

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Director, Profesor JORGE E. CAVELIER

VOL. II

Bogotá, noviembre de 1933.

N.º 6

ANOTACIONES SOBRE LA PATOLOGIA MEDICA DEL ALTO PUTUMAYO

Por el doctor Alfonso Gamboa Amador.

Dedico estas anotaciones a mis inolvidables colegas y compañeros de campaña, los doctores Luis Patiño Camargo, José del Carmen Rodríguez Bermúdez, Gabriel Olózaga, Rafael González Castillo, Víctor Ernesto Rodríguez Acosta, Luis Bueno Peña, José Ignacio Ferreira y Miguel Osorio Garzón.

PROLOGO

El deseo de servir a mi Patria me retuvo por espacio de un año en nuestra frontera sur en desempeño de funciones médicas como Oficial de Sanidad del Ejército.

Cuanto observé y cuanto logré investigar relacionado con la medicina, se halla sintetizado en este estudio.

El Autor.

DIARREAS DEL VERANO

Las continuas crecientes del río Putumayo y de sus afluentes durante la época del invierno inundan grandes extensiones de terreno formando las *cochas* o *chuquios* en las cuales pululan diversas especies de animales tanto acuáticos como anfibios. Entrado el verano las *cochas* merman sus aguas, bien sea por evaporación o por drenaje, produciéndose así la muerte de sus moradores, los cuales entran en franca putrefacción; vemos cómo el *chuquio* es reemplazado por un depósito de sustancias orgánicas putrefactas, depósito que con la recrudescencia del verano se filtra íntegramente al río.

Siguiendo este proceso fácilmente podemos darnos cuenta de la manera como en verano las aguas del Putumayo son nocivas para el hombre. La bebida de éstas produce dolores abdominales vagos, deposiciones frecuentes, abundantes, hemeféicas, sin moco y con ligero pujo.

Al microscopio se observan numerosos glóbulos rojos y células epiteliales.

El baño en estas aguas produce un prurito desesperante en la superficie del cuerpo.

En su iniciación podemos confundirla con la amibiasis intestinal, pero en ésta el dolor está localizado en el cuadrante cólico, el pujo es desesperante, las deposiciones son mucosas, sanguinolentas, hay tenesmo, el estado general es en la mayoría de los casos inquietante y sobre todo, el microscopio nos da la clave para el diagnóstico.

No puede dudarse, pues, de que las *diarreas del verano* en el Putumayo son enterocolitis tóxicas de origen orgánico.

La afección descrita no es de mal pronóstico entretanto no se asocie con la amoeba histolítica, asociación frecuente.

Como medio profiláctico es de aconsejar especialmente durante el verano que se empleen para bebida únicamente aguas cuidadosamente hervidas y filtradas y como tratamiento la dieta láctea y la ingestión de medicamentos calmantes y desinfectantes para el tubo digestivo.

No sólo para prevenir la amibiasis intestinal y la fiebre tifoidea sino para evitar las mencionadas diarreas, deben usarse aguas hervidas y filtradas en las guarniciones y poblaciones del Putumayo.

PATOLOGÍA ESPECIAL DE LOS INDIGENAS

Este artículo sólo engloba la Patología de los Huitotos, Coreguajes, Cofianes, Sionas y Macaguajes. De los primeros existen tribus muy numerosas en el Bajo Putumayo y solamente una en el río Orteguzaza (afluente del Caquetá). En esta región también existe una tribu de Coreguajes; los Sionas, Cofanes y Macaguajes habitan el Alto Putumayo. De las tribus ya enumeradas, la más diezmada por las epidemias regionales es la de los Huitotos, la degeneración física de esa raza es el resultado de su alimentación, casi exclusivamente a base de yuca, de las taras palúdicas y anémicas heredadas y sobre todo porque son unos cocainómanos en toda la acepción de la palabra; en sus trabajos y viajes suplen los alimentos por coca ingerida, la cual preparan mezclando hojas de coca con hojas de yarumo molidas, en partes iguales; a esta mezcla agregan un poco de ceniza; siempre llevan consigo esta preparación en unos taleguitos y mantienen de ella una buena porción en la boca, acto éste denominado *mambear*.

El paludismo, la anemia tropical, la disentería amibiana y la
Revista de la Facultad de Medicina.

grippe son también las endemias comunes a los indígenas. Esta última o, por mejor decir, sus complicaciones hacen estragos en todas las tribus, durante la época de las lluvias, pues son fervorosos practicantes de la hidroterapia y razonan así: “indio teniendo calentura, indio bañando y calentura yendo”.

La tuberculosis se ha propagado de una manera aterradora. Mejor campo para el Koch no puede encontrarse. De 120 Huitotos pasados de la Florida a Piñuña Negra, 17 murieron tísicos en poco tiempo y del resto hay un elevado porcentaje afectados por el Koch.

La transmisión de las enfermedades infecciosas se facilita por la manera rudimentaria de preparar sus chichas. Para esto pican entre una vasija con agua, yuca o chontaduro y luégo, para producir fermentación, mastican de estos alimentos y los escupen en la mencionada vasija. El proceso de esta fermentación se debe al fermento ptialínico que está contenido en la saliva. La fermentación se inicia apenas el quinto día y durante este tiempo los indios dicen que la chicha no es “brava” (no emborracha), no habiendo casi alcohol puede afirmarse que es patógena (si quien la ha masticado está afectado de una enfermedad infecto-contagiosa) después no importa: es “brava” y el alcohol ha destruído los microbios.

El carate les es muy común, lo atribuyen a la picadura de un mosquito. Observamos nítidamente un caso en que después de la lesión producida por el piquete del mosquito en el dorso del pie, se inició la mancha de carate. El doctor Rodríguez Bermúdez concluye de sus estudios sobre carate en los Llanos de Casanare que en la transmisión de esta dermatosis juega un papel importantísimo el mosquito.

Debido a la antiestética costumbre de quitarse las cejas y pestañas, las blefaritis y conjuntivitis son frecuentes.

Solamente entre los Huitotos hay enfermedades venéreas porque son los únicos que se han permitido relaciones sexuales con los blancos.

Por lo demás, los indígenas practican algunos principios higiénicos admirables, como son la construcción de sus casas siempre sobre lugares altos, desmontados y con suficiente drenaje para que no se apocen las aguas. Defecan siempre en corrientes de agua; su cuerpo lo mantienen muy aseado y es curioso que mientras las mujeres están de parto o menstruando las aislan en chozas retiradas del poblado y sólo vuelven a éste cuando estos actos fisiológicos han terminado,

entonces la mujer se baña y vuelve a sus congéneres porque está *lavada*.

Por ser una raza tan perseguida y explotada han perdido todas sus tradiciones como el conocimiento y empleo de algunas plantas medicinales de la selva. No conocen sino el agua del bejuco *Agras* para las diarreas; indudablemente éste posee un elevado porcentaje de tanino. Suplen el café por la infusión de la corteza del yoco; éste debe contener un alcaloide semejante o la cafeína, pues su ingestión aumenta las energías físicas y aguza el entendimiento.

Su planta sagrada es el legendario bejuco llamado *Yajé* y sobre el cual nada hay que agregar por ser muy estudiado.

EL MAL DE LOS SIETE DIAS

Desde mi iniciación profesional en el Putumayo, mi colega el doctor Rodríguez Bermúdez me habló del mal de los siete días y de las curiosas leyendas que lo rodeaban.

El mencionado mal no constituye una revelación para la Patología Médica Colombiana, se trata simplemente de la infección tetánica umbilical de los recién nacidos, hecha legendaria por el rústico criterio de los colonos.

Nacido un niño (guagua) precisa según ellos curarle la cicatriz umbilical con ceniza de tabaco o con “telaraña”; en algunas ocasiones, afortunadamente muy raras, alrededor de los siete primeros días aparece el clásico trismus del maxilar inferior, las contracciones, la disfagia y la asfixia seguidas de la muerte. Como se ve, en nada difiere de la intoxicación nerviosa producida por la toxina del bacilo de Nicolayer.

Los habitantes de la selva atribuyen a este mal una causa misteriosa: el lugar donde nació el guagua no lo quiso por tal o cual causa baladí y abandonar aquel sitio donde la malquerencia de la selva por sus hijos es tan manifiesta que es preciso corresponderle en la misma forma, no desmontándola ni haciéndola fructificante. . . .

En el único caso del mal en referencia que observé, un parto fue científicamente atendido por un colega en Caucajá, una comadre objetó que le faltaba una ritualidad al guagua para ser completo hijo de la selva y para que su ombligo cicatrizara en *firme*, en consecuencia le cambió la curación aséptica por ceniza de su tabaco y por “telaraña”; en el término de una semana el recién nacido moría víc-

tima del tétano y la madre abandonaba a Caucajá porque para este puerto no eran gratos sus hijos.

En adultos sólo me fue dado observar un caso de tétanos y los demás que pudieron producirse durante la campaña fueron prevenidos por la oportuna aplicación de la toxina antitetánica.

HERIDAS PRODUCIDAS POR EL ARPON DE LA RAYA

La única extremidad de la raya es de consistencia córnea y se asemeja a una sierra, no posee ni canal ni glándula para secreción alguna; atraviesa masas musculares y huesos produciendo úlceras y osteitis por infecciones secundarias o parálisis y gangrenas si toca nervios o vasos sanguíneos.

Son comunes las ulceraciones consecutivas a las picaduras de raya, las cuales, descuidadas, supuran interminablemente, aparte de que sus bordes se esclerosan e impiden indefinidamente su cicatrización.

La común ignorancia y la falta de observación atribuyen dogmáticamente estos hechos a que el arpón de la raya posee una sustancia *misteriosa* que hace úlceras de por vida.

Estas necias leyendas deben terminarse, pues las heridas producidas por el arpón de la raya, en nada difieren de las producidas por otras causas análogas, y éstas como aquéllas, tratadas convenientemente, dan curaciones satisfactorias.

QUININA PROFILACTICA Y QUININA CURATIVA

La campaña del Sur nos fue propicia en experiencia práctica para apreciar el justo valor del empleo de la quinina como profiláctica y como curativa.

En general, la quinina como profiláctica, poco dejó que desear; mejores resultados obtuvimos con las pequeñas dosis (0.30 centigramos diarios), que con las grandes dosis; respecto a la forma terapéutica nos parece indiferente y siempre debe procurarse el empleo de las tabletas, pues las cápsulas se licúan fácilmente por el elevado estado higrométrico de la atmósfera en aquellas regiones y las soluciones fracasadas por su repulsiva amargura. Respecto de la hora más conveniente para ingerirla, no debe dudarse de que es por la noche y a tiempo de acostarse, para que la "borrachera química" transcurra durante el sueño.

Bien sabemos que la lucha antipalúdica consta de dos términos: campaña contra el mosquito y campaña contra el plasmodium; sin em-

bargo, debe agregársele uno tercero: lucha contra el hombre para que acepte los beneficios de la quinina profiláctica y la empleen como tal; siempre hubo disculpas para no tomarla hasta el punto de que nos fue preciso obligar a la tropa a ingerirla, poniéndoles la tableta en la boca y haciéndosela pasar inmediatamente con agua, en nuestra presencia; en muchas ocasiones, a pesar de estas precauciones, la escondían dentro de la boca para luégo escupirla.

En lo que respecta al tratamiento, las dosis elevadas cuatro a cinco gramos diarios, dieron más eficazmente cuenta de "los fríos", que las dosis pequeñas tan recomendadas por la mayoría de los terapeutas; generalmente introducíamos la quinina al organismo inyectando la mitad y la otra mitad por vía digestiva.

La forma terapéutica inyectada que más nos satisfizo fue el clorhidrato por su inocuidad local y por su actividad mayor respecto de las otras formas, aún en menores dosis. El sulfato de quinina y el quinoformo en varias ocasiones produjeron enquistamientos acompañados de necrosis en el punto de inoculación.

Sea que la quinina obre estimulando las defensas orgánicas, que obre directamente contra el plasmodium o que obre eclécticamente, en los casos de fracaso, tanto en la profilaxis como en los tratamientos, debe tenerse en cuenta que la lucha para administrar dicho medicamento ha sido burlada o mal dirigida, o que su acción se ha anulado ante las fatigas, debilitamiento y tensión nerviosa inherentes a la campaña.

PUCADERMITIS

Llamamos pucadermitis una dermatosis debida a un parásito denominado *Puca-Insango* o *Arador*, el cual parasita temporal o superficialmente la piel, sin reproducirse, y que si bien no puede ser exclusivo de aquella región, al menos nos parece no haberse descrito anteriormente.

La puca, como parásito vegetal, parasita algunas gramíneas y pasa fácilmente al hombre cuando éste frecuenta los *potreros* o *rastrojos*. Probablemente se trata de la larva de un *trombidio*. Su estudio entomológico, a cargo de Luis María Murillo, en breve completará este trabajo.

Su presencia en la piel determina la formación de una pápula muy roja y pruriginosa, en el centro de ésta se ve al parásito como una chispa de rubí casi microscópica; no tiene localización especial

en la superficie del cuerpo humano, prefiriendo las partes cubiertas. Como ya dijimos el prurito es desesperante y es por esto solamente que la lesión es molesta. Pero con el rascado, la piel se infecta produciendo piodermis secundarias; en este estado es como generalmente el enfermo pide consejo al médico.

La puca parásita ataca también a los animales domésticos y aves del corral, siendo ésta otra fuente de contagio para el hombre.

Con el doctor Hernán Rebolledo observamos un caso de foliculitis del pubis, secundario a la invasión de esta zona por pucas, las cuales se localizaron en la base de los pelos.

En Puerto Ospina tuvimos ocasión de ver un niño afectado de impétigo del cuero cabelludo, consecuencial a la invasión por pucas a esta región.

Respecto de su tratamiento, diremos que si sólo se trata de una simple pucadermitis basta con friccionarse las partes afectadas con aguardiente, alcohol alcanforado o con Mitigal.

Los nativos se tratan con éxito friccionándose con tabaco masticado.

Si nos hallamos en presencia de una *pucapiodermis*, su tratamiento en nada difiere de las piodermis corrientes.

AHOGADOS POR EL TEMBLÓN

Quizá entre las leyendas más propagadas y de más raigambres por las vegas de los ríos Putumayo y Caquetá, se encuentra aquella de que todo individuo muerto por sumersión en alguno de estos ríos, muere únicamente debido a que ha sido atacado por el pez eléctrico conocido comúnmente con el nombre de *temblón*. En presencia de un ahogado nadie analiza la falta de pericia del nadador, la corriente o profundidad de los susodichos ríos, los calambres o cansancio que dentro del agua sobrevienen, etc. *A priori* se acepta: lo ahogó el temblón.

La medicina legal nos ofrece dos variedades de ahogados por sumersión: los por asfixia y los por inhibición, según sus causas determinantes y con signos *post mortem* inconfundibles.

Esta sencilla identificación desgraciadamente rara vez se puede efectuar porque la rapidez de las corrientes de agua, por las palizadas y sobre todo porque la voracidad de los animales acuáticos o anfibios rara vez permite la consecución de los cadáveres; de lo contrario se haría justicia en lo que corresponde al temblón.

En el único caso en que hallamos el cadáver fue en el del soldado Acosta, quien, bañándose en Caucajá, desapareció intempestiva y rápidamente entre las aguas del Putumayo; se afirmó que era el caso típico del ahogado por el temblón; el mencionado cadáver presentaba los signos del ahogado sumergido-asfixiado. En todas las ocasiones en que un individuo escapa de perecer ahogado, recuerda que el accidente se debió a cansancio, calambres, fuerza de la corriente que lo sumergió, etc., pero jamás a que una corriente eléctrica lo haya imposibilitado para nadar.

De lo expuesto anteriormente se deduce que el ahogado por la corriente eléctrica del temblón, debe clasificarse como sumergido-inhibido, clasificación que no corresponde con lo que demuestra la realidad.

Las razones anteriores nos permiten concluir que el temblón es tan inofensivo para el hombre como lo son los bocachicas o las sardinatas y que su descarga eléctrica les es un elemento de defensa o de caza.

MEDIDAS SANITARIAS

aconsejables para los habitantes de las vegas de los ríos Caquetá y Putumayo.

- I — Acostarse temprano y levantarse temprano.
- II — Mantener aseadísimo el cuerpo por el baño diario, el cual jamás debe tomarse después de las 5 de la tarde, para evitar la picadura del anofeles.
- III — Abstenerse de bebidas alcohólicas.
- IV — Procurar una alimentación variada, nutritiva, pero nunca en exceso.
- V — Mantenerse siempre calzado y después del baño o a tiempo de acostarse sumergir los pies dentro de una solución débil de permanganato de potasio, para evitar los sabañones.
- VI — Emplear siempre para beber agua hervida y filtrada.
- VII — No dormir en hacinamientos, y siempre usar convenientemente el toldillo. Esto no sólo para evitar el piquete del anofeles sino la picadura del *chimbe*, nociva por la abundante sangría que produce.
- VIII — Cambiarse de ropa por lo menos dos veces a la semana.
- IX — Tomar diariamente y al acostarse una tableta de algún compuesto de quinina (por lo menos de 30 centigramos), como profiláctico.

X — Hacer diariamente ejercicio hasta sentirse cansado, pero jamás fatigado; la natación es un ejercicio provechoso y útil.

XI — Construcción de habitaciones sobre lugares altos y desmontados; además, deben ser amplias y aseadas.

XII — Desmontar considerable extensión al rededor de las casas o poblados.

XIII — Terraplenar, drenar o petrolizar las zanjas y lagunas y exterminar los depósitos inadecuados de aguas.

XIV — Mantener los animales domésticos dentro de corrales o potreros.

XV — Como la construcción de letrinas de hoyo no ha dado resultado porque se inundan por el agua resumida, lo práctico es construir letrinas directamente sobre el río.

XVI — La zona del río correspondiente a una población debe dividirse en tres zonas: una superior, donde toma el agua para usos domésticos; una media para el baño y lavado de ropas, etc., y una inferior donde se construyan las letrinas, se arrojan las basuras, etc.

XVII — Vigilar estrictamente las embarcaciones y sus pasajeros y evacuar o aislar rápidamente a todos los afectos de enfermedades infecto-contagiosas.

ENTEROCOLITIS PRODUCIDAS POR LEGUMINOSAS (FRIJOLITIS) *

La concentración de tropas en el frente exigió para su sostenimiento el empleo de grandes cantidades de leguminosas secas, entre las cuales abundaban los fríjoles, las lentejas, las habas y las arvejas.

La difícil digestión de grandes masas de estas sustancias, generalmente mal cocidas, así como la acción nociva de sus delgadas cutículas sobre las mucosas digestivas, producían un sinnúmero de cólicos abdominales, a los cuales bautizamos con el explicativo nombre de *frijolitis*, y decimos caprichosamente, porque no siendo solamente los fríjoles los que los causaban, bien pudiéramos denominarlos también lentejitís o arvejítís.

Pocas horas después de ingeridas las comidas éramos requeridos por soldados en cuyo semblante se reflejaba un gran sufrimiento por el intenso dolor abdominal que en esos momentos los mortificaba, do-

(1) Denominación jocosa que le dimos a esta entidad durante la campaña y que por este motivo deseamos se conserve secundariamente.
(Nota del autor).

lor exasperado por la palpación, pero sin poderlo localizar; al cabo de algunas horas hacían abundantes deposiciones líquidas entremezcladas de fragmentos y cutículas de los cereales anteriormente enumerados.

El 24 de diciembre un soldado artillero inició una obstrucción intestinal; intervenimos a la mayor brevedad posible, en asocio del doctor Gualteros; la afección había ido muy lejos y la perforación era ya un hecho; tanto la cavidad intestinal como la peritoneal estaban obstruidas por masas compuestas de fragmentos y cutículas de frijoles, habas, arvejas en completo estado de fermentación.

Cuál era la etiología y la patogenia de esta obstrucción con perforación intestinal? Sencillamente en algunos recodos del tubo digestivo las cortezas y los fragmentos de los cereales en referencia, acumulados, formaron verdaderos tapones para luégo necrosar sus paredes.

Nada más fácil que impedir la producción de las frijolitis suprimiendo la ingestión de los mencionados cereales, pero especialísimas circunstancias de la campaña hacían imposible la prohibición de estos alimentos.

Para evitarlas ordenábamos, claro está, el completo cocimiento de los frijoles, lentejas, etc., y a los soldados cuyo tubo digestivo era especialmente sensible a esta clase de comidas, les formulábamos unas papeletas llamadas antifrijolíticas (digestivas y analgésicas) para que tomaran antes de las principales comidas, disueltas.

Durante el período de dolores prescribíamos quietud, elixir paregórico o cualquier otro calmante y compresas calientes en el abdomen.

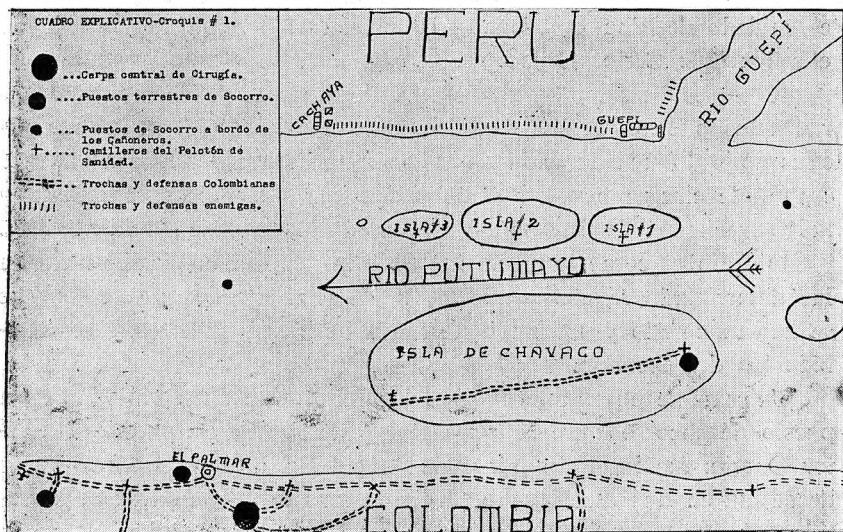
LOS SERVICIOS SANITARIOS DURANTE EL COMBATE DE GÜEPI

A siete médicos nos reunió el patriotismo en la frontera sur para colaborar con nuestros servicios profesionales en el combate de Güepí, acción verificada el día 26 de marzo de 1933 y que culminó con el triunfo de nuestras armas.

Días antes, el doctor José del Carmen Rodríguez Bermúdez, nuestro jefe de sanidad, nos enseñó su plan, conociendo así el lugar que nos correspondía ocupar y nuestra posible tarea en dicho combate.

Sus características eran las siguientes: (Croquis número 1).

I — Enemigo en la banda opuesta del río Putumayo y a una
Revista de la Facultad de Medicina.



distancia de mil trescientos metros, cubriendo un frente de cinco kilómetros.

II — Nuestra línea de fuego cubriendo un frente de ocho kilómetros, además de dos unidades de guerra fluviales: los cañoneros *Cartagena* y *Santa Marta*.

III — Una carpa central de cirugía, equidistante de los puestos de socorro y bajo el cuidado de los doctores José del Carmen Rodríguez Bermúdez y Rafael González Castillo.

IV — Una carpa de cirugía en la isla de Chavaco, atendida por los doctores Gabriel Olózaga y José Antonio Rodríguez.

V — Un puesto de socorro en el extremo inferior de nuestra línea de fuego, atendido por el doctor Miguel Osorio Garzón, con sus enfermeros y camilleros.

VI — En los puntos de convergencia de las distintas trochas convenientemente escalonados las camilleros del pelotón de sanidad, señalados por banderolas.

VII — Los puestos de socorro avanzan o retroceden, según el desarrollo del combate.

VIII — Un puesto de cirugía a bordo del cañonero *Cartagena*, bajo el cuidado del doctor Víctor Ernesto Rodríguez Acosta, con sus enfermeros.

IX — Un puesto de cirugía a bordo del cañonero *Santa Marta*, bajo

el cuidado del doctor Alfonso Gamboa Amador, con un practicante, el señor Luis Carlos Cajiao.

X — Los heridos agrupados en nidos los trasladaban los camilleros a los puestos de socorro, de donde a su turno, después de haberseles aplicado una curación de urgencia, eran transportados a la carpa central de cirugía para ser sometidos a una intervención apropiada y luego evacuados de ésta, por agua, bien a Caucaya, bien a Puerto Asís.

Iniciado el combate a las nueve de la mañana, el plan en mención fue desarrollado regular y eficientemente y al anoecer no solamente se habían curado y sepultado nuestros heridos y muertos, sino también los del enemigo.

Unicamente en el transcurso del combate fue necesario fundar un puesto de socorro entre la carpa central de cirugía y el puesto del doctor Osorio; fue instalado por el médico del cañonero *Santa Marta* y desde allí en una lancha sanitaria se exploró la banda peruana, ya batida por nuestra tropa, con el objeto de buscar los heridos y los muertos.

Acondicionada al día siguiente la lancha *Sinchi Roca* para hospital, zarpó con rumbo a Puerto Asís llevando a bordo los heridos y prisioneros habidos en el combate. Los servicios sanitarios en esta lancha-hospital fueron prestados por el doctor Alfonso Gamboa Amador con dos enfermeros; en el curso de la navegación hubo un nuevo muerto y varios heridos, como consecuencia del ataque de una escuadrilla aérea enemiga.

Güepí, marzo 28 de 1933.

Señor doctor José del Carmen Rodríguez Bermúdez, Médico Jefe del Servicio Sanitario — Güepí.

La presente sirve para expresar al grupo de médicos que actualmente se halla en Güepí y que tomaron parte en la acción del día 26, que culminó en el triunfo de nuestras armas, nuestra felicitación por el modo valeroso y eficaz como fue dirigido y prestado el servicio sanitario antes del combate, durante el tiempo que duró y después en el cuidado de los heridos y enfermos.

R. D. RICO

Coronel Comandante del Destacamento

LOS SERVICIOS SANITARIOS EN LA GUARNICION DE GUEPI

Efectuada la completa posesión de Güepí, organizada su defensa y
Revista de la Facultad de Medicina.



el avance hacia la posesión enemiga de Pantoja, sobre el río Napo, precisaba armonizar con este plan los servicios sanitarios. (Croquis número 2).

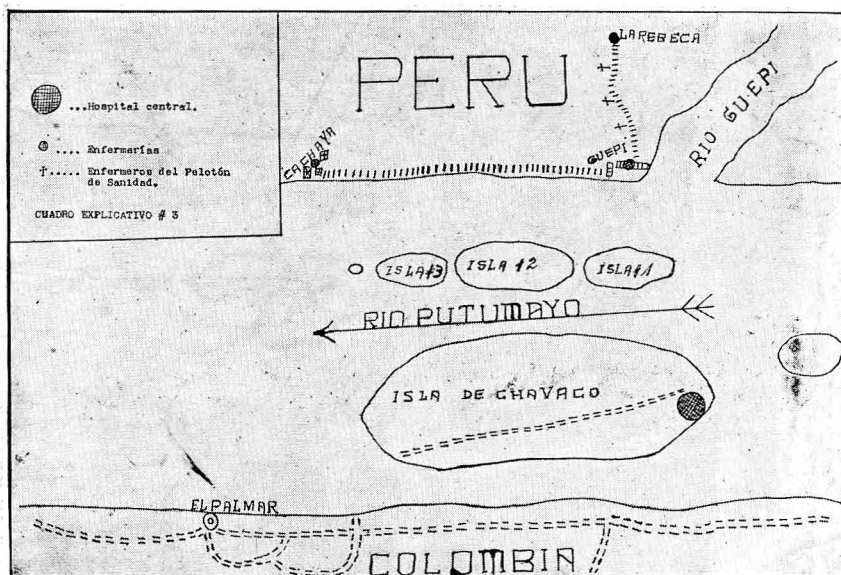
En efecto, se instaló un hospital en El Palmar, sobre territorio colombiano, al cuidado de un médico con su tren de enfermeros. Una enfermería en Güepí con su médico y enfermeros. Un médico ambulante visitando los puestos en los diversos puntos de la línea de fuego. Un médico con sus enfermeros localizado en nuestro primer puesto avanzado hacia Pantoja, denominado La Rebeca y situado a 45 kilómetros de Güepí.

En el desempeño de esta labor éramos asesorados por el pelotón de sanidad, siendo todos los servicios enumerados prestados de una manera rotativa.

Procurando dar siempre el máximo de eficiencia a los servicios sanitarios y estando en posesión de la jefatura sanitaria de la mencionada guarnición, reorganizamos los servicios sanitarios así: (Croquis número 3).

I — Un hospital médico-quirúrgico en la isla de Chavaco con dos médicos y un tren de enfermeros. Uno de estos médicos visitaba el fortín de Cachaya y sus anexos.

II — Una enfermería en Güepí con un médico y tren de enfer-



meros, quienes visitaban los puestos adyacentes, sobre todo los del río Güepí.

III — En las diferentes fortificaciones localizadas entre Güepí y La Rebeca, convenientemente escalonados enfermeros y camilleros del pelotón de sanidad.

IV — Estas fortificaciones eran visitadas bisemanalmente por un médico ambulante.

Hasta los primeros días de mayo prestamos los servicios sanitarios en Güepí los siguientes oficiales de sanidad: Gabriel Olózaga, Miguel Osorio Garzón, Rafael González Castillo y Alfonso Gamboa Amador. De la fecha mencionada en adelante fuimos reemplazados por los doctores José Antonio Salcedo Adolfo Guerrero e Ignacio Ferreira.

Como un deber de justicia y como un reconocimiento a la abnegación, competencia y patriotismo, consignamos los nombres de las siguientes religiosas que prestaron sus servicios de enfermeras en los hospitales del frente: Reverendas Hermanas Cecilia, Ana Cecilia, Marta Rosa y Elisa, pertenecientes a la comunidad de la Presentación, y a las Madres Capuchinas Tarcisa, Mónica y Pelagia.

NOTA—Este artículo fue presentado por su autor a la *Sociedad Lombana Barreneche*.

Revista de la Facultad de Medicina.