

Año VI No. 40. — Febrero de 1939 — No. 512

BOLETIN CLINICO

— REVISTA MENSUAL —

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

DIRECTOR:

DR. ALONSO RESTREPO

DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA.

COMITE DE REDACCION:



DR. HERNAN POSADA

Director de Educación Pública de Antioquia y
Profesor de Clínica semiológica médica.

DR. EUGENIO VILLA HAEUSLER

Director Departamental de Higiene y
Profesor de Terapéutica.

DR. JOAQUIN ARISTIZABAL

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



DR. PEDRO NEL CARDONA C.

Profesor de Clínica ginecológica.

DR. JOSE MIGUEL RESTREPO

Profesor de Clínica terapéutica.

Editado y distribuido por cuenta de los
LABORATORIOS URIBE ANGEL.
TIRAJE: 2.500 EJEMPLARES

Tarifa red. en el Servicio Postal Interior.—Registro No 152.

Correspondencia y canjes:

“BOLETIN CLINICO”

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

PERMANENTE:

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

CONTENIDO:

ROBLEDO Emilio — Palabras en el acto de colocación de la primera piedra para el pedestal que ha de llevar el busto del Dr. Andrés Posada Arango, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

CORREA HENAO Alfredo — Comentarios a un caso de Leucemia Mieloide Crónica.

DE LA ROCHE José J. — Contagio de la Lepra.

BERNAL LONDOÑO Mario — Las Reacciones Serológicas en la Lepra.

BERNAL LONDOÑO Mario — Consideraciones alrededor de un Foco Leprógeno.

VELASCO T. Pastor — Informe sobre Lazaretos.

MENDEZ S. Martín — Notas sobre Apendicitis Aguda.

Ley 236 de 1938, por la cual se conmemora el centenario del nacimiento de un colombiano ilustre. (Dr. Andrés Posada Arango).

Biblioteca de la Facultad.

Ley 235 de 1938

(Diciembre 21)

por la cual se conmemora el centenario del nacimiento de un colombiano ilustre.

El Congreso de Colombia,

DECRETA:

Artículo 1º—La República rinde homenaje de gratitud a la memoria del eminente sabio colombiano Doctor Andrés Posada Arango y se asocia a la conmemoración del centenario de su nacimiento, el cual tendrá lugar el 11 de febrero de 1939.

Artículo 2º—Destínase la cantidad de cinco mil pesos (\$ 5.000) para la erección de un busto del distinguido médico en la

CLOR-CAL

Elíxir de Cloruro de Calcio estabilizado, y dosificado a razón de $\frac{1}{2}$ gmo. por cucharadita cafetera (0.50 gms. x cada 5 c. c.)

INDICACIONES:

HEMOSTATICO: en toda clase de Hemorragias.

DECLORURANTE y DIURETICO: en las Nefritis hidropígenas, Edemas y Ascitis de origen circulatorio.

RECALCIFICANTE: En el Embarazo, la Lactancia, el Crecimiento y la Espasmofilia.

ANTI-ANAFILACTICO: en la Urticaria y los Accidentes Séricos.

LABORATORIOS URIBE ANGEL
Medellín — Barranquilla — Cali
Colombia

Escuela de Medicina de la ciudad de Medellín, como homenaje al ilustre sabio.

Artículo 3º—El Gobierno procederá a entregar al señor Gobernador del Departamento de Antioquia la cantidad de que trata el artículo 2º de esta Ley, a quien se le faculta ampliamente para que proceda a la ordenación de los trabajos que sea indispensable ejecutar para la erección del busto.

Artículo 4º—El Gobierno procederá de acuerdo con la familia del Doctor Andrés Posada, a hacer imprimir las obras del sabio doctor, de conformidad con el parecer de la Academia de Medicina de Medellín. La impresión de las obras en cuestión puede hacerse oficialmente o por contrato con una Casa Editora particular, y el Gobierno queda autorizado para hacer el traslado necesario en el presupuesto de la próxima vigencia, a fin de darle cumplimiento a esta disposición.

Artículo 5º—Autorízase igualmente al Gobierno para abrir el crédito correspondiente a la suma votada por esta Ley, o para hacer los traslados que sean necesarios.

Artículo 6º—Esta Ley regirá desde su sanción.

JARABE PECTORAL L. U. A.

Cada cucharada contiene:

Lacto-fosfato de Calcio	0,367	gms.
Codeína	0,0051	„
Creosota de Haya	0,0612	„
Alcoholatura de Acónito	0,0294	„

Afecciones Crónicas de las Vías
Respiratorias.

Adultos: Tres cucharadas al día.
Niños: Como lo ordene el médico.

Licencia N° 126 de la C. de E. F.

LABORATORIOS URIBE ANGEL
Medellín — Barranquilla — Cali
Colombia

Dada en Bogotá a quince de noviembre de mil novecientos treinta y ocho.

El Presidente de la Cámara de Representantes,
Arturo REGUEROS PERALTA

El Secretario del Senado,
Rafael CAMPO A.

El Secretario de la Cámara de Representantes,
Jorge URIBE MARQUEZ

Organo Ejecutivo.—Bogotá, diciembre 21 de 1938.

Publíquese y ejecútese,
EDUARDO SANTOS

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,
Carlos LLERAS RESTREPO

El Ministro de Educación Nacional,
Alfonso ARAUJO

Reconstituyente Uribe Angel

Cada copita contiene:

Glicerofosfato de sodio	0,35	gms.
Glicerofosfato de Calcio	0,16	„
Glicerofosfato de Hierro	0,03	„
Glicerofosfato de Manganeso . .	0,02	„
Clorhidrato de Quinina	0,005	„

En un vehículo de sabor excelente.

Astenias - Convalecencias.

Una copita antes de cada comida.

Licencia No 4.785 de la C. de E. F.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia

Biblioteca de la Facultad

OBRAS RECIBIDAS

DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE BUENOS AIRES,
REPUBLICA ARGENTINA - DR. JOSE ALEJANDRO TRILLO,
BIBLIOTECARIO JEFE

- DR. ARTURO J. RISOLIA - Amputaciones parciales del cuerpo uterino.
DR. L. U. RABUFFETTI — Supuraciones pulmonares.
DR. ALEJANDRO J. PAVLOVSKY — Técnica personal para la toracoplastia superior y apicolisis extrafascial sin sección muscular.
DR. ISAAC PRINI — Cirugía reparadora de los huesos largos con injerto de peroné.
DR. JULIO BAZAN — Sinfisiotomía.
DR. NICETO S. LOIZAGA — Del carcinoma primitivo broncopulmonar.
DR. M. V. FALSIA — Asistencia del Parto. (P. Médico. P. Dirigido).
DR. J. L. SILVESTRE — Valor semiológico de la reacción xantoproteica de Becher.
DR. IGARZABAL JOSE E. — Absceso Cerebral Post-Traumático.

UROSALINA

En granulado efervescente de
solubilidad completa y rápida

NUEVA FORMULA

Citro-tartrato de Sodio, Carbonato de Litio y Hexametilente tramina.

Urosalina, a sus condiciones de una sabia combinación de alcalinos, reúne las ventajas de su solubilidad y de su sabor agradable.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia

- DR. IGARZABAL JOSE E. — Litiasis salivar (Patolog. Quirúrgica).
- DR. IGARZABAL JOSE E. - Apendicectomía. Seguridad la periton, etc.
- DR. RICCITELLI EMILIO — La teoría sintomática de la visión, etc.
- DR. RICCITELLI Y FRANCINI — Alteraciones de motilidad laríngea en la tuberculosis pulmonar, etc.
- DR. RICCITELLI EMILIO - El endurecimiento simple, no tuberculoso, etc.
- DR. RICCITELLI Y FRANCHINI.—La rinitis espasmódica y el ovario.
- DR. FRANCHINI Y RICCI. — Las otitis prolongadas de los niños de pecho
- DR. RICCITELLI Y FRAN. — Consideraciones sobre reflejos de las vías aéreas superiores.
- DR. RICCITELLI Y FRAN. — La alergia bacteriana en la Patogenia de la rinitis espasmódica.
- DR. FRANCHINI Y RICCI. — Tratamiento de algunas formas de Disestesias, etc.
- DR. FRANCHINI Y RICCI.—Cuál es el rol de la amígdala en el proceso de la lubricación de las mucosas altas, etc.
- DR. FRANCHINI Y RICCI.—Amígdalas y fórmula sanguínea.
- DR. RICCITELLI Y FRAN.—Factores que favorecen, que predisponen y que determinan el desequilibrio humoral, etc.
- DR. RICCITELLI EMILIO.—La laringe y el sistema nervioso cerebroesp.
- DR. FRANCHINI Y RICCI. — Angiomas congénitos.
- DR. FRANCHINI Y RICCI. — Importancia del trat. méd. gral. y biológico

FORMIAQUINA

Formiato básico de quinina inyectable

— INDOLORO —

Cada ampolla contiene 0,50 gms. de la Sal en
3 c. c. de vehículo.

Paludismo agudo en todas sus formas.

Lic. N° 4.965 de la C. de E. F.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia

- en algunas afecciones complicadas del oído, medio y cavidades anexas.
- DR. FRANCHINI, GARCIA — Tratamiento Quirúrgico de la amigdalitis de Vincent.
- DR. RICCITELLI Y FRAN.—El calcio como tratamiento básico, de las manifestaciones de la distonía vagosimpática en las vías aéreas superiores.
- DR. RICCITELLI Y FRAN. — Es la ostoespongiosis una afección de orden mecánico?
- DR. RICCITELLI Y FRAN. — El ovario y sus correlaciones fisiológicas en la patogenia de la rinitis espasmódica.

REVISTAS

ARGENTINA

- Revista del Círculo Médico Argentino, etc.
Nros. 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444.
- INDEX. Revista Ibero-Americana de Análisis Bibliográficos de Neurología y Psiquiatría.
Nros. 1 y 2.
- Revista Médica Latino-Americana.
Volumen XXIII — Nros. 275, 276, 277 y 278.
- Revista de la Conferencia de Médicos del Hospital Rawson.
Volumen VI — 1937 — N° 2.

ANTIPLASMODIO

Cada pastilla contiene 0.25 gms. de Clorhidrosulfato de quinina y 0.01 de Arrhenal, en excipiente colagogo.

Antipalúdico (preventivo y curativo).

Destruye los agentes productores del paludismo. Evita la anemia. Previene los accidentes conocidos con el nombre de Hígado Palúdico. Sirve como preventivo de las fiebres en las regiones invadidas por el zancudo.

LABORATORIOS URIBE ANGEL
Medellín — Barranquilla — Cali
Colombia

Palabras del Dr. Emilio Robledo

en el acto de colocación de la primera piedra para el pedestal que ha de llevar el busto del Dr. Andrés Posada Arango, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, acto que tuvo lugar el sábado 11 del presente, al cumplirse el centenario del natalicio de tan eminente médico y sabio naturalista antioqueño.

Señor Gobernador, señor Director de Educación, señor Rector de la Universidad, señor Decano de la Escuela de Medicina, señoras y señores:

Vengo en nombre de la Universidad de Antioquia a rendir un tributo de admiración y reconocimiento a la memoria de doctor Andrés Posada Arango.

El motivo que nos congrega aquí es de los que ennoblecen y confortan el espíritu. Venimos a colocar la primera piedra del pedestal sobre el cual va a erigirse el busto de uno de nuestros hombres de ciencia que a fuerza de constancia y de método puestos al servicio de una inteligencia reflexiva y una voluntad firme, llegó a ser verdadero autodidacto y uno de los colombianos que llenaron de prestigio el nombre de nuestra república más allá de los mares.

Verdadero autodidacto he dicho y a fe que en ello no hay hipérbole; porque si se cierto que el joven Posada tuvo maestro de primeras letras y aun contestó a lista en el Colegio del Estado y en el de la Unión, su permanencia en las aulas fue muy transitoria habiendo hecho absolutamente solo su preparación profesional en lo que hace a las Ciencias Naturales y a varias de las médicas propiamente dichas.

Con efecto, de huesos disecados por él mismo en el techo paterno se fabricó un esqueleto completo y así hizo el estudio de la anatomía, completándolo con el estudio comparativo yendo todos los días al matadero público a hacer disecciones en las reses y los cerdos. Provisto de un cortaplumas y de su lupa, íbase por los campos aledaños a Medellín examinando las plantas, herborizando, colectando insectos y así adquirió conocimientos profundos en botánica y zoología. Concurría asiduamente a una de las mejores farmacias donde se hacía mostrar las drogas para olerlas, gustarlas y mirarlas a fin de poderlas reconocer de manera objetiva y adquirir de ese modo los conocimientos en farmacia farmacodinámica que lo hicieron más tarde eximio profesor de estas disciplinas. De modo semejante estudió higiene y fisiología: sólo el curso de química lo preparó en la Universidad con el profesor español Flórez Domonte.

Mas como para el estudio de la patología y la cirugía le era indispensable la práctica, logró que el médico del hospital que lo era a la sazón el doctor Manuel Vicente de la Roche, lo admitiera en calidad de practicante.

Durante largo tiempo fue compañero habitual de aquel insigne varón, no sólo en el hospital sino también en la práctica civil, y a su lado adquirió un cúmulo de conocimientos de gran valía.

Cuando se consideró capaz de aspirar a un título emprendió viaje a la capital de la república, lo que realizó en 1859 y con tiempo suficiente para informarse por vista de ojos acerca de la calidad de los exámenes médicos del Colegio del Rosario, y una vez en la persuasión de que podía optar al grado, solicitó los exámenes respectivos en la Universidad tomística que era entonces la única institución autorizada legalmente para conferir grados. Fue así como adquirió en breve y sucesivamente los títulos de bachiller, licenciado y doctor; este último en noviembre de 1859. El doctor José Félix Merizalde, quien presidió aquellos certámenes, declaró solemnemente que durante su larga vida no había presenciado un acto tan solemne; y al verificarse la ceremonia de subir a una cátedra y leer un libro para significar con ello que estaba pronto a desempeñar los puestos que se le confiaran en la instrucción de la juventud, aquel colombiano ilustre no vaciló en exclamar que nadie era más digno de dar lecciones.

Ejerció en seguida la medicina con plena conciencia de sus deberes, con abnegación y desinterés como lo hicieron nuestros grandes profesores y con un concepto claro de las realidades, que es decir, no empleando los cerebros: uno para la práctica en la clientela y otro para la dirección de las ideas; él sabía que en los

dominios psíquicos, la unidad de concepción es la gran fuerza que permite alcanzar con más presteza la verdad. El señalaba un objetivo a su actividad y cuando lo había fijado, no lo abandonaba a ningún precio porque tenía como cosa cierta que aun entre las personas de vasta inteligencia, la tenacidad es la condición del buen éxito.

En 1868 emprendió viaje a Europa y antes de fijar su residencia en París, viajó por Inglaterra, Francia, Italia, Egipto, Palestina, España y Suiza. Se relacionó con los hombres más eminentes de su tiempo y colaboró en periódicos y revistas científicas publicando estudios fundamentales y de vivo interés sobre su viaje de América a Jerusalén, sobre Ciencias Naturales, Historia, patología, terapéutica, etnografía, etc., los cuales le valieron el ser nombrado miembro de infinidad de sociedades e instituciones. De regreso a Colombia, en 1872, instaló—por primera vez—la cátedra de Ciencias Naturales en la recién organizada Escuela de Medicina, enseñanza que continuó hasta las postrimerías de aquella centuria.

Sería tarea larga, si bien muy grata para mí, la enumeración de las múltiples y sabias publicaciones salidas de la docta pluma de este compatriota eminente; más tarde me propongo hacer un estudio a fondo de sus actividades de publicista; por ahora me contento con recordaros que en 1890 el naturalista Cogniaux le dedicó el género "Posadaca" en la gran familia de las Cucurbitáceas; que en 1892 fue condecorado con la MEDALLA CIENTIFICA INTERNACIONAL y nombrado CABALLERO de aquella ORDEN, en Francia; que fue colaborador del DICCIONARIO ENCICLOPEDICO DE CIENCIAS MEDICAS DE PARIS y que su nombre es todavía citado en las más serias publicaciones extranjeras como el de una autoridad indiscutible en varias disciplinas.

Las duras pruebas a que sometió su voluntad en los años de su juventud le proporcionaron un éxito duradero, pues las dificultades de su carrera sólo hicieron multiplicar el poder de su esfuerzo. Era hombre paciente, silencioso y grave; pero cuando después de meditar le arrimaba el hombro a una empresa cualquiera, había de sacarla a flote a pesar y despecho de cuantas dificultades se le presentaren. Fue así como en defensa de sus propios intereses se enfrentó varias veces con jurisconsultos eminentes, venciénolos en ruidosos litigios y fue asimismo un poderoso auxiliar de la justicia en el esclarecimiento de varios delitos, por medio de hipótesis que después se confirmaron con el examen atento de los testimonios por él invocados.

Esta breve enumeración de las condiciones que esmaltaron la vida de nuestro ilustre maestro, basta para convencer a quienes me hacen el honor de escucharme, que el doctor Posada Arango fue digno de que su nombre se perpetúe en monumento memorioso para ejemplo de los que se educan.

A los que trabajamos en el ejercicio de la medicina bien se nos alcanza que la ingratitud del cliente halla su explicación en una enfermedad esparcida deplorablemente en todos los hombres: la debilidad de la memoria afectiva. Nada se borra tan pronto como el recuerdo del dolor y con él, por una lógica asociación de ideas, el recuerdo de la persona encargada de aliviarlo.

Nosotros nos resignamos con esta doliente realidad; pero nos cumple el tratar de enmendar estas claudicaciones de nuestra naturaleza procurando que no quede en el olvido el nombre de aquellos que nos precedieron en el tiempo y que no sólo hicieron un gran esfuerzo personal por ilustrarse, sino que echaron sobre sus hombros la gran pesadumbre de enseñar al que no sabe y la patriótica tarea de prolongar el nombre de nuestra tierra más allá de sus lindes.

Hagamos votos por que sobre esta piedra que acabamos de colocar solemnemente, se eleve en breve el busto del varón sabio cuyo centenario conmemoramos hoy, para que él presida desde este sitio repuesto los adelantos de nuestra juventud y la estimule con el recuerdo de su laboriosa existencia, al estudio de nuestros problemas vernáculos, de nuestra naturaleza, al cultivo de la voluntad y a la confianza en el esfuerzo propio.

He concluído.

EMILIO ROBLEDO

Comentarios a un caso de Leucemia Mieloide Crónica

Servicio de Clínica Tropical del
Dr. Miguel Martínez. Hospital de
San Vicente, Medellín.

Asuntos de mi predilección me indujeron a estudiar un caso enviado desde Salgar (Antioquia) por mi amigo el Dr. Gonzalo Salgado R. al Hospital de San Vicente. Su historia clínica es: Hombre de 24 años de edad, segundo hijo de un matrimonio que tuvo diez, de oficio agricultor. En su niñez y juventud tuvo excelente salud y hasta hace muy poco tiempo era vigoroso y fuerte. A los 21 años prestó servicio militar en la guarnición de Medellín, regresando luego a sus trabajos habituales.

En sus antecedentes patológicos solamente se encuentra un chancro, hace catorce meses, que parece haber sido blando, por los síntomas que relata. Hace un año principió a sentir un ligero y permanente dolor dentro del abdomen y a nivel del epigastrio izquierdo, esto fue atribuido a un trabajo pesado que tuvo en esa época; días después sintió, al palparse el abdomen, una "bola dura", en la región esplénica, que con el correr del tiempo crecía. Desaparecidas estas molestias dolorosas, reanudó su trabajo, sin decaer mucho, pero no lo mismo que antes, durante unos tres meses; de ahí en adelante vino un período de decadencia orgánica con adinamia, disnea de esfuerzo, abatimiento, ciertos trastornos digestivos (anorexia, sensación de plenitud, etc.), enflequecimiento y palidez. El tumor abdominal iba creciendo hasta hacerse aparente levantando la piel del abdomen.

El examen actual muestra un individuo de regular conformación y desarrollo (talla 162 cms.) en mal estado de nutrición (50 kilogramos de peso), de tegumentos muy pálidos, y sorprendente a primera vista por su vientre batraciano (el ángulo de los rebordes costales entre sí es de 105 grados). Hay circulación complementaria en la pared abdominal.

Esta deformación del abdomen se debe a una gran masa que ocupa todo su lado izquierdo, desde el sexto espacio intercostal hasta tres dedos por encima de la espina iliaca antero-superior (0,29 mtrs.); en la línea media anterior llega hasta el ombligo. La superficie es lisa y boselada especialmente en el borde anterior donde hay muescas muy perceptibles. Tiene las características de una gran esplenomegalia.

El aparato respiratorio se encuentra normal menos en un ligero aumento del murmullo respiratorio en la base del pulmón izquierdo. En el aparato circulatorio no se encuentra nada anormal a la auscultación, 98 pulsaciones, presión mx. 12, mn. 7. En posición podálica hay edema maleolar que desaparece en decúbito. El hígado desborda unos tres centímetros de las costillas. Los ganglios inguinales y retromastoideos están ligeramente crecidos, en otros sitios no se encuentran. Las amígdalas y la mucosa bucal están únicamente pálidas. No hay fiebre ni diaforesis. La piel no presenta nada fuera de su palidez.

Un hemograma, indispensable en estos casos, reveló una leucemia mieloide crónica. Adelante comentaremos los hallazgos hematológicos; veamos antes otros exámenes de laboratorio practicados.

Orina.—Componentes en cantidades normales; presenta huellas de albúmina debida a despojos celulares (blancas y rojas). El ácido úrico en este primer examen se encuentra en cantidad normal; más adelante veremos la variación de este cuerpo una vez instituido el tratamiento.

Quimismo sanguíneo.—Esta investigación de gran interés en el estudio dio lo siguiente: (1)

Urea	0,286	Grms. por mil
Acido Urico	0,057	„ „ „
Creatinina	0,015	„ „ „
Glucosa	0,476	„ „ „
Cloruros	5,12	„ „ „
Colesterina	1,785	„ „ „

Este metabolismo sanguíneo muestra una retención de ácido úrico, explicable por entrar en la formación, aquí exagerada, de los leucocitos. Su excreción por la orina lógicamente aumenta a medida que se destruyen dichas células.

Metabolismo basal.—Fue más 35%. Todos los investigadores han encontrado un metabolismo alto, hasta el punto de que se debe pensar en una leucemia cuando se encuentra así en el

curso de una investigación. El grado de elevación depende de la severidad del proceso leucémico. Se cree debido al aumento del consumo de oxígeno por las células leucémicas. (2)

Serología para sífilis.—Fue negativa; la sífilis no parece encontrarse en este caso y tampoco tiene un papel etiológico en la enfermedad, puede coexistir como en un caso relatado con serología irreductible. (3)

Volumen sanguíneo.—Esta no es una prueba definida, pero es posible manifestar por ella, aunque groseramente, la proporción en que se encuentran las células blancas y rojas entre sí y el plasma sanguíneo. Dejando sedimentar sangre citratada se separa en tres partes en el tubo de sedimentación, Fig. 1, la inferior

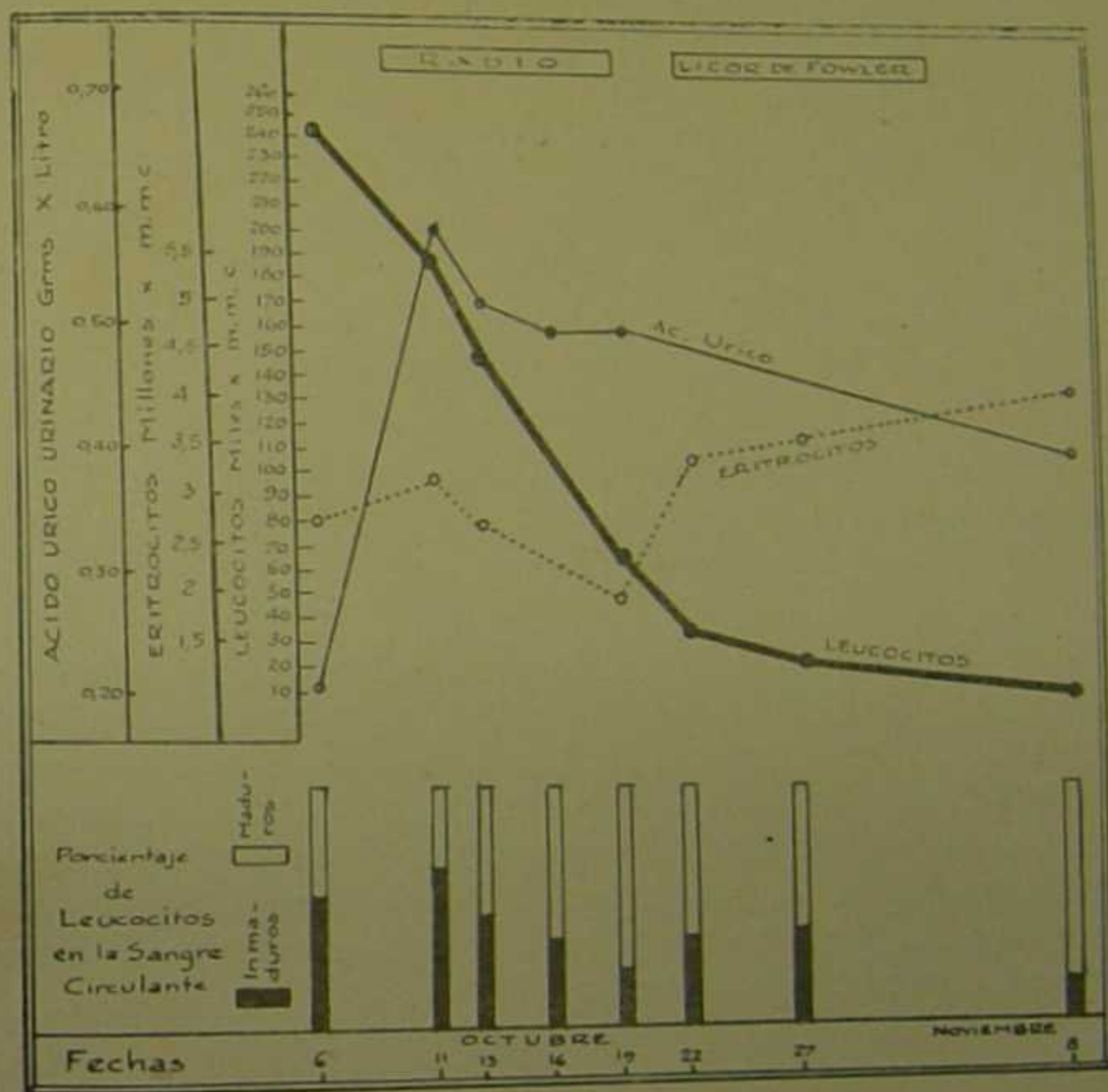


FIG. No. 1

corresponde a los eritrocitos (35%), la media a los leucocitos (21%) y la superior al plasma (44%). Una sangre normal en estas condiciones la proporción de leucocitos es apenas de 1%...

Hemograma.—El 8 de septiembre de 1937 practiqué el primer hemograma que dio el resultado manifestado en el cuadro 1º:

CUADRO I

Eritrocitos	2,840.000 por m.m.c.
Leucocitos	234.000 por m.m.c.
Plaquetas	150.000 por m.m.c.
Hemoglobina	10,4 Grms.

Cuenta diferencial:

Mieloblastos	2%
Promielocitos	5%
Mielocitos neutrófilos	40%
„ eosinófilos	0,5%
„ basófilos	2%
Metamielocitos	12%
Polimorfonucleares neutrófilos	32%
„ eosinófilos	5%
„ basófilos	1%
Linfocitos	0%
Monocitos	0%

Eritrocitos: nucleados, 5 por cien leucocitos; son normoblastos. Policromatofilia, anisocitosis y poliquilocitosis.

Conclusión: Proceso de gran hiperactividad leucocitaria con presencia en la sangre circulante de formas celulares embrionarias, todas de origen *mieloide*. La enorme cantidad de células inmaduras halladas es criterio para hablar de *leucemia*. Y como estas células representan la serie *mieloide* en todas sus fases de evolución, llegando gran número de ellas a su término, los polimorfonucleares, proceso que requiere una evolución larga dan a la enfermedad la característica de *crónica*, para diferenciarlas de las agudas donde se encuentran únicamente células en su estado más primitivo de evolución.

En vista de este diagnóstico y de los buenos resultados obtenidos en otro caso con el tratamiento por el radio, empleamos este procedimiento aplicando el elemento convenientemente dispuesto en una coraza de pasta Colombia sobre la región esplénica, durante diez días, al fin de los cuales se instituyó un tratamiento arsenical con licor de Fowler. La marcha del tratamiento se controló periódicamente con un hemograma. La variación de

la sangre no tardó en aparecer, tanto cuantitativa como cualitativamente, tal puede observarse en la fig. 1, que compendia o resume la marcha de la enfermedad en frente de un tratamiento que devuelve a la sangre sus características celulares normales.

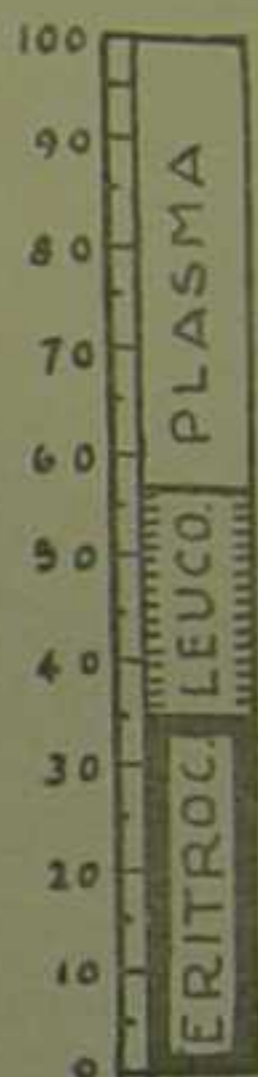


FIG. No. 2

Los eritrocitos se ven disminuídos en los primeros días de tratamiento, pero esto es aparente únicamente y explicable por la relación que hay entre el líquido y los elementos en él suspendidos: la disminución fuerte de los leucocitos en un principio y el mantenimiento del mismo volumen de plasma hace que los eritrocitos estén suspendidos en mayor cantidad de líquido y por tanto se encuentren menos al hematímetro.

Los leucocitos tienen un descenso rápido bajo la acción destructiva del radio y continúan disminuyendo con el tratamiento arsenical hasta el límite de lo normal. Esta acción poderosamente destructiva del radio sobre estas células lo mismo que en las cancerosas es lo que ha hecho pensar, entre otras cosas, en la naturaleza de neoplasia maligna de las leucemias.

En este cuadro también figuran las variaciones que sufrió el ácido úrico excretado en la orina: Ascendió súbitamente al descender la cantidad elevada de leucocitos, conservando una cifra superior a la normal durante todo el tratamiento; esto es explicable por la gran destrucción de nucleínas.

En la parte inferior del grabado se esquematizan las varia-

ciones cualitativas leucocitarias que también son notables, aunque en este caso no es tan perfecta como en el caso de que ya hice mención; aquí quedan todavía exponentes de células embrionarias en la circulación; se principió con 82 células inmaduras por ciento y se terminó con 18%.

Biopsia de la medula ósea y del bazo.—Se tiene entendido que no es suficiente ni adecuado para el estudio moderno de una hemopatía el conocimiento único de la sangre periférica, es también indispensable el conocimiento de las células y sus ascendientes en los órganos formadores, ya que el hemograma es apenas un reflejo de las condiciones encontradas en éstos. De la misma fuente se obtienen datos más precisos y valiosos que orientan certeramente los complicados problemas que hay en estas alteraciones. Para ello se practica hoy en día de manera usual la biopsia de los órganos hematopoyéticos.

Medula ósea.—El 8 de octubre también se practicó una punción hasta la medula ósea en la porción proximal de la tibia. Antes de ver el resultado de las preparaciones microscópicas hechas con el producto de esta punción, veamos ligeramente, para que sirva de referencia, lo que se encontraría en una medula normal.

La medula ósea es el sitio normal de formación de sangre en la vida extrauterina; microscópicamente en ella se encuentran células parientes entre sí, de un mismo abolengo, precursoras de la mayoría de las de la sangre circulante. La más indiferenciada de todas estas células es el *hemohistoblasto* de Ferrata, que es un elemento conjuntivo, de carácter embrionario y que evoluciona hacia la serie conjuntiva (sistema retículo-endotelial, etc.) o hacia la serie sanguínea. Trasmitiéndose en generaciones esta célula se transforma morfológica y químicamente dando en un principio células cepas como el *hemocitoblasto*, del cual, a su vez, por transformaciones, provienen células del tipo hemoglobínico o del tipo granuloso. Las primeras son: el proeritroblasto, al principio hiperbasófilo, y luego, aproximándose a la madurez, atenúa esa basofilia formándose la gama de eritroblastos ortobasófilos, policromatófilos y ortocromáticos (normoblastos); el núcleo es entonces expulsado y la célula completa su hemoglobinización para lanzarse al torrente circulatorio como eritrocito.

Las células de la serie granulosa están representadas con todas sus fases en una medula normal. Derivadas de una célula cepa no granulosa, que se confunde con las otras células de origen (hemocitoblastos) llamada *mieloblasto*, llega a la madurez mediante la formación en su citoplasma de gránulos diferenciados, haciendo una serie de pases que enfocados en su fase más

característica se los denomina con la siguiente clasificación en su orden de creciente longevidad: mieloblasto, promielocito, mielocito, metamielocito y polimorfonucleares; de los mielocitos en adelante se distinguen en cada fase tres categorías según que posean granulaciones neutrófilas, basófilas o acidófilas.

También se encuentran en la medula *megacariocitos*, células de la misma estirpe de las eritropoyéticas y granulopoyéticas, ellos originan las plaquetas, las cuales son fragmentos de sus procesos citoplasmáticos.

De la serie plasmática se encuentran en la medula escasos elementos, por lo cual su número no se incluye en la cuenta diferencial. También se encuentran en la medula linfocitos y monocitos en escaso número.

Contando con las normales variaciones dependientes de factores individuales y del medio, el conjunto celular que presenta una extensión de medula ósea puede clasificarse en forma de cuenta diferencial expresada en porcentajes, llamado *mielograma*. En estos datos no hay mucha armonía entre los hematologistas, por eso pondré aquí para que sirva de punto de comparación un mielograma hecho en una persona normal y que difiere poco del que trae P. E. Weil. (4)

CUADRO II MIELOGRAMA

	Normal	Caso en estudio
Megacariocitos	0	0
Hemohistoblastos	1	0
Hemocitoblastos	1,5	1
Mieloblastos	1	3
Promielocitos	2	3
Mielocitos neutrófilos	32	45
" eosinófilos	1	2
" basófilos	0	3
Metamielocitos	12	9
Polimorfonucleares neutrófilos	27	32
" eosinófilos	2	2
" basófilos	0	1
Linfocitos	1	0
Monocitos	2	0
Normoblastos	19	8
Megaloblastos	1	0
Hematoblastos	Muy abundantes	

Comparando los anteriores datos se tiene la impresión de la poca variación del mielograma que tomamos como norma y el del caso en estudio. La diferencia es en las células granulosas embrionarias; realmente hay un estado leucemioide, pero por sí solo insuficiente para cimentar un diagnóstico de leucemia y para explicar una cantidad de 234.000 leucocitos por milímetro cúbico. Si tenemos en cuenta que en una leucemia hay una infiltración de todos los órganos por células embrionarias, el número un poco elevado de células mielocitarias en este mielograma pierde mucho de su valor; de donde es lógico pensar que en otra parte, fuera de la medula está el asiento patogénico que explique una leucocitosis tan intensa.

Biopsia del bazo.—La lesión macroscópica más aparente en la leucemia mieloide crónica es la hipertrofia esplénica; el estudio de esta víscera tiene un gran valor por los precisos datos que suministra. Sabido es que este órgano tuvo en la vida embrionaria un papel mielopoyético y que con el perfeccionamiento de otros órganos que toman para sí esta función, la va perdiendo hasta suprimirse. Sin embargo se ha observado que en ciertos procesos patológicos el bazo regresa a su estado embrionario, renaciendo su papel que desempeñó en la hematopoyesis primitiva, esto se hace a costa de centros mieloides que potencialmente quedaron latentes. Un bazo en estas condiciones tiene el aspecto de una medula con sus propias funciones de formar células tanto de la serie hemoglobínica como de la granulocítica. Impropiamente se puede hablar de una metaplasia.

El esplenograma normal tiene de característico un predominio de la célula de tipo linfocitario en una proporción de 60 a 70 por ciento y en diversas fases de su evolución. Para dar una idea de la alteración encontrada en la punción esplénica de nuestro enfermo compararemos su mielograma con el que trae P. E. Weil. (4)

CUADRO III

ESPLENOGRAMA

	Normal (Weil)	Caso en estudio
Hemohistoblastos	0%	1%
Hemocitoblastos	0	3
Mieloblastos	0	6
Promielocito	0	5
Mielocito neutrófilo	0	36
„ eosinófilos	0	3
„ basófilos	0	1
Metamielocitos	0	24
Polimorfonucleares neutrófilos . . .	25	15
„ eosinófilos	1	2
„ basófilos	0	1
Linfocitos	70	3
Monocitos	7	0
Plasmocitos	1	0
Normoblastos	1x500	9x100

A más de estas diferencias cualitativas que claramente se aprecian, hay también un gran aumento de los elementos blancos en general, con relación a los rojos, en el caso estudiado, indicando esto un proceso hiperplásico mieloideo que casi anula la función linfoidea propia del órgano, dándole al esplenograma el aspecto de mielograma.

Esta fuerte hiperplasia mieloide del bazo sí es apta para explicar el enorme aflujo leucocitario a la sangre circulante y por tanto es posible concluir que hay leucemias mieloides crónicas de origen esplénico exclusivamente. Esta opinión está reforzada por el hecho ya anotado en otra parte (3) y que ahora se repite, de la eficacia de un tratamiento dirigido únicamente sobre el bazo sin necesidad de irradiar las epífisis de los huesos largos y los huesos planos y cortos lo cual sería menester si allí estuviera asentado el proceso generador de la exuberante leucocitosis.

Como epílogo de esta historia va a continuación el último hemograma Cuadro IV) hecho el 8 de noviembre, es decir un mes después del primero.

CUADRO IV

Eritrocitos	4,045.000 por m.m.c.
Leucocitos	10.400 por m.m.c.
Plaquetas	Muy numerosos
Hemoglobina	11,2 Grms.
Cuenta diferencial:	
Mieloblastos	0%
Promielocitos	0%
Mielocitos neutrófilos	10%
„ eosinófilos	1%
„ basófilos	0%
Metamielocitos	12%
Polimorfonucleares neutrófilos	65%
„ eosinófilos	6%
„ basófilos	1%
Linfocitos	3%
Monocitos	1%

El bazo disminuyó una tercera parte de su volumen y el estado general del enfermo se transformó notablemente. Probablemente si la acción del radio hubiera sido más larga, como en el otro caso observado, la normalización de la sangre hubiera sido el resultado y se tendría también un pronóstico más favorable en cuanto a la demora de la recaída.

Conclusiones: Enfermedad de principio insidioso, sin relación con alteración anterior, de síntomas que se desarrollan gradualmente, predominando el síndrome anémico y la gran esplenomegalia.

Conjunto de datos suministrados por el laboratorio en que sobresalen un aumento del metabolismo, del ácido úrico y especialmente una incontrolada proliferación de leucocitos, muchos de ellos embrionarios en el torrente circulatorio.

Eficacia de un tratamiento por radio dirigido exclusivamente al bazo.

Origen esplénico de esta leucemia, como lo comprueban el mielograma y el esplenograma.

Aumento del ácido úrico excretado en la orina en relación con la disminución de los leucocitos.

REFERENCIAS

1.—Restrepo Alonso: Archivo de su laboratorio particular donde practicó el quimismo sanguíneo, las reacciones serológicas y el metabolismo basal de este caso, lo que agradecemos.

2.—Forkner C. E.: Leukemia and Allied Disorders. New York, 1938.

3.—Correa Henao Alfredo: Hemograma. (Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia). Medellín, 1935.

4.—Weil P. E., Isch-Wall P., y Perlés Sizanne: La ponction de la rate. París, 1936.

Zaragoza (Minas de Pato), septiembre 29/38.

A. CORREA HENAO

Contagio de la Lepra

Es incre'ble que a esta avanzada hora del siglo XX y más de sesenta años después del descubrimiento del bacilo de Hansen, se discuta todavía la contagiosidad de la elefantiasis griega, y no sólo que se discuta sino que se niegue, por algunos, en absoluto, la transmisión del mal de un individuo enfermo a otro sano.

A grandes titulares he visto en un importante diario de Medellín, notable por su seriedad e ilustración, una serie de artículos con este mote: LA LEPROA NO ES CONTAGIOSA, en que corren conceptos tan rotundos y equivocados como éste: "Eso de la contagiosidad de la lepra es un mito... "Ya lo dijeron los sabios: la lepra no es contagiosa y ya la experiencia lo ha demostrado", etc., etc.

Las ideas modernas sobre la materia son muy otras de las que sostenían Dannielssen y Zambaco-bajá sobre la importancia etiológica de la herencia y la nulidad del contagio, pues las investigaciones científicas llevadas a cabo en estos últimos años por eminentes leprólogos, en particular por Sir Leonard Rogers, demuestran que en la mayor parte de los casos de lepra el contagio es responsable en un ochenta por ciento. Algunos dicen que totalmente, porque si es verdad que unos pocos niños nacen con lesiones leprosas, estos no deben considerarse como casos de herencia sino—en rigor científico—como un heredo-contagio.

Lo que principalmente se discute hoy es la época de la vida en que se contrae la infección: si en la infancia únicamente, o si también durante la edad adulta.

La Comisión de la Lepra nombrada en el año de 1935 en las Islas Filipinas, rindió su informe a mediados del año antepasado y de las conclusiones a que llegó, extracto estas dos que tienen relación con el asunto.

"(a) *Transmisión*: Para el dominio práctico todo leproso que resulta bacteriológicamente positivo, debe ser considerado

como fuente de infección. En cambio, el que resulte negativo debe ser considerado, a menos que se demuestre lo contrario, como incapaz de infectar a otros. No se ha determinado definitivamente la duración del período de contacto necesario para determinar la infección. Considerado antiguamente como largo, se van acumulando pruebas de que puede transmitirse la infección por un contacto relativamente breve; de modo que para fines de dominio, debe considerarse que puede provocar infección todo contacto directo apreciable entre un caso infeccioso y un sujeto susceptible.

(b) *Susceptibilidad*: Acéptase como principio fundamental que los niños en general son muy susceptibles y que la enfermedad se contrae generalmente durante la infancia. En cambio, los adultos son comparativamente inmunes, pues aunque pueden adquirirla, es en ellos relativamente rara".

Dos miembros de la Comisión, los doctores Manalang y Chiyuto, conceptuaron que los adultos son inmunes y que la infección sólo se adquiere en la infancia, antes de llegar a la edad de tres años; que la enfermedad es adquirida por los susceptibles mediante frecuente y continuo contacto de piel a piel y que tanto los casos bacteriológicamente positivos como los negativos (abiertos y cerrados) y los curados o dados de alta, son fuentes de infección. Agregan que el período de incubación es relativamente breve, la evolución larga y muy variable.

Aunque en términos generales las conclusiones de la mayoría de la Comisión son las que hoy prevalecen, he querido consignar también las opiniones de Manalang y Chiyuto, porque son éstos dos de los más distinguidos leprólogos de Filipinas, opiniones cuyo valor debe de tenerse muy en cuenta, pero cuya exactitud no corresponde a la experiencia clínica de los médicos que en Colombia han escrito sobre el problema de la lepra o se han dedicado a su estudio. En nuestra literatura médica se puede ver el sinnúmero de casos de transmisión de la enfermedad a los adultos sanos que jamás habían tenido contacto con elefanciácos, ni en sus padres o abuelos ni en sus colaterales había ocurrido dicha enfermedad.

Los europeos, procedentes de lugares exentos de lepra, sin antecedentes de ninguna clase, que vienen a Colombia o a otros países de América, donde aquélla es endémica, ¿no pueden considerarse como casos de contagio en los adultos? O como lo expresa más concretamente Baliña, leprólogo argentino, "cuando un alemán o un inglés, sin antecedente alguno llega al país a la edad de treinta o cuarenta años, y después de habitar allí cierto

tiempo le aparece esta enfermedad, en una región donde la lepra abunda, parece poco verosímil que la afección date en él desde la infancia".

En contraposición a estas ideas de la inmunidad de los adultos se citan las observaciones de: Talwik en la isla de Oesel, Estonia, quien observó numerosos casos de sirvientas que habían infectado a los dueños de la casa o viceversa; de Spindler, en Estonia, de que en dicho país la mayoría de las infecciones tiene lugar después de los treinta años; y las de Blashko y Kirschner, quienes atribuyen la propagación de la enfermedad en Memel a cinco sirvientas rusas que llegaron allí de 1848 a 1780 y enfermaron a varias familias incluso a adultos, y por fin las de Grall y Jeanselme en Nueva Caledonia. (Apud *Leprosy Review*, 1936).

Ahora, quiero agregar a lo anterior el modesto contingente de mi experiencia a esta interesante cuestión.

En el Municipio de Rionegro (Antioquia) no había lepra en el año de 1895, cuando el señor M. G., joven de 38 años de edad, de excelente salud, perteneciente a una familia distinguida de la población, sin antecedentes hereditarios, dio en viajar cada ocho días, en asuntos comerciales, a La Unión, que era entonces un foco de lepra, y durante la noche dormía en el mostrador de la tienda de víveres de un amigo suyo que sufría la enfermedad. Transcurridos algunos meses, comenzaron a presentársele manchas anestésicas en la espalda. Luégo aparecieron lepromas, que nos permitieron diagnosticar, sin vacilación, una lepra cutánea. Durante el auge de la seroterapia del Dr. Carrasquilla, G. se trasladó a Bogotá y se hizo tratar por él. Sin ningún alivio, regresó a Rionegro y en una finca de campo se sometió a un aislamiento voluntario. Posteriormente sucumbió a los progresos naturales de la enfermedad, ocho años después de haberle principiado ésta.

En su finca tenía G. animales que mandaba vender a la feria con un individuo llamado G. A. G., que vivía en otra fracción. Este condujo alguna vez a dicha feria una res bravía, y con los esfuerzos que hizo para contenerla, sufrió varias escoriaciones en las manos. Estas escoriaciones y la soga infectada o sucia con los productos leprosos, creemos que pudo ser lo que determinó el contagio de G., pues más tarde le apareció una úlcera en la nariz que se la deformó, y después manchas anestésicas y lepromas. El enfermo fue enviado a Agua de Dios.

Estas observaciones las presenté en el segundo Congreso Médico Nacional que se reunió en Medellín en 1913, en mi nombre y en el del Dr. A. Mauro Giraldo, con quien vi estos enfermos.

Pasados algunos años apareció afectado de lepra el señor A.

G., cuñado de M. G., hombre de 55 años de edad, de muy buena constitución física, casado y padre de seis hijos, tres hombres y tres mujeres y, como los enfermos anteriores, sin antecedentes de lepra de ninguna otra enfermedad crónica contagiosa, pues tanto la familia del uno como la del otro se han distinguido por su magnífica salud. Al señor A. G. le principió la enfermedad por una rinitis ulcerosa, que fue seguida en poco tiempo por otras manifestaciones de lepra cutánea. También fue recluido en el Lazareto de Agua de Dios, donde murió a la edad de 68 años. Todos sus hijos gozan de buena salud.

Cuatro años después de enviado G. al leprocomio, apareció enferma la señorita M. E., vecina de los anteriores, soltera y de 45 años de edad, quien con alguna frecuencia visitaba la casa de éstos. Carece por completo de antecedentes hereditarios. Enviada al mismo Lazareto, salió curada socialmente hace dos años.

Más tarde, en 1927, se me llamó a ver a la señora J. M. de A., de edad de 37 años, casada y madre de 8 hijos, para tratarle una úlcera que tenía en una de las piernas, como resultado de una inyección de neosalvarsán que un médico le había puesto en la vena safena externa. Inmediatamente observé que la señora presentaba manchas anestésicas en varias partes del cuerpo, alopecia ciliar, orejas infiltradas, cara amoratada y un poco vultuosa, labios engrosados, manchas leonadas en los pómulos, en fin, tenía una fascies que permitía hacer el diagnóstico, que fue comprobado con el examen bacteriológico de la sangre, practicado por el Dr. Gabriel Toro Villa. La enferma se fue para Agua de Dios, donde permaneció diez años y medio. Tratada por el Dr. Benchetrit, regresó a su hogar en febrero pasado, curada socialmente del terrible mal. Dos meses después de su salida para el Lazareto, murió su hijita menor, de edad de tres meses, de infección intestinal. Los siete hijos restantes, que están hoy de doce hasta veintiún años de edad, son sanos y robustos y ninguno presenta manifestación alguna de lepra.

Amalia L., mujer soltera, sirvienta de la señora J. M. de A. y quien la asistió como enfermera en una de sus últimas dietas, resultó con lepra y, según dicen, contagió a su hermano Antonio L., de 40 años de edad, labriego y sin antecedentes, quien lo mismo que su hermana fue llevado a Agua de Dios. Pero me inclino a creer que el contagio, tanto de estos dos hermanos como de J. M. de A., ocurrió en casa de una familia donde según datos que tengo, hubo una señora, N. N., con mal de Lázaros, casa que frecuentaba aquella enferma cuando estaba muy joven; y Antonio L. fue mayordomo durante mucho tiempo de la finca de campo

de la señora N. N.; y lo creo así en atención a que el contacto con esta enferma fue más prolongado.

Por el mismo tiempo enfermó de lepra B. V. de C., mujer viuda, de edad de 37 años y madre de varios hijos, lavandera durante mucho tiempo en casa de la señora J. M. de A. Esta enferma sí pudo haber sido contagiada aquí, pues no tiene antecedentes hereditarios ni de haber tenido contacto con ningún elefantiaco. Hoy está en Agua de Dios.

En enero del año pasado fui llamado a ver a la señora E. O. de Y., de 22 años de edad, casada y madre de un niño de seis meses y de una niña de dos años; presenta manchas anestésicas en diferentes partes del cuerpo, anestesia en la región interna de ambos antebrazos y en algunos dedos de las manos. Tiene dos quemaduras en el índice y el pulgar de la mano derecha que dice se hizo, sin sentirlo, en sus oficios domésticos. Diagnostiqué lepra nerviosa e indiqué que se practicara un examen bacteriológico, el cual fue hecho por el Dr. G. Uribe Misas, quien encontró: "bacilos de Hansen en abundancia".

Pasados algunos días y alarmada la familia con este caso, se me lleva al campo a ver al señor J. M. M., tío de esta enferma por línea materna. Es un hombre de 50 años de edad, casado y tiene una hija soltera que vive con él. Durante su juventud y hasta hace unos pocos años, viajó como negociante de bestias al Departamento del Valle y aun vivió allá algún tiempo, de donde regresó hace unos cuatro años con algunas lesiones de la piel que se dijo eran de carácter sifilítico, pero probablemente no fueron otra cosa que las primeras manifestaciones de la enfermedad que hoy sufre. Según me informan, recibió un fuerte golpe en un ojo, seguido de una panoftalmía, por lo cual le fue enucleado por un oculista de Medellín; que después se le afectó el otro ojo hasta que quedó ciego. Se recluyó en el lugar en que hoy vive. Presenta manchas rojizas y moradas en todo el cuerpo, úlceras en las piernas, alopecia ciliar, orejas engrosadas, cara encendida y vultuosa. Las manchas son más bien termoanestésicas que anestésicas. Es un caso clásico de lepra cutánea, sobre el cual no tengo para que extenderme en más consideraciones en cuanto al diagnóstico; pero sí es muy interesante en lo que se relaciona con el contagio de varios miembros de su familia. Este enfermo vivió en un tiempo cerca de la casa de la señora E. O. de Y., su sobrina, de quien se ha hablado antes y se visitaban naturalmente entre sí, presentándose las frecuentes ocasiones de contagio que ocurren entre miembros tan allegados de familia. Como oí decir que alguno o algunos de éstos podían estar enfermos, aconsejé

que se examinara bacteriológicamente toda esta familia, lo que se hizo en un laboratorio de Medellín, con resultado positivo en un hermano de dicho enfermo, casado, de edad de 39 años, padre de tres hijos pequeños, y en dos hermanas del mismo, una soltera de 42 años y otra casada de 35 años, madre de dos niños de corta edad.

La señora E. O. de Y. vivía en casa de su madre, viuda con siete hijos, que también fueron examinados y resultaron dos jovencitas enfermas, hermanas de aquella señora, de 16 y 18 años de edad. Todos los demás miembros de estas familias, inclusive la anciana madre de J. M. M. estaban sanos. El esposo de ésta, muerto hace unos pocos años, fue un hombre de excelente salud, activo y trabajador. Ni en su familia ni en la de su mujer hay antecedentes de lepra.

Resulta, pues, que J. M. M. probablemente adquirió la lepra en sus viajes a otro Departamento, pues vivió en una región donde hay casos de este mal, y aun dice que le tocó dormir dos veces en casa de un leproso. De M. se contagiaron indudablemente sus tres hermanos y su sobrina.

Llama la atención la susceptibilidad de esta familia a la infección leprógena, porque ya hemos visto cómo los demás enfermos de lepra que he citado no han contagiado a sus familiares o cuando más a uno solo, como en el caso de G., el primer enfermo de que se habló, quien transmitió la enfermedad a su cuñado A. G., lo cual se debe también, por otra parte, a que en aquellos enfermos la segregación se hizo oportunamente, mientras que J. M. M. vivió durante cuatro años sin precauciones de ninguna clase y en contacto con sus familiares.

En resumen, tenemos catorce casos de lepra en adultos, pues con excepción de dos, los demás son mayores de edad; y lo más notable es que casi todos pasan de treinta años, algo semejante a lo observado por Spindler en Estonia, donde según él, en ese país la mayoría de las infecciones tiene lugar después de esta edad, como se señaló antes.

En ninguno de estos catorce casos, si exceptuamos los colaterales de J. M. M., hay antecedentes de lepra, ni he podido averiguar que alguno o algunos de ellos hayan estado en contacto con elefanciácos durante su infancia, aunque sí es posible que esto haya sucedido con las dos enfermas de 16 y 18 años de edad de la familia M. a que se hizo referencia.

Como conclusiones se pueden sacar las siguientes:

La lepra es contagiosa.

Los adultos no son inmunes.

La duración del período de contacto necesario para determinar la infección, generalmente largo, puede ser corto, de unos pocos meses.

La segregación a tiempo evita la propagación de la enfermedad.

Y para terminar, debo hacer la siguiente declaración: aunque en mi práctica no he visto ningún niño leproso, por los estudios que he hecho y por lo que ocurre en nuestros leprocomios, estoy convencido de la gran susceptibilidad de los niños al contagio de la lepra, lo mismo que pasa con la tuberculosis, y por lo tanto hoy que redoblar los cuidados profilácticos con estas criaturas durante la infancia, si queremos combatir eficazmente el flagelo.

José J. DE LA ROCHE

Las Reacciones Serológicas en la Lepra

Dispensario Antileproso del Cauca.—Popayán, 21 de junio: 1938.

Señor Dr. Alonso Restrepo Moreno.—Medellín.

Muy estimado doctor Restrepo:

Me permito incluir el resumen de la exposición que tuve oportunidad de hacer en el curso del interesantísimo debate sobre lepra habido durante la Semana Médica, pidiéndole, si fuere posible, su publicación en cualquiera de las revistas científicas de que usted es director o redactor.

Agradeciendo de antemano su gentileza, me es especialmente grato suscribirme de Ud. como afectísimo colega,

Mario BERNAL LONDOÑO

Como un pequeño aporte al capítulo en ocasiones oscuro del diagnóstico de la lepra, quiero dar a conocer el resultado sereno de algunas observaciones personales.

En los últimos años he tenido ocasión de examinar clínica y bacteriológicamente y de hacer examinar serológicamente 900 individuos entre abiertos, estacionarios y contenidos, parientes de leprosos y conviventes con ellos o contactos, y he quedado sorprendido del paralelismo existente entre la clínica y la reacción serológica. En un 7% de casos en que había una discordancia porque presentándose positiva la reacción, los exámenes clínicos

eran negativos, proseguí el estudio en asocio de un especialista de órganos de los sentidos y en la mitad de ese porcentaje llegué a encontrar el foco leproso oculto generalmente en lo más profundo de las fosas nasales, en forma de un pequeño nódulo o de una al parecer insignificante solución de continuidad.

Mas comoquiera que esos 900 exámenes serológicos fueron practicados en un mismo laboratorio y a base de un mismo antígeno, quise llevar más adelante mis observaciones buscando siempre el concepto verdadero del valor real de la reacción Lleras.

En efecto: partiendo de un cultivo que en medio de Loewenstein primitivamente y en el de Petragrani más tarde, logró obtener el distinguido bacteriólogo Dr. José J. Escobar en su laboratorio particular de Cali, después de mil intentonas fracasadas, de un bacilo ácido-resistente morfológica y tintorialmente semejante al de Hansen por siembra de sangre de un leproso abierto en estado de reacción febril, se fabricó un antígeno metílico que puesto en contacto con 100 sueros obtenidos en los medios leprógenos del Cauca, dio también una reacción acorde con la clínica en 93 casos. Son de advertir para la interpretación de los resultados los siguientes puntos:

Primero.—Que los diagnósticos clínico y bacteriológico hechos por mí no fueron conocidos del Dr. Escobar hasta después de haber practicado e interpretado las reacciones, quitando de esta manera toda sugestión posible en orden a falsear los resultados.

Segundo.—Que el cultivo obtenido por el doctor Escobar es de un bacilo ácido-resistente que no sabemos si sea el de Hansen, pero logrado por siembra de sangre de enfermo en estado de verdadera septicemia, reacción febril conocida en nuestros medios leprógenos con el nombre de "la nerviosa".

Tercero.—Que en el mismo laboratorio y con el mismo antígeno han sido tratados 800 sueros procedentes de individuos no sospechosos que solicitaban otras reacciones, y que solamente en uno de ellos el Lleras fue positivo. Intrigado por este resultado que no esperaba, el Dr. Escobar localizó el donante y logró averiguar que había convivido largos años con un caso de lepra abierta. Este resultado tiene un valor innegable por cuanto es diametralmente opuesto al que obtuvo el distinguido bacteriólogo Dr. A. Afanador Salgar, quien encontró una positividad de 27% en sueros de mujeres no sospechosas asiladas en las salas de maternidad, y

Cuarto.—Que entre los sueros examinados había algunos procedentes de casos contenidos, impropriamente llamados toda-

vía curados sociales, que han estado sometidos por mí en los últimos meses a un tratamiento que varía entre 60 y 100 c. c. de ésteres etílicos de chaulmoogra, a pesar de lo cual el resultado fue negativo en 6 de ellos y solamente positivo en dos, precisamente aquellos en los cuales el tratamiento ha sido menos continuo. Esta observación es importante por cuanto entre las críticas hechas por el bacteriólogo Dr. Afanador Salgar a la reacción Lleras, figura la de que el tratamiento reciente por el chaulmoogra falsea los resultados serológicos, haciendo positiva la reacción.

Las 100 últimas reacciones sobre los sueros del Cauca fueron practicadas con antígenos diversos y en dos laboratorios: el nacional de investigación y el del Dr. Escobar, y sobre individuos que tenían las siguientes características:

8 casos cerrados que dieron 6 reacciones negativas y 2 positivas;

39 parientes de leprosos con quienes han convivido largo tiempo y que dieron 31 resultados negativos y 8 positivos;

41 parientes de leproso con quien no han convivido y que arrojaron 40 resultados negativos y 1 positivo;

6 particulares sin antecedentes familiares ni de contacto, todos negativos, y

6 casos abiertos de los cuales 1 resultó con Lleras negativo.

En el continuo ajetreo con enfermos he podido observar que de cada 100 casos abiertos comprobados hay generalmente 3 que arrojan un resultado serológico negativo, descartados siempre todos los posibles errores de técnica. El 7% restante de reacciones que por término medio suelen presentarse en desacuerdo con la clínica, se verifica en individuos clínicamente negativos con un Lleras positivo débil, pero como anteriormente lo indiqué profundizando entonces el estudio se llega en muchos de ellos a descubrir el pequeño foco que había pasado inadvertido en los primeros exámenes.

La constancia sostenida de paralelismo entre los resultados clínico y serológico que se desprende de estas observaciones, me ha conducido a admitir el valor real de la reacción Lleras como aporte valioso al en veces oscuro capítulo del diagnóstico de la infección hanseniana.

Junio de 1938.

Mario BERNAL LONDOÑO

Consideraciones Alrededor de un Foco Leprógeno

Habiendo tenido ocasión de estudiar detenidamente el problema de la lepra en el Cauca, quiero poner de relieve las condiciones generales en que se halla situado el único gran foco leprógeno de ese departamento que abarca una no extensa área de 25 kilómetros cuadrados, en la cual está comprendida geográficamente una gran parte de los municipios de Popayán, Sotará y El Tambo, y la totalidad del municipio de Timbío.

Topográficamente este conjunto corresponde a una clasificación de tipo medio: son tierras que oscilan entre los 1.000 y los 2.000 metros sobre el nivel del mar, ligeramente onduladas, provistas de abundante irrigación natural, completamente abiertas al cultivo pero marcadamente estériles.

Aunque no hay datos científicos sobre el grado de humedad atmosférica, ésta puede considerarse elevada si se observa la capa de moho que cubre en pocos días los objetos que no están en contacto directo con el suelo.

Nunca el calor llega a imponer el cambio del vestido de paño por el blanco de las tierras bajas, ni el frío a acosar por la protección de un abrigo necesario en las alturas, pero a pesar de ello se observan frecuentemente bruscos cambios de temperatura.

Haciendo caso omiso de largos inviernos generales, las lluvias son abundantes y frecuentes y suelen venir acompañadas de una acumulación de electricidad atmosférica que da lugar a grandes tempestades.

Si exceptuamos una pequeña parte de habitantes en la ciudad de Popayán, vástagos sin mezcla de la raza blanca, toda la población restante de la comarca que describo es mestiza, injerto aclimatado de blanco en india, de costumbres uniformes y estacionarias, sin refinamientos ni miseria, el tipo de la vida rutinaria propio de los pueblos sin emigración ni inmigración.

Todos los campesinos son agricultores pues no existen minas en explotación ni empresas diferentes de dónde derivar la sub-

sistencia y como cultivos van escalonados el café, la yuca y el maíz, el plátano y la caña de azúcar. La alimentación es la común a todas las regiones de clima igual en nuestro suelo; hay un consumo fuerte de aguardientes, y en los parajes de mayor temperatura el guarapo es compañero inseparable de la faena agrícola.

Concretándonos ahora a Timbío, corazón actual de este foco de lepra, no estarán fuera de lugar algunas consideraciones que pongan en evidencia el factor contagio, innegable hoy para todos los que hayan trasegado pacientemente por los tortuosos senderos de la enfermedad de Lázaro.

Ocupado durante la conquista por una rama de los indios *pubeneses* bajo la dependencia del supremo *yasguén* que desde el valle de Pubenza dominaba la confederación de las tribus aledañas, el actual territorio de Timbío es patrimonio de los descendientes de aquellos pobladores que en sus innumerables cruzamientos con los blancos llegaron a formar la subdivisión racial de los mestizos. Este doble origen nos explica las características de los actuales timbianos. De estatuta pequeña y piel cetrina, sus rasgos fisonómicos acusan más el predominio del elemento blanco, al paso que en sus relaciones sociales despliegan la indolencia y la malicia subconscientes que heredaron de los aborígenes. Diseminados en toda la extensión del municipio, cada familia tiene su pequeña heredad que cultiva para atender a las necesidades presentes, sin pensar mucho en los halagos de un porvenir mejor. Pequeñas plantaciones de plátano y maíz, un potrero de pasto natural y algunas vacas y en medio la mal plantada choza en donde se hacina la familia, constituyen el cuadro típico de la heredad campesina. Y por contera y remate, como algo inherente al hogar mismo, el mastín sucio y descarnado y el caballo trotón que lleva hasta el mercado los pequeños productos de la granja.

Allí se ven escalonadas a lo largo de todos los senderos las habitaciones casi siempre pajizas del montañés timbiano. El riego abundante con que la naturaleza dotó su territorio y el trabajo paciente de sus hijos, compensan en parte la calidad deficiente de las tierras de labor.

La raza negra que hacia el norte y el sur forma los dos grandes conglomerados camitas del departamento—Puerto Tejada y Patía—está ausente del centro, y en este municipio sólo se encuentran raras excepciones.

Aquí ningún enfermo cree que la lepra sea contagiosa. Para casi todos es de "generación espontánea" aparecida, si mucho, para algunos, como consecuencia tan sólo de calaveradas o des-

manes indeterminados. Esta creencia ha engendrado la filosofía estoica y absurda que permite la continuidad del contagio en las familias. Casas hay que han visto desfilar para Agua de Dios tres y cuatro enfermos, y una en que ese número ha subido a seis.

Consultando las tradiciones orales de los viejos del pueblo y los escasos documentos que a este respecto se conservan, he llegado a saber que hasta hace cincuenta años no se conocía en el municipio el flagelo de la lepra. Fue para esa época cuando un individuo de nombre Salvador Estela, oriundo de Timbío pero domiciliado desde hacía largos años en Dolores, regresó a su pueblo con la enfermedad para recluirse en un rancho que hoy no existe, en donde vivió todo el resto de sus días atendido por la caridad pública. Años después se presentó el segundo caso en un individuo de la población que fue a morir a Agua de Dios. De su misma casa salieron más tarde para aquel lugar dos de sus hermanos, y la calle en donde vivía, llamada de Belén, es la que con el tiempo ha visto aparecer un mayor número de casos de lepra.

De entonces acá, en el decurso de los treinta últimos años, Timbío ha visto desfilar por la melancólica ruta una larga teoría de 37 enfermos de los cuales 8 han muerto ya en las soleadas mansiones de Agua de Dios. Los 29 restantes bajo la vigilancia de las campañas higiénicas, están repartidos así: 6 casos contenidos que viven en el municipio y 23 casos abiertos asilados en el leprosorio.

Qué espejo podría reflejar mejor que éste la escueta verdad de la doctrina contagionista, ya que en el ejemplo propuesto ni las condiciones étnicas y sociales ni las meteorológicas y físicas han variado en el transcurso de los últimos veinte lustros cuya primera mitad desconoció por completo el terrible flagelo?

Por las anotaciones que anteceden considero de gran importancia las exposiciones orales o escritas que aduzcan argumentos probatorios de la doctrina contagionista con el objeto de neutralizar, siquiera en parte, la nefasta influencia que en nuestros medios leprógenos (enfermos, contactos y parientes) han ejercido publicaciones y conferencias en que se ataca dicho principio, permitiendo así la continuidad del flagelo, ya que ese denso material humano, dejándose llevar de un fatalismo casi musulmán y en todo caso cómodo, va cayendo en las garras de la lepra que se hubiera librado ciertamente con ordenadas medidas de protección higiénica.

Junio de 1938.

Mario BERNAL LONDOÑO

Informe sobre Lazaretos

Señor Director Nacional de Higiene.—Bogotá.

Habiendo ejercido el cargo de Médico-Director del Lazareto de Agua de Dios desde el mes de junio de 1936, por designación obligante de esa Dirección, y habiendo visitado con ese mismo carácter casi todos los Dispensarios Antileprosos y las Unidades Sanitarias y las Comisiones Sanitarias Rurales de los lugares donde ellas tienen que ejercer control en la campaña antileprosa que se viene adelantando en el país, rindo a Ud. mi informe final, en el cual quiero que conste el balance correspondiente a la labor realizada durante este período, así como también la manera como se ha enfocado el problema de la lepra, y la forma como en mi concepto puede resolverse dicho problema.

La situación de hecho que encontré a mi llegada al Lazareto se refleja en la siguiente organización de trabajo: dualidad directiva con dos jefes para una misma entidad, uno con funciones científicas y otro con atribuciones administrativas; predominio de la gestión administrativa sobre la científica; escasez de unidades en el personal que atendía los servicios científicos; remuneraciones irrisorias para todo el personal; rendimiento reducido en los tratamientos de fondo, como se deduce de las cantidades de medicación solicitada entonces al Laboratorio Nacional de Higiene Samper Martínez (veinticinco mil centímetro cúbicos de ésteres etílicos de chaulmoogra y de aceite de chaulmoogra, en conjunto); funcionamiento de un pequeño laboratorio químico y bacteriológico cuyas actividades se concretaban a exámenes de orina para buscar albúmina, acetona y glucosa y a simples exámenes microscópicos para buscar el *myco-bacterium leprae* en la linfa y en el moco; funcionamiento de un laboratorio de fisioterapia con un equipo aceptable; y finalmente una distribución del trabajo científico a modo de jornal—siete horas diarias—sin ma-

yor preocupación del carácter profesional de los médicos ni de la naturaleza del trabajo.

Con una situación de esta naturaleza necesariamente había una limitación inconveniente en las diferentes actividades del lazareto, que desde luego repercutía sobre la eficiencia de la campaña de higiene correspondiente. Por eso al iniciar las funciones de Médico-Jefe, que en esa condición me correspondió actuar al principio, solicité insistentemente la unidad directiva y las autorizaciones del caso para orientar en forma distinta la organización establecida. De allí que al dejar el lazareto para encargarme de visitar los Dispensarios Antileprosos quedó establecida la dirección única a cargo de un Médico-Director, aumentado el personal del servicio científico, especialmente y en forma considerable el correspondiente al cuerpo médico, y los demás servicios en condiciones de dar un rendimiento, que si no era el máximo, al menos dejaban la impresión de su eficiencia, como podría constatarse en los de los tratamientos de fondo, que de veinticinco mil centímetros cúbicos de medicamentos, suponiendo que toda la cantidad solicitada al Laboratorio Nacional de Higiene se inyectase, alcanzaron a inyectarse hasta sesenta y tres mil centímetros cúbicos, en cifras redondas, de ésteres etílicos y aceite de chaulmoogra. Así mismo quedaron huellas notorias de esta eficiencia en los diversos trabajos de laboratorio, tanto en los de carácter rutinario como en los de investigación y en los registros de bajas por concepto de curación social, en los cuales se llegaron a registrar durante el año 285 bajas, rigurosamente controladas, número al que no se había alcanzado en ninguno de los años anteriores desde que viene funcionando el Lazareto.

Quiero detenerme un poco al mencionar el laboratorio de química y bacteriología porque me mereció una atención preferente, no sólo en su parte material sino también en su desarrollo científico. Efectivamente de los simples exámenes microscópicos para buscar el bacilo de la lepra en la linfa y el moco y de sencillos análisis de orina para buscar albúmina, glucosa y acetona se pasó a trabajos de mayor relieve y aun se llegaron a realizar trabajos fundamentales, que al completarlos serán de trascendencia en la leprología contemporánea. Entre los primeros se cuentan: la siembra y cultivo del *myco-bacterium leprae* siguiendo la técnica del profesor Lleras; la preparación de antígenos para reacciones de desviación complementaria; la ejecución de la reacción Lleras; la práctica de la reacción de Kahn; el estudio de algunos sueros remitidos al Lazareto en vía de propaganda comercial (sueros curativos); el control pormenorizado sobre el

curso y la marcha de la enfermedad en los casos interesantes del Lazareto; la comprobación evidente de los estudios de nuestro lamentado profesor Federico Lleras Acosta sobre cultivo de un bacilo ácido-resistente, que muy posiblemente es el myco-bacterium leprae y sobre el más fundamental aún de la desviación complementaria en sueros leproso con antígenos metílicos de su propio cultivo, etc.; y entre los segundos pueden citarse: la investigación aunque incompleta de las posibles faces de no ácido-resistencia del myco-bacterium leprae; los estudios y conclusiones relativos al síndrome muy frecuente en los lazaretos, conocido con el nombre de "acetonuria"; las observaciones controladas sobre la dermo-reacción con la leprolina Lleras; y los estudios iniciales en la anatomía patológica de la lepra, camino por el cual apenas empezamos a trajar en nuestro ambiente. Todos estos estudios y trabajos fueron realizados por unidades prestantes del cuerpo médico del lazareto, a quienes el país, y en especial el Departamento Nacional de Higiene les debe gratitud y reconocimiento.

Durante este tiempo se organizaron también y se les dio vida a las juntas generales del cuerpo médico, encauzadas especialmente a estudiar, observar y discutir los casos difíciles que en el curso de la semana se le presentaran a cada uno de los médicos y a estudiar y discutir los detalles referentes a la organización y buena marcha del lazareto. De estas juntas, cuyas actas deben reposar en los archivos del lazareto, resultaron iniciativas de interés científico, que recogidas después y desarrolladas sirvieron de base a algunos de los trabajos de fondo llevados a término, y a un buen número de las disposiciones reglamentarias de la institución.

A los servicios de especialización se les dio cierto auge consiguiéndoles mayor número y mejores dotaciones: así los laboratorios de fisioterapia fueron auxiliares constantes y eficaces en los tratamientos accesorios, y la clínica de órganos de los sentidos pasó de su funcionamiento accidental (quince días cada dos meses) a un funcionamiento permanente. La razón primordial para haber solicitado el funcionamiento permanente de esta clínica fue la de haber encontrado pequeñas lesiones nasales (lepromas y ulceraciones) a personas que esperaban ya su correspondiente carnet de curación social después de haber pasado el quinto y último examen de observación en junta médica con resultados clínicos y bacteriológicos hasta entonces satisfactorios. Pero como en estos casos se obtenía insistentemente reacción Lleras francamente positiva se resolvió aplazar la expedición de

los carnets y someter al personal a exámenes clínicos del especialista. Entonces se pudo constatar que en los cornetes superiores o en las paredes internas de las fosas nasales había ulceraciones o pequeños lepromas, y que al hacer frotos con material extraído de ellos se obtenían resultados positivos. Este hecho me ha llevado al convencimiento de que el especialista de órganos de los sentidos en los lazaretos es indispensable, no tanto para la atención médica de los enfermos sino para el control del personal en observación.

Todas estas iniciativas constituyen ciertamente un aporte muy escaso en comparación a lo mucho que hay por realizar en estudios y problemas de tanta trascendencia y magnitud; pero al fin y al cabo constituyen bases fundamentales para los trabajos posteriores. Por eso me permito insinuar comedidamente a esa Dirección que no se vaya a dejar apagar esa hoguera de inquietudes mentales sino que al contrario se estimule y fomente para poder obtener resultados halagadores y francamente satisfactorios.

En cuanto hace a la parte material del lazareto muy poco o casi nada fue lo que se adelantó entonces, limitándose las actividades en este sector a la ampliación de uno de los hospitales y a pequeñas mejoras en los demás. Durante todo el tiempo que tuve la dirección de Agua de Dios no hice mayor empeño para fomentar la construcción de hospitales o de viviendas para enfermos, a pesar de las crisis que diariamente se presentaban, porque siempre he creído y sigo creyendo que es un error la organización actual de colonias-lazaretos entre nosotros y que la mejor manera de afrontar el problema del aislamiento de los enfermos de lepra es la construcción de sanatorios a base de habitaciones individuales, en los cuales haya de atenderse a todos los menesteres y necesidades de los enfermos. De esta manera se terminaría con el fantasma de las relaciones oficiales y de hecho con la circulación de moneda, de cualquier clase que ella sea, entre el personal enfermo, fuente inexhausta ésta de las diferentes especulaciones que han venido entorpeciendo el funcionamiento corriente de los lazaretos y que necesariamente han repercutido sobre la organización científica de los mismos.

Sobre el particular elaboré un plan de organización que en el mes de septiembre de 1936 presenté personalmente al señor Jefe de la Sección Tercera de ese Departamento, cuyos puntos generales pueden condensarse así: construcción de un sanatorio único con capacidad para cinco mil enfermos, sea en la zona aislada de Agua de Dios o en cualquier otro sitio que se escogiera

al efecto, con veinte pabellones de viviendas individuales y con una capacidad cada uno de ellos para alojar doscientos cincuenta enfermos. De acuerdo con los proyectos y estudios realizados por la Sección de Ingeniería del Departamento cada pabellón de estos tendría en comunidad el consultorio médico, la sala de curaciones, sala de enfermería, comedor y cocina, un campo de deporte, salón de gimnasia y sala de biblioteca, y su costo de construcción en estas condiciones fue presupuestado entonces, para hacerlo en la zona de Agua de Dios, en la suma de cien mil pesos. Total de costo por este concepto, dos millones de pesos. Por otra parte construcción de dos hospitales, uno para hombres y otro para mujeres, destinados a alojar el personal que por las condiciones especiales de su enfermedad, caquexia, incapacidad física, etc., tuviesen necesidad de los servicios hospitalarios. Construcción también de un pabellón en condiciones semejantes a los anteriores, destinado a alojar el personal que después de haber recibido el tratamiento del caso se haya clasificado como personal en observación de la junta médica antes de extenderle el correspondiente carnet de curación social. Construcción de un pabellón de cuarentena para el personal remitido al aislamiento, a quien sin embargo no se le haya podido confirmar el diagnóstico de la lepra. Construcción de un pabellón de desinfección con equipo adecuado. Y construcción de un pabellón destinado a los servicios de comisariato y proveeduría general del sanatorio.

El costo de estos últimos servicios no ha sido calculado por entidad capacitada para ello; pero quizás no sería muy aventurado presupuestar para ellos y para las edificaciones destinadas al alojamiento del personal científico y administrativo y para los equipos respectivos de unos y otros, la cantidad de un millón de pesos. De suerte que al tomar una decisión en este sentido, necesitaría el Departamento de Higiene un presupuesto adicional de tres millones de pesos, aproximadamente, que bien podría distribuirse en tres vigencias fiscales distintas.

Como al realizar una organización en esta forma se permitiría de hecho la promiscuidad de sexos sería necesario la construcción de una sala-cuna, como complemento indispensable, para alojar a los niños recién nacidos, hijos de padres enfermos.

Organizando en esta forma o en otra similar servicios vivos de aislamiento e intensificando la campaña antileprosa que se viene haciendo en los dispensarios, en las Unidades Sanitarias, y por los médicos visitadores, creo que en el transcurso de veinte años se haya reducido considerablemente el número de leprosos en el país y que se haya resuelto, por lo tanto, en forma satisfac-

toria la parte más seria y más grave de este problema de higiene.

De acuerdo con los cálculos elaborados personalmente, teniendo en cuenta el movimiento de los lazaretos y la intensidad de la campaña fuera de ellos del año de 1936, época en la que se principió una campaña seria, para adelante, puede estimarse que en el país y que se haya resuelto, por tanto, en forma satisfactoria aproximadamente y en números redondos. Efectivamente aislados en los diversos lazaretos existían el 31 de diciembre de 1937, 7.600 leprosos: y el número de enfermos abiertos recogidos de agosto de 1936 a julio de 1937 por los médicos visitantes, los Dispensarios Antileprosos, las Unidades Sanitarias, las Comisiones Sanitarias Rurales, y los médicos particulares, y que fueron remitidos a los lazaretos, alcanzó en cifras redondas a 750 enfermos. De esta suerte, y descartando la disminución progresiva en el número de casos nuevos, esto es aceptando este número como promedio anual, a vuelta de diez años se habrán aislado 7.500 enfermos nuevos, que sumados a los 7.600 aislados ahora dan un total de 15.100 casos abiertos o infectantes. Por otra parte es muy posible que en el curso de diez años se hayan recogido todos los casos abiertos existentes y los que aparecieran durante el mismo tiempo; pero para mayor aproximación podría dejarse un margen de seguridad de 900 casos, con los cuales se completarían los diez y seis mil calculados.

De otra parte se tiene actualmente en los tres lazaretos el siguiente promedio de bajas por año; por defunción 300 casos; por concepto de curación social, 250 casos; de modo que en el curso de diez años se habrán obtenido 3.000 y 2.500 bajas respectivamente, o sean 5.500 en total; y a la vuelta de veinte años, que es el tiempo por el cual hemos enfocado el problema, las bajas aproximadas por estos dos conceptos, alcanzarían a 11.000 casos, que deducidos de los 16.000 que se han calculado como casos abiertos existentes, dejaría un saldo para ese tiempo de sólo 5.000 enfermos aislados. Este número representaría ya un porcentaje bastante bajo de infección leprosa, y permitiría, además, un control mucho más eficaz, que haría viable la solución definitiva del problema.

Podrían objetarse estos cálculos de cierto optimismo porque en ellos no se ha tomado en consideración el personal reinfectado que regresa a los lazaretos como casos recidivantes después de haber salido con carnet de curación social, ni se tiene en cuenta el personal que necesariamente habría de resultar enfermo en el transcurso de los diez últimos años computados. Sin embargo a estas objeciones se opondrían con ventaja las siguientes observa-

ciones: el número de bajas tanto por curación social como por defunción se han computado sobre los datos estadísticos actuales, es decir sobre la base de 7.600 enfermos aislados cuando ellos irían aumentando progresivamente hasta llegar a un máximo para empezar luego la curva de descenso. Por otra parte al intensificar la campaña, después de cierto tiempo, la mayoría de los enfermos aislados correspondería a casos incipientes, en los cuales los tratamientos obrarían mejor, ocasionando por consiguiente un mayor número de bajas por concepto de curación social, en proporción a las obtenidas actualmente. Además el número de casos abiertos nuevos se ha calculado igual para todos los años siendo así que él ha de ir disminuyendo gradualmente de acuerdo con la intensidad de la campaña. Por todas estas razones considero que los datos anteriores no andan lejos de una realidad estadística y que corresponderían con éxito a los trabajos que se adelantasen al respecto.

Respecto a la forma de sanatorios prefiero para el país la de sanatorio único, o de centralización de enfermos, a la forma de estaciones regionales, en primer lugar por razones de orden simplemente económico, y luego porque es casi seguro que al determinar los lugares para las respectivas estaciones sanitarias, se opondría una serie de dificultades por parte de las regiones llamadas a perjuicio que llegaría a imposibilitar el desarrollo de un plan técnico y científico, y a dilatar por consiguiente la solución de uno de nuestros más arraigados problemas de higiene.

Al considerar las construcciones para los servicios de un posible sanatorio hacía referencia a la de una sala-cuna, destinada a alojamiento de los niños recién nacidos, hijos de padres enfermos. Pero dicha medida creo que podría considerarse con carácter transitorio porque al enfocar la campaña en forma técnica sería indispensable adquirir el instrumento legal que permitiera la limitación de la natalidad entre el personal enfermo de lepra, tal como se viene realizando entre el personal tarado en países de una cultura mucho más avanzada que la nuestra. Porque no es posible que se quiera resolver un problema de higiene de tanta monta y cuidado conservando el semillero vivo dentro de los propios lugares de aislamiento. La promiscuidad de sexos en estos sitios en condiciones y capacidad biológica para la procreación dejaría pendiente una incógnita, que dentro de los conocimientos dejaría pendiente una incógnita, que dentro de los conocimientos actuales no sería posible despejar, y constituiría, además, un hecho inútilmente gravoso para el fisco por cuanto el Estado tendría que atender necesariamente a los cuidados que demandasen los niños, hijos de enfermos leproso, a quienes se debe aislar de

sus padres inmediatamente después del nacimiento.

Otro problema serio que se presenta en los lugares de aislamiento y cuya solución debería irse buscando cuanto antes, es el de la desocupación. Durante el tiempo que estuvo a mi cuidado la dirección de Agua de Dios solicité a ese Departamento la instalación de algunas pequeñas fábricas industriales en dicho lazareto, tales como fábricas de calzado, de muebles, etc., a fin de facilitarles ocupación a los enfermos, teniendo en cuenta que los productos se consumirían en el mismo lazareto. Consideraba entonces, y esto es una realidad evidente, que de esta manera no sólo se utilizarían las actividades ociosas del personal enfermo, que en la actualidad hace una vida de "pequeño rentado", sino que se distraería la imaginación desocupada de un buen número de ellos, evitándose así muchos de los conflictos que por esta causa se presentan diariamente en los lazaretos.

De hecho al establecer una organización de esta naturaleza el trabajo sería remunerado. Pero ello no vendría a desvirtuar la supresión de la circulación de moneda en los lugares de aislamiento. Bastaría organizar un servicio de Caja de Ahorros en cualquiera de los bancos nacionales para depositarle a cada uno en cuenta particular el valor de sus jornales, los cuales quedarían a la orden del interesado para cuando reciba el respectivo carnet de curación social, o el certificado de no contagiosidad; o a la orden del familiar que el mismo interesado indique. Con un halago de esta naturaleza es muy posible que se avive entre los enfermos el deseo de salir en calidad de personas no peligrosas para vivir en sociedad y que se estimule, por lo tanto, la intensidad de los tratamientos.

La campaña antileprosa fuera de los lazaretos está al cuidado de los Dispensarios Antileprosos, de los Médicos visitantes, de las Unidades Sanitarias, y de las Comisiones Sanitarias Rurales. La forma y manera como vienen funcionando estas entidades en sus labores pertinentes está consignada en mis informes periódicos anteriores. Sin embargo quiero destacar en este informe mi concepto global al respecto para que si esa Dirección lo estima conveniente le imprima una nueva orientación a esta campaña.

Verdaderos Dispensarios Antileprosos sólo funcionan actualmente en Bogotá, Manizales, Cali, Popayán y Guateque. En las demás partes del país la campaña está a cargo de las Unidades Sanitarias o de las Comisiones Sanitarias Rurales, bajo el cuidado exclusiva en la casi totalidad de ellas del respectivo Médico-Director. Esta circunstancia la hace deficiente en aquellos luga-

res donde no existe el Dispensario, que en el país son la mayoría, porque la naturaleza y la cantidad del trabajo de los Directores de las Unidades y de las Comisiones Sanitarias Rurales reclaman su atención preferente para asuntos de muy diversa índole, relacionados especialmente con la organización general de la entidad, tales como selección del personal subalterno, distribución de trabajo, consultas para el público, y hasta gestiones fiscales encauzadas a buscar fórmulas que permitan al municipio servir el respectivo contrato con el Departamento Nacional de Higiene.

Por otra parte, como esta clase de actividades desconectan al profesional de la parte esencial de la Medicina, sobre todo en lo que respecta a la leprología, no sería raro que los dictámenes, conceptos y apreciaciones que en tales circunstancias se emitan en el ramo, pudieran carecer del margen de seguridad indispensable en asuntos tan delicados como estos. Efectivamente a este respecto he tenido ocasión de constatar algunos casos, en los cuales se han remitido al lazareto personas que ni clínica, ni bacteriológicamente presentaban síntoma alguno de lepra; y otros en cambio que se estaban atendiendo como casos cerrados cuando presentaban lepromas abundantes, y por consiguiente abundantes bacilos en la linfa; es decir cuando eran casos excesivamente abiertos, y por lo tanto peligrosos para permitirles la convivencia en sociedad con personal sano.

Aunque en estas funciones las Unidades Sanitarias y las Comisiones Sanitarias Rurales deberían hallarse en conexión con los Médicos Visitadores, es lo cierto que ella no existe en la mayoría de los casos, y cuando por alguna circunstancia la hay, tiene—salvo raras excepciones—un carácter eventual o de mero accidente. Tanta desconexión existe que en muchos casos uno de los funcionarios desconoce totalmente los trabajos que el otro viene realizando o ha realizado en la localidad de su jurisdicción; y no constituye un caso raro el hecho de que una Unidad Sanitaria o una Comisión Sanitaria Rural desconozca absolutamente el personal que desde el punto de vista de la campaña antileprosa debe controlar, ignorando asimismo la naturaleza del control que ha de ejercer, sea como casos cerrados, como curados sociales, o como personal que se encuentra pasando su período de observación fuera de los lazaretos, de acuerdo con la Resolución 87 de 1935. Es evidente que el carácter ambulatorio de los Médicos Visitadores no les permitiría atender a todas las consultas y casos que se presentaran a dichas entidades; pero sí debería estimularse un mayor acercamiento, con intercambio de ideas, a fin de coordinar trabajos.

En otros casos, al contrario, pude constatar personal en tratamiento antileproso, por orden del Médico Visitador, sin historia clínica ni antecedentes que justificaran o que al menos orientasen el motivo del tratamiento. En algunos de ellos encontré como único vestigio que habían resultado con reacción Lleras positiva sin ningún otro dato que pusiera en claro tal determinación. No entro a detallar entidades sobre estos particulares porque ya lo he hecho en mis informes anteriores y en la información verbal dada al señor Jefe de la Sección Tercera de ese Departamento.

Estos detalles me han hecho llegar a la conclusión de que la verdadera campaña antileprosa fuera de los lazaretos se está realizando únicamente en los departamentos de Nariño, Cauca, Valle del Cauca, Caldas y Cundinamarca; esto es en los lugares donde funcionan los Dispensarios Antileprosos. Es cierto que en el departamento de Nariño no funciona propiamente Dispensario; pero el Médico Visitador le ha dado a su trabajo una organización excelente que le permite atender a toda la campaña, así en lo correspondiente a exámenes médicos como al control y al tratamiento del personal que lo necesita. Aunque este rendimiento, que implica un recargo de trabajo, obedece al interés personal que tiene el interesado por estar escribiendo una monografía sobre la materia, quiero dejar constancia de la gran capacidad de trabajo que tiene este funcionario. En cuanto hace al departamento de Caldas me refiero por simple analogía porque no tuve oportunidad de visitar las dependencias de este Dispensario. Y del departamento de Antioquia nada puedo decir al respecto por cuanto en este particular se halla desconectado del Departamento Nacional de Higiene en su sección respectiva.

Los datos que anteceden dan base suficiente para considerar que la campaña antileprosa fuera de los lazaretos debe realizarse por Dispensarios Antileprosos en coordinación con los Médicos Visitadores. Por eso creo que debe procederse a fundarlos en los departamentos donde aún no existen, especialmente en aquellos donde el problema es más agudo como en los dos Santanderes; y en Boyacá, donde por la cantidad de enfermos y por la extensión de su territorio, se hace indispensable la creación de otro más, distinto del de Guateque, que funcione al norte del departamento. En este sentido presenté a esa Dirección un proyecto con las especificaciones y divisiones que a mi juicio se necesitan y que consideré pertinentes. Por supuesto que la fundación de Dispensarios requiere la preparación de personal para que se atiendan convenientemente esos servicios, porque tan inútil sería un Dis-

dispensario mal servido como la más descuidada Comisión Rural.

Un punto sobre el cual me permito llamar la atención de esa Dirección es el referente a las instrucciones de carácter científico que se impartan al personal que trabaja en la campaña antileprosa a fin de que ellas se ajusten siempre a los conceptos contemporáneos sobre la materia. Así, por ejemplo, en todos los lugares visitados encontré la siguiente instrucción sobre interpretación de la reacción Lleras: "Si la reacción de Lleras fuere positiva y el caso no presentare ningún signo clínico ni bacteriológico se le debe inscribir en el Dispensario como caso sospechoso de lepra y someterlo a tratamiento hasta que la reacción de Lleras, hecha cada tres meses, dé resultado negativo". Ciertamente la reacción Lleras tiene un gran valor como elemento de diagnóstico en la lepra, y entre las reacciones de desviación complementaria es la que da un mayor margen de seguridad, en mi concepto; pero al interpretarla en esta forma se incurriría en el grave error de anteponer una reacción de desviación complementaria, sin descontar siquiera los posibles errores del laboratorio, a los datos que está suministrando la clínica; o en otros términos ello equivaldría a darle una primacía absoluta a los resultados serológicos sobre la clínica y los demás datos de laboratorio. Si no hay síntoma alguno clínico o bacteriológico que justifique la positividad de la reacción lo indicado sería repetirla las veces que fuere necesario tomando nuevas muestras de sangre con las precauciones del caso a fin de evitar los posibles errores de técnica o de contaminación. Al realizar la campaña en esta forma indudablemente que resultará relativamente fácil y hasta económica, pues para determinar los casos cerrados—que no otra cosa pasarían a ser los considerados en la instrucción transcrita—bastaría con diseminar enfermeros por todo el país para que tomaran muestras de sangre y las remitieran al Laboratorio Federico Lleras Acosta. En estas condiciones el propio laboratorio se encargaría de hacer la clasificación respectiva de acuerdo con los resultados obtenidos.

Antes de finalizar quiero transcribir el memorándum que pasé a esa Dirección en mi informe de 16 de diciembre pasado porque todavía persisten los inconvenientes anotados en él, los cuales entraban en el desarrollo metódico y eficaz de esta campaña:

.....
.....
.....
Como resumen del presente informe se pueden sacar las siguientes conclusiones, que respetuosamente entrego a la consideración de esa Dirección:

I.—Organizar el aislamiento de los enfermos de lepra en sanatorios en vez de continuarlo en la forma actual de colonias-lazaretos.

II.—Centralizar los enfermos de lepra nuevos que resulten en el país como casos abiertos y los que actualmente se encuentran aislados, en condiciones favorables para su tratamiento, en un solo sanatorio; y esperar que los actuales lazaretos se eliminen por consunción.

III.—Establecer cuanto antes en los lugares de aislamiento de enfermos pequeñas fábricas industriales que faciliten ocupación al personal aislado.

IV.—Establecer un servicio de Caja de Ahorros con cuentas individuales para depositar en ella el dinero que hayan de percibir los enfermos aislados, por cualquier concepto, como jornales, donaciones, etc.

V.—Organizar una campaña antileprosa general fuera de los lazaretos por intermedio de Dispensarios antileprosos y Médicos Visitadores, que trabajen en cooperación mutua.

VI.—Preparar el personal técnico y científico que haya de atender la campaña antileprosa, tanto en los lazaretos como fuera de ellos, a fin de que se presten los servicios del caso en forma conveniente y eficaz.

VII.—Organizar un servicio técnico y científico central que se encargue de orientar la campaña en forma viva y de acordar las instrucciones que sobre la materia se impartan al personal subalterno a fin de que ellas se ajusten siempre a los conceptos contemporáneos sobre el particular.

Debo rendir aquí un fervoroso y cordial homenaje a la memoria del profesor Federico Lleras Acosta, cuyas enseñanzas saturadas siempre de algún concepto nuevo, de optimismo y de cordialidad, y sin emulación ni recelo, clarificaron nuestro entusiasmo a través de una labor exquisita, que ha dejado en mi ánimo los más agradables recuerdos. A una de sus generosas iniciativas debo el haber actuado en los cargos que ahora dejo y a su cooperación decidida y entusiasta los éxitos que en el desempeño de ellos hubiera podido alcanzar. Sobre sus trabajos recientes

quiero dejar constancia de que son ellos de tan pura ley que el tiempo sólo logrará aquilatar su valor porque no es posible que un trabajo esencialmente experimental, basado en varios millares de observaciones, se desquicie por simples sugerencias sin respaldo científico o por desafecto personal. De ello podemos dar testimonio con las comprobaciones verificadas en el propio lazareto.

Me resta ahora presentar a esa Dirección y al señor Jefe de la Sección Tercera mi reconocimiento por la permanente colaboración en las delicadas funciones que me ha correspondido desempeñar, y mi cordial agradecimiento por las señaladas muestras de confianza que se me han otorgado.

Con sentimientos de distinguida consideración y aprecio me suscribo del señor Director como servidor muy atento,

Pastor VELASCO T.

Notas sobre Apendicitis Aguda

Hacer un buen diagnóstico, y tener el valor de la responsabilidad operando precozmente los enfermos, en los cuales después de minucioso examen se cree o se tiene certeza de una apendicitis aguda, es uno de los méritos de todo buen cirujano. Sin duda tendrá que luchar contra todo, la familia, el enfermo y los allegados, pero si triunfa y vence logrará éxitos y salvará vidas. Parece fácil diagnosticar una apendicitis aguda y sin embargo es necesario decirlo claro nada hay tan complicado y en ocasiones tan obscuro; sin duda a medida que los conocimientos clínicos se extienden, se va iluminando el campo, antes inexplorado de la cirugía apendicular y hoy día casi todos los médicos y cirujanos tienen un criterio científico muy bien formado para lograr hacer un buen diagnóstico y aconsejar o llevar a cabo una intervención quirúrgica.

No contienen estas ligerísimas anotaciones sobre apendicitis aguda, ni nociones anatómicas, ni etiológicas, ni patogénicas, ni diagnóstico diferencial; sólo me propongo sintetizar mis impresiones sobre algunos casos observados en mi clientela particular. Al presentar las historias de los casos en los cuales me ha tocado intervenir lo hago para demostrar que es necesario operar y operar precozmente, casi instantáneamente, pues toda demora, justificada por una u otra razón conduce seguramente a desastres lamentables.

Toda apendicitis aguda que comienza, por benignos y poco ruidosos que sean los síntomas iniciales es una apendicitis grave, cuyo porvenir es imprevisible. Las lesiones son más graves de lo que puede indicar un cuadro clínico al parecer benigno; de ahí que sólo el verdadero sentido clínico, la paciente investigación y el estudio minucioso y detenido de los síntomas iniciales ayudan al médico a darse cuenta precisa de la gravedad del caso, pues hay

un axioma que dice: "Toda crisis apendicular que comienza es ya un síndrome peritoneal". La tendencia general del médico al ser llamado cerca de un paciente, con los síntomas de cólico apendicular es generalmente calmar el dolor pues en el 90% de los casos este signo es el más notorio y el más aparatoso. Error gravísimo que ha causado no pocos fracasos. Calmar el dolor sin hacer antes un cuidadosísimo examen, es como buscar un objeto en la obscuridad apagando la única luz que ayudaría a encontrarlo. La morfina, la belladona y las pociones calmantes, son la terapéutica más errónea y que más desastres ha producido. No hay que ceder ante los ruegos insistentes de la familia y las clamorosas súplicas del enfermo porque calmar el dolor es apagar la bujía que puede iluminar el oscuro laberinto donde se halla el hilo milagroso capaz de salvar una existencia.

No se debe abandonar un paciente en el que se sospecha una crisis apendicular sin haber pesado y medido signo por signo y síntoma por síntoma todas las manifestaciones aun las más insignificantes y que pudieran al parecer no tener ninguna importancia, pues de la reunión de todas ellas se desprenden enseñanzas de grandísimo valor.

He dicho que no quiero hacer un estudio clínico de la apendicitis aguda; en los libros se encuentran estudiadas y descritas, con detalles minuciosos que no haría yo sino repetir o copiar; además, los libros enseñan mucho, pero hay algo mejor, y es la observación de los casos clínicos. Cerca al enfermo se aprende a conocer lo que en los libros se ha olvidado.

Un caso desastroso deja más recuerdo que una lección magistral. La memoria es efímera en ocasiones, pero lo que los ojos han visto pocas veces se olvida. Recordar los principales síntomas del ataque agudo apendicular, dolor, vómito, fiebre, estado intestinal, pulso, temperatura, es útil; pero más útil es aún el examen metódico, científico a la cabecera del paciente.

Hay sin embargo y quiero insistir sobre este asunto un signo de grandísimo valor y que a falta de otros, puede inclinar al médico hacia un diagnóstico afortunado: la contractura de la pared abdominal es un síntoma de enorme trascendencia y de un valor casi real, es el super-síntoma como dicen algunos clínicos notables. Lamento no poder describirlo con la precisión con que un buen escritor pudiera hacerlo; no es la hiperestesia cutánea ni la hiperalgesia, es la sensación de dureza, de resistencia a la mano que explora y que palpa, es la defensa muscular clásica; el vientre de madera loado y proclamado, y que sólo manos cuida-

dosas que sepan palpar y apreciar, aprecian y miden; porque es preciso decirlo, hay manos duras que no saben hacer ese examen de una manera cuidadosa. A veces se quiere forzar con la punta de los dedos una pared abdominal, el punto de Mac Burney, cosa curiosa, no debe buscarse con la extremidad de los dedos, aquí el dedo no es un buen indicador, es un pésimo y brutal engañador. Es con la mano, con la mano extendida, suave, dulcemente, acariciadoramente, como se logra hacer una buena palpación. Qué bella lección para un profesor de patología general, la lección de la palpación. No sabemos hacer esta palpación y si me extendo sobre este signo lo hago con la certeza del valor que encierra. Palpar la fosa ilíaca izquierda primero, luego ir avanzando lenta y suavemente, con dulzura, con delicadeza hasta llegar a la fosa derecha y olvidar los puntos que grandes clínicos han querido inventar, punto de Lanz, de Morris, de Rowsing, etc. Sólo hay en mi concepto uno que tiene enorme y trascendental importancia, el punto doloroso en el fondo del Douglas y también el punto retrocecal, hacia atrás, volviendo el enfermo sobre el lado izquierdo; cuántas apendicitis retro-cecales se ignoran por no buscarlo, y repito no estoy haciendo un estudio minucioso de los principales síntomas de la crisis aguda apendicular; mi objeto es insistir, clamar y pregonar las ventajas de la operación precoz, ojalá dentro de las cuarenta y ocho horas del ataque inicial, sólo así se pueden salvar muchos enfermos, sólo así se puede realizar una operación fácil y con éxito, sólo así se triunfa, sólo así se evitan esos desastres que pesan como un mundo toda la vida, así se habría evitado la muerte de una enfermita de doce años a quien fui llamado a examinar no hace un año todavía; la encontré con un dolor violento en la región apendicular, dolor que había empezado unas seis horas antes, vómito bilioso tenaz, pulso magnífico, fascies admirable, temperatura $37\frac{1}{2}$; defensa muscular marcadísima en la fosa ilíaca derecha; hago mi diagnóstico y con ese criterio demasiado arraigado de temporizar una intervención, aconsejo hielo, calmantes, etc., y ruego al padre me avise al día siguiente, pero no obtengo ningún dato en cuarenta y ocho horas; dos días después vuelvo a verla llamado urgentemente y qué cuadro encuentro: la enfermita presentaba síntomas alarmantes, ojos hundidos, nariz afilada, fría, faz demacrada, vómito incesante, hemático, pulso miserable, timpanismo, en fin imposible humanamente hacer nada; muerte seis horas después. Seguro estoy de haber salvado esa niña si con autoridad declaro que sólo operándola se hallaría remedio pero la fa-

milia y yo, aguardamos una remisión voluntaria, y el fracaso no se hizo esperar.

Y qué pensar de esas formas de apendicitis super-agudas tóxicas, violentas, con síntomas larvados incipientes engañosos y que sin embargo matan sin la intervención precoz. Fresca aún tengo la observación de Maximino Escobar, hombre obeso, gigantón, de constitución pletórica, gran comelón y bebedor de chicha, marranero de profesión, que dos días después de su matrimonio tiene un cólico a media noche, cólico que calma la dulce compañera con cariños y aguas caseras, fomentos y lavados y que luego fue visto por dos eminentes cirujanos quienes aconsejaron la operación temporizada por los allegados y parientes. Lo veo por la noche llamado de urgencia, lo hago transportar a la clínica donde con mi amigo el Dr. Peña hallamos un apéndice perforado y gangrenado, nadando en un lago de pus horriblemente fétido; doce horas después el enfermo moría en plena intoxicación.

Hay formas traidoras que engañan a los más avisados y que se caracterizan principalmente por una especie de apagamiento de las manifestaciones iniciales. Son las formas optimistas de los partidarios de la abstención operatoria; un ilustre clínico tituló magistralmente la aparente mejoría con una frase célebre: "Calma Traidora". Berard y Vignal dicen: "Existe en multitud de casos un período generalmente corto durante el cual el proceso infeccioso bajo apariencias de localización y apaciguamiento se precipita hacia la inoculación general de la serosa peritoneal o hacia la septicemia o la intoxicación. Es el estado de difusión que es necesario despistar y conocer a tiempo. Observé hace no muchos meses un caso semejante: N. N., de 55 años, visto en junta médica con mi colega Cuéllar Durán; pensamos ambos en operarlo urgentemente, tal era la gravedad; mas razones de familia, impresión, miedo, hambre, etc., hiciéronnos desistir de la intervención cuando todo estaba ya listo; un médico, un buen médico, fue llamado a resolver el trance y opinó que se debía aguardar, y sobrevino la calma, la calma traidora descrita por Dieulafoy; alegría de la familia, alegría del enfermo, plácemes por haber diferido la operación, sátiras y alfilerazos a los cirujanos que abusaban de las operaciones; pero seis días después la hoguera prendió de nuevo, el apéndice se había entibiado pero no se había enfriado completamente, y... para qué narrar el cuadro; en las esquinas más tarde leí los avisos mortuorios.

Lo frecuente en el ataque agudo es la detención de los fenó-

menos intestinales, ni gases, ni materias, y por eso decía yo, sólo la clínica puede ayudar a dilucidar en esas formas engañosas, disparatadas, que no corresponden a lo normal. Hace dos meses operé en Marly una enferma, la señorita N. Briceño, de veinte años, cuya enfermedad había comenzado por una crisis disenteriforme, con evacuaciones frecuentes, cólicos, vómito verdoso, fiebre moderada, pulso normal, nada de meteorismo, escasa sensibilidad en la fosa ilíaca; dos días después comienza a formarse un empastamiento en la región anexial derecha, defensa muscular marcada; elevación de la temperatura; diagnóstico salpingitis. No cometí yo solo el error, mi colega y eminente maestro el profesor Ucrós compartió conmigo la misma opinión. La opero, abro el vientre, un paquete de asas intestinales con el epiplon adherido me impiden ver; insisto, un absceso de pus fétida hace irrupción, me doy cuenta de que los anexos están sanos, no hallo el apéndice, dreno con mickulicz y la enferma se salva.

La apendicitis es una enfermedad traidora, desorienta al médico, desorienta a la familia. Sobre todo en los niños reviste caracteres particulares; se piensa en una indigestión, en una fiebre gástrica, etc., y oh supremo error!, un purgante intempestivo aconsejado por los viejos amigos causa desastres funestos.

Hace algunos años, podría precisar la fecha, el 24 de marzo de 1928, fui llamado a examinar un niño de 12 años, que dos días antes había sido atacado súbitamente de un cólico intestinal y naturalmente se le había dado como primera medida un purgante aceitoso; examinándolo, lo encuentro fatigado, adolorido, vomitando frecuentemente, con pulso regular, y con una gran defensa muscular en la fosa derecha. Pienso en la apendicitis y aconsejo la intervención; el niño es trasladado a la clínica de Peña y operado al día siguiente a las nueve de la noche. Apéndice perforado y gangrenado, ligera mejoría, pero los fenómenos tóxicos se acentúan, el meteorismo aumenta, el pulso se hace frecuentísimo, la parálisis intestinal es marcadísima, resolvemos con mi colega el Dr. Peña hacer una fístula en el intestino, mas todo inútil, el enfermito muere en las primeras horas del día siguiente.

El apéndice es un órgano de movable situación anatómica, unas veces se dirige hacia arriba y toma conexiones con el hígado, otras hacia abajo, tornándose en órgano pelviano; ocasiones hay en que se dirige hacia la línea media, es meso-celiaco, y con frecuencia se envuelve detrás del ciego; así cambia la sintomatología también y desorienta al clínico mejor preparado; por eso

se aconseja explorar con atención la región posterior ilio-lumbar y allí se hallan muy frecuentemente signos indicadores de grandísima importancia: defensa muscular, hiperestesia, sensibilidad extrema, etc. Vi en asocio de mi colega el Dr. Acosta una enferma cuyas primeras manifestaciones comenzaron por un dolor muy vivo en el bajo vientre, con irradiación a la región lumbar derecha, vómito, fiebre, pulso frecuente y parálisis intestinal. Pensamos en una oclusión y aun diferimos la intervención por diez horas engañados por el meteorismo y la fuerte reacción peritoneal. Operada con anestesia raquídea hallamos un apéndice enormemente largo, enrollado y adherido a la cara posterior del ciego, inflamado, rojo, congestionado, con varios cálculos. No había perforación ni absceso, pero al abrirlo la mucosa estaba gangrenada y muy seguramente se preparaba ya la perforación. Esta enferma se repuso después de larga y penosa convalecencia.

Hay veces en que es casi criminal temporizar una intervención cuando se ha hecho con criterio científico el dictamen de apendicitis aguda. Esperar la cesación de los fenómenos o la formación de un plastrón o la atenuación de las manifestaciones peritoneales, es ir seguramente al fracaso. Se debe obrar y obrar pronto, más vale pecar por precipitación, que lamentar los desastres de una intervención tardía. Yo vi un enfermo joven, estudiante, de 24 años, en quien se había diferido la operación, lo vi y lo operé urgentemente en asocio de mis colegas, los Dres. Cruz, Trujillo, Gutiérrez y Ospina R., encontrando un apéndice perforado y gangrenado, rodeado de falsas membranas y ahogado en un lago de pus, mas fue ya tarde; la intoxicación había avanzado demasiado y el enfermo murió en plena septicemia peritoneal.

También recuerdo el caso de un señor Martínez, operado urgentemente en la Casa de Salud del Dr. Peña, cuyos síntomas primeros nada graves parecían, mas la evolución fue acentuándose más y más violenta y al hacer la laparatomía se halló un apéndice gangrenado y el peritoneo invadido por un líquido ne-gruzco y fétido. Naturalmente el desenlace no se hizo aguardar.

Estas peritonitis pútridas son de una malignidad terrible. Los enfermos mueren en medio de la confianza de los que los rodean, sólo el médico se da cuenta de la enorme gravedad, el pulso filiforme e incontable, la cara alargada y terrosa, los ojos hundidos y excavados, la lengua seca y una angustia penosa son los signos preagónicos que denuncian el final de estas traidoras crisis, cuyo comienzo nadie pudo prever. Más afortunado por la rapidez con que obré fue el caso de un enfermo estudiante en el

Rosario, el señor Héctor Rojas, de 19 años y a quien fui llamado a ver el 14 de noviembre de 1918. Súbitamente había sentido un dolor profundo en la fosa ilíaca derecha con vómito, ligero calofrío y malestar general. Al examinarlo hallé defensa marcadísima en la región apendicular, pulso normal, lengua húmeda, temperatura 38 grados y detención de gases y materias. Sin perder tiempo fue transportado a la clínica del Dr. Peña y operado tres horas después. El apéndice enormemente largo e inflamado estaba adherido al borde interno del ciego, no hubo complicación ninguna y el enfermo curó rápidamente.

Mas estos son casos excepcionales. Hay que convenir que en ocasiones es difícil convencer a los enfermos de la gravedad del ataque. Hay que luchar contra multitud de prejuicios de parte de los familiares y allegados; hay que vencer mil dificultades, pues el médico se deja sugestionar por razones y argumentos del mismo paciente o bien porque espera y aguarda una mejoría que en más de las veces resulta engañosa. Engañosa sí porque los signos clínicos son lejos de tener siempre una intensidad de expresión igual o paralela a la intensidad de las lesiones; los signos clínicos son muy a menudo más ligeros y atenuados que las lesiones. Cuántas veces al tener en las manos un apéndice acabado de resecar la sorpresa es enorme, una gangrena, una perforación o un absceso recuerdan la discrepancia entre el ataque inicial y la gran lesión hallada. Recordemos y grabemos en la memoria las palabras de un sabio maestro ya desaparecido: "Si esta terrible afección que mata tantos adultos y no pocos niños fuese reconocida como tal, desde el comienzo, la mortalidad sería nula, pues por un capricho de la diosa Fortuna, quizá único en cirugía abdominal de urgencia, la operación de la apendicitis hecha en buena hora da éxito seguro en manos experimentadas". Pero nos dejamos engañar fácilmente tomando por mejoría y buen augurio de curación la calma traidora que obnubila los primeros síntomas. El vómito cesa, la fiebre baja, el dolor se apacigua, renace la esperanza y la tranquilidad bajo el impulso de los sedantes, de la bienhechora morfina y del hielo anestesiador, y así se va preparando allá en el fondo de ese vaso cerrado una desbordante perforación, la envoltura protectora del apéndice con débiles y frágiles tejidos, las toxinas invaden sordamente el organismo y al romperse el velo que guardara tantas ilusiones, el drama se desarrolla con rapidez aterradora.

Hablo naturalmente de las apendicitis agudas donde el diagnóstico se basa únicamente en los signos clínicos, donde no hay

tiempo de hacer un examen citológico, una numeración globular que dan datos de grandísima importancia. Yo hablo de esas formas brutales en ocasiones hipertóxicas, con dolor fulminante de puñalada, que aterroriza al enfermo, con vómito y arcadas estruendosas, con temperatura altísima, pulso frecuente, defensa y contracción abdominal, que dan a la palpación la sensación de un vientre endurecido y de esas otras formas tóxicas, también, pero cuyo comienzo es menos dramático, imperando más bien los fenómenos de toxemia aguda, cara griposa, pálida, hipo, vientre inmóvil, ojos hundidos, ojeras enormes y profundas, pulso apenas perceptible, temperatura baja, piel fría, mirada vaga y entre estas dos formas extremas, cuántas variaciones! Es del criterio científico del médico y cirujano de donde depende la muerte o la salvación de estos enfermos.

El maestro Hartmann, lo dice claro: "El día en que nuestros colegas estén convencidos que ante tales casos sólo la supresión

GLUCALCION

**Gluconato de Calcio Granulado
y al 10 % en ampollas inyectables**

Recalcificante en el embarazo, la lactancia, el crecimiento, los trastornos de la dentición, la tuberculosis, el raquitismo, la escrofulosis.

Hemostático en las hemorragias de causas variadas: genitales, hemoptisis, hematemesis, melenas, púrpuras, epistaxis, etc.

Desequilibrio Vago-simpático, enfermedad de Basedow, urticarias, trastornos de la menopausa.

Ciertas dermatosis: Eczema, pruritos, etc.

LABORATORIOS URIBE ANGEL
Medellín — Barranquilla — Cali
Colombia

del apéndice evitará esas peritonitis graves, esos accidentes de supuración prolongada, esas complicaciones infecciosas que hoy día tienden a oscurecer el pronóstico de las apendicitis, ese día se salvarán muchas vidas". Operar y operar pronto, ojalá dentro de las 48 primeras horas, no temer ningún accidente, ya lo han dicho los que tienen en estos asuntos una gran experiencia. Por mi parte al escribir estas líneas me adhiero a sus sabios consejos. He visto tantos desastres y escuchado también de otros labios también muchas decepciones; he oído lamentaciones tardías y pésames amargos; jamás he visto retractarse a ningún cirujano la premura o precipitación, pero he asistido con emoción al final supremamente doloroso de muchos enfermos abandonados a los pobres recursos de una pobre terapéutica médica: recordad el cuadro: inmóviles, angustiados o ansiosos, los ojos inmensamente abiertos y con la mirada vagando en el vacío, los pómulos salientes, sudorosos, fríos, vomitando de cuando en cuando un líquido negruzco, indiferentes, no experimentan ya ningún

LIMO-LAX

**Purgante que se toma
como si fuese una de-
liciosa limonada.**

Solución de Citrato
de Magnesia en agua
carbonatada, de ac-
ción purgativa ideal.
No estríñe. Descon-
gestiona el hígado.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia

dolor físico, sólo débiles quejidos lanzan como pidiendo un alivio, que la ciencia impotente ya no puede dar; se van calmando poco a poco y dulce, tranquila y suavemente se van desencajando, se mueren sin saberlo ellos mismos, ante la suprema desilusión del médico de cabecera que no tuvo el valor de afrontar con serenidad la tentativa de una intervención seguramente salvadora y ante las lágrimas y congojas de los amigos y parientes que también ayudaron a desencadenar este supremo instante.

Martín MENDEZ S.

ELECTROGENO

Agua Oxigenada

Con 3.60 por ciento de peso (doce volúmenes) en Oxígeno.

Antiséptico, Hemostático, Desodorizante.

Heridas, Escoriaciones, Quemaduras, Gargarismos, Pulverizaciones, Desinfección Bucal.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia

Biblioteca de la Facultad

Revista de Psiquiatría y Criminología.

Volumen I - II — 1937 y 1938 — Nros. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 16.

Revista Argentina de Dermatosifilología.

Volúmenes 21 y 22 — 1937 — Nros. 3, 4 y 1.

Archivos de la Asociación Médica del Hospital Pirovano.

Volumen VI — 1938 — Nros. 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26.

Sociedad de Cirugía de Buenos Aires.

Volumen XXII — 1938 — Nros. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13,
14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28.

Revista Médica Latino-Americana.

Volumen XXIII — 1938 — Nros. 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269,
270, 271, 272, 273, 274.

Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene.

Volumen II — 1938 — Nros. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11.

Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología.

Volumen XVII — 1938 — Nros. 4, 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13.

VITAE·M·ULSION

Alimento-Medicina

Vitaminas, Lecitinas, Fósforo y
Cal, elementos indispensables
para la nutrición tisular.

INDICACIONES:

Estados de desmineralización,
Raquitismo, Linfatismo, Conva-
lecencia de las enfermedades de
las vías respiratorias.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia

GLICEROFOSFATOS

COMPUESTOS URIBE ANGE

Tónico de sabor agradable.
Espléndido reconstituyente en
las convalecencias, agotamien-
to nervioso por toda clase de
excesos y especialmente los de
trabajo.

Cada 100 c. c. contienen:

Glicerofosfato de Estricnina	0.013 gm.
Glicerofosfato de Cal . . .	1.728 gm.
Glicerofosfato de Sodio . .	3.506 gm.
Glicerofosfato de Hierro . .	0.328 gm.
Glicerofosfato de Quinina. .	0.109 gm.

Cuando la astenia se acompañe de
trastornos digestivos, úsese de pre-
ferencia nuestro ELIXIR DE GLI-
CEROFOSFATOS PEPSINADOS.

LABORATORIOS
URIBE ANGEL
Medellín - Barranquilla
Cali.



O V A R I O G E N

enfermedades de la mujer

Preparación a base de Hidrastis, Hamamelis, Piscidia, Viburnum y Acido Acetil-Salicílico.

Ovariogen es un preparado de indicaciones precisas en la Congestión Uterina Primitiva y un poderoso auxiliar en el tratamiento de las Congestiones Secundarias. Combate los dolores y las pérdidas profusas.

De grande utilidad en los espasmos uterinos y en los dolores del ovario.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia

S A L D E F R U T A S

Uribe Angel

Digestiva, antibiliosa, efervescente. Obra como laxante y purgante, según las dosis.

No se altera.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia

Muy distinguido señor doctor:

La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y los Laboratorios Uribe Angel, deseosos de servirle puntualmente las ediciones de BOLETIN CLINICO, le ruegan de la manera más encarecida devolver con su dirección exacta el cupón adjunto.

A la vez le agradecerían agregar las direcciones de los médicos amigos suyos que no reciban la revista.

BOLETIN CLINICO

Dr. _____

Dirección: _____

Población _____

Departamento _____

República de _____

Otras direcciones: _____

Rogamos llenar este cupón también a los señores médicos de Medellín, para poner en regla nuestros ficheros.

TREPONIOL

Para el tratamiento de sostenimiento en la Sífilis, en los intervalos de las tandas de inyecciones, y de ataque en las personas refractarias a los medicamentos inyectables.

A base de Mercurio, Arsénico, Yoduro, Zarparrilla, Opio y Belladona.

El Treponiol no es un preparado puramente comercial, sino un verdadero agente terapéutico de propiedades efectivas.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia