

ANTIOQUIA MEDICA

VOL. 15 N° 7 - 1965-ANTIOQUIA MEDICA-MEDELLIN, COLOMBIA

Organo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y de la Academia de Medicina de Medellín. — Continuación del "Boletín Clínico" y de "Anales de la Academia de Medicina". — Tarifa Postal reducida. Lic. N° 1.896 del Ministerio de Comunicaciones.

Dr. Benjamín Mejía Cálad
Decano de la Facultad

Carlos Sanín Aguirre
Presidente de la Academia

EDITOR:

Dr. Alberto Robledo Clavijo

CONSEJO DE REDACCION:

Dr. Héctor Abad Gómez	Dr. César Bravo R.
Dr. Iván Jiménez	Dr. David Botero R.
Dr. Alfredo Correa Henao	Dr. Marcos Barrientos M.
Dr. Oscar Duque H.	Srta. Melva Aristizábal

Srta. Margarita Hernández B.
Administradora

CONTENIDO:

EDITORIAL

El lenguaje que empleamos los médicos 457

MEDICINA Y FOLCLORE

Tatuaje en Antioquia. **Prof. Alfredo Correa Henao**..... 459

MEMORIAS CIENTIFICAS ORIGINALES

Microbiología de Auptosias. **Dres. Miguel Gracián y Raúl Alvarez** 489

Encuesta sobre hongos ambientales en la ciudad de Cali
Dres. Raúl Alvarez, Marco A. Reyes y Danilo Madriñán..... 497

PRESENTACION DE CASOS

Blastomicosis Suramericana de forma pulmonar pura
Dres. Jaime Borrero, Angela Restrepo y Mario Robledo 503

Absceso Hepático producido por Actinomicetos. Presentación de dos casos. **Dres. César Bravo y Oscar Duque** 517

NOTICIAS

Próximos Congresos 527

EL LENGUAJE QUE EMPLEAMOS LOS MEDICOS

Al escuchar alguna disertación o leer cualquier nota o artículo médicos, nos encontramos a menudo con palabras y frases incorrectas, cuyo significado casi nunca se encuentra en los diccionarios, aun en los especializados y que indudablemente son hijas de la falta de cuidado y de la precipitación que la vertiginosa vida moderna imparte a todos nuestros actos.

Sin presumir de puristas y menos de xenofobos, nos damos cuenta de lo mal que usamos nuestro idioma, de lo fácilmente que trasladamos al castellano palabras y frases de otras lenguas, de la frecuencia con que omitimos partes de la oración, de la manera desmedida como reemplazamos palabras por letras o siglas, del empleo de expresiones reñidas con la sintaxis, de la poca aplicación de las leyes de concordancia, del uso inmoderado de neologismos e inadecuado de los verbos, de la ambigüedad de los términos y en fin del caso omiso que hacemos de las normas que rigen el idioma de Cervantes.

Todo esto se debe sin duda alguna, no a la falta de conocimientos sino a la ligreza y falta de cuidado. Es por lo que queremos llamar la atención de nuestros lectores con el ánimo de que reflexionemos en lo mal que nos expresamos y tratemos de hablar y escribir de acuerdo con las reglas de nuestro generoso idioma.

Como una muestra de los errores que tan a menudo cometemos, queremos transcribir la lista de Jerigonza Médica, con sus formas correctas e incorrectas, que traen Fishbein y Phy Sunyer en su ya clásico libro "Normas de Literatura Médica", advirtiéndolo también que como suele decirse, no son todas las que están, ni están todas las que son.

FORMA CORRECTA

Abdomen agudo
Abdomen alto

FORMA INCORRECTA

Afección aguda del abdomen
Región superior del abdomen epigástrico

Anginas	Amigdalitis
Apéndice crónica	Apendicitis crónica
Clínica infantil	Hospital de niños
Corazón derecho	Debe precisarse aurícula o ventrículo
Diarreas (en plural, por evacuaciones)	Evacuaciones
Dieta cardíaca	Dieta para enfermos del corazón
Específico	Mal empleado por sífilítico
Ligadura yugular	Ligadura de la yugular
Lúes, luético	Sífilis, sífilítico
Miligramos por ciento	Indicar las unidades del segundo término: por ej. "por cien cc."
Neisseria	Gonorraea
Orina de 4 + de albúmina	Orina con albúmina (4 +) o albúmina (4 +)
Organo o estructura negativo	Organo o estructura normal
Oviductos	Trompas, trompas de Falopio
Patología (en sentido concreto)	Alteración patológica, lesión, enfermedad
Postmortem (como nombre)	Autopsia, necropsia, protocolo de autopsia
Prostático	Enfermo con inflamación, hipertrofia u otra lesión en la próstata o de la próstata
Renal (como nombre)	Enfermo del riñón
Serología	Reacciones serológicas de la sangre o líquido cefalorraquídeo.
Taboparesia	Forma tabética de la demencia paralítica, o de la sífilis terciaria.
Reportar	Informar
Tests	Prueba
Clearence	Depurar, limpiar
Slides	Diapositivas

Finalmente deseamos que estas notas sean interpretadas como una manifestación de inconformismo con una situación aberrante y un llamado a los médicos a que seamos más originales, utilizando correctamente los medios de expresión que realmente nos pertenecen como patrimonio propio.

TATUAJE EN ANTIOQUIA

ALFREDO CORREA HENAO, M. D.
Profesor de Patología *

Presentamos en este trabajo unas notas generales sobre tatuajes observados en gente del pueblo, vistos ocasionalmente entre el personal que nos ha correspondido atender en servicios médicos públicos, como Policlínica Mpal., Cárcel de Varones, Hospital Universitario San Vicente de Paúl e Instituto de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, todos en Medellín.

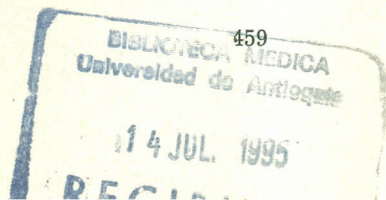
La palabra tatuaje se deriva de *Tatahú*, que en el idioma de los indígenas de Tahití, en Polinesia, significa dibujos o marcas corporales hechos con arte. Fue traída al Occidente por el Capitán Cook en sus famosos viajes (1770).

Fonética y gráficamente este nombre ha sido adaptado, con algunas variaciones a los idiomas occidentales, conservando en todos su raíz: *Tatuaje*, en español; *Tatuage*, en francés; *Tattoo*, en inglés; *Tatowerung*, en alemán; *Tatuering*, en Sueco; *Tatuaggio*, en italiano, etc.

El tatuaje es el resultado de tatuar o sea el procedimiento de introducir, a través de la epidermis, a las dermis superior, materias colorantes, no absorbibles e insolubles, por medio de punzadas pequeñas o incisiones, con el fin de producir un dibujo perenne en la piel.

El uso del tatuaje es universal y su inicio, como tantas cosas, se pierde en la antigüedad más remota. Ya en el Levítico, Cap. XIX, Vers. 28, relacionado con el código de sanidad y diversos preceptos religiosos,

* Inst. de Patología - Fac. de Medicina. Universidad de Antioquia
Medellín - Colombia S. A.



ceremonias y funerales, se lee: "No haréis incisiones en vuestra carne por un muerto, no imprimiréis en ella figura alguna. Yo Yavé". Esto nos indica que el tatuaje y otras señales corporales, como la formación intencional de cicatrices queiloideas y el raparse la cabeza, eran prácticas comunes en el pueblo elegido. La misma cita da a entender que el tatuaje se usaba para conmemorar acontecimientos importantes.

En momias egipcias, de 4.000 años A. C., se encuentran tatuajes artísticos en la piel del bajo vientre, y aún hoy mujeres de la misma región se tatúan en rayas, buscando con ello un medio terapéutico, mágico, para varias afecciones propias.

En la isla de Chipre se han encontrado estatuillas del año 2.000 A. C., con reproducciones de tatuajes. Estos hallazgos, y otros más, son argumentos irrefutables para comprobar cuán antiguo es el procedimiento del tatuado. Se anota a este respecto, que los primeros cristianos usaban el tatuaje como señal de identificación mutua (1). Y en otras épocas y circunstancias también se ha usado con fines religiosos; tal en los croatas, en Bosnia y Herzegovina, donde las mujeres católicas llevan tatuada una pequeña cruz en el antebrazo, rodeada de un círculo, hecha y taraceada por maro de las ancianas en el día de la Anunciación o en Semana Santa, con el fin de impedir su traspaso al islalmismo (2).

Herodoto anota que a los tebanos prisioneros se les marcaba en la frente con las armas del rey, y lo mismo se hizo en las guerras del Peloponeso. Los romanos estigmatizaban con un tatuaje a los soldados prisioneros, para evitar sus desertiones y también a los soldados heroicos les imprimían marcas indelebles, como condecoración por sus hechos gloriosos.

El tatuaje se ha empleado en algunos países como estigma de castigo, como marca de posesión y para distinguir categorías y jerarquías, especialmente en Nueva Zelanda (3). En Hawaii, el mencionado Cook encontró casos de tatuaje tan diseminados en el cuerpo de alguna gente, que anotó algunos hasta en la punta de la lengua. En las islas Marquesas se encuentran casos de indígenas tatuados en todo su cuerpo sin excluir los párpados, labios, encías y cabeza después de rapada.

Las tribus de toda la América, desde los esquimales hasta los patagoneses, han tenido en sus costumbres, no solo el uso del decorado corporal con colores, sino también el del dibujo indeleble por medio del tatuaje. Entre los esquimales se usa un tatuaje especial mediante un hilo impregnado de una substancia colorante, que pasa por debajo de la epidermis y deja el pigmento en el sitio adecuado. Este tatuaje se llama de sutura (4). Para los esquimales la enfermedad está representada en for-

ma de un pájaro que desciende sobre los cuerpos para destrozarse sus miembros o vísceras y para impedir que tales agentes demoníacos se introduzcan al cuerpo, cuelgan anillos en sus narices, en las orejas y se practican tatuajes destinados a conjurarlos (5).

En el Japón el tatuaje adquirió un preciosismo inigualado, contando con la habilidad manual y el refinamiento artístico de ese pueblo.

En nuestro país (en la Guajira) los indígenas usan el tatuaje generalmente para marcar los diferentes clanes en forma de iniciales o nombres; esta actividad la realizan generalmente las mujeres (6).

Consultando la historia se puede concluir que no hay país donde no se haya usado el tatuaje entre los primitivos. Y entre ellos tiene el tatuaje un significado distinto al que actualmente se le concede; en ellos hace parte de su cultura y su uso está en relación con tradiciones, honores, linaje y proezas; usado como talismán, como protector y como atractivo del sexo opuesto; también como signo de sociedades, sectas y como sentimiento estético. Este tipo de tatuaje es llamado étnico, porque está estrechamente ligado a usos y costumbres que caracterizan a ciertos pueblos, todavía de costumbres primitivas y en ellos tiene un significado especial mágico, ritual, que imprime carácter.

En los tiempos actuales y dentro de algunos grupos sociales se practica el tatuaje, pero con muy distinta significación. Los que lo llevan pertenecen generalmente a gente baja en la categoría social e intelectual; son aventureros y trashumantes, muy frecuentemente con taras síquicas y con inclinaciones perversas.

Hay algunas profesiones donde la práctica del tatuaje está muy expandida, tales como braceros portuarios, limpiabotas, soldados, marineros, mineros, pescadores, etc.; pero donde más se marca la influencia es en el personal del hampa de presidios y de prostíbulos.

No obstante estas consideraciones, es de anotar que el tatuaje estuvo en boga en la juventud inglesa, francesa y alemana por los años de 1870 y se extendió a la nobleza: El Rey Eduardo VII de Inglaterra, el Zar Nicolás II de Rusia y varios miembros de su corte, el Kaiser Guillermo II de Alemania; el Rey Oscar de Suecia y hasta la Reina Olga de Grecia tenían tatuajes en la piel. De Napoleón Bonaparte se cuenta que se opuso a que se embalsamara su cadáver para evitar que perduraran las figuras que en épocas de soldado se hizo tatuar. Bernardote, mariscal de Francia, y que llegó a ser Rey de Suecia, tenía un tatuaje de su juventud que decía: "Mueran los reyes". ¡Qué ironía!

También hay tatuajes accidentales y tatuajes terapéuticos. La cosmética moderna hace uso de esta práctica para variar el color de ciertas

manchas, naturales o adquiridas que afean los epitelios, tales como manchas blancas en la córnea (nube) o ciertos lunares o manchas llamados nevus. El tatuaje accidental es común en herrería y oficios semejantes, lo mismo que en quemaduras por armas de fuego.

He tenido ocasión de ver tatuajes en adultos de alta categoría científica y social, hechos ingenuamente durante su juventud, en la escuela primaria, por ellos mismos, o por sus compañeros, con plumas y tinta de escribir.

Por definición el tatuaje no debe confundirse con los dibujos decorativos que se borran fácilmente, usados por indígenas de muchos países con tierras de colores, carbón, cal, jugos vegetales (achote, azafrán, uvilla, etc.). Nuestros indígenas del norte del departamento usan esta ornamentación inestable. Tampoco se considera la cicatriz de relieve, llamada queloide, que con motivo ornamental ha sido y aun usada por algunos pueblos primitivos desde tiempo inmemorial, y que consiste en provocar, por medios traumatizantes, una herida que al cicatrizar deja un relieve en la piel por crecimiento exagerado del tejido conectivo subcutáneo. Pero con este procedimiento se hacen ornamentaciones asociadas al tatuaje poniendo, al traumatizar la piel, una substancia colorante, para obtener el doble efecto de relieve y coloración. Es sabido que la cicatriz queloidea está en relación con la raza negra que es más propensa a tal cicatrización defectuosa.

* * *

Con estas consideraciones generales vamos a tratar el tatuaje intencional usado por nuestro pueblo, como manifestación de un hecho actual y universal y con los significados propios que lo han motivado y las circunstancias en que han sido hechos.

Ya dijimos que la práctica del tatuaje se presenta en una clase social sedimentaria, mal reputada: en individuos jóvenes, inexpertos; en sujetos tarados síquicamente, con perversas inclinaciones; en aventureros errabundos, etc. Sobre ellos obra un considerable número de factores morbosos para someterse a esta designación; tales son el compañerismo íntimo, influencias intensas, tratos sexuales, pasiones exageradas, candidez, credulidad, ignorancia, sentimientos religiosos, familiares y amorosos desviados; todo esto, repito, en un fondo sicopático.

Mentalidades como las citadas tienen la creencia de que el tatuaje patentiza perennemente, en forma altamente expresiva, los diversos sentimientos. Las metáforas de uso corriente: "tener grabado en lo pro-

fundo del corazón” o la de “grabar con caracteres indelebles”, son expresiones cultas, transformadas de esta idea. Una canción popular dice: “Yo tengo en el alma grabado un tatuaje”. Pero tales sentimientos no son, las más de las veces, duraderos y más tarde el tatuado siente depresión por haberse sometido a este acto y lo explica, en su descargo, como producto de irresponsabilidad, de la embriaguez, de “locuras de muchacho”, etc. Sin embargo no todos se avergüenzan y muchos lucen orgullosamente sus figuras, convencidos de su significación y eficacia.

* * *

El Tatuador: El tatuador tribal es un personaje destacado y estimado entre sus conciudadanos, como persona dotada de atributos mágicos; su arte es generalmente transmitido por herencia a sus descendientes. En cambio el tatuador popular nuestro es un sujeto singular, del tipo conocido como *culebrero* o vendedor de remedios entre los conglomerados callejeros. Aparece semi-desnudo, exhibiendo su cuerpo lleno de tatuajes como el mejor reclamo de su arte. Su medio adecuado es la población numerosa de plazas y estaciones, en ferias, mercados populares de los barrios bajos. Posee una colección de modelos dibujados en papeles, cada uno con significado especial para las diversas “necesidades” del cliente. La operación la ejecuta al aire libre, ante la admiración de los circunstantes; el precio es convencional y varía con el tema, el tamaño, los colores y las posibilidades económicas. En otros países y otros lugares donde el tránsito popular es muy abundante y variado, como puertos de grandes ciudades, el tatuador tiene puesto fijo, pudiera decirse oficina, en local decorado con atractivos modelos; hay silla especial y gabinetes con instrumentos y no es raro que en estos lugares se usen vibradores eléctricos para ejecutar la operación; tienen precauciones antisépticas, razuran la piel, la desinfectan, hierven las agujas y una vez hecho el tatuaje aplican un apósito protector.

Técnica del tatuaje - Nuestro tatuador emplea la tradicional técnica manual de puncionar con agujas impregnadas de colorantes. Usa dibujos patrones en papel, si se trata de figuras, porque las letras y números son hechas a pulso, generalmente. La figura modelo está delineada sobre el papel con lápiz de tinta; el papel es aplicado sobre la piel humedecida del cliente y al comprimirlo el trazo pasa a la piel en dirección trocada, de manera que lo que está a la derecha queda a la izquierda y viceversa. Esta inversión la podemos observar en algunos ejemplos como en el Cristo de Girardota (Fig. 42) y en las letras B L de la misma

figura. Y en este sentido es muy curiosa la completa inversión de la gráfica del nombre de Alirio Pareja "AJERAPOIRILA", pero con el agravante de que las letras no simétricas como R, P, R, E y L quedan invertidas. (Fig. 1).

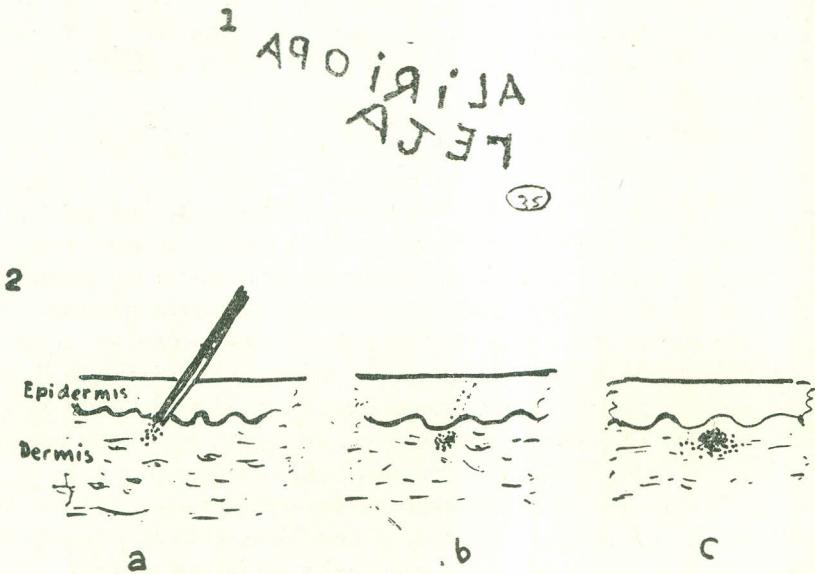
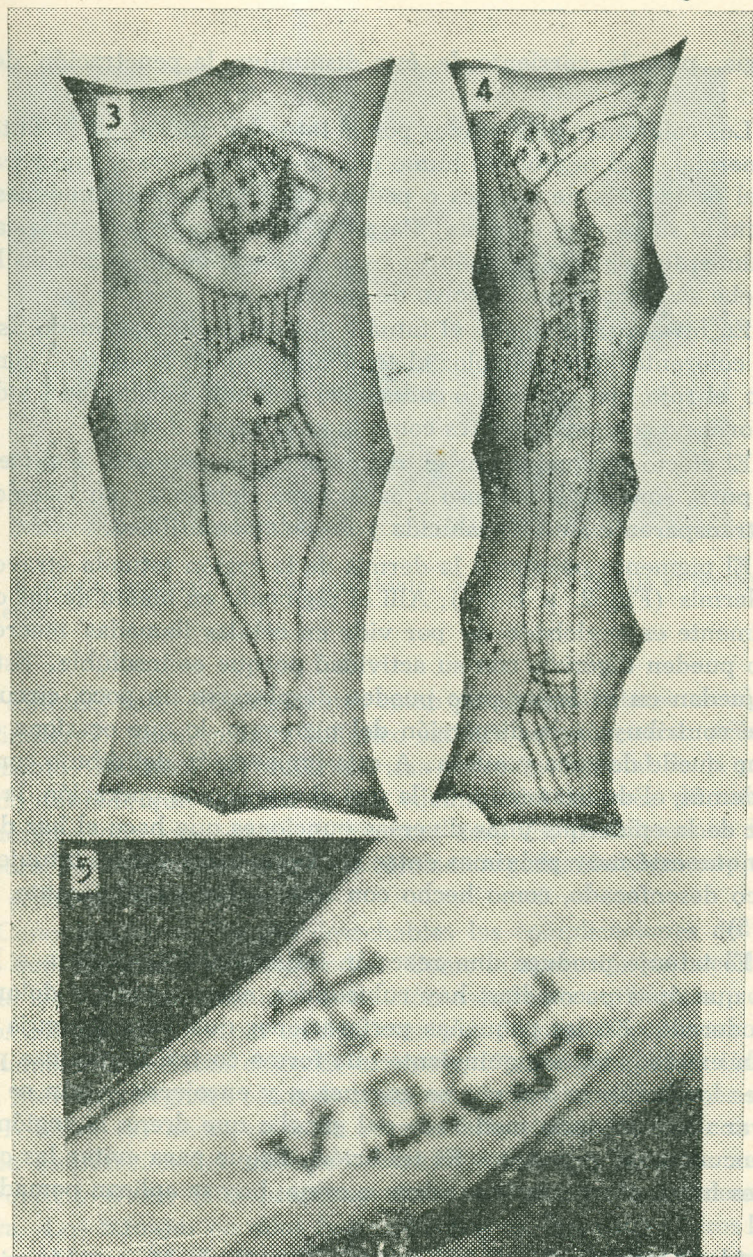


Fig. 1 - El nombre de "Alirio Pareja", invertido de izquierda a derecha, debido a que fue calcado por aplicación.

Fig. 2 - Esquema de tatuaje: a) Haz de agujas que impregnadas en colorantes atraviesan la epidermis. b) Pigmento depositado en la dermis. c) Pigmento en la dermis ligeramente esparcido y en parte englobado por macrófagos.

Una vez hecho el calco, con un haz de agujas comunes de coser, dos o tres, atadas con hilo y humedecidas con el colorante, el tatuador va puncionando sobre la línea del dibujo, a un milímetro de profundidad aproximadamente y un poco oblicuo, (Fig. 2). Para hacer ciertos sombreados, medios tonos o desvanecidos, cosa que no es frecuente, usan fragmentos de cuchillas de afeitar para escarificar la piel y aplicar luego sobre ella el color para que penetre en las hendiduras.

El tatuaje es una operación poco dolorosa y no requiere ninguna anestesia. Se procura no hacer la punción muy profunda para evitar he-



Figs. 3, 4 y 5 - Fotografías de fragmentos de piel humana. Los superiores son en un mismo individuo, en las regiones pectorales y representan bañistas. Los puntos negros del N° 4 corresponden a leucemides (casos del Dr Mario Robledo). La Fig. 5 está tatuada en antebrazo y tiene las iniciales V. D. C. F. (Virgen del Carmen, favorecedme). Además hay una cruz.

morragia, pues la corriente de ésta disminuye la penetración del pigmento.

Los colorantes más usados por el tatuador nuestro es la tinta China comercial, o el negro del humo que lo obtienen de quemar caucho, como el de tacones de zapatos o pedazos de llanta de automóviles; este producto lo suspenden en agua. Para dar fuerza expresiva, mágica, a su procedimiento, algunos tatuadores usan pólvora; como es sabido la pólvora debe su color negro al polvo de carbón.

En otras partes donde el tatuaje está muy perfeccionado usan diversos colorantes, por ejemplo: el tono blanquecino se obtiene con sales de zinc, el rojo, con cinabrio o cadmio; el azul con cobalto; casi todos estos colores no son permanentes como lo es el negro dicho.

El efecto producido por el material negro no viene a verse como negro puro, sino como verdoso o azul-negro, debido a que la epidermis no es transparente sino translúcida y de color amarilloso.

El pigmento penetra a la dermis de la región tatuada atravesando la epidermis (Fig. 2: a, b y c). Allí el pigmento en medio de las células prontamente es englobado de por vida en células llamadas macrófagas, que no pueden digerirlo con su actividad porque es insoluble. Estas células quedan en su lugar pero pueden desplazarse un poco, circunstancia que contribuye a la dispersión del pigmento, lo que ocasiona que la línea no quede delgada y nítida. A esta imprecisión del dibujo contribuyen, además, el deslizamiento de la piel al efectuar la operación, la translucidez de la epidermis y las diversas punciones que hace el haz de agujas aunque esté muy próximas entre sí. De manera que el tatuaje se ve un poco desenfocado, como hecho con tinta sobre papel secante, (Figs. 3, 4 y 5).

El tatuaje produce una reacción inflamatoria inmediata a la ejecución que dura pocos días; hay rubicundez, edema, calor y dolor o ardor moderado. En las pequeñas perforaciones que hace la aguja se recoge un exudado serosanguinolento que forma costra, la que cae pronto. A veces los linfáticos vecinos se engruesan y enrojecen y aún se puede observar una turgencia moderada del ganglio que drena la región, y en él se encuentra el pigmento. Es tradición, dizque para evitar las complicaciones inflamatorias aplicar saliva u crina; hoy se aplican pomadas con mentol.

Al estudio histológico de la piel (Fig. 6) de un tatuaje viejo no presenta alteraciones de la epidermis ni de sus anexos. El pigmento se encuentra libre o dentro de células aglomeradas o esparcidas en la superficie del dermis y alrededor de capilares. No hay reacción de tipo de

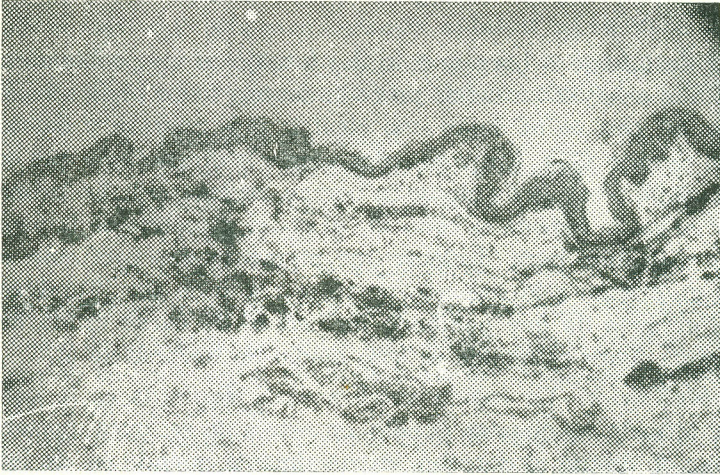
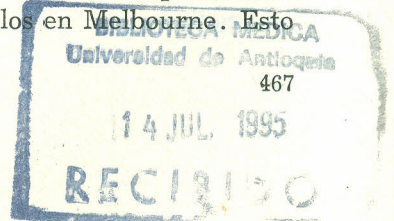


Fig. 6 - Corte histológico de piel de tatuaje. Se ve en el dermis el pigmento negro.

cuerpo extraño, con células gigantes como puede presentarse en algunos casos similares. En el ganglio linfático satélite se encuentran acúmulos de pigmento. Beltman (7) describió una reacción especial de la piel de la región tatuada que consiste en un edema local después de una fricción enérgica, que aparece pocos minutos después, posiblemente debida a la liberación de histamina por las células cargadas de pigmento en este foco irritativo mínimo.

Complicaciones - No son desechables las complicaciones de orden médico que del tatuaje se desprenden. Como la operación se hace la mayoría de las veces sin ninguna precaución aséptica o antiséptica, se facilitan los contagios. Se citan en medicina pasada numerosos casos de sífilis y también se relatan casos de erisipela, tétanos y hepatitis infecciosas. La literatura registra casos de gangrena de la piel en tatuajes extensos. Bercherón (9) anotó casos de severas infecciones locales, con necesidad de amputación del miembro y también algunos casos de septicemia. Porrit y Olsen (10) presentan dos casos con posterior desarrollo de lepra. Los tatuajes en ellos fueron hechos en dos compañeros de un mismo pueblo, en Melbourne, el mismo día (1943). Ambos presentaron a los dos y medio años lesiones, en la piel tatuada, de lepra máculo-anestésica. También citan el caso de otro hombre que tenía múltiples tatuajes y sólo presentó lesiones de lepra en uno de ellos en Melbourne. Esto



ha sido una experiencia clara para la evidencia de la inoculación de la lepra.

El destatuaje o borramiento del tatuaje es un problema sin solución. Se han ensayado muchos procedimientos, todos ineficaces o contraproducentes; casi todos dejan una cicatriz más onerosa y delatoria que el mismo tatuaje (11). Entre el vulgo existe la creencia de que con la leche de papaya o con la de mujer se borran los tatuajes. Lo primero puede tener su razón porque es conocido el poder digestivo de la papaya; pero no es suficiente para destruir una pigmentación profunda sin dejar cicatriz; en cuanto a lo segundo no tiene razón de ser. También hay la creencia errónea de que poniendo un pedazo de carne cruda hasta que se corrompa sobre el tatuaje es otro medio de librarse de él.

Localización - La región antebraquial izquierda es la más usada para ser tatuada en nuestro pueblo, en este sitio se logra que el tatuado pueda ver el dibujo al derecho, especialmente cuando es de letras. En esta situación he anotado 47 casos. Luego le sigue la región pectoral, con predilección en la zona precordial 20 casos. En cara externa de brazos 16. En cara anterior de muslo 6, en región escapular 2, y sobre la piel del pene 1. No he anotado el número de los vistos en la cara, simulando lunares en la piel del labio superior o en la mejilla, muy común en mujeres públicas.

Muchos de nuestros tatuados tienen dos o más figuras. No hemos visto el tatuaje amplio del tipo japonés, en que se cubre el tronco y brazos, semejando a una camiseta. Al respecto se relata de un griego que tenía 388 dibujos, hasta entre los dedos, y de un soldado francés que tenía tatuado sobre su piel un completo uniforme de general, con botones y condecoraciones (12).

El trazado del tatuaje popular nuestro va desde el simple dibujillo hecho por un inexperto, hasta la reproducción bastante adecuada de un tema. Teniendo en cuenta las dificultades anotadas para la nitidez de la línea, los ojos, por ejemplo, se reducen a un punto o a una pequeña línea, porque si se tratara de hacerlo con detalles quedaría una mancha oscura y borrosa.

Temas - El tatuaje popular entre nosotros tiene temas semejantes a los descritos en otros países; van desde las figuras pueriles e ingenuas, posiblemente sin ningún significado que se ven en personas simples del pueblo, hasta complicados simbolismos de sucesos dramáticos, reales o imaginarios que mentes perturbadas quieren tener plasmados por toda su vida. Este estudio sería un tema admirable de sicología y de medicina legal.

He clasificado los temas según el significado del dibujo. Es necesario hacer constar que esta manifestación exterior no siempre es un reflejo interior o no revela el estado síquico o la intención que tuvo el tatuado. He formado cinco grupos con el material estudiado, a saber:

- a - Tatuaje ornamental
- b - Tatuaje amoroso (novia o amante)
- c - Tatuaje religioso y de amor filial
- d - Tatuaje erótico
- e - Tatuaje de "la violencia".

Esta clasificación no delimita los grupos con una línea fija; hay numerosos casos de tatuados que participan de dos o más grupos; por tanto la clasificación se hace según el predominio de la figura, independiente, a veces, del ánimo del tatuado.

a) *Tatuado ornamental* - En este tipo de tatuaje no se le concede significado especial al objeto dibujado fuera del de adorno o de decoración, por ejemplo, una flor, un lunar, un animal. Entre este grupo encontramos dos de flores inclasificables, bien trazados geoméricamente; uno de ellos (Fig. 7) con doble corona de pétalos, en uno de los cuales hay una pequeña cruz que no rompe la armonía. El otro que representa una flor de dibujo simple y coronada por una media luna (Fig. 8). En ambos ejemplos hay un complemento que va más allá del significado de flor y que puede ser el motivo del tatuaje: la cruz expresión de misticismo y la media luna de romanticismo.

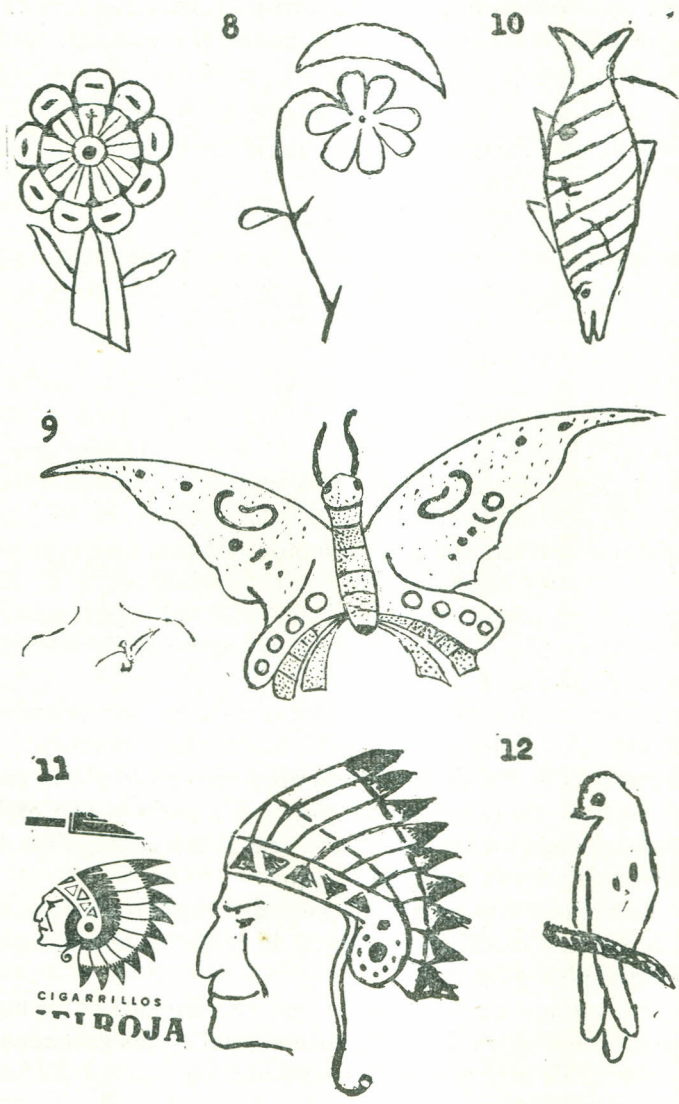
Este grupo incluye también animales aislados que imagino no tengan significado. Por ejemplo, una mariposa de tipo nocturno, según el cuerpo y las alas (Fig. 9), de un dibujo muy elaborado y que parece calcado de un dechado de bordados de punta al pasado y con ojales. Esta mariposa está colocada en el dorso, en la región interescapular, donde sólo la podría ver su poseedor con un espejo.

Hay también en este grupo la cabeza de un indio pielroja, muy bien delineado, siendo una modificación ligera de la que se usa como marca de un tipo de cigarrillos (Fig. 11).

Hay otro tatuaje que representa una lora trepara en su atravesañ (Fig. 12) como suele representarse a este animal en los grabados para los niños. El poseedor de este tatuaje no supo dar explicación del por qué se hizo tatuar este animal.

En este grupo también incluyo un pez, hecho accidentalmente para tapar el perfil de un rostro de mujer que no gustó al cliente (Fig. 10).

No siendo nuestro pueblo marinero, considero cuatro tatuajes de este tipo de profesión como meramente ornamentales y no profesionales,



Tatuaje ornamental - Figs. 7 y 8, flores estilizadas. Figs. 9, 10 y 12, Animales. Fig. 12, Piel roja con el modelo a la izquierda de una cajetilla de cigarrillos de este nombre.

como suelen usarse en países litorales; se trata de dos áncoras y dos sirenas que fueron hechas por influencia o modelo de tatuajes de gentes que habían ido a la costa. De las dos áncoras, símbolo de esperanza, bien dibujadas, una de ellas está sola (Fig. 13) y la otra, acompañada artísticamente de un pez, como aparece en algunos misales (Fig. 14). En los tatuajes de sirenas, también extraños a los motivos de nuestro pueblo, una

13



14



15



16



Tatuaje ornamental (marino). Figs. 13 y 14, áncoras. Figs. 15 y 16 Sirenas, la primera toca el tiple con la mano izquierda.

de ellas (Fig. 16) no presenta compromiso, pero la otra, en vez de lira helénica está tocando tiple, con una clave indecifrable, para corroborar su integración al paisismo (Fig. 15). Este modelo está hecho al calco, con la figura invertida, como se ve por la posición del tiple y que lo toca con la mano izquierda cabe recordar la compla popular:

La sirena de la mar
que canta en el mar salado
del medio arriba es mujer
del medio abajo es pescado.

En este grupo podría encuadrar dos tatuajes hallados en una misma persona, grabados en cara anterior de tórax y que corresponde a dos bañistas. En ellas pueden verse lesiones cutáneas, leucemides, que padecía el caso. Fueron tomados y preparados por el Dr. Mario Robledo V. (Figs. 3 y 4).

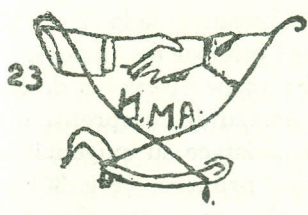
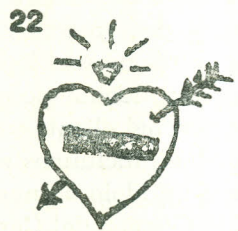
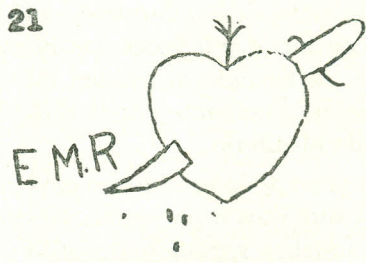
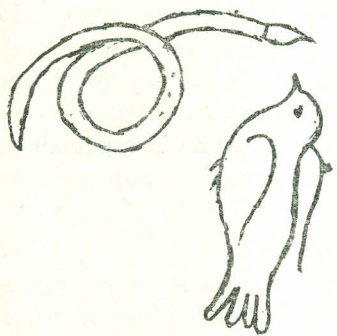
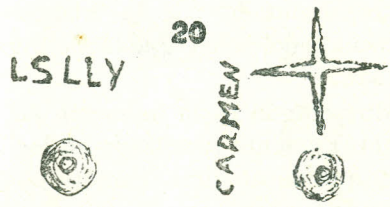
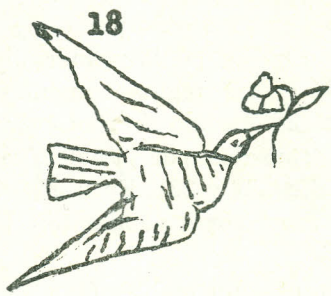
El límite del tatuaje ornamental y el del grupo siguiente, protagonizado por el amor mundano, está representado por el lunar que se hace tatuar la mujer de vida alegre sobre el labio superior o en una mejilla, punto que en un principio es negro pero que va tornándose azuloso. El lunar de la cara en las mujeres ha sido considerado como un adorno que contribuye a realzar sus encantos. Damas de muchas cortes reales figuran en cuadros célebres con lunares en su rostro con ocasión de solemnes reuniones. Las muchachas de la clase dicha se hacen este punto de atracción, tal vez pensando en la difundida copla popular mexicana:

“Ese lunar que tienes, cielito lindo, junto a la boca
No se o deis a nadie, cielito lindo, que a mi me toca”.

b) - *Tatuaje amoroso* - Este tipo de tatuaje es un tema de los más comunes y su figuración es emblemática o real. Surge desde la pasión candorosa, ciega e inolvidable de los primeros amores, y, variando en escala, se manifiesta con los símbolos populares y universales de este tipo de afecto, yendo hasta tratar de configurar la idea en el rostro de una mujer, parecida o no a la del afecto, pero en todo caso es suficientemente representativa de lo que el amante, ignorante en arte, ha tenido en su mente. Algunas veces no es la figura femenina, basta su nombre o sus iniciales para que el efecto sea valedero.

Considero en esta variedad los siguientes ejemplos vistos, anotando que generalmente el nombre o las iniciales están acompañadas de adornos o símbolos de amor, como palomas, corazones y flores. Las figuras 17, 18 y 19 son con palomas, una junto a un ramo de flores, otra llevando en su pico una flor y la otra posando en una rama. La primera conlleva las iniciales de la amada (I. H.), la tercera lleva las iniciales de la pareja (D A y V G), en este caso hay una curiosa combinación con una serpiente y un pájaro, difíciles de interpretar, y que podría formar parte del grupo de tatuajes decorativos o del erótico.

También he visto un caso en que el nombre de la amada se extiende a lo largo del borde radial del antebrazo izquierdo, desde el pliegue del codo hasta el del puño, y dice en letra grande: CARMEN T. CARDENAS.



Tatuaje amoroso. Figs. 17, 18 y 19 son de tatuajes con aves y plantas. Las Figs. 21 y 22 son de corazones transidos, en este último fue borrado el nombre "Flor" con puntos de tatuaje. La Fig. 20 son nombres de dos novias, sucesivas, que un mismo individuo se hizo grabar en las regiones precordiales. La Fig. 23 es de manos que se estrechan en eterna amistad.

En este grupo son comunes los símbolos de pasión amorosa con sufrimiento, desengaño, frustración. El nombre de la amada suele ponerse y a veces es sustituido por el de otra, en los amores pasajeros como en el caso de la Fig. 20, la primera llamada Lily y la segunda Carmen, ambos están en las regiones mamarias del mismo sujeto, uno de los nombres está adicionado de una cruz. También son muy frecuentes los corazones transidos por puñales, sangrantes, como máxima expresión de dolor. (Figs. 21 y 22). En la Fig. 22 fue borrado posteriormente el nombre de "Flor" correspondiente a la amada, que no fue tan perenne como el tatuaje.

En el amor emblemático incluyo el dibujo elocuente de la amistad eterna, representada por dos manos que se estrechan (Fig. 23), hecho con la técnica del calco, quedando invertida una N de las iniciales que lo acompañan.

Muy común es la intención de representar la vera efigie de la amada, naturalmente idealizada en los modelos limitados que ofrece el tatuador y que de ninguna manera puede ser retrato, ni siquiera con "liger aire de familia", por las dificultades ya dichas en el dibujo. Los modelos son generalmente de ilustraciones en líneas tomadas de periódicos, de almanaques, de cuadernos de moda, o son creaciones del tatuador. Es la cara con busto y a veces con brazos; rara vez es de cuerpo entero; se nota que los tatuadores evaden dibujar los miembros, especialmente los inferiores, posiblemente por la dificultad de hacerlo o por que les quedaría grande el dibujo.

El tatuaje de este grupo está generalmente hecho en el brazo o antebrazo izquierdos o en región precordial; en él hemos tenido ocasión de estudiar muchos variando en estilo y en ejecución; unos con trazos y dimensiones en proporciones anatómicas, como los de las figuras 24, 25, 26, 27 y 28. Es de advertir que la figura 24 tiene dos rostros, el superior es de la madre y el inferior de la novia. Hay otros de esta índole pero con la más infantil y torpe ejecución de las figuras, denotándose en estos casos la poca capacidad de comprensión artística del cliente y su débil fantasía, pero que satisface su exigencia espiritual, incluimos en esta variedad tres casos: el primero, (Fig. 30) parece un ídolo de nuestros indígenas, está ratificado con las iniciales B D C F (Virgen del Carmen, favorecedme). El segundo (Fig. 31) es un rostro inexpresivo, asimétrico y con busto de hombros caídos; y el tercero es un busto cotudo que da la impresión de asentar sobre una especie de brassier (Fig. 32).

También entre este grupo y el siguiente, que es el religioso, hay casos de paso, es decir, en que sus emblemas participan o se asocian de am-



Tatuaje amoroso. Figs. 24 a 29 - Tatuajes con figuras de mujeres, madres o novias, hechos con alguna habilidad en brazos y región precordial.

bos significados. Entre ellos está el de la Fig. 33, tatuado en la región precordial y que tiene en la parte superior una faz de Cristo coronado de espinas, luego las iniciales de la madre (B.G.) y debajo de éste la leyenda "amor de madre"; y para que no quede duda repite el nombre de Bernardina, que es el de la madre, realzado en un grueso marco. Este tipo de tatuaje de amor filial en relación con motivos religiosos es muy frecuente, y tenemos estos otros ejemplos: un tatuado en el precordio que representa un Crucifijo (Fig. 34) que tiene una traída de Dios, Madre, Amor, y este último nombre sostenido por una avecita. Hay también dos ejemplos con corazones y los nombres de Dios y Madre. En uno de estos tatuajes el mamelón izquierdo quedó dentro del corazón. (Figs. 35 y 36).

da dentro del corazón.
 nomio Dios-Madre en relación con corazones: ej de la Fig. 32 la misma que-
 to Cruzificado y los nombres de Dios' amor y madre. Figs. 32 y 33 con el di-
 que de nombre *Bernardina G.* Fig. 34 - Tatuaje en piel del precordio con *Cris-*
Tianales amoroso y religioso - Fig. 33 - Divino Rostro y afecto filial a la ma-

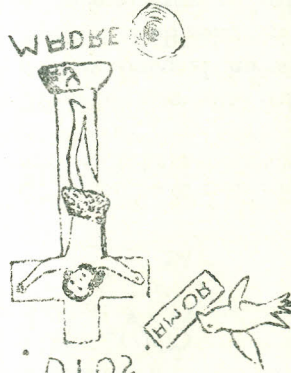


.....
 M D B E
 D E
 A M O R

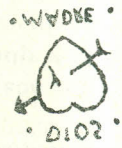
B E



33



34

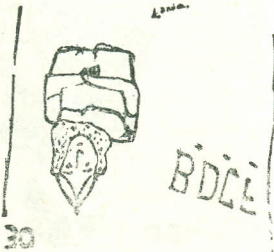


35

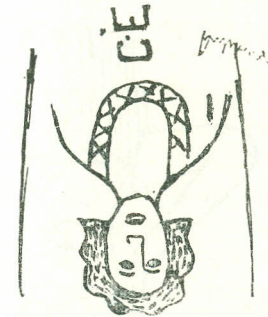


32

mujeres y sin ningún arte ejecutados.
 Tatuajes amoroso. Figs. 30 a 35 - Tatuajes de figuras inexpresivos de gusto de



30

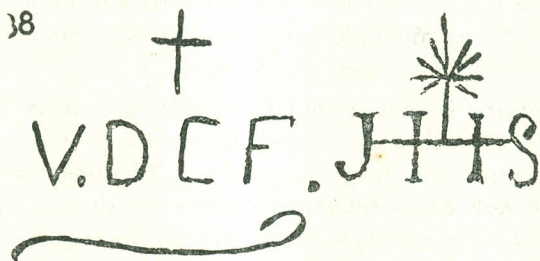


31



35

c) *Tatuaje religioso* - Los sentimientos religiosos, las relaciones del hombre con Dios, con sus santos o con los símbolos que a ellos representan, son uno de los más frecuentes motivos populares del tatuaje entre nosotros. Son manifestaciones primitivas en gentes simples, ignorantes, crédulas o sicópatas que piensan que este tipo de manifestación religiosa, grabado físicamente, impetra con más eficacia el auxilio y protección sobrenaturales, que si llevaran la misma representación en otros objetos



40



41



Tatuaje religioso. Fig. 38 - Iniciales de la invocación a la Virgen del Carmen Favorecedme y las iniciales de Jesús Hombre Salvador.

Fig. 39 presenta en la parte superior mamaria a la Virgen del Carmen y en la parte inferior los signos de la Pasión. La Fig. 40 Representa a la Virgen del Perpetuo Socorro. La Fig. 41 es una cruz de mayo, adornada con flores.

piadosos, fáciles de perderse en el momento menos pensado y de mayor necesidad. La cruz, símbolo del cristianismo, es motivo muy usado en tatuajes; en mis casos está representada doce veces, ya de una manera sencilla (Figs. 20 y 37), o adornada con flores (Fig. 41), pensamientos y claveles, o asociada a nombres de personas o de figuras de ellas. (Figs. 20, 35 y 49).

En los casos de multitatuados se encuentran dos cruces Fig. 55 en el antebrazo y en el muslo en Fig. 54). La cruz equilátera de la Fig. 20, en agujas de brújula ha quedado en relieve por la cicatriz queloidea, que el tatuado ha provocado tratando de borrarla.

La cruz adornada con símbolos de la Pasión de N. S., tales como la Sábana Santa, la escalera del descendimiento y la "Calavera de Adán" y que es la representación de un paso común de nuestras Semanas Santas o de la Cruz, que como recuerdo de "tandas de ejercicios espirituales" dejan cerca de la entrada de los templos parroquiales, la encontré también en un tatuado de la región precordial asociada a otro motivo religioso, la Virgen. (Fig. 39).

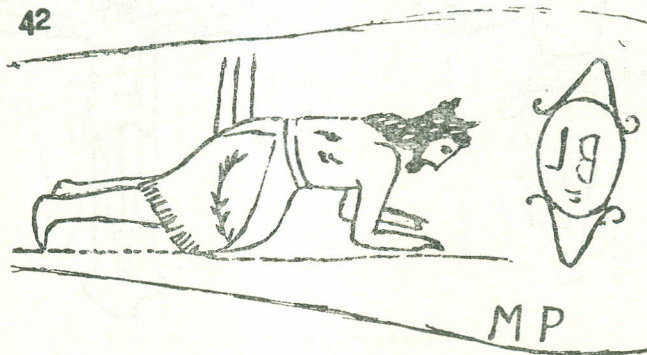
El pueblo antioqueño siente una entrañable devoción a N. S. del Carmen. No hay iglesia donde no exista su imagen de bulto; no hay parroquia donde su fiesta sea la más suntuosa y de más atracción popular, no hay persona que no lleve su escapulario o la medalla supletoria, ni hogar donde no se le venere colocada a la cabecera de la cama y hasta le dan el calificativo familiar de "La Carmela", como tantas veces lo anota Carrasquilla en su obra. Esta expandida devoción explica que entre los tatuajes religiosos más comunes en Antioquia esté el de una plegaria dirigida a su advocación, expresada en las iniciales V.D.C.F., que traduce: Virgen del Carmen Favorecedme (Figs. 3 y 38). A veces está precedida de una O (Oh!) para darle más énfasis a la súplica, y no importa la ortografía (Virgen con B) como en el caso de la Fig. 30. De este tipo de tatuajes con las iniciales de la Virgen he anotado numerosos casos.

Como complemento al tatuaje religioso mariano presento dos casos en que aparece la figura de la Santísima Virgen bajo la advocación del Carmen y la no menos popular también de N. S. del Perpetuo Socorro. En el primero (Fig. 39) ambas figuras están coronadas y llevan en sus manos el escapulario, no dejando lugar a duda de que se trata de la Carmela. El tatuaje de la Virgen del Perpetuo Socorro tiene las líneas principales de este ícono bizantino (Fig. 40) y las manos de ambas figuras se estrechan, característico de la advocación. En la novela Risaralda de Bernardo Arias Trujillo, (14) se lee: "Pedro Antonio Escobar, su se-

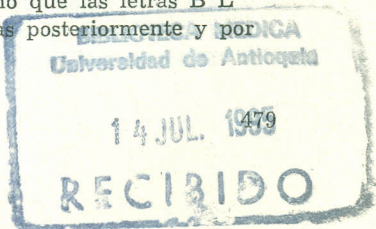
gundo y favorito, quitó de la garganta del patrón el escapulario donado a la viejecita ausente y se lo guardó junto con las monedas. Al desprenderle la prenda sacra, apareció el ancho pecho peludo condecorado de tatuajes. Tenía una Virgen del Carmen, patrona de los cuatreros, bien diseñada sobre la mamila izquierda, coincidiendo la cabecita del Niño Dios con el lunar carnoso de la tetilla. La estatua era un prodigio de filigrana y de miniatura. En el duro biceps derecho estaba dibujado un corazón terriblemente herido por un puñal siciliano cuya punta chorreaba sangre de celos y de venganza. Al pie del corazón, en letras claras, se leía esta frase veraz: "de la cárcel se sale un día; del cementerio, nunca".

Entre tatuajes de iniciales relativas a religión hemos visto también las letras J.M. y J.F., que se descifran en la jaculatoria: Jesús, María y José, favorecedme.

En relación con N. S. Jesucristo tenemos una representación de su monograma J.H.S., tan difundido en ornamentos eclesiásticos (Fig. 38) y varias de su su figura humana en pasajes de la Pasión, como el Señor Caído después de la flagelación o crucificado o resucitado. Son las dos primeras advocaciones muy difundidas en nuestro pueblo, como lo dice la afluencia de gentes a los santuarios de Girardota, de San Pedro y de Zaragoza. Del Señor Caído de Girardota presento un tatuaje (Fig. 42) ejecutado al calco por la inversión de las letras L B y la de la imagen. Fue hecho en Barrancabermeja en el antebrazo de un antiguo trabajador de la línea del F. C. de Antioquia; las letras B L corresponden al nombre de la madre y las M. P. al de la esposa. Es un tipo de tatuaje



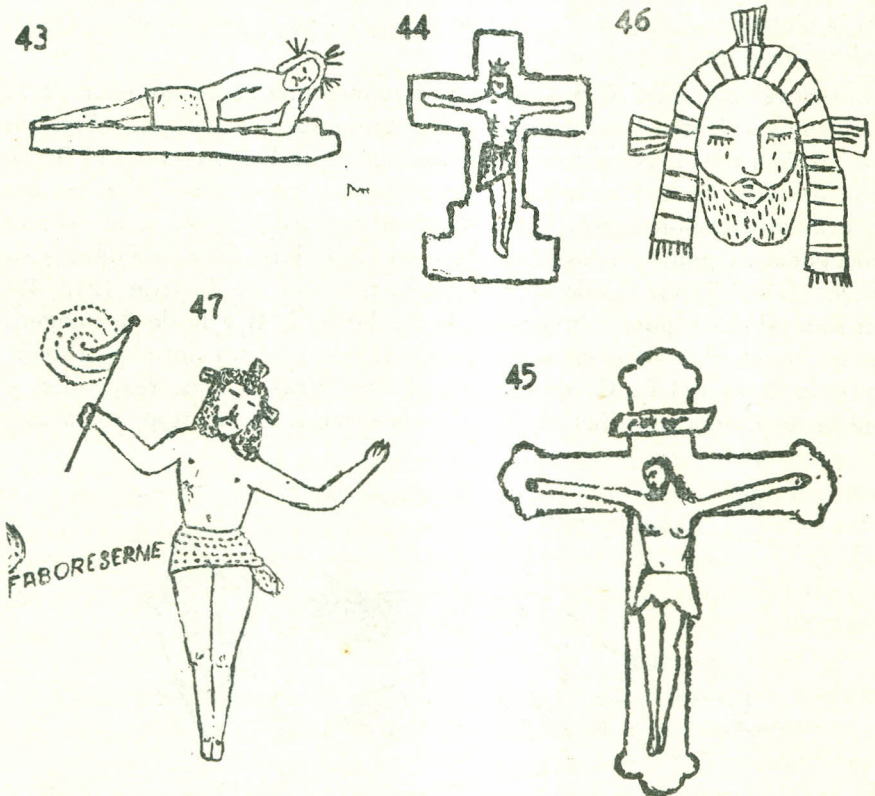
Tatuaje religioso. Fig. 42 - Representa al Señor Caído de Girardota, hecho al calco quedando la figura hacia la derecha, lo mismo que las letras B L que están en el círculo. Las letras M P fueron hechas posteriormente y por otro autor.



religioso afectivo muy bien delineado excepto en las manos de la imagen, por la dificultad de hacer detalles en la técnica del tatuado.

Del mismo orden presento otro tatuaje del Señor Caído de Monserrate (Bogotá), (Fig. 43), hecho también por el procedimiento del calco, porque está apoyado sobre el brazo izquierdo, siéndolo el original sobre el derecho; los trazos de esta figura son muy simples porque son copias de copias.

La representación de Cristo Crucificado se ha intensificado en los últimos tiempos como tema entre nosotros de tatuaje. El año pasado (1963) he visto muchos en la Cárcel de Medellín con variaciones ligeras

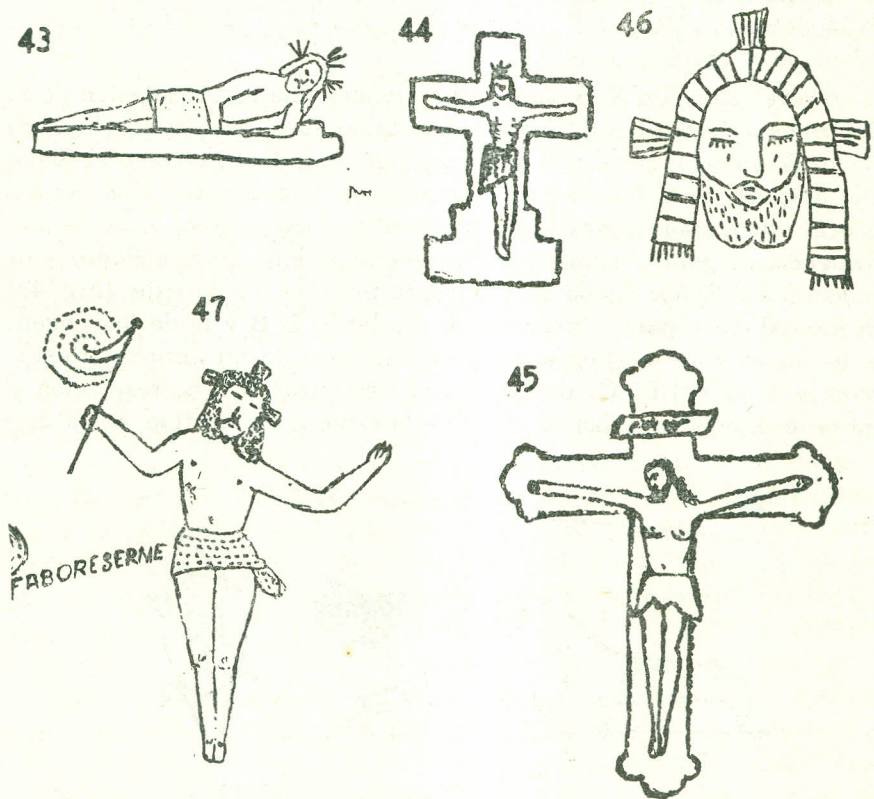


Tatuaje religioso. Fig. 43 - Imagen del Cristo de Monserrate (Bogotá) calcoado y reposando sobre el antebrazo izquierdo, al contrario de la imagen. Figs. 44 y 45 - Cristos Crucificados. Fig. 46 - Divino Rostro tatuado en líneas. Fig. 47 - Representa al Señor Resucitado, con cuerpo femenino y con la invocación: "Faboreserme".

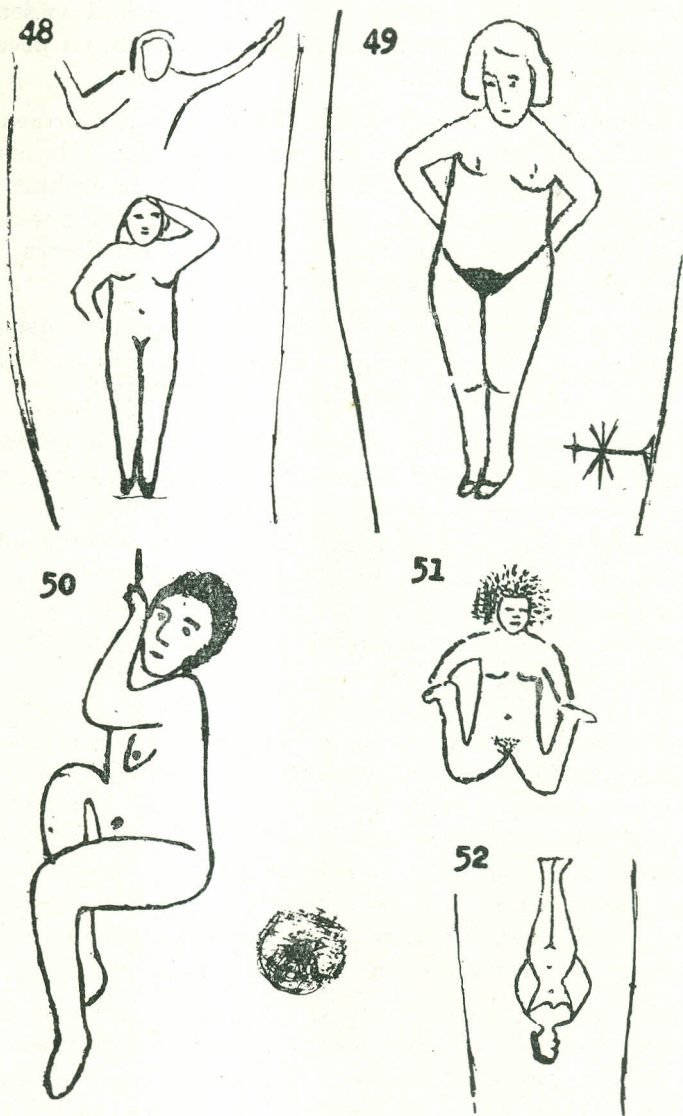
religioso afectivo muy bien delineado excepto en las manos de la imagen, por la dificultad de hacer detalles en la técnica del tatuado.

Del mismo orden presento otro tatuaje del Señor Caído de Monserrate (Bogotá), (Fig. 43), hecho también por el procedimiento del calco, porque está apoyado sobre el brazo izquierdo, siéndolo el original sobre el derecho; los trazos de esta figura son muy simples porque son copias de copias.

La representación de Cristo Crucificado se ha intensificado en los últimos tiempos como tema entre nosotros de tatuaje. El año pasado (1963) he visto muchos en la Cárcel de Medellín con variaciones ligeras



Tatuaje religioso. Fig. 43 - Imagen del Cristo de Monserrate (Bogotá) calco y reposando sobre el antebrazo izquierdo, al contrario de la imagen. Figs. 44 y 45 - Cristos Crucificados. Fig. 46 - Divino Rostro tatuado en líneas. Fig. 47 - Representa al Señor Resucitado, con cuerpo femenino y con la invocación: "Faboreserme".



Tatuaje erótico. Fig. 48 - Tatuaje interrumpido y suplido por el cuerpo de mujer desnuda y con zapatos. Fig. 49 - Tatuaje similar; además hay una cruz con radiaciones. Fig. 50 - Tatuaje que representa una mujer en posición bizarra. Fig. 51 - Mujer doblando sus piernas antianatómicamente, en posición exhibicionista. Fig. 52 - Mujer con la cabeza hacia abajo para que el tatuado en el muslo pueda verla en posición normal.

del tema. Están solos o adicionados de letreros que indican sentimientos religiosos, amorosos, y hasta inmorales. La cruz varía un poco como se muestra en las figuras 44 y 45.

La Santa Faz o Divino Rostro es también usada y presento dos casos, uno de ellos en combinación con letreros alusivos a la madre (Fig. 33) y otro (Fig. 46) tatuado en el antebrazo con una hechura o "escuela" especial porque la ejecución está caracterizada por líneas paralelas y cortas; la cabellera de Cristo trata de ser rizada (su figura está acompañada de una paloma que ya hemos visto. (Fig. 19).

La figura del Señor Resucitado la he encontrado tatuada en la región esternal en un hombre (Fig. 47): tiene las potencias, la bandera y una invocación que a la letra dice: "FABORESERME".

d) *Tatuaje erótico* - Este tipo de tatuaje trata de exteriorizar las tendencias o móviles sexuales, materializándolas y a veces con obsesión. Está figurado con temas pasionales primitivos, especialmente con la mujer desnuda, dibujada de una manera simple y pocas veces sin sugerencias, pero eficaz en la imaginación primitiva del tatuado. Las cárceles, donde la reclusión exagera sentimientos de toda índole y especialmente los relacionados con el sexo, son un sitio donde hay una incidencia alta de este tipo de tatuaje, y el preso quiere en su soledad fijar su aberración en una figura visible e indeleble que satisfaga en parte su ideación. Esto es considerado como una manifestación patológica que el penado agrega a su complejo. No he visto esta clase de tatuajes en mujeres, las que solo tatúan por lo general iniciales del amado. El motivo generalmente es mal diseñado: en el caso de la Fig. 48, se inició con una mujer que tiene los brazos abiertos, pero por algún motivo, posiblemente la desproporción, no satisfizo al cliente, y fue sustituida por otra, pero "lo escrito, escrito está", y con esto se obtuvo una mejor delineación de una mujer robusta, sin acentuación de ningún rasgo.

La figura 49 es un caso similar en cuanto a la representación temenina, con acentuado monte de Venus, en el mismo antebrazo hay una cruz con rayos o especie de custodia. La Fig. 50 representa una mujer acostada ventralmente, con las piernas flejadas, pero el calco se colocó verticalmente en la región pectoral, de manera que no quedó acostada, ni sentada, ni de pies, sino más bien parece en actitud de trepar; el dibujo, además, es de muy mala delineación. Presento uno francamente obsceno e insinuante a pesar de ser torpe el dibujo, que representa una mujer que abre sus piernas doblándolas en las rodillas contra el movimiento normal de ellas, ayudándose con las manos a la exhibición. (Fig. 51).

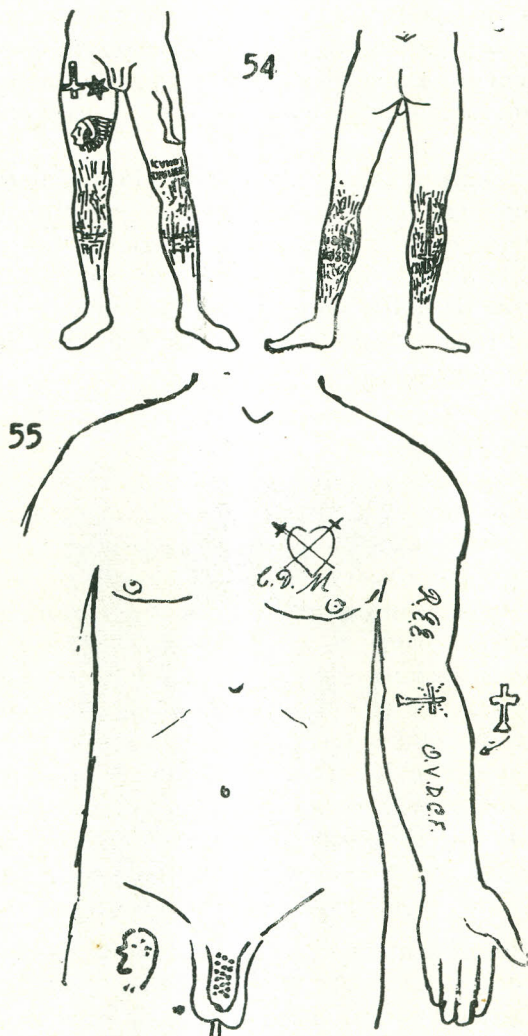
La Fig. 53 representa una mujer desnuda, dinámica, brindando una copa. Está tatuada en muslo derecho, en el izquierdo hay otro desnudo de mujer semejante.

La Fig. 52 presenta una curiosa posición de una mujer desnuda, que el espectador la ve invertida, pero su poseedor la ve en posición anatómica. Se trata de un autotatuaje hecho en la cara anterior del muslo izquierdo.

En 1931 los Dres. Ortiz y Piedrahíta (15) señalaron en un reconocimiento médico legal de un invertido sexual constitucional y masoquista, heridas y tatuajes en sus miembros inferiores (Fig. 54) consistentes en un Cristo Crucificado, con la cabeza hacia abajo, para poderlo ver derecho, una pierna de mujer de un tatuaje inconcluso, una puñalada, una estrella, un piel roja, el nombre de Carmen Cano y fechas; las cicatrices son rectilíneas y numerosas.



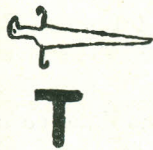
Tatuaje erótico. Fig. 53 - Representa una mujer dinámica brindando una copa. Este tatuaje está en el muslo derecho. En el izquierdo hay otro semejante.



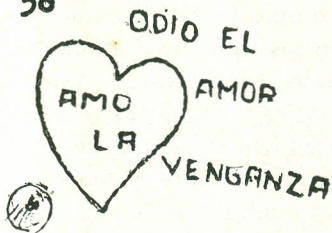
Tatuaje mixto. Fig. 54 - Miembros inferiores de un criminal con varios tatuajes, tanto en cara anterior como posterior de miembros inferiores. Tiene además numerosas cicatrices de incisiones. (Velásquez y Piedrahíta) (15).
 Fig. 55 - Múltiples tatuajes, ocho en total, expresión de un complejo de pasiones.



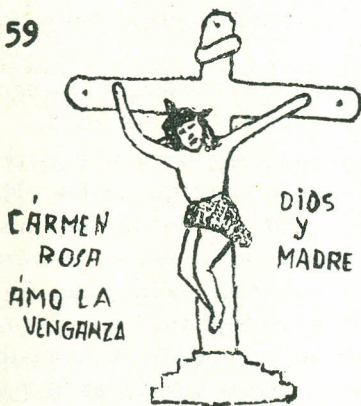
57 E.P.L.



58



59



60



61



Tatuaje de violencia. Fig. 56 - Calavera con huesos largos en X y puñal. Fig. 57 - Autotatuaje en cara anterior del muslo con letras y un puñal. Fig. 58 - Tatuajes en regiones mamarias de una misma persona, dentro de corazones está el amor natural y el amor amoral. Fig. 59 - Cristo Crucificado y con ideas de amor y de venganza. Fig. 60 - Un ave, la "sin rival" y el lema de amor a la venganza. Fig. 61 - Dibujo rudimentario con puñaleta, un corazón, el nombre de la amada y el lema de la "bengansa".

Para terminar este grupo presento otro caso de tatuajes múltiples, ocho en total (Fig. 55), una de cuyas figuras ya ha sido descrita anteriormente. Es una colección de los grupos considerados en este estudio; amoroso, religioso, erótico. Hay iniciales de personas queridas en región precordial, la invocación a la Virgen del Carmen está en el antebrazo; en el codo y en el pliegue hay sendas cruces; en la región precordial está un corazón atravesado por dos puñales y para completar el cuadro tiene una serie de puntos en la piel del pene. Además en la pierna derecha hay una cabeza al parecer de hombre. El tatuaje del pene es considerado por Balthazar (13) como frecuente en invertidos sexuales.

e) *Tatuado de la violencia* - He podido observar en este trabajo, iniciado hace más de 35 años, interrumpido luego, y concluido ahora, una evolución en los tipos predominantes de temas de tatuajes. Para clasificar los actuales fue necesario abrir un grupo nuevo dentro de las clasificaciones clásicas establecidas: el de la "violencia". Esta situación del comportamiento social actual de un grupo grande ha dado características de esta época de zozobra y también se ha reflejado en los motivos del tatuaje y sin excluir los temas tradicionales de tatuajes amorosos, can-dorosos, religiosos de hace treinta años se va agregando el componente de odio, hasta predominar como un grupo. Estas observaciones han sido hechas en personal encarcelado; los ejemplos presentados son suficientemente demostrativos y rudos.

Una calavera de perfil sobre los dos clásicos largos cruzados en X y una puñalita debajo (Fig. 56), son la muerte y el asesinato.

Otro está en la región anterior del muslo izquierdo y reproduce un puñal con empuñadura de cabeza de águila entre iniciales. (Fig. 57).

Presento cuatro del mismo significado, tres de ellos del mismo autor, "escuela Ladera", como puede colegirse por la letra y el trazado; en ellos se asocia la idea de venganza a las de Dios, madre y amor. La Fig. 58 son corazones hechos en una misma persona tatuados en las regiones mamarias; un corazón está dedicado a los amores divino y materno; el otro corazón es para repudiar el amor humano y exaltar la pasión de venganza. Hay otro tatuaje de Crucifijo (Fig. 59) semejante en cuanto al amor a Dios, a la madre y a la amada y exaltando la venganza; estas ideas están acompañadas de la imagen de un Cristo Crucificado.

Del mismo autor es el de la Fig. 60 y que representa un ave, que no será la paloma de la paz, con el calificativo de "sin rival", y debajo la expresión de moda entre ellos: "amo la venganza". Este caso presenta otra manifestación de perturbación síquica; el mantenerse atravesado el pezón izquierdo con un cedal de cordón de plástico.

Finalmente presento otro (Fig. 61) de la misma significación pero con distinta factura y está formado por un puñal, un corazón, el nombre de la amada y la expresión consabida: "amo la bengansa", todo esto colocado en región precordial izquierda y de muy mal dibujo.

Por lo anotado se puede justificar la necesidad de contemplar esta nueva modalidad o variedad del tatuaje entre nosotros.

No todos los tatuajes coleccionados figuran en este trabajo, solo presento los más representativos y curiosos.

CONCLUSIONES:

Hay que considerar en el tatuaje un hecho histórico, atávico y social, venido desde tiempo inmemorial y que aún existe en tribus salvajes.

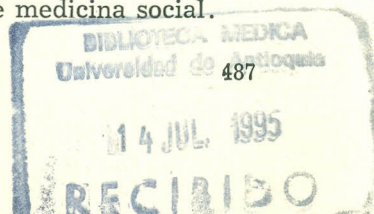
El tatuaje existe en el mundo actual y nuestro medio no es excepción, encontrándose especialmente esparcido en individuos ignorantes, jóvenes y de baja extracción social. El tatuaje entre nosotros no tiene una característica especial ni en su ejecución, ni en sus motivos, si exceptuamos la modalidad que hemos calificado como "tatuaje de la violencia", modalidad acorde con una época en que vive el país.

El tatuaje tiene entre nosotros mala reputación y es considerado como un estigmatizado, un ignorante o un perturbado mental a quien lo lleva.

Entre nosotros predomina el tatuaje de orden religioso y éste se entremezcla con los tatuajes de otro tipo, inclusive los más contrarios a las enseñanzas de la religión. Por este motivo no hay una línea definida en la clasificación que he presentado de ellos.

La mayoría de los tatuados se arrepienten de haberse sometido a tal operación y han procurado borrarlo sin conseguirlo, pues no hay medio adecuado y eficaz para hacer desaparecer un tatuaje, que solo puede ser quitado con la resección de la piel, quedando la cicatriz correspondiente.

Quiero con este estudio abrir este capítulo de medicina social.



R E F E R E N C I A S

- 1 - Ferrer Cajigal, A., Callis, L. M.: Aportación al estudio del tatuaje. Actas Ciba. N- 7: 199-204. Jul. 1930.
- 2 - Bernartzik, H. A.: Razas y Pueblos del Mundo. Tomo, I, Fig. 66 - Ediciones Ave. Diputación 296. Barcelona. 1958.
- 3 - Id. Id. Página 275.
- 4 - Id. Id. Tomo III. Página 15.
- 5 - Fulop Miller, R.: La lucha contra la enfermedad y la muerte. 7. Cultural, S. A. Habana. Cuba. 1941.
- 6 - Gutiérrez de Pineda, V.: Organización social de la Guajira. Revista del Inst. Etnológico Nal. Bogotá. Vol. III. Entrega 2ª: 231. 1948.
- 7 - Beltman. Citado por Quiroga.
- 8 - Quiroga, M. I., Guillot, C. F.: Dermatología cosmética: 152-159. El Ateneo. Buenos Aires.
- 9 - Bercherón, citado por Shie.
- 10 - Porrit, R. J. y Olsen, R. E.: Two simultaneous cases of leprosy developin in ta-toos; The Ame. J. of Path.: Vol. XXIII N- 4: 805. 1947.
- 11 - Shie, M. D.: Estudio del tatuaje y medio de eliminarlo. J.A.M.A. Vol. 19 N- 20. 1901, 1928.
- 12 - Dembo, A. e Imbelloni, J.: Deformaciones intencionales del cuerpo humano de carácter étnico. José Aver. San Juan 730. Buenos Aires. Sin fecha.
- 12 - Balthazar: Medicina Legal. Citado por G. Uribe Cualla: Medicina Legal y Psiquiatría Forence. Bogotá.
- 14 - Arias Trujillo, B.: Risaralda. Segunda edición. Librería Siglo XX. Bogotá. Pág. 212.
- 15 - Ortiz Velásquez, J. y Piedrahíta Restrepo, A.: Piezas de un sumario. Anales Acad. Medicina Medellín. 2ª época, Año 1- Nos. 7-9, 428. 1931.

MICROBIOLOGIA DE AUTOPSIAS

Informe basado en el estudio Bacteriológico Postmortem de 1.277 pacientes muertos en el Hospital Universitario de la Ciudad de Cali.

- (1) *Prof. Dr. Miguel Gracián C.*
(2) *Dr. Raúl Alvarez G.*

Trabajo presentado al VII Congreso Colombiano de Patología. Cali, Colombia. Noviembre de 1.964.

MICROBIOLOGIA DE AUTOPSIAS

Introducción:

Por iniciativa de los Doctores Miguel Gracián C. y Pelayo Correa V., Jefes, respectivamente de la Sección de Microbiología y del Departamento de Patología de la Facultad de Medicina, se emprendió, y en forma exploratoria, en 1.956, el estudio Microbiológico de productos de Autopsia de pacientes muertos en el Hospital Universitario.

Entre las principales razones motivadoras de este estudio podemos mencionar las siguientes:

* Profesor-Jefe de Sección de Microbiología. Facultad de Medicina, Universidad del Valle, Cali.

** Profesor-Auxiliar de Microbiología, Facultad de Medicina, Universidad del Valle, Cali.

a. Aproximadamente, según datos de la oficina de estadística del Hospital Universitario, el 15% de las hospitalizaciones se deben a enfermedades comunicables.

b. Usualmente, y por razones que no es del caso mencionar, en nuestros hospitales, aún universitarios, no se dispone de suficientes medios de diagnóstico.

c. Con frecuencia, pacientes con cuadros clínicos compatibles con procesos infecciosos, mueren sin diagnóstico etiológico, sin que tampoco se logre con el estudio Anatomopatológico.

Al revisar la literatura médica mundial encontramos muy pocos trabajos que tratasen a fondo el problema. Sólo se hallaron algunas referencias, muchas de las cuales hacen alusión a un solo caso, el cual presentan en forma de C. P. C. (1). Es posible, que en países como Estados Unidos, Inglaterra, etc. no se realizan esta clase de trabajos por disposición de los hospitales de muy buenos laboratorios para el diagnóstico microbiológico.

Entre los años de 1.956 y 1.958 se ensayaron diversas técnicas que permitieron adquirir experiencia en un aspecto arduo de la Bacteriología Médica.

A partir de Marzo de 1.959 se logró un gran paso al usar dentro de la pesquisa el medio de transporte de Stuart (2).

Materiales y Métodos:

A. Toma de Muestras:

Las muestras se toman por medio de aplicadores de algodón (hisopos), ranurados en su extremo distal para facilitar su fractura, y esterilizados individualmente en tubos con tapón de rosca.

Estos hisopos, impregnados del espécimen respectivo, se incluyen en tubos, previamente marcados, que contienen aproximadamente 7 cc del medio de transporte de Stuart.

Rutinariamente se toman muestras de sangre (cavidades cardíacas derechas), bazo y pulmón. De acuerdo a los hallazgos macroscópicos, y si se presume la existencia de infección, se toman muestras de otros sitios de la economía v. g. L. C. R. (por punción cisternal); hisopado intestinal, fragmentos de vísceras (pulmón, hígado, ganglios etc.) los cuales se congelan inmediatamente.

B. *Medio de Transporte de Stuart:*

Es un gel de agar lo suficientemente fluido que evita la agitación. Contiene además un agente reductor (ácido tioglicólico) que evita la oxidación, causa importante de la muerte de las bacterias. Su pH es estabilizado por un buffer de glicerofosfato entre 7.3 y 7.4. No contiene ningún nutriente, lo que ayuda a mantener las bacterias en statu quo.

C. *Envío de las Muestras:*

El patólogo envía los especímenes acompañados de un resumen de la historia clínica del paciente, en donde hace figurar los principales hallazgos macroscópicos de autopsia, los cuales orientan mucho la investigación.

D. *Métodos Diagnósticos:*

Guiados por los informes del protocolo de autopsia, y usando un criterio médico se emprende el estudio bacteriológico el cual se inicia con exámenes directos (Contraste de fases, Gram, Ziehl etc.) y de allí pasamos a los cultivos y/o inoculaciones.

Cuando la causa del deceso es muy evidente v. g. ruptura de aneurismas, infarto del miocardio, enfermedad maligna etc., sólo se hacen exámenes directos.

En el estudio microbiológico de las autopsias existen muchas dificultades que enumeraremos sucintamente:

- 1 — Autopsia hecha mucho tiempo después de la muerte (más de 4 horas).
- 2 — Muestras no tomadas de las lesiones infecciosas.
- 3 — Omisión de muestras de los focos infecciosos.
- 4 — Técnica de toma de muestras sin asepsia.
- 5 — Líquido cefalorraquídeo tomado por medio de hisopo.
- 6 — Demora en el medio de transporte de las muestras sin procesar.
- 7 — No conservar en congelador fragmentos de tejidos infectados.
- 8 — Protocolo de Autopsia incompleto, sin datos de orientación.

RESULTADOS:

Los datos de las 1.277 Autopsias estudiadas bacteriológicamente quedan enunciados en el Cuadro N° 1.

CUADRO N° 1

Utilidad del Estudio Bacteriológico Post-Mortem.

Según 1.277 Autopsias

Problema Diagnóstico	Número	Porcentajes
Resuelto totalmente	197	15.4
Resuelto parcialmente	288	22.6
No resuelto	766	60.0
Sin datos	26	2.0
TOTALES	1.277	100.0

En el 38% de los casos el problema diagnóstico fue resuelto total o parcialmente. No se halló causa infecciosa en el 60%.

Dentro de este estudio hemos escogido cuatro temas para presentar: Tres de ellos son de la Patología bacteriana corriente y el último corresponde a hallazgos de excepción.

A. *Septicemias*: (Cuadro N° 2).

En el estudio patológico se encontraron 122 casos con cambios

CUADRO N°2

Causas de Septicemia en 101 casos de los 1.277 estudiados.

Bacterias	Porcentaje
Klebsiella Aerobacter	21.8
Estafilococo Coag. Positivo	17.8
E. Coli	12.8
B. Piogianico	10.9
Salmonellas SP	7.9
Proteus SP	6.9
Streptococo B. Hem. Grupo A.	5.9
Enterococo	4.9
Pneumococo	4.0
Clostridium SP	3.0
Streptococo Alpha Hem.	3.0
B. Anthracis	1.0
T O T A L	100.0

histopatológicos compatibles con Septicemias. En el 82.7% se halló el probable agente causal.

Cabe destacar, que el 60.4% de ellas fueron producidas por organismos Gram negativos.

Los agentes etiológicos más frecuentemente encontrados, fueron en su orden de frecuencia: Klebsiella-Aerobacter, Estafilococo coagulasa positivo, Pseudomonas y Salmonellas.

B. *Pneumopatías Infecciosas No T. B. C.*: (Cuadro N° 3)

CUADRO N° 3

Pneumopatías infecciosas no T. B. C. en 275 casos de los 1.277 estudiados

Bacterias	Porcentaje
Klebsiella Aerobacter	37.4
Estafilococo Coag. Positivo	17.8
Otros cocos	17.1
E. Coli	12.0
Piocianico	7.6
Proteus SP	3.3
Candida SP	1.8
Neisserias SP	1.1
Clostridium SP	0.7
Haemophilus SP	0.4
Salmonellas SP	0.4
Pasteurellas SP	0.4
T O T A L	100.0

Se evidenciaron cuatro pneumopáticos en 467 pacientes. En el 56.8% se aislaron micro-organismos que probablemente explican dichas alteraciones. El 36% de ellos son cocos Gram positivos.

C. Aborto - Séptico: (Cuadro N° 4).

CUADRO N° 4

Aborto Séptico 16 casos de los 1.277 estudiados.

Bacterias	Porcentaje
Clostridium SP	41.2
E. Coli	23.6
Estafilococo Coag. Positivo	17.6
Otros cocos	17.6
T O T A L	100.0

En 16 pacientes con cuadro clínico - patológico de Aborto-séptico, se cultivaron bacterias en el 100%. En el 76% se encontraron bacterias Gram positivas. El 41.2% corresponde a anaerobios del género Clostridium, predominando el C. welchii. En tres casos además de los anaerobios se aislaron Estafilococo coagulasa positivo, Enterococo y B. coli.

D. Merece mencionarse destacadamente, el que en 7 casos el estudio bacteriológico fue quien evidenció el proceso morboso. (Cuadro N° 5).

DISCUSION:

El presente estudio nos muestra que es importante, en nuestro medio la investigación bacteriológica post-mortem. Por medio de ella hemos logrado aclarar la etiología de muchos procesos bacterianos, o comprobar la asociación de ellos con otras entidades.

Se han evidenciado microorganismos raramente descritos entre nosotros, y con los cuales tenemos poca experiencia.

Es indispensable la labor del Patólogo y Bacteriólogo, para que tanto el estudio, como la interpretación de los resultados sea lo más real posible.

Es conveniente resaltar el hecho de que el plazo máximo para la toma de las muestras no debe ser mayor de 4 horas, ya que de lo contrario, la flora de contaminación suele hacer fracasar el aislamiento de gérmenes poco viables.

CUADRO N° 5

Hallazgos bacteriológicos de excepción en 1.277 autopsias

N° Autopsia	Edad	Sexo	Mat. Estudiado	Hallazgos
A 59-240	16 A	M	Sangre. Riñón	Leptospira SP.
A 61-591	16 A	M	Bazo. Ganglio	Blast. Brasiliensis
A 62-540	67 A	M	Pulmón. Peritoneo	Mic. T. B. C. Ho-minis y Nocardia Brasil.
A 62-221	5 A	M	Oído medio der.	C. Tetani.
A 62-169	18 M	M	Bazo. Meninges	B. Anthracis
A 63-152	40 D	M	Sangre. Bazo. Meninges	Vibrio SP.
A 64-188	14 HS	M	Pulmón	(1)

(1) Aspecto microscópico compatible con pneumocystis carinii.

Por nuestra experiencia recomendamos el uso racional del medio de Transporte de Stuart; no olvidando que los materiales orgánicos (la sangre especialmente) al actuar como nutrientes permiten cierta proliferación bacteriana.

RESUMEN:

Se presenta en forma parcial los resultados obtenidos en el estudio bacteriológico de 1.277 autopsias.

Se señala la importancia de él en nuestro medio.

Finalmente se recomienda el uso del medio de transporte de Stuart.

SYNOPSIS

The results obtained from bacteriological studies carried out in 1.277 necropsies, are partially presented. The value of the bacteriological examination is great as, in 38% of the cases, the infectious agent was isolated and diagnosis completely or partially established.

Among a group of 122 cases with pathological changes suggestive of septicemia, 82.7% revealed the possible causative agent. From 467 patients with non-tuberculosis pneumopathies a high percentage (56.8%) of the cultures revealed the probable responsible agent.

From 16 patients with septic abortion, bacteria were recovered in 100% the cases. Most of the cultures (76%) showed Gram positive, aerobic organismo while in a smaller porcentage (41.2%), anaerobic bacilli were isolated.

In seven of the necropsies the correct diagnosis, unsuspected thus far, was established thanks to the bacteriological studies.

The authors recommend the use of Stuart's medium for transportation of pathological specimens which are to be cultured.

AGRADECIMIENTOS:

Los autores desean expresar su agradecimiento a todas las personas cuya cooperación hizo posible la realización de este trabajo muy especialmente a los Doctores Pelayo Correa V. y Guillermo Llanos B.

R E F E R E N C I A S

- 1 McLlelan, N. W. and Wiglesworth, F. W. A simple method of taking bacteriologic cultures of the organs at autopsy. J. Tech Methods 19:109-112, 1959.
- 2 Kneeland, Y. Jr. and Price, K. M. Antibiotics and terminal pneumonia. Amer J. Med. 29: 967-979, 1960.

ENCUESTA SOBRE HONGOS AMBIENTALES EN LA CIUDAD DE CALI

* *Dr. Raúl Alvarez, M. D.*

** *Dr. Marco A. Reyes, M. D.*

*** *Dr. C. Danilo Madriñán M. D.*

En el estudio de las enfermedades alérgicas, especialmente del tracto respiratorio, los hongos anemófilos o ambientales, ocupan un lugar importante en su gestación. Pons y col. (1), en Puerto Rico, Prince y col. (2) y Morrow (3) en los E. E. U. U. han demostrado la correlación clínica existente entre estos hongos y sus esporas con las enfermedades alérgicas respiratorias. Como la variedad de género y especies de hongos saprofitos varía tanto de un lugar a otro, de acuerdo a las condiciones climatológicas y geográficas del lugar, su investigación ha llegado a ser casi obligatoria en cada región, para el estudio y tratamiento de la patología alérgica local (4, 5, 6, 7, 8 y 9).

Nuestro propósito en el presente trabajo fue investigar, a través de un año de calendario micótico, los hongos más frecuentes en Cali y Valle del Cauca, puesto que esta área participa en un todo de las mismas condiciones geográficas y ambientales. Objeto de posterior comunicación será una relación clínica, entre los alérgenos de estos hongos más comunmente hallados aquí y el estudio y tratamiento de un número de pacientes, con alérgenos de estos mismos hongos.

I - Profesor auxiliar de Microbiología, Fac. de Medicina Cali.

II - III Médicos encargados de la Clínica de Alergias del Hospital Universitario - Cali.

No encontramos estudios previos sobre hongos en Cali. Investigaciones sobre pollinosis local practicados por el Dr. Naranjo demostraron una baja incidencia volumétrica de ellos. Otras investigaciones sobre este tema practicadas en Colombia por el Dr. Cuervo Trujillo (10) en la sabana de Bogotá, revelaron las pollinosis más frecuentes en esa área.

Material y Métodos.

La encuesta se realizó entre Nov. 1963 y Nov. 1964. Escogimos dos sitios en Cali; el A situado en el 3er. piso del edificio del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública y el B ubicado en el cuarto piso de un edificio de apartamentos, en el sector residencial de la ciudad. Durante 12 minutos cada semana, a las 4 pm. cuando la velocidad del viento marca un registro promedio de 6-8 m/seg. exponíamos dos cajas de petri de 100 mm con Agar-Sabouraud dextrosa. Estas cajas se incubaban a la temperatura ambiente durante cinco días. Al quinto día se realizaba el recuento total de colonias, que luego se repicaban en tubos inclinados en medio de Sabouraud-dextrosa para su identificación final. Posteriores repiques, sólo se hacían con algunas colonias, con el resto se hacía observación directa, con aumentos 100 y 450 X. Las cepas que no esporulaban, eran pasadas por varios medios (Sabouraud, Corn-Meal) si continuaban sin esporular anotaban como M. steril.

Para la clasificación de los géneros y especies nos guíamos por los trabajos de Conant y de Lacaz (11, 12).

Cali, está geográficamente situada a 3° 26' 40" 771 de latitud Norte y 76° 32' 25' 035 de longitud Oeste, Meridiano de Greenwich. A 1025 m. de altitud sobre el nivel del mar, en el Valle del Cauca, al pie de la cordillera occidental. Su clima tiene una humedad media relativa de 66% y una temperatura promedio de 25°. Los meses más húmedos son: Nov., Dic., Enero y los meses más secos Junio, Julio y Agosto. La precipitación total de agua, en el año es de 790.3 milímetros, siendo los meses más lluviosos Abril y Mayo.

Resultados.

En el cuadro N° 1 mostramos el número de colonias por mes, en cada uno de los sitios A y B, en el cuadro N° 2 el número de colonias por género y sus totales y porcentaje.

CUADRO N° 1

Número total de colonias por meses en sitios A y B.

GENERO	XI-63	XII-63	I-64	II-64	III-64	IV-64	V-64	VI-64	VII-64	VIII-64	IX-64	X-64
	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
Alternaria	5 2	2 2	— —	— —	— —	— —	— 6	— —	— —	— —	— —	— —
Aspergillus	— 1	3 —	— —	— 1	2 1	— 4	1 2	— 3	— —	— —	3 3	— —
Cephalosporium	3 —	— 1	— —	— —	— —	— —	— —	1 —	— —	— —	— —	— —
Chaetomium	1 1	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —
Fusarium	— 5	— 1	2 2	4 —	4 —	5 2	— —	3 9	4 6	1 1	4 4	2 9
Geotrichum	3 1	3 1	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —
Helmintosporium	5 4	6 4	— —	— —	1 1	6 —	7 —	— 3	— —	— —	1 2	— —
Hormodendrum	9 5	21 14	3 8	3 4	15 10	11 6	8 2	7 5	— —	3 1	9 3	— 2
Micelia sterila	4 3	2 2	2 2	4 4	2 1	— —	2 2	5 4	3 2	2 4	5 5	3 2
Monotospora	3 6	6 4	— —	— —	— —	— —	3 1	— 1	— 2	— —	— —	— —
Mucor	— —	— —	3 —	2 1	— 1	— 3	— 3	— 2	— 1	— —	— 2	— —
Monilia sitophila	— —	— —	1 —	1 3	3 1	1 —	— —	5 —	— —	1 —	1 1	— —
Nigrospora	1 3	— 2	3 —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —
Penicillium	2 —	6 1	12 12	31 29	33 21	20 21	10 3	30 35	20 26	16 33	20 20	8 21
Pullularia	1 —	— —	— —	— —	— —	— —	— 1	— —	— —	— —	2 —	— 1
Stemphillium	6 4	4 2	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —
Trichoderma	— 3	— —	2 1	— —	1 —	— —	— —	— —	— —	— —	— 1	— —
Levaduras (sin identificar)	5 2	2 —	2 1	1 9	12 5	— 6	16 5	22 14	12 18	5 14	14 12	10 5
Hongos (sin identificar)	— —	— —	— —	— 3	— 2	— —	1 —	— —	1 —	— —	— —	— 4
Totales	48 40	55 34	30 26	46 54	73 43	43 42	48 25	73 76	40 51	28 53	59 53	23 40

Se aislaron 1103 colonias en 102 exposiciones. No logramos identificar 8 colonias. Se encontraron 18 géneros de hongos ambientales. Las levaduras no se identificaron.

Los hongos más frecuentemente encontrados, fueron en su orden del género *Penicillium*, *Hormodendrum*, *Levaduras*, *Micelia sterila* y *Fusarium*. El número de colonias halladas, tanto en la placa A como B. fue muy similar, no registrando grandes variaciones, ni en el número ni en la variedad de colonias. La curva del número de colonias por mes, tampoco marcó un predominio definitivo de un mes a otro. En general sólo en los meses de Febrero y Junio el número de colonias aumentó significativamente.

CUADRO N° 2

Número total y porcentaje en el año, de colonias según los géneros de hongos encontrados.

Género	N° total colonias en el año	Porcentaje en el año
<i>Alternaria</i>	17	1.5
<i>Aspergillus</i>	24	2.2
<i>Cephalosporium</i>	5	0.5
<i>Chaetomium</i>	2	0.2
<i>Fusarium</i>	68	6.4
<i>Geotrichum</i>	8	0.7
<i>Helmintosporium</i>	40	3.7
<i>Hormodendrum</i>	149	13.5
<i>Micelia sterila</i>	65	5.9
<i>Monotospora</i>	26	2.4
<i>Mucor</i>	18	1.6
<i>Monilia sitophila</i>	18	1.6
<i>Nigrospora</i>	9	0.8
<i>Penicillium</i>	426	38.5
<i>Pullularia</i>	5	0.5
<i>Stemphillium</i>	16	1.4
<i>Trichoderma</i>	8	0.7
Levaduras (sin identif.)	191	17.2
Hongos (sin identif.)	8	0.7
T O T A L	1.103	100.0

Comentarios.

En el cuadro N° 3 mostramos nuestros datos comparados con los obtenidos por Passarelli y col., en Río de Janeiro, en 1949 y los de E. Pons en Puerto Rico, en 1961. Cabe destacar aquí, una mayor incidencia del género *Penicillium* para nuestro medio, a lo encontrado en otros lugares (13). Las levaduras (sin ident.) muestran una cifra superior, según Passarelli y sólo el *Hormodendrum*, *fusarium*, *aspergillus*, guardan similitud. Naturalmente esta incidencia de géneros y especies está sujeta a las variaciones geográficas, anotadas antes y confirmadas en las encuestas de hongos ambientales en el mundo entero. Como en nuestro medio las estaciones no están presentes, los cambios de temperatura y condiciones de humedad relativa, vientos, tienen una variación no muy marcada durante el año, lo cual puede también apreciarse en la gráfica comparativa de número de colonias por meses.

CUADRO N° 3

Comparación de hallazgos con los de otros autores.

Género	N° col. % Pons	N° col. % Pasarelli	N° col. % Cali
Levaduras sin identif.	4.1	46.6	17.3
Hormodendrum	18.4	16.5	13.5
Penicillium	8.1	14.3	38.5
Aspergillus	3.2	8.0	2.2
Fusarium	2.9	3.5	6.4
Otros hongos	63.3	11.1	22.1
T o t a l e s	100.0	100.0	100.0

Resumen.

Se hace una encuesta sobre hongos ambientales en Cali, durante un año. Los géneros más comdnes encontrados son: *Penicilium* 38.5% *Levaduras* 17%, *Hormodendrum* 13.5% y *Fusarium* 6.4%.

En la distribución por colonias, no se encuentra una significativa diferencia, durante los 12 meses del año.

Synopsis.

The fungal flora of the air in the city of Cali, Colombia, was studied for a period of a year. The most common isolates were *Penicillium Sp.*, 38.5%, unclassified yeasts 17%, *Hormodendrum Sp.*, 13.5W and *Fusarium Sp.* There was no significant difference in the distribution of the colonies during the period of study.

R E F E R E N C I A S

- 1 Pons E. R. and Belaval M. E.: A one year aeroallergen survey of Puerto Rico. Correlation of results with clinical findings in 300 patients. *J. of Allergy* 31: 195 - 203, 1961.
- 2 Prince H. E.: Selle, W. A. and Morrow, M. B.; Mods in the etiology of asthma and Hay fever. *Texas State H. Med.*, 30:340-343, 1934.
- 3 Morow, M. B.: Mold fungi in the etiology of respiratory allergic diseases. VII Further studies survey, *Ann. Allergy* 5:442, 1947.
- 4 Fitzgerald, J. D. L., Fischer J. and Doenne, A. E. M.: The seasonal incidence of atmospheric mould spores in Toronto (april 153-54) *Canad. M. A. J.* 72: 700, 1955.
- 5 Feinberg, S. M.: Mold allergy; its importance in asthma and hay fever. *Wisconsin M. J.*, 34:254-257, 288, 1935.
- 6 Bruskin S.: A comprhensive survey of the incidence of fungus in the Brunswick, New Yersey area. *Ann. of Allergy*, 11:15-23, 1953.
- 7 Targow, A. M., and Plunkett, O. A.; Furgus allergy. Incidence of atmospheric spores in the Angeles area, *Ann Allergy* 9:428-445, 1951.
- 8 Myers W. A. Airborne molds in Honolulu, *The J. of Allergy* 27:6, 531, XI/56.
- 9 Gordon M. A. Airborne mold flora of the Atlanta Area 1953-1954 *Ann. of Allergy* 15:3 VII-VIII/57, page 400.
- 10 Cuervo T. G.: alergia en Colombia. *Alergia* 115, 3, 1948.
- 11 Conant N. F., *Manual of clinical Mycology* Second Edition III. W. B. Saunders Co. Philadelphia and London - Chapter 28, page 390.
- 12 Da Silva Lacaz C. *Manual de Micología Médica* 3ª Edición 1960 pag. 446. Livraria Theneu S/A Río de Janeiro.
- 13 Da Silva Lacaz C. *Manual de Micología Médica* 3ª edición. Página 440. Livraria Atheneu S/A Río de Janeiro.

BLASTOMICOSIS SURAMERICANA DE FORMA PULMONAR PURA

* *Dr. Jaime Borrero R.*

** *Dra. Angela Restrepo M.*

*** *Dr. Mario Robledo V.*

Auncuando los primeros informes de la forma mucocutánea de esta enfermedad aparecieron en Brasil en 1.908 (1), apenas en 1.929 Almeida (2) llamó la atención acerca de las formas extracutáneas. En 1.940 aparece el primer informe acerca del uso de las sulfonamidas en el tratamiento de la enfermedad (3), y en el mismo año Guerra (4) en Venezuela llamó la atención sobre la importancia, gravedad y forma de tratamiento de las formas pulmonares. En Colombia, sólo en 1.950 Méndez Lemaitre informó la presencia de la enfermedad por primera vez (5). En 1.957 Londoño González (6) y Sánchez Arbeláez (7) hacen una revisión de los casos publicados hasta entonces. En 1.963 Restrepo Moreno y colaboradores (8) informan 25 casos y finalmente en 1.965 Robledo Villegas (9) presenta 70 casos de Blastomicosis de formas mucocutánea y sistémica, diagnosticados todos histológicamente y hace una revisión completa del problema.

El objeto del presente informe, que incluye la presentación de 5 casos, es llamar la atención acerca de la localización pulmonar primaria de la enfermedad y de la importancia que ella tiene en el diagnóstico diferencial de neumopatías crónicas no tuberculosas.

CASO N° 1

Resumen de Historia Clínica N° 364.178. Paciente P. B. Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de 46 años de edad, natu-

* Departamento de Medicina Interna - Facultad de Medicina. U. de A.

** Departamento de Microbiología - Facultad de Medicina. U. de A.

*** Departamento de Patología - Facultad de Medicina. U. de A.

ral de Amagá. Residente en Medellín. De profesión vendedor ambulante, que consulta en Marzo de 1.965 por tos con expectoración mucopurulenta. La enfermedad se inició tres meses antes de la admisión con tos abundante, productiva, más intensa por la noche, gran astenia, pérdida de peso (10 kilos en los tres meses); fue tratado en un dispensario como tuberculoso hasta que un examen de esputo demostró el hongo.

Antecedentes de importancia: Tosedor crónico durante 20 años, fumador. Trabajó cerca a minas de cal durante 3 meses, varios años atrás.

Examen Físico: Pulso 100/min. P. A. 110/80. Datos positivos: Tórax de aspecto enfisematoso, sonoridad aumentada, cifosis, movilidad en bases disminuída; el murmullo está bien conservado pero en campos medios de ambos hemitórax hay estertores crepitantes. Hepatomegalia Grado I.

Exámenes de Laboratorio: Hematocrito 37% .Hgb 11 gms%. Leucocitos 13.600/mm³ con 76% neutrófilos, monocitos 7%. Sedimentación 55 mm. 1ª hora. Urea 37 mgm%, creatinina 1.40 mgm%. Glicemia 92 mgm%. Esputo negativo para B. K. Intradermoreacciones con histoplasmina* y paracoccidioidinas (micelias y levaduriforme) negativas. Fijación del complemento con antígenos del *Paracoccidioides brasiliensis*: fase micelias positiva hasta una dilución del 1/512; fase levaduriforme positiva hasta dilución 1/64. Precipitinas para los mismos antígenos presentes. Radiología: infiltrados extensos bilaterales en zonas medias y cavernas bilaterales. Orina: examen citoquímico normal. Materias fecales: positivas para amibas tipo Coli .Cultivo de esputo positivo para *Pacaroccidioides brasiliensis*.

Tratamiento y Evolución: Amphotericin. I. V. dosis inicial 5 mgs. disueltos en dextrosa al 5% y duplicando la dosis cada 4 días. Se agrega heparina 2.500 U. a cada infusión para disminuir las flebitis irritativas. Al escribir este informe sigue en tratamiento con mejoría clínica, pero no radiológica.

CASO N° 2

Paciente C. G. Historia Clínica N° 340.788. Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de 48 años de edad, natural de Yolombó, agricultor. Consulta en Septiembre de 1.964 por: tos, expectoración mucosa, disnea de grandes esfuerzos, lumbalgia y dolor abdominal, fie-

* Suministrada gentilmente por Eli Lilly and Co.

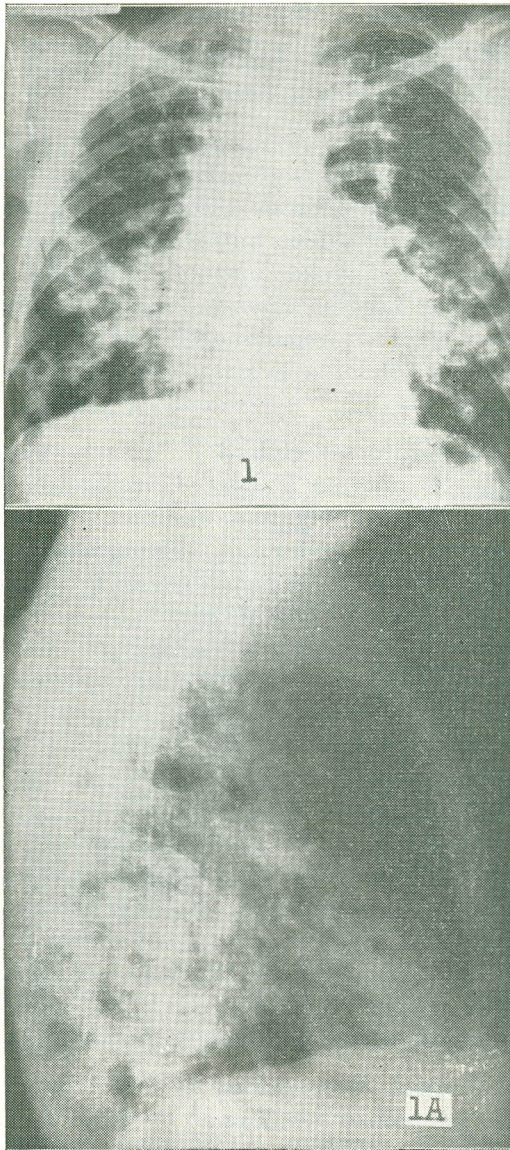


Figura Nº 1. Paciente P. B. Infiltrados bilaterales extensos de predominio en lóbulos inferiores y región parahiliar con cavitación múltiple.

bre, cefalea, acúfenos y edema de miembros inferiores. La sintomatología descrita se había iniciado 6 años atrás, presentando períodos de remisión; el edema se inició 2 años antes en miembros inferiores.

Antecedentes Personales: "Candelillas".

Antecedentes Familiares: Sin importancia.

Examen Físico: Malas condiciones generales, afebril. P. A. 120/80. Pulso 100/min. Ojos: conjuntivas pálidas. Fondo de ojo: normal. Boca: anodoncia total, pigmentación de cavidad oral y lengua. Corazón: soplo sistólico grado I a II en foco mitral, sin irradiación. Pulmones: submatidez en hemitórax derecho, murmullo vesicular disminuído en ambas bases, estertores gruesos diseminados, predominantemente en hemitórax derecho. Abdomen: hepatomegalia de 2 cms. por debajo del reborde costal, dolorosa. Dolor a la palpación en región hipogástrica. Genitourinario: normal.

Exámenes de Laboratorio: Hgb 3.7 gms%. Volumen globular 20%. Sedimentación 50 mm. en 1ª hora. Citoquímico de orina: pH5. Albúmina: negativa. Glucosa negativa. Sedimento normal. Coprológico: Anquilostomas ++. Tricocéfalos +. Strongyloides +. Leucocitos 6.850.. N 69%. Linfocitos 29%. M 3% Glicemia 108 mgm%. Azohemia 36 mgm%. Proteínas totales 6 mgs%. Albúmina 4.30 gms%. Globulinas 1.70 gms%. Relación Albúmina-Globulinas 2.5. Baciloscopia seriada: negativa para B. K. Lavado bronquial: se observan numerosos esporos de hongos con las características del *Paracoccidioides brasiliensis*. Cultivo de esputo positivo para el mismo hongo. Pruebas cutáneas: histoplasmina negativa. Paracoccidioidina miceliar 30 mm. levaduriforme negativa. Fijación del complemento con antígenos de las fases miceliar y levaduriforme del *P. Brasiliensis*: miceliar positiva hasta la dilución del 1/1024, levaduriforme positiva hasta la dilución del 1/512. Rx. de tórax: pulmones enfisematosos, silueta cardíaca moderadamente aumentada de tamaño, además en ambos hemitórax y de predominio derecho se aprecian sombras que hacen pensar en una T. B. C. antigua en estado fibroso con cavitación. E. C. G.: normal. Biopsia de piel, lengua y músculos: normales. Biopsia hepática: atrofia marrón.

Exámenes de Control: Hemograma 1-25-65: Hgb 13 gm%. Volumen globular 46%. Leucocitos 8.400/mm³. N 60%. Eo. 7%. Linfocitos 33%. Exámenes de orina: pH 5. Densidad 1022. Albúmina huellas. Sedimento normal. Baciloscopia de control 1-25-65: se observan escasos esporos de *Paracoccidioides brasiliensis*. Rx. de control 1-20-65: las pequeñas lesiones son caracteres de cavitación tienden a cerrar.

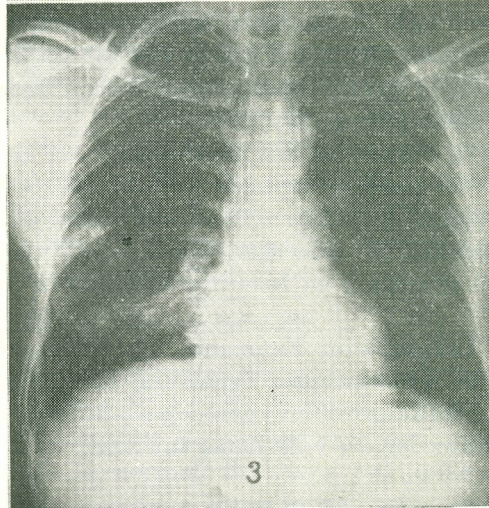
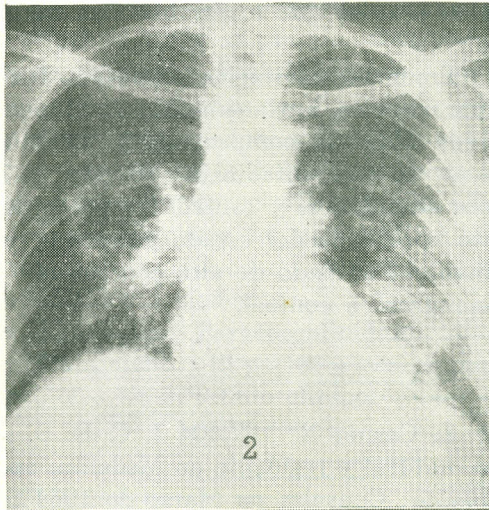
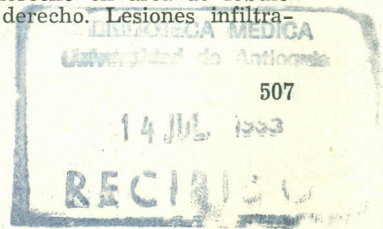


Figura Nº 2: Paciente C. G. Infiltrados confluentes en lóbulo inferior izquierdo. Infiltrado parahiliar derecho. Cavitación bilateral.

Figura Nº 3 Paciente S. R. Z. Infiltrado parahiliar derecho en área de lóbulo medio y segmentos medios de lóbulo inferior derecho. Lesiones infiltrativas lóbulo inferior izquierdo.



Evolución y Tratamiento: El cuadro pulmonar fue estacionario en los dos primeros meses del tratamiento; presentó episodios febriles agudos a repetición con estertores crepitantes, sibilancias, frote pleural y tos con expectoración mucosa que mejoraban con expectorantes y antibióticos.

Las imágenes pulmonares cavitarias persistían. Recibió tratamiento a base de: antiparasitarios, antianémicos, vitaminas, penicilina procaínica y tetraciclina. Una vez comprobada la lesión nicótica pulmonar se inició tratamiento con sulfadiazina (6 gms. al día) asociada a ingestión de líquidos abundantes y control frecuente de orina con mejoría aparentemente apreciable del estado pulmonar, comprobado clínica y radiológicamente. Fue dado de alta con sulfas a los 4 meses de hospitalización. No regresó a control.

CASO N° 3

Paciente S. R. Z. Carnet N° 167.404 I. C. S. S. sexo masculino, de 37 años de edad, natural y residente en Medellín, operario eléctrico.

Motivo de Consulta: Consulta en Marzo de 1964 con una historia de tres años de evolución de tos seca con expectoración escasa, espumosa que progresó en los últimos 8 meses a dolor retro-esternal, fiebre intermitente hasta 38½ grados centígrados, disnea progresiva y finalmente edema de extremidades inferiores.

Examen Físico: Estertores crepitantes en base de pulmón derecho y zona media del pulmón izquierdo. P. A. 120/80 mm Hg. Pulso 82/min. Temperatura 37.2°C. Adenopatías cervicales en región izquierda, una móvil, dolorosa, no adherida. Corazón: Clínicamente normal, dolor en fosa iliaca derecha y en fosa iliaca izquierda sobre el área del colon sigmoide.

Exámenes de Laboratorio: Exámenes repetidos para B. K. en esputo negativos. Tres broncoscopias negativas. La radiografía del tórax mostró un proceso infiltrativo en región para-hiliar y en lóbulo inferior derecho con abscedación y lesiones infiltrativas en campo medio izquierdo.

Examen de Orina: Densidad 1015. Albúmina y Glucosa: negativos. Sedimento negativo. Histoplasmina negativa. No se practicó paracoccidiodina ni reacciones de fijación del complemento o de precipitación en este tiempo. Varios meses más tarde la intradermoreacción a la Histoplasmina fue de 10 mm y las Paracoccidiodinas: micelar 30 mm y levaduriforme 14 mm. Fijación del complemento: suero anti-complementario. Hemograma: Eritrocitos 4.950.000/mm³. Hgb 13.2

gm%. Hcto 43%. Sedimentación 31 mm en la 1ª hora. Leucocitos 9.300 /mm³. N 66%. Eo. 12%. Basófilos 1%. Linfocitos 21%. Glicemia 110 mgm%. Urea 34 mgm%. Tuberculina al 1/1.000 negativa. Una biopsia de ganglio linfático cervical está informada como linfadenitis hiperplásica. El 8 de Abril de 1.964 se practica una toracotomía derecha y se hace una biopsia pulmonar. Histológicamente se observan extensas áreas de necrosis caseosa rodeadas por fibrosis, focos de infiltrado leucocitario especialmente mononuclear y granulomas con células gigantes de tipo cuerpo extraño; tanto entre éstas como libres en el tejido, hay esporos de un hongo con características morfológicas de *P. Brasiliensis*. Coloración para gérmenes del tipo AAR es negativa. La coloración con plata metenamina (Grocott) muestra esporos con gemación en algunos lugares de 2 o 3 elementos.

Diagnóstico Histológico: Paracoccidioidomicosis.

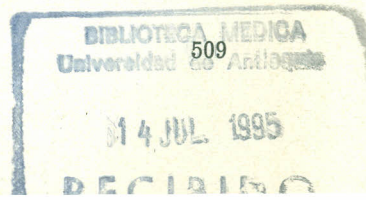
Evolución y Tratamiento: El paciente está actualmente en control con sulfas, sin cambios en su estado clínico.

CASO N° 4

Paciente A. M. Consulta privada J. B. R. Sexo masculino, edad 53 años, profesión ganadero, quien consulta por primera vez el 15 de Septiembre de 1.960 tos y disnea de esfuerzo de varios meses de evolución, que se exacerbó un mes antes de la consulta después de un resfriado común. La tos era en paroxismos con una pequeña cantidad de un esputo mucoide tenaz, peor por la mañana, en decúbito dorsal o al sentarse. En la historia hablaba de infecciones respiratorias con tos durante los 25 años anteriores a la consulta. Tuvo malaria una vez, cefalea; fuma 1 paquete de cigarrillos diarios.

Historia Familiar: Sin importancia.

Examen Físico: Se encontró un paciente en buen estado general, con un peso de 62 kilos. P. A. 120/75 mm Hg. Taquicardia sinusal con una frecuencia de 128/min. Telangiectasias de palmas, cara y tronco. Sistema cardiovascular normal. Enfisema pulmonar discreto. Aumento de la sonoridad pulmonar, se ausculta un tercer sonido en el lado izquierdo del esternón, A 2 era mayor que P 2 y habían pocos estertores crepitantes basales. Tacto rectal: próstata normal. Los pulsos periféricos eran normales. Aorta dilatada y esclerosa, aumento de la pulsatilidad, y discreto crecimiento de ventrículo izquierdo. ECG: dentro de límites normales. Se digitaliza. La placa de tórax mostró un infiltrado micro-nodular bilateral y una cardiomegalia. La placa de control tres



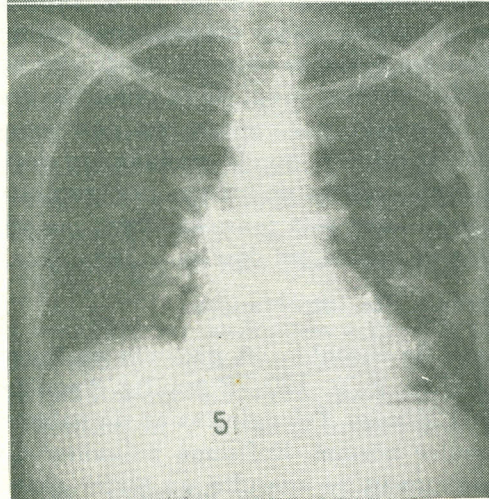
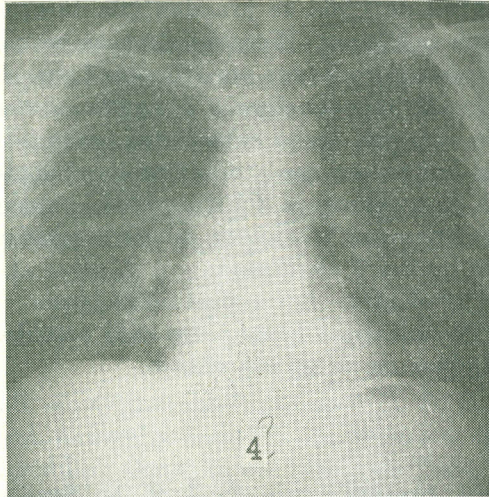


Figura N° 4 Paciente A. M. Infiltrado reticular fino bilateral.

Figura N° 5 Paciente J. M. E. Lesiones infiltrativas bilaterales múltiples. Cavitación zona cardíaca, en lóbulo inferior izquierdo.

semanas después mostró regresión de la cardiomegalia. Las pruebas cutáneas (histoplasmina y paracoccidioidina) fueron negativas. No se practicaron reacciones serológicas. Hgb 12.5 gms%. Hcto. 44%. Sedimentación 68 mm en 1 hora. Leucocitos 12.200/mm³. N 70%. Basófilos 1%. Linfocitos 27%. Monocitos 1%. Cultivo de esputo positivo para *Paracoccidioides brasiliensis* y negativo para B. K.

Evolución y Tratamiento: El paciente se digitalizó y se inició tratamiento con sulfametoxipiridazina, ACTH de acción prolongada 40 U. 3 veces semanales. El paciente en el momento actual, 5 años después, está en control con una dosis de 500 mgr. de sulfametoxipiridazina 3 veces semanales, ACTH de acción prolongada 40 unidades 2 veces semanales. Las imágenes radiológicas no han sufrido ninguna modificación, pero el estado físico del paciente es bueno.

CASO N° 5

J. M. E. Edad 44 años, sexo masculino. Historia Hospital Universitario San Vicente de Paul N° 50451.

Admitido en Febrero 21/56 con historia de varios meses de evolución de tos seca productiva, alzas de temperatura, y dolor en ambos hemitórax al toser. La temperatura era de predominio vespéral, el paciente se quejaba además de astenia, adinamia, malestar general y enflaquecimiento y una tos constante.

Examen Físico: Se encontró paciente en malas condiciones generales, deshidratado, anémico, con piel seca y descamante, con lesiones de escabiosis, taquicardia sinusal con una frecuencia de 124/min. P. A. 110/50. A la percusión matidez en ambos campos pulmonares. A la auscultación estertores roncantes, inspiratorios y espiratorios y también estertores de pequeñas burbujas diseminados en ambos campos pulmonares. Respiraciones 40/min. Temperatura 38½°C. Hígado: 3 traveses de dedo por debajo del reborde costal, no doloroso, blando, bajo percutable; el resto del examen era negativo.

Exámenes de Laboratorio: La radiografía de tórax mostró un infiltrado bilateral extenso. 6 exámenes de esputo fueron negativos para bacilos ácido-alcohol resistentes. Al examen directo de esputo se observaban esporos con las características morfológicas del *Paracoccidioides brasiliensis*, y una flora mixta abundante de predominio gram positivo. El cultivo de esputo fue positivo para *stafilococos aureus*, *streptococo* y *neumococo*. Al cultivo se aisló *Paracoccidioides brasiliensis*. No se practicaron reacciones intradérmicas ni serológicas. Creatinina 0.7 mgm%. Urea 23 mgm%. Glucosa 99 mgm%. Examen coprológico:

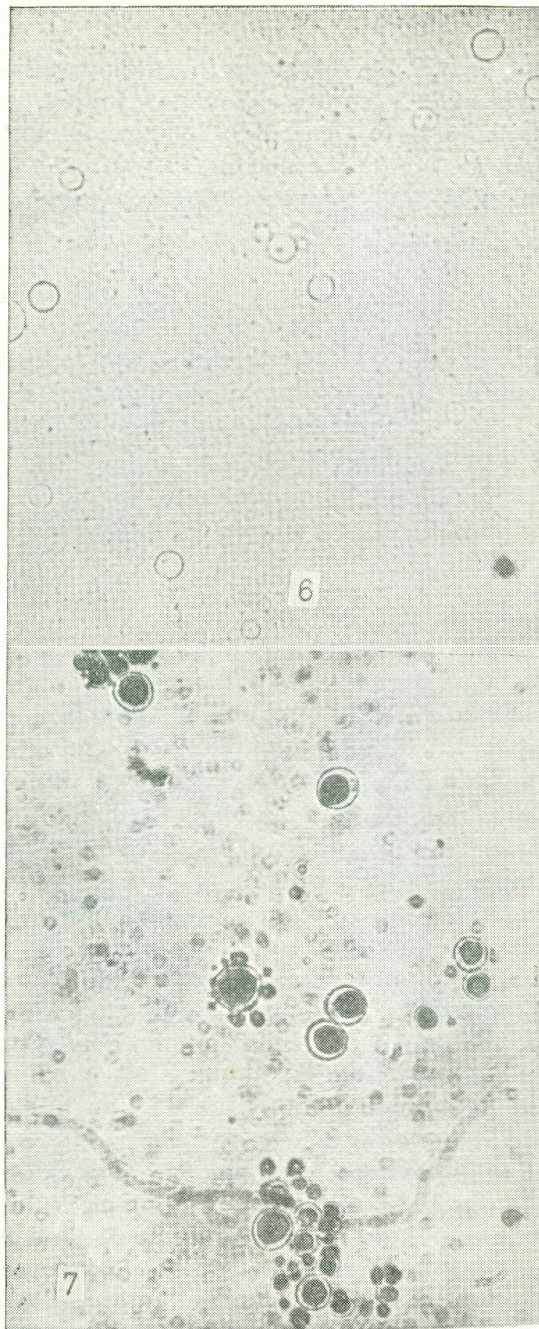


Figura Nº 6 *Paracoccidioides Brasiliensis*. Examen directo de esputo. Obsérvese en el centro la gemación múltiple característica. 40 x.
Figura Nº 7 *Paracoccidioides Brasiliensis*. Cultivo de esputo. Gemación múltiple en colonia incubada a 37°C. 40 x.

Ascaris, Anquilostomas, Tricocéfalos. Estrongyloides, Hemograma: Eritrocitos 2.800.000/mm³. Hgb 4 gm%. Hcto. 24%. Sedimentación 1ª hora: 134 mm. Leucocitos 8.300/mm³. N 76%. Eo. 1%. Linfocitos 21%. Monocitos 2%. Proteínas totales 6.20 gms%. Citoquímico de orina: Leucocitos ++, huellas de albúmina.

Evolución y Tratamiento: La evolución se caracterizó por un cuadro febril con ascensos térmicos hasta 40°, intermitentes. El paciente se trató con sulfas del tipo sulfadiazina por un período de 2 meses, y salió del Hospital sin ninguna mejoría por su propia voluntad y se perdió al control.

DISCUSION

Cuatro de nuestros casos fueron inicialmente diagnosticados como neumopatías tuberculosas y el otro se presentó con evolución clínica de un cor-pulmonale sub-agudo. Las edades fluctúan entre 37 y 53 años de edad, todos pertenecían al sexo masculino, tres de ellos eran agricultores, uno ganadero y el 5º un trabajador industrial. Todos menos este último habían residido por períodos de varios años en áreas rurales. La historia clínica fue notoriamente similar en todos ellos. Tos de varios meses de evolución con expectoración mucopurulenta escasa, más abundante por la mañana; febrícula o alzas térmicas hasta de 40°C. y disnea de esfuerzo progresiva. Al examen físico se evidenció en ellos signos de consolidación o estertores crepitantes o bronquiales. En todos la eritrosedimentación se encontraba elevada y todos menos uno eran anémicos. En todos ellos, exámenes repetidos de esputo para bacilo de Koch fueron negativos y el diagnóstico se confirmó en todos ellos menos en el paciente número 4 por el examen directo y el cultivo del hongo en el esputo. En el paciente número 4 se llegó al diagnóstico por biopsia pulmonar y demostración histológica del hongo.

El aspecto radiológico en 3 de nuestros pacientes era el de extensos infiltrados bilaterales, que se hacían confluentes en las regiones parahiliares, con cavitaciones múltiples en dos de ellos. El 3º mostraba un infiltrado parahiliar derecha con abscedación y lesiones infiltrativas izquierdas y en el 5º se observó un extenso infiltrado micro-nodular bilateral y generalizado. Auncuando Rodríguez y Colaboradores (10) en su excelente revisión de blastomicosis pulmonar consideran que la enfermedad tiene características radiológicas que la hace distintiva, a saber :imágenes nodulares (de pequeños, medianos o grandes nódulos), neumonía localizada o fibrosis localizada y consideran que la imagen trabecular nodular es la más frecuente, los casos analizados en este

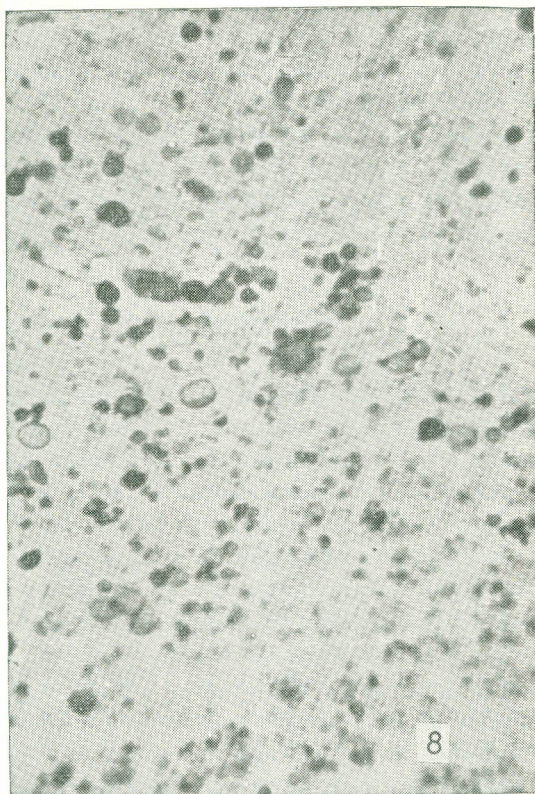


Figura Nº 8 Biopsia pulmonar. Paciente S. R. Z. Esporos característicos de *P. Brasiliensis* en medio de infiltrado leucocitario y necrosis caseosa. (Plata Metenamina). 40 x.

informe ciertamente no confirman esta impresión, como tampoco observamos el complejo de imágenes bilaterales diseminadas, poco confluentes y con enfisema intersticial, que ellos consideran característico de la enfermedad.

Desde el punto de vista epidemiológico nuestros casos confirman los hallazgos experimentales de Mackinnon (11) quien ha logrado infecciones pulmonares en ratones con instilación intranasal del *Paracoccidioides brasiliensis* en su fase levaduriforme, y confirma la observación por otros autores (4 y 12) de la posible infección por aspiración en las formas pulmonares primitivas. Sin embargo este punto no está

claramente dilucidado, pues se han observado lesiones de la boca hasta 6 años después de reconocidas las lesiones pulmonares (13).

En cuanto al tratamiento, las sulfonamidas se han confirmado como micostáticas efectivas (3, 4, 14) siendo todas comparables en su acción. Es interesante anotar que nuestro paciente número 4 se ha conservado asintomático durante 5 años con sulfadrogas, aunque sin regresión de las lesiones radiológicas. Recientemente (15 - 16) se ha comenzado a utilizar el Amphotericin B, que parece tener acción curativa sobre el hongo. Nuestro paciente número 1, en el momento de escribir este informe se encuentra hospitalizado bajo tratamiento con esta droga, pero aún es prematuro informar sobre resultados del tratamiento.

RESUMEN

Se presentan cinco casos de Blastomicosis Suramericana de forma pulmonar pura, aparentemente los primeros descritos como tales en la literatura médica del país y se hace hincapié en la importancia de considerar la enfermedad en el diagnóstico diferencial de neumopatías crónicas con exámenes persistentemente negativos para bacilo de Koch. Colombia se presenta como un área endémica importante de la enfermedad.

SYNOPSIS

Five cases of primary and pure pulmonary South American Blastomycosis, apparently the first ones in Colombian literature to be described as such, are reported. In four the diagnosis was made through isolating *Paracoccidioides brasiliensis* in the sputum, and after histologic demonstration of the fungus in a specimen of lung biopsy in the remaining one. Four patients were initially diagnosed as having pulmonary tuberculosis and one presented himself with a subacute cor pulmonale. Apparently Colombia is an endemic area for the disease.

Los autores desean expresar su agradecimiento al Departamento Médico del ICSS y al Dr. Harold Mondragón por haberles permitido publicar el caso N° 3; a los Drs. Eduardo Abad Mesa y Humberto Hernández de la Campaña Antituberculosa del Departamento de Antioquia, por haber referido los casos Nos. 1 y 5 para estudio, y al Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

R E F E R E N C I A S

- 1 Lutz, A.: Una mycose pseudococcídica localizada na boca e observada no Brasil, Contribuicao ao conhecimento das hywoblastomycoses americanas. Brasil Med. 121, 1908.
- 2 Almeida, F. P.: Estudio comparativo do granuloma coccidioidico nos Estados Unidos e no Brasil. Ann. Fac. Med. Sao Paulo, 4: 91, 1929.
- 3 Oliveira - Ribeiro, D.: Nova terapetutica para a blastomicose. Publ. Med. Sao Paulo, 12: 36, 1940.
- 4 Guerra, P.: El granuloma a Paracoccidioides. Su importancia en patología pulmonar. Rev. San Asist. Soc. Venezuela. V, 4: 821, 1940.
- 5 Méndez - Lemaitre, A.: Blastomicosis Suramericana y otras micosis en Colombia. Rev. Hosp. La Samaritana. 4: 3, 1950.
- 6 Londoño - González, F.: La Blastomicosis Suramericana en Colombia. Rev. Fac. Med. Univ. Nal. 25: 101, 1957.
- 7 Sánchez - Arbeláez, J.: Micosis.
Tesis de Grado.Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, 1.957.
Página 34 a 67.
- 8 Restrepo - Moreno A., Calle - Vélez, G., Restrepo M.: Contribución al estudio de la Blastomicosis Suramericana en Colombia. Ant. Méd. ,13: 26, 1963.
- 9 Robledo - Villegas, M.: Paracoccidioidomicosis. Infome basado en el estudio de 70 casos diagnosticados histológicamente.
Trabajo presentado en el 2º Congreso Colombiano de Parasitología y Medicina Tropical, Medellín, Abril de 1.965.
- 10 Rodríguez, C., Rincón, N. L., y Troconis - García, G.: Contribución al estudio de la praccoccidioidomicosis brasiliensis en Venezuela. Consideraciones sobre 62 casos estudiados con especial referencia a las localizaciones respiratorias. Mycopath, Mycol Appl., 15: 115, 1961.
- 11 Mackinnon, J. E.: Blastomicosis Sudamericana experimental evolutiva por vía pulmonar. Ann. Fac. Med., 44: 355, 1959.
- 12 Baldo, J. I.: Paracoccidioidomicosis pumonar. Rev. San Asist. Soc., 18: 163, 1.953.
- 13 Rodríguez, C. y Rincón, N. L.: Contribución al estudio de la Paracoccidioidosis en Venezuela. Rev. Centro Médico de Caracas, 1: 9, 1.957.
- 14 Borelli, D.: Micosis en Venezuela. Rev. Fac. Med. Caracas, 3: 31, 1.957.
- 15 Newcomer, V. D., Sternberg, T. H., Wright, E. T. Amphotericin B in the treatment of the systemic fungus infections. J. Chronic Dis., 9: 353, 1959.
- 16 Lacaz - Da Silva, C., And Sampaio, S.: Tratamiento de Blastomicose Sud-Americana con Anfotericina B. Resultados preliminares. Rev. Paulista Med., 52: 443, 1.958.

ABSCESO HEPATICO

III ABSCESOS HEPATICOS PRODUCIDOS POR ACTINOMICETOS PRESENTACION DE DOS CASOS *

** *Dr. César Bravo*

*** *Dr. Oscar Duque.*

Durante los últimos años tuvimos la oportunidad de estudiar 167 casos de absceso hepático comprobado, de los cuales uno fue causado por un actinomiceto. Concientes de lo exótica de la entidad, decidimos revisar la literatura respectiva, así como todo el material archivado en el Instituto de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia en Medellín, desde su fundación en 1.944.

La metódica revisión de más de 100.000 biopsias y piezas quirúrgicas sólo nos aportó otro ejemplo de la enfermedad en cuestión; y, el caso que motivó este estudio resultó ser también el único en su género entre las 3.726 necropsias del Instituto.

Ninguno de los casos pertenecientes a las extensas series de abscesos hepáticos de diferentes etiologías publicadas por Ochsner (1), Santoyo (2), Ogden (3) y sus respectivos colaboradores, fue ocasio-

* Presentado al Congreso Colombiano de Parasitología y Medicina Tropical reunido en Medellín en Abril de 1.965.

** Profesor agregado. Departamento de Medicina Interna. Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Medellín.

*** Profesor. Departamento de Patología. Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Medellín.

nado por los hongos a que venimos refiriéndonos, lo que da una idea aproximada sobre la extrema rareza del mal y de su relativa proporción con los de otros orígenes.

Si observamos grupos numerosos de casos de actinomicosis como los presentados por Putman (4), Fisher (5) y Wilson (6) confirmaremos más aun lo infrecuente de la enfermedad, ya que ninguno de los casos de tales series presentó el cuadro clínico manifiesto del absceso hepático, a pesar de que algunos de los que sufrían de actinomicosis abdominal tenían afectado este órgano (4-5).

Considerando los casos de actinomicosis con compromiso hepático vemos que, desde el punto de vista de sus manifestaciones clínicas, los podemos dividir en dos grupos: en el primero, que representa la gran mayoría, las manifestaciones del trastorno hepático pasan desapercibidas, disimuladas por la sintomatología causada por otras visceras abdominales más gravemente comprometidas. En el segundo grupo, formado por casos excepcionalmente raros, las manifestaciones del absceso hepático constituyen la queja principal del enfermo y lo más llamativo del cuadro clínico; a éste grupo pertenecen nuestros 2 casos y a ellos nos limitaremos en esta publicación, ya que en oportunidades anteriores hicimos referencia a los producidos por otras causas (7-8).

Caso N° 1

A. J. A., (Hist. N° 251.997), hombre agricultor de 36 años de edad. Fue enviado al Hospital Universitario porque desde 6½ meses antes le había comenzado anorexia, adinamia, calofríos, fiebre irregular que subía hasta 40°C. y sudoración profusa especialmente vespertina. A los 5 meses de tener la sintomatología anotada empezó a sentir dolor en el epigastrio y en el hipocondrio izquierdo irradiado al hombro del mismo lado. El enfermo perdía progresivamente de peso. Como antecedentes patológicos tenía el haber sufrido candelillas, anemia y malnutrición.

Examen físico: paciente pálido, enflaquecido, temperatura 38°C. pulso: 100 por minuto, regular; P. A.: 110/55. Hepatomegalia de unos 2 cms. por debajo del reborde costal, lisa y dolorosa. Esplenomegalia grado I. Dolor epigástrico a la palpación profunda.

Laboratorio. Hemoglobina: 7.9 grs.%. Hematocrito: 28%. Hemoparásitos: negativos. Leucograma: 9.300 x mm³, N: 89%, L: 11%. Eritrosedimentación: 55 mms. Copro-parasitológico: uncinarias +, tricocéfalos +. Citoquímico de orina: normal. Glicemia: 129 mgs.%

(Folin Wu). Azohemia: 29 mgs.%. Sero - aglutinación para febriles: negativa. Hanger: +++ .Turbidez del Timol: 7.7 u. Turbidez del Zinc: 11 u. Tiempo de protrombina: 18 segundos (control: 11 segundos). Fosfatasas alcalinas: 11 u. B. Electroforesis de proteínas: moderada disminución de la albúmina, discreto aumento de la fracción alfa 1 y marcado aumento de las gamaglobulinas. Células L. E., proteína de Bence Jones, mielograma, tres hemocultivos, prueba de la tuberculina y radiografía de tórax: negativos. Fluoroscopia de tórax: disminución de la motilidad del hemidiafragma derecho. Punción esplénica: sin valor diagnóstico. Punción del lóbulo derecho hepático: negativa.

Evolución: a pesar del tratamiento intensivo con múltiples antibióticos de amplio espectro y demás medidas generales de soporte, el paciente fue empeorando progresivamente, se tornó icterico, la bilirrubina subió a 3.4 mgs.% (directa 2.0 mgs.%), aparecieron lesiones difusas de tipo neumónico diseminadas por ambos campos pulmonares y poco después murió en fallo cardíaco.



Figura Nº 1) Corte del hígado y del estómago. Dentro del lóbulo izquierdo se aprecian múltiples abscesos, el mayor de los cuales estaba fistulizado al estómago en la zona de donde se sacó una cuña para el estudio histológico.

Necropsia (número 3.024): los hallazgos más importantes correspondieron al abdomen y al tórax. El hígado, icterico, aumentado de tamaño, pesó 2.200 grs.; dentro de su lóbulo izquierdo se observaron varios abscesos, el mayor de los cuales midió 6 cms. de diámetro; con-

tenía pus de color amarillo - verdoso y estaba fistulizado al estómago (Fig. N° 1). Las pleuras, congestivas y hemorrágicas a parches estaban adheridas. Los pulmones presentaban bronconeumonía difusa e infinidad de pequeños abscesos diseminados llenos de pus con características similares a los observados dentro del hígado (Fig. N° 2).

El estudio microscópico reveló que en los pulmones había neumonía difusa con formación de abscesos por todas partes. En los tractos fistulosos de la pared gástrica se observaron numerosas colonias del hongo. El absceso principal del hígado estaba rodeado de una grue-



Figura N° 2) Ambos pulmones se aprecian consolidados y llenos de pequeños abscesos diseminados.

sa cápsula y tanto en esta lesión como en las de menor tamaño y en las pulmonares, el pus contenía abundantes polimorfonucleares neutrófilos y granos de actinomicetos Gram positivos, que a la coloración de Ziehl - Neelsen resultaron ser parcialmente ácido - alcohol resistentes, lo que los clasifica dentro de las Nocardias. (Figs. Nos. 3-4).

A. L., mujer de 65 años de edad, oficios domésticos. Cuatro meses antes de consultar al hospital regional donde fue tratada le comenzó dolor epigástrico sordo y continuo, calofríos y fiebre intermitente. Dos meses más tarde le apareció una masa epigástrica dura e indolora que se fistulizó al exterior y drenaba un pus amarillo y fétido. Además la paciente se quejaba de anorexia y pérdida de peso.

Al examen físico se veía enflaquecida, las conjuntivas pálidas y en el epigastrio se apreciaba una masa de moderado tamaño, dura e indolora que manaba pus por dos bocas. El resto del examen estaba dentro de lo normal. Hemoglobina de 7.0 grs.%. Leucocitosis moderada con neutrofilia. Copro-parasitológico: áscaris, tricocéfalos, uncinarias y amiba histolytica. Estudio radiológico gastrointestinal; normal. Se decidió laparotomizar a la paciente con el diagnóstico presuntivo de tumor intra-abdominal abscedado y fistulizado. En el acto operatorio se encontró una formación protuberante que ocupaba el borde anterior del lóbulo izquierdo del hígado, adherida a la pared anterior

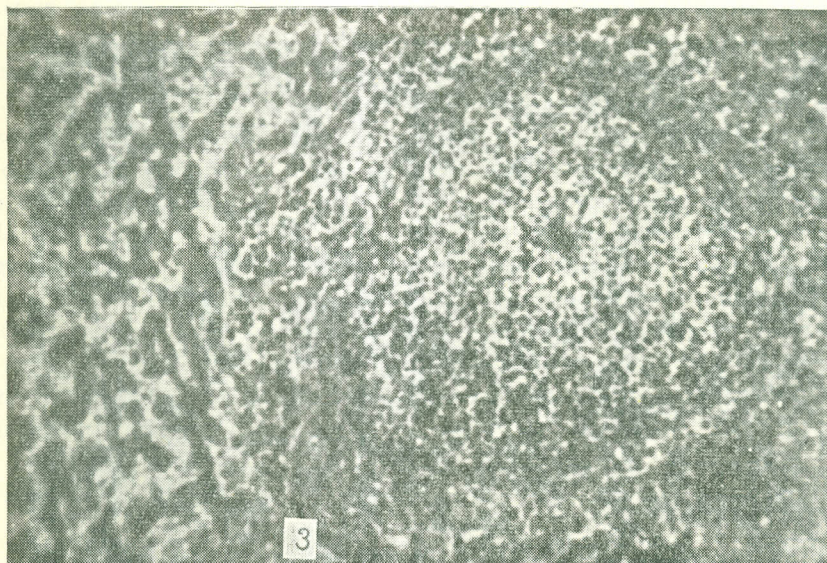


Figura N° 3) Aspecto microscópico de uno de los pequeños abscesos hepáticos. En el centro del absceso se ve un grano de actinomiceto; los cordones de células hepáticas aparecen separadas por los sinusoides distendidos. H. E. x 150.

del abdomen, al estómago y al epiplón mayor; sin dificultades técnicas fue resecada en su totalidad y enviada para estudio al Instituto de Anatomía Patológica. La enferma fue puesta en tratamiento intensivo a base de Penicilina y se recuperó. La pieza quirúrgica estaba formada por tejido hepático y presentaba una zona necrótica de unos cuatro centímetros de diámetro en cuyo interior se observaban abundantes granos de actinomicos Gram positivos no ácidos-alcohol resistentes con las características de los descritos para *Actinomyces bovis*.

Comentario.

El aflujo de la circulación portal hace al hígado vulnerable a las infecciones intra-abdominales, por ello es frecuente encontrarlo comprometido en casos de tuberculosis (9), actinomycosis (10-11), blastomycosis (10^a) e histoplasmosis (10b) diseminadas; sin embargo es muy raro observar que las manifestaciones hepáticas sean las que caracterizan el cuadro clínico.

El análisis de los casos de absceso hepático actinomicótico presentados por Chitty (12), Curbelo (13), Biggs (14), Wilson (6),

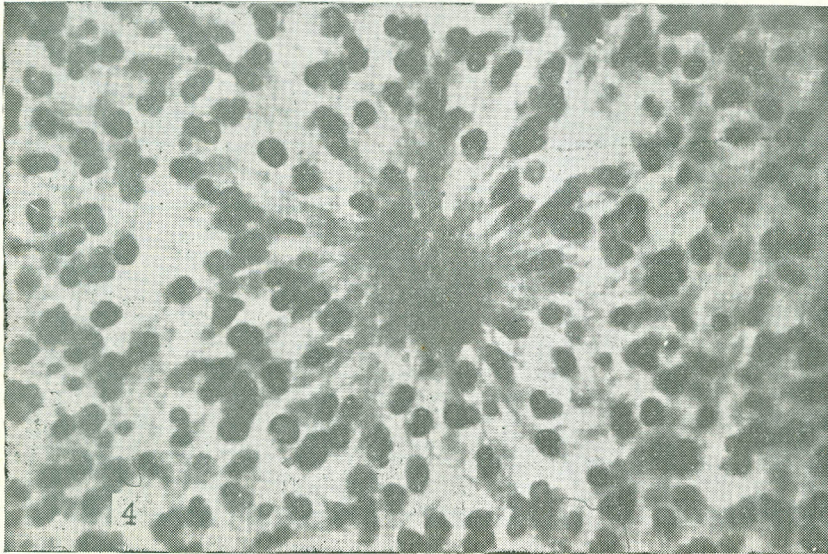


Figura N° 4) Detalle de la figura anterior para notar la estructura del grano. A la coloración de Ziehl-Neelsen resultó parcialmente ácido-alcohol resistente, lo que lo clasifica entre las nocardias. H. E. x 150.

Wruble (11), Nohmi (15) y Foreman (16) suministra datos muy interesantes. En primer lugar, la casuística actual es aun muy reducida, alrededor de una docena de observaciones; la enfermedad predomina en los hombres y ataca todas las edades, desde los 6 años hasta los 65 que tenía uno de nuestros pacientes. La duración del cuadro clínico siempre ha sido considerable, extendiéndose desde 1 mes hasta los 2 años. Las manifestaciones subjetivas y objetivas del proceso corresponden fielmente a las de los abscesos piógenos. Al examen in vivo del órgano enfermo se observa que la mayoría de los abscesos son únicos y que se localizan preferentemente en el lóbulo derecho. El tratamiento combinado a base de antibióticos (Penicilina, Sulfas etc.) y drenaje quirúrgico parece ser el de elección y brinda buenos resultados.

En síntesis, el absceso hepático actinomicótico es muy raro; su cuadro clínico y los hallazgos de laboratorio se identifican con los de los abscesos piógenos; por lo que el diagnóstico etiológico nunca se ha establecido clínicamente, siempre ha surgido de los estudios bacteriológicos o anatomo-patológicos. Podría sospecharse su etiología micótica si se encuentra la presencia de masa dura, pétreo, casi indolora, fistulizada al exterior y drenando un pus amarillo en el cual se pueden descubrir los clásicos granos. Este cuadro clínico fue presentado en su totalidad por nuestro segundo caso, a pesar de lo cual el diagnóstico de la micosis fue hecho sólo por el patólogo.

Si acaso se llega a reconocer al hongo como agente causal, debe investigarse su sensibilidad a los diferentes agentes quimioterápicos, y de definir si se trata de un actinomicetes o de una nocardia (17-18). La Penicilina parece ser la droga de elección para el *Actinomyces bovis* y las sulfas para las nocardias, pero ambos géneros pueden ser sensibles o resistentes a estos antibióticos y a otros de amplio espectro. La droga que se decida utilizar y que parezca eficaz, habrá de ser empleada a dosis suficiente y por lapso de meses. La aparente diseminación hematógena de la infección de nuestro caso de nocardiosis es una complicación rara (15) y probablemente más propia de los abscesos producidos por nocardias que por actinomicetes (18).

RESUMEN

Se presentan dos casos de absceso hepático producidos por actinomicetos. El primero de ellos fue causado por una nocardia, ocurrió en un agricultor de 36 años de edad, produjo el cuadro clínico y de laboratorio de un absceso hepático piógeno y ocasionó la muerte del enfermo. El segundo caso fue originado por un actinomicetes, se presentó

en una mujer de 65 años de edad y se manifestó por un cuadro clínico infeccioso asociado a la aparición de una masa dura e indolora en el epigastrio. La extirpación quirúrgica de la lesión, asociada a la administración de Penicilina, llevaron a la curación de la paciente. Se revisa la literatura sobre el tema.

SYNOPSIS

Two cases of actinomycotic abscesses of the liver are presented. One of them, caused by *Nocardia*, occurred in a 36 year old farmer who presented symptoms similar to those of a pyogenic liver abscess. The man died in spite of intense antibiotic therapy. At autopsy multiple abscesses were found in the left lobe of the liver. The infection had spread to both lungs and to the wall of the stomach. In the second case the etiologic agent was *Actinomyces*. It occurred in a 65 year old woman who complained of fever and of a hard, painless mass in the left lobe of the liver; the mass was resected and the patient recovered after penicillin treatment.

AGRADECIMIENTO:

Deseamos manifestar nuestro más sincero agradecimiento al Dr. Francisco Mejía Arango, por habernos facilitado la historia clínica del segundo caso de esta publicación.

REFERENCIAS

- 1 Ochsner, A., De Bakey, M. and Murray, S. Pyogenic abscess of the liver. An analysis of forty seven cases with review of the literature. *Amer. J. Surg.* 40 (1):292-319; April 1938.
- 2 Santoyo, R. E., Villalobos, L. María E. y Vásquez, Ana M. Consideraciones acerca de 100 casos de absceso hepático. *Rev. Med. Hosp. Geral.* 23 (6): 469-482; Junio 1960.
- 3 Ogden, Wm. W., Hunter, P. R. and Rives, J. D. Liver abscess. *Postgrad. Medicine.* 30 (1):11-19, July 1961.
- 4 Putman, H. C. Jr., Dockerty, M. B. and Waugh, J. M. Abdominal actinomycosis. An analysis of 122 cases. *Surgery* 28(5):781-800; Nov. 1950.
- 5 Fisher, A. M. and Harvey, J. C. Actinomycosis: some concepts of therapy and prognosis. *Postgraduate Medicine.* 19(1):32-35. Jan 1956.
- 6 Wilson, E. Abdominal actinomycosis, with special reference to teh stomach. *Brit. J. Surg.* 49(215):266-270; Nov. 1961.
- 7 Bravo, C. Absceso hepático. Estudio de 12 casos comprobados. I Presentación de 100 casos en adultos. *Antioquia Médica.* 14(9):681-722; 1964.
- 8 Bravo C. Absceso hepático. Estudio de 122 casos comprobados. II Presentación de 2 casos en niños. *Antioquia Médica.* 15 (8): 1.965.
- 9 Cecil, R. L. and Loeb, R. F. A textbook of medicine. Ninth ed. Philadelphia, London, W. B. Saunders Co. 1.955. p: 319.

- 10 Conant, N. F., Smith, D. T., Baker, R. D., Callaway, J. L. and Martin, D. S. Manual of clinical mycology. Second ed. Philadelphia and London. W. B. Saunders Co. 1.954. p.:19.
- 10a Idem. p:90.
- 10b Idem. p:140.
- 11 Wruble, L. D., Mitchell, S. D. and Tate, C. F. Jr. Actinomycotic liver abscess, Amer. J. Digest. Dis. 7(4):331-338; April 1.962.
- 12 Chitty, H. Recovery from actinomycosis of the liver. Brit. Med. J. 1:115. Jan. 22, 1.944.
- 13 Curbelo, A., Márquez, V., De Velasco, R., Amado Ledo, E., Candela, R. A., Bravo, Y. M. y Javech, C. Hallazgo de nocardia esteroides en absceso hepático. Archivo Hospital Universitario (La Habana) 11: 153--156; 1.959.
- 14 Biggs, J. Actinomycosis of the liver. A report of two cases. Med. J. Australia. 47(2):939-940; Dec. 1.960.
- 15 Nohmi, N. e Bezerra, A. Actinomycose hepatica. Apresentacao de um crianca de 10 anos. Hospital (Rio). 63:91-101, Jan. 1.963.
- 16 Foreman, J. M. Actinomycosis of the liver. New Zealand Medical Journal. 62: 536-537; Nov. 1.963.
- 17 Harvey, J. C., Cantrell, J. R. and Fisher, A. M. Actinomycosis: its recognition and treatment. Ann. Intern. Med. 46 (5):868-885; May. 1.957.
- 18 Peabody, J. W. Jr. and Seabury, J. H. Actinomycosis and nocardiosis. A review of basic differences in therapy. Amer. J. Med. 28 (1): 99-115; Jan. 1.960.