

Anales de la Academia de Medicina de Medellín

Fundada en 1888



TERCERA EPOCA - VOLUMEN I - NUMERO 6

JULIO - AGOSTO - SEPTIEMBRE - 1944

BEDOUT - MEDELLIN

ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

FUNDADA en 1888

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

TERCERA EPOCA { VOLUMEN I
NUMERO 6

PORTE REDUCIDO EN EL SERVICIO POSTAL INTERIOR — LICENCIA No. 1143

JULIO — AGOSTO
SEPTIEMBRE — 1944

DIRECTOR, DR. PEDRO NEL CARDONA C.

PROFESOR DE CLINICA GINECOLOGICA — PRESIDENTE DE LA CORPORACION

REDACTORES:

Dr. GUSTAVO GONZALEZ OCHOA

Profesor de Clínica Infantil — Médico. Jefe del pabellón Clarita Santos — Secretario de la Academia.

Dr. ALFREDO CORREA HENAO

Profesor de Anatomía Patológica. Director del Dpto. de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina.

Dr. ALONSO RESTREPO

Ex-Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Contenido:

	Págs.
Ensayo biográfico del profesor Montoya y Flórez — Dr. Pedro Nel Cardona	345
Ambliasis cutánea — Dr. Agustín Piedrahita	378
Clínica urológica del Hospital de San Vicente — Dr. M. S. Arango Mejía	393
Estudio de la tuberculosis en Antioquia — Dr. Edmundo Medina Mejía	406
Labores de la Academia.....	434

Permanente:

La publicación de un artículo no implica que la Academia y el Comité de Redacción de estos Anales aceptan las ideas de su autor.

DR. PEDRO NEL CARDONA

Ensayo Biográfico del Profesor Montoya y Flórez

El doctor Montoya y Flórez ha sido uno de los hombres más notables de Colombia. La generación actual de médicos antioqueños lo conoció ampliamente, y creo exagerar muy poco, al afirmar, que casi todos fueron sus discípulos.

Fue un hombre excepcional por su poderosa inteligencia, por su consagración al estudio y constante anhelo de innovación y de progreso en el ramo de sus actividades, y especialmente, por haber sido uno de los creadores de la cirugía en esta sección del país, en época impropicia y medio hostil, como fueron los que halló a su regreso de Europa, en las postrimerías del siglo pasado.

Era yo apenas un niño cuando ya oía hablar por todas partes, en mi tierra natal, de Montoya y Flórez como de un médico extraordinario. Y no está por demás recordar que allí ejercían la medicina en aquellos tiempos, galenos tan ilustres como Manuel Uribe Angel y José Vicente Maldonado, y que, por consiguiente, alcanzar el parangón con ellos era ya un mérito reconocido.

Pero en realidad, fue en Medellín, en el año de 1910, cuando lo ví una tarde por primera vez, al salir de su casa en dirección al viejo hospital de San Juan de Dios: vivía en la plazuela de San Roque, hoy Uribe Uribe, en la misma casa que ocupa mi discípulo el doctor Uribe Arcila, en el crucero de Pichincha con Junín.

Lo recuerdo más o menos así: hombre de mediana estatura, tez muy blanca, de tipo sanguíneo, cabellos rubios y ojos azules penetrantes, protegidos por cejas tan pobladas que sirvieron más tarde al artista Longas como de rasgo saliente para dibujar su caricatura; bigote kaiceriano abundante; barbilla muy bien cuidada; un poco cargado de hombros, de andar mesurado, vestido de saco-leva color carmelita y sombrero de copa lisa del mismo tono; no usaba bastón.

En una población del suroeste antioqueño, edificada en un plano inclinado, circundada de tierras feraces para la agricultura y con un subsuelo recargado de oro y plata, fue donde nació el doctor Montoya en el año de 1867. Una valerosa tribu indígena, los titiribíes, habitó aquellos contornos antes de la conquista, y para perpetuar su memoria, la población lleva su nombre. El antioqueño que pudiéramos llamar típico, de sangre hispana, piel tostada por el sol del trópico, mano dura para el trabajo y corazón cristiano a toda prueba, era el morador de estas tierras a mediados del siglo pasado. Como centro minero de primer orden, por sus famosos yacimientos auríferos de El Zancudo y Otra-Mina, se distinguía Titiribí, entre las poblaciones del suroeste antioqueño, por su gran movimiento comercial y el acúmulo de gentes que en busca de trabajo acudían allí de todos los rincones del departamento. Todo parecía dispuesto para que la generación que entónces levantaba resbalara al laboreo de las minas o cultivo de los campos, más bien que a las faneas culturales de la inteligencia.

Qué hombre de letras o profesional de renombre, a excepción del cura de almas, tonificaba aquellos espíritus juveniles para el estudio? Acaso la prensa en forma de diarios o revistas encendía en ellos el amor a los libros y el deseo de superarse en forma tan privilegiada?

Es lo cierto, que al abandonar la escuela en las horas de la tarde, se veía a los niños ocuparse en faenas rurales, llevando material de las minas en carretas de mano, hasta llegadas las primeras horas de la noche. Entre ellos se encontraban Antonio José Restrepo, Luis Zea Uribe, Antonio José Cadavid y Juan Bautista Montoya y Flórez.

A través de los años se van perdiendo los recuerdos y las crónicas no precisan detalles de las conversaciones íntimas de aquellos muchachos escolares, en sus ratos de ocio, en los recreos, en sus paseos al campo; ni cuáles serían sus inclinaciones, sus desvelos y sus aspiraciones para el futuro. La marrullería de Restrepo, el idealismo de Zea, la ingenuidad de Cadavid y la sagacidad de Montoya, mezclados en el mortero de un atardecer, cuando todo convida al espíritu a dar de sí cuanto tiene, serían motivos que apenas la imaginación bosqueja con colorido fantástico.

* * *

Empieza Montoya la segunda etapa de su vida, la de sus estudios académicos. Primero en Medellín, en el Colegio del Es-

tado y luégo en Bogotá, donde termina el bachillerato. Hace en seguida el recorrido completo de los seis años de estudios médicos en los claustros de Santa Inés.

Cuenta el doctor Toro Villa, su mejor biógrafo, que fueron muchos los incidentes y contratiempos en este período de la vida del doctor Montoya. Estudiar sin recursos económicos suficientes ha sido siempre tarea difícil y meritoria; tal era el caso del joven provinciano que lleno de aspiraciones buscaba un título. El que de veras anhela ser sacerdote, empieza desde niño por revestirse de monaguillo; y así vemos a Montoya, de boticario en su pueblo, antes de partir a finalizar sus estudios de bachillerato. Su abuelo materno, don Indalecio Flórez, era hombre de algunos posibles, pero no estaba en su mente el favorecer a uno de sus nietos en detrimento de los demás; fue necesario que voces ajenas y bien intencionadas, como las de los caballeros don Alonso y don Daniel de Toro, quienes ocasionalmente conocieron y radiografiaron el espíritu y la gran inteligencia de Montoya, influyeran favorablemente en el ánimo de don Indalecio para dar comienzo así a sus estudios superiores y profesionales.

No eran aquellos los tiempos de los solemnes actos públicos ni de las grandes premiaciones, y fue así, casi en silencio, sin sobresalir cosa mayor, ni ocasionar escándalos de prensa, ajenos a su espíritu modesto y apacible, como fueron pasando aquellos duros años de estudio.

La vida del estudiante en Bogotá era costosa y más aún la del médico joven. A los compromisos universitarios y de vivienda, de suyo ya pesados, se unían entonces los inherentes al cultivo de algunas relaciones distinguidas, que han hecho de la capital, una de las ciudades más encantadoras del mundo pero que naturalmente, traen consigo ciertas exigencias inexcusables. Montoya no se queda atrás: es necesario nuevos sacrificios y a ellos se enfrenta con valentía. Le vemos estudiar el día y velar la noche, como pasante en la Universidad Católica que dirige D. Carlos Martínez Silva; más tarde le encontramos como profesor de física en el mismo Instituto, y ya cuando sus estudios se lo permiten abre su oficina de pequeña cirugía que le ayuda a llegar a la meta de sus aspiraciones, al terminar el pénsum académico en el año de 1891.

* * *

Era tradicional en Bogotá la gravedad de la fiebre tifoidea, y más aún en los forasteros, probablemente por falta de la vacu-

nación adquirida desde niño por los nativos, con la ingestión de pequeñas dosis del bacilo de Eberth. Montoya fue víctima del mal y minó tan duro su organismo, que los médicos dieron el caso por perdido. La hermana Gaetana, tan conocida en Medellín más tarde, como superiora que fue del hospital de San Juan de Dios por cerca de 30 años, estaba encargada entonces, como enfermera del servicio de infecto-contagiosos en el hospital homónimo de Bogotá. El doctor Buendía, médico de cabecera, le dijo un día a la hermana al pasar la visita de la mañana: No le haga más nada a Montoya, déjelo morir tranquilo. No bien salió el médico cuando la hermana se creyó dueña del caso y empezó a trabajar: con un abre-bocas venció el trismus e hizo una limpieza hasta las fauces, que le hizo sangrar, al desprender las fuliginosidades y placas del esfacele que cubrían boca y faringe. Bebidas diuréticas, enemas y aseo cuidadoso del enfermo, lleno ya de escaras, fue la faena del día. Amanece el siguiente, y al llegar el médico a la hora de costumbre, le pregunta en francés: Hermana Gaetana, a qué horas murió Montoya? No, no, no; fue la respuesta de la religiosa, él va mejor; y con gran sorpresa controló la reacción iniciada en el que ya había dado por perdido.

Cuando la hermana Gaetana me refería estas escenas, le brillaban los ojos de satisfacción y regocijo y varias veces me dijo: este Montoya me debe la vida a mí: bendito sea Dios. En la guerra franco-prusiana del año 1870, trabajó la hermana, en pleno campo de batalla, con un valor encomiable, como buena bretona que era, lo cual rememoraba, con un entusiasmo digno de tan noble hazaña.

Todos la recordamos en el viejo caserón de San Juan de Dios, con su figura regordeta, ojos azules, alegre, acogedora, hablando un español que nunca pudo aprender, cariñosa con los estudiantes y amiga de recetar cuando el caso se presentaba. Para ella era un encanto el tiempo de navidad, porque con la ausencia de los médicos, con motivo de las vacaciones de fin de año, le quedaba carta franca para sus curaciones. Estando ya muy ancianita le preguntó la Hermana Provincial si quería volver a Francia, a pasar sus postreros días, o prefería quedarse entre nosotros; ella sin vacilar un instante respondió: quiero morir en Medellín. Efectivamente, en esta ciudad entregó su preciosa alma al Señor, a finales del año 1929, en el manicomio del departamento, que fue su última residencia, por propia voluntad.

* * *

Con una sencillez propia de su carácter, sin bombos ni cla-

rines que siempre detestó como cosa superflua, se llevó a efecto su examen final de grado, el día 14 de marzo de 1892, ante un consejo de examinadores formado por el doctor Liborio Zerda quien fue su presidente de tesis y a la vez era el rector de la Facultad, y de los doctores José María Buendía, Heliodoro Ospina y José María Lombana Barreneche; actuó como secretario el Sr. Enrique Alvarez B. Su tesis versó sobre Electrología Médica, tema muy de actualidad en aquellos días, cuando apenas esbozaban los estudios que tres años más tarde iban a culminar con el descubrimiento de los Rayos X por Roetgen, en 1895; y luego, en el 1896, el no menos importante hallazgo de la radio-actividad, merced al genio de Becquerel, y que los esposos Curies cristalizaron admirablemente con el descubrimiento de los metales radio-activos, en el 1898.

El doctor Montoya abandona la capital y vuelve a Antioquia en donde aspira a trabajar, con el magnífico acopio de conocimientos que había atesorado; pero es el caso, que sus antiguos Mecenas —comó los llama el doctor Toro Villa— ponen en juego de nuevo sus influencias ante su abuelo materno, y así logra el doctor Montoya partir para Europa en viaje de estudio y perfeccionamiento.

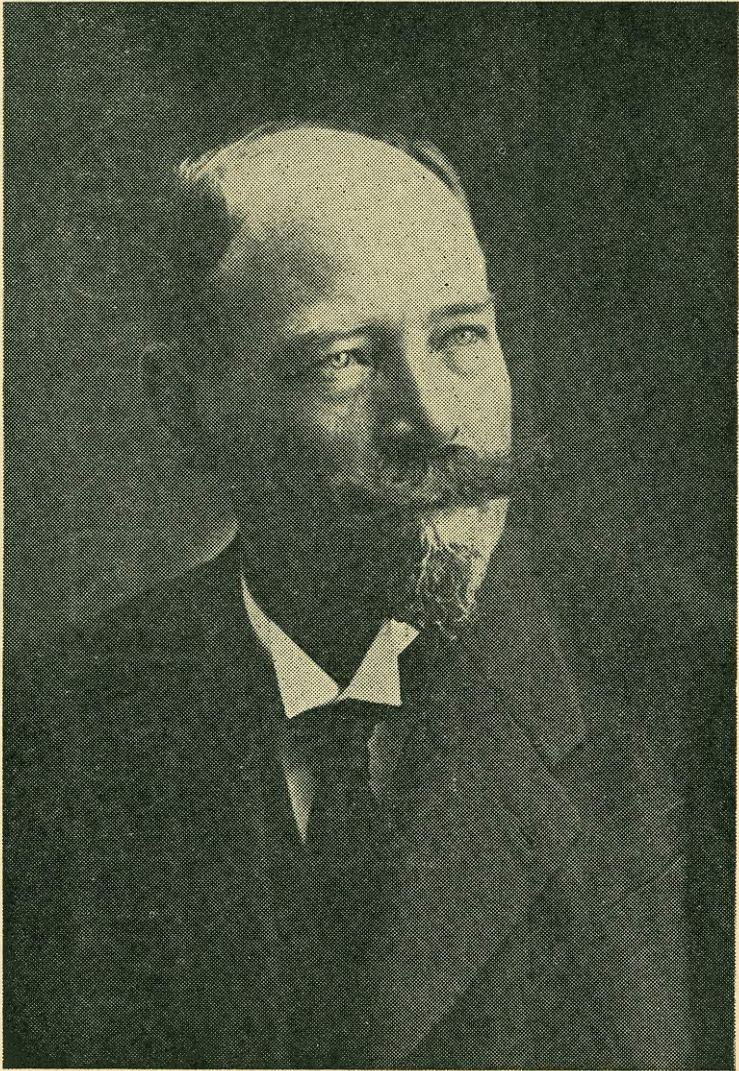
París era por aquellos tiempos el primer centro científico del mundo, y de manera especial para la medicina. Basta recordar que Pasteur enseñaba entonces Bacteriología; Dieulafoy y Potain rivalizaban en elocuencia y sabiduría como internistas, y Doyen dejaba atónitos a sus discípulos con sus nuevas intervenciones quirúrgicas. Los encantos de París, quizá en grado máximo para los estudiantes, predisponían el espíritu a cosas grandes. Todo parece sencillo y a nuestro alcance cuando se frecuentan los hospitales y se escuchan lecciones de Patología en los grandes anfiteatros de la Facultad de Medicina. El medio subyuga sin amilanar. Una euforia tenue como la nieve va circundando el alma y la lleva a acariciar proyectos o a bosquejar ensueños propios sólo de espíritus de selección. En este medio acogedor cae Montoya, que plasma su alma en forma definitiva para las grandes acciones que son el sello de su vida.

La Bacteriología lo avasalla; por lo demás, el asunto es muy explicable: la novedad de las ideas de Pasteur saturan el ambiente. El debió meditar y recapacitar que un bacteriólogo haría época en los anales patrios y que el prestigio así adquirido sería estable. En esta forma tenemos al doctor Montoya frente a un microscopio con ánimo de seguir la vida de los seres diminutos:

Se decide, estudia, trabaja, prepara medios de cultivo, hace siembras, ve y compara, y cuando ya se siente preparado emprende viaje de regreso y se instala en Medellín en el año de 1894. Tenemos así al que pudiéramos llamar el Montoya bacteriólogo. Ejerce su profesión bajo buenos auspicios y abre cátedra libre de Bacteriología, hasta entonces desconocida entre nosotros, y por consiguiente, no incluida en el pènsum de nuestra incipiente Facultad. Pero como es un inconforme, o mejor, un soñador atrevido y emprendedor, no se contenta con lo existente y concibe la idea de descubrir, él también, algo de lo mucho que aún permanece ignoto en las reservas de la naturaleza. Estudia la Filariosis en los mayos y sapos del Valle de Aburrá, pero sobre todo, consagra su inteligencia al estudio del carate, entidad patológica desconocida en el viejo mundo y emprende una serie ordenada de trabajos que culmina con el hallazgo de unos hongos que él clasifica en cuatro grupos, y a los cuales atribuye —como agente específico— los carates rojo, violáceo oscuro, azul y violeta gris.

Al mismo tiempo que ejercía la medicina daba sus primeros pasos en la cirugía, con aplicación de los principios de asepsia y antisepsia, preconizados por Lister. Por los mismos días llegaron también de Europa dos distinguidísimos médicos, los doctores Maldonado y Pérez, mensajeros de las mismas prácticas y sistemas, y juntos los tres, sembraron la semilla de la cirugía científica entre nosotros.

Corren dos años largos en estas actividades y emprende luego su segundo viaje a Europa, con miras tan altas como correspondían a su preclara inteligencia: trataba nada menos que de obtener el Diploma de doctor de la Facultad de París. Era permitido en aquellos tiempos en Francia otorgar el diploma del estado, pero mediante requisitos difíciles de llenar a cabalidad. Uno de ellos exigía la presentación de un trabajo original, como tesis de doctorado, basado en la observación personal de casos clínicos que tuvieran el interés científico digno de tal honor. Es bueno recordar que con el diploma del Estado, era permitido el ejercicio de la profesión en el territorio francés y sus colonias, y que por consiguiente, las exigencias de la Facultad para otorgarlo eran controladas con el rigor y la seriedad del caso. El doctor Montoya lo sabía perfectamente y por eso presentó su trabajo iniciado en Medellín y seguido en París en el Laboratorio de Saboraud, sobre el carate o mal del Pinto, con microfotografías preciosas del agente causal (una variedad de *aspergillus*), y una



Prof. Montoya y Flórez

Año 1913

relación clínica de la enfermedad, que dieron a la tesis el carácter de verdadera novedad. El día 17 de noviembre de 1898, ante un jurado presidido por el profesor Dieulafoy, obtuvo el codiciado diploma, con la más alta calificación que sólo le asigna la Facultad a los predestinados de la ciencia. En efecto, el lauro, para esta clase de trabajos es cosa de excepción entre nosotros, y cómo lo sería en París, en aquellos días de la edad de oro de la medicina francesa, con un jurado presidido por el príncipe de la clínica en aquel entonces? Besnier, dermatólogo de fama mundial, ya anciano, abre sus brazos y estrecha calurosamente al nuevo doctor a quien felicita por su obra. Era el primer trabajo científico que se presentaba sobre el carate, con la descripción completa del agente causal y con la aceptación unánime del alto mundo del saber. Castellani propuso la creación de dos nuevas especies de hongos patógenos, Montoyella y Montoyai, como agentes del carate y en honor del sabio colombiano. En el tratado de Patología Exótica de Le Dantec, se lee la descripción de los cuatro grupos clínicos del carate, tomada de la tesis de Montoya, con una microfotografía ilustrativa sobre el particular. El triunfo obtenido en esta vez por el doctor Montoya fue colosal, e indudablemente el mayor de su vida: fue una verdadera apoteosis.

El tiempo sigue su curso natural. El primer decenio del siglo XX fue, si se me permite la frase, el de la Sífilis, por los descubrimientos alemanes del agente específico de la enfermedad, de la reacción serológica respectiva y del seiscientos seis, o sea, el primero de los arsenicales empleados para combatirla. Y quién creyera! Estas fueron las armas que más tarde derrotaron la tesis sostenida por Montoya sobre el carate; naturalmente que de una manera indirecta, puesto que el carate y la sífilis son hasta hoy dos entidades nosológicas diferentes. Es lo cierto que primero en México y casi al mismo tiempo en Medellín, se observó que la reacción de Wassermann y sus afiliadas eran totalmente positivas en los caratosos, aun sin antecedentes específicos; igualmente se apreciaron los resultados de los arsenicales orgánicos en la enfermedad; faltaba tan sólo el hallazgo de su agente específico que debía ser, en el mismo orden de ideas, una espiroqueta, y así vienen las dudas, cada día más fundadas, sobre la especificidad de los hongos descritos en 1898. En varias ocasiones le mencioné el asunto al doctor Montoya; primero cuando se negó de plano, en el Perú, la especificidad de los aspérgilos como agentes productores del carate, y él me respondió: "ese imbécil no sabe buscarlos: el problema ya está resuelto por los entendidos". No obstante, cuando el doctor Gustavo Uribe Escobar compro-

bó años más tarde la positividad de la reacción serológica en los caratosos, vio su tesis al borde del abismo, y trató de explicarla por infección concomitante. La muerte lo sorprendió antes del descubrimiento de la espiroqueta específica, a pesar de que, en concepto de Brumpt, los hongos descubiertos por Montoya desempeñan papel importante como agentes —quizá— de infección secundaria. En todo caso fue necesario un lapso de cuarenta años para esclarecer la cuestión.

* * *

Pasteur murió en el año de 1895. La culminación de su obra estaba consumada.

El vuelo de la cirugía era incontenible como secuela natural de los descubrimientos del sabio francés y las adaptaciones de Lister.

Doyen estaba en su apogeo con el empleo de técnicas revolucionarias y el aporte de instrumental quirúrgico de gran novedad. Estas circunstancias influyeron favorablemente en el ánimo de Montoya para decidir la suerte de sus nuevas actividades por el campo de la cirugía, la más bella y audaz de las ramas de la medicina. Su ídolo es Doyen, a quien sigue con perseverancia musulmana y trata de imitar en sus más mínimos detalles.

El cirujano de Reims es nervioso cuando opera, algunos le tildan de epiléptico por sus movimientos rápidos, audaces, la congestión de su rostro, la altivez de su genio con sus ayudantes, en veces insoportable, porque reprende, manda, exige, rechaza, todo a un mismo tiempo, tratando de ganar minutos que él los toma por siglos para conseguir el éxito a todo trance.

Acorta el tiempo de la histerectomía vaginal, en forma tal, que de tres horas que era lo usual, lo reduce a tres minutos o tres minutos y medio, con asombro indescriptible de los asistentes, por lo cual se le califica de brujo. En la fragua de su padre aprendió de niño a familiarizarse con el modelado del hierro y esto le sirvió para ingeniar gran número de instrumentos quirúrgicos entre los cuales sobresalen la valva suprapúbica con apoyo en los muslos, el tirabuzón para hacer presa al fibromioma uterino, el trépano por medio de fresas, las pinzas largas y de ramas curvas y flexibles para la hemostasia de los pedículos uterinos, agujas de varios modelos, tijeras, etc.

Doyen ha sido indudablemente la figura máxima de la cirugía.

Hay un detalle muy curioso y es el parecido físico de Montoya y el gran cirujano francés: el color de los cabellos, la esta-

tura, la piel blanca y sonrosada, los ojos azules penetrantes de un tono galileo, circunstancia que nuestro coterráneo percató y que lo atrajo más y más al famoso cirujano de Reims. De allí el corte de la barba, el vuelo de los mostachos y una que otra manera de ser muy semejantes, que a Montoya complacían sobre manera.

* * *

Regresa de nuevo a su tierra, pero —claro está— muchísimo más inclinado a la cirugía que al microscopio; con el aporte de grandes conocimientos; su diploma del Estado francés; un moderno equipo quirúrgico y magníficas obras de consulta: el éxito está asegurado.

Instala su consultorio en el costado norte de la plaza de Berrió, donde está hoy el Edificio Hernández, y hace colocar en la puerta este lacónico anuncio: **Montoya y Flórez. Cirujano**

Durante los primeros siete años de esta centuria trabajó como cirujano en el hospital de San Juan de Dios; al principio, operaba en un corredor, al aire libre, y luégo hizo construir con donaciones que él mismo agenció, una modesta sala de cirugía, de forma octagonal y que pudiéramos llamar su hogar quirúrgico, porque fue allí donde laboró la mayor parte de su vida. La sala estaba dividida, por una baranda de un metro de altura, en dos compartimentos desiguales: el más grande, destinado para las intervenciones, con su mesa central y demás accesorios indispensables; y el pequeño, para los médicos asistentes y estudiantes del curso, con su gradería correspondiente y puerta lateral independiente.

El doctor Montoya dotó su servicio con un instrumental moderno, de la casa Collin, de París y el primer autoclave que vino a Antioquia.

* * *

Hagamos un pequeño paréntesis para recordar a Medellín a principios del presente siglo, cuando su población era tan sólo de unos sesenta a setenta mil habitantes; una ciudad embotellada, pudiéramos decir, sin carreteras ni trenes; sin más extranjeros que cuatro o seis místeres que ya sabían comer arepa; con una sociedad selecta, exigente, de costumbres austeras y religiosa en sumo grado. Las virtuosas y santas mujeres de aquel tiempo eran incapaces de consultar un médico soltero, y menos aún, de someterse a exámenes clínicos de rigor para llegar a un diagnóstico preciso.

Por otra parte, el doctor Montoya era ya un hombre de treinta años, antioqueño de pura cepa y necesitaba naturalmente formar su hogar. Era lo que solemos llamar en lenguaje familiar, un buen partido, con títulos académicos de gran valía, fama muy merecida como cirujano, buena presencia y magnífica posición social. Encontró en su camino una dama que colmó sus aspiraciones por su belleza, esmerada ilustración y nobles abolengos, y con ella unió su suerte el día 2 de febrero de 1903. La ceremonia fue sencilla y elegante; tuvo lugar en la iglesia de la Candelaria, justamente el día de su fiesta patronal y que era entonces la iglesia que servía de catedral de Medellín.

Yo conocí a doña María, todavía soltera, cuando iba de paseo a mi pueblo, a casa de su tía doña Teresa de Uribe, y era, en verdad, una mujer encantadora, bellísima, que a toda la muchachería de entonces nos fascinaba sobre manera. En su matrimonio no tuvo el doctor Montoya hijos varones, pero sí cuatro niñas a quienes educó y formó con el mayor esmero.

* * *

Llega la tormentosa era del quinquenio; el general Reyes era una locomotora sin frenos que recorría todas las actividades de la vida civil y militar del país. Los lazaretos estaban desorganizados a más no poder; basta anotar que en los tres principales leprocomios, que eran Agua de Dios, Caño de Loro y Contratación, vivían en comunidad sanos y enfermos, disfrutando todos de la pensión que daba el gobierno y que los sanos acariciaban cordialmente.

Se necesitaba un hombre para enderezar tal desbarajuste, que fuera a la vez un científico, hombre de acción y buen organizador. El general Reyes había conocido en Europa al doctor Montoya y no era ajeno a sus triunfos y grandes merecimientos. En efecto, en el año de 1907 le ofreció la dirección de los lazaretos nacionales, con residencia en Bogotá y le dio facultades extraordinarias para el desempeño de su oficio. Aceptó el nombramiento y abandonó a Antioquia por dos años. Al mismo tiempo se le nombró profesor de clínica interna en la Facultad de Bogotá, honor que aceptó tan sólo por unos pocos meses, entre otras razones, por no ser del ramo de sus aspiraciones.

Tenemos de nuevo a Montoya frente al microscopio y con vasto campo de experimentación. Estudia la dactilitis mutilante en las gallinas de las cercanías de Agua de Dios; hace dilatadas investigaciones tendientes a comprobar la identidad del bacilo de Hansen con el de Stefausky, en las ratas, para hacer

luz en la etiología del flagelo encomendado a sus cuidados. Rinde informes de carácter científico que duermen inéditos en los archivos de la dirección nacional de lazaretos, no porque carezcan de interés sino por la apatía de los poderes oficiales.

Pero la nota trágica en el desempeño de su empleo fue el hecho de que al pasar visita en Agua de Dios encontró muchos familiares de los enfermos, que se hacían pasar por tales, a contentamiento de las autoridades y que era necesario hacerlos salir para que volvieran al cultivo de la tierra. Aquí fue Troya! Huelgas, alzamientos en masa, acechanzas en los caminos, insultos y mil mortificaciones más, de todos los cuales logró salir ileso milagrosamente, con la bandera de justicia en lo alto, gracias a que el Gobierno lo apoyó con energía y respaldó sus actuaciones con la dignidad debida.

* * *

El plan administrativo del general Reyes era amplio y cobijaba todas las ramas del gobierno, con medidas saludables, muchas de ellas, pero también con errores calificados apenas de ignominiosos, entre otros, el de la centralización universitaria, de la enseñanza profesional.

Como secuela de tal medida la Universidad de Antioquia se vio obligada al cierre de la facultad de medicina, en el año de 1906, a pesar de que despedía un crecido número de estudiantes pobres, ya con estudios avanzados, pero sin recursos suficientes para continuarlos en la capital de la república.

Cayó el gobierno en el año de 1909; se restablecieron las prácticas republicanas, y con ellas la libertad de enseñanza profesional que la Universidad acogió con los brazos abiertos y restableció las facultades de medicina y derecho que iniciaron labores en febrero de 1910.

Ocupaba entonces la rectoría de la Universidad el doctor Tulio Ospina, a quien llamábamos simplemente don Tulio, y le tocó en suerte por sus múltiples merecimientos, ser el primer rector de la era actual de nuestra magna Institución.

Sólo se abrió el año primero para los diez jóvenes que solicitamos matrícula, y se nombraron profesores a los doctores Gil J. Gil, Camilo Botero Guerra, Nepomuceno Jiménez y Francisco A. Uribe M., para las asignaturas de Anatomía, Química mineral, Física médica y Botánica, respectivamente. Pero como anotamos atrás, un grupo distinguido quedó por fuera sin terminar estudios en el año de 1906; la nueva Facultad le abrió también sus aulas y así tenemos entonces, entre otros, al doctor Montoya y

Flórez de profesor titular de Clínica Quirúrgica, cátedra que sirvió hasta su muerte, sin más interrupción que la necesaria para sus viajes de estudio por Europa y Estados Unidos.

Las cátedras de clínicas quirúrgicas —en nuestro medio, igual que en Europa y demás centros civilizados— son muy ambicionadas por razones obvias, de tal manera que llegar a su rectoría es cosa muy difícil, entre otras razones, porque cada aspirante es un verdadero valor quirúrgico por su preparación ascensional o por su larga práctica. En el caso concreto del profesor Montoya había otra candidatura viable, muy difícil de descartar, y era la del doctor José Vicente Maldonado. Igualmente hubieran ocupado la cátedra con brillo los doctores Baltazar Ochoa y Tomás Quevedo Alvarez, como personajes muy visibles en el campo quirúrgico, que gozaban del aprecio general por su preparación cultural, exquisito dón de gentes y espíritu caritativo reconocido por todo el mundo. Lo cierto del caso fue que el doctor Montoya salió vencedor con su candidatura y a contentamiento general, porque sus émulos eran hombres totalmente ajenos a la intriga y bajas pasiones, y sabían deponer con nobleza sus ambiciones justas y honradas, en bien de la fraternidad médica y de los intereses de la patria y de la Universidad.

Maldonado y Montoya eran dos valores de igual mérito en el campo científico aunque de atributos y cualidades diferentes. Ambos esencialmente cirujanos pero de gestos quirúrgicos dispares: Maldonado elegante y rápido, Montoya cuidadoso y lento; Maldonado finísimo en el diagnóstico, Montoya en cambio se atenia más a la indicación quirúrgica para obrar en seguida; Maldonado gastaba una ironía picante, a veces mordaz, que lo cortaba a uno, y en cambio Montoya era sencillo y acogedor; más profunda la erudición médica de Maldonado, pero más extensa —sin ser superficial— la de Montoya; los dos eran de carácter altivo pero de tonalidad muy diferente; Maldonado parecía ciudadano de Síbaris, en cambio Montoya era austero y enemigo del boato y del lujo; los dos eran poseedores de gran cultura general aunque de orientaciones diversas, porque mientras Maldonado se deleitaba con Renán, Voltaire y Spencer, Montoya se fascinaba con el estudio de nuestros aborígenes, la lectura de las Sagradas Letras o los pormenores de la vida de Francisco de Asís.

Pero lo que más distanció a los dos grandes hombres —como cirujanos— fue el valor de Maldonado ante el peligro, que nunca lo arredró y que siempre supo afrontar con una entereza y fir-

meza varoniles: hay que operar, pero el caso es malísimo y de perspectivas sombrías, y sin embargo Maldonado lo afrontaba: lo tenían sin cuidado los comentarios y los pormenores estadísticos. En cambio, Montoya escogía mejor sus casos y se complacía comentando sus estadísticas, casi tan brillantes como las de los cirujanos de Rochester: Montoya era un virtuoso del bisturí.

* * *

Al fin llegó el año de 1915, y nos matriculamos en el curso de clínica quirúrgica y ginecológica, como entonces se llamaba, porque las dos se hacían conjuntamente; algo más, los casos de vías génito-uritarias, los referentes a oto-rino-laringología, los de cirugía de urgencia, todos, absolutamente todos convergían al mismo servicio. Nuestra escuela de medicina era apenas adolescente, y mi grupo, el primero de la nueva generación de 1910 que llegaba a la sala de operaciones. Eramos diez, a cual de todos más entusiasta por hacerse cirujano y digno seguidor de aquel hombre que nos electrizaba con la mirada y nos subyugaba con sus formidables enseñanzas.

Montoya estaba entonces en su apogeo como cirujano; su único rival, el doctor Maldonado, empezaba a sentir ya los primeros golpes de su enfermedad; los doctores Ochoa y Quedo Alvarez habían emprendido el viaje sin retorno, en forma inesperada.

Dos jefes de clínica servían admirablemente como asistentes del curso y eran los doctores Gil J. Gil y Alfonso Castro, el primero en el servicio de ginecología y el segundo en el de cirugía general. Esto pasó hace casi seis lustros. El viejo caserón de San Juan de Dios disponía sólo de un salón de enfermería para los casos quirúrgicos de hombres, dotado de 15 camas, y otro, para el servicio de mujeres con 18 camas. La falta de medios de comunicación explica suficientemente la escasez de población hospitalaria para los servicios; a pesar de esto, el de cirugía era muy solicitado debido sin duda a la fama del personal científico que atraía enfermos aún de los departamentos vecinos.

Define la Academia de la Lengua, como profesor, a la persona que ejerce o enseña una ciencia o arte, y en tal sentido, a pocas personas cuadra también como a Montoya y Flórez el título de profesor. Efectivamente ejercía su profesión con una competencia indiscutible, y a la enseñanza dedicó sus talentos, su energía y sus múltiples capacidades.

No era orador, al estilo francés, mas sí un expositor jugoso, metódico y de grandes proporciones. Sus conferencias eran ame-

nas e instructivas; salpicaba sus exposiciones con la narración de casos clínicos que rememoraba con admirable precisión al cabo de los años.

Hablaba de su primera histerectomía, hecha en el año de 1893 como si hubiera sido ayer; recordaba el caso del primer caso operado en Antioquia, con detalles cómicos que lo hacían reír intensamente; le brillaban los ojos de alegría cuando narraba su primera gastrectomía, con detalles de post-operatoria, como por ejemplo, el huevo pasado por agua que el enfermo comió al cuarto día sin el más mínimo accidente.

El tema de la litiasis biliar, tan arduo y discutido, alrededor de la conducta del cirujano entre la colecistectomía o la colecistostomía, lo estudiaba y analizaba con verdadera maestría y aunque era ferviente partidario de la primera, aducía con argumentos contundentes que el simple avenamiento de la vesícula era en ocasiones irremplazable. No hay que dejarse llevar de la moda, me decía frecuentemente: es mejor en casos graves intervenir dos veces —en vivos— que una sola vez y mandar el enfermo al cementerio. No olviden señores, que el ano biliar es la intervención preferible en casos de gran infección de las vías hepáticas; y al respecto, refería, año tras año, el caso de un enfermo operado en el hospital por un distinguido cirujano, y en el cual yo intervine como ayudante; desgraciadamente el enfermo murió en el curso de la intervención: en ese momento entró el profesor y me inquirió sobre el particular; yo le narré con algunos pormenores la gravedad del caso y al mismo tiempo la operación que se le había hecho, o sea una colecistectomía. Grave error, mi amigo, fueron sus palabras, en semejantes casos sólo debe hacerse el ano biliar mientras el enfermo mejora para operarle en un segundo tiempo.

La apendicitis crónica era la piedra angular de sus enseñanzas cotidianas; talvez parezca exageración afirmar que gastaba varias semanas en torno al mismo tema; cada síntoma o signo eran motivo de dilatado análisis; los ojos de ratón que en su concepto tenían los apendiculares, y que él atribuía a observación personal, le servían de tema para miles consideraciones alrededor del simpático y del para-simpático en sus relaciones con la lesión apendicular y la mirada maliciosa de estos enfermos.

La fatiga del antioqueño sin horario determinado; el cansancio muscular al despertar por las mañanas sin otra causa especial que lo explicara, eran para él signos de gran valor para el diagnóstico de apendicitis crónica. Hablaba de Rosenow y su

teoría con gran entusiasmo: lesiones bucales, amigdalitis crónicas, pequeñas infecciones del rinofaringe seguidas de trastornos digestivos más o menos oscuros, llevan al clínico al diagnóstico de apendicitis crónica.

Pero doctor, le pregunta en cierta ocasión uno de sus discípulos, cómo puede una lesión tan pequeña trastornar el funcionamiento de todo el tubo digestivo? Y él le responde rápidamente con ironía magistral: usted sale cojeando por la calle cuando tiene una nigua en el dedo pequeño del pie izquierdo: deduzca si es capaz.

El doctor Montoya operaba con el mismo interés sus enfermos de apendicitis crónica que los ulcerosos del estómago o portadores de grandes tumores, y murió convencido de la gravedad de la apendicitis crónica no diagnosticada por ignorancia o por prevención.

Una mañana le acompañamos a pasar visita a las enfermerías y como no hubiese encontrado caso grave para dar clase, le llamó la atención uno de los enfermos para que le diera una receta para una ulceración de la pierna, porque ya estaba para salir del hospital. Lo vio con detenimiento y se puso a hablar sobre el caso, más o menos a las nueve de la mañana, y cuando ya iban corridas dos horas, después de una jugosa exposición, una de las más instructivas que le oímos, vio la hora y nos dijo: se hace tarde, después seguiremos hablando sobre este asunto. Nunca nos sorprendió tanto como ese día la erudición del profesor Montoya, al oírle hablar en esa forma, con aquel acúmulo de datos clínicos y anatomo-patológicos sobre un tema que él no había preparado ni consultado oportunamente.

* * *

En mis tiempos de estudiante se oía hablar con gran fervor a los compañeros que hacían sus estudios en Bogotá, del profesor Pompilio Martínez, quien desempeñaba en la facultad nacional la cátedra de clínica quirúrgica, y como era más que natural, traían a colación las comparaciones entre los dos profesores; después de escrutar las diversas opiniones se llegaba a la conclusión de que Martínez era mejor clínico, pero Montoya más habilidoso operador. En verdad, se apreciaba una especie de contradicción entre la erudición del Profesor Montoya y cierta apatía por la precisión del diagnóstico. El veía claramente una indicación operatoria, v. gr., una masa tumoral en la fosa ilíaca derecha, y sin mayor desgaste intelectual disponía la operación, que afrontaba con la maestría y habilidad acostumbradas. El diagnóstico dife-

rencial, base esencial del diagnóstico positivo, lo miraba siempre con indiferencia; fue ésta tal vez la única faceta de su lapidaria inteligencia que no brillaba debidamente, y que hacía contraste manifiesto con todas las demás.

Pompilio Martínez, en cambio era un clínico sagaz que hacía del diagnóstico diferencial el fuerte de sus exposiciones; en este campo el profesor bogotano era incomparable.

* * *

En la sala de operaciones el profesor Montoya era un hombre extraordinario; él controlaba la anestesia, a la Hermana del servicio y a sus ayudantes inmediatos; a todos a un mismo tiempo y a todos por separado; porque ha de saberse que sus palabras eran cortas y pocas, pero contundentes; muchas veces era una mirada suya la que encarnaba una idea; otras ocasiones un gesto rápido, un movimiento, los que desencadenaban la acción inmediata y oportuna; llegaba el momento crítico, por ejemplo, en la histerectomía, el tiempo de las uterinas, y el hombre se transformaba en otro, porque no toleraba una gota de sangre en el campo operatorio; y había qué verlo cuando un vaso quedaba mal ligado porque rugía como un león hambriento hasta que el accidente quedaba totalmente dominado.

Para la enseñanza en el curso de las operaciones usaba frases muy especiales que perseguían finalidades completamente definidas, tanto para fijar la atención de sus ayudantes y evitar distracciones, como para lograr la fijeza del estudiantado mismo que lo mantenía en observación constante, a pesar de que el tiempo corría y el cansancio asomaba su espectro por las ventanillas de la sala de operaciones.

Bájele, señor, no lo mate, no lo sidere, le decía al anestesista cuando el enfermo estaba muy profundamente dormido. En otras ocasiones, cuando trataba de moverse el operado, o hacía algún esfuerzo, le decía, en tono jocoso: tenga caridad con este desgraciado porque se nos va sin terminar la operación: súbale a 4, a 6, a 8, a lo que sea necesario, antes de que el enfermo se lo pida; los números se referían a los de la graduación del aparato de Hombredanne, para la anestesia por el éter que era entonces la acostumbrada en el servicio.

Cuando practicaba la apendicectomía, en el momento de seccionar la viscera, le decía al ayudante: proteja, defienda, porque lo que va a salir son materias fecales y se muere este infeliz de peritonitis: témale a los microbios aunque no los vea, pues yo los veo como caballos.

Otras ocasiones: el enfermo no tiene en este momento sino un solo abogado para su defensa, que soy yo; no lo mate, doctor, por la espalda, le decía frecuentemente al ayudante, cuando veía el más leve atentado contra la asepsia.

Cuando amanecía de buen humor y el ayudante no se movía con prontitud, le decía: no se duerma, doctor, porque se lo comen las hormigas; o bien: no se agarre como los micos, suelte esa pinza; no se anquiloze, porque la anquilosis del cerebro es peor que la de las articulaciones.

Cuando el ayudante no veía el pequeño vaso que sangraba, y estaba el profesor en sus buenos días, acostumbraba decirle: el cirujano necesita tener corazón de león, ojos de águila y mano de costurera, y el que no reúne estas condiciones es preferible que cambie de oficio porque la tierra necesita brazos para su cultivo. Estas frases y otras más que sería largo enumerar no perseguían otro fin que la enseñanza, porque su lema era enseñar por bien o enseñar por mal, pero a todo trance enseñar, porque para el día de mañana se necesitarán otros cirujanos los cuales no se forman con lecturas ni viajes costosos sino trabajando en las salas de operaciones en contacto con la realidad.

* * *

Este hombre tan estricto en las salas de operaciones y de una cultura médica tan vasta era ecuaníme sobre manera como jurado de examen; para él sólo había una nota de calificación que era el 5, y muy raras veces el 4; cuando los compañeros de jurado le llamaban la atención sobre el mal examen presentado por uno de sus alumnos o los errores de apreciación del caso clínico analizado en el examen, respondía: . . . ese joven no puede más; él, si va a servir, se va formando poco a poco; no todos van a ser cirujanos. Como se ve, el profesor Montoya no creía mayor cosa en la farsa de los exámenes de fin de año, por razones obvias y que no es del caso analizar ahora; lo cierto fue que de mis condiscípulos del año 5° ninguno obtuvo menos de 4 en el examen de Clínica Quirúrgica, recuerdo agradable que conservaremos de por vida; del grupo aquél solamente el que estas líneas escribe echó por los caminos de la cirugía, y eso a costa de grandes sacrificios, porque la senda es larga y los obstáculos innumerables.

* * *

En el estado de Minessota, al norte y un poco al occidente, en los Estados Unidos, había fundado el doctor William W. Mayo (padre), en una aldea apenas incipiente, una clínica médica que

con el correr de los días, llegó a ser el primer establecimiento de su clase en el mundo. Los dos hijos del doctor Mayo, Charles y William, estudiaron medicina y como era natural, sucedieron a su padre en la dirección de la clínica cuando éste hubo de retirarse por sus años cargado de merecimientos.

Los hermanos Mayo, como generalmente se les llamaba, se dedicaron de lleno a la cirugía, con tal tesón y disciplina que lograron enfocar a este solitario rincón, frío y desconocido hasta entonces, las miradas de cuantos sufrían los dolores de la carne o las torturas del espíritu; la fama de la clínica Mayo se hacía cada día más notoria, tanto por los relatos en veces ampulosos de los enfermos mismos allí tratados como por las publicaciones periódicas y anales estadísticos que eran hace cinco lustros —como lo son hoy— un acontecimiento verdaderamente extraordinario.

En ninguna forma podía pasar desapercibido para el doctor Montoya hecho tan prominente y, en consecuencia, quiso conocer personalmente la clínica y a sus directores. Al efecto, a mediados del año de 1916, emprendió viaje a Estados Unidos, en compañía del doctor Gil J. Gil, todavía su jefe de Clínica y gran conocedor del país del Norte, donde había hecho sus estudios profesionales.

El doctor Montoya hablaba el inglés, aunque no también como el francés, pero sí lo suficiente para hacerse entender con facilidad; visitó primero los hospitales de Nueva York que no lo impresionaron hondamente, entre otras razones, porque nunca más volvió a ocuparse de ellos ni de sus cirujanos; en cambio, la Clínica Mayo se le fue al alma porque le satisfizo en toda la amplitud del vocablo. Sus hombres, sus métodos, sus técnicas, y su organización colmaron sus aspiraciones y siguieron hasta última hora orientando su vida profesional.

Hizo amistades con grandes hombres en Norte América, entre otros con los hermanos Mayo, que lo invitaron a su mesa, y con quienes cultivó relaciones epistolares por largos años; se le oía hablar frecuentemente de Carlos y de William (sin el apellido) como de amigos de confianza; igualmente conoció y trató a Crile, famoso cirujano de Cleveland, que tenía su hospital a orillas del lago de Michigan y que se distinguió por ser el mejor operador de coto conocido hasta hoy. Crile fue un filósofo de la cirugía; fueron muchas sus teorías para explicar las sensaciones dolorosas; sostenía que un enfermo anestesiado con éter, por ejemplo, sentía el traumatismo operatorio con el inconsciente; de allí

su punto de vista de la disociación del dolor y su famosa teoría que tanto agradó al profesor Montoya y que trató de divulgar con el calor y entusiasmo que ponía a esta clase de principios, llenos de sabiduría y bondad. En desarrollo de esta tesis, se empezó a usar la cocaína para bloquear el campo quirúrgico, como complemento de la anestesia general, con miras a la profilaxis del shock operatorio; han pasado varios años y todavía siguen en pie los principios y concepciones de Crile.

Los redactores de la revista americana *Surgical, Gynecology and Obstetrics*, de Boston, conocida en el mundo médico como la mejor de su clase, solicitaron personalmente la colaboración del profesor antioqueño cuando visitó sus oficinas; atención que él correspondió cuando regresó al país con el envío de dos artículos que vieron la luz, en el año de 1918, con el epígrafe de *Rectal anaesthesia by Means of Ether*, el uno, y el otro, *Cancer in the Surgical Clinic of the San Juan de Dios Hospital*.

Regresó al país animado y deseoso de implantar entre nosotros los métodos americanos hasta donde las circunstancias lo permitían; empieza una nueva era en lo referente al movimiento quirúrgico en su servicio hospitalario, pues en lugar de una intervención diaria, que era lo usual, se hacen tres o cuatro en cada sesión, con gran economía de tiempo porque a lo más, se perdía el suficiente para el cambio de enfermos, ya que sólo se disponía entonces de una sala de operaciones y no de varias, como en los hospitales de Norte América.

El vestuario acostumbrado por los cirujanos en Rochester fue también implantado en Medellín, lo mismo que un dispositivo especial para la aplicación del éter anestésico gota a gota.

Con aquel espíritu de adaptación que le era tan peculiar e impresionado con el laconismo y sencillez de la lengua inglesa, empezó a simplificar, o mejor, a economizar palabras en el curso de la intervención, a la usanza de Rochester, y así le oíamos decir: limpiar, esponjar, ligar, cortar, etc., para significar con el solo enunciado del verbo en infinitivo que había de ejecutarse un acto, más o menos complicado, en el menor tiempo posible y con la eficacia requerida para el caso.

* * *

El doctor Montoya era hombre de impresiones: lo vimos regresar de Europa vestido a la francesa con barbilla arreglada a lo Doyen, sombrero de copa alta y el chic parisiense en sus maneras. Ahora regresa hecho otro hombre en su presentación personal; vestido a la americana, con sombrero de copa floja, sin

bastón, y lo mejor de todo, afeitada la barba inclusive el bigote, que le dio aire nuevo y aspecto juvenil.

El viaje del doctor Montoya fue de gran provecho para nuestra Facultad de Medicina porque sirvió de derrotero a otras ideas, a otra escuela distinta de la francesa, que era como la oficial en nuestro país y la que religiosamente se adoptaba para los estudios en nuestra Facultad. Es justo consignar en este momento que desde el año de 1910, el doctor Gil venía trabajando con ahínco en este mismo orden de ideas, más, no obstante, fue al doctor Montoya a quien le tocó afianzar con su prestigio la escuela americanista, que ya se venía perfilando años atrás, y contribuir así a la formación de una nueva, que a manera de cocktail, ha venido laborando en continuo progreso hasta nuestros días.

* * *

Habíamos anotado atrás, que desde la fundación de la nueva Escuela de Medicina, venían trabajando con el profesor Montoya, como jefes de clínica, los doctores Gil J. Gil y Alfonso Castro, con entusiasmo y consagración ejemplares. Todo el gremio médico de la ciudad apreciaba los progresos alcanzados por los señores jefes de clínica en el curso de sus años de trabajo hospitalario, y al mismo tiempo veía lo ventajosa de la posición como medio para alcanzar la formación de cirujano de carrera; en el año de 1918 hubo acalorados debates en el seno de la Facultad, que culminaron con el retiro de los doctores Gil y Castro, y el llamamiento a concurso para proveer las ambicionadas jefaturas.

El profesor permaneció ajeno a las discusiones, no por falta de carácter, más sí, porque su situación era sobre manera engorrosa si se tienen en cuenta, de un lado, los nexos de amistad que le ligaban a sus compañeros de trabajo, por demás, leales y estudiosos; y del otro, la justicia que encarnaba la rotación, para satisfacer otras aspiraciones y colmar anhelos acordes con nuestro credo republicano.

Para el período de 1919 y 1920 fueron nombrados por concurso, los doctores Luciano Restrepo I. y Braulio Henao Mejía, como jefes de clínica quirúrgica y ginecológica respectivamente, a quienes acogió el profesor con su acostumbrada benevolencia. Para el bienio siguiente, entramos el doctor Jacinto Echeverri Duque y yo, a las jefaturas de quirúrgica y ginecológica, previas las formalidades del concurso, ante un jurado presidido por el doctor Montoya y formado por él y los doctores Gil y Castro.

Entonces empezó para mí la verdadera escuela, la que me pre-

paró para la lucha, porque aunque la jefatura ganada era sólo por dos años, circunstancias especiales que no vale la pena de analizar ahora, prorrogaron mi estadía en la clínica quirúrgica por diez años, ocho de los cuales los pasé al lado del profesor Montoya y los dos restantes con el doctor Gil, cuando el profesor titular estuvo en Europa.

Es entendido que se ambicionaba esta posición como coyuntura necesaria para una formación quirúrgica, pero el desempeño de sus funciones era arduo y pesado, por muchas razones, una de ellas, el tiempo que era alrededor de cinco horas diarias para poder dar cumplimiento como lo exigía el profesor; pero había otra, de mayor peso aún y era el tormento —si se me permite la expresión— por el que debía pasar el recién iniciado en las ayudantías al maestro. Aquello era terrible. El doctor Montoya perdía su ecuanimidad habitual para transformarse en un hombre exigente, regañón, y a veces, intolerable.

Doyen preconizaba este procedimiento como una necesidad operatoria, y, hasta publicó un folleto en tal sentido, el cual sirvió al profesor como de cartilla porque lo aplicaba con todo rigor. Es menester hacer composición de lugar para darse cabal cuenta de la bochornosa situación del ayudante en el curso de una operación complicada; los estudiantes del curso y algunos médicos asistentes seguían el curso de la intervención; y cuando se presentaba la dificultad, por ejemplo, una hemorragia inesperada, se desataba la tempestad; venían las frases consabidas, tales como, no se anquiloze, no se pegue como los micos, se le va a morir este desgraciado, etc., etc., con las cuales el pobre ayudante se atortolaba más y más, mientras los asistentes sonreían maliciosamente y celebraban el regaño como si fueran chistes. En estas circunstancias la ayudantía se hacía muy penosa y se necesitaba verdadera vocación para soportar pacientemente el aprendizaje en la sala de operaciones.

A mí me tenía especial deferencia y sin embargo, llegado el caso me barría con sus regaños; pero, a pesar de todo, loado sea mil veces el querido maestro, que enseñó sin egoísmo lo que él dominaba a la perfección, valiéndose de los medios que su inteligencia le señalaba como más adecuados para alcanzar el fin. Disentimos en la forma pero aplaudimos y agradecemos debidamente sus enseñanzas.

* * *

Sus primeros jefes de clínica —doctores Gil y Castro— sintiéndose ya mayores de edad como cirujanos, y habiendo por

fuerza de las circunstancias abandonado el hospital, resolvieron fundar una clínica o casa de salud para atender mejor su numerosa clientela; era la primera iniciativa en Medellín sobre el particular.

En efecto, los citados señores, en asocio del doctor Antonio Mesa N., fundaron la clínica Medellín, en el año de 1920; el éxito alcanzado fue notorio, lo cual sirvió de estímulo al profesor Montoya para la fundación de la Samaritana, en el año de 1922, que fue su hogar intelectual y una de sus preocupaciones en los últimos años de su vida. Fueron sus consocios los doctores Braulio Mejía, Restrepo I., Henao, Uribe E. y la Droguería Medellín de don Nicanor Restrepo R.; la administración estaba a cargo del profesor Montoya quien personalmente controlaba los más mínimos detalles.

Allí operaba su clientela particular; la clínica alcanzó fama como era de esperarse; años más tarde quedó de su propiedad por arreglo amigable con sus compañeros; sólo después de su muerte se liquidó definitivamente.

* * *

En el año de 1918 nuestra Escuela de Medicina era ya una verdadera realidad, debido a la calidad del profesorado, a la bondad de sus métodos de enseñanza y al crecido número de estudiantes.

Era entonces rector de la Universidad el ilustre profesor y distinguido académico doctor Miguel M. Calle quien puso íntegramente al servicio de la escuela de medicina sus grandes dotes administrativas. Con certera visión del futuro influyó ante los poderes oficiales y muy especialmente ante la Asamblea del departamento para que se diera a las facultades de medicina y de jurisprudencia, mayor autonomía y propias directivas.

Como secuela de sus actividades, se expidió la ordenanza correspondiente en las sesiones ordinarias de la Asamblea en el año de 1918, y el 1° de julio de ese mismo año empezó la escuela su nueva vida, con rector propio y en local aparte; para el primer período fue nombrado rector el doctor Braulio Mejía, con acierto indiscutible, pues se trataba de escoger por lo alto a quien había de dar brillo y nombre a la joven Institución.

El doctor Mejía estuvo al frente de la Facultad por espacio de dos años, al cabo de los cuales entró a reemplazarlo el no menos ilustre profesor Montoya, señalado por la opinión unánime de profesores y estudiantes para tan alta dignidad; su rectorado fue también de dos años, y se distinguió por su ecuanimidad, rec-

titud y exquisito dón de gentes en sus relaciones con los profesores y estudiantes.

* * *

Desde el año de 1922 empezó a sentirse enfermo, afortunadamente con dolencia todavía no definitiva para su preciosa existencia, pero sí lo suficiente para una preocupación constante; se trataba de un pólipo vesical que le ocasionaba hematurias frecuentes y de alguna consideración.

Mejóro con tratamiento sintomático por unos meses, pero le vino un poco más tarde, una nueva crisis que le obligó a emprender viaje a Europa, en el año de 1923, en busca de su amigo el profesor Legueu, de París, especialista de reconocida fama en enfermedades de las vías génito-urinarias.

Atando cabos recordamos que desde el año de 1922, cuando el general Ospina asumió la presidencia de la república, se le ofreció al doctor Montoya, espontáneamente, una legación en Europa, por mediación de un político antioqueño de gran prestigio en aquellos días; por el momento declinó el honor, pero manifestó que si más tarde resolvía lo contrario, daría aviso oportunamente.

El político mediador tuvo conocimiento del viaje que proyectaba el profesor con motivo de su enfermedad; sin consultarle una palabra fue donde el señor presidente de la república y le expuso los hechos llanamente.

La legación de París había sido ya ocupada por el periodista Ismael Enrique Arciniegas, quien había trabajado con gran entusiasmo desde las columnas de "El Nuevo Tiempo" en favor de la candidatura Ospina. Como el profesor Montoya había manifestado explícitamente desde el año anterior que en caso de aceptar algún puesto en el exterior sería únicamente en París, porque en otro lugar no le interesaba bajo el punto de vista científico; ocho días antes de partir para Europa el doctor Montoya, tuvo necesidad de venir a Medellín el señor presidente de la república, en misión oficial; un tren especial salió con los comisionados de recepción, entre los cuales iba el doctor Montoya, y al saludarlo el general Ospina, le entregó un pergamino que traía en su bolsillo y le dijo: esto es lo único que pude hacer por usted, pero ha de saber que no quedaron colmados mis deseos. En efecto, el pergamino lo acreditaba como secretario general de la legación colombiana ante el gobierno francés, y no ministro, como hubieran sido indudablemente los deseos del presidente, que conocía y apreciaba los merecimientos de la personalidad del profesor Montoya y Flórez.

Cerca de dos años estuvo esta última vez en la ciudad de sus grandes triunfos del año 98; aprovechó el tiempo no solamente en el mejoramiento de su salud sino también en el estudio de algunos puntos de cirugía moderna que él conocía, pero que no había practicado lo suficiente.

La cirugía estética fue entonces el blanco de sus aspiraciones, aunque también se empapó en las ideas de Leriche sobre el gran simpático, de gran novedad en aquellos días y totalmente desconocida entre nosotros.

La primera operación plástica que hizo a su regreso, fue a don Isidro Molina, personaje muy conocido en Medellín por sus gracejos, la cual consistió en una plastia de la nariz, con cartilago costal, que cambió favorablemente su rostro y fue objeto de múltiples comentarios en todos los círculos sociales de la ciudad; el profesor gozaba comentando el caso con los estudiantes y le sirvió de estímulo para nuevas intervenciones que llevó a cabo posteriormente.

Algunos años más tarde tuve oportunidad de ver una fotografía del doctor Montoya diplomático, en la casa Krieg, de París, con su chaqueta ceñida, anchos galones en las mangas y pantalones y el sombrero especial de dos picos que le daba cierto aire distintivo y señorial.

Vencido el plazo de dos años que da la Universidad a los profesores que se ausentan en viaje de estudio, y como apreciaba más su cátedra que la vida muelle de las legaciones, retornó a su vida de profesorado, a mediados del año 1925, en muy buenas condiciones de salud, después de la fulguración intravesical que le había hecho personalmente el profesor Legueu.

Nunca más volvió a salir del país. Los doce años de vida que aún le restaron los consagró de lleno a su cátedra, al trabajo y al estudio porque es bueno recordar que vivía informado de todo lo que sucedía en el mundo médico, quirúrgico, social y aun de la política. Cuantas veces lo visité en su consulta lo encontré estudiando, siempre estudiando, como si tuviera la consigna de estudiar hasta la muerte.

* * *

Cansado de las faenas cotidianas quiso buscar refugio en un campo retirado, lejos del ruido, del bullicio y de la clientela, para pasar en calma la navidad, tal vez del año 1920. Como era natural se decidió por los campos de Titiribí, y obtuvo de los señores Quijanos, sus amigos muy queridos y gentes de grandes recursos pecuniarios, una hacienda en la parte alta de la población,

en la vereda de El Retiro, donde pasó feliz los meses de diciembre y enero en compañía de sus familiares.

Aquella mente tan inquieta no se conformó con pasar esas semanas llevando sólo vida vegetativa, y se dio al estudio de unas inscripciones indígenas, grabadas en piedra, y otros artefactos del mismo origen que fue descubriendo poco a poco. Así renació en su espíritu esta nueva actividad, por los estudios históricos, que tenía latente desde años atrás, y donde se destacó como figura de primer orden.

Por sus publicaciones al respecto, lo hizo la Academia Antioqueña de Historia, socio de número, y más tarde, su presidente. Los Sinifanaes y Titiribies fueron el tema de su mejor publicación histórica, aparecida en el año 1923; ya en el año de 1921 había hecho dos publicaciones sobre cerámicas antiguas falsificadas en Medellín; la una, y sobre cerámicas antiguas verdaderas, la otra.

En medio de sus escogidas lecturas se encontró con un personaje indígena que vivió en Costa Rica, en los años inmediatamente anteriores a la conquista, y que parece ser un tipo de verdaderas proporciones. Para apreciar cuánto valía este indio basta recordar que, según la tradición, ocho años antes del desembarco de los españoles en tierra americana, dijo que los días de la libertad de su tribu estaban contados, porque vendría pronto un pueblo de tez blanca y los vencería con la insignia de la cruz, y cogiendo dos palos los cruzó en lo alto.

El doctor Montoya se preguntaba, quién lo había informado de asunto tan trascendental? Y no alcanza uno a ver clara la respuesta, si no se acude a hipótesis un poco peregrinas, como la de la telepatía, o la tradición venida de Asia y conservada admirablemente a través de los siglos. Chilán Cambal era el nombre del indio en referencia. Era tal su entusiasmo por esta clase de estudios, que, en los días de mayor arrebató hablaba horas y horas sobre nuestros aborígenes, sus costumbres y género de vida, el físico de su rostro, la ardencia de sus mujeres, en especial las que habitaban la provincia de Caribana, que eran los más bellos ejemplares indígenas de toda la América.

Cuando estaba en plena intervención con dificultades que trataban de ofuscarlo, bastaba mencionarle a Chilán Cambal, so cualquier pretexto, y nuestro hombre se transformaba como por encanto; se serenaba su espíritu y venían a sus labios frases de admiración y comentarios inolvidables sobre el caudillo, que cambiaban totalmente el ambiente, en provecho de los que le ayudábamos en la operación.

Cierto día de gran ofuscación en el curso de una difícil colecistectomía, con enfermo mal anestesiado y relaciones anatómicas confusas por las adherencias, se me ocurrió el pretexto del indio para serenar el ambiente; maliciosamente cambié el nombre, lo que el profesor no logró entender por el momento, y le pregunté: dígame, doctor, el indio, aquel famoso Simón Cabal, si llegó hasta nuestras costas colombianas? Dicho y hecho, la transformación fue inmediata, como un reflejo, y me respondió: no doctor, él llamaba Chilán Cambal; qué cuentos de Simón Cabal, y me miró con ironía pero sonriente; tres o cuatro comentarios más siguieron a mi pregunta, y entre tanto, salimos del escollo para terminar felizmente la operación.

* * *

Entre las múltiples virtudes del doctor Montoya, como cirujano, sobresalía una, que siempre admiré fervorosamente y fue la consagración o cuidado especial para con sus operados. En otros centros quirúrgicos, el cirujano opera y deja a sus ayudantes la post-operatoria; sólo en casos excepcionales se le llama para que dé un concepto, pero jamás para que personalmente intervenga en tal o cual sentido.

El doctor Montoya era celosísimo con sus operados: personalmente hacía las primeras curaciones, ya para retirar las pinzas, v. gr., en las histerectomías de Doyen, o para sacar las gasas en el caso del Mickuliez, o un simple dren cigarrillo dejado en alguna cavidad como avenamiento; calzaba guantes esterilizados y daba a la curación la solemnidad que el caso requería.

Varias conferencias dedicaba año por año a este tema y recalcababa sobre la importancia de la buena post-operatoria para el futuro del enfermo.

Cuando se supo en Medellín que en los hospitales de Panamá dejaban levantar precozmente a los operados —en caso de laparotomía— no quiso quedarse atrás, y al efecto ensayó tal medida en varios casos, e interesó al entonces estudiante del curso, señor Hernán Pérez, para que siguiera a los enfermos e hiciera su tesis de grado. Al cabo de algún tiempo le pregunté su opinión al respecto y me manifestó que eran novelierías de Panamá para atraer clientela.

En Patología digestiva era un poco eséptico; aun en casos de radiografías muy bien tomadas y mejor leídas, si al hacer la celiotomía, no veía o tocaba la lesión, rechazaba el diagnóstico radiológico. Esto le trajo naturalmente grandes contradicciones y reveses científicos, porque es sabido que existen lesión-

nes que la radiografía descubre y que al cirujano pasan desapercibidas, lo que suele ocasionar errores quirúrgicos que el enfermo paga con la vida.

Y es que los grandes hombres nunca son perfectos, regla a la cual no pudo sustraerse el doctor Montoya, porque en medio de sus conocimientos y de su larga práctica, se cegaba muchas veces ante hechos relativamente claros, como en el caso concreto de los rayos X, que miraba con alguna desconfianza, a pesar de haber sido él el primero que los usó en Colombia.

* * *

Aquella cátedra de clínica quirúrgica que cobijaba todas las actividades del ramo hasta el año de 1920, fue poco a poco perdiendo en extensión por la creación de otras afiliadas, como llegaron a ser la de vías génito-urinarias, la ginecológica, la de órganos de los sentidos y más recientemente la de urgencias.

A pesar de que era un hombre ecuánime, como tantas veces lo he dicho, le dolía en el alma que se le desmembrara su servicio; él quería operarlo todo, no creo que por egoísmo, sino porque en esa atmósfera se formó su estructura quirúrgica, y probablemente se sentía defraudado: el asunto es tan humano! Lo cierto fue que su servicio hospitalario se fue reduciendo con la pérdida de los enfermos que desfilaban para las nuevas dependencias, especialmente para la clínica ginecológica donde lucía el doctor Gil sus habilidades y su maestría.

Sin embargo, su campo de acción era inmenso porque comprendía la cirugía del tubo digestivo y sus anexos, la del sistema nervioso, la vascular, la del aparato respiratorio, gran simpático, ósea, tumores y deformaciones de las extremidades. Pues bien, a todas atendía con gran competencia y habilidad; hoy operaba un tumor del cerebelo, mañana una úlcera gástrica, y después afrontaba la estelectomía o suprarrenectomía, con el buen éxito acostumbrado.

No hubo rincón humano sustraído a su histurí y siempre con gran conciencia de lo que hacía. La gastrectomía para cáncer y úlcera del estómago fue su última devoción: a ella dedicó sus postreras actividades con entusiasmo juvenil. La operación de Moynihan II era su predilecta. Al principio seguía la técnica de Polya, o sea, la retrocólica clásica, y más tarde adoptó la del cirujano inglés. Esta operación, nos decía, es una herejía quirúrgica y sin embargo es la mejor de todas ellas: asa corta y anastomosis precólica, que hace pensar a quien la ve por primera vez

que es un error, y en eso estriba justamente la bondad del procedimiento.

Se hacía lenguas cuando hablaba de Mynihan porque fue el único cirujano inglés que llegó a ser Lord por sus merecimientos; la cirugía inglesa es poco conocida entre nosotros, nos decía, pero recuerden que Barker, el cirujano de la reina Victoria, y Lawsson-Tait, de Birmingham, fueron hombres geniales en cirugía; y que Lister fue el coadjutor de Pasteur y oficiaron en el mismo altar.

Un cirujano de tan vastos conocimientos y de tan larga práctica tenía necesariamente infinidad de pequeños detalles, o modificaciones a las técnicas usuales, que sería difícil describir; cada momento decía, en el curso de las operaciones: "esto es mío, en ninguna parte lo he visto descrito; apréndanlo porque es más rápido, seguro y elegante".

Se sentía feliz cuando hablaba del cuchillo mondapapas para la histerectomía subtotal; o sus tijeras, para la vaginal; cuando volvía a París, le oí decir varias veces, tengo que decirle a Collin que modifique este instrumento porque es poco práctico; desgraciadamente ese viaje nunca más llegó.

Entre sus innovaciones conocidas figura la de la inversión de la vaginal en el tratamiento del hidrocele, que ha alcanzado popularidad por la sencillez del método. Describió también una técnica especial para la práctica de la histerectomía vaginal en caso de prolapso genital, consistente en la resección de dos triángulos de las paredes vaginales, a base posterior, para asegurar mejor estabilidad y estética del tubo vaginal. Fundamentaba su método en el moldaje en yeso de la vagina que hizo varias veces en el cadáver, que le permitió comprobar que la vagina es mucho más ancha en la parte posterior.

* * *

Estando yo ausente del país, en el año de 1929, un selecto y numeroso grupo de médicos antioqueños hizo un homenaje grandioso de admiración a los doctores Braulio Mejía y Juan B. Montoya y Flórez, sin otro motivo distinto al del aprecio sincero, ni otro móvil que no fuera el reconocimiento de sus excel-sas virtudes y dilatada cultura intelectual.

Cuenta el doctor Toro Villa que cuando se acercó a su gabinete de trabajo, a hacerle la invitación, le agradeció en términos corteses, y sin el más leve asomo de vanidad, le respondió: "Muy bien pensado me parece; actos como estos en nuestra Facultad sirven para estimular los jóvenes al trabajo". La fiesta tuvo lu-

gar en el Club Campestre de esta ciudad y consistió en un animado ágape donde hubo derroche de buen gusto y la euforia propia en tales actos. El doctor Alonso Restrepo hizo el ofrecimiento en frases sentidas, que los festejados agradecieron en sencillas y conmovidas improvisaciones. Siempre guardó el doctor Montoya un recuerdo cariñoso de este homenaje.

Fue siempre el doctor Montoya hombre de excelente salud y grandes energías corporales durante el tiempo que sirvió su cátedra; sólo una vez lo recuerdo enfermo, ya en sus últimos años, con una neuralgia ciática que no logró incapacitarlo.

La enfermedad de los cirujanos (angor pectoris) llamó a sus puertas unos tres o cuatro años antes de su muerte; el primer ataque fue duro y lo obligó a guardar cama por una semana; se repuso y siguió trabajando; vinieron nuevos golpes que supo soportar con heroísmo sin igual y que tampoco lograron incapacitarlo. Recuerdo que algún día le dijo a la hermana de la cirugía, antes de la operación: téngame lista una inyección de morfina para que me la aplique cuando yo le diga; ese día afortunadamente no hubo necesidad de la droga. De allí en adelante, la hermana vivía prevenida, con su jeringuilla lista, porque el profesor acudía al servicio todos los días, a la hora de costumbre, como si nada tuviera. Era un verdadero estoico.

Así trabajó todavía varios años, quizá cuatro, con su mismo genio, su mismo espíritu, sin dejar reflejar la enfermedad. Dos días antes de su muerte estuvo en el hospital, en la sala de operaciones, y me tocó por suerte presenciar su última intervención; en el tiempo de la sutura aponeurótica de la pared abdominal, el ayudante trató de hacer un zurcido, en lugar de puntos separados como él siempre acostumbraba, y al llamarle la atención, recordó la fábula del gavilán y la gallina clueca, cuando para proteger sus polluelos los ató de las patas, unos a otros, creyendo así burlar al ave rapaz que rondaba el lugar; el gavilán cogió uno, y con éste, el resto de los animalitos que estaban atados. Pues bien, añadió, dirigiéndose al ayudante, si hace usted la sutura con un solo hilo, y éste le falla, le pasa lo de la gallina porque se le va toda la sutura y tendríamos una eventración segura.

Esta fue su postrera intervención, y también su última enseñanza que a mí se me quedó grabada con caracteres indelebles.

* * *

Para muchos fue motivo de gran admiración y extrañeza, la carta-encuesta que los profesores Hesse y Rubashov, de la Facultad de Medicina de Moscú, dirigieron al profesor Montoya, en

solicitud de la estadística, técnicas y demás pormenores de la gastrectomía que practicaba corrientemente hacia varios años.

A mí no me extrañó en absoluto la citada encuesta porque es natural que al tratar de hacer los profesores rusos un trabajo de conjunto, tuvieran en cuenta a Colombia, como el tercer país de la América del sur, y se informaran en oficinas diplomáticas que el primer cirujano era el profesor Montoya. No obstante, me sorprendió con agrado la respuesta sencilla, científica, tan propia de su carácter, sin ponderaciones tropicales, y con cifras tan elegantes como la de 2% de letalidad, en más de un centenar de casos, y especialmente, porque les dijo que no todo es Billroth número 1 y número 2, y que aquí, en Medellín, se usaba un procedimiento desconocido, o al menos no practicado en el Oriente europeo. Le preguntan los profesores moscovitas: Cuántos casos de resección de úlcera gástrica ha hecho usted? Y responde: no soy partidario de la sola resección de la úlcera; hago siempre la gastrectomía amplia de Moynihan II y llevo cien casos con mortalidad ínfima.

Esta nota en contestación a los profesores citados fue escrita seis meses antes de su muerte y fue lo último que salió de su pluma para la publicidad.

* * *

La anécdota es la relación breve de algún hecho particular y que tiene cierta importancia cuando se refiere a individuos de notoriedad; es ameno conocer anécdotas, no sólo de los grandes hombres sino hasta de gentes humildes, porque tienen encarnado, algo así, como un jirón del alma o un rasgo de ingenio o un viso filosófico que la mayoría de las veces es interesante. Es claro que el anecdotario de un hombre como San Pablo, Newton o Beethoven es una riqueza en el mundo de la inteligencia, lo mismo que el de los grandes guerreros en el panorama de la historia. Sin embargo, en la vida común de los hombres, se encuentran algunos rasgos que los pintan con colorido imborrable.

El doctor Montoya tiene centenares de anécdotas que harían un buen volumen, y entre ellas recuerdo la siguiente: Una mañana estaba el profesor en su día; le tocó el turno de ayudantía al señor José Miguel Restrepo, estudiante modelo por su consagración, gran inteligencia y excelente dón de gentes; de temperamento suave, ajeno a discusiones estériles y más aún a encuentros verbales o de hecho. Era, pues, José Miguel uno de los estudiantes más mimados por profesores y alumnos, a lo cual sabía corresponder con sus buenas maneras y esmerada cultura.

En el curso de la intervención tuvo el joven Restrepo dos o tres accidentes que fueron fastidiando al cirujano y provocaron la consiguiente reacción, que como ya sabemos era siempre muy molesta para el ayudante. Restrepo fue poco a poco perdiendo su habitual calma y benevolencia y empezó a congestionarse pero no habló palabra por respeto al maestro. Este se dio perfecta cuenta del estado de alma de su ayudante, pero tampoco le dio explicaciones en el curso del acto operatorio. Cuando se terminó la operación el señor Restrepo salió muy contrariado y se sentó fuera de la sala de operaciones sin lograr disimular su disgusto; minutos después salió el profesor y al ver a Restrepo tan enojado, se le acercó y le dijo: señor Restrepo quiere que nos batamos a pistola mordida? La carcajada de los espectadores fue indescriptible porque en esos días se hablaba mucho del duelo del general Benjamín Herrera con Villegas Restrepo, justamente en los mismos términos, y nos ocasionó hilaridad la salida del maestro.

* * *

De familia esencialmente católica, el maestro Montoya fue un ferviente y devoto cristiano, eso sí sin vana ostentación ni públicas confesiones farisaicas.

Es bueno recordar lo que fue el medio parisiense en la última década del siglo pasado, cuando estaba en fermentación la persecución religiosa que estalló en el año 4 del presente siglo; además, era de buen tono en aquellos tiempos, llegar de Europa con ideas religiosas relajadas, o pasar por indiferente en estas delicadas cuestiones. Montoya no entró por la moda y siguió siempre fiel y leal a las doctrinas de Cristo y de su Iglesia. Admirador de Jesucristo en grado sumo, a quien citaba continuamente en sus disertaciones como exponente de la Filosofía moderna. Algún día, en medio de una operación, me llamó la atención la hermana del servicio para informar acerca de la gravedad de otra operada que se encontraba en trance de muerte; el maestro me clavó la mirada como reprensión porque traté de distraerme y añadió: dejad a los muertos que entierren a sus muertos, como decía Cristo; no se distraiga; y con gran ingenuidad se volvió a los estudiantes y les dijo. señores: Cristo era un joven muy inteligente; estúdienlo si ustedes quieren ser verdaderos filósofos.

Como conversador era ameno y de una memoria prodigiosa; recordaba con detalles minuciosos la historia del indio Perdomo, cuando operó un gran coto, en Bogotá, contra el querer

de los médicos, sin la más mínima hemorragia; como el enfermo murió en el curso de la noche, le clavó un puñal al cadáver en el pecho que le atravesó el corazón para mostrarle al pueblo y disculpar el insuceso, achacándole a sus enemigos la responsabilidad del caso.

Había que oírle relatar sus crónicas de Londres, cuando viajó en Pulman, en compañía de unos lores ingleses; y las carreras de caballos el día del gran premio Derby invitado por un grande de Inglaterra. Y otro día hablaba del conde de Bourmont, de la historia de sus amores y de sus amigos. Oírle sus relatos de niñez en compañía de Nito era algo maravilloso. Sus primeras operaciones, llevadas a cabo en casas de familia, acompañado y ayudado por médicos que se desmayaban ante la hemorragia, o que perdían el control hasta el punto de hacer prominentes paquetes hemorroidales que generalmente no lo eran.

Refería con tanta gracia la intervención que hicieron a un dómene acaudalado de Medellín, para hernia estrangulada, por allá en el año 1890, cuando los cirujanos seguían los tiempos de la operación con libro abierto; en una palabra, sus crónicas eran amenas y su conversación muy agradable.

Nunca fue **clubman** ni estrechó relaciones íntimas con nadie. Asistía con frecuencia a una tertulia de comerciantes, en las horas de la tarde, en el almacén de don Jacinto Arango, y allí se imponía de la marcha general de los negocios y de la mejor manera de invertir sus ahorros; eran sus contertulios los señores Ricardo y Pedro Antonio Uribe G., el doctor Jorge Tobón Castilla, Mr. Gordon y el señor Arango, antes citado.

En los últimos años vivía alejado de la sociedad; iba al cine por las tardes y se acostaba a las ocho de la noche.

* * *

El 19 de marzo de 1937, día de fiesta, estuvo por la mañana en el templo de San José donde asistió a los oficios religiosos, muy solemnes por cierto, por tratarse de la fiesta patronal; al medio día, después de almuerzo, se acostó a hacer la siesta mientras era la hora del cine, y sin más manifestación que un ligero estertor entregó su preciosa alma al Señor, de manera repentina, entre el dolor de los suyos y la consternación de la sociedad.

Al día siguiente, en las horas de la mañana fue conducido su cadáver al Paraninfo de la Universidad, donde estuvo en capilla ardiente, con guardia de honor que hicimos sus discípulos por turno riguroso, hasta las tres de la tarde, hora precisa para el desfile grandioso de una multitud apretada que llenaba los do-

cientos metros de vía que separan al templo de San José del pórtico principal de la Universidad. Las exequias fueron muy solemnes y el templo estaba colmado por sus amigos, sus familiares e innumerables personas agradecidas de todas las clases sociales.

Sus despojos mortales descansan en el cementerio de San Pedro, en espera de la acción depuradora del tiempo, para ser trasladados al bello monumento que las entidades oficiales, la sociedad entra y el cuerpo médico han de levantar, de consuno, en honor de quien supo laborar para servir a Dios y mitigar el dolor humano.

El Consejo Directivo de la Universidad hizo colocar una placa de mármol, en la sala de operaciones del Hospital de San Vicente de Paúl, para honrar su memoria, con la siguiente inscripción:

ADOLESCENS, TAMETSIS PROPERAS, TE
HOC SAXUM ROGAT UT SESE ASPICIAS,
DEINDE QUOD SCRIPTUM EST LEGAS

J. B. MONTOYA Y FLOREZ

INTER PARES ANTIOQUIAE CHIRURGUS
PEROPTIMUS HEIC QUOTIDÉ DOCUIT LA-
BORAVITQUE USQUE MORTEM. HOC UNI-
VERSITATIS ANTIOQUIENSIS CONSILIUM
VULT INSCIUS NE ESSES

Joven: Por más afanado que andes, esta lápida te invita a que mires y leas en seguida lo que en ella está grabado. J. B. Montoya y Flórez el máximo de los cirujanos antioqueños, enseñó y trabajó aquí hasta su muerte. — El Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia quiere que no ignores esto.

Los estudiantes de las Clínicas Quirúrgicas que van desfilando año tras año por aquellos anfiteatros no pueden cruzar sus pasillos sin recordar con admiración y respeto al cirujano máximo de Antioquia que formó treinta generaciones médicas, y al que a través de la distancia y el tiempo sigue —a semejanza de Cristo— enseñando por boca de sus discípulos.

DR. AGUSTIN PIEDRAHITA

Amibiásis cutánea y fagedenismo del pene determinado por la amiba histolítica

HISTORIA

Es muy escasa la literatura sobre amibiasis cutánea. La mayoría de los casos se refieren a lesiones consecutivas, a abscesos de vísceras abdominales abiertos espontánea o quirúrgicamente.

Los dos primeros fueron publicados en 1912 por Dagorn y Heitaus uno, por Menetrier y Tauraine otro. En 1916 Heymann y Ricou hallaron uno, localizado en la continuidad de una fistula de absceso hepático de origen amibiano.

Casos semejantes fueron publicados después: En 1925 Heinburger publicó uno de úlceras consecutivo a absceso hepático abierto espontáneamente; Runyan y Herrick en el mismo año otro, consecutivo a drenaje quirúrgico; Mariwits y Van Ateenis encontraron en 1931 otro, sobrevenido después de la incisión de un absceso pericecal. En el mismo año Engmann y Maleney describieron dos, uno después de una colostomía en un disintérico y otro por drenaje de un absceso hepático.

Nagay y Frazier en 1933 encontraron la amiba histolítica en un condiloma peri-rectal ulcerado; Wu en China en una fistula peri-rectal y Manson-Bhar en 1938 describió una úlcera aparecida después de una colostomía.

Mucho más interesante que los anteriores fue el trabajo de Engmann y Heitaus publicado en 1919 con tres observaciones de úlceras amibianas ocurridas en condiciones bien distintas. El primero se refiere a un niño de cinco años de edad con amibiasis intestinal y pulmonar, con ulceraciones típicas y numerosas en el cuello, tórax, abdomen, región glútea y piernas. En la novena edición de *Diseases of the Skin* por Stelwagon - Caskil, página 1.230, aparece una bella fotografía de úlceras de la pierna, de este caso. El segundo enfermo era un antiguo disintérico con ulceraciones múltiples en el lado izquierdo del abdomen y el tercero

más raro, presentaba placas sembradas de pústulas semejantes a las de la piodermitis en las cuales se hallaron la amiba histolítica.

Finalmente Tixier y Fabre en 1927 hallaron un caso aparecido 6 años antes en un sujeto con perturbaciones intestinales. Era una úlcera de 7 centímetros anal y perianal, muy dolorosa, sembrada de islotes botoneantes blanquecinos y recubierta de exudado purulento. Además existía una úlcera pequeña en lo alto del pliegue glúteo. El orificio anal sembrado de pequeños condilomas ulcerados. Al tacto rectal se apreciaba induración; no había ulceración del recto pero sí congestión y estaba cubierto de mucosidades. Un enérgico tratamiento con arsenicales no dio ningún resultado. Después logró demostrar la naturaleza amibiana y cedió al tratamiento específico.

DEFINICION

Es una lesión ulcerosa o fagedénica de los tegumentos determinada por la amiba histolítica.

Se presenta en dos circunstancias bien distintas; la más común y que corresponde habitualmente al tipo fagedénico ocurre siempre en la continuidad de una fístula espontánea o herida quirúrgica infectada por un absceso amibiano profundo; el segundo tipo, ulceroso, lo determina la siembra accidental de amibas en la piel. En los casos de Engmann y Heitaus (1919), en el de Tixier y Fabre (1927) y en los cuatro que presento, siempre ha habido antecedentes disentéricos.

SINTOMATOLOGIA

Es una ulceración hipertrófica de formas diversas según la localización; ordinariamente redondeada u ovalar, de tamaño variado, hasta más de 15 centímetros; de bordes endurecidos, escabados y festoneados. El tipo fagedénico es destructivo, el fondo es tomentoso, recubierto de fungosidades oscuras, de aspecto gangrenoso, no desprendible, excesivamente secretante y de mal olor; en el ulceroso el fondo es irregular, salpicado de botones blanquecinos, salientes, en el borde de los cuales se ven grietas llenas de pus sanguinolento.

Interesa la piel, el tejido celular subcutáneo, dejando a veces el músculo en descubierto y sobre éste, islotes botoneantes de piel incompletamente destruída. En mi caso de amibiasis del pene la destrucción del tejido fue tan profunda que formó una

fistula uretral, dejó hendiduras profundas en el glande y dejó una estrechez del meato.

A veces el aspecto es epiteliomatoso, sangra casi constantemente y hasta llega a producir hemorragias importantes. Algún autor dice que la úlcera tiene aspecto de carne cruda.

Los casos que he visto secretan en tal abundancia que después de un cuarto de hora de una curación, ruedan por las partes declives, hasta los muslos, hilillos de serosidad sanguinolenta.

Es muy dolorosa, ardorosa y quemante; a tal grado que el sueño llega a perturbarse de manera notable.

La marcha es lenta y el progreso constante, a veces se agudiza e invade con rapidez.

Al tacto da una sensación dura, acartonada; más dura y acartonada que el chancro duro. Este signo es notable, aun después de la cicatrización.

EVOLUCION

Con el tratamiento local, quimio y vacunoterápico, sólo se logra que la evolución sea más lenta pero marcha siempre hacia la cronicidad. Con el tratamiento específico, cinco centigramos diarios de clorhidrato de emetina, la evolución es impresionante: en seis días cae el magma gangrenoso en el tipo fagedénico, quedando el fondo rosado y limpio; desaparece el dolor, la secreción y el mal olor, y se inicia una rápida cicatrización que dura según la extensión de la lesión. En el tipo ulceroso es más impresionante: desde el segundo día empieza a marchitarse, aparecen los islotes secos; la secreción disminuye, no es hemorrágica y se inicia la epidermización tanto en los bordes como en los islotes de manera que en 10 días ya es completa.

DIAGNOSTICO

El hecho sencillo de haber localizado cuatro casos en poco más de tres meses me permite concluir que la entidad es común. Cuando por casualidad se encuentra una referencia a esta materia, el autor dice que es rarísima. Aun en textos extensos de Dermatología, las descripciones son muy poco detalladas. No se diagnostica porque no se piensa en ello, tal vez por falta de difusión literaria de los casos hallados.

La amibiasis cutánea como ya lo hemos visto, tiene sintomatología inconfundible, caracteres bien definidos y fáciles de apreciar.

Existe la costumbre de pedir al laboratorio el examen de las secreciones, en caso de fagedenismo, por ejemplo, para simbiosis fuso-espiroquetal, para lo cual hay que fijar y teñir; durante la primera manipulación, la amiba se enquistaba y es difícil determinarla; además es muy grande para apreciarla con objetivo de inmersión.

Si se extendiera la costumbre de solicitar siempre examen en fresco, seguramente se localizarían muchos casos.

En el examen en fresco de mis cuatro casos, la amiba se halló abundante en forma vegetativa; más abundante que en la más rica preparación de disentería. Es más sencilla la búsqueda que en el examen coprológico por la falta de detritus. En el campo se ve suero, glóbulos de pus, glóbulos rojos y amibas vegetativas numerosas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La ulceración amibiana debe distinguirse del granuloma venéreo, entidad con la cual pudiera confundirse, por presentar algunos caracteres generales semejantes:

La distribución geográfica debe ser la misma por pertenecer al grupo de las enfermedades tropicales.

Además, la localización génito-perineal con predilección por los pliegues húmedos; la manera invasora, extensa con tendencia a la cronicidad; la ausencia en ambas entidades, de reacción en los ganglios vecinos; la alguna semejanza macroscópica de las lesiones con los bordes escabados y duros; las cicatrices retráctiles que pueden provocar estenosis de las vías naturales; la presencia de formaciones aunque de tipo distinto en el fondo de la úlcera; la abundancia de secreciones y el olor penetrante, y finalmente la conservación relativamente buena del estado general, salvo en caso de hemorragias importantes.

Los signos que permiten hacer el diagnóstico diferencial son: En la ulceración granulomatosa o granuloma venéreo, el fondo está cubierto de pequeñas granulaciones, rojas frambuesiformes en medio de una serosidad amarillenta, mientras en la úlcera amibiana está sembrada de islotes blanquecinos de 5, 8 ó 10 milímetros bañados por serosidad rosada, sanguinolenta. Mientras que en la primera entidad la secreción es rara vez hemorrágica, en la segunda lo es habitualmente. La primera es poco dolorosa, la segunda sí lo es.

El diagnóstico microscópico se presta a discusiones en el granuloma mientras que en la amibiasis cutánea es de una sen-

cillez extraordinaria y de una evidencia indiscutible. El tratamiento específico con tártaro, en la primera da fracasos, mientras el específico con la emetina, en la segunda, da un éxito terapéutico inmediato.

OBSERVACION Nro. 1

Amibiasis cutánea, tipo ulceroso.

Alejandro Vargas, natural de Betulia (Antioquia), de 38 años de edad, agricultor y casado, entró al salón de San José, servicio del doctor Posada Trujillo el 21 de febrero del presente año.

Antecedentes familiares: los padres murieron a edad avanzada. Ignora la causa. Tiene 7 hermanos y 4 hijos sin antecedentes dignos de mencionar.

Antecedentes patológicos: Paludismo hace más de veinte años y hace 6, una disentería que duró varios meses, la cual finalmente curó con 12 inyecciones de emetina.

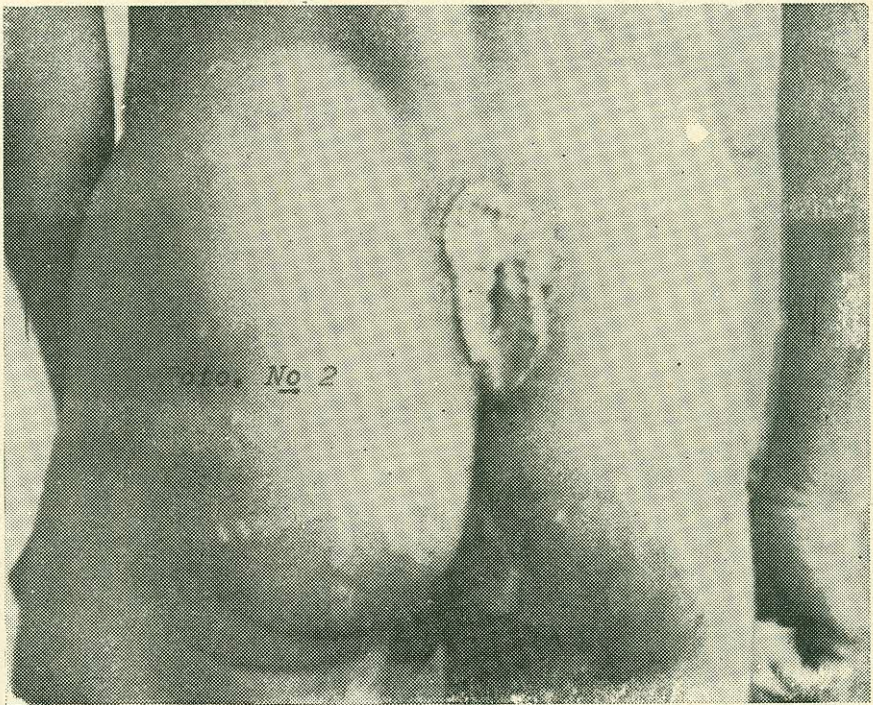
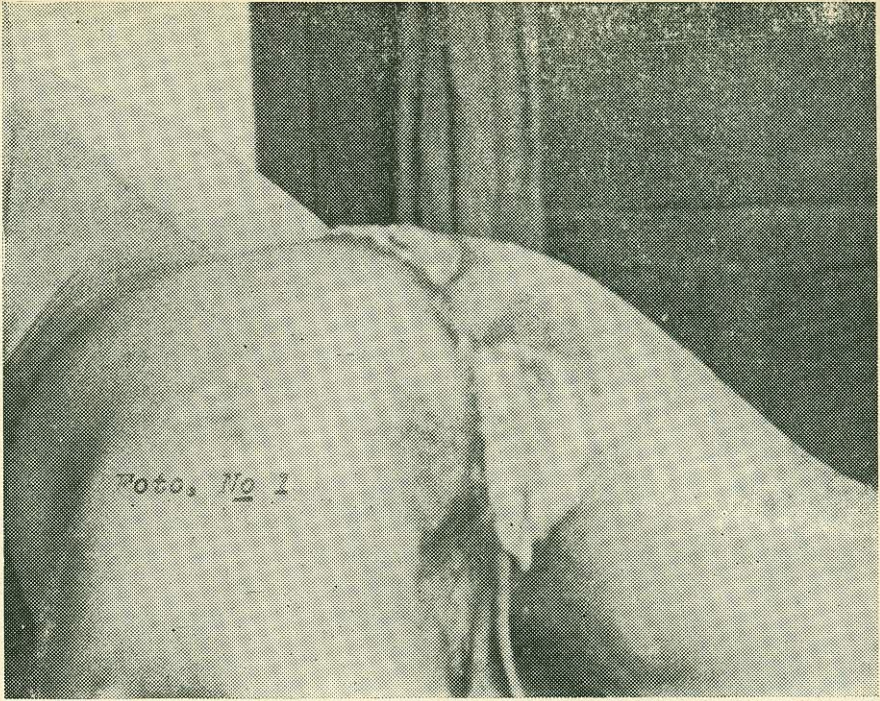
Posteriormente sufrió diarreas en diversas ocasiones para las cuales no se hizo tratamiento médico porque desaparecían con un poco de régimen y "algunas bebidas". Interrogado sobre este particular no da dato que haga pensar en disentería.

Vargas es un campesino de talla mediana, regular conformación y buena musculatura; el estado general es muy satisfactorio; fuera de la lesión cutánea sólo revela un poco de anemia.

La exoneración es normal en horario, cantidad y calidad.

Enfermedad actual: Hace más de tres años le apareció en el lado derecho de la región perineal una escoriación pruriginosa, ardorosa y húmeda; ésta se transformó en úlcera, la cual, al cabo de un mes, tenía un diámetro de una pulgada. Se fue extendiendo lentamente y al cabo de un año iba desde la parte anterior del periné hasta la región sacro-coxígea. Siempre fue dolorosa, muy secretante, mal oliente y le ha impedido para trabajar.

Durante la evolución ha solicitado servicios médicos en diversos lugares, sometiéndose asiduamente a diversos tratamientos locales y generales. Por su cuenta se aplicó durante varios días nitrato de plata y un compuesto de piedralumbre, yodoformo, calomel, polvo rojo y aceite de canine. Dice que con esto logró marchitarla algo y que cicatrizó en la parte media. Eso es verdad porque allí está la cicatriz.



Amibiásis cutánea — (Fotos 1 y 2)

Lo examiné por primera vez el 22 de febrero. Presentó dos úlceras hipertróficas, situadas, una, en el lado derecho del periné; se extiende en sentido antero-posterior desde la iniciación del escroto hacia atrás y desde un centímetro del reborde anal hacia afuera; mide unos diez centímetros por siete. La otra, situada en la región sacro-coxígea tiene unos once centímetros por seis. Están separadas por una cicatriz lisa y brillante en el centro, algo hipertrófica e irregularmente pigmentada en el centro.

Son ulceraciones hipertróficas, irregulares, escabadas en el centro y en los bordes, sembradas de islotes blanquecinos, excesivamente secretantes, acartonados al tacto, de olor penetrante y muy dolorosas. (Fotos Nros. 1 y 2).

La abundante secreción seroso-sanguinolenta ensucia las ropas de manera característica: la ropa de género de algodón presenta manchas rojizas, tiesas en las partes secas, como si estuvieran almidonadas; las partes húmedas, como si se hubieran metido e nsuero teñido con sangre. Esas ropas son iguales a las del disentérico caquéctico que involuntariamente exonera las mucosidades retenidas en el recto.

Diagnóstico clínico: Amibiasis cutánea.

Exámenes de laboratorio: Examen de pus en fresco: Amiba histolítica vegetativa abundante.

Examen coprológico:

Huevos de anquilostomo, escasos.

Huevos de ascárides, abundantes.

Huevos de tricocéfalos, abundantes.

No se encuentran amibas ni quistes.

Fórmula leucocitaria:

Poli-neutrófilos	52%
Poli-eosinófilos	17%
Poli-basófilos	0%
Linfocitos	22%
Mielocitos	1%

Examen serológico de la sangre: Wassermann y Kahn: negativas.

Tratamiento: Se trató el parasitismo intestinal con aceite de quenopodio y leche de higuerón. Localmente aseo y un polvo indiferente y como tratamiento específico, 5 centigramos de emetina diarias, durante los primeros 10 días de marzo.

Evolución final: desde el segundo o tercer día del tratamiento específico, empezó a marchitarse, a disminuir el dolor

y la secreción, que ya no era sanguinolenta. Al cuarto día, todavía se encontró la amiba en pus de una grieta; desde el quinto o sexto día, prácticamente estaban secas y la epidermización marchaba a ojos vistas, desde los botones dispersos hacia la periferia y de ésta hacia el centro, de manera que a los 10 ó 12 días la cicatrización era prácticamente completa.

Las cicatrices son hipertróficas, irregulares, acartonadas, duras.

El acartonamiento va disminuyendo poco a poco.

El enfermo salió el 28 de marzo, curado.

OBSERVACION Nro. 2

Amibiasis cutánea perineal, de tipo ulceroso.

Norberto Echeverri, natural de Rionegro, vecino de Medellín, pica-pedrero, de 35 años de edad y casado.

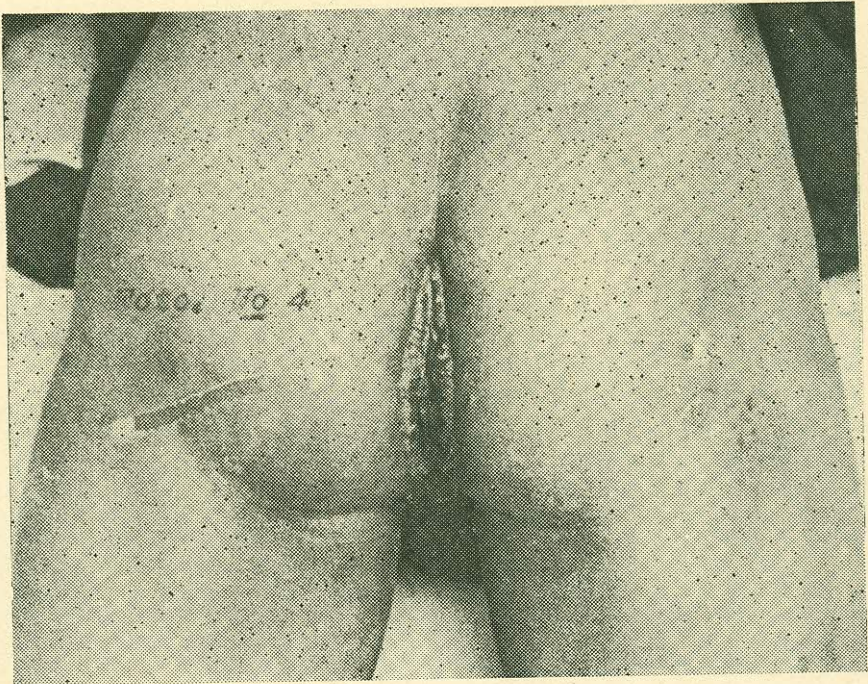
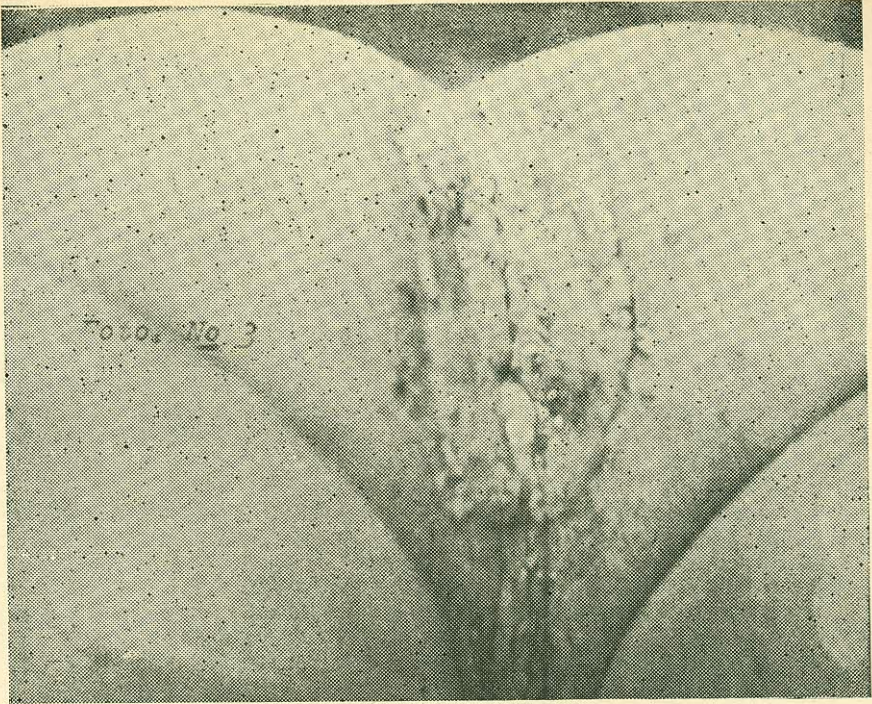
Antecedentes familiares: Sus padres, 9 hermanos y su único hijo están de buena salud.

Antecedentes patológicos: El 14 de agosto p. p. le empezó una disentería amibiana sumamente intensa, de 20 días de evolución. Pocos días después y cuando ya estaba en plena salud, sintió un ardor en la región perineal, lado izquierdo del ano; allí aparecieron unas ampollitas que sangraban y a poco se formó una uceración ardorosa, dolorosa y secretante. De septiembre a enero de este año, fue a diversos consultorios y se sometió a intensos tratamientos.

El 10 de enero entró al Salón de San José, servicio del doctor Posada Trujillo. En esa época presentó una ulceración redondeada, hipertrófica, sanguinolenta, dolorosa, situada en la región perineal a unos tres centímetros del orificio anal y de poco más de tres centímetros de diámetro. Los exámenes de laboratorio no permitieron un diagnóstico, pues no se pidió examen en fresco de las secreciones.

Localmente se le aplicó sulfanilamida pulverizada, se le inyectaron 3,15 grs. de neosalvarsán; 12 c. c. de bismuto; 6 ampollas de sulfato de cobre; 6 de yodinyectol. Todo con resultado nulo. Salió del servicio el 17 de febrero con diagnóstico de "úlceras perineal de naturaleza indeterminada".

Al lograr el diagnóstico del primer caso, recordé a este enfermo y me puse a localizarlo; al fin entró nuevamente al servicio el 24 de abril y trajo la sugerencia de que se trataba de un epitelioma.



Amibiásis cutánea — (Fotos 3 y 4)

La ulceración se había extendido a todo el periné. Es hipertrófica, irregular, llena de islotes blanquecinos, muy dolorosa, de olor fuerte y la secreción sanguinolenta tan abundante que al ponerse de pies, pronto rueda por los muslos y las piernas. Mide unos siete centímetros por trece. (Fotos Nros. 3 y 4).

Está enflaquecido, asténico, deprimido, irritable e inapetente; la expresión revela gran sufrimiento físico y moral. El insomnio es constante: duerme unas cuatro horas de manera interrumpida.

Hay dificultad para la exoneración por el dolor en la región. Las deposiciones son de aspecto normal. No hay signos de amibiásis intestinal.

Exámenes de laboratorio:

De pus en fresco: Varias preparaciones en días distintos: Amiba histolítica, vegetativa, abundante.

Examen serológico: Wassermann y Khan: negativas.

Examen coprológico:

Huevos de anquilostomos, escasos.

Huevos de tricocéfalos, escasos.

Amibas y quistes, negativo.

Sangre: Glóbulos rojos: 5.290.000.

Glóbulos blancos. 9.800.

Fórmula leucocitaria:

Poli-neutrófilos 56%

Poli-eosinófilos 10%

Poli-basófilos 0%

Linfocitos 25%

Monocitos 3%

Mielocitos 6%

Examen antomo-patológico, suscrito por el doctor Alfredo Correa Henao: M 164. Ulceración perineal. Órgano: piel.

Al microscopio se ve una epidermis adelgazada que se refleja a veces hacia afuera empujada por las papilas dérmicas, y otras hacia adentro del dermis mandando una serie de cordones epiteliales largos, cortados en diversas direcciones. Hay capa córnea muy aumentada en los repliegues internos de la epidermis; en partes falta o se halla desprendida. La capa granulosa está formada por muchas capas de células de gran poder regenerativo. La basal está intacta. El dermis está infiltrado por células muy necrosadas. Diagnóstico: Inflación crónica.

Tratamiento y evolución: Del 27 de abril al 9 de mayo se le inyectaron once ampollas de clorhidrato de emetina y localmente un polvo indiferente, después de aseo con agua.

Desde el tercer día se apreció la evolución favorable y cambió totalmente el aspecto del enfermo; los sufrimientos físicos y morales iban desapareciendo; su humor cambió y ya tenía la certeza de la próxima curación. Al sexto día la úlcera estaba seca y al duodécimo la cicatrización era completa.

La cicatriz, dura y callosa, apergaminada, en unos quince días adquirió alguna suavidad que quizás continuará acentuándose, casi hasta la normalidad.

Debo agregar que cuando la cicatrización estuvo avanzada y posible un examen del recto, no se encontró lesión o cicatriz de amibiasis reciente.

Echeverri salió del servicio el 21 de mayo, perfectamente curado.

OBSERVACION Nro. 3

Amibiasis del miembro, tipo fagedénico.

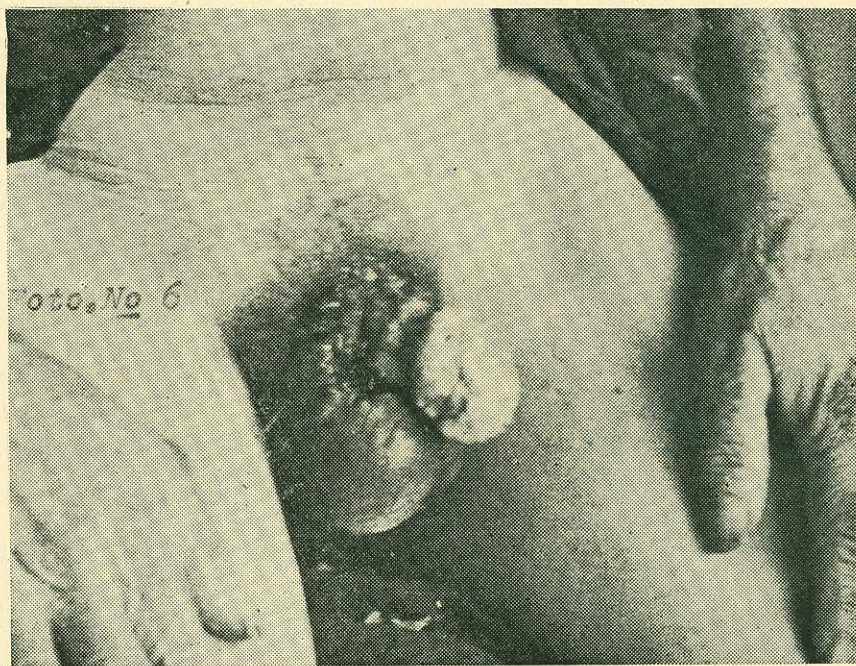
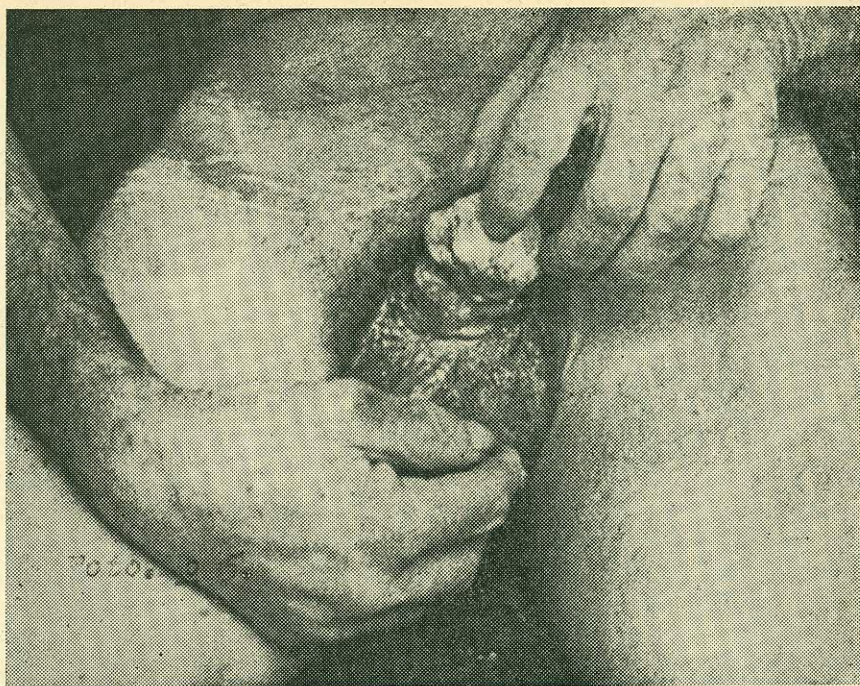
Pedro Mejía, de 53 años de edad, natural y vecino de Támesis, agricultor y aserrador, casado.

Antecedentes familiares: Sus padres murieron a edad avanzada. El uno de cáncer del estómago, la madre de neumonía. De sus 9 hermanos, murieron 6; uno de ellos de disentería. Tiene cuatro hijos, uno de los cuales sufre disentería crónica. La esposa, Laura de Mejía, hace unos dos años sufre la misma enfermedad.

Antecedentes patológicos: Paludismo varias veces.

Hace tres años tuvo una disentería aguda que evolucionó en unos 8 días. Después de ésta, diarreas de dos o tres días de duración, las cuales se trataba con regímenes y "bebidas". Esto no lo perturbaba para el trabajo.

Enfermedad actual: En julio pasado notó una balanopostitis aguda, con gran inflamación y dolor. Al remangarle el prepucio, apareció en éste, cerca al frenillo, una ulceración negra, sangrante y de mal olor y de unos dos centímetros. En ocho días se eliminó la parte inferior del prepucio y se propagó al resto, causando hemorragias frecuentes; con rapidez se extendió al glande y a la piel del pene. Los médicos que lo atendieron durante cuatro meses en Támesis, doctores Alfredo Correa R. y Julio Martín Restrepo, estuvieron muy asiduos, haciéndole tra-



Fagedenismo determinado por amiba histolítica — (Fotos 5 y 6)

tamientos diversos, locales, quimios y vacuno-terápicos. Mientras tanto el fagedenismo progresaba.

Al llegar al servicio el 13 de octubre de 1943 era un sujeto anémico, muy enflaquecido y que revelaba gran dolor físico y moral. Ordinariamente ha vivido sentado en su cama, con los miembros inferiores encogidos y separados, y quejándose discretamente día y noche.

Al examen general se halló que el bazo estaba hipertrofiado, signo de paludismo crónico. Además, la ulceración genital que historiamos. Lo demás, normal.

Era una ulceración destructiva, de bordes duros, escabados, crateriforme, de fondo oscuro y aspecto gangrenoso. Está cubierta de una nata, blanda, hemorrágica, no desprendible. La secreción es muy abundante y seroso-sanguinolenta. A veces ha presentado hemorragias amenazadoras. Dicha ulceración abarca el lado derecho del glande hasta el meato uretral, dejando espacios sanos; interesa también el surco balano-prepucial y la piel hasta la mitad del pene. Con el tratamiento que se detallará más adelante, se logró la cicatrización del glande, del surco balano-prepucial y de la piel en parte. Pero a medida que cicatrizaba en la parte distal, progresaba en la proximal, hasta el 2 de mayo, día en que se precisó el diagnóstico. En dicha fecha la ulceración cubría un tercio de la piel del pene y se extendía hacia el monte de Apolo y hacia el escroto, formando un círculo crateriforme en la raíz.

Exámenes de Laboratorio. Octubre 14.

Para asociación fuso-espiroquetal.

Respuesta: No se encuentra asociación fuso-espiroquetal. Flora microbiana muy abundante; estafilococos, algunos bacilos gram-negativos. Bacilos de Ducrey, escasos.

Octubre 15. Examen serológico: Wassermann y Khan, negativos.

Octubre 15. Examen coprológico: Quistes de amiba histolítica.

Octubre 22. Pus. Células de pus. Bacilos gram-negativos. Algunos de Ducrey.

Diagnóstico: Fagedenismo del pene por chancro gangrenoso.

Tratamiento: Tratamiento local: Curación húmeda con solución de chloraze, limpieza con dioxogen, aplicación de solución de mercurio-cromo y finalmente sulfanilamida pulverizada. Vacunoterapia con ducreisol G. U. M., y con vacuna antiptiogená; 5 ampollas de cada una.

Tres gramos de sulfatiazol por 6 días y finalmente 5 ampollas de D' Melcos.

A pesar de no presentar signos de disentería, por haber hallado quiste de amibas en las deposiciones, se le dio un laxante y se le aplicaron 4 ampollas de 4 centigramos de emetina. Pero como la situación local era alarmante, se suspendió esta medicación para darle campo a otras que parecían más urgentes. Entonces fue cuando ordené 6 ampollas de suero antigangrenoso, aplicadas en días sucesivos, y al mismo tiempo diez centímetros cúbicos de gluconato de calcio por vía intravenosa. Después siete ampollas de carbonil.

En enero, de 15 a 30 centigramos de neosalvarsán, alternadas con un centigramo de cianuro de mercurio; después, estas mismas drogas alternadas con extracto hepático y con gluconato de calcio. Total de neosalvarsán 5,25 gramos y 16 centigramos de cianuro de mercurio. Ordené esta droga porque tengo en mis apuntes, tomado de una revista, que una úlcera fage-dénica inguino abdominal, de tres años de duración, determinada por el B de Ducrey, curó con once inyecciones de cianuro de mercurio.

A fines de febrero cuatro ampollas de sulfato de cobre por vía intravenosa. Entonces se le dio mayor importancia al tratamiento local procurando al tiempo una mejoría del estado general con calcio intravenoso, extracto hepático a altas dosis, bacalao y quinina.

Así marcharon las cosas hasta el dos de mayo que sospeché la naturaleza amibiana de la lesión y ordené un examen en fresco que demostró la presencia de amibas histolíticas vegetativas, abundantes.

Examen coprológico del 3 de mayo:

Huevos de tricocéfalos, escasos.

No se encuentran amibas ni quistes.

Examen de orina para investigar amibas:

Respuesta: No hay amibas. Hay tricomonas.

Examen de sangre del 5 de mayo:

Glóbulos rojos: 2.570.000.

Glóbulos blancos: 4.800.

Fórmula leucocitaria:

Mielocitos	5%
Poli-neutrófilos	51%

Tres gramos de sulfatiazol por 6 días y finalmente 5 ampollas de D' Melcos.

A pesar de no presentar signos de disentería, por haber hallado quiste de amibas en las deposiciones, se le dio un laxante y se le aplicaron 4 ampollas de 4 centigramos de emetina. Pero como la situación local era alarmante, se suspendió esta medicación para darle campo a otras que parecían más urgentes. Entonces fue cuando ordené 6 ampollas de suero antigangrenoso, aplicadas en días sucesivos, y al mismo tiempo diez centímetros cúbicos de gluconato de calcio por vía intravenosa. Después siete ampollas de carbonil.

En enero, de 15 a 30 centigramos de neosalvarsán, alternadas con un centigramo de cianuro de mercurio; después, estas mismas drogas alternadas con extracto hepático y con gluconato de calcio. Total de neosalvarsán 5,25 gramos y 16 centigramos de cianuro de mercurio. Ordené esta droga porque tengo en mis apuntes, tomado de una revista, que una úlcera fagedénica inguino abdominal, de tres años de duración, determinada por el B de Ducrey, curó con once inyecciones de cianuro de mercurio.

A fines de febrero cuatro ampollas de sulfato de cobre por vía intravenosa. Entonces se le dio mayor importancia al tratamiento local procurando al tiempo una mejoría del estado general con calcio intravenoso, extracto hepático a altas dosis, bicalao y quinina.

Así marcharon las cosas hasta el dos de mayo que sospeché la naturaleza amibiana de la lesión y ordené un examen en fresco que demostró la presencia de amibas histolíticas vegetativas, abundantes.

Examen coprológico del 3 de mayo:

Huevos de tricocéfalos, escasos.

No se encuentran amibas ni quistes.

Examen de orina para investigar amibas:

Respuesta: No hay amibas. Hay tricomonas.

Examen de sangre del 5 de mayo:

Glóbulos rojos: 2.570.000.

Glóbulos blancos: 4.800.

Fórmula leucocitaria:

Mielocitos 5%

Poli-neutrófilos 51%

Poli-eosinófilos	5%
Poli-basófilos	0%
Linfocitos	34%
Monocitos	4%

Examen anatomopatológico, suscrito por el doctor Alfredo Correa Henao: Biopsia de una lesión cutánea. Coloración hemateína y eosina. Organó: piel. Lesión predominante: inflamación y tejido de granulación. Descripción de biopsia hecha en el borde de la ulceración: La superficie cutánea está formada por un epitelio de papilas muy profundas y engrosadas en su extremidad, como bastos, o ramificadas, que se adelgaza y se suspende bruscamente para continuar una superficie de tejido de granulación que corresponde al fondo de la úlcera. Las papilas dérmicas son de tejido muy laxo y edematizado; el resto del dermis presenta una intensa infiltración de plasmocitos formando focos en algunos puntos. La zona dérmica de la úlcera está formada por un tejido fibroblástico con abundantes capilares neoformados y células móviles (macrófagos y plasmocitos). Hay también en esta zona regiones con tejidos necrosados donde abundan los macrófagos, las células inflamatorias y unos cuerpos redondeados, acidófilos, de protoplasma finamente granuloso, de núcleo distinto con membrana nuclear y también acidófilo; el tamaño de éstos elementos oscila entre doce y diez y ocho micras. Su localización es peculiar porque están aislados sin conexión con el tejido vecino, el cual forma una cavidad para contenerlos, dando la idea de que ha habido una histólisis, y por consiguiente, los mencionados cuerpos corresponden a quistes de amiba histolítica.

Diagnóstico: Ulceración de la piel con formación de tejido de granulación y con presencia de quistes de amiba histolítica.

Al precisarse el diagnóstico el 2 de mayo el tratamiento local consistió en lavado con agua, la aplicación de un polvo secante y el específico en la aplicación diaria de cinco centigramos de emetina hasta completar medio gramo.

Evolución final: Desde el cuarto día de aplicar la emetina se notó la mejoría local, al sexto se desprendió casi la totalidad del tejido fagedenizado y se descubrió el fondo rosado de la lesión; al octavo, en los bordes ya limpios se vio que se iniciaba la epidermización que fue completa a los 23 días.

Como puede verse, la cicatrización en esta forma es menos rápida y ello es debido a la destrucción total de la piel; a que

no quedan esparcidos en la superficie de la lesión islotes de piel incompletamente destruidos, como ocurre en el tipo ulceroso.

Cicatriz: el órgano quedó muy deformado: en el glande y en el surco balano-prepucial, hay hendiduras irregulares con apreciable destrucción del tejido, el meato está muy estrecho y deformado; la piel del órgano destruida, está reemplazada por un tejido fibroso, irregular, con sendas zonas hipertróficas, situadas en los lados de la parte media; también en la parte media, cara inferior, la destrucción del tejido fue tan profunda, que llegó hasta la mucosa y dejó una pequeña fístula uretral. Al tacto el miembro es acartonado, fibroso, duro, signo éste que es más notable en el glande.

Con los doctores Arango Mejía e Isaza Misas estudié lo referente a las lesiones del meato y de la uretra: no encontramos a la altura de la fístula estrechez propiamente dicha. Parece que la amiba hubiera destruido un poco de tejido uretral, luego hubo retracción de los tejidos vecinos, al cicatrizar, causando una ligera desviación de la uretra a la altura de la fístula, lo que favoreció la salida de la orina por ella mientras tanto la estrechez del meato progresaba.

Se le practicó una amplia meatotomía, se dilató y se dejó una sonda a permanencia.

Comentario: Con la insistencia que merece el caso, investigué los antecedentes venéreos de los meses anteriores a la infección, sin lograr ninguna información positiva.

Queda dicho que el medio familiar está infectado de amibas.

Según Leser, el chancro gangrenoso no lo determina el B. de Ducrey solo; siempre hay una infección sobre agregada, como la simbiosis fuso-esperiquetal.

Greenway, en su libro, "Zooparásitos humanos", dice que la localización primitiva amibiana fuera del intestino, aún no puede aceptarse. En esta vez la causa pudiera ser solamente la infección primitiva amibiana en el prepucio, o al menos existe una fuerte presunción de que ello sea así, como lo demuestra la evolución, quiero decir, el absoluto fracaso con el tratamiento específico del chancro blanco con Ducreisol y D' Melcos y con la especificidad del clorhidrato de emetina.

OBSERVACION Nro. 4

Amibiasis cutánea perineal, tipo ulceroso.

María García de 28 años de edad, soltera, lavandera, na-

tural y vecina de Marinilla, entró al servicio de ginecología el 5 de junio de 1944.

Antecedentes patológicos: Hace unos dos y medio o tres años sufrió una disentería amibiana de dos meses de evolución y que cedió a la emetina.

Enfermedad actual: Desde hace unos 7 meses le apareció "un flujo que la quema", muy abundante, seroso al principio, más tarde seroso-sanguinolento. Constantemente tenía que darse baños de aseo y cambiar de ropa. La secreción fue cada día en mayor cantidad.

La región es ardorosa, picoteante y dolorosa. Es una muchacha humilde, de talla mediana, regular conformación física y buen estado general.

Las funciones digestivas son normales.

En la región perineal presenta una ulceración que se extiende desde la horquilla vulvar y la parte posterior de los grandes labios hasta la parte anterior del reborde anal, el cual lo abarca en media luna; en sentido transversal mide unos seis centímetros. La ulceración respeta las mucosas.

Es algo hipertrófica, dura, de bordes festoneados, muy secretante, dolorosa y está sembrada de pequeñas granulaciones blanquecinas.

Los médicos que la examinaron al entrar al servicio, creyeron estar en presencia de una sífilides papulo-erosiva y realmente al examinarla después de asearla, el aspecto macroscópico se presta a confusión.

El doctor Iván Gil Sánchez sospechó la naturaleza amibiana de la lesión y lo demostró.

Exámenes de laboratorio.

Junio 23: Wassermann y Kahn: negativas.

Junio 27: Examen de la secreción: Amiba histolítica vegetativa, abundante.

Junio 27: Examen coprológico:

Huevos de ascaris, abundantes.

Huevos de tricocéfalos: escasos.

Amibas y quistes: negativo.

Evolución: Desde las primeras inyecciones, cinco centigramos diarios de emetina, se apreció la disminución de la secreción y la desaparición del dolor, de manera que a la décima inyección la cicatrización era prácticamente completa. Quedó una cicatriz fibrosa, algo dura y pigmentada.

INDICE DE AUTORES

Georges Barbier, Práctica Dermatológica, por J. Darier y otros.

Paul Vigne, Práctica Dermatológica, por J. Darier y otros.

Stitts-Strong, Diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades tropicales.

Stelwagon, Gaskil. Diseases of the Skin.

E. Lesser. Enfermedades de la piel y venéreas.

Diego Francisco Grenway. Zooparásitos humanos.

Felipe H. Manson Bhar. Enfermedades tropicales.

Rivas. Human parasitology.

DR. M. S. ARANGO MEJIA

Clínica urológica del Hospital de S. Vicente

Relación de trabajos practicados. Año 1943

En nuestras esferas médicas todos trabajamos en el más absoluto silencio. Nunca publicamos nuestras observaciones y estadísticas, nunca las acreditamos ante las sociedades científicas. Nadie deriva enseñanza alguna de nuestra experiencia. Justo es reconocer las muy escasas y valiosas excepciones que a este respecto existen.

Pretendemos con el presente trabajo entablar la buena costumbre de publicar anualmente todo lo que se haga en nuestro Servicio de Urología del Hospital de San Vicente, y acreditar esta labor ante nuestra Academia de Medicina.

Con gusto oiremos las críticas que pueda provocar nuestra modesta labor; servirán ellas para perfeccionar nuestros métodos de estudio, diagnóstico y tratamiento y talvez en esta forma se vayan echando las bases de lo que algún día pueda llegar a ser nuestra auténtica Escuela de Medicina Nacional.

En los trabajos del Servicio ha colaborado de manera intensa y eficaz el distinguido Jefe de Clínica, doctor Isaza Misas y han ayudado los Internos señores Escobar, Silva, Velásquez, Bermúdez y entre todos se ha distinguido el señor Vinicio Echeverri, quien con gran entusiasmo y en tiempo de vacaciones ha recogido y clasificado los datos que aquí se presentan.

Sobra el decir que las impresiones, comentarios y opiniones que aquí consignamos se fundan en la experiencia adquirida en ocho años que hace que estamos al frente de este Servicio y no en los solos trabajos realizados en el último año.

Cuadro I

Número de enfermos	214
Hombres	202
Mujeres	12
Número de muertes	11
Mortalidad global	5.1%

Cuadro II

Número de intervenciones	161
Número de muertes	4
Porcentaje de mortalidad	2.4%

Llama primeramente la atención en el cuadro número 1 el reducido número de mujeres atendidas en el Servicio durante el año.

Débase esto a que sólo se dispone de una pequeña sala con cinco camas las que casi siempre y casi todas se mantienen ocupadas por enfermas ginecológicas que no figuran en esta estadística. Por otra parte parece que a la consulta externa del hospital no ocuden muchas enfermas urinarias y entre las que llegan gran número lo son de fistulas vésico-vaginales de difícil tratamiento y que permanecen largos meses en el hospital. Cabe preguntar aquí: no son comunes la afecciones urológicas en el sexo femenino en nuestro medio? o, no vienen al hospital por no disponer éste de un Servicio de suficiente capacidad para recibir las y tratarlas? Punto interesante este y en el cual se trabajará para esclarecerlo, contando con la importante ayuda de los distinguidos miembros de esta Academia.

El porcentaje de mortalidad global 5.1% (Cuadro I) quizás pueda parecer un poco elevado. Se explica esto fácilmente si se tiene en cuenta que muchos enfermos llegan prácticamente a morir al hospital, en un estado de gravedad tal que no admite ya ningún tratamiento. La mortalidad quirúrgica (Cuadro II) nos aparece aceptable para cualquier servicio y con mayor razón en el nuestro, en donde nos toca intervenir en condiciones no propiamente las más deseables, como son la edad, estado avanzado de las lesiones, asociaciones patológicas etc., etc.

Cuadro III

Cuadro IV

Mayores de 50 años	83	Vecinos de Medellín	50
Menores de 50 años	131	Vecinos de otras poblaciones	157
Porcentaje de los mayores de 50	38.72%	De otros departamentos	7

La lectura del Cuadro III nos revela el crecido porcentaje de los mayores de 50 años (38.72%) atendidos en el Servicio. Demuestra esto que las afecciones urológicas en la vejez son muy frecuentes entre nosotros y predominan entre ellas la hipertrofia prostática y las secuelas de antiguas blenorragias contraídas en la juventud. Explicaciones de por qué abunda el adenoma prostático en este medio no las hemos encontrado satisfactorias. Por el momento contentémonos con seguir diciendo que es una enfermedad frecuente en la vejez. Para las secuelas ble-

norrágicas si se encuentra la causa que las explique racionalmente. En nuestra población, especialmente la campesina y obrera, es muy común la blenorragia, la que no se trata, o, si lo hacen, es de manera deficiente y mediocre. Naturalmente y de manera oculta la enfermedad sigue evolucionando hasta producir graves lesiones (periuretritis istulizadas o no, abscesos difusos, o circunscritos, tumores urinosos, estrecheces uretrales, etc.); con el correr de los años y en este estado que bien pudiéramos llamar “terciarismo blenorragico”, si se nos admite la expresión, son traídos al hospital en donde el tratamiento se reduce en primer término, a salvarles la vida, para luego reconstruir lo que buenamente se pueda y quedando gran número de ellos como infirmes.

En el Cuadro IV vemos cómo las tres cuartas partes ($\frac{3}{4}$) de la clientela de este Servicio está representada por enfermos de poblaciones del departamento distintas a Medellín. Nos atrevemos a asegurar que en muchos Servicios hospitalarios ocurre algo semejante. Dato éste interesante para que los Gobiernos Departamental y Municipal lo tengan muy en cuenta y procuren siempre que les sea posible, aumentar la subvención de que goza este centro de caridad que por lo visto es tan departamental como municipal.

El porcentaje de enfermos de otros departamentos es muy reducido, debido seguramente a dificultades económicas de esta clase de pacientes y también a lo costoso de las vías de comunicación aún poco desarrolladas entre nosotros.

Cuadro V

Casados	133
Solteros	70
Viudos	11

Cuadro VI

Permanencia en el hospital:	
Mayor número de días .	180
Menor número de días .	5

El cuadro V nos dice que el 63% de los enfermos son casados. Dato de acuerdo con lo que podía esperarse, dada la edad de ellos y la afición del antioqueño por el matrimonio, especialmente cuando joven. Comprobación de esto la encontramos sin ir muy lejos en nuestros estudiantes de Medicina, entre quienes se observa un aumento apreciable de los casados año por año.

Del Cuadro VI no podemos sacar un promedio que en realidad se acerque a lo verdadero, porque si consultamos detenida-

mente la historia de cada enfermo, encontramos que una gran mayoría de ellos ha permanecido en el hospital entre diez y cincuenta días, es decir, término medio, 30 días. En el cuadro VI anotamos el mayor y el número de días, a título de curiosidad, y realmente sólo hubo dos enfermos con esas cifras. Creemos muy aceptable el promedio de 30 días si tenemos en cuenta que se trata de enfermos urinarios, en gran número viejos y de preparación y post-operatoria lentas y delicadas.

Cuadro VII

Alfareros	1
Agricultores	195
Albañiles	17
Arrieros	1
Cadeneros	2
Cantineros	2
Carpinteros	6
Carreros	2
Cerrajeros	2
Comisionistas	1
Correo de Comercio	1
Choferes	3
Empleados	1
Estudiantes	3
Fotógrafos	1
Limpiabotas	2
Mineros	9
Músicos	2
Negociantes	17
Obreros	20
Peluqueros	4
Pintores	2
Policías	1
Sastres	3
Tenderos	1
Vidrieros	1
Zapateros	4

Resulta del cuadro anterior un porcentaje para los agricultores de 49.06%, es decir, casi la mitad de los enfermos atendidos en el Servicio. Justo es que los campesinos —la clase que de menos garantías goza en el país— tuviera alguna ventaja si-

quiera sea en servicio médico hospitalario. Vienen luego los obreros con una cifra de 20, pero a la cual podemos añadir sin alterar nada todos los otros obreros que aquí figuran con nombre distinto como son los albañiles (17), los zapateros (4), los carpinteros (6), etc., etc. Como se ve el hospital llena perfectamente su cometido, atendiendo ampliamente a las dos clases sociales que más lo necesitan.

Cuadro VIII

Absceso inguino escrotal	1
Absceso prostático	1
Adenoma prostático	34
Artritis blenorragica	2
Blenorragia crónica	2
Cálculos prostáticos	3
Cálculos uretrales	1
Cálculos vesicales	2
Carcinoma de la próstata	4
Cistitis	4
Cistitis blenorragica	1
Cowperitis supurada	4
Chancro del pene	2
Divertículo vesical	1
Ectopia testicular	6
Epidimitis blenorragica	10
Epitelioma del pene	5
Epitelioma vesical	1
Estrechez del meato uretral	3
Estrecheces uretrales	23
Fimosis	11
Fístula suprapúbica	2
Fístula uretral blenorragica	14
Fístula uretro-vaginal	2
Fístula vésico-vaginal	2
Fístula vésico-cérvico-uretro-vaginal	1
Fístula recto-vaginal	1
Herida del escroto	1
Hematocele	2
Hernia crural	1
Hernia inguinal	5
Hidroceles	13
Impotencia	1

Litiasis renal	2
Nefritis	1
Papilomas del pene	2
Paquivaginalitis	1
Parafimosis	1
Perinefritis	2
Periuretritis	13
Pielitis	5
Pionefrosis	2
Pólipo vesical	5
Ruptura traumática de la uretra	1
Tuberculosis renal	3
Uretritis	2

Podemos deducir de los datos anteriores, y esto confirma lo que hace poco dijimos, que las dos entidades más frecuentes en nuestro Servicio Urológico son el Adenoma Prostático y las Estrecheces Uretrales Blenorragicas, muchas de ellas con periuretritis supuradas, fistulizadas y con tumores urinosos. Por lo que toca a las estrecheces, su frecuencia es muy explicable, dadas las circunstancias en que viven los individuos que en este Servicio se atienden. Pertenecen ellos a agrupaciones humanas entre las cuales, bien sea por ignorancia, o por falta de recursos económicos, no pueden tratarse su blenorragia, la que rápidamente pasa al estado crónico, se complica, y con facilidad llega a lo que pudiéramos llamar “terciarismo blenorragico”, con todo su triste cortejo de complicaciones y lesiones de por vida.

Para el adenoma prostático —lo repetimos— no alcanzamos a precisar las causas de su frecuencia entre nosotros. Tema éste interesante para tratar de darle en el futuro una explicación racional.

Hay un dato importante en el cuadro VIII: al Servicio solamente llegaron 2 litiasis renales, 3 tuberculosis renales, 2 perinefritis y ningún tumor renal. Tiene esto alguna significación? En nuestro sentir sí, puesto que indica que las afecciones urológicas altas no son muy frecuentes en nuestra clientela hospitalaria. Y lo que se vio en el año 43 es casi lo mismo que hemos visto en otros años. Por lo que se lee en revistas de la especialidad y por lo que realmente acontece en otros centros urológicos, puede asegurarse que un 20% de los pacientes se presentan con tuberculosis renal. Por qué, en nuestro medio, no solamente la tuberculosis renal, sino otras afecciones altas, no son

tan frecuentes como en otras partes? No existen en esas proporciones, no se diagnostican, o se tratan mal tratadas, desconociéndolas casi por completo? No queremos aventurar ninguna explicación y nos limitamos a apuntar el hecho de que en el Servicio Urológico de San Vicente son relativamente escasas las afecciones urológicas altas. Con un trabajo urológico bien orientado, llevando cuidadosamente las estadísticas, y tratando de obtener los datos de otras clínicas en unos años más, seguramente se podrá sacar una conclusión que al menos se acerque un poco a la verdad.

Cuadro IX

Abertura de abscesos	6
Abertura cowperitis	2
Abertura fistulas	2
Amputación del pene	4
Castración	2
Catretismo retrógrado	1
Catetrismo uretral a vejiga abierta . .	1
Circuncisión	14
Cistostomía	20
Cura operatoria de fistula vésico vaginal	3
Diatermocoagulación papilomas del pene	2
Diatermocoagulación y extirpación de	
Pólipos de la vejiga vía S. P.	5
Dislocación testicular	7
Emasculación	1
Extracción cálculos prostáticos	4
Extracción cuerpo extraño de la vejiga	1
Incisión rectal para hematoma supra-	
prostático	1
Incisión y avenamiento de perinefritis	
supurada	1
Inversión de la vagina	4
Inversión y resección de la vaginal . .	3
Ligadura y sección de los deferentes . .	11
Nefrectomía	3
Orquidopexia (Ömbredanne)	3
Orquidopexia (Katgenstein)	2
Prostatectomía (2 tiempos) vía S. P.	16
Prostatectomía (1 tiempo) vía S. P.	6
Punción vesical	1

Resección fistula escrotal	1
Resección fistula glútea	3
Resección fistula perineal	3
Resección transuretral endoscópica de adenoma prostático	2
Talla vesical para cálculo	1
Uretritomía interna	9
Uretrostomía perineal	2
Uretro-colostomía	1
Vaciamiento ganglionar inguinal	4
Vasotomía	2
Cura operatoria de hernia inguinal . .	5

Predominan en el Cuadro IX como era de esperarse por lo dicho anteriormente, las prostatectomías. Se practicaron 22 en el año, 16 de ellas en dos tiempos y 6 en uno solo. Estas últimas aumentaron en comparación con años anteriores, porque se tuvo la oportunidad de que más enfermos se presentaran en condiciones par aello. Es curioso que esto suceda en la clientela hospitalaria acostumbrada más que ninguna otra a solicitar los servicios médicos en última instancia. Como norma del Servicio se ha establecido que todo enfermo que llega en condiciones (locales y generales) satisfactorias se le practica la prostatectomía en un solo tiempo. Sin embargo queremos anotar de paso que en nuestras manos, nunca hemos encontrado gran desventaja haciéndola en dos tiempos: poca es la diferencia en el tiempo total gastado para una o dos intervenciones y en cambio el paciente corre menos riesgos en dos tiempos. Más detalles daremos sobre este tópico en ulterior publicación que haremos sobre Próstata y Prostáticos. Agreguemos que en estos últimos años al hacer una prostatectomía ligamos y seccionamos los deferentes para evitar las epidemitis tan frecuentes (30%) en estos casos, no graves, pero sí enojosas y que prolongan bastante la post-operatoria.

En el Servicio se practica siempre la Prostatectomía Suprapúbica. Sólo en dos casos de pequeños adenomas (lóbulo medio) de dos y cinco grs., se hizo la resección transuretral endoscópica por el método de Thompson.

Este moderno método aún no hemos logrado incorporarlo en nuestra práctica corriente por falta de un mayor número de enfermos para poder seleccionar los casos para un adecuado entrenamiento, por escasez en el personal de enfermeros diestros

en el manejo de estos pacientes y por falta de un abundante material eléctrico y endoscópico que permita trabajar desahogadamente. No obstante es nuestro propósito perseverar en el estudio de este método hasta lograr implantarlo de manera seria y consciente en nuestro medio.

La prostatectomía perineal no se practica entre nosotros.

Han disminuído las uretrotomías internas hechas en el Servicio durante este año del 43. Débese esto a las normas que nos inspiran para poderla aconsejar francamente y también a la escasez del material (sondas, conductores) a causa de la guerra. Y no nos arrepentimos de ello, pues siempre hemos creído que todo estrecho, desde que ello sea posible, deriva un mayor beneficio resolviéndole su problema sin uretrotomía interna que con ella. Es la uretrotomía interna una pequeña operación de resultados inmediatos brillantes y económicamente halagadora para quien la practica. Sin embargo sus resultados alejados no son propiamente alentadores.

Quienquiera que asista a nuestro Servicio podrá convenirse de que los enfermos estrechos que más dificultades presentan, técnicamente hablando, son aquellos que ya han sido uretromizados una o varias veces. En cambio los que en otro tiempo han sido tratados solamente por la dilatación hacen más fácil el nuevo tratamiento. Y en tratándose de estos enfermos —especialmente los de la clientela hospitalaria— hay que partir del principio de que el médico tendrá que volverlos a ver para una estrechez o estrecheces que ellos seguramente abandonan a pesar de las indicaciones que a ese respecto se les hayan dado.

En el Servicio, delante de todo estrecho se procede así: Se coloca un conductor armado y luego se hace todo lo posible por pasar un beniqué número 24. Si se fracasa se fija entonces el conductor y se deja a permanencia durante 24, 48, ó 72 horas. Al cabo de este tiempo puede asegurarse que en el 90% de los casos ya puede comenzarse la dilatación del número 24 en adelante. En muy pocos casos hay que hacer la uretrotomía interna. Sucede en ocasiones que con conductor no pasa a la vejiga. Ni aun en esta emergencia desistimos. Se practica entonces lo que pudiéramos llamar “un cateterismo filiforme por etapas”, dejando fijado el conductor en el sitio en donde tropieza y avanzando cada día centímetro a centímetro hasta colocarlo en la vejiga. Se pone especial atención al terreno específico tan común en estos enfermos y se procede en consecuencia.

En el hidrocele se practica siempre que las circunstancias lo permitan, la operación de Montoya y Flórez (dislocación testicular), sencilla, de anestesia local y de resultados inmediatos y tardíos satisfactorios.

Cuadro X

Anestesia raquídea	58	X preferimos la raquinesesia
Anestesia local	52	a todas las demás. No hubo
Eter	11	un solo accidente grave y aun
Cloroformo	1	los pequeños incidentes fue-
		ron escasos. Los mayores de

cincuenta años toleran muy bien esta clase de anestesia. Como drogas se emplearon la scurocaína y la meticaína. Con esta última de uso un poco más reciente en el Servicio, nunca tuvimos accidente alguno, pero siempre es obligatorio seguir al pie de la letra las instrucciones del fabricante. Para la local empleamos siempre la novocaína al 1% ó al $\frac{1}{2}$ %. Ningún accidente. Para las generales el éter. En este año no tuvimos la oportunidad de emplear el pentotal sódico (vía intravenosa) que con tan buenos resultados hemos empleado en otros años.

Las uretrotomías internas se practican casi todas en el Servicio sin anestesia, cosa que no aconsejamos. En algunos casos se le da al enfermo un nembutal la vispera por la noche, otro a la mañana siguiente y una hora antes de la operación se le inyecta con morfina. Nos parece suficiente esto y ampliamente lo recomendamos. Legueu dice en el primer tomo de su Urología: "El tejido fibroso de la estrechez es poco sensible y los enfermos sienten el paso de los instrumentos pero no les duele la sección". Teóricamente esto es cierto y aun en la práctica ciertos enfermos responden a esta observación. Sin embargo aun cuando el uretrótomo no tiene por qué seccionar nada distinto a la estrechez, sí vemos que las diversas maniobras de la uretrotomía son enojosas y hasta dolorosas para ciertos organismos o temperamentos muy sensibles a todo lo que se relaciona con instrumentos e intervenciones médico-quirúrgicas. En todo caso, los hipnóticos y calmantes que aconsejamos permiten obrar en condiciones menos desagradables para los enfermos y así no guardan un mal recuerdo de su médico y de la operación.

El doctor Alonso Restrepo en un estudio publicado en el año de 1938 sobre azoemia en nuestra población llegó a las siguientes cifras. Media superior: 0,42 por 1; promedio global:

0,33 por 1.; Media inferior: 0,28 por 1. Esto en adultos normales. Vienen a cuento estos datos con motivo del Cuadro XI sobre azoemias de todos los enfermos del Servicio. En él observamos que el número de enfermos mayores de 50 años es de 83 y que entre ellos 34 presentaron una azoemia que oscilaba entre 0,20 y 0,30 por mil y en la mayor parte de ellos no llegaba a 0,38 por mil. Uno sólo alcanzó a 3 grs. pero llegó a morir al hospital. Los datos anteriores son de grandísimo interés y confirman lo que personalmente hemos tenido ocasión de conversar con el mismo doctor Restrepo. Sería lógico esperar que estos enfermos dada su edad y sus afecciones urinarias, casi siempre de larga data tuvieran una cifra de azoemia más elevada si quiera que la del promedio global, o sea 0,33 por mil. Y sin embargo encontramos todo lo contrario. A qué atribuir estas bajas cifras? Con el doctor Restrepo creemos que todo se debe al régimen hipoazoado obligatorio a que por sus circunstancias se encuentran sometidas nuestras clases obreras y campesinas. Sus recursos económicos son insuficientes para obtener una alimentación completa y bien equilibrada.

Cuadro XI

Número de azoemia en los mayores de 50 años	83
Número de azoemia en los menores de 50 años	131
Menor cifra de azoemia en los mayores de 50 años	0,15
Mayor cifra de azoemia en los mayores de 50 años	3,00
Menor cifra de azoemia en los menores de 50 años	0,18
Mayor cifra de azoemia en los menores de 50 años	0,70
Mayores de 50 años: número de enfermos cuya azoemia oscila entre 0,15 y 0,38	58
Mayores de 50 años: número de enfermos cuya azoemia pasa de 0,38	23
Menores de 50 años: número de enfermos cuya azoemia oscila entre 0,18 y 0,38	99
Menores de 50 años: número de enfermos cuya azoemia pasa de 0,38	32

Por esto jamás nos halagan estas bajas cifras que tal vez pudieran denunciar un buen funcionamiento renal. Siempre las rectificamos con la prueba de la S. F. T. abreviada, o en una hora. La sencillez de su procedimiento y la fidelidad de sus indicaciones nos han mantenido completamente satisfechos. Poseemos actualmente unas 400 observaciones y sobre ellas prepara-

mos un trabajo. Por lo dicho y volviendo al tema azoemia creemos que las cifras que nos dan autores extranjeros es conveniente no tomarlas muy al pie de la letra.

Cuadro XII

Antecedentes venéreos	144
Nada venéreo	60
Dudosos	10

Sacamos el cuadro anterior por la importancia que en un Servicio Urológico tienen los antecedentes venéreos. Es bueno tener en cuenta que el

67,2%, es decir mucho más de la mitad, habían tenido infecciones venéreas. Este dato, unido a los más que se obtengan en los distintos servicios hospitalarios, podrán servir más tarde a quien se dedique a recogerlos para obtener el porcentaje de enfermedades venéreas en nuestra población colombiana.

Cuadro XIII

Wasserman positivos	50
Wasserman negativos	127
Kahn positivos	46
Khan negativos	120

Un porcentaje efectivo de 23,3% de estos enfermos eran específicos según el Cuadro XIII. Datos estos que sirven para complementar los del Cuadro XII, y como conse-

cuencia reforzar la opinión que se emite sobre porcentaje de enfermedades venéreas.

El Servicio tiene una buena sala de Cistoscopia y en ella se atienden todos los casos urinarios que resultan en el hospital, bien sea para diagnóstico, tratamiento, o examen funcional de riñones. En el pasado año se atendieron 38 enfermos a los cuales se les hizo una o más cistoscopias. Hubo dos casos de resección endoscópica transuretral de adenomas prostáticos sin ninguna complicación inmediata apreciable y con resultados clínicos satisfactorios hasta el presente. Tenemos que lamentar algunas deficiencias técnicas imputables a la iniciación de todo tratamiento. No hay instalación adecuada sino para trabajar por el método de Thompson.

En el hospital de San Vicente existe la única Clínica que tiene consulta externa. Se atiende allí a todos los enfermos que han salido del Servicio, operados o no, y que necesitan de curaciones, dilataciones, masajes, etc., o que deben seguir presentándose allí, en los casos que así lo demandan. Igualmente se oyen consultas y se hacen tratamientos de muchos de los enfer-

mos del Instituto Profiláctico que por las características de su enfermedad quedan mejor atendidos en un Servicio de Urología que en uno de Venereología. Da una idea aproximada del trabajo de la Consulta Externa, el hecho de que se hicieron 907 tratamientos por el Profesor, el Jefe de Clínica, los Practicantes, los estudiantes y el enfermero.

A título de información vamos a poner en el Cuadro XIV los pequeños trabajos efectuados en la Sala del Servicio:

Cuadro XIV

Consultas	28
Curaciones	8.013
Inyecciones intravenosas	1.065
Otras inyecciones	2.008
Fórmulas despachadas	546
Análisis de Laboratorio	999
Radioscopias	3
Radiografías	14
Otras labores	24

Para terminar es bueno añadir que en el Servicio se dicta la clase de Urología de la Facultad de Medicina. Asistieron en el año pasado 26 estudiantes. Además de las conferencias en los días de operaciones ayudaron —primera o segunda ayudantía según el caso— y practicaron las intervenciones que estaban dentro de sus capacidades, entusiasmo y conocimientos. Conviene no olvidar que en este curso no se preparan especialistas, sino que se dan algunas enseñanzas urológicas para el uso adecuado y consciente del práctico general.

Con el presente trabajo pretendemos —como al principio lo dijimos— acreditar ante esta docta Academia, nuestra labor urológica, modesta sí, pero bien intencionada, deseosa de perfeccionamiento y de poder servir a todo aquel a quien estas cosas interesan o puedan interesar.

Medellín, 1944.

DR. EDMUNDO MEDINA MEJIA

Comunicación a la Academia de Medicina

Estudio de la Tuberculosis en Antioquia

I — Índice tuberculínico

1. — Material de estudio
2. — Estudio comparativo de tuberculinas
3. — Índice tuberculínico en medio urbano
 - a) según la edad.
 - b) según el sexo.
 - c) según la época
 - d) comentarios
 - e) conclusiones.
4. — Índice tuberculínico en medio rural

II — Índice de morbilidad

1. — según la edad
2. — según el sexo
3. — según las profesiones
4. — comentarios
5. — conclusiones.

III. — Vacunación por el B. C. G.

1. — material de estudio
2. — tiempo de aparición de la alergia después del BCG
3. — intensidad de esta alergia
4. — conclusiones.

IV. — Examen sistemático de un grupo social

1. — índice de morbilidad
2. — índice de infección
3. — conclusiones

V. — Conclusión final.

INDICE TUBERCULINICO

Quisiéramos poder presentar un índice tuberculínico que fuera la verdadera etapa epidemiológica de tuberculización en el Departamento de Antioquia. Para ello hubiera sido necesario la práctica de reacciones en los diversos tipos de nuestra población y muy especialmente en su gran caracterización biológica de tipo urbano y tipo rural, división que nosotros consideramos más importante que las diferenciaciones que puedan ocurrir en la primera de aquellas aglomeraciones sociales. Desafortunadamente la incipiencia de nuestra campaña no nos ha permitido recoger sino un número muy reducido de investigaciones rurales, pero esto no nos parece argumento suficiente para retardar por más tiempo la obligación que tiene nuestro país de colaborar en el concurso de los países jóvenes de América, en el estudio de la tuberculosis, considerada en su aspecto social. Por ello aspiramos a que las cifras que exponemos a continuación y los personales comentarios que las acompañan, sean una pequeña contribución a la instauración de las bases fundamentales para una campaña unificada de características continentales que es como nosotros podemos imaginarnos los posibles éxitos de una empresa tan abstracta como la lucha contra la tuberculosis.

1° Material de estudio

Hasta el 31 de enero de 1944 contamos con un total de 23.333 individuos de diverso sexo y diferentes edades, en quienes se ha practicado la prueba tuberculínica, siguiendo la técnica de Mantoux. Queremos advertir desde ahora que el número de reacciones verificadas es bastante mayor porque un mismo individuo ha sido sometido a investigaciones con diversas concentraciones de tuberculina bruta y de ésta con productos de diversa procedencia. Además hay que tener en cuenta que en el estudio comparativo que hicimos para indagar personalmente sobre las ventajas del Purified Protein Derivative de Seibert, cada individuo recibía tres productos diferentes para la investigación de su alergia. Sin embargo, por razones obvias, en nuestro material de estudio apenas tendremos presente el número de sujetos.

2° Estudio comparativo de tuberculinas

La sección epidemiológica de la Campaña Antituberculosa del Departamento de Antioquia, deseosa de estandarizar el pro-

ducto que diese la más certera realidad sobre nuestra etapa epidemiológica de tuberculización, inició un estudio comparativo entre tres productos usados para buscar la alergia tuberculosa, siguiendo el método de la intradermo-reacción. Estos tres productos fueron: Las soluciones de tuberculina bruta de nuestro Instituto Nacional de Higiene, la tuberculina antigua de Koch de la casa Lilly, cuyas diluciones se hacían en el momento del uso y el derivado proteínico de Seibert que nos fue gentilmente suministrado por la Casa Mulfor. Antes de dar alguna ligera noticia de este último producto, nunca empleado entre nosotros en forma sistemática, queremos advertir que escogimos dos muestras de tuberculina bruta, Samper y Lilly, porque hemos creído que la incidencia de pruebas positivas ocurrida con el primero de estos productos, es, en nuestro personal concepto, más elevada de lo que debe ser nuestra realidad de infección.

El derivado proteínico de Seibert (purified protein derivative) o más simplemente PPD, es, como concluye el Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones, "el agente más conveniente para la intradermo-reacción de Mantoux y el producto más aceptable para el diagnóstico en el hombre". La idea de su preparación nació del hecho universalmente aceptado de la diversa potencialidad de las tuberculinas brutas y de las reacciones inespecíficas (para-alergia) que éstas producen ocasionadas por proteínas extrañas.

Al iniciar las investigaciones para la preparación de un producto sin los inconvenientes de la tuberculina bruta, se sentó el precedente de que un medio sintético para el cultivo del bacilo era indispensable. Este medio de cultivo no debía tener proteínas y sí estar constituido por productos químicos puros, tales como la asparagina, el citrato de amonio, el griserol, y algunas sales inorgánicas. En este medio el bacilo crece bien y produce un filtrado altamente potente como tuberculina.

Sin embargo parece demostrado que el PPD pertenece a la categoría de las materias proteicas y que su principio activo es una verdadera proteína, aunque de un peso molecular muy reducido, lo que le da las características de un poder antigénico específico y una potencialidad más o menos constante. Que el principio activo del PPD es una proteína, está demostrado por las siguientes razones que constituyen el resumen de un sinnúmero de interesantes investigaciones al respecto:

1a. - Cuando en el medio de cultivo aparece proteína, paralelamente se manifiesta el poder tuberculínico del filtrado.

- 2a. - Cuando se hacen desaparecer las proteínas por precipitación, también desaparece la actividad del producto.
- 3a. - El contenido en nitrógeno del medio es paralelo a la potencia tuberculínica.
- 4a. - Las diastasas proteolíticas (pepsina y tripsina) hacen desaparecer la potencia del precipitado.
- 5a. - El principio activo demuestra las mismas características físico-químicas que las materias proteicas.

El producto empleado para la precipitación fue en primer término el ácido acético, con la desventaja de proporcionar un precipitado con poca cantidad de material activo. Luégo se empleó el sulfato de amonio que dio un precipitado con buena cantidad de principio activo. Este nuevo producto se denominó TPA (Tuberculina Protein ammonium-sulfate precipited). Sin embargo la substancia que ha dado mejores condiciones en el precipitado ha sido el ácido tricloracético, cuyo producto se denomina TPT (Tuberculin Protein Trichloroacetic acid precipited). Tanto el TPA como el TPT, aparecieron como productos de gran poder antigénico, es decir, capaces de producir precipitinas, provocar anafilaxia y aun a inducir a típicas reacciones de Arthus, en proporciones bastante considerables. Parecía tener algún interés en reducir este poder antigénico, porque podían ocurrir falsas reacciones debido a la sensibilización de sustancias tan altamente antigénicas. Entonces se pensó que la tuberculina antigua de Koch podía ser el punto de partida para la preparación de un producto menos potente. La tuberculina antigua no podía servir para hacer ensayos antigénicos directos, ni aún en su variedad modificada obtenida en cultivos en medios sintéticos, por contener gran cantidad de impurezas (1 c. c. de tuberculina bruta contiene 10 mgr. de material específico por 300 mgr. de sustancias orgánicas e inorgánicas inespecíficas y se obtendrían grandes reacciones tóxicas si se inyectara repetidamente 10 mg. de este material que es la dosis usada de cualquier proteína para producir la reacción de Arthus). Pero un filtrado concentrado de un cultivo de bacilos, libertado del exceso de sales y de glicerol por medio del ácido tricloracético y retirando el exceso filtrado por medio del ácido tricloracético y retirando el exceso de ácido por medio del éter y secamiento da un producto de potencia alta y estable, del mismo grado de pureza que el TPT, pero mucho menos sensibilizante. Este es el Derivado Proteínico Purificado de Tuberculina o más sencillamente PPD. Parece en definitiva que las ventajas del PPD se deben a su pequeño

peso molecular (17.000) en relación con el peso mucho mayor de la tuberculina antigua. (Mucho más de 32.000). En resumen, las principales ventajas del Derivado Proteínico, son las siguientes:

- 1a. - No produce sensibilización a la tuberculina y por consiguiente no perjudica las investigaciones que más tarde puedan verificarse en este producto;
- 2a. - Contiene menos cantidad de proteínas inespecíficas que la antigua tuberculina y por consiguiente las falsas reacciones positivas son menos frecuentes;
- 3a. - Su potencia es muy estable por varios años.

Con este producto hicimos los estudios de comparación a que nos referimos al iniciar este aparte, usando las tuberculinas antiguas de la Casa Lilly y del Instituto Nacional de Higiene de Colombia. Estos estudios fueron verificados en grupos diversos de colectividad, tanto en adultos como en niños y los resultados los presentamos a continuación.

TECNICA EMPLEADA

En todos los casos a que nos referimos en este estudio practicamos simultáneamente tres intradermo-reacciones: en el antebrazo derecho, una décima de c. c. de la primera dosis de PPD, es decir, aquella solución que contiene 0,0002 de miligramo por cada centímetro cúbico; la solución fue practicada diluyendo las pastillas de PPD en el solvente especial, a base de fosfatos de potasio y de sodio y fenol, con un PH igual a 7; en la parte superior del antebrazo izquierdo se aplicó en forma intradérmica, una décima de centímetro cúbico de una solución de tuberculina Lilly al uno por mil; y en la parte inferior del mismo antebrazo la misma cantidad de la segunda prueba expedida por nuestro Laboratorio Nacional de Higiene.

El número de individuos investigados fue de 294 con un total de 882 reacciones. La lectura era practicada entre las 48 y las 72 horas. Los resultados obtenidos son los siguientes:

Con la tuberculina **Samper**: En el sexo masculino se practicaron ciento diez y siete (117) reacciones repartidas así: 72 en niños de diversas edades, de las cuales 23 fueron en niños que 30 días antes habían recibido la vacunación con el B. C. G. y 49 en individuos no vacunados; las otras cuarenta y cinco fueron aplicadas a niños recién nacidos de madres clínica y radiológicamente indemnes de tuberculosis. Las reacciones positivas en este grupo de individuos del sexo masculino se repartieron así: en los

niños vacunados, una reacción positiva; en los no vacunados, once reacciones positivas. De los cuarenta niños recién nacidos, cuatro reaccionaron positivamente a esta prueba.

En el sexo femenino se hicieron 176 investigaciones repartidas así: en niños de diversas edades 52 reacciones, de las cuales 14 habían recibido un mes antes el bacilo de Calmette Guerin y el resto en niñas no vacunadas. En mujeres de edad adulta se practicaron 80 reacciones, en un grupo de embarazadas pertenecientes a las clínicas de maternidad. Y en niñas de 24 horas de nacidas se hicieron 44 reacciones con la tuberculina de Samper Martínez. Los resultados positivos en este grupo femenino se presentaron así: del primer grupo de niñas, 5 fueron positivas en las no vacunadas. En las 80 señoras enviadas de las maternidades, 40 reaccionaron positivamente y en el grupo de las recién nacidas, 4 fueron positivas.

En el cuadro siguiente quedan resumidos estos resultados obtenidos con la tuberculina en mención:

RESULTADOS OBTENIDOS CON LA TUBERCULINA DEL INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE

en grupos de diversas edades.

Hombres: total de reacciones 117	}	Niños: Total 72	{	vacunados con BCG 23.	Positivos 1
				no vacunados: 49.	Positivos 11
				recién nacidos: total 45	Positivos 4
Mujeres: total de reacciones 176	}	Niños: Total 52	{	vacunados con BCG 14.	Positivos 0
				no vacunados 38.	Positivos 5
				Adultos: total 80	Positivos 40
				recién nacidos: total 44	Positivos 4
				Total de reacciones 293	
				Total de positivos 65	

Con la **tuberculina de la Casa Lilly**, en solución al 1 por mil, se practicaron las mismas reacciones que con el anterior producto y los resultados positivos se repartieron así:

En el grupo de niñas vacunadas, se presentó únicamente una reacción dudosa que sin embargo quisimos clasificar como positiva débil. En el grupo de niños vacunados, todas las reacciones fueron negativas. En el conjunto masculino de niños no vacunados aparecieron once reacciones positivas. En el grupo de mujeres embarazadas, la alergia apareció en 37 casos. En las

niñas de diversas edades sin B. C. G. las reacciones positivas fueron 5. En el grupo masculino de los recién nacidos fueron todos negativos, lo mismo que en el grupo femenino. En el cuadro adjunto quedan resumidos los resultados totales.

RESULTADOS OBTENIDOS CON LA TUBERCULINA DE LA CASA LILLY

Al 1 por mil en grupos de diversas edades.

Hombres: total de reacciones 117	{	Niños: Total 72	{	vacunados con BCG 23.	Positivos 0
				no vacunados 49.	Positivos 11
		recién nacidos: total 45			Positivos 0
Mujeres: total de reacciones 176	{	Niños: Total 52	{	vacunados 14.	Positivos 1
				no vacunados 38.	Positivos 5
			adultos: total 80		Positivos 37
			recién nacidos: total 44		Positivos 0
Total de reacciones 293					
Total de positivos 59					

Con el derivado proteínico de Seibert se practicaron igual número de reacciones que con los otros productos mencionados anteriormente. Los resultados positivos se repartieron en la forma siguiente: en el grupo de hombres, únicamente en niños no vacunados, casi todos en edad escolar, aparecieron once reacciones alérgicas. En el sexo femenino, en niñas de edad escolar y no vacunadas, 8 presentaron reacciones alérgicas. De las 80 mujeres de las clínicas de maternidad, 27 reaccionaron positivamente a esta prueba. En el cuadro siguiente quedan resumidas estas observaciones.

RESULTADOS OBTENIDOS CON EL DERIVADO DE SEIBERT (PPD)

En grupos de diversas edades

Hombres: total de reacciones 117	{	Niños: Total 72	{	vacunados con BCG 23.	Positivos 0
				no vacunados 49.	Positivos 11
		recién nacidos: total 45			Positivos 0

Mujeres: total de reacciones 176	Niños: Total 52	vacunados con BCG 14.	Positivos 0
		no vacunados 38.	Positivos 8
	adultos: total 80	Positivos 27
	recién nacidos: total 44	Positivos 0
		Total de reacciones	293
		Total de positivos	46

COMENTARIOS

Como puede observarse por la comparación de los tres cuadros que anteceden, la incidencia general de reacciones positivas es mayor cuando se usa la tuberculina preparada en el Instituto Nacional de Higiene de Colombia y menor con el FPD, conservando un intermedio la tuberculina antigua de la Casa Lilly. Antes de continuar nuestros comentarios queremos hacer una observación, que, en nuestro concepto, adquiere la mayor trascendencia:

Las reacciones presentadas por las diluciones de tuberculina, fueron siempre en mayor intensidad que las presentadas por el derivado proteínico, siendo aquéllas fácilmente catalogables entre las dos y tres cruces, y las del PPD, cuando mayor era su poder reaccionante, apenas ascendían a dos cruces, siendo generalmente de una cruz.

Es indudable la especificidad de la prueba tuberculínica cuando se ha usado el PPD y es necesario dar a las reacciones positivas ocasionadas por las diluciones de tuberculina antigua un cierto margen de inseguridad cuando se relacionan con su valor específico. Muchos argumentos apoyan esta primera aseveración, de los cuales expondremos algunos:

1°.—En un grupo numeroso de personas, previamente negativas a la tuberculina e inyectadas luégo con B. C. G. 93,3% dieron posteriormente reacciones francamente positivas a la inyección intracutánea del PPD.

2°.—Al grado de alergia determinado por el PPD, fue cuantitativa y cualitativamente menos marcado en los vacunados con B. C. G. que aquéllos en los cuales se presume una infección por bacilos virulentos.

3°.—La investigación por el PPD es muy sensible: puede ser francamente positiva después de la introducción de pequeñas cantidades de B. C. G.

Mucho más pudiera decirse de la especificidad del PPD, ya ampliamente experimentada, pero lo anterior es suficiente para demostrar la importancia de preferir, para buscar una reacción francamente específica, un producto que dé las garantías de la preparación de Seibert. Nuestro estudio parece estar de acuerdo con las investigaciones verificadas en otros países, especialmente las recientes de Long, Aronson, Seibert y demás, en Estados Unidos. En efecto: en niños de edad escolar que no han recibido vacunación por el bacilo de Calmette, el porcentaje de positividad fue mayor que en los vacunados, lo que demuestra que la infección con bacilos virulentos proporciona un mayor poder reaccionante que el producido por los bacilos atenuados, lo que aparece de acuerdo con las aseveraciones insertadas en el párrafo anterior. Aquí también hay que tener en cuenta un dato que es significativo y que sigue demostrando la especificidad del PPD: en nuestro estudio personal, los niños que aparecen en los cuadros como vacunados, recibieron las diversas clases de tuberculina, a los 30 días de haber recibido la dosis vacunante, es decir, en un período en que no debiera haber aparecido ninguna reacción positiva. En realidad en la infección con los bacilos atenuados de Calmette, el período prealérgico oscila entre 60 y 75 días y la reacción siempre moderada; en cambio, cuando la infección se hace con bacilos virulentos, este período es de 25 a 30 días, al cabo de los cuales aparecen fuertes reacciones. Ahora bien: en los niños vacunados en quienes verificamos la investigación comparativa, 2 presentaron reacciones francamente positivas frente a las soluciones de tuberculina antigua, mientras que ellas fueron negativas con el PPD; es decir, hubo dos reacciones inespecíficas en un total de 37 vacunados, lo que indica que multiplicando el número se tendría una incidencia de alergia de inmunidad completamente desvirtuada y por la misma razón existe el derecho de pensar que los índices tuberculínicos levantados a base de diluciones de tuberculina antigua no son completamente exactos.

Pero lo que más nos inclina a desconfiar de que las reacciones positivas que aparecen con la tuberculina antigua no son completamente específicas, son los argumentos que nos proporciona el estudio verificado en niños recién nacidos que recibieron las diversas clases de reactivos en un tiempo no mayor de 10 horas después del nacimiento. En un total de 89 niños en estas condiciones vemos los siguientes resultados: Con la tuberculina preparada en el Instituto Nacional de Higiene se presentaron

8 reacciones fuerte y fracamente positivas, lo que no ha ocurrido con la tuberculina Lilly, ni con el producto de Seibert.

Teniendo en cuenta que estos niños son hijos de madres clínica y radiológicamente sanas y aceptando el hecho indiscutible de que la alergia tuberculosa no se hereda, ya que la hipótesis más aceptable sobre el mecanismo de la alergia de inmunidad es que se trata de un fenómeno tisular y que únicamente en épocas de un inmenso poder defensivo ocurren acontecimientos humorales con aparición de anticuerpos protectores que rápidamente desaparecen, es necesario concluir que el alto porcentaje de positividad encontrado con la tuberculina del Laboratorio Nacional está en absoluto desacuerdo con la realidad biológica de los niños que han servido para la experimentación. Es conveniente hacer notar que las reacciones negativas de estos recién nacidos no constituyen sino la demostración de una alergia natural en organismos aún no infectados y que ella no es debida ni a un alto grado de inmunidad que destruyera la tuberculina antes de dar una reacción aparente, ya que tampoco se hereda la inmunidad, ni a un derrumbamiento total del poder defensivo, puesto que para ello se necesitaría una victoria del bacilo tuberculoso, bacilo que no ha ingresado todavía a estos organismos vírgenes.

Finalmente, si vemos los resultados totales con cada una de las tres tuberculinas, llama la atención que el más alto porcentaje de reacciones positivas aparece con el producto del Instituto Nacional de Higiene y el menor con el derivado de Seibert. Nosotros, por todos los argumentos anteriores y especialmente por el estudio en niños recién nacidos, tenemos derecho a pensar que este mayor número de reacciones aparentes ocurridas usando nuestro producto nacional, no se deba a su mayor potencia reaccionante, sino que son manifestaciones inespecíficas ocasionadas posiblemente por proteínas extrañas. Estos conceptos están en desacuerdo con las conclusiones de un trabajo en el mismo sentido, verificado por el profesor Esgmon R. Long y por los doctores Andrés Soriano Lleras y Julio Araújo, quienes usaron para su trabajo las soluciones de tuberculina del Instituto Nacional de Higiene y una dosis intermedia del Derivado Proteínico de Seibert.

CONCLUSIONES

1a.—Cuando se usa la tuberculina antigua en niños vacunados con B. C. G., cuya alergia se investigó a los 30 días de recibir la dosis vacunante, aparecieron varias reacciones positivas,

que no son otra cosa que una manifestación de para-alergia, dicho de otro modo, son reacciones inespecíficas, puesto que en el período pre-alérgico en las infecciones artificiales con bacilos atenuados (B. C. G.) no es nunca inferior a 60 días.

2a.—Aceptando, como hay que aceptar, que la alergia tuberculosa, bien sea de inmunidad o de sensibilidad no se hereda, no es posible ver el fuerte porcentaje de reacciones positivas, en recién nacidos en quienes se aplicó la tuberculina del Instituto Nacional de Higiene, sino como un poderoso argumento de que dicho producto proporciona muchas reacciones positivas de carácter absolutamente inespecífico.

3a.—La gran intensidad de las reacciones con tuberculina, se debe, en nuestro concepto, no a manifestaciones específicas de alergia tuberculosa, sino a fenómenos de alergia inespecífica despertados por las proteínas extrañas de los productos con que se investiga o al alto peso molecular de dichas proteínas.

En consecuencia:

a) De nuestro estudio se desprende que para tener un índice cierto de tuberculización, es necesario usar el Derivado Proteínico de Seibert (PPD);

b) Que las tuberculinas antiguas dan muchas reacciones inespecíficas, especialmente la del Instituto Nacional de Higiene de nuestro país, lo que obliga a sus directores a una revisión de los métodos de preparación.

III. INDICE TUBERCULINICO

En medio urbano.

Teniendo en cuenta las consideraciones propuestas en el capítulo anterior y sabiendo que las tuberculinas brutas proporcionan un mayor número de reacciones positivas, muchas de las cuales son reacciones inespecíficas, según se desprende de nuestro estudio comparativo de aquellas con el Derivado Proteínico de Seibert (PPD), vamos a dar a continuación las incidencias epidemiológicas de tuberculización en el departamento de Antioquia, advirtiendo que estas investigaciones fueron todas hechas usando las diluciones de tuberculina antigua preparadas por el Instituto Nacional de Higiene de Colombia y que por consiguiente los porcentajes de positividad que se han obtenido, no corresponden a una estricta realidad, sino que ellos aparecen ligeramente desvirtuados por las reacciones aparentes de tipo inespecífico que ocasiona el uso de este producto.

También queremos advertir que los datos que vamos a dar a continuación, son los comprendidos hasta diciembre del año de 19.3, época hasta la cual no se había hecho una encuesta epidemiológica con la suficiente técnica y que por consiguiente en este informe no podrá darse el importante dato de las incidencias de positividad en las diversas agrupaciones sociales y que la mayor parte del estudio fue hecho en conglomerados escolares. A partir del año de 1944 y con la creación de la sección epidemiológica, estas investigaciones se están haciendo, teniendo en cuenta las más aconsejadas conductas en estos casos.

El número de pruebas que nos ha servido para presentar este informe, en lo que se relaciona con la parte urbana, es de 22.333, comprendidas únicamente hasta diciembre del año pasado. En el presente año, se ha intensificado más este renglón de Lucha Antituberculosa y por consiguiente el número real de pruebas de Mantoux practicadas hasta la fecha, es bastante mayor que el que aparece en el presente trabajo.

Presentamos, pues, la frecuencia de reacciones positivas a la tuberculina en relación con la edad, con el sexo y con la época de la investigación.

INDICE TUBERCULINICO SEGUN LA EDAD

*Por habernos parecido suficiente, hemos dividido las edades en cuatro grupos, a saber: edad infantil, que comprende desde el recién nacido hasta la edad escolar; edad escolar, que la hemos querido llevar únicamente hasta los 14 años, porque es indiscutible que es de gran interés hacer un grupo desde esta época hasta la iniciación de la edad adulta, admitiendo que entre los 15 y los 19 años ocurren acontecimientos fisiológicos y sociales que influyen en la tuberculización de las poblaciones; el último grupo de nuestra división comprende la edad a partir de los 20 años.

Edad infantil.—En esta época de la vida hemos practicado 996 reacciones con un total de reacciones positivas de 262. Es decir, con un porcentaje de positividad de 26,31.

Edad escolar.—El número de reacciones es de 18.382 con un total de 4.772 pruebas positivas. Índice de positividad: 25.41.

Edad comprendida entre 15 y 19 años.—El total de reacciones fue de 1.802, con 626 positivas. Porcentaje de positividad: 34.73.

Adultos.—Reacciones practicadas, 1.153. Positivas: 640. Índice de positividad: 55.50.

Total de reacciones: 22.333. Positivas: 6.300.

(Véase fig. N° 1)

INDICE TUBERCULINICO SEGUN EL SEXO

Hombres.—En el sexo masculino se practicaron 10.994 reacciones con un total de pruebas positivas de 3.209. De tal suerte que el porcentaje de positividad en el sexo masculino es de 29.18.

Mujeres.—En mujeres las reacciones fueron 11.339 con 3.091 pruebas positivas. Porcentaje de positividad: 27.25.

(Véase fig. N° 2)

INDICE TUBERCULINICO SEGUN LOS AÑOS

Hemos querido sacar aparte los datos obtenidos desde el año 1940, cuando se iniciaron las investigaciones con tuberculina, hasta finalizar 1943, porque consideramos de mucho interés estudiar la etapa epidemiológica de nuestro medio, de acuerdo con el crecimiento y la industrialización de nuestro pueblo.

Año de 1940.—En este año se practicaron 1.428 reacciones con un total de 194 positivas, es decir el 13,44%.

Año de 1941.—1.842 reacciones, de las cuales 330 son positivas. Porcentaje de positividad: 17.80.

Año de 1942.—Se hicieron 4.779 reacciones, de las cuales 1.684 fueron positivas. Porcentaje: 35.23.

Año de 1943.—Se practicaron 13.964 reacciones, siendo positivas 3.992, es decir, 28.58%.

Las 320 reacciones que faltan para completar el número global a que nos venimos refiriendo fueron verificadas en el presente año, pero no las tendremos en cuenta en este aparte.

(Véase fig. N° 3)

IV. COMENTARIOS

Es indiscutible que estamos en las primeras etapas de tuberculización, si comparamos nuestros resultados con los obtenidos en otros países. Estudiando separadamente los datos que hemos enunciado anteriormente, vemos los siguientes hechos:

1°. - **Índice tuberculínico según la edad.**—El porcentaje aparecido entre los niños de 1 a 5 años es de 26.31 de reacciones positivas, cifra que está muy por debajo de las suministradas por otros países. En el Perú por ejemplo, antes de los dos años ya existe un índice de casi el 50% de positividad. Naturalmente que hay que tener en cuenta que este país está atravesando una etapa de tuberculización masiva, pero es indiscutible que la gran diferencia encontrada por nosotros, denota una débil incidencia de alergia de inmunidad, con todos los inconvenientes que este hecho puede traer consigo, si aceptamos, como hay que aceptar el

concepto universal de que el grado de tuberculización marca proporcionalmente el progreso de las campañas antituberculosas.

Entre las investigaciones practicadas en niños de 5 a 14 años, vemos un índice menor que en el grupo anterior, es decir, 25.41%, lo que está en desacuerdo con lo encontrado en cualquier otro estudio de esta naturaleza. Es difícil encontrar una explicación a este hecho, pero tal vez pudiera pensarse que ello es debido a que en el grupo de menor edad se hicieron pruebas en un conjunto mayor de contactos, lo que naturalmente tiene que elevar las cifras de positividad en relación con otro grupo menos expuesto a un contagio intra-familiar, como ocurre en los niños de 5 a 14 años, de los cuales la mayoría pertenece al ambiente escolar. Lo que sí es un hecho es que en este conjunto el índice de positividad es mucho menor que el encontrado en otros países, como Venezuela, que fácilmente alcanzan una incidencia de alergia de casi el 60%, lo que constituye otro argumento para pensar que entre nosotros apenas se inicia la fase de tuberculización.

De los 15 a los 19 años, edad que nosotros hemos querido diferenciar en estas investigaciones, por algunas razones anotadas anteriormente, encontramos un 37.73% de pruebas positivas, lo que está indicando los mismos hechos anunciados anteriormente, es decir, las bajas cifras de tuberculización de nuestro ambiente.

Y en la edad adulta vemos, que estas cifras apenas alcanzan al 55.50%, cuando en otros países como Chile, Perú, Venezuela, etc., el porcentaje de positividad después de los 21 años oscila entre el 92 y el 98%.

2°.—El índice tuberculínico según los sexos no indica otra cosa distinta que la misma baja incidencia de positividad. En el sexo femenino, la alergia aparece en un 27.25% y un poco más elevada (29.18) en el sexo masculino. Este hecho está de acuerdo con las investigaciones hechas en otros países, es decir, que las pruebas positivas son mayores en los hombres, posiblemente porque la actividad social del sexo masculino lo predispone a más frecuentes contagios.

3°.—El índice tuberculínico según los años también suministra algunos datos importantes. Al dato global de cifras positivas en 1940 corresponde el 13.44%. En 1941 esta cifra sube a 17.80%, lo que en nuestro concepto constituye un aumento poco importante si se tiene en cuenta la intensificación de la campaña en esta época. Al estudiar el año de 1942 se ve un ascenso im-

portante (35.23) pero que aún queda inferior a las cifras deseadas. Pero el hecho más curioso de este estudio y que no hemos podido encontrarle una explicación satisfactoria, es el descenso de el índice de positividad al pasar al año de 1943, en el cual apenas se encontraba el 28.58%, a pesar de que en este año no sólo se continuó en la intensificación de la campaña, sino que se inició la vacunación con el bacilo de Calmette, lo que naturalmente tenía que aumentar los índices de alergia de inmunidad.

Antes de sacar algunas conclusiones es necesario hacer dos consideraciones finales: 1a. Que las pruebas de Mantoux se hicieron en su mayoría con la solución 1 x 10.000 y que por consiguiente es necesario sumar a los índices anteriormente anotados un porcentaje considerable, si se tiene en cuenta que en las investigaciones de la alergia tuberculosa por inmunidad, la técnica obliga a llegar hasta las soluciones más fuertes, del 1 x 10. 2a. Pero, por otra parte, estas investigaciones fueron todas hechas con productos del Laboratorio Nacional de Higiene, que como quedó comprobado anteriormente, no indican la verdadera realidad de tuberculización, puesto que ellos dan un número considerable de reacciones inespecíficas, que hacen subir en buena proporción los índices de positividad. Y aun cuando la causa de error debida al uso exclusivo de una dilución débil, no compensa la otra ocasionada por la calidad del producto, siempre hay que considerar que las cifras aquí anotadas, se acercan bastante a la realidad.

V. CONCLUSIONES

Es indudable que las cifras que hemos anotado y que corresponden a investigaciones verificadas durante varios años, arrojan saldos positivos de tuberculización que nos colocan en cifras muy inferiores a las presentadas por otros países de condiciones biológicas muy semejantes a nuestra región. Y si tenemos en cuenta que la aparición de una prueba positiva en el método de Mantoux, previo un examen radio-clínico negativo, es el significado de un estado de alergia de inmunidad, es decir, una relativa resistencia a posteriores infecciones, hay que concluir que estamos en condiciones muy bajas de defensa. Por consiguiente, es indispensable intensificar la vacunación por el B. C. G. y adoptar las medidas de carácter específico que permitan nuestros presupuestos, ya que las campañas de carácter inespecífico se presentan en difíciles condiciones de aplicación debido a las bajas circunstancias económico-sociales de nuestro pueblo.

VI. INDICE TUBERCULINICO

En medio rural.

Para sacar un índice de tuberculinas rurales se han podido recoger un poco más de 900 investigaciones observadas en las veredas de los municipios de Támesis y Puerto Berrío por los personales de estos dispensarios periféricos.

Todas las pruebas fueron verificadas en niños de edad escolar y de ellos podemos sacar una cifra global que indica la incidencia de positividad esperando para un futuro estudio, tener un material más nutrido de donde puedan extraerse cifras más acordes con la realidad.

El porcentaje general del índice tuberculínico rural extraído del número de observaciones a que hemos hecho referencia es de **26.3%**.

COMENTARIOS

Comparando estas cifras nuestras con las que hemos encontrado en estudios correspondientes a zonas rurales y semirurales en otros países, vemos que coinciden, si se tiene en cuenta la edad. En efecto, nosotros podemos tomar como término medio de edad los 14 años y así pueden hacerse las comparaciones con estudios extraños.

Personalmente, este índice rural, nos parece excesivamente elevado, ya que es indudable que en el verdadero ambiente campesino, la emigración esporádica a la ciudad no se efectúa generalmente, sino en edades superiores; y bien sabido es que el contacto con las aglomeraciones es la causa de la primo infección con sus posteriores consecuencias biológicas (aparición de la alergia). Naturalmente podría ocurrir también que un bacilífero estuviese sembrando infecciones masivas (intrafamiliares) en una casa cuyos habitantes pudieran infectarse y constituir otros tantos focos de diseminación.

Pero sin duda alguna lo que más influye en esta alta cifra de infección tuberculosa en los campesinos, es la facilidad de las vías de comunicación, de tal suerte que creemos que estos medios ya no llenan las características de rurales, aun cuando las demás condiciones (número de habitantes, localización distanciada de las habitaciones, etc.), obliguen a catalogarlos como tales.

También debemos advertir que entre nuestra población rural, teniendo en cuenta sus costumbres, la verticalidad de la infección no se efectúa a partir de los 15 años, como se acepta en otros países, sino en épocas más avanzadas, entre los 18 y los 20 años.

INDICE DE MORBILIDAD

Las cifras que vamos a anotar, corresponden a los porcentajes que hemos extraído de más de ciento diez mil (110.000) investigaciones radiológicas. En realidad de verdad, nuestras cifras no corresponden sino a la revisión de unas 57.700 historias radiológicas, pero si se tiene en cuenta que este número de tarjetas fue indistintamente extraído de nuestros archivos, es presumible que los índices que anotamos corresponden realmente al número total de exámenes practicados, es decir, son cifras basadas en más de ciento diez mil investigaciones.

En estos índices hemos tenido en cuenta los tres factores que más interés puedan tener, a saber: sexo, edad, profesión.

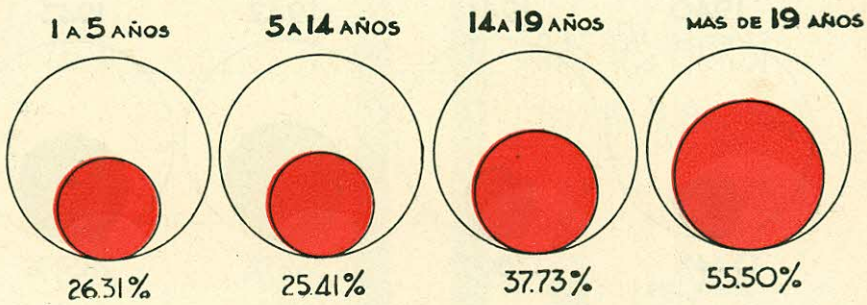
1°. - **INDICE DE MORBILIDAD según el sexo.**—Para sacar los porcentajes de morbilidad según esta diferenciación, se revisaron 25.009 mujeres y 32.765 hombres. En el grupo femenino aparecieron 1.004 casos de tuberculosis y en el masculino 1.234, lo que da una incidencia de 4.01% de positividad en el sexo femenino y 3,76% en el masculino. Aun cuando estos porcentajes son muy aproximados, llama sin embargo la atención, el hecho de que sea superior en las mujeres, siendo que en la mayoría de las investigaciones el sexo masculino aparece más recargado.

(Véase fig. N° 4)

2°. - **INDICE DE MORBILIDAD según la edad.**—En lo relacionado con la edad, hemos querido diferenciar 5 grupos, a saber: 1°) **Menores de un año.** En este grupo se estudian las historias de 242 niños, de los cuales resultaron 30 positivos, es decir, 12,39%. Como puede verse, esta cifra es bastante alta, si se compara con las que se expondrán más adelante y que corresponden a grupos de edades diferentes. Sin embargo la explicación es muy clara, si se tiene en cuenta que este grupo de niños es un grupo de selección clínica, es decir, sujetos que ya en exámenes generales habían presentado manifestaciones sospechosas de enfermedad pulmonar.

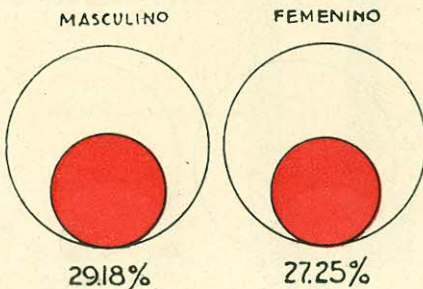
2°) **Grupo de 1 a 10 años.** En este grupo se estudiaron 10.914 observaciones, de las cuales 263 presentaron manifestaciones ra-

CUADRO QUE INDICA EL% DE REACCIONES POSITIVAS SEGUN LA EDAD



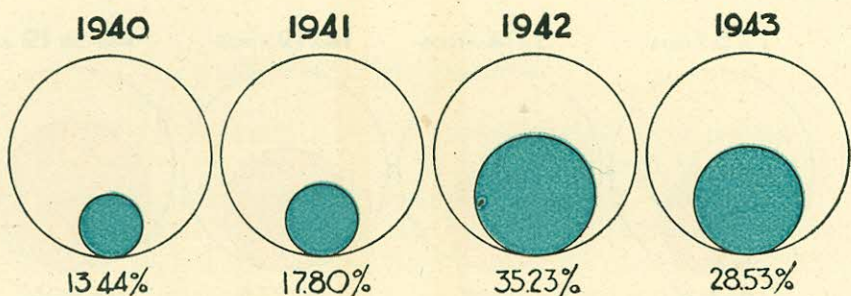
(Fig. 1)

CUADRO QUE INDICA EL% DE REACCIONES POSITIVAS SEGUN EL SEXO

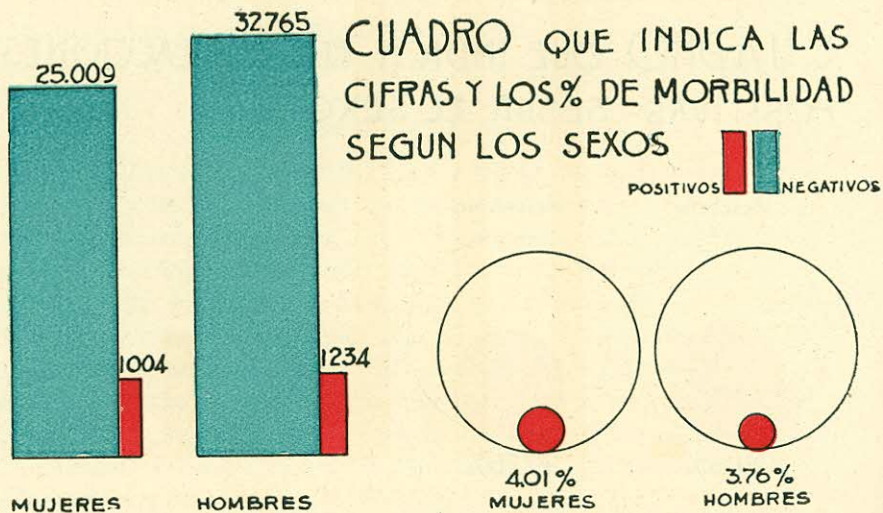


(Fig. 2)

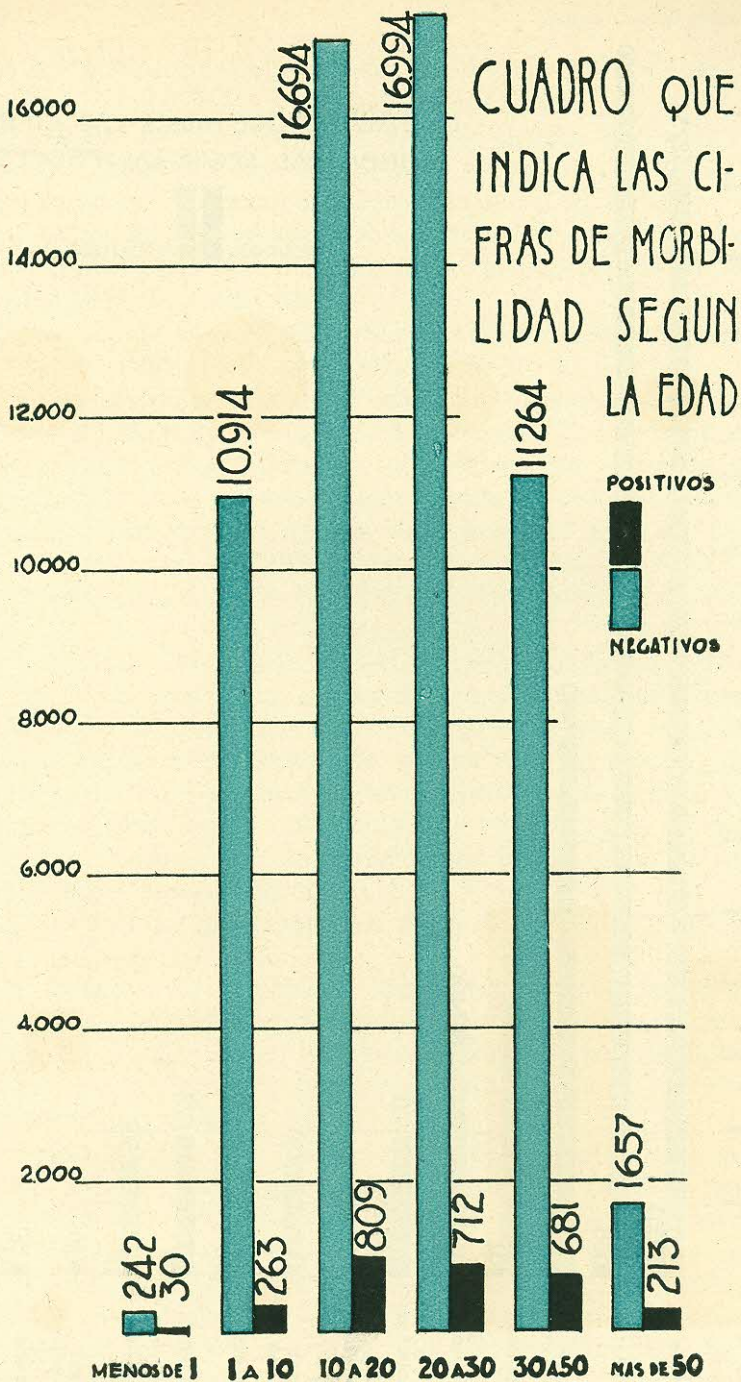
CUADRO QUE INDICA EL % DE REACCIONES POSITIVAS SEGUN LAS EPOCAS



(Fig. 3)

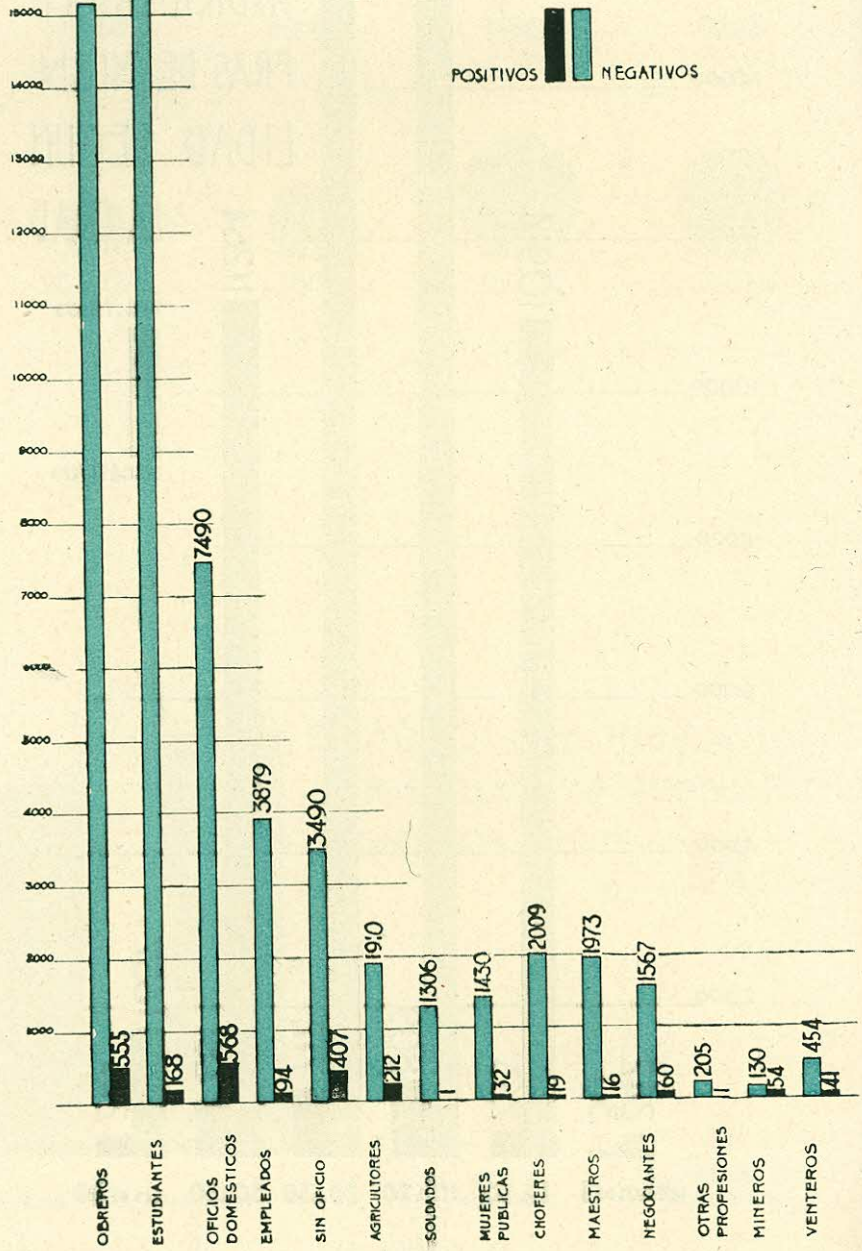


(Fig. 4)



(Fig. 5)

CUADRO QUE INDICA LAS CIFRAS DE MORBILIDAD SEGUN LAS PROFESIONES.



(Fig. 6)

diológicas de tuberculosis pulmonar. Es decir, un 2.40% de positividad.

3°) **Grupo de 10 a 20 años.** En este grupo, el porcentaje fue sacado, teniendo como base 16.694 historias, de las cuales 809 presentan un diagnóstico positivo, es decir, un 4.84%.

4°) **Grupo de 20 a 30 años.** De individuos de esta edad se estudiaron 16.994 observaciones, con un total de positivos de 712, o sea un 4.18% de positividad.

5°) **Grupo de 30 a 50 años.** Sobre 11.264 examinados, aparecen 681 con tuberculosis pulmonar, es decir, un 6.04%.

6°) **Grupo de mayores de 50 años.** Se estudiaron 1.657 historias de individuos de este grupo, de los cuales 213 presentaron manifestaciones radio-clínicas de tuberculosis pulmonar, es decir, un 12.85%. Este porcentaje es bastante elevado en relación con las cifras encontradas en otras investigaciones, pero ello también es debido, muy probablemente, a que cuando se envían al examen radioscópico, ya se ha hecho previamente una selección clínica. (Véase fig. N° 5)

3°. - **INDICE DE MORBILIDAD según la profesión.**—Se ha hecho una diferenciación en lo relacionado con la calidad del trabajo, teniendo en cuenta de cubrir el mayor número de profesiones. Sin embargo, es indudable que de nuestro empeño han quedado descartadas algunas de ellas, pero esto se debe a que no las hemos considerado suficientemente bien nutridas en nuestras observaciones y por consiguiente les hemos dado en este caso muy poca importancia social.

Las profesiones que hemos tenido en cuenta en este estudio, son las siguientes:

1°) **Obreros.** Se estudiaron 15.223 historias de individuos que se dedican a trabajos materiales, con ingresos económicos en forma de salarios y que hemos considerado como de tipo obrero. De este número, 555 presentan manifestaciones de tuberculosis pulmonar, es decir, 3.60%.

2°) **Estudiantes.** Hay que tener en cuenta que en este grupo entran estudiantes de primera enseñanza, de segunda enseñanza y de enseñanza profesional y es, por consiguiente, un grupo muy heterogéneo en lo que se relaciona con la edad. Sin embargo, el mayor número de estos examinados está compuesto por estudiantes de escuelas primarias, examinados sistemáticamente sin ninguna selección, y esto explica, seguramente, que la cifra de morbilidad sea relativamente baja en este conjunto. En efecto, en 16.200 historias revisadas aparecen 168 positivas, o sea un 1.05%.

3°) **Oficios domésticos.** Se incluyen en este grupo, no solamente las sirvientas, niñeras, etc., sino también aquellas mujeres que se dedican a los trabajos de la casa y que también pudieran catalogarse en el grupo de los sin oficio, que estudiaremos más adelante. Sin embargo nos ha parecido más conveniente en este. De este personal se examinaron 7.490, de los cuales 568 presentaron lesiones pulmonares. El porcentaje viene a ser alto en relación con los otros grupos: 7.58%.

4°) **Empleados.** En este grupo se estudiaron 3.879 historias y resultaron con lesiones tuberculosas, activas, evolutivas o residuales un número de 94, lo que da un porcentaje de 2.40.

5°) **Sin profesión u oficio.** De 3.490 personas estudiadas, resultaron 407 con diagnóstico positivo para tuberculosis pulmonar, lo que equivale a un 11.66% de morbilidad.

6°) **Agricultores.** Se han examinado 1.910 individuos dedicados a faenas agrícolas, de los cuales 212 presentaron imágenes radiológicas de tuberculosis pulmonar, es decir, un 11.09%.

7°) **Soldados.** Quedan incluidos en este grupo, no sólo individuos pertenecientes al ejército sino también los miembros de las policías Municipal y Departamental. De ellos se revisaron 1.306 individuos, de los cuales aparece 1 con lesiones tuberculosas, o sea un 0.48%.

8°) **Mujeres públicas.** Se estudiaron 1.430 exámenes de mujeres enviadas por la lucha antivenérea y resultaron 32 tuberculosas, lo que equivale al 2.23%.

9°) **Choferes.**—En este gremio es indispensable el examen radiológico de los pulmones, para adquirir el pase de conductor, por lo cual esta investigación adquiere un carácter sistemático y no de selección. Para este trabajo revisamos 2.009 historias entre las cuales aparecieron 19 diagnósticos positivos, o sea un 0.94%.

10°) **Maestros.** Entre 1973 fichas revisadas, se presentan 16 casos de tuberculosis. Porcentaje: 0.81.

11°) **Negociantes.** Como es natural, este es un grupo heterogéneo, ya que comprende una gran cantidad de actividades. Sin embargo, se ha intentado reunir aquí lo más similar y se pudieron estudiar las radioscopias de 1.567 personas entre las cuales aparecen 60 positivas, lo que equivale a una incidencia de 3.82%.

12°) **Otras profesiones.** Se han incluido en este aparte todas las actividades que no pueden ser incluidas en ninguno de los grupos anteriores y que pueden no tener semejanza en sus con-

diciones. Entre éstos, se examinaron 205 personas, entre las cuales resultó un diagnóstico positivo, es decir un 0.48%.

13°) **Mineros.** Es sin duda el grupo más interesante, si se tienen en cuenta las pneumoconiosis y su facultad de asilar secundariamente una T. B. C. Sin embargo, en este estudio nuestro, se resta un poco de importancia a las cifras finales, ya que todos los examinados constituyen un grupo de selección. El número de mineros examinados es de 130, de los cuales 54 presentan manifestaciones pulmonares de tuberculosis, es decir, un 41.53%.

14°) **Venteros de comestibles.** Propiamente no presenta este grupo una importancia especial por las características de su vida social, pero sí por la naturaleza de su actividad y por la vigilancia que sobre estos individuos debe mantener la higiene pública. Entre estas personas se revisaron 454 historias, y aparecen 41 tuberculosos, es decir, un 9.03%.

IV. COMENTARIOS

En lo relacionado con el sexo, las cifras de morbilidad son casi paralelas: 4.01% en las mujeres, y 3.76 en los hombres. Sin embargo, sí llama la atención la cifra un poco más elevada en el sexo femenino, si se tiene en cuenta que el hombre, por la calidad de su actividad social, está sometido naturalmente a mayores circunstancias de contactos frecuentes y masivos. Quizás esto pudiera explicarse por los acontecimientos fisiológicos de la mujer (embarazos, etc.), que traen siempre un desfallecimiento notable de la alergia de inmunidad y las colocan en las mejores condiciones para la activación de lesiones latentes o residuales, o el despertamiento de la actividad bacilar.

En lo relacionado con la edad, es necesario analizar separadamente cada grupo:

En los menores de 1 año, llama en primer término la atención el hecho que aparezca un porcentaje tan alarmante: 12.39%. Comparado con cifras aparecidas en estudios de otros países, se aprecia, que, si en realidad, uno de los más altos porcentajes de morbilidad corresponde a esta edad, las cifras están siempre muy por debajo de las nuestras. Ellas casi nunca ascienden al 6% (una de las más altas que hemos observado, es la de Maracaibo: 5%). Sin embargo pensamos que este hecho puede tener una explicación satisfactoria: Los niños examinados pertenecientes a este grupo son enviados a examen pulmonar

cuando ya los pediatras han encontrado alguna sospecha clínica, y estas observaciones no constituyen por consiguiente una investigación sistemática. También hay que tener en cuenta que muchos de estos niños son enviados por las enfermeras visitadoras por el hecho de convivir con bacilíferos reconocidos. Estas dos circunstancias aumentan indiscutiblemente el índice de morbilidad en esta edad.

En cuanto al grupo de niños menores de 10 años que arroja una cifra de morbilidad de 2.40%, no encontramos diferencia con otras investigaciones. El brusco descenso de esta cifra en relación con la anterior, se explica en que, en la edad que estamos comentando, ya se hacen exámenes sistemáticos de grupos escolares.

En el grupo de los 10 a los 20 años, que arroja un porcentaje de morbilidad del 4.84%, no llama nada la atención en nuestro concepto, aun cuando algunos investigadores traen cifras menores. Es natural que antes de los 20 años ya se comienza una vida social activa y por consiguiente las posibilidades de contagio son numerosas. Además hay que tener en cuenta que la travesía por la pubertad facilita condiciones fisiológicas que no son indiferentes al despertar de una infección.

De los 20 a los 30 años, aparece entre nosotros un 4.18% de positividad y creemos que esta cifra está acorde con la realidad epidemiológica de otros países.

Entre los 30 y los 50 años se encuentra un índice de morbilidad del 6.04%, cifra que tampoco merece ningún comentario a pesar de que ella es también más elevada que las que traen otros autores.

En los individuos mayores de 50 años, sí aparece un hecho que llama la atención ya que la cifra de positividad para la enfermedad tuberculosa: 12,85%, es excesiva. También aquí cabe una explicación lógica si se tiene en cuenta que entre nosotros son muy escasos los individuos que pueden adquirir un empleo cuando ya han transpuesto esta edad y que por consiguiente no están obligados a adquirir un certificado de salud. Es decir, no se ha verificado una investigación sistemática, y los individuos de esta edad que han sido examinados son hallazgos de consultorio que controla posteriormente el Dispensario Antituberculoso.

En lo relativo a la profesión hay que destacar algunos hechos. En primer lugar las cifras elevadas que aparecen en los desocupados, entre los cuales consideramos el grupo de los sin

oficio y el de oficios domésticos. Más lógico hubiera sido agrupar estos individuos en un conjunto de los "sin salario" y entonces tendríamos un argumento más sobre la importancia de las condiciones económico-sociales en la aparición de la tuberculosis.

También aparece una cifra muy elevada entre el conglomerado agrícola y es muy probable que esto también sea debido a las bajas condiciones económicas de estos trabajadores y a sus pésimas condiciones higiénicas.

Nos parece que en las demás profesiones, las cifras están muy acordes con la realidad de otros países. Sobre el grupo de mineros ya se hicieron las consideraciones a que pueda dar lugar la altísima cifra de morbilidad tuberculosa.

V. CONCLUSIONES

Los índices de morbilidad que hemos expuesto en relación con cada uno de los factores analizados y en su cifra global, son bastante elevados entre nosotros y, a nuestro modo de pensar, ello es debido a tres factores:

1°) La incipiente de las campañas específicas, por deficiencia de sitios de hospitalización para bacilíferos, imposibilidad de aislamiento a recién nacidos (obras Grancher), ausencia de higiene pública para obligar exámenes sistemáticos y en general, indolencia oficial por las luchas antituberculosas.

2°) Ausencia de las campañas inespecíficas por parte del Gobierno y de los particulares que no han tratado de levantar el nivel biológico del pueblo.

3°) Pésimas condiciones económicas del pueblo y deficiencia de su educación, labor que corresponde a las esferas oficiales y particulares.

VACUNACION POR EL B. C. G.

Empeñados desde hace varios años por implantar la vacunación antituberculosa, por medio del Bacilo Calmette - Guerin, aprovechamos nuestro viaje a Venezuela en el año de 1942, para estudiar los detalles de preparación, aplicación y vigilancia de esta medida profiláctica de carácter estrictamente específico.

Personalmente siempre hemos sido partidarios de esta vacunación, teniendo especial cuenta de nuestro medio social, donde el nivel económico es bajo y donde los poderes públicos y

las empresas privadas han contribuido muy poco para levantar el nivel biológico del pueblo, que se ve casi privado de esta esencial medida inespecífica en la lucha contra la tuberculosis; donde las medidas de aislamiento son muy escasas y donde, en fin, los presupuestos oficiales dedican muy exiguas cantidades para las campañas de higiene pública. Es natural que en otros países de ricos presupuestos y con una población más educada que la nuestra, no sean muy partidarios de la vacunación con el B. C. G., porque naturalmente tienen posibilidad de emplear medidas, quizás más eficaces, pero que siempre son inalcanzables para estos países pobres. En cuanto a la inmunidad que la vacunación de Calmette proporciona, existen profusos y serios estudios que hasta el presente no han sido desmentidos. Tampoco puede negarse rotundamente, por más que se haya intentado, que la aparición de la alergia sea un signo de inmunidad (naturalmente diferenciándola de la alergia de infección) y bien sabido es y demostrado está que el B. C. G. proporciona una alergia que, si puede ser inestable, es defensiva mientras ella perdure, y puede hacerse perdurar por medio de las revacunaciones. En todo caso la vacunación por medio del bacilo de Calmette es una medida que no puede despreciarse en países como el nuestro.

En vista de las actuales dificultades de importación, no fue posible adquirir el equipo necesario para su preparación, y hubo necesidad de recurrir a la gentileza del Gobierno de Venezuela, el que por intermedio del profesor José Ignacio Baldó, nos está facilitando las dosis necesarias a nuestro medio.

Así fue como en septiembre de 1943 se inició en Medellín y por primera vez en Colombia esta medida profiláctica, cuyos resultados inmediatos vamos a dar a continuación:

I.—Hasta la fecha se han practicado 2.194 vacunaciones repartidas en la siguiente forma:

959 en niños recién nacidos; y el resto en niños de mayor edad, en quienes ha dado negativa la prueba de la tuberculina hasta su última concentración. La procedencia de estos niños, lo mismo que los meses en que han recibido la vacunación, queda estipulada en el cuadro que sigue:

Cuadro explicativo de los niños vacunados con B. C. G.

Meses	clínica matern.	Hospital S. Vicent.	En el dispens.	Escolares	Contactos	Varios	Total
Septiembre				45	4		49
Octubre	41	14			8		63
Noviembre	32	57	39	200		2	330
Diciembre	45	51	46				142
Enero 1944	58	38	50				146
Febrero	45	55	88			1	189
Marzo	71	41	215				325
Abril	57	95	191				293
Mayo	62	52	212			10	336
Junio	54	101	162			3	319
Totales	465	504	1003	245	12	16	2194

II.—TIEMPO DE APARICION DE LA ALERGIA DESPUES DEL B. C. G.

Las opiniones de los autores que han tratado esta cuestión están de acuerdo y parece que cada uno tiene estadísticas suficientes para respaldar su aseveración. Nosotros nos limitaremos a exponer lo que hemos visto y nos reservamos las conclusiones para cuando se alcance un mayor número de observaciones que nos permita tener un fundamento más seguro.

En el primer mes apenas se presentó un caso de alergia positiva, después de la aplicación del B. C. G.

En el segundo mes 81 reacciones positivas después de la vacunación.

En el tercer mes, tres casos.

En el cuarto mes, cuatro casos.

En el cuadro fig. N^o 7 quedan resumidas estas cifras:

III.—INTENSIDAD DE LA ALERGIA PRODUCIDA POR EL B. C. G.

Un hecho que sí aparece universalmente aceptado, es que la alergia desencadenada por la aplicación del B. C. G. es una alergia débil, sin que esta característica disminuya el poder inmunizante del procedimiento.

En nuestros datos observamos la siguiente proporción en lo relativo a intensidad.

Positivos de una cruz de intensidad ..	= 39
Positivos de dos cruces	= 36
Positivos de tres cruces	= 12
Positivos de cuatro cruces	= 2

El porcentaje de estos hechos queda anotado en el cuadro:

(Véase fig. N^o 8)

IV.—CONCLUSIONES

1^a. - Por los datos que tenemos hasta la fecha, podemos afirmar que la alergia desencadenada por la aplicación del bacilo de Calmette - Guérin (B. C. G.) se hace aparente, al segundo mes, en el más alto porcentaje de los casos.

2^a. - La alergia producida por el B. C. G. es una alergia débil que corresponde casi siempre a una o a dos cruces. (+ o ++).

3^a. - La aplicación del B. C. G. es perfectamente inocua. En 2.194 vacunaciones no hemos observado ningún accidente, ni aun la simple supuración del nódulo.

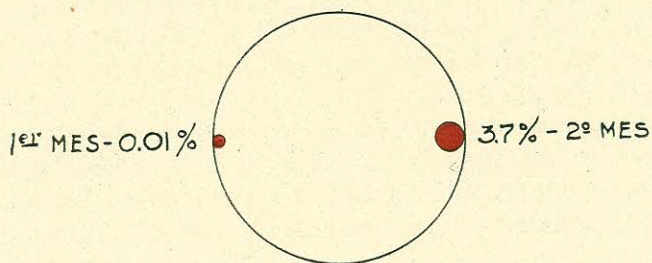
RESULTADOS DEL EXAMEN SISTEMÁTICO DE UN GRUPO SOCIAL

Con el objeto de llamar la atención sobre la importancia que adquieren los exámenes sistemáticos en cualquier agrupación social, vamos a presentar los datos extraídos de una investigación practicada a señoras en embarazo, enviadas por la Clínica Municipal de Maternidad y por el servicio prenatal de la Cruz Roja. Hay que advertir que los elementos para esta investigación no sufrieron ninguna selección previa y por consiguiente los hechos ocurridos como consecuencia de este examen, adquieren toda importancia de los estudios colectivos. Nos parece que estos hallazgos son de un éxito valioso y obligan a continuar estos mismos exámenes entre todas las colectividades de las diversas capas sociales.

Hasta el mes de junio se habían practicado 1.245 exámenes en mujeres con diverso tiempo de embarazo. Dichos exámenes consistían en una radioscopia del tórax, una prueba de tuberculina al uno por mil y una radiografía en los casos necesarios. Los resultados obtenidos se expresan a continuación:

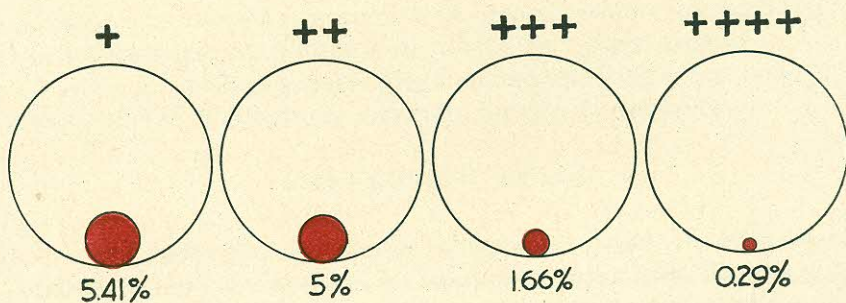
Índice de morbilidad.—Los exámenes radiológicos demostraron 14 casos de tuberculosis entre los cuales había seis con imágenes en actividad y ocho consistentes en lesiones residua-

CUADRO QUE INDICA EL TIEMPO DE APARICION DE LA ALERGIA DESPUES DEL B.C.G.



(Fig. 7)

CUADRO QUE INDICA LA INTENSIDAD DE LA ALERGIA DESPUES DEL B.C.G.



(Fig. 8)

les especialmente esclerosis apicales, módulos indurados y espiemientos pleurales. Estas cifras arrojan proporciones muy elevadas, puesto que corresponden a un 11,2 por mil de manifestaciones tuberculosas en diversos estados; entre estas, 6,4 por mil de imágenes inactivas y 4,8 por mil de T. B. C. en actividad.

Hay que tener en cuenta que los estados fisiológicos de embarazo y parto traen un desfallecimiento de la resistencia general y especialmente de la inmunidad a la tuberculosis. Es muy probable, por consiguiente, que en los estados finales del embarazo y después del parto hayan aparecido casos nuevos de brotes agudos o de reactivación de las lesiones residuales. Sin embargo, no podemos completar estas cifras, puesto que no ha sido posible revisar ninguna de estas personas.

Índice tuberculínico.—Para el índice tuberculínico se usó la solución al uno por mil de tuberculina bruta de Lilly. La lectura se practicó a las 48 horas. Los resultados fueron los siguientes:

Resultados negativos, 551.

Resultados positivos, 511.

Casos que no se presentaron a la lectura, 183.

Sacando el porcentaje sobre el número de personas que acudieron al control de la prueba de Mantoux, tenemos que el índice de positividad corresponde al 51,8%.

CONCLUSIONES

Como puede verse, los resultados obtenidos en este estudio están acordes con los de los índices generales de infección y de morbilidad:

1ª. - El índice tuberculínico es bajo, si se tiene en cuenta la edad de las personas examinadas, especialmente haciendo comparaciones con los datos presentados por otros países.

2ª. - El índice de morbilidad es bastante alto, teniendo presente que se trata de un examen sin previa selección.

CONCLUSION FINAL

Por todos los resultados obtenidos en las investigaciones expuestas en este trabajo, se llega a la conclusión de que nuestra situación frente al problema social de la tuberculosis está en condiciones malas, si se tiene en cuenta que la resistencia adquirida es débil, según lo demuestra el bajo índice de alergia

aparente. Por esta razón, naturalmente, es tan elevado el porcentaje de enfermedad tuberculosa.

En consecuencia, índice tuberculínico bajo, e índice de morbilidad alto, son los signos de la incipiente de nuestras campañas. La solución a este estado de cosas es intensificar las labores inespecíficas levantando el nivel biológico del pueblo, ampliar los sitios de hospitalización para evitar los permanentes contactos familiares y extrafamiliares y, mientras tanto, generalizar el levantamiento de la resistencia artificial por medio de la aplicación sistemática del bacilo de Calmette - Guerin (B. C. G.).

Labores de la Academia

Sesión del 5 de julio.

El Dr. Emilio Robledo presentó el siguiente informe:

“Sr. Presidente de la Academia:

Se nos ha pasado en comisión para su estudio, la comunicación de la Academia Nacional de Medicina fecha 17 de mayo, remitora de la copia de lo pertinente del acta de 2 de marzo de la misma Corporación, en que se trata acerca de la denominación de “FIEBRE MANCHADA AMERICANA” propuesta por los doctores Miguel E. Bustamante y Gerardo Varela para las RICKETTSIOSIS aparecidas en varias comarcas del Continente americano; denominación que el Dr. Patiño Camargo encuentra inconveniente y en desacuerdo con las normas de nomenclatura y de prelación adoptadas por los Códigos internacionales.

Vuestra comisión ha hecho un estudio del asunto y considera que se debe tener en cuenta lo siguiente:

Litré, a quien se debe consultar cuando quiera que se busquen los orígenes de los términos médicos, dice lo siguiente al tratar del tifo —“Nombre dado por los antiguos a diversas enfermedades que no tenían otro carácter común que un estado de estupor, de modo que nada más vago que el sentido dado a esta palabra— Hoy, *tifo* (*fiebre de los ejércitos, de los campos, de los hospitales, de las prisiones, de los navíos, fiebre nosocomial, petequial, morbus maculosus, tifo exantemático; inglés, tifhus feoer*)”

Por donde se ve que los antiguos ya equiparaban el tifo con la *fiebre petequial* y con el *tifo exantemático*.

Posteriormente, la escuela francesa en especial prefirió el nombre de *tifo exantemático* para el llamado también *tifo histórico* y que se considera como el tipo de un grupo de afecciones muy vecinas para las cuales Ch. Nicolle ha propuesto

el nombre de *fiebres exantemáticas* (Fiebre fluvial del Japón, Fiebre purpúrica de las Montañas Rocosas, fiebre botonosa) caracterizadas por su aspecto clínico: fiebre, erupción rubeólica, algunas veces de carácter petequiral; por su etiología, pues, son rickettsiosis propagadas por artrópodos transmisores que tienen como “depósitos” o “receptáculos” lo más a menudo a roedores.

Fue el propio Nicolle quien propuso el nombre de *tifo exantemático* histórico para el europeo, enfermedad epidémica y cosmopolita como el mismo agente trasmisor; y el de *murino* al de virus mexicano, endémico y benigno.

Estamos de acuerdo con lo dicho por el Sr. Prof. Patiño Camargo en cuanto a la vaguedad e imprecisión de la expresión *fiebre manchada americana* propuesta por los colegas mexicanos; y asimismo lo estamos en cuanto a que es más preciso el término *petequiral* y más antiguo además; pero seríamos partidarios de que no se abandonara la designación de tifo exantemático por considerarla más apropiada, a la cual designación se acompañaría la expresión especificativa siempre que el caso lo requiriera, porque la *Rickettsia* que se encontrara, presentara caracteres específicos propios. “Tifo exantemático de Tobia”, por ej. en el caso aludido.

En cuanto a los nombres de Rickettsiasis o Rickettsiosis no hay discusión alguna aunque el autor de la ponencia en la Academia Nacional de Medicina diga que “de *Rickettsia*, lógicamente sale Rickettsiasis”; pues bien sabido es que los nombres de las enfermedades terminan en *asis* o en *osis* y así, por ejemplo, P. Verdun y H. Mandoul, llaman Rickettsiosis a la enfermedad que nos ocupa.

En consecuencia, vuestra comisión os propone:

“Con la nota de respuesta a la Academia Nacional de Medicina, envíese copia de la breve exposición anterior como contestación a la pregunta o tema que aquella docta corporación ha sometido a la consideración de esta Academia”.

Medellín, julio 5 de 1944.

Vuestra Comisión,

EMILIO ROBLEDÓ
