

Año VI N.º. 11 — Octubre de 1940 — N.º. 71

BOLETIN CLINICO

— REVISTA MENSUAL —

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

DIRECTOR:

DR. GIL J. GIL

DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA.



COMITE DE REDACCION:

DR. ALONSO RESTREPO

Ex-decano de la Facultad de Medicina.

DR. EMILIO ROBLEDO

Profesor de Parasitología.

DR. HERNAN POSADA

Profesor de Clínica semiológica médica.

DR. JOAQUIN ARISTIZABAL

Médico Director del Hospital de San Vicente y
Profesor de Clínica ortopédica y de urgencias.

DR. PEDRO NEL CARDONA C.

Profesor de Clínica ginecológica.

DR. EMIRO TRUJILLO

Bibliotecario. - Secretario de Redacción.



Editado y distribuido por cuenta de los

LABORATORIOS URIBE ANGEL.

TIRAJE 3.000 EJEMPLARES

Tarifa red. en el Servicio Postal Interior.—Registro N.º 152.

Correspondencia y canjes:

“BOLETIN CLINICO”

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

PERMANENTE:

BOLETIN CLINICO ofrece una libertad de exposición absoluta, pero las ideas emitidas pertenecen a sus autores, y el hecho de su publicación no implica que la Facultad o el Comité de Redacción las acepten.

CONTENIDO:

ESCOBAR A. José J. — La reacción de verificación de Kahn en el Carate.

YEPES CADAVID J. — Ulcera péptica, Hemorragia y Régimen.

OROZCO V. Arturo — Conferencias de Farmacia y Materia Médica.

CASTRILLON Teodoro — Saludo a Braulio Mejía J. en sus Bodas de Oro.

Biblioteca de la Facultad.

La reacción de verificación de Kahn en el Carate

A mis Venerados Maestros Doctores
Gabriel Toro Villa y Gustavo Uribe
Escobar, Profesores de Clínica Tro-
pical y de Dermatología y Sifilogra-
fía en la Facultad de Medicina de
Medellín, en testimonio de admira-
ción y gratitud.



El Capitán D. Gonzalo Fernández de Oviedo Valdés, en su Historia General y Natural de las Indias, al describir los Caribes que habitan las costas colombianas en 1506, llama "*Carate*" al indio que naturalmente tiene toda la persona o la mayor parte de ella como descostrada, levantados los cueros a manera de empeynes. Ellos parecen feos, mas comunmente son recios e de mejores fuerças, e parecen *frisados*".

Es la primera vez que se menciona la enfermedad y se denomina "CARATE".

Posteriormente algunos estudios (los de Montoya y Flórez especialmente) difunden el nombre de Carate (*caraté* en francés). En el Ecuador y en Venezuela llaman también Carate a esta enfermedad; por esto usamos la palabra Carate, y llamamos "Caratoso" al que tiene Carate, y "caratíde" a la lesión cutánea que se presente en el Carate y no Mal del Pinto y Pintíde como dicen aquí algunos por imitar a los mejicanos.

Tomamos de una carta del Dr. Emilio Robledo los siguientes párrafos:

El término "CARATEJO" es el empleado por nuestro pueblo antioqueño pero la formación más castiza es la de "CARATOSO" y es la que en mi concepto debe emplearse en una publicación de carácter científico sin excluir, por supuesto, la sinónima vulgar llegado el caso. . . .

Yo digo "SUEROLOGIA", SUERO-DIAGNOSTICO, SUERO-REACCION, etc., y la Academia confirma este modo que es más lógico.

En cuanto a la palabra "FLOCULACION", no aceptada todavía por la Academia, está muy bien formada a mi juicio y si la reacción que lleva su nombre persiste, la palabra se aceptará al fin. Viene del latín "floculus", que significa flueco o fleco.

En cuanto a la palabra "FLOCULO" sí creo que debe cambiarse por "flequito" o "fleco pequeño", que es castiza y significa lo mismo.

(Párrafos de una carta del Dr. Emilio Robledo, Miembro correspondiente nacional de la Academia de la Lengua).

INTRODUCCION

En el mes de mayo de 1940 publicó Kahn (1) un estudio, en el cual "presenta la evidencia experimental" de que "las reacciones positivas, de naturaleza no específica, encontradas algunas veces en el serodiagnóstico de la sífilis, pueden ser identificadas mediante un procedimiento práctico de Laboratorio".

La comunicación del doctor Kahn puede resumirse así:

Las reacciones serológicas "positivas de manera no específica", están muy difundidas biológicamente. Constituyen un hallazgo frecuente en los animales inferiores. Se presentan también en otras enfermedades diferentes de la sífilis y aun, algunas pocas veces, en personas normales.

La presencia de tales reacciones en personas exentas de sífilis, tiende a debilitar la estructura de la serología de esta enfermedad; hace el diagnóstico incierto, en algunos casos asintomá-

ticos, y ha disminuído la confianza de los médicos en los informes serológicos.

Este estado de cosas ha estimulado a dirigir los esfuerzos de investigación hacia la obtención de un método que pueda ayudar a diferenciar estas reacciones no específicas o "falsamente positivas".

El problema no está aún completamente resuelto; pero se ha iniciado su solución.

TANTEO EXPERIMENTAL

Al intentar identificar las reacciones "falsamente positivas" en los sueros humanos, se encaminaron primero los estudios a la diferenciación entre las reacciones de animales aparentemente normales, y de casos comprobados de sífilis en el hombre. Estos estudios condujeron a Kahn a la observación de que la temperatura a la cual se practica la reacción serológica, suministra un medio de diferenciación. En esta observación se basa la reacción descrita con el nombre de Reacción de Verificación de Kahn. El tanteo experimental consistió en determinar el efecto de las diferentes temperaturas sobre la potencia reaccional de sueros sanguíneos, animales y humanos. Los sueros animales procedían de caballos, cerdos, pollos y conejos; y los sueros humanos procedían de personas, probablemente normales y de pacientes con sífilis, lepra u otras enfermedades. La técnica empleada fue un método de precipitación, semejante a la "Reacción Patrón (*) de Kahn"; pero verificada a las diferentes temperaturas de 37°C., 21° C. y 1° C.

DIFERENCIACION ENTRE LAS REACCIONES SEROLOGICAS POSITIVAS DADAS POR PERSONAS SIFILITICAS Y POR ANIMALES NORMALES

Si se examinan por medio de la Reacción Patrón de Kahn, los sueros de personas sifilíticas y de algunos animales aparentemente normales, las reacciones de precipitación resultan apa-

(*) Llamo "Reacción Patrón de Kahn" a la llamada en inglés "Standard Kahn Test".

rentemente iguales; sin embargo, si se prueba con los mismos sueros haciendo las reacciones a 37° C. y a 1° C. se observa claramente diferencias en la precipitación. A 37° C., los sueros sifilíticos muestran la tendencia a hacerse más fuertemente positivos y los sueros animales tienden a hacerse negativos. A 1° C. los sueros sifilíticos presentan marcada tendencia a hacerse negativos (no precipitan) y los sueros animales a hacerse más positivos (precipitan más fuertemente que 21° C.).

DIFERENCIACION ENTRE LAS REACCIONES POSITIVAS OBTENIDAS EN SUEROS DE CONEJOS SIFILITICOS Y NO SIFILITICOS

La diferencia entre las reacciones serológicas sifilíticas y no sifilíticas son también demostrables practicando las reacciones de precipitación a 37° C. y 1° C. con sueros de conejos sifilíticos y no sifilíticos.

Los sueros de conejos no sifilíticos pueden dar reacciones de Kahn positivas. Los sueros muestran generalmente notable precipitación a las diferentes temperaturas. Sin embargo, cuando estos sueros se diluyen en solución fisiológica de cloruro de sodio, hasta el punto en que dichas diluciones producen reacciones apenas débilmente positivas, los resultados de precipitación a varias temperaturas son muy diferentes de las producidas por los sueros sifilíticos. Los sueros sifilíticos muestran mayor precipitación a 37° C. que a 1° C.; en cambio en los no sifilíticos sucede lo contrario: muestran mayor precipitación a 1° C. que a 37° C.

RELACION ENTRE LAS REACCIONES SEROLOGICAS NO SIFILITICAS EN LOS HOMBRES Y EN LOS ANIMALES

Establecidos los hechos anteriores, el siguiente problema que se presenta es averiguar si las reacciones "falsamente positivas" de los sueros humanos son de la misma naturaleza biológica que las reacciones positivas de los animales normales. 10 sueros seleccionados como falsamente positivos en la Reacción Patrón de Kahn, fueron examinados a 37° C. y únicamente uno de ellos dio dos cruces; hecha la reacción a 1° C. todos mostraron marcada precipitación; de esto resulta, que los sueros que reaccionan "Po-

sitivamente" y que proceden de personas no sifilíticas, se comportan como los sueros de animales no sifilíticos.

10 sueros de leprosos que dan resultados positivos por el método Patrón, se examinan a 37° C. y en todos ellos se hace negativa o muy débilmente positiva la reacción, en cambio probado a 1° C. la precipitación se hizo más marcada. En estos sueros se produce el "*Tipo Animal de Reacción Serológica*".

Estos resultados indican que las reacciones "falsamente positivas" obtenidas en sueros humanos o animales por medio de la Reacción Patrón, pueden distinguirse practicando la Reacción de Verificación, a 37° C. y a 1° C. Estas reacciones pueden denominarse Reacciones BIOLÓGICAS GENERALES para indicar su relativa difusión y su naturaleza biológica y para diferenciarlas de las del tipo *sifilítico*.

POTENCIALES DEL TIPO BIOLÓGICO DE REACCIÓN SEROLÓGICA EN SUEROS HUMANOS

Se puede demostrar que personas no sifilíticas que dan reacciones serológicas negativas pueden presentar potenciales para la reacción general del tipo biológico. Si se somete a reacción de 37° C. y 1° C. los sueros corrientes de pacientes de hospital que dan una reacción Patrón negativa, obtendremos aproximadamente 4% que dan una precipitación a 1° C. Ninguna precipitación a 37° C. Estos potenciales de reacción biológica de tipo general parecen ser frecuentes en pacientes con lepra que tengan una reacción Patrón negativa. En 24 de estos pacientes, 12 (50%) mostraron potenciales de este tipo de reacción. Del estudio de 10 sueros de leprosos no sifilíticos se deduce que los resultados de precipitación a 37° C. son negativos y a 1° C. son positivos.

NECESIDAD DE COMPROBAR LA ESPECIFICIDAD DE LAS REACCIONES SEROLÓGICAS EN EL DIAGNOSTICO DE LA SIFILIS LATENTE

La tendencia de los investigadores ha sido aumentar la sensibilidad de las nuevas reacciones serológicas; esta tendencia se ilustra por las diferencias en la sensibilidad de las reacciones se-

rológicas usadas hace diez años y las usadas hoy. La reacción de Kahn se ha mantenido igual. Hace diez años era la más sensible de todas; su sensibilidad, se ha conservado igual; otras reacciones más sensibles dan un gran número de resultados falsamente positivos, que son persistentemente positivas, aunque el paciente reciba un tratamiento adecuado y que dan lugar al gran número de casos dudosos que ponen en vacilación al clínico para decidir el diagnóstico. Es obvia la necesidad que hay de una reacción que ayude a verificar la especificidad de un resultado positivo, especialmente en casos carentes de signos clínicos de sífilis.

REACCIONES REPETIDAMENTE POSITIVAS NO SIEMPRE SIGNIFICAN SIFILIS

Hay la creencia generalizada entre los médicos de que si una reacción positiva se repite con idéntico resultado en nueva muestra, practicando el examen por el mismo o por otro método, puede hacerse seguramente el diagnóstico de sífilis. En los registros de los estudios para evaluación de las reacciones para sífilis hay varios ejemplos de resultados falsamente positivos, obtenidos por múltiples métodos y repeticiones; las reacciones de confirmación establecieron el hecho de que algunos sueros poseen la tendencia a dar reacción positiva y no se puede de ahí deducir que esta reacción sea debida a sífilis.

LAS REACCIONES FALSAMENTE POSITIVAS DIFICULTAN EL DOMINIO DE LA SIFILIS

El dominio de la sífilis no se podrá obtener con éxito completo, hasta tanto puedan eliminarse las reacciones "falsamente positivas". Es imposible saber cuántas reacciones de éstas son informadas por los Laboratorios que trabajan la serología. Según los registros de los estudios para la evaluación oficial de las reacciones mencionados antes, la técnica de Kahn, cuando es practicada por su autor, da 0,05% de reacciones "falsamente positivas", además algunas reacciones falsamente dudosas. Peláez Botero (2) encuentra entre nosotros 2,08% de reacciones de Kahn "falsamente positivas" en un total de 24.000 exámenes, restando de este número las reacciones correspondientes a los que

el autor llama afecciones seroespecíficas, que son además de la Sífilis, el Pian, el Carate y la Lepra, le queda un 0,3% de reacciones falsamente positivas. Considerando únicamente el trastorno que una sola reacción dudosa o falsamente positiva puede causar, es evidente que al eliminar o reducir a un mínimum tales reacciones, aumentará el valor diagnóstico de la Serología y logrará que en ella tengan mayor confianza los Clínicos.

APLICACION PRACTICA DE LOS HALLAZGOS EXPERIMENTALES

Es una necesidad evidente en la serología de la sífilis dar gran especificidad a las reacciones. Los hallazgos experimentales que acaban de exponerse presentan las bases de un procedimiento práctico que promete cumplir su fin. El procedimiento es una reacción de precipitación verificada a 37° C. y 1° C.

Los sueros que dan resultado positivo o dudoso en la "Reacción Patrón", se examinan por este otro procedimiento y los resultados se anotan. El informe es *positivo* (reacción de naturaleza sifilítica) cuando ocurre la precipitación a 37° C. con resultados prácticamente negativos a 1° C. Los resultados se informan *Negativos* (reacción de naturaleza biológica general) cuando la precipitación ocurre a 1° C. con resultados prácticamente negativos a 37° C.; el método propuesto se denomina REACCION DE VERIFICACION porque está destinada a comprobar o "Verificar" la especificidad de las reacciones positivas, obtenidas en el serodiagnóstico de la sífilis.



Hechas las anteriores explicaciones indispensables, por tratarse de una nueva técnica, aún poco conocida entre nosotros, entro a relatar brevemente el resultado de mi experiencia con la "Reacción de Verificación de Kahn".

Cinco enfermedades en las cuales se obtiene por los métodos corrientes, en la mayoría de las veces, una serología dudosa o "falsamente positiva", ocuparon mi atención de manera preferente para este estudio. Estas cinco enfermedades son: CARATE, LEpra, PALUDISMO, PIAN y FIEBRE RECURRENTE. Como estudio complementario, he practicado la "Reacción de Veri-

ficación" en todos los sueros llegados a mi laboratorio para diferentes exámenes; por el momento concretaré el presente artículo a referir los resultados obtenidos en el carate; los resultados del resto de este estudio los daré a conocer tan pronto como el número de observaciones me permita sacar alguna conclusión.

SEROLOGIA DEL CARATE

BREVE RESUMEN HISTORICO

En 1926 Menk (3) encuentra el Wassermann positivo, en el 65,5% de 69 caratosos examinados, anota el hecho y para explicarlo supone (3B) que "el desarrollo del carate, debe relacionarse, hasta cierto punto, con una antigua treponematosi y que, por lo menos, habría una asociación de factores etiológicos, tales como treponematosi y micosis". En 1929 Uribe Escobar (4) presenta a la Academia de Medicina de Medellín una comunicación en que afirma que en 100% de los casos de Carate, el Wassermann, el Kahn y le Vernes son fuertemente positivos. Positividad apenas comparable en intensidad con la obtenida en la sífilis secundaria florida. El estudio de Uribe Escobar iniciado desde 1926 (Reacciones de Wassermann) y expuesto así en su cátedra de Sifilografía, desde esa época, tiene el mérito de haber sido el primero en afirmar rotundamente que la serología del carate, en ausencia de sífilis, es semejante a la de esta enfermedad y aun más intensa que en ella. (*)

Casi simultáneamente con la publicación de Uribe Escobar, Pérez Rodríguez (5) de México publica los resultados de sus estudios serológicos hechos por insinuación de González Herrejón. Sobre 109 muestras de sangre procedentes de enfermos de Mal del Pinto (Carate), encuentra 104 fuertemente positivas, una débilmente positiva, una negativa y tres (3) anticomplementarias.

Después de estas primeras investigaciones, se multiplican

(*) Uribe Escobar, concluye: a) Las reacciones de fijación del complemento, de enturbiamiento y de precipitación son positivas en el Carate. c) En los carates muy viejos, fijados, o sea espontáneamente curados desde el punto de vista práctico, las reacciones se atenúan sin hacerse negativas totalmente, y d) La mejoría clínica, muy notable con los arsenicales, mejora muy poco o casi nada las reacciones.

tanto en Colombia como en Méjico, los estudios sobre la Serología del Carate: Peláez Botero en su "Tesis de Grado" (2) hace el análisis y agota el tema hasta donde los medios de entonces lo permitían, para confirmar con el estudio de 706 casos, la conclusión de su Maestro Uribe Escobar, de que el 98% de los enfermos de carate dan reacción de Wassermann y Kahn positivas. Posteriormente el mismo investigador (6) examina 69 líquidos cefaloraquídeos, procedentes de caratosos y llega a la conclusión de que "el líquido cefalo-raquídeo" de los individuos que tienen o que han tenido la enfermedad conocida con el nombre de carate es completamente normal a la luz de los métodos de Laboratorio Clínico habitualmente empleados".

Restrepo Moreno, Jaramillo Arango y Correa Henao (7) estudian la Serología del Carate; verifican las sero-reacciones usando no sólo los antígenos corazón de buey, simples o coles-terinados, o los de corazón de caballo (Peretynol de Vernes), como hasta entonces lo habían hecho Uribe Escobar (4) y Peláez Botero (2) lo mismo que los investigadores mejicanos, sino que demuestran, usando como antígenos los lipoides acetona insolubles, preconizados por Noguchi, el extracto de hígado de feto heredo-sifilítico recomendado por Wassermann (procedencia alemana y francesa) los antígenos de Joubert, de Desmoulières y de Bordet-Ruelens, preparados por Cogit, por el Instituto de Bioterapia de París, por Mulford, Lederle, etc., que también estos antígenos, considerados como más específicos para la sífilis, se muestran igualmente capaces de fijar fuertemente el complemento en presencia de suero sanguíneo procedente de caratosos. Por mi parte en trabajo presentado al 8º Congreso Científico Panamericano reunido en Washington en mayo de 1940 (8) hice el estudio sumario de la serología del carate, estudié la reacción cuantitativa y llegué a las conclusiones siguientes: 1ª. La serología del carate es semejante a la de la sífilis. 2ª. La serología del carate es más intensa que la de la sífilis, hecho que puede demostrarse usando métodos serológicos cuantitativos, tanto en las reacciones que se ha convenido en llamar de fijación del Complemento, como en las de Floculación o precipitación. 3ª. La serología positiva del carate es precoz y se observa desde la aparición de los primeros signos pigmentarios generalizados. 4ª. La serología del carate es persistentemente positiva, aún después de la desaparición de las hipercromías. 5ª. Los tratamientos, que ha-

cen desaparecer las hiper Cromías, reducen en la mayoría de los casos, la intensidad de las reacciones, pero sólomente en casos excepcionales las tornan negativas totales. 6ª. La serología parece indicar que hay casos atípicos de carate sin manifestaciones cutáneas apreciables o atípicas y con presencia de lesiones vasculares, hipertrofias ganglionares, semejantes a las que se encuentran con frecuencia en los casos avanzados, casos atípicos en los cuales el diagnóstico entre esta enfermedad y la sífilis es muy difícil.

MATERIAL EMPLEADO:

Las muestras para este estudio en su parte referente al carate se dividen en dos grupos, así:

GRUPO PRIMERO.—Treinta y ocho (38) pacientes con carate en sus diferentes formas, desde algunos con discretas hiper Cromías de aparición reciente, o antigua, pero de evolución lenta, hasta casos muy antiguos con acromías e hiper Cromías más o menos extensas y generalizadas; en todos ellos el diagnóstico de carate, se hizo, no sólomente por los datos del examen clínico, sino también por la comprobación del Treponema en algunas hiper Cromías o hiperqueratosis. En estos 38 pacientes, según el resultado del examen clínico hecho por distinguidos sífilógrafos, puede excluirse la coexistencia de sífilis. Aceptando que algunas lesiones vasculares, (arritmias, taquicardias, aortas opacas o gruesas) y ganglionares, sean atribuídas al carate o al menos no atribuíbles a la sífilis en los casos en cuestión. Cuando inicié el estudio de la "Reacción de Verificación de Kahn", 23 de los pacientes de este grupo habían recibido tratamiento por arsenicales o bismúuticos, los 15 restantes no habían sido tratados. En este grupo practiqué, en el curso de tres (3) meses, ciento noventa y seis (196) exámenes de sangre.

SEGUNDO GRUPO.—Lo constituyen setenta y un (71) pacientes en quienes se hizo el diagnóstico clínico de carate; no se obtuvo información, respecto a la coexistencia, en ellos, de sífilis u otras enfermedades diferentes del carate. Es de presumir la coexistencia de paludismo crónico en algunos pacientes de este grupo; pero no se hizo encuesta especial. No se sangró ningún enfermo con fiebre. A algunos se les practicó el examen de sangre una sola vez, a otros 2 o 3 veces y, en unos pocos, se examinó

hasta seis (6) veces en el curso de tres (3) meses que duró la observación y durante los cuales, algunos de ellos recibieron tratamiento por bismuto o arsénico, o por ambos. El total de muestras examinadas, procedentes del segundo grupo, es de doscientos nueve (209).

REACTIVOS.—Los exámenes se practicaron usando antígenos de Kahn y Kolmer preparados por "Difco". Para la reacción cuantitativa se practicaron diluciones de los sueros en solución salina al 8,5 por mil, neutra (pH: 7) estéril).

TECNICA.—Sistemáticamente practiqué en todas las muestras el Wassermann con tres (3) antígenos; y el Kolmer, de cuyos resultados me ocuparé próximamente. Practiqué el Kahn por la técnica Patrón y el Kahn de Verificación a 1° C. y a 37° C. siguiendo el método preconizado por Kahn (1). Los sueros fueron examinados en las 48 horas siguientes a la extracción de la sangre en ayunas. Los sueros fueron separados de los coágulos el mismo día de la sangría y guardados en refrigeradora hasta el momento de hacer las reacciones; practiqué primero la Reacción Patrón de Kahn en el suero puro y en todas las muestras que dieron resultados fuertemente positivos, volví a practicar esta misma reacción en diferentes diluciones de uno de suero por 2, 4, 8, 16 o 32 de Solución Salina, hasta obtener una dilución que diera resultados débilmente positivos en la reacción Patrón de Kahn. Con esta dilución practiqué la reacción de Verificación. Los resultados obtenidos son como sigue:

GRUPO 1°

Examen de los sueros sin diluir (Reacción Patrón)

Reacciones fuertemente positivas	(3+ y 4+)	184—	93,89 %
Reacciones débilmente positivas	(+ y 2+)	9=	4,58 %
Reacciones dudosas	(±)	3=	1,53 %
Reacciones negativas	(—)	0=	0,00 %
	Total	196=	100,00 %

Examen de los sueros diluïdos

Sueros diluïdos al	1 X 2		1 X 4		1 X 8		1 X 16		1 X 32	
		%		%		%		%		%
Fuertemente positivas	130	70,66	78	60,00	13	16,67	4	30,77	0	0,00
Débilmente positivas	54	29,34	52	40,00	65	83,33	9	69,23	4	100,00
Dudosas	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Negativas	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
TOTAL	184	100,00	130	100,00	78	100,00	13	100,00	4	100,00

En resumen: se usaron para la Reacción de Verificación tres (3) muestras de suero sin diluïr, que dieron resultado dudoso en la "Reacción Patrón" (procedían las 3 del mismo caso examinado con 15 días de intervalo entre cada sangría) y nueve (9) que dieron reacciones "débiles". Se diluyeron los 184 sueros restantes y de ellos 54 dieron reacción débil al diluïrlos al 1 x 2; se siguió separando por diluciones crecientes, hasta obtener el total de las muestras preparadas para la reacción de verificación a la dilución más conveniente así:

Sueros del primer grupo:

12 sueros con reacción débil sin diluïrlos		%
54 sueros con reacción débil al diluïrlos al 1 x 2		27,56
52 sueros con reacción débil al diluïrlos al 1 x 4		26,54
65 sueros con reacción débil al diluïrlos al 1 x 8		33,16
9 sueros con reacción débil al diluïrlos al 1 x 16		4,58
4 sueros con reacción débil al diluïrlos al 1 x 32		2,04
TOTAL		100,00

En la misma forma se procedió con las muestras procedentes del personal correspondiente al segundo grupo.

Los resultados fueron:

Reacciones fuertemente positivas (3+ y 4+)	204	%
Reacciones débilmente positivas (+ y 2+)	5	2,39
Reacciones dudosas o negativas (± y —)	0	0
TOTAL	209	

Los 204 sueros que dieron reacción fuerte se diluyeron hasta obtener un dilución que diera "Reacción Patrón" débilmente positiva. El resumen de cómo fueron diluidos los sueros para practicar la reacción de Verificación es el siguiente:

Sueros del segundo grupo:

		%
5 sueros examinados sin diluir		2,49
43 sueros examinados diluidos al	1 x 2	20,58
67 sueros examinados diluidos al	1 x 4	32,06
45 sueros examinados diluidos al	1 x 8	21,53
36 sueros examinados diluidos al	1 x 16	17,22
13 sueros examinados diluidos al	1 x 32	6,22
	TOTAL	100,00

RESULTADOS.—Los resultados de la "Reacción de Verificación" de Kahn practicada en los sueros diluidos como se acaba de indicar, son los siguientes:

Muestras procedentes de pacientes del primer grupo, la cantidad de 196. Así:

		%
Reacciones netas de tipo sifilítico	183	93,38
Reacciones netas de tipo biológico general	9	4,58
Reacciones dudosas	4	2,04
	TOTAL 196	100,00

Muestras de pacientes clasificados en el segundo grupo: 209. Así:

		%
1º.—Reacciones netas de tipo sifilítico	181	86,61
2º.—Reacciones netas de tipo biológico general	17	8,13
3º.—Reacciones dudosas	11	5,26
	TOTAL 209	100,00

COMENTARIOS

Antes de intentar sacar conclusiones, es conveniente hacer un breve comentario y explicar algunos resultados discrepantes.

1º.—El primer grupo de pacientes presenta un 93,8% de “*Reacciones de Tipo Sifilítico*”; el segundo grupo, presenta solamente 86,61%. Esta diferencia de 7,77% se explica así: el primer grupo lo forman 38 personas con un promedio de cinco exámenes a cada una, cuidadosamente examinadas, habitantes de la ciudad en quienes rara vez se presenta el paludismo; en cambio, el segundo grupo lo forman 71 pacientes con un promedio de 2,9 exámenes a cada uno, casi todos campesinos, habitantes de las orillas del río Cauca (Juanchito, Media Canoa, Puerto Isaacs, etc.) sitios muy malsanos y en donde el índice palúdico es mayor que en los lugares de residencia del personal del primer grupo, de ahí, que en el segundo grupo se baje la proporción de “reacciones de tipo sifilítico” para aumentar la de “reacciones de tipo biológico general” (aumento de 3,55%) y el de reacciones dudosas (aumento 3,2%).

Esta suposición de la influencia del paludismo, la demuestra el siguiente *experimento*: A) Seleccionó un suero de un sifilítico o de un caratoso “*nó palúdico*” y con él, hago una dilución en solución fisiológica, de manera que, al ser examinada por la técnica Patrón de Kahn, dé una reacción positiva (dos cruces). Practico, en la misma dilución, una Reacción de Verificación y obtengo a 37º C. un resultado positivo (tres cruces) y a 1º C. una reacción negativa total. Llamo esta muestra “Suero A, dilución que produce Reacción de Tipo Sifilítico” Nº. B). Selecciono un suero procedente de un palúdico, o de un leproso “*nó sifilítico*” que dé una Reacción de Tipo Biológico general positiva y hago una dilución tal, que la reacción Patrón aparezca negativa y la de Verificación a 1º C. positiva. Llamo a esta muestra “Suero B., dilución que presenta reacción de “Tipo biológico general”. Haciendo mezclas en diferentes proporciones de las soluciones A. y B., puedo obtener o resultados “dudosos”, que no permiten sacar conclusión, o predominio de la Reacción “Tipo Sifilítico” o de la Reacción “Tipo biológica general”; pero aún en los dos últimos casos, se encuentra apenas “predominio” de uno u otro tipo de reacción, nó una reacción clara y neta.

Supongo que, en el caso de este experimento, se encuentren

algunos de los sueros procedentes de personas del segundo grupo, en quienes por la coexistencia de sífilis y paludismo, hay en proporciones variables, la doble tendencia hacia los dos tipos de reacción; los resultados en ellos no son muy netos y aumentan la proporción de reacciones "dudosas".

2º.—El personal del segundo grupo no fue examinado clínicamente de una manera detenida y pudo haber, entre las personas que lo integran, casos de Micosis que dan aproximadamente el 3,7 de reacciones Patrón falsamente positivas, según afirma Peláez Botero (2) y cuyo comportamiento frente a la reacción de Verificación, está aún por estudiar.

3º.—La presencia de la reacción llamada de "Tipo Sifilítico" en los casos de Carate, es un nuevo argumento más, en favor de la especificidad del Treponema encontrado en la piel y los ganglios de los enfermos de Carate. La teoría de la naturaleza espiroquetal (Treponema) del Carate fue enunciada por primera vez por González Herrejón (9) desde 1927. Solamente en 1938 los doctores Sáenz, Grau y Armenteros (10) y León y Blanco (11) de Cuba, encontraron el Treponema en las lesiones hiperqueratóticas de un caso de Pinto (Carate). El Dr. León y Blanco se trasladó a Méjico y ahí, disponiendo de material más abundante, pudo comprobar el Treponema en 88 de los 91 casos examinados. Posteriormente el mismo León y Blanco ha podido comprobar el Treponema en el 98% de 610 casos examinados (12).

Luégo vinieron las confirmaciones del hallazgo de los investigadores cubanos.

Brumpt (13) encuentra el Treponema en fragmentos de piel enviados desde Méjico por los doctores González Herrejón y L. Mazzotti y lo denomina "Treponema Carateum" (*). Luégo lo ve en fresco al ultramicroscopio en Cali, en mi Laboratorio, en personal y material que le suministré a su paso por esta ciudad, (14) y en repetidas ocasiones en Antioquia (15). Briceño Rossi y David Iriarte (16) lo encuentran en Venezuela. León (17) en el Ecuador. Por mi parte, (no he hecho publicación al respecto)

(*) Ha sido denominado también Treponema herrejoni en honor de este sabio investigador que predijo la naturaleza espiroquetal del Pinto (Carate) y que tanto ha contribuido al mejor conocimiento de la enfermedad. También se ha propuesto el nombre de Treponema pictor.

lo vengo observando de manera casi constante en las hipercromías de los caratosos no tratados, desde junio de 1939, en que tuve conocimiento del descubrimiento hecho por los investigadores cubanos y me dediqué a buscarlo.

Hoy parece innegable el papel etiológico del "Treponema Carateum" y la comprobación de que la Reacción Serológica en el Carate es de "Tipo Sifilítico", o si, para hablar con más propiedad, dijéramos que es de la modalidad de reacción obtenida en los sueros, procedentes de personas o animales parasitados por treponema y no del otro grupo de enfermedades frecuentemente seropositivas, en las cuales el treponema no desempeña ningún papel, como son por ejemplo: la lepra y el paludismo que pueden diferenciarse serológicamente, por obtención en ellas de la "reacción biológica general", aporta un argumento más en favor de la teoría enunciada por González Herrejón (sobre la naturaleza espiroquetal del carate) hoy demostrada por la presencia casi constante del treponema en las lesiones hipercrómicas (*) de los caratosos y por la transmisión experimental hecha al hombre por mí (8) y por León y Blanco (18); y al conejo por Cubello (19).

Quedan, sin embargo, en el estudio del Carate muchos puntos por aclarar, como por ejemplo el Vector, si acaso lo hay, la naturaleza de las hipercromías tan variadas, su frecuente tendencia a la simetría bilateral, el papel que puede tener la presencia de determinados hongos, la persistencia de la serología después de la desaparición terapéutica de las hipercromías (manifestaciones estas últimas consideradas antes, junto con las acromías, como únicos síntomas de la enfermedad), el estudio de las lesiones viscerales, ganglionares, etc., y, muy especialmente, el estudio de los fenómenos circulatorios, que con el descubrimiento del treponema que permite el diagnóstico precoz, antes de la aparición de las discromías características, (de lesión inicial es muy diferente de éstas) y de la positividad de la serología, abre nuevos horizontes a los clínicos para el mejor estudio de la en-

(*) León y Blanco encuentra el Treponema constantemente en todas las lesiones cutáneas (1.345 casos en fase discrómica, 292 en fase diseminación y 71 con lesiones iniciales) y señala el hecho curioso (que no he tenido oportunidad de comprobar) que después de una fiebre alta continua el Treponema desaparece de las lesiones cutáneas.

fermedad. Tal vez ellos lleguen, coordinando hechos (que no menciono más detenidamente por no salir del marco de mis actividades y del propósito de este artículo) a darnos la clave para el diagnóstico en los casos atípicos (Incipientes, secundarios, blanqueados con As y Bi, etc., en los cuales, ni por la serología ni la clínica en el estado actual y hasta donde mis escasos conocimientos alcanzan, es posible hacer un buen diagnóstico diferencial).

CONCLUSIONES:

1ª.—Los sueros procedentes de personas atacadas de Carate presentan:

a). *Reacción Patrón de Kahn fuertemente positiva.* (Dato que concuerda con los enunciados por los iniciadores de estos estudios, Uribe Escobar, Peláez Botero, Restrepo Moreno y sus colaboradores en Colombia y González Herrejón y sus colaboradores en Méjico).

b). Esta reacción es en 93,38% de los casos de "*Tipo netamente sifilítico*".

2ª.—Mediante la "*Reacción de Verificación de Kahn*" no es posible hacer diferencias entre la sangre procedente de un sifilítico o de un caratoso, (como puede hacerse en algunos otros casos de Reacción Patrón de Kahn positiva (falsamente positiva), obtenida en muestras de personas no sifilíticas y que hoy afortunadamente podemos diferenciar).

RESUMEN:

Se hace sumariamente la exposición de los hechos experimentales que condujeron a Kahn al desarrollo de la llamada "Reacción de Verificación", mediante la cual se puede diferenciar las reacciones falsamente positivas, obtenidas por los métodos corrientes en su serodiagnóstico de la sífilis.

Se muestra que la Reacción de Verificación es especialmente útil para diferenciar las reacciones falsamente positivas, obtenidas en casos de lepra y paludismo, lo mismo que en algunas personas normales y cuyos sueros tienen la tendencia a dar reacciones "falsamente positivas".

La Reacción de Verificación está llamada a prestar grandes servicios en casos dudosos de sífilis, en los cuales las reacciones

normales dan resultados dudosos o positivos al practicar el examen, por medio de las reacciones corrientes.

Se hace el resumen histórico de los estudios que condujeron a aceptar que la serología del Carate y la de la sífilis son idénticas cuando se practican los exámenes por los métodos generalmente usados para el serodiagnóstico de la sífilis.

Se estudia el comportamiento de ciento noventa y seis (196) muestras de sangre procedentes de treinta y ocho (38) caratosos, en quienes por cuidadoso examen clínico, puede creerse que no tienen sífilis y de doscientas nueve (209) muestras, procedentes de 71 caratosos en quienes no se practicó examen clínico detenido. Se hace la explicación de las pequeñas diferencias obtenidas entre ambos grupos, diferencias que no afectan la conclusión principal, que es:

A la luz de la nueva técnica serológica, llamada "Reacción de Verificación de Kahn", no es posible establecer diferencia entre las sustancias reaccionales, encontradas en el suero procedente de caratosos y de sífilíticos.

(hecho que aporta un nuevo argumento en pro de la naturaleza espiroquetal del carate, que es producido por un treponema muy vecino, en la clasificación zoológica, al de la Sífilis y al del Pian).

José J. ESCOBAR A.

BIBLIOGRAFIA

- 1—Kahn Rubén L. Sc. D. "A Serologic Verification Test the Diagnosis of Latent Syphilis".—Arch. of. Dermat. and Syphilo.—May 1940.
- 2—Peláez Botero Jesús. "24.000 Seroreacciones de Kahn frente a la Clínica, y al Wassermann".—Tesis de grado, Universidad de Antioquia. Medellín.
- 3—Menk W. "The Percentage of positive Wassermann Reactions found Associated With Various Diseases Fifteenth An. Rep. Med. Dep. United Fruit Co.
- 3 Bis.—Thonnard Neumann, Camacho y Brewster. "Es el Carate una Dermatocosis?" (Traducción del Dr. Alonso Restrepo) BOLETIN CLINICO, Año V, N° 12. Octubre 1939.
- 4—Uribe Escobar Gustavo. "Estudio sobre la Serología del Ca-

- rate" (comunicación a la Academia de Medicina de Medellín) reproducido de Anales de la Universidad de Antioquia, Vol. N° 1 - 1929, Medellín, en BOLETIN CLINICO, Año 5, N° 11. Medellín, Colombia.
- 5—Pérez Rodríguez Gilberto. "Reacción de Wassermann en el Mal de Pinto". Tesis de grado. México D. C.
- 6—Peláez Botero Jesús. "Estudio del Líquido Céfaló-Raquídeo en el Carate". BOLETIN CLINICO, Año 3, N° 5. Medellín, 1939.
- 7—Restrepo Alonso, Correa Henao Alfredo y Jaramillo A. Alfonso. Contribución al estudio de las Fungosis en Antioquia. Artículo: Carate. Anales de la Academia de Medicina de Medellín. Segunda Epoca. Año I. N° 10. Noviembre 15, 1931, pág. 530.
- 8—Escobar José J.—Algunas consideraciones sobre Carate. Estudio presentado al 8° Congreso Científico Pan-Americano, reunido en Washington D. C. en Mayo de 1940.
- 9—González Herrejón Salvador. Nuevas Orientaciones para el estudio del Mal del Pinto. Hospital General—Tomo II—1927. México D. F. Cita tomada de "Una Nueva Espiroquetosis", trabajo presentado al 8° Congreso Científico Pan-Americano por el mismo autor.
- 10—Sáenz Braulio, Grau Juan, Armentero José Alfonso. "Demostración de una Espiroqueta en el borde activo de un caso de Pinta de las manos, de los pies y de la linfa de los ganglios superficiales". Arc. de Medicina Int. Vol. IV N° 1. Habana 1938.
- 11—León y Blanco Francisco. "Sobre un treponema encontrado en enfermos de Mal del Pinto". Trabajo presentado a la Sociedad Mexicana de Dermatología el cinco de octubre de 1938. Cita de González Herrejón, ibíd. 9).
- 12—León y Blanco Francisco. "El Treponema del Mal del Pinto". Revista Médico Militar. Tomo II, N° 8. México D. F.
- 13—Brumpt E. Hechos nuevos concernientes al Agente y a la epidemiología del Carate. Anales de Parasitología. Tomo XVIII N° 3. Mayo de 1939. París.
- 13 bis.—Brumpt E. "Un Nouveau Treponeme Parasite de l'homme: Treponema Carateum...". Comunicación a la Sociedad de Biología de París. Marzo 11 de 1939. Extractado en BOLETIN CLINICO, Año 5°, N° 11, Sepbre. de 1939.

- 14—El Treponema productor del Carate. Información del diario "Relator" en su edición de nueve (9) de agosto de 1939. Cali, Colombia.
- 15—Restrepo Alonso. La Visita del Profesor Emile Brumpt. BOLETIN CLINICO. Año V. N° 11. Sepbre. de 1939.
- 16—Briceño Rossi A. L. e Iriarte David. Consideraciones sobre el estado actual del carate y su distribución geográfica en Venezuela, Caracas. 1939.
- 17—León Luis A. El Carate o Mal del Pinto en el Ecuador. Trabajo presentado al 8º Congreso Científico Pan-Americano. Washington mayo de 1940.
- 18—León y Blanco Francisco. 3ª Nota sobre la transmisión experimental del Mal del Pinto de persona a persona. Revista Médica Militar 5º Bimestre 1939. Tomo II N° 10. Citada por González Herrejón en "Una Nueva Espiroquetosis". Trabajo presentado por el doctor Salvador González Herrejón al 8º Congreso Científico Panamericano.
- 19—Curbello, Palomino Conde y Garzón. Ensayos experimentales sobre el agente causal de la Pinta. Revista de ciencias médicas. Volumen 1 N° 4. Octubre de 1938. Cuba.
- 20—León Blanco F. "Medicina". Mayo 10 de 1940 (cita de Boletín de la Oficina Sanitaria Pan-Americana, año 19. Número 10.

SUMMARY

A summary has been made here on the exposition of the experimental facts that conducted Kahn, to the development of the so called "Kahn verification Test" by means of which it is possible to differentiate the so called "false positive" reactions obtained by the current methods employed in the serum diagnosis of Syphilis.

It has been shown that the "Kahn Verification Test" is specially useful for the differentiation of the false positive reactions obtained in cases of Leprosy and Malaria, and also on those normal persons whose serums have the tendency to give false positive reactions.

The "Kahn verification Test" is called upon to render great

services in the doubtful cases of Syphilis, in which the normal reactions give doubtful results or positive in practising the reactions, by means of the current methods.

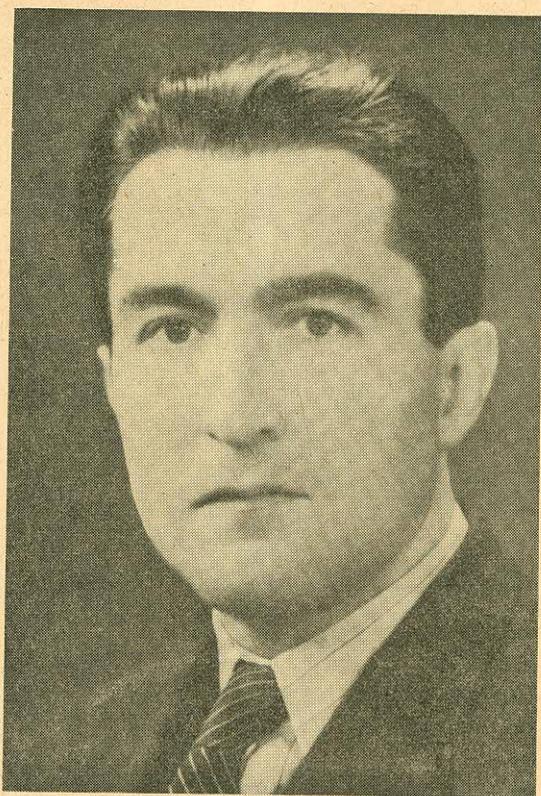
A recapitulation is presented of the history on the studies that brought the acceptance that serology of the "Carate" and of Syphilis are identical when practising the tests by the methods generally used in the serum diagnosis of Syphilis.

The behaviour of one hundred and ninety six (196) samples of blood from thirty eight (38) "Caratosos", in which by careful clinical examination Syphilis was excluded and two hundred and nine (209) samples from eighty one (81) "Caratosos" on which no careful clinical examination was practised. An explanation has been made of the minor differences obtained on both groups that do not affect the following principal conclusion which is:

ON THE FACE OF THE NEW SEROLOGICAL
TECHNIC, CALLED KAHN VERIFICATION
TEST IT IS NOT POSSIBLE TO ESTABLISH
ANY DIFFERENCE BETWEEN THE REAC-
TIONAL SUBSTANCES, FOUND IN THE SE-
RUM FROM "CARATOSOS" AND FROM SY-
PHILITICS.

(Fact that brings a new argument in favor of the spirochetal nature of the Carate that is produced by a Treponema closely related in the zoological classification, to that of the Syphilis and of the Pian).

J. J. E. A.



DR. JESUS YEPES CADAVID

Úlcera Péptica (1)

Hemorragia y Régimen

Si en el tratamiento médico de las colecistitis crónicas no calculosas la escuela norteamericana reacciona actualmente contra la clásica supresión de toda grasa en la alimentación, para la úlcera péptica, al contrario, permanece aferrada al Sippy más o menos modificado.

En cambio, los médicos franceses y alemanes se deciden más y más por una dieta blanda con excepción de alimentos muy ricos en grasas, condimentados o duros.

Ya en 1935 escribía M. Gutmann un artículo criticando el abuso del régimen en los ulcerosos del estómago apoyado en la reaparición regular de las crisis a pesar del régimen lácteo más severo, interrumpido apenas por ligerísimas sopas de pastas o cereales azucarados, en contraste con otras numerosas observaciones en las cuales la calma ulcerosa no era perturbada por trasgresiones alimenticias ni por el abuso del vino.

Para explicar tales aspectos paradójicos en la evolución de la úlcera péptica insiste Gutmann sobre un concepto más dinámico de tal enfermedad. Recuerda que hoy no se concibe la úlcera, en sus fases iniciales, y aun durante mucha parte de su existencia según la antigua definición: *pérdida de sustancia sin tendencia a la reparación*, sino que precisamente, la úlcera gastro-

(1) Insistimos en adoptar el término norteamericano de úlcera péptica para los ulcus gastro-duodenales en general, reservando el nombre de úlcera marginal o yeyunal a la que se desarrolla en la boca o en las proximidades de una gastro-entero-anastomosis con o sin resección del estómago.

duodenal se caracteriza por la alternativa de apertura y cicatrización durante las crisis y las calmas respectivamente. No es sino en los períodos avanzados cuando la úlcera, callosa e indurada, se ajusta a la definición de Cruveilhier.

El error de los regímenes alimenticios severos consiste en pensar que el ulceroso lleva perennemente una herida viva en su estómago. En calma, una dieta rigurosa no sólo es inútil sino perjudicial, porque desnutre notablemente al paciente, agota sus reservas vitamínicas y, como se ha demostrado últimamente, lo priva de la acción saturante de las peptonas de la carne y otras albúminas sobre la acidez del jugo gástrico.

En efecto, se sabe hoy que las peptonas resultantes de la transformación de las proteínas son agentes protectores de primer orden contra el ataque de la mucosa digestiva por el jugo gástrico y hasta se sugiere (W. C. Alvarez) que para prevenir una úlcera yeyunal post-operatoria sería mejor un gota a gota intragástrico de una solución de peptona que el de antiácidos y absorbentes (hidrato de aluminio, etc.). La presencia de peptonas en el jugo gástrico del hombre y de animales sometidos a un régimen mixto, explica que sea menos nociva experimentalmente la irrigación del intestino con tal jugo, que con una solución artificial de ácido clorhídrico y pepsina de idéntica concentración, pero puros y sin peptona combinada, como en el jugo gástrico natural.

En la mayoría de los casos las calmas que se obtienen con los diversos regímenes, inclusive el Sippy, se logran también con una alimentación blanda y suave ordinaria y aun espontáneamente, a pesar de los abusos alimenticios.

En sus fases iniciales, cuando no hay estenosis, penetración o encallecimiento, la úlcera tiene esa evolución *fatalmente alternativa o periódica* que caracteriza las enfermedades crónicas y que constituye una de las grandes incógnitas de la patología general.

Naturalmente el régimen debe acomodarse a las particularidades del enfermo y a las contingencias de cada momento patológico. Será más liviano durante las crisis, casi líquido, lácteo y restringido en los brotes de estenosis, muy pobre en sal y privado de todo condimento, jugos y frutas ácidas, en los ulcerosos gástricos o duodeníticos, de mucosa hipersensible e intolerante. Será más severo cuando la úlcera coexiste con una colecistitis

crónica o una colitis por la gran intolerancia a las grasas, huevos, chocolate, etc., en la primera y a los almidones o a las albúminas en la segunda.

Empero, como decía al principio, en el campo de las colecistitis se efectúa hoy una revisión dietética, limitando la restricción de grasas a las colecistitis litiásicas en las que el efecto colecistoquinético de los lípidos sostiene las algias en el hipocondrio derecho, cuando no desencadena el cólico vesicular. En cambio, para muchas colecistitis crónicas simples, cuya perturbación funcional dominante es la *insuficiencia de evacuación*, como lo demuestra la exploración a los rayos X después de administrar la comida de Boyden, resulta preferible el empleo de pequeñas comidas frecuentes con grasas de bajo punto de fusión (mantequilla, crema, aceites, etc.) capaces de provocar la evacuación repetida y suave del receptáculo biliar.

En materia de régimen para los ulcerosos resulta más útil pensar y acomodarse a propósito de cada enfermo, que dejarse seducir por la sencillez esquemática de regímenes que rápidamente se hacen monótonos e insufribles para los pacientes. Conviene recordar especialmente el tiempo de permanencia de los diversos alimentos en el estómago, ya aislados o separados; así se permitirán los huevos tibios o crudos tomados sin grasa cuyo tránsito gástrico es mucho más corto que el de los preparados con grasa cuya permanencia más larga excita y prolonga notablemente la curva de acidez gástrica. De igual manera se eliminarán los dulces y otros alimentos azucarados muy concentrados por su gran poder excito-secretor.

El tabaco y el café, noxas electivas de la mucosa gastro-duodenal, por la gran acción clorhidro-peptinógena de ambos y el efecto constrictor del primero sobre arteriolas y capilares con la disminución consiguiente de la vitalidad y de la resistencia de la mucosa al ataque péptico del jugo gástrico, serán eliminados al máximo. Cuando más, se permitirán unos pocos cigarrillos después de las comidas, porque se considera que la hipersecreción en tales circunstancias, no tiene el peligro de la que se produce cuando se fuma con estómago vacío, sin sustancias absorbentes y neutralizantes del ácido clorhídrico.

La alimentación a horas irregulares, los largos períodos de ayuno seguidos de abundantes y rápidas ingestiones, con masticación insuficiente, son agentes capitales en la etiología de la

úlceras: 1º por la falta de saturación del jugo gástrico de apetito cuya secreción aumenta como se sabe a las horas habituales de la alimentación obedeciendo a multitud de factores condicionados; 2º por la acción traumatizante sobre la mucosa gastro-duodenal de alimentos mal masticados e insalivados, efecto más perjudicial que la naturaleza misma de tales alimentos.

Por la nocividad del jugo de apetito sobre la mucosa gástrica se prefiere la administración de alcalinos y saturantes algún tiempo antes de los principales y habituales alimentos y nó después como lo hacen aún gran número de médicos. Sólo en las hiperclorhidrias tenaces, con alta y extensa curva de acidez, resulta preferible la administración post-prandial de los anti-ácidos.

En ocasiones, un régimen severo, teóricamente muy benéfico, resulta tan perjudicial en la práctica como el famoso método de la alimentación con la sonda duodenal tan alabado por Eihorn y otros autores y que al decir de Bergmann es desastroso y contraproducente por la brutal gastrosucorrea que desencadena.



Si pasamos ahora al régimen durante una hemorragia gastro-duodenal encontramos el mismo antagonismo de prácticas que en el tratamiento de la úlcera simple. Hasta el día en que Meulengracht publicó los resultados de su alimentación liberal durante las hemorragias serias, la mortalidad con los tratamientos clásicos, de dieta absoluta al principio, seguida de una alimentación rígidamente restringida y sólo muy lentamente aumentada, oscilaba del 3 al 25 por 100. En cambio, las estadísticas de Meulengracht sobre un total de 368 hemorragias graves tratadas con su método, sólo arrojan una mortalidad de 1.35 por 100, cifra que ha resultado sensiblemente igual en las estadísticas de control de diversos observadores en varios países.

El sistema de Meulengracht consiste esencialmente: 1º en alimentar al paciente desde el principio de la hemorragia, y 2º en administrarle una alimentación blanda suficientemente calorífica y vitamínica.

Más específicamente Meulengracht preconiza el siguiente régimen:

6 a. m. Té, pan blanco y mantequilla.

9 a. m. Avena o cereal con leche, pan blanco y mantequilla.

1 p. m. Almuerzo de uno de los siguientes alimentos en cantidad suficiente: albóndigas de carne o de pescado, jalea, chule-

tas o carne asada, tortilla, legumbres cocidas o carne, papas cocidas, puré de vegetales, crema de vegetales, sopa vegetal, albarricoques cocidos, compota de manzanas, coladas o avena, pudín de arroz y tapioca.

3 p. m. Cocoa.

6 p. m. Pan blanco y mantequilla, carne en tajadas delgadas, queso y té.

Como medicación administra una cucharadita tres veces al día de:

Extracto de beleño	2 gramos
Subcarbonato de magnesia	
Bicarbonato de soda	aa 15 gramos

Por separado 50 centgrs. de lactato de hierro igualmente tres veces al día.

Recientemente Chasnoff, Leibowitz y Schwartz (de New York) asocian ambas medicaciones en:

Extracto de beleño	10 centgrs.
Lactato de hierro	50 centgrs.
Subcarbonato de magnesia	
Bicarbonato de soda	aa 2 grs.

para un pte. tres al día.

Tanto Meulengracht como sus seguidores insisten sobre el bienestar de los pacientes durante tal régimen y especialmente de aquellos que lo comparan con estados hemorrágicos anteriores tratados por los regímenes clásicos.

Semejantes resultados los hemos observado también en nuestra práctica, naturalmente con un Meulengracht aún tímido, pero cada vez más amplio, en vista de los resultados siempre favorables de una dieta liberal.

Claro está que el oportunismo terapéutico no debe sacrificarse nunca y que en caso de una hemorragia gastro-duodenal con vómitos abundantes y repetidos preferiremos la dieta absoluta, al menos durante algunas horas, porque pensamos que los daños causados por los violentos esfuerzos para vaciar el estómago prevalecen entonces sobre todas las excelencias del Meulengracht.

El empleo de una alimentación liberal y precoz en las hemorragias digestivas se inspira de los modernos conocimientos de

la fisiopatología de tales estados: 1° desde los estudios de Oline Christensen (de Copenhague) en 1930 se sabe, que al contrario del concepto clásico, el estómago lleno es relativamente inactivo y que las ondas continuas de contracción son mucho más débiles que en el estómago vacío y que cuanto mayor es el contenido gástrico más largos son los períodos de reposo. Al contrario el estómago vacío alterna entre la quietud y violentas ondas peristálticas.

Por consiguiente la formación del coágulo y su persistencia en el punto de la efracción vascular hasta su organización, resultan más favorecidas con el estómago lleno de los regímenes amplios, que con el estómago vacío de los regímenes carenciados y severos.

2° Por un admirable automatismo defensivo todos los factores de la coagulación se intensifican notable y constantemente: las plaquetas y la protrombina aumentan, en tanto que los tiempos de sangría y de coagulación disminuyen para activar el proceso hemostático; de allí la inutilidad de los coagulantes en el tratamiento de las hemorragias digestivas.

3°. Mientras llega al estómago el alimento que aconsejan los regímenes amplios, para combinar sus albúminas, peptonas, etc., con el HCL y la pepsina del jugo gástrico, estos elementos se fijan sobre la sangre derramada en la cavidad gástrica o en la luz duodenal, evitando así su peligrosa acción péptica sobre el coágulo hemostático.

4°. La sed y el hambre impulsan al paciente a tomar algún líquido o alimento con la detención subsiguiente de las contracciones gástricas de hambre, tan peligrosas por el desprendimiento del coágulo que pueden producir.

5°. El descenso de la presión arterial consecutivo a la hemorragia por anemia y anoxemia de los centros circulatorios y respiratorios, el vértigo o el síncope que obligan al paciente a permanecer en decúbito horizontal, con lo cual, a la vez que se asegura la irrigación de aquellos centros vitales, se mantiene la tensión arterial a un nivel compatible con el sostenimiento del tapón sanguíneo obturador.

Todos estos procesos, factores de la defensa automática y refleja, son notablemente favorecidos por una alimentación amplia; en cambio los regímenes severos contrarían punto por pun-

to tales mecanismos defensivos: a) por la falta de elementos suficientes para neutralizar y absorber el ácido clorhídrico y la pepsina, exponiendo el coágulo a la acción digestiva de estos elementos; b) por la ausencia de la acción sedativa de la ingestión alimenticia sobre el peristaltismo gástrico; al vaciarse el estómago de la sangre derramada en su cavidad, bien sea por vómito o por el píloro, aparecen violentas contracciones con los cambios subsiguientes de presión en la circulación gástrica y el peligro del desprendimiento de los tapones sanguíneos; c) la inquietud y la agitación que producen la sed y el hambre contrarían notablemente la hemostasis.

El hielo en el epigastrio e ingerido en pequeños fragmentos se desaconseja hoy por el enfriamiento que produce el primero, opuesto a la recuperación del shock, que produce toda hemorragia grave y por la acción congestiva del segundo sobre la mucosa gástrica.

Las inyecciones salinas intravenosas son contraindicadas por la elevación de la presión arterial y por el peligro de expulsar las reservas globulares de la circulación profunda al continuarse o reproducirse la hemorragia. En cambio el suero rectal gota a gota o subcutáneo, en dosis fraccionadas y repetidas, será necesario en ocasiones.

Transfusiones sanguíneas moderadas son formalmente indicadas cuando aparece la sed de aire, denunciadora de la anoxemia de los centros vitales, o un pulso sumamente débil. Sin embargo, en presencia de hemorragias gastro-duodenales enormes o repetidas, no debe vacilarse en aplicar trasfusiones masivas y repetidas sin reparar en consideraciones fisiopatológicas. A veces deberá llegarse, para salvar al paciente, a las cifras de 3.000 y 4.000 gramos en uno o dos días, porque si un enfermo resiste un brote hemorrágico no puede asegurarse que sobreviva a su repetición y ante el peligro inminente de muerte, es deber del médico inyectar sangre en cantidad suficiente como el remedio específico y heroico que es en tales circunstancias. A hemorragias abundantes y repetidas oponer transfusiones abundantes y repetidas.

La administración de alcalinos como se indicó antes se inspira de los estudios de Hunter, quien demostró en 1928 que el tiempo de coagulación de la sangre humana se prolonga notablemente cuando se trata con jugo gástrico. En cambio la adición de bicarbonato de soda atenúa tal efecto.

En casos desesperados, cuando se vacila entre el tratamiento médico o el quirúrgico, o cuando este último es rechazado por el paciente o sus familiares, podría hacerse la instilación gota a gota en el estómago de una suspensión de hidróxido de aluminio o de aldrex por medio del dispositivo de los fabricantes de este último producto. Varios autores norteamericanos han publicado resultados muy satisfactorios en hemorragias muy graves tratadas por este método.

Antes de Meulengracht otros autores habían propuesto, sin lograr la popularidad, regímenes amplios para el tratamiento de las hemorragias gastro-duodenales. Entre éstos el mayor mérito corresponde a Albert F. R. Andrensen de Brooklyn (New York) quien aconsejaba desde 1927 la inmediata administración de una preparación acuosa de gelatina, con adición de otros alimentos más consistentes, desde el segundo o tercer día.

Transcribiremos en detalle el método de Andrensen por considerarlo muy racional y más prudente que el Meulengracht.

“El área hemorrágica, escribe Andrensen, debe tratarse con aplicaciones locales de alimento. Insistimos en la necesidad de controlar las nocivas contracciones de hambre y de prevenir la digestión del coágulo y de la pared vascular lesionada, manteniendo alimento en el estómago. Si dicho alimento, además de suave y estimulante de la coagulación, se combina con el HCL sin excitar su producción, tenemos una combinación ideal. La gelatina, coagulante excelente, bien sea localmente o por vía paraenteral, se presta muy bien para la preparación de alimentos líquidos y suaves. Al principio nuestra preparación se hacía con agua y se adicionaba de azúcar y jugos de frutas para aumentarle su valor nutritivo”.

“Después de dos días de esta alimentación, preparaciones lácteas o harinosas muy caloríficas se sustituyen en las tomas de gelatina. Recientemente ésta se combina con leche, crema y glucosa y se condimenta con café, té, chocolate o vainilla para formar un alimento agradable a casi todos los pacientes y más eficiente que la preparación acuosa. El enfermo recibe al menos 1.800 calorías durante el primer día después de la hemorragia lo que estimula notablemente su recuperación general y local”.

“A los pacientes alérgicos a la leche o que no aceptan de buen gusto la preparación láctea, se les administra la receta acuosa.

Preparación láctea de gelatina:

	<i>Cantidad</i>	<i>Hidrocar- bonados</i>	<i>Proteínas</i>	<i>Grasas</i>	<i>Calorías</i>
Gelatina	30 grs.		27		100
Dextrosa	60 grs.	60			240
Crema (al 20%)	100 c. c.	3	3	18	180
Leche	900 c. c.	36	27	27	550
		99 grs.	57 grs.	45 grs.	1000 A- proximadamente

Receta para preparar fresca cada 12 horas y guardar en lugar frío, pero no en la nevera, para evitar la congelación.

Puede darse caliente o fría, simple o condimentada.

Primeros cuatro días: 6 onzas cada dos horas.

Quinto y sexto días: agregar a cuatro de las tomas anteriores uno de los siguientes alimentos:

1 huevo, tibio, cocido duro o crudo

Cereal con azúcar, 3 onzas

Jalea, flan o crema helada.

Séptimo y octavo días: agregar dos de los alimentos anteriores a cada una de tres comidas.

Noveno día: régimen de úlcera:

Desayuno:

Leche, ocho onzas, con crema si se quiere

Cereal, 5 onzas, con leche o crema

Huevos, uno cocido (blando o duro)

Pan o tostadas con mantequilla (una o dos tajadas)

Jugo de frutas o frutas cocidas (al fin de la comida).

Media-mañana:

Leche, 8 onzas, crema 1/2 onza, dextrosa 1/2 onza, si se quiere con cocoa. Siempre con tostadas, pan o bizcocho.

Almuerzo:

Leche, 8 onzas

Papas cocidas o en puré o spaghetti

Huevos, uno cocido (blando o duro) o queso fresco

Pan y mantequilla (una o dos tajadas)

Pudín, flan, jalea, crema helada o frutas cocidas.

Media-tarde: Como a la media-mañana.

Comida: Como al desayuno o al almuerzo.

Al acostarse o durante la noche, si despierta, cada dos horas y media lo mismo que a la media mañana.

Aceite de olivas: media onza tres veces al día antes de las comidas.

Aceite mineral: media onza al acostarse.

Sal: sin restricción.

Vitaminas: suficientes.



Cuando el paciente no tolera la preparación de gelatina con leche, puede emplearse la Preparación acuosa de gelatina:

	<i>Cantidad</i>	<i>Hidrocar- bonados</i>	<i>Proteínas</i>	<i>Grasas</i>	<i>Calorías</i>
Gelatina	30 grs.		27		100
Dextrosa	90 grs.	90			360
Jugo de 2 naranjas		20			80
Agua	1.000 c. c.				
		110 grs.	27 grs.		540
					(Andersen).



La frecuencia de hemorragias gastro-duodenales graves que evolucionaron favorablemente en pacientes que no solicitaron ayuda médica ni guardaron cama, así como la muerte de enfermos con las mismas hemorragias, pero a dieta y reposo absolutos, fueron las sugerencias fundamentales que sirvieron a Andersen y Meulengracht para establecer sus nuevos regímenes, en contraposición con los antiguos métodos, que a pesar de su mortalidad mucho más alta, continúan siendo la prescripción rutinaria para hematemesis y melenas graves.

Tales son los puntos de vista contemporáneos sobre el tratamiento dietético de la úlcera péptica y de una de sus complicaciones más frecuentes. Sobre otra de sus complicaciones: la estenosis piloro o yuxta-pilórica y su tratamiento, escribiremos en un próximo artículo.

Octubre de 1940.

Jesús YEPES CADAVID

DEL DR. ARTURO OROZCO V.
(de Medellín)

Conferencias de Farmacia y Materia Médica

dictadas en el Curso a su cargo
en la Facultad de Medicina y
Ciencias Naturales de la U. de A.

===

RESEÑA HISTORICA DE LA FARMACIA

I

Tiempos históricos

La profesión Farmacéutica es una de las más antiguas. Su origen, la práctica farmacéutica, como manifestación inmediata del instinto de conservación, es tan antigua como la humanidad misma.

Como los animales, el hombre primitivo estaba provisto de un instinto de conservación tan desarrollado que lo obligaba a calmar los efectos de la fiebre sumergiéndose en el agua de los torrentes; a luchar contra los dolores del reumatismo exponiéndose a los rayos solares; a tratarse las llagas corporales humedeciéndolas con saliva; en fin, a buscar en la naturaleza los elementos que necesitaba para su alivio. Sus dotes de observación acrecentadas por la experiencia lo indujeron a ingerir las primeras drogas con el propósito de experimentar los efectos que observaba según la tradición, en las cabras con la hoja de café, y en los leones con la hoja de quina.

II

División de las plantas en esta época

Aunque no poseemos documentos referentes a esta época podemos fundadamente opinar que los primeros hombres dividieron las plantas conocidas por ellos en dos grandes grupos: plantas útiles o nutritivas, y plantas venenosas cuya acción fisiológica aprendieron a distinguir a sus propias expensas. Estos conocimientos rudimentarios de las cualidades de las plantas fueron la base profesional de quienes con carácter sagrado, ejercieron los primeros, la Farmacia, utilizando las plantas por sus propiedades o como castigo para los condenados a muerte, y recurriendo a ritos y ceremonias especiales.

III

Los Egipcios y la Farmacia

Los egipcios por ej., 2.700 años antes de J. C. cultivaban todas las plantas originarias de esas regiones y por medio de sus expediciones bélicas y científicas introdujeron el cultivo de algunas plantas aromáticas de Arabia y Siria.

A lo largo de sus paredes y de sus monumentos fúnebres están descritos los modos de recolección de algunas plantas y en diversos papyrus como el de Ebers, que se conservan en la biblioteca de Leipzig, se encuentran muchas fórmulas y algunas de sus prescripciones terapéuticas por las cuales se sabe que ellos conocían, además de las drogas vegetales, como el Colchico, la Escila, la Genciana, etc., el Carbonato de Zinc y las sales de plomo, cobre, etc.

IV

Babilonia y Ninive: su influencia en la Farmacia

Babilonia, cuna de la civilización asiática, y Ninive tuvieron relaciones muy estrechas con Egipto; por su privilegiada situación geográfica fueron centros comerciales de primer orden y compraban grandes cantidades de productos vegetales. En numerosos documentos grabados sobre placas de arcilla y dibujados en pergaminos se encuentran magistralmente descritas ciertas enfermedades de las plantas, y los modos de combatir las.

Existen también documentos en los cuales consta que en es-

tas regiones se empleaban no solamente las drogas vegetales, sino también productos animales, como las grasas de cerdo, de venado, de león, de elefante, de caballo, etc.

V

Los Fenicios, y plantas cultivadas por éstos

Los fenicios adoptaron los conocimientos terapéuticos de los sirios y los árabes y cultivaron entre otras plantas el granado, el olivo, la mostaza, la valeriana y el opio. El sándalo, el alcanfor, el algodón y la canela los adquirían de los Arios establecidos en la India desde el año 1.300 antes de J. C. en que sojuzgaron a los indígenas. Sus médicos evocaban a los demonios que les ayudaban a combatir ciertas enfermedades y a recolectar algunas plantas officinales.

Los fenicios transmitieron a los médicos brahmanes de la India sus creencias supersticiosas. Estos médicos conocían y aplicaban las infusiones, maceraciones y electuarios y unguentos; empleaban el acónito y la datura, y en sus operaciones quirúrgicas usaban como anestésicos el cáñamo indio y el beleño. En sus libros se describen las plantas dividiéndolas según su acción fisiológica en afrodisíacas, tónicas, sedativas, estomáquicas, narcóticas, etc., etc.

VI

Medos y Persas: su influencia en la Farmacia

Los Medos y los Persas también tuvieron grande influencia en la Farmacia y en la Terapéutica antiguas, pues poseían una farmaco-terapéutica especial a la cual, según Dioscorides, Hipócrates pidió prestadas numerosas recetas.

Aislada de Europa la China era un país muy civilizado 3.000 años antes de J. C.; las drogas vegetales eran allí de uso corriente como lo prueban sus libros más antiguos. En los libros más recientes se encuentran las propiedades del Acónito, el Ruibarbo, el Granado, el Trébol, el Jengibre, el Cáñamo y la Mostaza; y entre las drogas de origen mineral, el Azufre, el Arsénico y el Mercurio. Este país llegó a ser uno de los principales; su influencia se extendió también al Japón en donde dos farmacéuticos de Corea introdujeron la Terapéutica China que alcanzó tan rápido desarrollo que el año 700 de nuestra era se fundó en Dai Sai, una Universidad que instaló un jardín botánico.

VII

Grecia y la Farmacia. Teofrasto, Pitágoras, Hipócrates y Dioscórides y su materia médica

Desde el punto de vista de la terapéutica europea, uno de los pueblos más interesantes de la antigüedad, fue sin duda alguna, Grecia. Según las tradiciones este pueblo apreció siempre las virtudes terapéuticas de las plantas. Teofrasto, por ej., nos dice que los griegos cultivaron los granados, los almendros, los limoneros, los higos, los manzanos; Alejandro después de sus conquistas introdujo le cultivo del Laurel Cerezo, el Algodonero y el Arroz.

Herodoto nos describe la manera de cultivar el ricino y el método de obtener su aceite; Pitágoras nos habla del cultivo de la Escila y la Mostaza. En la antigüedad griega se distinguió Hipócrates, quien describe el empleo en Terapéutica de 236 vegetales, o partes de ellos, entre los cuales se encuentran la resina de Jalapa, la Escamonea, el Opio, etc.

Dioscórides en su Materia Médica clasificó las drogas según sus propiedades fisiológicas y las describió ilustrándolas con numerosos dibujos. Su primer libro trata del estudio de los unguentos y sus métodos de preparación; de los aceites de Sésamo, de Almendras, de Nueces; de los árboles con sus frutos, jugos y resinas. Su segundo libro trata de los animales y sus productos, miel, leche, grasas; y después de los cereales, las plantas alimenticias, las legumbres, etc.

Los griegos conquistaron gran parte del Asia Menor y las Jónicas, vencieron a los Fenicios y conquistaron las contiguas a estas islas y fundaron colonias, como las de Nápoles, Marsella, Tarento y Trípoli, donde organizaron grandes ferias como en Atenas; establecieron nuevas factorías principalmente en Alejandría, que a partir del año 300 antes de J. C. llegó a ser una de las principales ciudades comerciales del Mediterráneo pues poseía, al decir de Ateneo, los almacenes más grandes del mundo con 300 libras de incienso, 200 de azafrán, de canela, de raíz de lirio, de madera de Sándalo, etc.

En esta misma ciudad de Alejandría la ciencia griega alcanzó un desarrollo notable: la Medicina y la Farmacia que hasta entonces hacían parte de una misma ciencia comenzaron a adquirir su propia individualidad. Este hecho determina el futuro progreso de las dos antiguas ramas del arte de curar.

VIII

Roma y su papel en la historia de la Farmacia

Roma que venció a los griegos y a los Cartagineses llegó al apogeo de su gloria en el año 146 antes de J. C.; tuvo un papel preponderante en la historia de la Farmacia y mantuvo relaciones directas con el Oriente, las Indias y la China. Plinio, el Viejo, nos dice que Roma compraba anualmente seis millones de sextercios en diversas drogas. Roma perdió su prestigio en el año 395 después del desmembramiento de su imperio. Marco Aurelio cita entre los principales productos exóticos importados a Roma, la Canela, la Pimienta, la Mirra, el Jengibre y la Goma Arábica. Plinio describe además de los productos ya citados, el cáñamo, la mostaza y el anís.

IX

Claudio Galeno y su obra "Materia Médica". Farmacia Galénica.

Claudio Galeno, nacido en el año 130, recorrió el Egipto, la Palestina y el Asia Menor; ejerció la medicina en Roma y en Pergamo, y escribió su *Materia Médica*, obra muy completa en la que divide los productos terapéuticos en drogas simples y compuestas. Galeno se distinguió por sus trabajos técnicos-prácticos en las manipulaciones farmacéuticas que constituyen el medio más importante para acrecentar el valor terapéutico de las drogas; perfeccionó los medios y útiles del trabajo profesional y dividió los medicamentos en dos grupos distintos: los que son el resultado de las manipulaciones que se practican sobre las drogas, Farmacia Galénica, y los que resultan de las reacciones químicas. De esta manera determinó la actividad farmacéutica y sus relaciones con la Química.

X

Los Arabes y su Escuela de Medicina

Invadida Europa por los árabes, Roma fue perdiendo poco a poco sus colonias, sus provincias y su mercado mundial; éste quedó instalado en Bagdad y en la Meca, ciudades que tenían relaciones directas con la China, con la India y el Africa. Allí se compraban todos los productos terapéuticos extranjeros y se revendían por su peso en oro.

Los árabes fundaron en Bagdad una Escuela de Medicina, donde Galeno tenía puesto de honor, que sirvió de modelo a las que se fundaron por entonces en otros países. En esta Escuela se enseñaba la Química y las Manipulaciones Farmacéuticas.

XI

La Medicina Farmacéutica Musulmana

La Medicina Farmacéutica Musulmana se distinguió por la extraordinaria complicación de sus fórmulas, pero en el campo del Laboratorio hizo verdaderos progresos, volviendo a emplear con mayor perfección el arte de la destilación que conocieron los egipcios y los griegos de los tiempos primitivos. Por este procedimiento obtuvieron el alcohol y las aguas destiladas a las que atribuían gran importancia terapéutica.

Francia, Holanda y Dinamarca contribuyeron poderosamente al progreso de la Farmacia promulgando importantes ordenanzas para reglamentar el ejercicio de la Farmacia.

XII

El siglo XV. El descubrimiento del Nuevo Mundo y su influencia en la Farmacia

A fines del siglo XV la Farmacia evoluciona de una manera rápida. El descubrimiento del Nuevo Mundo introduce en Europa numerosos productos vegetales. En sus primeros viajes Colón descubre las Islas de Haití, Santodomingo, Cuba, Jamaica, y lleva a España Tabaco, Cacao, Bálsamo de Copaiba, etc. En su cuarto viaje descubre a Colombia, Costa Rica, Honduras y regresa en 1504 creyendo que había estado en el Japón (Haití), y en China (Colombia), e introduce en España el Capsicum que confundió con la corteza de Canela de China.

XIII

Plantas introducidas por los Conquistadores a Europa

Los conquistadores y exploradores del Nuevo Mundo introducen en Europa numerosos productos vegetales, como la Vainilla, los Bálsamos de Tolú y del Perú, el Capsicum, la Coca, la Quina, las raíces de Ipecacuana y de Hidrastis, hojas de Jaborandi, madera de Cuasia, de Campeche, de Quebracho, etc. Los

vegetales exóticos son estudiados primeramente en España por Gonzalo Fernández y luego los sabios de toda Europa se dedican a su estudio y dejan en sus obras interesantísimas observaciones.

XIV

Primeras Farmacopeas

A principios del siglo XVII aparecen las primeras farmacopeas en España, Rusia, Inglaterra, Italia, Holanda y Francia. Este siglo fue para la Farmacia un siglo muy brillante: en 1608 Beguin encuentra el Calomel; Glauber el Sulfato de Soda; Seignette, en la Rochela, prepara la sal que lleva su nombre. A fines de este siglo se establece primero en España y después en Alemania y Francia el estudio de la Farmacia en Facultades independientes.

XV

Siglo XIX. Descubrimientos importantes

Con el siglo XIX la profesión comienza a modificarse. Los descubrimientos de la Química transforman las condiciones de la Farmacia: Vauquelin descubre el Cromo; Balard, el Bromo; Courtois, el Yodo; y Bussy, el Magnesio. En 1803 Derossne aisla la Narcotina; Sertuerner, la Morfina y más tarde Pelletier y Caventou encuentran la Estricnina y la Quinina. La síntesis Química viene con Berthelot a crear innumerables compuestos, de los cuales gran número ha venido a ser de uso corriente.

La industria farmacéutica por su parte realiza modificaciones importantes en sus métodos de agotamiento y evaporación; la lixiviación, la destilación al vapor a baja presión, la destilación en frío con alto vacío. Se crearon los aparatos mecánicos que permiten obtener nuevas formas farmacéuticas como los comprimidos, granulados, sellos, etc.

A principios del siglo XIX el Farmacéutico preparaba casi todos los remedios, pero poco a poco va dejando de preparar los medicamentos químicos y gran parte de los medicamentos galénicos que la industria le suministra en condiciones ventajosas.

XVI

Siglo XX: Drogas de patente; el profesional farmacéutico

La droga de patente o especialidad farmacéutica va impo-

niéndose lentamente; la segunda mitad del siglo pasado, y el principio de éste, han sido testigos del éxito que principalmente a base de propaganda ha ido conquistando entre el público. La actividad del farmacéutico no se ha visto pues limitada por estas nuevas condiciones y ella encuentra un nuevo campo de acción en los análisis químicos, biológicos y bacteriológicos.

La Farmacia ha tenido una especial influencia en los adelantos de la Medicina, ya por sus propios recursos o basándose en los descubrimientos y conquistas realizados por la química, ha provisto a la Medicina de inapreciables medios terapéuticos en todos los tiempos.

El profesional farmacéutico no sólo ha tenido a su cargo el desempeño de esta noble y elevada misión, sino que intermedio entre los facultativos y los pacientes, de su preparación y honorabilidad dependen tanto la salud de éstos como el prestigio y la buena fama de aquéllos.

La gran importancia social de la farmacia es un hecho indudable; lo mismo diremos de su importancia comercial y científica.

XVII

Epoca contemporánea. La Farmacia en Colombia

Hace próximamente once años que funciona en la capital de la República una Escuela de Farmacia dotada de Laboratorios, Gabinetes y todo lo indispensable para la formación de un buen personal técnico.

Esta Escuela está dedicada a formar FARMACEUTICOS, que conscientes de su responsabilidad profesional, con una alta comprensión de los nobles fines de la Farmacia y una adecuada preparación técnica y científica ayudarán eficazmente a imponer la probidad y el decoro en tan delicada rama de la actividad social.

La Universidad Nacional de Colombia, fiel al deber que le incumbe en el desarrollo de la cultura patria, ha establecido en reciente providencia el grado de Doctor en Farmacia. La amplitud que con esta medida alcanzan los estudios Farmacéuticos en Colombia, abre para los futuros profesionales nuevos campos de investigación y de actividad de indiscutible influencia en la garantía de la salubridad pública y en el desarrollo de la economía nacional.

XVIII

Ley 11 de 1927 por la cual se crea la Escuela de Farmacia

La Escuela de Farmacia de la Universidad Nacional fue creada como Escuela Anexa a la Facultad de Medicina de Bogotá por la Ley 11 de 1927. Esta ley fue reglamentada en noviembre de 1928 por medio del Decreto Ejecutivo N° 2123, el cual fijó en dos años el período de tiempo necesario para hacer los estudios requeridos para optar al título de farmacéutico una vez cursado y aprobado el pênsum de la Escuela.

Recientemente el Consejo Directivo de la Universidad Nacional dictó el Acuerdo 121 de 18 de septiembre de 1939 por medio del cual se reformó el pênsum de la escuela y se estableció el grado de Doctor en Farmacia, quedando así definido el pênsum que quedó establecido este año.

La carrera se hace en cuatro años, siendo indispensable la presentación del título de bachiller para tener derecho a ingresar en la Facultad de Farmacia.

Al frente de esta Escuela se halla actualmente el distinguido profesional Dr. Jorge Emilio Orozco R., en su carácter de Director y Profesor, quien con lujo de competencia ha sabido colocarla a la altura de las demás escuelas de la Universidad y de las mejores Facultades de Farmacia hasta hoy conocidas.

XIX

Reseña histórica de la Farmacia en Antioquia

La historia de la Farmacia en Antioquia es bastante oscura, pues no poseemos documentos al respecto a pesar de que hemos buscado en la Biblioteca, tanto de la Universidad como de la Escuela de Medicina. Sin embargo, resumiremos a la ligera algunos importantes datos que hemos logrado conseguir particularmente.

El estudio de la historia de la Farmacia tiene que ir necesariamente vinculado a la evolución de la Medicina en este País, porque son dos ciencias hermanas que se complementan. Por este motivo en muchas partes de esta ligera reseña histórica debemos citar a los primeros médicos que ejercieron en el Departamento de Antioquia.

XX

Botica de Los Isazas

Esta botica se fundó en el año de 1836, a raíz de la vuelta de Europa del Dr. Pedro Uribe Restrepo, quien trajo unas cajas de drogas, con las cuales se fundó la primera botica. Fue dirigida en sus primeros años por D. Federico Isaza. Esta botica fue más tarde la cuna y el origen de la actual botica de los señores Isazas y Escobar.

El Dr. Uribe Restrepo era hijo de Envigado y fue un benéfico propulsor del Hospital de San Juan de Dios, así como el fundador del actual Cementerio de San Pedro. Fue el hombre que más espíritu público tuvo en Medellín, a decir de D. Ricardo Castro.

Los fundadores de la Botica de los Isazas fueron: D. Cipriano, D. Guillermo y D. Federico Isaza y el Dr. Julián Escobar.

En esta botica se reunían en el año de 1855 destacados elementos políticos, entre los cuales merece recordarse a los Dres. Marceliano Vélez, Manuel María Bonis, Alejandro Mejía, Manuel Velilla y otros. La Botica de los señores Isazas cumple pues 104 años de vida benemérita.

XXI

Botica de los Gallos

El Dr. Justo Pastor Gallo fue el fundador de esta Botica en el año de 1855. Hace muchos años la botica está situada en la calle de Ayacucho. Como dato histórico merece recordarse que en el año de 1800 Medellín solamente tenía 17 calles conocidas. La calle de Ayacucho tuvo tres nombres: calle de San Lorenzo, Calle de la Amargura, y también Calle de D. Pepe Santamaría.

Fórmula del Dr. Gallo son las píldoras que llevan su nombre y que todavía las preparan sus descendientes. El Dr. Gallo tuvo tres hijos que fueron farmacéuticos: D. Julio, D. Germán y D. Benjamín. Este último ejerció en la República de San Salvador.

D. Julio dejó tres hijos boticarios que perpetúan la tradición ilustre de la familia y que se llaman Julio Luis, Carlos y

Jorge. Tanto D. Germán como D. Julio, tuvieron más de 30 años de activa práctica en el correcto despacho de fórmulas.

El Dr. Gallo fue médico eminente y muy popular en Medellín. Esta familia ha sido comparada a la familia de Midy de París que durante muchos años conserva una gloriosa herencia de amor al arte de la Farmacia.

La Farmacia de los Gallos tiene en la actualidad 86 años de activo, honrado y eficiente trabajo.

XXII

Botica del Dr. Jervis

En el año de 1826 vino de Inglaterra a Medellín el Dr. Jervis, quien fundó una botica, la que puso bajo la dirección de D. José M^o Pinzón, a quien llamaban en Medellín Chepe.

Como dato histórico importante merece recordarse que el Dr. Jervis introdujo el cateterismo vesical en Colombia.

XXIII

Botica del Dr. Ricardo Escobar

El Dr. Ricardo Escobar hizo sus estudios en el Colegio Académico de Medellín. Se graduó en Bogotá en el año de 1852. Ejerció durante algún tiempo en Marmato, más tarde regresó a Medellín y colaborando con los señores Dres. José Vicente Uribe y Juan de Dios Carrasquilla fundó una farmacia en Medellín, la que gozó de muy buena fama. El Dr. Escobar inició la plantación de tabaco en Titiribí y dotó a esta población de un buen hospital. Murió en septiembre de 1898 y cuando le sorprendió la muerte había sido nombrado Gobernador de Antioquia.

Ocupa puesto importante entre los hijos beneméritos de Medellín y su nombre debe figurar en la historia de la Farmacia en Antioquia, pues no sólo fundó una botica, sino que también fue Profesor de Farmacia.

XXIV

Botica del Dr. Durán y de D. Marco A. Peláez

Por los años de 1841 a 1845 ejerció la profesión de Farmacia en Medellín el Dr. Durand. La botica estaba situada en la Plazuela de San Roque, hoy Plazuela Uribe Uribe. Con él trabajaba D. Marco A. Peláez. Fue fundada en el año de 1872. Fue

administrador de esta Farmacia durante 40 años D. José M. Mesa Prieto, quien nació en Medellín en el año de 1856. El señor Mesa fue Presidente de la Unión Farmacéutica Antioqueña.

D. Marco A. Peláez fue un progresista caballero de Medellín y era muy apreciado por la honorabilidad y corrección en el despacho de sus fórmulas. Por esta época ejercían en la tranquila Villa de Medellín los Dres. Hugo Blair, José Ignacio Quevedo y Jervis.

XXV

Botica de los Quevedos

En 1843 llegó a Medellín el Dr. José Ignacio Quevedo, quien contrajo matrimonio con una nieta del Dr. José Félix de Restrepo. El Dr. Quevedo fue el padre del Dr. Tomás Quevedo R. y abuelo de los Dres. Emilio y Tomás Quevedo Alvarez.

La botica estuvo administrada por D. Pablo Quevedo durante muchos años. Al Dr. Quevedo lo llamaban en Medellín cariñosamente Quevedito, y fue, como el Dr. Dimas Estrada, el médico más popular y más caritativo de Medellín. Como dato interesante merece recordarse que el Dr. Quevedo practicó la primera operación cesárea en Antioquia.

XXVI

Botica del Dr. Uribe Angel. Ligera reseña biográfica

Este insigne médico tuvo también su farmacia en Medellín. Estaba encargado del despacho de fórmulas el señor D. Pedro Antonio Uribe Arteaga. Fue una botica muy acreditada.

El Dr. Uribe Angel nació en Envigado en el año 1822. Se graduó en 1844 en Bogotá y ejerció hasta 1895 en Medellín. En 1877 fue jefe civil provisional y Gobernador de Antioquia. Murió ciego; en los últimos 7 años de su vida se obscurecieron los ojos de su cuerpo, pero en cambio se iluminó vigorosamente su alma, porque fue el maestro y el consejero de muchas generaciones. El Dr. Robledo lo llamó "NUESTRO HIPOCRATES CRISTIANO", y D. Eladio Gónima "La gloria científica más grande de Antioquia".

El Dr. Manuel Uribe Angel ejerció también su profesión en el Perú y el Ecuador. Recorrió varios países del Norte y Sur América y en el viejo mundo nutrió su cerebro con las enseñanzas de los sabios europeos de aquella época.

Para que se vea el cariño, y si se quiere, verdadera adoración que se tenía por el Dr. Manuel Uribe Angel en Antioquia, basta recordar los brillantes párrafos de D. Luis Latorre Mendoza: "El Dr. Manuel Uribe Angel llenó algo más de medio siglo de historia de Antioquia. Las fijas preguntas que en aquella época hacían los campesinos o los habitantes de las pequeñas poblaciones, al viajero procedente de Medellín eran éstas: —El señor viene de Medellín? —De allá vengo, contestaba. —Y qué dejó por la Villa? Cómo estaba el Dr. Manuelito? Lo vio? —Sí, lo ví, y está muy bien de salud. —Ah, pue gracias a Dios". (1)

XXVII

Sus obras importantes

Su obra, Geografía sobre el Estado de Antioquia, es quizás la más célebre. También escribió sobre la lepra, Aguas de Medellín, el Carate, el Tuntún, Curación de las mordeduras de serpientes, Historia de la Medicina en Antioquia, La Medicina en la Zona Tórrida, El Mal de San Antonio, La caña de azúcar, el Caimán, el Sarampión y la tos ferina.

Escribió también páginas muy niteresantes sobre Simón Rodríguez, el maestro del Libertador.

XXVIII

La Botica Peña

En Cereté, departamento de Bolívar, nació el 9 de mayo de 1826 D. Federico Antonio Peña, que tanta fama tuvo en Antioquia para las enfermedades de la piel. Esta fórmula del Dr. Peña, su pomada, aún la conserva y la prepara su familia. El Dr. Peña murió en Medellín en el año de 1899.

D. Ismael Peña, que siguió con la botica, murió en 1920.

El Dr. Peña levantó una familia honorable y distinguida en Medellín, y fue muy apreciado en Antioquia por su ciencia y su cultura.

Esta botica fue otra de la que hemos llamado fundadoras, pues funcionó con éxito y numerosa clientela a fines del siglo pasado y en la primera década del siglo XX.

XXIX

Botica del Dr. Antonio Mendoza en Rionegro

En el año de 1829 el Dr. Antonio Mendoza ejerció en Rio-

(1) En honor a su memoria se fundaron en 1922 los Laboratorios Uribe Angel, la institución farmacéutica más grande en Colombia.

negro, donde fundó una botica, la que puede llamarse también de las fundadoras en el Departamento de Antioquia.

El Dr. Mendoza era bogotano y fue miembro de la célebre Convención de Rionegro en el año de 1863.

XXX

Botica del Dr. Julio Restrepo

El Dr. Julio Restrepo también fundó una botica, la que puede llamarse también de las fundadoras en Medellín.

Recuérdese que el Dr. Restrepo fue uno de los primeros médicos graduados en la Escuela de Medicina de la Universidad de Antioquia, juntamente con el Dr. Espinosa, en el año de 1875.

XXXI

Profesores de Farmacia en la Escuela de Medicina de la U. de A.

Vamos a citar a la ligera los nombres de los Profesores que regentaron con lujo de competencia, la cátedra de Farmacia y Materia Médica en nuestra Facultad de Medicina.

Figura a la cabeza, y como primer Profesor, el Dr. Manuel Uribe Angel por los años de 1872 a 1873 próximamente.

Figura como segundo Profesor el Dr. Ricardo Escobar, a quien le tocó suceder al Dr. Uribe Angel en el año de 1874.

Le sucedió al anterior el Dr. José Ignacio Quevedo en el año de 1876.

En el año de 1884 le tocó regentar la Cátedra de Farmacia al Dr. Julio Restrepo, de quien hablamos anteriormente.

D. José M^a Mesa Prieto sucedió al anterior en el año de 1899 hasta el año de 1903 en que le sucedió D. Pastor Gaviria.

El Dr. Emilio Quevedo sucedió a D. Pastor hasta el año de 1914.

En el año de 1915 fue nombrado Profesor de Farmacia D. José M^a Mesa, quien ocupó la cátedra hasta el año de 1927 inclusive.

Le tocó suceder al anterior al Dr. Alejandro Vásquez en el año de 1928. Sus importantes conferencias y notas aún se conservan y son consultadas por Profesores y alumnos.

Al Dr. José A. Sierra le tocó suceder al anterior a fines del año de 1928 y en el 29.

El Dr. Wenceslao Montoya le sucedió y regentó la cátedra por los años de 1930 y 1931.

Del año de 1932 a 1934 inclusive le tocó regentar la cátedra al Dr. Valentín Garcés Mejía.

De los años de 1935 a 1939 inclusive no se dictó tan importante asignatura en la Facultad de Medicina.

XXXII

Año de 1940. Creada nuevamente la Cátedra de Farmacia

A principios del año en curso dos distinguidos galenos, los Dres. Alonso Restrepo M. y José Miguel Restrepo, en su carácter de Decano el primero y de Representante del Profesorado el segundo, propusieron al H. C. Directivo de la Universidad la creación nuevamente de la Cátedra de Farmacia, dada la importancia que esta materia tiene en el Arte de Formular y para dar mayor solidez en la formación científica de nuestros futuros profesionales.

El Consejo Directivo de la Universidad, integrado por distinguidos elementos de alta preparación científica y cultural, y conscientes de su delicada misión, accedió a tan justa insinuación y al efecto fue creada nuevamente la Cátedra de Farmacia y Materia Médica, nombrando para regentarla al Dr. Arturo Orozco V., quien inició labores en el mes de febrero del presente año con un personal de 35 alumnos.

Nuestro actual Decano Dr. Gil J. Gil, a quien caracteriza su dinamismo, actividad e interés por el progreso de nuestra Facultad, ha querido dar al estudio de la Farmacia la importancia que éste se merece, y al efecto ha prometido al actual Profesor de la Materia, la dotación de un Laboratorio y un Preparador, elementos éstos indispensables para poder hacer un curso práctico, eficiente y completo.

Con la anterior dotación la Facultad de Medicina podrá ofrecer para el año de 1941 un curso práctico y completo de Farmacia y Materia Médica, donde nuestros alumnos podrán sacar útiles conocimientos para la vida práctica en su carrera profesional.

Por su parte el Profesor ha prometido complementar el estudio de tan importante asignatura con algunas nociones sobre TOXICOLOGIA, DESPACHO DE FORMULAS y DEONTOLOGIA.

Queremos terminar este humilde trabajo dando los agradecimientos al H. C. Directivo por la atención y el honor que me hizo al nombrarme Profesor de tan importante Materia, agradecimientos que hago extensivos a mis actuales alumnos, quienes han sabido corresponder al esfuerzo e interés de su Profesor, presentando un examen digno del mayor encomio.

Arturo OROZCO V.

Medellín, octubre de 1940.



OBRAS CONSULTADAS

- Escuela de Farmacia de la Facultad Nacional.
Boletín Prospecto de la Facultad Nacional, año de 1940.
Dr. Jorge Emilio Orozco R. La Farmacia en Colombia: Leyes, Disposiciones, Decretos y Resoluciones. Legislación y Reglamentación de la Farmacia.
Archivos de la Facultad de Medicina (Secretaría) de la Universidad de Antioquia.
Historia, Deontología y Legislación de la Farmacia en Antioquia por el Dr. Samuel Arturo Meza y Posada.
Dr. Emilio Robledo: La Medicina en los Departamentos Antioqueños. Medellín.
Dr. Manuel Uribe Angel: Geografía y Compendio Histórico del Estado de Antioquia.
Anales de la Universidad de Antioquia.
Anales de la Academia de Medicina de Medellín.
Album del 2º Congreso Médico Nacional, Medellín-1913.
Botica de los Isazas: Datos suministrados por sus propietarios.
Botica de los Gallos: Datos suministrados por sus actuales propietarios.
Dr. Francisco Antonio Uribe M.—Versiones. 1918.

SALUDO

A BRAULIO MEJIA J.

En sus Bodas de Oro profesionales.

SEDARE DOLORUM OPUS DIVINUM EST.

Hipócrates.

Perdona que sin Numen ni Elocuencia
Venga a cantar tu nombre en este día...
En que se aúnan sobre tí a porfía
La Modestia y el Mérito y la Ciencia.

Porque el Dios que se oculta en tu Conciencia,
Ha iluminado la gloriosa vía
Que has seguido, tornando en alegría
Las Cuitas y el Dolor de la existencia.

Por eso en tus excelsas Bodas de Oro,
Queremos junto a tí formando un coro
Felicitarte con abrazo estrecho.

Por eso, nuestro ilustre Presidente,
Quiso también brillara refulgente,
La Cruz de Boyacá sobre tu pecho!

Marzo 1º. 1940.

Teodoro CASTRILLON T.