

# REVISTA

DE LA

# FACULTAD DE MEDICINA

Volumen XX

Bogotá, mayo de 1952

Número 11

### Director:

Doctor CARLOS MARQUEZ VILLEGAS: Decano de la Facultad.

Jefe de Redacción: Doctor Rafael Carrizosa Argáez.

### Comité de Redacción:

Profesor Alfonso Esguerra Gómez. Profesor Manuel José Luque.  
Profesor Agregado Gustavo Guerrero I.

Administrador: José R. Durán Porto.

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

### CONTENIDO:

	Págs.
I.—EDITORIAL.—Discurso del Profesor Juan Pablo Llinás . . .	597
II.—Tratamiento de la Gastroptosis por la Gastrectomía Corporal, con conservación del Antro y Píloroplastia, por el doctor Al- fonso Bonilla-Naar . . . . .	610
III.—ENCUESTA SOBRE BRUCELOSIS EN COLOMBIA, por el doctor Luis Patiño Camargo . . . . .	621
IV.—CARDIOPATIA REUMATICA, por el doctor Nicolás Colla- zos R. . . . .	640
V.—REVISTA DE TESIS . . . . .	647
VI.—REVISTA DE REVISTAS . . . . .	653
VII.—LIBROS . . . . .	655

Suplicamos a los profesores y médicos que actualmente estén reci-  
biendo la Revista de la Facultad Nacional de Medicina y que hayan cam-  
biado de domicilio, remitirnos a vuelta de correo el siguiente cupón.

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

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

Dr. . . . .

Dirección . . . . .

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

# REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Volumen XX

Bogotá, mayo de 1952

Número 11

## Director:

Profesor CARLOS MARQUEZ VILLEGAS: Decano de la Facultad.

Jefe de Redacción: Doctor Rafael Carrizosa Argáez.

## Comité de Redacción:

Profesor Alfonso Esguerra Gómez. Profesor Manuel José Luque.

Profesor Agregado Gustavo Guerrero I.

Administrador: José R. Durán Porto.

Dirección: Calle 10 N° 13-99 — Bogotá — Apartado Nacional N° 400

Talleres Editoriales de la Universidad Nacional

## EDITORIAL

### Discurso del Profesor Juan Pablo Llinás

en el homenaje de la Facultad de Medicina a don Santiago Ramón y Cajal en el 1er. centenario de su natalicio.

Cumplo con orgullo la honrosa comisión de llevar la vocería de la Universidad Nacional en el homenaje que nuestra Facultad de Medicina rinde hoy a Santiago Ramón y Cajal.

Estoy seguro que nuestro Decano, el Profesor Márquez Villegas, al escogerme para tan alto cometido, tuvo tan sólo en cuenta mi admiración ilímite por el sabio aragonés y mi intransigente devoción por todo lo que a España se refiere.

“Homenaje de la Facultad de Medicina a Santiago Ramón y Cajal en el centenario de su natalicio”.

Ha querido la Universidad de Colombia perennizar en esta piedra, con la augusta sencillez que requiere la grandiosidad del

genio, su reconocimiento al más grande de los investigadores y el más humano de los biólogos.

Como reza en esa lápida, hace un siglo vino al mundo en Pettilla de Aragón, pequeña aldea de Navarra, Santiago Ramón hijo del médico Justo Ramón Casasús, aragonés de pura cepa, y de Antonia Cajal, sencilla y hermosa hija de las montañas de Larrés.

Heredó de su padre extraordinaria energía de voluntad, por lo demás harto frecuente en sus coterráneos y que, al no orientarse con fines muy elevados, es considerado en veces como simple tozudez aragonesa.

Le inculcó su progenitor la fe en el trabajo y la convicción de que la perseverancia es capaz de hipertrofiar el músculo o de agujinear el cerebro para hacerlo producir geniales concepciones.

“De él adquirí, dice el sabio petillense, la hermosa ambición de ser algo y la decisión de no reparar en sacrificios para el logro de mis aspiraciones, ni torcer jamás mi trayectoria por motivos segundos y causas menudas”.

Su primera infancia se pasa en la escuela de Valpalmas, en donde se caracterizó como un niño apocado, tímido, un tanto sensiblero y un mucho soñador. Los maestros se asombran por la capacidad de trabajo, la asiduidad en el estudio, el silencio y el temperamento huraño del joven estudiante.

A los diez años experimenta su espíritu una total transformación, como si la llamarada de la adolescencia al encenderse bruscamente le hubiese alborotado la sangre y desbordado el azoguillo.

Coincidió este cambio temperamental con el traslado de su familia a la Villa de Ayerbe, situada en las estribaciones de la sierra aragonesa de Gratal.

Mal recibido, en un principio, por sus compañeros, a causa de su bien hablada lengua castellana, fue poco a poco aprendiendo los barbarismos de un dialecto ayerbense, mezcla de catalán, aragonés antiguo, francés y castellano. Ya a tono con sus camaradas entró a participar con ellos de sus juegos y zalagardas. El tejo, el peón, el marro, la espandiella y las competencias de luchas y saltos fueron las actividades en donde se acrecentaron su energía muscular y su agudeza pensorial; pero como sus compañeros de Ayerbe no sólo se limitaban a esos juegos sino que se iniciaban también en otras actividades más pecaminosas, como el pillaje, el merodeo, la rotura de faroles y cristales, las guerrillas a pedrada limpia y aun la colaboración con los zaga-

lones del pueblo en los asaltos a las huertas, para arrasar con uvas, higos y melocotones. En fin, que se preparaba tesoneramente en cuerpo y espíritu para llegar a ser un perfecto anarquista.

Como dice Herbert Spencer, el niño es todo voluntad, ejecuta antes que piensa, sin dársele un ardite de las consecuencias, ante su tiránico querer, afirmado constantemente con actos de bandolerismo; las leyes son papeles mojados y la propiedad es una mera ficción del Gobierno.

Por aquel entonces Santiago Ramón escribió su primera obra, por cierto bastante original, intitulada "Estrategia lapidaria" o Manual del hondero. Allí se consignaban todos los detalles para la extracción, preparación y manejo de los proyectiles que, tajados en las rocas vecinas, hacían sentir sus efectos mortíferos sobre los vidrios de la escuela, los vitrales de la Iglesia y en las propias carnes de los desprevenidos ayerbenses que llegaren a encontrarse por azar y por desgracia en estos campos de agramantes juveniles.

Llegó a manejar la honda con singular tino y maestría, sin que se quedaran en zaga el palo y la flecha; llegó a tal punto su habilidad en escalar las tapias, asaltar las viñas y olivares, se dio tal maña en superar las tretas y bellaquerías de sus compañeros, que fue nombrado Capitán de una banda de mozos que más bien parecían forajidos calabreses.

A las reivindicaciones comunistas en que estaba empeñada esta cuadrilla de granujas que, como el Buscón de Quevedo, cobraba censos y primicias sobre huertos, viñas y olivares: no se libraban ni las almibaradas brevas del señor Cura ni los succulentos melocotones del burgomaestre. Las dos potestades, Civil y Eclesiástica, eran tenidas muy en menos cuando se proyectaban estos asaltos, por la sencilla razón que los frutos cosechados en sus heredades, no por ser prohibidos, dejaban de ser los más jugosos y mejor cultivados.

En vista de las inclinaciones, cada día más perversas, del joven Ramón, y sabedor su padre que en la vecina población de Jaca existía un colegio de Padres Escolapios, cuya fama de enseñar bien el latín y domar muchachos díscolos había trascendido por toda la comarca, lo llevó allí y lo recomendó especialmente al Padre Jacinto, considerado como el desbravador de la Comunidad.

Muchos fueron los castigos y poca la enmienda que en este plantel recibiera el nuevo discípulo y su espíritu rebelde no

cedió a los ayunos, encierros, zurras, ni otras reprimendas materiales; en cambio, el cultivo del arte y la contemplación de la naturaleza comenzaron a morigerar su ánimo. Tal vez fue allí en donde primero experimentó el orgullo de su casta, al contemplar y pasear por las orillas del río Aragón, río sagrado que baña las tierras conquistadas por sus antepasados, que les dio su nombre y que simboliza su historia.

Para quienes tenemos nuestro ancestro abroquelado en esas breñas del solar aragonés y en las soleadas llanuras catalanas, es especialmente emotivo el leer las impresiones que de niño recibiera el sabio español en sus paseos favoritos por esas regiones. Cuando nos habla del sagrado río nacido en las regiones pirenaicas y en cuyas fuentes bebieron los hombres de esa raza valerosa y libre, cuya perseverancia y tenacidad inquebrantables los ha caracterizado siempre. En las aguas frías del caudaloso Aragón templaron sus aceros y sus voluntades quienes dieron nombre y gloria a la patria aragonesa y por ende a la patria española.

No fue muy larga la permanencia del joven Santiago con los Escolapios de Jaca; y en vista de su poca asiduidad por el latín, su padre resolvió trasladarlo a Huesca, en donde volvió de nuevo a las andadas.

Los remoquetes con que fue recibido por sus compañeros "carne de cabra", con que solían designar a los ayerbenses, y el "italiano", a causa de un amplio gabán que su madre, hacendosa y económica, fabricó de un antiguo sobretodo paterno y que en previsión de un rápido crecer dejó los faldones del gambeto un buen tanto más largos de lo que estilaba la moda. Estos remoquetes lo irritaban en demasía y fueron la causa de verdaderas luchas, las más de las veces adversas, con sus compañeros. Entonces, también, como en todas las actividades de su vida, se empeñó, o por mejor decir, se empecinó en fortalecer sus músculos para vengar las tremendas palizas que a diario le propinaban y logró su aspiración al llegar a adquirir una tremenda musculatura y a ser el terror de sus antiguos verdugos.

Como los desatinos del joven Ramón fueran cada día más acentuados y peligrosos, su padre, de acuerdo con el profesor de griego, quien hábale tomado marcada ojeriza, determinaron colocarlo de aprendiz de zapatero, en casa de maese Pedrín Coarazas, quien tomó grande empeño en hacer de su discípulo un virtuoso en el arte zapateril; y aquí también triunfó Ramón

y Cajal, pues al poco tiempo era el encargado de arreglar las botinas de las señoritas más remilgadas y presumidas del lugar.

Quizás hubiera perseverado en este arte si no se hubiese presentado, en ese entonces, el intento revolucionario de Moriones y Pierral, cuyo sangriento epílogo acaecido en Linás de Marcuello, lo impresionara tan profundamente.

La revolución veníase incubando a causa de las deportaciones y fusilamientos de los liberales. Cada día el descontento contra el Gobierno era más ostensible y la sublevación de los Generales fue recibida con júbilo en todo Aragón.

Intempestivamente, y para sorpresa de todo el vecindario, apareció en plena plaza de Ayerbe la brillante columna del General Manso de Zúñiga, que venía a pacificar la región y a someter a los ariscos y rebeldes montañeses. ¡“Qué emoción tan profunda”, dice Cajal, “la que experimenté al ver los bizarros coraceros de la reina, con sus lucientes armaduras, sus bruñidas corazas y sus empenachados yelmos. Al moverse los caballos toda aquella masa de metal pulido rielaba al sol; de las desnudas espadas brotaban deslumbradores relámpagos, y el polvo alzado por el piafar de los alazanes parecía como dibujar en torno de cada guerrero glorioso nimbo de luz”.

Todos los muchachos contemplaban extasiados aquel brillante equipo, presagio de una próxima victoria, y algunos no pudieron contener la ardiente curiosidad de presenciar el choque entre los libres, díscolos y aguerridos montañeses y los adiestrados, serenos, disciplinados y flamantes soldados del Gobierno.

No transcurrió mucho tiempo sin que se oyese el estampido del cañón y las descargas de la fusilería.

Desde una colina pudieron contemplar el tremendo espectáculo y la furia con que se combatía en las calles mismas de la población; por todos los balcones, puertas, rendijas y emparados, llovía fuego sobre las tropas del Gobierno. El General Manso de Zúñiga, en un acto extraordinario de valor y viendo que los suyos flaqueaban, espoleó su caballo y seguido de un grupo de valientes temerarios llegó casi al centro de la aldea. En ese momento cayó herido por un certero disparo, y un moctetón abalanzóse sobre él con ánimo de desarmarlo y hacerlo prisionero; pero frustróse su intento, pues una bala le atravesó el corazón y cayó desplomado a los pies del General.

El sangriento combate en los campos de Linás terminó con la derrota del brillante ejército de la reina. El cuadro con los despojos de la lucha era en extremo desolador.

Los heridos, los agonizantes, y, especialmente la pálida figura del caudillo herido, que, cuai trágica aparición, desfilaba casi sin vida sobre su caballo, con el uniforme desgarrado y empapado en sangre, trajeron a mi espíritu, dice Cajal, “la terrible enseñanza de la muerte, la más profunda y angustiosa de todas las realidades de la vida”.

“Cuán soberanamente trágico, dice, aparece ese abandono del espíritu y la dócil entrega de nuestros órganos a todas las disolventes injurias de las fuerzas cósmicas. Y qué desconsoladora indiferencia la de la naturaleza al arrojar cual vil escoria la obra maestra de la creación, el sublime espejo cerebral donde aquélla adquiere conciencia de sí misma”.

Después del tremendo choque moral que recibiera el juvenil espíritu de don Santiago Ramón, y ya un poco sosegados los ánimos de los aragoneses, volvió el joven a los estudios y consagróse especialmente a la Filosofía. En los campos de Aristóteles y Santo Tomás sufrió algunos descalabros y se sorprendió, por no estar de acuerdo con su manera de ser, pensar y obrar, que verdades tan trascendentales como la existencia de Dios y la inmortalidad del alma, que debieran constituir indiscutibles postulados de razón a la manera de axiomas matemáticos, tuvieran que ser defendidos con argucias y con recursos que a él se le antojaban propias de abogado.

En 1868 y antes de terminar el bachillerato, su padre lo inició en los estudios anatómicos, con la resolución inquebrantable de que el hijo se fuera familiarizando poco a poco con estas disciplinas.

Las primeras lecciones de Osteología, recibidas en un granero, bajo la sabia y férrea dirección de don Justo Ramón Casasús, fueron definitiva orientación que desde entonces lo inclinara hacia estas actividades; y sin lugar a duda, el primer eslabón que iniciara la interminable cadena de triunfos alcanzados más tarde por el sabio aragonés.

Posteriormente, en Zaragoza se intensificó su estudio y afición por la Anatomía, gracias a que su padre fue nombrado profesor de esta materia, y entonces sí era verdad que padre e hijo trabajaban de sol a sol para preparar entrambos la enseñanza. Su asiduidad, afición y práctica le valió, en el segundo año de Medicina, la plaza de ayudante de disección.

Las tareas de disector no lo eximieron de las manías reinantes entre la juventud universitaria de esa época, a saber: la Literatura, la Gimnasia y la Filosofía.

Victor Hugo en la novela, Bécquer, Espronceda y Zorrilla en la poesía y Castelar en la oratoria, eran citados a diario en las aulas de la Facultad.

De las actividades literarias de esa época sólo recuerda con interés y se lamenta de no conservarla, una novela biológica en donde se relatan las peripecias de cierto viajero al llegar a Júpiter y encontrarse con seres fabulosos que, comparativamente con ellos, nosotros tendríamos el tamaño de un microbio.

En tal virtud, penetra fácilmente al organismo del monstruo por una glándula cutánea, navega sobre un glóbulo rojo, como sobre una piragua, asiste a las más épicas luchas entre un leucocito y un germen patógeno, cuya morfología monstruosa causaría espanto al más impertérrito observador.

Asiste a un extraordinario y armonioso festival acústico y visual y, ¡oh prodigio!, llega después de largo recorrido al cerebro para descubrir nada menos que el secreto del pensamiento y del impulso voluntario.

Qué extraña preocupación, que inexplicable inquietud, qué presagios tan trascendentes los que se incubaban en ese momento en el cerebro del joven novelista.

Quien entonces así soñaba con llegar al cerebro de un monstruo y asistir absorto al extraordinario espectáculo que le dispensaban las células nerviosas, no llegó a presumir jamás, que sería él mismo, que en no lejano día, recorrería, ante el asombro y el pasmo del mundo científico, la más trascendental de las nociones histológicas; la neurona, con todo su gallardo cortejo de prolongaciones sensitivas y motoras.

Los ensayos literarios fueron entreverados con una intensa educación física que era el complemento indispensable para adquirir estima y respeto entre sus compañeros. Con tal fin se matriculó en un gimnasio en donde se ejercitaba, a cambio de unas lecciones sobre Fisiología muscular, con las cuales el director del establecimiento quiso realzar sus programas y darles cierto postín científico a sus enseñanzas.

Con la constancia, que fue una de las más grandes virtudes del sabio, llegó pronto a ser no sólo un gran gimnasta sino que sus músculos se desarrollaron exageradamente.

No tardó mucho tiempo en darse cuenta que la fuerza es una y que el organismo humano no puede adquirir supremacía en todos los campos.

Es difícil aunar el sabio y el atleta, y si aquél quiere conservarse en perfectas condiciones físicas, deberá tan sólo reali-



zar ejercicios moderados. El exceso de trabajo material disminuye la capacidad para el intelectual, y la fatiga retarda la diferenciación estructural en las actividades del sistema nervioso. Las esferas de asociación de la substancia gris aparecen inhibidas por los centros de proyección de las zonas motoras.

En el año de 1873 y en el mes de junio obtenía su título de Licenciado en Medicina. Por razón de su edad vióse obligado a prestar el servicio militar obligatorio, recientemente establecido con el fin de conjurar las dificultades políticas de esa época.

Si bien es cierto que la presencia de Castelar a la cabeza del gobierno se caracterizó, entre otras actividades, por la reorganización del ejército, que vino a consolidar una situación de orden, después del caos reinante por la abdicación de don Amadeo de Saboya; estas añoradas esperanzas de orden y de paz fueron efímeras porque la insurrección de Cuba obligó al gobierno español a enviar contingentes a la isla, al mismo tiempo que a sostener un ejército bastante numeroso en la Península para debelar el movimiento carlista que amenazaba con dominar en todo el norte de España.

Con las milicias que partían para Cuba salió Cajal a pesar de las reflexiones que le hiciera su padre, quien temía, no sin razón, que se perdiera la extraordinaria formación anatómica adquirida a costa de tantos esfuerzos y a que olvidara la posibilidad de llegar algún día al profesorado. Meta, esta última, de las aspiraciones paternas.

Más de cuatro meses permaneció en la Isla y allí sufrió, junto con las inclemencias del trópico, un paludismo y una disentería que lo llevaron al borde del sepulcro y que lo obligaron a regresar a España, para convalecer de tan tremendas afecciones.

Ya en su patria, volvió de nuevo a las aficiones anatómicas y se doctoró con el fin de presentar el concurso para el profesorado.

Fue solamente entonces cuando se le despertó realmente el interés por la Anatomía general, quizás como un complemento de la descriptiva; sin embargo, desde el primer momento fue impresionado por los fenómenos íntimos de lo infinitamente pequeño y aprovechando el único microscopio que existía en el Laboratorio de Fisiología de la Facultad de Zaragoza, dióse a examinar muestras de sangre y de diversos tejidos. Cada día tomaba más interés por estas disciplinas y así fue como resolvió adquirir a crédito un microscopio, un micrótomo y algunos otros instrumentos de Histología.

Se inició en la especialidad que lo llevaría hacia la gloria y hacia la inmortalidad, con una dotación extremadamente pobre y en una situación económica acorde con ella. Solo, sin maestros y teniendo que recurrir a los poquísimos libros que en ese entonces existían sobre estas materias; porque los pocos tratados de algún valor científico eran alemanes y Cajal, por esa época, desconocía esta lengua. Los tratados franceses de Kley, Robin, de Beal y de Latteaux fueron las guías que hubo de seguir durante algún tiempo el célebre aragonés. Mucho más que a los mencionados libros, dedicábase con ahinco a las prácticas histológicas y diariamente desfilaban bajo la platina de su microscopio Verink, las células epiteliales, las fibras musculares, los glóbulos sanguíneos, las glándulas y las células nerviosas.

Mientras más se familiarizaba con estos elementos, más se sorprendía de la total ausencia de curiosidad de la mayor parte de sus maestros que a diario hablaban de células sanas y enfermas sin siquiera haberse asomado a un microscopio para conocer, aun cuando sólo fuera de vista, a esos maravillosos protagonistas de los misterios trascendentales de la vida y del dolor.

Como intempestivamente se anunciaron las oposiciones para cátedras de Anatomía descriptiva y general de Zaragoza y Granada hubo, tan sólo por complacer a su padre, de inscribirse en ellas y experimentar, desde luego, la primera derrota, de la cual sacó extraordinario provecho porque fue una verdadera lección para el arte de presentar un concurso y darse cuenta que, además de conocer bien la materia, es indispensable saberla exponer y adquirir dotes pedagógicas y oratorias de que a veces carecen algunos profesores.

Un año más tarde, en 1879, después de haberse perfeccionado, hasta donde sus recursos le permitían, en la ciencia histológica, de haber leído las obras de valor en esa época, incluidas las alemanas, porque ya traducía sin dificultad en esta lengua, de estar al tanto con las doctrinas de moda, vale decir con Haeckel, Huxley y Darwin y de haberse adornado con las galas oratoria y lírica de rigor entonces, decidió presentarse a la cátedra de Anatomía en Granada, a pesar de los pronósticos pesimistas de quienes conocían o decían conocer de antemano los resultados de tales pruebas. A pesar de todo alcanzó el segundo puesto entre varios concursantes.

Ya abierto el camino de la cátedra, obtuvo, también por oposición, el cargo de director de museos anatómicos en la Facultad de Medicina de Zaragoza, en donde permaneció hasta 1883 en

que ocupó la cátedra de Anatomía en Valencia, mediante un concurso severísimo, ordenado así para acabar con los compadrazgos y simpatías que estaban minando la carrera del profesorado.

Años más tarde y ya orientado definitivamente hacia las disciplinas histológicas; más aún, con una marcada predilección por el estudio del sistema nervioso, fue nombrado, después de las más celebradas oposiciones de la época, catedrático de Histología normal y Anatomía patológica en la Universidad de Madrid.

El Decano, don Julián Calleja, quiso corresponder al inusitado interés de Cajal por la investigación y organizó, en forma muy extensa, los Laboratorios de Histología y Micrografía, en donde continuó en forma vertiginosa los célebres trabajos iniciados anteriormente.

Se descubrieron entonces, claramente, sus magistrales aptitudes de investigador, al lanzarse tenazmente a resolver los enigmas que desde algunos años antes veníanle torturando su imaginación.

Unas tras otras, van apareciendo las publicaciones que sorprenden al mundo científico, que desconciertan a muchos y que asombran a todos.

Los "Anales de Historia Natural" publican una extensa monografía intitulada "La Retina de los Peces", en la cual da a conocer la existencia en la membrana visual de estos animales, de las mismas células bipolares que anteriormente había descubierto y descrito en los mamíferos. Sus monografías sobre el asta de amon y la fascia dentata, sobre la corteza occipital del cerebro y sobre el gran simpático visceral fueron traducidas al alemán por Kolliker y extensamente difundidas.

En febrero de 1894, la Real Sociedad de Londres invitaba a Cajal para que pronunciara el discurso de la Fundación Croonian, honor solamente reservado para aquellos investigadores ingleses o extranjeros que hubiesen realizado un descubrimiento notable, y llenó de pasmo y asombro al auditorio al exponerles, en forma brillante, sus recientes descubrimientos sobre las conexiones de las células nerviosas, de la medula espinal, ganglios, cerebelo, retina y bulbo olfatorio.

Día tras día aparecían nuevos trabajos, nuevas orientaciones y el inagotable filón de los centros nerviosos era explotado implacablemente por el histólogo aragonés y por el equipo de

sus discípulos que seguían paso a paso los métodos y la escuela creada por el sabio maestro.

Después de varias publicaciones sobre el cerebelo y el origen de los nervios encefálicos, traducida a varias lenguas, y prologada la traducción alemana por la más connotada de las eminencias tudescas, por el sabio Meudel, volvió Cajal a consagrarse intensamente al estudio de la retina.

“El más antiguo y pertinaz de mis amores de Laboratorio”. Según solía catalogarlo siempre que hablaba de este género de trabajos.

Sus búsquedas en este campo dieron en tierra con las viejas y aceptadas doctrinas de Kollins, sobre las redes interneuronales que eran tan sólo meras apariencias ópticas.

Sus memorias sobre el quiasma óptico, traducidas al alemán por Kolliker, uno de sus más grandes admiradores y quien se dedicó apasionadamente al estudio del castellano para poder seguir paso a paso los trabajos del sabio español, dejaron establecida la estructura de ese entrecruzamiento nervioso y explicaron, en forma clara y precisa, el cruce fundamental de las vías ópticas en los vertebrados inferiores y el cruce parcial de los mismos en el hombre y en los mamíferos.

Más tarde vuelve de nuevo sobre la corteza cerebral y, según él decía, “Microscopio en ristre lancéme con mi habitual ardor a la conquista de la pretendida característica anatómica del rey de la creación; al descubrimiento de esas enigmáticas neuronas estrictamente humanas, sobre las que se funda nuestra superioridad zoológica”.

El resultado de estos apasionantes estudios fue la demostración, en sus placas microscópicas, de la estructura de los centros perceptivos o sensoriales de Fleisching; el descubrimiento de nuevos tipos de neuronas de axón corto, de tramas pericelulares en cestillo, y en fin, dejó sentada con bases histológicas inobjetables la doctrina de las localizaciones cerebrales.

Día tras día sigue sus investigaciones y los trabajos salidos de sus manos, publicados en todas las lenguas se cuentan ya por centenares y no hay rincón medianamente civilizado del globo en donde sus colegas, doctos o simples licenciados, no discutan sobre las nuevas y sorprendentes doctrinas que salen de España.

Las academias y sociedades científicas se disputan el honor de considerarlo como miembro eximio, y los gobiernos de casi todos los países europeos lo agobian con sus más altas condecoraciones.

raciones. Su patria, al crear la medalla de "Plus Ultra" como recompensa excepcional, enaltece aún más, si ello fuere posible, este galardón al colocarlo orgullosa y por primera vez sobre el pecho del hijo predilecto.

Al ojear con palpitante interés las bellísimas biografías que sobre este coloso de la ciencia han hecho algunos escritores, parece como si su trascendente obra se saliera, en veces, de la realidad para asomarse a los linderos de la leyenda.

Tiene que ser así y debe ser así, como todo lo grande salido de España, tan sólo al transmontar sus sierras adquiere visos de leyenda; porque no es posible, para otras gentes y otras razas, poder aceptar como real y humano lo que en muchos casos parece tan sólo atribuible a los hados o a los dioses.

Para realizar tan magna obra es necesario, por sobre todo, ser un apasionado. Ya lo dijo el mismo don Santiago: "Toda obra grande, es el resultado de una gran pasión puesta al servicio de una gran idea".

Por eso España ha sido y será siempre fuente pródiga de las más hazañosas empresas, de los más vigorosos contrastes, de las más exuberantes pasiones, y para algunos, de una psicología un tanto incomprensible.

Es claro que para mentes cuyos moldes no hayan sido formados en solar hispano no pueden comprender cómo buscando un mismo fin, cómo persiguiendo la luminaria de una misma estrella, se pueda ir por tan distintos atajos.

Sólo España puede dar un Torquemada y una santa Teresa de Jesús, ambos castellanos, ambos persiguiendo ahincadamente el mismo fin, ambos apasionadamente convencidos de su Dios y de su ley.

El uno, llevando a la hoguera y sometiendo a las más cruentas torturas a más de cien mil mártires; la otra todo amor y vehemencia, a la par que dulzura y poesía. Aquél trayendo el infierno para castigar con el fuego a los infieles y ésta mostrando el cielo en su sonrisa, prodigando bondades y perdonando injurias.

Esa santa veneranda y hermosa, de imaginación vehemente, cuyos versos fáciles y ardientes son todo pasión divina, que encarna el misticismo español con todo su esplendor y grandeza, es naturalmente la patrona de España.

Ya dije antes que sus grandes hombres y sus grandes empresas van siempre envueltos en el divagar de la leyenda; por eso las esplendorosas hazañas de Rodrigo Díaz de Vivar, no pu-

diendo admitirse como realizadas por un hombre, fueron poco a poco entrando en el campo nebuloso de la fantasmagoría, enaltecida por las acaloradas mentes de los poetas.

Pero, a no dudarlo, y de ello podrían dar buena cuenta los reyes moros de Cigüenza y Guadalajara, quienes recibieron los recios mandobles de su tizona, el Mío Cid recorrió los campos sin buscar querellas; pero tampoco sin esquivarlas, como dice bellamente Fernández y González:

**Por necesidad batallo,  
Y una vez puesto en la silla,  
Se va ensanchando Castilla  
Delante de mi caballo.**

Solamente España puede dar al mundo un don Alonso de Quijano y solamente España, ubérrima y fecunda, puede al descubrir un Nuevo Mundo impregnarlo tan intensamente con el espíritu de su raza.

Por eso el hidalgo señor de la Mancha también ha cabalgado por estas tierras de América y, según la expresión del célebre hispano don Miguel de Unamuno, que tan ampliamente ha sabido captar el ritmo y el alma de estos trópicos nos dice: "Que su señor don Quijote vino a tierras americanas y se hizo carne y verbo en Simón Bolívar, todo llamarada y luz y energías creadoras".

Hoy, en estas tierras americanas, al reunirnos jubilosamente para conmemorar este centenario sólo nos cabe pedirle, también, apasionadamente al Dios que España nos diera, que ojalá algún día se repita el milagro que selaña don Miguel de Unamuno y que el espíritu aventurero de don Santiago Ramón y Cajal volviera a estos trópicos, para orgullo de España y para honra de América.

# Tratamiento de la Gastropotosis por la Gastrectomía Corporal, con conservación del Antro y Píloroplastia

Revalidación de conceptos (Comunicación preliminar)

Por el doctor Alfonso Bonilla-Naar, Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica (U. N.). Presidente de la A. N. G. E.

En verdad, como lo dicen Eusterman y Balfour (1), el término gastropotosis no es correcto, pues el cardias permanece en su sitio. Según esto, debiera llamarse estómago dilatado, o mejor, gastroatonia. Pero aquí, el uso vuelve a ser maestro. Hoy día no hay discusión sobre el límite anatómico normal y cuál el patológico para hacer el diagnóstico de la gastropotosis, casi siempre acompañada de la ptosis (ésta sí verdadera) de otros órganos, como el cólon, riñón y aun el bazo. En realidad, hay estómagos que a la fluoroscopia y en las radiografías, aparecen muy dilatados y "caídos", y, sin embargo, se desocupan normalmente y no producen síntomas. En cambio, otros no tan "caídos" o dilatados, se acompañan de notoria sintomatología y son susceptibles de tratamiento. Los estudios de Moody (2) en 1917, demostraron que el 74% de los hombres y el 87% de las mujeres normales, tienen la gran curva gástrica por debajo de la línea bisiliaca, datos que revalidan el concepto anatómico obtenido en cadáveres y que le dieron la base a Glenard, en 1885, para describir una nueva entidad. Por eso dice Moody (L. C.): "Estos cólonos bajos no se han caído de zonas altas. Simplemente tienen una posición normal" (citado por Buckstein) (3).

Respecto al criterio diagnóstico, tan puesto en duda, como veremos en seguida, compartimos el concepto de Carman (citado por Eusterman y Balfour): "A ningún estómago se le puede asignar una mala posición hasta tanto no se consideren en armonía, la relación del cuerpo a la víscera, la forma, la posición, el tono y la motilidad".

No compartimos los muy respetables conceptos de la Mayo Clinic (Eusterman, Balfour y Alvarez) y los de R. Graham (4) de que la gastroptosis no es una enfermedad y que si hacen este diagnóstico "es para darle un valor secundario"; "es un efecto y no una causa". Naturalmente, no precisan cuál puede ser esa causa. Si aparecemos como iconoclastas, ello se debe a lo que creemos protuberante realidad de los hechos, como en seguida se verá. Los autores mencionados aceptan los síntomas ya conocidos, pero no como constantes y bien definidos. Agregan, además (Mayo Clinic), que la mejoría o la curación no van seguidas de cambios en la posición del estómago. (Sabido y demostrado es que el problema no es anatómico sino funcional. Creemos, anticipándonos, que esta última frase no tiene fuerza convincente).

Nos satisface de los autores mencionados que ellos dicen que es más un problema de tono muscular que de tamaño y alargamiento, la sintomatología atribuida a la gastroptosis. Pero hay que tratarlos y ellos los tratan médicamente; luego no es tan secundaria y tan sin nombre la entidad, puesto que aconseja dieta especial, ejercicios, fajas, "no propiamente para elevar las vísceras"; quietud, hierro, arsénico y belladona. Todo, para que aumente la grasa intraperitoneal, "que es el más efectivo y permanente soporte visceral" (Eusterman y Balfour). De ello se deduce que si conseguimos mejorar el apetito y engordar al paciente (casi siempre mujeres) se calma, principalmente, la nerviosidad, y viene un sentido espléndido de mejoría física.

Creemos firmemente, y en seguida lo explicaremos, en la entidad gastroptosis o gastroatonia, cuando en un estómago dilatado, mucho o poco, se agregan síntomas francos de mala evacuación no atribuibles a problemas de disquinesia o lesión orgánica del píloro. Tales síntomas son: plenitud postprandial, con eructos malolientes que en ocasiones producen anorexia; cuando hay un estado que pudiéramos llamar la dispepsia universal a los alimentos ingeridos; cuando el paciente experimenta ruidos hidroaélicos resultantes de la retención, y si a estos síntomas, acompañados de dolor soportable o intenso epigástrico, se aso-



cia, como cuadro final, el vómito, sensación de ondas gástricas que tratan de impulsar los alimentos por un píloro que resulta alto para el esfuerzo del órgano y, además, hay una notoria desnutrición. Si la radiología nos muestra el signo de Glenard, con dilatación y retención, creemos que estamos autorizados a hacer el diagnóstico de la impropriamente llamada gastroptosis, y que bien pudiera denominarse atonía gástrica.

¿Cuál ha de ser el tratamiento? Indudablemente médico. Y, ojalá se lleve al máximo lo de la quietud en cama, las comidas frecuentes, los estimulantes de la secreción gástrica que aconseja Bockus (L. C.), agregados al estímulo orgánico general, y también de las secreciones biliopancreáticas. ¿Mejoran todos los pacientes así tratados? No, aún durante meses, en las mejores condiciones físicas y psíquicas. La respuesta más fehaciente de estos fracasos ha sido el sinnúmero de tratamientos quirúrgicos ensayados, con los cuales se ha querido corregir la "caída" o dilatación del órgano, e incluso se ha intentado mejorar su tono muscular. Nos haríamos interminables si las consideráramos todas.

Se han dividido las técnicas en pexias y derivaciones. Citarémos las más conocidas (6).

a) Técnica de Rovsing (fijación del estómago a la pared anterior del abdomen).

b) Técnica de Bier-Beya (suspensión del órgano con el ligamento gastrohepático).

c) Técnica de Perthes (suspensión del estómago con el ligamento redondo).

d) Técnica de Duret (ventro fijación del órgano o de sus ligamentos).

e) Técnica del doctor Julio C. Perafan (7) (suspensión del estómago con fascia parietal).

Además, se han descrito las llamadas gastroplegaduras con el fin de disminuir el tamaño del órgano.

### **Derivaciones del contenido gástrico (Tomadas de Corachan) (8).**

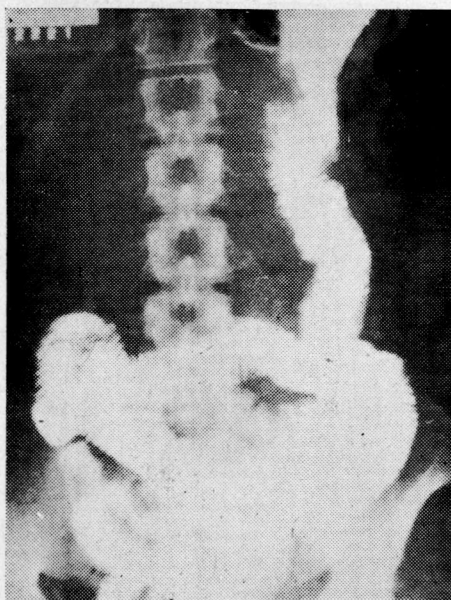
a) Gastroenterostomía (Urrutia, 1920) con o sin exclusión pilórica (9).

b) Gastrectomía alta, con gastrogastrostomía (Martín, 1925) (10).

c) Nosotros, desde hace dos y medio años, propusimos y realizamos la gastrectomía corporal, con conservación del antro

y piloroplastia. Nuestra base fundamental es, que si un estómago llega al estado de atonía irreversible con el tratamiento médico, la mejor manera de que se cumpla la importante función de evacuación, será aquella en la cual no haya nada que exigirle al tono gástrico, que parece definitivamente perdido.

Comentaremos en seguida los resultados de las derivaciones, pues, salvo el reciente informe de Perafán (L. C.), al cual le hace falta control, las pexias se hallan totalmente abandonadas.



Caso N° 1.—Control de la gastrectomía corporal con conservación del antro y piloroplastia, a los 2 años de operado.

Urrutia (L. C.), en 1920 ensaya la gastroenterostomía y la considera "de resultados desastrosos".

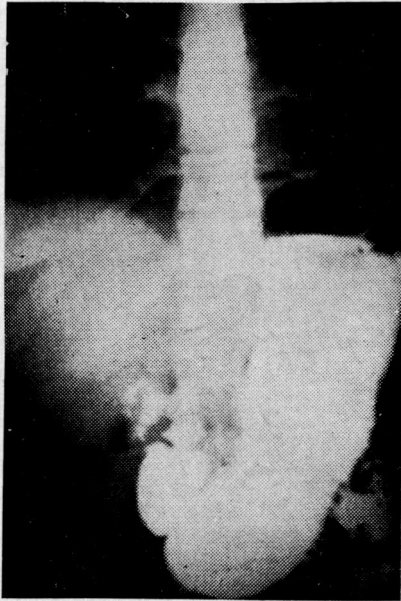
Rovsing (11), en 1923 "la considera irracional y que expone al círculo vicioso por atonía gástrica".

Schiassi, en 1922 (12), citado por Corachán (L. C.), combina la gastroplicatura y la gastroenterostomía con buenos resultados.

Goebel (citado por Corachán) es de la misma opinión.

Bastianelli, en 1923 (13), aconseja la gastroenterostomía con exclusión pilórica, y la considera la operación de elección. Trató ocho casos: uno, con malos resultados y el resto con éxito.

Martín (L. C.), en 1925, cree que en los casos rebeldes al tratamiento médico y ortopédico, la resección transversal del estómago es la operación ideal. Cree que "la porción pilórica conservaría su fuerza y tonicidad" y por esto recomienda la resección del segmento superior del estómago, seguida de gastrogastrostomía. Exige que la operación se complemente con una rigurosa dietética para restituir el tono de la musculatura gástrica. De doce casos, dos fracasaron por no seguir las prescripciones dietéticas, y los otros, a los cuatro años, estaban normales y reco-



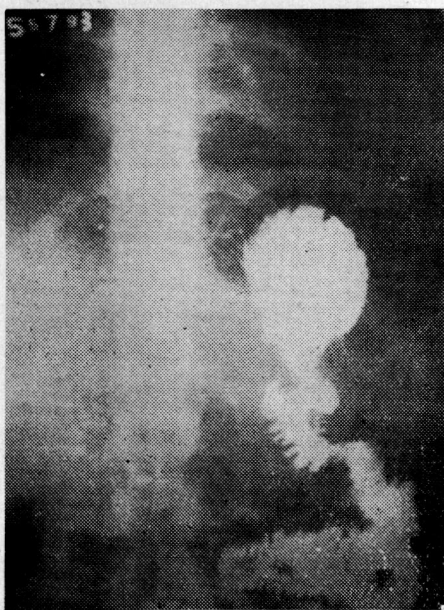
Caso Nº 1

braron su peso. Corachán (L. C.) dice: "La gastrectomía nos parece exagerada y desproporcionada a la afección que se trata de curar".

En nuestro medio, Vélez Gil (14), bajo la dirección del Profesor Pedro Eliseo Cruz, realizó la gastroyeyunostomía sin asa en siete pacientes (no precisa que en ellos se hubieran agotado todas las medidas de orden médico). El autor dice que es un tratamiento recomendable en la gastroptosis. Desapareció el vómito y el dolor y recobraron el apetito y engordaron todos los pacientes (3 a 8 kilos), con ascenso notorio del estómago a los rayos X (4 a 12 cms.) y considera este método superior a las

pexias. Por informes del Servicio del Profesor Cruz, varios de estos casos volvieron a experimentar molestias al año y a los dos años, y fueron reoperados con gastrectomía. Mejoraron, y no hay control de estos tres casos.

Respecto al tratamiento quirúrgico, y para escuchar nuestras apreciaciones, hubo en el Instituto Nacional de Radium, hace dos años, una "mesa redonda" a la cual asistieron internistas y cirujanos destacados (Alfonso Uribe Uribe, Rafael Carriosa, Pedro Eliseo Cruz, César A. Pantoja, Hernando Velásquez



Caso Nº 2.—Control a los 6 meses.

y otros). Allí se discutió prolijamente el tema, desde el biotipo hasta el actualizado método psicossomático, y se llegó a aceptar que la entidad existe como expresión funcional gástrica; que si se engordan los pacientes hay mejoría sostenida, y que, si bien la gastroenterostomía había dado éxitos y fracasos, era posible que la técnica propuesta por nosotros, pudiera dar mejores resultados, siempre que las medidas de orden médico en forma muy completa, con quietud prolongada, hubieran fracasado.

A pesar de todo, hubo y hay escépticos. Se planteó, además, el problema de que el estómago resecaado podría de nuevo dilatarse. Sólo la experimentación podía aclarar esta duda.

Esta comunicación preliminar no pretende definir el problema, por el número de casos tan reducido (5 casos), sino informar sobre los primeros resultados, dos de ellos con dos y medio y dos años de control; precisar si el estómago reseca se dilata (lo cual no aconteció); si hay mejoría clínica, y si el aumento de peso, considerado como fundamental, es apreciable como para esperar una reacción favorable y sostenida, ya que en este punto están de acuerdo hasta los escépticos.



Caso N° 2

**Gastrectomía vs. Gastroenterostomía.**—El problema de la gastroenterostomía, ya preconizado por Urrutia, en 1920, y practicada por Cruz y Vélez (L. C.), desconociendo que este trabajo se hubiera realizado, tiene, a nuestro modo de ver, el inconveniente de que si bien se establece una fácil derivación del contenido gástrico al principio, al estimularse el tono de este órgano, y al mejorar su grado de dilatación, es fácil que la boca anastomótica cambie de posición, generalmente más alta, alterándose de nuevo el vaciamiento en muchos casos. Bastianelli (L. C.) sostiene que si no hay exclusión del píloro, los resultados no son satisfactorios. Es interesante anotar que en un caso reciente nuestro (hace un mes), la derivación, obligada por las cir-

cunstances del paciente, que tuvimos que hacer como un primer tiempo de la gastrectomía, nos mostró que, aunque disminuyó considerablemente el tamaño del estómago (Rayos X), el vómito tardío y molesto fue la regla, y la paciente no mejoró hasta que desconectamos el estómago, dejando el antro y practicando una piloroplastia, un mes después. Como ya lo dijimos, tres casos tratados por gastroenterostomía, sólo mejoraron después de la gastrectomía.

Deseosos de corregir el problema mecánico del vaciamiento gástrico, resultado de la atonía, y con el fin de permitir una suficiente estadía gástrica y una fácil salida a los alimentos, y sin preocuparnos del estado atónico, realizamos la técnica propuesta de gastrectomía corporal, conservando el antro por sus conocidas funciones y practicando una piloroplastia que facilite el vaciamiento antral. Practicamos siempre la técnica de Hofmeister-Porter, de espolón amplio y boca pequeña, anisoperistáltica y toda vez que nos quede fácil, transmesocólica, por la mayor protección que da el asa corta contra la úlcera anastomótica (Wangesteen) (15).

Hemos operado cinco casos. Todas mujeres entre los 23 y los 45 años. Los síntomas eran los aceptados clásicamente, excepto en dos de ellas que no tuvieron vómito. Todas habían sido tratadas médicamente, excepto en dos, en las cuales primaba el problema biliar. El peso osciló entre 38 y 45 kilos. La radiología mostró en todas las pacientes grandes estómagos atónicos, dilatados, menos en una en que era apenas moderada la dilatación. Todas retenían a las 7 horas el bario. Tres de ellas padecían de colecistitis, y en una, además de la calculosis vesicular, tenía cálculos en el colédoco. En todas las pacientes, menos en dos, se practicó también la apendicectomía. Todas experimentaron una grata sensación post-operatoria, y consideramos que fue un gran estímulo psíquico el que pudieran comer y vaciar su estómago con facilidad, cuando antes difícilmente podían hacerlo. La mejoría clínica fue notoria en todos los casos, menos en el primero en que se reintervino por un quiste ovárico enclavado en el Douglas, y en otro, con seis meses de control, que manifiesta molestias epigástricas, que no podemos precisar su origen por estar fuera de la ciudad. Lo llamativo en todos los casos, excepto en el último que sólo tiene 15 días de operada, es el franco y sostenido aumento de peso. Los dos primeros casos, con dos y dos y medio años de control, han aumentado ocho y seis kilos, respectivamente. Sus estómagos muestran un buen

vaciamiento y no hay dilatación del estómago resecaado (véanse fotos). Un tercer caso, con 6 meses de control, en una religiosa de 45 kilos, en la actualidad ha llegado a 60 y su estado general es bueno. Debemos anotar que todos los casos recibieron "digestivos" a base de ácido clorhídrico, pepsina, sales biliares y pancreatina, por largos períodos, y que en esta primera faz no hubo controles de secreción gástrica.

Un plazo mayor y un mayor número de experimentos podrán definir si esta entidad, aún debatida, es susceptible de curación por el tratamiento quirúrgico que acabamos de proponer.

Deseamos precisar, y a título de sumario, nuestra posición frente a los problemas planteados.

1) Hay una estrecha correlación entre el biotipo y la posición y forma de sus vísceras (Mills) (16).

Nota: El término gastropotosis es inapropiado, ya que el cardias está fijo. La denominación de gastroatonia sería más exacta y señalaría la función alterada.

2) La posición y el tamaño de los órganos no condicionan necesariamente un estado patológico, según las demostraciones radiológicas de Moody (L. C.). Sin embargo, "puede favorecer la disfunción de los mismos" (Bockus) (L. C.).

3) Hay órganos (estómago) que con gran tamaño, "caídos y alargados", funcionan normalmente; y órganos de tamaño aceptable que apenas rebasan la línea bisiliaca, que retienen y dan síntomas. Igualmente, no todo riñón ptosado produce síntomas. Una prueba apreciable de la atonía la da la diferencia notoria entre el tamaño del órgano con bario y el órgano ya vacío en el acto quirúrgico (Observación personal).

4) Se considera que hay síntomas atribuibles a la gastropotosis cuando el signo fluoroscópico de Glenard es positivo. (Al comprimir y elevar el estómago lleno de bario, y que estaba produciendo síntomas, éstos desaparecen). Este concepto lo trae Bockus, (L. C.) y dice: "Tal vez puede atribuírsele alguna significación al órgano prolapsado". Como se ve, no es categórico en negarle la sintomatología, como lo hacen otros, pero no se decide a dársela! Este mismo autor, después de destinarle 20 páginas a la entidad con síntomas que él acepta como "no debidos a la ptosis sino que la acompañan", se le olvida que la está negando, y dice: "La presencia o ausencia de atonía gástrica y de notoria estasis sólo puede obtenerse por el estudio radiológico y,

como ya lo vimos, termina su aprobación tácita, al decir que la ptosis "puede favorecer la disfunción de los mismos".

Es curioso e interesante anotar que una vez derrotado, con sobradas razones, el concepto anatómico de Glenard, de que todo órgano que llegara al hipogastrio estaba enfermo, lo cual en modo alguno quiere decir que la entidad como expresión funcional se acabó, las grandes autoridades tengan temor de asignarle papel patógeno a un órgano importante en franca disfunción, por lo demás demostrable; cuando les falta espacio en sus obras para hablar de las disquinesias vesiculares y la disfunción de los esfínteres, para no citar sino dos grupos de alteraciones de la función. ¿Es que una atonía gástrica no es una disquinesia? ¿No tiene derecho a producir síntomas un estómago que no puede vaciarse por su marcada atonía? Y si esto es cierto, ¿por qué no puede dar síntomas y constituir una entidad definida? ¿Por qué?

5) La gastroptosis (gastroatonía) debe tratarse siempre por métodos médicos; si fracasan, convendría ensayar el tratamiento quirúrgico propuesto, que podemos asegurar mejora el problema mecánico de vaciamiento, ya que no hay que pedirle activa quinesia al órgano resecaado. Este proceder facilita la nutrición, y al engordar los pacientes ya conocemos cuáles son los resultados.

6) La frase de Bockus, de que la "Cirugía en el tratamiento de la gastroptosis sólo merece citarse para condenarla", que, en verdad, se refiere a las pexias y derivaciones, creemos que, en lo que respecta a la técnica propuesta por nosotros, bien pudiera quedar en **sub judice** mientras se conocen los resultados de un mayor número y mejor control.

7) El hecho de que la mayoría, por no decir todos estos pacientes, tienen un franco fondo neuropático, no creemos que autorice a negar la intervención. En verdad, se ha pensado alguna vez en proscribir la gastrectomía en los ulcerosos, en quienes el factor psicosomático tiene una gran importancia y si al gastrop-tósico se le recomienda psicoterapia, ¿habrá una mejor terapia psíquica que poderles decir que su estómago se vaciará mejor y su nutrición mejorará?



## BIBLIOGRAFIA

1. **Eusterman G. B. and Balfour D. C.**—"The Stomach and Duodenum". Firts Ed. Pag. 709-710. Saunders, Co. Philadelphia-London, 1936.

2. **Moody R. O. et al.**—"Position of the Stomach". Liber and colon. Results of reentgenologic study in six hundred healthy adults. J. A. M. A., 81: 1924-1931, Dec. 8, 1923 (Cit. de Eusterman). **Moody R. H.** Jour. Anat., 61: 223-231, Jan., 1927 (Cit. de Eusterman).

3) **Buckstein Jacob.**—"The Digestive Tract in Roentgenology". First. Ed. Pag. 580. Lippincot, 1948.

4) **Graham Roscoe R.**—"Surgical Therapy in Lesions of the Stomach and Duodenum". (En, "Surgical Treatment of the Abdomen", page 493. Chapter 15. Bancroft-Wade. Lippincot. Philadelphia, London, Montreal, 1947.

5) **Bockus Henry L.**—"Gastroenterology". Pags. 1018, 1019, 10.23. W. B. Saunders Philadelphia-London, 1946.

6) **Spivack J.**—"Cirugía Abdominal". Pág... Uthea, 1946.

7) **Perafán Julio C.**—"Técnica para el tratamiento de la Gastroptosis" (Inédito). Presentado en la Primera Convención de Cirujanos de Colombia. Noviembre, 1951.

8) **Corachán Manuel.**—"Cirugía Gástrica". Ia. Ed. Tomo I, Pág. 587. Salvat. Barcelona, 1934.

9) **Urrutia.**—"Enfermedades del Estómago". Madrid, 1920 (cita de Corachán).

10) **Martin.**—Zentrabl. f. Chir., 52, fsc., 40: 2226-2229, 3 de octubre de 1925.

**Martin.**—Idem. 56: 1794, 20 de julio, 1919.

11) **Rovsing.**—"Abdominal Surgery", 206-1914 (cita de Corachán).

12) **Schiassi B.**—"Gastroptosis-ectasia Idiopatica e suo Tratamento Stratto dal Policlinico". Roma, 1922 (cita de Corachán).

13) **Bastianelli.**—"¿Cuál debe ser el tratamiento quirúrgico de la ptosis y ectasia gástrica con trastornos funcionales: plicatura, pexia, gastroenterostomía o asociación de estas intervenciones?" Arch. Ital. chir., 3, fasc. 4: 387-400, diciembre de 1923.

14) **Vélez Gil Adolfo.**—"Tratamiento de la Ptois Gástrica para la Gastroyeyunostomía sin asa." Tesis de Grado. Pág. 90, Facultad Nacional, Bogotá, 1948.

15) **Wangesteen O. H.**—"Method of Closing the piloro-antral pouch in the antral exclusion operation". Surgery, 12: 731-741, Nov. 1942.

16) **Mills R. W.**—"The relation of bodily habitus to visceral form, position, tonus and motility. Am. J. Roentgenol, 4: 155, april, 1917 (cita de Bockus).

## Encuesta sobre Brucelosis en Colombia

Informe al Comité Interamericano de la Brucelosis presentado por Luis Patiño Camargo, M. D., Andrés Soriano Lleras, M. D. (\*). Segundo Congreso interamericano de la Brucelosis, Buenos Aires — Mendoza— 17-26 de noviembre de 1948.

Damos las gracias a la eximia doctora Alice C. Evans y al ilustre doctor Maximiliano Ruiz Castañeda, directores del Comité Interamericano de la Brucelosis, por el alto honor que nos dispensaron haciéndonos miembros del Comité Regional Colombiano, según poderes del Congreso de México en 1946, y muy complacidos rendimos informe sobre el estado del problema en Colombia.

La República de Colombia tiene una población humana de 10.776.890, según cálculos recientes, sobre un territorio de 1.139.155 kilómetros cuadrados de variado clima y accidentado relieve. Vive en zonas urbanas el 29.1% de las gentes y en comarcas rurales el 70.9% de los colombianos. En 1946 hubo 340.790 nacimientos y fallecieron 160.460 personas, de las cuales un 35.55% con asistencia médica y un 64.45% sin asistencia.

Los rebaños de las tierras colombianas sumaron en 1947:

Bovinos . . . . .	13.796.860
Equinos . . . . .	1.913.149
Ovinos . . . . .	1.168.148
Caprinos . . . . .	653.098
Porcinos . . . . .	1.678.895

---

(\*) Publicado en el número 31, Volumen VIII, 1951, en la Revista Colombiana de Ciencias. Por considerar el tema de interés para los estudiantes de Medicina lo acoge la Revista de la Facultad.

El consumo anual de carne es de 27.48 kilos por persona y el de leche de 56.4 litros por habitante.

Como lo informó uno de nosotros al pasado Congreso de México, según publicaciones oficiales, el aborto infeccioso del ganado vacuno se reconoció en la sabana de Bogotá en 1927; en Cauca, municipio de Corinto, en 1934, llevado, al parecer, por reproductores cebúes importados; en las altiplanicies frías de Nariño, frontera ecuatoriana, y en los valles tórridos de Cúcuta, frontera venezolana, en 1941.

El Director del Instituto Nacional de Higiene Samper Martínez, Uribe-Piedrahita, comunicó oficialmente en 1927 haber comprobado la presencia del microorganismo, agente causal del aborto epizootico en vacunos de la sabana de Bogotá y llamó la atención sobre la gravedad de los perjuicios económicos si llegare a propagarse, y las consecuencias humanas por su transmisión al hombre.

En 1934, el Estado abocó el problema de la Brucelosis animal, dictando disposiciones legales que, de acuerdo con las necesidades y conveniencias de los tiempos, han venido reformándose en años subsiguientes. La campaña formal se estableció en abril de 1943. La Sección de Sanidad del Ministerio de Agricultura y Ganadería, el establecimiento de vacunación con cepa 19, el Instituto Veterinario de Investigación y Diagnóstico, las haciendas testigos para investigación experimental, son creaciones que marcan el interés del gobierno colombiano por este grave problema.

Hoy, el desarrollo de la campaña contra el aborto epizootico bovino, se rige por el Decreto 711 de 1943 y las resoluciones de junio y julio de 1948, cuyas copias van como anexos de este informe. Destacamos, resumidos, algunos de los artículos legales vigentes: Decláranse infectadas de aborto epizootico bovino, las siguientes zonas: a) Boyacá, con excepción de la provincia de Casanare; b) Cundinamarca; c) Nariño; d) Valle del Cauca; e) Santander del Norte, hoyas de los ríos Zulia y Margua; f) Caldas; g) Cauca; h) Putumayo, el valle de Sibundoy.

Determinación de hacienda infectada: a) Si de la prueba, por seroaglutinación de Bang, de los ganados sospechosos (vacas que hayan abortado, y toros), y del 5% de las hembras y toretes mayores de 6 meses se obtuviere un alto porcentaje de reactores, superior al 10%, la hacienda se considera infectada; igualmente, si en la prueba subsiguiente el porcentaje de positivos fuere superior al 2%. Se considera municipio infec-

tado aquél en que se hallare una sola hacienda infectada, y Departamento infectado cuando lo estén más del 50% de sus municipios.

Una hacienda se considera libre si el resultado de tres pruebas de seroaglutinación de todo el ganado, con tres meses de intervalo cada una, fueren negativas.

Dentro de las zonas infectadas es obligatoria la vacunación para las terneras de 6 a 12 meses de edad, para las vacas antes del segundo parto y para los machos destinados a la reproducción. El Ministerio de Agricultura y Ganadería suministra gratuitamente, por intermedio de los veterinarios oficiales, los servicios de investigación, marca de animales vacunados y vacuna para hembras de 6 a 12 meses.

Solamente se usa vacuna cepa 19 controlada y autorizada por el Instituto Veterinario de Investigación. Para movilización de hembras y machos destinados a la reproducción se requiere constancia oficial de aglutinación negativa para infección natural. Toda empresa de transportes está obligada a hacer cumplir este requisito.

De fuentes oficiales hemos hecho la lista de municipios infectados (Mapa N° 1), que son los siguientes:

**Boyacá:** Belén, Berbeo, Cerinza, Cómbita, Chiquinquirá, Duitama, Firavitoba, Floresta, Guayatá, Miraflores, Motavita, Oicatá, Paipa, Samacá, Santa Rosa, Sogamoso, Soracá, Sotaquirá, Toca, Tunja, Tuta, Ventaquemada.

**Bolívar:** Lórica, Tolviejo.

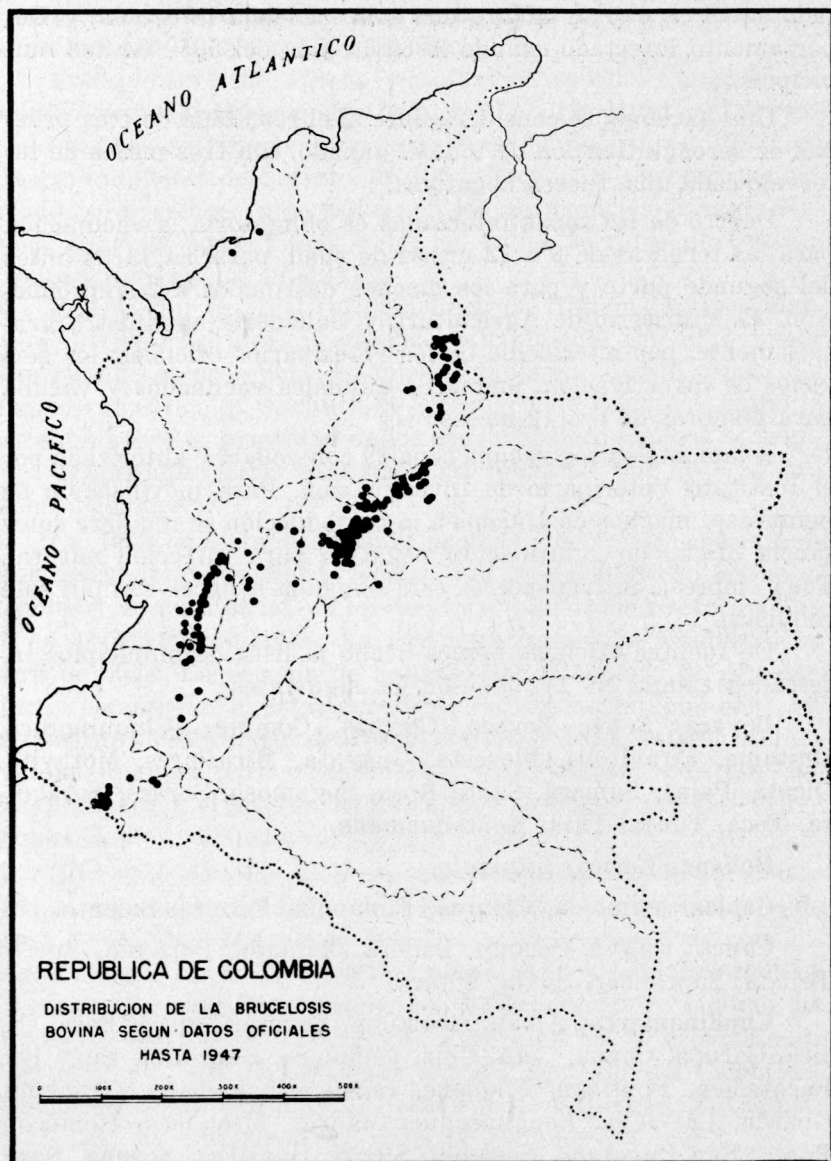
**Caldas:** Armenia, Calarcá, Finlandia, Pereira, Salento.

**Cauca:** Caloto, Corinto, Ladera, Miranda, Popayán, Puerto Tejada, Santander, Silvia, Sotará.

**Cundinamarca:** Albán, Anolaima, Bogotá, Bojacá, Bosa, Cajicá, Carupa, Cogua, Cota, Chía, Chipaque, Chocontá, Engativá, Facatativá, Fontibón, Fúquene, Funza, Gachancipá, Guachetá, Guasca, La Vega, Lenguazaque, Madrid, Mosquera, Nemocón, Pasca, San Cayetano, Sesquilé, Sibaté, Simijaca, Soacha, Sopó, Subachoque, Suba, Suesca, Tabio, Tenjo, Tocancipá, Ubaté, Usaquén, Usme Zipaquirá.

**Nariño:** Aldana, Carlosama, Cumbrial, Guachucal, Ipiales, Pasto, Pupiales, Sapuyes, Túquerres.

**Santander del Norte:** Arboledas, Bochalema, Cúcuta, Chinácota, Chitagá, Durania, Gramalote, Herrán, Labateca, Mutis-



Mapa N° 1

cua, Pamplona, Pamplonita, Rosario, Salazar, Sardinata, Santiago, San Cayetano, Silos, Toledo.

**Santander del Sur:** Bucaramanga, Cerrito, Concepción, Lebrija, Málaga, San Andrés.

**Tolima:** Ambalema, Armero, Cajamarca, Espinal, Icononzo, Roncesvalles, San Antonio, Villahermosa.

**Valle:** Andalucía, Bolívar, Buga, Bugalagrande, Cali, Candelaria, Cerrito, Dagua, Florida, Guacarí, Jamundí, La Cumbre, La Victoria, Obando, Palmira, Riofrío, Roldanillo, San Pedro, Sevilla, Tuluá, Vigés, Yotoco, Yumbo, Zarzal.

**Putumayo:** San Francisco, Sibundoy (1) (2).

El número de reses vacunadas con cepa 19 por los veterinarios oficiales del Ministerio de Agricultura y Ganadería asciende a 150.681 hasta fines de 1947.

La infección de leches de consumo es de 47.12% en Bogotá, según el veterinario Abondano, y un poco más de la mitad, 57.27%, de la leche que se consume en Cali, según J. J. Escobar.

El problema animal en las zonas cobijadas por la campaña sanitaria ha tenido palpable decrecimiento por la vacunación, eliminación de reactores y demás medidas profilácticas, amén de la inmunidad adquirida. El decreto de 1934 habla en sus considerandos del 60% de abortos. Posteriormente, en 1943, haciendas investigadas mostraron 30% de abortos y 32% de seroaglutinaciones positivas. Y en 1946, las mismas, 5% de abortos y 10% de seroaglutinaciones positivas. Y aún más: se ha logrado crear hatos inmunes. Los veterinarios se muestran optimistas.

En cambio, el problema humano señala, infortunadamente, muy oscuras perspectivas, como veremos en la parte siguiente.

Sólo vagas noticias se tienen de Brucelosis humana en el pasado. Médicos viejos hablan de casos clínicamente semejantes a fiebre ondulante, y citan el de un famoso catedrático de Anatomía, ya fallecido.

En 1933, para su tesis doctoral en Medicina, Patiño Solano, bajo la dirección de los profesores de Bacteriología, practicó cinco mil noventa y tres seroaglutinaciones con antígenos preparados en el Instituto Nacional de Higiene, en las sangres humanas llegadas al Laboratorio Samper Martínez para exámenes rutinarios, del Hospital de San Juan de Dios, del de San José y de

---

(1) Julio Calle Restrepo y Hernán Ochoa, en su tesis para el título de médicos de la Universidad de Antioquia, en seroaglutinaciones a cerdos y bovinos del matadero de Medellín, ganados procedentes de Antioquia, en su mayoría, encontraron: 11.32% positivos, sobre 106 cerdos, y 17.54% positivos, sobre 114 bovinos.

(2) En la Goajira, sobre pocas muestras de sangre tomadas por el inspector López, se encontró una con aglutinación positiva.

los cuarteles de la ciudad. Obtuvo el 0.35% de positividad. Asimismo, revisó los archivos de seroaglutinaciones de la Escuela de Veterinaria para el diagnóstico del aborto epizoótico, años de 1930 a 1933, y encontró el 36.25% de casos positivos sobre 533 vacas de la sabana de Bogotá.

En 1935, para su tesis de grado en Medicina Veterinaria, Cleves hizo en sangre de obreros del matadero municipal de Bogotá, seroaglutinaciones con antígeno Mulford, en el Laboratorio de enfermedades infecciosas. Dice que en 59 casos halló 18 positivos.

El 12 de mayo de 1944, en la reunión periódica del "Centro Médico Pompilio Martínez" se puso en discusión el tema "Fiebre de Bang", y los doctores Rueda, Fajardo, Martínez, Aparicio, Groot, Gómez y Didoménico presentaron historias clínicas e hicieron un debate de singular importancia.

A la V Reunión Mexicana y I Interamericana para el estudio de la Brucelosis, México, 1946, envió Patiño Camargo una nota informativa sobre el estado de la Brucelosis en Colombia, para decir que existía en el ganado vacuno, en una considerable extensión del territorio nacional, y que en el hombre se conocían unos pocos casos recientemente comprobados.

El manuscrito de Julio Calle y Hernán Ochoa, tesis para doctorado en Medicina de la Universidad de Antioquia, 1946, contiene la noticia de estar presente la Brucelosis en Antioquia. Sobre 407 matarifes y carniceros de los municipios de Medellín, Bolívar y Bello hallaron:

120 positivos a la prueba alérgica, 29.53% ; 31 positivos para aglutinación, 7.61% ; 27 positivos a las 2 pruebas, 6.63%.

Resumen enfáticamente su trabajo diciendo que comprobaron un caso de Brucelosis humana subaguda, 2 ambulatorios, 8 crónicos y 126 contactos. Y afirman que de uno de los casos ambulatorios aislaron una cepa de **Brucella** que consideran **suis**. Y que en animales encontraron: 11.32% de infección brucelósica en los cerdos y 17.54% en los bovinos, sacrificados en el matadero de Medellín.

En febrero de 1947 publicó Escobar un documentado estudio realizado en su Laboratorio de Cali, comprobado por hemocultivos, aglutinaciones, cutirreacciones y pruebas opsónicas. Resumen:

8273 Seroaglutinaciones en población general, positividad, . . . . .

0.49%

501 seroaglutinaciones en personas en contacto con animales, o en febricitantes, positividad . . . . .	10.80%
260 hemocultivos 28 + . . . . .	10.80%
193 cutirreacciones . . . . .	12.00%
102 casos clínicos: activos, graves, medianos, benignos, ambulatorios y contactos.	

De los 28 cultivos, 2 son **Brucella suis**, 4 indeterminados y el resto, 22, **B. abortus**.

El Comité Colombiano de Brucelosis ha hecho una encuesta, un sondeo, sobre el territorio nacional, para tener un índice de la extensión y profundidad de la Brucelosis en Colombia. Se propuso tomar una muestra de la población, especialmente en contacto con los ganados y sus productos, primer eslabón de la cadena zoonósica, y por la prueba de aglutinación apreciar panorámicamente el problema y formar el esquema del futuro mapa epidemiológico.

El Ministerio de Higiene, Sección de Enfermedades Comunicables, accedió cortésmente a poner a órdenes del Comité un inspector experto en sanidad rural para la recolección de las muestras de sangre. El Comité hace constar su agradecimiento y destaca complacido la excelente labor del Inspector B. R. López, colector de las muestras.

Se sangraron en total 1.743 personas en poblaciones y zonas rurales de 12 Departamentos colombianos, 1.206 hombres y 537 mujeres, en edades de 7 a 80 años, con las siguientes profesiones:

Carniceros . . . . .	399
Ordeñadores . . . . .	385
Matarifes . . . . .	330
Lecheros . . . . .	185
Queseros . . . . .	45
Pasteurizadores . . . . .	36
Vaqueros . . . . .	33
Expendedores de vísceras . . . . .	33
Pastores . . . . .	16
Agricultores . . . . .	13
Oficios domésticos . . . . .	17
Oficinistas . . . . .	9
Mayordomos . . . . .	8
Ganaderos . . . . .	9



Descremadores . . . . .	6
Vendedores de helados . . . . .	6
Otras ocupaciones . . . . .	213
<hr/>	
Total . . . . .	1743

o sea, la mayoría de estos individuos en relación directa con animales y sus productos, y otros dedicados a múltiples ocupaciones, como obreros manuales, artesanos, profesionales, policías, etc. **Resultaron 81 casos positivos, 4.6%. Hombres, 59 casos = 73%, y mujeres, 22 casos = 27% (Cuadros Nos. 1 y 2).**

### CUADRO N° 1

#### Casos Positivos: Profesiones y Sexos

OCUPACION	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje
Carniceros . . . . .	9	2	11	13.60%
Matarifes . . . . .	35	3	38	46.91%
Expendedores de vísceras	—	1	1	1.23%
Ordeñadores . . . . .	7	4	11	13.60%
Queseros . . . . .	—	6	6	7.40%
Lecheros . . . . .	1	2	3	3.71%
Mayordomos . . . . .	2	—	2	2.46%
Agricultores . . . . .	2	—	2	2.46%
Oficios domésticos . . . .	—	2	2	2.46%
Ganaderos . . . . .	1	—	1	1.23%
Oficinistas . . . . .	1	—	1	1.23%
Vaqueros, pastores . . . .	1	2	3	3.71%
<hr/>				
Totales . . . . .	59	22	81	100.00%

### CUADRO N° 2

#### Casos Positivos: Edades

EDAD	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje
16 - 20 años . . . . .	9	3	12	14.8%
21 - 30 años . . . . .	16	7	23	28.4%
31 - 40 años . . . . .	22	10	32	39.5%
41 - 50 años . . . . .	7	1	8	9.9%
60 - 69 años . . . . .	5	1	6	7.4%
<hr/>				
Totales . . . . .	59	22	81	100 0%

Se hallaron 3 casos de 16 años, 5 de 28, 8 de 33, 7 de 40, y 1 de 69 años.

La discriminación por Secciones, Departamentos, Intendencias y Comisarías, es como en seguida se expresa:

**Atlántico:** Se colectaron 206 muestras de sangre: 186 varones y 20 mujeres, entre los 16 y 63 años: carniceros, matarifes, ordeñadores, vaqueros y lecheros, en los municipios de Baranoa, Barranquilla, Campo de la Cruz, Malambo, Manatí, Palma de Varela, Puerto Colombia, Repelón, Sabanagrande, Sabanalarga, Santo Tomás, Soledad.

Todas las sangres resultaron negativas.

**Bolívar:** 262 personas sangradas, 179 hombres y 83 mujeres, de 13 a 66 años de edad: ordeñadores, matarifes, lecheros, carniceros, expendedores de queso, vaqueros, agentes de Policía, en los municipios de Achí, Calamar, Cartagena, Cereté, Ciénaga de Oro, Corozal, Chimú, Guamo, Lórica, Magangué, Momil, Montería, Morroa, Ovejas, Sahagún, Sampués, San Carlos, San Estanislao, San Marcos, San Pedro, San Pelayo, Santa Rosa, Simití, Sincé, Sincelejo y Sotavento.

Dos positivos: mujer, 24 años, Corozal, lechera; y varón, 22 años, matarife de Sincelejo. Porcentaje de positividad: 0.76%

**Boyacá:** 171 sangrados, 94 hombres y 77 mujeres entre 13 y 65 años de edad: ordeñadores, carniceros, expendedores de vísceras, queseros, lecheros, mayordomos. Municipios: Belén, Corrales, Cúitiva, Duitama, Firavitoba, Floresta, Gámeza, Jericó, Paz de Río, Pueblo Viejo, Santa Rosa, Sátivanorte, Soatá, Sogamoso y Tibasosa. Siete casos positivos: 3 varones y 4 mujeres, 17 a 65 años. Un caso de Duitama, 3 de Firavitoba, 2 de Sogamoso y 1 de Tibasosa. Profesiones: 1 matarife, 2 ordeñadoras, 1 mayordomo y 3 queseras.

Porcentaje de positividad: 4.09%.

**Caldas:** 123 personas sangradas, 105 hombres y 18 mujeres de 14 a 60 años. Oficios: matarifes, lecheros, arrieros, agricultores, oficios domésticos, oficinistas, obreros manuales, traficantes, motoristas, zapateros, carniceros, vendedores de gallinas y cesantes. Municipios: Aguadas, Anserma, Armenia, Belalcázar, Calarcá, Chinchiná, Guática, Manizales, Marmato, Marsella, Pácora, Palestina, Pereira, Risaralda, Santa Rosa y Supía. Resultaron 13 positivos, 22 a 64 años, 11 hombres y 2 mujeres de las siguientes ocupaciones: 8 matarifes, 2 agricultores, 2 ofi-

cios domésticos y 1 carnicero, procedentes 7 individuos de Pereira, 1 de Calarcá, 1 de Alcalá, 1 de Anserma, 1 de Andes y 2, un varón de 64 años, matarife, nacido en Pasto y con 20 años de residencia continua en Pereira, y un varón de 40 años, nacido en Ríonegro (Antioquia), residenciado en Pereira por 10 años.

Positividad: 10.5%.

**Cauca:** Múltiples circunstancias impidieron realizar el sondeo epidemiológico en el Cauca. Apenas se recolectaron 39 muestras: 31 hombres y 8 mujeres de Popayán, cuyos resultados fueron negativos. En suspenso.

**Cundinamarca:** Casos 129; hombres 76, mujeres 53, de 9 a 60 años: matarifes, ordeñadores, queseros, expendedores de vísceras, lecheros, obreros de matadero, carniceros, expendedores de alimentos, mayordomos, de los municipios de Carupa, Cucunubá, Chocontá, Gachetá, Guachetá, Lenguaque, Manta, San Cayetano, Simijaca, Susa, Sutatausa, Tausa, Ubaté. Catorce (14) resultaron positivos: 5 hombres y 9 mujeres; 5 matarifes, 3 ordeñadores, 3 queseros, 1 carnicero, 1 vendedor de vísceras, 1 lechero, procedentes 13 de Ubaté y 1 de San Cayetano.

Positividad: 10.8.

**Huila:** 165 muestras fueron recolectadas así: 89 hombres y 76 mujeres, de 15 a 70 años: carniceros, matarifes, menuderos (vísceras), ordeñadores, lecheros, procedentes de: Agrado, Aipe, Baraya, Campoalegre, Colombia, Garzón, Gigante, Hobo, Iquira, Neiva, Palermo, Pitalito, Villavieja y Yaguará.

Todas las muestras resultaron negativas.

**Nariño:** Se tomaron 187 muestras de sangre: 101 hombres y 86 mujeres, de 7 a 70 años: ganaderos, vaqueros, ordeñadores, queseros, lecheros, descremadores, carniceros, matarifes, mayordomos, procedentes de los municipios de: Consacá, Cumbal, Guachucal, Ipiales, Ospina, Sapuyes, Túquerres. Resultado: 5 casos positivos: —cuatro varones y una mujer— 1 ganadero y cuatro ordeñadores, de 17 a 69 años; 1 de Cumbal, 2 de Túquerres, 1 de Pasto y 1 de Espino.

Positividad: 2.6%.

**Tolima:** 169 personas sangradas: 43 mujeres y 126 hombres, de 10 a 80 años: carniceros, matarifes, lecheros, ordeñadores, procedentes de los municipios de: Alpujarra, Coyaima. Chapa-

rral, Espinal, Fresno, Guamo, Honda, Ibagué, Líbano, Mariquita, Natagaima, Piedras, Prado, Purificación, Rovira, San Antonio, San Luis, Santa Isabel.

Resultado: 13 casos positivos, así: 12 hombres y 1 mujer —16-42 años—, nueve carniceros y cuatro matarifes, procedentes 4 de Ibagué, 3 de Espinal, 1 de San Luis, 1 de Honda y 4 de individuos nacidos en Girardot, Guayabal y Pijao, pero residentes en territorio tolimense, casi toda su vida.

Positividad: 7.6%.

**Valle:** Individuos sangrados, 127: 118 hombres y 9 mujeres. Edades: 11-49 años. Profesiones: pasteurizadores, lecheros, lava-cantinas, descremadores, carpinteros, fogoneros, vendedores de helados, matarifes, inspectores de leche, inseminadores, mayordomos, oficios domésticos, estudiantes, oficinistas, procedentes de los municipios de: Andalucía, Buga, Bugalagrande, Cali, Candelaria, Cartago, Dagua, Florida, Jamundí, La Unión, La Cumbre, Pradera, Roldanillo, Tuluá y Yumbo. Resultado: 21 positivos. Todos varones. Edades: 18-43 años. Procedencia: 9 de Cali, 2 de Jamundí, 1 de Candelaria, 1 de Roldanillo, 1 de Buga, 1 de La Cumbre, 1 de Gorgona; los cinco restantes nacieron en municipios de: Cauca, Huila y Tolima pero han vivido casi toda su vida en el Valle. Oficios: 17 matarifes, 2 ordeñadores, 1 mayordomo y 1 oficinista. Este último, 34 años, Buga, llevaba 114 días de fiebre irregular, con diagnóstico clínico de Brucelosis: título de aglutinación 1/560.

Positividad en el Valle: 16.5%, la más alta en toda la encuesta.

**Intendencia del Meta:** Se probaron 121 sangres: 80 hombres y 41 mujeres, de 11 a 50 años de edad. Ocupaciones: matarifes, menuderos (vísceras), lecheros, ordeñadores, carniceros, vaqueros, ganaderos. Solamente hay 48 raizales de los pueblos de Villavicencio, Restrepo, San Martín, Puerto López y San Pedro. Los demás son cordilleranos, oriente de Cundinamarca, radicados en la llanura de 3 a 30 años. Se encontraron dos casos positivos: uno debilmente, mujer, 38 años, lechera, raizal de Villavicencio, y otra mujer, 18 años, ayudante de matarife, igualmente raizal de Villavicencio.

Positividad: 2.4%.

**Comisaría de la Guajira:** 44 personas sangradas: 21 hombres y 23 mujeres, de 18 a 63 años, casi en totalidad indíge-

nas; pastores, ordeñadores, lecheros. Predominio de ganado caprino. Resultado: tres muestras positivas (\*), así: un varón de 35 años, pastor, de Pushaína, una mujer de 38 años, lechera, de Uriana, y una mujer de 63 años, lechera, de Mashinga.

Estos resultados son índice de la extensión de la Brucelosis humana en el territorio nacional; muestran la "brucelización" de la mayoría de las comarcas (Mapa N° 2); comprueban el extraordinario poder expansivo de esta dolencia, con justicia llamada enfermedad del futuro; y aspiran a que sirvan a la higiene en sus campañas sanitarias.

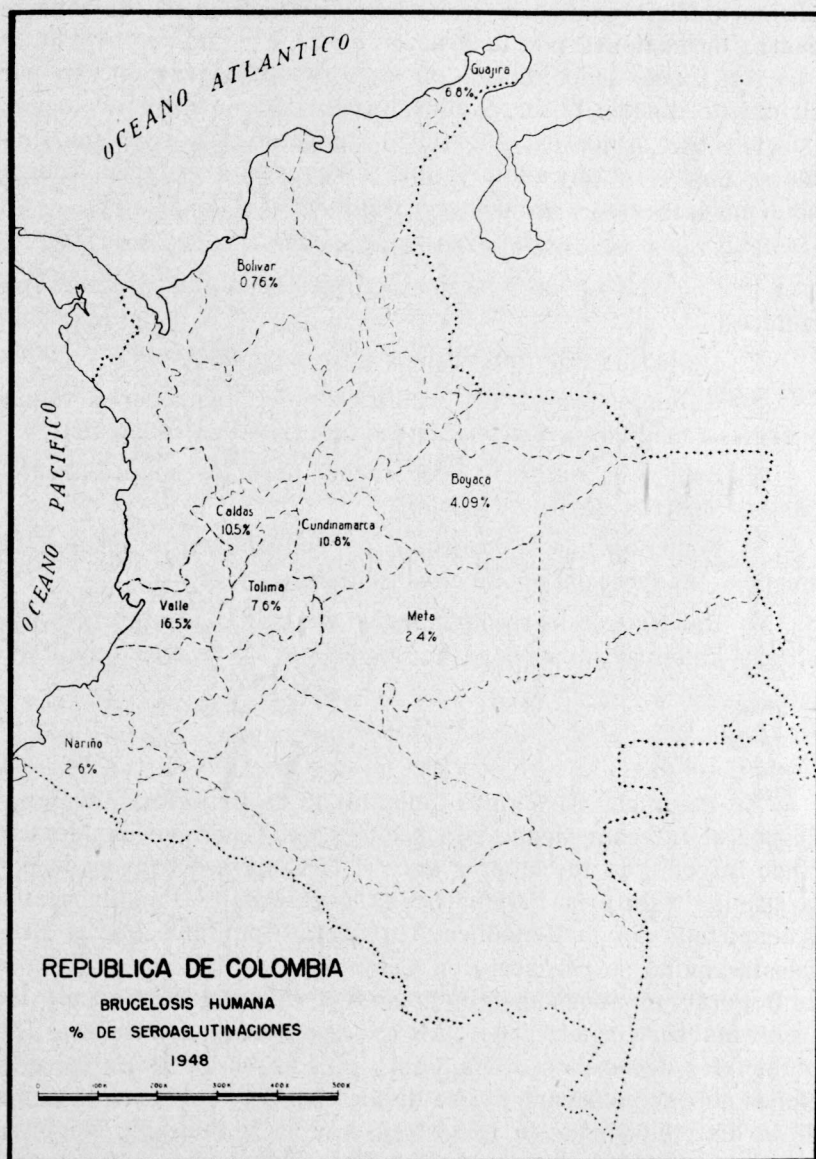
### CUADRO N° 3

#### Índice de la Prueba por Aglutinación. Resumen y Porcentajes de Positividad.

SECCIONES	MUESTRAS DE SANGRE			CASOS POSITIVOS			%
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	
Atlántico . . . . .	186	20	206	—	—	—	—
Bolívar . . . . .	179	83	262	1	1	2	0.76
Boyacá . . . . .	94	77	171	3	4	7	4.09
Caldas . . . . .	105	18	123	11	2	13	10.5
Cauca . . . . .	31	8	39	—	—	—	—
Cundinamarca . .	76	53	129	5	9	14	10.8
Huila . . . . .	89	76	165	—	—	—	—
Nariño . . . . .	101	86	187	4	1	5	2.6
Tolima . . . . .	126	43	169	12	1	13	7.6
Valle . . . . .	118	9	127	21	—	21	16.5
Meta . . . . .	80	41	121	1	2	3	2.4
Guajira . . . . .	21	23	44	1	2	3	6.8
Totales . . . . .	1.206	537	1.743	49	22	81	4.6

Es de observación actual que los diagnósticos clínicos de Brucelosis son cada día más frecuentes, y que los métodos biológicos comprueban las apreciaciones de la clínica. En las lecciones de este año se han podido presentar pacientes a los estudiantes de clínica tropical. En somera encuesta entre médicos de la ciudad, han comunicado casos los siguientes doctores: Roberto Franco, Alfredo Luque, Alfonso Uribe, Jorge Salcedo,

(\*) Dos sangres de cabra: una dio resultado positivo.



Mapa N° 2

Aquiles Peñuela, Raúl Paredes y Cecilia Hernández, Enrique Botero-Marulanda, Rafael Carrizosa, Alberto Suárez y Evelio Sosa. En Bogotá la *Brucella* hasta ahora cultivada ha sido variedad *abortus*; en Medellín, *suis*; en Cali, *abortus* y *suis*. El

último anuario estadístico registra entre las causas de muerte cuatro defunciones por Brucelosis.

Así, pues, todo indica que esta proteiforme zoonosis, por su extraordinario poder expansionista, por su larga evolución, porque ataca todos los sistemas y aparatos del organismo humano, porque puede adquirir alta virulencia y eruptiva fuerza epidémica, es grave problema de salubridad pública.

Por tales razones, el Comité propone:

1º Considérese la Brucelosis enfermedad de carácter epidémico;

2º Decláresele de importancia internacional;

3º Recomiéndese a los gobiernos del hemisferio tomar enérgicas medidas profilácticas para detener su expansión;

4º Solicítese auxilio y cooperación para los comités regionales y centros de investigación;

5º Foméntese la divulgación de conocimientos sobre esta dolencia inadvertida en muchas comarcas, y

6º Ratifíquese la recomendación de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana hecha en Caracas el 22 de enero de 1947.

\* \* \*

En resumen: El Comité Colombiano de Brucelosis, designado por el Interamericano con poderes del Congreso de México, rinde informe de sus labores ante el II Congreso convocado por la Oficina Sanitaria Panamericana y el Comité Panamericano, y auspiciado por la República Argentina. Comunica que la Brucelosis bovina se reconoció en Colombia en 1927, en la Sabana de Bogotá y en años subsiguientes en el valle del Río Cauca y las fronteras sur, ecuatoriana, y norte, venezolana. Enumera 150 municipios declarados oficialmente infectados en 11 de las secciones en que políticamente se divide el país y presenta el mapa de la distribución de la Brucelosis bovina y humana. Registra el establecimiento obligatorio de vacunación con cepa 19 de terneras de 6-12 meses, vacas antes del segundo parto y machos reproductores; el Instituto de Investigación y las Granjas Experimentales, índices del interés del Estado por el problema animal. Se calcula la población bovina en 13.796.000 reses; ovina, en 1.168.148; caprina, en 653.098; porcina, en 1.678.895 y equina, en 1.913.149. El consumo anual de carne vacuna por habitante

es de 27.48 kilos, y el de leche, encuesta sobre cinco ciudades, de 56.4 litros.

El Comité sondeó el territorio colombiano: 10.776.890 habitantes; 1.139.155 kilómetros cuadrados de superficie; 29.1% de población urbana y 70.9% rural. Tomó sangre a grupos humanos rurales y urbanos en contacto con ganados y sus productos con el propósito de buscar por seroaglutinación un índice de la extensión y profundidad de la Brucelosis en Colombia.

Se sangraron 1.743 individuos en 12 secciones del país: 1.206 hombres y 537 mujeres, desde 7 a 80 años; 1.530 relacionados con animales y 213 de otras profesiones.

Resultado: 81 casos positivos, índice 4.6%: hombres 59, 73%; mujeres 22, 27%. Gremios de mayor positividad: matarifes, carniceros y ordeñadores, edades 21-40 años.

De las 12 secciones políticas investigadas, 2 fueron negativas: Atlántico y Huila; 9 positivas, con los índices siguientes: Bolívar, 0.76%; Boyacá, 4.09%; Caldas, 10.5%; Cundinamarca, 10.8%; Nariño, 2.6%; Tolima, 7.6%; Valle, 16.5%; Meta, 2.4%; y Guajira, 6.8%; y una, Cauca, en suspenso.

En una somera encuesta, 11 médicos bogotanos informaron hasta 14 historias clínicas con diagnósticos comprobados biológicamente. Las comunicaciones sobre aislamiento de Brucellas humanas son: **abortus** en Bogotá, **suis** en Medellín y **abortus** y **suis** en Cali.

Conclusión: la Brucelosis humana está presente sobre el territorio colombiano.

Pronóstico: por su potencial energía epidémica es grave problema de salubridad pública.

Se propone recomendación sobre profilaxis.

Damos las gracias por su cooperación para este informe: al doctor Rey Turriago, del Ministerio de Higiene; al veterinario, doctor J. M. Cubillos, del Ministerio de Agricultura y Ganadería; al Inspector B. R. López, colector de las sangres, y a las señoritas Elisa Garcés y Julia Jiménez.



## BIBLIOGRAFIA COLOMBIANA

1. 1927. **Uribe-Piedrahita César**.—Informe del Instituto Nacional de Higiene al Ministerio de Educación.
2. 1933. **Patiño-Solano Cupertino**.—5093 aglutinaciones como aporte a la investigación de la fiebre ondulante en Colombia. Tesis para el Doctorado en Medicina y Cirugía. Universidad Nacional, Bogotá, 1933.
3. 1934. **Gómez-Rueda Manuel y Reyes Rafael V.**—Informe de la comisión de veterinarios que estudió la epizootia de aborto en el Valle del Cauca, 27 de octubre de 1934. **Revista de Medicina Veterinaria**, VI, Nos. 56-61, diciembre de 1934.
4. 1934. Decreto 2147 (14 de noviembre) de 1934, por el cual se dictan medidas de policía sanitaria sobre el aborto epizoótico bovino.
5. 1934. **Abondano-Herrera Alberto**.—El aborto epizoótico y la presencia de aglutininas en las leches consumidas en Bogotá. **Revista de Medicina Veterinaria**, VI, N° 64, marzo-septiembre, 1935.
6. 1935. Decreto N° 636 (abril 6). Sobre vacunación con vacunas vivas atenuadas a terneras y a novillas y a vacas no preñadas.
7. 1935. **Cleves-Ortiz Baldomero**.—El aborto epizoótico. La presencia de aglutininas del Bacilo de Bang en la sangre de los obreros del Matadero Municipal de Bogotá. Tesis de Grado. Universidad Nacional. Facultad de Medicina Veterinaria, 1935.
8. 1942. **Rojas-Maldonado Carlos A.**—La enfermedad de Bang en los bovinos. **Revista de Medicina Veterinaria**, N° 82, diciembre, 1942.
9. 1943. Decreto N° 711 y Resolución N° 280 (junio 10).
10. 1944. **Reyes Rafael V.**—Situación de la Sanidad Pecuaria en Colombia. **Revista de la Asociación Colombiana de Médicos Veterinarios**. Año II, N° 5, Bogotá, agosto de 1944.
11. 1945-1946. **Colmenares Rafael**.—Informe de la Sección de Sanidad rural del Departamento Nacional de Ganadería. Ministerio de Economía, 1945-1946.
12. 1945. **Viviescas Francisco**.—Informe del Instituto de Investigación al Ministerio de Economía.
13. 1946. **Velásquez José**.—Aborto Contagioso. Notas de Divulgación, Bogotá, 1946.
14. 1946. **Cañón José J.**—Vacunación contra aborto infeccioso de las vacas. **Revista de la Asociación Colombiana de Médicos Veterinarios**, Año IV, N° 12, agosto de 1946.
15. 1944. **Rueda Manuel Antonio, Fajardo-Herrera C., Martínez-Rueda H., Aparicio A., Groot H., Gómez-Martínez P., Didoméxico J.**—Fiebre de Bang. *Clínica*, Vol. N° 1, julio 1944.
16. 1945. **Contraloría General de la República**.—Anuario de Estadística, 1945.

17. 1946. **Patiño-Camargo Luis**.—Estado actual de la Brucelosis en Colombia. Primera Reunión Interamericana de la Brucelosis, México, octubre de 1946.
18. 1946. **Calle-Restrepo Julio y Ochoa H.**—Brucelosis. Tesis de Grado. Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina, 1946.
19. 1947. **Cañón José J.**—Valor de la vacuna y de su producción anual. *Revista de la Asociación de Médicos Veterinarios*, Año V, N<sup>o</sup> 16, julio de 1947.
20. 1947. **Escobar José J.**—Brucelosis en Colombia, *Boletín Clínico*, Vol. 9., N<sup>o</sup> 3, Medellín, febrero de 1947.
21. 1948. Resolución N<sup>o</sup> 265 (junio 25). Por la cual se dictan medidas de carácter sanitario sobre la erradicación y control del aborto epizootico bovino en el país. Ministerio de Agricultura y Ganadería, 1948.
22. 1948. Resolución N<sup>o</sup> 8 (julio 9). Por la cual se fijan los requisitos para el desarrollo de la campaña contra el aborto epizootico bovino en el país. División de Ganadería, 1948.
23. 1948. Contraloría General de la República. Consumos mensuales por habitante de algunos artículos, deducidos de las encuestas sobre clases sociales: Bogotá, clase media y obrera; Barranquilla, Bucaramanga, Honda y Mariquita, clase obrera, 1948.

## REPORT TO THE SECOND INTERAMERICAN CONGRESS ON BRUCELLOSIS (1948)

The Colombian Regional Committee on brucellosis, appointed by the Inter-American Committee at their first meeting in Mexico, reports its work to the Second Congress assembled by the Pan-American Health Office and the Inter-American Committee, and held under the auspices of the government of the Republic of Argentina.

Bovine brucellosis was first recognized in Colombia in 1927 in the Plateau of Bogotá, and subsequently in the valley of the Cauca river, on the Ecuadorian frontier in the South, and Venezuelan frontier in the North. Sanitary legislation relating to brucellosis from 1934 to date, is studied. One hundred and fifty municipalities, located in the 11 political sections of the country are officially declared infected (Map. N<sup>o</sup> 1). The establishment of compulsory vaccination (strain 19) for calves from 6 to 12 months, cows before their second calf and stud bulls, the ins-

titute of investigation, and the establishment of experimental stations show the interest which the Republic of Colombia has taken in the problem of animal brucellosis.

Total numbers of livestock in Colombia are calculated as follows:

Bovine . . . . .	13.796.000
Ovine . . . . .	1.168.148
Caprine . . . . .	653.098
Porcine . . . . .	1.678.895
Equine . . . . .	1.913.149

The annual consumption of beef is about 27.48 kilograms per inhabitant, and that of milk, according to a survey carried out in five cities, is 56.4 liters per inhabitant per year.

The Committee made investigations in Colombia (10,776,890 inhabitants, 1,139,155 square kilometers. Urban population about 29.1% and rural, 70.9%). It examined blood of those urban and rural groups in contact with livestock and livestock products for the purpose of finding, by serum agglutination, an index of the extent and degree of human brucellosis in Colombia.

Blood from 1,743 persons was examined in 12 different sections of the country; 1,206 men and 537 women with ages ranging from 7 to 80 years, 1,530 of them having been in contact with animals and animal products, 213 belonging to other occupational groups.

Results: 81 positive cases, index of 4.6%. Men 59, 73%; women 22, 27%. Occupations showing greatest positivity: slaughter-house workers, butchers, and dairy workers, ages ranging from 21 to 40 years.

On the 12 sections investigated, 2 were negative: Atlántico and Huila. Nine were positive, with the following indexes of positivity: Bolívar, 0.76%; Boyacá, 4.09%; Caldas, 10.5%; Cundinamarca, 10.8%; Nariño, 2.6%; Tolima, 7.6%; Valle, 16.5%; Meta, 2.4%; Guajira, 6.8%. One undetermined: Cauca (Map N° 2).

In a rapid enquiry in Bogotá, 11 doctors reported 14 clinical cases confirmed biologically. Patients were observed at the San Juan de Dios Hospital, and four deaths caused by brucellosis were registered in the latest national statistical bulletin.

Reports on the isolation of organisms from human cases show: **Brucella abortus** in Bogotá, **B. suis**, in Medellín, and **B. abortus** and **B. suis** in Cali.

**Conclusion:** Human brucellosis exists in Colombia.

**Prognosis:** The extraordinary spreading power, prolonged evolution, indiscriminate attack on all organs of the human body, and its potential epidemic energy, make this zoonosis a serious problem in public health.

#### FINAL PROPOSALS:

- 1) Brucellosis must be considered a potential epidemic disease.
- 2) It must be declared of international importance.
- 3) It is recommended that the governments of the hemisphere take energetic prophylactic measures to stop its expansion.
- 4) Help and cooperation must be sought for the regional committees and the investigation centers.
- 5) Dissemination of knowledge on this disease must be encouraged since it passes unnoticed in many territories, and
- 6) The recommendations made in the twelfth Pan-American Conference on Sanitation held in Caracas on January 22, 1947, should be ratified.

# CARDIOPATIA REUMATICA

Por el doctor **Nicolás Collazos R.**

La cardiopatía reumática comprende cuantas formas de trastorno cardíaco derivan del reumatismo.

El ataque de la fiebre reumática a las estructuras cardíacas ocurre en el noventa por ciento de los casos, según las estadísticas de la Universidad de Tulane. Es un hecho de importancia el que apenas el cincuenta por ciento de los casos de cardiopatía reumática da síntomas en la fase activa; el otro cincuenta por ciento se descubre más tardíamente, de ordinario, con motivo de una insuficiencia cardíaca congestiva, consecencial a una valvulopatía antigua ignorada. Muchas insuficiencias cardíacas sin valvulopatía, que simulan la cardiopatía arterioesclerósica en individuos relativamente jóvenes, que no presentan un estado esclerótico arterial intenso, no son más que viejas miocarditis reumáticas que han evolucionado solapadamente durante muchos años.

Podemos dividir la cardiopatía reumática en dos fases, a saber: fase activa y fase inactiva o residual. La cardiopatía reumática activa o carditis, es la fase de inflamación del corazón, y constituye una parte del reumatismo. La cardiopatía reumática, inactiva o residual, es el período de exclusivos trastornos mecánicos resultantes de los estragos causados por un previo ataque de la infección.

**Causas predisponentes.**—Las mismas de la fiebre reumática.

**Anatomía Patológica.**—Los cambios patológicos en la cardiopatía reumática, son paralelos a las etapas clínicas de la enfermedad. En la carditis activa encontramos los caracteres de

la inflamación, mientras que en la fase inactiva las lesiones son las del tejido cicatrizal y adherencias.

**“Miocarditis”.**—La lesión activa se caracteriza en el miocardio por la formación de los cuerpos de Aschoff. Estas colecciones se hallan más frecuentemente en la porción basal de la pared ventricular, y suelen ser perivasculares y localizarse en el subendocardio. Si la inflamación activa remite los nódulos, se convierten en pequeños focos de tejido fibroso. Aunque estas lesiones características son de distribución focal, el miocardio resulta difusamente debilitado, y aparece dilatación. Contrariamente a lo que se cree, con frecuencia, el curso de la cardiopatía reumática indica, claramente, que las principales causantes de la aparición de insuficiencia cardíaca son los trastornos miocárdicos y no los valvulares.

**“Endocarditis y Valvulitis”.**—El término endocarditis suele emplearse, en sentido indefinido, para significar no sólo la inflamación de la capa endocárdica de la válvula, sino toda su estructura, es decir, que sería mucho más apropiado el término valvulitis.

El primer trastorno de la valvulitis parece ser un edema localizado, seguido rápidamente de infiltración celular y proliferación. Generalmente, aparecen pequeñas zonas necróticas en la línea de oposición de las válvulas, en cuyo vértice yacen trombos compuestos de fibrina, y plaquetas que se distinguen fácilmente como pequeñas vegetaciones amarillo-rosadas sobre las válvulas y cuerdas tendinosas. La curación resulta de la organización y formación de cicatrices, que producen engrosamiento, acortamiento, torción y soldadura de las válvulas.

**“Pericarditis”.**—El pericardio pierde su apariencia lustrosa, se congestiona, queda recubierto de fibrina y se vuelve áspero. Las células endoteliales se congestionan y ocurre la proliferación capilar. Probablemente, en la mayoría de los casos, se derrama algún exudado seroso. Tanto en la fase fibrinosa como en la efusiva, puede tener lugar la resolución, que consiste, simplemente, en un engrosamiento cicatrizal del pericardio sin adherencias; o, bien, en el proceso curativo pueden concurrir dichas adherencias, entre las hojas parietal del pericardio y la pleura, tejidos mediastínicos y diafragma.

## SINTOMATOLOGIA

**“Cardiopatía reumática inactiva”**.—Aun cuando existen distintos signos físicos de cardiopatía reumática, en su fase residual, estrictamente hablando, los síntomas son pocos, ya que, cuando aparece la dolencia, no son usualmente los de cardiopatía, sino los de insuficiencia cardíaca. No ha de sorprender que se presenten estos signos de insuficiencia, si se considera la ineficacia mecánica que resulta de unas válvulas defectuosas, de las adherencias pericárdicas y de las cicatrices del miocardio.

**“Cardiopatía reumática activa”**.—Comoquiera que ésta es meramente una manifestación del reumatismo, suelen coexistir otras pruebas de dicha enfermedad, tales como: fiebre, poliartrosis, corea, nódulos subcutáneos, eritema, pleuritis y otras. Cuando éstas son definidas, el diagnóstico es fácil e incluso sin otras manifestaciones reumáticas, es poco difícil de reconocer la carditis cuando el corazón está afectado, de manera aguda y grave, ya que la atención se dirige inmediatamente hacia él, por signos tales como la disnea, ortopnea y dolor pericardial. Las dificultades se hallan en las formas subagudas, sin claras manifestaciones reumáticas, puesto que a tales pacientes pueden aquejarlos, solamente, vagos dolores musculares o articulares, cansancio, anorexia, fiebre y otros síntomas indefinidos.

El término carditis reumática es de mucha utilidad en la descripción de la cardiopatía reumática activa, porque el corazón es generalmente atacado en su totalidad, en contraste con las conocidas infecciones bacterianas cardíacas, que atacan predominantemente un tejido. Sin embargo, una vez diagnosticada la carditis, debiera procurarse averiguar, mediante cuidadosa observación, hasta qué grado están afectadas las diferentes partes del corazón.

**“Miocarditis”**.—Está plenamente comprobado que las más importantes lesiones, en cuanto concierne a la capacidad del corazón para llevar a cabo el trabajo requerido, son las miocárdicas; puede decirse que los reumáticos jóvenes difícilmente padecen insuficiencia cardíaca en ausencia de inflamación miocárdica. En pacientes mayores esto resulta menos cierto, especialmente en los grupos de edad en que adquieren importancia las enfermedades degenerativas del miocardio. En pacientes jóvenes, la apa-

rición de franca insuficiencia cardíaca es bastante para presumir que ha reaparecido la infección activa.

Otros signos y síntomas, que sugieren miocarditis, son: la dilatación cardíaca, el dolor y anormal sensibilidad cutánea en región precordial, disociación esfigmotérmica a favor de la frecuencia del pulso y algunos signos electrocardiográficos. Además, puesto que la miocarditis probablemente acompaña siempre a la valvulitis y pericarditis reumática, cuando menos en cierto grado, es, igualmente, presuntiva de miocarditis la presencia de los signos que indiquen una activa intervención de ambas.

**“Valvulitis”**.—Clínicamente, la lesión valvular más común es la insuficiencia mitral. La sigue en frecuencia, y es la más característica, la estenosis mitral. La tercera en frecuencia es la insuficiencia aórtica, y la estenosis aórtica ocupa el cuarto lugar. Siguen luégo las lesiones de la válvula tricúspide y, finalmente, las de la válvula pulmonar. Los signos que delaten estas lesiones son los de las diversas valvulopatías. Las lesiones suelen subsistir, una vez que han dado nacimiento a los soplos que las distinguen, pero, en ocasiones, éstos desaparecen. La probable explicación de dichos soplos transitorios es el edema inflamatorio de las valvas, con apaciguamiento de la infección, antes de desarrollarse cambios proliferativos bastantes para ocasionar suficiente deformidad valvular.

La aparición de un soplo sistólico durante el curso del reumatismo, es, sin duda, un hecho de mera presunción de valvulitis. La persistencia de dicho soplo en el tiempo y la aparición de soplos diastólicos agregados sería una prueba concluyente de valvulopatía definitiva.

**“Pericarditis”**.—La pericarditis de importancia clínica es rara en los adultos, comparada con la de los niños. Es de seria significación pronóstica, por el peligro de compresión cardíaca aguda, durante la fase aguda y, más tarde, por la posibilidad de extensas adherencias pericárdicas. Por otra parte, a veces ocurre que pacientes con evidente pericarditis curan sin signo alguno de trastorno cardíaco permanente. Signos presuntivos de pericarditis son: aumento rápido del tamaño del corazón, con sombra radiológica piriforme, bajo voltaje generalizado del electrocardiograma y desviación positiva del segmento ST. El diagnóstico se establece por el frote pericárdico y demás signos de pericarditis.



## SIGNOS Y SINTOMAS DE LA CARDITIS

**Signos de probabilidad.**—Desarrollo de insuficiencia cardíaca congestiva durante un acceso de fiebre reumática; aparición de frote pericárdico; desarrollo de nuevos soplos; marcado aumento del volumen del corazón. (Siempre que estos signos aparezcan durante un brote de reumatismo agudo).

**Signos presuntivos.**—Dolor y sensibilidad cutánea anormal en área precordial, taquicardia en disociación con la temperatura, ruido de galope, nódulos subcutáneos y el desarrollo de fibrilación auricular en algún paciente son signos físicos de lesiones valvulares reumáticas, particularmente en individuos jóvenes.

**Signos electrocardiográficos.**—Ondas P, melladas y ensanchadas, intervalo PR, prolongado, atipias ventriculares, engrosamiento, melladuras y, a veces, hasta imágenes de bloqueo de rama. Cambios del segmento ST, especialmente, desviaciones positivas. Alteraciones de la onda TY ya en la forma, ya en el voltaje, ya por inversión neta.

Los datos de Laboratorio son: eritrosedimentación acelerada, leucocitosis, cierto grado de anemia y aumento de fibrinógeno sanguíneo, en sujetos reumáticos en quienes estos datos no pueden relacionarse con otras causas.

**Síntomas.**—Insuficiencia cardíaca congestiva, arritmias y dolores cardíacos.

**Signos físicos.**—Los de las diversas valvulopatías ocasionadas por las valvulitis reumáticas.

**Curso de la enfermedad.**—Se describen cuatro tipos de curso clínico:

1º Tipo fulminante agudo, en el cual la enfermedad sigue un curso rápido, con elevada temperatura y leucocitosis, signos acentuados de insuficiencia cardíaca y muerte entre unos pocos días y varios meses. Este tipo es raro, sobre todo en adultos.

2º Tipo activo crónico, en él se desarrolla carditis reumática activa, pero al disminuir las manifestaciones de actividad, no llegan a desaparecer del todo y estos pacientes siguen el curso de una infección, subaguda o crónica, durante muchos meses o años.

3<sup>o</sup> Tipo recurrente: es éste el tipo clínico más frecuente. Los períodos de actividad ocurren cada pocos años, separados por períodos de inactividad más o menos cortos.

4<sup>o</sup> Tipo persistente, inactivo: este tipo clínico se inicia con un ataque de carditis que, después de unos meses, se vuelve inactivo. La curación se establece con o sin dilatación cardíaca o enfermedad valvular.

**Diagnóstico.**—El diagnóstico de cardiopatía reumática quedará resuelto dando respuesta a los siguientes puntos:

1<sup>o</sup> En un paciente con fiebre reumática, se debe resolver si el corazón está o no atacado. Cuestión más bien académica, especialmente en los niños, porque es tan frecuente algún grado de carditis en el reumatismo agudo, que debe considerarse que el paciente la tiene mientras no se demuestre lo contrario.

2<sup>o</sup> Si un niño tiene síntomas vagos, que pueden ser o no reumáticos. En este caso, si alguna manifestación reumática llega a definirse, el problema quedaría reducido al primer punto. En caso contrario, debe observarse cuidadosamente al niño y emplear los medios de que disponemos hasta llegar al verdadero diagnóstico.

3<sup>o</sup> Este último punto de vista lo plantea el paciente con manifiesta enfermedad valvular cardíaca inactiva, en la que ha de resolverse si el factor original fue la fiebre reumática o cualquier otra causa. Si hay el antecedente de fiebre reumática y los signos físicos de valvulopatía, es casi seguro que el problema queda resuelto en favor de la etiología reumática. En caso de que no haya antecedentes de fiebre reumática, debe tenerse en cuenta que esta entidad arroja el mayor porcentaje de valvulopatías; además, un buen interrogatorio y los medios de Laboratorio de que disponemos hoy en día, serían de gran ayuda en el esclarecimiento del diagnóstico etiológico.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

**“Carditis”.**—Pueden simularla numerosas enfermedades, como: la endocarditis séptica, el hipertiroidismo, cierto tipo de anemia, las leucemias, la fiebre ondulante y algunas formas de tuberculosis pulmonar. El diagnóstico diferencial con cada una de las entidades enumeradas, es de todos bien conocido, por lo cual me abstengo de hacer el análisis correspondiente.

**“Cardiopatía reumática inactiva”.**—La dificultad diagnóstica está en la insuficiencia aórtica y, además, un soplo diastólico apical, pues hay necesidad de resolver si el paciente padece reumatismo cardíaco con deformidades valvulares aórticas y mitrales, o, bien, si se trata de sífilis cardíaca con insuficiencia aórtica y, además, un soplo apical de Austin Flint. Acudiremos, entonces, a la edad y antecedentes patológicos del paciente, aun cuando estos recursos no significan siempre la solución satisfactoria para todos los casos.

También plantean diagnóstico diferencial algunas formas de cardiopatías congénitas.

**Pronóstico.**—En la carditis reumática está condicionado por la intensidad del ataque a las estructuras cardíacas, al modo como se haya llevado a efecto el tratamiento y la frecuencia con que se repitan los brotes activos.

En la cardiopatía residual depende, sobre todo, de la localización anatómica y del tipo de lesiones estructurales establecidas definitivamente. En términos generales, se puede decir que habrá siempre una limitación más o menos grande para el corazón en el cumplimiento de sus funciones.

**Tratamiento.**—Para simplificar este punto, he dividido la cardiopatía reumática, así:

1º Carditis reumática activa con insuficiencia cardíaca: tratamiento específico de la fiebre reumática y tratamiento digitalítico.

2º Carditis reumática activa sin insuficiencia cardíaca: tratamiento específico de la fiebre reumática.

3º Cardiopatía reumática residual con insuficiencia cardíaca congestiva: tratamiento digitalítico.

Naturalmente, sobra decir, que a estos tratamientos hay que añadir el reposo y el régimen higiénico-dietético correspondiente.

**“Cardiopatía en otros estados reumáticos”.**—En estados reumáticos distintos de la fiebre reumática se encuentra cardiopatía en los siguientes:

1º En el lupus eritematoso agudo diseminado; esta endocarditis es idéntica a la de la fiebre reumática.

2º En la quinta parte de los casos de artritis reumatoide.

---

3º En las artritis metastásicas, en cuyo caso es una verdadera endocarditis bacteriana.

4º En las artritis secundarias que coinciden con enfermedades infecciosas agudas, domina en frecuencia la miocarditis sobre la endocarditis; así se ve en el tifo exantemático, en la neumonía, en la fiebre tifoidea y en algunos exantemas de virus. La insuficiencia cardíaca de toxi-infecciones agudas que presenta el tipo de la insuficiencia ventricular izquierda apresurada, más que de una verdadera cardiopatía, resulta de una ataxia de los centros vasomotores, a favor de la cual el volumen minuto disminuye considerablemente porque la sangre se remansa en los reservorios sanguíneos.

---

---

---

---

# REVISTA DE TESIS

## “LA ESTADISTICA BAJO LOS RAYOS X” (Vías Digestivas)

Por **Fernando Mejía Duque**.—(Tesis para optar al grado de Doctor en Medicina y Cirugía).—1951.—MERITORIA

\* \* \*

### CONCLUSIONES

Tal como lo dijimos antes, después de estudiar los datos que envían de los servicios clínicos, llegamos a las siguientes conclusiones:

1ª De 57.233 radiografías tomadas en el Laboratorio de rayos X del Hospital de San Juan de Dios, 12.862 pertenecen a vías digestivas o sea 22.47%. De 40.000 radiografías tomadas en el Laboratorio de rayos X de la Clínica de Marly, el doctor Velásquez Mejía pudo concluir que 11.332 pertenecían a vías digestivas, o sea 28.33%. Es decir, que es más bajo el porcentaje de pacientes que se examinan de las vías digestivas en San Juan de Dios que en Marly.

2ª El cáncer del esófago en San Juan de Dios representa el 2.55% en la patología digestiva.

3ª El 88.30% de los cánceres del esófago de ambos sexos, no presentan ni hematemesis ni melenas.

4ª La edad en que es más frecuente el cáncer del esófago en los hombres es a los 60 años.

5ª La edad de más frecuencia del cáncer del esófago en las mujeres, es a los 50 años.

6ª La mayor causa de estrechez esofagiana está por concepto del cáncer (2.55%).

7ª El cáncer del esófago ataca a los hombres y a las mujeres en una proporción de 3 a 1.

8ª La úlcera péptica del esófago representa en la patología digestiva el 1.66%.

9ª Por cada úlcera diagnosticada en una mujer, se diagnostican 4 úlceras en el hombre.

10. La úlcera péptica del esófago no sangra en el 79.16% sobre 100 pacientes.

11. La estrechez del cardias representa el 3.18% en la patología digestiva.

12. La mayor causa de estrechez del cardias está por concepto de la estrechez de tipo espasmódico, en los hombres.

13. La mayor causa de estrechez del cardias en las mujeres está por concepto de estrechez orgánica.

14. En el cáncer del estómago representa el 8.86% en la patología digestiva.

15. El cáncer del estómago no sangra en el 68.71% de los casos (hombres y mujeres).

16. La edad más frecuente del cáncer del estómago en los hombres está a los 50 años.

17. La edad más frecuente del cáncer del estómago en las mujeres, es a los 40 años.

18. El cáncer del estómago ataca con mayor facilidad a los hombres que a las mujeres.

19. La úlcera gástrica representa en la patología digestiva el 6.54%.

20. Por cada dos úlceras en el hombre, se presenta una úlcera en la mujer.

21. De las úlceras gástricas en ambos sexos, el 39.98% no presentan ni hematemesis ni melenas.

22. El 60.02% de úlceras gástricas en ambos sexos sangran en forma de hematemesis o de melenas.

23. Por cada 2 úlceras que producen hematemesis, una produce melena en ambos sexos.

24. La edad más frecuente de úlcera gástrica en el hombre, es a los 35 años.

25. La edad más frecuente de úlcera gástrica en la mujer, es a los 40 años.

26. El Profesor Velásquez Mejía concluyó, en su estadística de Marly, que la úlcera gástrica representa el 4.7% de la patología digestiva.

27. El 72.12% de las úlceras gástricas, se localizan en la porción vertical de la pequeña curva.

28. El 0.11% de las úlceras gástricas se localizan en el polo superior del estómago.

29. La gastritis hipertrófica representa el 3.72% en la patología digestiva.

30. Por 2 gastritis en el hombre, existe una en la mujer.

31. El 51.12% de las personas que sufren gastritis hipertrófica hacen hematemesis o melena.

32. La edad más frecuente de la gastritis hipertrófica en los hombres, es a los 40 años.

33. La edad más frecuente de la gastritis hipertrófica en las mujeres es a los 40 años.

34. Las estrecheces del píloro representan el 3.11% de la patología digestiva.

35. La mayor causa de estrechez del píloro en los hombres, está por concepto de la estrechez orgánica.

36. La mayor causa de la estrechez del píloro en las mujeres, está por concepto de la estrechez orgánica.

37. El 41.73% de las estrecheces del píloro en ambos sexos, sangran en forma de hematemesis o de melena.

38. La úlcera duodenal representa el 10.94% de la patología digestiva.

39. Por cada 4 úlceras del duodeno en el hombre, se presenta aproximadamente una en la mujer.

40. El 52.9% de las personas que sufren úlcera duodenal, sangran en forma de hematemesis o de melena.

41. En los hombres por cada 3 úlceras que dan melena, 2 dan hematemesis.

42. En las mujeres, el 20% de las úlceras producen hematemesis. Y el 12.09% producen melena.

43. La úlcera gástrica y la úlcera duodenal sangran en forma de hematemesis o de melena en la proporción que va de 60.02%, en la gástrica, a 52.9% en la duodenal.

44. La edad más frecuente en hombres y mujeres es a los 40 años. El Profesor Velásquez Mejía concluyó que la edad más frecuente para los hombres es a los 30 años y para las mujeres a los 35 años.

45. La úlcera mixta representa el 0.71% de la patología digestiva.

49. Por cada dos úlceras mixtas en el hombre, existe una en la mujer.

50. La úlcera mixta en ambos sexos sangra en igual porcentaje en forma de hematemesis y en forma de melenas.

51. En el 64.15% de los pacientes que padecen úlcera mixta, sangran en forma de hematemesis o de melenas.

52. La edad más frecuente de la úlcera mixta en el hombre, es a los 48 años.

53. La edad más frecuente de la úlcera mixta en las mujeres, es a los 40 años.

54. La úlcera anastomótica se presenta de 100 pacientes sometidos a gastrectomía, gastroenterostomía y desgastroenterostomía, en el 6.21%.

55. En las mujeres la úlcera anastomótica se presenta en el 5.97% de los pacientes sometidos a las mismas intervenciones.

56. La apendicitis crónica y subaguda representa el 7.09% de la patología digestiva.

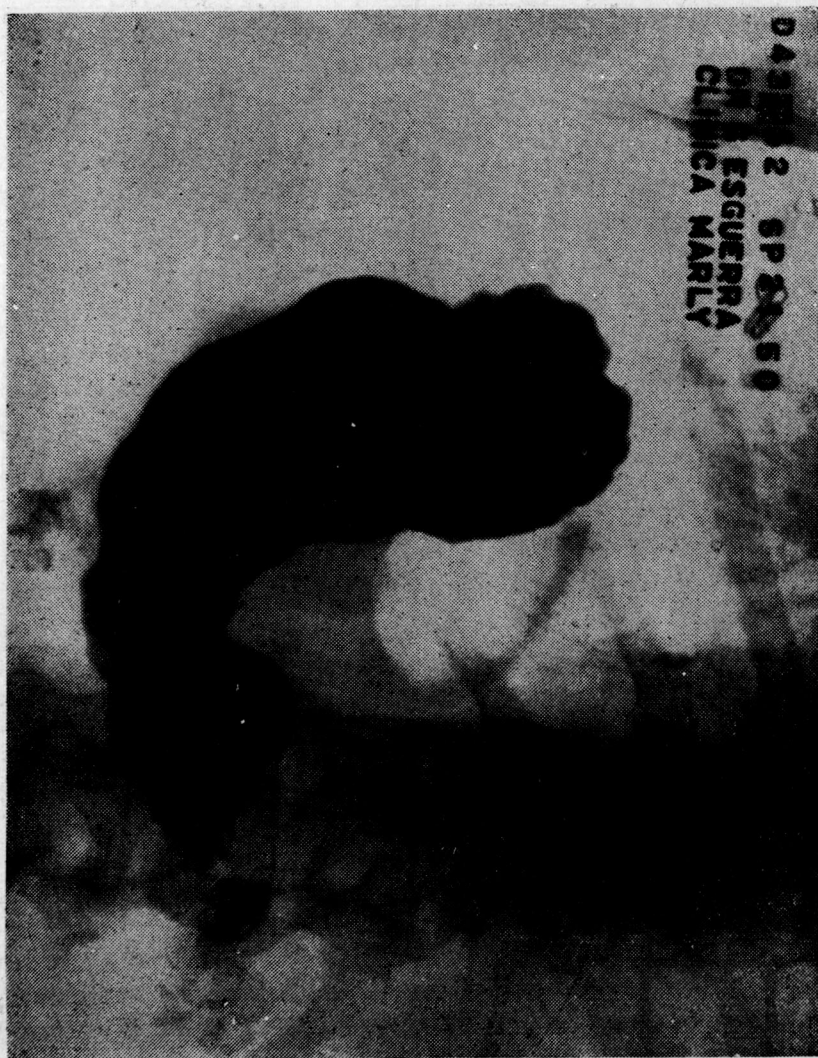
57. La apendicitis crónica y aguda, se presentan en las mujeres y en los hombres en la proporción de 3 por 2.

58. La edad más frecuente de la apendicitis en el hombre, es la de los 22 años.
59. La apendicitis es más frecuente en las mujeres a los 30 años.
60. La colitis representa el 5.90% de la patología digestiva.
61. La colitis se presenta en iguales proporciones en el hombre y la mujer.
62. La edad más frecuente de la colitis en el hombre y en la mujer es a los 30 años.
63. Las estrecheces del recto representan el 3.33% de la patología digestiva.
64. Las estrecheces del recto son más frecuentes en la mujer que en el hombre, en la proporción de 0.21% a 0.12%.
65. La mayor causa de estrechez del recto en el hombre, está por concepto del cáncer.
66. La mayor causa de estrechez del recto en la mujer, está por concepto del cáncer.
67. El 18.75% de las estrecheces rectales de ambos sexos, producen melena.
68. El absceso hepático representa el 1.07% de la patología digestiva.
69. Por cada 5 abscesos que se registran en el hombre, se registra uno en la mujer.
70. La edad más frecuente del absceso hepático en el hombre y en la mujer es la de los 30 años.
71. La litiasis vesicular representa el 1.36% de la patología digestiva.
72. La edad más frecuente de la litiasis vesicular en el hombre es la de los 30 años.
73. La edad más frecuente de la litiasis vesicular en las mujeres es la de los 35 años.
74. En el 86.05% de los casos la litiasis vesicular se presenta sola.
75. La colecistitis calculosa representa el 5.2% de la patología digestiva.
76. La colecistitis calculosa en el 82.5% de los casos, se presenta sola.
77. La edad más frecuente de la colecistitis calculosa en los hombres, es a los 36 años.
78. La edad más frecuente de la colecistitis calculosa en las mujeres, es a los 30 años.
79. La vesícula, funcionalmente excluida, representa el 10.50% de la patología digestiva.
80. La vesícula, funcionalmente excluida, se presenta sola en el 89% de los casos. Cuando se presenta asociada, su mayor porcentaje lo hace con la úlcera gástrica y la úlcera duodenal.
81. La edad más frecuente de la vesícula, funcionalmente excluida, en hombres y mujeres, es la de los 30 años.
82. La litiasis vesicular, la colecistitis calculosa y la vesícula, funcionalmente excluida, por cada caso que se registra en el hombre, se registran 2 en la mujer.
83. El situs inverso, de cada cien mil personas se registra en 2 de ellas o sea 1 por cada 50.000 personas (mujeres).





SITUS INVERSUS — Radiografía N° 46867 F. 16, tomada en abril 30 de 1947.



SITUS INVERSUS — Radiografía N° 43162 F., tomada en septiembre 21 de 1950. (Por el Profesor Gonzalo Esguerra Gómez. Clínica Marly).

---

De la extensa estadística aportada por el doctor Mejía Duque en su trabajo de tesis, destacamos los siguientes casos (dos) de **Situs Inverso**, con su correspondiente respaldo gráfico: (Páginas 651-652).

“El uno, registrado en San Juan de Dios, en una mujer de 16 años y diagnosticado el 30 de abril de 1947; caso único sobre las 57.233 radiografías que tuvimos oportunidad de revisar. El otro caso fue descubierto en la Clínica de Marly por el Profesor Gonzalo Esguerra Gómez en una señora con diagnóstico clínico de litiasis vesicular, y fue descubierto el 21 de septiembre de 1950; caso único sobre las 43.162 radiografías tomadas por el Profesor Esguerra a lo largo de su experiencia”.

“De conformidad con estos hallazgos, el **Situs Inverso** se presenta, en términos generales, 2 veces por cada 100.000 personas examinadas (1 por 50.000). Como puede verse en la fotografía del **Situs Inverso** total de Marly, hay una litiasis vesicular”.

---

---

---

---

## REVISTA DE REVISTAS

### SIFILIS CONGENITA EN UNO DE DOS GEMELOS APARENTEMENTE IDENTICOS

La madre de los gemelos presentados en este informe, no tenía síntomas de sífilis, pero el examen serológico corriente que se le practicó el 7 de julio de 1949, en el momento de ingresar a la Clínica de Obstetricia, fue positivo para la sífilis. Antes de haber podido comenzar un tratamiento antiluéptico, se inició el período activo del parto dando a luz dos gemelos de sexo masculino el 4 de agosto de 1949. Desgraciadamente, no se examinó lo bastante cuidadosamente la placenta para determinar si los gemelos eran monoovulares o binoovulares. En un principio, los gemelos no presentaron signos de sífilis, y no se trataron específicamente, decidiéndose examinarles cada semana la sangre y los huesos largos para investigar la existencia de posibles signos de sífilis. Cuando el gemelo A presentó signos de anemia, recibió una transfusión de sangre. Seis meses después del nacimiento, no habían aparecido signos de sífilis en ninguno de los gemelos, si bien el gemelo A desarrolló posteriormente una febrícula y un leve tinte icterico, aumentando posteriormente la ictericia.

El hecho de que la ictericia se presentó solamente 4 semanas después de una transfusión de sangre, habla en contra del posible diagnóstico de ictericia por suero homólogo. La prueba serológica fue intensamente positiva para la sífilis. Un frotis de sangre duplicado reveló una reacción Kolmer 4 plus con una titulación de 1: 160. Los exámenes radiográficos revelaron, también, extensos cambios periósticos y áreas de destrucción

en los extremos metafisarios de los huesos largos, que son lesiones características de sífilis ósea congénita. La prueba de Wassermann en el líquido cefalorraquídeo y la del oro coloidal fueron también positivas.

En vista de que el gemelo A había recibido una transfusión de sangre cuatro semanas antes de la aparición de los síntomas de sífilis, se suscita la duda de si el infante se infectó de sífilis como resultado de una transfusión de sangre contaminada. Sin embargo, las reacciones de Kahn, Mazini y Wassermann, llevadas a cabo en una muestra de la sangre usada para la transfusión, fueron negativas. Por añadidura, otro paciente que recibió el resto de la misma sangre tuvo reacción de Wassermann negativa seis meses después de la transfusión.

Aunque no se puso en claro si ambos gemelos eran idénticos, todo parece indicarlo.

Ha quedado en duda la patogenia de este caso, siendo posible que un área localizada de la placenta estuviera infectada con espiroquetas, y que antes o durante el parto, se introdujeran dichos gérmenes por la vena umbilical del gemelo A. También es posible que el gemelo A se infectara durante el parto por contacto con una lesión abierta, localizada en algún lugar del tracto genital. Hay que citar la posibilidad remota de que el otro gemelo, B, haya sido infectado, aunque en grado menor.

(R. A. Raskin, del Departamento de Pediatría, Beth Israel Hospital, ciudad de Nueva York, Nueva York: *Gonorrhoea and Venereal Diseases*, 35: 334-339 (julio 1951).

\* \* \*

## UN NUEVO CONCEPTO DE LA ALIMENTACION DE LOS INFANTES

El nuevo concepto de la alimentación de los infantes presentado por Sackett está basado en establecer, a partir del nacimiento, un intervalo de 6 horas entre las comidas. El autor ha desarrollado el siguiente plan en el curso de las observaciones realizadas en 50 infantes, 16 de los cuales fueron cuidados en instituciones de asistencia infantil. Hasta el tercero o cuarto día, desde el nacimiento, se da el pecho o el biberón a las 6 de la mañana, 12 del mediodía, 6 de la tarde y 12 de la noche. Al cabo de 3 o 4 días, se agrega un cereal a la comida de las 6 de la mañana y a la de las 6 de la tarde. Al cabo de 10 días se agrega, a mediodía, una papilla de vegetales. Se aconseja, para comenzar, dar guisantes, habichuelas y zanahorias. A los 17 días, se agrega una papilla de frutas a la comida de las 6 de la tarde, y se elimina o rebaja gradualmente la cantidad de cereal administrada en esta comida. A intervalos semanales, se agregan papillas de carne, jugo de naranja (generalmente diluido), flanes, sopas, puré de bananas maduras, y yema de huevo duro.

En algún momento adecuado debe incluirse, también, alguna preparación de aceite de hígado de bacalao. La alimentación a la medianoche se elimina en cuanto sea conveniente para la madre, cuanto antes mejor.

---

Los infantes pueden estar sometidos a una alimentación a base de tres comidas diarias en cuanto tienen 3 semanas de edad. El autor enumera las siguientes ventajas de este régimen: estos infantes no lloran pidiendo que se les alimente cada vez que se despiertan; aprenden fácilmente a comer con cuchara; aceptan muy bien que les den nuevos alimentos; tienen deposiciones menos frecuentes y mejor ligadas, y están menos propensos a padecer trastornos intestinales; aprenden rápidamente a consumir grandes cantidades de comida, que les permiten pasar de un período de alimentación al otro. Por otra parte, la madre tiene períodos más largos de reposo, y, por lo tanto, la libertad, entre los momentos de alimentar al infante; y con la adición precoz de alimentos, se hace innecesario, en muchos casos, dar un suplemento de vitaminas y sales minerales.

Aunque los aumentos de peso inicial son menos rápidos con el plan de alimentación, cada 6 horas, que cuando los períodos de alimentación son más cortos, estas diferencias desaparecen al cabo de 2 a 4 meses.

W. W. Sackett, Jr.: *Journal of the Florida Medical Association*, 38: 109-112 (agosto) 1951. 2.500 Way, Miami, Florida.

---

---

---

## LIBROS

**“Précis de Parasitologie Humaine. Parasites et maladies parasitaires”**.—Por P. Verdun et H. Mandoul. Editores: G. Deia & Cie.

Quinta edición revisada y extractada por Henry Mandoul, Profesor honorario de Parasitología de la Facultad de Medicina y de Farmacia de la Universidad de Burdeos, y Roger Mandoul, Profesor de Parasitología de la Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad de Alger.—279 figuras. 555 páginas.

**Syndromes Pathologiques du Nourrisson et de L'enfant”**.—Por Robert Clément, médico del Hospital Bretonneau. Prefacio de E. Lesné. 1ª edición. Editores: Masson & Cie.

Edición de lujo con 767 páginas y numerosas gráficas muy bien logradas. 1952.

\* \* \*

**“Practique Neurologique”**.—Por M. Riser, Profesor de Clínica Neurológica de la Facultad de Medicina de Toulouse, miembro titular de la Sociedad Francesa de Neurología. Con la colaboración de Me. Riser, Mlls. S. Lavitri y A. Salles, profesores Planques, Geraud y Dardenne, los jefes y asistentes de Clínica Laborde y Pigasseau (R. I. P.), Beeq, Gayral, Laboucarie, Couadau y Favre. Editores: Masson y Cia.

Primera edición lujosamente presentada, dos tomos 1.427 páginas, numerosas ilustraciones. Es una obra de positivo valor didáctico y editorial.

\* \* \*

**"Précis D'Anatomie".**—Por Jean Delmas y Georges Laux, profesores de la Facultad de Medicina de Montpellier. Editores, G. Doin & Cia.

Primera edición, con empaste de lujo, 1.284 páginas, 845 figuras en el texto, en negro y en colores, seis láminas coloreadas fuera del texto. Colección Testut, 1951. Como obra para la enseñanza y la consulta, nada más completo, conciso y objetivo.

\* \* \*

**"Traité de Médecine".**—Publicada bajo la dirección de A. Lemierre, Lenormant, Pagniez, P. Savy, N. Fiessinger, L. de Gennes y A. Ravina. Editores: Masson & Cia. 15 tomos. Empaste de lujo y profusión de excelentes fotografías. Esta obra viene a ser una afortunada compilación de trabajos originales elaborados por figuras consagradas de la cátedra médica francesa contemporánea.

\* \* \*

**"Traité de Thérapeutique Chirurgicale".**—Por P. Bertrand y J. Creysel, antiguo Profesor de la Facultad de Medicina y cirujano de los hospitales de Lyon, y actual Profesor Agregado de la Facultad de Medicina respectivamente. Editores: G. Doin & Cia.

Dos tomos en empaste de lujo. Se trata de una obra verdaderamente monumental, de forzosa consulta y utilidad evidente.