

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VOL. XIII

Bogotá, febrero de 1945

No. 8

EDIFICIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA.—Apart. 400.—Teléf. 29-95.

CONTENIDO:

(English Summary) (*).

I	EDITORIAL	683
II	Periarteritis nudosa. Estudio Clínico y Anatomopatológico de un caso. Dr. <i>Miguel Mariño Zuleta</i>	686
III	Informe sobre una epidemia en el municipio de Guachucal en el departamento de Nariño. Dr. <i>Benjamín Mera Samaniego</i>	699
IV	Consideraciones Médico-Sociales sobre la blenorragia y la sífilis. Dr. <i>Luis Méndez Ferro</i>	703
XV	Historia de la Medicina Tropical, Parasitología e Higiene en Colombia. Dr. <i>Alfonso Bonilla Naar</i>	714
VI	Ciclos Evolutivos de: <i>Trichinella spiralis</i> , <i>Trichocephalus Trichiurus</i> , <i>Ascaris Lumbricoides</i> , <i>Enterobius Vermicularis</i> Dr. <i>Alfonso Bonilla Naar</i>	723
VII	Movimiento Médico Social	727
VIII	Historia de la Medicina.	745
IX	Actividad Médica Extranjera	749
X	REVISTA DE TESIS	752
XI	REVISTA DE REVISTAS	759
XII	Sección informativa de la biblioteca	765

(*) We are indebted to the British Embassy for these translation.

PANAMERICANISMO

ALCANCE DE NUESTRAS LABORES

Si fuéramos a representar esquemáticamente la finalidad y el alcance de las actividades de nuestra Revista, bien podríamos representarlos en cuatro círculos con un centro común: todas las actividades médicas consideradas desde un punto de vista didáctico.

Ocupando la parte central encontraríamos la "Medicina Nacional" a la cual dedicamos todos nuestros esfuerzos con el fin de darle una fisonomía nítida a nuestras labores que en rasgos esporádicos, grandes valores de nuestra ciencia, sin solución de continuidad, nos han antecedido. Por ello, tendrán la primacía en nuestras páginas, el trabajo del colombiano, nuestros problemas autóctonos ya sea de profesores, médicos particulares de la capital o de la provincia o estudiante de cualquiera de los años de la Facultad. La historia de nuestra medicina ocupará renglón preferencial por cuanto "es preciso saber de dónde venimos para tener una más clara idea del rumbo que llevamos"; para hacer un justo homenaje de reconocimiento a nuestros grandes valores, desconocidos la mayoría y aún para los modestos profesionales que con su pequeño esfuerzo lograron poner un grano de arena más en el edificio de nuestra ciencia, cuyas recias columnas ya son capaces de soportar el imponente peso de una tendencia científica de lo que pudiéramos llamar la Escuela Médica Colombiana, de una realidad inminente.

Es por ello por lo que en la "Revista de Revistas" siempre aparecerá, el trabajo colombiano y la misma razón nos asiste en la sección "Historia de la Medicina", el anotar los hechos sobresalientes de nuestra actividad médica, para que nuestro nombre no sea olvidado en el concierto de las naciones adelantadas del continente.

EN UN SEGUNDO CIRCULO, tan vasto como el primero, actuaremos en pro de la medicina bolivariana, la de aquellos

países que como Venezuela, Perú, Ecuador y Bolivia estamos unidos por vínculos de fraternidad desde las primeras gestas épicas de nuestra independencia. Razetti, Beauperthuy, Núñez Tovar, Rangel, Eugenio Espejo, Hipólito Unanue, Daniel A. Carrión, Edmundo Escobel, Valentín Abecia y Gerardo Baca Guzmán, ocuparán con gran inquietud nuestras páginas porque al hablar de ellos es hacernos partícipes, como hermanos que somos de sus grandes triunfos que positivamente nos llenan de orgullo. Nuestras páginas se ofrecerán generosas a todos los colegas bolivarianos.

EL TERCER GRAN CIRCULO estará dedicado a los demás países del Hemisferio Occidental, a los que estamos unidos también por una causa común y de los cuales, día a día nos unen lazos de mayor acercamiento a través de sus órganos de publicidad, de sus hombres eminentes que constantemente nos visitan, de sus textos sorprendentes en los cuales ya hay una nítida tendencia científica, de sus centros con mayor frecuencia visitados por nuestros hombres, en los cuales a más de ciencia, nos regalan con la más atrayente amistad. Las Universidades de los Estados Unidos de Norteamérica, de Méjico, Argentina, Brasil y Chile, son una clara muestra de nuestro acierto.

Esta sección estará siempre representada por la "Actividad Médica Extranjera", la "Sección Informativa de la Biblioteca" y la "Historia de la Medicina" en las cuales estaremos informando permanentemente de lo que acontece de especial en los países del continente, presentando a la vez, las figuras o los hechos sobresalientes de su vida médica. Es de justicia anotar que en este reglón, es para nosotros de un valor incalculable, el aporte informativo de la Revista de la Oficina Sanitaria Panamericana, animada por el brío mental insustituible del Dr. Aristides A. Moll, secretario de la Institución.

EL CUARTO CIRCULO comprende las actividades de los países aventajados de otras latitudes, especialmente los viejos países de Europa, donde se forjó la cultura médica, nuestras fuentes primitivas, ya de la Escuela de Norteamérica, proveniente especialmente de Inglaterra y Alemania, como la de los países latinos de nuestro continente, de origen inconfundiblemente francés. De ellos con justicia y reconocimiento hablaremos, en especial lo que se refiera a la Medicina trascendental, de hoy o de épocas pasadas. Las mismas secciones anotadas se encargarán de mantener vivo este noble sentimiento.

Deseosos de que todos los países se enteren de estas actividades, y en vista de la universalización de la lengua inglesa,

sobrepasando la valla ridícula de comentarios sin fundamento, acordes con nuestra consigna de hacer patria, desde el primer número de este volumen, hemos hecho un sumario en inglés de todos los artículos, correspondiendo en parte, al noble gesto de grandes países, que animados del mismo propósito, nos brindan sus interesantes publicaciones en nuestra propia lengua! Decimos en parte, porque es nuestro deseo el hacer traducciones al Portugués y al Francés.

La iniciación de este gran proyecto, casi en su totalidad cumplido, venciendo toda clase de obstáculos, especialmente de orden interno, para nuestra fortuna, ha sido recibido con beneplácito. Prueba de ello son, las cartas de eminencias extranjeras y nacionales; la mayor difusión de la Revista; la realización efectiva de los suscriptores que gustosamente cumplen con sus compromisos; la financiación a que ha llegado, con entradas quintuplicadas, merced a la atención prestada por honorables Casas de Productos que nos distinguen con sus avisos; el poder brindar a los escritores doscientos reimpresos, en papel de buena calidad; la necesidad urgente de aumentar el tiraje por pedido entusiasta del estudiantado, que hasta ahora se había portado indiferente; el número de canjes con revistas extranjeras; la solicitud de su envío para hacer extractos de sus trabajos en grandes revistas, honrándonos con ello y divulgando en todos los países nuestra colaboración y tantos otros factores que presagian épocas mejores, son el balance a grandes rasgos de esta nueva etapa, dura por cierto, por la cual pasa el órgano informativo, que por su singular posición, está llamado a ser el primero en su clase en Colombia.

PERIARTERITIS NUDOSA

Estudio Clínico y Anatomo-Patológico de un caso.

Por el Dr. *Miguel Mariño Zuleta* (*).

Presentamos la observación clínica y estudio anatomo-patológico de un caso de Periarteritis Nudosa, por considerar esta entidad de un gran interés clínico, ya que su fisonomía tan variada hace su diagnóstico muy difícil e induce frecuentemente a errores diagnósticos.

Su interés no es menor desde el punto de vista histológico, pues presenta grandes analogías con variadas entidades, especialmente con las del grupo tifo-exantemáticas.

En el presente caso las lesiones son tan parecidas a las de la "Fiebre petequial de las Montañas Rocosas", que fue necesario un detenido y cuidadoso estudio histológico y bacteriológico, para descartar esta entidad y llegar al diagnóstico final de Periarteritis Nudosa.

Historia N° 64830.

Nombre: C. B. Mc.

Servicio: Medicina Interna.

Edad: 37. Sex.: M. Raza: B.

Protocolo de autopsia N° 3227.

Muerte: Agosto 6/41; 10 a. m.

Autopsia: Agosto 6/41; 1 p. m.

Practicada por el doctor Mariño Zuleta.

Sumario Clínico.

Antecedentes Hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Su salud general siempre ha sido buena. Tuvo las enfermedades comunes a la infancia. Al comienzo de

(*) Estudio hecho en el Depto. de Patología de "Duke University Medical School" U. S. A.

la enfermedad actual tuvo un "herpes zoster". Ha sufrido mucho de la dentadura. Tuvo blenorragia a los 17 años. Pocas semanas antes de entrar al Hospital el Wasserman fue positivo.

Enfermedad actual: Nueve semanas antes de entrar al Hospital, le comenzó la enfermedad, insidiosamente, con debilidad general, malestar y fiebre. Dos semanas más tarde se le hincharon los tobillos. Fue visto por un médico, quien le practicó varios "exámenes serológicos", con resultado negativo. Se le administró Sulfathiazol y Sulfapiridina. Estando tomando el Sulfathiazol le apareció "un brote petequial" en las piernas. La Sulfapiridina se le administró en combinación con vacuna anti-tífica, intravenosa. Al 3^o

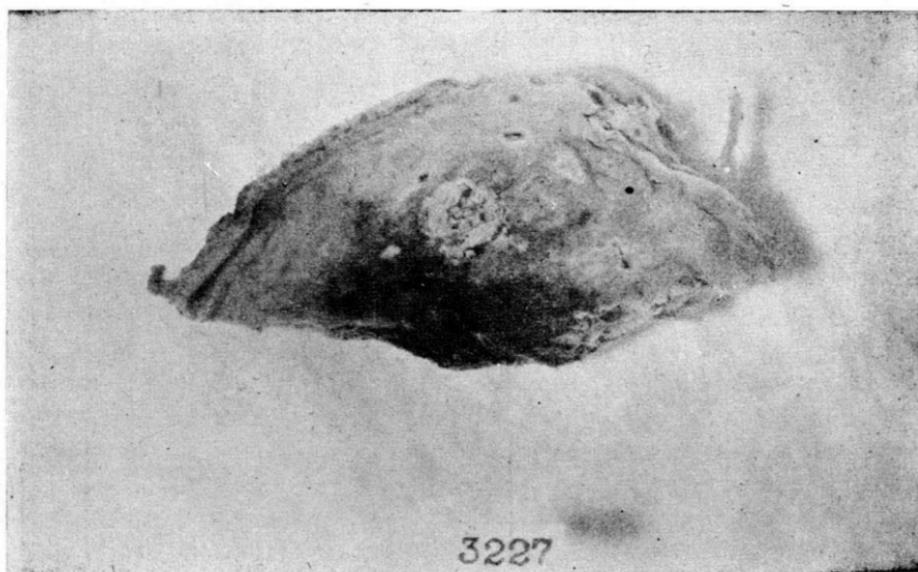


Fig. N^o 1.—Páncreas. Focos de necrosis, hemorragia y trombosis de las arteriolas.

día de este tratamiento, la temperatura comenzó a bajar. Al 8^o día del tratamiento se puso icterico, la temperatura bajó a lo normal y la eritrosedimentación bajó de 50 mm. a 25 mm., en una hora. Se suspendió la Sulfapiridina y la ictericia desapareció, pero la temperatura volvió a subir. En estas condiciones entra al Hospital.

Examen físico de admisión: Temp. 37.8. Pulso. 114. Resp. 26. P. A 14/7.

El enfermo es un hombre delgado, pálido, notoriamente enfermo. La piel es seca y amarillenta. No existe brote. Los ganglios axilares, submaxilares e inguinales se palpan fácilmente y son blandos. Los labios secos y la lengua fuliginosa. El corazón y pulmones

no presentan nada especial. El hígado está bastante grande y un poco doloroso, y su borde inferior está 6 ctms. bajo el reborde costal. El bazo se toca a la altura del reborde costal. Los demás aparatos no presentan nada especial.

Exámenes de Laboratorio: Sangre: Hgb. 80%; G. R. 4,100.000; G. B. 20.000; F. L. seg. 83%, cayado 2%, eos. 5, basof. 2, mon. 2, linf. 6. La numeración blanca varió de 18 a 36.200, pero la fórmula leucocitaria permaneció idéntica. No se encontraron parásitos. Varios exámenes de Wass y Kahn fueron negativos. *Orina:* En 8 muestras se obtuvieron los siguientes datos: densidad de 1.017 a 1.024; reacción ácida; azúcar (—); albúmina: huellas persistentes; sedimento: glóbulos blancos, benzidina (++) y algunos cilindros granulados. *Materia fecal:* Eschereria Coli (+); tíficos, disentéricos y organismos hemolíticos (—). *Estudio inmunológico:* Tífico, para A, para B y Brucela (—). Se hicieron 4 hemocultivos, que dieron resultado negativo. *Química de sangre:* Nitrógeno no proteico 33 mgrm. %. Van den Bergh: directa. 2.4 mgrm. %. *Tests Hepáticos:* Bromosulfaleína (—); ácido hipúrico: 1.61 mgrm. de ácido Benzoi-co fue excretado. *Radiológico:* El examen del tórax no muestra nada anormal. El examen del abdomen muestra un gran crecimiento del hígado y bazo. Un urograma no muestra nada especial. El examen gastro-intestinal es negativo.

Evolución de la enfermedad: La temperatura siempre estuvo elevada y fue muy irregular. El pulso estuvo siempre de acuerdo con la temperatura. Se le administraron vitaminas y una "dieta completa", se le practicó una transfusión de sangre y se le aplicó glucosa intravenosa, al 10%. Al 12º día comenzó a desarrollarse una neuropatía periférica. Dos días más tarde presentaba: "Todos los músculos debilitados.". Una parálisis completa del largo supinador derecho, extensores del puño y dedos derechos y de los interóseos de ambos lados. Los demás músculos intrínsecos de las manos y los flexores del puño y dedos están debilitados. Los músculos de las extremidades inferiores no están afectados. No existen contracciones fibrilares. Existe anestesia e hipoalgesia sobre el lado radial de la mano derecha y el cubital de la izquierda. El sentido de posición está perdido en todos los dedos. El sentido vibratorio está perdido en los tres primeros dedos de la mano derecha y en el 4º y 5º de la izquierda. En los miembros inferiores no existe pérdida de la sensibilidad cutánea ni del sentido de posición. La coordinación es normal. No existe Babinski. Fue la impresión del neurólogo que el enfermo presentaba una polineuritis de tipo migratorio y que posiblemente alguna vez habían estado afectadas las raíces dorsales de los ganglios raquídeos en la región torácica, lo cual

produjo el herpes zoster. Pensó que la etiología fuera infecciosa. También se pensó en la posibilidad de que hubieran abscesos múltiples en la substancia gris de la medula o fenómenos embólicos. "En todo caso, ninguno de estos fenómenos se pueden considerar como debidos a una infección primitiva del sistema nervioso". Se

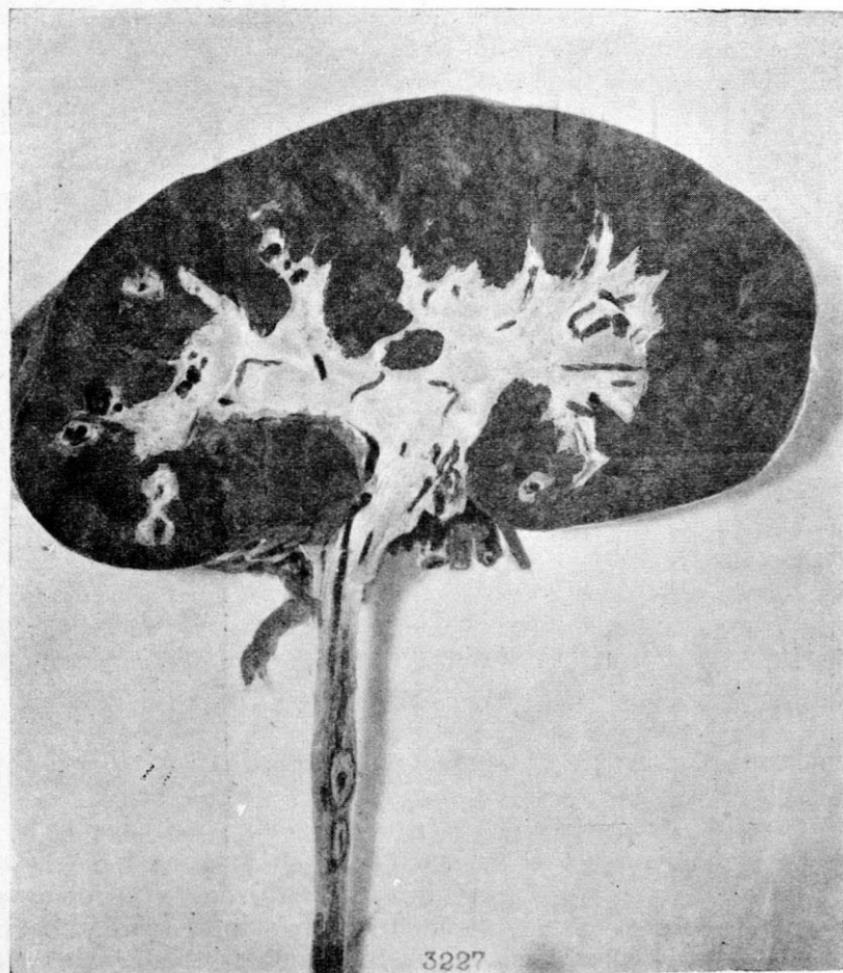


Fig. N° 2—Riñón izquierdo. Nótese las arterias trombosadas y las ulceraciones del uretere.

practicó un examen del L. C. R. con el siguiente resultado: Líquido claro; R. de Grant-None, normal; leucocitos 4; Pandy (—); proteínas, 41 mgrm.%. Wass y Mastic coloidal (—). Tres días después presentaba una parálisis completa del radial derecho, a partir de

la inervación del tríceps, y una parálisis parcial del mediano izquierdo y del cubital. El reflejo rotuliano derecho había desaparecido. Durante las dos semanas siguientes se le administraron grandes cantidades de cloruro de tiamina, ácido nicotínico, ascórbico y pyroxilina, por vía intravenosa. El enfermo no mejoró y algunos días después estaba exitado. Presentó una gran taquicardia acompañada de disnea y cianosis. Se le administró oxígeno, morfina, me trazol y coramina. Finalmente se le presentó una parálisis de los 4 miembros y murió, probablemente, por parálisis respiratoria.

Diagnóstico Clínico:

- 1º Enfermedad febril de etiología desconocida.
- 2º Neuritis periférica progresiva.
- 3º Muerte por parálisis respiratoria.

Protocolo de Autopsia N° 3227.

Apariencia Exterior: El cuerpo es el de un hombre de raza blanca, que mide 179 ctms. La rigidez cadavérica no se ha establecido. No existe edema ni ictericia. Pupilas dilatadas e iguales. Los ganglios inguinales y axilares son duros y pequeños.

Cavidad Abdominal: Contiene una pequeña cantidad de líquido citrino. El borde inferior del hígado rebaza 4 dedos el reborde costal. La situación y relaciones de los órganos son normales.

Cavidad Pericardíaca: No contiene líquido. El pericardio es liso y brillante.

Organos torácicos.

Ganglios Mediastinales: Están aumentados de volumen.

Corazón: Está un poco aumentado de volumen y pesa 430 grms. El epicardio es liso y brillante. El miocardio tiene 2 ctms. de espesor en el ventrículo derecho. Las válvulas son suficientes y tienen el siguiente perímetro: M. 13, T. 13, P. 7, A. 6. Los orificios coronarios están permeables. Los grandes vasos presentan sus relaciones normales.

Pulmones: El pulmón derecho es de tamaño normal y pesa 960 grms. La pleura es lisa y brillante. El pulmón está distendido por aire y flota en agua. Al corte no se observa nada especial, salvo algún aumento del tejido fibroso. La crepitación es normal en todo el parénquima. El pulmón izquierdo pesa 780 grms. y es en todo comparable al derecho.

Organos Abdominales.

Bazo: Está aumentado de volumen y pesa 230 grms. La cápsula es de espesor normal. Los corpúsculos de Malpighi se ven distintamente. La pulpa tiene su color rojo normal y no hace prominencia sobre el plano de sección.

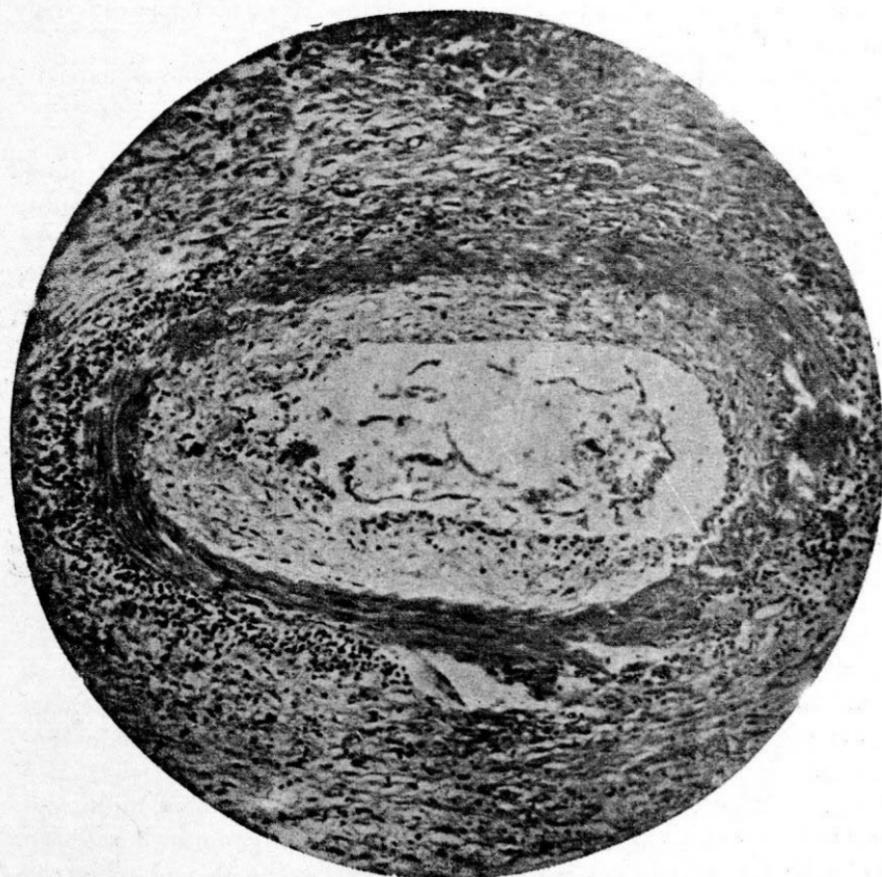


Fig. N° 3.—Arteriola pancreática. Grande aumento. Hematoxilina-Eosina. Nótese la gran Hiperplasia del endotelio y la profusa infiltración perivascular por células redondas.

Intestinos: En el yeyuno, ileón, cólon, apéndice, sigmoide y recto no se observa ninguna lesión. Los ganglios mesentéricos son de tamaño normal. En el estómago se encuentra una pequeña cantidad de líquido teñido por bilis. El duodeno no presenta nada especial. Los conductos biliares están permeables.

Páncreas: Está aumentado de volumen, pesa 300 grms. y mide 20 x 7 x 4 ctms. Al corte se encuentran varias áreas hemorrágicas y algunas necróticas.

Hígado: Está bastante aumentado de volumen, pesa 2.400 grms. y mide 26 x 20 x 9 en sus mayores diámetros. Al corte la lobulación se distingue claramente, y el parénquima tiene el aspecto de la congestión crónica pasiva. La vesícula biliar contiene 8 cálculos, de forma irregular, y de unos 15 mm. de diámetro c. u. La pared vesicular está muy engrosada.

Suprarrenales: Las dos glándulas son de tamaño y aspecto normales y pesan en conjunto unos 20 grms. Al corte son de estructura normal.

Riñones: El riñón derecho está aumentado de volumen, pesa 210 grms. y mide 14 x 6 x 4 ctms. La cápsula desprende fácilmente. La corteza y pirámides están bien delimitadas. Los cálices y pelvis son de calibre normal. El riñón izquierdo, también está aumentado de volumen, pesa 260 grms. y mide 15 x 7 x 4 ctms. Presenta las mismas características que el derecho.

Urteres y Vejiga: No presentan nada especial.

Organos del Cuello y Cráneo: No se permitió su exploración.

Canal Raquídeo y Nervios Periféricos: Se extrajo el segmento terminal de la medula, por vía anterior, y se tomaron muestras de los nervios radial y obturador.

Revisión del material después de fijado y disecado.

En múltiples cortes del miocardio se encuentran varias zonas en las cuales el músculo tiene un color grisáceo particular; además, en tales áreas, las arteriolas coronarias presentan sus paredes engrosadas, y varias de ellas están obturadas, aparentemente por trombus. Palpando la pared arterial, se notan pequeñas nudosidades escalonadas a lo largo de los vasos. En el hígado se descubren muchísimos vasos de pequeño calibre trombosados. En el páncreas se encuentran múltiples pequeñas áreas reblandecidas, que parecen abscesos embólicos o infartos miliares reblandecidos, asociados a una enfermedad vascular. En los riñones se ven numerosas arteriolas trombosadas y otras simplemente obturadas por coágulos post-mortem.

Estudio histológico.

Corazón: El epicardio está marcadamente infiltrado por células redondas, mononucleares, células plasmáticas y algunos eosinófilos. El miocardio muestra, en algunos sitios, una infiltración in-

tersticial por polinucleares y linfocitos. En varias partes se encuentran zonas de fibrosis cicatricial. No hay evidencia de hipertrofia. Los vasos coronarios están sumamente alterados. La pared arterial está parcialmente necrosada, y alrededor del vaso existe una marcada reacción inflamatoria, compuesta por células redondas y mononucleares. La íntima está engrosada e infiltrada por células mi-



Fig. N° 4.—Arteriolas renales. Grande aumento. H. & E. Obsérvese la sacculculación de la arteriola derecha (forma en 8) y la trombosis del vaso.

gratorias. Algunos vasos están obstruidos por trombus frescos. El endocardio sólo presenta una discreta infiltración por células inflamatorias, en los sitios vecinos a los vasos trombosados. La válvula mitral es de estructura normal. Algunos cocos "Gran positivo", se encuentran en las zonas inflamadas.

Pulmones: Ambos pulmones presentan las mismas característi-

cas. El parénquima está bastante autolizado. Lo único que llama la atención es la presencia de gran número de macrófagos cargados de pigmento (dust cells). La coloración para hierro es negativa. Se advierte, además, un moderado edema.

Hígado: La estructura del hígado está bien preservada. Las células de Kupffer son muy prominentes y contienen pigmento. Numerosas células hepáticas contienen un pigmento pulverulento, de color amarillo. La coloración para hierro, demuestra que es hemosiderina. En algunos sitios los sinusoides están dilatados y contienen abundantes polinucleares y linfocitos. En muchas arteriolas se observa un proceso inflamatorio análogo al ya descrito en el miocardio. La cápsula está engrosada y muestra, a trechos, cierta infiltración por células redondas.

Vesícula biliar: El epitelio está completamente autolizado. La pared está engrosada y fibrosa. No se observa reacción inflamatoria.

Bazo: El bazo está bastante congestionado y contiene numerosos eosinófilos. Una arteriola muestra una gran infiltración perivascular. Las demás estructuras no presentan nada especial.

Páncreas: Este órgano muestra alteraciones muy interesantes. Se encuentran grandes áreas de necrosis, algunos focos hemorrágicos y gran cantidad de tejido cicatricial. El parénquima está moderadamente infiltrado por leucocitos. Algunos vasos están completamente trombosados y otros parcialmente. La reacción inflamatoria está compuesta por células redondas y grandes mononucleares. Algunas bacterias se encuentran dispersas por el tejido. Debido a la extensa autólisis los islotes de Langerhans han desaparecido.

Riñones: Ambos riñones muestran las mismas alteraciones. Las arteriolas aferentes y glomérulos están muy congestionados. Algunos glomérulos están hialinizados. El epitelio de los tubos está autolizado. La pelvis no presenta nada especial. Numerosas arteriolas presentan el mismo proceso inflamatorio que hemos visto en los demás órganos. En ciertos puntos, bajo la cápsula, se encuentran colecciones de células migratorias. No se encuentran bacterias.

Uretere: En un corte de la pequeña úlcera, la pared del uretere aparece completamente necrosada y prácticamente no se encuentra ninguna estructura.

Suprarrenales: El parénquima de las glándulas no presenta nada especial, salvo cierto grado de autólisis. Varias arteriolas pericapsulares aparecen trombosadas y rodeadas por elementos inflamatorios.

Medula Espinal: El tejido está en malas condiciones para estudio. Los vasos no presentan nada especial.

Nervios: En cada uno de los nervios (radial y obturador) se encuentra una arteriola trombosada y rodeada de un halo de células inflamatorias.

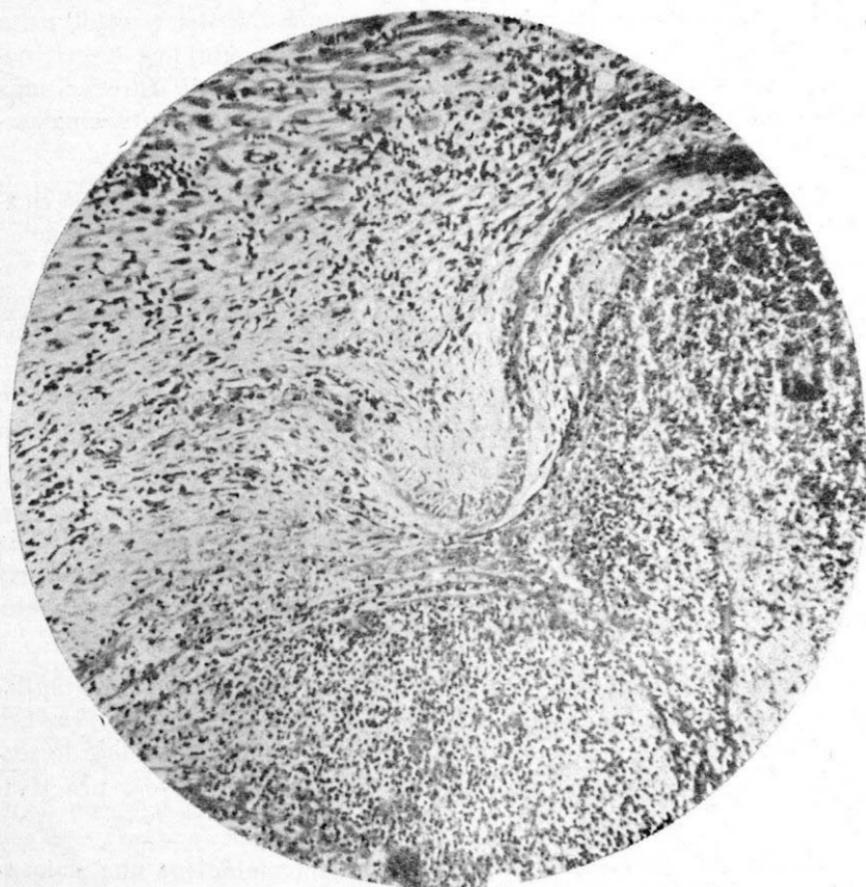


Fig. N° 5—Arteriola coronaria. Grande aumento. H & E. Obsérvese el estrangulamiento del vaso y la necrosis de la pared arterial. Intensa infiltración perivascular por células redondas.

Interpretación del proceso patológico.

Contemplamos en el presente estudio un interesante caso de enfermedad arterial. Anatómicamente las lesiones más notables se encuentran en el páncreas y miocardio. Desde el punto de vista histológico la lesión más importante y difundida, se encuentra en las

arteriolas de la gran circulación. En las arteriolas de tipo muscular y pequeño calibre del miocardio, páncreas, riñones, bazo, suprarrenales, nervios periféricos y músculo estriado, observamos el mismo proceso inflamatorio.

La reacción inflamatoria, tanto perivascular como de la túnica íntima, está compuesta por células redondas, mononucleares y un menor número de polinucleares. Hay algunos vasos parcialmente obstruidos por trombus y otros completamente ocluidos. Los trombus son unas veces frescos otras ya organizados, siendo estos los más numerosos. La pared vascular misma está marcadamente engrosada, hialinizada parcialmente y a veces necrosada.

El miocardio presenta algunas áreas de necrosis y otras cicatriciales alrededor de los vasos trombosados. Se observa, además, una miocarditis intersticial subaguda. El páncreas muestra grandes áreas necróticas, hemorragias focales y gran cantidad de tejido cicatricial. Las demás vísceras la misma inflamación de los pequeños vasos. La trombosis de las arteriolas de los dos nervios examinados, explica satisfactoriamente la extensa parálisis periférica. En los pulmones sólo llama la atención el hecho de que existiendo una enfermedad vascular tan extensa, los vasos pulmonares estén indemnes.

Aparte de las lesiones vasculares, se encuentra una colecistitis crónica con colelitiasis, y algunas ulceraciones necróticas en el uretere izquierdo, talvez debidas a trombosis de las arteriolas ureterales.

Una cuidadosa busca de bacterias fue practicada y sólo hallamos escasísimos cocos, Gram positivos, en el páncreas y miocardio. Desafortunadamente no se hicieron cultivos con los tejidos de autopsia, pero recordamos que los repetidos, hemocultivos, practicados durante la vida del enfermo, fueron siempre negativos.

Con el fin de completar el estudio bacteriológico, una coloración para Rickettsias fue practicada. En las células del endotelio vascular de algunos órganos se encontraron algunas "inclusiones citoplásmicas" cuya morfología y propiedades tintoriales, son semejantes a los de las Rickettsias. Sin embargo prosiguiendo cuidadosamente su identificación (ya que este es un problema muy difícil de solucionar satisfactoriamente en los tejidos) se practicaron nuevas coloraciones (Goodpasture, Adams, Giemsa, Wright) y se comparó con controles, llegando a la conclusión de que se trataba simplemente de "inclusiones citoplásmicas" (metabólicas u organelos celulares).

Llegamos, pues, a la conclusión, de que se trata de un extenso

proceso inflamatorio de las arterias de la circulación mayor, o dicho en otros términos, una Poliarteritis. Es bien sabido que este tipo de inflamación vascular ocurre en varias enfermedades, tales como la fiebre petequial de las Montañas Rocosas, la periarteritis nudosa, la fiebre reumática, la esclerodermia, algunas dermatomycosis y el lupus eritematoso diseminado.

Con el propósito de clasificar el caso a nuestro estudio, pasamos revista a todas estas entidades, especialmente a las Rickettsiasis y periarteritis nudosa. En el archivo de láminas, encontramos tres casos típicos de enfermedad de las Montañas Rocosas (Aut. N^o 614, 1213, 2862). En todos tres casos existe una extensa periarteritis. Los vasos atacados por el proceso inflamatorio son siempre pequeñas arteriolas. Las células inflamatorias son mononucleares y especialmente linfocitos. En algunas ocasiones la pared vascular está engrosada y parcialmente hialinizada, pero en la mayoría no presenta alteración aparente. En la luz vascular se encuentran depósitos de fibrina, pero nunca encontramos trombus. El calibre de los vasos es más o menos normal y nunca se observan saculaciones de la pared, como ocurre en la periarteritis nudosa. Como conclusión del estudio comparativo tenemos que tanto en la enfermedad de las Montañas Rocosas como en el caso que estudiamos, existe un tipo análogo de reacción perivascular, pero un tipo diferente de lesión de la pared vascular. Por esta última razón, excluimos la enfermedad de las Montañas Rocosas. Por otra parte, haciendo un estudio comparativo con un caso de periarteritis nudosa (Aut. 328) encontramos que tanto la reacción celular como la lesión vascular son idénticas con las de nuestro caso, aunque más extensas, a juzgar por las extensas trombosis y numerosos infartos.

Desde el punto de vista clínico, sabemos que la periarteritis nudosa es una enfermedad cuyas manifestaciones varían ampliamente, de acuerdo con la distribución, severidad y persistencia de las lesiones vasculares, siendo su diagnóstico extremadamente difícil. El curso de la enfermedad es generalmente progresivo, con remisiones y exacerbaciones. Fiebre, nódulos, cutáneos o subcutáneos, aneurismas miliares de las arteriolas subcutáneas, hipertrofia del hígado y del bazo, y síntomas pulmonares y cardíacos, son los hechos más comunes. La hipertensión arterial y síntomas renales solamente se encuentran en un pequeño porcentaje de casos, y tales circunstancias dependen, como es obvio, de la lesión de las arteriolas renales.

Resumiendo el caso tenemos: de una parte, lesiones anatómicas e histológicas que corresponden a una periarteritis, y por otra, una serie de fenómenos clínicos que cuadran perfectamente con esta entidad.

Diagnóstico anatómo-patológico.

Periarteritis nudosa con extensa invasión del sistema nervioso periférico, arterias coronarias, y vasos del hígado, bazo, páncreas, riñones y suprarrenales; miocarditis intersticial subaguda; pancreatitis subaguda; hepatitis subaguda; congestión visceral crónica pasiva; colecistitis crónica con colelitiasis; ulceraciones del uretere izquierdo.

INFORME SOBRE UNA EPIDEMIA EN EL MUNICIPIO DE GUACHUCAL EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO

Dr. Benjamín Mera Samaniego.

Director de la Comisión de Estudios sobre Bartonellosis.

Pasto, mayo 8 de 1944.

Señores doctores Carlos S. Ferrero, Jefe de Sanidad del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, Luis Patiño Camargo, Director del Instituto de Epidemiología, Ricardo Martínez M., Director de Educación Pública del Departamento de Nariño, Alcalde del Municipio de Guachucal.

Tengo el honor de informar a ustedes el resultado de una visita al corregimiento de Muellamués, motivada por el telegrama fechado el 2 de mayo del Jefe de Sanidad del Ministerio de Trabajo, Higiene y P. S. pidiéndome trasladarme a Muellamués, Municipio de Guachucal con el fin de atender enfermos sospechosos de fiebre tifoidea.

Muellamués y Colimba: Secciones occidentales del Municipio de Guachucal, situadas en las estribaciones del nevado Cumbal y del cerro Colimba, respectivamente.

Población de las dos secciones: aproximadamente: 4.000.

Altura sobre el nivel del mar: 3.200 metros.

Temperatura media: 10°.

Distancia de Pasto: 3 horas en automóvil a Guachucal; el resto del recorrido a caballo.

Epidemia: Hace cuarenta días enfermaron varios niños de la escuela rural de Colimba, en una semana el número de enfermos llegaba a 45. Al permanecer en su casa el niño enfermo daba lugar en una a dos semanas a la infección de todos los familiares jóvenes que lo cuidaban y convivían con él. Se trataba, pues, de una epidemia familiar de habitaciones y altamente contagiosa.

La mortalidad ha sido nula. Incapacidad completa por dos a tres semanas; seguido de un período de convalecencia de más de

una semana caracterizado por marcada debilidad y fenómenos nerviosos.

Caracteres de la enfermedad: Comienzo con escalofrío y fuerte dolor de todo el cuerpo, predominantemente cefalea frontal, fiebre alta continua por 10 a 15 días acompañada de delirio, sudores, congestión conjuntival y desórdenes de la conciencia.

Exantema a los 3 a 6 días. Clínicamente: "Tifo Exantemático".

Se tomaron catorce vénulas, cuyo estudio de aglutinaciones dio el siguiente resultado, en resumen:

Reacción de Weil-Félix, con Proteus OX19.

Sangre de dos convalecientes: positiva hasta 1/320.

Sangre de seis febricitantes: positiva hasta dilución del 1/640.

Sangre de cinco indemnes de la enfermedad: negativa.

Conclusión: se trata de una epidemia intensa de Tifo Exantemático transmitida por el PIOJO.

Los causales de la epidemia en la región son los siguientes:

1º La carencia de higiene personal de la población.

2º La carencia de criterio sano en la construcción de las habitaciones: éstas son, en general, espaciosas, pero desprovistas de aire, de luz, de sol por no tener ventanas o ser éstas completamente desproporcionadas al tamaño de las habitaciones.

3º La grata tolerancia de las gentes hacia el PIOJO.

El clima es magnífico y con una acción enérgica de parte de las autoridades y de los educadores se podría librar a esta región del PIOJO, elemento responsable de la epidemia actual y de otras pasadas y futuras epidemias.

Recomendaciones:

1º Al Alcalde, al Párroco y otras autoridades de la región: realizar una campaña intensa y eficaz pro ventilación de las habitaciones, educando al pueblo sobre la necesidad de abundante aire y sol en las habitaciones, y haciendo que por todos los medios se abran ventanas capaces a todas las habitaciones.

2º Al Director de Educación del Departamento (por falta de autoridades sanitarias en el lugar): Dictar una Resolución que imponga a las maestras y maestros de Guachucal la obligación de hacer bañar a todos los alumnos, cada dos días, por lo menos, en cualquiera de las abundantes corrientes de agua de la región. Esta Dirección ha distribuido hojas de propaganda de campaña contra el Tifo entre la población afectada. Se adjunta una a este memorándum.

3^o Cuidados con el enfermo: aislamiento y apropiado suministro de alimentos y medicamentos vitaminizantes.

De ésto y otras medidas se ilustró a la población. Esta Dirección proporcionó a los enfermos gratuitamente tabletas de Levadura de Cerveza.

De ustedes muy Atto. y S. S.,

COMISION DE ESTUDIOS SOBRE BARTONELLOSIS,

(Fdo.) *Benjamín Mera S.*,
Médico Director.

TIFO EXANTEMATICO

Medidas de protección personal.

- (1)—Aléjese de todo enfermo con fiebre.
- (2)—Acostumbre el baño diario.
- (3)—Acostumbre el pelo corto.
- (4)—Aplique "shampoo" o jabón a la cabeza una vez por semana.
- (5)—No permita un piojo en su casa; examine a diario la cabeza de sus niños y de sus sirvientes. Oblíguelos al aseo personal diario.
- (6)—Querosén y vinagre (cantidades iguales) después del baño es tratamiento fácil y eficaz contra los piojos: aplíquelo a sus sirvientes y dependientes.
- (7)—Aire, sol y limpieza para la ropa y las habitaciones son enemigos del piojo.
- (8)—Eduque a los ignorantes en la lucha contra el piojo.
- (9)—No permita ratas, ratones ni cuyes dentro de la casa.
- (10)—Informe a las autoridades de higiene sobre cualquier caso febril en su casa o vecindad.
- (11)—Solicite y facilite el aislamiento de los casos de Tifo.
- (12)—Acuda al Médico cuando tenga fiebre.
- (13)—Recuerde usted *PIOJO = TIFO*. +.

COMISION DE ESTUDIOS SOBRE BARTONELLOSIS.

FIEBRE TIFOIDEA

Medidas de protección personal.

- (1)—Aléjese de todos los enfermos con fiebre.
- (2)—Lávese bien las manos antes de comer y después de sus deposiciones.

- (3)—Beba sólo agua hervida.
- (4)—Use siempre leche hervida.
- (5)—Lave los alimentos crudos en agua hervida.
- (6)—No permita que las deyecciones y orinas humanas sean arrojadas al suelo.
- (7)—No use alimentos que han estado expuestos al polvo y a las moscas.
- (8)—Haga la compra de sus víveres en establecimientos con patente de sanidad.
- (9)—Vacúnese.
- (10)—Llame a su médico al menor síntoma de fiebre o malestar.
- (11)—Informe a las autoridades sanitarias sobre cualquier clase de enfermos febriles de su casa y de su vecindad.
- (12)—Solicite y facilite el aislamientos de todo caso comprobado como fiebre tifoidea.

COMISION DE ESTUDIOS SOBRE BARTONELLOSIS.

CONSIDERACIONES MEDICO-SOCIALES SOBRE LA BLENO- RRAGIA Y LA SIFILIS

Por el doctor *Luis Méndez Ferro*.

Conferencia dictada el viernes 23 de febrero de 1940 en la ciudad de Nueva York.

Como se comprenderá esta conferencia hace referencia hasta el año de 1940 época en que los estudios sobre Penicilina y otros aspectos del tratamiento de ambas enfermedades no estaba tan adelantado como hoy día.

Señores Miembros de la Mutualista Obrera Puertorriqueña:

He de ocuparme esta noche en hablaros sobre dos enfermedades que azotan a las sociedades humanas desde épocas muy remotas y que se han debatido durante tanto tiempo, que tengo la convicción de que ya no hay adulto que no las conozca por haber oído hablar de ellas o por haberse encontrado en contacto, directa o indirectamente, con ese problema, especialmente en este país.

No dispongo de tiempo para explayarme largamente sobre tan vasto y trascendental tema, pero lo haré de una manera somera en cumplimiento del deber que tengo como médico de cooperar al laudable propósito del Departamento de Higiene de la ciudad de Nueva York en su intención, por todos conceptos loable, de luchar contra las enfermedades venéreas.

Preliminar histórico.

Desgraciadamente el puritanismo religioso mal entendido y un falso pudor impidieron una lucha franca y abierta contra estos flagelos, y la humanidad ha venido a despertar a la realidad y por ende está pagando en medio de dolores y tristezas las emergentes consecuencias.

La gonorrea o blenorragia se conocía ya en los tiempos bíblicos. La sífilis se ha creído por algunos que es primitiva de América

y que fue llevada al viejo Mundo por los miembros de las tripulaciones de las naves descubridoras en la época colombiana.

Fue Frascatorius, médico italiano, quien le dio el nombre de SIFILIS, en un célebre poema que publicó en 1530 y que inmortalizó a un cuidador de cerdos que padecía de esa enfermedad.

Eso hace 400 años; y durante ese lapso poco o nada se adelantó en la determinación de las causas de la sífilis, lo que hizo muy difícil el establecimiento de métodos científicos de diagnóstico y tratamiento y hasta llegó a confundirse esta dolencia con la blenorragia.

A fines del siglo XVIII el gran cirujano inglés John Hunter en sus estudios resolvió inocularse pus de un blenorragico, con lo cual se le desarrolló un chanero sífilítico característico. El doctor Hunter ignoraba que el paciente donador padecía de ambas dolencias. De ese experimento dedujo el célebre cirujano que sífilis y gonorrea eran causadas por el mismo agente y en realidad una misma enfermedad.

No fue sino en 1838 cuando quedaron definitivamente establecidas las características diferenciales de las dos enfermedades. Se debió este adelanto trascendental al célebre cirujano francés Felipe Ricord, quien era además magnífico experimentador y clínico eminente. Fue él quien describió de manera admirable, los tres períodos de la sífilis.

En 1879 Alberto Neisser descubrió el germen de la blenorragia. Metchinikoff y Roux en 1903 lograron transmitir la sífilis a los monos, con lo cual se facilitaron estudios más extensos y nuevos experimentos para prevenirla y tratarla.

En 1905 Schaudinn y Joffman descubrieron el germen de la sífilis, el cual se llama el espiroqueto de Schaudinn. Dos años más tarde Wassermann estableció el examen de sangre que lleva su nombre.

Tras luengos años de pacientes investigaciones y experimentos en su laboratorio, P. Erlich, buscando el descubrimiento de un espiroqueticida que no lesionara las células sanas de los sífilíticos, preconizó en 1910 el mundialmente conocido SALVARSAN, resultado de su experimento N° 606 que con el NEOSALVARSAN, producto de su experimento N° 914, constituyen el arma más poderosa de que dispone el cuerpo médico actualmente para el tratamiento de la sífilis.

Renace la esperanza al ver que la humanidad busca la liberación de las enfermedades venéreas con la campaña que se desarrolla vigorosamente por todos los ámbitos de la tierra.

Por las causas anotadas al principio de esta conferencia, hubo lamentable retardo en el desarrollo profiláctico de las enfermeda-

des venéreas en este país y ellas se encontraban muy extendidas cuando principió la lucha.

Como una muestra de la oposición que se hacía en el Estado de Nueva York al estudio de las enfermedades venéreas, podemos citar el caso de una película alemana que se introdujo hace algunos años, traducida al inglés, en la cual se mostraba a los estudiantes muchos puntos importantes sobre las enfermedades venéreas y que sólo fue posible exhibir en los Estados pertenecientes a la porción llamada Nueva Inglaterra y en algunos otros. Esa película en nada contrariaba las buenas costumbres ni los principios de la pedagogía. No cabe duda de que si esta cinta hubiera sido irrestrictamente exhibida en las Escuelas Superiores se hubieran evitado muchas epidemias de enfermedades venéreas, algunas de las cuales asumieron tal gravedad en el Estado de Nueva York que las autoridades de varias localidades se vieron obligadas a pedir auxilio al Departamento de Higiene del Estado para contrarrestarlas. La discusión libre de este tópico hace que el público se entere de su gran peligro, de sus síntomas precoces, y de su adecuado tratamiento.

Nos es muy satisfactorio dejar constancia de la intensidad, la aplicación e interés desplegados por el Departamento de Higiene Federal en su campaña anti-venérea y especialmente la imponderable labor del doctor Thomas Parran, Director General del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos. Ya pueden apreciarse los efectos de ese esfuerzo al oír discutir sobre este tema a los pacientes de ambos sexos, de una manera inteligente y percibir el gran número de miembros de todas las clases sociales que concurren voluntariamente, ya sea al Departamento de Higiene, o al consultorio de los médicos a someterse a los exámenes necesarios para saber si llevan o no el germen de estas enfermedades, especialmente el de la sífilis.

Es notable en estas dolencias la facilidad con que se adquieren y que, una vez adquiridas, son muy fáciles de propagar. Ellas son inminentemente infecto-contagiosas. Nos ocuparemos de cada una de ellas procurando tocar los puntos que más puedan interesarle al público.

Gonorrea.

La gonorrea es causada por un germen que se puede ver por medio del microscopio en las secreciones purulentas de las personas contaminadas y que se determina con el nombre de "gonococo de Neisser".

Generalmente se contrae la enfermedad por medio de las relaciones sexuales; pero también puede adquirirse por negligencia de aseo e higiene usando toallas u objetos que hayan servido a perso-

nas afectadas; igualmente puede contraerse en los retretes, baños públicos y en las playas. De esta manera ni aun los niños de más tierna edad están exentos de adquirirla e incumbe a las madres consultar a sus médicos siempre que sus hijos tengan secreciones sospechosas de los órganos genitales. En los casos de madres enfermas es posible y aun probable que ellas contaminen los ojos de sus niños al nacer.

En Chile las estadísticas colocan en segundo lugar como causa de la ceguera la blenorragia, correspondiendo al 10% de los casos a la conjuntivitis neonatal, la cual si no se trata a tiempo puede llevar a la completa pérdida de la visión en el 100% de los casos. Estas funestas consecuencias se evitan fácilmente instilando en los ojos del recién nacido unas gotas de solución de nitrato de plata al 1%.

Contribuye a la frecuencia de la gonorrea el hecho de que los enfermos se creen ya sanos cuando todavía no lo están; otras veces porque no acuden al consultorio del médico al descubrir la enfermedad sino que pretenden curarse por sí mismos con métodos empíricos y sustancias inadecuadas; también suelen dejarse llevar por los cantos de sirena de los charlatanes, quienes les prometen curaciones rápidas. La enfermedad se retarda en sanar y aun pueden venir recaídas de gravedad variable porque los enfermos acuden prematuramente a tener relaciones sexuales.

El germen de la gonorrea entra en desarrollo del tercero al octavo día después de la contaminación. En el hombre los síntomas principales son:

- (a) Picazón en el miembro, sobre todo en el prepucio,
- (b) Ardor en el canal al orinar; y
- (c) Aparición de una secreción purulenta e inflamación de la uretra.

En la mujer pueden presentarse los mismos síntomas: pero además puede ocurrir que no haya sino la supuración y que ella no le dé importancia a la secreción, lo cual es muy peligroso por el riesgo que hay de que propague la enfermedad, casi pudiéramos decir, sin darse cuenta de ello. Se expone también la contaminada a llevar el contagio a sus órganos internos causándose grandes daños. Muchas operaciones tales como la extirpación de las trompas, de los ovarios y aún de la matriz se deben a la propagación en esos órganos de la gonorrea primitiva. Las mujeres suelen volverse estériles a causa de esa enfermedad. Lo propio ocurre en el caso de los hombres cuando el germen pasa a las glándulas genitales.

La gonorrea es fácil de curar siempre que el paciente se ponga precozmente en manos de un médico competente. Su curación se ha hecho menos difícil con el uso de la quimioterapia moderna, es de-

cir, las sustancias químicas nuevas, tales como la sulfanilamida, la sulfapiridina, y el sulfatiazol.

En la Tercera Conferencia Francesa de marzo de 1939 sobre blenorragia, se llegó a las siguientes conclusiones:

(1) Eficacia indiscutible de la nueva quimioterapia, considerándose como producto más eficaz y tolerable el Dagenán, aunque algunos enfermos revelan intolerancia:

(2) El tratamiento local rara vez (10%) es necesario en el varón y se utiliza ya menos frecuentemente en la mujer:

(3) El uso de vacunas es sólo indispensable para las complicaciones y las recurrencias:

(4) La quimioterapia ha cambiado radicalmente el aspecto de la lucha contra la blenorragia.

Una persona atacada de gonorrea debe observar las siguientes reglas:

(a) Acudir a los cuidados de un médico competente hasta que éste lo declare curado.

(b) Comunicar a su médico si no le es posible seguir el tratamiento. Aquél le facilitará los medios para hacerlo.

Prescindir de las relaciones sexuales hasta que su médico lo haya declarado completamente sano, de lo contrario infectará a otras personas y agravará su propia dolencia, haciendo más difícil la curación.

(d) Dormir sólo en su cama individual.

(e) Lavarse con agua y jabón las manos después de haberse tocado los órganos genitales o de haber tenido contacto con cualquier cosa sucia de las secreciones purulentas; si no lo hace y se lleva las manos contaminadas a los ojos puede infectarlos y hasta quedar ciego.

(f) Destruir todos los materiales que hayan servido para sus curaciones locales.

(g) Usar sus propias toallas y artículos de tocador individuales y no permitir que nadie se sirva de ellos, ni emplear esos mismos objetos pertenecientes a otros.

(h) Prescindir de todas las bebidas alcohólicas y no comer ácidos ni alimentos preparados con especias.

(i) El reposo ayuda a la curación.

(j) Los ejercicios fuertes agravan el mal.

(k) Beba mucha agua entre las comidas y evite orinar por lo menos tres horas antes de ir a casa del médico.

(l) Para su propio beneficio coopere con el médico.

Sífilis.

Todo lo que se pueda decir sobre la sífilis es poco ante la gravedad de este flagelo y de los magnos problemas que le ha creado a la humanidad.

Esta enfermedad es producida por la espiroqueta a que ya hemos aludido atrás, el cual pasa de un organismo a otro en las secreciones húmedas. La causa principal de contagio son las relaciones sexuales; pero es adquirible de otras maneras.

Puede decirse que el 50% de los enfermos la contraen sin conocimiento expreso previo, en las relaciones sexuales matrimoniales, o por herencia. Otros la adquieren de una manera casual con el uso de utensilios como vasos, tazas, pipas o cigarrillos de personas sífilíticas. Los niños de pecho pueden contraerla de una nodriza enferma. Es adquirible en las barberías, salones de belleza y lugares semejantes.

Los médicos y los dentistas están expuestos en los tratamientos que dan a personas infectadas. En el 50% de los casos adquiridos por contacto sexual las estadísticas muestran que hay igual proporción entre el amor clandestino y aquel de la prostitución comercial.

Por los besos puede venir el contagio. El Departamento de Higiene descubrió 17 casos de sífilis contraída en una reunión en que los besos formaban parte de los juegos de sociedad.

La mayoría de los casos de sífilis se encuentran en jóvenes de ambos sexos entre los 20 y los 24 años. Son pocos los que han pasado de 21 años que se hayan escapado de exponerse a contraerla. El curso que sigue la sífilis es más o menos el siguiente:

Las espiroquetas se encuentran en el punto de entrada, produciendo entre los 12 y los 40 días una úlcera, o nódulo de base endurecida que se denomina chancro duro, pero éste puede ser muy pequeño, *chancro enano*. También ocurre que pueda estar en la mujer en un sitio oculto. En estos dos últimos casos se corre el riesgo de que pase inapercibido, lo cual facilita la propagación de la enfermedad.

Una visita al médico tan pronto como se note la lesión puede permitir el diagnóstico por medio del ultra-microscopio, con lo cual es fácil precipitar la curación. Casi todos los casos pueden curarse en este período, pues las espiroquetas no han penetrado todavía a la circulación y la reacción de Wassermann da resultado negativo.

Si no se trata la lesión primaria ésta se cura espontáneamente dejando una cicatriz y los gérmenes penetran en la circulación produciendo al cabo de varias semanas los síntomas que se conocen con

el nombre de "período secundario", cuyas manifestaciones varían según el individuo.

Los síntomas principales pueden consistir en una erupción parecida al sarampión o a ciertas intoxicaciones alimenticias. Esta manifestación se conoce con el nombre de "roseola sifilítica", la cual aparece por regla general en la espalda y en el pecho.

Puede sobrevenir una ligera reacción febril; infartación ganglionar; placas mucosas en la boca y en la garganta; dolor de cabeza dolor de huesos; malestar general, caída del pelo.

Algunas veces estos síntomas son muy benignos y pasajeros en el 20% de los hombres y en el 33% de las mujeres, lo que hace la sífilis tanto más peligrosa. Es una enfermedad insidiosa, vale decir: *traicionera*, por lo cual es imperativo el examen de la sangre con la reacción de Wassermann en todos los casos en que haya la menor sospecha de contaminación.

El tratamiento en este período por un médico competente obtendrá la curación y en poco tiempo la persona contaminada dejará de ser peligrosa.

Hay algunos empleados sifilíticos que no son contagiosos para sus compañeros de trabajo, en ciertas circunstancias: pero es necesario que estén atendidos por un médico que conozca la enfermedad y su tratamiento.

Si la sífilis no se cura durante las manifestaciones de sus dos primeros grados, ella entrará en el período en que desaparecen los síntomas externos y visibles, aunque subsiste en estado latente. En esa condición puede durar la enfermedad varios años y sólo revelarán su presencia las pruebas serológicas de Kahn y de Wassermann.

Sin embargo, al final de este período pueden hasta llegar a ser negativas las reacciones mencionadas, induciendo al enfermo y al médico inexperto a suponer que no hay infección. En estas circunstancias sólo el análisis del líquido céfalo-raquídeo podrá revelar la presencia del espiroqueto dañino y perturbador.

Llegada a ese estado la sífilis sólo es curable en la mitad de los casos. Si no se trata y se cura en ese período semi-final, la terrible enfermedad atacará todo el organismo, lo que ha llevado a los entendidos en la materia a motejarla de "Grande Imitadora". En efecto, en su carrera devastadora puede confundirse con dolencias que suelen provenir de causas naturales y variadas, como enfermedades del corazón de los vasos sanguíneos, tuberculosis, cáncer, ciática, varias artritis, soriasis y otras manifestaciones cutáneas; de los pulmones y los riñones.

En este período latente puede también causar enfermedades de los músculos; de los huesos, producir hemorragias cerebrales, oscu-

recimiento y hasta desaparición de la vista; sordera y reblandecimiento cerebral; como también parálisis y locura.

La sífilis es responsable del 10 al 15% de los casos de enajenación mental.

En los Estados Unidos el terrible flagelo inhabilita a más de medio millón de individuos anualmente. Hace diez veces más estragos que la tan temida parálisis infantil y llena los asilos de locos, ciegos, débiles mentales y otras personas incapacitadas para ganar su propio sustento y el de sus familias.

Las defunciones debidas a la sífilis son mucho más crecidas que las que puedan achacarse a otras enfermedades contagiosas y es una de las cuatro epidemias que más muertes causa, incluyendo el cáncer, la tuberculosis y la pulmonía.

Con todo, los peores estragos que ocasiona la sífilis son los que se registran en el contagio de las madres al ser que llevan en sus entrañas. ¡No os asombréis! en los Estados Unidos nacen anualmente no menos de 600.000 niños contagiados de sífilis congénital.

Mas tales casos no son desesperados: iniciada la medicación por las madres contaminadas durante los primeros meses del embarazo, casi puede asegurarse que darán a luz, a término, niños sanos y robustos. Este tratamiento ha de principiarse antes del quinto mes de preñez y debe extenderse también a los padres de niños por nacer, pues de otra manera se corre el riesgo de reinfecciones indefinidas.

La prevención anterior sobre medicación antes del quinto mes del embarazo no quiere decir en manera alguna que pasado ese límite no se principie el tratamiento, sino solamente que hay menos probabilidades de que el recién nacido venga al mundo completamente sano.

La ausencia o negligencia de tratamiento hace que sólo se registren de 16 a 17% de nacimientos de niños alentados. Tomo estos datos de estadísticas rigurosamente exactas.

Esas mismas estadísticas muestran que el 90% de los hijos de madres que se han sometido al tratamiento nacen en la plenitud de su normalidad.

En los casos de sífilis congénital se nota que los pequeños pacientes responden muy mal al tratamiento, lo cual está demostrando que es más conveniente que la madre se someta a cinco meses de medicación antes del parto que obligar a sus pequeñuelos y así misma a seguir cinco años de atenciones médicas.

No hay duda de que las nuevas leyes que exigen a las personas que van a contraer matrimonio someterse no solamente a un examen general sino a hacer que se haga una reacción de Wassermann; y que obligan a los médicos a proceder de igual manera con toda

mujer embarazada que se presente por primera vez a sus cuidados, tienden a disminuir, de manera apreciable, el flagelo de la sífilis.

El tratamiento en general es muy sencillo y variará de acuerdo con el período de la enfermedad y con el caso particular. Consiste él en inyecciones de Salvarsán, Neosalvarsán, bismuto y mercurio; que se aplican, después de haber hecho un examen riguroso del enfermo y los necesarios análisis de laboratorio, de una manera sistemática en las nalgas y en las venas, semanalmente, por un período de uno o dos años. Durante este lapso se sigue la mejoría del paciente, controlándola con exámenes periódicos de sangre. El tratamiento subsiguiente depende del progreso y del curso que tome la enfermedad.

Antes de declarar curado a un individuo debe hacerse un examen del líquido céfalo-raquídeo para asegurarse de que no hay lesiones cerebrales o de la medula espinal.

Una persona en apariencia sana, cuyo examen de sangre dé una reacción de Wassermann positiva, debe examinarse muy cuidadosamente para tener la seguridad de que hay ausencia de lesiones sifilíticas de los centros nerviosos o de las otras vísceras.

Las precauciones que debe seguir una persona que tenga sífilis son las siguientes:

- (1) No suspender el tratamiento mientras su médico no se lo permita.
- (2) No tener relaciones sexuales sin autorización del médico.
- (3) No besar a nadie porque puede infectar a la persona besada.
- (4) Dormir solo.
- (5) Tener toallas y objetos de tocador por separado.
- (6) Al comer en su casa hacer que los platos y demás utensilios que use sean lavados con agua hirviente. No comer en lugares públicos a menos que sepa que en ellos se escaldan las vajillas y los cubiertos.
- (7) No dejar que nadie use objetos que el contaminado haya tocado con la boca, tales como cepillo de dientes, pipas, cucharas, tenedores, vasos, etc. No usar cosas pertenecientes a otras personas y que sean de su exclusiva propiedad.
- (8) No fumar ni mascar tabaco hasta que su médico le diga que lo puede hacer.
- (9) No tomar bebidas alcohólicas.
- (10) Destruir el material de curación que haya estado en contacto con las lesiones.
- (11) Cuidar de su salud en general y evitar catarros y otras infecciones.

(12) Si no puede seguir el tratamiento con su médico hacerse-lo saber y éste le ayudará para que lo continúe.

Sabiendo pues, lo que es la sífilis se pregunta uno porqué hasta hace poco no podía discutirse ese azote público y que su nombre estuviera proscrito de las radiodifusoras. Es solamente en los últimos tres o cuatro años que se ha venido iniciando de una manera lenta la campaña anti-sifilítica por este medio.

Contrasta ésto con lo que pasa en los países Escandinavos, en donde las enfermedades venéreas están casi extinguidas. Suecia, Noruega y Dinamarca, que cuentan juntas con una población aproximadamente igual al Estado de Nueva York, tienen menos de 1.600 casos de sífilis al año.

En abril de 1936 había 21.984 casos en tratamiento en una parte del Estado de Nueva York solamente.

Las reglas prescritas en los países Escandinavos para tratar la incidencia de la sífilis son las siguientes:

- (1) Todos los casos deben ser denunciados.
- (2) Todos los enfermos han de ser puestos en curación.
- (3) Medicación gratuita para todos los enfermos.
- (4) Si fuere necesario para la protección de las personas sanas los enfermos deben hospitalizarse.

El reglamento ha sido posible en estos países porque todo el mundo tiene conocimiento de la gravedad de esos flagelos; los discuten libremente y tienen conciencia de que deben tratarse.

En este país se está iniciando algo semejante. Las enfermedades venéreas principian a discutirse de manera vasta y sana; muy pronto todo el mundo sabrá lo importante que es comenzar el tratamiento precozmente y la facilidad que hay para una curación completa.

No tardará, pues, el día en que dichas enfermedades y especialmente la sífilis, desaparezcan como ha desaparecido la peste bubónica, la fiebre amarilla y la viruela.

APENDICE

Desde que dictamos esta conferencia hasta el presente se han operado en el tratamiento de estas dos enfermedades grandes avances que resumimos como sigue:

Sífilis.

Para los estados primarios hay varios métodos curativos de los cuales el más importante es el del Mafarside, sólo o combinado con el bismuto. El primero de estos tratamiento es abortivo, inten-

so y continuo, que toma generalmente sólo cinco días y requiere examen previo del organismo. El segundo toma alrededor de un mes.

Para los estados secundarios se emplean, ora el tratamiento de 5 días, ora el de 30, y algunos practican el de 6 meses en combinación con el bismuto.

En los estados terciarios y cuaternarios se emplea el tratamiento de 6 meses y hay quienes lo combinan con la acción del calor generado por aparatos eléctricos para producir fiebre artificial a temperatura constante, aplicando al mismo tiempo inyecciones intravenosas a base de arsénico, o aplicando éstas más tarde.

Finalmente: en tales estados se emplean aún los métodos conocidos de sales tetravalentes.

Resumiendo: podemos decir que cogida la sífilis al principio de su evolución se puede curar en cinco días, y en los casos menos favorables, en uno a seis meses. Antes tomaban los tratamientos de uno a dos años y en algunos casos toda la vida.

Gonorrrea.

El tratamiento de la gonorrrea por la Penicilina, droga maravillosa, es todavía más espectacular, pues en el 100% de los casos en período agudo se puede curar esta enfermedad en 24 a 48 horas por medio de inyecciones intramusculares de 10.000 a 20.000 unidades, aplicadas cada tres horas.

HISTORIA DE LA MEDICINA TROPICAL, PARASITOLOGIA E HIGIENE EN COLOMBIA

Datos bibliográficos correspondientes a 113 años de labores colombianas (1830-1943).

Doctor *Alfonso Bonilla Naar.*

c)—*Asistencia Social.*

(6 trabajos. 1917-1940).

- 1917 CUERVO MARQUEZ LUIS.
"Medicina Social". Pág. 204, 4571. R. M. B.
- 1936 VARGAS JORGE L., MEJIA J. BERNARDO.
"Asistencia Pública, Sanidad y Beneficencia en Caldas".
Quinto Congreso Méd. Nal. Barranquilla. Tomo III. Pág.
735. Bibl. Fed. Med. Nal. Bogotá.
- 1938 VILLA HAEUSLER E.
"Informe del Secretario de Higiene y Asistencia Social de
Antioquia". Tomo I. Cita del doctor Alonso Restrepo. N. C.
- 1939 CAMERO CASTAÑO RODOLFO.
"Asistencia social, higiene y problemas médicos". Tesis. Bo-
gotá.
- 1940 GARCIA SOLANO RAFAEL.
"Higiene, saneamiento y asistencia social en la zona banane-
ra del Magdalena". Tesis. Bogotá.
- 1940 CARULLA MARIA. (DIRECTORA DE LA ESCUELA DEL
SERVICIO SOCIAL. BOGOTA).
"Generalidades sobre la preparación técnica del personal de-
dicado a las labores de asistencia social en Colombia". Med.
y Cir. del Atlántico. Vol. VII. N° 12. Diciembre. Bibl. Fac.
Nal. Med.

d)—*Biotipología. (Raza).*

(4 trabajos. 1923-1941).

- 1923 GONZALEZ LUIS.
"La Raza Antioqueña es única, y no está degenerada". Tesis.
Medellín. Tomo IV/8.

- 1936 ARANGO M. MIGUEL.
 "Algunos datos biométricos de los habitantes del Litoral Atlántico". Quinto Congreso Méd. Nal. Tomo I. Pág. 63. Diciembre. Bibl. Fed. Med. Nal. Bogotá.
- 1940 MAZUERA A. JULIO CESAR. (CALI. VALLE).
 "Por la defensa de nuestra Raza". Med. y Cir. del Atlántico. Vol. VII. N^o 1. Enero. Bibl. Fac. Nal. Med.
- 1941 BONILLA NAAR ALFONSO.
 "El Tipo Fisiológico del Hombre que habita los Andes Colombianos". Edit. Augusta. Folleto.
- 1944 ESGUERRA GOMEZ, ALFONSO.
 "Algunas características biológicas del universitario colombiano". Estudio sobre 50.000 unidades estadísticas. Presentado a la Academia Nal. de Medicina, el 24 de agosto.

e)—*Bromatología. (Carnes).*

(4 trabajos. 1891-1942).

- 1891 DIRECCION.
 "Higiene. Policía bromatológica. Las carnes". Pág. 656, 4562. Continúa 706, 774, del mismo volumen. Rev. Med. de Bogotá. Continuará?
- 1892 GARCIA EVARISTO.
 "Policía Bromatológica. Las carnes". (Continuación). Pág. 8. 4556. (Continuación). Pág. 37. (idem). R. M. B. (Continuación). Págs. 8-37-81-103-189-276 y 308, 4763. Años 1892 y 1893.
 (Continuación). Pág. 37-81. 4556. Año 1892.

"	Pág. 103	(idem).
"	Pág. 189	(idem).
"	Pág. 276	(idem).
"	Pág. 308	(idem).

4556. Año 1892 y 1893.

- 1914 RODRIGUEZ ROZO AMADEO.
 "Carnes. Su valor absoluto". Pág. 27, 4556. R. M. B.
- 1942 BALDOMERO CLEVES ORTIZ.
 "Higiene e Inspección de las carnes". Tesis. Bogotá.

f)—*Instituciones.*

(13 trabajos. 1884-1940).

- 1884 CASTAÑEDA GABRIEL, GOMEZ PROTO, OSORIO NICOLAS y CORONADO DANIEL E.
 "El Hospital de Caridad de Bogotá en 1884 y reformas en proyecto. N. C.". Pág. 7, 4766. R. M. B.

- 1914 DIRECCION.
"Instituto Bacteriológico Central. Ley que lo creó". Pág. 670. 4566. R. M. B.
- 1914 DIRECCION.
"Consejo superior de sanidad". Págs. 47, 140 y 210. 4566. R. M. B.
- 1920 PARDO C. LUIS C.
"Consideraciones sobre las gotas de leche". Tesis. Bogotá.
- 1921 AREVALO JOSE DAVID.
"Nuestros manicomios y sus deficiencias higiénicas". Tesis. Bogotá.
- 1925 GOMEZ DURAN ROBERTO.
"Apuntaciones sobre la Cruz Roja Colombiana". Tesis. Bogotá.
- 1930 PATIÑO CAMARGO LUIS.
"Reglamento de la Gota de Leche". Cúcuta. (Lista de los trabajos del autor, suministrada gentilmente. N. C.).
- 1932 BEJARANO JORGE.
"Exposición de motivos que crea la Escuela Superior de Higiene". (En la Cámara). Pág. 596, 6642. Rev. Med. de Colombia. Proyecto de Ley.
- 1935 LONDOÑO JUAN B.
"Datos para la Historia de la Fundación del Instituto Profiláctico". Boletín Clínico. Medellín. Año II. N° 1. Junio.
- 1935 ROBLEDO EMILIO.
"Antecedentes históricos acerca del Instituto Profiláctico". Pág. 8. Año II. N° 1. Junio. Boletín Clínico de Antioquia. Medellín.
- 1938 PATIÑO CAMARGO LUIS.
"Croquis del Instituto de Enfermedades Tropicales". Rev. Fac. Nal. Vol. VII. N° 6. Diciembre.
- 1940 PATIÑO CAMARGO LUIS.
"Instituto de Investigación Federico Lleras". Su organización y estudios que se adelantan. Informe del autor. Med. y Cir. Vol. VII. N° 3. Marzo. Bibl. Fac. Nal. Med.
- 1940 ECHEVERRI GUILLERMO.
"Una Gota de Leche rural en Colombia". Med. y Cir. del Atlántico. Vol. VII. N° 12. Diciembre. Bibl. Fac. Nal. Med.
- g)—"*Junta Central de Higiene*".
(3 trabajos. 1887-1914).
- 1887 SESION DEL 24 DE FEBRERO DE 1887.
"Miembros elegidos para formar la Junta Central de Higiene". Pág. 513, 4519. R. M. B.

- 1887 DIRECCION.
"Junta Central de Higiene. Reglamento". Págs. 769 a 773,
4520. R. M. B.
- 1914 DIRECCION.
"Junta Central de Higiene. Ley que la restableció". Pág. 678,
4566. R. M. B.

h)—*Leches*.

(3 trabajos, 1919-1935).

- 1919 ARBELAEZ R. GREGORIO.
"Algunas consideraciones sobre la higiene de la leche". Tesis. Bogotá.
- 1924 CUEVAS G. FRANCISCO.
"Higienización de las leches en Bogotá". Tesis. Bogotá.
- 1935 CALLEJAS R. JUAN B.
"Algunas notas sobre higiene de la Leche en el Municipio de Medellín". Tesis. Medellín.

i)—*Puericultura*.

(29 trabajos, 1893-1943).

- 1893 ARANGO M. MIGUEL.
"Observaciones sobre la leche y el régimen lácteo". Tesis. Bogotá.
- 1893 CHAVANNE A.
"De la leche esterilizada. Su empleo en la alimentación del recién nacido". Pág. 126. 4556. Revista Extranjera. La Dirección. Tesis de París. R. M. B.
- 1900 ROBLEDO EMILIO.
"Higiene de la Infancia". Tesis. Medellín. Tomo II/14.
- 1907 CASAS BERNARDO R.
"Contribución al estudio sobre las causas de mortalidad infantil en los primeros años de la vida". Tesis. Bogotá.
- 1912 TROCONIS FERNANDO.
"Apuntaciones sobre la mortalidad infantil en Bogotá. Tesis. Bogotá.
- 1918 SOLANO P. ELIAS.
"Consideraciones sobre Puericultura". Tesis. Bogotá.
- 1921 SALAZAR ESTRADA JOSE.
"Mortinatalidad". Tesis. Bogotá.
- 1922 GARTNER HERNAN.
"Nota sobre puericultura prenatal". Tesis. Bogotá.

- 1922 DE LAFONT O P. O.
"La Enteritis de la Infancia". Tesis. Cartagena. Bibl. Fac. Med. Medellín. Tomo III/8.
- 1922 ANDRADE B. JORGE.
"Contribución al estudio del recién nacido". Tesis. Bogotá.
- 1923 DIAZ REMIGIO.
"Apuntes sobre la alimentación de los niños normales durante los primeros meses de la vida". Tesis. Bogotá.
- 1923 ESCALLON JOSE G.
"Contribución al estudio de las dispepsias alimenticias en el niño". Tesis. Bogotá.
- 1925 BORJA ANDRES.
"Contribución al estudio de algunos trastornos de origen alimenticio en los niños". Tesis. Cartagena. Tomo IX/3. Bibl. Fac. Med. de Medellín.
- 1925 BEREGOFF PAULINA. (DOCTORADA EN CARTAGENA).
"Acidosis". Tesis. Cartagena. Tomo IX/4. Bibli. Fac. Med. Medellín. N. C.
- 1925 RIVEROS DALEMAN M.
"Contribución al estudio de la diarrea de la fermentación en los niños de Bogotá". Tesis. Bogotá.
- 1927 FERRO LATORRE LUIS E.
"Contribución al estudio de la alimentación del niño normal en su primer año". Tesis. Bogotá.
- 1929 MARTINEZ E. MIGUEL.
"Algunas consideraciones sobre Higiene Prenatal y de la primera infancia". Tesis. Medellín. Tomo VIII/1.
- 1935 BARRIGA CASALINI HUMBERTO.
"Estudio epidemiológico de las principales afecciones tratadas en los consultorios de la Protección Infantil de la Dirección Municipal de Higiene en los años de 1935-36". Tesis. Bogotá. 1937.
- 1936 ECHEVERRI GUILLERMO.
"Alimentación infantil". Bol. Clínico. Año III. N° 4. Diciembre. N° 28. Pág. 255.
- 1936 ECHEVERRI GUILLERMO.
"Alimentación infantil". Boletín Clínico. Medellín. Pág. 509. Año II. N° 11. Julio. N° 23. (Escuela francesa y Alemana frente a este tópico. N. C. Réplica a un trabajo del doctor A. Uribe. N. C.
- 1936 URIBE URIBE ALBERTO.
"El problema de la alimentación infantil". Boletín Clínico. Medellín. Pág. 514. Año II. N° 11. Julio. N° 23. (Comentario

- a una crítica del doctor Echeverri G. sobre el particular. Pereira. N. C.).
- 1937 CASTRO SENIOR DAVID. (SECRETARIO GENERAL). "Quinto Congreso Médico Nacional. Primer Congreso Colombiano del Niño. Resoluciones". Bol. Clínico. Medellín. Año III. N.º 5. Enero. N.º 29. Pág. 333.
- 1940 CAMACHO GAMBA JORGE. "Cómo debe prestarse la asistencia alimenticia en las instituciones de Protección a la Infancia". Med. y Cir. del Atlántico. Vol. VII. N.º 10. Octubre. Bibl. Fac. Nal. Med.
- 1940 TORRES UMAÑA CALIXTO. "Las avitaminosis C y D en los niños de Bogotá". VIII. Congreso Panamericano del niño. Med. y Cir. del Atlántico. Vol. VII. N.º 7. Julio. Bibl. Fac. Nal. Med.
- 1940 BERMUDEZ ORTGE CARLOS. "Un aspecto de la asistencia alimenticia del niño". Med. y Cir. del Atlántico. Vol. VII. N.º 11. Noviembre. Bibl. Fac. Nal. Med.
- 1940 PAZ OTERO GERARDO. "Un brote de Parálisis Infantil epidémica en Cúcuta-Colombia". Med. y Cirugía del Atlántico. Vol. VII. N.º 1. Enero.
- 1940 GAMBOA ECHANDIA RUBEN, PEDRAZA HECTOR. "Organización y resultado de los servicios de Protección a la Infancia en Colombia". Med. y Cir. del Atlántico. Vol. VII. N.º 9. Septiembre. Bibl. Fac. Nal. Med.
- 1941 CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA. "La morbilidad infantil en Colombia". En Boletín Diario de Prensa. N.º 99. Bogotá. (Cita del doctor Socarrás "Coto y Cretinismo en Colombia". 1942. Ya Cit. N. C.).
- 1943 CAMACHO GAMBA J. "Crecimiento y desarrollo del niño en el Trópico". Octavo Congreso Panamericano del Niño, en Washington. Rev. Colombiana de Pediatría y Puericultura. Bogotá. (El doctor Bonilla publicó en la misma revista, un "Comentario", diciendo que el verdadero título, por haber sido hechos los estudios en Bogotá, a 2.640 metros sobre el nivel del mar, debía ser "Crecimiento y desarrollo del niño en BOGOTA". N. C.).

Historia, Climatología, Geología y Geografía.

(19 trabajos. 1886-1943).

- 1886 CUERVO LUIS MARIA. "Climatología colombiana"., Pág. 23, 4519. R. M. B.

- 1887 CARRASQUILLA JUAN DE DIOS.
"Datos para el estudio de la climatología en Colombia".
Págs. 929 a 984, 4520. Todo el volumen. R. M. B.
- 1890 CARLOS MICHELSEN U.
"Presente y porvenir climatéricos de Bogotá". Pág. 48, 4562.
R. M. B.
- 1892 VERGARA Y VELASCO F. J.
"Geografía de Colombia". Bogotá.
- 1905 CARRASQUILLA JUAN DE DIOS.
"El año meteorológico de 1904". Pág. 303, 4555. R. M. B.
- 1913 GARCIA EVARISTO.
"Climatología de las principales regiones de Colombia (Valle del Cauca)". Pág. 136, 4565. R. M. B.
- 1915 CUERVO MARQUEZ LUIS.
"Geografía Médica y Patología de Colombia". Bogotá.
- 1915 GARCIA EVARISTO.
"La climatología del Cauca". Tercer Congreso Médico de Colombia. Publicado en sus anales.
- 1916 ROBLEDO EMILIO.
"Geografía Médica y Nosológica del Depto. de Caldas". Imprenta Deptal. Manizales. Cita del doctor Alonso Restrepo. N. C.
- 1917 ROBLEDO EMILIO.
"Geografía Médica del Departamento de Caldas". Pág. 239, 4571. R. M. B.
- 1920 URIBE PIEDRAHITA CESAR.
"Apuntes para la Geografía Médica del Ferrocarril de Urabá". Tesis. Medellín. Tomo XVII/9.
- 1922 SARMENT SILVA VICENTE.
"Contribución al estudio de la climatología y endemias de Casanare en relación con las expediciones militares". (Oriente de Colombia. N. C.). Tesis. Bogotá.
- 1926 LLERAS CODAZZI R.
"Notas Geográficas y Geológicas".
- 1927 BETANCOURT T. MARIO.
"Estudio de la Geografía Médica del Ferrocarril del Cauca". Tesis. Medellín. Tomo VII/8.
- 1931 OSORIO LUIS H.
"Estudios meteorológicos de Colombia". 1931-1935. (Cita del doctor Pedro Vargas Cuéllar. Tesis de grado. Ya cit. N. C.).
- 1933 LONDOÑO JUAN BAUTISTA.
"Climatología de Antioquia". Anales. Acad. Medellín. Año II. Entregas, 19 y 20. Junio, Julio. Cita del doctor Alonso Restrepo. N. C.

- 1935 **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.**
 "Geografías Económicas: Antioquia (1935). Boyacá (1936). Atlántico (1937). Caldas (1937). Bolívar (1941). Bibl. Contraloría. Bogotá.
- 1936 **ROBLEDO EMILIO.**
 "Bosquejo de Geografía Médica y Climatología en Colombia" Quinto Cong. Méd. Nal. Tomo II. Pág. 77. Barranquilla. Bibl. Fed. Med. Bogotá.
- 1944 **BONILLA NAAR ALFONSO.**
 "Anteproyecto para la Edición de una obra de Historia de la Medicina Tropical en Colombia". Presentada a la consideración del Consejo Directivo de la Fac. de Medicina, el 26 de septiembre. (Inédito).

1)—*Leishmaniosis cutánea y visceral.*

(Un trabajo teórico y uno práctico. Gast. 1944).

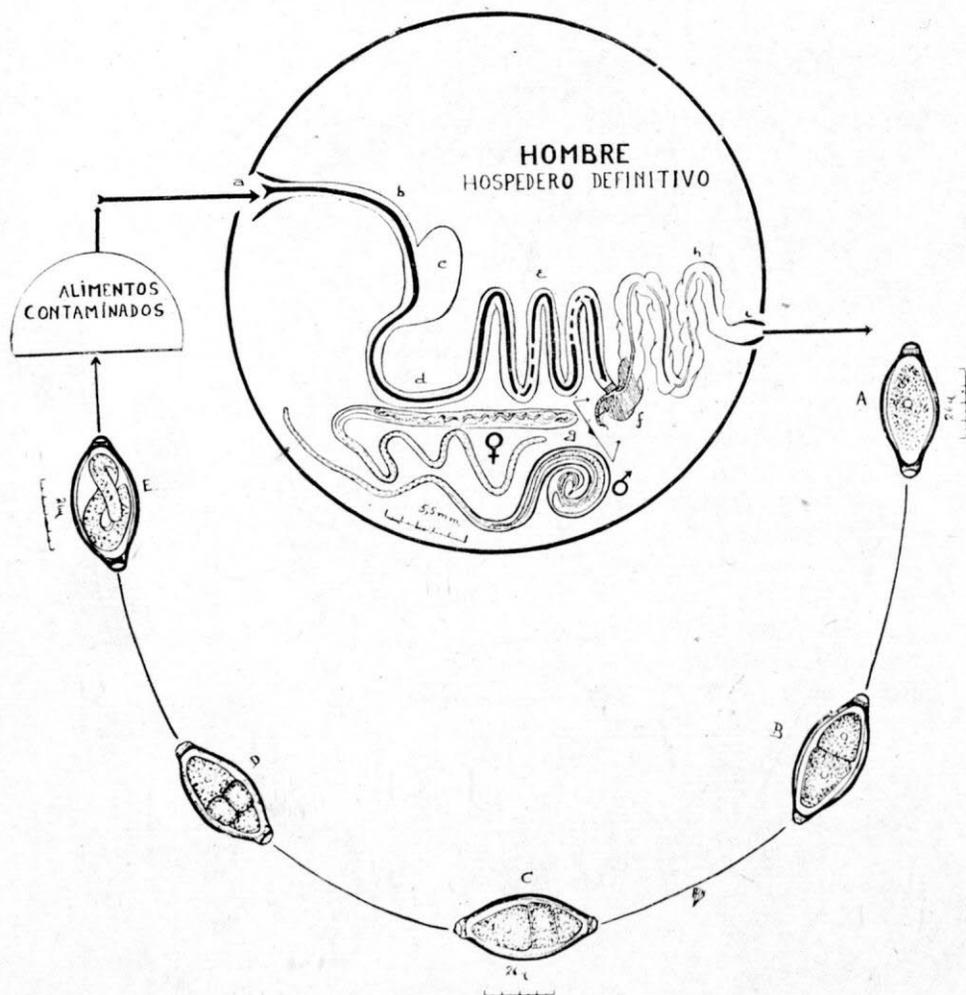
(15 trabajos. 1889-1944).

- 1889 **CAMACHO B. INDALECIO.**
 "Estudio de una afección cutánea llamada vulgarmente, "Marranas". Leishmaniosis. N. C. Tesis. Bogotá.
- 1890 **TELLEZ O. N. (GARZON).**
 "Botón de los Climas Tropicales". Descripción de la Enfermedad. (Leishmaniosis. N. C.). Pág. 747, 4558. Enero. R. M. B.
- 1895 **CADENA JOSE JESUS.**
 "Diagnóstico del Bubón de Vélez". Tesis. Bogotá.
- 1897 **ESGUERRA CARLOS.**
 "Concepto sobre la Buba o Bubón de Vélez del doctor Azuero". Pág. 67, 4553. R. M. B.
- 1897 **AZUERO ROBERTO.**
 "Buba o Bubón de Vélez". Pág. 69, 4553. R. M. B.
- 1898 **PINTO SAMUEL S.**
 "Bubón de Vélez". Tesis. Bogotá.
- 1903 **BERNAL BRAVO TOMAS.**
 "Ulceras de los miembros inferiores". Tesis. Medellín. Tomo II/8.
- 1914 **REBAGLIATI RAUL. (LIMA).**
 "Etiología de la Uta". (Leishmaniosis en el Perú, N. C.). Pág. 630, 4566. R. M. B.
- 1926 **MEDINA O. LUIS ALBERTO.**
 "Ulcera tropical y su tratamiento". Pág. 496, 5089. Rev. Med. Quirúrgica de los Hospitales.

- 1929 RODRIGUEZ B. JOSE DEL C.
"Contribución al estudio de la Leishmaniosis tegumentaria en Colombia (Bubón de Vélez, Marranas, Espundia)". Tesis. Bogotá.
- 1930 RAMIREZ H. GERARDO.
"Ulcus Tropicum". Tesis. Bogotá.
- 1931 BORREGO CAMILO, CAMPO POSADA ARTURO.
"Leishmaniosis cutánea de formas ulcerosa simple y nodular ulcerosa". Pág. 791, 6457. Rev. Med. de Colombia.
- 1936 FLOREZ TORO J.
"Consideraciones prácticas sobre el Kala-Azar". (Estudio clínico para orientarnos en su búsqueda. N. C.). Bol. Clínico. Medellín. Pág. 236. Año III. N° 4. Diciembre. N° 28.
- 1942 REY FLORENTINO.
"Aislamiento de tres cepas de Leishmanias". Rev. Fac. Med. Vol. XI. N° 2. Agosto. (Primer cultivo en el país. N. C. Estudiante de 5° año).
- 1944 GAST GALVIS AUGUSTO.
"Primer caso de Leishmaniosis visceral en Colombia". Laboratorio de Estudios Especiales del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. Trabajo presentado ante la Sociedad de Biología de Bogotá, el día 2 de febrero de 1944. Publicado en los Anales de la misma Sociedad. Vol. 1. N° 3. Mayo.
- 1944 GAST GALVIS AUGUSTO y RENGIFO SANTIAGO.
"Leishmaniosis visceral. Estudio Epidemiológico del primer caso diagnosticado en Colombia. Rev. de Biología de Bogotá. Vol. I. 161-168.

CICLO EVOLUTIVO DEL TRICHOCEPHALUS TRICHIURUS

(Life Cycle Chart of *Trichocephalus trichiurus*) (*).

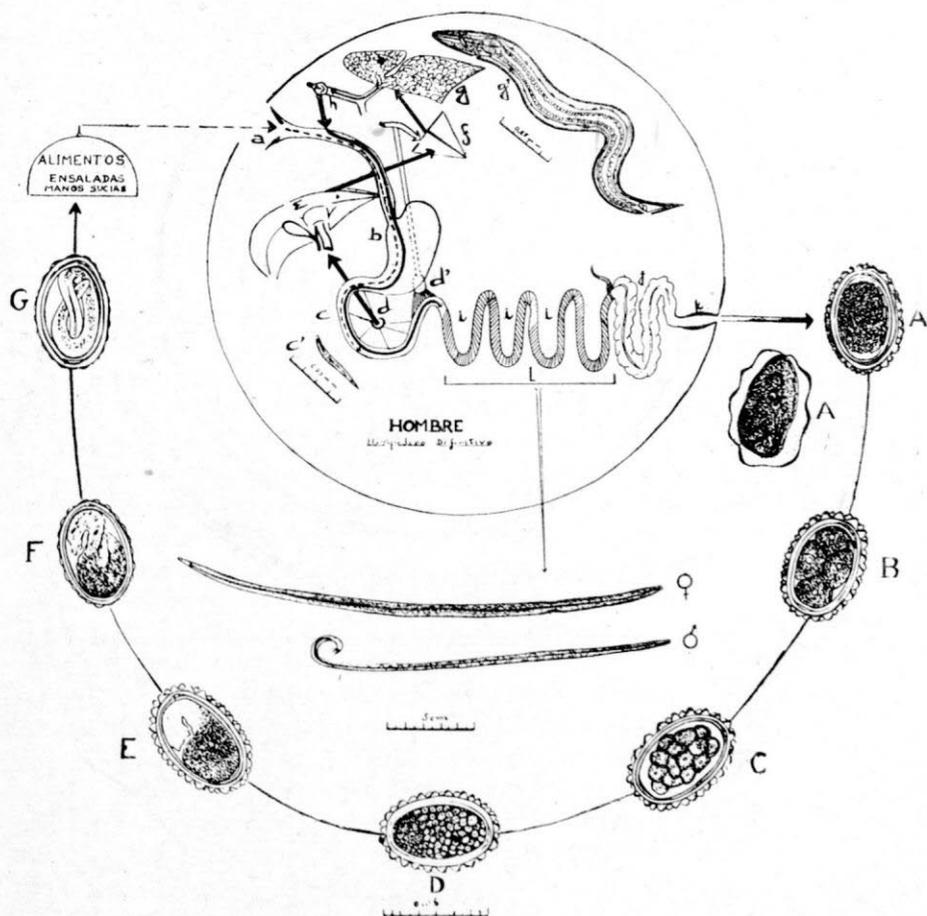


(*) Colección original del doctor ALFONSO BONILLA NAAR. — Bogotá, Colombia.

(Original Collection. All Rights Reserved The Author and The General Biological Supply House of Chicago).

CICLO EVOLUTIVO DEL ASCARIS LUMBRICOIDES

(Life Cycle Chart of *Ascaris lumbricoides*) (*).

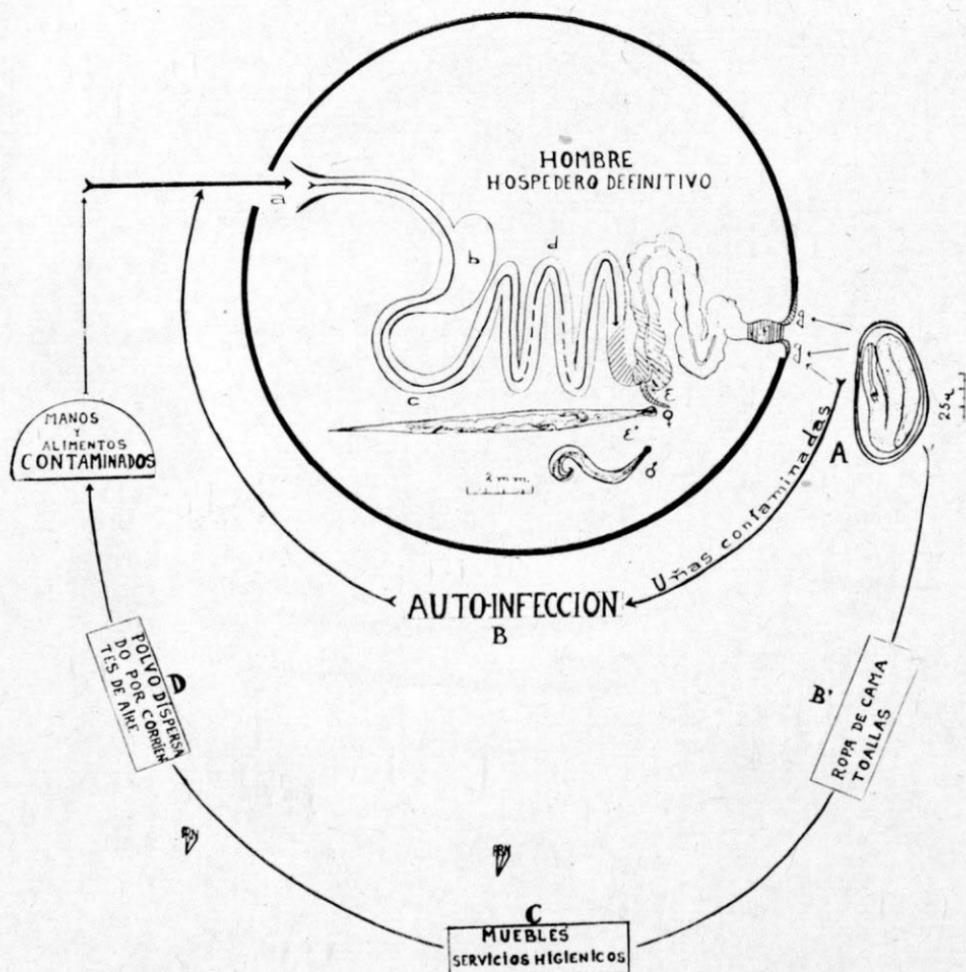


(*) Colección original del doctor ALFONSO BONILLA NAAR. — Bogotá, Colombia.

(Original Collection. All Rights Reserved The Author and The General Biological Supply House of Chicago).

CICLO EVOLUTIVO DEL ENTEROBIUS VERMICULARIS

(Life Cycle Chart of *Enterobius vermicularis*) (*).



(*) Colección original del doctor ALFONSO BONILLA NAAR. — Bogotá, Colombia.

(Original Collection. All Rights Reserved The Author and The General Biological Supply House of Chicago).

MOVIMIENTO MEDICO-SOCIAL

LA SALUD Y LA EDUCACION, FUNDAMENTOS DE LA DEMOCRACIA AMERICANA (*)

Por el Profesor *Jorge Bejarano*.

Hacer una disertación sobre cualquiera de los múltiples aspectos que ofrece la vida del pueblo americano no es muy sencillo, a pesar de los variados temas, porque precisamente esto hace más difícil decidirse por uno pues en realidad resultan todos apasionantes para el que los examina y quiera ocuparse en su análisis y en su origen. Dentro del dominio de la medicina, por ejemplo, sobran cuestiones para diversas y muchas conferencias. En lo sanitario ocurre exactamente lo mismo; en lo industrial, en lo político, en lo artístico, en la organización civil, en el análisis de sus científicos, filósofos, literatos, críticos y humanistas ñay también una vena inagotable. Por mi parte puedo decir que si hubiera de detenerme en un tema estrictamente médico habría de hacer mi conferencia al rededor de la personalidad del ilustre médico Hermann Biggs nacido en 1859 apenas desaparecido en 1923 y de quien puede decirse que es el intérprete más notable que haya tenido la medicina preventiva, pues a él, indudablemente, debemos la primera victoria sobre las enfermedades pestilenciales que amenazaron nuestro continente y que constituyeron serio peligro para aquellos densos núcleos de población, como el puerto de New York. A él se debe que ni la fiebre tifoidea ni el cólera, que hacían estragos en la ciudad de Hamburgo, pudiesen penetrar en el gran puerto Norteamericano. Es él pues un héroe de la sanidad americana, tal vez desconocido de muchos científicos, y quiero recordar su memoria como la de uno de los más grandes luchadores que haya tenido la sanidad en nuestro continente y a quien por esta meritoria labor se esculpió su efigie en la fachada de la Escuela de Higiene de Medicina Tro-

(*) Conferencia dictada en el Centro Colombo-Americano de Bogotá. El autor Vice-director de la Oficina Sanitaria Panamericana de Washington.

pical de Londres, junto a la de otros veinte sabios que se considera como precursores de la medicina preventiva desde el siglo XVII hasta nuestros días. La vida de este gran higienista, podría permitirme divagar aquí durante todo el término de esta conferencia y así como la de él, es también la vida de muchos otros sabios y sanitarios norteamericanos cuya labor ha sido en extremo benéfica para su país y para la humanidad.

Esta conferencia podría también versar sobre una cualquiera de tantas instituciones como en los Estados Unidos cumplen una gran misión desde el punto de vista de la educación, de la ciencia o de la defensa de la salud pública. Y por ejemplo, nada sería más oportuno que decir a los colombianos qué vale, qué significa desde este triple punto de vista, educativo, científico y sanitario, la fundación Rockefeller. Fue esta una creación de los últimos años de ese gran genio de la industria y de las finanzas, John Rockefeller quien después de haber llegado a acumular la más vasta fortuna que le dejaron los brillantes negocios en que siempre intervino, decidió fundar un instituto cuyo asiento principal está en la ciudad de New York, en uno de los suntuosos edificios, admiración de arquitectos y urbanistas, en pleno corazón de la ciudad cosmopolita en el sitio denominado "Rockefeller Center". La Fundación Rockefeller ha sido no sólo para América sino para el mundo entero un faro luminoso a donde la humanidad de este continente como la del viejo mundo, se ha dirigido en busca de salud, de ciencia y de educación. Para Colombia el nombre de la Fundación Rockefeller debe ser motivo de perenne gratitud. En el año de 1921 comienza a intervenir en el problema sanitario, viniendo en nuestra ayuda para la lucha contra el parasitismo intestinal que por tantos años ha anemiado y reducido en forma alarmante la capacidad física de los obreros de nuestras zonas rurales, especialmente de las zonas cafeteras. Fue esta entidad la primera que pareció preocuparse de los estudios que hacía más de veinticinco años habían realizado en nuestro país el profesor Roberto Franco y sus colaboradores, siendo especialmente el Profesor Franco quien desde la tribuna de las Academias y en la prensa había llamado la atención hacia la necesidad de luchar contra el flagelo de la anemia tropical, por una serie de medidas que nosotros estábamos incapacitados de realizar por nuestros exiguos recursos. La Fundación Rockefeller nos reveló pues, la necesidad de luchar contra el parasitismo intestinal y fue mediante los trabajos que se lograron con su cooperación, como los médicos pudimos darnos cuenta del dominio y extensión del mal.

Sobre los mapas levantados por las comisiones sanitarias que se enviaron al estudio y tratamiento de la enfermedad puede darse uno cuenta de que apenas una pequeña zona del territorio colom-

biano, la que demora sobre los altiplanos, no está invadida por el parásito conocido con el nombre de necator Americano. Después de esta primera actividad sanitaria la Fundación Rockefeller envía al territorio colombiano una misión para el estudio de la fiebre amarilla. El descubrimiento hecho por Soper y sus colaboradores que trabajan al servicio de la fiebre amarilla tanto en el Brasil como aquí, de la existencia de una nueva modalidad de la enfermedad, la conocida con el nombre de Fiebre Amarilla Selvática, vino a revelarnos que había también territorios de Colombia propicios a la agricultura o a la minería, donde existía la epidemia de la terrible dolencia. Por el Laboratorio de Estudios Especiales, ayer no más, consagrado a la memoria de Carlos Finlay, han desfilado grandes figuras de la medicina americana y yo me complazco en reconocer que en la actualidad está dirigiéndolo un verdadero experto, el doctor Charles Anderson y a otro de sus antiguos directores, el doctor Kum, debemos el descubrimiento de la transmisión del pian, epidemia que se ve sobre las costas del Pacífico en Colombia y que tiene tan intensamente invadidas las regiones del Chocó.

Pero volviendo a la fiebre amarilla, es a la Fundación Rockefeller a la que se debe la victoria definitiva sobre esta secular enfermedad que produjo en nuestro continente tan inmensos desastres y que pudo haber llevado hasta el fracaso definitivo la obra portentosa del Canal de Panamá, si no hubiera mediado el gran descubrimiento verificado a fines del siglo XIX por uno de los más grandes sabios de la medicina, el doctor Charles Finlay, nacido en Cuba en 1833 y muerto apenas en 1915 en la ciudad de La Habana. En efecto fueron investigadores que pertenecen a la fundación Rockefeller y a la cabeza de los cuales debo mencionar a los doctores Sawyer, Nítche y Lloyd, quienes encontraron el arma eficaz para luchar contra la fiebre amarilla en forma preventiva. Tal es la vacuna preparada hoy con grande acierto y eficacia en nuestro Instituto Finlay de la calle 55, que ha servido para vacunar cerca de ochocientas mil personas en nuestro país y que ha ido también hasta fuera de Colombia por solicitud de los gobiernos de Venezuela y Ecuador para vacunar allá los habitantes de aquellos dos países también expuestos a la enfermedad. Este Instituto de Estudios Especiales, ha realizado en forma silenciosa la más enorme tarea. Trabajan en él investigadores colombianos y no puedo dejar de mencionar por importante, inteligente y trascendental, la tarea realizada en esta materia por Jorge Boschel Manrique, Augusto Gast, Ernesto Osorno, cuyos trabajos han sido motivo de alto elogio en el mundo científico. La abnegación de todos ellos merece también destacarse en primera línea pues es raro que en estas épocas de mercantilismo y de explotación de todas las profesiones, haya un grupo de mucha-

chos que se dediquen solamente a la tarea de la investigación sin más aliciente ni más premio que el de servir a la humanidad.

La Fundación Rockefeller ha contribuido a la educación médica invirtiendo enormes sumas como auxilio a institutos de investigación o a escuelas de medicina. Ha llevado a Europa o a los mismos Estados Unidos, centenares de médicos provistos de becas para que se especialicen en las diferentes ramas de la medicina o de la higiene. Ha contribuido a la magnificencia de laboratorios, museos o bibliotecas destinados a la investigación o a la enseñanza y finalmente ha restaurado viejos monumentos históricos como catedrales y palacios destruidos en Europa cuando la guerra de 1914. La cifra invertida por la fundación Rockefeller en todas estas actividades tanto en Europa, en el Africa, en Asia como en América desde el año de 1913 hasta 1943, es decir en 30 años, asciende a la fantástica cifra de \$ 76.990.409 dólares.

Podría también escoger como tema de esta conferencia uno de los aspectos más singulares del pueblo americano: la defensa que en él encuentra la salud del individuo, esto es, la previsión. Para hacer un elogio de esta virtud suya, me bastaría simplemente decir que sólo merced a ella pudo realizarse la obra grandiosa del Canal de Panamá. Una historia inexacta de lo que fue el fracaso de la grande empresa bajo las manos de la compañía francesa, nos dice que el desastre se debió a la quiebra financiera; otros lo sitúan en factores políticos. Pero lo cierto es que para mí el insuceso se debió exclusivamente a la insalubridad de la región donde se realizaba la unión de los dos mares. No es historia muy antigua, pues apenas data de medio siglo, la evidencia de que la zona del Canal gozaba una alta infestación de fiebre amarilla y de paludismo. El estrago causado por estas dos enfermedades en la mayoría de los obreros que utilizaron los empresarios franceses, no puede calcularse por cifras estadísticas. Lo que sí sabemos fue que el número de enfermos entre los operarios que trabajaron en la apertura del Canal de 1881 a 1889, es decir en el breve lapso de ocho años, que fue el período en el cual la obra estuvo bajo manos francesas, llegó a la increíble cifra de trescientos treinta y tres enfermos por cada mil obreros en tanto que en diez años, cuando la obra pasó a manos de los norteamericanos y, cuando había desfilado por ahí una población de cerca de treinta y nueve mil obreros, solamente hubo veintitrés por mil de enfermos, descenso vertiginoso que se debió exclusivamente a la campaña sanitaria desarrollada por el gran sanitarista americano, general William Gorgas, cuyo nombre pasará a la historia como el de uno de los mejores defensores de la salud de los obreros que contribuyeron a la realización de la magnificante concepción del ingeniero Lesseps. Las pérdidas de vidas fueron du-

rante todo el período de la construcción del Canal, 6,630 en el curso de más de veinte años de trabajo continuo, en tanto que durante el corto término de 1881 a 1889, que ya he mencionado, las defunciones llegaron a la exorbitante cifra de 78.000. Los Estados Unidos invirtieron en la obra sanitaria del Canal, solamente en sanidad, cerca de ochenta millones de dólares. Pero este gasto, según lo expresaba Gorgas, estuvo sobradamente representado y compensado por la economía en vidas, pues no solamente se redujo la mortalidad a las cifras increíbles que he mencionado, sino que la incidencia de las epidemias que dominaban en aquella región, malaria, fiebre amarilla, infecciones gastro-intestinales, se redujo a proporciones inverosímiles. Esta lección dada por la organización americana a una obra de tan grandes proyecciones como el Canal de Panamá, debe servirnos de perenne ejemplo a todos los pueblos de América y particularmente al nuestro, donde es común que emprendamos las más arriesgadas empresas oficiales o particulares, sin que previamente tomemos las más elementales medidas sanitarias para la defensa de los obreros cuya salud es fundamental y humanitario tratar de proteger.

Atrayente es también la cultura intelectual y artística de los Estados Unidos como para detenerse a examinarla. Mil ochocientas universidades, millares de museos y bibliotecas públicas pregonan mejor que nada las excelencias espirituales de este gran pueblo que ha sabido atesorar riquezas innumerables para la formación cultural y espiritual de sus hijos; y aún cuando las universidades no fueran tan numerosas, tan completos y modernos sus métodos de enseñanza y sus equipos de laboratorio, cerca de cuatro millones de estudiantes que se agolpan a sus puertas, denuncian mejor que nada, la cultura de este gran país puesta siempre de manifiesto en dos de sus más antiguas universidades, Harvard y John Hopkins, cuya tradición y reputación están bien por encima de muchas de las más afamadas universidades europeas. En los Estados Unidos la universidad es una institución cuya pujanza y desarrollo son orgullo del norteamericano. La universidad es allí la consecuencia de una alta formación en la escuela primaria y en la enseñanza secundaria. La universidad está abierta a todos los que sientan esa ansia infinita de saber más y más. Pero la universidad no se abre por el balago de repartir diplomas ni por el propósito de formar legiones de muchachos que forzosamente tengan que ingresar a los ejércitos de la burocracia. Las universidades norteamericanas no superarán a las europeas en tradición puesto que se trata de un pueblo joven, nacido ayer, pero sí pude yo oír, durante mi permanencia en Europa, los elogios que hicieron infinidad de ilustres profesores franceses que visitaron las universidades de los Estados Unidos y que a

su regreso expresaban la admiración que les había causado encontrar en el nuevo continente tan maravillosa expresión del pensamiento y de la cultura humana.

Y si prescindiendo de cualquiera de estos temas inagotables que he enunciado, quisiera detenerme en algunas de las excelsas figuras de la política y de la crítica; en alguno de los filósofos que presagiaron el fundamento de la democracia y que anunciaron al mundo los derechos inmanentes del niño, yo escogería la personalidad de Waldo Emerson nacido en las postrimerías del siglo XIX y una de las más brillantes figuras de lo que se denominó entonces el trascendentalismo que como sabemos no fue otra cosa que la afirmación de la dignidad inalienable del hombre. En Emerson tenemos la fe trascendentalista, la más pura glorificación de la inteligencia y de la democracia. Sabemos que Emerson adora el universo como un todo divino, en el cual el hombre es su propio centro, del cual emana la vida que él mismo recibe, siempre nueva, en un proceso de creación perpetua. "La ley de las cosas materiales, dice él, no es ley para la inteligencia; el hombre pierde su puesto de rey si reconoce soberanías superiores a la soberanía de su propio sér. Las leyes de constituciones y gobiernos, las escuelas e iglesias, los bancos y el comercio, la cima coercitiva de las instituciones y costumbres: estas cosas no importan; son ídolos de pie de arcilla que los ciegos adoran. La verdadera divinidad habita en otra parte, en el alma del hombre; y esa divinidad debe enseñar al mundo y no ser enseñada por él". La apoteosis del individualismo, es en suma el ideal de Emerson, forma trascendentalista de una doctrina que bien podemos recordar fue difundida por la escuela romántica francesa. Fue la misma concepción revolucionaria que había animado a Channing, Jefferson y Rousseau, "idea que en la forma del romanticismo político había destruído el 'ancien régime' y en la forma de romanticismo filosófico, había llegado, dentro de sus sueños utópicos, a la creación de una fe democrática ardorosa".

Durante una generación Emerson fue en mi sentir la verdadera conciencia de los Estados Unidos, "el desbaratador de farfollas aparatosas, el desenmascarador de la fanfarronería, de la hipocresía y de las farsas nacionales". Por esto pudo escribir en su diario hacia el año de 1834: "La democracia, la libertad tienen su raíz en la verdad sagrada de que todo hombre lleva en sí la razón divina o de que, aunque pocos hombres desde la creación del hombre han vivido de acuerdo con la razón, todos los hombres son creados capaces de hacerlo. Esta es la igualdad, y la única igualdad, de todos los hombres. Cuando hablo, agregaba, del elemento democrático, no me refiero a esa clase perversa, vana y vocinglera que escribe periódicos mendaces, grita en mítines y vende sus mentiras por oro; sino

que me refiero al espíritu de amor del bien general que el nombre supone". En su concepto sobre la doctrina de la soberanía ética afirma que el hombre tiene derecho a recibir empleo, a que se le tenga confianza, a ser amado, a ser reverenciado. "El poder del amor como base del estado, decía, no se ha ensayado nunca. Siempre existirá el gobierno de la fuerza donde los hombres son egoístas; y cuando sean bastante puros para descartar el código de la fuerza, serán bastante sencillos para atender como se debe, a estos asuntos públicos, de correos, instrucción, salud pública, caminos, museos, bibliotecas e instituciones de ciencias y artes. Todas las leyes, continúa, salvo las que el hombre se da así mismo, son risibles. Esta es la génesis de los gobiernos: Un hombre hace algo que obliga a los demás. Por consiguiente, cuanto menos gobiernos tengamos, tanto mejor, menos leyes y menos poder delegado. El antidoto contra el abuso de los gobiernos, es la influencia del carácter individual, el desarrollo del individuo, la aparición del hombre cuerdo. El estado existe para educar al hombre cuerdo, y cuando el hombre cuerdo aparece, el Estado expira. La aparición del carácter hace innecesario el Estado. El hombre cuerdo es el Estado. El fin supremo del gobierno es la cultura de los hombres".

Cuando Emerson habla en sus observaciones contenidas en sus "Ensayos Políticos", de la forma de la república ideal, enuncia por primera vez, el principio consagrado hace apenas veinte años, de los derechos del niño promulgados en una asamblea de científicos en la ciudad de Ginebra, ésto es que "todo niño que nazca debe tener oportunidad justa de hallar pan". Así, pues, para afirmar sus teorías fisiocráticas de la sociedad, Emerson concibió genialmente que la mano del hombre debía servir de base a su actividad superior, a los goces delicados de la fisiología y de la poesía. Y así pudo escribir: "El trabajo manual es el estudio del mundo exterior. Las ventajas de la riqueza permanecen con el que la produce no con el heredero". Este grande hombre, que durante más de cuarenta años tuvo en "jaque a los políticos de su país con sus doctrinas desconcertantes, con su valor cívico irreductible", con su hermosa concepción de lo que era el hombre, de lo que él representa en la sociedad moderna, de la fuerza que es para la nación como para los gobiernos, atrae toda mi atención porque encuentro que él con los grandes políticos de Estados Unidos, Lincoln, Jefersson y mil más, representan la génesis, los sillares sobre los cuales se asienta la democracia americana. "Todos estos profetas de lo ideal, suelen hacer frente a la realidad y dicen su verdad acerca de ella, serenamente y con clarividencia". Los héroes de Emerson no fueron los héroes del mundo financiero. "Para él los grandes norteamericanos de su tiempo eran Horace Greeley, Teodoro Parker, Horace Man". Emerson fue un alma

libre y lo fue por su inmenso grado de cultura, lo fue porque en él había la culminación de dos siglos de ascendencia espiritual. Como la figura de Emerson podrían citarse aquí las de muchos otros críticos y filósofos norteamericanos que son también indiscutiblemente el origen, la sangre de la democracia americana.

Esta conferencia se ha anunciado con el tema de "Salud y Educación, fundamentos de la democracia americana" y no creo que sea aventurado afirmar en la forma categórica en que hoy lo hago desde esta tribuna que se alza en suelo colombiano, que los Estados Unidos han llegado a este ideal de organización democrática, merced a la salud de su pueblo y a la educación que se le da. Dentro del nuevo concepto de libertad, es necesario entender no solamente por tal el derecho que tengamos a la libre expresión de nuestro pensamiento, a la ejecución de las acciones que se encuentran dentro de los límites de lo moral, sino que es preciso incorporar también a la idea de libertad la del pleno goce de nuestras facultades físicas. No puede ser libre un pueblo que siente el complejo de la inferioridad determinado por la enfermedad y tengo para mí que la pérdida de este noble atributo de la vida del hombre, tiene los mismos alcances y repercusiones de orden psicológico que en él puede determinar la pérdida de la libertad. El beneficio, pues, de una verdadera y auténtica democracia sólo puede sentirse con la igualdad en la salud. Hombres sometidos al complejo de inferioridad producido por las enfermedades crónicas, mal pueden sentirse en el mismo nivel ni en el mismo plano de los que no las padecen. Hombres que sí gozan de salud, tampoco pueden sentir ni mirar dentro del mismo nivel de vida ni de gobierno a los que no disfrutaban de ella. Por estas razones considero que democracia no es solamente gobierno del pueblo y para el pueblo, estimo que es una farsa su existencia donde quiera que hay clases o diferencias forzosamente establecidas por el predominio de las enfermedades. No puede haber democracia donde el rendimiento del trabajo humano está detenido o limitado por la enfermedad que socaba las fuerzas y que hace surgir en el que las sufre, el grito amargo de la desesperanza y del anhelo de muerte. No puede haber democracia cuando los individuos sanos mandan a los enfermos a manera de amos; cuando quiera que la inferioridad de los subyugados no depende de diferencias que ellos juzgan esenciales, sino únicamente de elementos pasajeros que está en nuestras manos impedir o atenuar.

El pueblo norteamericano ha hecho de la salud un culto, pero un culto bien distinto de lo que se veía en las épocas de Grecia y de Roma. El ideal que él ha perseguido por este medio ha sido el de su mayor capacidad para el trabajo; el de una mejor actitud para captar la educación, la cultura que se le ofrezca y tras de este es-

fuerzo ha podido levantar una población de ciento treinta millones de ciudadanos donde el orden y la disciplina, son a mi entender el resultado de los nobles atributos de la salud. En los Estados Unidos hay una fórmula de gobierno que se aplica lo mismo bajo el dominio de republicanos que de demócratas: Esa fórmula es la salud. La cuantía de su presupuesto anual dedicada a las obras sanitarias, a la asistencia pública se eleva a más de cinco billones de dólares y este solo dato puede servir para llegar a la conclusión de que el gobierno tiene como única norma vigilar la salud de los ciudadanos que están bajo su cuidado y que es esta la mejor tutela a que puede aspirar el hijo de la Unión Norteamericana.

Digo que la salud es en los Estados Unidos fundamento de su democracia porque allí comienza a ser vigilada cuidadosamente desde antes del nacimiento; se acentúa y se hace más celosamente en la edad preescolar y alcanza su máximum en la edad escolar, en la pubertad y en la edad universitaria. En los Estados Unidos no se ingresa a las escuelas primarias para que ahí los médicos o los maestros detengan el curso de la instrucción por la existencia de un defecto o enfermedad en el niño que se matricula. Su gran previsión los ha llevado a la organización de lo que se denomina la "higiene preescolar" esto es, que cada año los millares de niños que ingresan a las escuelas primarias, van ya definitivamente estudiados desde el punto de vista médico, por las visitadoras sociales y por los médicos que de antemano han podido corregir defectos de la vista, del oído o de cualquier otro órgano, o curar la enfermedad incipiente, para que de esta manera el niño no sufra perjuicio alguno a la iniciación de sus estudios. La familia norteamericana tiene pues, la impresión de que hay un elemento, una fuerza diría mejor, que está constantemente atisbando la enfermedad para separarla del hogar; el niño adquiere así la certidumbre de que él va a gozar el dominio pleno de su vida, de su libertad y de sus facultades, mediante ese instrumento poderoso que es la salud. Y ya en la escuela primaria el hijo del magnate de la industria y el del obrero, no tienen diferencias provocadas por desigualdad en su salud. Esta es esplendorosa en el uno como en el otro y ambos van a derivar de la escuela todo el beneficio que es de presumir obtenga el niño que ingresa a ella con este elemento preciosísimo de asimilación y capacidad.

El resultado de este culto a la salud, de esta vigilancia celosa de ella de parte del Estado, de las escuelas y de las universidades, es a mi parecer, el secreto de la pujanza extraordinaria del pueblo americano en los distintos dominios o actividades vitales y es también la causa evidente de la estruendosa victoria que ha logrado ob-

tener tanto en el frente europeo como en el frente del Pacífico. El soldado americano, debemos reconocerlo, no solamente lleva el más perfecto de los equipos en abrigo, elementos y armas, sino que sobre todo va equipado con un elemento que es indispensable para su vigor, para su mejor defensa física, que lo es la salud. Creo que nadie podría discutirme la tesis que he venido sosteniendo desde que los Estados Unidos sufrieron el golpe alevoso del Imperio Japonés, de que éste sería vencido no solamente por el poderío en armas, marina y toda otra suerte de elementos de los Estados Unidos, sino que también lo sería especialmente y de manera casi fatal, por la palpable y apreciable diferencia que existe entre estos dos pueblos desde el punto de vista de la salud y de su nutrición. Mi tesis llega hasta la creencia y la afirmación de que un pueblo de enfermos, es un pueblo incapaz de su propia defensa, y que donde quiera que no hay esta base indispensable de la salud, este cuidado máximo que da por resultado la formación de una nacionalidad sin tipos de características especiales, ese será un pueblo vencido. La historia guerrera de la humanidad nos recuerda hechos que confirman mis apreciaciones y ya sabemos que a la luz del criterio de historiadores modernos, la derrota y decadencia de los antiguos imperios se debió exclusivamente a la aparición de la enfermedad bajo la forma del flagelo venéreo, del cólera, de la malaria, del tifo exantemático y de muchos otros que diezmaron los ejércitos en antes victoriosos. De suerte pues que no es aventurado señalar a los pueblos de hoy y de mañana, el hecho irrecusable de que la salud ha sido la clave de la fácil victoria obtenida por los ejércitos americanos contra el poderío japonés y las fuerzas conjugadas del nazismo y del fascismo.

Otra de las fuerzas sobre las cuales se asienta la democracia americana, es la educación. El analfabetismo es hoy cosa totalmente desconocida en su inmenso territorio y recorriéndolo de uno a otro extremo el viajero atento a todos estos detalles de la vida cultural de un país, podrá darse cuenta al visitar aún los más insignificantes pueblos o caseríos, que en ellos hay tres elementos que hacen parte de su vida y de su salud. Es una a manera de trilogía compuesta de la escuela primaria, la biblioteca pública y el hospital. Es decir que vemos aquí reunidos los tres elementos primordiales que contribuyen a la formación del individuo cuyos robustos caracteres quería Emerson que primaran sobre la existencia del Estado y el tercero o sea el hospital, vigilando la salud del individuo aún antes de que enferme, por medio de los consultorios a donde concurren sanos más que enfermos, a fin de devolverle la salud en breve término para reintegrarlo a la economía del país y a la vida democrática.

Yo encuentro que en la escuela hay un elemento innegable de formación democrática haciendo que en sus aulas, en sus patios de recreo, en sus distintas manifestaciones, se confundan sin diferencias de clase, de rango o de posición, los futuros ciudadanos de un país. La escuela primaria americana dotada de los mejores elementos higiénicos y de enseñanza; de maestros cuya capacidad pedagógica y su alta comprensión de la psicología del niño, les permita hacer la escuela amable, útil y atrayente, tiene en ella uno de los verdaderos fundamentos de su democracia. Aquellos países donde la diferencia de clases comienza en la escuela primaria; continúa en el colegio de segunda enseñanza para acentuarse más en las universidades y en el servicio militar obligatorio, que en realidad no es obligatorio sino para determinadas gentes, verán ahí el origen de diferencias substanciales que irán arraigándose a través de generaciones y que irán debilitando el espíritu de democracia al hacer que dentro de un mismo pueblo haya individuos que consideren inferiores a quienes no compartieron con ellos la escuela primaria.

Salud y educación son, no solamente, el fundamento de la democracia americana, sino también, la causa, el eje de este genio previsorio de su famosa industria que le aseguran el éxito y la paz. La paz, la armonía que uno no puede concebir que existan sino mediante la salud y su protección en un país que llega a ser cuna y mundo de la industria, donde millares de obreros la alimentan y la empujan.

Los Estados Unidos han hecho de la salud y la educación, una especie de binomio, como lo son madre y niño. La salud y la educación son una segunda bandera que protege a sus ciudadanos donde quiera que levanten su tienda o su factoría.

Y finalmente porque el pueblo americano siente así la democracia; porque ella corre por sus venas en la forma de salud y por su cerebro en la de educación, es por lo que no puede escapar a la responsabilidad mundial y del momento.

De este período tumultuoso y de prueba, la democracia americana saldrá más vigorosa. Sobre el ancho suelo de esta gran nación, la higiene y la educación velan ahora con más celo sobre las cunas de los niños.

Esta es pues, la contribución de los Estados Unidos, la participación, el papel diré mejor, de la salud y de la educación de su pueblo en el gran escenario de la historia. Seguramente que como lo expresó Churchill en ocasión memorable, los viejos y los jóvenes podrán decir ahora: "cuán orgullosos debemos estar de vivir en esta tremenda época formativa de la historia humana y cuán afortunado fue para el mundo que cuando le sobrevinieron estas grandes pruebas, hubiera una generación que el terror no pudo conquistar

y la violencia brutal no pudo esclavizar". Tal me parece a mí también que es el hondo y biológico sentido de la salud y de la educación, como fundamentos de la gran democracia americana.

Jorge Bejarano

LAS TOCAS DE LAS AUXILIARES VOLUNTARIAS DE LA CRUZ ROJA COLOMBIANA

En el salón de grados de la Universidad Nacional, tuvo lugar el 6 de diciembre del año pasado una solemne ceremonia de la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja Nacional, y la que fue presidida por la Excelentísima señora María Michelsen de López, esposa del señor Presidente de la República, por el doctor Antonio Rocha, Ministro de Educación Nacional, el General Leopoldo Piedrahita Secretario del Ministerio de la Guerra en representación del señor Ministro del Despacho, doctor Jaime González Ortiz, Síndico de la Beneficencia, señora Emilia Arciniegas de Echandía, Presidenta de la Cruz Roja Nacional, doctor Jorge Andrade, encargado de la Presidencia de la Cruz Roja, los Miembros de esta Institución la señorita Blanca Marti Escobar, Directora de la Escuela y el Curso de Auxiliares de la Cruz Roja, el Cuerpo de Profesores de la Institución y distinguidos médicos; algunos miembros del Cuerpo Diplomático y prestantes damas y caballeros de la sociedad capitalina llenaban el recinto en que ondeaban las banderas de Colombia y la Cruz Roja entrelazadas.

Abrió la sesión el doctor Jorge Andrade como Presidente de la Cruz Roja e hizo un cálido elogio de las damas que llegaban al final de la primera etapa de sus estudios para optar el título de Auxiliares; en seguida la Directora señorita Marti, se dirigió a la señora de López para expresarle el deseo de las Auxiliares de que ella ostente el título de Primera Auxiliar Honoraria de la Institución y pidió a la señora de López hiciera entrega de los Escudos a las primeras auxiliares graduadas en la Institución en 1943, señora Helena Carrasquilla de Wills, Olga de Heredia de Dávila, Clemen-cia Castro Monsalve y Olga Hermida Guzmán. Después la Señorita Marti se dirigió al nuevo equipo de estudiantes y les tomó el Juramento ritual colocando en seguida sobre sus cabezas la simbólica toca que las distingue como Auxiliares de la Cruz Roja Colombiana; acto continuo el doctor Antonio Rocha hizo uso de la palabra en un sentido discurso que por su importancia transcribimos a continuación, pues él es un estímulo para la mujer colombiana en el

noble apostolado de amor y caridad que encarnan hoy las Enfermeras y Auxiliares de la Cruz Roja.

Las alumnas ingresaron el 5 de septiembre; han hecho tres meses de estudios teóricos intensivos; un curso de Enfermería Práctica en el Laboratorio de la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja; aprobadas en los cursos, reciben el uniforme de trabajo y deberán practicar en servicios hospitalarios y sociales 300 horas, cumplidas las cuales, se les dará un Certificado que las acredita como "DAMAS AUXILIARES VOLUNTARIAS DE LA CRUZ ROJA" y podrán usar el uniforme de la Institución. Después trabajarán voluntarias pero bajo el control de la Dirección de la Escuela, los días y



Curso de Auxiliares Voluntarias de la Cruz Roja Nacional, el día que recibieron sus togas. En el centro la directora señorita Blanca Martí Escobar.

horas que les sea posible; no podrán desempeñar cargos remunerados ni ejercer la misión de Enfermeras.

Palabras pronunciadas por la Directora de la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja Nacional señorita, Blanca Martí en el acto de entrega de insignia a las Auxiliares Voluntarias.

Excelentísima señora de López:

La Dirección de la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja de Colombia, conocedora de vuestro gran interés por el entrenamiento

de Enfermeras y Auxiliares de esta Institución, ha querido pedirnos respetuosamente, coloquéis en el pecho de las cuatro primeras Auxiliares graduadas hace año y medio, el escudo que lleva el emblema simbólico del amor y de la caridad "La Cruz Roja"; Helena Carrasquilla de Wills, Olga de Heredia de Dávila, Clemencia Castro Monsalve, Olga Hermida Guzmán y Ana Rivas Reyes ausente esta última del país en estos momentos pero espiritualmente unida a sus compañeras, son las cinco damas que venciendo innumerables obstáculos, señalaron una ruta a la mujer colombiana en el campo de Auxiliares Voluntarias de la Cruz Roja. Ni un momento han desmayado estas nobles damas en la misión que un día se impusieron llevadas por la noble ambición de hacer el bien y no solamente han logrado óptima cosecha en su labor sino que representan ellas la vanguardia de las Auxiliares de nuestro país y a su ejemplo debemos el que un nuevo equipo y otros que ya vislumbramos sientan la atracción de seguir la senda que ellas han iluminado con el resplandor de sus virtudes.

Excelentísima señora: han querido las alumnas de la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja y el equipo de Auxiliares Voluntarias que os presente en este día su emocionado saludo y sus agradecimientos por el estímulo que les habéis dado con vuestra preclara presencia en diferentes Actos de nuestra Institución y os consagran como Auxiliar Honoraria de la Institución y como su Madrina en este solemne Acto.

Damas Auxiliares Voluntarias de la Cruz Roja Colombiana:

Vais a hacer en estos momentos el más sublime de los juramentos que puede hacer una mujer como es el de consagrar ante Dios y esta Asamblea, vuestra inteligencia y vuestra bondad orientadas sabiamente por las enseñanzas de vuestros profesores, al servicio de la humanidad doliente.

Esta toca que en breves minutos ceñirá vuestras frentes ha sido y es emblema de la pureza, de la fe y de la bondad inquebrantable de las almas fuertes que sin temor se lanzan por las abruptas sendas en busca de los que sufren para llevarles no la humillante limosna que deprime y envilece sino el apoyo efectivo a sus necesidades materiales y el consuelo a sus dolores morales, fruto de la formación del corazón cristiano y de la inteligencia bien orientadas.

Es con viva emoción como en nombre de los ideales de la Cruz Roja y de la Enfermería, acepto vuestro juramento y os ciño la toca que os ha de distinguir como Damas Auxiliares Voluntarias de

la Cruz Roja; que el emblema de nuestra bandera "Dios y Prójimo" sea el escudo que os guíe por la senda en que os iniciáis.

Auxiliares.

Juráis solemnemente ante Dios y en presencia de esta Asamblea, servir con lealtad y devoción el cargo de Auxiliares Voluntarias de la Cruz Roja, ya sea en tiempo de paz o de guerra, si las circunstancias os lo permiten?... Sí juro.

Juráis llevar una vida pura y ejercer vuestra profesión con devoción y fidelidad, absteniéndoo de todo lo que sea perjudicial y tomar o administrar a sabiendas drogas que puedan ser nocivas a la salud?... Sí juro.

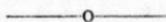
Juráis hacer cuanto esté a vuestro alcance para elevar el buen nombre de la enfermera y de la auxiliar y guardar inviolable el secreto de todas las cuestiones personales que se os confíen y asuntos de familia de que os enteréis en el desempeño de vuestro cometido?... Sí juro.

Juráis con lealtad procurar auxiliar al facultativo en su obra?... Sí juro.

Juráis no invadir el campo profesional de la enfermera y ser su auxiliar desinteresada y leal?... Sí juro.

Juráis servir a la patria bajo la bandera de la Cruz Roja ya sea en sus obras asistenciales o en otras de beneficencia, voluntariamente y sin devengar emolumentos?... Sí juro.

Si cumpliereis vuestro juramento que Dios y la Patria os lo premien y si no, El y Ella os lo demanden.



FEDERACION MEDICA NACIONAL

JORNADAS MEDICAS

Organizadas por el Comité del Colegio Médico de Cundinamarca. Se verificaron en Bogotá, del día 26 de febrero al 3 de marzo de 1945.

PROGRAMA:

26 de febrero - Lunes.

9 a. m. — HOSPITAL DE SAN JOSE.

Sesión inaugural de las Jornadas Médicas. Discurso del Profesor doctor **Manuel Antonio Rueda Vargas**, Presidente del Comité del Colegio Médico de Cundinamarca.

Estudio del Profesor doctor **Hernando Anzola Cubides** sobre: "Tratamientos quirúrgicos de las úlceras gastro-duodenales. Comentarios".

Apertura de la Exposición de Productos Farmacéuticos.

2 a 4 p. m. — HOSPITAL DE LA SAMARITANA.

Inauguración de un curso de serología práctica para el diagnóstico de la sífilis, a cargo del doctor **Fernando Cortés Boshell**.

6 a 7 p. m. — FACULTAD DE MEDICINA.

Conferencia del doctor **Luis A. Urdaneta** sobre: "Tratamientos semi-masivos de la sífilis en los estados de infección prenatal".

8 p. m. — FIESTA EN EL CLUB MEDICO.

Palabras del doctor **Calixto Torres Umaña**, Presidente de la Federación Médica Nacional.

27 de febrero - Martes.

7 a 11 a. m. — Sesiones médico-quirúrgicas en los Hospitales San Juan de Dios, San José, La Misericordia, Instituto de Rádium, Hospital Militar, Hospital Santa Clara, Dispensario Antituberculoso, Manicomio de Mujeres. En el Hospital San José, estudio de las Osteosíntesis, doctor **Daniel Borrero Durán**. En el Instituto Federico Lleras. Doctor **Carlos Gómez Plata**: "Lucha Antileprosa".

9 a 10 m. a. — HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS.

Doctor **Miguel A. Reyes**, estudio de un anteproyecto de ley sobre identificación general en la República, a partir de la edad de 7 años. Importancia de este sistema para la eficacia de la tarjeta sanitaria, prevención de la delincuencia, contabilidad del material humano en el país, control civil exacto, etc.

11 a 12 m. — EN EL MISMO HOSPITAL.

Conferencia del Profesor agregado doctor **Hernando Ordóñez** sobre: "Fisiología de la vida en la altura y su aplicación a la medicina de aviación".

3 a 6 p. m. — VISITA A LAS CLINICAS DE LA CIUDAD.

7 a 8 p. m. — FACULTAD DE MEDICINA.

Conferencia del doctor **Luis Gómez Gómez** sobre: "Algunos problemas en medicina de aviación".

28 de febrero - Miércoles.

7 a 8 a. m. — Sesiones médico-quirúrgicas en los Hospitales de San Juan de Dios, San José, La Misericordia, Instituto de Rádium, Hospital Militar, Hospital de Santa Clara, Dispensario Antituberculoso, Manicomio de Mujeres.

9 a 10 a. m. — Demostraciones de Cirugía ósea en el Hospital Militar, por el doctor **Enrique Botero Marulanda**.

11 a 12 m. — EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS.

Conferencia del doctor **Pablo E. Casas**, de Cúcuta, sobre: "Estudio clínico de las colibacilosis".

3 a 6 p. m. — FACULTAD DE MEDICINA.

Demostraciones en los Laboratorios de Fisiología, de Cirugía Experimental, de Farmacología, de Química Biológica, Colaboración de la Filial Estudiantil de la Federación Médica.

7 a 8 p. m. — FACULTAD DE MEDICINA.

Profesor doctor **Jorge Bejarano**: "La Caries Dentaria, patrimonio del hombre civilizado".

7 a 8 p. m. — FACULTAD DE MEDICINA.

Conferencia del doctor **Francisco García Navarro**, de Ciénaga, "Algunas observaciones sobre glándulas de secreción interna".

9 p. m. — Instalación de la VII Asamblea General de la Federación Médica Nacional.

1º de marzo - Jueves.

7 a 11 a. m. — Sesiones Médico-quirúrgicas en los Hospitales de San Juan de Dios, San José, La Misericordia, Instituto de Rádium, Hospital Militar, Hospital Santa Clara, Dispensario Antituberculoso.

8 a 11 a. m. — VISITA AL INSTITUTO NACIONAL DE RADIUM. (Programa especial).

11 a 12 m. — EN EL MISMO INSTITUTO.

Conferencias de los Profesores doctores **Manuel José Silva** y **Pedro J. Almánzar** sobre: a) "La solución yodo-yodurada de Lugol en las micosis". b) "Cultivos de hongos patógenos más frecuentes en Colombia".

3 a 6 p. m. — FACULTAD DE MEDICINA.

Demostraciones en los Laboratorios de Fisiología, de Cirugía Experimental, de Farmacología, de Química Biológica. Colaboración de la Filial Estudiantil de la Federación Médica.

Visita al Instituto Nacional de Higiene **Samper Martínez**.

6 a 7 p. m. — FACULTAD DE MEDICINA.

Doctor **Víctor A. Robledo**, de Girardot: "Proyecto sobre escuelas de enfermeras hospitalarias en Girardot".

7 a 8 p. m. — FACULTAD DE MEDICINA.

Conferencia del Profesor doctor **Luis Patiño Camargo** sobre: "Estado actual de las Rickettsias humanas o enfermedades tifo-exantemáticas en el territorio colombiano".

9 p. m. — Sesión de la VII Asamblea General de la Federación Médica Nacional.

2 de marzo - Viernes.

7 a 11 a. m. — Sesiones médico-quirúrgicas en los Hospitales San Juan de Dios, San José, La Misericordia, Instituto de Rádium, Hospital Militar, Hospital Santa Clara y Dispensario Antituberculoso, Manicomio de Mujeres.

11 a 12 a. m. — HOSPITAL DE LA MISERICORDIA.

Conferencia del doctor **Faraón del Portillo**, de Gachetá, sobre: "Importancia de los Hospitales Provinciales".

2 a 5 p. m. — VISITA A LA CIUDAD UNIVERSITARIA.

5 p. m. — VISITA AL INSTITUTO BEHRING.

7 a 8 p. m. — FACULTAD DE MEDICINA.

Conferencia del Profesor doctor **José Ignacio Chala**, sobre:

"A. Cloruro de Tiamina y Complejo de Vitamina B. en el tratamiento de la lepra".

"B. - Contribución al estudio de las reacciones intra-dérmicas con leprominas".

9 p. m. — Sesión de la VII Asamblea General de la Federación Médica Nacional.

3 de marzo - Sábado.

8 a 12 a. m. — INAUGURACION OFICIAL DEL HOSPITAL DE LA SAMARITANA.

3 a 4 p. m. — FACULTAD DE MEDICINA.

Doctor **Juan Ruiz Mora**: "Lo que se puede realizar hoy día en Cirugía Estética".

5 a 6 p. m. — FACULTAD DE MEDICINA.

Conferencia del doctor **T. Quintero G.**, sobre: "Profilaxis y tratamiento del bocio simple".

7 p. m. — REUNION EN EL CLUB MEDICO.

4 de marzo - Domingo.

VISITA AL HOSPITAL DE ZIPAQUIRA.

CLAUSURA DE LAS JORNADAS MEDICAS Y DE LA VII ASAM-
BLEA GENERAL DE LA FEDERACION MEDICA NACIONAL.

COLEGA:

Colaboran con el Cuerpo Médico en estas Jornadas las Casas:

Instituto Bioquímico (Peña Bellsola - Om), Casa Mead's, Johnson, Ca-
sa Squibb, Casa Upjohn, Casa Sharp & Dohme, Casa Hormona, Insti-
tuto Behring, de Bogotá. Picot Laboratories (Productos Brasileños).

ACTIVIDAD MEDICA EXTRANJERA

LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES TROPICALES EN LAS COLONIAS INGLESAS

La enfermedad del sueño.

La Administración británica se preocupó antes que nada de mejorar las condiciones sanitarias de sus colonias no sólo estableciendo organismos encaminados a la curación de la población indígena sino algo más importante, a prevenir las enfermedades que en muchos casos se desarrollaban en aquellas zonas con carácter endémico depauperando a la población indígena y haciéndolas inhabitables para los hombres de otros continentes. Hubo que entender a suministrar a los núcleos habitados de agua potable, mejorar la alimentación indígena, proporcionar elementos nutritivos a las madres lactantes y a los niños, impartir enseñanzas sobre prenatalidad a las embarazadas; dar conferencias sobre sanidad pública y privada, etc.

Los ingenieros agrónomos y el cuerpo de veterinarios tuvieron que estimular a los campesinos para que se dedicaran a modificar sus cultivos y adaptarlos a nuevas normas dietéticas y seleccionar y criar su ganado en mejores condiciones higiénicas que con arreglo a sus normas tradicionales. Los ingenieros de montes tenían que intervenir en la conservación de los bosques para evitar su desaprobación, repoblar zonas insalubres, mantener las reservas de agua y la fertilidad de las zonas agrarias colindantes con los mismos.

La administración inglesa tuvo presente un principio: La mejora de las condiciones sanitarias en pro de la mejora del bienestar general. Y a ponerlo en práctica buscando la mejora de la salubridad en sus colonias consagró los esfuerzos de su personal científico y para ello no escatimó medios económicos.

Conviene recordar que dos terceras partes de la población colonial británica se halla asentada en territorios tropicales del Africa Oriental y Occidental y la mayor parte de la tercera parte restante reside en las Indias Occidentales, Malaya y Cey-

lán. Esto significa que en ellas la malaria, la enfermedad del sueño, la fiebre amarilla, la lepra y muchas otras enfermedades de elevado censo de mortalidad se dan con el carácter de endémicas y que aún en pleno siglo XIX el nativo ante ellas sólo hacía que cruzarse de brazos esperando que sus ídolos pusieran fin a la vida del que era atacado por alguna de aquéllas.

Aún en los países civilizados el tratamiento científico de estas llamadas enfermedades tropicales era entonces desconocido e incumbió a los doctores británicos interesarse por el estudio de dicha especialidad terapéutica dándose el caso verdaderamente interesante de que para el año 1900 no había en Inglaterra un solo doctor en medicina que no hubiera pasado antes largas temporadas en los países tropicales dedicado al estudio y asistencia de los atacados en ultramar por aquellas enfermedades. El resultado de esta dedicación de los hombres de ciencia ingleses comenzó a dar fructíferos resultados en el tratamiento de aquellas enfermedades. Un ejemplo de ello, y muy interesante, nos lo ofrece la llamada "enfermedad del sueño", que producía tales estragos en la población indígena africana que en una zona del Lago Victoria en sólo unos años el censo de población bajó de 300.000 a 10.000 habitantes. En 1921 pudo señalarse una zona de 3.200 kilómetros de ancha desde el Lago Chad hasta Rhodesia infestada de la mosca "tsetse", donde no podía criarse ninguna cabeza de ganado, pues éstas al ser picadas morían de una enfermedad que los indígenas llamaban "nagana". Además la malaria hacía estragos en los territorios coloniales.

Los médicos ingleses consagraron sus desvelos y ofrecieron en muchos casos sus vidas para combatir estas enfermedades. Sir David Bruce fue a Africa en 1894 y descubrió la causa tanto de la "nagana" —en el año 1894— como la de la "enfermedad del sueño" —en 1904—: la mosca "tsé-tsé". El Gobierno británico recogió las enseñanzas del doctor Bruce y creó personal especializado que se trasladó a los territorios infectados para dedicarse de modo permanente a trabajos de investigación y a labor sanitaria preventiva y curativa; además, recabaron la ayuda de nativos seleccionados que pronto se convirtieron en valiosos auxiliares y enfermeros. En Nigeria en 1829 bajo la dirección de 9 doctores ingleses, se organizaron seis equipos con auxiliares nativos perfectamente adiestrados, cada uno de los cuales prestaba asistencia sanitaria en una zona de las 6 en que fue dividido en territorio a estos efectos. Como resultado de su labor rodeada constantemente del peligro de contagio, en 1937 el porcentaje de infecciones fue de 5.5 por ciento en tanto que en las zonas no sometidas a su vigilancia alcanzaba a un 9.1

por ciento. En Tanganika en 1932 se registraron en una sola zona 1.147 casos y en la misma en 1936 después de sometida a inspección sanitaria sólo se dieron 92 casos y éstos en su mayoría debidos a ocultación.

En el año 1919 el Gobierno británico acordó nombrar a Charles Swynnerton como Inspector Forestal de Tanganika con instrucciones para realizar estudios sobre la "mosca tsé-tsé". Sus investigaciones le llevaron a la conclusión de que la "tsé-tsé" podía ser eliminada mediante procedimientos de "limpieza" en determinadas zonas del país talando determinadas especies de árboles y eliminando algunos parajes de maleza donde la mosca encontraba sus refugios preferidos. El Departamento Colonial británico prestó su inmediata aprobación a los planes de Swynnerton y éste inició una campaña de grandes proporciones para limpiar una zona de terreno. Pegó fuego a la zona de manigua y creó así una barrera sanitaria entre los parajes donde se desarrollaba la mosca "tsé-tsé" y una población indígena donde aquélla había hecho estragos. Se instruyó a los indígenas en modernos métodos de cultivo, y a los dos años mientras descendían los coeficientes de mortalidad aumentaba la prosperidad de la colonia agrícola como resultado de óptimas cosechas. En 1938 los beneficios sanitarios del método Swynnerton alcanzaban a una zona de 240.000 kilómetros cuadrados y Swynnerton recibió el cálido homenaje de todos los reyezuelos de Shinyanga. Poco después el 12 de junio de 1938 el eminente científico británico moría al realizar un vuelo de exploración por aquellos territorios que él había redimido de una de sus plagas más mortíferas.

**EL SHOCK EN LA CLINICA, EN LA EXPERIMENTACION Y EN EL
LABORATORIO**

Tesis de grado aceptada con "Mención Honorífica" 1944. — Presentada por Nacianceno Marulanda Mejía.

Esta tesis contiene: 192 páginas. 14 gráficas. 36 observaciones clínicas. 68 referencias bibliográficas.

Conclusiones:

1. — *Glóbulos rojos:*

a) En ninguno de los exámenes sanguíneos realizados se encontraron recuentos de la serie roja que puedan considerarse exagerados, pues fueron escasos los valores superiores a 5 millones. Nuestro criterio es, por consiguiente, que "la teoría de la poliglobulia" en Bogotá y en las alturas, debe ser revisada.

b) La cantidad de glóbulos rojos de una persona normal depende primera e íntimamente de la potencia funcional de sus órganos hematopoyéticos. La alimentación es el factor extrínseco que más directamente influye en la mayor o menor cantidad de eritrocitos.

2. — *Hemoglobina:*

a) En nuestro medio pueden aceptarse como normales los valores de hemoglobina que oscilan entre 11 y 12.5 gramos por ciento, los cuales corresponden a cifras escalonadas entre 76 y 86 por ciento respectivamente, en el hemoglobinómetro de Sahli.

b) Los valores más frecuentes de hemoglobina corpuscular media convergen hacia 26 micromicrogramos. Es la cifra más baja encontrada entre nosotros.

c) Los valores más frecuentes de concentración de hemoglobina corpuscular media tienden a aglutinarse en 27%, con oscilaciones de 25% a 29%.

3. — *Volumen globular:*

Las cifras representativas del volumen globular más frecuentemente encontradas van desde 45% a 47%, pero aceptamos dentro de la normalidad valores escalonados entre 42% y 50%. Acercándose las mujeres generalmente a 42% y los hombres a 50%.

4. — *Volumen globular medio:*

Obtuvimos valores que convergen y sobrepasan en veces a 95 micras cúbicas. Con relación al índice de 86 aceptado por los autores extranjeros, consideramos que entre nosotros existe un estado de macrocitosia sanguínea, la cual compensa el déficit de oxígeno en las alturas.

5. — *Indices:*

Los índices llamados de volumen, color y saturación, son los valores más sensibles en la apreciación del tamaño globular, de la cantidad de hemoglobina y de la impregnación ferruginosa, respectivamente, en los exámenes sanguíneos.

6. — *Leucocitos:*

Cifras que oscilan desde 5.000 a 10.000 pueden aceptarse dentro de la normalidad.

7. — *Definición:*

Consideramos que el "síndrome shock" puede definirse como *un desfallecimiento del corazón periférico perpetuado por un estado de oligoemia real o virtual.*

8. — Fundamentados en los signos y síntomas clínicos y en algunos factores Fisiopatológicos del shock traumático, aceptamos la existencia de los estados que hemos llamado "Shock Peritoneal" y "Shock Quirúrgico".

9. — *La hemoconcentración y la hemodilución:*

Son los factores de más constancia y valor clínico en los estados de shock.

a) Existencia hemoconcentración en:

El shock neurogénico.

El shock peritoneal.

La iniciación del shock hemorrágico, y

El shock quirúrgico consecutivo a intervenciones abdominales.

b) La hemodilución está presente en
El shock hemorrágico en evolución, y en
el shock quirúrgico consecutivo a intervenciones ortopédicas, que generalmente se acompañan de hemorragia.

10. — En la génesis del “Shock Neurogénico” interviene siempre una labilidad especial del Sistema Nervioso, y muy posiblemente un temperamento simpático-tónico.

11. — La “*Oligoemia*” es el factor verdaderamente perpetuante y mortal de todo estado de shock.

12. — La “*Oligoemia*”, es un denominador común en los estados de Shock Traumático, Hemorrágico, Peritoneal y Quirúrgico; por eso es imposible el concepto de Shock sin hemorragia o sin déficit del torrente circulatorio.

13. — Solamente el “Shock neurogénico” excluye el concepto de hemorragia o déficit de líquido circulante.

14. La *Hemoglobina* sufre variaciones paralelas a las del volumen globular, registrando su ascenso máximo en los estados peritoneales.

15. — El *volumen globular medio* y el *índice de volumen* varían generalmente en razón inversa de la hemoglobina, pero en los estados de Shock Traumático y Hemorrágico, registran alzas verdaderamente considerables.

16. — La regeneración hemática consecutiva a los estados de Shock Hemorrágico se inicia aproximadamente a partir del 5º al 6º día. En cambio, en los estados de Shock Quirúrgico consecutivo a intervenciones ortopédicas, se inicia más tardíamente. Esta regeneración se realiza bajo la forma de Anemia Hipercrómica Macrocitaria.

17. — La leucocitosis es un factor constante de todos los estados de shock.

18. — Las soluciones cristaloides son ineficaces y perjudiciales en el tratamiento de los estados de shock que analizamos, excepto en el Neurogénico.

19. — Desde el punto de vista de la fisiopatología del “Síndrome Shock”, no existen razones que justifiquen la aplicación de tó-

nicos cardíacos *ni ha sido descubierto el tónico vascular ideal que combata el desfallecimiento del corazón periférico.*

20. — Sólo el plasma y la sangre restablecen, según el caso particular, la hemodinámica circulatoria.

21. — Los estados de shock hemorrágico no contraindican la intervención quirúrgica, y antes bien la indican ampliamente, puesto que sólo ella puede impedir la acción de factores perpe- tuantes.

ADRENALINA NORMAL

Tesis de grado declarada "Meritoria" 1944. — Presentada por: José Vicente Hernández L.

Esta tesis contiene: 58 páginas. 198 observaciones clínicas. 6 cuadros. 31 referencias bibliográficas.

Títulos: Externo de Clínica Pediátrica. Concurso. Servicio del Profesor Marco A. Iriarte. 1941. — Interno de Clínica Urológica del Hospital de San Juan de Dios. Nombramiento. 1943. — Médico de las Cárceles del Distrito Judicial de Bogotá. 1943. — Médico de Clínica del Reformatorio de Menores de Fagua. 1944. — Médico del Ministerio de Obras Públicas del Reformatorio de Fagua. 1944. — Miembro de la Sociedad de Internos de los Hospitales de Bogotá. 1943.

Resumen:

El mayor porcentaje encontrado en el sexo masculino, fue el de 0,002 a 0,003. Siendo el 84,67% de los casos.

La cantidad normal en el sexo femenino está comprendida entre 0,001 y 0,002, ya que esta cifra se obtuvo en el 77,09% de los casos.

En el sexo masculino se nota que la edad tiene poca influencia sobre la adrenalinemia, pues los mayores índices están comprendidos entre 0,002 y 0,003 en todas las edades.

En la mujer la adrenalinemia está ligeramente aumentada según la edad, pues entre los 12 a 17 años las cifras encontradas en menor porcentaje fueron: 0,001 y 0,002, mientras que el mayor porcentaje entre 17 y 21 años fueron los de 0,002 y 0,003.

El peso no tiene influencia en la adrenalina, pues los mayores porcentajes se encuentran igualmente entre 0,002 y 0,003 en todos los casos de diferente peso.

En la mujer parece que el peso tiene una ligera influencia, en cuanto que en los diferentes pesos, con relación al hombre se encontraron los mayores porcentajes, entre 0,001 y 0,002.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA OSCILOMETRIA GRAFICA. — SU VALOR E IMPORTANCIA EN CLINICA

Tesis de grado declarada "Meritoria" 1944. — Presentada por: Néstor D'Alleman F.

Esta tesis contiene: 168 páginas. 25 figuras. 61 gráficas. 553 observaciones clínicas. 43 referencias bibliográficas.

Títulos: Profesor de Química en el Instituto Latino. Año de 1922. — Practicante del Consultorio Externo Sociedad de Pediatría. 1926. — Médico de la fábrica de "La Leona". 1930 a 1938. — Médico de la Sociedad de Auxilio Mutuo Señor del Despojo. 1935 a 1942. — Médico de la Compañía de Trabajos Urbanos. 1935 a 1942. — Médico de la Cárcel Municipal. 1938.

Conclusiones:

1ª — El estudio de la oscilometría es indispensable en la práctica clínica, no sólo para determinar con precisión los índices tensionales, sino para asignarles a cada uno de ellos el valor que realmente le corresponde.

2ª — La curva oscilográfica retrata fielmente el diámetro y la dilatabilidad de la arteria explorada y tiene además un gran valor en el diagnóstico y pronóstico de las afecciones cardiovasculares.

3ª — En una curva oscilográfica la última oscilación no es índice de presión mínima.

4ª — La media matemática no es igual en una curva clínica a la mayor oscilación.

5ª — El Esfigmo Tonógrafo Tycos es un aparato inscriptor que participa a la vez de las características de los oscilógrafos y de los Esfigmógrafos, por consiguiente su trazado tiene un elemento más para el estudio de las irregularidades del pulso.

6ª — La modificación propuesta por el autor resuelve el problema de las oscilaciones supra-maximales en los aparatos oscilométricos visuales.

ANOTACIONES SOBRE ANESTESIA Y CIRUGIA GENERAL

Tesis de grado declarada "Meritoria" 1944. — Presentada por: Ernesto Díaz Ruiz.

Esta tesis contiene: 88 páginas. 751 observaciones clínicas. 16 referencias bibliográficas.

Títulos: Externo de la Clínica Terapéutica. Servicio del Profesor Abraham Salgar. Concurso 1941. — Legado Manuel Forero. Academia Nacional de Medicina. Ex aequo. Representante del grupo de Clínica Obstétrica del

Profesor José del Carmen Acosta. Concurso 1942. — Residente del Departamento Quirúrgico de la Clínica de Marly. Nombramiento 1943-1944. — Interno de Clínica Quirúrgica. Servicio del Profesor Pedro Eliseo Cruz. Concurso 1944. — Miembro de la Sociedad de Internos de los Hospitales.

Conclusiones:

I. — Para la administración de agentes anestésicos por inhalación, el procedimiento que presenta mayores ventajas es el sistema cerrado con absorción del anhídrido carbónico por cal sodada.

II. — Para Narcosis se pueden emplear mezclas de Ciclopropano-oxígeno, ciclopropano-éter-oxígeno, ciclopropano-éter-etileno-oxígeno y ciclopropano etileno-oxígeno, sin peligros y con buenos resultados.

III. — El éter administrado por inhalación sólo o en mezclas con ciclopropano-etileno-oxígeno, y con una buena premeditación, no produce complicaciones pulmonares post-operatorias.

IV. — El ciclopropano utilizado en combinación con oxígeno es un buen agente para Analgesia obstétrica.

V. — La apendicectomía quirúrgicamente perfecta debe ser practicada con invaginación del muñón sin ligadura previa.

VI. — La incisión trans-rectal presenta positivas ventajas para la cirugía de las vías biliares.

VII. — Para el tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica es suficiente y de muy buenos resultados la gastroduodenoyeyunostomía.

VIII. — La técnica de Halsted para la amputación del seno presenta positivas ventajas sobre la técnica de la amputación fraccionada.

IX. — La anestesia troncular y la disociación de los planos musculares sin sección, son procedimientos ideales para la Tiroidectomía y producen excelentes resultados.

DISTENSION ABDOMINAL POST-OPERATORIA

Tesis de grado 1944. — Presentada por: Alfonso Gálvez Abello.

Esta tesis contiene: 75 páginas. 7 cuadros. 52 observaciones clínicas. 22 referencias bibliográficas.

Conclusiones:

1ª — La distensión Abdominal Post-Operatoria en un síndrome frecuente después de las intervenciones abdominales,

consistente en trastornos funcionales de la motilidad del tractus gastro-intestinal, gran formación de gases, vómitos, cólicos, etc. y que en ocasiones pueden revestir la gravedad del íleo mecánico.

2ª — La causa eficiente de esta complicación no está bien esclarecida, pudiendo provenir de un reflejo inhibitor, de una paresia o atonía muscular, de un desequilibrio vago-simpático o de trastornos circulatorios, etc.

3ª — Existen, sin embargo, algunos factores que si bien no explican por sí mismos el desarreglo, al menos lo acondicionan o predisponen su aparición: Estos son: el área extensa operada, o séptica, el traumatismo del intestino, la larga duración de la intervención, la edad avanzada del paciente, una gran debilidad general, el shock o fuerte caída de la presión arterial, etc.

4ª — Las características esenciales del síndrome son: Disminución o *abolición de los movimientos peristálticos* del intestino delgado y del grueso, o sea la pérdida de la motilidad "*propulsiva*"; acumulación extraordinaria de gases en el estómago e intestinos, que se traduce por la distensión del abdomen, debida a un aumento en su producción y a una disminución en su eliminación. Si la parálisis intestinal persiste, la estasis vascular concomitante puede contribuir a la producción del "Síndrome Humoral Post-Operatorio"; y en los casos en que no se restablece el curso del contenido intestinal, se puede presentar la toxemia propia del íleo mecánico.

5ª — Cuando la distensión post-operatoria se presenta, o cuando es posible prever su aparición por concurrir alguno o algunos de los factores predisponentes ya enumerados, el tratamiento más indicado será aquel que tienda a restablecer la motilidad propulsiva perdida, estando especialmente indicado para llenar este fin el uso del Pitresín ya sea preventiva o curativamente.

HAZAÑAS QUIRURGICAS EN LA SELVA

EN BIRMANIA, A TIRO DE CAÑON JAPONES, LOS HOSPITALES PORTATILES SUMINISTRAN ASISTENCIA MEDICA RAPIDAMENTE A LOS HERIDOS ALIADOS. — LOS PACIENTES SON ENTONCES TRANSPORTADOS POR AIRE CENTENARES DE MILLAS A SUS BASES

Por UN OBSERVADOR BRITANICO DEL 14º EJERCITO

Cuando un soldado cae herido en las densas selvas de Birmania, su rápido transporte a hospitales bien equipados y cirujanos diestros, es un problema más complicado que en cualquier otro frente de batalla del mundo. Sin embargo, al norte de Birmania, donde avanzan las tropas de la División Británica Nº 36, al mando del General F. W. Festing, por el Myitkyina hacia el ferrocarril de Mandalay, rumbo al Irrawaddy, las clínicas portátiles y los aviones ambulancia del tipo ligero, vencen ya los problemas de la selva.

Recientemente, pude observar la primera etapa de este difícil transporte de heridos desde un puesto militar de primeros auxilios situado en un pequeño claro de la selva, mucho más allá de nuestros propios morteros. Los japoneses se encontraban a unas 300 yardas del lugar, al otro lado de un riachuelo.

De súbito vino a romper el silencio de la selva el tableteo de las ametralladoras, y se oyeron voces que pedían camilleros. Los soldados británicos en indios, extenuados después de haber transportado durante la noche las bajas ocasionadas por el ataque, recogieron sus camillas y desaparecieron en la espesura de la maleza. Muy pronto regresaron trayendo consigo a dos soldados heridos. El médico oficial les aplicó inyecciones de morfina y los camilleros siguieron viaje con su carga humana hacia la próxima etapa, es decir, hacia el Puesto de Primeros Auxilios.

CAMAS PLEGABLES, TECHOS DE LONA.

Una cruz roja hilvanada sobre un género blanco se alza sobre un bambú cerca de un riachuelo, indica el lugar del puesto de primeros auxilios, compuesto de unas cuantas camas plegables bajo una lona. Aquí reciben los heridos transfusiones de sangre y atención elemental antes de su transporte en ambulancia y "jeeps" a la estación central de auxilios.

Se trata aquí de un hospital muy bien equipado y semi-móvil, con salas para los enfermos y teatro de operaciones. Pude observar a los cirujanos en una de estas salas —un bungalow de madera, con dos pisos, muy deteriorado durante la ocupación nipona, pero transformado en hospital

gracias a los paracaídas blancos colgados sobre las paredes. En el piso alto los pacientes recibían plasma de ampollas colgadas sobre sus cabezas. Al lado dos soldados, uno británico y otro indio, donaban su sangre para los compañeros de armas.

En la parte baja, el Mayor C. Ian Raeburn, cirujano del Real Cuerpo Médico Militar, practicaba una operación. En una ocasión este cirujano recorrió a pie unas 80 millas a través de seis picos de unas montañas de 6.000 pies de altura, para operar a los soldados heridos en combates en los montes. Improvisó una mesa de operaciones de bambú. En otra ocasión, en Kohima, instaló su teatro de operaciones en una caseta que horas antes había sido un cuartel general japonés.

A no más de 90 metros de la Estación Central de Auxilios esperaban alineados unos aviones ligeros, prontos a transportar los heridos que se encontraban en condiciones para ello, a la Central de Distribución de Heridos, situada a 30 minutos de vuelo del lugar. Bajo el sol del atardecer, brillaban las pulseras de plata de los altos Sikes ocupados en localizar minas en dirección occidental de la pista de aterrizaje. El sol quemaba los rostros sudorosos de los soldados chinos, pequeños y fuertes, que marchaban pesadamente por entre el polvo, y sobre la cara de un soldado de infantería herido que llevaban para colocarlo en un "jeep volador". Les ayudaron a hacerlo el piloto, un médico militar indio y el coronel británico al mando de la Central de Auxilios. Este oficial había estado en el Medio Oriente durante tres años, y se halló en el Puerto de Primeros Auxilios cuando éste fue ametrallado en tres ocasiones, por pilotos germanos.

AMBULANCIAS AEREAS AMETRALLADAS

Mientras se llevaban a otro paciente de la Central de Auxilios, hablé con el piloto sargento que ha pilotado aviones ligeros como pasatiempo antes de la guerra, y que ahora se ocupa del transporte de heridos. Su avión muestra cicatrices ocasionadas en incidentes, de los que escapó en forma verdaderamente milagrosa, sobre Myitkyina cuando los aliados ocupaban la pista de despeque a pesar de que los japoneses permanecían atrincherados en la ciudad. El piloto llevaba cuatro heridos a través de un tiempo malo de monzón hacia Myitkyina. Seguía de cerca la línea de ferrocarril, pero no consiguió divisar la pista de despeque a través de la lluvia torrencial. De repente alcanzó a las alas y el fuselaje de su avión una ráfaga de ametralladora y se incrustó una bala en el asiento del piloto. El piloto se precipitó entre las nubes bajas y pudo localizar otra pista de despeque en manos aliadas, donde finalmente aterrizó con sus pasajeros.

Otro piloto con quien hablé, ha transportado a lugar seguro un total de 4.000 pacientes, incluyendo chindits, africanos, occidentales, y chinos. (Casi todos pertenecientes a tropas británicas). Este manifestó que ningún paciente se había mareado o había demostrado temor alguno durante su transporte.

Después de ser atendidos los pacientes en la Central de Distribución de Heridos, se traslada a los heridos a un aeródromo cercano, donde se les coloca en espaciosos aviones de transporte de la décima fuerza aérea, que a su vez los llevan a través de centenares de millas hasta un hospital general británico situado en las alturas de Assam. Para un paciente levemente herido, es posible salir de la Central de Auxilios a las cuatro horas de haber sido herido; una hora después sale de la Central de Distribución de Heridos para Asaam llegando allí en menos de dos horas.

El problema más grave de la guerra en la selva, en lo que atañe al transporte de bajas, es el tiempo que se gasta en trasladar a un herido hasta la

mesa de operaciones. En casos graves el transcurso de una hora puede decidir entre la vida o la muerte del soldado.

LA CIRUGIA DESCONOCE FRONTERAS

En un hospital, en la selva, los cirujanos operaban a un soldado raso japonés. La mesa de operaciones consistía en una camilla sobre dos cajones de pertrechos vacíos. El día anterior, este mismo cirujano había extraído una esquirra de granada del tamaño de una mano, del cuerpo de otro soldado japonés y había empleado dos botellas de precioso plasma para salvarle la vida.

Cerca del lugar, un soldado británico que había sido sometido a una operación similar a la del japonés, esperaba la llegada de una ambulancia. Uno de los mejores servicios que ha prestado esta unidad a las fuerzas británicas fue su tratamiento de varios centenares de soldados que padecían de tifus, desnutrición a causa de la dieta de la selva, heridas infectadas y malaria.

Los doctores que no estaban de turno, se ocupaban de cabar trincheras y arreglar sus camas bajo la superficie de la tierra. La noche anterior los japoneses habían dejado caer obuses demasiado cerca del lugar. Si durante una operación quirúrgica, comienza un cañoneo, continúan la operación un cirujano y dos practicantes, mientras se refugia el resto del personal. Durante las primeras etapas de la guerra, se practicaban las operaciones en la noche con la ayuda de reflectores; en la actualidad se cuenta con eficientes luces de arco.

Los únicos casos que no se atienden en estas dos unidades quirúrgicas avanzadas, son las heridas graves del cerebro y las oculares. Se venda a los pacientes y se les transporta con toda rapidez a una de las salas de operaciones debidamente equipadas.

Una de las obras más áridas en este sistema de rápida y eficiente evacuación de bajas de los frentes de batalla birmanos, puede ser el de los camilleros de avanzada.

CAMILLEROS BAJO FUEGO

Británicos e indios han transportado a los heridos hasta siete kilómetros; se han sumergido hasta la cintura en el agua y el lodo para atravesar hasta cinco kilómetros de arrozales, llevando a sus pacientes elevados sobre sus cabezas. Algunos han sido muertos. Recientemente, cuando unas tropas avanzaban por una línea ferroviaria, un hombre fue abaleado y rodó por la pendiente hasta el arrozal. Fueron en su ayuda dos camilleros, sobre quienes los japoneses dispararon, hiriendo a uno y matando al otro.

Uno de los hombres con quien hablé a unos centenares de metros de las líneas japonesas, fue el soldado raso Herbert Morgan. En una ocasión, cuando se hallaban en un arrozal bajo un sol ardiente y cercados durante seis horas por los japoneses apostados en una altura, Morgan y otro camillero se arrastraron hacia un riachuelo con el objeto de traer agua para los heridos que sufrían intensamente los efectos del sol. Empleó una hora en llegar al riachuelo que se hallaba a tan sólo unos centenares de metros. Mientras se arrastraban, su compañero fue herido en una pierna.

También se encontraba allí en esta ocasión otro camillero galés, el sargento John Culbert, que fue cantero antes de la guerra. Había que evacuar del punto unas 80 bajas. Los camilleros se arrastraban sobre sus vientres tirando de las mantas donde yacían los heridos. Ni siquiera se atre-

vían a levantar las cabezas por temor a las ametralladoras y a los tiradores nipones apostados en los árboles. Tardaron dos horas para cubrir unos 450 metros. El camillero John Culbert rescató a un herido y arrastrándose volvió por otros dos.

No es, pues, de extrañar que los Cuerpos de Ambulancia británicos, a cargo de cuyo personal está el funcionamiento de los Puestos de Primeros Auxilios y de los Centros de Auxilios Secundario, así como también la labor de los camilleros, hayan merecido las siguientes condecoraciones durante la campaña de Birmania: una Medalla de Hazañas Distinguidas; dos condecoraciones militares; dos Certificados de Heroísmo y una Mención en Partes Oficiales.

EFFECTO DEL PH DE LA SANGRE SOBRE LA HEMOLISIS:

Con referencia especial a la fiebre hematórica.

(Effect of the PH of the Blood on Haemolysis: With Special Reference to Blackwater Fever).

Por F. Smith & W. Evans. *British Medical Journal*, 1, 279, 282. 6-2-43.

Este trabajo se debe a un médico y a un patólogo que prestan servicio con el Ejército Británico en un distrito palúdico de ultramar. Se estudiaron diez y seis casos de fiebre hematórica con objeto de hallar la causa de la hemólisis intravascular, de manera que pudiera aplicarse un remedio lógico.

Los autores encontraron primero que en las personas normales existe una amplia variación en la fragilidad eritrocítica durante todo el curso del día. En muestras tomadas con intervalos de una hora durante 24 horas, los glóbulos rojos fueron más frágiles por la noche que durante el día. Quedó demostrado por Dacie, Israels & Wilkinson (1938) que el pH de la sangre es inferior durante el sueño por las noches que durante el día. También hallaron los presentes autores que la fragilidad de los hematíes se veía muy afectada por el pH del líquido diluyente empleado. Cuanto más ácido el líquido, más frágiles se volvieron los glóbulos. En pacientes con fiebre hematórica los glóbulos rojos fueron más frágiles que en los testigos normales.

En todos los casos estudiados la fiebre comenzó con escalofríos y fue precedida de una sensación de intenso cansancio durante 2 ó 3 días. Un rasgo constante fueron los vómitos. En esta enfermedad un hombre puede perder el equivalente de 2 a 3 litros de sangre por hemólisis intravascular en 36 horas. Por consiguiente el cuadro clínico tiene mucho en común con el "shock" y también lo tiene el tratamiento.

Los cortes del riñón muestran bloqueo de los túbulos. Esto solía creerse debido a cristales de hematina ácida, pero es más probable que sea debido a metahemoglobina y restos celulares. El tratamiento debe tener por objeto evitar o disminuir el bloqueo renal. Se examinan cinco factores con el tratamiento apropiado a cada uno de ellos.

Factor A. La hemólisis: Los experimentos ya mencionados indican que deben administrarse suficientes alcalinos para elevar el pH de la sangre. Esto volverá a las células menos frágiles y cesará la hemólisis. Para conseguir efectos rápidos pueden administrarse 20 cm.³ de una solución 2M ó 3M de lactato de sodio intravenosamente cada 8 horas. La solución puede esterilizarse hirviéndola pero tiene más bien tendencia a causar trombosis de la

vena en la cual se inyecte. Se obtienen efectos menos rápidos administrando por la boca cada 2 horas 1.3 g. de bicarbonato de sosa y 1.3 g. de citrato de sodio en 15 cm.³ de agua.

Factor B. La obstrucción de los túbulos renales por los productos de la hemolisis: En los trópicos la sudoración constituye la mitad de la excreción de líquidos del cuerpo. Esto determina concentración de la orina y por consiguiente es peligroso cuando se perturba la función renal. Por consiguiente deberán ordenarse esponjas templadas cuando la temperatura sobrepasa los 103^o F. (39.5^o C.). El balance líquido deberá anotarse cuidadosamente; mientras los riñones excretan dos tercios de los líquidos ingeridos son buenas las probabilidades de curación. Un exceso de líquido administrado intravenosamente es peligroso ya que puede dar lugar a edema generalizado.

Factor C. El serio grado de anemia, que daña a la función excretora de los riñones: El número de hematíes desciende a veces a 2,000,000 en tanto que suben los leucocitos. A menudo se aconseja la transfusión de sangre pero los presentes autores aconsejan precaución en su empleo. Los pacientes se hallan propensos a sufrir reacciones a la transfusión excepcionalmente graves, de modo que se necesita un cuidado especial al hacer las pruebas de compatibilidad. Deberá practicarse siempre doble comprobación a temperatura ambiente y a 4^o C. durante 24 horas. Incluso con sangre que sea completamente compatible la transfusión deberá empezarse muy despacio, dándose sólo 20 gotas en los primeros 10 minutos al cabo de los cuales puede aumentarse la velocidad. Más tarde, cuando la orina es clara, deberá comenzarse la terapia con hierro.

Factor D. La producción de cristales de hematina ácida en los túbulos renales: El alto grado de alcalinización impedirá que esto ocurra.

Factor E. La existencia de parásitos palúdicos vivos en la sangre: El hecho de que el paciente se encuentra aún sufriendo de malaria no deberá echarse en olvido. Cuarenta y ocho horas después de haber cesado la hemoglobinuria deberá administrarse media tableta de mepacrina (atebrin). Si esto no produce malos efectos, continúese con media tableta dos veces al día durante una semana y luego dñese dos tabletas cada tres o cuatro días.

Resumen: En este trabajo se pretende que la fragilidad de los hematíes varía de hora en hora y está relacionada con el pH de la sangre. Los autores no pudieron determinar el pH de las muestras ensayadas para determinar la fragilidad. Esto fue debido a que no disponían de aparato, a causa de las condiciones del servicio, para llevar a cabo las determinaciones con suficiente exactitud. El buen efecto de la terapia alcalina masiva está muy en apoyo de su teoría. De los 16 pacientes tratados, los que recibieran alcalinos estuvieron mejor que los no tratados así.

Cuando vaya a extraer cuerpos extraños de los miembros, especialmente agujas, utilice banda de Esmarch. Así, la localizará más rápidamente, pues la sangre es gran obstáculo de visualización. No olvide en este caso, como en el de extracción de cuerpos mayores (balas) aun con radiografías, advertir que es una maniobra difícil y en ocasiones imposible de llevar a cabo.

Cuando tome la temperatura de un paciente en la cama, cerciórese de que no tiene bolsas de agua caliente en la proximidad. (En ocasiones se trata de "truco" del paciente para obtener un certificado de enfermedad...).

* * *

Al practicar suturas en la zona supraorbitaria, (cejas) retarde la quitada de los puntos aunque se aconseje la mayor premura en heridas de la cara, pues la cicatriz tiende a abrirse por la tensión permanente del músculo frontal. (5 días minimum).

* * *

Cuando practique anestesia local en zonas vecinas de la glándula parótida o del ángulo del maxilar inferior, advierta al paciente la posibilidad de desviación de la boca, fenómeno que no traduce gravedad (sección química del facial, pasajera).

* * *

Un cuadro sintomático que encuadre en gran parte con una apendicitis, si éste se inició con una temperatura de 39 grados C., examine cuidadosamente a su paciente, seguramente no se trata de apendicitis. Y si el orden de aparición de los síntomas (preconizado por Murphy y Summemberg) primero el dolor, y en seguida separados por horas, el vómito y la fiebre, está alterado, su fundada duda tendrá una fuerza extraordinaria.

* * *

Ante un cólico hepático (calculosis vesicular o del árbol biliar) recuerde que la morfina aumenta el espasmo, produciendo, en fenómeno plenamente demostrado, hipertensión biliar. Use la morfina-atropina. Si no tiene el producto, proceda a la aplicación, de unas XX gotas de tintura de belladona.

* * *

En toda tiroidectomía, incluya entre su instrumental, una cánula para traqueotomía. Aunque el aplanamiento asfíctico de la tráquea es rarísimo, "siempre se presenta cuando no hay cánula...".

* * *

Evite hasta donde más pueda (por no decir rechace) la sencilla operación del varicocele. Son pacientes nerviosos que frecuentemente llegan a la impotencia sexual, y a Ud. lo acusarán toda la vida. Le recordamos que el gran Pozzi, murió a manos de uno de estos desequilibrados!

SECCION INFORMATIVA DE LA BIBLIOTECA

Agradecemos las siguientes publicaciones recibidas:

Memoria del Instituto de Medicina Experimental. — Libro en rústica. Contiene 667 páginas. 14 gráficas. 10 cuadros. 28 fotografías. 32 radiografías. 16 esquemas. 10 microfotografías. Además tiene una segunda parte que se denomina "Notas gráficas" con 73 fotografías.

Quarterly cumulative Index Medicus: Libro empastado. Contiene 981 páginas.

Index to collected papers. International health division. 1924-1943. Libro empastado. Contiene 94 páginas.

De la Universidad Nacional de Buenos Aires, las siguientes tesis:

Diverticulosis Colo-Sigmoidea. Por el doctor Eduardo F. Boucan. 1942. Contiene 64 páginas. 7 radiografías.

Intoxicación mercurial aguda y su tratamiento médico-quirúrgico. Por el doctor Fidel H. Mariani. 1943. Contiene XII capítulos. 189 páginas. 13 microfotografías. 10 gráficas. 6 figuras. 26 observaciones experimentales.

Reacción viscerogalvánica. — Por la doctora Matilde Portnoy. 1943. Contiene: V capítulos. 111 páginas. 14 cuadros. 29 figuras. 75 observaciones clínicas.

Prevención de los niños expuestos a contagio. — Tesis de profesorado. Por el doctor Guillermo Bayley Bustamante. 1943. Contiene: 44 páginas. 5 cuadros.

Tratamiento esencial y dietético de las fiebres tifoidea y paratifoidea. — Por el doctor Carlos Armando Láizaga. 1943. Contiene 123 páginas. 8 historias clínicas.

Contribución al estudio Bacterioscópico del B. de Koch. — Por el doctor Raúl G. Coira. 1943. Contiene: 50 páginas. 2 cuadros. 50 observaciones clínicas.

Tratamiento quirúrgico del Promentonismo-mandibulo-

megalía y otras deformaciones mandibulares. — Por el doctor Paul M. E. Correa. 1943. Contiene: 130 páginas. 89 figuras.

REVISTA MEDICA DE BOGOTA

Faltan los siguientes números:

- 1876 a 1877 Año III. Números 25 hasta 47 inclusive.
1885 a 1887 Años X y XI. Números 102 hasta 123 inclusive.
1894 Año XVII. Números 196.
1895 Año XVIII. Números 203 y 204.
1896 Año XIX. Número 213.
1918 Año XXXVI. Números 433 hasta 435, inclusive.
1919 Año XXXVII. Números 441 hasta 443 inclusive.
1923 a 1929 TODOS LOS NUMEROS.

La Biblioteca de la Facultad de Medicina, deseosa de tener completa esta valiosísima colección, sabrá agradecer a quienes posean números duplicados, de los arriba anotados, el envío como regalo o como venta a esta Institución.

LA DIRECCION



Profesor ABRAHAM SALGAR, titular de la Cátedra de Clínica Terapéutica, alta figura de nuestra ciencia, recientemente fallecido.

La REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA dedica este número a la memoria del varón preclaro, y el gran maestro y colega insuperable.