

# REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Volumen XX

Bogotá, septiembre de 1951

Número 3

Director:

Profesor ALFREDO LUQUE B.: Decano de la Facultad.

Jefe de Redacción: Doctor Rafael Carrizosa Argáez.

*Comité de Redacción:*

Prof. Alfonso Esguerra Gómez. Prof. Manuel José Luque. Prof. Agr.  
Gustavo Guerrero I.

Administrador: José R. Durán Porto

Dirección: Calle 10 N° 13-99 — Bogotá — Apartado Nacional N° 400  
Talleres Editoriales de la Universidad Nacional

---

---

## CONTENIDO:

*Pág.*

I.—HISTORIA CLINICA DE UN CASO DE ENDOCRINOLOGIA, por el doctor Max. Olaya Restrepo ... ..	89
II.—AMBIENTE, SALUD Y RECIEN NACIDO, por el doctor Orlando Alarcón Montero ... ..	100
III.—VIDAS EJEMPLARES: MIQUEL SERVET, por J. Trueta	130
IV.—REVISTA DE TESIS: ... ..	143

---

---

Suplicamos a los profesores y médicos que actualmente estén recibiendo la Revista de la Facultad Nacional de Medicina y que hayan cambiado de domicilio, remitirnos a vuelta de correo el siguiente cupón.

Revista de la Facultad de Medicina  
Apartado 400 — Bogotá, Colombia, S. A.

Estando interesado en continuar recibiendo la REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, sabría agradecerles a ustedes seguir remitiéndola a la siguiente dirección:

Dr ... ..

Dirección ... ..

Ciudad ... .. Dpto. ... ..

# REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Volumen XX

Bogotá, septiembre de 1951

Número 3

Director:

Profesor ALFREDO LUQUE B. Decano de la Facultad.

Jefe de Redacción: Doctor Rafael Carrizosa Argácz.

*Comité de Redacción:*

Prof. Alfonso Esguerra Gómez. Prof. Manuel José Luque. Prof Agr.  
Gustavo Guerrero I.

Administrador: José R. Durán Porto

Dirección: Calle 10 N° 13-99 — Bogotá — Apartado Nacional N° 400  
Talleres Editoriales de la Universidad Nacional.

---

## HISTORIA CLINICA DE UN CASO DE ENDOCRINOLOGIA

Por el doctor Max. Olaya Restrepo

Se presenta en estas líneas el tercer caso descrito en Colombia, de Síndrome de LAWRENCE-BARDET-BIELD, variante de clasificación de la Distrofia adiposo-genital de Babinsky-Frolich.

Consiste en un sujeto, hombre o mujer, estadísticamente es más frecuente en los hombres, que presenta algunas de las modalidades características del Síndrome de Frolich, tan conocido y estudiado por todos los investigadores. Sobre esta base endocrina, se injertan tres distintivos somáticos que le dan cierta individualidad al Síndrome de Lawrence. Son ellos: LA POLIDACTILIA, LA RETINITIS PIGMENTARIA Y EL BOCIO.

Se presentan a continuación los dos casos anteriormente descritos entre nosotros, que aparecen publicados ambos en el BOLETIN CLINICO, Organo de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad de Antioquia.

El Profesor Alonso Restrepo (1), escribe textualmente en la Pág. 267 del Nº 6. Año 7º de esa publicación, correspondiente al año de 1941, lo siguiente, incluido dentro de un extenso trabajo sobre "EL METABOLISMO BASAL Y SU IMPORTANCIA CLINICA":

(3) SINDROME DE BIELD-Lawrence: "Fuera de no existir polidactilia, el siguiente caso resulta tan interesante como demostrativo: 14-12-36. Señorita de trece años, 155 cmts. de estatura, 66 klgrs. La envía el doctor Arango Tamayo; aspecto francamente mixedematoso; hipocrina acentuada, malformaciones digitales en los cuatro miembros. METABOLISMO BASAL, 23, *es decir con cifras negativas*. (El subrayado es nuestro).

Mejóro mucho con el tratamiento prescrito, sobre todo psíquicamente. (Informe de una de sus hermanas). Viajando por Europa en septiembre de 1938 la llevaron al Profesor Marañón a París, de quien tomo algunas notas de los documentos escritos por él, que tengo a la vista: D-531. Se trata a mi juicio, de una variedad atípica del Síndrome de Lawrence-Bield. No hay retinitis ni polidactilia, pero sí malformación de los dedos evidente y una neoformación ósea benigna de la cadera derecha.

Un antecedente familiar importante (Síndrome adiposo-genital en una hermana), confirma este diagnóstico. Salvo esto, no hay ninguna anomalía". (Hasta aquí, el Profesor Marañón).

A continuación el endocrinólogo español ordena régimen alimenticio, prescribe ejercicio moderado y una medicación poliglandular, con plan para seis meses. Las interesadas recorrieron varios países de Europa y de vuelta a París, el Profesor da esta nota:

"La observación desde septiembre de 1938, hasta marzo de 1939, ha ratificado mi diagnóstico de ADIPOSIDAD NEURO-VEGETATIVA (Central) con deformaciones óseas.

(Variante del Síndrome de Bield-Lawrence). Y recomienda el mismo tratamiento, insistiendo en un régimen declorurado riguroso". (Hasta aquí, de nuevo, el Profesor Marañón).

"El 25/IV/41, la enferma vuelve a mi laboratorio, por orden del doctor Julio Asuad: a pesar de su obesidad, me parece muy transformada y psíquicamente en excelentes condiciones. Adiposis generalizada y más notoria en la base del cuello y en las extremidades. Tiene ahora 18 años, 158 cmts.; 79 kilos de peso. I. O. 1,362, 76 pulsaciones. Presión arterial máxima; 128; Mn: 90; 32,2 C. de temperatura cutánea. Metabolismo basal, de menos CUATRO.

“El mismo día le practica un examen radiográfico el doctor Roberto Uribe Vélez: Las Radiografías laterales muestran una atrofia bastante acentuada de la Silla Turca, en la que no se logran precisar claramente los contornos posteriores, sobre todo las apófisis clinoides posteriores. En el cráneo llama la atención el aspecto esponjoso de los huesos en algunos puntos, especialmente en la región parietal y una serie de arborizaciones que parecen ser debidas a calcificaciones.—Fdo. R. Uribe V.”.

Esta es la transcripción literal del primero de los casos clínicos de Enfermedad de Lawrence, encontrados y publicados en Colombia. Como se ve, es un caso IMPERFECTO, sin la triada clásica, que fue diagnosticado en París por el ilustre Maestro Maraón.

Se destacan en él dos perfiles importantes: el bajísimo Metabolismo de Base y los antecedentes familiares. No se da nada nuevo en fisiopatología, ni en el tratamiento, aparte de la aportación del régimen declorurado estricto.

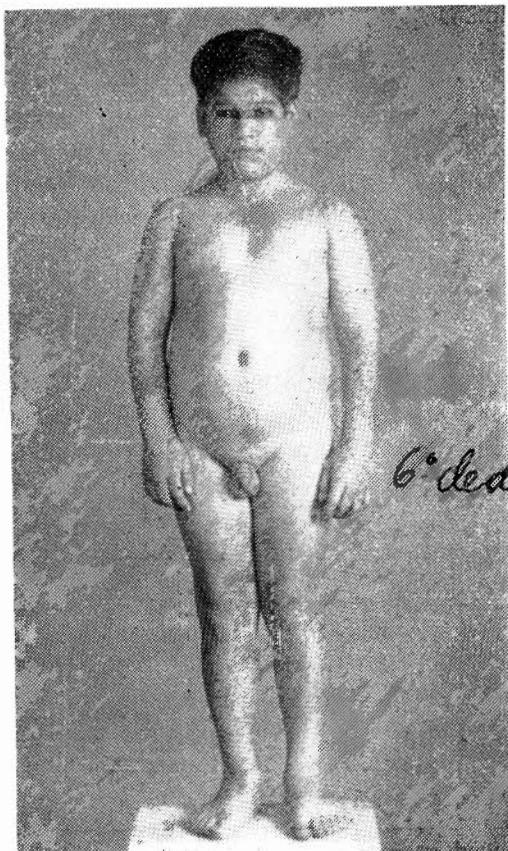
El segundo caso de Enfermedad de Lawrence aparece publicado en el mismo Boletín Clínico de Medellín, según la siguiente referencia bibliográfica: CONSIDERACIONES SOBRE EL SINDROME DE LAWRENCE-MOON BIELD. Jorge Restrepo Molina (2) (Alumno de quinto año de Medicina, cuando se publicó el trabajo. Posteriormente el doctor Restrepo Molina ha ido avanzando en la carrera del profesorado y es hoy Jefe de Clínica de esa Facultad. (Anotaciones del autor). Parece que este caso, es más completo que el anterior y presenta dos de las tres alteraciones características del Síndrome, según la descripción original de sus autores.

La Historia Clínica, publicada en el N° 11, octubre de 1947 del Volumen 9° Págs. 365 y siguientes, es muy completa, detallada y se hace imposible transcribirla en su totalidad.

Sin embargo, siguiendo a los autores Wolff, Elwyn y Wechsler (4), hace abundantes consideraciones sobre etiología, sobre fisiopatología del diencefalo y sobre funciones del hipotálamo, a cual más interesantes y que faltan en el primer trabajo.

Vale la pena considerar esta aportación estudiantil, como digna de méritos y de reconocimiento espontáneo de quienes estamos sobre la misma brecha. Se recomienda leer este trabajo.

El tercer caso, ya que el mismo doctor Restrepo Molina informa que el suyo es el segundo, se presentó en el Hospital de San Juan de Dios de Bucaramanga, Servicio de Clínica Médica Tercera de



Signos hipofisarios. Disfunción: Grasa de tipo feminoide. Ausencia de vello pubiano. Microgenitosomía. Ginecomastia. Ausencia de libido sexual (17½ años). Síndrome de Lawrence-Bordet-Bield, visto en Bucaramanga.

Hombres y fue entregado para su estudio por el Jefe del Servicio, doctor Jorge Villabona al autor de estas líneas.

Se trata de un hijo de un matrimonio campesino, del Municipio de California (Santander), de nombre R. A. M.

Al examen somático es un adiposo hiposexual, con microgenitosomía, con distribución feminoide de la grasa subcutánea, sin vello pubiano a pesar de la edad: 18 años. Informa de antecedentes familiares semejantes a un primo hermano, que murió.

Su estado mental es satisfactorio. Da respuestas normales a preguntas sobre orientación en el espacio y en el tiempo. Sobre sus fami-



Asimetría facial.

liares, ocupaciones, ambiente hogareño, enfermedades anteriores, responde satisfactoriamente.

Se transcriben los detalles de la Historia Clínica N° 42804, del Hospital de San Juan de Dios de Bucaramanga, Servicio de Clínica Médica Tercera.

R. A. M., edad: 17 años. Natural de California (Santander). Nombres de los padres: Néstor Mónoga y Nohemí Ramírez. Ingresó al Servicio el día 27 de noviembre de 1950. Diagnóstico provisional: AMAUROSIS. Diagnóstico Clínico definitivo: Síndrome Congenital de LAWRENCE-BARDET-BIELD.

Entre los antecedentes familiares que tengan alguna importancia, está el del alcoholismo crónico del padre. Visto en examen médico es

un hombre de talla muy pequeña, de características y manifestaciones correspondientes a una disendocrinea tiroidea. Piel fría, blanda, mala distribución pilosa, crecimiento benigno del Cuerpo Tiroides, déficit mental muy marcado.

El Hospital de San Juan de Dios de Bucaramanga carece de Aparato de Metabolismo Basal y esta prueba diagnóstica tan esencial para estos casos de endocrinopatías tuvo que ser hecha en un laboratorio particular. Por este detalle y por haber recibido el paciente dosis elevadas de comprimidos de Tiroides-Tiamina, el Metabolismo de Base se mostró en dos pruebas sistemáticamente alto.

Se transcriben otras pruebas de laboratorio practicadas al paciente durante su período hospitalario:

*Prueba de la glicosuria provocada:* fue negativa. La glicemia correspondiente se elevó a las siguientes cifras:

a la media hora: 144 miligramos.  
a la hora y media: 115 miligramos.  
a las dos horas: 109 miligramos.  
a las tres horas: 94 miligramos.

El examen rutinario de la orina, es *normal*.

Serología para Lues venérea: *negativa*, al Kahn.

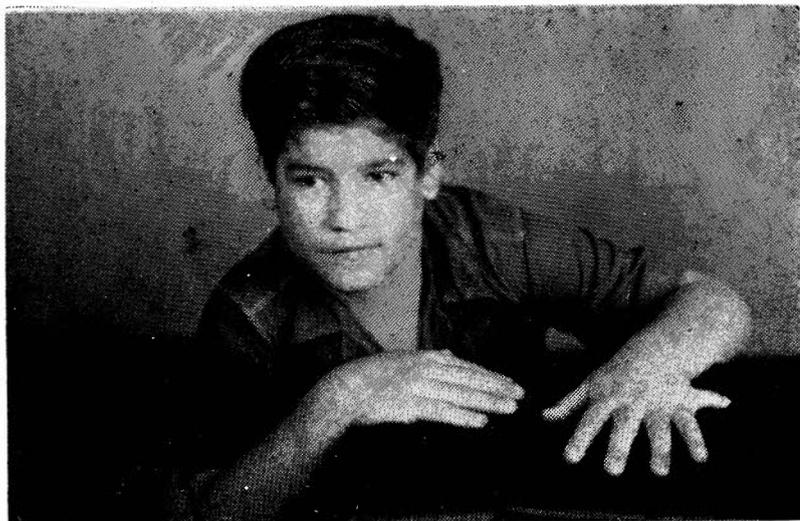
Examen corriente de materias fecales: Sin importancia.

*Calcemia y Colesterinemia:* 12,47 miligramos y 147 miligramos, respectivamente. Normales.

Las Radiografías tomadas de la silla turca, dejan ver el contorno normal de las apófisis clinoides, sin deformación o borramiento de ninguna naturaleza patológica. No hay lesión neoplásica o destructiva en ninguna parte de la superficie craneana vista.

Se transcribe el informe del Oftalmólogo que examinó los ojos del paciente: Agudeza visual: *un décimo*. Presenta en ambas retinas, pero particularmente en la izquierda, extensas zonas de pigmento retiniano y se aprecia la existencia de una brida que va de la cara posterior del iris al borde cristalino. Nistagmus horizontal permanente. Elementos anteriores del ojo: Normales.

El aspecto radiológico de la polidactilia deja ver en la mano izquierda un dedo supernumerario, sin metacarpiano propio, pero en los dedos de los pies, sí se observa bien que cada dedo supernumerario tiene su propio metacarpiano, que nace de la cuña correspondiente. Se prescindió de extirpar estos dedos quirúrgicamente, como se



Mano izquierda con 6 dedos.

hizo con el sexto de la mano izquierda, porque ésto era incómodo e inútil para el paciente.

Informe del metabolismo de base:

Día 16 de enero de 1951, hora 10 a. m. Pulso antes de la prueba: 84 pulsaciones. Subió hasta 96 durante el desarrollo de la prueba.

Temperatura cutánea: 36 y medio grados.

Presión arterial: 12 x 7.

Resultado: Consumo de seis litros de oxígeno, que equivale, dadas las características y coeficientes a un metabolismo de más de 34.

Dice Marañón en su Obra *Manual de Diagnóstico Etiológico*, Pág. 573: Obesidad y malformaciones congénitas. (Lawrence-Bardet-Bield). La obesidad hipofiso-genital (Frolich), se combina a veces con malformaciones congénitas. En este síndrome la hipófisis suele estar intacta, pero se encuentran alteraciones congénitas del hipotálamo. Clínicamente el síndrome es idéntico al de Frolich, pero además se agregan las malformaciones. De éstas, las más frecuentes son la polidactilia y la retinitis pigmentada, pero pueden existir también la espina bífida, deformidades del cráneo y las lesiones cardíacas. Un caso histórico interesante de enfermedad de Bardet Bield, es el de Ana Bolena, la repudiada esposa de Enrique VIII de Inglaterra, que tenía polidactilia, bocio y disfunción hipofisiaria.



Polidactilia en ambos pies.

El Profesor Marañón no cree que deba darse a este Síndrome una individualidad dentro de la endocrinología porque siempre se encuentran las malformaciones sobre la base del síndrome hipofisiario de Frolich y nunca aisladas. Pero otros autores (*Wolf, Best y Taylor*) (4, y (5) opinan que este síndrome tiene una individualidad porque es congénito y porque es una lesión hipotalámica irreversible, como son las lesiones retinianas. *Wolf*, aconseja en su tratado de Endocrinología un tratamiento pluri-glandular.

Uribe Uribe, de Colombia (6) emite los siguientes conceptos que se transcriben textualmente: "El Síndrome es una variante del adiposo-genital de Frolich, acaecida constitucionalmente y por el mecanismo de la *Fenotipia*, en un sujeto, en cuya familia haya antecedentes



Polidactilia.

o actuales enfermos del mismo síndrome. No es *hereditaria*". Uribe dice no haber encontrado mencionado el *bocio*, como haciendo parte integrante de la triada y anota que en estas tierras de Santander es muy frecuente el bocio para hacerlo valer como manifestación hipotalámica o capaz de entrar a formar parte del Síndrome. Pero en este caso nuestro, se cumplen las exigencias pedidas por el profesor de Clínica Interna de la Universidad Nacional, porque el padre de R. A. M., llamado Néstor, es francamente bocioso, hipotiroideo, casi mixedematoso. Y se recuerda nuevamente que el metabolismo del enfermo, dio cifras altas, por haber estado tomando previamente, por descuido, cantidades de extracto tiroideo.

Se considera conveniente emitir aquí, después de transcribir las

opiniones autorizadas de autores nacionales y extranjeros, algunas ideas acerca del mecanismo de estos síndromes en nuestro medio.

Tanto el padre como el hijo coinciden en afirmar que en la región de California (Santander), existen algunas personas afectas de polidactilia. Ellos mismos tuvieron en su familia, un primo hermano que murió y que era ciego, bocioso y con dedos supernumerarios. Esta región de Santander tiene como actividad humana principal, fuera de la agricultura en pequeña escala, la minería, en cuyo proceso de elaboración se emplean los metales pesados, tales como el sulfuro de plomo y el mercurio. Podría tratarse de los efectos tóxicos de esos metales que hayan llegado hasta alterar el plasma germinativo. O es una carencia alimenticia múltiple y prolongada lo suficientemente capaz de alterar la generación humana. Sobre esta hipo-alimentación, obran eficazmente el alcoholismo y las taras propias del acercamiento de sangres en las familias.

Finalmente quedan por analizar los efectos alterativos que se han reconocido a las enfermedades infecto-contagiosas eruptivas, producidas por virus filtrables, como la roseola, la viruela, el sarampión y la escarlatina, que cuando estallan en un organismo de mujer embarazada, son capaces de franquear el filtro placentario y pasar al embrión al cual afectan de monstruosidades fetales, mutilaciones, espinas bifidas, etc., etc.

No debe el médico pasar por alto ni despreciar las informaciones que reiteradamente da el padre del enfermo sobre la posible influencia que para la producción de estos síndromes, pueda tener la temperatura exterior, en sus bruscos descensos o cambios sobre un organismo infantil. Los pediatras aceptan en sus tratados la influencia del frío brusco como desencadenante de enfermedades infecto-contagiosas o de degenerativas y posiblemente hasta de lesiones neuro-cerebrales. El súbito cambio de la homeotermia, o mejor, isotermia, puede hacer fallar los mecanismos termoreguladores hipotalámicos, dando lugar a lesiones que entonces no serían congénitas, sino precozmente adquiridas por el recién nacido.

Queda por mencionar la interrelación, ya demostrada por los neuro-anatomistas y fisiólogos entre el Hipotálamo y la Hipófisis, en ambos sentidos, por los mecanismos de la Neuro-crinia y de la neuricrinia (10).

Se deja así presentado el tercer caso de *Síndrome de Lawrence-Moon-Bardet-Bield*, descrito en la República de Colombia y se finaliza el trabajo, informando que no se le instituyó ningún tratamiento endocrino prolongado, por carencia de recursos. Se le suministraron únicamente comprimidos de Tiroides-Tiamina y se le aplicaron aisla-

damente algunas dosis bajas de Hormón Orquítico. Se le extirpó quirúrgicamente el dedo supernumerario de la mano izquierda, y el enfermo salió del Hospital, habiendo perdido todo contacto con él.

Bucaramanga, julio 24 de 1951. Notalicio del Libertador Simón Bolívar.

#### BIBLIOGRAFIA NACIONAL Y EXTRANJERA

(1) **Restrepo Alonso**: "El Metabolismo Basal y su importancia Clínica". En Boletín Clínico, Organo de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales, de la Universidad de Antioquia. Año de 1941. Vol. VI. N° 6. Págs. 267 y siguientes.

(2) **Restrepo Molina Jorge**: "Consideraciones sobre el Síndrome de Lawrence Moon-Bield". En Boletín Clínico, 11 octubre de 1947. Vol. 9° Págs. 365 y siguientes.

(3) **Marañón Gregorio**: "Manual de Diagnóstico Etiológico". Tercera Edición Revisada. Edit. Espasa Calpe. Págs. 467, 563.

(4) **Wolf William**: "Endocrinología en la Práctica Moderna". Primera Traducción al español de la Segunda Edición Americana. Salvat. Págs. 94 y siguientes.

(5) **Herbert Best y N. Burke Taylor**: "Las Bases Fisiológicas de la Práctica Médica". Editorial Cultura S. A. La Habana (Cuba). Tercera Edición Española. Págs. 436 y siguientes.

(6) **Uribe Uribe Alfonso**: Referencia en carta personal al autor.

(7-8-9) **Wilson**: "Neurology", Selye: Endocrinology y Castillo "Endocrinología" en la Colección de Semiología de los autores argentinos. Citados por el Profesor Uribe.

(10) **Rodríguez Pérez A. P.**: Introducción al estudio de la Patología psicósomática del tubo digestivo.

(11) **Nota del autor**: En ninguna otra Revista o Libro de Medicina de Colombia encontré referencias bibliográficas para saber cuántos casos han sido descritos y publicados en el mundo. Se puede afirmar que éste es el tercero de Colombia.

# AMBIENTE, SALUD Y RECIEN NACIDO

## Observaciones regionales en el Departamento del Magdalena.

Por el doctor Orlando Alarcón Montero

### *Elemento humano:*

Este estudio debe comenzar en el siglo XVI en las Antillas, refugio de buscadores de oro y guerreros profesionales que allí esperaron el momento de hacer el aporte europeo a nuestra formación. Otro elemento racial nos llegó en los barcos negros. Y el factor básico estuvo representado por el elemento aborigen, que mostraba grupos situados en diversas etapas de evolución.

En el actual Departamento del Magdalena se destacaba la *cultura tairona*, instalada en las faldas de la Sierra Nevada de Santa Marta. Sus miembros llegaron lejos en el progreso humano. Su habitación era estable, pétreo y de cimiento fuerte. Las poblaciones grandes, de varias centenas de casas, quedan aún desparramadas en forma de ruinas por los valles de la Sierra. Esta solidez de las construcciones traduce una organización económica y social de perfiles definidos.

Las tribus del *litoral* hacían vida nómada y bohíos inestables. Mudaban de rada según los bancos de pesca y mostraban más libertad y menos diligencia que los montañeros. Los *chimilas* se defendieron con fiereza de la invasión conquistadora.

Otras culturas se habían desarrollado a la par. La de *La Paz* ha dejado muestras de tejidos confeccionados cuidadosamente, piedras talladas y objetos de cerámica y decoración. Las características de las piezas arqueológicas hacen relacionar esta cultura con la chibcha, más que con la tairona.

\* \* \*

La Encomienda y los atropellos fueron desalojando al indio, desarraigándolo. Los que no fueron reclutados ascendieron a la montaña, cumpliendo un ostracismo racial. Trasplantados, disminuidos, enfermos y pequeños, conocemos hoy los vestigios de estos primitivos bajo la común denominación de *arhuacos*. Viven en pobreza absoluta, mascan coca para atenuar la sensación de hambre y, sin embargo, constituyen una raza caminadora y resistente.

La mortalidad infantil es muy elevada entre ellos.

\* \* \*

Los *guajiros* fueron bautizados así por los españoles. Ellos mismos sólo se conocen por los nombres de sus castas: Yajaira, Epiayú, Arpuzana, etc. Nos interesan porque de este grupo salen aportes raciales al costañaje y muchos enfermos para nuestros hospitales.

Su tierra árida no inspiró la rapiña de los conquistadores, y la conservaron. Su antigua fuente de vida, la sal, la perdieron. Las perlas fueron buscadas por otros o para otros mientras tuvieron real valor comercial.

Sus costumbres son las propias. Los propietarios son pocos. El matrimonio es una compra que se hace a la familia de la novia y ésta vale según el rango y la casta a que pertenezca. La afrenta a una doncella se tasa en dinero. Se habla el idioma autóctono. Algunos grupos han recibido religión y enseñanza de los misioneros católicos, bajo la dirección de la Vicaría Apostólica de la Guajira, Sierra Nevada y Mutilones. Muchísimos conservan la propia religión, su dios bueno —Mareya— y su dios malo —Uanurú—, que constituye la obsesión del indio. Acarrea las enfermedades y desgracias.

La contra del Uanurú: el Piache. Este médico singular se encierra con el paciente en una habitación, se lleva una buena porción de tabaco a la boca, mastica sin cesar, funcionan las glándulas salivares y el cuerpo del paciente va recibiendo la dosis, una tras otra, directamente de la boca del sacerdote. Las paredes también reciben su parte, a manera de desinfección para que el diablo no se acerque a ellas.

El éxito consiste en la fuga del ser dañino. En el tratamiento alternan las convulsiones y los estados de catalepsia en que se sumerge el "médico". Las maracas y los cantos hacen parte de esta curación a domicilio que puede durar varios días. Usan a veces plantas, unas hemostáticas, otras tónicas, otras que extraen los malos espíritus del organismo del paciente.

Los tratamientos para humanos y animales son similares. Todos terminan en chicha, jolgorio y honorarios.

Estos indios guajiros son supersticiosos, ven y hablan a sus muertos y sueñan los hechos futuros. El sueño es también el que revela a un indio que está predestinado a ser Piache. Su familia busca un adivino para que decida sobre las cualidades del aspirante a este doctorado particular. En seguida se trae a un Piache de experiencia, que se encierra varios días con el novicio. Se pone un baile para celebrar el "grado" y el "piache profesor" entrega tabaco, (léase panacea), al graduado y le enseña los cánticos indispensables para curar a los enfermos. La ceremonia le hace entrega de una corona de lana, una maraca y procede a traspasarle los espíritus, unos buenos y otros malos, que le ayudarán a ejercer la profesión. Este profesional se inicia en los campos de la pediatría, porque es más fácil para ellos curar a los niños que a los adultos.

Religión y Medicina se confunden en un solo valor espiritual que merece el más profundo respeto.

\* \* \*

La enfermedad ocupó desde un principio un lugar preponderante entre los factores adversos a la formación de la nacionalidad. Las penalidades sufridas por el invasor, los climas parejos y severos y el trabajo excesivo de las razas india y negra, constituyeron un problema pálido a su lado.

Algunas entidades nosológicas ya existían aquí. La *fiebre amarilla* se asentaba en la órbita del Caribe, desde donde irradió en ondas epidémicas periódicas. En el Darién destruyó la expedición de Nicuesa en el siglo XVI. En el XVII se hizo presente al norte en Virginia y Filadelfia, y al sur en Recife y Bahía. En el XVIII una epidemia alcanza a Santa Marta.

La fiebre amarilla viajó a España hacia 1730 produciendo casos en Cádiz y Málaga. Después seguía río Magdalena arriba hacia el interior del país y a través del istmo de Panamá llegaba a los países del Pacífico.

También existían en América la forma propia de leishmaniasis, la sarna y el carate.

\* \* \*

Otras enfermedades eran desconocidas. La lepra, las fiebres eruptivas y el tabardillo, nos llegaron con las primeras expediciones.

El bacilo de *Hansen* había producido estragos desde los tiempos bíblicos y las leproserías eran conocidas en Barcelona, Sevilla y otras poblaciones europeas. No es raro que quien sospechara siquiera levemente estar afectado por esta enfermedad, corriera a enrolarse en la más próxima expedición, librándose así de un entierro en vida, cambiándolo por un continente que carecía aún de límites y de ley.

Cartagena y Santa Marta debieron recibir gran cantidad de enfermos. En la última vivió algún tiempo Jiménez de Quesada, caso célebre en la historia de la enfermedad. A principios del siglo XVII se establece una leprosería en Cartagena, teatro de la actuación del Santo Pedro Claver.

A pesar de que éste fue el punto de entrada de la enfermedad, se producen hoy menos casos en la Costa Atlántica que en el interior del país. Tal vez ello se deba a la frecuencia con que la gente practica el baño corporal —el clima obliga—, tal vez porque hay factores climáticos que favorecen el desarrollo y la propagación del bacilo en las regiones templadas del país.

El *tabardillo* vino de Europa. Con su nombre español designaba indistintamente a la fiebre tifoidea y al tifo exantemático, implantando una especie de unidad patológica que sólo se desdoblaría en forma definitiva para Bogotá, en el siglo presente.

El tifo apareció en el país a principios del siglo XVII, en Facativá, donde acamparon las tropas recién llegadas del Virrey Don Juan de Borja. El año fatídico fue el de 1630, en el cual se desarrolló en la Sabana de Bogotá la epidemia llamada de Santos Gil, escribano enriquecido por los legados de los moribundos. Como siempre, los indios resultaron diezmados.

Los brotes posteriores coincidieron con las guerras y se presentaban entre las tropas y también entre el personal civil desplazado por las contiendas.

Ya en el siglo XX, las afirmaciones categóricas del profesor Lombana Barreneche trataron de establecer que sólo se presentaba en esta región la fiebre tifoidea y que los diagnósticos de tifo exantemático se debían a formas hipertóxicas de la dotienenteria. Los profesionales de la época estuvieron bajo la influencia de este concepto, mientras el profesor Carlos Esguerra continuó sosteniendo que las dos entidades coexistían en Bogotá. La controversia científica se definió en favor del profesor Esguerra. La tesis de grado del profesor Patiño Camargo, titulada "El Tifo Exantemático en Bogotá", demostró la existencia de ambas enfermedades basándose en datos clínicos y anatómo-patológicos.

La *viruela* causó grandes estragos. Tomó por primera vez forma de grave epidemia en el año de 1566 y exterminó grandes grupos indígenas.

La práctica de la vacuna anti-variolosa data en el país de 1803 y se practicaba brazo a brazo, desconocida como era entonces la pulpa vacinal y su conservación. La última epidemia alarmante se inició en el departamento de Santander y se propagó por el interior del país durante una de las guerras civiles republicanas (1840).

Es concepto extendido que la *sífilis* provino de Europa. Sin embargo, hay teorías americanistas sobre su origen. La Enciclopedia Médico-Quirúrgica francesa dice que no hay ninguna prueba de que la sífilis existiera en Europa antes del descubrimiento de América, que concuerda con la gran epidemia de fines del siglo XV. La enfermedad llegó a España, de allí pasó a Italia con los ejércitos, en seguida al resto de Europa. Como en Italia había tropas francesas luchando contra Nápoles, se le llamó *mal gálico*; los franceses a su vez le llamaron *mal de Nápoles*.

De acuerdo con esta tesis, el médico peruano Julio C. Tello presentó en el IV Congreso Científico de Santiago de Chile (1908) un trabajo titulado "Antigüedad de la Sífilis en el Perú", en el cual sostiene que la sífilis existía en el Imperio Incaico antes de la llegada de los españoles.

Se basa en ciertas manifestaciones cutáneas de las llamadas andinas, aceptadas como sífilíticas por el autor, y en las deformaciones observadas en las representaciones artísticas obtenidas en las excavaciones. Además, se apoya en narraciones seculares de la raza indígena. Sobre éstas hay que tener en cuenta que han podido desvirtuarse a través del tiempo.

Las llamas sufren una enfermedad similar a la sarna que los indios llamaban "carache". La producción de elementos eruptivos, ulceraciones, caída del pelo, etc., llevó a algunos investigadores a pensar que se trataba de sífilis, que podía ser transmitida al hombre por contacto. Esta teoría niega así la exclusividad que el género humano mantiene sobre la entidad.

En cuanto a las deformaciones faciales observadas en las decoraciones, se deben indudablemente a leishmaniasis, rinoscleroma, al lupus tuberculoso o al uta, enfermedad peruana semejante al lupus en el aspecto y diferente ante la prueba de la tuberculina. Las deformaciones pueden ser también debidas a amputaciones quirúrgicas —ya sabemos hasta dónde llegaron los cirujanos incas— que resultaban impresionantes a los artistas.

Juan de Dios Carrasquilla sostuvo la hipótesis de que se trataba de representaciones de indios que habían sufrido algunas amputaciones como castigo corporal, cual sucedía entre los chibchas. Los historiadores peruanos niegan esta usanza entre los incas, desvirtuando así la suposición.

Lo cierto es que en América se desarrolló una gran epidemia de sífilis a la llegada de los españoles. Podemos suponer que a su llegada, estando infectados muchos de ellos, transmitieron la enfermedad a las nativas, tomadas como producto de sus conquistas. Así se inició un rápido proceso de "sifilización", lo mismo que ha sucedido en algunas tribus aisladas en el Tolima que han adquirido masivamente la enfermedad al entrar en contacto con los civilizados.

Los indígenas carecían de defensas específicas contra la espiroqueta y como los españoles transitaron por todas las veredas, la infección tuvo que ser extensa entre los naturales, y a ellos se asimiló la enfermedad.

Como atrás dijimos, la Enciclopedia Médico-Quirúrgica francesa sostiene que la sífilis no había sido descrita en Europa antes del retorno de los descubridores. Esta afirmación sugiere varias consideraciones. En aquella época la dermatología no se distinguía por los conocimientos de sus cultivadores, ni siquiera era una especialidad. Lesiones sifilíticas, leprosas, variolosas y otras, eran confundidas. Todavía en el siglo XVII, más adelantada la medicina, se administraban tratamientos mercuriales a los variolosos, en una completa confusión de diagnóstico y de terapéutica.

Cuando fue descubierto este continente, las enfermedades se denominaban "febriles", "pestilenciales", "eruptivas" y aún en forma más deficiente. Dentro de esta confusión de entidades, dentro de esta terminología vaga, no cabe la duda de que muchas enfermedades pasaran inadvertidas o innominadas o adscritas a entidades similares?

\* \* \*

La primera epidemia del país se desarrolla en Santa Marta, recién llegada la expedición fundadora. El mal fue catalogado como disentería, síndrome incluido dentro de las enfermedades pestilenciales. Más tarde la fiebre amarilla azota a la población, llega la viruela. Con las enfermedades alternan los corsarios.

Al ritmo de los sucesos más diversos se va formando el nuevo tipo de hombre y los diversos matices raciales. Llegada la Independencia, los criollos y mestizos se entusiasmaron por la causa, y consumada la gesta se polarizaron hacia la tendencia federalista. En 1863 se

dicta decreto declarando estado independiente a la Provincia de Santa Marta.

A fin de siglo hay ferrocarril y banano. El ferrocarril lo construyeron los ingleses representados en la Santa Marta Railway Company. Sirvió para sacar el banano de los campos. Cuando producían los nuevos cultivos se prolongaba el trazado que llegó hasta Fundación en longitud total de unos 100 kilómetros, sin contar con las ramas que emite a su paso por las principales fincas productoras. Ya la ciudad de nuevo recibió los barcos de todas las naciones y la bahía dejó de ser decoración pura y se convirtió en mercado internacional.

En 1914 se desarrolló una epidemia de neumonía, que para muchos fue de peste de localización pulmonar. Se puede dar crédito a este diagnóstico por el movimiento marítimo que había adquirido la ciudad y por los brotes simultáneos en varios puertos internacionales. Este hecho sería una muestra más de la influencia de la industria sobre la patología regional.

\* \* \*

Los obreros del puerto dependen todos del banano. La exportación actual se encamina más que todo hacia los Estados Unidos y Europa. El personal recibe atención médica y medicinas costeadas mediante un descuento que se hace al productor en cada unidad vendida y embarcada al exterior. Esto contribuye a mantener el nivel fisiológico de estos trabajadores, comúnmente denominados braceros.

El puerto es también sede del pequeño contrabando que permite una importación libre y reducida de licores extranjeros, armas y sedas. El contrabando mayor busca las radas vecinas para la entrada nocturna de las goletas.

El sábado es el día de la repartición del jornal y se constituye así en día de parranda, bailadero y bebidas alcohólicas. Todo esto en un ambiente bullicioso, casi espectáculo público que repercute necesariamente sobre la formación de las generaciones que se levantan junto a él.

En algunos núcleos de la población se está extendiendo el vicio de la marihuana y los pocos fumaderos clandestinos están situados, precisamente, en el sector de las diversiones. Las autoridades civiles no han calculado exactamente el alcance de este vicio, de su propagación y las consecuencias que puede tener sobre la población colombiana. Su acción se limita a aplicar las sanciones que se acarrearán los intoxicados cuando atentan contra la integridad del prójimo, el pudor o el orden público.

\* \* \*

Según la encuesta obrera levantada por la Contraloría General de la República en la ciudad de Barranquilla, el porcentaje de familias que utilizan cada uno de los alimentos esenciales es el siguiente:

Arroz 100%, plátanos 100%, pán y galletas 100%, carne de res, azúcar, café, panela, yuca, ñame, bollos de maíz, pastas alimenticias, entre 95 y 99%; pescado de río, 92,1%, pescado de mar, 48,8%.

Mientras la familia obrera de Bogotá desconoce prácticamente el consumo de pescado, tenemos que en la Costa Atlántica son precisamente las familias pobres las que más lo consumen. En Barranquilla se consume más pescado de río por su situación a la orilla misma del río Magdalena. En la región de Santa Marta y Zona Bananera la proporción se invierte por la mayor proximidad al mar.

El pescado suple a la carne de res —más cara— como fuente de proteínas animales (aproximadamente el 18% de su peso), tiene una elevada proporción de agua, poca grasa, vitamina B<sub>1</sub> (0,3 á 0,6 U. I. por gramo), sales minerales y vitaminas A y D.

En la región es clásica la estampa del trabajador que regresa al hogar con el racimo de banano al hombro, como una de las retribuciones a su labor. Además, los racimos pequeños o imperfectos son vendidos a bajo precio.

El banano contiene gran cantidad de agua e hidrato de carbono. Cada 100 gramos aportan 200 U. I. de vitamina C., y 300 U. I. de vitamina A, además de vitaminas B<sub>2</sub> y E, favorecedora de la reproducción.

\* \* \*

La investigación demográfica se ha hecho sobre 400 familias de Santa Marta y la Zona Bananera, pertenecientes a trabajadores de la industria del guineo y del Ferrocarril Nacional del Magdalena.

Las familias de 6 y 7 miembros son las más frecuentes.

Los jóvenes de 20 y menos años constituyen el 51% de la población. El promedio de hijos por familia es 5.24, superior al encontrado en Barranquilla. Por cada 100 hijos han muerto 19.

Los cuadros estadísticos muestran la base marital de 95.75% de las familias estudiadas. La unión libre rige la formación de la familia en un 73.50%, lo que coincide con el porcentaje hallado en la clientela hospitalaria (72,50%). La encuesta revela también que la duración de esas uniones es más o menos la misma que la de las uniones religiosas. (Contraloría General de la República).

\* \* \*

El análisis etnológico de la población costeña es laborioso. Sobre la base de formación tri-étnica se dan diversos matices.

Quedan dispersos algunos grupos indígenas. En las poblaciones costaneras pequeñas predominan los grupos raciales zambo y mulato. En las del interior es más frecuente el mestizaje y en las ciudades importantes toda discriminación es imposible.

En general, estos grupos raciales carecen de fanatismo religioso o político. Las oleadas de violencia que concéntricamente se extienden desde el corazón del país no llegan hasta allá. O llegan atenuadas, tanto que únicamente alcanzan a exaltar la facilidad de expresión y la reciedumbre con que se discuten las ideas.

La gente es extrovertida. La música, espontánea. Con frecuencia, narrativa y alegórica, asimila los personajes humanos a animales (El Caimán de Plato, El Gallo Tuerto, La Vaca Vieja). La música representativa está originalmente distanciada de la antillana. También es preciso diferenciar el "porro" y la "gaita" —más propios de Bolívar— y la "cumbiamba" —100% ritmo negro— de la música auténtica magdalenés.

El "paseo" es un ritmo cadencioso que se escribe en compás de 2/4. El "merengue" es más alegre y se escribe en 3/4. Todos se tocan con acordeón e instrumentos autóctonos y han adquirido dilatado prestigio como expresión folklórica.

\* \* \*

#### *Sinopsis Geográfica:*

Los acontecimientos y circunstancias que figuran en este estudio se localizan geográficamente al norte de Colombia, en un departamento de forma más o menos triangular, cuyos lados constituyen fronteras naturales. Al norte, el Caribe. Al oriente, la Cordillera Oriental que establece la separación con Venezuela. Al occidente, el río Magdalena.

El sistema autónomo de la Sierra Nevada de Santa Marta da las características físicas al departamento del Magdalena. Al norte, una faja estrecha entre la montaña y el mar guarda un rico futuro agrícola; al occidente, la región comprendida entre Santa Marta y Fundación es aprovechada industrialmente en la producción de banano y arroz; al sur de la Sierra Nevada se extienden amplias planicies ganaderas. Y en todas direcciones se dirigen los riachuelos recién formados al lado de los picos helados para enriquecer las tierras del departamento.

Esta división territorial alberga al 4% de la población colombiana, 360.000 personas que se han acomodado en ella para dar una densidad de población igual a 6 habitantes por kilómetro cuadrado y que han llevado al departamento a ocupar el primer puesto en la producción bananera, el segundo en la de coco, el tercero en algodón, el cuarto en la cría de ganado vacuno, el quinto en ganado caprino, el sexto en ajonjolí, miel y maíz, el séptimo en tabaco, el octavo lugar en la producción de cacao y el décimo en la de café.

La extensión superficial es de 56.710 kilómetros cuadrados y constituye el 5% del total del país.

La zona costanera se extiende desde la desembocadura del río Magdalena hasta Riohacha. Sumada a las playas guajiras, forma la mitad de los 1.700 kilómetros con que cuenta Colombia sobre el Océano Atlántico. Estas costas son aprovechadas para el comercio, el contrabando y la extracción de sal. Los indígenas llamaron "Saturma" a esta zona costanera, vocablo que significaba "vista de nieve".

Santa Marta está situada al fondo de su amplia bahía, casi a nivel del mar —4 metros de altura— y circundada por dos brazos montañosos. La población alcanza a 40.000 habitantes que soportan una temperatura superior a los 30° centígrados.

Sobre la capital convergen las pequeñas colonias agrícolas de la Sierra Nevada y los productos de la fructífera Zona Bananera. Está unida mediante carreteras con las provincias de Valledupar y Padilla, y más allá, con los departamentos vecinos y Venezuela.

En resumen, Santa Marta está colocada en una de las esquinas de un amplio cuadrilátero, centrado por la Sierra Nevada, que forma su zona de influencia económica. Sin embargo, ciudades vecinas e importantes —Barranquilla y Maracaibo— se constituyen en drenaje para los productos de esta tierra y restringen su desenvolvimiento industrial y comercial.

#### *La Salud Colectiva:*

Las campañas higiénicas están entorpecidas en el departamento del Magdalena por varias causas: la dilatada extensión de su superficie, la falta de preparación del público y la situación fiscal deficiente de los organismos oficiales.

Vamos a consignar los índices estadísticos que hemos dado al departamento, basándonos en datos parciales correctos correspondientes a quince municipios:

*Coficiente de natalidad:* 45,2 por mil.

*Coficiente crudo de mortalidad:* 6,6 por mil.

*Coficiente de mortalidad infantil:* 92,6 por mil.

Daremos la mayor importancia al estudio de la Mortalidad Infantil porque nos proponemos demostrar que son los factores higiénicos y sociales imperantes los que disminuyen la capacidad biológica del individuo, nacido en condiciones favorables.

\* \* \*

Cuadro comparativo entre las causas de mortalidad infantil que rigen en la región Santa Marta-Zona Bananera (medio predominantemente rural) y las que rigen en Barranquilla (medio urbano):

<i>Entidades Patológicas</i>	<i>Santa Marta Zona Bananera</i>	<i>Barranquilla</i>
Enteritis, diarrea, infección intestinal, disentería, dispepsia, colitis, atrepsia, parasitismo intestinal ..	24,37%	31,92%
Bronquitis, bronconeumonía, neumonía, tos ferina .. . . . . .	16,74%	12,82%
Paludismo, fiebre maligna .. . .	15,52%	2,48%
Meningitis .. . . . . .	7,39%	8,87%
Sarampión .. . . . . .	4,19%	3,55%
Tétanos .. . . . . .	2,46%	1,77%
Otras causas .. . . . . .	16,19%	19,80%
Causa ignorada .. . . . . .	7,14%	18,79%

El paludismo y las enfermedades broncopulmonares se convierten en importantes causas de mortalidad infantil en la Zona Bananera, región cálida, húmeda y lluviosa.

El municipio de Fundación es el que da un coeficiente de mortalidad infantil más elevado. El coeficiente del dilatado municipio de Ciénaga es de 132 por mil. En contraste, el índice que corresponde al municipio de Santa Marta es mínimo. En esta ciudad el hospital cuenta con una Maternidad donde los niños pasan su primera semana de vida y las madres reciben instrucciones sobre el tratamiento y la alimentación infantil. También tiene Consulta Externa y Sala Infantil. La Dirección Municipal de Higiene atiende la Consulta del Niño Sano y la campaña de vacunación. La población recibe buen servicio de acueducto y servicios médicos oficiales y particulares. En suma, una serie de factores higiénicos incluidos dentro del minimum de condiciones que la vida humana necesita.

\* \* \* .

Hemos confeccionado una escala de incidencia de las diez entidades más comunes en este departamento, basados en los casos tabulados

por la Sección de Epidemiología de la Dirección Departamental de Higiene y sobre un total de 20.000 casos denunciados por médicos oficiales y particulares. Es la siguiente:

1º	Paludismo (6.067 casos) . . . . .	30 %
2º	Diarreas y enteritis en niños menores de dos años (4.562 casos) . . . . .	23 %
3º	Anquilostomiasis (2.286 casos) . . . . .	11,5%
4º	Blenorragia (1.055) . . . . .	5 %
5º	Sífilis (977) . . . . .	4,7%
6º	Tos ferina (567) . . . . .	2,8%
7º	Tuberculosis (327) . . . . .	1,6%
8º	Fiebre tifoidea y paratifoidea (281) . . . .	1,4%
9º	Conjuntivitis neonatal aguda (149) . . . . .	0,7%
10.	Viruela (113 casos) . . . . .	0,5%

El hombre de la región está familiarizado con el *paludismo*. Aun cuando es su entidad generalizada, hay focos que no pueden pasarse por alto. En las poblaciones situadas a la orilla del río Magdalena la epidemia palúdica sigue al desbordamiento periódico del río, que produce pantanos en estas tierras bajas. En la Zona Bananera el cultivo del guineo (*musa paradisíaca*) exige terrenos inundados. El agua permanece estancada en ellos un tiempo suficiente para que se cumpla la evolución del vector. Cuando la industria bananera ha sufrido colapso —conflictos mundiales, sigatoka— se le ha tratado de reemplazar por el cultivo del arroz, que necesita también un terreno pantanoso.

El elevado número de casos presentes en el renglón de *diarreas* y *enteritis infantiles* se debe a la pésima calidad del agua consumida y a la falta de conocimientos de las gentes sobre la purificación casera de este líquido. Es alarmante su frecuencia en las riberas del río Magdalena, gran alcantarilla abierta que presta sus servicios a media nación.

El *parasitismo intestinal* está sumamente extendido. No siempre produce trastornos que induzcan al médico o al paciente a pensar en la helmintiasis y así escapan muchos casos a la observación. Nosotros hemos tomado un grupo heterogéneo de 500 personas pertenecientes al Sindicato de Braceros de los Muelles (50 exámenes), niños examinados en la Dirección Municipal de Higiene (100 exámenes), pacientes de las salas de Clínica Médica de hombres (150), Clínica Médica de mujeres (150) y Consulta Externa del Hospital de San Juan de Dios (50 exámenes). Los resultados obtenidos son los siguientes:

Índice parasitario = 83,6%.

El parásito más frecuente es el tricocéfalo (32,5%). Le siguen

el áscaris (29,5%) y el anquilostoma duodenalis (22,5%). La amiba histolítica fue encontrada un número de veces que consideramos inferior al real (5%). Lo que se debe seguramente a que en los exámenes de rutina no están incluidas las técnicas de concentración que dan margen de seguridad a su investigación.

Es frecuente la doble, triple y cuádruple parasitación. La combinación tricocéfalo-áscaris-anquilostoma es la más frecuente. La incidencia de anquilostomiasis es el doble en los hombres que en las mujeres, lo que se explica por el trabajo en el campo, la falta de calzado y el mayor número de contactos de los varones.

La oxiurososis y la teniasis poco se encuentran, mientras que la giardiasis infantil la hemos descubierto en 9 de cada 100 exámenes.

La *blenorragia* constituye un problema. Las neisérias-penicilino-resistentes son frecuentes. Por otra parte son poco observadas las tricomoniasis uretrales, que complican la etiología de las uretritis.

Entre las mujeres que ejercen la prostitución en el municipio de Santa Marta —alrededor de 150— hemos encontrado cada mes entre 30 y 40 casos de *blenorragia* aguda. La reinfección es continua y niega el éxito a la campaña que lleva a efecto el Dispensario Antivenéreo. Por el contrario, las *lesiones sífilíticas* abiertas —chancros, gomas ulceradas, placas mucosas— son poco encontradas en los exámenes rutinarios. La sífilis es, pues, desde el punto de vista higiénico, menos peligrosa que la *blenorragia*.

Al encargarnos del dispensario hicimos reacción serológica a 140 mujeres y encontramos 50 positivas (una a cuatro cruces) lo que arroja un porcentaje de 35,7%. En el personal no controlado debe ser mayor el índice de positividad. La clandestinidad es el verdadero obstáculo para el éxito de la campaña antivenérea, que debe ser lo más activa y eficiente que sea posible por tratarse de una ciudad habitada como puerto internacional.

El personal trabajador de los prostíbulos aqueja un verdadero problema social por la pobreza en que vive, las infecciones a que está expuesto, el riesgo de los procedimientos abortivos usados con frecuencia, el trabajo nocturno y las deudas que le encadenan a la patrona, problema agravado en ocasiones por la maternidad.

Constantemente se descubren nuevos casos de *tuberculosis*. Las estadísticas presentadas deben referirse a una extensa región aledaña, pues sólo Santa Marta cuenta con servicios de Dispensario Antituberculoso y Centro Epidemiológico. Los interesados acuden a ellos voluntariamente o por recomendación de un médico o en busca del certi-

ficado radioscópico que deben presentar ante las autoridades que expiden los carnets de salud.

Las causas de la frecuencia creciente con que se presenta la enfermedad son las mismas que operan en otras regiones: depauperación económica y fisiológica en el bajo pueblo, alimentación deficiente, avitaminosis, anemia, parasitismo intestinal, alcoholismo, incompleto control de leches, ignorancia de principios higiénicos elementales, falta de aislamiento de los casos "abiertos", desinfección insuficiente y capacidad reducida del Dispensario. El paludismo aparece como antecedente en muchos de los casos estudiados. En algunos gremios, en especial el de obreros de los muelles, juega un papel importante el continuo acceso de los bracosos a las bodegas frías de los barcos fruteros. En este personal son frecuentes los reumatismos a frígore, así como las bronquitis y gripes de repetición que van preparando el terreno.

En el Dispensario Antituberculoso se hicieron 2.102 radioscopias en el año de 1950 y se descubrieron 113 casos nuevos, de los cuales 101 fueron clasificados como tuberculosis avanzada. El número de casos diagnosticados es mayor a partir de la adolescencia.

Hay más mujeres enfermas en el grupo de 15 a 25 años. En el grupo 25-35 hay paridad entre los dos sexos.

A partir de los 35 años predominan los casos desarrollados sobre el sexo masculino.

La prueba de la *Tuberculina* se hizo por primera vez en la ciudad de Santa Marta en 1950. Fue organizada por el Centro Epidemiológico.

En todos se hizo una sola aplicación, correspondiente a una solución de P. P. D. equivalente a 12,5 unidades.

Los porcentajes de positividad son los siguientes:

<i>Edad</i>	<i>S. Masculino</i>	<i>S. Femenino</i>	<i>Promedio</i>
Un mes-5 años	—	—	25,74%
5-10 años	13,69%	19,57%	17,35%
10-15 años	16,23%	25,24%	21,65%
15-19 años	22,31%	31,36%	27,12%
Mayores de 19 a.	59,55%	54,26%	57,50%

Solamente en el grupo de adultos encontramos mayor la positividad del sexo masculino. Un fenómeno paralelo observamos en los diagnósticos de tuberculosis. Es que nuestra organización económica impone al hombre trabajo más rudo y por consiguiente un desgaste orgánico que lo hace más receptivo ante la infección. Además cambia con más frecuencia de clima, hábitos y ambiente y adquiere más posibilidad de contagio.

\* \* \*

Vamos a analizar brevemente la influencia de las enfermedades infecto-contagiosas sobre la mortalidad general, basándonos en la misma fuente para no desdoblarse la relación de causa a efecto.

1º Las diarreas y enteritis infantiles constituyen la causa más frecuente de mortalidad. Poco menos de la mitad de las defunciones ocurridas por enfermedades transmisibles se deben a esta entidad.

2º La tuberculosis y afecciones broncopulmonares ocupan el segundo lugar.

3º Paludismo.

4º Fiebre Tifoidea. Este dato concuerda con el que obtuvimos en la Sala de Clínica Médica del Hospital San Juan de Dios de Santa Marta.

#### *El Hospital:*

Está situado frente al mar. Se sostiene con un porcentaje de las rentas de loterías y alcoholes y una pequeña ayuda nacional.

Muchos enfermos son rechazados por falta de cupo o por la imposibilidad de sostenerlos, tal es el déficit permanente de sus finanzas.

En las salas médicas predominan las afecciones respiratorias y gastrointestinales. Se encuentran casos de cirrosis hepática en relación con carencia de factores de complejo B. El tercer renglón pertenece a las afecciones genito-urinarias. Las entidades del sistema cardio-vascular son menos frecuentes que en los hospitales de Bogotá.

En la sala infantil, la mitad de los hospitalizados y tratados en 1950 presentaba enfermedades de tipo respiratorio o digestivo. Los procesos dermatológicos son favorecidos por el calor.

La sala de Maternidad es la que registra mayor movimiento. El número de niños nacidos en los tres últimos meses es mayor que el de los tres primeros (festividades carnestoléndicas) en una proporción de 150 a 100.

Existe la tendencia a que el parto sea espontáneo. Cuando es preciso intervenir, se prefiere la operación cesárea.

Es ésta una conducta benéfica para la madre y el niño que evita desgarros perineales, maltrato del canal pelvigenital, deformaciones físicas de la cabeza fetal, y más importante aún, las consecuencias que el traumatismo origina.

El traumatismo obstétrico hace parte de la etiología de las cicatrices cerebrales del niño. Esas cicatrices se desarrollan casi siempre sobre la sustancia blanca, a nivel de las paredes de los ventrículos ce-

rebrales, y están constituidas por una reacción glial, una hiperplasia neuróglia difusa que reemplaza al tejido nervioso.

La cicatriz cerebral aumenta de tamaño progresivamente, produciendo inhibiciones funcionales o convirtiéndose en un centro epileptógeno. Los retardos mentales hacen también parte del síndrome descrito.

“Estamos en completa incertidumbre sobre el origen del síndrome. El traumatismo obstétrico juega un papel cierto. Pero no lo encontramos sino en seis casos de nuestra serie. En ninguno de nuestros operados se puede hacer con certeza el diagnóstico de encefalitis, ni el de meningitis”. (Klein y colaboradores. “La Semaine des Hopitaux. Marzo de 1951”).

No se hace cesárea en los casos de feto grande absoluto o relativo porque no es aplicada la pelvimetría radiográfica. Considerando la influencia que los diámetros pelvianos tienen sobre la eutocia, hemos promediado los encontrados en 100 enfermas, con los resultados siguientes:

Diámetro de Baudelocque . . . . .	17,5
Biespinoso . . . . .	23
Basiliaco . . . . .	26
Bitrocanterino . . . . .	28

En términos generales podemos decir que predomina la eutocia, pero se presentan casos raros con cierta frecuencia.

Presentamos algunos casos teratológicos:

N° 1. *Siameses*.—Historia N° 341. F. Z. Soltera de 30 años. Entra al hospital el 28 de noviembre/49. Profesión: oficios domésticos. Natural de Santa Marta. El parto comenzó el día anterior. Encajó la cabeza del primer feto. Parto atendido por comadrona. La presentación no progresó durante 20 horas, y en ese estado llegó al hospital. A la palpación se diagnostican dos fetos. No hay ruidos fetales, fetos muertos. Una cabeza encajada. *Conducta*: Se hizo sección de la cabeza que había progresado y Cesárea Segmentaria transperitoneal. Sale del hospital el 9 de diciembre de 1949.

N° 2. Enferma: N. M. Soltera de 26 años. Entra al hospital en agosto de 1950. Profesión: oficios domésticos. Fecha de la última regla: noviembre 26/49. Presentación: cefálica. Primer embarazo a término. El parto comenzó antes de ingresar al hospital, el 15 de agosto a las 7 a. m. Parto intervenido al día siguiente a las 21 horas. La enferma anestesiada con éter. Se hizo craneotomía a un feto muerto, *hidrocefálico*, con *labio leporino* y *miembros inferiores soldados* (Dos pies). Extracción manual de la placenta.



Siameses.

Nº 3. *Embarazo Extrauterino a término.*—Enferma: O. R. Soltera de 33 años. Natural de Valledupar. Residencia en Santa Marta. Entrada: febrero 9/51. Padres: Manuel Bolaño, Antonia Rodríguez. Última regla: 22 de octubre/49. Diagnóstico obstétrico: 2º embarazo. Feto muerto. Tensión arterial 11 x 7. En vista de que el parto no se producía, se le hicieron dos tratamientos de Watson (Aceite de ricino, pituitrina, calgluquina) sin resultados. Sale en febrero 12 de 1951 en el mismo estado.

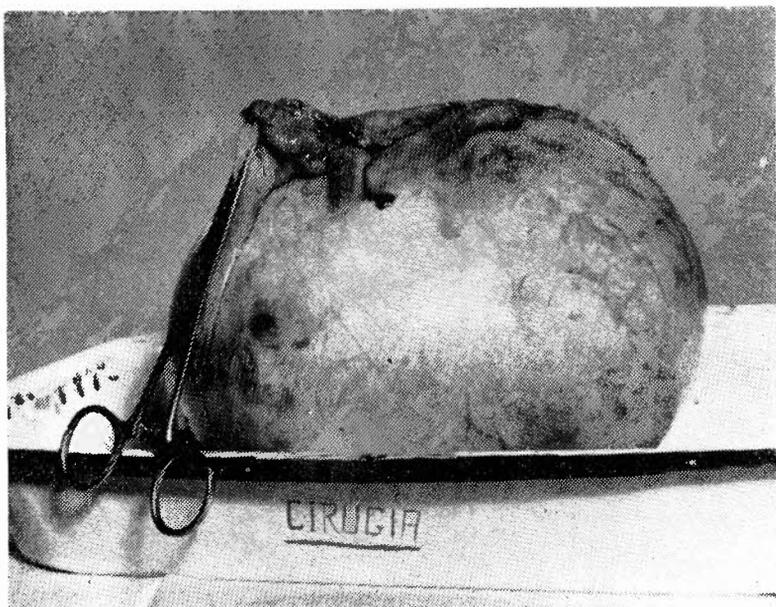
*Exámenes de laboratorio.* Radiografía Nº 1.185 (5-XII-50). Un feto en cefálica. Dorso a la izquierda. Vuelve al hospital. Marzo 2/51.

*Cirugía.* Embarazo ectópico a término izquierdo y quiste hemático derecho (3-IV-51).

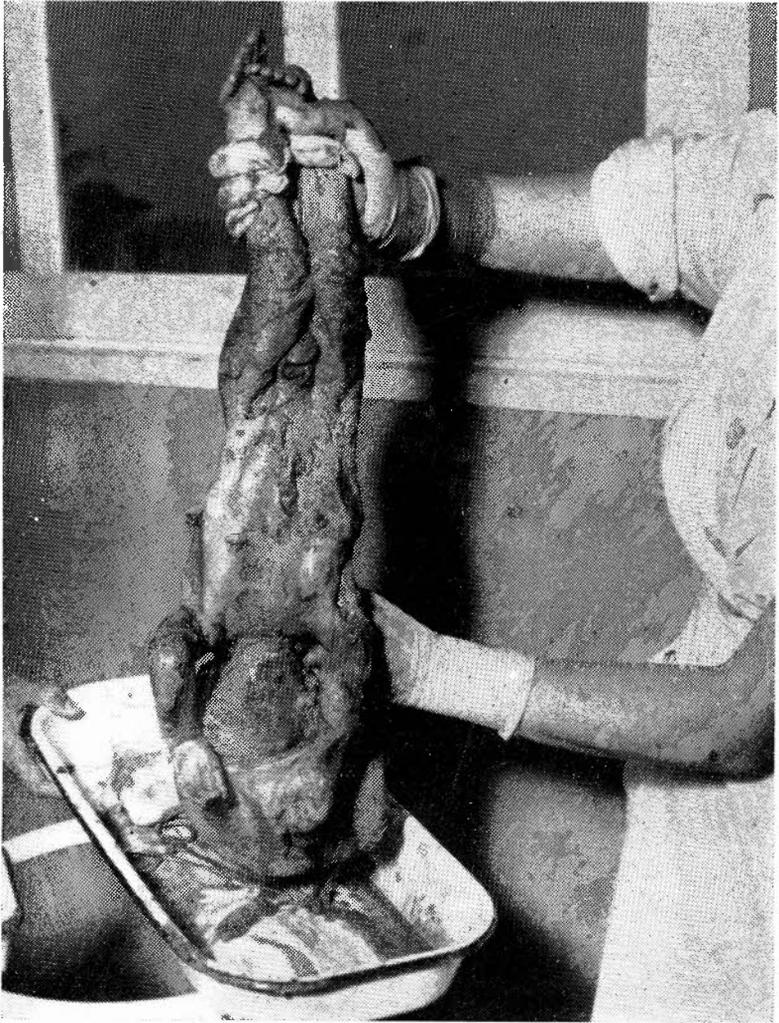
*Historia.* Tuvo la última regla el 22 octubre de mil novecientos cuarenta y nueve. Calculaba que el parto sería a fines de julio o a principios de agosto del 50. Tuvo movimientos fetales hasta fines de julio y en ese mismo tiempo tuvo manchas sanguinolentas. Desde ese tiempo no lo sintió más.

El primero de diciembre llegó al hospital por dolores lumbares y en el bajo-vientre y manchas con sangre que le duraron cuatro días. En enero, febrero y marzo se repitieron las manchas con sangre los días 10.

A la palpación hay una masa globulosa, dura, que daba la impresión de un fibroma por su consistencia. Al tacto se tocaba la misma masa, que parecía perteneciente a la matriz. Se trató de dilatar el cuello después del fracaso de la inducción médica del parto y al agrarrar el cuello con pinzas de garra para bajarlo, se notó que la masa no hacía cuerpo con la matriz. Se hizo entonces el diagnóstico de embarazo ectópico al tener en cuenta la radiografía. Se extrae un feto a término bañado en meconio dentro de la bolsa (trompa).



Embarazo extra-uterino a término.



Embarazo extra-uterino a término.

*Post-operatorio:* Normal. Sale del hospital el día 19 de abril de 1951.

Nº 4. *Anencefalia.*—Enferma: D. M. de H. Casada de 19 años. Natural y residente en Santa Marta. Entrada: mayo 20/51. Padres: Manuel Martínez, Graciela Núñez. Fecha de la última regla: julio 17/50. Diagnóstico obstétrico: Tercer embarazo. Gemelar. A término. Reacción de Mazzini-Kahn (—) (Mayo 23/51). No hay antecedentes venéreos.

*Parto*: uno en presentación de vértice. Otro, el segundo, en presentación de cara. Principio de trabajo: mayo 20 a las 23 horas. Ruptura de la bolsa: mayo 21 a las 3 más 10. *Parto*. Primer feto: 3 más 20. Segundo feto: 3 más 45. Alumbramiento: 4 horas.

*Puerperio*: Normal. 2º día: altura del útero: 21 cms. Pulso: 64. Salida del hospital: 25 de mayo.

*Niños*. Hombre. Mujer. Padre: G. H. Abuelos paternos: Teodoro Henríquez, Carmela Manjarrés. Nacieron vivos. Pesaron al nacer: El varón 2.874 grs. y la talla: 51 cms. La niña pesó 2.300 grs. y talla de 44 cms.

El segundo feto vino en presentación de cara. Se trata de un *monstruo anencéfalo*, que vivió 9 días en el Servicio. El ombligo cayó el día 27 de mayo a los 6 días de vida. Niño de aspecto raro, a quien falta la bóveda craneana por completo, ojos salientes. Mirándolo de arriba hacia abajo vemos una superficie viva, en el sitio donde falta la bóveda craneal, que se mueve al ritmo respiratorio. Visto lateralmente da la apariencia de que se hubiera hecho un corte desde la parte más alta del reborde orbitaria, hasta la protuberancia occipital externa.

Al hacer la autopsia se observó que faltaba la parte escamosa de todos los huesos de la bóveda craneana, no había parietales. La superficie viva de la cabeza estaba sufriendo un rápido proceso de epitelización; la piel que se formaba se cubría en seguida de cabello. Las meninges se movían de acuerdo con la respiración, pero no se encontró comunicación entre la pared superior de la faringe y el exterior. Se hizo un corte mediano anteroposterior, que pasó por la cara lateral del tabique de las fosas nasales y que lo llevamos hasta la altura de la quinta vértebra dorsal. Las fosas nasales estaban normales. El resumen de las anormalidades macroscópicas encontradas, es el siguiente: Medula, bulbo y protuberancias: normales. Cerebelo: Se ve un rudimento de 3 á 4 mms. Pedúnculos rudimentarios. Pares craneanos: Estaban todos, menos el Patético. Quiasma óptico no hay. Se ve un haz fibroso que va desde el borde anterior de la silla turca hasta penetrar el globo ocular, pasando por el agujero óptico. La silla turca vacía. Falta el techo de la caja orbitaria. Exoftalmia. Encontramos todos los músculos de la órbita, inclusive el oblicuo mayor, con su polea de flexión. Ojo normal. Tórax, pulmones, abdomen, extremidades normales.



*Anencefalia.* — Fotografía frontal.



*Anencefalia* — Vista superior

### *Soma y psiquis:*

El organismo humano tiene desde el nacimiento hacia una morfología propia. Su apreciación es tan importante que los cultivadores de la Ciencia Médica se preocuparon siempre por su estudio. Así se llegó a la clasificación del cuerpo en tres tipos físicos básicos.

Al *longilíneo* corresponde la pretuberculosis, el predominio de la altura sobre las demás proporciones. Hombres taquí-psíquicos, microespláncicos, que en lo físico pueden ser *atléticos* o *asténicos* y en lo psíquico poseen el temperamento hiperemotivo, el paranoico o el perverso, y con frecuencia, la constitución esquizoide.

El *brevilíneo* es el macroesplánico, activo, generalmente ciclotímico y propenso a la diabetes, la obesidad, aneurisma, aortico, hemorroides, hemorragias cerebrales.

Entre los dos anteriores se sitúa el tipo *displásico*, dominado por el funcionamiento de las glándulas de secreción interna.

\* \* \*

Los métodos de Pignet y de Viola, más actual el segundo, hacen la clasificación de la morfología del adulto. En los histogramas elaborados con el peso de los recién nacidos ya se hace una clasificación de los niños de complexión media, situando a la izquierda los niños delgados y muy delgados, y a la derecha los gordos y muy pesados. Más allá, a izquierda y derecha, está localizada la anormalidad. Cada una de las calidades anotadas están contenidas en canales de anchura igual al sigma del histograma (S).

Hasta ahora se aceptan cifras fijas como correspondientes al peso y la talla que el niño debe presentar a determinada edad. Cómo podemos distinguir el límite de la normalidad cuando sólo contamos con una cifra fija para todos los niños en observación?

Cada uno crece dentro de su morfología particular y cada tipo tiene su "avenida" o "canal de crecimiento". Dentro de él las variaciones son naturales de acuerdo con la rapidez del crecimiento. Fuera de él, el peso es patológico. Así, mediante el empleo del Grid de Wetzel, pueden sospecharse a tiempo la tuberculosis, los trastornos endocrinos, la hiponutrición y todas las afecciones que repercutan sobre el metabolismo y el peso.

### *El recién nacido normal:*

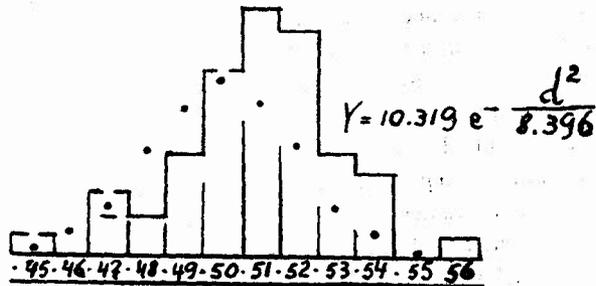
La estadística de hospitales y clínicas debe ser llevada cuidadosamente en la parte que toca al recién nacido, ya que este puede ser ob-

servado desde temprano en su constitución física y mental. Es de singular importancia para el médico de niños el estudio de estos datos que le permiten establecer qué canal de crecimiento va a seguir el infante y le facilitará el diagnóstico precoz de los trastornos del crecimiento.

*Talla* de los recién nacidos del Hospital San Juan de Dios de Santa Marta. Pertenece a la clase 50 (cmts.), que es la misma de los niños nacidos en la Clínica de Marly de Bogotá. Es superior a la talla de los niños nacidos del Hospital San Juan de Dios, Clínica de la Policía Nacional y Clínica Calvo de Bogotá. Este resultado tal vez se debe a que el obrero y el campesino de la Costa Atlántica recibió un mayor aporte negro que le ha dado una talla superior a los que desempeñan actividades similares en la Sabana de Bogotá. Aquí predomina un mestizaje de predominio chibcha, raza que tenía una estatura media de 1,55 metros, al decir del Profesor Luis Cuervo Márquez. Se conserva más este tipo porque la separación de clases es más acentuada.

*Peso* de los recién nacidos en el Hospital San Juan de Dios de Santa Marta. El peso promedio encontrado es superior al del Hospital San Juan de Dios de Bogotá. Esto lo habíamos establecido mediante el estudio de 97 casos presentados por el Prof. Rafael Perálta C. en el número 9 de la revista "Colombia Médica", lo que nos dió un promedio inferior al de Santa Marta. Pero en esta estadística están incluidos recién nacidos clasificados a término con criterio ponderal que predomina sobre el diagnóstico clínico de la edad del embarazo y, por tanto, los resultados eran distintos a los obtenidos en el Laboratorio de Fisiología de la Facultad.

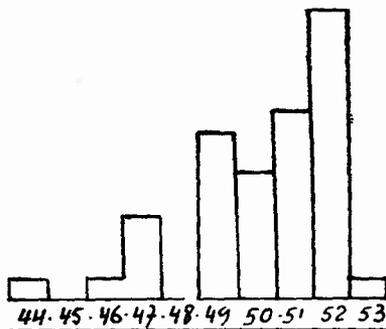
Histograma y curva de Gauss  
de la clasificación  
por frecuencias de la talla de 53  
recien nacidos en Santamarta.



$$S = \pm 2.05 \pm .132 \quad M.a.p. = 50.905 \pm .190$$

$$V = 4.025$$

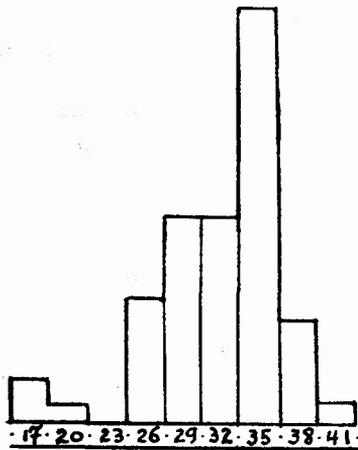
Histograma de la clasificación  
por frecuencias de la talla de 44  
recien nacidas en Santamarta.



$$S = \pm 1.965 \pm .14 \quad M.a.p. = 50.22 \pm .20$$

$$V = 3.9134$$

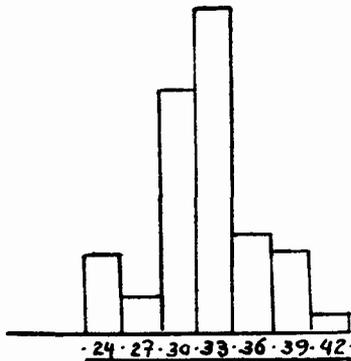
Histograma de la clasificación por frecuencias del peso de 55 recién nacidos en Santamarta.



$$S = \pm 1.645 \pm .317 \quad M.a.p. = 31.836 \pm .447 (EP)$$

$$V = 15.501$$

Histograma de la clasificación por frecuencias del peso de 44 recién nacidas en Santamarta



$$S = \pm 1.475 \pm .11 \quad M.a.p. = 32.181 \pm .15 (EP)$$

$$V = 13.752$$

La comparación entre el peso de los niños nacidos de las clientelas hospitalarias, es favorable a la de Santa Marta.

	<i>Santa Marta</i>	<i>Bogotá</i>
Hombres . . . . .	31.963	29.453
Mujeres . . . . .	32.181	28.218

Este resultado se debe en principio a que el clima frío exige al hombre mayor número de calorías que el clima caliente. La economía del organismo consume una gran cantidad de ellas en contrarrestar la temperatura ambiente. Podemos decir que la futura madre de tierra caliente, consumiendo igual número de calorías que la de clima frío, puede suministrar un aporte mayor a la formación del niño.

Pero hay más. El desarrollo corporal del artesano, del obrero y el campesino de la altiplanicie es mediocre, tanto, que ha preocupado a los higienistas. El doctor Miguel Jiménez López propuso la teoría de la degeneración étnica, pero hoy se acepta que ese fenómeno resulta de un acentuado déficit alimenticio.

La familia obrera tipo de Buenos Aires consume 3 1/2 veces más carne y 4 veces más leche que la correspondiente de Bogotá. En ésta el consumo de alimentos de origen animal llega a un 29% de su inversión diaria, mientras que en Alemania asciende al 40%.

Entre los vegetales, sólo el arroz —procedente de tierras calientes— contiene una proporción adecuada de sales minerales. La razón la trae el Prof. Barriga Villalba, quien da al suelo del departamento de Cundinamarca las siguientes características: 1º Pobreza de ácido fosfórico y Potasio. 2º Riqueza en nitrógeno. 3º Distribución desigual del calcio.

Por su parte, el Dr. J. F. Socarrás concluye que son las siguientes las características de la alimentación obrera de Bogotá:

- 1º Pobreza de prótidos animales y grasas.
- 2º Cantidad suficiente de calorías, procedentes de hidrocarbunados.
- 3º Deficiente consumo de legumbres y vitamina D, y probable déficit de vitaminas B y C.
- 4º Poco potasio y pésimo equilibrio de sales minerales.
- 5º Sal sin yodo.

Hoy la sal sufre un proceso de yodización y el chichismo está siendo desterrado. Las demás causas persisten e influyen necesariamente en el producto de la concepción, como queda demostrado en el siguiente cuadro comparativo:

COEFICIENTE DE CORRELACION DE KARL PEARSON  
ENTRE TALLA Y PESO DE RECIEN NACIDOS

MUJERES

1º	r	=	+	.77	±	.042	Santa Marta (N = 44)
2º	r	=	-	.71	±	.015	Bogotá, Calvo (N = 500)
3º	r	=	+	.63	±	.018	Bogotá, Marly (N = 520)
4º	r	=	+	.61	±	.019	Bogotá, Hospital (N = 500)
5º	r	=	+	.61	±	.027	Bogotá, Policía (N = 250)

HOMBRES

1º	r	=	+	.72	±	.014	Bogotá, Calvo (N = 500)
2º	r	=	-	.69	±	.015	Bogotá, Marly (N = 520)
3º	r	=	-	.66	±	.053	Santa Marta (N = 55)
4º	r	=	+	.59	±	.020	Bogotá, Hospital (N = 500)
5º	r	=	+	.59	±	.028	Bogotá, Policía (N = 250)

Promedio, Bogotá, N = 1770 : r = + .64 ± .020 (mujeres)

Santa Marta, N = 44 : r = - .77 ± .042 "

Promedio, Bogotá, N = 1770 : r = + .65 ± .019 (hombres)

Santa Marta, N = 55 : r = + .66 ± .053 "

Diferencia entre Santa Marta y Bogotá, mujeres:

$$\text{Dif.} = .13 \pm .03$$

Esta diferencia es significativa porque es más de cuatro veces mayor que su error probable.

$$\text{Dif.} = .01 - .05 \text{ hombres}$$

En cambio, esta diferencia entre los recién nacidos (hombres) no tiene significación alguna.

Este cuadro comparativo de la Correlación de Karl Pearson nos demuestra varios hechos:

1º Es alto el "r" obtenido de la correlación de proporciones de niños nacidos en Santa Marta.

2º Las niñas son francamente más proporcionadas que los varones. Esta observación abarca los resultados de los estudios llevados a cabo en diferentes medios.

3º En Bogotá, el coeficiente es superior en las clínicas particulares a donde concurren personas pertenecientes a una clase económica favorecida. Los "r" de la Clínica de la Policía Nacional y el Hospital San Juan de Dios de Bogotá son los más bajos.

4º La comparación de los índices nacionales con el "r" promedio establecido por Pearl para los Estados Unidos (+.651. Ep +12) no nos es desfavorable. Este coeficiente se refiere a niños varones estadounidenses de todas las clases económicas, recibidos en diferentes hospitales regionales y en todos los climas y estaciones. Siendo el nivel de vida más elevado en los EE. UU. se supone que la condición trabajadora de la mujer norteamericana y el invierno propio de las zonas templadas influyen desfavorablemente en la constitución del niño.

El error probable de los resultados de Pearl es el más bajo porque el número de niños observados es mayor que el tomado en los trabajos nacionales. El E. P. de nuestros resultados es mayor como una consecuencia del azar, nuestra inexperiencia y el número pequeño de casos sometidos a estudio.

Podemos establecer que el niño nacido en el Hospital San Juan de Dios de Santa Marta presenta talla, peso y correlación de proporciones aceptables.

Muy pequeño comienza a ser afectado por un ambiente hostil. Si es cierto que el clima cálido exige menos calorías y menos vestido, es también real que la alimentación infantil es deficiente, basada en alimentos hidrocarbonados: agua de panela, harina de banano (almidón = 54,4%). La leche y las frutas son de difícil obtención.

Las condiciones sociales e higiénicas le son también desfavorables: salarios reducidos, multiparidad, habitación antihigiénica, endemias, ausencia de servicios médicos en muchas localidades.

La eliminación de los factores adversos, la *educación materna* y la *protección infantil*, son los únicos caminos que debemos transitar hacia la obtención de una unidad biológica satisfactoria en estampa, salud y capacidad de trabajo.

## BIBLIOGRAFIA:

**Reichell-Dolmatoff:** "Informe del Instituto Etnológico del Magdalena". (Inédito).

**Ezequiel Linero P.:** "Prehistoria de la Provincia de Santa Marta".

**Germán Arciniegas:** "Jiménez de Quesada".

**Padre José Agustín:** "Así es la Guajira".

**E. Caballero Calderón:** "La Inmigración Necesaria".

**Julio C. Tello:** "Antigüedad de la Sífilis en el Perú".  
"Encyclopedie Medico-Chirurgicale".

**L. Patiño Camargo:** "El Tifo negro o exantemático en Bogotá".  
(Tesis de grado).

**Luis Cuervo Márquez:** "Geografía Médica Colombiana".

**L. López de Mesa:** "De cómo se formó la Nación Colombiana".

**Contraloría General de la República:** "Encuesta obrera de Santa Marta y Zona Bananera". "Costo de la vida obrera en Barranquilla".

**J. F. Socarràs:** "Alimentación de la clase obrera en Bogotá".

**Archivos:** Dirección Departamental de Higiene del Magdalena. Dispensario Antituberculoso. Centro Epidemiológico de Santa Marta. Hospital de San Juan de Dios de Santa Marta. Servicios Asistenciales de los Muelles de Santa Marta. Laboratorio de Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.

**Deulafeu-Marenzi:** "Curso de Química Biológica".

**Edmundo Rico:** "Clínica Psiquiátrica". Notas personales.

**G. Uribe Cualla:** "Tratado de Medicina Legal".

**Rafael Peralta:** "Revista Colombia Médica".  
"Abbotterapia". N° 114.

**A. Esguerra Gómez:** "El Biotipo Universitario Colombiano". (Revista de la Academia Colombiana de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales. Volumen VIII. Noviembre de 1950, N° 29).

## MIQUEL SERVET (a)

Por J. Trueta — Versión del Profesor F. de S. Agulló

Miquel Servet nació en el año de 1511 en la zona medianera entre Catalunya y Aragón, países ambos, habitados originariamente por provenzales o, más tarde, recolonizados por catalanes. El pueblo de Vilanova de Xixena o Sixena en donde nació fue fundado por Ramón Berenguer IV y su mujer Peronella, y más tarde cedido por su hijo el rey Alfonso I a los Caballeros de San Juan de Jerusalén, los cuales establecieron allí un convento modelo (1). Durante mucho tiempo Sixena se rigió por los estatutos de la Orden de San Juan; más tarde fue agregada, para todas las cuestiones religiosas, a la jurisdicción episcopal de Lleida. El padre de Miquel Servet era notario; había nacido en un pueblo, cerca del distrito de Tarragona y se casó con una dama aragonesa, María Conesa Caporta. Miquel heredó de su padre el apodo o sobrenombre de *Revés*, que más tarde adoptó como apellido para mejor ocultarse de sus perseguidores. En algunos documentos, la familia Servet es citada como de "cristianos antiguos", indicación muy importante en aquellos días en que ser judío converso era peligroso. Este hecho es digno de ser registrado, porque muestra cómo en la zona catalano-aragonesa la profesión médica no era considerada, como en los otros pueblos peninsulares, cual una ocupación inferior, y, por tanto, exclusiva de los judíos. En realidad, los grandes médicos de origen catalán eran todos "cristianos antiguos", como lo fueron, por ejemplo además de Servet, Anau de Vilanova, Gaspar Torrella, Gaspar Casal, Antoni de Gimbernat y Mateu Orfila.

El joven Servet fue educado por los monjes de Sixena y más tarde fue a Barcelona. No se sabe de cierto si estudió en la Universidad

de Lleida o en la de Zaragoza. Desde la primera juventud cambió muy a menudo de residencia; nunca permanecía largo tiempo en el mismo lugar, lo cual no era debido a desasosiego psicológico — la *evasión* de los psiquiatras—, sino a causas justificadas. Cuando Servet encontraba un lugar en donde poder vivir en paz y seguridad, permanecía en él mientras se sentía seguro. En la casa del obispo Palmier, de Vienne del Delfinado, vivió durante doce años.

Desde los primeros tiempos de su estadía en Barcelona, la franqueza de Servet y su apasionado amor a la libertad parece que le ocasionaron dificultades. Como que Barcelona, a principios del siglo XVI, había dejado de ser un lugar seguro para personas como él, sus padres lo enviaron a la Universidad de Toulouse, en donde comenzó los estudios de Derecho. En esta ciudad tuvo la oportunidad de leer la *Theologia Naturalis*, de Sibiüde, que le impresionó profundamente por su armonía entre la verdadera piedad y la gran inteligencia (2). La lectura de este libro dejó una huella profunda en su espíritu joven y altamente receptivo. De Toulouse retornó a Barcelona, en donde conoció al padre franciscano Joan de Quintana, de Mallorca, quien fue después confesor del emperador Carlos V. Quintana simpatizó con la honesta inocencia de Servet y le aconsejó que saliera de Barcelona, en donde sus arraigadas convicciones podrían poner en peligro su vida. De acuerdo con esto, el padre franciscano lo hizo su secretario particular, llegando a ser, así, Servet, un seguidor de la corte imperial. En ella, la influencia personal del emperador creó un ambiente más cordial, y Servet se sintió más seguro. En el año 1529 asistió a la coronación de Carlos V en Bologna; su austero y sencillo concepto del cristianismo se soliviantó profundamente al ver que el papa era llevado sobre las espaldas de hombres, como dice en su obra *De Trinitatis Erroribus libri septem*. Durante su estadía en Italia, parece que Quintana introdujo a Servet entre los franciscanos de Padua y Mantua, con los cuales estuvo en relaciones amistosas hasta el fin de sus días. También trabó conocimiento con médicos; Curione de Padua fue probablemente uno de ellos. De Italia, Servet siguió con la corte imperial a Alemania, y en Augsburgo asistió a la asamblea de la Dieta, donde tuvo la oportunidad de encontrar a Melanchton y Butzer. De Augsburgo pasó a Basilea, en donde encontró a Oecolampadius.

En aquella época, las ideas teológicas de Servet cristalizaron definitivamente, y en cada nuevo conocimiento que hacía entre los hombres de la Reforma defendía sus puntos de vista con mayor energía, especialmente en lo referente a la naturaleza de la Trinidad y la existencia humana del Hijo de Dios, existencia únicamente posible, según

Servet, si la Trinidad no era aceptada. Todos los reformadores se horrorizaban ante estas herejías, particularmente Oecolampadius, quien se indignó de tal manera después de haberlo escuchado, que lo tildó de judío y mahometano y poseído del demonio, y lo echó de su casa. En una carta dirigida a Oecolampadius poco después, Servet dice: "Es un abuso condenar a muerte a aquellos que se equivocan en sus interpretaciones de la Biblia. Semejante castigo solamente ha de recaer sobre los asesinos" (3). Para dar salida a sus ideas escribió *De Trinitatis Erroribus* y envió el manuscrito al impresor Conrad Buss, de Basilea. No obstante, los sacerdotes reformadores suizos se enteraron y consiguieron la prohibición del libro. Servet, entonces, lo envió a Hagenau, Alsacia, en donde Jean Setzer lo imprimió. Desde su aparición, el libro fue perseguido y después condenado por la Dieta de Ratisbona. Solamente se salvaron algunos ejemplares (4). Servet se vió obligado a escapar de Francia, en donde, con el fin de ocultarse de sus perseguidores, adoptó el nombre de Michel de Villeneuve. Fiel a su sobrenombre de familia, *Revés*, al salir de Alemania dejó en manos de su amigo Setzer un otro libro, que se publicó en el año 1532 con el título *Dialogorum de Trinitatis libri duo*. Historiadores de aquel período afirman que, en cierto modo, la publicación de la obra *De Trinitatis Erroribus* formó época. "En cierto modo... era también un libro notable, habida cuenta de que su autor era un joven que no había cumplido los veinte años" (5). La obra está colmada de citas doctas sacadas de los más vastos y variados campos. "El autor cita más de treinta autores griegos, latinos, hebreos y árabes. Está familiarizado con todos ellos" (6). Investigadores modernos, como Morse Wilbur, consideran que la intención de Servet no era negar la doctrina de la Trinidad, sino llamar la atención acerca de los errores de la interpretación de esta doctrina, tal como entonces era enseñada por una mayoría de teólogos. El mismo año de 1532, en que se publicó el libro de Servet, Calvino hizo aparecer el suyo *L. Annaei Senecae, Romani Senatoris de Clementia*.

El amigo y protector de Servet, Joan de Quintana, se querelló con él y Servet se encontró aislado de la corte y sin protección. Fue a establecerse en Lyon, notable centro de actividades intelectuales en aquella época, en particular de imprenta, donde encontró una colocación de corrector de pruebas en el taller de Trenchel, y allí conoció a La Boéthie, L'Hôpital, Champier y otros grandes humanistas franceses. El primer libro que Servet publicó en Lyon fue una versión corregida y aumentada de la traducción latina de Pirckheimer de la *Geografía* de Ptolomeo. Actualmente hay quien considera esta obra como el

punto de partida de la geografía y etnología comparadas, y esto se debe tanto al trabajo de Pirckheimer como a las anotaciones de Servet (7).

Fue también en Lyon en donde Servet estudió medicina con Symphorien Champier, el editor de Arnau de Vilanova. Servet se hizo muy amigo de Champier, en defensa del cual escribió, en el año de 1536, su *In Leonardum Fuchsiū Apologia*, contestando los ataques que el profesor Fuchs, de Heidelberg, había dirigido contra Champier.

En el año 1536 Servet se trasladó a residir en París, en donde estudió anatomía con Silvius, Fernel y Gunterius. Otro joven estudiante de anatomía, el flamenco Vesalius, trabajó con él como discípulo de aquellos mismos maestros. Gunterius de Andernach, en su *Anatomicarum Institutionum*, elogia a estos dos *preceptores*, o lectores suyos. "El primero —dice—, el joven Vesalius, demuestra un notable celo en el estudio de la anatomía; el segundo, Michel de Villeneuve, ha asimilado los más variados conocimientos y no ha sido sobrepasado en su comprensión de la doctrina de Galeno. Con la ayuda de estos dos discípulos míos he examinado los músculos, venas, arterias y nervios de todo el cuerpo". (8).

En París, en el año 1537, Servet publicó su *De Syruporum Universa Ratio*, (ad Galeni censuram diligenter expolita). Este libro obtuvo un grande éxito y fue reimpresso en Venecia (1545), Lyon (1546) y de nuevo en Venecia (1548), para citar solamente algunas ediciones. Fue escrito para demostrar la superioridad de la medicina griega sobre la árabe. Servet apoya sus puntos de vista no solamente en la gran autoridad de los griegos clásicos, sino también en la observación de la naturaleza. Una de las mejores descripciones de la finalidad de la medicina y los médicos se encuentra en este libro: "El hombre se debilita o cae enfermo sólo por accidente debido a la falta de recursos. Los pacientes, aún los más gravemente enfermos, han de ser tratados con el fin de devolverles la salud. La decrepitud puede ser aplazada por mucho tiempo, y la vejez habría de ser tranquila y venerable. Hemos de enseñar a los que no saben, con el propósito de abrir los ojos a todos. También hemos de dar a todos los hombres los medios de subsistencia, con lo cual mejoraremos a la humanidad. Hemos de curar sin causar dolor, puesto que suprimir el dolor es lo esencial. La tarea más humanitaria del médico tendría que ser ésta: revitalizar al débil, curar al enfermo, regenerar al decrepito. Nadie con un cuerpo achacoso puede tener un alma luminosa y otras facultades intelectuales. Es necesario cuidar el cuerpo, si queremos que el espíritu funcione normalmente". En la *Geografía* de Ptolomeo, Servet establece sus puntos de vista racionalistas: "Las primeras entre todas las virtudes son

la ciencia (conocimiento) y la libertad". En su *De Symplicium Universa Ratio* encontramos estas significativas palabras: "No me agrada disputar sobre palabras; poca importancia tiene el uso de uno u otro término. Lo que cuenta son los hechos". (9).

Con la publicación de su última obra, la fama de Servet en París aumentó, despertando la envidia y el resentimiento de algunos profesores de la Universidad. Cuando en una de sus lecturas trató de *pre-sentimientos* y de fenómenos *telepáticos*, sus enemigos encontraron la oportunidad que habían estado esperando. Fue acusado de brujería. El Parlamento de París acordó, el 18 de marzo de 1538, juzgar a Servet, pero la mayoría de sus miembros sostuvo su inocencia. Poco antes, Servet y Calvino se encontraron por primera vez; desde el primer momento fueron enemigos encarnizados.

De París, en donde corría peligro, Servet se trasladó a vivir en casa de un amigo suyo, médico de Charlier; poco tiempo después, el cardenal Palmier o Paulmier, le ofreció el cargo de médico en su palacio de Vienne (Delfinado), vivió en paz durante doce años (1541-1553), hasta que fue encarcelado, poco antes de su trágico fin. Durante el primer año de su residencia en Viena, el impresor Gaspar Trenchel publicó la Biblia arreglada por Servet (para el Viejo Testamento se guió por la traducción de Paganini del hebreo, Lyon, 1542). Los comentarios de Servet sobre teología, historia y ciencia natural dan una buena idea de sus vastos conocimientos acerca de los más variados temas. Los años de calma de que gozó en Vienne, le permitieron meditar y escribir su grande obra *Christianismi Restitutio*. Un manuscrito del trabajo original de Servet se conserva en la Biblioteca Nacional de París, y lleva fecha de 1546. En el año 1553, Baltasar Arnoullet, de Vienne, editó la obra. Se imprimieron mil ejemplares, de los cuales se han conservado tres: uno en la Biblioteca Nacional de París; otro en la vieja Biblioteca Imperial de Viena, y el tercero en la Biblioteca Universitaria de Edinburgh. Pompeu Gener, uno de sus biógrafos, dice que, según la información que le fue dada, algunos ejemplares se conservan entre los libros del departamento reservado del Vaticano (10).

En Vienne, Servet fue perseguido y encarcelado por la Inquisición (11). Con la ayuda de sus amigos —y probablemente con la del cardenal Palmier— se escapó de la cárcel; entonces sus perseguidores quemaron su efigie. Durante algún tiempo vacila en cuanto a lo que hará; España es peligrosa para él y solamente Italia parece ofrecerle alguna seguridad, y es a donde decide ir, probablemente con la intención de llegar a Nápoles (12). De paso por Ginebra fue reconocido por un

partidario de Calvino y detenido. Calvino lo acusó de hereje peligroso. Su juicio fue uno de los más memorables que registra la historia; Servet representó en él el espíritu libre y Calvino el dogmatismo intolerante. Servet fue condenado y, finalmente quemado el 27 de octubre de 1553. Los alegatos de la acusación y de la defensa, conservados en el archivo municipal de Ginebra, son uno de los documentos más dramáticos de la historia de la humanidad (13). El expediente es un testimonio elocuente de la dignidad que puede alcanzar el espíritu del hombre que, convencido de que obra de acuerdo con los mandamientos de Dios, no cede ante nadie, aunque con esto arriesgue su vida. No obstante, Servet no fue un erudito dogmático y obstinado, como su firme adhesión podría hacer suponer. Es característica la siguiente opinión suya: "Es evidente que no puedo aceptar todos los argumentos de una de las partes en pugna, ni rehusar todos los razonamientos de la otra. Ambas pueden tener una parte de razón y una parte de error. Todos reconocemos los errores ajenos, pero no queremos aceptar los propios". (14).

Las teorías de Servet acerca de la Trinidad, que fueron la causa de su muerte, tienen hoy escaso interés. Pero su invencible perseverancia en defensa de sus derechos al libre juicio, despiertan nuestra simpatía (15).

El recuerdo de Servet estaría actualmente confinado a un escaso número de sabios si no fuera por algunas páginas de su *Christianismi Restitutio*, en las cuales se describe, por primera vez, la circulación pulmonar de la sangre.

Es en el capítulo dedicado al Espíritu Santo, en donde Servet dice que "el más grande de los milagros, esto es, la constitución de un cuerpo humano", demuestra que en la naturaleza todo está dotado de un movimiento suscitado por la *permanente energía* de Dios. Y continúa: "El espíritu vital —sangre arterial— se encuentra primero en el ventrículo izquierdo del corazón, y procede de los pulmones, que lo producen. Es un espíritu sutil, purificado por el calor, de color rojo. Es un gas brillante que sale de la sangre pura y contiene los elementos del aire, agua y fuego. Este espíritu vital se origina en una mezcla que se forma en los pulmones, del aire que éstos inhalan y de la sangre que el ventrículo derecho del corazón envía al ventrículo izquierdo. Pero esta comunicación no se efectúa a través de la pared intermedia que divide el corazón, como generalmente se cree, sino, mejor, a través de un milagroso artificio, después que la sangre se ha puesto en movimiento, por el ventrículo derecho y a través de un largo circuito que recorre los pulmones. Los pulmones preparan la sangre, haciéndola brillante y viva, mientras de la *vena arteriosa* es llevada a la *arteria*

*venosa*, y así que entra en esta última vena la sangre se mezcla con el aire inhalado y se purifica. . . Tenemos la certeza de que esta comunicación y purificación se efectúa por los pulmones en estrecha relación y comunicación con la *vena arteriosa* y la *arteria venosa* dentro de los pulmones. . . Por lo tanto, no hay duda de que la mezcla se efectúa en los pulmones. La sangre adquiere su brillante color no en el corazón, sino en los pulmones. En el ventrículo izquierdo no hay espacio suficiente para que se pueda realizar en él un proceso de mezcla tan grande y copioso, ni para la elaboración de un color tan vivo. En una palabra, la pared intermedia, sin los vasos u otros medios, no puede ser el instrumento de los cambios, aunque la sangre sea filtrada a través de esta pared. De manera semejante a como el hígado transporta la sangre de la (*vena*) *porta* a la *vena cava*, los pulmones realizan el cambio de la sangre entre la *vena arteriosa* y la *arteria venosa*. . . *Este espíritu vital es entonces expelido por el ventrículo izquierdo a todas las arterias del cuerpo. . .* [Ille itaque spiritus vitalis a sinistro cordis ventriculo in arterias (deinde) corporis transfunditur. . .]

De esta manera, la circulación general de la sangre, si bien no era descrita, era claramente determinada por el descubrimiento de un hombre genial.

Los párrafos acerca de la circulación de la sangre en la obra *Christianismi Restitutio* fueron observados primeramente, en el año 1694, por William Wotton, quien dio una breve noticia de su descubrimiento en sus *Reflections upon Ancient and Modern Learning* (16). En el año 1706, Leibnitz cita a Servet en una carta dirigida a La Croze, en la cual dice que el mérito de Servet fue "extraordinario, pues hoy se sabe que tenía conocimiento de la circulación de la sangre como nadie lo había tenido antes" (17). ["Extraordinaire puisqu'on a trouvé de nos jours qu'il avoit une connoissance de la circulation du sang, qui passe tout ce qu'on en trouve avant luy"]. En el año 1715, J. Douglas dio una relación del descubrimiento de Servet en su *Bibliography* (18). pero no es más que una cita de Wotton. En el año 1723, la obra *Christianismi Restitutio* fue reimpresa en Londres, pero la edición fue incautada por orden del obispo de esta ciudad, doctor Gibson, antes que fuese terminada, y quemada. Sólo escaparon del fuego algunos ejemplares no del todo terminados (19). Una transcripción más detallada del pasaje acerca de la circulación de la sangre fue hecha por Allwoerden, en el año 1728 (20). Desde entonces el descubrimiento de Servet se propaga cada vez más. Sabios franceses y alemanes se unen a los ingleses en su interés por Servet y su obra. En el año 1790 el *Christianismi Restitutio* fue de nuevo impreso en Nuremberg, por Murr. De esta edición existen ejemplares en algunas bibliotecas públicas.

Sobre la manera como, a pesar de las persecuciones oficiales, la teoría y la descripción de Servet finalmente se incorporaron al conocimiento médico, no se conoce con certeza. La falta de información se debe, más que a otra cosa, al riesgo que, durante años, implicó el solo hecho de citar el nombre de Servet. Pero los escalones sucesivos por medio de los cuales su gran descubrimiento se hizo accesible a la humanidad, fueron probablemente los siguientes: algunos ejemplares del *Christianismi Restitutio* seguramente fueron enviados a Francfort y a Italia (21) por el editor o por el mismo Servet. Melancthon, en carta dirigida al Senado de Venecia, en 1539, dice que el primer libro de Servet, *De Trinitatis Erroribus*, se había abierto camino a Venecia (no olvidemos que Padua era la Universidad de Venecia) (22). Es más sugestivo aún lo que dice Pau Gaddi (Gaudius) de Cremona, en la carta dirigida a Calvino, desde Zurich, y fechada el 23 de julio de 1553, cuando Servet ya no se encontraba en Ginebra. Gaddi acababa de llegar a Suiza procedente del norte de Italia y comprobó que la herejía del *satánico Servet* se hallaba en plena floración. No parece lógico que la difusión de las ideas teológicas de Servet, a mediados de 1553, se debieran al *De Trinitatis Erroribus*, que ya hacía veintidós años había sido publicado. Parece más lógico creer que la causa de esto fue el conocimiento del *Christianismi Restitutio*, libro que había sido publicado seis meses antes de que Gaddi diera la voz de alarma a Calvino. Por lo menos una copia manuscrita del *Christianismi Restitutio*, perteneció a Curione de Parma, hijo de Celso Segundo Curio de Padua; se cree también que los médicos de Padua —Mater, Grimaldi y Giorgio Blandrata— recibieron ejemplares de la obra (23). El último de los citados publicó *De Regno Christi*, extractado del *Christianismi Restitutio*, en el año de 1569. Como se ha indicado antes, Vesalius fue colega de Servet como profesor de anatomía en París, de 1536 a 1538. En 1543 Vesalius publicó su *De Humanis Corporis Fabrica*, el tratado que se considera como el punto de partida de la anatomía moderna. En este libro no hay el más leve indicio de que Vesalius tuviese idea de la circulación de la sangre; pero en la edición de 1555 —dos años después de la publicación del *Christianismi Restitutio*— Vesalius demuestra, por primera vez, tener algún conocimiento de ello (24).

La primera descripción de la circulación pulmonar, aparte de la de Servet, la hizo Realdo Columbus de Cremona, profesor de anatomía en Padua desde 1540, año en que fue destinado a la cátedra que hasta entonces había desempeñado Vesalius. En su *De Re Anatomica*, publicada en Venecia el año 1559, sienta la misma teoría de la circulación a través de los pulmones que Servet había publicado antes, pero hace

la afirmación de que nadie antes que él había observado semejante cosa, ni escrito nada acerca de la materia. Esto permite creer que no copió la teoría de Servet, "a menos, es claro, que no sospechemos que se la robó, sin mencionar el nombre de Servet" (25). Tres años antes, en 1556, un ayudante de Columbus, el español Juan Valverde, había publicado en Roma un libro de anatomía, en el cual también describe la circulación pulmonar, atribuyendo el descubrimiento a su maestro, Columbus. Valverde era natural de Amusco, pueblo próximo a Palencia, estudió en Valladolid y después en París. El hecho de que un español atribuyese el descubrimiento a un italiano y no a otro español ha sido un argumento que los sabios italianos han esgrimido en favor de la tesis del descubrimiento independiente de Columbus (26). Es poco probable que Valverde ignorase la contribución de Servet, como también es posible que prescindiera de referirse al mismo para esquivar el riesgo que comportaba cualquier trato con la obra de Servet. En el año 1571, Cesalpino, en Pisa, habla de la circulación en sus *Questiones Peripateticæ*, y establece que las venas vuelven la sangre al corazón; por causa de esto se le acusó de herejía y solamente le salvó la intervención personal del papa Clemente VII, de quien era médico. El inmediato sucesor de Columbus como profesor de anatomía fue Gabriele Faloppio (1523-1562). Uno de sus alumnos, desde 1550, fue Hieronymus Fabricius de Aquapendente (1533-1619), el cual fue designado para ocupar la cátedra de cirugía en el año 1565. Más tarde, en el año 1603, publicó su importante libro *De Venarum Ostioliis*, en donde describe detalladamente las válvulas venosas. En 1600, William Harvey se trasladó de Cambridge a Padua para estudiar con Fabricius; y en 1628 el libro de Harvey *Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus*, una obra maestra de la medicina, fue impresa en los talleres de Wilhem Fitzer, a Frankfurt. Se puede afirmar, pues, sin miedo de exagerar, que la semilla sembrada en Padua por el libro de Servet germinó finalmente cuando un genio de la magnitud de Harvey recibió su gran inspiración. Es cierto que Harvey no conocía la obra de Servet, pero menciona el nombre de Columbus relacionándolo con la circulación pulmonar, o circulación menor, y también cita a Vesalius quien tenía conocimiento de la concepción revolucionaria de Servet (27). Así, pues, setenta y cinco años después de escrita la obra de Servet, la idea inicial se había convertido en uno de los más grandes descubrimientos médicos. Se ha dicho, muy acertadamente, que "el verdadero inventor es aquel que enriquece al mundo con conocimientos y hechos cuya realidad y exactitud podemos verificar cada día y a voluntad" (28). Desde este punto de vista, todo el mérito y honor del descubrimiento recae sobre Harvey. Pero sería injusto

regatear a Miquel Servet la simpatía y respeto que merece, no solamente por sus sufrimientos, sino también por la penetración con que descubrió los grandes errores de Galeno.

Parece que Harvey obtuvo provecho, también, de la publicación del libro de sir Francis Bacon *Novum Organum* (1621), en el cual se recomienda la experimentación como fuente de conocimiento. Se siente la tentación de asociar las dos herencias paralelas que fueron llevadas a Inglaterra desde tierras catalanas cuando la libertad del Reino de Aragón había dejado de existir: el paralelismo entre Vives y Bacon, y entre Servet y Harvey.

Con relación a España, tanto Servet como Vives pertenecían a las primeras generaciones de "españoles". Servet apreciaba poco a los españoles de su tiempo. En el comentario de su edición de la *Geografía* de Ptolomeo dice: "En general, la tierra de España es árida y seca. Sus habitantes están bien dotados para la ciencia, pero estudian poco y mal, y se creen sabios, cuando solamente están en el abecedario; por esto, es más fácil encontrar un español culto en el extranjero que en España. Hacen grandes proyectos, que no realizan nunca, y en la conversación se divierten entre sí con sutilezas y sofismas. Sienten poco amor por las letras y publican pocos libros; prefieren importarlos de Francia. Las mujeres se pintan el rostro con blanco de plomo y minio, y no beben vino. La nación española es valerosa y sobria, pero también es la más supersticiosa de la tierra. Son muy valientes en la batalla, pacientes en el trabajo, y con sus viajes y descubrimientos se han hecho famosos en todo el mundo".

En otro lugar del mismo libro, Servet dice que "inquietus est magna moliens Hispanorum animus". Al describir a los irlandeses dice que eran "rudos... y más dados al holgorio que al trabajo. Los irlandeses, separados por tres días de viaje de España, tienen mucho de común con los españoles". La semejanza entre las opiniones de Vives y Servet acerca de los españoles es digna de consignarse. Acerca del último, el gran polígrafo español M. Menéndez y Pelayo dice, y es lógico que lo diga, que sus palabras son muy injustas (29). Es interesante descubrir que es de su misma opinión un contemporáneo de Servet, el humanista portugués y amigo de Vives, Damiao de Goes, en su obra *De Rebus Hispanicis, Lusitanicis, Aragonicis, Indicis et Aethiopicis* (30) aduce: "*Michaelis Villanovani, homicis mihi incogniti et hac in re non mediocriter lapsi, Hispanorum et Gallorum comparationem*".

FORA-MAJLORCA.

F. de S. AGUILO, trad.

Bogotá, julio de 1951.

## NOTAS Y BIBLIOGRAFIA

(a) Trueta, J.: **The Spirit of Catalonia**. Oxford University Press. London, 1946. (8, *Servetus and the Circulation of the Blood*, Miquel Servet, p. 138-151).

J. Trueta: **L'Esperit de Catalunya**. Edició de la Institució de Cultura Catalana de Mèxic. Mèxic., 1950. (VIII, *Servet i la circulació de la sang*, Miquel Servet, p. 157-169). (N. del T.).

(1) H. Allwoerden: **Historia Michaelis Serveti**; Helmstedt, 1727.

(2) R. Willis: **Servetus and Calvin**; London, 1877, p. 12.

(3) H. Tollin: **Michel Servet, Portrait-Character**; Paris, 1879, p. 30.

(4) El Museo Británico tiene un ejemplar de la primera edición.

(5) D. Cuthbertson: **A Tragedy of the Reformation**; Edinburgh, 1912, p. 20.

(6) A. Gordon: **The personality of Michel Servetus**; Manchester, 1910, p. 15.

(7) C. Richet: **Revue des Deux Mondes**; 1879, p. 6. (Esta nota ha sido omitida en la edición catalana **L'Esperit de Catalunya**). (N. del T.).

(8) Johannes Guinterius: **Anatomicarum Institutionum ex Galeni sententia libri iiii**; Basilea, 1539, prefacio, p. 7.

(9) **Syruporum Universa Ratio, ad Galeni censuram diligenter expolita**. Parisiis, 1537, p. 27.

(10) Pompeyo Gener: **Servet, Reforma contra Renacimiento: Calvinismo contra Humanismo. Estudio histórico crítico sobre el descubridor de la circulación de la sangre y su tiempo**; Barcelona, 1911, p. 127.

Esta biografía, **Servet**, ha sido recientemente reeditada por la Editorial Poseidón, Buenos Aires, 1944. (N. del T.).

(11) El 24 de mayo de 1532 la Inquisición española había tomado medidas contra Servet. En una reunión del consejo habida en Medina del Campo, las autoridades supremas habían dirigido al inquisidor de Aragón dos cartas acusando a Servet de herejía. La Inquisición ignoraba de qué parte del reino de Aragón procedía Servet y recomendaba que fuese llamado a España con el fin de poder encarcelarlo. (M. Bataillon: **Bull. Hispan.**, XXVII, pp. 5 y 151).

(12) Aaron Ward en su **Impartial History of Michael Servetus burnt alive at Geneva for Heresy** (London, 1724), p. 30, dice: "Aquel infortunado médico había decidido retirarse a Nápoles, en donde esperaba poder ejercer la medicina entre sus compatriotas... La autoridad de la Inquisición española no estaba firmemente establecida en Nápoles". Paul Sarpi, en la versión inglesa de su **Historia de la Inquisición (History of the Inquisition**, London, 1639), p. 13, dice: "Pero el rey y su consejo querían que se estableciera la Inquisición en Nápoles, depen-

diente de la de España, como en Sicilia, Cerdeña y las Indias; y la corte de Roma la quería sometida a ella, alegando, además de la autoridad espiritual del Pontífice, la superioridad temporal que el papa tenía en aquel reino. En 1547 Don Frederico (?) di Toledo, virrey, pasó por alto las dificultades y obró expeditivamente, lo cual provocó un levantamiento del pueblo que se convirtió casi en una guerra entre él y los españoles. La Inquisición española nunca fue muy poderosa en Nápoles debido a la oposición de los naturales del país. El historiador español Sandoval explica que Toledo, con dos mil soldados españoles y veinticuatro galeras, bombardeó a Nápoles durante tres días y después obligó a la ciudad a pagar una multa de diez mil ducados además de los daños causados por la insurrección. Pero Carlos I hubo de desistir de su propósito de establecer la Inquisición en Nápoles. (P. Sandoval: **Historia de la vida y hechos del Emperador Carlos V**; Valladolid, 1604-6; II, cap. XXX).

(13) J. Calvin: **Actes du procès de Michel, Servet**, 1553, en **Calvini Opera**, Braunschweig, 1863-1900; VIII. Véase también: A. Gachet d'Artigny: **Mémoires pour servir l'histoire de Michel Servet** (Paris, 1749), en **Nouveaux Mém. d'histoire**, II, p. 55; y I. G. Sigmond: **The Unnoticed Theories of Servetus**, London, 1824.

(14) **De Syruporum**. . . p. 36. (Esta nota no figura en la edición catalana). (N. del T.).

(15) Vid. la edición por P. Bagnell de **Thoughts on Nature and Religion**, London, 1774. (Esta nota ha sido omitida en la edición catalana). (N. del T.).

(16) W. Wotton: **Reflections upon Ancient and Modern Learning**; London, 1694 y 1697; p. 224.

(17) W. Leibnitz: **Epistolae ad Diversos**; edit. Lipsiae, 1734; p. 379.

(18) J. Douglas: **Bibliography Anatom. Spec.**; London, 1715, p. 189, y 1734, p. 104.

(19) I. G. Sigmond: **op. cit.**

(20) Allwoerden: **op. cit.**, p. 11.

(21) R. Willis: **William Harvey. A History of the Discovery of the Blood Circulation**; London, 1878 (cita Mosherim en **Anderweiliger. . . Ketzter geschrichte**, Helmstaedt, 1748).

(22) E. Morse Wilbur: **The two treatises of Servetus on the Trinity**; Harvard, 1932; p. XVIII. Véase también Aaron Ward, **op. cit.**

(23) C. Dardier: **Revue Historique**, 1879; X, p. 1.

(24) Richet: **op. cit.**

(25) W. Wotton: **op. cit.**, p. 231.

(26) En España se cree generalmente que aun cuando el descubrimiento se debe a Servet, "la influencia del descubrimiento fue pequeña". (J. Goyanes: **Miguel Serveto**; Madrid, 1933; p. 8.

(27) D. F. Fraser-Harris: **Bull. Roy. Soc. Med.**, 1934; XXVII, p. 1095.

(28) Citado por K. J. Franklin (edit. de *De Venarum ostiolis*), Baltimore, 1933, p. 2.

(29) M. Menéndez Pelayo: **Hist. de los Heterodoxos Españoles**; Madrid, 1880; II, p. 313.

(30) D. de Goes: **De Rerum Hispaniis**; Colonia, 1602; p. 25. Vid. también:

(b) M. Audin: **Histoire de la vie, des ouvrages et des doctrines de Calvin**, par... Cinquième édition. Revue, corrigée et augmentée. Paris, L. Maisson, Libraire Editeur, 1850. (Vid. Tome Deuxième, cap. XIII, p. 257-318). (N. del T.).

(c) Jaume Aiguader: **Miquel Servet**. Prefaci de Jaume Pi-Sunyer. Col. lecció Catalònia, Mèxic, D. F., 1945. (N. del T.).

(d) Walter K. Frankel: **Michael Servetus. A Medical Martyr**. The Merck Report, Volume 57, Number 2, April 1948, p. 29-34. (N. del T.).

# REVISTA DE TESIS

## ANALGESIA CAUDAL Y BLOQUEO SACRO EN CIRUGIA PERINEAL

(Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía) 1950.

Por **Alberto Amaya G.**

### Conclusiones:

1ª Las prácticas se llevaron a cabo entre adultos de ambos sexos, de 17 a 55 años, y observamos que ni la edad ni el sexo influyen en el desarrollo de la analgesia.

2ª Se apreció un pequeño aumento inicial de la presión arterial, en 19 casos (59.4%).

3ª En 8 casos la tensión no sufrió modificación (25%). En 3 casos se apreciaron bajas tensionales pero nunca por debajo de 110 x 60 (9.4%). En un caso oscilaciones tensionales (3.1%). En un caso la tensión se auscultó en 40 la máxima como consecuencia de un colapso circulatorio periférico (anotamos la falta de premedicación y pre-operatorio). (3.1%).

4ª La respiración en 25 casos no sufrió alteraciones (78.2%). En 7 casos se apreciaron ligeras modificaciones en su frecuencia (21.8%).

5ª La analgesia caudal y el bloqueo sacro parecen ser una de las formas más seguras de analgesia perineal.

6ª Los procesos fisiológicos de los pacientes, son trastornados en una mínima parte y las complicaciones post-anestésicas son casi nulas.

7ª Es de valor esencial en los ancianos y en los debilitados.

8ª Nunca se han presentado accidentes fatales debidos al sistema anestésico.

9ª Creemos que su aplicación debería emplearse con más frecuencia para cirugía perineal.

10. Recalamos la importancia para el éxito anestésico-quirúrgico, de una mayor atención en la práctica de los exámenes de laboratorio rutinarios y premedicación correcta de los pacientes.

## EL CLHOROMYCETIN EN LA TIFOIDEA Y EN EL TIFO EXANTEMATICO

(Tesis para el doctorado en Medicina y Cirugía) 1950.

Por **Octavio Henao Castaño.**

### Conclusiones:

1ª De acuerdo con nuestra experiencia, no sólo en los casos del presente estudio, sino en muchos otros vistos posteriormente, el Clhoromicetín actúa como droga específica, tanto en la tifoidea como en el tifo exantemático.

2ª La droga actúa en todos los casos, aún en los avanzados y podríamos decir que con ella se llega a lo imposible dentro de lo posible en las dos entidades estudiadas, en las cuales, hasta el momento, hemos tenido una sola defunción.

3ª El fracaso con nuestro primer enfermo se debió, a nuestra manera de ver, al avanzadísimo estado de la enfermedad, pues ya no se trataba de un enfermo sino de un agonizante; a la mala administración de la droga en la dosis inicial y, a la falta de la misma para reiniciar el tratamiento.

4ª Contra lo que afirma la casa productora, el Clhoromicetín no es un tonicardiaco, más bien es un poco depresor, puesto que casi siempre al segundo día de iniciada la administración, la tensión arterial baja discretamente.

5ª Cuando la droga ha vencido la toxemia, con la consiguiente mejoría general, las funciones cardíacas se recobran concomitantemente, no por efecto directo del cloram-phenicol sobre ellas, sino por acción sobre el germen infectante.

6ª La droga es perfectamente tolerada. Las funciones cardíacas sólo se afectan levemente en la tensión. Las renales y el cuadro hemático no muestran alteraciones que se le puedan atribuir.

7ª La dosificación óptima es, para el tipo medio, de 12 cápsulas o sea 3 gramos de dosis inicial, con un intervalo de cinco minutos; luego una cápsula cada dos horas hasta mejoría notoria, cuando se espacia la administración a una cada tres horas.

8ª Sólo debe suspenderse la administración del Clhoromicetín luego de 48 horas de apirexia.

9ª Las dosificaciones bajas, económicas, recomendadas inclusive por la casa productora, son completamente insuficientes, la prolongan motivando el desconcierto del paciente, su familia, y más que todo, del médico que se encarga de su administración.

10. Cuando hay recaída, debe reiniciarse el tratamiento con una dosis inicial que sea la mitad más o menos, de la administrada por primera vez, siguiendo luego el esquema primitivo.

11. En las ciudades del centro de Caldas, la fiebre tifoidea reviste mayor gravedad que el tifo exantemático.

12. Para la ciudad de Manizales, el tifo exantemático no produce tantos abortos como se describen en las literaturas tanto nacionales como extranjeras.