Anales de la Academia de Medicina de Medellín

Fundada en 1888

TERCERA EPOCA — VOLUMEN I — NUMERO 5

MAYO — JUNIO — 1944

BEDOUT — MEDELLIN

ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

FUNDADA en 1888

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

TERCERA EPOCA { VOLUMEN I
NUMERO 5

MAYO — JUNIO — 1944

DIRECTOR, DR. PEDRO NEL CARDONA C.
PROFESOR DE CLINICA GINECOLOGICA — PRESIDENTE DE LA CORPORACION

REDACTORES:

Dr. GUSTAVO GONZALEZ OCHOA
Profesor de Clínica Infantil — Médico. Jefe del pabellón Clarita Santos — Secretario de la Academia.

Dr. ALFREDO CORREA HENAO
Profesor de Anatomía Patológica. Director del Dpto. de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina.

Dr. ALONSO RESTREPO
Ex-Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Contenido:

Pág.

Tifo Negro.—**Dr. Juan B. Londoño**..... 297

Cloroma.—**A. Correa Henao, M. D.**..... 307

Manuel Uribe Angel, Boceto.—**Dr. Luis Eduardo Villegas** 322

Actas de la Academia..... 339

Permanente:

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

Dr. Juan B. Londoño



Tífo negro

(Fiebre ardiente)

Tabardillo pintado.

(Tabardillo quiere decir, fiebre ardiente). Se aplica pues genéricamente, a toda clase de fiebre, cuando ella se revela por una alta temperatura. El vulgo médico le agrega el término **pintado** cuando se trata del **tifo negro** o mejor dicho el que los maestros denominan **Tifo exantemático** (Typhus exanthematicus) hoy Rickettiosis por el autor que estudió y caracterizó el agente patógeno, la Rickettsia, que produce esta variedad de fiebre y siguiendo la nomenclatura con que hoy designan la **fiebre tifoidea** (o sea la parecida al **tifo**) denominada Eberthiosis, por el célebre bacteriólogo que nos dio a conocer el microbio de la gran endemia mundial, compañera del tifo, en donde quiera que se juntan muchos seres humanos hambreados y sucios, a quienes, en estas circunstancias, acompañan otros **seres inhumanos** que llamamos **piojos** que roen la epidermis del cuerpo y la cabeza del hombre y revelan en él mugre y suciedad.

El Dr. César Gómez Villegas, recientemente graduado en nuestra Facultad, en tesis laureada, nos ha dado a conocer sus trabajos clínicos y de laboratorio sobre la entidad morbosa, en que nos ocupamos ahora, en la cual despeja él, científicamente, una parte de las incógnitas que en la piretología regional ha habido y se notan, al hacer el diagnóstico positivo de las variadas y comunes fiebres, caracterizadas por una elevada temperatura y el exantema revelador de la infección que ha alterado la composición íntima de la sangre y por ende su vitalidad y la de todo el cuerpo humano, y por obnubilación mental o estupor.

Las exactas expresiones populares "estaban ardiendo

de fiebre"; "está que quema"; "se está carbonizando"; "está renegrido", etc., indican lo que el vulgo médico y el lego en estas materias, considera como principal elemento para el diagnóstico y pronóstico de tales estados patológicos, la fiebre. Lo más característico de estas **fiebres** es, en grado variabe, el **estupor** o sea, la obnubilación de la mente, y la **postración** de las fuerzas físicas y las de la inteligencia y aun el vigor moral, lo que indica que el agente infeccioso pasa de la sangre a los centros nerviosos disminuyéndoles su actividad vital, esto es, su nutrición perfecta, acto que se puede resumir diciendo que no pueden sus elementos constitutivos **reparar** las pérdidas que sufran en su anormal funcionamiento ni desechar los agentes que lo impidan o estorban. Lo que equivale a decir que su **fuerza vital** está perturbada. Este funcionamiento deficiente lo sufre primero la célula hepática a consecuencia de una mala e insuficiente alimentación. De ahí que el tifo y la tifoidea se presentan especialmente en las guerras, esto es en los cuarteles, prisiones y campos de concentración y en general, donde se vive con escasa y mala alimentación, en una palabra con hambre, con todos sus horrores, la desnudez y el mugre, con su aliado inseparable el **piojo** agente que royendo la epidermis y ensuciando la ropa propaga el microbio **la Rickettsia,** generador del tifo, el cual, como las aves de presa innobles, se alimentan con los productos de animales superiores en vía de descomposición.

El agrónomo ha perfeccionado los métodos de cultivos de las plantas de que se alimentan los hombres y los animales domésticos que éste tiene a su servicio; el médico, el cirujano, y el higienista, hacen verdaderos prodigios en sus respectivos campos para disminuír la mortalidad de sus semejantes, y con ello no hacen más, desgraciadamente, que coadyuvar a los poseedores de la riqueza y del poder para aumentar la **carne de cañón,** como lo está presenciando el mundo en la actual contienda, en la cual se ha puesto de relieve el pensamiento de Platón, de Bacon, de Hobbes, "homo-hominii lupus" "el hombre es un lobo para el hombre". De lo cual no ha quedado otra enseñanza real que ésta: no hay verdadero progreso humano, sino aquel que se hace en el campo de la **moral cristiana,** hoy en crisis mundial.

El **laboratorio** es indispensable auxiliar de la clínica; pero el campo de combate, el teatro de la lucha, en donde se prueba el verdadero capitán, el médico de verdad, es la clínica o como suele decirse la **cabecera del enfermo.** Nada conocemos como verdad que nos revele mejor la importancia de la clínica que el aforismo de Peter: no hay **enfermedades sino enfermos;** y el médico práctico, como el botánico experto, se detiene a examinar las nimias diferencias que en cada paciente presentan las enfermedades de un mismo género para determinar las especies y variedades. Quien tal hace es un verdadero médico. Si a lo hecho corresponde la terapéutica aplicada científicamente y con arte, pues el médico, en terapéutica y en cirugía, debe ser un artista consumado.

La Terapéutica en el tifo

La terapéutica en esta enfermedad tiene varios puntos de vista. Voy a esbozarlos:

El primero lo constituyen las **obras de misericordia** que para los religiosos y los médicos casi todas **obligan de justicia,** como lo reza el Catecismo de la Doctrina Cristiana del R. P. Astete, libro al cual debe nuestra gente su mayor baluarte social y en el cual está contenido el futuro bienestar de nuestro pueblo.

El **laboratorio** es indispensable en medicina para el diagnóstico etiológico y para el tratamiento **preventivo** del mal por medio de las vacunas y el **curativo** por medio de los sueros. Considero un gran recurso higiénico la vacuna oral en la tifoidea. Creo que en esta materia los médicos debemos andar más aprisa haciéndole buena propaganda a tan útil recurso en mal tan común.

En cuanto al **tifo** en particular lo principal es aseo, limpieza y buena alimentación; aire, agua y alimento de buena calidad y en cantidad suficiente para todo fiel cristiano, y para el musulmán y el judío igualmente.

Es la **clínica** la escuela donde se han formado los verdaderos médicos; los que diagnostican y pronostican con verdadera precisión en esta clase de enfermedades, empezando por el conocimiento formal del paciente, verbi

gratia: el estudiante de medicina en plena preparación; el literato que ensaya su pluma bajo buenos auspicios; el político joven en época de elecciones, para citar casos frecuentes dan enfermos cuya reacción febril difiere bastante y esto lo conoce con precisión el médico psicólogo en el léxico del delirio, o sea el funcionamiento del cerebro enfermo; como conoce el estado saburral de la lengua, el funcionamiento del hígado y del aparato digestivo; y en los ojos y la cara la vida misma espiritual. En el **pulso,** interpretado con el acierto que da la práctica, él adivina el funcionamiento del corazón, con la precisión con que un violinista de verdad, juntando el tacto que pisa la cuerda con el oído que escucha el sonido, hace producir a su instrumento la nota musical correspondiente, en perfección.

Y juntando el dato del pulso con el que dan el cerebro y el termómetro, hace su diagnóstico clínico, y el pronóstico que con tales datos ha de formular el práctico. Y lo que más conveniente y necesario es: la instauración del tratamiento **curativo,** objeto final de la medicina, por todos exigido.

Los médicos, (desde que la medicina cambió de rumbo con el comercio de drogas en forma de **especialidades,** se mercantilizó, convirtiendo las **farmacias** en droguerías y éstas en depósitos de especialidades), han quedado, en rigor, igualados a los periódicos y a las radios: qué irrisión! ¿Cuánto durará este mercantilismo médico tan deplorable?.

Y esto sucede cuando las escuelas de medicina están produciendo médicos a porfía. Por fortuna, las colocaciones oficiales y las especializaciones del mayor número, han facilitado un tanto a muchos médicos el modo de ganar el pan, que aquéllos, los propagandistas de remedios, les han arrebatado. Se nota la ausencia de especialistas en **Piretología,** especialidad, que nos parece, está en formación en enfermedades de la vejez y en enfermedades comunes al hombre y a las bestias.

En todo tiempo se ha sostenido que la **fiebre** la produce un principio piretógeno, introducido en el cuerpo o formado en él, el cual se debía sacar del organismo por medio del agua adicionada de sustancias purgantes, diuréticas

o sudoríficas, esto es, poniendo en actividad todos los emontorios o vías de eliminación.

Los **piretólogos** serán los continuadores de los grandes clínicos que crearon la medicina moderna, pues parte de ella son la bacteriología, parasitología en particular y la entomología médicas, ciencias hoy de rápido perfeccionamiento en el mundo y por lo tanto en nuestro país. Escribir la historia de la medicina en el país, casi equivale a historiar las fiebres, mejor dicho el concepto que sobre ellas se ha tenido y los tratamientos que a los febricitantes se les ha aplicado en nuestra tierra. La gran escuela médica francesa, de la cual la nuéstra fue un retoño, por cierto de grandes méritos, como quiera que nuestros mejores médicos se formaron en aquella escuela y continuaron sus estudios inspirados en **ella.**

Nos explicamos el que por tanto tiempo algunos médicos del país hayan dudado de la existencia del tifo, como entidad patológica distinta de la tifoidea, porque las condiciones sociales y climatéricas que aquel mal requiere para convertirse en epidemia, no se han presentado a menudo y porque nosotros no practicamos autopsias con el fin de confirmar los diagnósticos. Pero el hecho de que el pueblo, gran conservador de anticuallas, haya mantenido los nombres de **tifo negro o tifo pintado,** que nosotros oímos dar, desde nuestra adolescencia, a esta enfermedad, indica que siempre se ha hecho entre nosotros la diferencia entre las dos entidades, tifo y tifoidea, con los progresos de la ciencia convertidos en Rickettiosis y Eberthiosis, nombres dados, en justo reconocimiento a los méritos de los Doctores Eberth y Rickettes, descubridores de los agentes patógenos.

Queremos terminar este escrito con unos datos relativos al tratamiento del **Tabardillo** en sus distintas modalidades.

Ya lo hemos dicho antes que esta enfermedad se caracteriza por un exceso de calor animal, de donde viene el nombre de **causon,** más genérico todavía que tabardillo, y que los empíricos, así los ignorantes como los ilustrados, todos hemos combatido ese elemento considerando que por sí sólo puede causar la muerte, cosa por lo demás bien sa-

bida. De consiguiente, todas las medicaciones, en todos los tiempos, se han dirigido contra este agente, con el nombre genérico de **atemperantes,** el primer agente de los cuales es el **agua,** intus y extra: bebida y en baños; sola o adicionada de remedios antitérmicos.

En todo tiempo se ha sostenido que la **fiebre** la produce un principio piretógeno, introducido en el cuerpo o formado en él, el cual se debía sacar del organismo por medio del agua adicionada de sustancias purgantes, diuréticas o sudoríficas, esto, es, poniendo en actividad todos los emontorios o vías de eliminación. El agua por sí sola, en forma líquida, potable o fresca, y en forma sólida, el hielo, cumple a maravilla este papel, en forma de bebida o en baños y enemas; de modo tal, que sabiéndola emplear por sí sola ella cura casi toda clase de fiebres. Empero, como hay agentes piretógenos que no se eliminan, (los microbios de origen animal), como los que producen el paludismo, la fiebre recurrente y otras semejantes, hay que agregar al tratamiento hidroterápico el específico.

Además el médico práctico atiende con especial cuidado al sostenimiento de la vida, ordenando minuciosamente, científicamente, la alimentación del febricitante. El primer alimento es el **aire,** que debe ser dado como el agua, fresco y puro y en abundancia, pues por haber carecido de estas cualidades ocasionó el tifo y lo hará más mortífero. El agua es a la vez alimento y medicamento cuando va asociada a otras sustancias como el azúcar, la sal común, jugos de frutas, yerbas medicinales en las cuales han encontrado los químicos los principios que llaman **vitaminas,** estimulantes de la nutrición y por lo tanto coadyuvantes de la fuerza vital. Pero en la forma que desempeña mejor su papel es en la **leche.** Este producto vital es como la sangre, vida en acción. Lo prueba el hecho de aparecer después del parto y por sí solo mantener la vida de la cría por un tiempo. Mas, para que tal cosa suceda debe conservar su pureza original; lo que, como no es fácil en la práctica realizarlo, debe hacerse cuando se pueda, para evitar su alteración. Leche pura, fresca o hervida y azucarada, dada en cantidad regular y a horas fijas. Los caldos de granos, maíz, arroz, cebada especialmente, con azúcar

o panela buena, o con sal, adicionado de yerbas aromáticas, tienen su oportunidad y sus adictos.

Los jugos de frutas en bebidas (limonadas, luladas, etc.), son como aguas minerales adicionados de vitaminas; esto es alimento-medicamento.

Los tubérculos, las raíces y los cogollos de algunas hortalizas, frescos y bien cocidos, dan **caldos** que pueden servir de alimento a la gente pobre. Pero, mejor es, preparar las bebidas que con las harinas de algunos de ellos, como la papa, la arracacha, y la yuca, se emplean con los nombres de coladas y sagús. En cuanto se pueda, pues la necesidad es ley, debe prescindirse de todos los alimentos comerciales, amparados hoy por la bandera americana, y la de las vitaminas que abundan en las droguerías y tiendas de abarrote. En general se prescinde en la alimentación de los febricitantes de todos los productos de origen animal, excepto, por su puesto, los antivirus y los sueros.

Es en forma de hielo como el agua desempeña principal papel en la terapéutica de las fiebres; se aplica en bolsas o sacos de caucho en la cabeza, en el pecho sobre el corazón y en el vientre, sobre el apéndice (fosa ilíaca derecha). Esto con tres objetos: disminuír el calor de la sangre, moderar el impulso del corazón y calmar la flogosis. Además, tomado solo, en menudos fragmentos, o con poción antiemética, calma las náuseas y previene las hemorragias. El agua caliente tiene también su papel aplicada en sacos sobre los pies fríos, etc.

El agua en forma de **lavativa,** ha sido el remedio que ha durado más, como atemperante y para reemplazar el purgante, cuando no se puede dar éste.

Las familias nuestras tienen confianza en ciertos remedios **caseros,** casi todos yerbas que se cultivan en las huertas, verbi gratia, la berbena, la cañagria, vendiaguja; conocemos también las recetas de los **curanderos,** por ejemplo las del afamado Jesús Cárdenas y otras muchas, pues en el tratamiento de las fiebres hacen su aprendizaje la mayor parte de ellos, y como fuimos médicos de pueblo al principio de la vida profesional, conocimos muchos de sus llamados **secretos de indios.** De todo lo cual hemos deduci-

do que el agente curativo es la **naturaleza** y en la mayoría de las yerbas, el agua en que se preparan las bebidas. Solamente nos inspiran confianza las limonadas, lo jugos de frutas, entre éstos el **tamarindo,** cuya composición da idea de su excelente resultado curativo; especie de agua mineral natural, digna de toda la estimación que se le ha dado.

Ahora, para terminar, pasamos a las medicinas "cada cual tiene su modo de matar pulgas". Hemos empleado, aparte de lo ya escrito, como preservativo, la vacuna mixta antitífica de Lilly (últimamente). Como medicina expectante: agua cloroformada, **agua de sal de Vichy,** agua láctica, agua citrada y otras aguas minerales. Como tratamiento formal lo siguiente: primero la urotropina; segundo, la quinina y la quina; tercero, la teobromina y la nuez de cola; cuarto, cafeína y café; quinto, digitalina y digital; sexto, esparteína y los opiáceos; séptimo, los antitérmicos más conocidos y octavo, los antisépticos intestinales.

Queremos hacer de ellos un ligero análisis. En las formas ligeras y poco graves las **mencionadas aguas medicinales** o soluciones, por sí solas o con algún adyuvante como la urotropina; y en las formas mixtas (tifomalaria), la quinina, bastan para curar las modalidades comunes. Mas, en las formas severas, como no hay órgano que en estas fiebres no lo afecte la infección, todos o casi todos los mencionados medicamentos tienen que servir para obtener la curación.

En primer lugar el hígado y el riñón son los órganos que, después del estómago y el intestino, se afectan más seriamente. Por fortuna la urotropina, el benzoato, el bicarbonato, el fosfato y el citrato de sodio, se emplean como anti-bacterianos y agentes eliminadores, con que se empieza el tratamiento y al que se le da el nombre de **expectación armada**; si han sido bien administrados, han preparado (así se dice por acá) esos órganos para la lucha de manera conveniente; cuando se prefiere la vía **oral,** que, por otra parte es la única vía cuando se administran las materias primas, digamos la quina, el opio, la digital, y no sus alcaloides y glucosas. Respetando como se debe la

vía gástrica, de manera de no perturbar su buen funcionamiento, es ella la mejor vía, pero como quiera que este aparato es el que recibe más directamente la acción morbígena del agente de la enfermedad, esto debe tenerse presente en toda medicación y cuando se pueda se administran los remedios por las vías sub-cutánea, intramuscular e intravenosa, cosa hoy muy practicable por las facilidades con que se puede hacer sin perjudicar a los pacientes. La quinina, la cafeína, el cloruro de calcio, la urotropina, etc., en soluciones debilitadas con sueros artificiales o mezcladas con el cardiazol líquido, las hemos aplicado por la vía intramuscular, de preferencia, pues, a mi parecer, esta equivale a la intravenosa. Las soluciones de digitalina cristalizada al uno por mil y la de adrenalina del mismo tenor, las he administrado por la vía gástrica, generalmente, en dosis preventivas, cuando el corazón empieza a flaquear o hay conatos de hemorragia intestinal. Lo mismo he hecho con la solución de cloruro de calcio. En todos los casos graves he trabajado en asocio de un buen colega, porque esta práctica es de rigor en tales casos y procedo según el concepto de él, con respecto a los tratamientos y a la vía adoptada y en la administración de los alcaloides, entregándole la jeringuilla, pues, que, si se le ha traído en consulta se debe proceder, en consecuencia, mostrándole confianza en su habilidad y competencia. El apoyo franco y leal de un buen colega, es, en mi opinión, lo mejor de lo mejor, que debe hacerse en los casos difíciles en el ejercicio de la profesión.

Complemento este escrito con una nota acerca de lo que hacen nuestros campesinos con las bestias **afiebradas** o calenturientas:

Las ponen a la sombra porque saben que el sol es un veneno para las que tienen **causon** y lacraduras. Les dan agua-sal simple y agua de panela, de modo sostenido, pastos frescos y agua-masa con salvado de trigo; baños jabonosos y de agua pura, muy largos y repetidos; un purgante salino (sulfato de sodio); si tienen **chupos** o garrapatas se los curan con manteca de cerdo o mantequilla salada. Cuando empieza la mejoría los ponen en buen potrero de yerbas nuevas, por ejemplo: los que llaman **cogidos,** o sean

los campos que han servido para el cultivo del maíz, después de la cogienda.

Califique el lector esta práctica y verá que salimos de acuerdo: es la obra de la Providencia que en todo lo que sucede en el mundo, obra en orden a la conservación, y mejora la salud del hombre y de los animales, revelando así, de especial manera, el instinto de conservación.

"En el hombre el remedio más popular en las fiebres es la lavativa de agua dulce y sal. Pues bien, este famoso recurso lo aplican a los animales sirviéndose para ello del tubo conoidal que dan las hojas nuevas o cogollos de la penda de cabuya, cosidos sus bordes a lo largo y recortada la punta inferior.

Enero de 1944.

Juan B. Londoño

A. Correa Henao, M. D.

Cloroma

Relación y Comentario de un Caso

El cloroma es una enfermedad de la cual un poco más de un centenar de casos han sido descritos en la literatura médica universal; por esto quiero presentar a la Academia de Medicina de Medellín, el siguiente, observado en el Hospital de la Mina Pato (Zaragoza, Ant.), acompañándolo de un comentario bibliográfico hecho en William Welch Medical Library (Johns Jopkis University) *

Definición.—El cloroma es un estado patológico caracterizado por dos hechos: 1º, formación de masas tumoroides de color verde que se desarrollan sobre los huesos, especialmente de la órbita, y que pueden propagarse por invasión y por metástasis; y 2º, por alteraciones hemáticas consistentes en anemia y leucemia del tipo agudo.

Sinonimia.—Siendo el cloroma una entidad de sintomatología tan variada y aparente y teniendo en cuenta el avance de los procedimientos de investigación clínica, se tropieza, en primer término, con una abundante sinomimia, según se considere desde el punto de vista clínico, patológico o hematológico. Cáncer verde de Aran, Clorelinfoma, Cloromieloma, Cloromielosarcoma, Cloroleucemia, Leucemia sarcoide, etc., son diversas denominaciones de la enfermedad que concuerdan en el hecho de que se trata de un tumor de color verde asociado a un trastorno leucémico. Según la nomenclatura convencional de las neoplasias de los órganos hematopoyéticos, el cloroma es un Mieloblastoma.

Historia.—La primera descripción de la enfermedad fue hecha por Allen Burns en 1821 (1); su caso presentó las características clínicas de la enfermedad: exoftalmía

(*) Expreso los agradecimientos por la generosa colaboración que para los estudios histológicos he tenido de los Drs. John C. Bughes y Augusto Gast de la Sección de Estudios Especiales de Bogotá y del Dr. Alonso Restrepo en su laboratorio particular, Medellín.

por un tumor verde retroorbitario, con invasión de los senos paranasales. En 1835, Balfour (2); relató un segundo caso: un hombre de 18 años con tumores de color verde oliva en la órbita, el cráneo y los senos paranasales. Un año después, Durand Fardel (3); anotó el tercero, detallando la infiltración de las masas verdes. King (4); en 1853, describió el cuarto caso y llamó la enfermedad cloroma a causa de su color verde. Arán (5); en 1854 hizo la descripción del quinto caso de un tumor verde con invasión craneal y dural; en Francia honraron a Aran asociando su nombre a la enfermedad.

Las alteraciones de la sangre fueron observadas primeramente por Waldstein (6); en 1883, quien reconoció la anemia y la leucemia de su caso. En 1885 von Recklinhausen (7); anotó la semejanza histológica entre el cloroma y la leucemia, y fueron Dock (8) y Warthin (9) en 1893-1904 quienes, sobre cuidadosos estudios literarios e histológicos, establecieron definitivamente la relación entre el cloroma y la leucemia, basándose entre el parentesco que hay entre las células del tumor y los leucocitos primarios de la medula ósea, siendo su única diferencia en que el cloroma tiene marcada tendencia neoplásica con formación de tumores verdosos y en la leucemia no.

En la literatura médica colombiana no conozco ningún caso de esta enfermedad.

Etiología.—La etiología es tan oscura como la del cáncer o la de la leucemia, entidades con las cuales tiene sus caracteres comunes. Al principio se consideró como un tumor sarcomatoso, pero una vez establecida la relación con los estados leucémicos se afirmó que la enfermedad podía ser considerada como una forma de leucemia maligna con un marcado carácter neoplástico para formar tumoraciones verdes con metástasis.

El célebre patólogo Sternberg (10), en 1905, por observación de algunos casos, dividió la enfermedad en dos grupos según la apariencia de las células del tumor: Cloromielosarcoma, en el cual las células tumorales eran de carácter y de origen mieloide, y Clorolinfosarcoma, cuyas células eran lifoides en origen y en tipo. Después de este

observador algunos se han separado de la idea dualista y ya Burgess (11), en 1922, demostró con poderosas razones que los llamados casos de leucemia linfoide eran casos de leucemia mieloide aguda y que el cloroma es siempre un proceso mieloide.

Hasta 1903 se consideró el cloroma como de origen linfoide, pero de ahí en adelante fueron descritos casos de tumores verdes asociados a trastornos mieloides: Türk en 1903 (12), Klein y Steinhaus en 1904 (13), etc.

En 1926, Brannan (14) resume el estudio de 74 casos de cloroma aparecidos de 1910 a 1926, de los cuales 56 fueron definitivamente cloroma y el resto, casos dudosos o no eran cloroma. De los primeros tuvo la oportunidad de estudiar histológicamente 49 casos, a los cuales les asignó una filiación definitivamente mieloide.

En 1925 se completaron 129 casos de cloroma relatados en la literatura médica.

En la revisión que la Dra. Kandel (15) hace de la literatura desde 1926 hasta 1936 encuentra 50 casos de origen mieloide y 5 de linfoide y da a entender que en este último grupo no hay bases suficientes, fuera de la apariencia celular, ya que no hubo reacción de la peroxidasa, para un diagnóstico seguro.

Mac Callum (16) y Aschory (17), describen en sus textos formas mieloides y linfoides. Mallory (18), Piney (19) Wintrobe (20) y Varela (21) dejan establecido que el proceso es siempre mieloide. Naegeli describe en su Hematología las dos formas, pero afirma que se trata, sin excepción, de una enfermedad sistemática y generalizada del sistema mieloideo y llama a la enfermedad Cloroleucemia mieloide.

De lo expuesto se deduce que hay una marcada tendencia a considerar el cloroma con relación a un proceso mieloide exclusivamente. Esto es debido, sin duda, al perfeccionamiento de las técnicas de estudio de los tejidos y de la sangre, que evita la mala interpretación de células difíciles de apreciar a causa de su inmadurez. En extensiones e impresiones coloreadas, los linfoblastos y los mieloblastos son muy semejantes, e indistinguibles en cortes

coloreados. Cabe anotar aquí, en apoyo de esto, que en un principio se creyó que las leucemias agudas eran de origen linfático y ahora se sabe que todas estas afecciones son mieloides.

La enfermedad es más frecuente en la niñez y en la adolescencia y ataca de preferencia al sexo masculino.

Patología.—El cloroma produce formaciones tumorales que invaden, infiltran y destruyen los tejidos vecinos; dotadas de un rápido e ilimitado crecimiento y que se esparcen metastásicamente por todo el organismo. En las dos terceras partes de los casos estas formaciones se desarrollan primitivamente en los huesos de la órbita y en los que forman los senos paranasales y en orden decreciente de frecuencia aparecen en el esternón, las vértebras, las costillas, la pelvis, etc., y ocasionalmente se presentan en los huesos largos. Estas localizaciones son paraóseas y no periósticas (23).

Además de las localizaciones óseas, los infiltrados cloromatosos se presentan en los ganglios linfáticos y en general en el tejido linfoide; aquellos están comprometidos desde un principio y, a veces, ellos son la primera manifestación, no siendo sino la metástasis de la lesión paraósea. Los ganglios se presentan endurecidos, hipertrofiados y de color amarillo-verdoso las más de las veces; esto sucede tanto en los ganglios superficiales como en las cadenas profundas y pueden alcanzar grandes proporciones. El bazo también está invadido e hipertrofiado, aunque no en la misma proporción que en la leucemia crónica. Las amígdalas, el timo, el intestino, no se escapan a esta invasión, y suelen presentarse nódulos enormes en la cavidad abdominal, posiblemente nacidos en el tejido linfoide intestinal.

La medula ósea está a menudo intercalada de placas verdosas, compuestas de mieloblastos o mejor dicho de células leucémicas, intercaladas en áreas normales, donde la producción de eritrocitos y leucocitos está equilibrada.

Otras localizaciones frecuentes son: Los riñones que se hipertrofian por la gran infiltración de la substancia cortical que destruye todo el parénquima y esclerosa los glo-

mérulos; el hígado que se hipertrofia y presenta acúmulos leucémicos en los espacios porta; las infiltraciones han sido también señaladas en el páncreas, las cápsulas suprarrenales, los pulmones, los músculos estriados (34), el corazón, la piel, el útero, los ovarios, los testículos, la próstata y las mamas. (En la fotomicrografía de nuestro caso se verán algunas de estas invasiones).

La consistencia de las formaciones es semidura y el volumen es tan variable que va desde un simple infiltrado hasta la formación de enormes masas sin forma determinada; los tejidos vecinos a las formaciones son englobados y por fin destruídos. El tumor que se forma en la órbita reemplaza la grasa retroocular, expulsa el globo, llena los senos, sale por la nariz y la boca, invade la piel de las mejillas y hace caer los dientes.

El color verde de las lesiones varía del verde oliva al amarillo claro y es explicado por varias hipótesis. Askanazy (23) cree que las células mieloideas dan nacimiento a un color verde específico; Thomas y Bigwood (25) hallaron, por el examen espetroscópico, en tejidos cloromatosos, grandes cantidades de porfirina libre, que extraída daba todas las propiedades de la protoporfirina. El color desaparece con la exposición a la luz y se recupera con la inmersión en el agua oxigenada; las piezas no pierden el color verde conservadas en glicerina. Jacoboeus (24) encontró que el suero sanguíneo del cloromatoso era de color verde, lo mismo que el depósito de leucocitos en un centrifugado de sangre.

El diagnóstico retrospectivo del cloroma puede hacerse, según Donalson. (26), gracias a la siguiente reacción: Fragmentos de cualquier órgano (no es necesario que sea de tumor) colocados en una solución que contiene 100 c. c. de alcohol a 95°, 0,50 Gms. de bencidina y 0,20 Gms. de agua oxigenada, se volverán instantáneamente azules.

Hematología.—El hemograma del cloroma revela la misma alteración celular de las leucemias agudas, es decir, un predominio de células muy indiferenciadas, tanto en la sangre circulante como, y con mayor razón, en los órganos hematopoyéticos. En un principio el número de

leucocitos es normal o un poco más que el normal, pero desde esta época ya se encuentran células embrionarias en la sangre circulante; el número de leucocitos crece rápidamente y se relatan casos en que han llegado a 400.000 por m.m.c.; lo más frecuente es que el número oscile alrededor de 100.000; también se anotan casos, aunque no muchos, en que persiste el carácter aleucémico.

La fórmula leucocitaria está compuesta en su mayor parte por células jóvenes que se clasifican en la serie mieloidea; los mieloblastos predominan (hasta un 7%), y los promielocitos también se encuentran en gran número; los primeros tienen todos los caracteres de células inmaduras, muy poco diferenciadas, de núcleo finamente reticulado y con nucleólos; el protoplasma es claro y basófilo; los segundos son un estado más avanzado del mieloblasto en los cuales hay un esbozo de diferenciación del protoplasma, pero sin llegar a la célula granulosa definida. A veces el proceso leucopoyético es tan agudo que las células lanzadas a la circulación son en su totalidad muy indiferenciadas y por esta razón se han confundido con las células embrionarias de origen linfoide, resultando una clasificación errónea de cloroma linfático. Los mielocitos y los metamielocitos también están representados, aunque en reducido número; los linfocitos, los eosinófilos y los basófilos son muy escasos.

La anemia es progresiva y muy intensa, del tipo hipocrómico regenerativo y rara vez hay signos de anemia plástica. La hemoglobina puede bajar hasta 1.50 Gm. y los eritrocitos hasta 640.000.

La antigua división hemática de los cloromas en linfoides y mieloides, como ya vimos, parece debida al error de interpretación de preparaciones defectuosamente coloreadas. Aubertin y P. E. Weil (27) conceden una importancia secundaria a la discusión del origen mieloide y linfoide, puesto que, según ellos, se trata de formas típicas de leucemias agudas de células indiferenciadas, pero siendo muy neto el predominio mieloideo del resto de la fórmula. Jiménez de Azúa (28) dice que no es exagerado suponer que en los primeros casos se cometieron errores al clasificar los elementos leucocitarios y opina que el clo-

roma es siempre mieloideo. Antes vimos que Naegeli (22) anota que en un principio sólo se conocían cloromas linfáticos y que posteriormente fueron diagnosticándose cloromas mieloideos y cuya naturaleza se demuestra por la síntesis del azul del indofenol, la estructura celular y la constitución del tejido, datos de que no se disponían antes. Piney (19) afirma que los viejos reportes de cloroma linfático dependen de la imposibilidad en aquella época para reconocer los mieloblastos.

Clínica.—El cuadro clínico participa, a más de los síntomas producidos por la leucemia aguda, de un hecho dominante relacionado con los trastornos de las diversas localizaciones de las masas tumoroides que actúan también como el cáncer sobre el estado general del enfermo.

Dock y Warthin (9) dividen en tres grupos los síntomas proteiformes del cloroma: a)—Compresión mecánica por los tumores verdes que causan alteraciones subjetivas y objetivas; b)—síntomas tóxicos, como debilidad general, fiebre, emaciación y caquexia, y c)—síntomas hemáticos como anemia, hemorragias, y alteraciones celulares de los órganos hematopoyéticos y su repercusión sobre la sangre circulante.

La enfermedad no tiene un principio definido, es frecuentemente descubierta por una tumoración de rápido crecimiento o por los trastornos que ésta produce; su localización preferida es el esqueleto craneofacial y en un 50% de los casos las alteraciones oculares suelen ser las más aparentes al principio; unilateralidad, pérdida paulatina de la visión, edema conjuntival, dolor, lagoftalmía y como consecuencia panoftalmía. Retinitis, edema de la palpila y hemorragias retinianas siempre existen. Chiari (29) tuvo buen resultado al diagnosticar la enfermedad observando los nódulos verdosos de la coroides; y Hitshmann y Brambell (30) hicieron el diagnóstico de su caso por la coloración verdosa de la esclerótica.

El estado general pronto es comprometido y decae de una manera rápida, tal como en las neoplasias malignas, con debilidad general, anemia, emaciación, etc., y todo el cuadro con un curso activo, sin remisiones y con terminación fatal.

Las hemorragias son muy frecuentes (hematurias, epistaxis, melenas, ulorragias, petequias y equímosis, etc.).

Los dolores de los huesos, especialmente de los largos, son manifestaciones frecuentes.

Las neuralgias son síntomas muy variables en intensidad y en localización, dependiendo de la invasión tumoral.

La piel es sitio frecuente de petequias y de nódulos tumorales.

El bazo el hígado y los ganglios linfáticos están siempre hipertrofiados en grado diverso.

La muerte generalmente ocurre por caquexia o hemorragia, si una enfermedad intercurrente no acelera el proceso.

Diagnóstico.— El diagnástico es fácil de hacer cuando las localizaciones tumorales del cráneo coexisten con las alteraciones características de la sangre. En los casos de localizaciones profundas, como en los cuerpos vertebrales, la pelvis, el sacro, la cara posterior del esternón, la dura madre, etc., únicamente los síntomas de compresión o invasión pueden inducir a pensar en un tumor, que contando con el hemograma de aspecto leucémico fijen el diagnóstico definitivo de cloroma.

El examen radiográfico tiene gran aplicación para el descubrimiento de las localizaciones profundas, pero no da imagen típica de cloroma, sino de una tumoración blanda que destruye el hueso.

Las principales enfermedades de las cuales el cloroma debe ser diferenciado son (31): Leucosarcoma, Linfosarcoma, Enfermedad de Hodgkin, Enfermedad de Gaucher, Enfermedad de Cristian, Neuroblastoma y Etmoiditis. En ninguna de estas enfermedades hay leucemia.

Tratamiento.—Toda forma de tratamiento curativo, sea por intervención quirúrgica, radiación por rayos X o por radio, administración de arsénico, transfusiones de sangre, etc., ha fracasado. La radioterapia vigorosa retarda el progreso de la enfermedad y mejora ciertos sín-

tomas. Por este procedimiento, sin embargo, se citan en todas partes dos curaciones: un caso de Lécene, en 1927 (32) y otro de Washburn, 1930 (33); en ambos la fórmula leucocitaria no estaba muy alterada y no había mieloblastos.

Presentación de Caso

M. R., hombre de 40 años de edad, raza blanca, de origen español, de constitución y desarrollo normales y que trabaja desde hace 5 años en Colombia. En 1936 entra a la Mina de Pato (Zaragoza, Ant.), como obrero. En agosto de 1937 es operado por el Dr. Vélez Mejía, para extraerle un ganglio de la región inguinal derecha, por no haber cedido, durante tres meses a un tratamiento medicamentoso; este ganglio no tiene los caracteres de alguna inflación banal o específica, es del tamaño de un huevo de paloma y de consistencia dura; no hay dato sobre el color. La cicatrización se hace por primera intención; no hubo examen histológico.

M. R. continúa trabajando pero pronto hay necesidad de cambiarle de oficio por uno más fácil que el que viene desempeñando porque se queja de disminución de sus fuerzas. En mayo de 1938 se presenta a la consulta médica quejándose de la disminución de la visión del ojo izquierdo a causa de haberle caído agua sucia en él (sic). El ojo se encuentra enrojecido, hipertenso y hay una pérdida de la visión de más de un 50%. Además de esto, presenta por la misma época, un pequeño nódulo subcutáneo sobre el borde interno del biceps braquial izquierdo, de consistencia dura, no adherido a la piel y completamente móvil. Los ganglios auxiliares correspondientes están ligeramente hipertrofiados. Este tumorcito es extraído con anestesia local y está constituído por una masa dura, de consistencia fibrosa, de color verde y al parecer con cápsula. Un mes más tarde se observa otra tumuración que crece rápidamente en la región supracondiliana del mismo miembro y que fue seguida por una reproducción en la cicatriz del tumor operado un mes anterior. El tumor supracondiliano es extraído y del él se enviaron muestras a la Sección de Estudios Especiales para el estudio histológico; el Dr. John C. Bughes hizo el diagnóstico de Cloroma.

Por el mes de Julio/38 los trastornos oculares se hicieron más intensos: amaurosis, exoftalmía y fuertes dolores correspondientes a la distribución del nervio maxilar superior. Una nueva tumoración plana, yuxtaósea, va apareciendo en la cabeza de la tibia derecha. La mejilla izquierda crece gradualmente y la propulsión ocular es tan exagerada que impone la enucleación del ojo. El nervio facial izquierdo está comprometido en asocio de trastornos auditivos del mismo lado, con retracción de la hemicara del lado opuesto. La grasa retroorbitaria está reemplazada por un tejido duro que llena la cavidad y destruye el piso; esta intervención es como un estímulo para el crecimiento, porque la neoplasia invade rápidamente el seno maxilar, las fosas nasales y la bóveda palatina; los dientes se aflojan y se caen y por la boca y por las narices se producen repetidas y abundantes hemorragias. Los dolores son cada día más tenaces y agudos, necesitándose la aplicación de morfina.

La piel de la mejilla izquierda distendida por la tumoración, que cada día es más grande, se gangrena y por la parte esfacelada aparece la neoformación infectada y supurante.

En la cavidad abdominal se palpan fácilmente, a través de la delgada pared, varias masas duras coloradas en el epigastrio y haciendo continuación con la macicez esplénica.

La constipación es casi invencible.

La hematuria es muy frecuente.

Los ganglios avilares e inguinales están hipertrofiados moderadamente.

El hemograma practicado el 2 de octubre de 1938, dio el siguiente resultado: Eritrocitos, 1.700.000; Leucocitos, 86.000.

Fórmula leucocitaria:	Mieblastos	45%
	Promielocitos	26
	Mielocit. Neut	11
	Mielocit. Eosin	2
	Mielocit. Basof	0
	Metamielocitos	7%
	Polimorfonucl. Neutr . .	4
	Polimorfonucl. Eosin . .	0
	Polimorfonucl. Basóf . .	0
	Linfocitos	3
	Monocitos	2

Normoblastos: 2 por 100 leucocitos

Hemoglobina: 2,90 Grms.

Conclusión: Leucemia agudo con intensa anemia hipocrómica.

En enero de 1939 muere el enfermo en completa caquexia, después de 17 meses de enfermedad. No hubo la oportunidad de hacer autopsia, pero se tomaron algunos especímenes de masas tumorales de la cavidad abdominal y de algunos órganos (atención del Dr. Juan B. Callejas R.), cuya descripción histológica es la siguiente:

Fijación: Solución salina formolada. Inclusión en parafina. Coloración con hemateínas, eoina, Van Gieson y Giempsa.

Descripción general del tejido.—En ocho cortes de diferentes regiones se encuentra un mismo tejido, ya invadiendo, ya formando masas independientes, sin vestigio de órgano o tejido preexistente. Está formado por células de carácter embrionario y de un mismo tipo: redondas u ovales, de citoplasma claro, basófilo, escaso y con ocasionales granulaciones; el núcleo es prominente, redondeado, con membrana, red cromática y nucléolos. Las figuras mitósicas son muy frecuentes. Las células tienen un tamaño mayor que un plasmocito y se identifican con las células de la leucemia aguda. A veces se encuentra un retículo o estroma de sostén del tejido pero también aparecen las células sueltas y aglomeradas sin ningún orden

aunque tienden a agruparse alrededor de los vasos sanguíneos.

Pulmones.—En la mayoría de los cortes sólo se encuentran células mieloideas y apenas en algunas partes se ven alvéolos deformados y tejido fibroso con antracosis que recuerdan el órgano. La invasión de las células leucémicas se hace por los tabiques interalveolares, comprimiendo el alvéolo y formando extensos acúmulos neoplásicos. Algunos alvéolos se encuentran distendidos y colmados de células.

Riñón.—Se puede hacer diagnóstico del órgano por algunos glomérulos de Malpighi que se encuentran saltones en medio de un tejido de células mieloides sin distribución ni orientación definida. No hay rastro de epitelio ni de tubos. Los glomérulos que quedan conservan su forma y su cápsula pero esclerosados. La corteza está rechazada, atrofiada y esclerosada.

Corazón.—Las células mieloides invaden no solamente el tejido adiposo del epicardio sino que también sigue la dirección de las fibras musculares, rodeando los facículos y formando focos celulares que ahogan las fibras musculares, algunas de las cuales muestran degeneración hialina.

Vasos sanguíneos.—Las células mieloideas tienen una tendencia a acumularse alrededor de ellos e invaden su pared disociando sus túnicas. En su luz se encuentra a la par que eritrocitos un gran número de células blancas iguales a las invasoras de la periferia.

Piel.—La piel invadida tiene distendida su epidermis y se han borrado las papilas dérmicas; las formaciones dérmicas están reemplazadas por células mieloideas que a veces envuelven nidos de epitelio dando el aspecto de una epitelioma. No hay infiltrado de células plasmáticas.

Los Dres. Hartz y Sar (34) hacen un completo estudio histológico de un caso de cloroma en Curazao; muchas de las anotaciones de sus preparados las he visto también en los del caso que presento. Estudian ampliamente la invasión de los músculos, el páncreas, los pulmones y la glán-

dula suprarrenal y terminan con una discusión sobre las relaciones entre las neoplasmas y las leucemias; dicha monografía será consultada con provecho.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(1) Burns, A.: Observations on the Surgical Anatomy of he Head and Neck. F. Lucas, Baltimore, 1823, pág. 386.

(2) Balfour. Citado por Dock. G., Am. J. M. Sc., 106: 152, 1893

(3) Durand-Fardel, M.: Tumeur des meninges. Bull, de la Soc. Anat. de París, 1836. XI. 195.

(4) King, A.: Case of Chloroma. Month Jr. Med Sc. Lond. & Edimb. 1859. XVII. Ser. 3. 97.

(5) Aran, F. A.: Note sur une forme particuliere et ancore peu connue de cancer de la dure-mere et des os du crane. Arch. Gen. de Med. 1859. Ser. 5 385.

(6) Waldstein, L.: Ein Fall von progresiver anämie und darauffolgender Leukocythemie mit Knochenmar Kerkrankung und einem sogeannten chlorom (cholorolymphom). Virchows Arch. f. path. Anat. 91: 12, 1883.

(7) Von Recklinhausen Veber Chloroma. Tageber. d. versamml. Deusch. Naturforsch. u. Aerzte. Strassbur 58: 421, 1885.

(8) Dock, G.: Chloroma and its Relations to Leukemia. Amer. J. Med. Ss. 106: 152, 1893.

(9) Dock. G. Warthin, A. S.: A New Case of Chloroma with Leukemia with a Study of Cases Reported since 1893. Med. News. 1904. LXXXV. 971.

(10) Sternberg, C.: Zur Kenntnis des Chloroma (Chloromyelosarkon). Beitr. Z. path. Anat. u. z. allg. Path. 37: 437, 1905.

(11) Burges, A. M.: Chloroma. J. Med. Research. 27: 133, 1922.

(12) Türk, W.: Akuter myeloider Leukämie mit grüner Färbung des Knochenmarks. Deutsche med. Wchnschr. 29: 176, 1903.

(13) Klein, S. y Steinhaus, J.: Ueber das Chlorom. Centralbl. f. Allg. Path u. path. Anat. 15: 59, 1904.

(14) Brannan, D.: Chloroma. Bul. Johns Hopkins Hosp. 38: 189, 1926.

(15) Kandel, Ernestina V.: Chloroma, Review of the Literature from 1926 to 1936 and Reported of thre Cases. Arch. Int. Med 59: 691, 1937.

(16) MacCallum, W. G.: A Text of Pathology. W. B. Saunders Comp. Philadelphia 1941.

(17) Aschoff, L.: Tratado de Anatomía Patológica. Editorial Labor, S. A. Barcelona, 1934.

(18) Mallory, F. B.: The principles of Pathologyc histology, W. B. Saunders. C. Philadelphia.

(19) Piney, A.: Diseases of the Blood. P. Blakiston, Son & Co. Philadelphia. 1928.

(20) Wintrobe, M. M.: Clinical Hematology. Lea & Febiger. Philadelphia, 1942.

(21) Varela. M. E.: Hematología Clínica. El Ateneo, Buenos Aires, 1941.

(22) Naegeli, O.: Tratado de Hematología Clínica. Editorial Labor. Barcelona, 1934.

(23) Askanazy. Citado por Naegeli. (22)

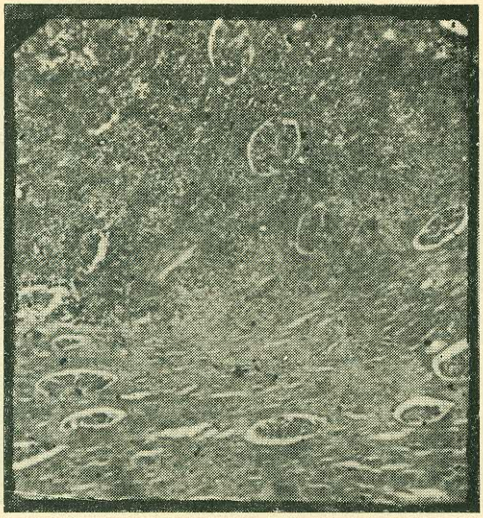
(24) Jacoboeus. Citado por Forkner, (31).

(25) Thomas, J. y Bigwood, E. J.: Etudes des porphyrine qui apparaissen dans le chloroma et dans le leucemie myeloide. Compt. rend. Soc. de Biol. 118: 381, 1935.

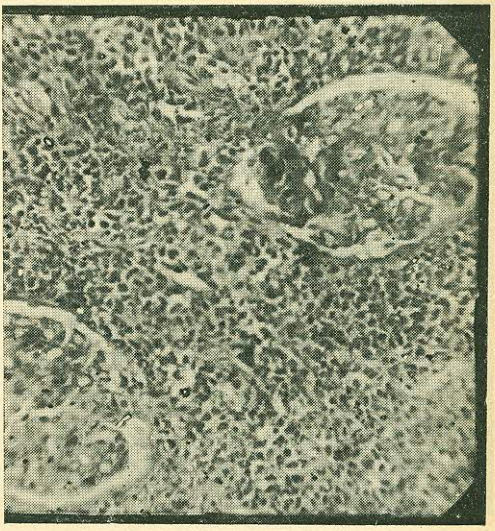
(26) Donalson. Citado por Laubry y Marchal: Nouvé traite de Pathologie Interne. Tomo III G. Doin & Co. París 1933.

(27) Aubertin y Weil, P. E., Citado por Laubry y Marchal (26)

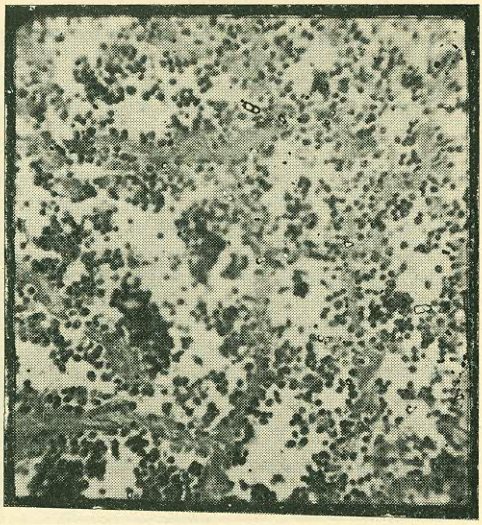
(28) Jiménez de Azúa, F.: Elementos de Hematología. Javier Morata, Madrid 1932.



1.—Riñón. En la parte inferior de la figura hay avanzada fibrosis que deforma los glomérulos. En la parte superior se encuentran los glomérulos también esclerosados y rodeados de células mieloideas. H. E.; x 70.



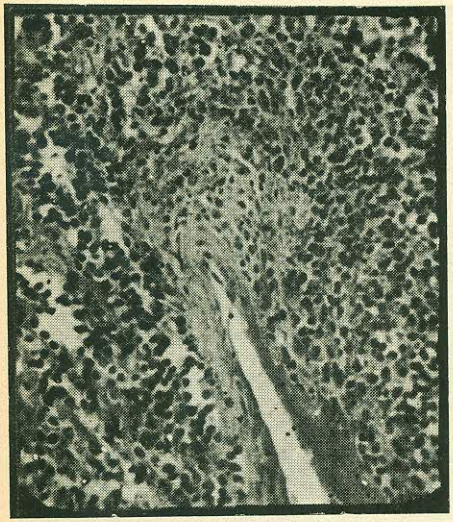
2.—Riñón. Ampliación de dos glomérulos de la fig. anterior. Nótese el reemplazamiento de los tubos por células mieloideas y la esclerosis del glomérulo.



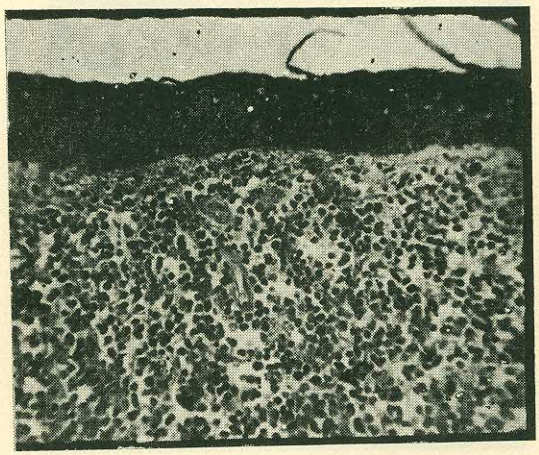
3.—Pulmón. Destrucción de los alvéolos e invasión de las células mieloideas. Permanecen algunos haces de tejido conjuntivo. H. E.; x 400.



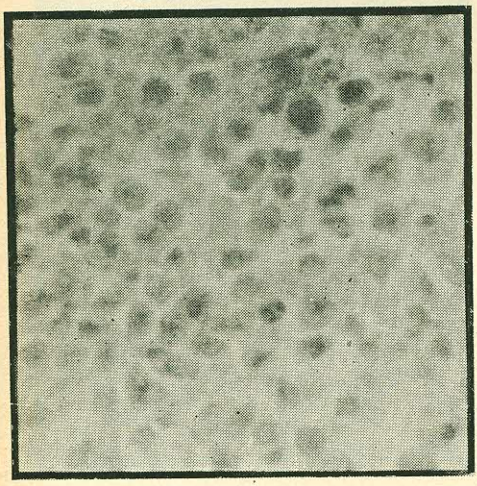
4.—Corazón. Miocardio. Los facículos musculares se encuentran disociados y rodeados de células mieloideas. H. E.; x 280.



5.—Pared vascular disociada por infiltración de células mieloideas. H. E.; x 400.



6.—Piel. Estiramiento del epitelio e invasión de la dermis. H. E.; x 400.



7.—Células mieloideas de una tumoración. H. E.; x 900.



8.—Corte longitudinal de un vaso que contiene sangre de aspecto leucémico. Nótese la misma clase de células blancas por fuera de la pared.

(29) Chiari, R. Citado por Piney: Resent advances in hematology. J. & A. Churchill. London. 1928.

(30) Hutschmann y Brannwell. Citados por Piney (29).

(31) Forkner, C. E.: Leukemia and allied diseases. The Mac-Millan Comp. New York 1939.

(32) Lecene, P.: Un cas de choloroe de l'extremité superieure de l' humerus traité par la resection etendue. Bull, et, Mem. Soc. Nat. de Chir. 53: 309, 1927.

(33) Washburn, A. H.: Chloroma. Repor of a case with recovery follofing roentgenotherapy fith a review of the literature. Ame. J. Dis. Child. 39: 330, 1930.

(34) Hart, Ph. y Van der Sar, A.: Chloroleukemia. Repor of a case with special reference to its neoplastic nature. Am. J. of Pathol. 4: 715, 1942.

Luis Eduardo Villegas

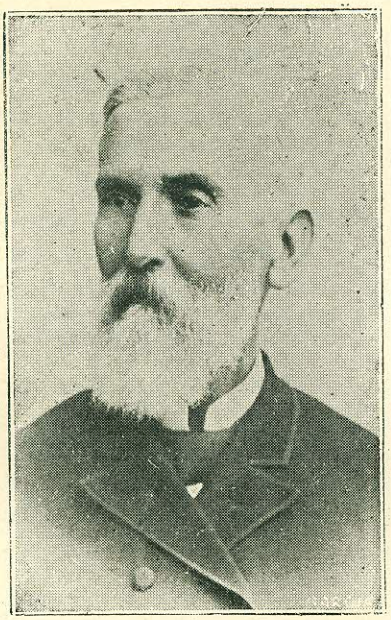
Boceto del Dr. Manuel Uribe Angel

Si fuese indispensable docta pluma para escribir un esbozo del Dr. Manuel Uribe A., no acometeríamos la empresa. Si, por tratarse de simple bosquejo, bastan largas y estrechas relaciones con aquél, admiración por sus talentos, veneración por sus virtudes, culto a lo verdadero y propósito de no vaciar la efigie en el molde exageradísimo de algunas biografías, que más parecen romances, y no en la turquesa de las realidades humanas, a pedazos magníficas, y a pedazos toscas; si estas condiciones bastan, repetimos, entonces sí podemos poner, sin mucho temor, manos a la obra.

No se estime innecesaria la advertencia; ya que en las producciones de este linaje suelen presentar los autores, no lo que hay, si no lo que desean que haya; no la verdad, con sus inevitables torceduras y sombras, si no la fantasía, con su inextinguible venero de ficciones. Desaparece en tal caso el historiador, y se presenta el novelista; se va el pintor que copia, y queda el soñador que crea. Deslumbradoras, pero no aceptables, son semejantes lucubraciones; porque, sobrándoles poesía, les falta lo que en ellas ha de buscarse, que es humanidad. Son como los paisajes que nos forjamos con las nubes de la tarde: muy lindos; pero existen tan sólo en la imaginación. Cuando leemos alguna de esas biografías, recordamos involuntariamente los versos finales del celebrado soneto de Argensola:

"Porque ese cielo azul que todos vemos, no es cielo ni es azul. ¡Lástima grande
Que no sea verdad tánta belleza!".

Entre los hombres de auténtica valía que han figurado en Colombia, forma parte del más selecto grupo el Dr.



Dr. Manuel Uribe Angel

Primer Presidente de la Academia de Medicina de Medellín

Manuel Uribe A., a quien nosotros graduamos de "ilustre a carta cabal". Y como el calificativo de "ilustre", a fuerza de emplearse sin justicia, es sospechoso, añadiremos que el individuo a quien se refieren estas líneas era innegablemente ilustre, y no ilustre de contrabando, como se dan tantos en la América Española. Existe un hecho que lo acredita, sin campo a duda, y es lo general y espontáneo de la pena que produjo la muerte del Dr. Uribe A., y las declaraciones unánimes de la opinión pública sobre los méritos del mismo, cuando no obraba móvil alguno que pudiese contribuír al engaño. En la senectud, ciego, enfermo, pobre, retirado por completo de la vida activa, sin nada qué dar ni siquiera qué ofrecer, y no existiendo acicate alguno que estimulara a la adulación y al embuste populares, recibió en vida, y le han sido confirmadas, con creces, en su cadáver y memoria, las mayores y más honrosas muestras de respeto y simpatía de que tengamos noticia en Colombia. Si ellas no correspondiesen a un grande y real mérito en el Dr. Uribe A., ¿qué criterio habría para juzgar de la importancia efectiva de una persona? Cuando los hombres son o fueron poderosos, las alabanzas desmedidas, los agasajos atronadores, y las ovaciones y los triunfos a la romana, pueden ser interesados, serviles y embusteros. ¿Quién no los ha visto, dirigidos a sujetos en todo y por todo comunes, a individuos sin una sola virtud o siquiera un rasgo imponente de carácter, y aun a malvados dignos de perpetua execración? Cuando no existen motivos para considerarlos falaces, sí deben tenerse como sinceros los tributos de la admiración pública; y este es justamente el caso del Dr. Uribe A.

Acaso nos pregunte alguien, que emplee patrón especial para la gloria, cuántas reputaciones deshizo con su pluma, cuántas batallas libró en nuestras guerras intestinas, y cuántos gobiernos se vinieron a tierra bajo el ariete de la palabra del Dr. Uribe A. Si tal ocurriere, responderemos que el Dr. Uribe A., no obró nada de eso; pero que sí hizo algo mucho mejor, y fue trabajar siempre como obrero entusiasta e incansable del bien social. No deshizo reputaciones; pero sí curó llagas. No libró batallas de pólvora, balas y sangre; pero sí combatió errores y defendió verdades. No derribó gobiernos; pero sí levantó a

la humanidad, dignificándola. Sus laureles están en las muchas lágrimas que enjugó. Ni la deslumbradora espada del guerrero, ni la llena antesala del gobernante, ni la aparatosa faena del político que priva, nada de lo que de ordinario sucede a la gente, ceñía, buscaba y distinguía al Dr. Uribe A. El hogar apacible en que la esposa aviva adentro la llama de los afectos y el mendigo aguarda, a la puerta, segura y abundante limosna; el trabajo diario, en sus más fecundas a la par que arduas manifestaciones; el cultivo amoroso de árboles y plantas; el frío gabinete de estudio; la cátedra en que se difunde con tesón la verdad; el artículo de costumbre, para divertir a los lectores; el libro didáctico, que ha de ponerse en manos de los escolares; la disquisición científica, donde se plantean y resuelven graves cuestiones; la sucia choza en que la miseria pide pan, medicinas y consuelos; los hospitales, donde levantan el estómago mil enfermedades asquerosas, y horrorizan los miembros amputados por la cuchilla del cirujano: tal es el terreno en que puede seguirse al Dr. Uribe A.

Quien lo siga, habrá de confesar que había en él algo de D. Andrés Bello, bastante de D. Francisco José de Caldas, y mucho de San Vicente de Paúl.

Y no es parte a que borremos estas apreciaciones, el pensamiento, más ingenioso que sólido, de que un hombre notable no se parece a nadie. En el conjunto, bien puede suceder que todo individuo que se salga de la esfera de lo común, constituya una personalidad especialísima; pero en las varias maneras de ser que forman ese conjunto, no. Tales maneras de ser son otras tantas prendas, tendencias, costumbres, adaptaciones y facultades que se hallan en otros hombres, y que, por lo mismo, no son patrimonio exclusivo de ninguno, por más original que él sea. Si un hombre ama a la naturaleza, se parece en eso a Bello, el incomparable cantor de la zona tórrida; si es filósofo práctico, se parece en eso a Caldas que, sin haber escrito sobre silogismos, es, por su vida, uno de los que más amaron la sabiduría, y si es supremamente caritativo, se parece en eso a San Vicente de Paúl, sin rival en lo de hacer bien al prójimo; aunque en otras muchas cosas se diferencie aquel hombre de cada uno de los tres mentados personajes.

Algunas etapas de la vida del Dr. Uribe A.

Nació en Envigado, perteneciente al hoy Departamento de Antioquia, el 4 de Septiembre de 1822; y fueron sus padres D. José María Uribe A. y Dª. María Josefa Angel U., ambos procedentes de troncos hidalgos en España.

Adquirió las primeras letras con el maestro Alejo Escobar. En 1836 se trasladó a Bogotá, con el objeto de aprender allí materias generales, y luego cursar medicina, a la cual sentía inclinación desde la infancia. En el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario logró lo primero, del año 36 al 40; y en la Universidad Central de la República, lo segundo, del año 41 al 44. En este último año, después de bien sostenido examen, obtuvo título de Doctor en Medicina y Cirugía.

Graduado, volvió a Antioquia, donde permaneció poco tiempo. En 1845 verificó un viaje al Ecuador. De allí fue al Perú. Pronto retornó a la patria de Montalvo, y se detuvo en Quito, donde recibió nuevamente la investidura del doctorado en Medicina y Cirugía.

Del Ecuador pasó, en 1849, a los Estados Unidos del Norte. De éstos se trasladó a Europa con el objeto de completar sus estudios médicos.

En París permaneció hasta 1853, en que se restituyó a Antioquia y se avecindó en Medellín.

En el siguiente año se casó con Doña Magdalena Urreta, que fue durante 50 años la amadísima y digna compañera del Dr. Uribe A.

La vida de casado lo retuvo aquí hasta 1862.

En esa época y acompañado de su mujer, hizo un viaje a la Capital de la República.

En 1863 fue nombrado miembro de la célebre Convención de Rionegro; pero no asistió.

En ese mismo año regresó a Antioquia, donde vivió hasta 1875, en que efectuó otro viaje a los Estados Unidos del Norte, con el doble objeto de educar allí a su hijo adoptivo, D. Luis G. Johnson, y de visitar la Exposición de Filadelfia. A fines de 1876 se hallaba de nuevo en Medellín.

En 1877, vencida que fue la formidable revolución nacional de aquella época, desempeñó por breves días, en el nuevo orden político, la Jefatura Civil de Antioquia; destino que aceptó a ruego de sus amigos, y sólo para impedir probables demasías de uno y otro bando, en mudanza política no verificada por obra del sufragio libre, sino por la suerte tornadiza de las armas.

En ese año y otros de los siguientes sirvió el cargo de Diputado a la Asamblea Constituyente y a varias Asambleas Legislativas del Estado de Antioquia.

Como representante del Gobierno de esta sección, se trasladó a Panamá, en 1880, cuando la inauguración de los trabajos para la apertura del canal;

En 1882 asistió al Congreso de la República, como Senador por Antioquia.

Verificó un segundo viaje a Europa, en el año de 1884, con su esposa, a publicar la **"Geografía General del Estado de Antioquia en la República de Colombia"**. Entonces recorrió por Italia, Suiza, Alemania, Holanda y Bélgica. A pesar de su vehemente deseo de conocer y estudiar a España y Portugal, no pudo lograrlo, por causa del cólera que por aquella época diezmaba el Sur de Europa.

A fines de 1885 se restituyó al suelo natal.

Desde entonces hasta la época de su fallecimiento, permaneció en Medellín, exceptuando unos pocos días empleados en ir a Supía, con el objeto de visitar a su íntimo amigo D. Rudesindo Ospina.

Desde 1844 hasta 1895 (cincuenta y un años) el Dr. Uribe A., ejerció activamente la medicina, donde quiera que estuvo. En el último de esos años, por perturbaciones de la vista, ya notables, dejó de recetar y operar para el público; más no para los pobres y los amigos, a quienes continuó favoreciendo con sus auxilios médicos, hasta los últimos días de su vida. En esos cincuenta y un años pasó en Antioquia la Medicina, si vale la frase, de la infancia a la plena pubertad; y varios médicos afirman que el Dr. Uribe A., contribuyó como el que más a ese edelanto.

Los viajes del Dr. Uribe A., fueron de estudio y de re-

creo. Al regresar traía siempre métodos, instrumentos, libros, plantas y otras cosas desconocidas aquí, que luego se esforzaba en acreditar, propagar y difundir. Eso, además de sus esfuerzos por el mejoramiento, acredita su cariño a la tierra donde había nacido.

El Dr. Uribe A., huía de los empleos públicos. Cuando desempeñó algunos, contadísimos, fue muy rogado por sus amigos, casi siempre sin sueldo, y siempre para servir a la comunidad. En ellos dio constantes lecciones de absoluta honradez, de mucha tolerancia y de suprema elevación de miras. Para desempeñarlos prefería los dictados del buen sentido, a lo que él consideraba sutilezas de las Leyes. En las discusiones parlamentarias procedía más como razonador mesurado, que como orador persuasivo. No era amigo de los debates ruidosos; pero cuando otros se los provocaban y no era decoroso rehuírlos, los aceptaba y sostenía con admirable entereza. Mucho ha de engañarse quien, teniendo en cuenta la suavidad de carácter del Dr. Uribe A., piense que entonces le faltaba a éste todo el nervio necesario para decir verdades como puños, por amargas que fuesen. En esos raros ardimientos parlamentarios se mostraba brioso y elocuentísimo.

Veamos algo de físico del Dr. Uribe A. Siempre hemos creído que la parte corporal del hombre guarda íntima conexión con la espiritual. Y no es que juzguemos que la pureza en las líneas del rostro indique brillantez o profundidad en los pensamientos, ni que la potencia en los músculos sea reveladora de la energía en la voluntad. Hombres hermosos y majaderos, o esforzadísimos y juguetes de las pasiones, se ven por todas partes; así como se hallan fealdades y aun deformidades de rostro que dejan traslucir sentimientos exquisitos o intelectualidades elevadas. Nuestra teoría no radica en abulladuras y hundimientos, regularidades o irregularidades. Se refiere a una impresión especial, causada por una persona en las otras: impresión indefinible y que no puede reducirse, en nuestro concepto, a principios y reglas. Consisten en cierto reflejo del alma, en la fisonomía del individuo, sobre todo cuando éste obra bajo el imperio de fenómenos intensos del espíritu. Tal reflejo es involuntario a la par que claro, y casi nunca en-

gaña como indicativo de los estados psicológicos. Si la cólera se traduce en contracciones de los músculos faciales, y la meditación en inmovilidad del rostro y apagamiento de los ojos, ¿por qué los demás estados del alma no han de tener signos externos? Pues tales signos no son otra cosa que el reflejo de que venimos hablando.

Estatura regular; blanca tez, arrebolada por la sangre, bajo el imperio de la más ligera excitación espiritual; cabellos rubios en la primera parte de la vida, y completamente canos a los sesenta años; rostro de forma caucásica; frente amplia y ligeramente corva en el extremo superior; ojos garzos, desteñidos, que penetraban los objetos anunciando al investigador por naturaleza y por hábito; nariz afilada; boca mediana y de labios delgados, barba algo saliente y de contorno suave; pecho angosto, remos cortos; manos y pies pequeños; poquísima grasa, y músculos, no abultados, pero sí muy potentes: de aquí, a brochazos, lo físico del Dr. Uribe A. Cuando le conocimos, en 1877, le dañaba algo cierta giba, poco desenvuelta, pero suficiente para atenuar un tanto la muy estética impresión del conjunto. Los que vieron joven al Dr. Uribe A., se hacen lenguas de su hermosura en ese tiempo. Nosotros alcanzamos a un hombre todavía muy gallardo. Así se conservó hasta el fin. Es más: el Dr. Uribe A., es el único muerto de aspecto artístico que hayamos visto. Conste, eso sí, que la gentileza del Dr. Uribe A., no consistía en lo delicado de las facciones, sino en la seca gracia viril, que tánta nobleza le imprime al cuerpo masculino.

En cuanto al indefinible reflejo del alma, de que hemos hablado, era tal, que todos amaban y respetaban al Dr. Uribe A., con sólo verle. Cautivaba a todo el mundo, desde luego, con sólo mostrarse y sin hablar siquiera. Cuando alguien le veía por primera vez, pensaba esto, en el acto: "aquí hay un hombre inmejorable, porque esta expresión no puede engañar a nadie"; y estaba en lo cierto.

Contemplaremos someramente las interioridades del alma encerrada en ese cuerpo. Al descender al fondo del espíritu del Dr. Uribe A., sentimos inquietud. Es la especie de miedo que producen las cosas profundas y las almas luminosas; es algo como pavor sagrado, que causa contemplar

de cerca el vórtice hervidor de la actividad psíquica en las naturalezas superiores.

Hemos dicho que el Dr. Uribe A., ejerció la Medicina. En sentir de colegas competentes, podía ser calificado de "gran médico". Los que lo juzgamos como pacientes, sólo podemos decir que curaba con asombrosa facilidad, y que curaba de cuerpo y de alma. No dudo que haya quién trate mejor los males del cuerpo; mas de seguro no se dará con nadie que trate mejor las penas del alma. La simple presencia del Dr. Uribe A., era ya mejoría para el enfermo. En la amable sonrisa que se le dibujaba en los labios, se veía desde luego la cortina con que discretamente ocultaba el filántropo al profesor. Sentado el Dr. Uribe A., en el borde del lecho, y con el pulso del enfermo en la mano, éste sentía renacer la esperanza en el fondo de su atribulado espíritu; pues de la boca del eminente profesor brotaba no interrumpida serie de palabras afables y de consuelo. Cuando el doctor se retiraba, podía uno estar seguro de que si el mal no cedía a los embates de la ciencia, el paciente aguardaba confiado, o por lo menos sin insoportable temor, las resultas de la dolencia.

Nos trasladaremos con la memoria a los tiempos en que la pérdida de la vista no había inhabilitado al Dr Uribe A., para ejercer la profesión de médico. Un enfermo se ha agravado, y alguno de sus deudos viene a buscar al reputado médico a eso de las dos de la mañana. Ese deudo está urgidísimo; mas vacila al tomar el picaporte de la casa del doctor. Lo notamos y le decimos: No tema Ud. golpear, y menos que le reciba destempladamente el Dr. Uribe A. Toque Ud., que dentro de cinco minutos estará nuestro amigo, en el portón de la casa, a las órdenes de Ud. —¡Hace mucho frío! exclama el buscador. —¡Eso no vale nada!, le decimos nosotros: el Dr. Uribe A., lo disminuirá con el sobretodo. —Pero si sé, replica el deudo, que el Dr. Uribe A. padece una enfermedad del estómago, que le impedirá salir, arrostrando los glaciales vientos de Santa Elena. —No importa, le manifestamos nosotros: se trata de la salud y acaso de la vida de un semejante, y el Dr. Uribe A., es capaz de exponer la salud y la vida propias, por salvar las del prójimo. —Señor, torna a replicar el deudo: Solís, el

tabernero del frente, acaba de contarme que el Dr. Uribe A. pasó a la cabecera de otro enfermo, hasta la una y media de la madrugada, y que sólo hace treinta minutos que se acostó, rendido de cansancio y de sueño. —No importa, volvemos a manifestar nosotros: al Dr. Uribe A., no lo arredra la magnitud del sacrificio cuando se trata de cumplir con sus deberes. Toque Ud., y dentro de breves momentos estará aquí el Dr. Uribe A.; incontinenti irá camino de la casa de Ud., y alegre, como si tuviese un estómago sano y como si hubiera dormido toda la noche, atravesará calles y plazas, centro y suburbios, en busca del paciente. —Me da pena, observa por última vez el deudo: soy pobre, y no cuento con que cubrir los honorarios de tan estimado médico. —Ud. no conoce al Dr. Uribe A., le declaramos nosotros: él recetará gratis al enfermo de usted, por añadidura costeará los remedios, si Ud. carece de dinero para comprarlos. Llame Ud., sin embarazo. El Dr. Uribe A., irá ahora mismo a casa de Ud. y no faltará de allí sino cuando, curada la enfermedad y restablecido el paciente, sea tiempo de ajustar cuentas y recibir honorarios—. El deudo perdida ya la timidez toca; el Dr. Uribe A., sale al momento, y poco después se halla en la alcoba del enfermo.

El Dr. Uribe A. hurtó tiempo a sus tareas profesionales, para consagrarlo a estudios históricos, geográficos y literarios. En todos estos ramos rayó más o menos altamente; pero siempre en la altura, y dejó huella luminosa de su paso por allí. Veámoslo.

Como trabajos netamente históricos, compuso las biografías de Alvaro de Oyón y de Francisco Pizarro y un **Compendio Histórico del Departamento de Antioquia.** Hallamos que las biografías de los dos conquistadores reúnen los requisitos rigurosos en trabajos de esa clase; mas nos parecen un tanto desaliñadas. Fueron escritas en época en que el Dr. Uribe A., saturado de libros franceses, daba poquísima importancia a lo castizo del lenguaje. Más tarde se convenció de que andaba errado en eso; arrió velas; cambió de rumbo; buscó a nuestros clásicos; se enamoró rendidamente de los vocablos, frases y giros castellanos, repitió olvidados estudios, y llegó a escribir con denosura, aunque no de modo impecable, en la divina lengua de Jovellanos.

En cuanto al **Compendio Histórico,** lo estimamos obra didáctica de indisputable utilidad, y clara, sobria y garbosamente redactada. Para juzgar ese trabajo, ha de tenerse en cuenta que es, por lo que se nos alcanza, el primer libro de su clase que se publicó en Antioquia; que en muchos e importantes puntos, especialmente los relativos a la colonia, las fuentes beneficiables son escasísimas, y las lagunas, grandes; que todavía yacen bajo el polvo y en la balumba de los archivos, cosas de importancia, y que nuestra historia seccional, no obstante los provechosos pasos que han dado otros historiadores e investigadores, en varios puntos no ha salido todavía del período embrionario. Teniendo todo esto en cuenta, creemos que no se le negarán aplausos al Dr. Uribe A., aunque se reconozca que su epítome muestra deficiencias y errores en sitios en donde otros han labrado luego con más fortuna que él.

Los trabajos geográficos del Dr. Uribe A., se hallan condensados en su **Geografía General del Estado de Antioquia en la República de Colombia,** libro de unas 700 páginas en 4º mayor, dos mapas de Antioquia, uno al tiempo de la conquista, y otro de la presente época, y varios folios de grabados alusivos a inscripciones, joyas, cerámica y otras cosas indígenas, publicado en París, el año de 1885. A no dudarlo hay allí inexactitudes, y la obra, fuera de la parte necesariamente variable en tratados de esa clase, es susceptible de mejora en muchos lugares. Pero pensamos que entrañaría notoria injusticia no considerarla como almáciga riquísima de datos geográficos, como libro innegablemente provechoso y como trabajo que enaltece al autor. De esa **Geografía** sacó un compendio el Dr. Uribe A. Obra extensa y epítome corren en lenguaje que torna amena su lectura: atractivo raro en trabajos de esa índole.

Casi todas las piezas literarias del Dr. Uribe A., son cuentos, o artículos de costumbres —ora de la época colonial, ora de los tiempos que alcanzamos—, o cartas de viajes. Como profesaba el principio de que la literatura y las bellas artes, antes que todo han de ser sanas, las producciones literarias del Dr. Uribe A., se recomiendan sin excepción alguna, por tendencia moral intachable; y como profesaba también el principio de que las creaciones artísticas deben

ser espejo fiel de la vida, donde lo malo alterna con lo bueno, y lo atrayente con lo repulsivo, las composiciones del Dr. Uribe A., llevan al ánimo del lector impresiones de realidad y de frescura: **El Fallo, La Medicina en Antioquia, La Caña de Azúcar, El Bien cae de arriba, D. Rodrigo Gómez de Silva, Espadas son triunfos, El recluta, Bolívar poeta, El Caimán** y otros muchos artículos abonan lo copioso de la vena imaginativa del autor y las excelentes cualidades de su estilo. Las cartas relativas a **Un viaje de Medellín a Bogotá, en 1862,** nos muestran al Dr. Uribe A., como amantísimo de la naturaleza y como observador delicado y sagaz. No se nota mucha complicación en la trama de sus composiciones; antes por el contrario, peca de excesivamente sencilla. Se repite bastante, y el fuste de sus producciones suele ser un poco mecánico. En el maridaje de los adjetivos con los sustantivos, y, en general en el manejo de las partes subalternas de la oración (perpetuo escollo de escritores adocenados), es muy feliz. Acaece que no son puros los términos que emplea; más casi siempre son pintorescos y sugestivos. En la descripción de personas y paisajes da ordinariamente con el colorido adecuado. El encadenamiento de sus cláusulas se verifica sin choques ni saltos, y por eso el estilo del Dr. Uribe A. es de sabrosa fluidez, su prosa corre ligera y chispeante por sobre los asuntos que toca. Menudean en sus escritos las apreciaciones exactas, y no son escasos los conceptos profundos. Diluye y amplifica, a veces de modo excesivo, con el propósito de darles mucho relieve a los pensamientos. Juzgando más desgraciados que perversos a los hombres, a la nota patética y al latigazo que desgarran las carnes, prefiere la nota festiva y las disciplinas suaves que sólo causen escozor. Jamás usa expresiones vulgares, y mucho menos innobles; pues le parecía que afeaban la obra artística, sin objeto plausible. Que en literatura y bellas artes todo puede expresarse, con tal de que haya habilidad para expresarlo, y que de varios vocablos que declaren una misma idea, unos pueden ser decentes y aceptables, y otros indecentes e inaceptables, eran dos cánones para el Dr. Uribe A. Por eso no le ponía coto a la jurisdicción artística; en su sentir, todo el universo puede ser materia de aquélla. Pero sí exigía siempre lenguaje digno. De lo

vulgar sólo permitía que el autor gastase las voces indispensables para caracterizar sus personajes, aunque él (el Dr. Uribe A.) no emplease ninguna, de lo innoble, nada. Para sostener su teoría usaba un ejemplo eficacísimo. Si un médico, nos decía, le pregunta a una señora, a quien recete, si se **ha mudado** ni ella ni sus parientes pondrán reparo alguno. Pero si le pregunta si ha... (y aquí, con señalada repugnancia, articulaba, sin sonidos, el nauseabundo participio), no habrá mujer honrada que no le vuelva la espalda al deslenguado médico, ni marido digno que no lo arroje de su casa ignominiosamente. En realidad, hay vocablos no sólo plebeyos sino canallas, cuyo uso mancha cualquier boca que los pronuncie.

También escribió una novela el Dr. Uribe A. Titúlase **Pedro Serrano,** y cuenta la vida de un náufrago, primero solo, y luego acompañado de otro náufrago, en una isla desierta de las Antillas. Prolijamente se describe allí cómo se ingenió Pedro Serrano, sin ayuda al principio, y más tarde con el auxilio de Bartolomé Camacho, para procurarse alimentos, techo, vestido y hasta algunas comodidades, y por qué estuvo en guerra, por algún tiempo, esta republiquilla menos que liliputiense, de dos hombres nada más. Tal como dejó esa novela el Dr. Uribe A., o sea muy retocada, y reducida a la tercera parte de su primitiva extensión, es un libro de grata lectura. Y decimos esto, porque en la forma que sacó en el **Papel Periódico Ilustrado,** es harto difusa y contiene apreciaciones técnicas de dudosa verdad. No se trata de una de esas novelas de enmarañada complicación psicológica, tan propias para que la gente se hile los sesos, tratando de resolver los problemas que plantean; ni de una de esas disolventes novelas que parecen antesala del presidio o del cadalso, en que no se dan atrocidades que, bajo el influjo de un esterilizador determinismo, no ejecute el protagonista; ni de una de esas novelas en que los personajes y sucesos han de ser estrambóticos e inverosímiles, con el preciso aditamento de que la fábula no tenga remate feliz, como boda, por ejemplo, sino nefasto y contra el deseo del lector, verbigracia, infidelidad, rapto o suicidio. Se trata en Pedro Serrano de personas y hechos que, si mueven los afectos, no sobrepasan la magnitud de lo fácilmente hallable y ocurrible en la vida. La idea

de meter guerra entre los dos meros habitantes de la isla, es dichosa en grado sumo y da margen a escenas muy originales. Los retratos de Serrano y de Camacho están magistralmente hechos. Los huracanes en las Antillas y la presentación de Camacho en la isla, que las tienen tiesas con los mejores trozos de la antología. Entre las descripciones hay dos —la de la tempestad en el mar Caribe y la del incendio de maderas en la isla— que resisten, sin flaquear, el parangón con las mejores de la literatura castellana.

No faltará algún moralista que censure al Dr. Uribe A., por haber escrito cuentos, artículos de costumbres y una novela, cosas tan ajenas a la especie de sacerdocio que hay en la profesión del médico; y a fe que carecerá de fundamento la censura. Siempre hemos considerado a los que embelesan al público, escribiendo ficciones, como bienhechores de la humanidad. Si la vida tiene tántas cosas tristes, ¿por qué no hemos de aplaudir a quienes derraman adormideras en el camino de los que corren desesperados a la tumba? Y si la vida ofrece ratos de bulliciosa alegría, ¿por qué hemos de repeler a quienes dejen coronas de rosas para los que se sientan en los festines? Lo único que puede exigirse a los autores de novelas, es que respeten la Moral, que sean verdaderos artistas de la palabra, que resulten hábiles para producir las impresiones que desean despertar, que no escriban logogrifos y que no asuman, enarbolando la férula, la actitud de feroces pedagogos.

Rasgo brillantísimo en el modo de ser espiritual del Dr. Uribe A.: la flexibilidad de inteligencia. Dejaba empezado un cuento, para escribir un capítulo de geografía. Cortaba el capítulo de Geografía, para darse a una disquisición histórica. Truncaba la disquisición histórica, para extender una receta. Extendía la receta, y tornaba a continuar el cuento. El poder de asimilación intelectual era tan bien sorprendente en el Dr. Uribe A. Tomaba una idea extraña, y la reproducía y fecundaba con pasmosa rapidez. Sobre una sola piedra que se le daba, construía todo un edificio. Lo más raro es que en esas labores, en que la base era ajena, y el desenvolvimiento propio, imperaba un sello de individualidad tan notable como en sus producciones espontáneas. Agréguese a esto inteligencia clarísima, memoria

portentosa y resistencia para el trabajo mental, como se ven pocas: trabajar 17 horas durante muchos días seguidos, era para el Dr. Uribe A., cosa corriente antes de cegar.

El Dr. Uribe A., poseía el dón, preciso, como pocos, de la elocuencia. Era elocuente no sólo en la tribuna y la cátedra, sino también en el salón. Se apoderaba del oyente, el alumno o el confabulante, con destreza admirable, y los seducía. A su conjuro brotaban, en ordenado atropellamiento, las expresiones que poseen el mágico poder de encadenar. Con aspecto noble, ademanes correctos y voz, ya que no tonante, sí agradablemente pastosa, sabía recorrer todo el teclado de las ideas y los afectos, para convencer o persuadir. Su discurso en Nueva York, sobre Cervantes, indica de cuánto era capaz el Dr. Uribe A., en el arte prestigioso de subyugar con la palabra.

El Dr. Uribe A., pertenecía a la escuela liberal, en la acepción filosófica de la frase. Creía sinceramente que la tolerancia está llamada a resolver, en sentido satisfactorio, todas las dificultades de las modernas agrupaciones; pero no confundía la libertad con el desenfreno, y temía tanto a la anarquía, que es la consecuencia de éste, como odiaba a los déspotas y tiranos que se levantan cuando claudica aquélla. Estimaba que de la libertad bien comprendida y aplicada surgen naturalmente el pan y la luz que requieren los presentes organismos políticos. Opinaba que los Gobiernos que no cumplen el deber de instruír al pueblo, cancelan o cuando menos relajan su derecho de castigar, y que abrir los portones de las escuelas es como cerrar las entradas de los presidios. Afirmaba que el día en que la cartilla venga sin imposiciones ni barreras (la enseñanza libre), y la camisa y el puchero sin artificiales restricciones económicas (el libre cambio), los pueblos habrán avanzado mucho hacia la meta de sus anhelos.

Se ufanaba el Dr. Uribe A., de ser cristiano. "El día en que la sociedad se componga en su mayor parte, no de individuos que se apelliden **buenos cristianos,** sino de hombres que realmente merezcan ese calificativo", decía, "el mundo volverá a ser, como al principio, un paraíso". Fraternal amor al prójimo, caridad bien aplicada y espíritu de sacrificio de nuestras conveniencias personales al bien

ajeno, eran la base de las creencias religiosas del Dr. Uribe A. Ser esclavo de los diez mandamientos sinaíticos, amo de los siete pecados capitales y campeón esforzado de las catorce obras de misericordia: he aquí, en síntesis, el ideal de un buen cristiano; y a esa doctrina procuró siempre ajustar su conducta. Mucha parte de sus rentas, cuando era rico, y la mitad de su pan, cuando fue pobre, pasaban de manos del Dr. Uribe A., a las de los menesterosos, por vía de limosnas o regalos y esto sin ruido, sin ostentación, sin humillar al que recibía la merced. Recetaba gratuitamente a los pobres y les costeaba muchas veces las medicinas. Era miembro nato de toda sociedad que se formaba para erigir casas de beneficencia, para allegar dineros destinados a contener o extirpar epidemias y para invertir fondos afectos a obras de esa clase. Como las Hermanas de la caridad, formaba parte del personal activo de todos los hospitales. Miraba con benevolencia los desvíos ajenos, y sólo era moralmente inflexible consigo mismo. Todo infortunio le merecía compasión. En cada caída se le hallaba listo para levantar al que yacía en el suelo.

Entre sus afectos era muy notable el que profesaba a su tierra natal. Por Envigado hizo cuanto un hijo amoroso hace por su madre. La artística iglesia, el cómodo hospital y la carretera de esa población se deben, en gran parte, al Dr. Uribe A. Por el mejoramiento intelectual y moral de Envigado se desveló siempre, y su labor fue premiada con opimos resultados. No dispuso nada el preclaro envigadeño, sobre lugar en que debieran conservarse sus huesos, por razones que no es del caso exponer aquí, pero que en nada desdicen del amor que al insigne médico le inspiraba el preferido suelo que lo produjo. Querríamos tener muy cerca de nosotros los restos de nuestro amigo; pero, rindiendo tributo a la justicia y a los sentimientos del Dr. Uribe A., creemos que a Envigado le corresponde el honor de custodiar tan sagrada prenda.

Diole Dios esposa virtuosísima y amable, al Dr. Uribe A.; pero le negó hijos. A tal deficiencia proveyó criando y educando a varios sobrinos, con tanto cariño como si fuese el verdadero padre. Si ellos quieren imitar a su tío,

tendrán vía escabrosa que seguir, y mucha gloria, estimación y aplausos que recoger.

Un libro pudiéramos escribir si quisiésemos exponer cuanto nos sugiere de bueno la gratísima memoria de este amigo. Pero no queremos irritar más la paciencia de los lectores (si los hubiere). Sólo añadiremos algunas líneas, referentes a los últimos tiempos del Dr. Uribe A.

Cuando murió, hacía siete años que estaba ciego. Esto lo entristecía, pero no lo acobardaba. En el círculo de sus intimidades continuaba siendo jovial y dando pruebas de resignación cristiana. A los punzantes dolores de un cáncer en la lengua, extirpado y reproducido luego en el estómago, les oponía una entereza incontrastable. Bajo el terrible aguijón de esos dolores recetaba, charlaba con sus amigos, cumplía con sus deberes religiosos y sociales, consolaba a los afligidos, componía versos, llenaba de solícitas atenciones a su esposa, mimaba a sus nietecitos de adopción; estudiaba (haciéndose leer de otro) y trabajaba. Sí estudiaba y trabajaba, obedeciendo al "creced" del Génesis, que para él, como para nosotros, es la obligación impuesta por Dios al hombre, de ampliar sin descanso las facultades, hasta el postrero día.

Sólo la noticia de nuestra humillación en Panamá, le puso sello indeleble de tristeza. De allí para adelante, hasta su risa fue melancólica.

El 16 de Junio de 1904, a la una de la mañana, rodeado de su familia, se apagó la vida del Dr. Uribe A., sin agonía, sin estertores, sin sacudimientos. Vino la muerte como viene aquí la caída de una hermosa tarde en un plenilunio de verano. Invaden las sombras cuando no han desaparecido por completo los árboles, y la declinación del día es tan suave, que hay un momento en que no se sabe si la luz que alumbra es la del sol que se esconde tras la montaña del Romeral, o la de la luna que se asoma por sobre el cerro de Pan de Azúcar.

La digna esposa del Dr. Uribe A., (doña Magdalena Urrueta), sólo sobrevivió a su marido noventa y cinco días. La muerte del Dr. Uribe A., más que la enfermedad físi-

ca, abrevió la vida de aquella dama. El fue amante y tierno con su compañera, como pocos hombres pueden serlo, hasta el postrer instante; y ella, buena y cariñosa como la que más, le correspondió muriendo de pena, cuando no habían transcurrido cien días desde el fallecimiento de su cónyuge. El único golpe que el Dr. Uribe A., declaraba no poder resistir, era la muerte de su esposa; y ésta que tuvo que presenciar la de su marido, sucumbió al pesar que la pérdida de su compañero le produjo. Este cambio de recíprocos afectos, ternezas y sacrificios, entre un hombre de ochenta y dos años, y una mujer de setenta y cuatro, es una página en que la realidad supera a la ficción, en rasgos de belleza moral. Cuando el amor no nos hace inferiores a los brutos, nos coloca a la altura de los ángeles.

Medellín, 31 de Octubre de 1904.

Luis Eduardo Villegas

Actas de la Academia

Sesión del 15 de Septiembre de 1943

El doctor Hernán Posada inició su exposición sobre Rickettiosis, haciendo la historia de la enfermedad, conocida como entidad mórbida desde la descripción de Fracastori, cuya obra sobre infecciosas marca época en la literatura del tifus.

En los tiempos modernos la epidemia más notable fue la de 1918 que asoló la península balkánica y los países eslavos.

La primera referencia sobre el modo de transmisión pertenece a Castañeda quien en 1897 sindicó a los ectoparásitos, en especial al piojo. Pero la demostración la hizo Nicolle en el Instituto Pasteur de Túnez; por ese entonces Nicolle consideró el agente como un virus filtrante. Posteriormente Ricketts identificó el microbio en la fiebre de las montañas rocosas y en el tifo petequial, hallazgo y comprobación verificados luégo por Provaseki.

En seguida vino la clasificación, hecha por Anderson, de la enfermedad de Brill, en el mismo grupo nosológico; este tipo clínico se caracteriza por su esporadicidad y porque excepcionalmente ofrece formas meníngeas. Castañeda demostró el papel trasmisor de la pulga de las ratas en tifo benigno (Enf. de Brill).

Y hoy, gracias a delicadas técnicas bacteriológicas y procedimientos de investigación, se conocen 23 razas de ricketzia.

En nuestro país, la dolencia parece antigua, Posiblemente el tabardillo o tabardillo pintado (demostración española, introducida en América) de los tiempos de la colonia y primeros de la república, la peste de Santos Gil, de tan tremenda mortalidad, no eran otra cosa. Los autores españoles aceptan esta sinonimia.

En Bogotá, ocurrió una polémica interesante entre

los doctores Lombana, Barreneche y Esguerra, pues sostenía, cada uno por su lado la ausencia y la presencia de esta enfermedad en el país.

Fue a propósito de esta interesante y ágil discusión y mediante las investigaciones a que dio lugar, como vino a demostrarse por primera vez en el país, el bacilo de Eberth.

En 1919, el doctor Buenaventura que practicaba hemocultivos sistemáticos en pesquisa de la tifoidea, y sorprendido por la negatividad casi rutinaria de estas búsquedas, planteó definitivamente la cuestión ante el cuerpo médico, y suyas son las siguientes palabras:

"Se trata de fiebre tifoidea o de tifo exantemático...? Está demostrada la ausencia del tifus exantemático? NO".

En 1922, Patiño Camargo publicó su tesis de grado documentada con experiencias en las que demostró la Rickettzia. En 1935 estudió la fiebre de Tobia; que con su 95% de mortalidad, resultó ser una rickettsiosis; fueron estudiados los focos de la hoya del Cauca; de Salamina, de Neira, Aguadas, Pácora. Y por fin, en 1941, la epidemia del Retiro, previamente tenida como tifoidea, que afectó a muchos vacunados para ésta.

En Antioquia, desde 1891, el doctor Teodomiro Villa llamó la atención sobre algunos enfermos que él veía, solo o en compañía de colegas muy distinguidos, enfermos que adolecían de raquialgia, conjuntivis, exantema, etc., a los cuales, en rigor clínico no podría clasificar como dotienentéricos. Pero solamente en 1942, la presencia y el cosmopolismo de la rickettzia, en este departamento, fueron demostradas sobre bases serias de experimentación, por Montoya, epidemiólogo seccional.

La clínica de la rickettsiosis puede esquematizarse de este modo: Incubación difícil de precisar, con un período de oscilación más probable de 11 a 14 días.

Se inicia sin prodromos, casi siempre con gran calofrío de duración hasta de una hora, y que en veces puede ser tan intenso como el palúdico. Concurren con esta iniciación o se presentan poco después, fenómenos disnéicos, de orden congestivo del árbol bronco-pulmonar.

A lo sumo en 3 días la temperatura sube a 39° C., o más; hay pequeñas remisiones y al final desciende en crisis o en lisis algo rápida.

Un signo muy notorio y precoz es la raquialgia, en tal forma intensa que puede simular el kernig, pero no es duradera.

Rinofaringitis catarral; conjuntivitis serosa que en ocasiones no raras llega a la supuración; adopta forma horizontal y produce alguna fotofobia.

En la boca: enantema más o menos notorio; lengua íntegramente saburral; edematizada y con dificultad para sacarla.

En el abdomen: sintomatología negativa: ausencia de fenómenos digestivos, de vez en cuando: hepatomegalia. La esplenomegalia, sobre ser poco común, es molesta y nada peculiar. Casos se ven en que la enfermedad adopta forma disenteriforme.

Durante el proceso se acentúan los signos respiratorios; aparecen estertores de grueso y mediano calibre y alguna crepitación.

Tempranamente desciende la presión sanguínea y queda alrededor de 10 Mx. y 6 MN.

En la literatura se mencionan casos con incontinencia de orina pero el autor ha visto con retención.

Hay un estado muy nato de estupor y apatía profunda.

Evolución: 10 a 18 días.

El diagnóstico debe ser hecho: con la tifoidea, cuyos prodromos pueden ser muy cortos o pasar inadvertidos; puede iniciarse con calofrío; presenta cefalea molesta y el importante signo del insomnio. El doctor Posada hizo paralelo entre la gráfica térmica de ambas entidades, discriminando lo que pertenece y caracteriza o es más propio de cada una. En cuanto al exantema, en la tifoidea se completa de una vez, tiene su sitio de predilección, es poco numeroso. En el tifus: se completa por brotes sucesivos; aparece algunas veces bajo las uñas (¡no siempre!), y a lo largo de los miembros; su frecuencia puede apreciarse por lo alto en el 80% (hay quien afirma que en el 100%).

El sistema ideal de diagnóstico es la sero-aglutinación; la técnica de Castañeda es simple. La reacción aglutinante puede ser algo tardía, pero a veces es positiva débil en 5 días.

Terminado que hubo el doctor Posada, tomó la palabra el doctor Peláez Botero. Hizo el precuento de la obra de Juan Antonio Montoya, cuya obra se debe íntegra y totalmente al departamento, sin que la nación hubiese tenido en ella ingerencia alguna.

Se refirió a las fiebres tifoideas clásicas algunas de las cuales dan hemocultivo positivo ni en el más oportuno tiempo, sin que pueda saberse por qué.

En cuanto a la seroaglutinación, él mismo y el doctor Alonso Restrepo las habían obtenido positivas, pero estos resultados no se justipreciaron entonces en su exacto valor.

Al referirse a las epidemias del Retiro, de Aguadas, etc., dijo que ellas habían desorientado la opinión, porque el examen de las aguas de tales regiones, había dado entonces positivo para bacilos tíficos, como ya lo había dado también seis años antes. Pero que éso no afirma ni infirma por qué el departamento tiene contaminadas las aguas de todos sus ríos, de todos sus riachuelos y de todos sus caños.

El doctor Peláez Botero vuelve por los fueros del hemocultivo, método que con ocasión de la demostración de los casos de tifus, ha sido muy desacreditado. Se extiende en consideraciones técnicas sobre ese método y opina que él puede ser esforzado por la seroaglutinación. Pero ésta es de interpretación un tanto delicada a causa de las reacciones anamnésticas; además: es algo tardía.

Se refirió el doctor Peláez Botero al método de Castañeda: lo rechazaba como malo y como peligroso. Arguyó muy razonablemente que la técnica inferior, es siempre desechable, pues la seudociencia es mala para el paciente y para el médico. En el laboratorio sólo debe hacerse el más seguro y el más eficiente método, aunque no sea el más sencillo. Sobre la aglutinación del X 19 por el suero de los enfermos de Rickettsia, no parece específica; sea o no, la química actual no está capacitada para ofrecer al respecto explicación alguna.