

un

BIBLIOTECA SEDE BOGOTÁ



77011519472439

UNIVERSIDAD NACIONAL

Revista

DE LA

Facultad de Medicina

CONTENIDO:

	Págs.
I SULFURO DE ANTIMONIO COLOIDAL EN LA LEPRO. — Prof. agregado <i>José Ignacio Chala H.</i> Bogotá.	1
II INFORME SOBRE LA PRESENCIA DEL TIFO EXANTEMATICO EN LA HOYA DEL RIO CAUCA. — Prof. <i>Luis Patiño-Camargo.</i> Bogotá.	13
III NOTA PRELIMINAR SOBRE CULTIVO DE UNA CEPA DE LEISHMANIA.— <i>Florentino Rey Matiz.</i> Alumno de 5.º Año. Bogotá.	22
IV SUPERSTICIONES ACERCA DE LAS CULEBRAS.—Capítulo de un folleto del Dr. <i>Philippe Westin Filho.</i> Traducción del portugués por Hernando Soto	24
V EDITORIAL: PROFESOR JULIO MANRIQUE. — Nota del Decano.	31
VI DISCURSOS PRONUNCIADOS EN EL ENTIERRO DEL PROFESOR JULIO MANRIQUE	34
VII NOTICIAS MEDICAS	41
VIII REVISTA DE REVISTAS	45

Suscripción por volumen, \$ 3.00.- Publicación mensual.- Copia sencilla, \$ 0.30



**PROFESOR EMERITUS DOCTOR JULIO MANRIQUE. CATEDRATICO
DE PATOLOGIA GENERAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DE BOGOTA**

Nació en Subachoque el 19 de junio de 1873. Bachiller del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Doctor en Medicina de la escuela de Bogotá en 1897. Profesor desde 1898 de varias asignaturas en la Facultad de Medicina y en las escuelas filiales. Profesor titular de Patología General desde 1907. Presidente de la Academia de Medicina. Secretario perpetuo de la Sociedad de Cirugía. Fundador y codirector del Repertorio de Medicina y Cirugía (1909-1934). Director del Manicomio de Mujeres. Profesor Emeritus 1939. Caballero de la Orden de Boyacá. Murió en la sesión de la Sociedad de Cirugía la tarde del 6 de julio de 1942.

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VOL. XI

Bogotá, julio de 1942

N.º 1

DIRECTOR

COMITE DE REDACCION

Prof. JORGE E. CAVELIER

03453

Instituto Federico Lleras Acosta. Sección de estudios Clínicos y Terapéuticos.

SULFURO DE ANTIMONIO COLOIDAL EN LA LEPROA

Por *José Ignacio Chala H.*, Profesor Agregado de la Facultad de Medicina, Jefe de la Sección de Estudios Clínicos y Terapéuticos.

Bogotá, julio de 1942

- I.—Generalidades.
- II.—Compuestos de Antimonio en la Lepra.
- III.—Posología y vías de administración del preparado.
- IV.—Historias Clínicas.
- V.—Resultados.
- VI.—Resumen.

I

Generalidades.

Las investigaciones en materia de terapéutica antileprosa son uno de los temas más sugestivos y de gran entidad científica, social y humanitaria.

El Profesor Luis Patiño Camargo, ilustre Director del "Instituto Federico Lleras Acosta", incluyó como punto básico en el programa de labores de este centro científico, la prosecución de estudios en relación con la terapéutica de la lepra y dispuso que por intermedio de esta Sección, se ensayara toda clase de productos químicos y biológicos, con el propósito de contribuir al hallazgo del remedio eficaz contra esta enfermedad.

En esta nota preliminar se dan a conocer los resultados logrados en enfermos de lepra, tratados exclusivamente por medio de un preparado de antimonio coloidal isotónico.

Hasta el presente se desconoce cuál es el verdadero específico contra la lepra. Desde hace más de 2.000 años se viene empleando

el chaulmoogra en la terapéutica antileprosa. Según opinión autorizada de eminentes leprólogos, esta sustancia no puede considerarse como específica contra el "mal de Lázaro". Especialistas de gran experiencia científica y familiarizados con el tratamiento de la enfermedad, le han dado a los aceites extraídos de las Flacoartiáceas (*Hydnocarpus*, y *Oncoba*), el título muy apropiado de "medicamento especial" pero en ningún caso de "específico" contra la lepra.

Con el chaulmoogra y derivados, administrados por todas las vías (oral, intradérmica, subcutánea, intramuscular o endovenosa) siempre en combinación con la terapéutica local y general se obtienen, en ocasiones, mejorías de la enfermedad. Este tratamiento que algunos llaman "eclectico" fué ensayado a principios del presente siglo e instaurado científicamente desde hace algo más de dos lustros, por distinguidos especialistas de las leproserías existentes en las Colonias Norte-Americanas e Inglesas. Los resultados no han sido los esperados, no obstante el interés de ilustres botánicos y químicos por seleccionar los árboles del chaulmoogra, caracterizar los principios activos de los aceites y perfeccionar los procedimientos físico-químicos para obtener derivados chaulmoógricos tolerables.

Desde el año de 1920 y con posterioridad a los estudios del químico Dean, leprólogos ingleses y norteamericanos comenzaron a recoger el criterio optimista respecto a curaciones por el chaulmoogra. Al entusiasmo inicial de Mc Donald y Dean en 1920, siguió bien pronto el pesimismo.

Desde 1922 especialistas experimentados sostienen que hasta el presente, las modificaciones de las lesiones leprosas logradas con el chaulmoogra y derivados, solos o en combinación con otras sustancias, no son estables; son mejorías "cosméticas". Muchos pacientes recaen fatalmente, en especial los de tipo lepromatoso y mixto. Hasta nuestros días esta tesis continúa vigente y respaldada por la experiencia de muchísimos años. En Colombia también se han obtenido estas mejorías "cosméticas" con desaparición del bacilo de los sitios accesibles a la investigación del germen. Los pacientes que mediante una terapéutica bien dirigida consiguen las modificaciones anotadas, son los que forman el grupo de los "curados sociales".

A propósito de "curaciones sociales", término que se presta a confusiones, es necesario recordar que la enfermedad en el curso de su evolución presenta detenciones espontáneas, temporales o definitivas, remisiones benéficas que pueden prolongarse varios años y transformaciones del tipo lepromatoso en nervioso. De acuerdo con opiniones bien fundadas de leprólogos autorizados, el organismo leproso colocado en óptimas condiciones fisiológicas

también puede luchar victoriosamente contra el germen patógeno y con las solas fuerzas defensivas del organismo, detener la evolución del mal.

Pero hay todavía más, sin emplear el chaulmoogra, con la exclusiva aplicación de una terapéutica local y general bien coordinada y sin desatender el factor higiénico-alimenticio, los síntomas de la enfermedad se modifican favorablemente y de cuando en vez, se presenta la detención temporal o definitiva del mal. Es decir, efectúase una verdadera "curación social".

Es verdad que se ha progresado en la preparación de los derivados chaulmoógricos y no puede negarse que este aceite es muy útil en la terapéutica antileprosa; los estudios de Barriga Villalba y E. Lleras Codazzi en Colombia, de Cole de las Filipinas y Cardozo del Brasil, han permitido conocer mejor la química del chaulmoogra, pero a pesar de estos adelantos, las anteriores consideraciones sobre hechos experimentales comprobados, nos están diciendo que debemos reconocer humildemente que no existe un verdadero "específico" contra la lepra. No es posible conformarnos con resultados terapéuticos dudosos e inestables, ni dejarnos ilusionar por las mejorías cosméticas.

El "Instituto Lleras" está adelantando estudios sobre tratamientos antileprosos y ha hecho publicaciones sobre este punto de tan palpitante interés científico y social. Menciono las relativas a la "Sueroterapia antileprosa", de muy halagüeñas perspectivas. Próximamente se ampliará la elaboración de este producto biológico, con el propósito de que pueda aplicarse en mayor escala en los lazaretos y dispensarios antileprosos.

II

Preparados de Antimonio en la Lepra.

El antimonio, como dice E. Poulsson, farmacológicamente puede considerarse como un término de transición entre los metales pesados y el arsénico, con el cual tiene semejanzas. Con frecuencia el antimonio y el arsénico se encuentran juntos en la naturaleza. En terapéutica se usó desde el siglo XV, bajo forma de tártaro emético. Su empleo en la especie humana se limitó por causa de las frecuentes intoxicaciones mortales, ocasionadas por esos preparados. La dosis tóxica de los compuestos de antimonio, muy vecina de la terapéutica los hacían difícilmente manejables. Más tarde el metaloide y sus sales, óxidos, sulfuros y tartratos se continuaron aplicando en medicina humana, pero con muchas precauciones.

El antimonio como el arsénico es muy tóxico para algunos protozoarios, parásitos animales y vegetales como también para varios microorganismos, pero algunos de éstos pueden volverse antimonio-resistentes.

Con el perfeccionamiento de los métodos, los químicos prepararon nuevos productos antimoniales mucho menos tóxicos, lo cual permitió dar a esos compuestos mayor amplitud terapéutica y emplearlos sin desconfianza. Así, en 1920, los médicos ingleses en Egipto y Sudán aplicaron derivados de antimonio en el tratamiento de algunas enfermedades parasitarias, como el Kala-azar, bilharziosis. También se ensayaron con éxito en las leishmaniosis cutáneas y mucosas, granuloma venéreo, etc.

En Asia, Africa y América las sales de antimonio, especialmente los tartratos, fueron empleados en la terapéutica de la "Reacción Leprosa" y en dosis de 0,02 centigramos de la sal, disuelta en dos o tres centímetros cúbicos de solución fisiológica de cloruro de sodio, para cada inyección.

R. C. Germond en "Botsabelo Leper Asilum" empleó el tartrato de antimonio y de potasio y la "Fuadina" en las Reacciones Leprosas y obtuvo apreciables mejorías clínicas con desaparición de la hipertermia.

Según Cawston, los compuestos de antimonio tienen acción disolvente sobre la envoltura grasosa del B. de Hansen. El Stibenyl, Oscol, Antimosán, Stibosán han sido ensayados en la lepra, solos o en combinación con el chaulmoogra. Los investigadores consiguieron mejorías apreciables, tanto clínicas como bacteriológicas.

Entre los preparados de antimonio, el sulfuro coloidal es tal vez el menos tóxico.

Los metales coloidales inyectados directamente en la sangre de animales mamíferos, no ocasionan los síntomas y lesiones típicas de las intoxicaciones por metales, sino únicamente hipertermia y leucocitosis. Es importante recordar que los coloides y por consiguiente el de sulfuro de antimonio, debilitan la acción de algunos venenos y toxinas bacterianas. Con este compuesto algunos leprólogos consiguieron buenos resultados en el tratamiento de la lepra. Fué empleado por Cuzols de Yabassi en el Cameroun, en un grupo de leprosos, con resultados semejantes a los obtenidos con el chaulmoogra y derivados. Consiguió remisiones y mejorías consoladoras.

También Fournier del Dispensario de "Tananarive", logró brillantes resultados en la lepra y en la tripanosomiasis.

III

Posología y vías de administración del preparado.

El compuesto de antimonio usado en este ensayo terapéutico fué el "Stibicol", un sulfuro de antimonio coloidal isotónico. Esta preparación farmacéutica contiene 0,002 miligramos de antimonio al estado de metaloide por centímetro cúbico.

En los casos tratados se empleó la vía intramuscular y subcutánea profunda.

La inyección se repitió cada tres días, hasta completar una serie de 12 ó 14. Después de cada serie, se suspendió el medicamento por espacio de dos semanas al final de las cuales se reanudó la medicación.

Algunos de los pacientes recibieron hasta cinco series. Dosis media por inyección: 2 centímetros cúbicos.

En el curso del tratamiento por el sulfuro de antimonio coloidal no se apreciaron fenómenos tóxicos. Tolerancia perfecta del medicamento en estos enfermos. No observé el "choc" coloidoclásico, que se presenta en ocasiones con algunos coloidales. Las inyecciones son indoloras.

Antes de iniciar el tratamiento por el sulfuro de antimonio coloidal, se practicaron exámenes clínicos y de laboratorio, con el propósito de estudiar el estado fisiológico del organismo del enfermo. Se examinó con especial cuidado el riñón, con el objeto de descartar la nefritis. Esta complicación es la principal contraindicación para el empleo terapéutico de los preparados de antimonio. Los exámenes en la orina se efectuaron periódicamente y se vigiló cuidadosamente el efecto del medicamento.

Los casos de lepra fueron seleccionados con criterio científico y terapéutico. Se escogieron entre aquellos que presentaban las mayores probabilidades de éxito. Es ilusorio creer que con el mismo tratamiento el organismo de todos los leprosos reaccionará favorablemente; por el contrario, en muchos de ellos su estado patológico puede agravarse con la administración de medicamentos prescritos sin criterio científico y terapéutico.

No debe olvidarse que la selección de los enfermos es uno de los puntos básicos que debe tenerse en cuenta para la aplicación de métodos terapéuticos en la lepra. El olvido de esta norma fundamental conduce a equivocaciones irreparables y a rotundos fracasos.

IV

Historias Clínicas.

Caso Nº 1.

Datos Generales.

Nombre del enfermo: D. P. P. 22 años de edad. Sexo masculino. Raza mestiza. Casado. Natural del Municipio de Honda. Profesión: Soldado del ejército. Educación primaria. Lugares de residencia: Honda y Bogotá. No existen antecedentes familiares de lepra, ni convivencia con enfermos.

Hospitalizado en el Servicio del Instituto el día 6 de marzo de 1941.

Datos Especiales.

Lesión inicial: Manchas rosadas en la cara, brazos, piernas y pies. *Edad del enfermo al presentarse la lesión inicial:* 22 años. *Descripción actual de la enfermedad:* Manchas realzadas de color rosado oscuro localizadas en el rostro, miembros superiores e inferiores. Efluorescencias nodulares en la cara y miembros. *Perturbaciones de la sensibilidad:* Hipoestesia en la parte inferior de las piernas y antebrazos. *Perturbaciones tróficas:* Ligera alopesia del tercio externo de las cejas. *Sistema linfático:* Hipertrofia de los ganglios inguinales.

Forma de lepra: N. 1. (*Variedad tuberculoide*).

Exámenes de Laboratorio.

Investigaciones del bacilo de Hansen: Raspado de una de las manchas, examen en 100 campos microscópicos: (Técnica de Muir) (—) Negativo. Moco: (—) Negativo.

Reacción Lleras: (+++) Positiva. Wassermann: (++) Positiva. Kahn: (—) Negativa.

Glóbulos rojos: 5.200.000. Glóbulos blancos: 7.400. Hemoglobina: 80%.

Fórmula Leucocitaria: Polinucleares neutrófilos: 81%. Linfocitos: 14%. Grandes mononucleares: 2%. Eosinófilos: 3%. Calcio: 17 miligramos %. *Colesterina:* 150 miligramos %. *Sedimentación globular:* 52.5. m. m.

Materias fecales: Celulosa vegetal, fibras musculares y algunos granos de almidón.

Orina: Reacción ácida. Albúmina y glucosa: no hay. Sedimento: nada anormal.

Tratamiento.

Iniciado el día 6 de marzo de 1941. A este enfermo se le administraron 7 series del preparado de sulfuro de antimonio coloidal.

Examen practicado el día 22 de julio de 1941. Examen clínico: Las lesiones maculosas desaparecieron pero dejaron una ligera pigmentación de la piel en donde estaban localizadas las manchas. Posteriormente la hiperchromia desapareció casi en su totalidad. La sensibilidad reapareció completamente. *Examen bacteriológico,* investigación del B. de Hansen en el raspado de la mancha: (—) Negativo. Moco nasal: (—) Negativo. Ganglio: (—) Negativo.

Este enfermo se examinó nuevamente el día 8 de julio de 1942. La mejoría ha continuado. Las lesiones clínicas desaparecieron totalmente; la investigación del bacilo de Hansen en la linfa, moco y jugo ganglionar, dió resultado negativo.

Caso Nº 2.

Datos Generales.

Nombre del enfermo: J. M. R. 41 años de edad. Sexo masculino. Raza blanca. Casado. Natural de Nemocón. Profesión: albañil. El enfermo asegura que después de haber trabajado en algunas obras de alcantarillado le apareció la lesión en la cara. Educación primaria. Lugares de residencia: en su niñez y adolescencia en una vereda retirada de Nemocón; en 1928 pasó al poblado (Nemocón) lugar en donde ha residido hasta ahora. En Bogotá solamente estuvo durante 8 meses, en 1928. No existen antecedentes familiares de lepra. Tampoco convivencia con enfermos. Hospitalizado en el Servicio del Instituto el día 21 de agosto de 1941.

Datos Especiales.

Lesión inicial: Máculas infiltradas. *Edad del enfermo al presentarse la lesión inicial:* 41 años y 4 meses. *Evolución de la enfermedad:* Principió la lepra con cefalea y luego aparecieron manchas en la cara. Más tarde prurito en la fosa nasal derecha, calor en la cara y manchas eritematosas realzadas en las manos y pies. Sensación de ardor en las lesiones. *Descripción actual de la enfermedad:* Manchas eritematosas realzadas y ligeramente infiltradas en la

cara, frente, nuca, dorso, hemitórax derecho, hipogastrio, parte inferior de ambos muslos, cara anterior de las piernas y posterior de la derecha. *Lesiones nasales*: rinitis. *Lesiones neurales*: Abolición de la sensibilidad dolorosa y térmica en las manchas eritematosas y en la piel de la región inervada por el cubital en la mano izquierda y superficie cutánea tenar. Se conserva la sensibilidad a la presión. *Perturbaciones secretoras de la piel*: Piel de piernas y pies seca y escamosa. *Perturbaciones tróficas*: Ligero enrarecimiento de la ceja izquierda. *Sistema linfático*: Hipertrofia de los ganglios inguinales.

Enfermedades intercurrentes: Sarampión, tos ferina, varicela, tifoidea.

Forfama de lepra: L.1-N.1

Exámenes de Laboratorio.

Investigación del bacilo de Hansen: Linfa tomada del codo izquierdo: (++) Positivo. Moco: (+) Positivo. Ganglios: (+) Positivo.

Agosto 30 de 1941. Reacción Lleras: (+++) Positiva. Wasserman: (+++) Positiva, Kahn: (—) Negativa.

Glóbulos rojos: 3.440.000. Hemoglobina: 80%. Glóbulos blancos: 8.400.

Fórmula Leucocitaria: Polinucleares neutrófilos: 66%. Linfocitos: 32%. Grandes mononucleares: 2%.

Sedimentación globular: 35.5 mm. Técnica de Westergreen.

Calcio: 16 miligramos %. Colesterina: 150 miligramos %.

Materias fecales: Celulosa vegetal, fibras musculares, moco, algunos leucocitos y dos huevos de tricocéfalo.

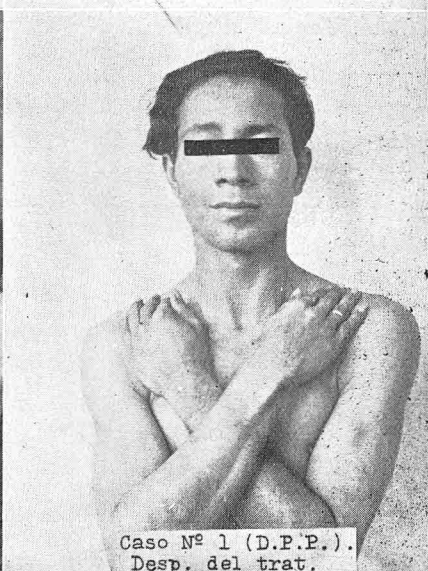
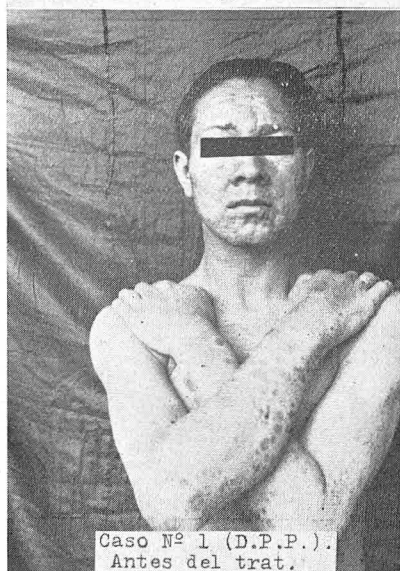
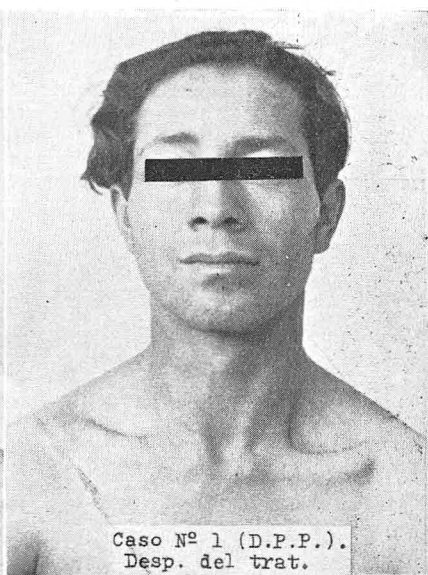
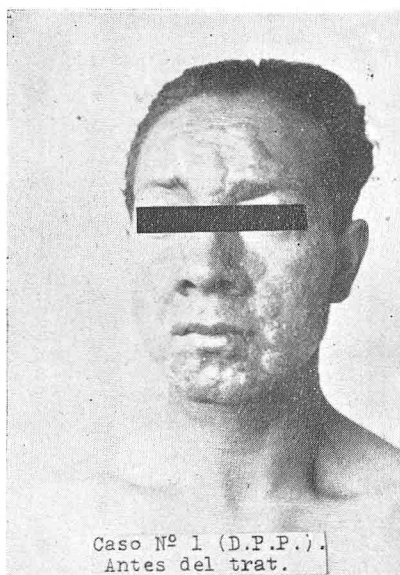
Orina: Reacción alcalina. Albúmina y glucosa: no hay. Examen microscópico: células vesicales y leucocitos.

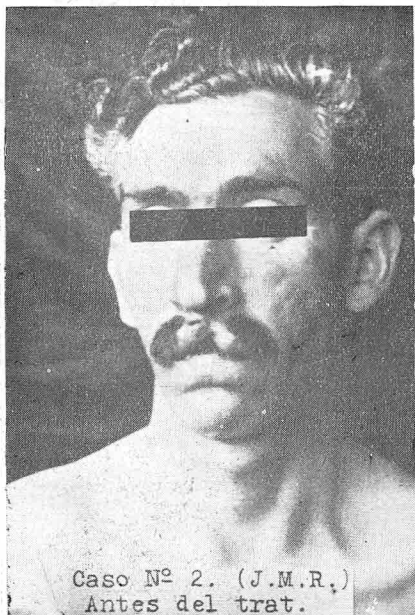
Diciembre 10 de 1941. Orina: Reacción ácida. Albúmina y glucosa: no hay. Examen microscópico: Células vesicales y algunos leucocitos.

Febrero 20 de 1942. Orina: Reacción ácida. Albúmina y glucosa: no hay. Examen microscópico: Células vesicales y leucocitos.

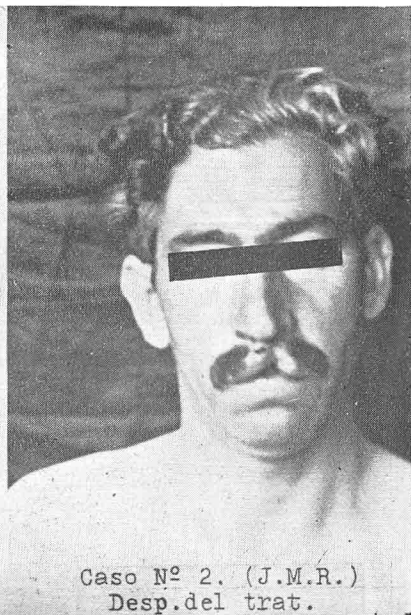
Tratamiento.

Se le inició el tratamiento por el sulfuro de antimonio coloidal, el día 25 de agosto de 1941. Se le inyectó el preparado por vía intramuscular. Conforme a la posología descrita anteriormente se le aplicaron seis series del compuesto estibiado. No se le practicó ninguna aplicación local sobre las lesiones.

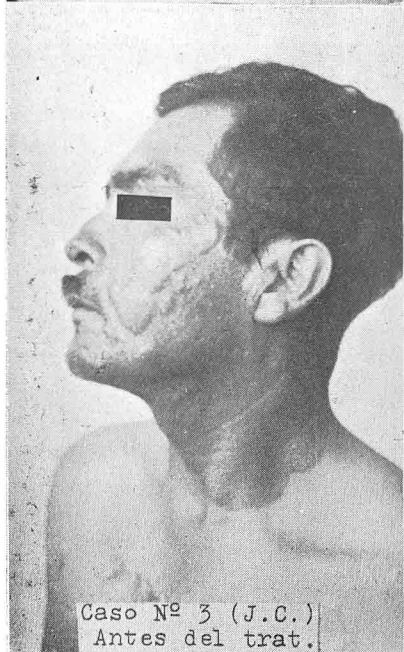
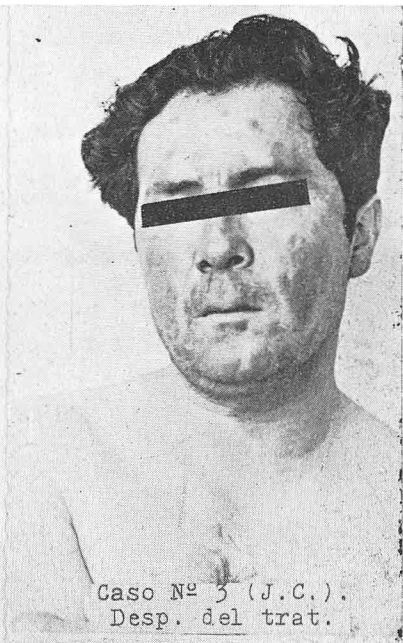




Caso Nº 2. (J.M.R.)
Antes del trat.



Caso Nº 2. (J.M.R.)
Desp.del trat.



Examen efectuado el día 1º de mayo de 1942: Clínico: Desaparición de las manchas y de la rinitis. Mejoría muy apreciable de las alteraciones de la sensibilidad. *Bacteriológico:* Investigación del B. de Hansen: Linfa, moco nasal y jugo ganglionar: (—) Negativo. Se examinaron 200 campos microscópicos en cada preparación.

Caso Nº 3.

Datos Generales.

Nombre del enfermo: J. C. 40 años de edad. Sexo masculino. Raza blanca. Casado. Natural del Municipio de "El Peñón". Profesión: Jornalero. Educación primaria. Lugares de residencia: "El Peñón". Sin antecedentes de lepra en sus parientes ni convivencia con enfermos.

Hospitalizado en el Servicio del Instituto el día 31 de octubre de 1941.

Datos Especiales.

Lesión inicial: Manchas en el antebrazo derecho y tercio inferior de la pierna izquierda; posteriormente dolor en la región supraciliar y manchas en todo el rostro. *Edad del enfermo al presentarse la lesión inicial:* 39½ años. *Evolución de la enfermedad:* Manchas eritemato-escamosas realzadas, en el antebrazo derecho y región, supraciliar. Estas efluorescencias se extendieron después al rostro, cuello, región torácica y tercio inferior de las piernas. Posteriormente se presentaron formaciones papuloides y nodulares en los brazos, tórax, antebrazos, piernas y muslos. *Descripción actual de la enfermedad:* Manchas eritemato-escamosas realzadas en el antebrazo derecho, región supraciliar, rostro, cuello, región torácica y tercio inferior de las piernas. Formaciones papuloides y nodulares en la cara, brazos, región posterior del tórax, antebrazos, piernas y muslos. *Lesiones neurales:* Analgesia, hipoestesia y alteración de la sensibilidad al calor y al frío en las manchas. *Nervios:* Perturbaciones motoras de origen traumático en los dedos de la mano izquierda. *Alteraciones vasomotoras y secretoras de la piel:* Cianosis de las extremidades, sudores abundantes. *Sistema linfático:* Hipertrofia ganglios inguinales. *Enfermedades intercurrentes:* Sarampión, catarros, *Forma de lepra:* N. 1. (*Variedad tuberculoides*).

Exámenes de Laboratorio.

Investigación del bacilo de Hansen: Linfa y moco: (—) Negativo. Ganglios: (+) Positivo.

Noviembre 7 de 1941. Reacciones de Lleras, Wassermann y Kahn: (—) Negativo.

Calcio: 16 miligramos %. Sedimentación globular: 45 mm.

Diciembre 10 de 1941. Orina: Reacción ácida. Albúmina y glucosa: no hay. Examen microscópico: células vesicales y algunos leucocitos.

Tratamiento.

Se le inició el tratamiento con el sulfuro de antimonio coloidal el día 13 de noviembre de 1941.

Se le aplicaron tres series de preparado coloidal de antimonio. Inyecciones intramusculares de 2 c. c., tres veces en la semana. Descanso de 20 días entre cada serie.

Examen practicado el día 10 de junio de 1942. Desaparición casi completa de las manchas y alteraciones de la sensibilidad. Aquéllas se decoloraron y la infiltración mejoró visiblemente.

Examen bacteriológico: Resultado de la investigación del B. de Hansen, después de examinar 100 campos microscópicos: Linfa y moco: (—) Negativo; ganglio: (+) Positivo.

V

Resultados.

Como puede apreciarse por el estudio de las historias clínicas y como lo demuestran las fotografías, todos los pacientes acusaron mejorías muy notables o desaparición de sus lesiones leprosas.

En el caso N° 1, la regresión completa de las manifestaciones maculosas, de las alteraciones de la sensibilidad y mejoría de las perturbaciones tróficas ocasionadas por la neuritis, fueron los resultados alcanzados. (Fotografías Nos. 1, 2, 3, 4).

En el N° 2, además de la curación casi total de las máculas eritematosas e infiltradas y de las alteraciones de la sensibilidad se comprobó la desaparición del *Mycobacterium leprae*.

Repetidos exámenes microscópicos practicados en la linfa y moco para investigar el bacilo de Hansen, dieron resultado negativo.

En el enfermo J. C. las manchas eritemato-escamosas realzadas se modificaron muy favorablemente, aun cuando no en el mismo grado que en los casos 1 y 2. Las efluorescencias nodulares desaparecieron. Algunas de las lesiones neuríticas como alteraciones de la sensibilidad, perturbaciones vaso-motoras y secretoras, mejoraron de manera apreciable.

Conviene anotar que estos enfermos no recibieron ningún otro medicamento ni antes se habían tratado para la lepra. No se usaron queratolíticos; tampoco el electrocauterio ni se les aplicó tratamiento local alguno.

Llama la atención los buenos resultados logrados en tan corto tiempo con el empleo del antimonio bajo la forma del sulfuro coloidal.

VI

Resumen.

En el "Instituto Lleras" se trataron algunos casos seleccionados de lepra, por medio del sulfuro de antimonio coloidal isotónico. El estudio se adelantó con el propósito de verificar los resultados publicados por algunos especialistas extranjeros.

El medicamento se aplicó por vía intramuscular y subcutánea en dosis de 2 c. c. trisemanales y por series de 12 ó 14. Cada centímetro cúbico del preparado contiene dos miligramos de antimonio al estado de metaloide. Intervalo de tiempo entre cada serie: dos o tres semanas. El número de inyecciones aplicadas en cada uno de los casos fluctuó entre 65 y 90.

No se prescribió ningún otro medicamento especial para la lepra.

Con el preparado de antimonio coloidal se lograron en estos enfermos mejorías muy apreciables de las lesiones lepróticas. En uno de los casos el examen bacteriológico para la investigación del B. de Hansen demostró la desaparición del *Mycobacterium*.

Las consideraciones anteriores sugieren la conveniencia de usar en la terapéutica de la lepra, los modernos preparados antimoniales poco tóxicos.

Los resultados prometedores alcanzados en estos enfermos de lepra con el antimonio coloidal, imponen una revisión de los métodos de tratamiento antileproso por medio de los preparados estibados.

Es importante que los médicos interesados en la materia verifiquen con otros casos de lepra científicamente seleccionados, los resultados que hemos obtenido por medio del antimonio coloidal.

Los laboratorios oficiales o particulares establecidos en el territorio de la República y que se ocupen en la fabricación de productos farmacéuticos, podrían preparar este compuesto de antimonio coloidal isotónico. Así su empleo resultaría muy económico.

Antes de terminar esta nota preliminar, quiero dejar constancia del apoyo permanente y eficaz que el Profesor Luis Patiño Camargo me ha dispensado. Su infatigable laboriosidad científica en relación con sugestivos temas de investigación médica y su apasionado interés por los problemas de Salubridad Pública, me han servido de estimulante ejemplo para la realización de los trabajos encomendados a la Sección. Los exámenes de Sangre y química biológica, que figuran en esta publicación, fueron practicados por mi compañero de labores en el Instituto, doctor Federico Lleras Restrepo, quien siempre me ha prestado con fervoroso entusiasmo, su valiosa, inteligente y constante colaboración.

EL TIFO EXANTEMATICO EN LA HOYA DEL RIO CAUCA

Por *Luis Patiño-Camargo*.

Bogotá, marzo 24 de 1942.

Señor Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social.—E. S. D.

Señor Ministro:

Tengo el honor de rendir a Su Señoría informe de la comisión que me confió el Gobierno de visitar la ciudad de Aguadas y municipios vecinos del Departamento de Caldas y fijar el diagnóstico de una enfermedad febril epidémica, de elevada morbilidad, que de largos años viene azotando esas comarcas y constituyendo grave problema para la economía y la salubridad pública.

Asesoróme en la correría y los trabajos subsiguientes de laboratorio, mi discípulo Enrique Gutiérrez, interno de la Clínica Tropical de la Facultad de Medicina, para quien solicito el agradecimiento del Ministerio por su colaporación excelente.

Hízose la correría en avión, automóvil, mulas, caballos y ferrocarril, buscando las más rápidas conexiones con el buen resultado de que fué posible aprovechar íntegramente los días comprendidos de 27 de febrero a 4 de marzo, en examinar enfermos y recoger el material, base para el diagnóstico solicitado por el Gobierno.

Débese el éxito y rapidez del resultado a la espléndida cooperación y a la cordial ayuda de las autoridades gubernamentales de Manizales y de médicos, funcionarios de sanidad, autoridades municipales y ciudadanos de las ciudades visitadas. El señor doctor Félix Henao Toro, Director Departamental de Higiene de Caldas me acompañó y asistió permanentemente haciendo fácil las labores. Igualmente el ingeniero sanitarista Jaime Duque Estrada.

Los doctores Gallo, de Neira, Cerezo y Botero de Aranzazu, Londoño y Botero de la Calle de Salamina y Juan Gregorio Isaza, de Pácora, suministraron valiosas informaciones. Finalmente en Aguadas el Director de Higiene doctor Duque y los médicos particulares, doctores José Salazar Estrada, León y Arbeláez, las au-

toridades y ciudadanos, auxiliaron amplia y permanentemente a la comisión. Para todos consigno la expresión más viva de mi reconocimiento.

Historia. Clínicamente, hasta hoy, se había considerado la epidemia de Caldas como Fiebre Tifoidea. Comisiones epidemiológicas oficiales que fueron a estudiar sobre el terreno el copioso material informativo y realizaron trabajos de laboratorio, reafirmaron y autorizaron el diagnóstico de Fiebre Tifoidea y aconsejaron vacunación y las medidas profilácticas clásicamente usadas. En los archivos del Ministerio reposan los informes de dichas comisiones. Las medidas recomendadas y la vacuna, fueron puestas en práctica por las autoridades regionales.

Pero no dieron el anhelado resultado y la epidemia siguió sin variación. Entonces el celoso director de higiene de Caldas, doctor Félix Henao Toro, se dirigió al Ministerio de Higiene para sugerir la sospecha de que al lado de la "fiebre tifoidea", oficialmente aceptada, estuviera presentándose casos de otra entidad, posiblemente tifo de tipo murino, y pidió se solicitara al que está informando viajar a la región para hacer el diagnóstico y confirmar o infirmar las sospechas sobre el particular. Tal es el origen y razón de la visita.

Origen de la enfermedad. Sintetizo las informaciones de los médicos locales sobre el origen de la enfermedad: en Aguadas, Salazar ha visto casos desde 1924. Salazar y Duque han tenido pacientes de campos cercanos a los ríos Arma y Cauca, singularmente de la hacienda La Fe, zona caliente. Los brotes epidémicos han sido frecuentes y numerosos, pero el actual es el más rudo y prolongado.

Isaza de Pácora estima que la enfermedad vino de Aguadas hace más de 2 años y se ha ido extendiendo hacia el sur. Los primeros casos que vió fueron rurales de la vereda cálida de Castilla. La invasión ha tenido tal intensidad, que estima en más de dos mil los casos rurales y urbanos ocurridos en dos años. Los médicos de las otras ciudades también opinan que la enfermedad ha venido del norte.

Territorio afectado. Visité y examiné enfermos y convelescientes en Neira, Aranzazu, Salamina, Pácora y Aguadas, margen derecha del río Cauca, grandes poblaciones y verdaderas ciudades de 13 a 29 mil habitantes, en el deleitoso clima templado de la cordillera central hacia el poniente.

A Caldas se le ha apellidado departamento modelo, en el concierto nacional. El informador que ha escudriñado casi todos los campos de Colombia, en pesquisas epidemiológicas, halla justo el calificativo para este pueblo que tiene el más alto nivel de vida en

el territorio patrio. Combatir pronta y enérgicamente la calamidad que lo azota y que podría llegar a proporciones trágicas, es imperativo nacional.

Pero sería infantil pensar que el mal esté circunscrito a las ciudades nombradas. Toda la comarca de una y otra banda del río, sobre las faldas de las cordilleras central y occidental en Antioquia. Caldas y el Valle del Cauca, hállanse en análogas condiciones y pueden estar en potencia de contaminación o ya estar invadidas.

Morbilidad y mortalidad. No es fácil obtener cifras del número total de atacados por la fiebre en los últimos años, por razón de que la mayoría de los casos ocurren en los campos. El doctor Isaza aprecia en 2.000 aproximadamente los pacientes de Pácora, en 24 meses y el doctor Duque en 2.500 los de Aguadas en igual tiempo. Los informes de los hospitales, suscritos por los médicos, en los 20 meses postreros, señalan 1574 enfermos hospitalizados, con una mortalidad del 2 al 18%. En el sólo Hospital de Aguadas, hubo en Febrero, 63 atacados, 37 mujeres y 26 hombres con 2 defunciones.

Observación personal sobre aguas y medidas profilácticas. Llama inmediatamente la atención del observador, el hecho de que la epidemia tiene predominio rural, con ancha distribución sobre diversas y distantes comarcas, con provisión de aguas de consumo de hoyas hidrográficas y fuentes lejanas y sin relación unas con otras. Las ciudades visitadas han dado particular atención a los acueductos, mejorándolos y dotándolos de modernos aparatos clorinizadores. Las indicaciones de los médicos y un saludable temor al contagio, han acostumbrado a las gentes a hervir el agua de bebida. Y sin embargo la epidemia prosigue con la misma insidencia de morbilidad y mortalidad.

Por lo tanto es lógico concluir, o que las medidas tomadas para proteger las aguas no sirven o que la fiebre no es de origen hídrico.

Observación sobre vacuna antitifoidea. Se ha vacunado en Caldas numerosa población. Y de los archivos del Ministerio, Zozoya sacó el siguiente cuadro de Aguadas:

En 7.500 personas no vacunadas hubo 400 enfermos, o sea 5%.

En 1.200 vacunados hubo 66 enfermos, o sea 5%.

Es decir, que la dolencia ataca exactamente en igual proporción a los vacunados y a los no vacunados contra la dotienenteria o fiebre Tifoidea.

Luégo, lógicamente hay que concluir: o la vacuna no inmuniza o la fiebre de Caldas no es Tifoidea.

CUADRO N.º 1

MUNICIPIOS	CENSO DE POBLACION 1938			Altura sobre el nivel del mar. Metros	Tempe- ratura media ° C.
	H.	M.	T.		
AGUADAS	7.631	21.863	29.494	2.214	18
ARANZAZU	3.551	10.446	13.997	1.964	18
NEIRA	4.349	15.111	19.460	2.025	19
PACORA	3.223	16.848	20.071	1.840	18
SALAMINA	6.183	20.481	26.481	1.822	20.5
TOTALES	24.937	84.566	109.503		

CUADRO N.º 2

Morbilidad y mortalidad en los últimos 20 meses.

MUNICIPIOS	ENFERMOS			MUERTES			Porcen- taje mor- talidad %	OBSERVACIONES
	H.	M.	Total	H.	M.	Total		
AGUADAS	395	502	897	13	22	35	3,90	Clientela hospitalaria.
ARANZAZU	13	7	20	1	1	2	10,00	Idem.
NEIRA			105	6	13	19	18,09	Clientela hospitalaria y civil.
PACORA			440			10	2,27	Clientela hospitalaria en 14 meses.
SALAMINA	42	70	112	2	5	7	6,25	Clientela hospitalaria.
TOTALES			1.574			73		

Resultados-Diagnóstico clínico. Del examen clínico que en asocio de los médicos practiqué a numerosos pacientes; del relato verbal de los doctores; de cartas e informes escritos y del rico archivo de gráficas térmicas y notas clínicas de los hospitales, resultan los siguientes hechos, comprobados de la epidemia de Caldas:

1. Es enfermedad de 8 a 18 días de duración, con promedio de 15.
2. Con frecuencia comienza bruscamente y la temperatura inicial puede ser hasta más de 40° centígrados.
3. Las diferencias matinales y vespertinas de la temperatura, son de ordinario pequeñas.
4. Por regla general la declinación de la fiebre es rápida, a veces en línea vertical.
5. El pulso está siempre acelerado.
6. La tensión arterial fué baja en todos los casos examinados.
7. Siempre hay erupción. Tipo exantema. A veces papuloso. Multiforme y policromático. Generalizado. Fácilmente se aprecia en las palmas de las manos, plantas de los pies y a través de las uñas, Aparece del tercer día en adelante. Es tan característico que los campesinos solicitan los servicios médicos para "la epidemia", cuando el doliente "ya está manchado".
8. Siempre hay estreñimiento.
9. No se ha observado fenómenos gastro-intestinales, ni perforaciones, ni hemorragias intestinales.
10. Las formas muy agudas presentan estupor y delirio.
11. Obsérvase vasodilatación de la cara e inyección conjuntival.
12. Ocurren casos con arteritis y escaras precoces.

Este cuadro permite al clínico eliminar en el diagnóstico la Fiebre Tifoidea y formular con toda razón y justicia el de "*Rickettsiasis Tifoezantemática*", que es mi diagnóstico de la epidemia de Caldas.

Comprobaciones de laboratorio. El examen de las orinas de pacientes en período agudo, mostraron albuminaria desde huellas hasta aproximadamente 2½ gramos por litro y cilindruria. El recuento globular, aún en casos benignos, arroja leucocitosis por encima de 9.000 glóbulos blancos.

Pruebas de seroaglutinación de Weil-Félix y de Vidal. Gutiérrez ha probado dos lotes de sueros. Uno de 5 muestras remitidas por el doctor Duque de Aguadas, de los cuales dieron todos resultado negativo para los bacilos tifoideos y paratifoideos y cuatro reacción altamente positiva para las cepas OXL y OX19 de proteus. El segundo lote, tomado durante la correría, consta de 22 muestras:

CUADRO N.º 3
HOSPITALES

MUNICIPIO	PRESUPUESTO MUNICIPAL 1941	NOMBRE DEL HOSPITAL	Número de camas disponibles.	PRESUPUESTO HOSPITALARIO 1941
AGUADAS	\$ 114.664,94	San José	177	\$ 26.150,00
ARANZAZU	" 50.919,62	San Vicente	70	" 6.384,05
NEIRA	" 67.288,32	San José	36	" 5.108,00
PACORA	" 60.431,31	Santa Teresita	56	" 7.915,00
SALAMINA.	" 116.000,00	San Juan de Dios	112	" 20.634,62
TOTALES	\$ 409.304,19		451	" 66.191,67

19 de tíficos, 1 de dotieneria (fiebre tifoidea) y 2 de otras enfermedades febriles. El resultado es terminante: 15 de los 19 dan seroaglutinación de Weil-Félix positiva, tres (6-9-10 días de fiebre) prueba negativa, cosa que está dentro de lo observado, de que al principio del Tifo la reacción es negativa y es preciso repetirla varias veces, como se verá en la tesis de Gutiérrez. El caso de dotieneria (tifoidea), aglutina los bacilos tifoideos, reacción positiva de Vidal, como puede apreciarse en el Cuadro Nº 4.

Aislamiento del virus en curies. Sangre tomada al señor J. M. G. en Aguadas, al 11º día de fiebre, el 3 de marzo de 1942, e inoculada en Bogotá al día siguiente en el peritoneo de curies determinó enfermedad experimental al 8º día. Sacrificado uno de los curies enfermos al otro día, halláronse *Rickettsias*, o sea el agente etiológico del Tifo Exantemático, en el peritoneo y túnica vaginal del animal.

Sangre tomada a la señora R. A. en igual sitio y fecha e inyectada de igual forma, determinó enfermedad experimental. El virus se conserva por pases en curies en el Instituto Lleras (*).

Rickettsias. Abundantes *Rickettsias* se encuentran en raspado de túnica vaginal y peritoneo de curies inoculados con la sangre de pacientes de Aguadas, en láminas coloreadas por Giensa, por mi preparador Zulueta. Hasta ahora puede adelantarse que es un microorganismo sumamente polimorfo, muy abundante y que predomina la forma granulosa y cocoide.

Conclusiones. 1. La epidemia que de largo tiempo viene azotando comarcas urbanas y rurales del Departamento de Caldas, al norte de Manizales, singularmente la ciudad de Aguadas, es una *Rickettsiasis* Tifo-exantemática.

2. El diagnóstico clínico se ha comprobado con las pruebas de laboratorio.

3. El virus (*Rickettsia*) se ha aislado en curies y ha quedado establecido en el Instituto Lleras.

4. Toda la zona de una y otra banda del río sobre las vertientes de las cordilleras central y occidental en Antioquia, Caldas y el Valle del Cauca, son aptas para albergar el Tifo Exantemático y deben revisarse.

5. Es indispensable proseguir estudios e investigaciones para

(*) Posteriormente se han aislado otros virus: de sangre de O. B. remitida por el doctor Duque de Aguadas, notable por la abundancia de las *Rickettsias* en los endotelios de curies inoculados. Otro de sangre remitido también por Duque de Abejorral en Antioquia. Y dos de Riosucio en la margen izquierda del Cauca, de sangre de enfermos, mandada por el doctor Benjamín Otálora.

CUADRO N.º 4

Resultado de las Reacciones Serológicas de Weil-Felix y de Vidal con sueros de Caldas, practicadas por Enrique Gutiérrez en el Instituto Federico Lleras.

N.º	NOMBRE	DÍAS DE LA FIEBRE	FECHA DE SANGRIA	LUGAR	RESULTADO			
					PROTEUS OX19	PROTEUS OXL	TIFOIDEO	PARATIFOI-DEO B
1	R. M. H.	14	III-1.º/42	Neira	1/320	1/80		Negativo
2	M. J.	15	"	"	1/320	1/160		"
3	M. C. B.	19	"	"	1/320	Negativo	Negativo	"
4	G. M. (+)	28	"	Aranzazu	Negativo	"	1/320	"
5	J. R.	13	"	Salamina	1/320	"	Negativo	"
6	I. C.	14	"	"	1/320	1/80	"	"
7	R. V.	10	"	"	Negativo	Negativo	"	"
8	A. R.	15	"	"	"	"	"	"
9	C. R. B.	13	"	"	1/320	"	"	"
10	T. G.	6	"	"	Negativo	"	"	
11	R. D.	15	"	"	1/320	1/320	"	
12	I. A.	17	"	"	1/320	1/320	"	
13	P. E. A.	14	III-2/42	Aguadas	1/320	1/320	"	
14	A. P.	12	"	"	1/40	1/40	"	
15	H. G.	9	"	"	Negativo	Negativo	"	
16	R. P.	12	"	"	1/320	1/160	"	
17	A. J. V.	25	"	"	Negativo	Negativo	"	
18	M. T. G.	47	"	"	Negativo	Negativo	"	
19	M. E.	12	"	"	1/160	1/160	"	
20	F. Ch.	14	"	"	1/320	1/320	"	
21	J. M. G.	11	III-3/42	"	1/320	1/320	"	
22	R. A.	11	"	"	1/320	1/320	"	

determinar los reservorios del virus, los agentes transmisores y demás atributos esenciales que definan específicamente esta Rickettsiasis, que se acaba de descubrir.

Recomendaciones. Me permito formular las siguientes recomendaciones:

1º Practicar inmediatamente una investigación epidemiológica en Antioquia, Caldas y Valle, para calcular el volumen de población afectada por el Tifo Exánтемático o en potencia de contaminación.

2º Recomendar a los laboratorios oficiales y particulares la práctica sistemática de la reacción de Weil-Félix, para todo caso de fiebre con exantema, y la unificación de cepas de *Proteus* y de técnicas.

3º Organizar las labores de profilaxis sobre la base de riguroso aseo personal y de vestidos y habitaciones.

4º Metodizar la lucha contra el piojo humano, las pulgas y las garrapatas, presuntos responsables de la transmisión del mal.

5º Investigaciones en el cerebro de las ratas y en las pulgas de las mismas y emprender lucha de exterminio de tales roedores.

6º Establecer como requisito indispensable, para recibir pacientes en los hospitales, el previo baño corporal y rasuramiento de los cabellos, después de aplicar una loción parasiticida.

7º Instalación en todos los Hospitales de estufas para la desinfección de ropas por calor seco, de las cuales hay modelos sencillos y económicos.

El anterior informe pone de relieve la necesidad en Colombia del servicio especial para estudio y control de Rickettsiasis tifo-exantemáticas, preparación de las vacunas y organización y dirección de la campaña profiláctica contra esta peligrosa enfermedad pestilencial.

Y así, esperando señor Ministro haber cumplido leal y fielmente la honrosa misión que me dió el Gobierno de fijar el diagnóstico de la epidemia de Caldas, aprovecho la ocasión para expresar a Su Señoría mis sentimientos de elevada consideración y para suscribirme atento y seguro servidor,

Luis Patiño-Camargo,
Director del Instituto Federico Lleras.

NOTA PRELIMINAR
SOBRE CULTIVO DE UNA CEPA DE LEISHMANIA (1)

Por *Florentino Rey Matiz*, alumno de 5º año de medicina.

Bogotá, julio 14 de 1942.

Señor Profesor Jefe del Depto. de Medicina Tropical, doctor Luis Patiño Camargo.—E. S. M.

Comunico a usted por la presente, el aislamiento en cultivo puro, de una cepa de *Leishmania* en un enfermo proveniente de la región de Sasaima.

Adjunto algunos datos sobre dicho trabajo para dar a conocer, por su valioso conducto, la *nota preliminar sobre cultivo de una cepa de Leishmania*.

Anticipando mis agradecimientos quedo de usted, muy Atto. S. S.,

Florentino Rey Matiz.

Alumno de 5º año de Medicina.

El parásito fué tomado de dos úlceras leishmaniósicas, la una situada en la nariz y la otra en el dorso de la muñeca izquierda, de una enferma llegada al Hospital de San Juan de Dios en el mes de junio del presente año, al servicio de Dermatología del Profesor Silva. La siembra se hizo en el medio de Novy, Mac Neal y Nicolle o medio NNN.

A los 13 días de haberse practicado la siembra se examinaron los tubos y en el agua de condensación del medio se encontraron abundantes formas flageladas de *Leishmania* (leptomonas). Al

(1) Trabajo realizado en los laboratorios del Departamento Tropical de la Facultad de Medicina, en el Laboratorio Santiago Samper del Hospital de San Juan de Dios.

examen en fresco eran fácilmente apreciables por la gran rapidez de sus movimientos. Los frotos coloreados mostraron la morfología exacta del parásito.

Después de 5 días de haberse obtenido este resultado positivo, se hicieron resiembras en medios idénticos a los anteriores con nuevos resultados positivos a los 4 días.

Consultados los Profesores Luis Patiño Camargo, César Uribe Piedrahita, Pedro J. Almánzar y Jorge Helo, autoridades en esta materia, afirmaron la autenticidad y pureza de los cultivos. El Profesor César Uribe expresó ser éste el primer cultivo hecho en Colombia. (1)

Futuras investigaciones son necesarias para colocar este protozoo en la especie zoológica que le corresponde.

En próxima comunicación exhibiré algunas microfotografías y datos más concretos al respecto.

(1) No hay tal.

HeerTaxis de José del C.
Rodríguez Bermúdez 1.9.2.9
y otras D.S.

CONTRIBUICAO AO CONHECIMENTO DAS COBRAS VENENOSAS E COMBATE AO OFIDISMO

Pelo

Eng^o Agr^o *Philippe Westin Filho*, Asistente de Zoologia da Escola
Superior de Agricultura "Luiz Queiroz".

(Secretaria de da Agricultura, Industria e Comercio do Estado de
Sao Paulo).

Directoria de Publicidade Agricola.—Sao Paulo, 1941.

El Profesor encargado de agricultura Philippe Westin Filho, de la Escuela "Luiz Queiroz" de San Paulo, acaba de publicar un interesante folleto, resumen de los trabajos que en el Brasil se han realizado sobre el importantísimo tema de las serpientes venenosas. Para conocimiento, especialmente de los estudiantes de medicina, recomendamos la lectura del opúsculo del Profesor de zoología de San Paulo.

En seguida traducimos el capítulo 20 sobre las supersticiones relacionadas con las serpientes. Los habitantes de los llanos y de las orillas de nuestros grandes ríos, conocen estos relatos fantásticos que son una verdadera curiosidad, por cuya razón recomendamos su entretenida lectura.

"Supersticiones".

La Historia de las serpientes comienza con la historia del mundo. En el capítulo tercero del Génesis, leemos cómo una serpiente, considerada como el más astuto de los animales de la tierra, insinuó a la mujer que violara las órdenes de Dios.

Y más tarde, cuando la manzana simbólica causo la simbólica indigestión, la serpiente sufriendo la culpa del ajeno pecado fué maldita y condena por el Señor a "arrastrarse sobre el vientre, comer polvo todos los días de su vida, y permanecer en lucha constante con la especie humana". En la contienda la serpiente llevará la

peor parte, pues dice la biblia que ella herirá el calcañar a los descendientes de la mujer, al paso que éstos aplastarán su cabeza.

Entretanto veamos alguna cosa sobre la historia contemporánea de las serpientes.

Aún en nuestros días. son pocos los animales que tienen en torno de sí un círculo tan amplio de leyendas.

Asquerosas, repugnantes, temidas por su solo aspecto, causan una natural repulsión, en su derredor existirá siempre un ambiente hostil, lleno de historias fantásticas.

Considerando los mismos ejemplos adoptados por el profesor S. de Toledo Piza Jr. en el último capítulo de su libro "Las culebras venenosas y el problema ofídico en Sao Paulo", estudiaremos algunas de las supersticiones más comunes, y mostraremos que provienen muchas veces de la observación incompleta de un hecho o son debidas al espíritu imaginativo del pueblo.

1. "Cuando se ven amenazadas por algún peligro, las culebras engullen la prole con el fin de defenderla mejor. Pasado el riesgo vomitan sus hijos o los expelen por el ano".

La explicación es sencilla: una persona vió una serpiente ofiófaga comiéndose otra u otras de menor tamaño.

En otra ocasión, encontró un nido con varios huevos de culebras no venenosas, que son ovíparas, y mucho más comunes como ya sabemos.

Finalmente tuvo oportunidad de ver una serpiente pariendo culebritas, o le aconteció que después de haber enviado una caja con un solo ofidio, al serpentario del Instituto Butatan, recibió una carta de agradecimiento por el envío de la culebra y de las culebritas.

Este cúmulo de hechos reales llevan al individuo inexperto a una conclusión errada: que "la serpiente se come los hijos para después expelerlos", pues ignora la ovo-viviparidad de las serpientes venenosas y la ofiofagia de algunas culebras.

2. "Culebras que maman".

Esta superstición es una verdadera fantasía. Suponen algunos que ciertas culebras, escurriéndose subrepticamente por entre los muebles durante la noche, se llegan hasta el lecho de las mujeres que amamantan para sustraer de sus pechos la leche sin que éstas se den cuenta. Para que el niño no lllore, la culebra le pone en la boca la cola a guisa de chupito o la menea como si fuese un sonajero con el propósito de distraer a la criatura.

Este conjunto de absurdos se puede combatir fácilmente. Las culebras no maman, y no pueden mamar por la conformación de la boca y la posición de los dientes. Admitiendo que pudiesen hacerlo,

sería imposible suponer que una mujer dejara de sentir una succión verificada por una boca dotada de innúmeros y aguzados dientes.

El movimiento de la cola no es un acto voluntario sino un reflejo nervioso que el animal es incapaz de dominar, circunstancia afortunada, ya que el ruido característico del cascabel puede prevenir o espantar la presa.

Algunos hechos, observados por un lego, pueden llevarlo a suponer que los ofidios se nutren en ciertas ocasiones de leche robada a las vacas.

Así por ejemplo, un señor fulano, cuando iba a visitar la hacienda de su vecino, encontró, al atravesar un potrero, una serpiente que mató a bastonazos, y notó que del vientre del animal se escapaba un líquido espeso y amarillento que supuso fuera leche, aun cuando, como sabemos, no era otra cosa que el líquido contenido en los huevos, destinado a proteger la vida del embrión.

Al comentar el asunto con el vecino, provocó la admiración de éste, porque aquel día una de sus mejores vacas lecheras, sin que él supiese la causa, no había dado ni siquiera un litro de leche. Sin embargo esto ocurre con mucha frecuencia, y los zootecnistas dan bastantes explicaciones del hecho de la disminución de la leche en las vacas.

De las dos observaciones antedichas pueden los dos vecinos sacar una conclusión falsa, y decir que la vaca no dió leche porque la culebra se la robó, pues el matador del ofidio al considerar erradamente como leche el contenido del útero (que semeja en efecto la leche en el comienzo de la digestión), le sugirió una idea errada.

3. "Fascinación ejercida por las culebras".

Las serpientes no tienen párpados, como consecuencia su mirar es fijo y parece que estuviesen ejerciendo una acción hipnótica sobre el animal en que fijan sus ojos.

Recuerdo a propósito un incidente que presencié de niño, del cual sólo más tarde obtuve la exacta explicación. Contemplaba cierto día un pajarito que emitiendo extraños píos, y con las alas extendidas, iba y venía por el borde de un barranco, dando brinco ora de un lado, ora de otro, con la cabeza siempre dirigida hacia el mismo punto. Pregunté a un sirviente el significado de lo que veía, y él, observando mejor, me indicó una culebra de color verde que se encontraba cerca e iba avanzando con lentitud pero sin dejar por un momento de mirar al pájaro. Me encontraba profundamente impresionado, descansé cuando mi compañero, armado de un leño, se precipitó sobre el animal poniéndolo en fuga, y mientras el ave volaba, él me explicaba que en aquella forma "había roto el encantamiento".

La explicación del incidente es muy simple: las hembras de

ciertos animales, permanecen con ocasión de la cloquera o del nacimiento de los hijos en un estado especial de exaltación, que se traduce por una enorme belicosidad en la defensa de la prole.

Podemos citar una gran cantidad de ejemplos que confirmen el acerto: la gallina que se eriza y esponja para atacar al hombre, la cachorra que se enfrenta al peligro, pelando los dientes, dan clara muestra de amor materno.

La intrépida avecilla de nuestra historia, al avanzar decidida contra la serpiente procurando picarla o atemorizarla con sus voces y saltos, erizándose toda, daba una prueba de su instinto materno procurando ahuyentar al enemigo, con riesgo de la propia vida, en defensa del nido que debía estar situado en las proximidades.

4. "Encantadores de serpientes".

En todo tratado sobre ofidios, encontramos alguna referencia especial sobre los "encantadores de serpientes", mundialmente conocidos, que se ganan la vida aprovechando su habilidad en la lidia de culebras venenosas.

La historia nos enseña el remoto origen de esta profesión.

Los romanos denominaban "Psyllas" a estos hombres, y es fácil encontrar noticias suyas entre otros pueblos de la antigüedad.

Es en la India donde encontramos hoy un mayor número de ellos y todos pertenecen a la casta de los Sangis.

Abundan también en muchos otros lugares; en México y la América Central son los "Curados de Culebras", afortunadamente en el Brasil no existen individuos que se exhiban como encantadores de serpientes, haciendo de ésto su profesión, entre los "curanderos" hay algunos que dicen ser de "cuerpo duro", o sea, que se creen inmunes ante el veneno ofídico.

Calmette nos dice en su trabajo sobre los encantadores hindúes, que algunos trabajan con serpientes venenosas (Najas, etc.) cuyos colmillos han sido extraídos, no ofreciendo por lo tanto ningún peligro. Otros en cambio, trabajan con culebras de dentadura intacta y con glándulas veneníferas en funcionamiento normal.

De aquí concluye el científico francés, que no existe encantamiento ni fascinación de ningún género, pero que es innegable la presencia de alguna inmunidad contra los accidentes, ligada a un extraordinario conocimiento de las costumbres de los animales con los cuales trabaja.

Lidiándolos permanentemente, en determinadas condiciones, se va creando un conocimiento mutuo entre la serpiente y el "encantador", logrando éste un excelente medio de subsistencia.

En cuanto a la adquisición de inmunidad, parece ser debida a inoculaciones fraccionadas, pues muchos se hacen picar periódica-

mente por culebras jóvenes que aún no poseen veneno en dosis mortales.

Este método es empleado en otras partes del mundo por los cazadores de culebras, dándoles idéntico resultado.

5. "Curanderos que llaman a las culebras".

Tuve ya oportunidad de demostrar la influencia perniciosa de los curanderos en el tratamiento de los accidentes ofídicos, sin citar en aquel capítulo, la creencia de que ellos saben y pueden llamar a determinadas culebras. Un ejemplo aclarará el asunto.

Una persona es picada en la oscuridad, por un animal que ella no puede identificar como araña o culebra; siente un fuerte dolor, grita y huye del lugar del accidente. Acude inmediatamente al curandero, y éste, después de un examen, dice: "vamos a llamar la culebra para saber de que clase es". Sale al corral, y dirigiéndose hacia el gallinero, comienza a gritar:

—"Si fué jararaca, que se aparezca una" —nada acontece— "si fué cascabel, que se aparezca una" —el mismo resultado—. Repite la orden dos o tres veces, y va mudando el nombre de la especie ofídica, por último dice: "si no era venenosa, que se aparezca una" y al momento, sale por debajo de un cajón una cualesquiera culebra no venenosa, y el curandero dice al paciente: "el señor estuvo de buenas, porque la serpiente que lo mordió era inofensiva".

Sin detenernos a discurrir los métodos mediante los cuales fué engañada la víctima, hacemos notar una vez más los efectos funestos que pueden acarrear las consultas a tales individuos.

6. "Las culebras, cuando van a bañarse o a cruzar algún río, dejan el veneno sobre una hoja".

Es común hallar huevos de mariposas, mucus de gasterópodos, etc., depositados sobre las hojas, en las orillas de riachuelos y lagos. Algunas personas creen, que aquello no es otra cosa que el contenido de las glándulas veneníferas de las culebras, asegurando que la serpiente lo colocó allí para después regresar a recogerlo.

Cuando anotan que las serpientes atacan rara vez mientras nadan, el hecho se interpreta en forma errada, y adquieren el convencimiento de que si ellas rehuyen el ataque, se debe a la carencia temporal de veneno.

La razón acerca de la actitud inofensiva que guardan los ofidios en el agua es muy otra, ellos, en realidad de verdad, no pueden atacar, la superficie líquida no les ofrece un punto de apoyo suficiente para erguir su cuerpo y avalanzarse sobre el enemigo.

Por cuanto se refiere al veneno, una vez salido de la glándula no podrá ser de nuevo recogido.

7. "Personas que confinan a las serpientes".

Es superstición muy corriente aquella de que ciertas personas tienen el poder de "confinar" las culebras. con unos cuantos pases y otras tantas palabras cabalísticas, el animal permanecerá quieto e inmóvil en determinado lugar.

Un amigo contóme que, estando recorriendo el labrantío en compañía del mayordomo de la hacienda, encontró en el camino una serpiente, que parecía ser una "jararacussú".

Mientras descendían de las cabalgaduras, para cogerla o matarla, ella huyó sin que fuera posible hallarla de nuevo. Lamentábase mi amigo de no poder capturarla, cuando el mayordomo dijo que podría confinarla a aquel punto. Más por curiosidad que por convicción, permitió que el capataz cortase dos palos, los amarrase en cruz, los enterrase a determinada profundidad, e hiciese unos pases mientras murmuraba algo que él no pudo comprender.

En la madrugada del siguiente día propuso el mayordomo que fuesen ambos al lugar del acontecimiento, antes que la cuadrilla de peones pasase por el camino, ya que podrían ser picados por la culebra que seguramente se encontraría en tal sitio.

Sin creer absolutamente nada, pero deseando efectuar un agradable paseo matinal, mi conocido salió en compañía del "confinante".

Al llegar al sitio en cuestión, con profunda sorpresa, pudo contemplar a la serpiente enroscada en el pie de la cruz. Sonó un disparo, la cabeza del ofidio voló en pedazos, y el mayordomo, mientras guardaba el revólver, dirigía a mi amigo esta pregunta: "Ahora.... cree o no el doctor en mi encantamiento?".

Para tal suceso doy la explicación que sigue: es posible que, conociendo la costumbre que tienen las culebras venenosas de permanecer en los alrededores del sitio en que han sido notadas, hubiese regresado el mayordomo y dado muerte al animal, colocando después el cadáver en la situación que mi amigo pudo observar. En la mañana siguiente, el capataz no esperó a que su acompañante se acercara, y descerrajó un tiro que, aparentemente, hizo estallar la cabeza de la serpiente. Y aun cuando mi amigo sólo esperaba ver saltar un poco de tierra en la vecindad del blanco, la herida reciente daba la impresión de que el tiro había sido certero, y en tal convencimiento permanecía cuando me refirió la historia. Pero, debemos pensar en que, un tiro de revólver hecho a distancia, al apuntar el alba y en un objeto tan pequeño, difícilmente puede ser efectivo.

Los casos de hechicería que se relatan acerca de ciertos negros viejos, que pueden confinar a determinado lugar las serpientes mientras ellos van a traer un lazo o un cajón para capturarlas, están basados en los hábitos nocturnos de las culebras venenosas. En

realidad dichas culebras no pueden distinguir bien los objetos durante el día, pues la estructura anatómica de sus pupilas, que tienen forma de hendidura vertical, se lo impide. Permanecen largas horas en el mismo lugar, y por lo tanto, da lo mismo que ellas estén "confinadas" por un brujo o que no hayan sido sometidas a ninguna hechicería.

Al lado de éstas hay muchas otras creencias y supersticiones, resultado las más de las veces de la equivocada observación de un hecho o de un raciocinio errado que lleva a conclusiones falsas.

(Traducido del original portugués por Hernando Soto).

PROFESOR JULIO MANRIQUE

El 6 de julio del presente, cuando la Sociedad de Cirugía de Bogotá, reunida en sesión especial para acordar los preparativos de la conmemoración de los 40 años de existencia de tan benemérita Sociedad, el Profesor Julio Manrique entró en el seno misericordioso de la muerte, sin una queja, sin un gesto de angustia o de dolor, doblando suavemente su poderosa cabeza sobre la mesa redonda y en medio de sus colegas, con una muerte tranquila y blanda tal como había sido su carácter, dulce y suave.

Era Julio el Benjamín de una familia ilustre que sobresalió en el país por su ciencia y sus virtudes. Particularmente en la medicina los dos exponentes de la descendencia del distinguido médico doctor Carlos Manrique, los doctores Juan Evangelista y Julio honraron a la patria y a la ciencia médica colombiana. Juan Evangelista fué un mago de la medicina y especialmente en Cirugía alcanzó una gran celebridad, no solamente en esta ciudad sino en todo el país; Julio descolló principalmente en Psiquiatría.

Nació en la hacienda de la Yegüera, del municipio de Subachoque, el 19 de junio de 1873. Hizo sus primeras letras en la escuela urbana del citado municipio y vino luego a Bogotá para cursar estudios de literatura en el Colegio que regentaba don Santiago Pérez y los terminó en el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, donde obtuvo el título que lo capacitaba para ingresar a la Facultad de Medicina, lo que no pudo realizar hasta el siguiente año debido a su corta edad.

Cursó de manera brillante sus estudios de medicina, habiéndose distinguido entre sus condiscípulos como uno de los alumnos más aventajados por su clara inteligencia, a la vez que por su devota consagración al estudio y el día 5 de julio de 1897 se doctoraba en Medicina.

A raíz de su grado y por insinuación de uno de los más grandes maestros de la Facultad, el doctor Leoncio Barreto, el doctor

Manrique fué llamado por el entonces Rector doctor Nicolás Osorio, para que reemplazara a aquel maestro en la Cátedra de Obstetricia y Clínica Obstetrical, y cumplió su misión tan a cabalidad que desde entonces se reveló como el eminente profesor que había de ser más tarde.

Por licencia concedida al Profesor Luis Cuervo Márquez, fué designado el doctor Manrique el 11 de septiembre de 1907, para dictar el curso de Patología General, y por su competencia e ilustración mereció el nombramiento en propiedad que le hiciera el 16 de marzo de 1911 el entonces Ministro de Instrucción Pública doctor Pedro María Carreño. La clase de Patología General del Profesor Manrique fué un éxito continuado desde que se posesionó hasta el año de 1938, que renunció definitivamente al profesorado.

Varios otros cargos ocupó el Profesor Manrique en la Facultad de Medicina: profesor suplente de Clínica de Organos de los Sentidos, en 1909, cargo que desempeñó durante 6 meses; profesor suplente de Fisiología de marzo de 1914 a julio de 1915; profesor de Higiene en el año preparatorio de la Facultad de Medicina en 1937 y de Fisiología en la Escuela de Enfermeras. Además fué designado para ocupar en 1906 la cátedra de Medicina operatoria, en reemplazo del doctor Guillermo Gómez y la de Física Médica por licencia concedida al doctor Ricardo Fajardo Vega en 1921, sin que exista constancia de la aceptación de estos dos últimos.

En enero de 1931 el Ministerio de Educación Nacional lo nombró miembro del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina y ciencias Naturales y en el año de 1939, la Universidad Nacional, por sus múltiples merecimientos y servicios a la Facultad de Medicina, le concedió el Título de Profesor Honorario.

Varias generaciones de médicos oyeron la palabra sabia y elocuente del ilustre Profesor Manrique y conservan un recuerdo imborrable de sus lecciones, porque él abocaba con igual competencia el estudio de los procesos mórbidos, la etiología y patogenia de las enfermedades, la alergia y el fenómeno de Koch, así como todos los problemas relacionados con la filosofía de la medicina.

Hombre de indiscutibles méritos ocupó otros puestos sobresalientes que relievieron su personalidad científica y sus dotes de gran ciudadano. El Gobierno del General Reyes lo envió al exterior y en la Gran Bretaña y Noruega hizo estudios e investigaciones especiales sobre la lepra al lado del célebre leprólogo Hansen, motivo por el cual fué nombrado Jefe de los Lazaretos en Colombia, puesto que no aceptó por motivos ajenos a su voluntad.

En 1919, cuando regía los destinos de la Escuela Superior de Agronomía Don Luis Montoya Santamaría fué llamado a ocupar la cátedra de Zoología y Entomología y años más tarde fué rector

de dicha Escuela, imprimiendo en ella sus dotes de organizador, e impulsando su adelanto material y espiritual con un sello distintivo de su actividad y competencia.

También en la Facultad de Odontología, incorporada a la Facultad de Medicina en el año de 1932, regentó la cátedra de Patología y en la Universidad Libre se le encomendó la cátedra de Psicología en la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales en 1935.

Desde el año de 1923 se encargó de la Dirección del Manicomio de Mujeres, cargo que desempeñó hasta su muerte, con un brillo sin igual. Allí su obra constructiva es y será un eterno símbolo de esfuerzo y consagración, que sabrán valorar las generaciones presentes y futuras y servirán de ejemplo para sus sucesores.

Fué Presidente de la Academia de Medicina, Médico del Hospital San José, Secretario Perpetuo de la Sociedad de Cirugía, Miembro de la Sociedad Médico-quirúrgica de los Hospitales, de la Sociedad de Pediatría, de la Sociedad de Medicina Tropical y de varias otras entidades científicas nacionales y extranjeras.

Fundó en 1909, con el doctor José M^a Montoya, el Repertorio de Medicina y Cirugía, que publicó sin interrupción hasta 1934. En las páginas de esta importante Revista se encuentran multitud de artículos sobre diversos temas, publicados por el Profesor Manrique y que hacen honor a su autor y sirvieron para orientar muchos criterios médicos sobre importantes problemas de higiene y cirugía y medicina en general.

En la cátedra, con las conferencias particulares que dictó, fué un permanente defensor de las clases desvalidas y tuvo siempre una constante preocupación por los problemas sociales de orden higiénico, abogando siempre por el mejoramiento de la vivienda campesina; atacando el uso de la chicha, interesándose siempre por todo aquello que mejorara la condición de sus semejantes, con amplio criterio patriótico, con genuino espíritu de amor a la humanidad.

En todas partes su obra fué digna del mayor encomio y de la mayor aceptación. Su consejo, su observación oportuna, la claridad de sus ideas lo distinguían siempre.

El Gobierno, premiando sus esfuerzos continuos en favor del engrandecimiento de la patria, le concedió la Cruz de Boyacá, en la orden de Caballero.

He querido dejar así unas líneas de cariñoso recuerdo para el sabio profesor y dilecto amigo, que se fué de la vida apaciblemente, pero cuyo recuerdo vive y vivirá para siempre entre nosotros.

Marco A. Iriarte

DISCURSOS PRONUNCIADOS EN LOS FUNERALES DEL PROFESOR JULIO MANRIQUE

El doctor Jorge Bejarano, Profesor de Higiene y miembro de la Academia de Medicina, pronunció el siguiente discurso en nombre de la Facultad de Medicina y de la Academia de Medicina.

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina, señor Decano de la Facultad de Medicina, señores profesores, señoras, señores:

Los estudiantes de medicina que por el año de 1903 dialogábamos en el patio colonial de Santa Inés, bajo las españolas arcadas que lo circundaban, entre la algarabía del agua que caía de la fuente que perforaba su claustro, recordamos con nitidez y como si fuera ayer, la arrogante figura del profesor Julio Manrique, que, regresado de Europa, hacía sus armas de profesor desde la cátedra filosófica de la patología general.

No hacía sino dos años que se le había llamado a regentarla y eran tales su pericia, el brillo de su exposición, la concepción filosófica de la metafísica de nuestra medicina, la oratoria y la novedad del pensamiento, que los que iban apenas en los dos primeros años, hacían de su inteligencia un supremo esfuerzo, una especie de superación, para llegar al fin a este oasis de la carrera donde se tenía la sensación de estar ante un discípulo de Charcot o de algún otro mago de la medicina francesa, de esos que iluminaron la ciencia hacia mediados y fines del venturoso siglo XIX.

El desesperante anhelo era después correspondido por la realidad. De la hermosa cabeza, grávida de ideas nuevas y que se sacudía sobre los hombros como al ritmo de la tesis que ed ella brotaba, todos los discípulos de Julio Manrique conservamos la más fiel de las imágenes. La conservamos también de su voz aterciopelada, salpicada de dejos y de énfasis cuando quería dar a su pensamiento la expresión realista de su espíritu. Todos aquellos capítulos sobre la patogenia de la inflamación, del edema, la infección, los agentes físicos, la supuración, los tumores y mil más que constituyen el pórtico de la patología, tenían en él su más ameno comentador y su

más fino intérprete. Pero en los grandes capítulos de la interpretación de la vida y de la muerte, el maestro dejaba a un lado la medicina, para irse de brazo con la filosofía que en él era materialista, sin que por esto supiésemos sus discípulos dónde acababa Renán y dónde principiaba Voltaire. ¡Líneas y fronteras invisibles de espíritus selectos que no hieren con las ideas, sino que convencen y suavizan las contrarias!

Este capítulo, en el que surge en forma implacable el subconsciente —testigo y juez de brumosos recuerdos— no se cita en esta hora de angustia en que nos agobia el dolor ante el maestro desaparecido, tanto para elogio de esta vida y de aquella luminosa inteligencia, como por serle grato a quien habla ahora, abrumado por el insigne honor de llevar la palabra en nombre de los ilustres institutos, Academia Nacional de Medicina y Facultad de Medicina, rememorar cosas que sucedieron un ayer y que ya hoy se evocan como en la vieja leyenda de los campesinos de Bretaña, que todavía creen oír en las noches las campanas de las torrecillas de la ciudad de Is, desaparecida con la Atlántida y entre el hueco de las olas creen ver asomar en los días de tempestad, la punta de las flechas de sus iglesias y en los días de calma, creen oír, subiendo desde el abismo, el sonido de sus campanas.

En las proximidades de la vejez, dice Renán, es grato oír esos ruidos lejanos de una Atlántida desaparecida. Hé aquí por qué he evocado en esta ocasión las bellas palabras del insigne autor de "*souvenirs d'enfance et de jeunesse*", y con las cuales inicia su maravilloso canto a la libertad y a la belleza. Todos llevamos en el alma una Atlántida desaparecida, que es la juventud.

Pero la figura del profesor Manrique se hace todavía más imborrable para los que tuvimos la rara fortuna de ser sus discípulos se acrecienta aún más cuando recordamos cómo él inició en Santa Inés una era nueva de penetración del maestro hacia sus discípulos, una camaradería que no se buscaba con el fin de cosechar futuros gajes, sino que era el resultado de una bizarra mezcla de su ciencia y de su corazón que en maravillosa conjunción hacían la conquista del discípulo. Cuántas veces, asidos de su brazo, recorrimos largos trechos, dialogando sobre intrincados problemas del protoplasma animal, o de la patología del hombre. Cuántas veces en estas charlas íntimas, nos comunicaba su amor a la medicina, su fe en los destinos de nuestra ciencia que constituye en estos momentos, la piedra angular de la civilización moderna y del bienestar de los pueblos.

Con el correr de los años, aquella brillante inteligencia, aquel gran señor, aquel inolvidable maestro que en Santa Inés había contribuido a plasmar y orientar mi espíritu, se hacía mi compañero

en la enseñanza y en los sillones que honró con brillo y decoro excepcional en la Academia de Medicina y en la Sociedad de Cirugía.

Aquí también pude seguir disfrutando de su ciencia y su consejo. Aquí también pude admirar múltiples veces, el caudal de su ciencia y el brillo inextinguible de su inteligencia. Presidió los destinos de una y otra y los anales de la Academia como los de la Sociedad de Cirugía, guardan como tesoros las páginas inolvidables de sus contribuciones a la medicina nacional, sus intervenciones en los debates científicos o sus discursos de corte académico, profundos por el contenido, hermosos y deliciosos por la erudición. Oyéndolos tenía la sensación de que la elocuencia fué atributo de la familia Manrique y que los médicos que la enaltecieron, al par que su bella, estampa, gozaron el raro dón de palabra fácil y armoniosa.

Calcado sobre el tipo de los médicos franceses —había sido alumno de los más ilustres profesores de fines del siglo XIX—, el profesor Manrique fué un verdadero dominador de la medicina. Clínico consumado; cirujano empapado de los más íntimos secretos de la antisepsia, cultivó casi todas las ramas de la medicina y todas las dominó.

Su inteligencia y su inquietud científica desbordaban del vaso y el espíritu que las contenían. Sus fronteras no llegaron solamente hasta el conocimiento exacto del dolor y de la muerte. Fueron hasta la biología y la antropología. Sabía que la historia natural es la primera iniciación que debe recibir el médico y la poseía a perfección. La tierra hace las plantas, la tierra y las plantas hacen los animales; la tierra, las plantas y los animales, hacen el hombre, dijo con voz de siglos el inmortal Buffón.

Un día se sintió atraído hacia los problemas del alma. La neuro-psiquiatría tenía que ser el último secreto de la medicina que él trataba de escudriñar. La dominó también con la inteligencia y con la bondad que debe ser cualidad inherente de quienes viven ese mundo de miserias y tragedias humanas. Por años enteros le vimos como una luz entre las sombras humanas de un viejo manicomio. Fué también el primero que introdujo a nosotros el precioso recurso del choque insulínico como remedio de tantos estados mentales.

Múltiple y protéica la inteligencia del Profesor Manrique, le permitió también tomar en veces otros rumbos distintos de los de la medicina, que amó tanto y que predicó con celo de apóstol.

Horas enteras podría citar aquí sus vastas concepciones sobre temas médicos e higiénicos que también lo apasionaron. Pero el hombre científico no puede existir si no está doblado de la personalidad del hombre humano. La ciencia no es todo. No lo es por lo menos, para muchos hombres. Otras aspiraciones más altas sirven de alas a nuestra ilusión del más allá. En el profesor Julio Man-

rique se conjugó con su espíritu científico, un alma plena de bondad, fué un hombre "bueno". Esta virtud de la bondad era innata en él. Bueno, sin ser débil, pues la bondad puede muy bien conciliarse con la más grande fuerza de ánimo, con el más férreo cumplimiento del propio deber. Su bondad se transparentó todavía más en los años maduros de vida, porque ella suele ser también el resultado de una visión del mundo, visión en la cual los elementos optimistas sobrepasan a los pesimistas, pues la bondad no puede ser escéptica, sino que debe ser creyente. Hé aquí una cima de perfección moral, a la cual pocos llegan y en la que pocos perseveran. El profesor Julio Manrique fué por esto carne y sangre de la humanidad.

Un día sintió que la muerte rondaba a sus puertas. Sus amigos y discípulos fuímos muchas veces a gozar de su exquisita compañía.

No se alteró su tranquilidad de hombre que sabía que tarde o temprano el fulminante ataque paralizaría su vigoroso corazón. Con la misma bondad con que calmó los dolores humanos, esperó también el suyo. Y fué también la muerte bondadosa con él. Benigna, como la vida; lo tomó de improviso y se lo llevó al otro lado, en un instante supremo, sin hacerlo sufrir.

Eran las 7 de la noche del 6 de julio de 1942. Vino por última vez a decir su palabra en la corporación que tanto había amado. Estaba en la casa que él y su preclaro hermano habían contribuido a levantar. Silencio y confusión reinan en la sala. Los dos hermanos ilustres se abrazan ahí mismo en la eternidad. Después, sollozos en la sombra. Se ha ido el amigo, el maestro cuya bondad fué tan grande, como fué grande también su radiante inteligencia.

El doctor Pedro Eliseo Cruz, Profesor de Clínica Quirúrgica de la Facultad, pronunció el siguiente discurso:

Señoras y señores:

Por una innmerecida distinción de las directivas del Club Médico de Bogotá, me corresponde el alto honor de rendir a los mortales restos del Profesor Julio Manrique, el homenaje de mi atribulado corazón, que no sabe encontrar palabras que den expresión adecuada al infinito pesar que embarga a todos los que fuimos sus discípulos en las arduas disciplinas del espíritu; sus camaradas en las horas plácidas del descanso y del esparcimiento.

El choque producido por su desaparición inesperada y súbita, conturba el ánimo e inhibe la mente que, como en todos los gran-

des desquiciamientos, es incapaz de abarcar en el momento la magnitud de lo ocurrido y sólo puede vagar a la deriva en un mar de encontradas emociones, cual nave sin timón. Una helada sensación de desamparo, de vacío incolmable, entumece la sensibilidad y embota los sentidos, impidiendo una exacta percepción, y se entabla una lucha tenaz entre la realidad implacable y despiadada, y los anhelos que pugnan con ella vivamente, queriendo anonadarla.

¡Sabia Providencia, que así permites a la humanidad soportar los más tremendos golpes con el lenitivo de la ilusión y la esperanza!

Cuando sobreviene en el hombre el proceso natural que apellidamos muerte, por la ruptura del complejo de materia y energía que constituye los organismos vivos, el colapso definitivo del soporte material libera los atributos energéticos que forman el espíritu, aquilatándolos y emancipándolos de todo lo efímero y perecedero, de modo de conferirles una supervivencia a través del tiempo y la distancia, tanto más duradera y definida, cuanto más completo ha sido el desarrollo de los dones espirituales por el noble ejercicio de las facultades de la mente.

La vida entera del Profesor Manrique fué de una perenne dedicación al cultivo de las más elevadas facultades del alma. Indagando en los libros de ciencia y en el libro abierto de la naturaleza, plasmó la reciedumbre de su preparación intelectual; escrutando los datos patológicos del organismo de sus pacientes, a los que cuidaba con dulzura paternal, obtuvo el acopio de su dilatada experiencia médica: aplicando el escalpelo de su gran conocimiento en las insanias psíquicas supo, como pocos, procurar alivio a los enfermos mentales, que fueron siempre su más constante afán.

Mas no se contentó con adquirir para sí este perfeccionamiento, atesorándolo con egoísmo, sino que, cual labrador infatigable, sembró tesoneramente en el entendimiento de las generaciones médicas la fecunda simiente del saber. Todos recordamos con gratitud y con placer sus amenas enseñanzas, expuestas en forma fácil y asimilable por las juveniles y casi vírgenes inteligencias de sus alumnos del curso de Patología General.

En la Sociedad de Cirugía, de la cual fué uno de los fundadores; en el Hospital de San José, una de las realizaciones más caras a su corazón; en la Academia Nacional de Medicina, siempre alumbrada por sus luces; en el Asilo de Locas, que quiso con cariño verdadero y al cual logró imprimir nuevos rumbos, de acuerdo con las normas más exigentes de la moderna psiquiatría; en el Club Médico, por último, como en su propio hogar, modelo de virtudes, su figura patricia y austera, será perdurable.

Al terminar el cumplimiento de su misión sobre la tierra, su

espíritu, desde las esferas superiores, continuará iluminando los senderos abiertos por su mano; su voz amiga habrá de alentarnos en los desfallecimientos y su mirada, augusta y serena, será faro que oriente nuestros pasos en este peregrinar de la existencia.

El doctor Aristides Rodríguez Acevedo, dijo:

Señoras, señores:

No hace aún 24 horas el Profesor Julio Manrique vivía entre nosotros ocupando un puesto de avanzada dentro del cuerpo médico colombiano, y uno de preferencia y de respeto en el seno de la Sociedad de Cirugía de Bogotá. En nombre de esta Sociedad y del Hospital de San José, vengo, en forma modesta pero profundamente emocionada y sincera, a dar el último adiós a quien de manera tan cumplida reunió en su persona las cualidades más sobresalientes del médico y del caballero.

El Profesor Manrique —mi ilustre maestro— lo fué igualmente de varias generaciones que hoy trabajan, sostenidas por su ejemplo y estímulo, en todo lo que comprende la superficie del país. Porque fué ésta la condición máxima de su vida, de su vida laboriosa y fecunda, la del Maestro que enseña, la del Maestro que aconseja, la del Maestro que estimula. Y fué esta condición la que, en forma sencilla y casi inadvertida, ejerció siempre en el ambiente de la Sociedad de Cirugía. Allí el doctor Manrique era profundamente respetado y querido, y al influjo de su palabra sabia y extraordinariamente amena, todas las cabezas, así las más encanecidas como las juveniles, se inclinaban respetuosas y atentas al encanto seductor de su palabra. Y fué así como él doblegó esa cabeza que pensó tantas cosas, en medio de los suyos, en sesión plena de la Sociedad de Cirugía, en el corazón mismo del Hospital de San José.

Fué seguramente una llamada de lo eterno, de quienes fundaron esta benemérita institución, entre los que figuraba de manera preeminente su hermano, el doctor Juan Evangelista Manrique, figura cumbre entre los médicos de nuestro país.

En la forma más familiar, la más solícita y la más cariñosa, se arreglaban en la intimidad de la Sociedad de Cirugía, los últimos detalles para solemnizar los cuarenta años de su fundación, que han de cumplirse en breve, cuando súbitamente la muerte aleteó sobre su corazón y sobre su cerebro. Fué la llamada de los suyos. Respondió a su llamada. Cumplió como valiente. Cumplió como Maestro. Cumplió como señor. Murió sobre la mesa de trabajo, dulce-

mente, sin un rictus, sin una contracción, como deja el soldado la vida sobre el campo de batalla.

Sobre esa tumba que hoy se cierra, y al igual que sus familiares, nosotros, los miembros de la Sociedad de Cirugía, pongamos respetuosamente, como homenaje cariñoso, el crespón enlutado de nuestro silencio doloroso.

El doctor Marco Tulio Aguilera Camacho, pronunció estas palabras:

Ha muerto el maestro, el caballero, el hombre de ciencia, cuya personalidad irradia a través de varias generaciones.

Enlutado queda el hogar espiritual que él formó y abandona en la más triste orfandad a sus discípulos.

Vida austera dedicada a la ciencia y a la enseñanza, alentada y vivificada por el calor de un hogar, en donde la virtud y la distinción enmarcaban la regia personalidad del gran señor, que se llamó Julio Manrique.

Rindió el maestro su última jornada en el hogar científico de la Sociedad de Cirugía que él alentó con su palabra, dignificó con su ejemplo y dirigió con su sabiduría.

En medio del dolor que paralizó los espíritus de quienes contemplamos el agotar sencillo y majestuoso del sabio, se percibió la sensación de eternidad entre sus compañeros de la Sociedad de Cirugía, en donde su nombre será símbolo de orientación y de ciencia.

Al despedir al maestro con la más sincera y honda emoción de pesar, no encontramos sino el respeto del silencio para manifestar todo el dolor y toda la admiración de cuantos fuimos sus más adictos discípulos, sus más fieles amigos y respetuosos admiradores.

PROFESOR DOCTOR JOSE DARIO MORAL

El 4 de junio próximo pasado falleció prematuramente en Guayaquil el eminente médico y catedrático de bacteriología de la Facultad de Medicina de Guayaquil, en la hermana república del Ecuador, doctor José Darío Moral.

El Profesor Moral había hecho estudios de perfeccionamiento en cuestiones de laboratorio, primero en el Instituto Oswaldo Cruz del Brasil y luego en la Universidad de Columbia en los Estados Unidos. De regreso a su patria ingresó a la carrera del profesorado y se dedicó a trabajos de laboratorio. Gozaba de viva simpatía en el gremio de estudiantes, de renombre como bacteriólogo y de cariño como médico bondadoso y caritativo. Su muerte ha constituido día de duelo para la medicina ecuatoriana. Tuvimos la fortuna de conocer al Profesor Moral y estrechar con él una cordial amistad, en el Congreso del Pacífico en California en las sesiones de 1939. Allí presentó un memorable estudio demostrativo por observaciones personales y estudios de laboratorio, de la presencia de la Bartoneliasis (verruca peruana, enfermedad de Carrión) en la Provincia de Guayaquil. En otro lugar y como homenaje del órgano de la Facultad de Medicina de Bogotá al Profesor ecuatoriano desaparecido, insertamos un resumen de su importantísima comunicación, y en esta nota hacemos llegar nuestra condolencia a la Facultad de Quito y al cuerpo médico ecuatoriano.

Luis Patiño-Camargo

ACEPTADO UN NUEVO MIEMBRO EN LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MEXICO

Legación de Colombia. — México, julio 14 de 1942

Señor doctor don Luis Patiño Camargo.—Bogotá.

Muy respetado doctor y amigo:

Lo saludo muy cordialmente, ya en vísperas de realizar mi viaje de regreso definitivo a la querida patria, y tengo el gusto de enviarle, adjuntos a la presente, el original de una carta que recibí del doctor Tomás Perrín, miembro de la Academia de Medicina de México, y copia de la respuesta que di a la misma.

Es usted acreedor —permítamelo decirse— a todos los honores que la ciencia médica pueda ofrecerle dentro y fuera del país. Positiva satisfacción he experimentado al saber que en México se le conoce y se valora su obra científica.

Presento mis saludos a su señora (c. p. b.) y me repito como su más afectísimo amigo y devoto admirador,

(Firmado), *Jorge Zawadzky*,
Embajador de Colombia.

Doctor Tomás G. Perrín. de la Academia Nacional de Medicina.
Catedrático de Histopatología de la Universidad Nacional.

23 de mayo, 1942.

Excelentísimo señor doctor don Jorge Zawadzky, Embajador de Colombia.—C.

Excelentísimo señor:

Habiendo tenido la honra de firmar —como Ex-presidente de la Corporación— la propuesta de ingreso a nuestra Academia Nacional de Medicina del ilustre hombre de ciencia colombiano doctor don Luis Patiño Camargo, me es gratísimo expresar a V. S. la honda satisfacción con que veo esta primera vinculación oficial con la brillante ciencia médica de Colombia, enaltecida hoy por el insigne director del Instituto Federico Lleras, como hace cien años lo estuviera por la figura de prócer de José Félix Merizalde.

Me permito renovarle, señor Embajador, mi devoción a su Patria, y mi respetuosa adhesión a V. E.

(Fdo.), *Tomás G. Perrín*

México, junio 10 de 1942

Señor doctor don Tomás G. Perrín.—Ciudad.

Muy apreciado doctor y fino amigo:

En oportunidad tuve el honor de recibir la muy atenta carta de usted, de 23 de mayo próximo pasado, por la que se dignó comunicarme que ha firmado, —como ex-presidente de la Corporación—, “la propuesta de ingreso a la Academia Nacional de Medicina del ilustre hombre de ciencia colombiano doctor Luis Patiño Camargo”, noble iniciativa de usted que sé agradecer debidamente, en nombre de mi compatriota merecidamente agraciado, en primer término, de mi país y en el mío propio. Crea usted, estimado doctor Perrín, que en mi patria se apreciará debidamente su generoso intento que, como lo anota en su mencionada carta, realiza una valiosa y útil vinculación oficial de la ciencia médica de México “con la brillante ciencia médica de Colombia”.

Acojo esta nueva oportunidad para renovar a usted las seguridades de mi más distinguida y respetuosa consideración,

(Fdo.) *Jorge Zawadzky.*

Embajador de Colombia.

Academia Nacional de Medicina. — Rep. de Venezuela 4. — Apartado Postal 8075.

México, D. F. 22 de mayo de 1942

Señor doctor Luis Patiño Camargo, Director del Instituto “Federico Lleras” de Investigación Médica.—Bogotá, Colombia.

En relación con la propuesta que con fecha 22 de abril del presente año hicieron en favor de usted los señores doctores Manuel Martínez Báez, Magin Puig Solanes, Isaac Costero, Tomás G. Perrín y el suscrito, me es grato manifestarle que esta Academia, en su sesión celebrada el día 20 de los corrientes, acordó por unanimidad aceptar a usted en su seno con el carácter de socio correspondiente.

Al comunicarlo a usted, me es grato felicitarlo muy cordialmente por esa distinción, reiterándole las seguridades de mi consideración más atenta.

El Secretario Perpetuo,

(Fdo.) *Doctor Alfonso Pruneda*

“INFECCIONES POR BARTONELLA BACILLIFORMIS EN EL ECUADOR”

José D. Moral, del Departamento de Bacteriología y Parasitología de la Universidad de Guayaquil, Ecuador.

“Por ser el Ecuador limítrofe con el Perú y tener condiciones climatológicas idénticas en algunas zonas, los médicos ecuatorianos sospecharon desde hace mucho tiempo que la fiebre del Oroya podía existir en su país. La abundancia de monos y la presencia de Flebotomos y de muchos otros insectos chupadores de sangre en los bosques cercanos a las costas, justificaban mucho esta suposición. Las observaciones del doctor Jan F. Heinert de frecuentes casos de campesinos que llegan al hospital de Guayaquil sufriendo de erupciones y verrucosas que fueron precedidas por ligera fiebre, las del doctor H. B. Parker quien comunica al autor que ha asistido algunos casos clínicamente idénticos a los de fiebre del Oroya; el informe de los Médicos Sanitarios ecuatorianos que han observado una epidemia reciente de casos graves de fiebres con verrugas en las cercanías de la ciudad de *Loja*, el encuentro de BARTONELLA BACILLIFORMIS en la sangre de una persona venida de esa zona, con fiebre ligera, hecho por el autor y *de otros casos encontrados por el mismo en la ciudad de Guayaquil*, con fiebre ligera o alta, pero de corta duración y con anemia pero sin erupción, demuestran que en el Ecuador hay cuando menos dos formas clínicas de la enfermedad: una forma grave o mediana, con verrugas o sin ellas en los campos y en el Oriente de *Loja*, y otra forma leve, sin erupción, pero a veces con fiebre y anemia que ha sido encontrada por el autor en la ciudad de *Guayaquil*. Termina recomendando practicar cultivos e inoculaciones para demostrar definitivamente la presencia de la enfermedad en el Ecuador.

(Tomado de los “Anales de la Sociedad Médico-Quirúrgica de del Guayas-Guayaquil. Ecuador”. Octubre, noviembre y Diciembre de 1939. Año XXX. Volumen XIX. Nros. 10-11-12).

BRITISH MEDICAL INFORMATION SERVICE

3, Hanover Street.—London, W.1

Autores. Caplin, M. Revista. Lancet. Tomo 2. Páginas 95-96. Fecha 26/7/41.

ENVENENAMIENTO POR GASES DE AMONÍACO. CUARENTA Y SIETE CASOS EN UN REFUGIO AEREO LONDINENSE

(Resumen publicado en el Bulletin of War Medicine, 2, 149, Noviembre 1941).

A causa de un escape de gases de amoníaco desde un establecimiento frigorífico a un refugio aéreo resultaron setenta y cinco personas envenenadas. Se da cuenta de 47 de ellas, clasificadas 9 como casos leves, 27 moderados y 11 graves.

En los casos leves, los pacientes se quejaron de picor de ojos y garganta. Todos estuvieron roncacos, pero hubo poca tos, y no hubo shock. Las conjuntivas aparecieron inflamadas y los párpados inchados; los labios, boca y lengua enrojecidos y como en carne viva, las fauces inflamadas y edematosas, y el aliento olía a amoníaco. Todos estos pacientes respondieron rápidamente al tratamiento.

Los casos de gravedad moderada presentaron conjuntivitis más grave (con ulceración corneal en algunos casos), faringitis y traqueitis, así como indicios de inflamación de los bronquios y bronquiolos. La tos fué conspicua y produjo esputos tenaces y a veces sanguinolentos. No hubo vómitos y el color fué bueno y el pulso fuerte al ingresar. En algunos pacientes se presentó inquietud y un aumento de temperatura. De este grupo tres desarrollaron edema pulmonar dentro de las seis horas y fallecieron dentro de las 36; 9 desarrollaron bronconeumonía en el segundo y tercer días falleciendo 3 de ellos. Los 15 restantes fueron dados de alta al cabo de 8 días, curados excepto de la ronquera.

Los casos graves presentaron edema pulmonar y al ingresar eran presa de shock, inquietud y angustia. Hubo cianosis, disnea intensa y tos persistente con esputo espumoso, con pulso rápido de poco volumen pero sin distensión de las venas del cuello. De estos casos 7 empeoraron rápidamente y sucumbieron dentro de los 2 días. Los 4 supervivientes fueron dados de alta al cabo de 9 días.

La autopsia reveló intensas alteraciones inflamatorias en la laringe, tráquea y bronquios, con exudado purulento, bronconeumonía y edema pulmonar.

Tratamiento.

Todos los pacientes fueron acostados. La inquietud y el shock se trataron con calor y morfina, de 10-15 mg. cuando había cianosis y disnea. El oxígeno se dió mediante catéter nasal a los enfermos cianóticos, y se dieron 0.5 mg. de atropina cada 2 horas cuando existían estertores húmedos pronunciados en el pecho. Vinagre diluido —1 parte en 4 de agua— se utilizó como enjuague de la boca y para gargarismos, seguido de la aplicación de parafina líquida a la membrana mucosa escocida. Una pulverización de cocaína y adrenalina se utilizó cuando había mucho dolor y edema en la boca y garganta. Los ojos se irrigaron con loción boricada y se instilaron gotas de aceite de ricino.

Las máscaras protectoras civiles y de servicios civiles resultaron eficaces para los que vinieron en auxilio de los atacados y para aquellos de los ocupantes del refugio que se las pusieron inmediatamente.

Autores. Maizels, M. Revista. Lancet. Tomo 2. Páginas 722-726. Fecha 13/12/41.

COAGULACION Y FILTRADO DE PLASMA CITRATADO

Los "bancos" o almacenes de sangre deben tener reservas superiores a sus requerimientos medios y para evitar un gasto inútil debe conservarse el plasma citratado de la sangre sobrante. El filtrado vuelve al plasma transparente y libre de bacterias, pero los filtros de pulpa de papel y amianto bruto producen coagulación. Para evitar derroches, el plasma debe ser convertido en suero. La coagulación puede conseguirse bien mediante suero, o calcio, o ambos. El presente trabajo describe la coagulación del plasma mediante mezcla del suero y Ca, que produce una economía en suero sin elevar demasiado el nivel del Ca.

La coagulación de plasma mediante suero no se debe a trombina preformada sino a la acción del suero al añadir calcio al plasma a bajo concentración sin disminuir al propio tiempo el contenido en proteínas. Se requieren unos 0.3 milimols de Ca ionizado por litro para coagular plasma y suero mezclados en cualquier proporción (dentro de amplios límites). Para proporcionar un margen de seguridad se sugiere que se añada más bien más calcio ionizado, recomendándose las mezclas siguientes:

Calcio necesario para coagular mezclas de suero y plasma.

Plasma derivado de 420 cm.³ de sangre + 100 cm. de citrato de sodio al 3% + 20 cm. de glucosa al 15%.

Partes de suero.	Partes de plasma.	Calcio añadido mg. %	Calcio Final total mg. %
2	1	8	17
1	1	15	24
1	1.5	19	28
1	2	23	31
0	1	46	54

Se ha visto que el contenido de Ca y citrato de plasma de sangre citratada permanece bastante constante durante su almacenamiento, de manera que las figuras arbitrarias indicadas en el cuadro están justificadas.

Se prepara una solución de Cl_2Ca que contenga 10 g.% de Ca, y la cantidad apropiada se coloca en un frasco y se pasa al autoclave. Las cantidades correctas de plasma y suero se aspiran de las células y coágulos respectivamente y se pasan directamente al frasco. Los elementos celulares parecen ayudar a la contracción del coágulo. Al cabo de 16 horas a 25°C y 48 horas a 4°C , el líquido libre se separa del coágulo, se filtra groseramente, pasándose luego a través de filtros bacterianos.

Un método experimental de cuajar plasma citratado sin añadir suero ni calcio, se describe asimismo: 1 volumen de plasma en una bolsa de celofán estéril se coloca en dos volúmenes y medio de solución salina normal que contenga 15 mg. de Ca por ciento. La dialisis continúa durante 2 días a 4°C y durante 24 horas a 25°C .