local de San Vicente de Paul si no se provee a la conveniente reglamentación de las entradas, de acuerdo con las capacidades pecuniaras del solicitante.

Mas no es solamente en el Hospital en donde es necesario reglamentar dichas entradas, es en todos los establecimientos de asistencia pública. El Manicomio departamental tiene ya una reglamentación bastante aceptable, con la cual evita la congestión de personal. Hay problemas de grave responsabilidad humanitaria que se presentan en las puertas del Hospital o de la Policlínica: tal es el caso del individuo que llega con una perforación visceral, un paludismo de forma perniciosa etc., los instantes son preciosos y no se pueden perder, de la rapidez en el obrar depende el buen éxito.

Casos de esta naturaleza deben ser aceptados forzosamente, por ser la vida misma la que se juega en ese instante, aun cuando para ello sea preciso despedir a un pobre menesteroso: después se arreglarán las cuentas.

Para resolver este problema de la asistencia pública, sin cometer muchas injusticias, no debemos atenernos a copiar lo de otros países, de índole distinta y de necesidades también distintas. Esta necesidad es nuestra y debemos resolverla con criterio netamente nacional y por cerebros también nacionales.

Es preciso pues favorecer en primer lugar a la clase desvalía, única por la cual el Estado debe tener la forzosa obligación de atender en esta clase de necesidades, pues no es justo que el dinero del pueblo contribuyente se destine a evitar honorarios médicos a individuos que se pueden proporcionar dichos servicios, a veces hasta con lujo, como he tenido ocasión de presenciarlo. Ni tampoco debe imponérsele dicho trabajo y su correspondiente recargo a los médicos de los Hospitales, quienes



trabajan muchas veces hasta altas horas de la noche (con honorarios ridículos) por puro espíritu caritativo unos, filantrópico los otros y todos por pura investigación científica y ninguno por devengar centavos.

No perdamos tampoco de vista la clase medianamente acomodada, olvidada por completo de los poderes públicos y cuyos miembros no deben ir a los establecimientos de asistencia pública y solicitar servicios gratuitos, pero sí debe el Estado proteger los establecimientos particulares que acepten por honorarios módicos a dicha clientela. Esto es posible prácticamente en países de instituciones democráticas como el nuestro, basta con que los médicos que concurren a los parlamentos se despojen por un momento del partidarismo y se preocupen por legislar en el sentido ya indicado. He aquí una idea que puede estudiar la H. Academia de Medicina.

Con estas ideas generales podemos dividir la clientela en dos grandes categorías:

1o. La clientela hospitalaria propiamente dicha, a quien se le debe prestar servicios médicos gratuitos, en cualquiera de los establecimientos de beneficencia pública en donde los solicite, siempre que su clasificación corresponda a dicho establecimiento.

Todo individuo que se presente a un establecimiento de beneficencia, para tener derecho a servicios gratuitos debe presentar su tarjeta de identidad que lo acredite como pobre de solemnidad. Mientras el Gobierno procede a organizar la manera de expedir dichas tarjetas, los alcaldes municipales autenticarán las declaraciones juramentadas de dos vecinos honorables y conocidos en la localidad, en que conste que pertenecen a la categoría de pobres de solemnidad. Esto se hará avisar profusamente en todos los municipios del Departamento, por lo menos con tres meses de anticipación a la fecha en que se vaya a poner en vigencia.

Si se trata de un extranjero, se debe tener con él las mismas consideraciones que en su país tengan actualmente o hayan tenido para con los colombianos, en circunstancias análogas.

Ya que en el Hospital de San Juan de Dios de esta ciudad se reciben tantos enfermos procedentes de otros departamentos, es no sólo justo sino indispensable que la Nación auxilie en forma equitativa y decorosa a nuestro Hospital y no en la forma ridícula como lo hace ac-

tualmente. Es pues necesario por todos los medios a nuestro alcance y un deber de conciencia hacer presente al Gobierno de la Nación la urgencia de esta medida. Para confirmar nuestra justa solicitud, es necesario que se compare la distribución presupuestal que en materia de beneficencia pública hace el Congreso Nacional. Por qué no auxilia la Nación a nuestro Hospital siquiera en armonía con las demás secciones del país?

El individuo que solicitare servicios de urgencia (tanto médicos como quirúrgicos) sin el requisito anterior, se le prestarán, pero en tal virtud debe firmar un documento a favor del Hospital o del establecimiento a donde llegare para en el caso de que no pueda llenar el requisito antes dicho, hacer efectivos los gastos en él efectuados. El Médico Director del Hospital o quien haga sus veces en ese momento, es el llamado a clasificar de urgencia o no el caso solicitante.

La ley sobre accidente de trabajo, en relación con las empresas que tienen obligación de prestar servicios médicos a sus obreros en materia de accidentes, debe ponerse en todo vigor y obligar a los dueños de dichas empresas a prestarlos y no a enviarlos al Hospital para eludir aquel sagrado deber.

2o. La clientela, que por sus condiciones pecuniaras no es acreedora a servicios hospitalarios gratuitos podemos dividirla en varias categorías, según sus bienes de fortuna:

a). La clientela pudiente, educada y elegante que no se va al exterior sino que prefiere servicios médicos nacionales pero que los exige con lujo;

b). La clientela media que paga honorarios profesionales en relación con sus moderados o escasos recursos (pero que debe pagarlos) y en la cual podemos hacer varias subdivisiones.

La clase a) no hay para qué considerarla, excepto si las cosas se orientan en otro sentido. Estas clases sociales pueden ser atendidas en las clínicas particulares o en el pensionado del Hospital, siempre que se llenen los requisitos generales que ahora expondremos; pero mejor sería que el Hospital renunciara a esta clase de servicios, así el Estado le prestaría mayor atención a la clientela pobre de las salas comunes, en vez de dedicarse a negociar con lo que propiamente es de la iniciativa particular.

La manera de cómo el Estado podría proteger a las clínicas particulares que acepten clientes por pensiones diarias módicas, sería cuestión de un estudio aparte pero tengo mayor gusto en trabajar en este sentido, si la idea toma acogida.

Con este modo de ser se ahorraría el Estado muchísimos gastos y podría atender mayor número de enfermos pobres menesterosos en los Hospitales y establecer ciertos servicios de que hoy carece, tal por ejemplo: el tratamiento de las úlceras de los miembros que hoy no tienen entrada al Hospital y siendo lesiones curables en su mayoría, no es justo y humanitario que no se atiendan a estos desdichados de la suerte más bien que aceptar personal medianamente pudiente en los salones del Hospital.

Sea que se acoja para la clientela pudiente el sistema de sanatorios o el de pensionado adjunto al Hospital, es de todo punto de vista indispensable establecer tarifas diferenciales, tanto para los honorarios médicos como para los derechos de instrumental, alojamiento y asistencia de acuerdo con las capacidades económicas del enfermo. Así se evitaría el ingreso al Hospital de mucha gente, que impide el de los pobres menesterosos, cuando las dolencias físicas los invaden.

Fco. Luis Cadavid D.

## APLICACIONES DEL LABORATORIO A LA CLINICA

### CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA "OXALURIA"

#### SU IMPORTANCIA MEDICO-QUIRURGICA

##### NOTA PRELIMINAR.

En mi práctica habitual repetidas veces hube de señalar la presencia de cristales de Oxalato de Calcio en las orinas que analizaba, sin darles la enorme importancia clínica a que llegué después de algunos casos muy interesantes en los cuales me tocó intervenir como allegado en uno, como médico en otros y en la mayor parte apenas como laboratorista.

Y convencido cada vez más de la trascendencia de este hallazgo de laboratorio para el enfermo y para el médico, he creído oportuno y útil además, dar cuenta de mis comprobaciones, resumiendo 5 de mis historias, las más interesantes y demostrativas, y dando un vistazo general a los estudios experimentales verificados hasta hoy sobre este problema metabólico.

### HECHOS CLINICOS

#### CASO No. 1

En diciembre de 1930 el Sr. X X, después de un viaje de Envigado a Medellín (10 kilómetros) en el asiento posterior de un camión de pasajeros, se sintió muy maltratado y pasó mala noche.

A la mañana siguiente advirtió con sorpresa que la orina estaba constituida casi por sangre pura y me llamó inmediatamente.

El enfermo, de 26 años a la sazón, había sido hasta entonces de una salud a toda prueba. Es más, en lapso de 15 años ha tenido la costumbre de hacer cacerías semanales con aplicación tanta que año hubo en que sólo faltase 3 domingos apenas a su deporte favorito.

Carece de antecedentes hereditarios dignos de tomarse en cuenta.

Un ataque de Fiebre Recurrente en 1928, diagnosticado a poco de estallar, por hallazgo de Spirochaeta Neotropicalis Bates y Sait John, 1922; acceso que cedió a 0,15 grms. de 914, repetidos 5 días después para evitar un segundo brote.

Sus Reacciones de Wassermann, Kahn y Meinicke practicadas una o dos veces al año, han sido siempre negativas.

La hematuria, acompañada sólo de lumbago, se prolongó por 17 días, anemiando considerablemente al enfermo y resistiéndose a terapéutica intensiva, prescrita y vigilada en asocio del Dr. David Velásquez C. a quien llamé desde el principio.

Se trataba de una hematuria total, y descartado un neoplasma por la edad del enfermo y la ausencia de fenómenos sospechosos anteriores, y fracasada una minuciosa investigación del Bacilo de Koch en las orinas, hicimos practicar, al tercer día, una cistoscopia por el Dr. Rafael Villegas Arango para buscar un papiloma vesical.

Esta exploración dió resultado negativo y reveló una mucosa sana, apenas congestionada ligeramente hacia el fondo, entre los meatos ureterales.

Los anamnésticos del enfermo hacían muy improbable la presencia de un cálculo, que debía haberse hecho sentir siquiera un poco, con antelación a la hemorragia.

5 días más tarde en que la orina aclaró un poco, pude observar entre una capa de glóbulos rojos, sin deformar todavía, unos cuantos cristales de Oxalato de Calcio.

De acuerdo con los libros clásicos y especialmente de los norte-americanos que no le dan "significación clínica a la eliminación urinaria de oxalato" (Todd y Sanford, MacJunkin), no parecía aquello causa directa de hematuria cuya intensidad y tenacidad me traían preocupado, y fué entonces cuando repasando bibliografía sobre causas del fenómeno, encontré perfectamente definido el síndrome de mi enfermo en un artículo del Dr. Cottet, quien lo estudiaba concienzudamente con el título de "Litiasis Cristalina", en el tomo consagrado a enfermedades de las vías urinarias de la Colección Sergent.

Cuando al cabo de varios días de quietud, de régimen y de medicación bien vigilada por Velásquez y yo, cesó la hemorragia, la orina presentaba cantidad tan grande de cristales que, sedimentados, llegaron a ocupar hasta un quinto del volumen total.

Y se fueron acentuando síntomas que faltaron al principio: dolor constante, con grandes exacerbaciones a veces, y sensación de peso y de cansancio en los lomos, astenia profunda, neuralgias más o menos fugaces pero siempre fuertes a nivel de los grandes troncos nerviosos y de los ciáticos especialmente, algunas veces sensación dolorosa de granulacio-

nes fines en las plantas de los pies, etc., turbado todo ello por frecuentes ataques de cólicos nefríticos francos, de cuadro clínico completo.

Uno de ellos se presentó en la forma plena de una verdadera obstrucción intestinal aguda en que sólo faltaba fiebre o hipotermia, y en la cual no hubo paso de gases ni de materias por espacio de unas 40 horas; el meteorismo llegó al punto de borrar completamente la macicez hepática; y sea por acción refleja o acaso por dos inyecciones de sedol a que hubo necesidad de apelar, se presentó una taqui-arritmia, con falsos pasos frecuentes, que persistió tres días después de calmados los fenómenos más agudos.

El caso era absolutamente igual a uno de los descritos por el Profesor Ramond en sus célebres "Conferencias de Clínicas", y tanto que sin poseer los antecedentes, cualquiera habría pensado en una intervención inmediata.

Algún tiempo después, una mañana en que el enfermo tenía un urgente viaje de negocios a Rionegro, sintiéndose adolorido en la región lumbar, tomó uno de los analgésicos que se le habían prescrito al subir al automóvil; llegando a Santa Elena experimentó un agudísimo dolor a lo largo de uno de los ureteros, con imperioso deseo de orinar; pudo hacerlo sostenido por los compañeros, arrojando el cálculo netamente oxálico cuya fofografía acompaña este trabajo.

Después de seguir cuidadosamente régimen y medicaciones prescritas en los libros, el enfermo advirtió que el citrato de magnesia era la droga que mejor le evitaba la precipitación de oxalato.

Y por mi parte, que observaba sus orinas con frecuencia, pude ir notando al paso de la disminución de cristales, su transformación en las minúsculas granulaciones refringentes que constituyen "el barro oxálico".

Va para un año que el paciente, muy mejorado, tiene apenas pequeñas crisis dolorosas, y alguna eliminación ocasional de sedimento cristalino.

## CASO No. 2

La orina de la señora N. N., como consta en el archivo de mi laboratorio, daba la sensación de una eliminación perfecta, todas las investigaciones arrojaban datos normales, pero preocupado ya con varias oxalurias, menos importantes que la del cuadro clínico descrito, advertí, en el curso del análisis, la película grasa y la nubécula característica de la presencia del oxalato de cal; comprobé con reactivos y con examen microscópico que no me engañaba; aparecían numerosos los cristales en cubierta para carta.

Así lo avisé al médico de cabecera y, al saber que se trataba de una intervención quirúrgica, le advertí lo sombrío del pronóstico de la cirugía en estos enfermos, conforme lo tenía leído en algún artículo de la copiosa bibliografía que había estudiado sobre el asunto.

Los cirujanos, muy eminentes por cierto, basándose en las afirmaciones rotundas y tranquilizadoras de la gran mayoría de los libros clásicos, de que "el oxalato de calcio sólo tiene importancia desde el punto de vista de la posible formación de cálculos", no acordaron interés alguno a mi informe sobre el pronóstico, transmitido que les fué por el médico de cabecera, y al día siguiente practicaron a la enferma la Histerectomía vaginal sin contratiempo alguno, empleando sólo unos quince minutos en el acto operatorio.

Los 5 primeros días transcurrieron sin el menor accidente; al 6o. advirtieron primero aceleración del pulso, y a poco todos los fenómenos del desfallecimiento cardíaco hasta el colapso, con muerte en menos de 12 horas después de observado el primer fenómeno anotado.

## CASO No. 3

Después de pasar un día sin malestar alguno y de comer de manera habitual, al rededor de las 9 de la noche, la señorita Z Z sintió un dolor intenso en la fosa ilíaca derecha, con vómito, enfriamiento, etc.

El accidente fué tan brusco y tan alarmante que inmediatamente se llamó al médico de la casa quien, ante la violencia del ataque, hizo venir en consulta a otros dos médicos eminentes.

El médico de cabecera insinuó la posibilidad de un cólico nefrítico, pero ante la evidencia del cuadro clínico y como conclusiones de la junta, se señaló categóricamente la urgencia de intervenir en seguida.

La enferma rechazó de plano la intervención y resolvió correr las contingencias.

A la mañana siguiente el dramático cuadro de la víspera había desaparecido por completo.

Días después un análisis de orina ordenado para ver de esclarecer las causas posibles de mareos, malestares epigástricos, dolores erráticos, astenia profunda, etc., revelaba la presencia de cristales de oxalato de calcio.

#### CASO No. 4

La señorita N. N., de 56 años de edad, fué muy sana siempre; hace 2 años se le practicó una operación de Halsted para un pequeño neoplasma en el pecho.

Hace 4 meses algunas sensaciones de opresión, con taquicardia a veces, y mareos, la llevaron a consultar un médico, quien le encontró una presión arterial alta y le formuló un compuesto de yodo orgánico.

Una mañana, estando en misa, sintió que se presentaba el mareo un poco más fuerte que de costumbre; salió inmediatamente de la iglesia, pudo caminar cuadra y media y cayó sin sentido sobre la acera; el vértigo fué fugaz; un transeúnte la recogió y la condujo a su casa, cercana al sitio de la caída.

Por nexos de familia fui llamado inmediatamente, encontré sólo un estado emotivo sin que me llamara la atención ningún dato subjetivo u objetivo en órgano alguno.

Para iniciar una encuesta sobre las causas posibles del estado indefinido que venía arrastrando la enferma en los úl-



timos días, y su relación con el vértigo que acababa de pasar, ordené que se me enviara la orina.

Al recibirla, una hora después, me llamó la atención desde luego, la gran cantidad de oxalato que contenía.

En asocio del Dr. Jacinto Echeverri seguí tratando la enferma que presentó, durante algunos días, alternativas de vagos malestares con dolor lumbar y eliminación abundante de sedimento cristalino.

Al cabo de dos meses había mejorado bastante de su litiasis; se presentó entonces una tos seca que se nos hizo sospechosa, y una radiografía practicada por el Dr. Martiniano Echeverri reveló una pequeña zona opaca, al parecer pleural, que confirmó las conjeturas de una metastasis tardía del tumor operado, y cuyos fenómenos, apreciables ya a la exploración clínica, han venido llevando su evolución progresiva.

#### CASO No. 5

La historia clínica de la señora X. X. ha sido muy variada. De sus antecedentes cabe destacar, como de mayor importancia, un ataque de apendicitis aguda en Bogotá, con intervención inmediata y supuración post-operatoria.

Síndrome de angor pectoris, el primero en Manizales, repetido varias veces en todas sus intensidades, desaparecido hace dos años: vista con el Dr. Toro Villa, éste, por examen clínico y electrocardiográfico, diagnosticó dilatación de la Aorta Ascendente, diagnóstico que fué confirmado por el Dr. Martiniano Echeverri, previa radiografía con ortodiagrama.

80 días, hace 3 años, de estado febril ligero con malestar general, diagnosticado Toxemia Colibacilar y tratado con buen éxito por vacunoterapia.

Insuficiencia tiroidiana traducida especialmente por obesidad, etc.

Al cabo de unos 5 meses de mejoría muy aceptable de todos sus trastornos, a los 3 días de estado nauseoso, sensación de peso en la región lumbar y grande astenia, síncope

brusco e intenso seguido de desfallecimiento cardíaco, que la sorprendió a las 3 de la tarde en momentos en que se ocupaba de costura. Un análisis de orina practicado a la mañana siguiente reveló una oxaluria considerable con hematuria ligera; de entonces acá ha venido presentando toda la gama de la litiasis renal, desde la gran crisis dolorosa típica hasta los pequeños cólicos fugaces en que la enferma siente y señala el trayecto de uno o ambos de sus cordones uretrales.

La eliminación de cristales ha llegado a ocupar el tercio de la altura total de la orina puesta en vaso cilíndrico. Nunca ha arrojado cálculos, apenas pequeños conglomerados, y una exploración radiográfica mediante el Uro-selectan (Dr. Martiniano Echeverri) no sólo demostró la ausencia total de concreciones, sino que puso de manifiesto la interesante anomalía anatómica de un doble uretero derecho con riñón muy alargado.

Infectadas (indudablemente desde su febrícula de 3 meses), las vías urinarias, el sedimento cristalino consta ahora de oxalato de calcio, fosfato amoniaco-magnesiano y urato de amoniaco.

Ultimamente se ha definido en ella, con todos sus caracteres, el Síndrome Entero-hepato-renal de Heitz Boyer.

Régimen y tratamiento severos establecidos de acuerdo con los distinguidos colegas Toro Villa, Jacinto Echeverri y Rafael Villegas han logrado atenuar y espaciar las crisis, mejorando el estado general, y la ingestión de vacuna coli-bacilar empieza a dar buen resultado; concluida esta vacunoterapia, pensamos intentar un tratamiento prudente por tiroidina para ver si modificando el metabolismo viciado de esta enferma, se obtiene mayor beneficio de la terapéutica anti-litiásica y anti-infecciosa que tenemos establecida.

## COMENTARIOS

### A LAS OBSERVACIONES ANTERIORES

1. La primera observación muestra muy claro los varia-

dos diagnósticos que permite suponer una hematuria grave y sin prodromas orientadores en un enfermo joven, y, luégo, el peligro de que, desconocida la litiasis, llegue hasta imponerse una intervención quirúrgica en paciente cuyo cólico típico se presente en la forma de una pseudo-obstrucción intestinal, como la que en el nuéstro observamos Velásquez y yo, análoga a la descrita por Ramond (Conferencias de Clínica).

2. A este propósito cabe recordar un caso semejante ocurrido en un colega y para el cual fué llamado con urgencia el Dr. Gil a población retirada de Medellín; a pesar de lo aparatoso del síndrome, el Dr. Gil, con profundo sentido clínico, resolvió diferir la intervención observando al enfermo, a quien días después, le diagnosticaba en mi laboratorio una litiasis oxálica del tipo cristalino de Cottet.

3. En el caso No. 2, salta a la vista la gravedad de una intervención quirúrgica en enfermos de esta clase, grandes insuficientes hepáticos como tendremos de verlo al estudiar la Patogenia.

4. Sugiere este segundo caso la reflexión muy lógica de que acaso a oxalurias desconocidas se deban fracasos quirúrgicos demasiado frecuentes y muchas veces inesperados, cuya causa resiste a todas las conjeturas.

5. Por mi parte durante 10 años en que practiqué ampliamente la cirugía por el Sur del Departamento, recuerdo por el momento 4 casos de operados de varias clases, sin contratiempo alguno, y con 3 a 4 días de post-operatorias sin incidentes, que en lapso de unas pocas horas sucumbieron por colapsos cardíacos, inexplicables a no existir la anestesia para cargar del todo con esta categoría de malos resultados.

6. En el caso No. 3 precisa insistir sobre la necesidad de rodearse de toda suerte de elementos de diagnóstico para evitar al enfermo una intervención innecesaria y peligrosa en demasía ahorrándose, a la vez, el cirujano el bochorno de un desenlace funesto, o por lo menos, si el enfermo escapa con vida, de que cólicos similares se repitan faltando el apéndice extirpado antes con clínica evidente y ausencia de lesiones.

7. A propósito de esta observación es necesario recalcar sobre la importancia de los medios de diagnóstico muy seguros, antes de decidir una intervención y que, en general, pueden practicarse mientras se prepara el acto quirúrgico: a) El análisis pre-operatorio químico y microscópico de la orina, y b) Como quiera que la eliminación de cristales, conforme lo hemos comprobado algunas veces, puede tener lugar en solo algunas micciones, hacer simultáneamente el hemograma del paciente, cuyos datos son preciosos desde todos los puntos de vista: el número total de glóbulos blancos indicará desde luego si realmente existe un verdadero estado inflamatorio; la fórmula leucocitaria dirá luego si la inflamación se debe a cocos o a bacilos, y la comparación entre el número global de leucocitos y el porcentaje del tipo predominante dará, con una seguridad demasiado escasa en cuestiones médicas, la resistencia del enfermo, la calidad de sus defensas contra la infección y por ende podrá hacerse un pronóstico de grandes probabilidades si el caso es realmente quirúrgico.

Al abrigo de la infección de las vías urinarias, ni el número global de leucocitos, ni su recuento diferencial sufren modificaciones de importancia en el caso del cólico nefrítico. Y si existiese una infección pieloureteral concomitante, su germen predominante es siempre el colibacilo, y entonces serían los linfocitos los elementos cuyo porcentaje se encontraría aumentado.

8. El caso No. 4 demuestra que la sustitución de un vértigo por un cólico nefrítico franco, es susceptible de llevar el diagnóstico a distancias muy lejanas, máxime si ocurre en una hipertensa como la enferma en cuestión, indicando una vez más el gran valor semeiológico del análisis completo de la orina.

9. Y en el caso No. 5 volvemos a encontrar la sintomatología extraña, polimorfa, casi extravagante que por vías reflejas puede presentar el paso de tapones cristalinos por los tubos ureterales, ya que esta enferma en 3 meses de observación ha presentado crisis francas de cólicos, síncope apar-

tosos, estados lipotímicos, manifestaciones pseudo-anginosas, trastornos digestivos y toda otra larga serie de manifestaciones inacordes y en veces casi que disparatadas.

## BIOQUIMICA DEL ACIDO OXALICO

### Caracteres generales:

El Acido Oxálico,  $\text{CO}_2\text{H}$ , constituye, en forma de Oxalato de Calcio,  $\text{CaC}_2\text{O}_4$ , un elemento normal de la orina en cantidades que varían entre 0,020 (Ronchese) a 0,025 (McJunkin) gramos por litro, disuelto siempre gracias al Fosfato ácido de Sodio (Neubauer), al Fosfato de Magnesia (Klemperer) y acaso también al Cloruro de Sodio (Ronchese), en el momento de la emisión.

Más por fermentación alcalina que por el enfriamiento de la orina el Oxalato de Calcio se precipita cristalizando en octaedros pequeños, regulares en su tipo cristalino e irregulares en el tamaño de los cristales.

Tienen la forma de sobres para cartas, con ángulos netos, y son muy transparentes y refractan fuertemente la luz.

A veces el cristal se alarga sobre uno de sus ejes; en otras se presentan las cristalizaciones atípicas en esférulas unidas como relojs de arena, o en granulaciones cristalinas, conglomeradas, muy pequeñas y refringentes, expulsadas en general en grandes cantidades, y que constituyen entonces el "barro oxálico".

Tengo observado, en los oxalúricos que me ha sido dable seguir, la transformación por el tratamiento de la cristalización típica en sobres por esta forma atípica de pequeñísimas granulaciones.

El Oxalato de Calcio es prácticamente insoluble en agua y en Acido Acético, carácter que sirve para diferenciarlo del fosfato amorfo frecuente en las orinas alcalinas.

La precipitación del Acido Oxálico se favorece por los compuestos cálcicos y para evitarla es preciso que la relación  $\text{CaO/MgO}$  esté comprendida entre 1/0,8 y 1/1,2, con una

cantidad absoluta de MgO mayor de 0,020 gramos por 100 c. c., a la vez que con una cantidad de Acido Oxálico, de eliminación, que no exceda de 0,0018 gramos en el mismo volumen de 100 c. c. (Klemperer y Tritschler).

De ahí, conforme lo tengo observado, que el Cloruro de Calcio esté formalmente contra-indicado en las hematurias de los oxalúricos, máxime si se tiene en cuenta que tales enfermos sangran por erosiones de la mucosa y no por alteraciones de la coagulabilidad sanguínea.

Otra deducción terapéutica importante, de las comprobaciones químicas que preceden, consiste en favorecer la solubilización del Acido Oxálico que produce el organismo o del exceso aportado por la alimentación, mediante las sales de Magnesio, grandes activadoras además del trabajo hepático. Y tanto más cuanto que la mayor parte de la eliminación oxálica corresponde a los Oxalatos solubles y una pequeña porción al de Calcio, insoluble.

En ello influye indudablemente el hecho de que la absorción digestiva del Oxalato de Calcio, de origen vegetal, se verifica en el estómago mismo gracias a la acidez del jugo gástrico; hecho demostrado por la administración de alcalinos (y especialmente Carbonatos de Calcio y de Magnesio), al mismo tiempo que el alimento rico en Oxalatos: la neutralización por ellos del jugo gástrico hace que la eliminación normal de Acido Oxálico por la orina disminuya o se anule totalmente.

Y a la inversa, Rosenfeldt observa que en los casos de Aquilia, el Acido Oxálico derivado de las espinacas no se encuentra en la orina sino administrando al enfermo Acido Clorhídrico; experiencia susceptible de aprovecharse como una prueba funcional más para el diagnóstico y dato que utiliza ya la clínica por el laboratorio dado que el hallazgo de Oxalato de Calcio de origen alimenticio, en los exámenes coprológicos, traduce insuficiencia de la digestión gástrica.

Existe una enorme desproporción entre la cantidad de ácido oxálico ingerido y los excesos que pueden encontrarse

en la orina: se necesitan 40 gramos de gelatina en el hombre, 100 gramos de glucosa en inyección subcutánea para el conejo, 10 a 30 gramos de ácido aspártico o glutámico en el perro, para obtener en la orina 10 a 30 miligramos de ácido oxálico por encima de la cifra normal.

Cuando el riñón funciona mal, la eliminación se verifica por el estómago, el intestino y los pulmones.

Introducido en el organismo normal el Acido Oxálico puede correr estas suertes:

1. Combinarse con el Calcio tisular precipitando en forma de Oxalato de Calcio ( $\text{CaC}_2\text{O}_4$ ), actuando por consiguiente como decalcificante.

2. Transformarse en Acido Carbónico y escapar así por las vías respiratorias.

3. Descomponerse en los tejidos precipitando en forma de Carbonatos.

4. Convertirse en Oxido de Carbono disminuyendo por ende la capacidad hematótica de la sangre y de los tejidos.

Un litro de sangre seca contiene apenas 0,01 gramo de Oxalato de Calcio.

Loeper dice que en estado normal el Acido Oxálico sanguíneo es casi imponderable, y que la oxalemia fisiológica alimenticia es ligera y fugaz en individuos normales.

En estado patológico puede encontrarse desde la pequeña oxalemia de 0,02 a 0,08 0/00 hasta las grandes oxalemiás de 0,30, 0,40 y excepcionalmente 0,70 gramos por litro.

En estado normal la relación entre el Acido Oxálico de la sangre y el de la orina es como 1/2; en los diabéticos y en los gotosos puede ser de 4/2 y hasta de 7/2, pudiendo encontrarse en la orina hasta 0,50 grms. por 24 horas.

Los elementos anatómicos contienen el calcio en forma de fosfato trimetálico; el ácido oxálico al restar dos equivalentes de la base deja un fosfato monobásico soluble que abandona los tejidos.

### Orígenes de los oxalatos urinarios:

Derivan de una introducción en exceso, sea medicamentosa, sea alimenticia, o del metabolismo mediante diversas transformaciones conforme lo estudiaremos con la mayor brevedad posible:

#### 1. Oxaluria medicamentosa.

Se la observa especialmente a raíz de la administración de Ruibarbo, Genciana, Escila, Valeriana, Canela, Sauco, Saponaria, que contienen Acido Oxálico en alta proporción, del Bicarbonato de Sodio por acción química en los predispuestos, y de la Cocaína por desdoblamientos intra-orgánicos de este alcaloide.

#### 2. Oxaluria alimenticia.

Aparte de la carne y otros proteicos que estudiaremos luego, gran número de alimentos vegetales contienen oxalatos ácidos susceptibles de producir exceso de oxalatos urinarios.

En el siguiente cuadro resultante de las investigaciones de Esbach, Cipolina y Albahary, se indica la cantidad de ácido oxálico por kilogramo de algunas sustancias alimenticias:

Carne . . . . .	huellas
Leche . . . . .	0,00
Cacao . . . . .	3,52 a 4,50
Chocolate . . . . .	0,72 a 0,90
Té negro . . . . .	1,34 a 3,75
Café . . . . .	0,13
Corteza de pan . . . . .	0,13
Miga de pan . . . . .	0,27
Papas . . . . .	0,05
Zanahorias . . . . .	0,03
Espárragos . . . . .	0,04
Acedera . . . . .	2,74 a 3,73
Espinacas . . . . .	3,17



Guisantes . . . . .	0,43
Judías secas . . . . .	0,31
Judías verdes . . . . .	0,28
Cohombros . . . . .	0,25
Habas . . . . .	0,16
Remolacha . . . . .	0,39
Achicoria . . . . .	0,10
Pimienta . . . . .	3,25
Ruibarbo . . . . .	2,47
Naranjas . . . . .	0,03
Manzanas . . . . .	0,01
Fresas . . . . .	0,01
Grosellas . . . . .	0,13
Ciruelas . . . . .	0,07
Tomates . . . . .	0,03
Limonas . . . . .	0,025
Vino rojo . . . . .	0,00

Marfori sostiene que los oxalatos alcalinos o terrosos son en gran parte quemados en el organismo y que sólo pasan a la orina en una cantidad mínima.

Abeles afirma que el oxalato de calcio alimenticio se comporta como un cuerpo insoluble e indiferente en el organismo; en cuanto a los oxalatos alcalinos, serían transformados en el intestino en oxalato de calcio, de suerte que la oxaluria alimenticia no existiría sino cuando los alimentos aportasen una cantidad enorme de oxalato.

A pesar de estas opiniones es tanta la importancia de los oxalatos ingeridos, que Gaglio inyectando por vía sub-cutánea débiles cantidades de Acido Oxálico, las encontraba íntegras en la orina, por donde se demuestra que faltando la debida oxidación del ácido de aporte alimenticio, éste puede pasar totalmente por los emunctorios.

En exceso y no siendo absorbido por el estómago, se elimina por el intestino transformado en Oxalatos de Calcio y de Magnesio una parte, mientras otra parece que se destruye

en el intestino mismo mediante acciones bacterianas (Stradowsky; Klemperer y Tritschler).

De todo lo cual resulta lógico concluir que, faltando la diatesis, el vicio de nutrición, y salvo los casos de una fuerte ingestión de oxalatos en un momento dado, la mayor parte del Acido Oxálico de la alimentación vegetal contribuye a surtir la cifra de la eliminación urinaria fisiológica, y el excedente se expulsa en las materias fecales.

#### Oxaluria de origen proteico:

De las cuatro clases de cuerpos que pueden derivar de la destrucción de la materia nitrogenada, puede llegarse al Acido Oxálico en dos de ellas:

a) De ciertos compuestos nitrogenados intermediarios entre los cuales tenemos especialmente los Acidos Úrico, Hipúrico y Oxalúrico; de transformaciones ulteriores del Acido Úrico y del Acido Oxalúrico puede derivar el Acido Oxálico que carece de nitrógeno.

b) De cuerpos como la Colesterina y los ácidos grasos volátiles como los ácidos Caprílico, Caproico, Valérico, Butírico y Propiónico, que pueden dar también Acidos Acético y Oxálico.

De suerte que el metabolismo de las albúminas y de las nucleínas alimenticias toma también parte en la producción del ácido oxálico urinario.

Baldwin sostiene, sin embargo, que todo él procede únicamente del preformado en los alimentos, y que el organismo en estado normal no lo fabrica nunca a expensas de los albuminoides.

En cuanto a la carne, como lo indica Lambling, influye por su albúmina, por las nucleínas, por el tejido conjuntivo y por las gelatinas que contiene.

Para Stradowsky son los constituyentes no proteicos de la fibra muscular, los productores del Acido Oxálico; y como prueba, precisa recordar que Mohr y Salomón han provoca-

do oxaluria por ingestión de gelatina comercial (derivada del tejido conjuntivo, como se sabe).

En cambio Rosenkist no ha logrado reproducir el fenómeno con gelatina pura.

En todo caso de las experiencias de Salkowsky (en perros) y de W. Mills (en perros y en hombres), resulta que la destrucción de algunas materias albuminoides, alimenticias o tisulares, podría producir Acido Oxálico: perros nutridos con carne sola y con carne y pan, alternativamente, eliminaban mayor cantidad de oxalatos en las épocas de alimentación cárnea exclusiva.

Otros hechos experimentales prueban también que los productos de desintegración de la Gelatina, de las Nucleínas, de la Glicocola, del Acido Úrico, de la Creatina, de la Leucina, etc., pueden suministrar Acido Oxálico por sus desdoblamientos o sus oxidaciones intra-orgánicas.

En el perro, animal dotado de un gran poder uricolítico, Sarvonnat ha observado que el hígado transforma el Acido Úrico en Acido Oxálico.

Frerichs y Waehler obtuvieron oxaluria experimental por ingestión y por inyección de Acido Úrico y de Uratos.

Las relaciones que existen entre el Acido Úrico y el Acido Oxálico, establecidas mediante reacciones de laboratorio, las indica en la práctica clínica el hecho de que ambos ácidos coexisten, casi siempre, en los sedimentos y en los cálculos urinarios, por una parte, y por la otra las experiencias de Lommel y de Albahary, prueban que toda nutrición rica en nucleínas aumenta la excreción de Uratos y de Oxalatos.

#### Oxaluria de origen ternario:

La oxidación incompleta de esta clase de sustancias tiene también su parte en el ácido oxálico que se encuentra en las orinas:

a) El desdoblamiento de las materias grasas produce de un lado Glicerina y Acido Carbónico, y de otro Ácidos grasos:

Esteárico, Oleico, Palmítico, de los cuales derivan los ácidos Caproico, Valérico, Fórmico y Oxálico.

b) Los almidones se transforman primero en Dextrina y Glucosa, y luego en Ácidos Láctico, Butírico, Acético y Oxálico.

Aparte del azúcar, los almidones y las grasas, es preciso agregar al grupo de cuerpos ternarios alimenticios los ácidos Cítrico y Tartárico ingeridos en estado puro en algunas bebidas o preformados en algunas frutas. Müller y Kolliker encontraron aumentada la excreción oxálica después de la ingestión de dichos ácidos.

Indudablemente en lo que respecta a estos cuerpos ternarios, y especialmente a los sacaridos y polisacaridos, es preciso que exista como factor indispensable una insuficiencia de elaboración intra-orgánica, ya que siendo el ácido oxálico un cuerpo de combustión muy difícil, no cabe suponer que en el metabolismo de los azúcares haya una etapa invariable de conversión en ácido oxálico, de suerte que es preciso llegar a la conclusión de que tal "ácido procede de alguna reacción accesoria, o deriva de una perturbación local de la oxidación" (Magnus-Levy).

Desde Bouchard se relaciona clínicamente la oxaluria, entendiéndola por ella la excreción en exceso de ácido oxálico por la orina, a trastornos de la nutrición, constituyendo una verdadera discrasia ácida.

Además Loeper con sus célebres trabajos ha demostrado en varias clases de Dismetabólicos (gotosos, obesos, diabéticos), también la presencia de un exceso de ácido oxálico en la sangre, cuando en el estado normal apenas existen huellas.

Estudiando la oxalemia se ha encontrado que puede existir antes de toda manifestación clínica en individuos que han sido diabéticos más tarde, anunciando por consiguiente los primeros trastornos en la combustión de los azúcares y siendo por ende un signo muy importante del estado pre-diabético.

En esta clase de enfermos a veces la oxaluria alterna con la Glicosuria.

#### Origen tisular:

El hecho, comprobado por Lambling de que durante el ayuno continúe la eliminación de oxalatos por la orina, constituye una prueba de que la destrucción de los tejidos suministra también ácido oxálico.

#### Origen parasitario:

De Sandro aisló de las materias fecales humanas un bacilo, al cual dió el nombre de *Bacillus Oxalatigenes*, que parece ser un productor de ácido oxálico en el medio intestinal.

Furbringer señala el caso de un diabético atacado de Aspergilosis pulmonar que eliminaba cantidades considerables de ácido úrico (?), tal como in vitro el *Aspergillus* produce ácido oxálico a expensas de la glucosa, de los medios de cultivo.

Acaso algunas oxalurias comprobadas en tuberculosos cavernarios puedan imputarse también a intervención microbiana, sea al bacilo de Koch mismo, sea a los gérmenes asociados.

#### Patogenia.

**La Intoxicación Aguda** revela que el Acido Oxálico es un veneno neuro-muscular: astenia, agitación, excitación seguida de depresión, espasmos tónicos, convulsiones clónicas, trismus, exageración de los reflejos, paresias, incontinencia de los esfínteres, lipotimias, dilatación pupilar.

Del lado cardiaco: hipotensión, pulso filiforme, arritmia, colapsus.

En el aparato digestivo: Sialorrea, vómitos, diarrea, hemorragias gastro-intestinales.

Aparato respiratorio: dispnea con bradipnea.

Del lado renal: oxaluria, albuminuria, anuria.

En la auto intoxicación crónica, verdadera discrasia oxalémica, encontramos fuera de todos los fenómenos constitutivos de la Litiasis Cristalina de Cottet, desde luego todos los fenómenos inherentes a las discrasias ácidas: neurastenia, psicastenia, crisis de agitación y de depresión, insomnio o somnolencia con el sueño interrumpido por despertares ansiosos o por palpitaciones dolorosas simulando a veces verdaderos ataques anginosos; este sueño nunca resulta reparador porque disminuidas las oxidaciones, aminorado el aporte de oxígeno, merma también la combustión de los ácidos.

Facies fatigado y Astenia profunda que en concepto de Teissier se debe a una menor alcalinidad sanguínea.

Estado de angustia permanente con exacerbaciones. Ataques de jaqueca.

Neuralgias de toda clase y especialmente Celialgias de aparición tan brusca y de intensidad tanta que simulan a veces todos los síndromos abdominales agudos y especialmente el cólico hepático y el ataque apendicular.

Hipotermia por disminución de las combustiones.

Impotencia genital.

Sudoraciones inmotivadas y al menor esfuerzo, siendo fétido el sudor, así como el aliento.

En casos avanzados, y en la intoxicación experimental crónica, lesiones óseas por descalcificación y reabsorción de los tejidos alterados.

"Debilidad muscular e irritabilidad nerviosa son los rasgos dominantes en los oxalémicos". (Le Gendre).

Por orden de intensidad la impregnación oxálica radica especialmente en los músculos, los centros nerviosos y muy poco en el tejido conjuntivo.

En el sistema nervioso las estructuras que más lo fijan son el Cerebro, el Nervio Ciático, el Plexo Celiaco.

Loeper ha señalado las alternativas de crisis renales y articulares en los oxalémicos, y afirma que muchos reumatismos crónicos no tienen otra causa que el ácido oxálico en exceso; se caracteriza especialmente por una evolución lenta

y apirética con accesos sub-agudos en los cuales se observa inflamamiento ligero de las extremidades óseas.

Y como conclusión de sus observaciones clínicas y de sus comprobaciones experimentales, ha creado, por analogía, una **Gota Oxálica** paralela a la **Gota Úrica** en la cual las artropatías se deben a depósitos articulares de oxalato de calcio y con mayor frecuencia de carbonato de calcio por transformación de aquél.

Teissier señala además las Crisis Fosfo-oxalúricas, que hemos presenciado especialmente en nuestra enferma No. 5, caracterizadas sobre todo por un accidente nervioso inicial, desde el desfallecimiento súbito de las piernas hasta el vértigo completo, debido todo ello a la acción neuro-tóxica del ácido oxálico.

Sigue a estas Crisis la eliminación de orina sumamente turbia, en la cual el examen microscópico revela la presencia de cristales de oxalato de calcio y de fosfato amoníaco-magnésiano, precipitados ambos en las vías urinarias superiores.

#### La Litiasis propiamente dicha.

Dentro de la Discrasia Oxálica consecutiva como hemos visto a variados trastornos del metabolismo, es preciso hacer renglón aparte a los fenómenos locales del lado de las vías urinarias que por su manifestación más aguda, el cólico nefrítico, puede abrir la escena y en todo caso dar siempre la sintomatología más llamativa y más aparatosa.

En el resumen de observaciones con que empieza éste trabajo señalamos diversos síndromos que reemplazan el cólico franco, y provocados como aquél por el paso de taponés cristalinos y aún de cálculos.

Ahora nos ocuparemos de éstos y desde luego es preciso recordar que Guyon los divide en dos grupos: a) Los "cálculos del organismo" o "cálculos primitivos", que resultan de litiasis asépticas por diatesis, por concentraciones anormales de sustancias cristalizables en la orina o por cambios persistentes

en el pH de ésta (ciertas fosfaturias y uraturias por alcalinidad o por acidez anormal); y b) Los "cálculos de órgano", o "cálculos secundarios" como son los fosfáticos consecutivos a pionefritis con fermentaciones amoniacaes y precipitación de fosfato amoniaco-magnesiano especialmente sobre despojos epiteliales, grumos de pus o núcleos calcuosos, de origen diatésico, preexistentes.

Existen además "cálculos mixtos", los cuales derivan de un depósito secundario, por infección generalmente, sobre un cálculo primitivo.

Son frecuentes, por ejemplo, los cálculos formados por un núcleo más o menos grande de Ácido Úrico y el resto por Fosfatos precipitados sobre aquél a consecuencia de una me-cación alcalina.

En la Litiasis Oxálica debemos distinguir:

1. El **barro** constituido por granulaciones pequeñísimas, refringentes, abundantes siempre, parecidas a pequeño aumento a los precipitados de fosfato amorfo y de carbonatos alcalinos.

Se le distingue de ambos por su insolubilidad en Ácido Acético.

Tienen una gran tendencia a unirse y en nuestros enfermos hemos comprobado con frecuencia cilindros cristalinos formados por esta clase de cristales.

El tratamiento influye considerablemente en la aparición de esta modalidad.

2. Los **cristales típicos** en s6bre para carta cuya descripción hicimos atrás.

Su presencia coincide siempre, con muy raras excepciones, con gl6bulos rojos, debido a pequeñas desgarraduras de las mucosas por las finas aristas.

3. Los **conglomerados**, sea de cristales típicos, de cristales en reloj de arena o de barro oxálico, visibles a veces a simple vista, y cuya expulsión coincide siempre con un cólico franco o con fenómenos reflejos, y

4. El **cálculo** propiamente dicho, concreción muy dura



siempre, compacta, muriforme y de color más o menos obscuro.

Su superficie aparece erizada de mamelones y de asperezas cristalinas que le dan la forma de mora inconfundible.

El color obedece a pigmentos sanguíneos interpuestos en los intersticios cristalinos.

Según Jeanbrau los cálculos oxálicos constituyen el 15% de los cálculos urinarios y los de ácido úrico el 70%; el porcentaje restante corresponde a los formados por fosfatos, carbonatos, cistina, etc.

Y por lo que hace al porvenir de estos litiásicos, en lo que respecta a las alteraciones mismas del riñón, cabe recordar las experiencias de Litten, a propósito de la acción de la oxamida, en las cuales los epitelios renales alterados en su nutrición se incrustan de precipitados calcáreos: el ácido úrico, el ácido oxálico, los uratos y los oxalatos en exceso actúan de la misma manera, comportándose como verdaderos venenos necrosantes provocando también en el riñón graves lesiones epiteliales.

### Tratamiento.

Ante todo precisa considerar el régimen, y desde luego es tal la diversidad de opiniones de los tratadistas de una parte, y tan variada de otra la reacción del enfermo a los menús prescritos, que no cabe precisar una norma alimenticia definida.

Klemperer y Tritscler, por ejemplo, prohíben los alimentos ricos en calcio, fundándose en la precipitación de esta sal insoluble del ácido oxálico; de ahí que descarten la leche, los huevos y los alimentos herbáceos.

En cambio Loeper opina lo contrario fundándose en la descalificación de los oxalémicos y en la necesidad de saturar sus ácidos, introduciendo a la vez los alimentos más ricos en sales de magnesia para sulubilizar el oxalato de calcio: guisantes, arroz, pan, harinas de toda clase y papas.

Recomienda además las bases alcalinas y los citratos, tartratos y benzoatos alcalinos.

Por mi parte el estudio de mis enfermos me ha convenido cada vez más de que cada uno necesita un régimen y un tratamiento especial al que sólo puede llegarse por repetidos ensayos y tanteos.

Ello se deduce desde luego por las variadas procedencias que tiene el ácido oxálico encontrado en exceso en la sangre y en la orina.

Estableciendo regímenes de prueba controlados por el frecuente análisis de orina, y medidas del sedimento en tiempos determinados como suele leerse la albúmina en los tubos de Esbach, es posible llegar rápidamente al régimen más útil al enfermo: en nuestro caso No. 1 fueron los azúcares, los almidones y las grasas, los alimentos que más sostuvieron la eliminación de oxalatos; en cambio en la enferma No. 5 ha sido preciso suprimir del todo los alimentos proteicos, exceptuando la leche; horas después de permitirle una pequeña ración de carne, el sedimento urinario aumenta y siente agravados sus trastornos.

En este caso, el último que hemos tratado, no nos dió resultados la inyección repetida de pequeñas dosis de Insulina (recomendada recientemente por Loeper), medicación que no parece muy lógica, y cuyo fracaso en la enferma en cuestión, obedece quizás a que por infección de las vías urinarias vino a crearse, cuando aplicamos las inyecciones, una Litiasis secundaria con precipitación de fosfatos y de urato de amoníaco.

A pesar de todo creemos que la leche y las papas deben constituir la base de todo régimen para oxalúricos.

Por lo que atañe a la medicación deben descartarse como la recomienda Le Gendre, contra la opinión del mismo Loeper, todas las drogas que contengan calcio; por mi parte, a raíz del caso No. 1, y antes de saber esta opinión de tan distinguido clínico, hube de convencerme de que el cloruro de calcio está formalmente contra-indicado en las Hematurias de estos enfermos.

En mi práctica personal, y después de ensayar varias

fórmulas de acuerdo con las indicaciones dadas por los tratadistas de clínica terapéutica llegué al convencimiento de que el Citrato y el Sulfato de Magnesia solos o asociados constituyen la base de la medicación más eficaz para estos enfermos.

A los aficionados al uso de alcalinos es preciso recordar que en poco tiempo se llega con ellos a la precipitación de los fosfatos, por alcalinización de la orina, creándose entonces una doble Litiasis Cristalina comprobada clínicamente, como lo hemos visto, por cólicos frecuentes, y microscópicamente por la coexistencia en el sedimento de cristales de oxalato de calcio y de fosfato amoníaco-magnésiano.

#### CONCLUSIONES:

1. La Oxalemia, traducida por Oxaluria permanente, constituye una Discrasia Acida de considerable importancia clínica.

2. Es sumamente frecuente en Medellín.

3. Se la encuentra especialmente en la clase acomodada.

4. Con mayor frecuencia reviste la forma de la "Litiasis Cristalina" descrita por Cottet, en otros casos aparece con los caracteres clínicos de la "Gota Oxálica" de Loeper.

5. Revistiendo sintomatologías tan diversas por impregnación de ciertos aparatos o por acciones reflejas a distancia, su desconocimiento expone a gravísimos errores de diagnóstico y a intervenciones quirúrgicas serias, innecesarias y de pronóstico sombrío siempre, dado que tales enfermos son siempre insuficientes hepáticos y en todo caso dismetabólicos de muy escasa resistencia orgánica.

6. Por consiguiente en individuos de constitución artrítica, existiendo la posibilidad de una oxaluria desconocida, no debe intentarse ninguna operación quirúrgica sin análisis previo de la orina, y sin establecer la fórmula leucocitaria cuando el síndrome se presente con caracteres agudos.

7. En el estado actual de la cuestión es un hecho evi-

dente que la oxaluria traduce una seria alteración del metabolismo de los hidrocarbonados y de las albúminas, o de ambas clases de alimentos a la vez.

8. Por ello mismo, y teniendo en cuenta experiencias contradictorias en la Bioquímica del ácido oxálico, precisa investigar en tejidos distintos al hepático, los elementos cuya insuficiencia pueda contribuir a la formación en exceso de productos intermediarios como el Oxalato de Calcio.

ALONSO RESTREPO

Medellin, agosto 9 de 1932.

### CONCURSO

promovido por la Sociedad Médico Quirúrgica del Guayas para celebrar sus bodas de plata sociales (XXV aniversario).

El 13 de julio de 1933, la Sociedad Médico Quirúrgica del Guayas, cumplirá veinticinco años de haber sido fundada; y para celebrar tan grato aniversario, ha resuelto convocar un Concurso Internacional de Medicina y Cirugía con arreglo a las siguientes bases:

1a. Podrán participar en el Concurso, médicos y cirujanos de los países que formaron la Gran Colombia del Libertador Simón Bolívar, es decir, de Ecuador, Colombia y Venezuela.

2a. Los trabajos deberán venir escritos en castellano y a máquina; ser originales e inéditos y no constar de una extensión mayor de cincuenta páginas en papel, tamaño de carta comercial, con espacio usual No. 2 de la máquina de escribir.

3a. Podrá remitirse hasta cinco positivos fotográficos, clichés, esquemas o dibujos a un solo color para ser reproducidos en un tamaño no mayor que el de una página de estos Anales.

4a. Cada trabajo deberá venir firmado con pseudónimo y acompañado de un sobre cerrado con dicho pseudónimo escrito en la parte exterior, y en el interior, el nombre, título y dirección del autor, y un certificado de

la autoridad sanitaria local en el que conste que el autor es médico titulado con práctica legal de la profesión.

5a. El plazo de admisión terminará el 30 de mayo de 1933. Los trabajos se remitirán al Presidente de la Sociedad. Apartado de Correos 1.134. Guayaquil.

6a. El Jurado lo compondrán los señores doctores: Decano de la Facultad de Medicina, Presidente de la Sociedad Médico Quirúrgica del Guayas, Profesor de Clínica Interna, Profesor de Clínica Externa, y Profesor de Patología Interna, y por ausencia o excusa de algunos de ellos el Directorio de la Sociedad designará quien deba reemplazarlo.

7a. Habrá un primero y un segundo premios, y ambos consistirán en medallas de oro y diploma de honor. Los autores serán designados para Miembros Correspondientes de la Sociedad y tendrán derecho a cien copias aparte de su trabajo.

8a. Los trabajos premiados serán publicados en estos Anales así como también aquéllos que sin haber sido premiados fuesen recomendados por el Jurado.

#### TEMAS:

De Medicina. Libre.

De Cirugía. Libre.

El Secretario,

Fdo.)

**Gustavo Montero A.**

La Academia de Medicina de Medellín agradece la atención que le dispensaron los distinguidos Médicos de la República que concurrieron a honrar con su presencia las sesiones científicas de la Primera Semana Médica de Medellín en agosto del presente año.

Guayaquil, 26 de octubre de 1932.

Señor Director Anales de la Academia de Medicina de Medellín.—Colombia.

Señor Director:

La Sociedad Médico Quirúrgica del Guayas que

siempre ha anhelado el acercamiento espiritual e intelectual de las naciones que nuestro Padre y Libertador Simón Bolívar redimió; debiendo celebrar Sus Bodas de Plata (XXV Aniversario) de su fundación, el 13 de julio de 1933, acordó convocar un Concurso Científico Internacional de Medicina y Cirugía de las naciones que formaron la Gran Colombia de acuerdo con las bases que acompaño y que suplico a Ud. se digne publicar en la Revista de su acertada dirección.

Al reiterar a Ud. mis agradecimientos, ruego a usted, señor Director, aceptar las consideraciones de alta estimación de nuestra Corporación y mis votos por su ventura personal.

De usted atento y S. S.,

**Dr. Gustavo Montero A.,** Secretario.

#### SIFILIS

"La Conferencia Internacional de Defensa Social contra la Sífilis, reunida el 11 de mayo de 1932 en el Hospital San Luis, de París, después de oídas las ponencias, comunicaciones y discusiones acerca del diagnóstico precoz de las Sífilis Nerviosas, considerando que la Punción Lumbar constituye el mejor medio de apreciar el estado del Sistema Nervioso, considera necesario practicarla en el curso de las etapas decisivas de la vida del sifilítico".

\* \* \*

Las Reacciones de Fijación en la sangre y en el líquido céfalo-raquídeo no son fatalmente paralelas. (Ravaut, Levaditi y Yamanouchi).

\* \* \*

"La mayor parte de las Sífilis Nerviosas antes de revelarse clínicamente, van precedidas de reacciones positivas en el Líquido Céfalo-raquídeo". (Ravaut).

\* \* \*

La presencia de Plasmazellen, más que el recuento total

de las células del L. C. R., permite conocer mejor el tipo anatómico de lesiones menigo-vasculares. (id).

\* \* \*

La Reacción de las Albúminas reconoce a menudo un origen complejo, puede ser debida a la leucolisis de los Glóbulos Blancos, a pequeñas hemorragias ocultas, pero sobre todo a trastornos de la permeabilidad especialmente en las meningitis agudas. Cuando es intensa coincide con reacciones coloidales positiva, revelando de éste modo la existencia de lesiones del parenquima. (id).

Las Reacciones puramente celulares corresponden a invasiones meníngicas.

\* \* \*

Hiper-albuminosis sin aumento del número global de células en el L. C. R., indica siempre lesiones parenquimatosas sin participación de las Meníngicas.

\* \* \*

Las Reacciones de Fijación, correctamente ejecutadas, tienen un valor casi absoluto en el diagnóstico de la Sífilis Nerviosa. (Ravaut).

\* \* \*

En enfermos de Parálisis General o de Tabes, o de otras manifestaciones de Neuro-sífilis, en que las Reacciones fallan, muchas veces una segunda punción practicada días después, o una punción sub-occipital, o la reactivación por medio inyecciones intra-venosas o intra-raquídea de Novarsenobenzol y aun de agua destilada, bastan para que las nuevas investigaciones sean positivas. (Ravaut).

\* \* \*

Si el enfermo no presenta ningún signo clínico, ni siquiera un signo dudoso de Sífilis Nerviosa, la Punción Lumbar practicada sistemáticamente permite a menudo encontrar reacciones del Líquido Céfalo-raquídeo que indican invasiones completamente latentes del Sistema Nervioso. (Ravaut).

\* \* \*

"En resumen, prescindiendo las excepciones, el signo biológico (examen del Líquido Céfaloraquídeo) que precede de manera regular al signo clínico, constituye para nosotros el elemento más precioso para el diagnóstico precoz de la Sífilis Nerviosa.

Viene a ser la exteriorización de las lesiones anatómicas, revela su existencia, intensidad, localización y constituye una verdadera biopsia. (Ravaut).

\* \* \*

"El estudio patogénico de la Sífilis Nerviosa nos muestra que la infección del sistema nervioso tiene lugar sobre todo en los primeros periodos de la enfermedad.

Las lesiones se encuentran sea aisladamente en el sistema meningo-vascular, sea simultáneamente en las meníngeas y el parénquima." (Ravaut).

\* \* \*

"Convencido como estoy de que tanto contra la Parálisis General, como contra todas las demás enfermedades, la profilaxis es más eficaz que el tratamiento, sería también necesario que los médicos que tratan a los enfermos desde los primeros periodos de la Sífilis les recomendaran de un modo expreso la necesidad de la Punción Lumbar desde el período latente de la Sífilis, para comprobar si están amenazados de Parálisis General o de Tabes; y que en caso de peligro deben hacer un tratamiento profiláctico antes de que el mal sea ya irremediable". (Profesor Wagner von Jauregg, de Viena).

\* \* \*

"La mejor profilaxis de la Parálisis General es el tratamiento lo suficientemente específico de la Sífilis Primaria y Secundaria, para impedir que aparezcan Reacciones positivas en el Líquido Céfaloraquídeo, o bien hacerlas desaparecer en caso de haberse presentado ya.

"Una vez terminado el período secundario, se debe tener