

DIRECTOR

Prof. MARCO A. IRIARTE
Decano de la Facultad

COMITE DE REDACCION

Prof. Luis Patiño-Camargo
Prof. Jorge Bejarano
Prof. Santiago Triana Cortés

VALOR DIAGNOSTICO DE LA BIOPSIA DEL ENDOMETRIO, EN LOS DESARREGLOS DE LA MENSTRUACION Y ESTERILIDAD FEMENINA

Trabajo llevado a cabo en el Departamento de Patología de la Universidad de Duka, Estados Unidos

Por el doctor *Miguel Mariño Zuleta.*

Es nuestro propósito al publicar este trabajo, contribuir a difundir entre nosotros, un método sencillo, inocuo y de irremplazable valor diagnóstico en los desarreglos funcionales de la menstruación y en la esterilidad femenina.

Bien conocida es de Ginecólogos y médicos en general, la frecuencia de estos desarreglos, y la completa evolución que ha sufrido el tratamiento de tales dolencias, a la luz de la endocrinología.

Como criterio diagnóstico, y hasta no ha mucho tiempo, regía únicamente el establecido por la sintomatología de la hemorragia menstrual o intermenstrual y el examen ginecológico. Hoy es bien sabido que ninguno de estos síntomas refleja el estado funcional del ovario, y en consecuencia son insuficientes para establecer el diagnóstico.

El examen anatómo-patológico del endometrio ha venido a suplir en gran parte esta deficiencia, gracias al conocimiento que hoy tenemos de la acción sinérgica que existe entre el endometrio y el ovario. Sin embargo, desde luego que el ovario no es un órgano autónomo, sino que está influido por las demás glándulas del sistema endocrino, solo podemos por este medio valorar su función ovulatoria, sin poder determinar si la alteración de dicha función es primaria o consecutiva a disfunción de otras glándulas (hipofisis, tiroides, suprarrenal). Vemos, pues, claramente, que diagnóstico, pronóstico y tratamiento en los trastornos a que venimos refiriéndonos, requieren un estudio cuidadoso del sistema endocrino.

En todo caso, lo primero que debe determinarse es el estado de la función ovulatoria, o dicho en otros términos, cual es el estado del endometrio en el momento de la menstruación. Despejada esta

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VOL. XII

Bogotá, noviembre de 1943

N.º 5

EDIFICIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA - APARTADO 400

DIRECTOR

Prof. MARCO A. IRIARTE
Decano de la Facultad

COMITE DE REDACCION

Prof. Luis Patiño-Camargo
Prof. Jorge Bejarano
Prof. Santiago Triana Cortés

LA SCHISTOSOMIASIS MANSONI EN VENEZUELA

Por *J. M. Ruiz Rodríguez.*

El joven profesor de clínica médica de la Universidad de Venezuela, para ingresar a la Academia de Medicina, presentó como trabajo inaugural un tratado sobre la Schistosomiasis venezolana por el *S. mansoni*. El estudio ha sido editado en un libro de 225 páginas con 196 referencias bibliográficas. Hizo el comentario crítico el académico Pedro González Rincones, hombre de ciencia de renombre continental.

El libro del Profesor Ruiz-Rodríguez es una bella lección. Con pericia didáctica desarrolla el tema en 12 capítulos magistralmente expuestos y relatados en castellano propio de un paisano de don Andrés Bello. Con fervor patriótico ha repasado todo lo hecho por los venezolanos, para destacarlo en sitio eminente. Efectivamente así es como se enseña a los estudiantes de medicina a formar propia escuela, a venerar a los maestros que nos precedieron y saborear con gozo el triunfo y el esfuerzo de los demás.

La Facultad de Bogotá congratula a su hermana de Caracas por esta contribución venezolana a la ciencia universal y honra sus páginas transcribiendo partes del Resumen de la obra del Profesor de Clínica Médica.

Doctor J. M. Ruiz Rodríguez.

La Schistosomiasis Mansonii en Venezuela.—Caracas.—Litografía del Comercio. 1942.

Resumen I

La *Schistosomiasis mansoni* fue reconocida en Venezuela por Víctor Raúl Soto en 1905, es decir, poco tiempo después de notificada la afección como endémica en el Hemisferio Occidental. Desde entonces hasta la fecha, muy numerosas e importantes han sido

las contribuciones aportadas por investigadores nacionales y extranjeros que han permitido un mejor conocimiento de la dolencia, especialmente en lo que se refiere a los puntos de vista epidemiológico, parasitológico, patogénico, clínico, histo-patológico, métodos de diagnóstico y tratamiento.

Tan pronto como Leiper en Egipto demostró que el *Schistosoma mansoni* era transmitido por moluscos gasterópodos de la familia *Planorbidae* (*Planorbis boyssi*), Iturbe y González en 1917, incriminaron al *Planorbis guadeloupensis* como el huésped intermediario de esta parasitosis en Venezuela, marcando así un jalón de importancia fundamental en la historia de la afección que nos ocupa.

Entre tanto, la enfermedad era objeto de importantes estudios en sus dominios clínico e histo-patológico, siendo de especial interés a este respecto —por no citar sino algunos de ellos— los trabajos de Jesús R. Rísquez quien desde el año de 1912 se ha venido ocupando del estudio de esta helmintiasis en muchos de sus aspectos, particularmente en el histo-patológico, encontrándose gran parte de esta magnífica labor consignada en su monografía sobre “*Bilharziosis Mansoni en Venezuela*”, publicada en 1918 y laureada con el Premio Vargas; de J. M. Romero Sierra, quien en 1917 describe por primera vez en América la forma hepato-esplénica de la afección y de B. Perdomo Hurtado, quien en diversas comunicaciones a la Academia Nacional de Medicina, ha llamado la atención acerca de algunas modalidades clínicas revestidas por la enfermedad, refiriéndose especialmente a procesos cirróticos. Investigaciones de índole clínica han sido también comunicadas recientemente por R. Hernández Rodríguez (1939), quien basado en nutrido material del foco endémico de San Casimiro, Estado de Aragua, ha hecho interesantes publicaciones sobre modalidades clínicas de la enfermedad por él observadas, y J. Valencia Parparcén, quien en la misma época realizó un estudio comparativo entre la *Bilharziosis mansoni* de Venezuela y la de Egipto y Puerto Rico, encontrando aspectos muy semejantes entre el material clínico del país y los tipos individualizados por Girges en la *Schistosomiasis mansoni* de Egipto. Fundamentado en los trabajos del autor egipcio, determina las formas anatomo-clínicas de la dolencia y sugiere la posibilidad de existir también aquí infecciones unisexuales, producidas por vermes machos o de predominio masculino.

Un paso importante en el estudio de la enfermedad fue logrado, cuando se tuvo conocimiento de su participación en las perturbaciones miocárdicas, además del severo ataque hepato-esplénico de observación frecuente en esta helmintiasis. Fue nuestro malogrado clínico y cardiólogo Heberto Cuenca, quien en 1936, escribió por primera vez en el país acerca de miocarditis bilharziana, proceso

que hoy en día reconoce un substratum histopatológico bastante bien estudiado. Un estudio experimental sobre modificaciones del trazado electro-cardiográfico en acures (curies) infectados con *Schistosoma mansoni* y su análisis comparativo con las lesiones histológicas halladas en el miocardio de dichos animales, fue motivo, en 1940, de la Tesis Doctoral de Gustavo Romero Reverón.

De notables pueden calificarse los progresos realizados en Venezuela en los últimos cinco años, concernientes a la Anatomía Patológica de la *Schistosomiasis mansoni*. Ellos han constituido la base de nuestras orientaciones semiológicas sobre *Bilharziasis*, gracias a los cuales hoy podemos hablar de diversos tipos anatomo-clínicos observados en el curso de la enfermedad. Los trabajos de Rudolf Jaffé, quien viene trabajando desde su llegada al país en 1935, en estudios histo-patológicos diferentes y muy particular sobre la enfermedad que nos ocupa, constituyen un aporte de singular valor y utilidad que ha fundamentado sólidamente el mejor conocimiento anatomo-clínico de esta parasitosis.

Se ha progresado también apreciablemente en lo que se refiere a métodos de diagnóstico. Tomando en cuenta el hecho de no estar siempre presentes los huevos del parásito en las materias fecales, Martín Mayer y Félix Pifano C. introdujeron al país un tipo de reacción de desviación del complemento, según el método de Fairley, que después de rigurosos controles y de perfeccionamientos técnicos diversos, constituye un elemento de gran valor en el diagnóstico biológico de la enfermedad. Los citados investigadores trabajan ahora en reacciones intradérmicas, utilizando como antígenos maceraciones de vermes adultos schistosomiásicos. Los resultados obtenidos hasta ahora, parecen ser halagadores. Rísquez y Vélez Boza también trabajaron con este tipo de reacción, pero empleando las formas larvales (cercarias) como antígeno.

En el dominio experimental se han hecho adquisiciones de gran importancia, al establecer Mayer y Pifano, en 1941, las modalidades de infección schistosomiásicas, demostrando la existencia de infecciones unisexuales o de predominio masculino y comprobando los diferentes factores que intervienen en la disminución o ausencia de los huevos de espolón lateral en las heces y en los tejidos de los animales inficionados. También han estudiado estos autores las lesiones producidas en el hígado por las toxinas de los vermes, con la natural exclusión de las determinadas por los huevos del trematode. Estas adquisiciones representan una notable contribución, al ser aplicadas a la clínica, para el mejor esclarecimiento y la más correcta interpretación de los diversos aspectos semiológicos de la enfermedad.

El tratamiento ha sido igualmente objeto de investigaciones muy detenidas. Además del tratamiento médico por el emético y

otros derivados antimoniales, eficaces en ciertas formas clínicas de la afección, se han logrado éxitos brillantes en el tratamiento del Síndrome de Banti bilharziano (fase final de la forma hepato-esplénica), modalidad clínica bastante frecuente en el país, mediante la esplenectomía.

En vista de la gravedad creciente de la endemia, las Autoridades Sanitarias han encarado seriamente el problema, de tal manera que ya está en marcha una intensa campaña de saneamiento en algunos sectores de las zonas infectadas, con la destrucción de los huéspedes intermediarios por medios químicos (cal apagada) y con el establecimiento de Dispensarios anti-bilharzianos para el debido tratamiento de las personas afectadas en las poblaciones urbana y rural.

Es imposible mencionar en este sumario histórico, toda la nómina de autores (1) que han contribuido con sus luces al estudio de la *Schistosomiasis mansoni* en Venezuela. Detenidamente se hace la debida referencia siguiendo el orden cronológico de su aparición, en los capítulos I y XII de la obra, Historia y Bibliografía, respectivamente.

La distribución geográfica de la *Schistosomiasis mansoni* en Venezuela, comprende el Valle del Guaire con gran parte de la población de Caracas en él ubicada y muchas ciudades y centros poblados de los Valles de Aragua y del Tuy. En el pueblo de San Casimiro (Estado Aragua) el 80% de la población está infectada, según investigaciones de Pifano y Luttermoser practicadas en 1941. La ciudad de Los Teques (Estado Miranda) es igualmente un importante foco endémico, así como también una pequeña zona de la costa del Mar Caribe en el Distrito Federal.

En Venezuela el área endémica de la *Schistosomiasis mansoni* está enclavada en el sistema montañoso denominado de la Costa y hasta el presente es relativamente limitada su extensión geográfica, acantonándose, en cambio, en las regiones más densamente pobladas. Según J. Allen Scott (1941), se calcula existen alrededor de "decenas de miles" de personas infectadas en esta zona.

* * *

En el capítulo Epidemiología se analizan los diferentes elementos que integran el actualmente admitido ciclo evolutivo del *Schistosoma mansoni*, ya sea en el huésped intermediario o en el definitivo, con el objeto de plantear los factores que tienen que ser considerados en su epidemiología y que son los siguientes:

- 1) Presencia de individuos infectados que eliminan huevos maduros y sanos por las materias fecales.
- 2) Existencia de huéspedes intermediarios.

(1) (La bibliografía comprende 196 citas. Nota de la R.).

3) Condiciones ambientales favorables que permitan el desarrollo de la infección en los moluscos hospedadores.

4) Personas sanas accesibles a las formas infectantes del parásito (cercarias).

Allen Scott ha demostrado, en relación con los huéspedes intermediarios, que todos los ejemplares pertenecientes al género *Australorbis* corresponden a una sola especie *Australorbis glabratus* (Say, 1918). Pilsbry 1934, sinónimo de la especie conocida con el nombre de *Planorbis guadeloupensis*. Estas especies de moluscos son muy comunes en los alrededores de Caracas, así como también en los Valles cercanos del sur y del oeste. Son abundantes en los Valles del Tuy. En los Teques se encuentran algunos lugares aun que con menos frecuencia. Más hacia el oeste los hallamos en los Valles de Aragua, y el lago de Valencia constituye un criadero de ellos.

Ha podido comprobarse en el país que la infección prevalece con mayor intensidad en las partes irrigadas, disminuyendo considerablemente fuera de los límites de irrigación. Los canales de riego constituyen magníficos criaderos de los huéspedes intermediarios y en áreas de irrigación intensa del norte del país se han colectado cantidades extraordinarias de estos moluscos. Como ejemplo, pueden citarse zonas de regadío de plantaciones de caña de azúcar situadas en los alrededores de Caracas y en los valles de Aragua. La contaminación del agua por personas infectadas con *Schistosoma mansoni*, es un hecho de observación frecuente en las regiones endémicas. Aunque hay cierto número de letrinas en poblaciones y caseríos de dichos lugares, la mayoría de ellas están mal situadas o son de construcción pésima. Los habitantes defecan en las acequias o en sus proximidades y de esta manera se asegura la infección permanente de los moluscos hospedadores.

En el valle del río Guaire, en el Distrito Federal, las condiciones son óptimas para el mantenimiento de la endemia. Este río hace un recorrido de 30 klms. por una faja estrecha del valle y más o menos en la parte media se encuentra ubicada la ciudad de Caracas. Un poco más abajo de la ciudad, el Guaire se une con el río Valle. El cultivo principal de esta extensión de terreno es la caña de azúcar, aunque también se siembran en menor escala hortalizas y maíz. Como en otros lugares de Venezuela existen también aquí dos estaciones; en la estación lluviosa la temperatura máxima es de 26° C., bajando por lo regular durante la noche a 18° C. más o menos. Abundan en todo el valle las acequias para irrigación y en todas ellas hay gran cantidad de planorbídeos naturalmente infectados con *Schistosoma mansoni*. Por lo que se ve, el agua de irrigación constituye el principal factor responsable de la abundancia de

caracoles transmisores de la *Schistosomiasis*, en las zonas inmediatas a la capital.

Las mismas condiciones se encuentran satisfechas en otros lugares de alta endemicidad, como algunas poblaciones de la hoya hidrográfica del lago de Valencia y la región de San Casimiro en la hoya del Orinoco.

* * *

Es suficientemente conocida la biología del *Schistosoma mansoni*. Son vermes diferenciados sexualmente y digenéticos, es decir, que deben pasar por un huésped intermediario (moluscos gasterópodos de agua dulce, pertenecientes a la familia *Planorbidae*) para cumplir la fase asexual de su ciclo evolutivo. Estos gusanos tienen características morfológicas constantes para cada sexo, siendo igualmente constantes estos caracteres durante su evolución en el molusco hospedador. Tienen por habitación casi exclusiva el sistema porta del hombre y no se conocen hasta el presente otros huéspedes vertebrados naturales del vermes, aunque algunos animales (perros, cobayos, ratas, ratones, conejos, etc.), se han logrado infectar experimentalmente, contrastando este hecho con lo que sucede con el *Schistosoma japonicum* que infecta en la naturaleza a muchas especies de animales (gatos, perros, ratas, chivos, bueyes, etc.). Los huevos puestos por la hembra del *Schistosoma mansoni* son característicos y presentan un espolón lateral que los diferencia fácilmente de los correspondientes a las otras especies, *hematobium* y *japonicum*, que parasitan asimismo al hombre. Según Jesús L. Rísquez sus dimensiones están comprendidas entre 123,5 a 137,5 micras de longitud, por 57 a 61,75 micras de anchura. Faust y Hoffman le asignan las cifras medias de 142,42 micras de longitud, 60,04 micras de anchura y 521,5 micras de cubicación. Aunque no corresponde a la índole de este sumario tratar detalladamente el ciclo evolutivo del *Schistosoma mansoni* en sus huéspedes intermediario y definitivo, es importante poner de relieve algunos hechos considerados de interés, en relación con la longevidad del vermes y la prevalescencia de los sexos. La longevidad de los parásitos en el hombre parece ser considerable: 9 años según Sonsino, 10 a 15 según Connor y Lortet, 17 de acuerdo con Baujan y 19 años en opinión de Marciel. En lo que respecta a la prevalescencia de los sexos de los parásitos *Schistosomiásicos*, conviene señalar que al lado de infecciones determinadas por vermes de ambos sexos —sin duda las más frecuentes— con abundantes huevos de espolón lateral en las heces y en los tejidos, especialmente en el hígado y pared intestinal, existen infecciones unisexuales producidas por vermes machos solamente o por predominio de éstos sobre las hembras, con ausencia o escasos huevos en las materias fecales.

Es también ampliamente conocido el ciclo evolutivo del hel-

minto en el caracol. Ha sido posible estudiar detenidamente la marcha de la infección, desde la penetración del miracidium hasta la expulsión de las cercarias. Investigaciones de laboratorio conducidas en moluscos infectados han puesto de manifiesto, que uno sólo de ellos es capaz de eliminar 2.000 cercarias diariamente y alrededor de 200.000 en toda su vida (aproximadamente tres meses).

* * *

La patogenia de la infección schistosomiásica ha sido objeto de pormenorizado y detenido estudio, puesto que constituye un vasto campo de extraordinaria importancia para la correcta interpretación clínica de la dolencia. Es sabido que la infección humana se inicia con la penetración de las cercarias del *Schistosoma mansoni* en el organismo, puestas en libertad por los huéspedes intermedios. Son los tegumentos el sitio por donde habitualmente se verifica esta penetración. Se discute la transmisión cercariana por vía mucosa, particularmente tractus digestivo, aunque algunos autores comunican haber logrado infectar animales depositando suspensiones de cercarias en la mucosa bucal. Las cercarias al penetrar en la piel pierden la cola y se transforman en metacercarias. Siguiendo especialmente la vía sanguínea llegan al ventrículo derecho, pasan luego al pulmón y por intermedio de la gran circulación se localizan definitivamente, en estado de vermes adultos, en las ramas del sistema porta intra y extra-hepático. Si bien este trayecto migratorio es el clásicamente adoptado por la mayoría de los autores, es conveniente señalar, que a este respecto existen todavía algunos puntos sujetos a discusión y cuya explicación satisfactoria requiere su ulterior comprobación experimental. Una vez en la porta, el parásito alcanza su madurez sexual, comenzando la ovoposición al verificarse la cópula entre los gusanos de ambos sexos allí existentes. Las cercarias determinan en la piel fenómenos irritativos por acción mecánica y tóxica a la vez (dermatitis cercariana), existiendo también otras especies de cercarias que parasitan el mismo huésped intermediario y son capaces de producir iguales manifestaciones cutáneas, pero sin verificar su ciclo evolutivo completo en el hombre: son más bien formas evolutivas de parásitos de aves y peces.

Completado el desarrollo del trematode en su localización definitiva, sistema porta, los parásitos adultos actúan por las toxinas que segregan y por la acción tóxica y mecánica de sus huevos.

El asunto de las infecciones unisexuales ha permitido el correcto estudio de los procesos patogénicos que ocurren en los tejidos en esta modalidad de parasitismo. Aquí se realiza una cirrosis difusa del hígado con reticulocitosis y fibrosis del bazo, producida indudablemente por la acción de sustancias secretadas por los vermes machos y ausencia completa de lesiones intestinales. En el ca-

so de infecciones mixtas, a las lesiones difusas provocadas por las toxinas de los gusanos adultos se agregan las lesiones locales producidas por los huevecillos, que son las que determinan el denominado *nudillo bilharziano*. Este nudillo está integrado por una o más células gigantes que fagocitan el huevo, una corona de células epiteliales y un infiltrado de células redondas y eosinófilas con un mayor o mejor grado de desarrollo de reticulina. Más tarde el nudillo es reemplazable por tejido conjuntivo, que proliferando intensamente acaba por determinar un verdadero bloqueo de las ramas intra-hepáticas de la porta y producción subsiguiente de un síndrome de hipertensión portal. En esta circunstancia las lesiones intestinales son muy frecuentes por la acción local, mecánica y tóxica, que los huevos provocan en las paredes intestinales, particularmente en la mucosa.

Huevos de *Schistosoma mansoni* han sido igualmente encontrados en el pulmón, médula espinal, miocardio, tegumentos y otros órganos, originando también en ellos los típicos *nudillos bilharzianos* con los caracteres histológicos apuntados. En lo que respecta al miocardio, muy diferentes son los procesos ocasionados por los huevos, de aquellos de tipo difuso determinados por las toxinas del parásito.

Se ha estudiado también en el país el cuadro hemático y el comportamiento de los anticuerpos específicos en el suero sanguíneo de los enfermos, en la afección que nos ocupa. Fundamentalmente existe una eosinofilia, constante, pero variable al comienzo de la enfermedad, que más tarde decrece lentamente a medida que los enfermos marchan a la cronicidad. Los anticuerpos específicos del suero sanguíneo de los enfermos comprobados por la Reacción de Fairley aparecen, según Mayer y Pifano, dos semanas después de haberse infectado el individuo.

1º *Tipo intestinal*. Se acompaña de sintomatología disenteriforme y hepato-esplénica, predominando aquella sobre ésta y de allí su nombre. Se produce en este tipo de la enfermedad una cirrosis hepática peri-portal, que es atribuida no solamente a los huevos sino también a las toxinas eliminadas por los vermes adultos. Los huevos de espolón lateral se encuentran constante y abundantemente en las materias fecales, debido a la existencia de gusanos machos y hembras en el organismo, siendo raros o ausentes en la fase final de la enfermedad. ("Etapa de reparación", cirrosis atrófica peri-portal).

2º *Tipo hepático*. Este tipo de la enfermedad representa el síndrome conocido con el nombre de Esplenomegalia Egipcia, muy frecuente en las zonas endémicas de *Schistosomiasis mansoni* de Egipto y que reviste aspectos clínicos muy parecidos, si no idénticos a la Enfermedad de Banti. Se ha discutido mucho su etiología y ma-

nera de producirse. Su aparición sería debida a la infección exclusiva o casi exclusivamente del organismo por vermes machos, atribuyéndose la cirrosis hepática que acompaña a la esplenomegalia—cuyas lesiones anatómo-patológicas difieren algo de las del tipo intestinal— a las toxinas elaboradas por dichos gusanos. No se observan aquí síntomas intestinales de índole disenteriforme y los huevos de espólón lateral son muy escasos o totalmente ausentes de las materias fecales.

Naturalmente que es muy difícil poder establecer una sistematización precisa que guarde estrecha relación con las muy variadas manifestaciones sintomáticas de la enfermedad. Sin embargo, tomando en cuenta el comportamiento hepato-esplénico —de capital importancia—, la presencia o ausencia de perturbaciones intestinales de carácter diarreico o disentérico y la abundancia, escasez o ausencia de huevos del parásito en los exámenes coprológicos, pueden diferenciarse cuatro tipos de individuos *schistosomíasicos*, a saber:

1) Casos con manifestaciones digestivas diversas, especialmente intestinales de tipo disentérico o diarreico, ligero ataque hepático, esplenomegalia discreta y abundantes huevos de *Schistosoma mansoni* en las heces. Estos casos pueden evolucionar hacia la atrofia hepática con ascitis, pero conservando su discreta hiperesplenía.

2) Casos con hepato-esplenomegalia, manifestaciones digestivas diversas, especialmente intestinales de tipo disentérico o diarreico, fenómenos hemorrágicos de aparición e intensidad variables y abundantes huevos de *Schistosoma mansoni* en las heces. Muchos de estos pacientes evolucionan hacia la atrofia hepática, con gran aumento de la hiperesplenía y aparición de ascitis.

3) Casos que presentan el mismo cuadro clínico anterior, pero con muy escasos huevos de *Schistosoma mansoni* en las heces y comportándose de la misma manera desde el punto de vista evolutivo.

4) Casos con hepato-esplenomegalia, fenómenos hemorrágicos de aparición e intensidad variables, pero sin manifestaciones intestinales sobre todo de tipo disentérico y ausencia completa de huevos de *Schistosoma mansoni* en las heces. Muchos de estos enfermos evolucionan también hacia la atrofia hepática, con gran esplenomegalia y ascitis.

De acuerdo con lo que han demostrado los estudios acerca de la *Schistosomiasis* experimental, es muy posible que algunos casos del grupo 3) hayan eliminado en anteriores fases evolutivas abundantes huevos de *Schistosomas* por las heces, tal como los del grupo 2) y que posteriormente, por los motivos apuntados sobre el comportamiento de los huevos en el organismo, tiendan a disminuir progresivamente y aun hasta desaparecer. Es natural que de suceder esta última posibilidad, ausencia completa de huevos, estos pa-

cientes pasarían a ser incluidos en el grupo 4), explicándose su desaparición por la muerte prematura de los vermes hembras, que como ya se ha dicho, tienen menor longevidad que los machos. No está demás advertir que los mismos procesos pueden ocurrir en enfermos pertenecientes —al ser examinados por primera vez— al grupo 2), en que como se ha visto, los huevos de *Schistosoma* son abundantes en esa fase del curso evolutivo de la afección, pero que luego puede también comenzar a disminuir progresivamente e incluso llegar a desaparecer totalmente. Si se recuerda, de igual manera, la posibilidad de infecciones *schistosomíasicas* producidas por vermes machos únicamente, se tendrá una segunda modalidad patogénica en la determinación de síndromes hepato-esplénicos bilharzianos con ausencia de huevos en las materias fecales.

Es indispensable la exposición de los hechos precedentes para la mejor comprensión del ensayo de clasificación anatomo-clínica que el autor adopta y que a su juicio, es la más cónsona con la realidad semiológica de la *Schistosomiasis mansoni* en Venezuela. En efecto, el estudio de los cuatro tipos de individuos *schistosomíasicos* arriba anotados y las consideraciones pertinentes de que han sido objeto, permiten formular la existencia de tres formas principales de la enfermedad:

1) *Schistosomiasis mansoni* en que las manifestaciones intestinales dominan el cuadro clínico. Corresponde al *tipo intestinal* de Girges y ha sido llamada *forma hepato-intestinal*.

2) *Schistosomiasis mansoni* de tipo hepato-esplénico sin manifestaciones intestinales. Corresponde al *tipo visceral o hepático* de Girges y ha sido denominada *forma hepato-esplénica pura*.

3) *Schistosomiasis mansoni* de tipo hepato-esplénico, pero con manifestaciones intestinales. Incluida por Girges en su *tipo visceral*, debido a que esta forma en Egipto presenta escasos huevos en las materias fecales. En vista de que este tipo de la enfermedad es muy frecuente en el país y difiere del correspondiente egipcio por la abundancia de huevos en las heces, se ha considerado más bien separadamente como un tipo mixto, en el que se encuentran reunidos los dos anteriores y de allí la denominación de *forma hepato-esplénica con manifestaciones intestinales o forma mixta* que el autor le ha asignado.

(Continuará).

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

INFORME DE LA COMISION QUE ESTUDIO LA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE LA HIGIENE MUNICIPAL

Bogotá, mayo 27 de 1943

Señores Académicos:

El señor Alcalde de la ciudad ha solicitado de la Corporación se le dé un concepto sobre la marcha y organización de los servicios de la Higiene Municipal, con el fin de aprovecharlo para un posible mejoramiento de los mismos, dentro de las posibilidades del presupuesto. Muestra con ello el Jefe del Ejecutivo de Bogotá el decidido interés por la Higiene pública y el acatamiento que le merecen las opiniones de esta Academia.

Designados para formar la Comisión encargada de hacer los respectivos estudios, pasamos a rendir el presente informe y a proponer a la consideración de la Academia las conclusiones a que hemos llegado.

La organización de los mencionados servicios fue dictada por el Acuerdo N° 59 del 1941, expedido por el Concejo Municipal en septiembre del mismo año, en el que se hizo la distribución de las Secciones, se asignó personal y funciones para cada una de ellas y finalmente se determinó una orientación general para el buen éxito de sus labores.

La Comisión, como es natural, comenzó su trabajo por el estudio del mencionado Acuerdo y halló que sus disposiciones constituyen normas muy convenientes para la marcha de los servicios y obedecen a un estudio muy meditado de los diversos problemas que tiene a su cargo la Higiene Municipal.

Al comparar las disposiciones de ese Acuerdo con la organización que está rigiendo, encontramos que la Sección 3ª Previsión Social, Educación Sanitaria y Propaganda fue suprimida en el Acuerdo N° 94 de 1941, sobre Presupuesto Municipal, lo que es de lamentar, dada la primordial importancia que tiene la educación higiénica en las labores de prevención y el valor que tienen para lograrla las conferencias, ya directas, ya por la radio, los folletos, carteles, etc.

Encontramos también que la Sección de Epidemiología ha tomado a su cargo el examen y expedición de certificados o carnets

de sanidad en perjuicio de sus propias actividades, siendo así que esa función corresponde a la Sección suprimida.

La Sección 5ª (Ingeniería Sanitaria) no está cumpliendo ninguna de las funciones que le señaló el Acuerdo orgánico y que son de extraordinaria importancia también en las actividades generales de la higiene pública. Sus conexiones con la Secretaría de Obras Públicas debieran ser aún más estrechas de lo que le señala el Acuerdo, a fin de que su intervención fuera obligatoria en todas las actividades que esta última tenga que desarrollar y que se relacione con la sanidad, (planos de casas y viviendas, obras de alcantarillados, etc., etc.).

Pasamos ahora a estudiar el funcionamiento general de las diversas dependencias de la Higiene Municipal con el fin de anotar las deficiencias que a nuestro juicio existen y las necesidades a que es preciso atender.

Carnets o Certificados de Sanidad. Este servicio, o mejor la implantación del Certificado de Sanidad, para determinados oficios y profesiones, debe sostenerse porque llena una necesidad indudable en materias de prevención, pero para su buen funcionamiento debe dotarse al servicio de personal propio y suficiente. Preferiríamos que los exámenes para el Certificado se practicaran por médicos graduados, pues consideramos que en éstos está más desarrollado el sentido de la responsabilidad que en los estudiantes o practicantes

El Certificado debe exigirse preferencialmente a todas las personas que trabajan en el comercio de artículos alimenticios, para los peluqueros y para el personal del servicio doméstico, especialmente para el que se dedica al cuidado de los niños. Pero creemos que a los sirvientes mujeres no debe sometérselas al examen genital, salvo en caso de sospechas fundadas, pues este reconocimiento lastima su pudor, que en ellas existe y debe respetarse, y despierta hostilidad contra esta medida higiénica. Sin embargo, creemos conveniente indicar y aceptar, que ese examen sea practicado por el médico consultante, acompañado, eso sí, de una enfermera que asista y lo presencie. Esta medida de prudencia es aconsejable aún para alejar la posibilidad de cualquier cargo o imputación al médico que lo practica.

En cuanto a Certificados para Libreta de Sanidad, expedidos por Médicos particulares, consideramos que debe hacerse un modelo especial que la Higiene Municipal editará y repartirá a los profesionales, modelo en el cual se anotarán los aparatos cuyo examen es más importante para asegurarse el estado de salud del interesado.

En relación con este mismo asunto y considerando la insuficiencia de los locales centrales, a donde acuden las personas nece-

sitadas del reconocimiento médico, la Comisión desearía que se estudiara la posibilidad de verificarlos en los consultorios de los Barrios.

Por motivos de ética profesional la Comisión es de concepto que los médicos al servicio de la Higiene Municipal no deben expedir Certificados de Sanidad, en su carácter particular porque el mismo cargo que desempeñan, los coloca, para estos efectos, en condiciones más ventajosas sobre los demás profesionales.

Laboratorios. Como los señaló el Acuerdo orgánico, en esta Sección debe buscarse la especialización técnica de jefes y ayudantes y de ahí que consideremos conveniente el traslado de ese personal de una sección a otra del mismo laboratorio.

Como deficiencia en el funcionamiento actual del laboratorio debemos señalar las restricciones que se le han hecho a la Sección de Leches, en la que solamente se practica el análisis cuantitativo de este alimento y aún en forma incompleta. Dada la importancia fundamental que tiene el control de la leche en toda labor de defensa de la salud y de la vida del niño, somos de opinión que esta Sección debe ampliarse convenientemente, y que en este ramo de actividad de Laboratorio debe darse cumplimiento a todas y en cada una de sus partes al Acuerdo N° 17 de 1939 que la Comisión considera como el mejor instrumento de que dispondría el Municipio para llegar algún día a obtener la higienización de tan primordial alimento.

Anotamos también que no existe el Laboratorio de Bromatología, no obstante que el Acuerdo orgánico dispuso su creación. No es posible que la capital de la República carezca de este precioso elemento de higiene y del cual están hoy provistas ciudades de menor importancia. El Control del pan, la leche, quesos, mantequilla, carne y otros alimentos de uso diario no puede efectuarse sin que haya un Laboratorio de Bromatología. Los habitantes de Bogotá desconocen totalmente cuáles son, no solamente la calidad de los alimentos que los nutren, sino también los componentes de esos alimentos. Tanto esos laboratorios como el de leche deberán siempre estar dirigidos por personal idóneo, para lo cual el país ya está preparado.

Respecto de los exámenes serológicos para el control de la sífilis, somos de opinión que deben quitarse al Laboratorio Municipal y centralizarse en el Instituto de Higiene Social (Hospital de la Samaritana), tanto por ser éste el que tiene a su cargo lo relativo a control de enfermedades venéreas, como para evitar desacuerdos en el resultado del examen, siempre posibles por la diversidad de técnicas, que suscitan un verdadero caos tanto para la Higiene como para el mismo interesado. Y en este mismo orden de ideas creemos que en ese mismo Instituto debe hacerse el control sanitario y expedición del respectivo carnet para el personal de danzarinas, hoy

adscritos, por razones que no entendemos a la Higiene Municipal.

No podríamos continuar nuestro informe sin hacer una marcada referencia a la ausencia completa que existe en la capital de la República de un hospital para enfermedades infecto-contagiosas. Solamente el ejercicio permanente de la profesión en la práctica civil nos puede dar la medida de la urgencia de este primordial elemento en la lucha contra las enfermedades comunicables y eficaz organismo para que la Sección de Epidemiología pueda funcionar correcta y científicamente. Cada día que pasa se hace más imperiosa la necesidad de este Hospital que no nos explicamos cómo no se ha puesto en ejecución su realización desde que se sancionó el Acuerdo 59 que previó su fundación en el propio Hospital de los Alisos, destinado a enfermos de viruela y por esto mismo desocupado en su totalidad en casi todos los meses del año.

Como los locales de la Higiene Municipal son insuficientes e inadecuados para atender al crecido número de personas que allí acuden en demanda de información, servicios, exámenes, etc., sería conveniente estudiar la manera de que algunas de esas actividades se realizaran en los Consultorios de los Barrios a fin de descongestionar la Oficina central.

Es preciso anotar que la mayor parte del presupuesto Municipal, llamado de higiene, se gasta en labores de asistencia social y que por lo tanto la higiene propiamente dicha no dispone de las crecidas partidas que aparentemente le están asignadas. Conviene se tenga presente esta circunstancia para justificar el aumento que es preciso solicitar si queremos que las secciones respectivas cumplan a cabalidad sus funciones.

Toda esta labor de asistencia social está adscrita a la Sección de Protección Infantil y debido a sus múltiples e importantes actividades ésta dispone del personal más numeroso de médicos y enfermeras. A ella corresponde también el Patronato del niño, Institución regida por Estatutos propios y cuya creación obedeció a la necesidad de aunar todos los esfuerzos tendientes a resolver los problemas del niño en todos los aspectos. Pero tenemos entendido que la institución, a pesar de las nobles finalidades que persigue, no ha tenido el suficiente desarrollo y más bien parece haberse olvidado. La Comisión desearía una acción más enérgica y decidida por parte de la dirección de esas oficinas para lograr la realización de los propósitos que motivaron la creación del Patronato y lograr, por este medio, la rebaja del índice de mortalidad infantil y un progreso más efectivo en las campañas de protección infantil.

Uno de los pensamientos que más se han acariciado por el actual Jefe del Ejecutivo Municipal ha sido el de elevar la Dirección de Higiene Municipal a la categoría de Secretaría, sacándola así de la penuria en que ha vivido siempre como modesta posición en

el rodaje municipal. Compartimos, en la forma más entusiasta esta iniciativa del señor Alcalde, ya que uno de nosotros propugnó por ello en las sesiones del Concejo de 1939 a 1941 sin lograr que se realizara por ser necesaria la autorización mediante ley especial. La Comisión quiere insinuar al señor Alcalde de Bogotá haga lo posible por la realización de su idea en las próximas sesiones del Congreso.

Dentro de este mismo espíritu debe considerarse también la posibilidad de dotar a la Higiene Municipal de un edificio amplio y apropiado, en donde puedan desarrollarse todas las actividades que previó el acuerdo tantas veces citado, insistiendo especialmente en lo que se refiere a Laboratorios.

Concluimos haciendo una enumeración de las necesidades que, en nuestro concepto, deben satisfacer en los servicios de la Higiene Municipal, las que sometemos a la consideración de la Academia como conclusiones de este informe.

1ª Restablecimiento de la Sección de Previsión Social, educación Sanitaria y Propaganda, dotándola del personal y presupuesto necesarios, y aplicación completa del Acuerdo 59 de 1941.

2ª Funcionamiento de la Sección de Ingeniería Sanitaria, buscando la manera de darle autonomía suficiente para que la Secretaría de Obras Públicas se someta a sus decisiones en todos los problemas y actividades que se relacionan con la sanidad.

3ª Fundación del Laboratorio de Bromatología con los elementos necesarios y bajo dirección especializada.

4ª Ampliación del Laboratorio de leches también bajo la dirección de especialistas, de modo que en él puedan hacerse todos los exámenes necesarios para el control higiénico de este alimento.

5ª Dotación de un vehículo de transporte para la inspección sanitaria de leches de modo que pueda movilizarse fácilmente su personal de agentes y permita la conducción cómoda de todos los utensilios necesario para su labor de control.

6ª Centralización en el Instituto de Higiene Social de los exámenes serológicos para el control de sífilis, y del reconocimiento sanitario del gremio de danzarinas.

7ª Estudio de la legislación sanitaria con el fin de buscar las modificaciones de procedimiento que simplifiquen y hagan efectivas las sanciones para los infractores de la higiene.

8ª Apropiación de las partidas suficientes para el mejoramiento de las labores de las secciones que hoy funcionan y para el restablecimiento de las que faltan, tomando en cuenta las disposiciones del Acuerdo 59 y las funciones que éste les señaló.

9ª Dentro de las posibilidades económicas del Municipio dotar a la Higiene Municipal de un edificio apropiado para sus servicios.

10ª Elevar la Dirección de Higiene Municipal a la categoría

de Secretaría de Higiene y Asistencia Pública, previa autorización legal respectiva.

11^a Fundación de un hospital para enfermedades infectocontagiosas, aprovechando, si es posible, el edificio de los alisos con las ampliaciones y demás obras necesarias para su adaptación.

12^a Creación de un cuerpo de policía sanitaria de cien unidades, con las mismas atribuciones de la Policía Nacional debidamente uniformada y a órdenes del Director de Higiene Municipal. Estos agentes deberán ser previamente preparados en un curso que se abrirá para ese fin.

13^a Consecución de becas permanentes de preferencia en los Estados Unidos, para que los funcionarios de higiene y los que aspiren a especializarse en ese ramo, sigan cursos de perfeccionamiento que los capacite para poner al servicio de la higiene municipal y del país en general, los conocimientos técnicos que hoy son de rigor para el buen éxito de las labores sanitarias.

Estos cursos serían el complemento de la carrera de higienista que debe comenzar en la Facultad de Medicina y en los centros de higiene.

Por el texto de este informe, la Academia puede ver el deseo de la Comisión de que la Higiene Municipal siga las normas y derroteros trazados por el Acuerdo N^o 59 de 1941, y que para ello se la dote con generosidad, de los elementos y recursos que son indispensables a la obra sanitaria.

Señores Académicos,

Jorge Bejarano

Vuestra Comisión:

Julio Aparicio

ACTA FINAL DEL PRIMER CONGRESO INTERAMERICANO
DE RADIOLOGIA REUNIDO EN LA CIUDAD DE BUENOS
AIRES, CAPITAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA, DEL
17 AL 22 DE OCTUBRE DE 1943

Por iniciativa de la Sociedad Argentina de Radiología el Ministerio de Relaciones Exteriores de la República Argentina hizo llegar, por vía diplomática, la invitación que esa entidad formulaba a las asociaciones similares de las Repúblicas americanas para reunirse en Congreso en la Ciudad de Buenos Aires, con el fin de favorecer la cooperación técnica entre ella y los especialistas de la materia.

Aceptada la invitación bajo el auspicio oficial del Gobierno de la República Argentina, ejerciendo la presidencia el doctor José F. Merlo Gómez, y actuando como secretario el doctor Oscar F. Noguera, concurrieron al mismo como delegados los señores que a continuación se indican:

República Argentina:

Doctor José F. Merlo Gómez, Presidente; doctor Oscar F. Noguera, Secretario; doctor Manuel F. Terrizzano, Delegado; doctor Carlos H. Niseggi, Delegado; doctor Eduardo Lanari, Delegado; doctor Pedro A. Maissa, Delegado; doctor José Guardado, Delegado; doctor Guido Gotta, Delegado; doctor Adolfo J. Burlando, Delegado. Por la Provincia de Jujuy: doctor Carlos A. Sánchez de Bustamante. Por la Universidad Nacional de Buenos Aires, doctor Humberto H. Carell. Por la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, doctor Humberto H. Carell. Por la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, doctor Pedro A. Maissa. Por la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba, doctor Victorio Brachetta; doctor David L. Caro; doctor Sabino Di Rienzo. Por la Facultad de Medicina del Litoral, doctor Mario Vignoles. Por la Facultad de Medicina de la Plata, doctor José P. Uslenghi; doctor Victorio Nacif. Por Administración Sanitaria y Asistencia Social de Rosario, doctor Marigo Vignoles; doctor Francisco Cifarelli.

Estados Unidos del Brasil:

Doctor Nicola Caminha, Presidente; doctor Julio Rodríguez M., Delegado; doctor Ozolando Machado, Delegado; por el Estado

de Matto Grosso, doctor Alcindo Figueiredo, Delegado; por el Estado de Río Grande do Sul, doctor Alvaro Barcellos Ferreira, presidente; doctor Carlos Osorio López, Delegado; doctor Norberto Pegas, Delegado; doctor Mario Marquez Fernández, Delegado. Por el Estado de Sao Paulo, doctor Nelson de Carvalho, Delegado; doctor Moretzshon de Castro, Delegado.

República de Chile:

Doctor Leonardo Guzmán, Presidente; doctor Albreto Ricci Ferrari, Delegado; doctor Félix Daza Brantes, Delegado; doctor Aníbal Toledo Henderson, Delegado; doctor Otto Riedel Siucke, Delegado; doctor Jorge Guzmán Polloni, Delegado; doctor Manuel Mella Velloso, Delegado; doctor Melchor Riera, Delegado; doctor Humberto Arellano Celis, Delegado. Por la Sociedad Chilena de Radiología, doctor Luis Opazo Pardo, Delegado; doctor Leonardo Guzmán Cortés, Delegado; doctor Félix Daza Brantes, Delegado; doctor Alberto Ricci Ferrari, Delegado; doctor Otto Riedel Siucke, Delegado; doctor Aníbal Toledo Henderson, Delegado; doctor Jorge Guzmán Polloni, Delegado; doctor Jorge Gundelach Escares, Delegado; doctor Manuel Mella Velloso, Delegado; doctor Melchor Riera Bauzá, Delegado.

República de Colombia:

Doctor Gonzalo Esguerra Gómez.

República de Costa Rica:

Doctor Saúl Betinotti.

República de Cuba:

Doctor Nicolás Puente Duany, Presidente; doctor Ernesto Fonts Abreu, Delegado; doctor C. Rodríguez Remus, Delegado.

República del Ecuador:

Doctor Julio Mata Martínez.

República de Guatemala:

S. E. el Enviado Extraordinario y Plenipotenciario doctor Manuel Arroyo.

República de México:

S. E. el Embajador Extraordinario y Plenipotenciario doctor Carlos Darío Ojeda.

República de Nicaragua:

S. E. el Enviado Extraordinario y Ministro Plenipotenciario doctor Rubén Darío.

República de Panamá:

Doctor J. J. Vallarino.

República del Paraguay:

Por la Facultad de Ciencias Médicas de Asunción, doctor Quirno Codas Thompson.

República del Perú:

Doctor Oscar Soto.

República Dominicana:

Doctor José G. Sobá.

República Oriental del Uruguay:

Doctor Carlos Butler, Presidente; doctor Eugenio R. Zerboni, Delegado; doctor Alfonso Frangella, Delegado.

La Conferencia realizó su sesión inaugural el 17 de octubre de 1943, con asistencia del señor Edecán Naval, Capitán de Fragata D. Pedro Insusarry en representación del Excmo. señor Presidente de la Nación; Rector de la Universidad de Buenos Aires, doctor Alfredo Labougle; Interventor de la Facultad de Ciencias Médicas, doctor Juan Bacigalupo e invitados especiales.

En las sesiones el Congreso se ocupó de los siguientes temas;

1º Radiodiagnóstico de las afecciones de la columna vertebral.

2º Cáncer de la mama: Tratamiento y resultados.

3º Radiodiagnóstico de las afecciones inflamatorias del intestino.

4º La enseñanza de la Radiología en América.

Fueron sus relatores los señores delegados: al 1er. Tema los doctores: Sabino Di Rienzo (Argentina): Brucelosis de la columna vertebral: Luis Opazo (Chile): Radiología de la columna vertebral. Neoplasias: Nicola Caminha (Brasil): O Diagnóstico radiológico dos tumores medulares, a radiografías simples (excluída a mielografía).

Colaboraron al 1er. Tema: doctor Toledo Henderson (Chile): Hernias del núcleo pulposo: doctor Mario Cassioni (Uruguay). Enfermedades de la columna vertebral: doctor Fernando Corsellas (Argentina): Tumores malignos primitivos del raquis; doctores Puriel, Risso y Espasandín (Uruguay): Espondilitis Brucelósica;

doctor Riera Bauzá (Chile): Estudio sobre algunas enfermedades no infecciosas de la columna vertebral: doctores García Capurro, Vásquez Piera y Tiscornia (Uruguay): Estudio radiológico de la articulación lumbosacra): doctores Juan Purriel, Rogelio Rizzo y Joaquín Espasandin (Uruguay): Radio diagnóstico de las afecciones de la columna vertebral. Al 2º Tema los doctores: Carlos Butler (Uruguay): Radio y curieterapia del cáncer de mama; N. Puente Duany, E. Fonts Abreu y R. Cañizares Verson (Cuba): Tratamiento y resultados en cáncer de mama: Nelson de Carvalho (Brasil); Cáncer de mama: Tratamiento y resultados; Leonardo Guzmán (Chile), Cáncer de mama: Tratamiento y resultados.

Colaboraron al 2º Tema: doctores Alfonso C. Frangella y Gerardo Caprio (Uruguay); Cáncer de mama: doctores Manuel y Arturo Terrizano (Argentina): La Castración en el tratamiento radiante del neo de mama.

Discusión: doctores F. P. Cifarell y A. A. Fujadas (Argentina):

Sobre los resultados de la radioterapia del cáncer mamario.

Presentación de Radiologías: doctores Martínez Pizano y Vásquez Piera (Uruguay): Diagnóstico radiológico de los tumores de la cavidad uterina.

Al 3er. Tema: los doctores: Gonzalo Esguerra Gómez (Colombia): Diagnóstico radiológico de la apendicitis crónica: J. J. Vallarino (Panamá): Aspectos radiológicos de la colitis amibiana: Pedro A. Maissa (Argentina): Radiodiagnóstico de las afecciones inflamatorias del yeyuno-ileon.

Colaboración al 3er. Tema: doctor Gonzalo Elizondo Marbel (Cuba): Tumores inflamatorios del colon; doctor Nicola Caminha (Brasil): La tuberculosis ileocecal; doctor Adolfo J. Burlando (Argentina): La aceleración del tránsito yeyunoileal; doctor Hernán Cuevas Ramírez (Chile): Estudio radiológico de la mucosa del colon; doctor José M. Oviedo Bustos (Argentina): Fisiopatología radiológica ileocecal; doctores Moretzshon de Castro y José Fernández Fontes (Brasil) Contribuicao al estudio da sitio-radiología do intestino delgado. Observacao cine-radiográfica do transito interino en individuos normais emem casos patológicos.

Discusión: doctor Carlos Osorio López (Brasil): Prueba del peristaltismo provocado en la tuberculosis.

Al 4º Tema: los doctores: Oscar Soto (Perú): La enseñanza de la radiología en América; José Mortzshon de Castro e Ing. José Jany (Brasil): O Método brasileiro de cine-radiografía clínica. Colaboraron al 4º Tema: doctor Moretzshon de Castro (Brasil): Cine-radiografía e ensino da radiología; doctor Mario Vignoles (Argentina): La enseñanza de la radiología en América; doctor Tomás Varsi (Argentina): La iniciación de la radiología en la Argentina; doctor

José L. Molinari (Argentina): La historia de la electro-radiología en la Argentina; doctor Oscar F. Noguera (Argentina): Una página inédita de la radiología Argentina.

Discusión: doctor Félix Daza (Chile): Historia y presentación de la primera radiografía tomada en Chile.

En la reunión celebrada por los señores Presidente de las delegaciones, antes de la reunión pública de clausura, el 22 de octubre de 1943, se aprobaron las resoluciones, recomendaciones y votos que a continuación se transcriben:

I

Estatuto y reglamento de los Congresos interamericanos de Radiología.

El Primer Congreso Interamericano de Radiología,

RESUELVE:

Aprobar el estatuto y reglamento de los congresos interamericanos de radiología, preparados por la Sociedad Argentina de Radiología.

II

Colegio Interamericano de Radiólogos

El Primer Congreso Interamericano de Radiología,

RESUELVE:

1. La creación de una entidad que tenga por objeto la asociación de los médicos radiólogos para velar por los fueros de la Radiología en sus respectivos países. Dicha entidad se denominará *Colegio Interamericano de Radiólogos*, con sede en la Ciudad de Buenos Aires, Capital de la República Argentina.

2. La constitución de un comité previsorio encargado de la organización y reglamentación de la misma entidad.

3. Este comité queda constituido por los siguientes señores delegados: doctor José F. Merlo Gómez, Presidente, doctor José Saralegui (Argentina); doctor Pedro Fariñas (Cuba); doctor Julio Mata Martínez (Ecuador); y doctor Carlos Butler (Uruguay). En caso de impedimento de cualquiera de las personas nombradas, la que se encuentre en esa situación podrá designar su reemplazante.

4. El comité previsorio quedará encargado de establecer un reglamento dentro del plazo máximo de un año, el que será comuni-

cado a cada uno de sus afiliados, mediante las Sociedades de Radiología, o a falta de ellas de un radiólogo caracterizado del país respectivo, escogido por el Comité.

5. Este reglamento entrará en vigencia desde que sea conocido, por sus asociados, debiendo ser aprobado en forma definitiva en sesión especial del próximo Congreso Interamericano de Radiología.

Leyes de Protección a los Médicos y Auxiliares de Radiología.

CONSIDERANDO:

Que hay necesidad de proteger a los médicos radiólogos y personal auxiliar de las consecuencias que ocasiona las labores de radiología (Roentgen y Radium-Terapia).

Que en algunos países americanos se han dictado leyes relacionadas con esta materia,

El Primer Congreso Interamericano de Radiología,

RESUELVE:

Auspiciar en los diversos países americanos la dictación de leyes de protección a los médicos y auxiliares de radiología.

IV

Legislación y enseñanza obligatoria de la Radiología.

El Primer Congreso Interamericano de Radiología,

RECOMIENDA:

1. Propiciar la enseñanza obligatoria de la radiología desde el doble punto de vista del diagnóstico y del tratamiento:

2. Propiciar la Legislación que determine las condiciones que deben exigirse para ejercer la especialidad de radiología, ya sea en el campo del diagnóstico ya sea en el de la terapia; y

3. Propiciar la legislación que proteja en sus derechos a los médicos y auxiliares de Radiología.

V

Diploma de Radiología para los médicos que sigan los cursos de perfeccionamiento de la materia.

El Primer Congreso Interamericano de Radiología,

RECOMIENDA:

A las facultades de Medicina que instituyan un Diploma de Radiología para los profesionales que hayan cumplido con los requi-

sitos de la enseñanza de perfeccionamiento, sin cuyo diploma ningún profesional podrá desempeñar un cargo docente o asistencial radiológico.

VI

Jubilación especial para los radiólogos.

En atención a los riesgos y peligros especiales a la labor médico-radiológica.

El Primer Congreso Interamericano de Radiología,

RECOMIENDA :

Que tanto el personal docente como todos los radiólogos en actividad tengan derecho a solicitar su jubilación a los 15 años de ejercicio profesional —20 a lo sumo— con los mismos derechos y prerrogativas que les corresponderían al cumplir su ciclo legal en actual vigencia. Cuando se acumulen servicios radiológicos con otros que no lo sean, en el conjunto total se considerará doble el tiempo de los primeros.

VII

Publicación de trabajos en la Revista "Radiológica".

Teniendo en cuenta las dificultades que existen para conocer los trabajos de radiología que publican los radiólogos de Latinoamérica,

El Primer Congreso Interamericano de Radiología,

RECOMIENDA :

1. Que los radiólogos de Latinoamérica, mientras en sus países respectivos no existan revistas especializadas en radiología, publiquen sus trabajos en la revista "Radiología", que se edita en Buenos Aires;
2. Que en esos países se cree un Comité de redacción encargado de seleccionar los trabajos y hacerlos conocer.

VIII

Comisiones especiales de radioterapeutas para estudiar el tratamiento del cáncer de mama.

CONSIDERANDO :

Que el tratamiento del cáncer de mama, tratamiento que como sabemos puede ser el dominio del Roentgen-terapeuta o del cirujano

no según sea el grado de malignidad de la neoplasia o su estado de evolución;

Que existen de tiempo atrás fórmulas aceptadas, como la de Yüngling basa en una clasificación anatomo-clínica, la de Haggensen basada en una clasificación Clínico-Quirúrgica; y

No existiendo un acuerdo Roentgen-Quirúrgico sobre las indicaciones concretas,

El Primer Congreso Interamericano de Radiología,

RECOMIENDA :

Propiciar la formación en cada uno de los países en él representados de una comisión de radioterapeutas que, en colaboración con las sociedades quirúrgicas, estudien el tratamiento del cáncer de mama y formulen sus conclusiones en el próximo Congreso Interamericano de Radiología.

IX

Temas del Segundo Congreso Interamericano de Radiología.

El Primer Congreso Interamericano de Radiología,

RESUELVE :

Fijar para el Segundo Congreso Interamericano de Radiología los siguientes temas :

1. Diagnóstico y tratamiento de los tumores óseos.
2. El diagnóstico precoz del cáncer gástrico.

X

Sede del Segundo Congreso Interamericano de Radiología.

El Primer Congreso Interamericano de Radiología,

RESUELVE :

Que la sede del próximo Congreso sea la Ciudad de La Habana (Cuba) y en el caso eventual de no poderse realizar en ella, la de Santiago (Chile).

XI

Insignia oficial de los congresos interamericanos de Radiología.

El Primer Congreso Interamericano de Radiología,

RESUELVE :

Adoptar como insignia oficial de los Congresos Interamericanos de Radiología la usada en el Primer Congreso Interamericano

de Radiología celebrado en la Ciudad de Buenos Aires, capital de la República Argentina.

XII

Homenajes a las víctimas de la Radiología.

El Primer Congreso Interamericano de Radiología,

por indicación especial de su presidente se puso en pie en homenaje a las víctimas de la radiología en América.

El Primer Congreso Interamericano de Radiología,

Propone que en el cincuentenario del descubrimiento de los rayos Roentgen se coloque una placa en el monumento en memoria de las víctimas de las radiaciones en América, inaugurado durante este Congreso, con el nombre de ellas y encomienda al Comité Ejecutivo argentino ofrende en su nombre el justiciero homenaje.

XIII

Homenaje con motivo del cincuentenario del descubrimiento de los Rayos Roentgen.

El Primer Congreso Interamericano de Radiología,

En atención a que en el año 1945 se cumple el cincuentenario del descubrimiento de los Rayos Roentgen y como homenaje especial a ese trascendental acontecimiento, faculta al Comité Ejecutivo encargado de la organización del segundo Congreso Interamericano de Radiología a convocarlo para esa fecha en lugar de hacerlo para el año 1946, como corresponde por los estatutos.

XIV

Agradecimiento a los gobiernos de los países americanos.

El Primer Congreso Interamericano de Radiología,

Por invitación de su presidente, agradece a los Gobiernos de los países americanos el interés que han demostrado y la valiosa colaboración que han prestado para el mejor éxito del Congreso.

XV

Voto de aplauso y reconocimiento al Presidente doctor José F. Merlo Gómez y demás organizadores del Congreso.

El Primer Congreso Interamericano de Radiología,

Formula un voto de aplauso y reconocimiento al Presidente doctor José F. Merlo Gómez por la labor que ha realizado para su

reunión, por los elementos ofrecidos para facilitar el desarrollo de los temas tratados, por el importante material científico acumulado y por las conclusiones acordadas. Se hace extensivo este aplauso a los demás organizadores.

Agradece, a sí mismo, las atenciones personales que han dispensado a los delegados y como prueba de reconocimiento, se deja constancia de la entrega al doctor Merlo Gómez de un pergamino recordatorio.

* * *

En fe de lo cual, los señores presidentes de delegaciones oficiales, firman la presente Acta Final, hecha en español, en Buenos Aires, capital de la República Argentina, el veintidós de octubre de mil novecientos cuarenta y tres.

República Argentina:

Doctor José F. Merlo Gómez, Presidente.

Brasil:

Doctor Nicola Caminha, Presidente.

Chile:

Doctor Leonardo Guzmán, Presidente.

Colombia:

Doctor Gonzalo Esguerra Gómez, Presidente.

Costa Rica:

Doctor Saúl Betinoti, Presidente.

Cuba:

Doctor Nicolás Puente Duany, Presidente.

Ecuador:

Doctor Julio Mata Martínez, Presidente.

Guatemala:

Doctor Manuel Arroyo, Presidente.

Nicaragua:

Doctor Rubén Darío, Presidente.

Panamá:

Doctor J. J. Vallarino, Presidente.

Paraguay:

Doctor Quirno Cudas Thompson, Presidente.

Perú:

Doctor Oscar Soto, Presidente.

República Dominicana:

Doctor José G. Sobá, Presidente.

Uruguay:

Doctor Carlos Butler, Presidente.

Méjico:

Doctor Carlos Darío Ojeda, Presidente.

Doctor Oscar F. Noguera, Secretario General.

DOCTOR GONZALO MEJIA

Es con el más profundo dolor como la REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, registra la muerte del doctor Gonzalo Mejía, distinguido médico, acaecida en Cali en los últimos días del mes pasado.

Tanto el Cuerpo médico de aquella ciudad, como la Sociedad entera, han deplorado en forma sincera y manifiesta la pena que les embarga haciendo un cálido homenaje a los restos mortales de quien fué un verdadero clínico y un noble apóstol de nuestra profesión.

La REVISTA DE LA FACULTAD se une pues, al duelo de los colegas de Cali, y acoge, como suyas, las palabras pronunciadas en el Cementerio por el doctor José Ignacio Vernaza.

Cali, noviembre 30 de 1943

Señor doctor Jorge Bejarano.—Bogotá.

Mi querido colega y amigo:

No se si sepa de la muerte de nuestro colega el doctor Gonzalo Mejía, quien nos dejó hace tres días. Muy de sentir la muerte de este gran clínico y abnegado apóstol de la medicina.

Como creo un deber rendirle un homenaje, le incluyo el discurso que pronuncié ante su cadáver para si lo tiene a bien insertarlo allá en alguna publicación científica o algún periódico.

Consérvese bien, en ésta a sus órdenes y mande a su amigo afmo. y colega,

José Ignacio Vernaza

Imposible no cerrar esta tumba con unas breves palabras de dolor, que labios agradecidos han exigido que digamos.

Aun para quienes miran estos acontecimientos de la muerte como un fenómeno natural que tiene que cumplirse inevitablemente, no pueden pasar inadvertidas ciertas desapariciones.

La muerte del doctor Gonzalo Mejía Caicedo es una gran pér-

dida para la ciencia médica colombiana y un rudo golpe para la ciudad de Cali en donde él ejerció su apostolado.

Su apostolado, hemos dicho! Efectivamente el doctor Mejía Caicedo no vio en la ciencia médica sino una manera de hacer el bien, jamás una consigna de especulación o comercio. Con el dolor no se especula y él fue una reacción viviente contra aquellos que imaginan que la medicina es puerta abierta para ejercitar los menesteres del agio. Por eso nos seduce especialmente su vocación de médico!

Todo en él era abnegación y caridad, realizando a la perfección la sublime consigna que debe imponerse todo aquel que alivie a la humanidad en su lucha contra la muerte. Por cumplir esa consigna, ha caído. En altas horas de la noche, ya con una afección gripal, salió de su hogar a recetar un paciente pobrísimo. El frío de la noche le produjo la neumonía que descompensó el corazón y se lo llevó a la tumba.

El doctor Mejía Caicedo fue un profesional que en su carrera no se dedicó a ninguna otra actividad extraña al ejercicio de la medicina. El no tuvo la flaqueza que hemos tenido otros médicos de cambiar tan noble profesión por el desastroso ajetreo de la política. Fue solo un médico, pero un médico en la más alta concepción de la palabra. Desde los claustros de Santa Inés y de San Juan de Dios en Bogotá, donde fue modelo de estudiantes y en donde vimos a este colega como al hombre de ciencia vocacional, no pensó sino en ahondar en los más serios y difíciles problemas de la clínica, hasta alcanzar en esa rama de la medicina una autoridad inapelable. Dijérase que su sagacidad suplía la carencia de otros medios de diagnóstico, como el radium que expone ante los ojos del clínico inseguro, la certeza objetiva del caso que se estudia, hasta lograr la eutenia ambicionada.

No hubo junta de médicos en la cual no se oyese su concepto siempre seguro, como también dispuesto a su misma rectificación, por el frío análisis que debe hacer el buen clínico de su propio diagnóstico, con aquella diáfana humildad que aconseja Dieulafoy para los diagnosticadores inapelables, cuyo orgullo se cifra en una eutanasia lenta y progresiva para el enfermo.

La profesión de médico es una cátedra de perenne estudio. Un detalle, el más insignificante, puede resolver una situación. El médico a este respecto debe ser el más paciente, suave y cauto de los investigadores y no le es lícito amanerarse, como los que llegan al lecho del paciente, toman el pulso, ponen el termómetro y prescriben el mandato de una receta con la especificidad ya fabricada. Junto al enfermo tiene el buen médico un laboratorio expuesto para el diario análisis, allí está la incógnita por descifrar. Eso hacía en todo momento Mejía Caicedo y por eso acertaba siempre, gozan-

en Cali y en el Valle de una merecida fama como el primero de los clínicos.

El 28 de este mes cumplía sus bodas de plata profesionales, pues se graduó en Bogotá ese día en el año de 1918. Revisando su diploma he visto en él los nombres de maestros que ya descansan el sueño eterno: Pompilio Martínez, el gran cirujano; Juan David Herrera, maestro de maestros; Luis Uricoechea, Julio Manrique, Julio Aparicio el único vivo. Un cuarto de siglo en lucha contra la muerte, sin abandonar un solo día la trinchera! Y qué lucha tan imposible y desigual es al de un médico. Siempre vencido por los proyectiles de la enemiga omnipotente, no cesa en su porfía. Derrotado de todas las horas, defiende sin embargo la fortaleza humana contra el ejército microbiano, con más valor y coraje que esos estrategias que de toda pulgada del terreno hacen una fortaleza y no la abandonan sino en escombros.

También el defensor ha muerto! Pero qué muerte tan edificante la suya! Presidía la última junta el Médico Divino, con el óleo santo que unge la carne mortal de los agonizantes, ese Divino Diagnosticador en el cual creyó con fe sincera y honda Mejía Caicedo, como es de rigor que crea el auténtico hombre de ciencia, como creyó Pasteur, quien solía decir siempre a sus discípulos: "cada que más estudio y más aprendo, mas me acerco a Dios". Así fué siempre en la práctica de su rito, edificaba viéndolo oír misa y con la filosofía del creyente rebatía todas las objeciones que se le hacían a su credo.

No ambicionó nunca tener más honores que el supremo de ser médico. Nació en Tuluá, muere de 54 años y cuando todavía hubiera podido rendir una jornada de mayor abundancia Cali ha perdido no un médico sino, como decíamos al principio de estas dolientes frases, un apóstol de la caridad. La ciencia médica colombiana sufre también una pérdida de gran magnitud y cuantos supimos cuáles eran los quilates de su alma su doctrina y su abnegado corazón, un amigo y un colega irreparables.

En la página de honores, escrita con lágrimas de agradecimiento y que el pueblo de Cali debe dictar para este muerto, tendrá que leerse un comentario inevitable: "y por cuanto fuiste un benefactor nuestro, que Dios te dé la eterna recompensa".

Y yo, colega inolvidable, dejo sobre tu sepulcro la corona de mi oración, que es la más bella e inmarchitable de todas las ofrendas.

José Ignacio Bernaza

REVISTA DE TESIS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BOGOTA

(Los nuevos doctores de cuyas tesis se publiquen las conclusiones, tienen derecho a 5 ejemplares de la revista correspondiente y deben reclamarlos oportunamente en la Biblioteca de la Facultad o solicitar su envío por correo).

NIÑOS CONVIVIENTES CON ENFERMOS DE LEPROA

Tesis de grado, declarada Meritoria. 1943. — Por Elías Becerra Plazas.

Esta tesis contiene: 4 figuras. 12 cuadros. 10 referencias bibliográficas.

Títulos: Médico Domiciliario del Lazareto de Agua de Dios, en el año de 1933. — Médico Visitador del Dispensario antileproso del Cauca, en el año de 1936. — Médico Ayudante de la Sección Tercera de Leprosia, en el año de 1937. — Director del Dispensario antileproso de Boyacá, en el año de 1938. — Médico Auxiliar del Lazareto de Contratación, desde el año de 1941 hasta el presente año de 1943.

Resumen:

El resumen general de nuestros trabajos es el siguiente:

Practicamos las intra-dermo-reacciones de Mitsuda y Mantoux en 488 niños que habían tenido contacto con enfermos de lepra, y en 352 sanos de lepra y, hasta donde fue posible averiguar, sin convivencia con leproso.

Usamos la técnica de Muir para la preparación de la lepromina.

Tomamos 0,1 c. c. tanto de lepromina como de tuberculina, para la inoculación a cada niño. Leímos la reacción de Mitsuda a la tercera semana de la inyección. La de Mantoux, a las 48 horas.

Consideramos como reacción positiva de Mitsuda, la que presentaba una induración papulosa o nodular de coloración rojo violácea y de diámetro no menor de 5 m. m. Y Mantoux positiva, la que presentaba un halo eritematoso infiltrado no menor de 10 m. m.

Observamos en los *niños convivientes* con leproso, reacciones intensamente positivas, con formación de nódulo grande que, en la mayoría de los casos, se ulceraba.

En el grupo de *niños que no habían tenido contacto* con enfermos, las reacciones fueron en su mayoría de mediana intensidad.

En los convivientes, el porcentaje de reacciones positivas de Mitsuda, alcanzó a 60,9%; y las negativas a 39,1%.

En los *nó convivientes*, las positivas fueron de 39,66%; y las negativas, de 60,24%.

En el estudio comparativo de ambas pruebas, en los convivientes predominaron las discordantes: 52,1%. En los no convivientes, las reacciones comparativas concordaron en un porcentaje de 68,07%.

Conclusiones:

PRIMERA.—La intra-dermo-reacción de Mitsuda positiva en niños convivientes con leproso, descubre un estado alérgico del organismo frente al "Myco-bacterium leprae": un poder de resistencia del tejido sano a los bacilos.

Los resultados discordantes con la reacción de Mantoux hacen pensar que no existe cosensibilización de grupo.

SEGUNDA.—La prueba de Mitsuda negativa, en niños convivientes con enfermos de lepra, y en discordancia con la de Mantoux, indica estado anérgico. Estos niños deben observarse y examinarse periódicamente para la lepra.

TERCERA.—En los niños no convivientes, ambas reacciones concuerdan en un elevado porcentaje. En estos casos, la intra-dermo-reacción de Mitsuda indica en sus resultados la existencia de un factor que influye sobre el antígeno de bacilos de Hansen. En nuestro trabajo, el bacilo de Koch. Hay, pues, cosensibilización de grupo, y la reacción de Mitsuda carece de valor.

CUARTA.—La reacción de la lepromina es valioso auxiliar para clasificar las formas clínicas de la enfermedad.

QUINTA.—La reacción de Mitsuda, hecha con toda la técnica, orienta el pronóstico de los convivientes, en relación con la posible infección leprosa.

CLASIFICACION DE BACILO DE KOCH AISLADO DE LESIONES HUMANAS Y OTRAS OBSERVACIONES

Tesis de grado, declarada Meritoria. — Por Fabio Isaza Duque.

Esta tesis contiene: 7 cuadros. 120 Referencias bibliográficas.

Títulos: Practicante externo, por concurso, de Clínica Médica. (Servicio del Profesor Edmundo Rico). Año de 1939. — Practicante interno, por concurso, de la Clínica de Enfermedades Tropicales (Servicio del Profesor Luis Patiño Camargo). Año de 1941. — Practicante Permanente del Consultorio Externo de Higiene Social de Cundinamarca, por nombramiento. Año de 1942. — Practicante interno, por nombramiento, de la Clínica Obstétrica. (Servicio de los Profesores José del C. Acosta y Carlos J. Mojica). Año 1942-1943. — Miembro de número de la Sociedad de Internos de los Hospitales.

Resumen y Conclusiones:

I

1—Los caracteres morfológicos del Bacilo de Koch, no permiten hacer la clasificación en sus diferentes tipos.

2—No existe relación alguna entre el número de granulaciones del Bacilo Tuberculoso, cuando éste proviene directamente de la lesión, y el estado evolutivo de la misma, como lo afirma Floriani.

3—En la investigación del bacilo, en los esputos, el examen directo sólo da un 1% de error aproximadamente, en relación con la homogenización.

4—El método de homogenización de Petroff es de técnica sencilla y de resultados superiores al método de Sáenz; no siendo útil este último para la investigación del bacilo en el sedimento.

5—Es preferible lavar con solución salina el sedimento, después de la homogenización con la soda, pues al tiempo que se desembarazan los bacilos de substancias químicas, se evitan los cambios de Ph del medio de cultivo.

II

6—Los mejores medios de cultivo para el aislamiento y clasificación del bacilo de la tuberculosis son: El de Loewenstein, el de Petraghani, a la asparragina (modificación Sáenz), y el de Bordet-Gengou. Los dos primeros exigen, para obtener buenos resultados, que su consistencia sea firme, y que sean de reciente preparación. Para obtener el primer requisito debe ser agregado más almidón de papa, del que indican las fórmulas originales.

7—En la práctica corriente ofrece mejores garantías el medio Bordet-Gengou ya que puede ser preparado con bastante anterioridad, y basta ser agregada la sangre en el momento de su empleo.

8—El rojo congo no alcanza a limitar lo suficiente el desarrollo de la infección secundaria en los medios de cultivo.

9—El medio de Bordet-Gengou, adicionado de una solución de verde de malaquita, no hace variar el crecimiento de las colonias del Bacilo de Koch y limita sensiblemente la infección secundaria.

10—Los resultados que yo obtuve en el aislamiento del bacilo de los distintos productos humanos fueron los siguientes:

a) Con el medio de Loewenstein:

<i>Material sembrado</i>	<i>Nº de cultivos</i>	<i>Cultivos positivos</i>
<i>Espuito</i>	80	11
<i>Orinas</i>	7	2
<i>L. C. R.</i>	1	0
<i>Organos</i>	1	0
<i>J. Gástricos</i>	6	0
<i>Pus</i>	4	1

Total: 14% de cultivos positivos.

b) Con el medio de Petraghani:

<i>Material sembrado</i>	<i>Nº de cultivos</i>	<i>Cultivos positivos</i>
Espustos	103	18
Orinas	10	2
L. C. R.	2	1
J. Gástricos	5	1
Pus	3	1
Organo	2	1

Total: 19.5% de cultivos positivos.

11—Los anteriores porcentajes se refieren a los cultivos que dieron macrocolonias. En virtud de haber hallado en algunos casos microcolonias únicamente, es posible que el porcentaje total de cultivos positivos, sea más elevado. Recuérdese a este respecto que el ultravirus de Calmette y Valtis sólo da microcolonias. El cultivo CXXIII correspondió, según parece, a dicho ultravirus.

12—Sobre un total de cuarenta y cinco productos sembrados, y que al examen directo, y después de homogenización, dieron negativo para el Bacilo de Koch, sólo siete dieron cultivo positivo con macrocolonias, distribuidos así: tres espustos; un pus de ganglio cervical, un jugo gástrico, un líquido cefalo raquídeo y un ganglio inguinal.

13—El tiempo de aparición de las macrocolonias oscila entre 14 y 45 días, con un término medio de 18 a 25, en los medios de Loewenstein y Petraghani. En el medio de Bordet-Gengou el término oscila entre 18 y 30 días, con un término medio de 25 días; sólo muestran el pleno desarrollo a los 40 días.

III

14—Para la clasificación del Bacilo de Koch es indispensable que el medio de cultivo esté relativamente seco, lo cual se consigue someténdolo al calor seco, a 50 grados máximo, por quince minutos aproximadamente, una vez que haya sido coagulado. Si el medio de cultivo está húmedo, las colonias varían sensiblemente sus caracteres, lo cual induce a error.

15—Por los caracteres culturales fueron clasificadas 38 cepas, aisladas de lesiones humanas, a saber: 29 aisladas de espustos; 4 aisladas de orina; 1 aislada de jugo gástrico; 1 aislada de líquido cefalo-raquídeo; 2 aisladas de pus, y 1 aislada de órgano. Los resultados fueron los siguientes: 36 correspondieron al Tipo Humano eugónico típico, variante R; 1 (cultivo XX) al Tipo Humano atípico, variante S, en el primer cultivo, disociada luego en el subcultivo en R y S; y 1 al Tipo Bovino disgónico, variante S (cultivo CLXXX-a).

16—Diez subcultivos practicados sobre el medio de Bordet-Gengou dieron colonias con los caracteres del Bacilo Tipo Humano

no, correspondiendo así a la clasificación ya hecha en los cultivos primarios.

IV

17—Veinte cepas, ya clasificadas en los medios de cultivo, fueron inoculadas al conejo, por vía intravenosa; diez y ocho de ellas correspondieron, por su avirulencia para este animal, al Tipo Humano; una por haber producido una tuberculosis generalizada y mortal, correspondió al Tipo Bovino, y una causó lesiones en el bazo y en el hígado, en forma de necrosis, con ausencia en ellas del Bacilo de Koch, lo que hace sospechar que la muerte de este último animal haya sido causada por un fenómeno de Koch, es decir, por reinfección.

18—Trece de estas cepas fueron igualmente inoculadas al curí, once por vía intravenosa, y dos por vía intracardiaca, con los resultados que se ven en el cuadro siguiente:

ORIGEN DE LA CEPA	DIAGNOSTICO CLINICO	SOBREVIDA DEL CURI (días)	CAUSA DE LA MUERTE	GRADO DE VIRULENCIA
Esputo	T. B. C. pulmonar fibrosa	35	T. B. C. generalizada	Alta
Esputo	T. B. C. pulmonar ulc. caseos.	135	T. B. C. generalizada	Baja
Esputo	T. B. C. pulmonar fibrosa	125	Bacilemia	Baja
Esputo	T. B. C. pulmonar diseminada	33	T. B. C. generalizada	Alta
Esputo	T. B. C. pulmonar fibro-nodular	35	T. B. C. generalizada	Alta
Esputo	T. B. C. pulmonar ulc. caseos.	72	T. B. C. generalizada	Media
Esputo	T. B. C. pulmonar ulc. caseos.	21	Glomerulonefritis	
Orina	T. B. C. renal	85	T. B. C. generalizada	Media
Orina	T. B. C. renal	12	Neumonía lobal confl.	Alta (?)
Jugo G.	T. B. C. ganglio-pulmonar fib.	23	T. B. C. caseos. supra.	Alta
Ganglio	Adenitis Tub.	35	T. B. C. generalizada	Alta
Pus	Adenitis Cerv.	sacrificado a los 175	T. B. C. generalizada peri-vascul.	Baja
L. C. R.	Meningitis	39	Neumonía lobal aguda	Alta (?)

De donde podemos concluir que no existe relación alguna entre el grado de virulencia del Bacilo de Koch y la localización de la infección y la forma clínica de la enfermedad, al menos en las localizaciones internas. Contrario a lo afirmado por Vezpreni, Rodet y Delanoé, Bergeron y Meziere.

Nótese la frecuencia de las razas de elevada virulencia.

V

19—En la tuberculosis experimental es indispensable hacer el estudio histo-patológico de los órganos de los animales inoculados, a fin de descartar las múltiples causas de error que se pueden cometer con el sólo estudio macroscópico; pues hay ocasiones en que las lesiones no son macroscópicas, y se toma por negativo lo que es positivo, o a la inversa.

20—Del estudio de 43 animales inoculados, concluyo:

a) El tubérculo verdadero, con la distribución típica de los elementos componentes, es en extremo raro, en la tuberculosis experimental, no habiéndose encontrado en ninguno de los casos estudiados;

b) El pseudo-tubérculo, constituido sólo por células endoteliales y linfocitos, es el elemento más frecuente;

c) La célula gigante de Langhans suele encontrarse en los distintos órganos atacados por el proceso tuberculoso, pero sin que haya tubérculos organizados;

d) Los órganos más atacados, cuando la infección se realiza por vía intravenosa, son: el hígado, el bazo, los ganglios linfáticos, principalmente los traqueobrónquicos y los mesentéricos, y las glándulas suprarrenales. Las lesiones pulmonares, peritoneales y renales, son relativamente escasas. En ningún caso encontré lesiones, sospechosas siquiera, en el corazón. En pocos casos, el único órgano atacado fue el bazo.

e) Las lesiones más frecuentemente encontradas fueron las úlcero-caseosas, le siguen en frecuencia las neumonías lobares agudas, y por último, las necrosis focales.

f) En tres casos fueron halladas lesiones de perivascularitis del pulmón, cuya etiología tuberculosa fue comprobada, al ser hallados en ellas el Bacilo de Koch.

g) En ningún caso se encontraron lesiones tuberculosas en el riñón; sólo una vez se observó una glomerulo-nefritis crónica, atribuible más bien a las toxinas que por él se eliminan, ya que no fue hallado, en dicho tejido, el bacilo, lo cual demuestra la gran resistencia del riñón a la infección tuberculosa.

21—En vista de lo frecuente que son las lesiones atípicas en la tuberculosis, débese colorear el Bacilo de Koch en los tejidos, en

forma sistemática; su coloración es sencilla y su búsqueda relativamente fácil.

22—En virtud de la facilidad con que los animales de experimentación contraen enfermedades intercurrentes, es indispensable hacer el estudio histo-patológico, y la investigación del bacilo tanto en los frotos de los órganos, como en los tejidos, para llegar a resultados más ciertos.

23—El método de coloración de Fuller, lento, es el que da mejores resultados, siendo a la vez el menos costoso.

VI

24—Fueron examinadas quince muestras de leche, para investigar la existencia en ellas del Bacilo de Koch: Ocho por cultivo e inoculación y siete sólo por inoculación. Todas dieron resultado negativo.

25—Las inoculaciones al curí, de estos sedimentos, dieron una mortalidad de 60% entre los inoculados directamente, sin hacerle previo tratamiento al sedimento, por septicemia; dicho porcentaje sólo descendió un 20% cuando fue sometido a la acción del ácido sulfúrico, por quince minutos.

VII

26—El haberse encontrado una cepa Tipo Bovino, entre 38 que fueron clasificadas, hace sospechar, aunque no asegurar, que en nuestro país existe la tuberculosis humana contraída de los bovinos.

27—Por lo anterior, considero que debe establecerse un control más severo en los hatos, no sólo en la Sabana de Bogotá, sino también en todos los centros más importantes del país.

LA PELVIMETRIA EXTERNA EN BOGOTA

Tesis de grado. 1943. — Por Jorge Escobar Soto.

Esta tesis contiene: 106 cuadros. 8 Referencias bibliográficas.

Títulos: Externo de Clínica Quirúrgica en el Hospital de San Juan de Dios, por concurso en 1941. — Interno de la Clínica de Marly Servicio de Maternidad, por nombramiento en 1942. — Interno de Clínica Obstétrica. Hospital de San Juan de Dios. Servicio del Profesor José del C. Acosta, por nombramiento en los meses de enero y febrero de 1943. — Interno de Clínica Obstétrica. Hospital de San Juan de Dios. Servicio del Profesor Carlos J. Mojica, 1943. — Miembro de Número de la Sociedad de Obstetricia.

Resumen:

I—Los diferentes diámetros que miden el tamaño de la pelvis sufren, mediante el juego de las articulaciones pélvicas durante el

parto, modificaciones relativamente acentuadas en sus medidas. Estas modificaciones permiten la progresión del feto, a través del canal pélvico con un mínimo de esfuerzo e imprimen a este movimiento de flexión, de deflexión y de rotación, de modo que acomoden sus mayores diámetros a los más extensibles de la pelvis.

II—La pelvimetría externa, basada en la relación que existe entre las medidas internas y las medidas externas de la pelvis, permite sólo, en la forma que se usa entre nosotros, obtener datos sobre el tamaño aproximado de la pelvis y ayuda al diagnóstico de algunas pelviciaciones, especialmente en las deformaciones simétricas del estrecho superior. Las variaciones que sufren las relaciones recíprocas entre los diámetros obtenidos por pelvimetría, permiten el diagnóstico de pelviciaciones que llevan al aplanamiento del estrecho superior.

III—El estudio de 4.000 medidas pélvicas externas de mujeres colombianas, permite concluir, que las dimensiones de la pelvis femenina entre nosotros son más pequeñas que las de las mujeres europeas.

Diámetros de Baudelocque inferiores a 17 centímetros, son una señal de alarma de una estrechez absoluta de la pelvis, pero no constituyen una indicación de intervención por vía abdominal.

La pelvis de la mujer colombiana pertenece al tipo oval de la clasificación de Geller, normal en la mujer europea, pero sus medidas más frecuentes están en el límite entre la normal y la plana.

Conclusión:

El tipo normal de pelvis en la mujer colombiana mide, en sus diámetros obtenidos por pelvimetría externa, las siguientes dimensiones:

<i>Bi-espinoso</i>	<i>Bi-iliaco</i>	<i>Bi-trocanterino</i>	<i>Conj. Ext.</i>
23	27	30	19

LAS ARTRITIS EN EL HOSPITAL DE LA MISERICORDIA DE BOGOTÁ

Tesis de grado. 1943. — Por Luis A. Lizarazo Jaimes.

Esta tesis contiene: 10 figuras. 5 cuadros. 19 referencias bibliográficas.

Títulos: Interno de la Clínica Pediátrica, servicio del Profesor Calixto Torres U. (Por nombramiento). 1939-1940. — Interno del Laboratorio de Rayos X de la Clínica Pediátrica. (Por concurso). 1940. — Interno del Laboratorio de Rayos X de la Clínica Pediátrica. (Por concurso). 1941. — Médico Auxiliar del Centro de Higiene Cafetera del Norte de Santander. 1941.

Conclusiones:

1—La tuberculosis constituye el principal factor etiológico, en-

tre nosotros, de las artritis de los niños.

2—Sus principales localizaciones, por orden de frecuencia, son la cadera, la columna vertebral y la rodilla.

3—La edad predilecta para la localización articular de esta enfermedad está comprendida entre los siete y los diez años.

4—En un gran porcentaje de niños con osteomielitis hay complicaciones articulares.

5—Los niños, como en el caso de la enfermedad misma, son atacados por esta complicación con una frecuencia dos veces mayor que las niñas.

6—Después de las tuberculosas y las sépticas las otras artritis de los niños son una rareza en nuestro medio.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA PRUEBA DE FAHREUS EN BOGOTA Y EN MUZO

Tesis de grado. 1943. — Por Guillermo Niño Medina.

Esta tesis contiene: 5 cuadros, 32 referencias bibliográficas.

Títulos: Jefe de Mesa de Anatomía Primera, por nombramiento, durante el año de 1936. — Monitor de Anatomía Primera, por concurso, durante los años de 1937 y 1938. — Practicante Externo de la Clínica Tropical, servicio del Profesor Roberto Franco, por concurso, durante el año de 1939. — Practicante Interno de Clínica Dermatológica, por concurso, durante el año de 1940. — Practicante de la Escuela Normal Superior, por nombramiento, durante los años de 1939 y 1940. — Practicante Interno del Hospital Militar Central, por nombramiento, durante el año de 1941. — Médico Director del Hospital Santa Ana de Muzo en el año de 1942. — Médico del Ministerio de Minas y Petróleos, en las Minas de Muzo y Coscuez, durante el año de 1942.

Conclusiones:

I—La velocidad de sedimentación en las mujeres en Bogotá, en la primera hora, es de 1 a 6 mms. Cifra media normal: 3,50 mms.

a) El índice de sedimentación, oscila entre 1 y 6 mms.

b) La velocidad de sedimentación al cabo de 12 horas, es de 30 mms. a 86 mms. Cifra media normal: 58 mms.

c) La velocidad de sedimentación al cabo de 24 horas, es de 45 a 100 mms. Cifra media normal: 72,50 mms.

II—La velocidad de sedimentación en las mujeres en Muzo, en la primera hora, es de 2 a 11 mms. Cifra media normal: 6,50 mms.

a) El índice de sedimentación oscila entre 3,50 y 10 mms.

b) La velocidad de sedimentación al cabo de 12 horas, es de 77 mms. Cifra media normal: 57,50 mms.

c) La velocidad de sedimentación al cabo de 24 horas, es de 48 a 94 mms. Cifra media normal: 71 mms.

III—La velocidad de sedimentación en la primera hora y el

índice de sedimentación en mujeres, es superior en Muzo que en Bogotá.

IV—La velocidad de sedimentación en hombres, en Bogotá en la primera hora, es de $\frac{1}{2}$ a 3 mms. Cifra media normal: 1,75 mms.

a) El índice de sedimentación oscila entre $\frac{1}{2}$ y 4 mms.

b) La velocidad de sedimentación al cabo de 12 horas, es de 11 a 47 mms. Cifra media normal: 29 mms.,

c) La velocidad de sedimentación al cabo de 24 horas, es de 21 a 72 mms. Cifra media normal: 46,50 mms.

V—La velocidad de sedimentación en hombres, en Muzo, en la primera hora es de $\frac{1}{2}$ a 8 mms. Cifra media normal: 4,25 mms.

a) El índice de sedimentación oscila entre 0,75 y 6,75 mms.

b) La velocidad de sedimentación al cabo de 12 horas, es de 14 a 69 mms. Cifra media normal: 41,50 mms.

c) La velocidad de sedimentación al cabo de 24 horas es de 25 a 84 mms. Cifra media normal: 54,59 mms.

VI—La velocidad de sedimentación para hombres, en Muzo, en la primera hora, es superior a la obtenida en Bogotá. Lo mismo encontramos en el índice de sedimentación.

BRITISH MEDICAL INFORMATION SERVICE. — 3, HANOVER STREET
LONDON, W. 1

Autores, Park, R. G., Platts, W. M. Revista, British Medical Journal.
Abreviación, Brit. med. J. Tomo 2. Páginas, 308-309. Fecha, 12-9-42.

ERUPCIONES POR LUZ SOLAR Y SULFONAMIDA. UN ESTUDIO CLINICO DE 27 CASOS

El constante sol en el Oriente Medio y la presencia de casos militares ambulantes de enfermedades venéreas sujetos a quimioterapia, ofrece oportunidades poco corrientes para el estudio de la foto-dermitis producida por sulfonamida que fue observada por primera vez por Nemman & Sharlit (1937).

Los autores del presente trabajo son ambos oficiales médicos que prestan servicio en el Cuerpo Médico Neozelandés, y describe 27 casos de erupción por sulfonamida sensible a la luz, 21 debidos a sulfanilamida y 6 a sulfapiridina. Estos casos representan 3.4% del total de casos tratados con estos medicamentos bajo condiciones que entrañan considerable exposición a la luz solar fuerte y sostenida. Alrededor de la mitad de los casos se produjeron durante julio y agosto.

La fotosensibilización de la piel se presentó del octavo al décimo días de la administración. En dos casos se vio que eran foto sensibles 2 días después de suspender la quimioterapia. Por tanto parece ser que los pacientes a quienes se administra sulfonamidas durante más de 6 días son posibles víctimas de erupciones producidas por el sol.

En muchos casos la presencia de melanina pareció servir de protección contra tales erupciones. Tres observaciones vienen en apoyo de dicha opinión: (1) alrededor de una tercera parte de los casos fueron sujetos susceptibles a la quemadura solar; (2) las partes bronceadas del cuerpo tendieron a ser menos afectadas que las otras; (3) nunca se han visto erupciones en los Maoris, que comprenden alrededor de 100 de los 800 casos tratados durante los 12 meses.

Las partes fueron afectadas en el siguiente orden de gravedad: (a) partes expuestas al sol durante la quimioterapia; (b) partes expuestas en el pasado; (c) puntos de presión, tales como los trocánteros mayores; (d) las partes menos afectadas fueron aquellas que siempre están cubiertas, tales como la zona cubierta por el bañador.

Las lesiones más comunes fueron pápulas eritematosas en un dibujo morbiliforme o reseoliforme, que llega a confluír. La picazón varió, (grave en 5 casos, moderada en 7, ligera en 9 y ausente en 6). Las lesiones menos comunes fueron edema, urticaria, vesicación, pustulación y descamación.

La fiebre del medicamento y otros efectos tóxicos fueron acompañamientos corrientes (12 casos).

La mayor parte de las erupciones desaparecieron en el espacio de 2 a 4 días.

Referencias:

Newman, B. A. & Sharlit, H. (1937). J. Amer. med. Ass. **109**, 1036.

Autores, Schutze, H. Revista, Journal of Pathology and Bacteriology. Abreviación, J. Path. Bact. Tomo 53. Páginas 443-446. Fecha, noviembre, 1941.

EL INTERVALO OPTIMO ENTRE DOS VACUNACIONES

El intervalo aceptado entre las dos dosis ortodoxas de vacuna antitífica es de una semana, y entre las dos dosis de toxoide antitetánico, de cuatro a seis semanas. Si se mezclan ambas profilaxis y la segunda dosis se da cuatro semanas después de la primera, cual será su efecto sobre la capacidad protectora de la vacuna antitífica? Para conseguir algunos datos sobre este punto el autor empleó intervalos cortos y largos entre ambas dosis de una vacuna (sin añadir el toxoide antitetánico). La vacuna elegida fue la del **S. typhi murium**; diferentes grupos de ratones recibieron dos dosis de vacuna muerta por alcohol y vacuna conservada con alcohol, con una separación de una y cuatro semanas. La inmunidad conseguida se midió por las aglutininas somáticas conseguidas una o siete semanas después de la segunda dosis de vacuna así como por la resistencia al cultivo vivo tres o nueve semanas más tarde. Se emplearon ochenta ratones y dos concentraciones de vacuna. Los resultados de la aglutinación estuvieron fuertemente en favor del grupo de "largo intervalo", siendo el título medio o el promedio geométrico de alrededor del 50 por ciento más elevado cuando el intervalo entre las dos dosis de vacuna fue de cuatro semanas. La prueba de inmunidad se hizo inyectando 300 organismos y anotando el tiempo de supervivencia entre inyección y fallecimiento. La dosis de prueba de organismos vivos mató a 20 ratones de control en un promedio de unos seis días; los ratones vacunados, tanto los del grupo de "una semana" como los del grupo de "cuatro semanas", vivieron un promedio de unos 10 días. El autor sugiere, por tanto, que la mezcla de profilácticas antitífica y antitetánica proporcionará una protección no disminuída si el intervalo entre las dosis se aumentase a cuatro semanas. Contrariamente a la experiencia anterior, el tiempo de supervivencia de ratones machos y hembras no ofreció diferencia significativa con el cultivo empleado, aunque más tarde, con una cepa diferente, las hembras indicaron un período de supervivencia más prolongado.

(Resumen adaptado del Bulletin of Hygiene, **17**, 592, agosto, 1942).

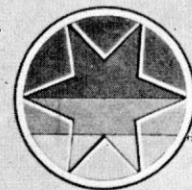
UNIVERSIDAD NACIONAL FACULTAD DE MEDICINA



AÑO



1943



ALUMNOS DE ULTIMO AÑO



DIB. W. MARTIN

FOIOT
SCHIMMER
CALL 124636