



Revista Médica

ORGANO DE LA ACADEMIA
NACIONAL DE MEDICINA

Vol. 47

Bogotá, septiembre de 1944

No. 541



DIRECTOR: PROFESOR JULIO APARICIO

COMITE DE REDACCION:

Prof. Juan N. Corpas
Prof. José María Montoya
Prof. Francisco Vernaza
Prof. Guillermo Uribe Cualla
Prof. Manuel Antonio Rueda Vargas



ADMINISTRADOR: ALFREDO ORTIZ SAENZ

Apartado Nacional, No. 386

EDITORIAL EL GRAFICO — BOGOTA, COLOMBIA

Para suscripciones, avisos,
etc. de esta Revista, dirigir-

se al Administrador:

·ALFREDO ORTIZ SAENZ

Apartado nacional N° 386

EL PROFESIONAL DEFIENDE SU PRESTIGIO...

Y
LYR
SE LO GARANTIZA!



PRODUCTOS BIOLÓGICOS Y OPOTERÁPICOS

DR. VICTOR RUIZ MORA

BOGOTÁ, COLOMBIA - Calle 23, No. 7-51 - Apartado 915 - Telegramas: LABOLYR

M. TRUJILLO VENEGAS & CIA., LTDA,

CALLE 12, NUMEROS 5-75 a 5-79

TELÉFONOS: 199 y 502

BOGOTÁ

MATERIAL PARA LABORATORIOS

**Aparatos para usos médicos, de la American Cystoscope Makers
Soluciones Baxter para inyecciones intravenosas e intradérmicas
Aparatos Baxter para transfusión de sangre.**

- Microscopios y Mitrotomos Spencer
- Productos químicos y reactivos analíticos
- Películas y accesorios para rayos X



Productos farmacéuticos y biológicos para uso humano
Especialidades — Vacunas — Sueros — Inyectables
Sulfato de quinina y totaquina producidos en Colombia



Para el Tratamiento de las
Ulceras Gastro-Duodenales

y para la Prueba Terapéutica
de Gutman

ULCLISAN



CADA CAJA CONTIENE:

5 ampollas de 5,3 cc. de Sal sódica del ácido benzenmonocarbónico, solución al 20%, para inyecciones endovenosas.

5 ampollas de 1,1 cc. de Histamina clorhidrato, para inyecciones endomusculares.



Muestras a disposición
de los señores médicos:

BOGOTA, Carrera 12, No. 23-64 — Tel. 53-74

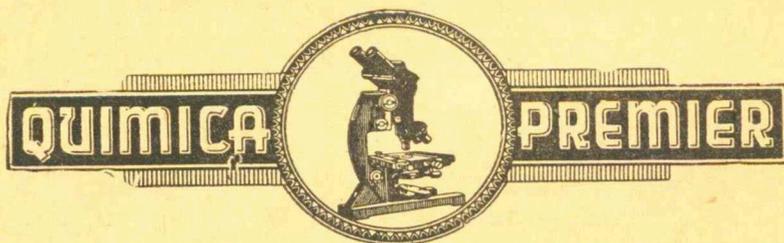
NEUMONIL

FORMULA:

EUCALIPTOL	0.20	gramos
ALCANFOR	0.05	"
YODOFORMO	0.01	"
GUAYACOL	0.10	"
FOSFORO BLANCO	0.002	"
ACEITE DE SEJE, C. S. p. 2 c. c.		

INDICACIONES:

GRIPA, LARINGITIS, BRONQUITIS AGUDAS Y CRONICAS, AUXILIAR EN LA TUBERCULOSIS, TUBERCULOSIS PULMONAR, TONICO DEL CORAZON Y DEL SISTEMA NERVIOSO



Apartado No. 490 • Calle 15, No. 19-A-01
Teléfonos: 26-21 y 55-26
Bogotá, Colombia

JERINGAS • AGUJAS • TENSIOMETROS • TERMOMETROS
FONENDOSCOPIOS DE UNO Y TRES SERVICIOS

BECTON DICKINSON

CARRERA 9ª, NUMERO 13-33 — EDIFICIO JARAMILLO

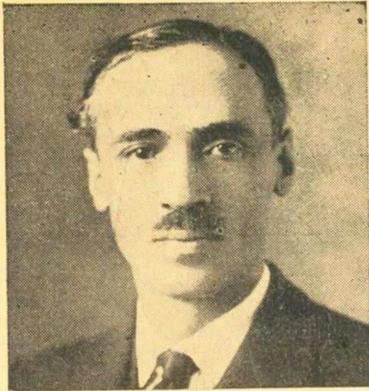
Apartados: AEREO, No. 3901; NACIONAL, No. 1283

Teléfonos: 40-18 y 90-36 — Telégrafo: "PADCO"

BOGOTA, COLOMBIA

Padco

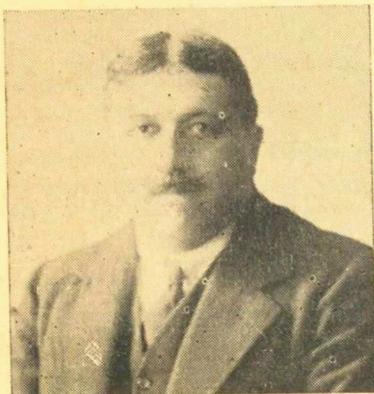
MESA DIRECTIVA



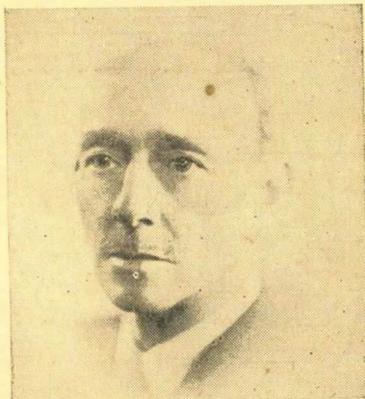
Doctor Julio Aparicio
Presidente



Doctor Francisco Vernaza
Vicepresidente



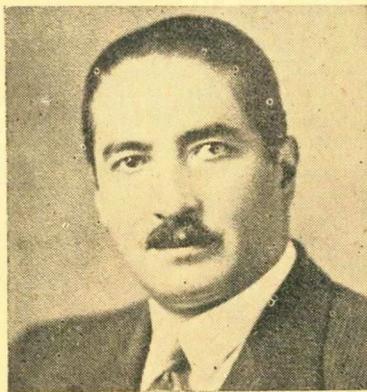
Doctor José María Montoya
Ex-Presidente



Doctor Juan N. Corpas
Secretario Perpetuo



Doctor Guillermo Uribe Culla
Secretario



Doctor Manuel Antonio Rueda Vargas
Tesorero

S U M A R I O :

	Págs.
Editorial.—Una nueva etapa	3
Determinación de los constantes normales fisiológicos, por El Profesor Alfonso Esguerra Gómez	5
La Encefalitis Psicósica Aguda Azotémica, por el Profesor Edmundo Rico	13
Informe del académico Profesor Guillermo Uribe Cualla so- bre el trabajo académico "La Encefalitis Psicósica Agu- da Azotémica"	38
Uso clínico del curare, por el Profesor Alfonso Esguerra Gó- mez	52
Penicilina.—Las indicaciones, contraindicaciones, modo de administración y dosis de la Penicilina	54
Vida, merecimientos y títulos del doctor Maximiliano Rueda Galvis.—Concepto del doctor Miguel Jiménez López	61
Acta del día 13 de julio de 1944	78
Lista de los miembros actuales de la Academia Nacional de Medicina	80

REPUBLICA DE COLOMBIA

REVISTA MEDICA

• ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA •

No. 401

Bogotá, septiembre de 1944

Vol. I

Director:

Profesor Juilo Aparicio

Administrador:

 Alfredo Ortiz Sáenz

Comité de Redacción:

Doctor José María Montoya

Doctor Francisco Vernaza

Doctor Manuel Antonio Rueda Vargas

Doctor Guillermo Uribe Cualla

Doctor Juan N. Corpas

UNA NUEVA ETAPA

Después de varios años de haber estado suspendida, vuelve hoy a publicarse la Revista Médica, órgano de la Academia Nacional de Medicina. La Directiva actual, que pronto terminará su período reglamentario, puso especial interés en reanudar una publicación que ha sido honor de nuestros estudios médicos y tiene una tradición de muchos lustros en la que han venido reflejándose los progresos de nuestra ciencia y la labor tesonera y magnífica realizada por nuestros hombres de ciencia.

Quien quiera que se interese por conocer la historia de la medicina colombiana, le bastará hojear la colección de la Revista y allí podrá seguir la evolución de nuestros conocimientos, desde una época en que el empirismo dominaba, hasta la época actual en que nuestra ciencia ha realizado tan enormes progresos y casi nos permite conocer ya los secretos del organismo humano y de los procesos patológicos que amenazan la salud y la vida.

Por la época en que se fundaron la Academia y la Revista, el centro de los estudios estaba en la capital, y de allí irradiaba nuestra ciencia hacia los médicos de provincia que buscaban siempre en la Revista Médica los avances y perfeccionamientos logrados en el arte de curar. La labor de difusión hecha por la Revista tiene, pues, un valor incalculable y por ello podemos decir que nuestro órgano de publicidad tiene una hermosa tradición; al releer sus páginas, nos sorprendemos verdaderamente de la sagacidad y admirable espíritu clínico que mostraban nuestros viejos maestros al lograr diagnósticos que aun para nosotros son difíciles, no obstante que disponemos de la ayuda preciosa de Laboratorios e Institutos.

No se nos ocultan las dificultades y luchas que es preciso vencer para el sostenimiento de nuestra Revista; pero creemos haber cumplido con un deber para con nuestra Corporación, al reanudar la publicación y confiamos su suerte a quienes van a sucedernos en la Directiva y que como nosotros tienen empeño e interés en que cese una situación como la que ha venido atravesando la Academia, necesitando pedir hospitalidad, a la Revista de la Facultad, para la publicación de algunos de sus trabajos.

Al enviar el primer número de esta nueva serie a nuestros colegas de los Departamentos, queremos llevarles nuestro más respetuoso y cordial saludo, al propio tiempo que hacerles un fervoroso llamamiento para que contribuyan a la vida de la Revista y al progreso de nuestra medicina nacional, enviándonos sus observaciones clínicas, sus trabajos científicos, que tanto valor tienen y que quedan desconocidos muchas veces, por la modestia de sus autores, y otras por la creencia infundada de que sólo los trabajos de grande aliento, verdaderas monografías, merecen los honores de la publicación. Nuestra Academia quiere hoy seguir la política de la puerta abierta y por lo mismo recibe con cordialidad y entusiasmo la colaboración que en su obra científica quieran enviarle todos los médicos aunque no ocupen asiento entre sus miembros de número. El título de Miembro Correspondiente o de Número según el caso, será la dignidad con que nuestra Corporación podrá premiar a quienes así quieran ayudar en su importantísima labor.

Queremos también hoy llevar el saludo de nuestra Academia a las Corporaciones similares de los países de nuestro hemisferio; pedirles su colaboración científica y promover así un intercambio que tanto valor tiene hoy en el afianzamiento de la solidaridad continental.

Nuestra obra queda iniciada; los Académicos tenemos, pues, una nueva responsabilidad: la de procurar con nuestros trabajos y nuestro esfuerzo, sostener la vida de una publicación que hoy vuelve a salir a la luz bajo favorables auspicios.

DETERMINACION DE LOS CONSTANTES NORMALES FISIOLÓGICOS

PROFESOR ALFONSO ESGUERRA GÓMEZ

Toda investigación científica comprende en el curso de su desarrollo tres partes perfectamente diferenciadas: el estudio analítico de cada uno de los casos en particular, la comparación sintética de todos los resultados individuales obtenidos por el análisis y la determinación de las conclusiones lógicas que puedan obtenerse de esa síntesis.

En el Laboratorio de Fisiología de la Facultad de Medicina hemos realizado, entre otras muchas investigaciones, una referente a las estaturas de 1.247 estudiantes colombianos, tipo universitario, comprendidos entre los 17 y los 26 años de edad y del estudio sintético de las cifras altimétricas encontradas en la parte analítica, llegamos a la conclusión lógica y bien fundada en hechos y fenómenos reales, de que la magnitud de un carácter está distribuida en los individuos que forman parte integrante de un grupo homogéneo y suficientemente numeroso con la regularidad matemática de la famosa curva de probabilidades o de Gauss. Comprobada esta igualdad entre la agrupación de los datos numéricos de las tallas medidas y la curva normal de Gauss correspondiente, podremos llegar a la segunda conclusión, ésta ya de índole práctica, que para la determinación de las cifras que indiquen entre nosotros la normalidad fisiológica de un fenómeno determinado, pueden tomarse como equivalentes las cantidades constantes de que se vale la estadística para el tratamiento matemático de una curva normal.

Pretendo demostrar experimentalmente, que el criterio estadístico coincide con el criterio médico clínico y que se justifica con toda razón el empleo de los procedimientos matemáticos para el estudio de las leyes que rigen las diversas funciones del organismo humano. Esa variabilidad individual que puede llevarse al infinito, como puede no tener fin el número de sujetos, encuentra en la serie ilímite de los decimales la más adecuada de las expresiones, porque nos indica que todas esas diferencias entre sujetos que

sirven para identificarlos uno a uno y al mismo tiempo distinguirlos entre sí, son diferencias que jamás llegarán a afectar el valor de la cantidad entera que las rige y las mantiene dentro de un rango de especie.

A 168 centímetros que nos **representen** una distancia altimétrica humana se le agregan cifras después de la coma que marca la frontera de los decimales, hasta que el ocho aparezca en decúbito lateral, expresando el infinito y tendremos inmutable el guarismo que marca la estatura de los millones y millones de hombres cuyo vértice erguido dista del suelo 168 centímetros hasta menos de 169, unidad siguiente en la escala de las tallas. No hay dos hombres que tengan la misma estatura, porque las diferencias que los separan encuentran su medida en los aparatos de alta precisión y quedan indicadas en el sitio decimal que les corresponde; pero en cambio son numerosísimos los individuos que aparecen como de idéntica estatura, porque sus variaciones fisiológicas oscilan dentro de distancias cuyo valor se expresa al otro lado de la coma y porque se individualizan con diferencias de igual magnitud decimal. Identidad de especie en la estatura que manifiesta el número entero y diversidad individual y por consiguiente personificación que indica el lugar y el valor que tenga la respectiva cifra decimal.

No hay tal rigor matemático que se oponga a la mutabilidad permanente de nuestras funciones fisiológicas: para estudiar el movimiento, decía Marey, es indispensable aquietarlo, tenerlo fijo, aprisionarlo en sus huellas, por lo tanto tenemos que descomponer las trayectorias en puntos inmutables y precisos como son las expresiones numéricas, para analizar científicamente lo mutable, según el precepto del maestro de la técnica experimental gráfica.

EL ANALISIS. — Siguiendo las convenciones internacionales adoptadas en los Congresos de Antropología de Mónaco en el año de 1906 y de Ginebra en 1912, medimos las estaturas de pies, en actitud erguida y con la cabeza en flexión forzada sobre el cuello, para que los bordes orbitarios inferiores y los dos tragos sean tangentes al mismo plano horizontal. En esta posición y de espaldas contra la pared, que deben tocar simultáneamente los dos calcañares juntos y la protuberancia occipital externa o inion, considérase como talla o estatura la distancia que media entre el suelo y un plano paralelo que sea tangente al vértice o punto prominente de la cabeza.

Tenemos y usamos en el Laboratorio de Fisiología la mesa y la técnica de Viola que reservamos para medir las alturas y diámetros del tórax, del abdomen diafragmático y del que contiene la masa intestinal; pero no las utilizamos en el examen de individuos sanos, cuya actitud normal es la erguida, y que recibimos en grupos bastante numerosos.

El altímetro vertical que hemos empleado nos permitió registrar gráficamente sobre un papel milimetrado, las mil doscientas cuarenta y siete estaturas que hemos tomado para esta encuesta y que guardamos en los archivos del Laboratorio, junto con los otros datos somáticos, fisiológicos, psicotécnicos, individuales y sociales de las respectivas fichas personales. Tiene por objeto esta inscripción gráfica directa, el permitir verificaciones posteriores tan numerosas como se quiera y conservar la prueba irrecusable de todas y de cada una de las medidas efectuadas.

Sobre un cuadro de papel milimetrado, de un metro de longitud y de setenta y cinco centímetros de ancho, quedan marcadas 150 líneas horizontales de medio centímetro de largo las cuales indican el nivel que alcanzaron los planos tangentes a cada uno de los vértices de los individuos medidos. Colócase el borde inferior del cuadro a un metro del suelo y en la extremidad izquierda de las líneas gruesas horizontales, que están separadas por una distancia de cinco centímetros, se anota en números la altura a que se encuentra del suelo: con el objeto de verificar varias veces la correcta colocación del papel y para facilitar más tarde la lectura altimétrica.

A cada uno de los 150 individuos que pueden figurar en un cuadro de estos, se le asigna la columna vertical de cinco milímetros de ancho que le corresponda ocupar en el orden de presentación a la prueba: en la parte superior de cada columna va escrito el nombre y apellido del sujeto o el número de referencia personal y en líneas horizontales las tres alturas de la talla, del borde superior del esternón y del busto o estatura sentada.

Termina el estudio analítico de cada caso en particular, con la elaboración de las fichas antropométricas individuales y personales, en las cuales anótase en cifras la distancia medida en centímetros y milímetros correspondiente a la estatura del sujeto y de acuerdo con la inscripción gráfica del cuadro altimétrico.

En las fichas antropométricas encontramos además de los datos a que hemos hecho referencia anteriormente, un sello fechador-

horario que indica el día, la hora y el minuto en que fueron tomadas las medidas adjuntas.

El análisis entrega datos exactos que han sido recogidos por medio de una observación y de una experimentación atentas y cuidadosas, consignados en inscripciones gráficas sobre cuadros de conjunto; datos individuales que aparecen numéricamente expresados en las respectivas fichas personales. Resultado del análisis: 1.247 fichas antropométricas, ordenadas y archivadas por índice numérico cronológico, en las cuales se encuentran otros tantos datos de la estatura de estudiantes colombianos, de sexo masculino, entre los 17 y 26 años, alumnos todos ellos de la Universidad Nacional o de la Escuela Normal Superior.

LA SINTESIS.—Datos aislados, inconexos y distribuidos sin tener en cuenta las relaciones que pudieran tener entre sí mil doscientas cuarenta y siete cifras altimétricas referentes a un grupo homogéneo de estudiantes colombianos, constituye el material que recibimos para efectuar la segunda parte de la investigación científica que nos ocupa, a sea para sintetizar los resultados del estudio analítico.

Observando las cifras altimétricas de todas las fichas personales, llama la atención inmediatamente la repetición frecuente de unos cuantos números; de donde ocurre ordenar esos datos por clases que comprendan series de guarismos semejantes.

Esta clasificación se traduce materialmente en la hechura de 37 grupos o montones, en los cuales se han distribuidos las 1.247 fichas que estudiamos, de acuerdo con la estatura que indiquen en centímetros. El primer montón tiene una sola ficha, número 510061, en la cual aparece una estatura de 149 centímetros, el segundo consta de las dos fichas números 140010 y 510106 que tienen estaturas de 151 centímetros y así sucesivamente hasta el trigésimo quinto o penúltimo que tiene también las dos fichas números 110100 y 170107 con estaturas de 185 centímetros, y por último, el montón formado por la sola ficha número 110184 de 187 centímetros, como estatura.

Primer hecho que llama la atención: faltan en el conjunto de estas 1.247 fichas, las correspondientes a aquellas dos que tuvieran las tallas de 150 y 186 centímetros y que en el orden de los montones, ocuparían el segundo y el penúltimo lugar en esta sucesión continua que comienza en 149 y termina en 187 centímetros de estatura.

Sigue a la clasificación el recuento o inventario por clases, es decir, la numeración de las fichas que hay en cada montón para poder conocer y anotar la frecuencia o número de veces que se repite la misma cifra altimétrica en el conjunto de las 1.247 observaciones. Simplificase este inventario reemplazando la materialidad de las fichas, de las cuales no vamos a tomar más que el dato numérico de la estatura, por un cuadro en el cual se anota la cifra de referencia individual en el sitio que le corresponda por los centímetros de talla, **clase** y en el orden ascendente que indiquen los milímetros que son los que determinan el rango dentro de la clase. Los centímetros o números enteros clasifican al individuo en una determinada estatura y los milímetros o decimales le asignan el sitio que debe ocupar entre sus compañeros.

Segundo hecho o fenómeno que se presenta al observar el cuadro sintético de las 1.247 fichas estudiadas desde el punto de vista de las estaturas: a medida que va aumentando el valor de la escala de 149 hasta 168 son más numerosos los individuos que se encuentran en cada columna, hay mayor frecuencia por clase, para disminuir luego en proporción semejante, al seguir creciendo la intensidad o magnitud de la escala. Gráficamente se ha formado una figura pirámidal, cuya base está limitada en sus dos extremos por los espacios vacíos ya anotados anteriormente.

El eje de esta agrupación triangular es central, se encuentra equidistante del principio y del fin de la línea que sirve de base y corresponde a la clase de 168 centímetros, a la que tiene el mayor número de casos, a la estatura **más frecuente** entre los estudiantes que constituyen el grupo representado en el gráfico.

Decimos de una persona que tiene un modo de ser amable, no porque siempre y en toda circunstancia sea afable y bondadosa sino porque en la mayoría de los casos, con la máxima frecuencia, reacciona y se manifiesta de manera agradable y simpática; así mismo podremos decir que el modo de la estatura del estudiante universitario colombiano, representado por este conjunto suficientemente numeroso para agruparse en pirámide cuando se clasifica por frecuencias, sería el de 168 centímetros, por ser ésta la talla más frecuente, la que se encuentra en mayor cantidad.

Tercer fenómeno: fuera de los límites de la agrupación en forma de pirámide que comprende el 99,83% de los individuos, aparecen dos sujetos, es decir, solamente el 0,17%, separados del resto del grupo: el uno muy pequeño, de 149 centímetros

de estatura, el otro demasiado grande, con una talla de 187. La distribución de las estaturas en 37 clases forma un grupo central de gran volumen y pudiéramos decir que arroja por sus dos extremidades sendas fichas aisladas de las restantes; datos altimétricos desprendidos del conjunto, sin vínculos de continuidad, fuera de la serie armoniosa que congrega a todas las demás. Son dos fichas anormales en cuanto a las cifras que representan estaturas porque se alejan tanto del modo de ser más frecuente, la una por defecto, por exceso la otra, que alcanzan a destacarse del grupo que debieran integrar llegando a una singularización tal, que despierta la curiosidad y el deseo de conocer mayor número de datos antropológicos referentes a los estudiantes respectivos, para saber si en la realidad estos individuos merecen también el calificativo de hombres anormales.

Largas y acaloradas discusiones ha promovido, en los Congresos de Antropometría, el tema del enanismo y del gigantismo por ser un concepto de perfecta relatividad: un inglés de estatura normal y corriente de los que pasan desapercibidos en las calles de Londres, aparece en Laponia como un hombre desmesuradamente grande, como un individuo anormal que, debiera considerarse como un gigante. Al lapón de estatura mediana entre sus compatriotas, se le tendría, con razón semejante, al estar rodeado de ingleses en Londres, en calidad de enano. Ni el inglés llega a ser gigante, ni el lapón queda catalogado como enano si se tiene en cuenta la norma universalmente adoptada de clasificar las estaturas en relación con las medidas tomadas a muchos individuos que formen parte de un grupo perfectamente homogéneo. Grupo qué tan numeroso? podremos preguntarnos. —Que contenga casos suficientes para que su agrupación por frecuencias venga a tener una forma piramidal casi perfecta, diríamos, al adoptar, como se hace hoy universalmente, el criterio estadístico de la determinación de las cantidades constantes centrales como índices de normalidad fisiológica.

Para ser enano se requiere, médicamente hablando, fuera de tener una estatura exigua con relación a sus congéneres, presentar muchos otros síntomas de orden somático, fisiológico y sobre todo psíquico que autoricen un diagnóstico de anormalidad. La ficha que tiene una estatura de 149 centímetros, corresponde a un alumno que en el trascurso de tres años dejó entre sus compañeros y maestros impresión desagradable por su comportamiento de muchacho en indefinido y exaltado período de puber-

tad. En cambio las escasas capacidades mentales del estudiante del polo opuesto no le permitieron continuar en los claustros universitarios con sus compañeros. Tiene razón el dicho de que a los gigantes se les pasea el alma por el cuerpo!

El resumen del examen psicotécnico del estudiante que aparece como anormal en estatura, a la letra dice:

“Capacidad mental deficiente. Con el Army and Navy test 118, siendo 212 puntos el máximum; quedando por lo tanto por debajo de la categoría del universitario. Cultura general francamente deficiente. Magnífica memoria para las cifras, pues ocupa puesto en el primer grupo. Atención buena, segundo grupo, pero poco brillante porque ocupa uno de los últimos rangos en esa categoría. En todas las demás pruebas psicotécnicas ocupa constantemente el último lugar.”

Sobre lo cual me permito recalcar en la MAGNIFICA MEMORIA PARA LAS CIFRAS con deficiencia de capacidad mental: complejo tan característico en clínica de verdadera degeneración psíquica.

En cambio el chiquitín, o enano de nuestra agrupación, tiene 147 puntos en el Army and Navy, con los cuales se sitúa en el tercer grupo, al límite inferior de la categoría universitaria. Péssima aptitud para el cálculo que lo coloca en el último lugar.

Ambos sujetos tienen perfiles psicológicos de marcada anormalidad que los separan nitidamente de todos sus compañeros de examen.

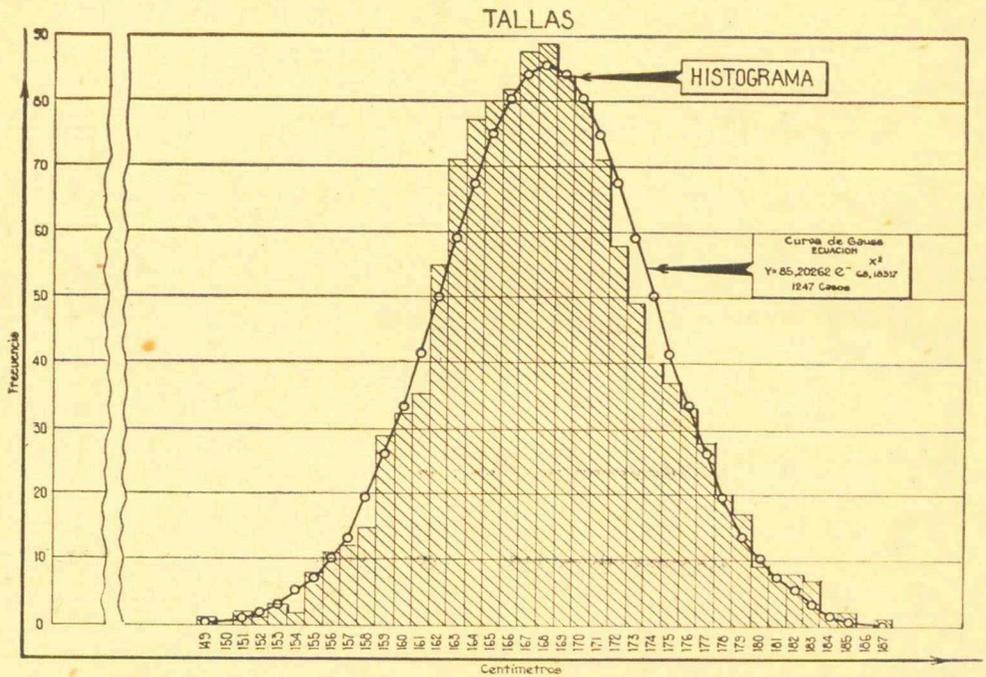
Con datos semejantes creo que estamos autorizados para clasificarlos por sus respectivas estaturas como a un enano y como a un gigante: dos individuos anormales.

Cuarto fenómeno. La curva geométrica, en forma de campana, con la cual podemos rodear este polígono de frecuencias altimétricas, encierra en su área interior espacios vacíos cuya extensión corresponde más o menos a los espacios ocupados que excluye, de tal manera que podríamos tomar la fórmula algebraica de esa curva ideal como expresión matemática de nuestra agrupación piramidal.

Esa curva no es otra que la curva de probabilidades, la curva normal, la curva de Gauss correspondiente a la encuesta efectuada sobre los valores de la estatura de 1.247 estudiantes universitarios colombianos.

Conclusión inmediata: el criterio estadístico, aplicado a los polígonos de agrupación por frecuencias, por medio del estudio

de la curva normal de Gauss, puede emplearse—como es hoy práctica universal—para determinar las constantes normales fisiológicas.



Agrupar, por frecuencias, sobre escala de valores continuos cuyo intervalo sea adecuado, número suficiente de datos homogéneos, es un procedimiento científico que permite **determinar** cifras índices de normalidad fisiológica.

Y como conclusiones generales de lo expuesto diría:

CONCLUSION:

1º—En el Laboratorio de Fisiología de la Facultad de Medicina hemos adoptado el criterio estadístico de los grandes números para el estudio y la investigación de las cifras de normalidad.

2º—Los estudiantes universitarios colombianos, cualquiera que sea su procedencia, constituyen un grupo perfectamente homogéneo desde el punto de vista altimétrico.

3º—Puede tomarse como estatura normal del universitario colombiano la correspondiente a 168 centímetros.

LA ENCEFALITIS PSICOSICA AGUDA AZOTEMICA (*)

PROFESOR EDMUNDO RICO

El Profesor Maximiliano Rueda polarizó los dos últimos lustros de su vida científica hacia el estudio de un síndrome mental cuyos bagajes clínicos, anatomopatológicos y humorales interesan sobremedida a todos los psiquiatras contemporáneos, particularmente a los vanguardistas de la Escuela Francesa con Marchand, Toulouse, Courtois, Targowla, Capgras, Laignel-Lavastine, Khan y conocido con el mote de Encefalitis Psicósica Aguda Azotémica, Marechal entre los precursores.

Este síndrome mental de indudable origen toxi-infeccioso, y conocido con el mote de Encefalitis Psicósica Aguda azotémica, ya lo intuía y diferenciaba en su cátedra neuropsiquiátrica Rueda Galvis como "una variedad mortal del Delirio Agudo".

El Profesor Rueda que en concepciones patogénicas inherentes a los trastornos psíquicos fue, ante todo y por sobre todo, organicista, remitió a Francia cortes anatomopatológicos de enajenados fallecidos en el Asilo de Bogotá, teniendo luego la gratísima nueva de recibir, al respecto, la opinión indiscutible de Marchand, como que en ella se confirmaba que los fenómenos histológicos contenidos en aquellos tejidos nerviosos, eran idénticos, eran los mismos que respaldan la rúbrica lesional de la "Encefalitis Aguda Hiperazohémica".

Desgraciadamente, el Profesor Rueda, no tuvo oportunidad de plasmar una monografía pertinente a tan cautivador tema psiquiátrico. Empero en la obra *Investigaciones sobre Esquizofrenia y otros estudios*, de que es autor su erudito discípulo, Luis Jaime Sánchez, aparecen —de las páginas 369 a 378— sintetizadas sus ideas atañaderas a la entidad que con tan aguda perspicacia de investigador, aislara por primera vez en Colombia.

(*) Trabajo presentado a la Academia Nacional de Medicina el día de mayo de 1944, para optar al Título de Miembro de Número.

Por mi parte —y debido a las enseñanzas que al respecto recibiera del Profesor Maximiliano Rueda—, he tenido, posteriormente, la suerte de diagnosticar y pronosticar el desenlace clínico en 3 casos de Encefalitis Psicósica Aguda Azotémica, cuyo análisis somero, hipótesis patogénicas y posible parentesco etiológico con otras enfermedades mentales dependientes de ultra-virus, a la par que me honro en presentarlos a la consideración de la Academia de Medicina, las ofrezco como tributo a la memoria del meritorio psiquiatra recientemente desaparecido.

EL SINDROMO MENTAL

Con el nombre de Encefalitis Psicósica Aguda Azotémica, describen Toulouse, Marchand y Courtois, una afección que por lo común es patrimonio de mujeres jóvenes cuya edad oscila entre los veinte y cinco y los treinta y ocho años. Cabe observar que la mayoría de estos enfermos padecieron con anterioridad de trastornos mentales, ya bajo las formas de brotes de confusión o de excitación, ya bajo matices depresivos que apenas si duraron algunas semanas, sin dejar secuelas, por lo menos en apariencia.

Por lo general es en plena salud —o con motivo de la menstruación— cuando los trastornos encefálicos aparecen, bruscamente, sin prodromos. En veces, durante algunos días y hasta por el espacio de un mes, el paciente quéjase de cefáleas, fatiga e insomnio tenaz. Poco a poco nuevos síntomas vigorizan la escena clínica, tales como algunas ideas de persecución, ansiedad emotiva, e intentos de fuga o de suicidio.

Y es entonces cuando el período de estado surge espectacularmente: el primer diagnóstico que acude a la memoria, es el de una excitación maniaca simple. Con efecto: la agitación motora se exhibe de continuo; la enferma salta, baila, grita, canta, hiere, araña, escupe sin cesar. Muéstrase casi siempre eufórica, logorréica con fuga de ideas; calamburista, insultante y descarada. La excitación genésica alterna entre gestos y actitudes eróticas e impulsos repetidos por la masturbación.

Con frecuencia, la agitación destaca un tinte ansioso. Pero en estos momentos ya es notorio que la confusión mental se adhiere al facies maniaco. La incoherencia, la desorientación temporal y espacial aumentan hasta el extremo de obstaculizar el itinerario de aquellos temas difusos, cada vez más incomprensibles y cada vez más deshilvanados.

Somáticamente, la piel está febril, el rostro empalidecido, la lengua saburral, secos los labios y fétido el aliento. La temperatura que desde el primer día giraba en torno de 37 grados, asciende paulatinamente para estabilizarse en 38, 39 y hasta 40 grados.

Los reflejos tendinosos aparecen siempre notoriamente exagerados. De vez en cuando se observan mioclonías, danza rotuliana y del talón sin signo de Babinski. El enfermo rechaza, sistemáticamente, los alimentos; por excepción, experimenta crisis de bulimia, aunque en veces sólo acepta los líquidos, siendo en esos casos, la bebida preferente el agua.

Surge luego —y en menos de cuarenta y ocho horas— un delirio azas confuso, ritmado por una agitación incoercible, amén de cierto onirismo de muy flácida raigambre en cuyo fondo estallan alucinaciones visuales fragmentarias y que evocan episodios de la vida pretérita. No son escasas —ni mucho menos— las alucinaciones de carácter terrorífico traducidas en gritos y apelaciones de socorro, cuando no en desordenados automatismos hacia la fuga. Tampoco son excepcionales las cenestopatías de tipo francamente erótico.

Rápidamente la agitación furiosa llega hasta el ápice del desorden ideo-motriz; y mientras los enfermos tienden a destrozarse contra las paredes y objetos de su celda, el insomnio tórname pertinaz; el gatismo urinario hace casi imposible la dosificación de los excreta renales; la costipación aumenta; el rechazo de alimentos —inclusive el agua— se hace absoluto; cúbrense los labios de fuliginosidades; la lengua está completamente seca, como acartonada, no siendo raro que una estomatitis negruzca o hemorrágica venga a complicarse, en el período terminal, de blanquillo y de parotiditis.

A este estado de dramática agitación confusional y que persiste de cuatro a cinco días, sucede un período de relativa calma, comoquiera que el enfermo se muestra más lúcido, más sosegado y que su agitación violenta se transforma en una mera turbulencia. Sus respuestas son menos inexactas, menos incoherentes, más ajustadas a la realidad. Quéjase de cefalalgia, solicita bebidas aunque no siempre las acepta. Asimismo, se suelen presentar en este estado, lipotimias o manifestaciones sincopales cuando el paciente tiende a incorporarse. Y, dato importantísimo, anotado por Toulouse —y sobre el cual hago particular hincapié a fin de esclarecer un tanto así la etiología como la patogenia probables de esta

afección—, en todos estos enfermos “persiste siempre una agitación automática continua exteriorizada en flexiones y extensiones de los miembros o en rápidos giros de la cabeza”.

En este segundo periodo, la temperatura desciende, casi se confunde con la normal. Y he aquí que cuando el pronóstico iba a ser halagüeño, el estupor, junto con la más inquietante somnolencia, se apoderan invenciblemente del enfermo. Exagérase la desnutrición muscular no obstante las altas dosis de suero inyectadas, hasta el punto de que en breves días —“y como si hubiese algún proceso distrófico unido a la afección cerebro-espinal”— el enfermo se caquectiza intensamente.

Al propio tiempo que la reflectividad tendinosa disminuye, aparece, en ciertos casos, la rigidez de la nuca en paradójica oposición con la hipotonía de los miembros. Las pupilas, algo dilatadas, reaccionan, sin embargo, a la luz. La tensión arterial desciende y en veces resulta imposible cifrarla; el pulso es pequeño, rápido, taquicárdico. Las extremidades se cubren de máculas azulosas y se enfrían. Y, finalmente, tras un lapso de dos a cuatro días, el coma irreductible, aparece. Lo extraño en este estado (insisten Marchand y sus colaboradores) es que “cuando ya toda sensibilidad ha desaparecido, cuando todos los reflejos tendinosos, córneos, laríngeos están abolidos, persisten, en cambio, movimientos automáticos de la cabeza y de los miembros que se flejan y extienden de continuo hasta el momento de la muerte”. Sobra decir que durante el período comatoso, reaparece en la inmensa mayoría de los casos, la hipertermia que puede ascender hasta 41 grados.

Igualmente existen, además de la forma con excitación, que es la más notoria, otras depresivas, de tipo melancólico ansioso. El cortejo sintomático reviste entonces, por algunos días, toda una gama de ideas de indignidad, de autoacusación, de ruina, adobada por llanto, lamentaciones, angustia y tentativas de suicidio. Ulteriormente la confusión mental se perfila, sin agitación motriz mientras que el enfermo pasa, lentamente, de la inhibición lipomaniaca al estupor y somnolencia postreros. En algunos casos, se presentan formas delirantes persecutorias.

En síntesis: los autores citados, esquematizan el tipo más frecuente de la Encefalitis Psicósica Aguda, en cuatro etapas, a saber:

“1º—Período prodrómico o de invasión, que dura de dos a cuatro semanas; o tan sólo unos días o que puede faltar.”

“2º—Período de estado, con fiebre, agitación incoercible y confusión mental muy semejantes en su expresión clínica a los obser-

vados en la dotiententeria, la granulia, etc. Esta etapa dura de cinco a ocho días.”

“3º—Período de calma. (Tres a cinco días), y

“4º—Período terminal, con estupor progresivo (dos a cuatro días) y coma agónico de algunas horas.”

Es este, a grandes rasgos, el síndrome mental de las Encefalitis Psicósicas Agudas Azotémicas, tal como lo describen Marchand, Courtois y Toulouse, y tal como me fue dado observarlo en los tres casos que apuntaré más adelante. El bosquejo de tan sombrío y fulminante cuadro clínico, trae a mis recuerdos, aquel panorama mórbido, y estupendamente descrito otrora por Dieulafoy con el sugestivo nombre de “Locura brightica”. Porque, efectivamente, el fogoso catedrático del Hotel-Dieu, insiste en sus conocidas lecciones de Patología Interna, sobre la Uremia cerebral, convulsiva, delirante y comatosa. “A menudo, dice, el delirio urémico reviste las apariencias de la manía aguda con excitación, agitación, insomnio, locuacidad y vociferaciones. En otros casos hay predominio de alucinaciones auditivas y visuales; esa es la forma lipemaniaca que domina; el enfermo presenta íntegras las características del melancólico; ora las ideas de persecución refuerzan la escena. Con menor frecuencia, el delirio urémico se encarrila por las esferas eróticas y religiosas.”

“La duración de la locura brightica —continúa Dieulafoy— es variable. Los trastornos delirantes que conozco, oscilan entre 19, 24 25 días, pudiendo en veces prolongarse siete semanas, dos y hasta cuatro meses. En ocasiones el delirio urémico estalla bruscamente; en otras se anuncia por vocablos y gestos inconexos llegando, luégo, gradualmente, a su apogeo. En algunos casos el delirio urémico conserva casi toda su intensidad durante su evolución o al menos no sufre sino muy insignificantes remisiones; en otras circunstancias se observan intermitencias notorias y una mejoría pasajera. Ciertos enfermos están predispuestos al delirio urémico por sus antecedentes alcohólicos, por trastornos anteriores neuropáticos, por herencia.”

“En muchos pacientes —aunque la regla no es absoluta— la locura brightica determina una fuerte elevación de la temperatura. El delirio urémico sumerge al enfermo en un estado aplopectiforme: es presa de apatía, estupor y somnolencia que frecuentemente convergen en el coma, terminación ordinaria de la uremia cerebral.”

Verdad que al recordar estos apartes de la locura bríghtica de Dieulafoy, en ellos queda contenida o maravillosamente condensada, toda la sintomatología clínica de lo que Marchand y otros investigadores contemporáneos entienden por Encefalitis Psicósica Aguda Azotémica?

Hay más todavía: el clínico del Hôtel-Dieu es más detallista en sus apreciaciones que la actual escuela de Toulouse, pues que en el Síndrome mental analiza mejor su evolución, sus variedades lo mismo que sus formas agudas y prolongadas. Y en ello coincide con los autores americanos, para quienes el polimorfismo de la Psicosis hiperazotémica dista mucho de las concepciones de Marchand.

EL SINDROMO HUMORAL

El mérito indiscutible y la prioridad de la Escuela Francesa en la afección de que me ocupo, estriba en la búsqueda sistemática y biológica de un substratum humoral concordante con la objetividad clínica. Este honor le cabe a Marchand y con justicia, la variedad mortal del Delirio Agudo, debería llamarse "Enfermedad de Marchand".

Este sabio fue el primero en demostrar la importancia fundamental, trascendente que en la Encefalitis Psicósica Aguda, tiene la investigación de la úrea sanguínea. Existe, en efecto, en todos los casos que responden a tales apelativos, una hiperazoemia, variable desde luego en intensidad (3 a 6 gramos de urea por litro), pero siempre constante. "Con frecuencia, en ocho o diez días, la tasa de urea, normal o subnormal al comienzo de la enfermedad, alcanza 5, 6, 7 gramos por litro, elevándose, de este modo a cantidades que es rarísimo observar en patología general, inclusive en las afecciones agudas o crónicas dependientes del sistema hepato-renal".

"La tasa de la urea en el líquido cefalorraquídeo —anota Targowla— sigue una curva paralela al índice azotémico, aunque inferior a él en algunas decenas de centigramos. Desde el punto de vista renal, la oliguria es habitual, la albuminuria frecuente pero escasa (0.20 gramos; o 0.40 centigramos por ciento). Empero, la eliminación uréica se mantiene satisfactoria, sin cilindros granulados ni hemáticos. Por lo demás, las lesiones histológicas no corresponden a las de una nefritis aguda."

“Sea ello lo que fuese, la experiencia psiquiátrica ha demostrado que de todos los síntomas de la afección, la *Azohemia* es lo que mejor permite seguir, paso a paso, por así expresarlo, la marcha de la enfermedad.”

“Porque, tanto su valor diagnóstico como pronóstico es de sumo interés. Courtois, anota que “en un caso de confusión mental con excitación motriz continua, fiebre elevada, rechazo absoluto de alimentos, la azohemia que fue de cuarenta centigramos a la entrada, bajó a treinta centigramos en la primera semana, infirmando, de esta suerte, el diagnóstico. La vida del paciente nunca estuvo en peligro”.

Asimismo resulta capital, el valor pronóstico de la azohemia. En la forma sobreaguda la gravedad de la afección es tal que desde las primeras horas el estado tórnase desesperado; la azotemia creciente no hace otra cosa sino confirmar la deplorable impresión clínica.

“Algo muy diferente acontece en la forma típica, más lenta en que los períodos de calma y de mejoría clínica son evidentes. En tales casos, la tasa de la urea sanguínea sigue una gráfica inexorable; desde el cuarto o quinto día crece regularmente de 0.50 gramos a 1 gramo diarios. Y es entonces cuando el laboratorio —y no la clínica— indica no sólo la gravedad creciente del mal sino su evolución fatal.”

“En las formas prolongadas, la curva azotémica es algo diferente: asciende en los diez primeros días para permanecer estacionaria (2 a 3 gramos) durante otros diez días. Por lo común la tasa baja un tanto, para luégo subir rápidamente como pregón de la etapa final.”

“En las historias no terminadas por muerte, la caída de la azotemia de 4 a 2 gramos en cuarenta y ocho horas, indica, antes que la mejoría clínica, la evolución humoral favorable, como que cinco o seis días más tarde, la urea recupera sus cifras normales.”

“Por consiguiente, la curva de tan enorme azotemia —síntoma nuevo en estas encefalitis agudas— traduce la evolución del mal, y anuncia o su estabilización temporaria; o su paroxismo brutal o su curación”. (Toulouse y Marchand).

En resumen: si la sintomatología clínica de la Encefalitis Psicósica Aguda Azotémica es polimorfa y variables sus formas, en cambio existe, tanto para su diagnóstico como para su pronóstico, un síntoma humoral patognomónico: la curva intensa y progresivamente ascendente de la urea sanguínea.

EL SOPORTE ANATOMOPATOLOGICO

La nosología contemporánea tiende abiertamente a considerar los Virus Filtrables como los gérmenes más posibles productores de la mayoría de las infecciones primarias del eje encéfalo-medular.

Para Rivers, estos virus y ultra virus, se caracterizan por tres propiedades fundamentales y negativas: "invisibilidad por los métodos microscópicos; incapacidad de ser detenidos por filtros impermeables a las bacterias bien conocidas, e imposibilidad de propagarse en ausencia de células susceptibles. Rivers prefería un carácter positivo, y afirma que existe una relación íntima entre los virus y los huéspedes celulares, que conduce, principalmente, a la destrucción de la neurona, la producción de una anatomía patológica intracelular, característica, y el desarrollo de una inmunidad duradera."

Vasto, muy vasto es el campo de las infecciones primarias del sistema nervioso, vale decir de las Encefalitis, cuya sinonimia resulta, igualmente, extensa. De aquí los vocablos de Psico-Neuraxitis, Psico-Encefalitis, Encefalitis Psíquicas, término este el más usado, pues, no solamente pone de relieve la noción de una verdadera psicosis, sino que precisa su origen toxi-infeccioso.

Trátase, en realidad de todas las meningeoencéfalo-mielitis de localización difusa, con lesiones inflamatorias no supuradas. Primitivas, es decir, sin etiología captable o bien secundarias a una pirexia determinada, aunque en uno y otro caso sin virus microbiano visible, de marcha sagraada, aguda o subaguda, las encefalitis se destacan —ante todo y por sobre todo— por "la intensidad y la preponderancia de los desórdenes psíquicos en oposición con los signos neurológicos que son pocos y hasta nulos".

La más sugerente clasificación de las formas clínicas de Encefalitis parece ser la de Neuberger. Este autor las divide: 1º En meninge-mielitis difusas con participación igual y discreta de síntomas medulares y encefalíticos y sin reacción linfocitaria en el líquido cefalorraquídeo, v. g.: esclerosis en placas, poliomiélitis, encefalitis epidémica.

2º En Psico-encefalitis de marcha primitiva. (Aquí cabe clasificar a la Encefalitis hiperazotémica).

3º En Psico-encefalitis sobrevenidas en el curso o en la declinación de las enfermedades generales febriles, como la gripe, neu-

monía, detienenteria, erisipela, escarlatina, reumatismo, infección urinosa post-traumática o post-puerperal, y

4º En aquellas psico-encefalitis de las anemias perniciosas y en las cuales la isquemia, marca su primera huella en el cerebro, órgano esencialmente aerobio como, lo demostrara Próspero E. Weill en sus luminosos estudios sobre los síndromos neuroanémicos o psico-anémicos.

La diversidad psico-clínica de las encefalitis —cualesquiera que sean sus variedades— está siempre en relación directa con las disposiciones mentales individuales, observa el Profesor Sicard.

Respecto a los estudios anatomo-patológicos relativos a la Encefalitis Psicósica Aguda Azotémica, cabe recordar que hasta el estallido de la guerra mundial, las observaciones micrográficas de Marchand, Courtois y Toulouse, rebasaban de cincuenta casos.

Microscópicamente, estos tenaces investigadores, apenas describen las lesiones comunes a toda afección mental aguda: hiperhemia de las meninges y sufusiones sanguíneas intrapiaméricas; congestión intensa del encéfalo, y frecuentemente, piqueteo hemorrágico difuso.

Pero muy otras son las lesiones microscópicas halladas en todos los casos, ya que atestiguan siempre las mismas alteraciones corticales, idénticas lesiones bulbares y una misma escasez de trastornos histológicos, así sea en los núcleos grises centrales o en los pedúnculos cuyas alteraciones son discretas o no existen.

En la encefalitis hiperazotémica, Marchand ha puesto en evidencia y demostrado sobradamente que existe una doble pareja histo-patológica, a saber: lesiones vasculares y una satelitosis embrionaria, cuyo principal lugar de asiento predomina e impera en los lóbulos frontales.

“Esta satelitosis aparece, más que todo, acusada en la última capa del córtex. La lesión crece o decrece, según las regiones examinadas, siendo frecuentísimo percibir células nerviosas de tal modo ahogadas, rodeadas por células embrionarias, que sus cuerpos atrofiados son muy difíciles de reconocer entre todos aquellos nódulos celulares. Estas figuras de satelitosis aparecen siempre más numerosas y acusadas en las zonas vasculares fronterizas a la sustancia blanca subcortical, en el área más lindante con la postrera capa cerebral, en donde descuellan, a granel, las lesiones perivasculares.”

“Los capilares y pequeños vasos están limitados y rodeados por células redondas embrionarias. Ellas siguen los contornos de los

vasos, y sobre los cortes se nota una serie de líneas integradas por células embrionarias que se entrecruzan en todos sentidos o que van dispuestas en una especie de empalizada cuya forma señala el trayecto de los capilares. En veces se topan asidos sobre alguno de los lados del vaso, racimos de cinco a quince elementos embrionarios. Asimismo, acompaña a dichas lesiones, el edema, la intensa dilatación de los vasos, los trombus y algunas hemorragias miliares aisladas. En ningún caso se encuentran lesiones vasculares o meníngeas en el cerebelo."

"Especialísima mención merecen las lesiones del bulbo, como que en todos los casos se halla una perivascularitis muy nítida en torno a los vasos que hacen parte del raquí y de las regiones olivares. Las células de los núcleos de los nervios craneanos, están, con frecuencia, tocadas de atrofia aguda."

"En los núcleos grises centrales, se aprecian las mismas lesiones celulares de la corteza encefálica, aunque muchas veces falta la satelitosis y las lesiones perivasculares. Cuando existen, aparecen discretas en parangón con las del córtex. Las lesiones de las células de los cuernos anteriores —cualquiera que sea el plano medular examinado— son siempre de excepcional trascendencia: núcleos excéntricos, granulaciones cromatófilas, reducidas a polvo, prolongamientos borrosos, poco aparentes."

En el examen histológico del aparato cardio-pulmonar y digestivo, nada se nota de anómalo. Otra cosa muy diferente son las lesiones del riñón y, particularmente, de la víscera hepática. Los trastornos renales consisten en una tumefacción turbia del epitelio de los tubos contorneados. Pero nefritis, o nefropatía, propiamente dichas, no existen.

"El hígado es el órgano —subraya Marchand— que con mayor frecuencia, se encuentra alterado. Sus lesiones varían, según los casos, desde la degeneración grasa hasta la necrosis de la célula hepática. La degeneración grasa, es casi la regla: interesa la gran totalidad de las bandas lobulares. En ocasiones existen infiltraciones linfocitarias en los espacios portas." El bazo, presenta siempre junto con una congestión intensa, ligera hipertrofia de los folículos de Malpighie.

El doctor Luis Jaime Sánchez, en su obra citada, tiende a sembrar la duda acerca de la especificidad histológica de todas las encefalitis, y notoriamente de la variedad clínica psicósica hiperazotémica. "Desafortunadamente —escribe— las modificaciones anteriormente descritas y que parecieran ser peculiares a un proceso

infeccioso o tóxico prolongado, se han podido provocar, asimismo, con sustancias distintas. Claude las produjo con toxina tetánica; Cini y Besta, con inoculaciones de *Asprgillus fumigatus*; Meyer, con monóxido de carbono; Rivers y Schwentker, con extractos de cerebro; Putnam, con la simple obstrucción de las arterias cerebrales; Hoefffer, Putnam y Gray, con la administración intravenosa de diversos coagulantes."

En mi concepto, estas opiniones no afirman, ni tampoco afirman, la rúbrica histológica de las encefalitis. Mas bien sustentan los soportes parenquimatosos de estas afecciones primarias del eje encéfalo-medular, porque, experimentalmente son producidas por toxinas o por elementos extraños y desequilibrantes del plasma sanguíneo, que luégo van a dislocar la arquitectura del cerebro. La etiología posible de las encefalitis parece residir en la penetración de ultra-virus filtrables, y, acaso, estos gérmenes biológicos no secretan sustancias tóxicas que desencadenan lesiones especiales reproducidas, asimismo, experimentalmente? Claro que sí. Por lo demás, la autoridad de la escuela francesa contemporánea en lo tocante a la Encefalitis Psicósica Azotémica, amén de la seriedad y repetición de su búsqueda tras el soporte anatomopatológico, pesan más, muchísimo más que la sminucias monocordes y esteriotipadas y sin aliento clínico, de los yertos investigadores norteamericanos en asuntos de anatomía patológica.

Así, pues, hoy por hoy (y mientras no se demuestre perentoriamente lo contrario), el soporte histológico de la Encefalitis Psicósica Aguda Azotémica, se traduce en lesiones del sistema nervioso, consistentes en una encefalitis aguda, o sea en alteraciones celulares que ofrecen caracteres de lesiones toxi-infecciosas, a saber: satelitosis y reacciones linfocitarias perivasculares, notoriamente acantonadas en las regiones sub-corticales de los lóbulos frontales y en el bulbo.

LA TOXICIDAD DE LA URFA

Tuve el honor de seguir en el Hospital Cochin, las geniales exposiciones de mi maestro el Profesor Widal, atañaderas a la toxicidad de la urea sanguínea. Tan grande sabio probó que en pacientes nefríticos, la retención de cuerpos azoados, engendra un síndrome muy grave, denominado azotemia.

Con este descubrimiento, quedó como postulado en patología clínica que las sustancias azoadas, cuya excreción tiene, normal-

mente, por válvula de escape la vía renal, se vuelven impresionantemente tóxicas para el sistema nervioso, cuando quiera que se acumulan o que se estabilizan dentro del organismo.

“La impregnación del encéfalo por estos venenos se exhibe desde hora temprana, mucho antes de que el índice de urea circulatoria esté suficientemente elevado. Pero es el caso de que el porcentaje progresivo de tan temible impregnación, hace “irremediablemente sucumbir al azotémico”.

El interés novedoso de la comprobación azoada en la sangre, es el de poder predecir, con exactitud casi matemática, el pronóstico de la enfermedad. De ahí las reglas, el itinerario tenebroso descritos por Widal y Javal: “una azotemia entre uno y dos gramos, indica la muerte en un plazo máximo hasta de 2 años. Una azotemia por encima de dos gramos conduce a pronosticar una supervivencia de algunos meses o tan sólo de algunas semanas. Una azotemia por encima de tres gramos, es heraldo de muerte próxima. Cuando la azotemia pasa de cinco o de seis gramos, el organismo es incapaz de tolerar esa cifra, o si la tolera, es apenas por algunos días o por algunas horas.”

Huelga observar que cuando el Profesor Widal fijaba esta pauta pronóstica, aún no había adquirido cuerpo nosológico la Encefalitis Psicósica Hiperazotémica, ni Marchand tenía iniciados sus estudios. Inversamente, “las azotemias pueden sufrir remisiones pasajeras para continuar luégo su marcha inexorable hacia la muerte. Widal llamaba la atención sobre estas regresiones temporarias y engañosas de la azotemia, citando, entre otras, la observación de una enferma, quien sucumbió tres meses y medio después de haber presentado 3.73 gramos de urea en su suero, pero que por varios días esta cifra descendió a 1.50 gramos.”

Numerosos clínicos han señalado la azohemia en las enfermedades infecciosas agudas. Notoriamente Kudolski y Merkle, atribuyen en estas entidades, un importante valor pronóstico a su gráfica tóxica. Empero en todas esas infecciones la tasa de la urea sanguínea no alcanzaba a un gramo por mil. Targewla, igualmente, insiste en el mal pronóstico, al respecto, en no pocos casos de psicosis agudas.

Por otra parte, una producción exagerada de urea sanguínea, sería factor de trastornos nutritivos generales. Esta hipótesis sugerida por Nobécourt en los lactantes atrepsicos y por Merkle en las septicemias, “estaría en concordancia con el enflaquecimiento, en extremo rápido de tales enfermos, cuya evolución no la ex-

plica la sola pérdida del agua, pues que en gran parte está compensada por la alimentación o por las inyecciones de suero."

Desde la conjunta autoridad de Claude Bernard y de aquel típico retardado de la nutrición que fue Bouchard, la mayoría de fisiólogos y de médicos sostiene que la urea, ni es tóxica, ni que su retención en el organismo pueda ser causa de los fenómenos urémicos. Sin embargo, argumentos probantes e impresionantes, sostienen, asimismo, su nocividad como su papel patogénico en el desarrollo ulterior del realismo clínico.

Sustancia sin "umbral renal", es decir, que es excretada por la orina proporcionalmente en la misma cantidad en que está contenida en la sangre, la urea —último despojo o desecho de las transformaciones metabólicas de la complicada molécula albuminoidea, parece que ya no sufre ninguna transformación en la profundidad del organismo que se liberta de ella por el mecanismo de la expulsión renal. Empero, cuando por causas diversas es retenida, "no solamente se acumula en la sangre, sino en el líquido cefalorraquídeo, en exudados y transudados, y sensiblemente en las mismas dosis que en el plasma sanguíneo. André Weill ha comprobado que igual fenómeno acontece en el plasma intersticial, obtenido por expresión muscular. Compréndese, pues, que una sustancia excrementicia, cuya propiedad estriba en difundirse tan fácilmente y de manera tan uniforme en toda la economía, que empaapa de sus moléculas humores y tejidos y que modifica de modo tan evidente su composición química, no puede ser retenida sin engendrar los mayores desórdenes. Si en el estado fisiológico, la urea goza de propiedades diuréticas, eso demuestra que el organismo trata de librarse de ella a toda costa."

De larga data son conocidas las experiencias de Treitz, Veit y Oertel, merced a las cuales toda introducción exagerada de urea dentro del organismo cuando no va seguida de abundante diuresis, provoca, entonces, síntomas asaz intranquilizadores y que solamente ceden si por acaso la poliuria se inicia. Siempre que Quinquaud y Gréhant inyectan animales con urea purificada, obtienen su muerte cuando la tasa sanguínea de esta sustancia sube a 5.16 gramos y 6.66 gramos por mil, y sin que haya por ello un exceso de amoníaco en el plasma. El mismo Bouchard tuvo ocasión de confirmar que la muerte se produce, experimentalmente, por una inyección de urea que corresponda a 6, gramos 31 por kilogramo de animal. Weill cuando inyecta bajo la piel de perros y conejos, 8 gramos de urea por kilogramo disueltos en 50% de agua, com-

prueba que estos animales sucumben luégo de presentar diarrea, disnea intensa y sacudidas convulsivas, En dos de aquellos conejos halló en la sangre —e inmediatamente después de fallecidos— 5 gramos 77 y 6 gramos 25 de urea por mil. (Valery-Radot).

Y, sin embargo, a despecho de tan poderosos argumentos, todavía hay fisiólogos que, conceptúan que el peligro reside, menos en la toxicidad de la urea que en “la retención y acción dentro del organismo de otros cuerpos azoados, diferentes de ella”. Algunos sostienen que el exceso de amoniaco y de ácidos aminados en la sangre de los azotémicos, residiría la causa de la intoxicación y de la muerte. Pero Widal y Laudat probaron perentoriamente que, inclusive en los brighticos azotémicos, tanto el amoniaco como los polipéptidos, escapan casi íntegramente a la retención. Igual argumento es valedero contra los partidarios de la teoría acidósica, comoquiera que son numerosos los casos de grandes azoemias no acompañados por acidosis”.

Resultaría provechoso a fin de esclarecer, aún más, la fisiopatología de la Encefalitis Psicósica Aguda Azotémica, que se investigara en estos enfermos, al mismo tiempo que la urea sanguínea, otros productos de desasimilación de la molécula albuminoidea, tales como la creatinina, cuya primera fase desintegrante, se hidrata luégo para descomponerse finalmente, en sarcosina y en urea. (Laederich).

Los americanos fijan la cantidad normal de creatinina en la sangre entre 0. gramos 01 centigramo y 0. gramos 025 miligramos por litro. Proveniente del tejido muscular y siendo su origen únicamente endógeno, la creatinina nada tiene que ver con la cantidad de ázoe alimenticio. En el drama azotémico, la “retención de la creatinina es tardía.” Myers y Lough fueron los primeros en señalar la significación pésima del exceso creatinímico en la sangre. La ascensión de la creatinemia por encima de cuatro o cinco centigramos por mil, es definitiva para el pronóstico. “En semejante caso, la muerte es absolutamente fatal”, agregan dichos autores.

Por regla general los enfermos que presentan una azotemia elevada, ofrecen, igualmente, una creatininemia excesiva, de modo que los fundamentos para el pronóstico pueden cimentarse así de la una como de la otra.

Nada nos dice Marchand ni tampoco ninguno de quienes han ahondado en el terreno de la Encefalitis Psicósica Hiperazotémica, acerca de la creatinemia en esta afección. El hecho es que sería

interesante comprobar este daño en la sangre de futuros pacientes aquejados por la variedad mortal del Deliro Agudo.

Hoy por hoy queda en pie la toxicidad de la urea circulatoria, nocividad sostenida por Widal mediante argumentos de poderosa valía clínica y biológica. No debe pretenderse, sin embargo, que "tan sólo aquella sustancia sea responsable de los gravísimos accidentes que caracterizan la azotemia. Probablemente otros cuerpos excrementiciales desempeñen, allí, algún papel. Empero, cuando la cifra de urea asciende en la sangre o toma en ella proporciones considerables, resulta imposible catalogar a esa sustancia como testigo inerte y pasivo de la intoxicación orgánica. Porque la urea ejerce en el síndrome de retención azoada y en virtud de su nocividad propia, una influencia que, no por exclusiva deja de ser ni menos real ni menos considerable". (Widal).

Ocúrreseme anotar aquí que quienes predicán a topa tolon-dra la inocuidad de la urea, olvidan fácilmente la todopoderosa función uropoiética del hígado. Con efecto: la glándula hepática —y el hecho está demostrado sobradamente— es la gran productora de urea. El metabolismo de los prótidos, tanto endógenos como exógenos, o lo que es lo mismo, tanto parenquimatosos como alimenticios, efectúase en la intimidad de todos los tejidos, pues que íntegras las células del organismo viven sometidas a la inevitable ley del desgaste cotidiano. Pero es evidente que el hígado desempeña papel esencial, predominante en la dislocación de la molécula albuminoidea: dentro de esta glándula pululan —por así decirlo— en abundancia, ciertos fermentos proteolíticos inherentes al proceso metabólico, y notoriamente es en este órgano en donde se forma la mayor parte de la urea.

Según la opinión clásica, "la albúmina al descomponerse formaría, primeramente, ácidos aminados, luego carbonato y carbamato de amoniaco, sustancias tóxicas, y que en seguida el hígado transforma en urea que ha de eliminarse por el riñón".

Pues bien: sabiendo que el hígado es el gran fabricante y productor de urea, por una parte; y teniendo en cuenta, por otra parte, que en ciertos estados patológicos de insuficiencia hepática, la elaboración de aquel producto se restringe, restricción cuya consecuencia paradójica viene a ser su aumento en la sangre y su disminución en la orina, hay que concluir en buena lógica clínica que cuando el hígado no solamente hállase deficiente sino dislocado en sus funciones uropoiéticas por agentes infecciosos o toxoinfecciosos, como parece acontecer en el caso concreto de la En-

cefalitis Hiperazotémica, entonces la retención de urea deja de ser fisiológica y tolerable para convertirse en patológica, intolerable y letal. Todo es cuestión de dosis. Aquí del aforismo hipocrático: todo es veneno y nada es veneno.

TRES HISTORIALES CLINICOS DE ENCEFALITIS PSICOSICA AGUDA AZOTEMICA

En clientela civil he tenido la oportunidad de diagnosticar tres casos de encefalitis Psicósica Hiperazotémica en dos mujeres y en un hombre. Dos argumentos me sirven para formular ese juicio clínico: la expresiva sintomatología psíquica de un lado, y por el otro, el hecho elocuentísimo de la azoemia intensa y creciente. Ciertamente que no hubo necropsias en estos enfermos, ni examen renal por resultados de la oliguria e incontinencia urinarias, ni siquiera comprobaciones humorales en el líquido cefalorraquídeo, pero, en cambio, se exhibió sin ambages, protuberantemente, el exceso mortal de la urea sanguínea.

Por otra parte, aquellos tres pacientes, a más del delirio agudo, de su desnutrición impresionante, en poco tiempo, y de su elevada hipertermia, ofrecían en su pasado, un acervo de manifestaciones psicopáticas y neuropáticas que imprimían mayores visos de exactitud al diagnóstico.

HISTORIA NUMERO 1

Joven santandereana, de 23 años, dismenorreica, descendiente de cepa nerviosa y que en la pubertad, con motivo de su menarquia, había sufrido de un brote franco de Manía. Años después, en plena o aparente salud y sin motivo explicable, torna la excitación márnica pero en tal forma, que su reclusión en "El Campito" se hace indispensable.

Allí la veo, por primera vez, en agosto de 1935. Agitada hasta el paroxismo, desorientada y confusa, erótica y alucinada, la primera impresión me sugiere, el disfraz clínico de una esquizofrenia, tipo confusión mental estúpida que describiera Régis. Sin embargo, el estado deplorable de sus vías digestivas; la lengua saburral y los labios cubiertos de fuliginosidades, su enflaquecimiento, su horror por alimentarse, trae a mi mente las enseñanzas del Profesor Maximiliano Rueda sobre una variedad del Delirio Agudo Mortal. Es necesario acudir a la camisola de fuerza, así para

tomar la temperatura como para practicar una punción venosa: la hipertermia es de $38\frac{1}{2}$ grados, la azotemia de 1 gramo, cincuenta y seis centigramos por mil. Cuatro días más tarde, la urea sanguínea pasa de los 3 gramos al propio tiempo que la fiebre asciende. Viene luego una relativa calma mental y lentamente aparece el coma hipertérmico, acompañado de ciertos movimientos semi-atetósicos, seguida de muerte. La evolución de la psicosis apenas si duró un mes.

HISTORIA NUMERO 2

Hombre soltero, poco más o menos de 45 años. Fuertemente tarado por herencias étlicas y específicas; inclinado más por esnobismo que por temperamento, a la pederastia activa. Pintor de originales concepciones y artista de buen tono, su existencia disipada y licenciosa, le produjo en París una crisis depresiva que fue atendida en la casa de salud mental "La Malmesein". Vuelto a Colombia a fines de 1931, al año siguiente acudía a mi consultorio por síntomas neurasténicos, amén de una alarmante pérdida de la memoria de fijación. El examen neurológico me llevó a solicitar del Profesor Almánzar un examen del líquido cefalorraquídeo. El resultado fue el de una sífilis nerviosa. Tratado intensamente por dos series de estovarsol de 21 gramos cada una, el resultado fue estupendo: junto con la memoria tornó la actividad y lucidez mentales. Cuál sería mi asombro cuando seis años más tarde, es decir en 1938, lo encuentro en su residencia profundamente deprimido y confuso, con una mezcla de ideas de influencia y de culpabilidad y el todo engastado en un aspecto pseudo-demencial de estereotipias y de actividades cataténicas muy propias, por cierto, de su morfología leptosómica. Es conducido a la Casa del Reposo de Chía, con la mira, entre otras, de impaludizarle, porque se teme la iniciación de una parálisis general. Pero un examen neurológico detenido, hace variar los derroteros del diagnóstico. Más que con un demente, topé allí, con un confuso, con un gran intoxicado mental. Resistido a ingerir cualquier alimento sólido o líquido, enflaqueciéndose por instantes, oligúrico e intensamente ansioso y discordante en sus exteriorizaciones psíquicas, con cerca de 39 grados de fiebre, estuporoso y con marcadas tendencias al coma; pienso entonces en la Encefalitis Psíquica Aguda Azotémica y ordeno, acto seguido, una azotemia, con el funesto resultado de 3 gramos con 28 centigramos por mil. Al día siguiente, el coma se instala, irreductiblemente y, esa misma noche sucumbe.

Fue imposible saber a ciencia cierta, cuánto duró la evolución de este delirio, aunque todo induce a pensar que entre su principio y su final, transcurrirían diez o doce días.

HISTORIA NUMERO 3

Es la de una soltera mayor de 30 años, que desde su infancia presentó repetidos ataques de pitiatismo, los cuales se aumentaron a los 20 ó 22 años por causa de una decepción amorosa, hasta el punto de que en esa época, según datos de sus familiares, parece que llegó a una verdadera anorexia mental. Con motivo de algún enfriamiento habido en las fiestas navideñas de 1941, sufrió de una angina gripal cuya convalecencia fue en extremo larga. A raíz de esta enfermedad entregose a pertinaz mutismo, se tornó apática e inquieta, dejando al propio tiempo de frecuentar las relaciones de la localidad. Este estado depresivo duraba cerca de veinte días, cuando una tarde del mes de enero de 1942, entregose a desordenada turbulencia, se volvió locuaz, agresiva e impúdica, destrozando cuantos objetos hallaba al paso, Fue menester encerrarla en un habitación en donde sus gritos, vociferaciones y obscenidades acabaron por preocupar seriamente, no sólo a los suyos, sino al médico del vecindario. Se me llamó entonces, hasta la población donde vivía, y la hallé presa de agitación furiosa, completamente desnuda e inconexa en sus expresiones y actos, desorientada, alarmantemente enflaquecida y sin querer probar alimento alguno, desde hacía días. Por momentos llevábase las manos a la cabeza con angustiosa desesperación, y por instantes, al par que lanzaba salivazos a diestra y siniestra, se mesaba los cabellos con inaudita cólera maniaca. La fetidez de la pieza, por causa de las deyecciones e incontinencia urinaria de la enferma, era desesperante. Propuse a la familia, la demanda de una ambulancia para su inmediato traslado a un sanatorio de la capital. No fue aceptada mi idea bajo el pretexto de que así surgirían ulteriores comentarios sobre una locura que podría perjudicar el buen nombre de la joven. Preferían aquella situación crítica, pero solicitaban un calmante. Fue menester del concurso de seis personas para sujetar y apoderarse de aquella enferma, cuya miseria fisiológica contrastaba con la fuerza hercúlea desplegada en la lucha.

En tales condiciones, el examen clínico resultó precario en demasía. No obstante se pudo comprobar la existencia de una hi-

pererreflexia y una fiebre cercana de cuarenta grados. Y como me asaltara la duda entre una meningitis y un delirio agudo mortal, logré extraer de aquellas venas —afortunadamente tensas y muy visibles— unos cuantos centímetros de sangre.

Intenté, aunque inútilmente efectuar la punción lumbar. Hube de contentarme, luego de estas maniobras, con volver a pinchar la vena e inyectar 6 c. c. de Somnífero Roche. La enferma se aplacó un tanto dejándose arropar el sudoroso y macilento cuerpo.

La sangre citratada fue remitida a los Laboratorios Cup, y al día siguiente arrojaba el dato de una azotemia cercana de 5 gramos por mil. Entre tanto, la tremenda agitación maniaca continuaba inexorablemente, mientras los familiares —decepcionados del pronóstico adscrito a la afección—, echaban mano de la sabiduría, menos alarmante de un yerbatero. Al poco tiempo, el milagro del taumaturgo, mostróse clarividente: la enferma se había calmado por completo. Era el periodo de calma relativa, inherente a la Encefalitis Psicósica Aguda Azotémica, sobre cuya engañosa apariencia tantísimo insiste Marchand. En vano solicité nuevo examen de urea. Por toda respuesta, no se me volvió a llamar, aunque una semana después supe el epílogo del caso, tras un estado de estupor progresivo enhebrado en coma final.

Tal es —a grandes plumadas— la síntesis de estas tres historias clínicas. La edad de los pacientes; la coexistencia en ellos de psicosis y psicopatías anteriores; la sintomatología tensa y matizadamente psicógena que arrojaron; la escasez relativa de datos propiamente neurológicos; las etapas evolutivas y rápidas de la afección; el estado febril que las acompañara; su final estuporoso y comatoso, y notoriamente la presencia en los tres casos de una tasa exageradísima de urea sanguínea, dejan en mi ánimo la certidumbre de que aquellos enfermos fallecieron de una Encefalitis Psicósica Aguda Azotémica.

No se me oculta, ni por un momento, que en la discriminación de estos historiales, falta el estudio de la urea en el líquido cefalorraquídeo, de la excreción renal; de la fórmula leucocitaria, y sobre todo, de que falta la prueba plena: las lesiones anatómicas del cerebro. Pero en cambio, existen dos datos trascendentales que respaldan —siquiera sea a la luz de la clínica— así el diagnóstico como el pronóstico: el síndrome mental, sustan-

cialmente psicógeno y el síndrome humoral, saturadamente azotémico.

Quizás el caso pertinente a la sífilis nerviosa —anteriormente tratado con éxito por el estovarsol sódico— sugiera dudas con respecto al estallido de una nueva lues venérea. Y, sin embargo, no era un estado demencial, sino confusional el que se presentaba seis años después en aquel paciente, cuyo cerebro fragilizado bien pudo ser asiento de manifestaciones psicósicas o “Psicolépticas” dependientes del delirio agudo mortal, o bien pudo ser la revivencia de esas “modalidades evolutivas, agudas y paroxísticas” de la Parálisis General, recientemente anotadas por Targowla y Dublineau.

HIPOTESIS ETIOLOGICAS Y PATOGENICAS

La frecuencia de la Encefalitis Psicósica Aguda Azotémica, su gravedad excepcional, la realidad de sus síntomas biológicos unida a las lesiones cerebrales idénticas, inducen a la mayoría de los autores contemporáneos —marcadamente a Marchand, Toulouse y Courtois— a considerar esta afección mental como de origen infeccioso.

Entre los síntomas biológicos, estos autores destacan “el aumento constante de la urea en la sangre y en el líquido cefalorraquídeo, así como su valor diagnóstico y pronóstico.”

Esta azotemia, que no es causa de los trastornos mentales sino posterior a ellos, comoquiera que va creciendo paulatinamente, es atribuida por la Escuela Francesa, como dependiente de “un proceso infeccioso”. La misma hipótesis en la retención de los cloruros y del agua, ha sido invocada por Achard, que considera ese fenómeno en el curso de las enfermedades agudas como el efecto “de cuerpos de naturaleza indeterminada producidos por el proceso infeccioso”.

Por otra parte, los soportes histológicos en que se apoya Marchand, indican “una inflamación difusa, aguda del encéfalo, siendo esta difusión, justamente, la que explica el trastorno mental y su intensidad”. Cabe hacer notar, asimismo, “que en esta afección, cuya sintomatología mental domina la escena clínica, importantes vísceras (y especialmente el hígado) aparecen honda y profundamente perturbadas, lo que explica, de manera casi rotunda, la gravedad terrible de la afección”.

“Todos los hechos clínicos, biológicos y anatómicos concuerdan —Toulouse subraya— para deducir que se trata de una infec-

ción en la cual el agente transita, sin duda, por vía perivascular para fijarse luego en diversas zonas del encéfalo y secretar desde allí toxinas que van a operar, no solamente sobre las células de los centros nerviosos, sino sobre las de otras vísceras, como el hígado”.

Pero si la Escuela Francesa, aclara de modo tan satisfactorio los problemas patogénicos y etiológicos de la encefalitis hiperazotémica para precisar su origen infeccioso (estado agudo febril, anemia intensa, polinucleosis y linfocitosis, etc.) ignora, todavía, cuál es aquel agente que deambula por las sendas perivasculares de la geografía subcortical del encéfalo y que una vez acantonado y atrincherado en esa plaza fuerte que es el bulbo raquídeo, infunde con venenos el organismo entero, aunque de manera peculiar las funciones uropoyética y bacterio-péxica de la glándula hepática.

En un principio Marchand y sus colaboradores supusieron que ese germen toxi-infeccioso, no era otro sino un virus filtrable, semejante a las demás especies invisibles señaladas como causantes de la mayoría de las encefalitis. Mas, luego, cambiaban de opinión, porque nuevas investigaciones al respecto, les movieron a pensar que el síndrome anatomo-clínico de la Encefalitis Psicósica Aguda Azotémica, bien pudiese “ser producida por agentes infecciosos múltiples”.

En cambio, para los norteamericanos, los gérmenes productores de las encefalitis primitivas, no son otros que los virus filtrables. Y en este punto crucial prosigue el estudio de tan palpitantes entidades nosológicas. Sin duda que la solución del problema únicamente saldrá victoriosa dentro del campo bacteriológico, toda vez que se logre la reproducción experimental de la encefalitis humana, en el organismo animal. Y, quizás, ese día no esté lejano.

Pero como en el modesto terreno de las hipótesis todo es permitido —hasta la cándida osadía de la florida imaginación del trópico—, mi criterio clínico persiste en considerar las encefalitis primitivas (que no las secundarias) como debidas a ultra virus filtrables. Más todavía: mi escasa práctica mental y neurológica, me lleva, por lo mismo, a intuir la unicidad de un virus filtrable, polifacético, evolutivo, y cuya distinta escala o gama de virulencia, según sea ascendente o descendente y según fuere la potencialidad o flacidez del organismo invadido por ese virus, producirá toda una familia de enfermedades encefálicas, es decir, un árbol genealógico de cuyas ramas neuro-psiquiátricas penden la esclerosis en placas y la esclerosis lateral amiotrófica; la polio-

mielitis anterior aguda y la enfermedad de Wilson; la corea y la forma catatónica de la Esquizofrenia; ciertos matices reumatismales y gripales, y finalmente, la encefalitis epidémica y la Encefalitis Psicósica Aguda Azotémica.

Ciertamente que no soy el primero en hallar este parentesco, este "aire de familia" que diría el Profesor Widal, esta similitud "patogénica y psicósica" entre un grupo de enfermedades mentales y neurológicas, que como satélites giran en torno de las encefalitis.

Pero, antes que los libros, el ajetreo clínico me ha enseñado la afinidad sintomática que existe, por ejemplo, entre las sacudidas mioclónicas de la enfermedad de Von Economo y las fibrilaciones musculares, patognomónicas de la enfermedad de Charcot.

Y, ¿qué decir del nistagmus de la esclerosis en placas, de la rigidez parkinsoniana, de los espasmos de torsión, de los movimientos córeo-atetósicos, del temblor peculiar de la enfermedad de Wilson en relación directa, unos y otros, con aquellas zonas extrapiramidales que son las sustancias grises opto-estriadas?

Ninguna enfermedad neuro-mental tan polimorfa, tan variable, cambiante, y transformista y voluble como la Encefalitis Epidémica. Sus diversas fisonomías mórbidas son un verdadero proteo. Para mí tengo que cuando el virus filtrable que posiblemente la produce, tiene escasa virulencia, entonces su variedad clínica se queda y localiza en las astas anteriores de la medula, con el nombre de poliomielitis anterior aguda o enfermedad de Heine-Medin.

Cuando esa virulencia es mediana pero difusa, sus estragos se esparcen, lenta pero seguramente, a todo lo largo y ancho del territorio encéfalo-medular, originando la esclerosis en placas; a mayor exaltación de la virulencia corresponde la esclerosis lateral amiotrófica; a diversas escalas y a distintas fluctuaciones de la virulencia —probablemente en armonía con lo que Trousseau denominaba el genio epidémico—, la unicidad del germen produce unas veces, la forma óculo-letárgica y otras la forma algo-mioclónica; ora la paraplégica, ya la puramente psíquica de la enfermedad de Von Economo. Y en un grado de máxima toxicidad, aquel mismo ultra-virus tendrá por corolario, en ocasiones, la variedad fulminante de Landry, y en otras —las más— la Encefalitis Psicósica Aguda Azotémica. Por ventura, no se han descrito casos de Delirio Agudo Mortal, sintomáticos de la Encefalitis Epidémica? Desde luego que sí.

Tal es la hipótesis, tal la mera y hasta simplista concepción del espíritu. Mas, por absurda que ella sea, es menester respaldarla con algunos argumentos terapéuticos y con ciertas coincidencias epidemiológicas.

Entre las causas ocasionales que con mayor frecuencia presiden al desarrollo de las encefalitis primitivas, dos figuran en el primer plano: la gripe y las amigdalitis. Y es prolijo el argumento de que las anginas son las guaridas, el caldo biológico de cultivo lo mismo de la enfermedad reumática como de la traicionera influenza. Pues bien: aunque bizarro, no por ello deja de ser auténtico el hecho de que epidemias griposas, anginosas y hasta reumáticas, coincidan en repetidas ocasiones con epidemias de herpes zóster, de parálisis infantil, con brotes de Encefalitis Epidémica y con focos dispersos de esclerosis en placas o de la entidad de Charcot. Estas coincidencias inclinan el ánimo hacia la unicidad del virus "alotrópico" (llamémosle así metafóricamente) de la mesocefalitis de Matías Von Ecónomo.

Y esta unicidad hipotética del virus encefalítico, recobra trascendencia si se piensa en que en algunas ocasiones obtiéndose palpable mejoría con la terapéutica salicilada endovenosa y con el tratamiento por la urotropina, así fuere de la Psico-Neuraxitis y en las anginas reumáticas como en la esclerosis en placas, la corea y la enfermedad amiotrófica de Hein-Medin...

En resumen: con todo este acopio de datos sugerentes y sugestivos, no se puede menos de pensar o de opinar —siquiera sea con el espejismo de la lógica efectiva— que las diversas encefalitis primitivas son variedades polimorfas —diferentes peldaños tóxicos— del virus invisible pero poderosamente asolador de la Encefalitis Epidémica. Y con esta ilusoria o verídica concepción etiopatogénica, la Encefalitis Psicósica Aguda Azotémica no sería otra cosa sino una variedad fulminante, un paroxismo mortal del vasto cuadro clínico de Von Ecónomo.

Transformismo, evolucionismo, mimetismo, polimorfismo de un solo y mismo virus encefalítico bajo múltiples escalas de virulencia, bajo diferencias de grado y no de naturaleza. Y como la mitología de no por ser leyenda de la historia sirve, en veces, para hacer captar o comprender mejor lo que no logramos demostrar, estimo que en el caso concreto de la unicidad protéica que rodea y circunda por donde quiera a la Encefalitis Epidémica, el lienzo clásico de Mona Lisa puede servirnos literariamente, claro está, para sutilizar la esencia polifascética de aquella entidad.

En la interpretación de la Gioconda, Leonardo de Vinci buscó siempre en su inexhausta ansiedad filosófica al propio tiempo que las interrogantes del Mal, la incógnita misma del Eterno Femenino.

Para de Vinci, el ancestro de la mujer es la serpiente, ofidio que no pocas religiones antiguas, a la vez que posee hondo significado, tiene, igualmente, "un papel de oposición y de contrabando". Ser inferior por su marcha cautelosa y rastrera, la serpiente, por sus movimientos ondulatorios, "sugiere la idea de algo que penetra en todos los resquicios", cuya mordedura venenosa es emblema patente del mal.

Conocedora de todos los escondites, la terrible víbora insinúase por dondequiera, simbolizando, así, tradicionalmente, el instinto ciego de la lujuria, el vertiginoso raptus de insaciables espasmos físicos.

Un grado más en la evolución filogenética y mítica y topamos con el reptil transformado en Medusa, cuya leyenda personifica en ella, "junto con la facultad receptora de la Naturaleza, el deseo incontenible de la procreación impelido hasta el frenesí sexual".

La Medusa, que no es otra cosa sino un cuerpo de serpiente terminado por estupendo busto de mujer, encarna en la tradición griega una divinidad tornadiza nacida para infundir el anhelo gestor o la perpetuidad indefinida de la especie.

Tan atrayente era el dorso de Medusa, que Neptuno unióse con ella, naciendo luégo de este amor, una tropa feliz de Tritones y Nereidas. Mas, la diosa voluble e insatisfecha, se dejó seducir por los Titanes, de cuya unión maléfica creció la más pérfida prole de monstruos.

La maldición implacable de los dioses cayó entonces sobre ella. Pero, con ello y todo, aunque conservaba todavía el secreto de seducir, adquirió, ahora, el de matar. "Atraía con la mirada, envenenaba con el soplo, destruía con su abrazo voluptuoso a cuantos se la acercaban." La perversa Medusa habíase transformado en Gorgona. Los dioses acabaron con aquel espantoso genio del mal. De un tajo, Perseo la decapitó. Torrentes de sangre inundaron la nuca magnífica. De las carótidas abiertas escaparon dos corceles, mientras en las convulsiones, agónicas, los cabellos descompuestos de Gorgona, se trocaban en desordenado y babeante nudo de víboras.

A esta síntesis mitológica de la evolución de la serpiente en mujer —pasando sucesivamente por la Medusa y por Gorgona— Leonardo de Vinci le dio vida y esencia en su inmortal cuadro de La Gioconda. En Mona Lisa, a la par que el mago del Renacimiento Italiano hallaba el sustratum de lo Eterno Femenino, encontró, asimismo, la clave del mal. Porque en esos ojos indescifrables o en aquella boca ondulante, unas veces navega la bondad fingida, y otras, semeja como si apareciera el rútilo encantamiento de la víbora.

Mona Lisa es la Medusa antes de convertirse en Gorgona. De ahí que Leonardo pintara en el lienzo únicamente el busto, diluyéndole a la deidad perversa, con exquisita maestría, la parte inferior del cuerpo, imaginado en forma de reptil.

Pero en las rocas basálticas, así como en el grávido panorama que sirve de perspectiva al busto de Mona Lisa, se advierte y adivina la torsión funesta del ofidio y las trenzas convulsas de Gorgona entre la envolvente perplejidad de lo desconocido...

Verdad que toda esta comparación mitológica es hipotéticamente valedera en tratándose del evolucionismo proteiforme de la Encefalitis o de la potencialidad transformadora de su ancestro, el virus filtrable?

Detrás de la inquietante y funesta sonrisa de la Gioconda, palpita la Medusa convertida en Encefalitis Epidémica. En las múltiples y adúlteras cópulas de la diosa perversa, aparecen las víboras y los monstruos, que unas veces se apellidan, clínicamente, poliomiélitis anterior aguda, esclerosis en placas y enfermedad de Charcot. Y en la mirada convulsa y letalmente envenenada de la repugnante Gorgona, se exterioriza, la invasión trágica de la Encefalitis Psicósica Aguda Azotémica.

Edmundo Rico

Mayo de 1944.

BIBLIOGRAFIA

- Achard.*—L'état de rétention dans l'organisme au cours maladies aigües.
Dieulafoy.—Manuel de Pathologie Interne.
Dublineau et Targowla.—Sur la modalité évolutive paroxystique de la Paralyse Générale.
Hohman.—The Pathologic Anatomy of Encephalitic.
Leaderich.—Métabolisme des albuminoides.
Marchand - Toulouse - Courtois.—Les Encéphalites Psychosiques azotémiques.
Merkiem.—Sur une forme d'insuffisance hépato-renal.

Merklem et Kudelski.—Sur la valeur pronostique de l'azotémie dans les infections aigües.

Neuberger.—Les psycho-névrites.

Nobécourt.—Azotémie des nourrissons.

Rivers.—The nature of viruses.

Roy y Grinker.—Neurología.

Sánchez Luis Jaime.—Investigaciones sobre Esquizofrenia y otros estudios.

Targowla.—Azotémie el troubles mentaux.

Schuré.—Les prophètes de la Renaissance.

Targowla.—Azotémie te troubles mentaux.

Vallery - Radot.—Maladies des Reins.

Widal.—Reins. Nouveau Traité de Médecine.

INFORME DEL ACADEMICO PROFESOR GUILLERMO URIBE CUALLA SOBRE EL TRABAJO ACADEMICO "LA ENCEFALITIS PSICOSICA AGUDA AZOTEMICA", DEL PROFESOR EDMUNDO RICO

Habiendo sido nombrado por el señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina, para informar sobre el trabajo presentado por el Profesor Edmundo Rico, y que se titula "La Encefalitis Psicósica Aguda Azotémica", rindo el concepto correspondiente, después de haberlo leído con atención, y el cuidado necesario.

Pero antes quiero dejar constancia que me ha sido muy placentero el venir a informar sobre un trabajo elaborado por un distinguido profesor, aun cuando el suscrito sea el menos preparado en las vastas y difíciles disciplinas psiquiátricas. Pero sea esta la ocasión de pronunciar algunas palabras a manera de introducción, sobre la destacada personalidad de Edmundo Rico, quien se presenta en esta noche con indiscutibles méritos científicos; a postular su nombre para candidato de miembro de número de esta ilustre corporación. Lo conocí desde los claustros antiguos de la Facultad de Medicina, donde siempre se distinguió como estudiante consagrado, inteligente, observador, y que al paso que se nutría con el acopio de conocimientos médicos, ya se perfilaba su incisiva pluma, cuando en elegantes siluetas destacaba las ilustres figuras de los profesores de la Facultad. Des-

pués permaneció por varios años en Europa, donde se dedicó especialmente a la neuro-psiquiatría, que ha llamado principalmente su atención, aun cuando también ha sido un clínico general muy avezado. A su regreso al país, vino a figurar entre nuestros mejores profesionales, por su criterio clínico, su consagración al estudio, y sus bellas condiciones de amigo y compañero inmejorable. Ha sido un polemista combativo porque ese ha sido su temperamento; ha tenido sus fricciones en el campo científico, pero que se diluyen en el ropaje elegante de su estilo pulido y castizo. Pero a pesar de todas estas escaramuzas propias de su carácter inquieto, nadie podrá desconocer su espontánea franqueza, su altiva independencia, su ética profesional; su admirable estoicismo y serenidad ante los embates de la vida, brillando como cualidades sin par un arraigado afecto a su padre, también profesional eminente, de quien sin duda heredó su talento y distinción, y el culto permanente y refinado a su única heredera, centro privilegiado de sus afectos, y como finísimo de las más puras esencias de amor paternal.

Y ahora entremos en materia: Principia la ordenada exposición del Profesor Rico con una introducción titulada "La Encefalitis Psicósica Aguda Azotémica", donde destaca el hecho trascendental para la historia de la psiquiatría en Colombia, de que el Profesor Maximiliano Rueda Galvis había descrito en sus conferencias de neuropsiquiatría, un síndrome que él consideraba como "una variedad mortal del delirio agudo". Y efectivamente el doctor Luis Jaime Sánchez, distinguido psiquiatra, en su volumen publicado en 1943 como tesis, en el capítulo titulado "El grupo de las llamadas psicosis azotémicas y su relación con la encefalitis", dice lo siguiente: "El conocimiento clínico que entre nosotros se tiene de este grande síndrome encefalítico, se debe íntegramente al Profesor Maximiliano Rueda. Cuando aún la descripción pormenorizada del cuadro patológico no había sido hecha por Marchand, Toulouse y Courtois, el Profesor Rueda se adelantó a los ilustres investigadores franceses, y desde su cátedra llamaba la atención hacia las peculiaridades del "delirio agudo" mortal. Fue asimismo el Profesor Rueda quien envió a Marchand las primeras piezas histológicas de encefalitis que entre nosotros se observaron, y tuvo la sorpresa agradable de recibir una comunicación de Marchand, en la cual le anunciaba que las lesiones observadas por el Profesor Maximiliano Rueda, correspondían exactamente a las de un síndrome, que por ese entonces estudiaba el

sabio francés, y que más tarde bautizó con el nombre de "encefalitis aguda hiperazotémica". Puede considerarse al Profesor Rueda como uno de los precursores en el estudio de este síndrome".

Con mucha razón se lamenta el Profesor Rico, de que el Profesor Rueda no hubiera plasmado una monografía de tan apasionado tema, en el cual había sin duda desempeñado un papel brillante como observador clínico de un síndrome psiquiátrico trascendental. En seguida revela cual es el contenido de su trabajo presentado a la consideración de la Academia. Que habiendo recibido las enseñanzas del Profesor Rueda, ha podido diagnosticar y pronosticar, tres casos de encefalitis psicósica aguda azotémica, esbozando una hipótesis patogénica con posible parentesco etiológico con otras enfermedades mentales, dependientes del ultravirus. Y quiere dedicar su exposición a la memoria del insigne psiquiatra Profesor Rueda Galvis, que hoy echa de menos la Academia en sus deliberaciones, y cuya pérdida irreparable, constituye un motivo de justo duelo para todos sus miembros, que veían en él al más alto exponente de las ciencias psiquiátricas en Colombia.

Viene en seguida el capítulo titulado "El síndrome mental", mas antes de analizarlo es bueno que precisemos el concepto de lo que se entiende por una encefalitis. Una encefalitis es una enfermedad mental producida por un proceso inflamatorio, circunscrito o difuso, del parenquima encefálico. En los estados infecciosos agudos o crónicos dependientes de los más variados agentes microbianos, surgen no es raro, manifestaciones encefalíticas, que generalmente se acompañan de disturbios mentales. En el período agudo de las encefalitis, el síndrome más comprobado es el "síndrome confusional", y en el período crónico el "síndrome esquizofrénico" bastante común. Por este motivo ante los casos oscuros, que se exteriorizan por esos síndromos, hay que investigar la posibilidad de una encefalitis progresiva. Dentro de las encefalitis hay algunas producidas por "virus", como la encefalitis epidémica, la encefalitis vacunal, la encefalitis de las enfermedades eruptivas (sarampión, escarlatina, viruela, etc.), y muchas otras más. Las encefalitis se manifiestan frecuentemente por el síndrome confusional en el período agudo, al paso que en las sub-agudas y crónicas o residuales, se manifiestan con otros síndromos, debiendo mencionar especialmente el síndrome esquizofrénico. Con mucha frecuencia el síndrome confusional evoluciona y se transforma en un verdadero "síndrome esquizofrénico", y el cual pue-

de permanecer indefinidamente, o regresar, o desaparecer. Es por esto que Regis decía: "Que la demencia precoz no era sino una confusión mental crónica en muchos de los casos". El estudio de las encefalitis ha evolucionado sensiblemente en los últimos años: hoy no se puede dudar que las perturbaciones mentales más variadas pueden surgir precoz o tardíamente, como consecuencia de encefalitis aparentemente benignas, y que con frecuencia pasan inadvertidas. Debe desconfiarse de los delirios febriles más o menos persistentes, de los estados confusionales en el curso de las enfermedades infecciosas, pues no es raro constituyan los únicos indicios de una encefalitis. La gripa, la neumonía, la fiebre tifoidea, y otras enfermedades infecciosas generalés, determinan con frecuencia, procesos encefalíticos que pasan inadvertidos, y son los verdaderos responsables de estados de enfermedad mental. Existen sin duda numerosos casos de esquizofrenia que se tienen en los hospitales de enfermos mentales, y son simplemente casos de encefalitis, en el período sub-agudo o crónico residual, que se manifiestan por el síndrome esquizofrénico. (De la Nosología Psiquiátrica.—De Edgardo Pinto César).

En este relato el Profesor Rico describe sintéticamente los estudios de Marchand, Tolouse, y Courtois; hace un resumen de las formas más frecuentes de encefalitis psicósica aguda azotémica, en las siguientes etapas: 1º El período prodrómico de dos o cuatro semanas, o de pocos días, o ausente. 2º Período de estado, con fiebre, agravación incoercible y confusión mental; semejante a los observados en la dotiententeria, la granulia, etc. De cinco a ocho días de duración. 3º Período de calma (3 a 5 días). Y que puede llevar a error, por pensar en una mejoría, cuando se trata de una simple remitencia, que después se agrava en forma desesperante. 4º Período terminal, con estupor progresivo (dos a cuatro días), y coma agónico de algunas horas. Y recordando cómo en la patología interna, hubo formidables clínicos y expositores, cuya intuición era admirable, trae muy oportunamente un estudio de Dieulafoy titulado "Locura brígica", tan completo y detallista, donde se describen las variadas formas de la uremia, tanto en su aspecto maniaco, como depresivo, contemplando los mismos períodos que en la Escuela de Toulouse.

En relación con las formas de la encefalitis psicósica aguda azohémica me parece interesante citar un trabajo del doctor M. F. Beca (eminente psiquiatra de Santiago de Chile), titulado "Relaciones entre encefalitis psicósica y esquizofrenia"; dice así en

sus apartes más ilustrativos: "Cuando la experiencia comenzó a mostrarme como a todos, casos de esquizofrenia con síntomas corporales acentuados, especialmente humorales, y por otra parte, casuística abundante de psicosis sintomáticas, con todo el cuadro clínico de la esquizofrenia, mi atención se detuvo curiosa e interesada en cada uno de estos pacientes. Marchand y Courtois habían descrito la encefalitis psicósica, como un cuadro anatomopatológico, cuya expresión sintomática podía ser confusional; pero otras veces de aspecto esquizofrénico y de curso sub-agudo o crónico.

Existía una forma clínica de esta enfermedad o síndrome, fácil de distinguir y precisar por acompañarse de uremia alta; la encefalitis psicósica aguda azoémica. Me preocupé de encontrarla, observarla y seguirla hasta la mesa de autopsia y el microscopio. En su hispatología no encontré verdadera encefalitis en el sentido en que los neuropatólogos han fijado este concepto; faltaba para el "complejo sintomático encefalítico", la existencia de infiltrados celulares, "conditio sine qua non", según Spatz y toda la escuela clásica de patología cerebral, para poder hablar de inflamación. En el último número de 1941 de la Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas, me he ocupado "in extenso" de este aspecto del problema. Existen en los casos de encefalitis psicósica uremigena, alteración degenerativa de las neuronas y proliferación de la glia, especialmente de la oligodendroglia. Esto último y algunas modificaciones neuronales y vasculares, constituyen procesos activos; pero no defensivos sino regenerativos, y no se trata, por lo tanto de inflamación ni de encefalitis, en sentido estricto. Es una pseudo-encefalitis o encefalitis parenquimatosa de Virchow, o como dicen otros, encefalosis. Lignel-Lavastine ha propuesto recientemente para este substrato anatómico la designación de encefalopatía. Estos hechos destruían en parte la unidad creada por Marchand y Courtois; pero quedaba en pie el cuadro clínico de las encefalitis psicósicas. De él me interesaba en especial la aparición posible de signos de la serie esquizofrénica a veces, insisto, de evolución crónica o sub-crónica. Respecto a la sintomatología aguda confusional, designarla como encefalitis psicósica, no era sino dar otro nombre a las psicosis tóxicas, al delirio agudo de los franceses, a la psicosis sintomática de Bonhoeffer. En cambio, la existencia de síntomas esquizofrénicos junto a alteraciones humorales—en un estado de curso más lento—planteaba el problema, difícil de resolver en cada caso en que

se encuentren reunidos; acerca de si se trata de un proceso esquizofrénico acompañado de signos humorales, que pudieran traducir una perturbación metabólica, base orgánica de ese mismo proceso; o bien, de una modificación de las estructuras cerebrales, digamos encefalitis o encefalopatía, determinante de alteraciones humorales, como la uremia, y de un sintomatismo esquizofrénico”.

Sigue luégo en el trabajo que estudiamos, el capítulo titulado “el síndrome humoral”. Aquí se destaca la importancia de la búsqueda sintomática y biológica, un substratum humoral concordante con la objetividad clínica. Y que el Profesor Marchand fue el primero en demostrar la importancia fundamental y trascendente, que en la encefalitis psicósica aguda tiene la investigación de la urea sanguínea. Se observan hiperazohemias en que se encuentra de 3 a 6 gramos de urea por litro. También la tasa de la urea en el líquido cefalorraquídeo está elevada. Desde el punto de vista renal es habitual la oliguria, albuminuria frecuente, pero escasa; pero que indudablemente en esta enfermedad la azohemia es la que mejor permite seguir su marcha, su diagnóstico y pronóstico; que se fundamenta en la curva intensa y progresivamente ascendente de la urea sanguínea.

Sobre este tópico me parece interesante citar una comunicación que fue presentada a la Sociedad Médico-Psicológica de París por P. Giraud y J. Chapouland sobre “Las lesiones renales en el delirio agudo” y que dice así: “Marchand y Courtois son los primeros en llamar la atención sobre la importancia de la azotemia en el síndrome delirio agudo. No insistiremos sobre sus estudios conocidos por todos los psiquiatras. Para ellos varios factores parecen condicionar la hiperazotemia; las perturbaciones funcionales del riñón: albuminuria ligera, y sobre todo oliguria. La concentración ureica, que varía de 10 a 25 gramos, no es muy débil en sí, pero precisamente a causa de la oliguria, no puede despejar el organismo del exceso de urea. Esta insuficiencia de la actividad renal depende para ellos del estado del sistema nervioso central, y particularmente de la alteración de los centros vegetativos de la base del cerebro. Esta concepción, creemos nosotros, es la de todos los autores que se han ocupado del delirio agudo. En una precedente comunicación Giraud y Sauné, han relatado los trabajos de Cristophe sobre la enfermedad experimental de los quemados, y relacionando las experiencias de este autor que demuestran que en el perro, la perfusión localizada a

la cabeza de un animal sano con sangre proveniente de un miembro de un animal gravemente quemado, es suficiente para provocar perturbaciones funcionales del riñón, y en seguida una verdadera nefritis epitelial. Durante el invierno de 1936 a 1937, y durante el mes de noviembre de 1938, asistimos a una verdadera pequeña epidemia de delirio agudo, y hemos considerado interesante estudiar el estado histológico del riñón de los enfermos fallecidos. En los casos que curan, es cierto que las alteraciones renales son rápidamente transitorias; en algunos días la azohemia cae, por ejemplo, de 3.50 a 0.60, pero no se encuentra en la orina ni cilindros, ni albúmina; el examen del enfermo no demuestra ningún signo de insuficiencia renal. No conocemos el estado anatómico de estos riñones, pero sabemos que si hay lesiones, la restitución ad integrum al menos funcional es muy rápida. Pero será siempre así especialmente en los casos mortales? Marchand y Courtois señalan algunas veces una "tumefacción turbia de los tubos uriníferos"; dos casos de nefritis sub-aguda y un caso de nefritis aguda supurada. Girard, Cornut y Moreau no han encontrado verdadera lesión de nefritis aguda. Hemos examinado los riñones y casi siempre el hígado y el sistema nervioso de nueve casos de delirio agudo mortal, que había durado de 7 a 15 días, sin contar el período prodrómico, y de algunos días pasados en los hospitales antes del internamiento. En dos casos encontramos lesiones poco importantes, pero en los otros siete casos las lesiones renales son muy netas, y de un aspecto unívoco. A los dos casos sin lesión apreciable agregaremos un décimo caso, proveniente de una parálisis general, que terminó en caquexia y escaras, y que nos ha servido de testigo. En el medio donde nosotros actuamos, la autopsia es practicada por lo menos 24 horas después de la muerte, no debe esperarse encontrar imágenes absolutamente semejantes a las de los tratados de histología normal. No tratamos de encontrar, en los tubos contorneados, los límites celulares, que son indistintos en el estado normal; pero reparamos fácilmente la regularidad de la luz del tubo, algunas en brocha, las particularidades del citoplasma y del núcleo. Las tres primeras microfotografías que nosotros proyectamos, presentan lo que consideramos como normal. En la tercera imagen se ha escogido una región intacta; se puede encontrar en otras preparaciones del mismo riñón, lesiones netas. He aquí un caso en el cual existe una pielonefritis con numerosos cilindros, pus, células del riñón y del bacinete, numerosos microbios, hiperleucosito-

sis de 23.000 elementos; cuando se trata de un delirio agudo septicémico con azohemia enorme, que llega a 6 gr. 50 durante ocho días, las lesiones renales son muy acentuadas, mucho más que en los otros casos. La proyección comprueba: 1º La dislocación completa de la estructura de los tubos contorneados, la desaparición de casi todos los núcleos, de depósitos abundantes en el interior de las piezas intermediarias, la enorme distención de la luz del glomérulo. Es curioso el observar que estas lesiones no difieren de aquellas que se encuentran en los casos donde la orina no presenta elementos anormales. En otros dos casos que se refieren a enfermos de 48 a 49 años, las lesiones de nefritis crónica són anteriores a las de la nefritis aguda provocadas por el delirio y coexistiendo con ella. Un caso sobre todo es característico, el riñón contiene verdaderos quistes de nefritis crónica en su superficie, numerosos glomérulos son reemplazados por esférulas homogéneas hialinas; en unos de los casos se comprobó simplemente una proliferación difusa de fibrillas colagenas. Ahora tratamos de las lesiones renales que consideramos como provocadas directamente por el delirio agudo. Señalaremos que entre más se prolongue la enfermedad, las lesiones serán más acentuadas, sobre todo sucede en aquellos casos en los cuales el resultado del tratamiento (toni-cardíacos, tónicos nerviosos, suero glucosado, etc.) ha prolongado la vida del enfermo, dando tiempo a que las lesiones renales se constituyan.

1º Las lesiones no invaden todo el riñón, sobre todo en los casos ligeros; aun en una sola preparación, se encuentran al lado de regiones sanas, regiones muy lesionadas. 2º El elemento esencial es el ataque de los tubos contorneados; los núcleos se colorean mal, los núcleos desaparecen, la luz central es irregular, después desaparece, o bien se ensancha y se llena de productos de disgregación; el citoplasma se vuelve granuloso y acidófilo. En algunos casos las secciones de los tubos contorneados, en lugar de estar íntimamente yuxtapuestos, están separados por una especie de edema intersticial. En contraste con estas lesiones acentuadas, las piezas intermediarias están casi siempre intactas. 3º Los glomérulos son algunas veces normales en los casos ligeros, pero cuando la enfermedad se prolonga, el espacio entre el ansa vascular y la cápsula se ensancha bastante. 4º Al nivel de las pirámides los tubos colectores són en lo general muy poco lesionados, pero su luz está llena de productos de disgregación; masas amorfas, acidófilas, hematies intactos, o residuos de hematies, etc.

5º Como en la mayor parte de los órganos la congestión es muy frecuente. Es algunas veces difusa con hemorragias en los tubos colectores, y algunas veces se constatan verdaderos infartos renales, con reacción acidófila del tejido, sobre todo en la región cortical. En resumen, encontramos algunas veces en los delirios agudos mortales, sobre todo su evolución es un poco prolongada, lesiones de nefritis epitelial, y aun de glomérulo-nefritis. Ya hemos señalado que se trata de autopsias practicadas 24 horas después de la muerte, y cuando no existían todavía lesiones cadavéricas apreciables. Hagamos una restricción; en un caso de pielonefritis aguda, el proceso de putrefacción ha sido de una rapidez extrema, el riñón y el hígado contienen microbios, las lesiones hepáticas son en gran parte cadavéricas. Esta particularidad nos ha hecho estudiar por los métodos del azul de Kuhne, los microbios en el riñón y el hígado, pero sin haberlos podido comprobar. Agregaremos que ninguno de nuestros enfermos recibió medicamentos capaces de agravar las lesiones renales, y que nunca se pasó de la dosis de un litro a litro y medio de suero intravenoso, en aquellos enfermos que lo necesitaron.

El Profesor Marchand hizo sobre esta exposición los siguientes comentarios: "Las lesiones de los riñones en el curso de la encefalitis psicósica aguda azohémica son variables e inconstantes, como lo acaban de demostrar los doctores Guiraud y Chappoulaud. La tumefacción turbia de los tubos uriníferos es la lesión más frecuente. Como yo lo he sostenido con Courtois, estas lesiones no son la causa de la hiperazohemia, porque ella no se modifica en los casos en que el parenquima renal está muy lesionado, o en aquellos en que su lesión es menos considerable. He podido comprobar, pues, en raros casos, una nefritis supurada, pero tratándose de un proceso secundario terminal, parecido a otras supuraciones, que pueden aparecer en la etapa final de la enfermedad".

ESTUDIO ANATOMO-PATOLOGICO.—En este capítulo se habla de la tendencia moderna a considerar a los "virus filtrables como los gérmenes más posibles productores de la mayoría de las infecciones primarias del eje encefalomedular. Expone el concepto de Rivers sobre los virus y ultra-virus, que se caracterizan por lo siguiente: invisibilidad por los métodos microscópicos; incapacidad de ser detenidos por filtros impermeables a las bacterias bien conocidas, e imposibilidad de propagarse en ausencia de células susceptibles".

En cuanto a la clasificación de sus formas clínicas cita la de Neuberger a saber: 1º Meningo-mielitis difusa; como en la esclerosis en placas, poliomiélitis, encefalitis epidémica. 2º Psico-encefalitis de marcha primitiva (encefalitis hiper-azotémica). 3º Psico-encefalitis que sobreviene con ocasión de enfermedades generales febriles, como la gripe, neumonía, disentería, etc. Psico-encefalitis por isquemia cerebral, como en las anemias perniciosas. La clasificación que trae Putnan y Alexander, nos parece muy conveniente para precisar la etiología de las encefalitis: 1º Encefalitis infecciosas; piógenas, sifilíticas, tuberculosas, parasitarias, epidémica, poliomiélica, rábica, herpética. 2º Encefalitis no infecciosas; alcohólicas, plúmbica, por benceno, por arsénico; pelagra, anemia perniciosa; 3º Encefalo-mielitis diseminada (son infecciosas pero de lesiones neuro-histológicas distintas). 4º Tipos no clasificados de encefalitis: Encefalitis neo-natorum-Encefalitis sérica.

En seguida el Profesor Rico, transcribe cuales son las lesiones microscópicas que Marchand considera como características de las encefalitis hiper-azotémicas, cuando dice que "existe una doble pareja histo-patológica, a saber: lesiones vasculares y una satelitosis embrionaria cuyo principal lugar de asiento predomina e impera en los lóbulos frontales".

Se refiere en seguida a la obra del doctor Luis Jaime Sánchez de la cual transcribe los siguientes apartes: "Desafortunadamente las modificaciones anteriormente descritas y que parecieron ser peculiares a un proceso infeccioso o tóxico prolongado, se han podido provocar, así mismo con sustancias distintas. Claude, las produjo con toxina tetánica; Cerri y Besta con inoculaciones de *Aspergillus fumigatus*; Meyer con monóxido de carbono; Rivers y Schmentker con extracto de cerebro; Putnam con la simple obstrucción de las arteriolas cerebrales; Hoefler, Putnam y Gray con la administración intravenosa de diversos coagulantes "y sobre lo cual hace los siguientes comentarios: "Mas bien sustenta los soportes parenquimatosos de estas afecciones primarias del eje encefalo-medular, porque experimentalmente son producidas por toxinas o por elementos extraños y desequilibrantes del plasma sanguíneo que luégo van a dislocar la arquitectura del cerebro. La etiología posible de las encefalitis parece residir en la penetración de ultra-virus filtrables; y acaso, estos gérmenes biológicos no secretan sustancias tóxicas que, desencadenan lesiones especiales reproducidas así mismo, experimentalmente? Claro que

sí". A mi modo de ver, tiene razón el Profesor Rico, cuando argumenta que en estas encefalitis agudas azotémicas se producen lesiones anatomo-patológicas que alteran la arquitectura cerebral, probablemente bajo la acción de toxinas que producen los virus filtrables, que penetran en su parenquima, y que también producen similarmente otras sustancias tóxicas, y aun otros cuerpos extraños que ponen en desequilibrio el plasma sanguíneo; pero también me parece lógico el argumento del doctor Sánchez, cuando afirma que estas lesiones anatomo-patológicas, no son específicas histológicamente de estas encefalitis psicósicas agudas, sí también pueden ser producidas por la influencia de otras toxinas o sustancias extrañas que nada tiene que ver con los ultra-virus filtrables, que se suponen sean la causa eficiente de esta clase de encefalitis. Creo que este problema de la especificidad histológica de las encefalitis agudas azotémicas, sólo quedará demostrada cuando un gran número de autopsias practicadas en individuos que hayan fallecido de esta enfermedad, comprueben que siempre se encuentran las mismas lesiones, y que sean ellas diferentes de las lesiones cerebrales, que se encuentran en otras clases de encefalitis.

LA TOXICIDAD DE LA UREA.—Este capítulo referente a la toxicidad o no toxicidad de la urea, es muy erudito, y pone de presente las experiencias de Quinquaud y Brehant, de Bouchard y de Weill, para demostrar su gran poder tóxico; aun cuando algunos autores sostienen que el peligro no reside propiamente en la toxicidad de la urea, sino de otros cuerpos azoados diferentes a ella; "el exceso de amoníaco y de ácidos aminados, los polipéptidos; pero llamando la atención de que hay muchas graves azohemias sin acidosis. También otros llaman la atención hacia la creatinina, producto que resulta de la desasimilación de la molécula albuminóidea; y que en los casos de estas psicosis, sería conveniente investigar en la sangre paralelamente a la urea. Es importante la observación de que siendo el hígado el gran órgano uropoyético, y cuando él adolece de graves deficiencias en su funcionamiento, como sucede en la encefalitis aguda azohémica, la producción de urea allí se restringe; y se acumula en la sangre no haciéndose tolerable, sino que por el contrario es letal y patológica. Es decir se verifica el fenómeno paradójico de que limitándose su formación en el hígado, sin embargo aumenta en la sangre, y esa urea en exceso, se torna intolerable y con toxicidad ma-

nifiesta. Es decir, se modifica su cantidad y sobre todo su calidad, al hacerse eminentemente tóxica.

TRES HISTORIALES CLINICAS DE ENCEFALITIS PSICOSICA AGUDA AZOHEMICA.—Como remate necesario de su trabajo presenta tres historias clínicas de su clientela civil, en las cuales por los signos clínicos hizo el diagnóstico de esta entidad patológica; y pronosticó su terminación fatal. En la primera historia, se trata de una mujer joven, que había tenido antecedentes de una manía aguda en la pubertad; tuvo los síntomas de un delirio agudo mortal; temperatura 38.5 grados; la urea en la sangre pasó de tres gramos, y vino el estado de coma y muerte; su evolución duró un mes. La segunda historia clínica fue interesante, porque se trataba de un individuo atacado de una sífilis nerviosa. Con antecedentes de una crisis depresiva; y después de muchos años se creyó en una parálisis general; pero en su última etapa, la hipertermia, y la azohemia de 3 gramos con 28 centigramos por mil, y el coma final, hicieron el diagnóstico de una encefalitis psicósica aguda azohémica.

La tercera historia se refiere a una mujer joven con antecedentes pitiáticos, presentándose después de un estado depresivo. le sobrevino una crisis de agitación maniaca, durante la cual se comprobó una azohemia de 5 gramos por mil; terminando fatalmente en estado hipertérmico y coma final. Como lo dice el autor, en estas historias faltó el examen del líquido cefalo-raquídeo, el examen de la orina, la fórmula leucocitaria y sobre todo las autopsias correspondientes para comprobar las lesiones anatómopatológicas. Pero es indudable que sus antecedentes psico-páticos, su edad, los signos de orden psíquico, la hipertermia y la comprobación de una azohemia altísima, sirvieron de suficiente base científica para hacer el diagnóstico, y formular el pronóstico fatal que los tres clientes citados tuvieron, Es lo más probable que en caso de haberse practicado autopsias, las lesiones anatómopatológicas cerebrales, habrían ratificado el diagnóstico.

HIPOTESIS ETIOLOGICAS Y PATOGENICAS.— En esta parte que es bastante original, se esboza la teoría de que estando admitido por los estudios contemporáneos que la causa de las encefalitis reside en distintos virus filtrables que se localizan en los centros nerviosos superiores y envían sus toxinas a toda la economía, supone que este virus sea único, probablemente el mis-

mo que produce la encefalitis epidémica o enfermedad de Von Economo, y que siendo, único sin embargo es polifacético, y dependiendo su localización en el sistema nervioso, y aun, su gravedad, de la mayor o menor virulencia que tenga, de la mayor o menor resistencia de las defensas orgánicas, siendo variable su forma ascendente o descendente, circunscrita o generalizada, unas veces localizándose en las astas anteriores de la medula, como en la poliomiелitis anterior aguda o enfermedad de Heine-Medin; se hace difusa en el territorio encefalo-medular, produciendo la esclerosis en placas, o si ella se exalta, originando la esclerosis lateral amiotrófica. Y es tan multiforme su virulencia y desarrollo que dentro de una misma entidad como es la encefalitis epidémica, se presentan distintas modalidades como la oculoletárgica, la algo-miclonia, la paraplégica, la puramente psíquica. Y su estallido será gravísimo, cuando llega a su máximo poder tóxico, culminando en las formas fulminantes de Landry, o el tipo gravísimo de la encefalitis psicósica aguda azohémica. Es una ingeniosa teoría no desprovista de razonamientos; y para la cual trae argumentos de orden colateral, como son las epidemias griposas y anginosas y reumatismales, que vienen a coincidir con brotes también epidémicos de encefalitis epidémica, esclerosis en placas, enfermedad de Charcot, que vendrían a demostrar la unicidad del virus alotrópico, con sus distintas faces y manifestaciones. Es también argumento que vale en relación con la posible unicidad del virus encefalítico, el hecho de que un mismo tratamiento a base de terapéutica salicilada endovenosa y de urotropina, tenga éxito, en las psico-neuraxitis, anginas reumatismales, esclerosis en placas, corea, enfermedad de Hein-Medin... son enfermedades que tienen signos clínicos distintos, pero que pueden tener una causa infecciosa idéntica, que se modifica con los mismos medicamentos.

Y para finalizar su exposición en este capítulo de la etiología infecciosa en la cual figura un virus posiblemente único pero polifacético, nos trae su autor, que a la vez que científico es notable literato, una comparación de carácter mitológico, por la cual desfila la "inquietante y funesta sonrisa de la Gioconda y donde palpita la Medusa convertida en encefalitis epidémica". Es una gráfica comparación que aunque arrancada a los clásicos cuadros de un artista sublime, nos da una idea bastante completa de las posibilidades de un virus exaltado cuya virulencia y tremendos estragos es capaz de producir una rica gama de locali-

zaciones nerviosas que dependen de muchos factores casi todos desconocidos, y que por esto mismo aguzan la inteligencia del clínico, para forjar hipótesis y teorías, cuya demostración está lejana, pero que sin duda vienen a enriquecer la literatura médica patológica, siempre abundante en elucubraciones y escarceos, por los amplios y dilatados caminos de la investigación científica.

Y como síntesis de esta prolongada exposición que talvez se ha desviado un poco de las reglas protocolarias de un escueto informe, termino proponiendo a la consideración de los honorables académicos lo siguiente: Considérase el trabajo del Profesor Edmundo Rico como una contribución notable al estudio de la "Encefalitis Psicósica Aguda Azotémica", y acéptase su nombre como candidato para miembro de número de la Academia. (1). Publíquese su importante comunicación en la Revista de la Facultad de Medicina, y lo mismo el presente informe.

Señores Académicos,

Vuestra Comisión,

GUILLERMO URIBE CUALLA

Bogotá, 25 de mayo de 1944.

(*) El Profesor Rico fue aceptado como Miembro de Número de la Academia Nacional de Medicina, en la sesión del día de agosto de 1944, cuando se hizo la votación reglamentaria para llenar con los candidatos, miembros correspondientes, las dos vacantes dejadas por la desaparición de los Académicos, Profesores Marco A. Iriarte y Maximiliano Rueda Galvis.

USO CLINICO DEL CURARE

PROFESOR ALFONSO ESGUERRA GÓMEZ

A tiempo que se estaba desarrollando algunos ensayos experimentales en el Laboratorio de Fisiología, con el ánimo de analizar los fenómenos del tétano muscular y de los temblores, llegó a nuestras manos cierta literatura médica que hacía referencia a los ensayos de adaptación del curare a la terapéutica. Como nosotros también nos habíamos interesado por el estudio de la acción del curare, nos decidimos a ensayar en un caso clínico esta sustancia descubierta por los indios del Orinoco y alto Amazonas.

ORIGEN DEL CURARE EMPLEADO.—Fue traído por Gonzalo Montes D. en 1939 de la Comisaría del Vichada. Pertenece a la clase de los curares de calabazo; su aspecto físico, una vez triturada la sustancia, es el de un polvo carmelita negruzco, parcialmente soluble en agua. La solución es de sabor amargo y cierto olor que recuerda el amoníaco. Se hicieron en el laboratorio ensayos en animales para determinar su actividad y toxicidad. Se pudo establecer así que el producto era activo y no poseía toxicidad apreciable distinta de la que le da su acción farmacológica específica. De estos ensayos también se concluyó la forma de aplicación y dosificación que luégo se empleó en el caso clínico que se resume a continuación:

D. B. U., 33 años de edad; natural de Soacha. Antecedentes hereditarios sin importancia. Antecedentes personales: hace 20 años tuvo fiebre tifoidea; hace 15 años sufrió de una enfermedad que le fue diagnosticada como encefalitis letárgica.

La enfermedad actual le comenzó hace unos cinco años por un temblor fino de la mano derecha; con el tiempo este temblor se ha extendido a otras partes del cuerpo, se ha hecho más intenso y se ha complicado de disartría y dificultad para la marcha,

El estado actual del paciente denota que padece de un síndrome de Parkinson: Temblor espontáneo de los dos miembros superiores y de la pierna derecha. Debilidad muscular que ha ve-

nido acentuándose progresivamente; y rigidez que se traduce por la cara inexpresiva, la marcha difícil y la resistencia que presenta para los movimientos pasivos.

El reflejo rotuliano está exagerado del lado izquierdo y disminuído en el dercho. Hay disartría.

Septiembre 7.—Se inicia el tratamiento con la inyección sub-cutánea de un cuarto de centigramo de curare en solución acuosa. Al cabo de veinte minutos el paciente dice que se siente un poco más expedito para ejecutar movimientos y el temblor le ha disminuído. Este efecto es apreciable en la gráfica del temblor tomada con el tremógrafo. Sin embargo, al cabo de una hora el efecto ha desaparecido.

Septiembre 8.—Se inyectan tres cuartos de centigramo de curare en la misma forma. El efecto de sedación del temblor no apareció sino al cabo de dos horas; esta vez la mejoría fue más acentuada y le duró por espacio de cuatro horas.

Septiembre 11.—Se le inyectó por vía intramuscular uno y tres cuartos centigramos de curare en solución acuosa. A la hora y cuarto el efecto es bastante notorio; el temblor de la pierna derecha ha desaparecido; el facies del paciente es más expresivo y la marcha se hace más fácilmente. El paciente experimentó sensación de cansancio durante dos horas, después de las cuales ha continuado sintiéndose bien.

Septiembre 13.—El enfermo se presenta con el brazo izquierdo sin temblor; el lado derecho tiene temblor pero menos intenso y en general el paciente dice que está bastante mejor. Es de hacerse notar que la mejoría producida por la última inyección ha durado dos días. Se le aplica una inyección de un centigramo y medio de curare por vía sub-cutánea. Creemos que esta dosis no debe sobrepasarse en este enfermo para proporcionarle franco alivio de sus síntomas diskinéticos sin producirle la sensación de cansancio que experimentó con la dosis de la vez anterior. Se citó al paciente para el día 15.

Es de notarse la completa ausencia de perturbaciones secundarias bajo la influencia de esta droga.

PENICILINA

Las indicaciones, contraindicaciones, modo de administración y dosis de la Penicilina

Por tratarse de un tema de actualidad, se publica en esta Revista el informe del Comité encargado de las investigaciones sobre penicilina.

Los médicos que deseen emplear el nuevo agente microbiano quimioterapéutico, la sal sódica de penicilina, en el tratamiento de estados hasta ahora indóciles o resistentes a la terapéutica con sulfonamidas u otros agentes, deben guiarse por el siguiente resumen.

Este informe ha sido preparado por el doctor Chester S. Keefer, Presidente del Comité sobre Quimioterapia del Consejo de Investigación Nacional, y Consultante de la Oficina de Investigación y Desarrollo Científico.

Las recomendaciones que se presentan en este informe se basan en la experiencia obtenida por grupos de clínicos en un número de instituciones, en el tratamiento de más de 3.000 casos de enfermedades que se presumía fueran intratables, y que representan un gran número de estados. La larga serie de casos cuidadosamente controlados y reportados, bajo la supervisión de la Oficina de Investigación y Desarrollo Científico, ha proporcionado información autorizada, en la cual se pueden basar las recomendaciones relativas a las indicaciones, contraindicaciones, modo de administración y dosis de penicilina.

Al poner la penicilina en disposición para ser usada bajo control en la práctica civil de la medicina, la Junta de Producción de Guerra por medio de la Oficina de Distribución de Penicilina para Uso Civil, desea hacer esta droga asequible al mayor número de pacientes en quienes su administración esté justificada, sin que se malgaste este precioso material. Por lo tanto, esta Junta recomienda el resumen del doctor Keefer como guía en el presente, para el tratamiento con penicilina en hospitales e instituciones.

El texto del informe preparado por el doctor Keefer, y que representa las recomendaciones de la Oficina de Investigaciones y Desarrollo Científico, y el Consejo de Investigación Nacional, es como sigue:

“Basándose en la experiencia adquirida durante los últimos años con la terapéutica con penicilina, se ha encontrado que éste es el mejor agente terapéutico disponible para el tratamiento de los estados que siguen:

INDICACIONES DEL GRUPO No. 1

1. Todas las **infecciones estafilocócicas** con o sin bacteriemia:

- Osteomielitis aguda
- Carbuncos—abscesos de los tejidos blandos
- Meningitis
- Trombosis cavernosa o lateral de los senos
- Neumonía—empiema
- Carbunco del riñón
- Infecciones de heridas.

2. Todos los casos de **infecciones por clostridium**:

- Gangrena gaseosa
- Edema maligno

3. Todas las **infecciones estreptocócicas hemolíticas** con bacteriemia y todas las infecciones locales graves:

- Celulitis
- Mastoiditis con complicaciones intracraneales, es decir, meningitis, trombosis de los senos, etc.
- Neumonía y empiema
- Infección puerperal
- Peritonitis

4. Todas las **infecciones estreptocócicas anaeróbicas**:

- Infección puerperal

5. Todas las **infecciones neumocócicas** de

- Meninges
- Pleura
- Endocardio

Todos los casos de neumonía neumocócica resistentes a las sulfonamidas.

6. Todas las **infecciones gonocólicas** complicadas con
- Artritis
 - Oftalmía
 - Endocarditis
 - Peritonitis
 - Epididimitis

También todos los casos de gonorrea resistentes a las sulfonamidas.

INDICACIONES DEL GRUPO No. 2

También se ha encontrado que la penicilina es eficaz en las siguientes enfermedades, pero su posición no ha sido aún bien definida:

1. Sífilis
2. Actinomicosis
3. Endocarditis bacteriana.

ESTADOS EN EL GRUPO No. 3, DE VALOR DUDOSO

La penicilina es de valor dudoso en infecciones mixtas del peritóneo y el hígado en las cuales el organismo predominante sea de una flora gram negativa, es decir:

1. Ruptura del apéndice
2. Abscesos del hígado
3. Infecciones del conducto urinario
4. También es de valor dudoso en el sodokú o fiebre por mordedura de rata debida al estrepto-bacilo moniliformis.

ESTADOS DEL GRUPO No. 4 EN LOS QUE ESTA CONTRAINDICADA:

La penicilina está **contraindicada** en los siguientes casos, en los que es ineficaz:

1. **Todas las infecciones bacilares gran negativas:**

Tifoidea—Paratifoidea	B. Piocianico
Disentería	Br. melitensis
E. Coli	(fiebre ondulante)
H. influenza	Tularemia
B. Proteus	B. Friedlanders
2. Tuberculosis
3. Toxoplasmosis
4. Histoplasmosis
5. Reumatismo articular agudo

6. Lupus eritematoso difuso
7. Mononucleosis infecciosa
8. Pénfigo
9. Enfermedad de Hodgkin
10. Leucemia aguda y crónica
11. Colitis ulcerativa
12. Coccidiomicosis
13. Malaria
14. Poliomiелitis
15. Blastomicosis
16. Iritis y Uveitis no específicas
17. Moniliasis

EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES CON PENICILINA

Las recomendaciones mencionadas en el informe del doctor Keefer, y basadas en la vasta experiencia adquirida bajo diversas condiciones de uso y fines, siguen:

METODO DE PREPARACION DE LA PENICILINA PARA EL TRATAMIENTO

La Penicilina se suministra en ampolletas de tamaños diferentes—25.000 unidades y 100.000 unidades cada una. En vista de que la penicilina es extremadamente soluble, ésta puede ser disuelta en pequeñas cantidades de agua estéril destilada y libre de pirógenos, o en solución salina normal estéril. Cuando se hace uso en hospitales de grandes cantidades de unidades, el contenido de la ampolleta debe ser disuelto en agua o solución salina de manera que la concentración final sea de 5.000 unidades por c. c. Esta solución debe ser guardada en el refrigerador bajo precauciones asépticas, haciéndose una nueva solución todos los días. Las soluciones destinadas para uso local o parentérico deben ser diluídas de manera que correspondan con la concentración deseada.

A. Para la inyección intravenosa

1. El polvo seco debe ser disuelto en solución salina fisiológica esteril en concentraciones de 1.000-5.000 unidades por c. c. para la inyección directa por medio de la jeringa.

2. El polvo seco debe ser disuelto en solución salina estéril o 5 por ciento de solución glucosa en una dilución más baja (25-50 unidades por c. c.) para la terapéutica intravenosa continua.

B. Para la inyección intramuscular

1. El volumen total de las inyecciones individuales debe ser pequeño, es decir, 5.000 unidades por c. c. de solución salina fisiológica.

C. Para aplicación tópica

1. La Forma en polvo de la sal sódica es irritante para las superficies de las heridas y no debe usarse.

2. Las soluciones de solución salina fisiológica con una concentración de 250 unidades por c. c. son satisfactorias. Para infecciones resistentes o más intensas, esta concentración puede aumentarse a 500 unidades por c. c.

MÉTODOS PARA LA ADMINISTRACION DE PENICILINA

Hay tres métodos comunes para la administración de penicilina—el intravenoso, el intramuscular y el tópico. Las inyecciones subcutáneas con toda probabilidad son dolorosas y deben evitarse.

Las inyecciones intramusculares repetidas puede que no sean toleradas tan bien como las inyecciones intravenosas repetidas o continuas. En muchos casos, sin embargo la vía intramuscular puede ser la de elección.

En el tratamiento de **la meningitis el empiema, y las quemaduras de la piel de poca extensión**, la penicilina debe usarse tópicamente, es decir, debe inyectarse directamente en el espacio subaracnóideo, en la cavidad pleural, o aplicarse localmente en una solución que contenga 250 unidades por c. c.

DOSIS

La dosis de penicilina puede variar de un paciente a otro dependiendo ello del tipo y severidad de la infección. En nuestra experiencia, la curación ha seguido, en muchas infecciones serias a la administración de 40.000 a 50.000 unidades Oxford diarias; en otras infecciones, 100.000 a 120.000 unidades, y aún más, son necesarias. El objetivo en cada caso es el controlar la infección lo más pronto posible. Las recomendaciones que siguen, son hechas, hoy, con una realización plena de que una revisión de las mismas será necesaria según aumente la experiencia.

Es bueno recordar que la penicilina es excretada rápidamente en la orina de tal manera que después de una sola inyección, es a menudo imposible descubrir su presencia en la sangre por un

período mayor de 2 a 4 horas. Es aconsejable, por lo tanto, el que se den inyecciones intramusculares o intravenosas cada 3 a 4 horas o el administrarla como una infusión continua.

A. En infecciones graves con o sin bacteriemia, una dosis inicial de 15.000 o 20.000 unidades Oxford con dosis subsiguientes en la forma de:

1. Inyección intravenosa continua de solución salina normal conteniendo penicilina, de manera que se administren 2.000 a 5.000 unidades Oxford por hora, haciendo un total de 48.000 a 120.000 unidades en un período de 24 horas. La mitad de la dosis total diaria debe ser disuelta en un litro de solución salina normal y dejar que ésta gotee en una proporción de 30 a 40 gotas por minuto.

2. Si el goteo intravenoso continuo no es deseable, entonces se deben inyectar intramuscularmente de 10.000 a 20.000 unidades cada 3 a 4 horas.

3. La penicilina debe suspenderse después que la temperatura se haya hecho normal, siguiéndose el curso de la enfermedad cuidadosamente.

B. En lesiones complicadas crónicamente infectadas, osteomielitis, etc., la tabla de dosis debe ser de 5.000 unidades cada dos horas o 10.000 unidades cada cuatro horas por vía parentérica junto con tratamiento local según lo indique el caso. Puede que esta tabla de dosis tenga que ser aumentada, dependiendo de la seriedad de la infección, y de la respuesta al tratamiento.

C. Gonorrea sulfonamido-resistente.

1. 10.000 unidades cada 3 horas intramuscular o intravenosamente en 10 dosis. No es probable que se obtenga el mismo efecto con 20.000 unidades cada 3 horas en 5 dosis. No se ha decidido aún finalmente la dosis mínima. Los resultados del tratamiento deberán ser determinados por medio del cultivo del exudado.

D. Empiema

1. La penicilina en solución salina fisiológica normal debe ser inyectada directamente en la cavidad del empiema después de la aspiración del pus o el líquido. Esto debe hacerse una o dos veces al día, usándose 30.000 o 40.000 unidades de

acuerdo con el tamaño de la cavidad, el tipo de infección y el número de organismos. Las soluciones de penicilina no deben usarse para irrigación. Se requiere un mínimo de 6 a 8 horas para obtener un efecto máximo de la penicilina.

E- Meningitis

1. La penicilina no penetra en el espacio subaracnóideo en cantidades apreciables, así que es necesario el inyectarla dentro del espacio subaracnóideo o dentro de la cisterna, de manera que produzca el efecto deseado. Se deben inyectar diez mil unidades diluidas en solución salina fisiológica, en una concentración de 1.000 unidades por c. c., una o dos veces diarias, de acuerdo con el curso clínico y la presencia de organismos."

* * *

Las dosis arriba mencionadas pueden requerir revisión, según se vaya obteniendo una experiencia creciente. En muchos casos estudiados por investigadores autorizados, estas dosis han probado ser adecuadas.

CONCLUSION

La Oficina de Distribución de Penicilina para Uso Civil, de la Junta de Producción de Guerra, pide a los médicos que al presente estén usando la penicilina, que observen cuidadosamente las recomendaciones antes expuestas en relación con las indicaciones, contraindicaciones, el modo de administración y dosis, a fin de obtener el valor y la ventaja máxima de este nuevo agente medicinal.

VIDA, MERECIMIENTOS Y TITULOS DEL DOCTOR MAXIMILIANO RUEDA GALVIS

CONCEPTOS DEL DOCTOR MIGUEL JIMÉNEZ LÓPEZ

Señor Presidente de la Academia, señores Académicos, señoras, señores:

Fiel a una antigua y noble tradición, la Academia Nacional de Medicina ha querido hacer un paréntesis en su labor científica y dedicar algunos momentos a la evocación y a la fijación histórica de aquellos de sus miembros que han traspuesto los linderos de la vida.

En esta vez, con solemne gesto de cavilación y de tristeza, hemos de convocar con nuestro recuerdo emocionado aquel compañero que hoy, por primera vez, no responde a nuestra lista, que hasta ayer fue de los primeros en la actividad y en el impulso y que hoy va a estar presente entre nosotros con el influjo inextinguible de su personalidad atractiva, destacada y vibrante.

* * *

El Presidente de esta Corporación, al darme el insigne y doloroso encargo de destacar ante vosotros la silueta intelectual y moral del académico doctor Maximiliano Rueda, seguramente no sólo tuvo en cuenta el hecho de que él y yo hubiésemos abrazado la misma rama de los estudios médicos, sino, por sobre toda otra consideración, el título de la vieja y estrecha amistad que nos unió a todo lo largo de nuestra vida profesional. Amistad que fue un compañerismo sin desmayos y que de mi parte, contenía, a más del afecto fraternal, una sincera y profunda admiración por el hombre de estudio y por el hombre de acción.

La fulminante y casi sorpresiva desaparición de Maximiliano Rueda ha sido un hecho luctuoso para la Medicina Nacional no sólo por la obra científica que él supo realizar y que dará lustre perdurable a su nombre, sino también porque su inteligencia y sus energías se hallaban en plena producción y eran, por ende, preñadas de mayores aún y más positivos triunfos en esa fecunda y tempranamente tronchada existencia.

No es un axioma ni mucho menos una ley biológica el que los imperativos de la sangre determinen el destino de la persona hu-

mana. Surgen de pronto individualidades con los más poderosos atributos del genio para las ciencias, para el arte o para el dominio de las multitudes, en cuyo ancestro ha sido en vano buscar el más leve atavismo de capacidades excepcionales. Son productos fortuitos y casuales (llamémoslos así por falta de un denominador científico que caracterice el caso), que tras una serie inmemorial de generaciones anónimas, aparecen en el escenario de la historia con dimensiones y arrestos extra-humanos. Newton y Pasteur tuvieron por ascendientes una larga sucesión de campesinos y de obreros manuales y el filósofo Kant, según sus mejores biógrafos, fue hijo, nieto y biznieto de humildes trabajadores en cuero, originarios de la región de Escocia.

Inversamente, cuán frecuente y triste es la realidad de que esas preclaras estirpes o personalidades que conquistaron gloria y provecho para su nombre y para su patria en los más variados empeños de la acción humana, vayan declinando a través de una o de pocas generaciones hasta el punto de no quedar representadas sino por exhaustos descendientes de una absoluta indigencia orgánica y mental. Para no citar sino dos casos descollantes en la historia, recuérdese tan sólo que los hijos de Sócrates, ese paradigma de la sabiduría y de la virtud entre los atenienses, fueron dos jovencitos desequilibrados y disolutos, y que el hijo único de Cicerón, la cúspide de la elocuencia, fue en lo mental y en lo orgánico un degenerado integral.

Sin embargo... , hay en estas materias un antiguo aforismo que la sabiduría francesa, su autora, enuncia con esta fórmula concisa y perentoria: **Noblesse oblige**. La observación secular enseña con estas dos palabras que quien es portador y digno de un ilustre nombre procederá en todos los eventos de su vida ceñido a los dictados del honor; y, además, que aquel que se siente producto de su personal esfuerzo y tiene la conciencia de su propio valer, si por añadidura ha recibido un gran legado hereditario de méritos y de virtudes, sabrá hallar para la dirección de su conducta y en sus empresas y aspiraciones un estímulo adicional, a veces inconsciente, con mayor frecuencia reflexivo, en el ejemplo de sus progenitores y de los que en época reciente o remota dieron prestigio a su linaje.

Tal es el caso de Maximiliano Rueda Galvis. Dueño de una magnífica personalidad en que se destacaban ante todo una inteligencia inquieta e inquisitiva y una recia voluntad, en su vida

como unidad familiar y social y en su carrera científica habría hallado en sí solo todos los elementos para el éxito. Pero como si esto no hubiese bastado, su hado propicio lo regaló con todo un acervo ancestral de variadas y nobles ejecutorias que fueron para Rueda un acicate determinante de mejores bríos y energías. Su padre el doctor Antonio María Rueda Gómez, fue un jurista aventajado, orador elocuente en el parlamento y en la tribuna pública, en repetidas ocasiones senador por Santander, su tierra natal. Magistrado de la Corte Suprema y Ministro de Justicia. La augusta matrona doña Florentina Galvis y Roldán, madre de nuestro colega, nacida en Charalá, esa cuna inexhausta de altos valores nacionales, fue el dechado de la madre ejemplar a la manera antigua: tierna, pero severa y vigilante; afectuosa y enérgica al propio tiempo; previsiva y autoritaria; una de esas almas juristas, rectas y sin oscilación en el cumplimiento de su deber.

En una y otra de estas líneas de ascendientes, se han distinguido egregios exponentes de patriotismo, de ilustración y de virtudes cívicas. En la línea colateral paterna aparecen la preclara figura de José Acevedo Gómez, el inolvidable Tribuno del Pueblo en las clásicas jornadas emancipadoras y el ilustre prelado don Juan Nepomuceno Gómez Plata, obispo de Antioquia, candidato a la silla primada de Colombia y quien dejó renombre perdurable en el Occidente colombiano, donde hay, entre otras consagraciones, muchas obras debidas a su esfuerzo y una población que lleva su nombre. Por la línea materna y prescindiendo de otras personalidades eminentes en el foro, en las finanzas y en las armas han llevado la misma sangre de los Ruedas, don Aquileo Parra, presidente de Colombia y los Roldán y los Camacho Roldán, ilustres en la política, en las letras y en las diversas disciplinas de gobierno.

Una rama de la familia Rueda se fijó de tiempo inmemorial en la región oriental de Boyacá y de ella se han distinguido muchos de sus miembros en las luchas cívicas, en la diplomacia, en la milicia y en la medicina nacional, en cuyos anales han dejado huella luminosa los doctores Manuel y Miguel Rueda Acosta. Otra ramificación se extendió por la región Norte de Santander, origen igualmente de altos valores intelectuales, entre los cuales descuellos el notable matemático e institutor, doctor Manuel Antonio Rueda Jara.

Rastreando un poco más lejos en los orígenes de esos recios linajes santandereanos, se tiene averiguado que fue Buenaventura

Rueda, compañero de Pizarro en la conquista del Perú, quien trajo por vez primera a la América ese nombre y esa sangre. Según Flórez de Ocariz, el primer Rueda llegó a Colombia a fines del siglo diecisiete y era originario de Priego, en la provincia de Córdoba. Y como antecesores de éste, a más de muchos gentiles hombres de las cortes ibéricas, figuran Zacarías Rueda, pintor y decorador real bajo Felipe Segundo, y Lope de Rueda, autor dramático, contemporáneo de Cervantes, a quien éste tuvo ocasión de aplaudir en la plaza principal de Sevilla y de quien el propio autor del Quijote se expresa de esta suerte: "varón insigne en la representación y el entendimiento, hombre excelente y famoso".

Habría necesitado nuestro colega y compañero Maximiliano Rueda tener todo este pasado de hombres de pro para ser lo que fue? No, ciertamente; su espíritu indagador gustó sin duda de explorar estas ascendencias, pero apenas las tuvo él como una curiosidad histórica, y, subsidiariamente, como estímulo de acción para él y para los suyos. Pero Rueda sentía en sí propio las capacidades necesarias para recorrer airosamente su camino y para ser lo que fue, como vamos a verlo.

Nacido en Barichara, ciudad vecina de San Gil, que fue el viejo solar de sus mayores, tuvo su enseñanza elemental en las escuelas primarias de Santander. Niño aún, vino a Bogotá con sus padres y cursó lucidamente el bachillerato en los claustros de San Bartolomé a fines del pasado siglo. Entre sus maestros y condiscípulos se distinguió siempre por su despejo intelectual y por su carácter abierto y festivo, un tanto dispuesto al comentario caústico y disolvente, rasgo que conservó hasta el fin de sus días. Pasó a la Facultad de Medicina por los años de 1902 y después de estudios igualmente lucidos, se destacó como unidad aventajada entre sus compañeros del ciclo centenario, que fueron un grupo de intensa intelectualidad y de memorable altivez republicana. Recibió su grado en 1908. Su tesis de grado versó sobre un punto de Ginecología y mereció halagadores conceptos de sus calificadores, los profesores Lombana Barreneche, Luis Felipe Calderón, Manuel Cantillo y Miguel Rueda Acosta.

Muerto por entonces el doctor Antonio María Rueda, padre del joven doctor en medicina, tocó a éste una doble misión, a la cual más ponderosa y llena de responsabilidades: ayudar a su madre en el congruo y digno sostenimiento del hogar y abrirse un camino y formarse una orientación precisa en sus actividades

profesionales. Cuanto a lo primero, los resultados están ahí tangibles y descollantes en la noble y alta posición ganada por él para su familia y en la formación de sus hermanos menores, uno de ellos el Profesor Miguel Antonio Rueda Galvis, destacada unidad de esta Academia y valioso representante de la cirugía colombiana. En cuanto al segundo objetivo de su vida, esto es, el ramo de la medicina que había de ocupar sus preferencias y capacidades, las circunstancias, muchas veces ajenas a las previsiones del individuo, lo llevaron al estudio de la Patología Mental en el vasto e inexplorado campo del Manicomio de Varones de Bogotá. Con todo el entusiasmo y con toda la frescura espiritual de la juventud, se hizo cargo Maximiliano Rueda de la dirección del Asilo de Locos en el año de 1911.

Es en este puesto donde Rueda logra dar toda su medida como hombre de estudio y como hombre de acción.

No sería tarea fácil ni corta detallar la completa y sustancial reforma que bajo su impulso tuvo el Manicomio de Varones. Basta decir que ella representa entre nosotros la total revolución que en la asistencia de los enajenados llevaron a cabo Pinel y Esquirol en Francia, William Tuke, en Inglaterra, y Daquin y Chiarruggi en Italia, a principios del pasado siglo y que de esos países se ha extendido a todos los medios civilizados. Para decirlo en pocas palabras, los métodos de represión, de violencia y de inhumanidad, fueron reemplazados por la suavidad, el espíritu comprensivo y por la idea directriz de que el enfermo de la mente es un enfermo que como cualquiera otro, o más que cualquiera otro enfermo, es acreedor a la consideración, y al manejo compasivo y cordial por parte del médico y sobre todo de sus asistentes. En época anterior y de dolorosa recordación, el pobre enajenado especialmente en las formas agitadas y furiosas, era tenido y tratado como un animal rabioso: las cadenas, las jaulas de hierro, los golpes despiadados, el cepo, las ligaduras de los miembros, la privación de alimento y como mínimo de rigor la camisa de fuerza, eran los procedimientos habituales en los departamentos de locos que hasta antes de Pinel funcionaban en común con los hospitales para las demás afecciones. Con Pinel y los reformadores contemporáneos de él, todos estos instrumentos de tortura pasaron a la historia.

No quiero asegurar que entre nosotros se procediese con análoga crueldad en los asilos de enajenados; pero sí debe tenerse presente que al aparecer Maximiliano Rueda en el **Asilo de La Mer-**

ced y Julio Manrique en el **Manicomio del Aserrió**, el espíritu de Pinel se implantó en esas instituciones y los medios civilizados y humanitarios han seguido predominando en ellos. En esta labor incomparable, el doctor Rueda—justo es reconocerlo—fue decisivamente secundado por los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios, expertos y abnegados colaboradores en esta obra de justicia y de caridad.

Al lado de ella, muchas otras iniciativas tuvo Rueda en la organización administrativa y en la asistencia médica de los enfermos mentales. Provisión de edificios adecuados, de gran capacidad y con un principio de separación de las diversas formas de locura; una revisión completa en cuanto a alimentación, dormitorios, lechos, vestidos, vigilancia y manejo directo del enfermo por parte del personal subalterno, fueron medidas administrativas que tuvieron en Rueda el principal iniciador y animador con el apoyo constante y generoso—claro está—de la Junta Central de Beneficencia.

Ahora, en cuanto a la labor puramente científica, bajo la dirección de Rueda, el Frenocomio se ha esforzado siempre por aplicar los tratamientos higiénicos y farmacodinámicos que la ciencia ha ido descubriendo y preconizando en los más avanzados centros de investigación y estudio. Esto, naturalmente, hasta donde nuestros recursos y posibilidades, en ocasiones limitados, lo han permitido.

Para acreditar esta labor dilatada y paciente a lo largo de 34 años, lleña de tropiezos e incomprensiones, ahí están las estadísticas, memorias e informes del Asilo que anteriormente se llamó de La Merced, hoy de Sibaté, y un archivo minuciosamente llevado con fichas individuales que comprenden, a partir de 1921 a hoy, 13,825 casos, con sus antecedentes, diagnósticos, complicaciones y tratamientos. Todo ello representa una obra magnífica, casi gigantesca, y de incomparable mérito, en la cual el Profesor Rueda ha tenido en los últimos años como asiduos e ilustrados colaboradores a los médicos internos del Establecimiento, doctores Alfonso Agusti Pastor, Benjamín Otero D'Costa y Ricardo Samper Diago.

Vencer a lo largo de tres décadas de trabajo diario un conjunto de inercias, de prejuicios, de hábitos inveterados, de obstáculos económicos y de impedimentos de todo orden, ha sido la obra de Rueda y de Manrique. Es preciso considerarlos y venerar su memoria como benéficos innovadores. Este solo dictado los

haría acreedores a la admiración y a la gratitud de sus compatriotas.

No quiero pasar adelante, ya que de asistencia de los enajenados se trata, sin destacar la actual organización científica y administrativa de nuestro Frenocomio de Mujeres. Bajo la acertada dirección del Profesor Edmundo Rico, ese establecimiento ha cobrado actividad, inquietud renovadora y brillante eficiencia. Es un centro de estudio donde Rico y sus jóvenes colaboradores están creando una verdadera escuela psiquiátrica, asiduamente frecuentada por el personal estudiantil y con su órgano de publicidad, una revista mensual que hace honor al país.

Con el constante propósito de acrecentar sus conocimientos y de ponerse a la mayor altura en el ejercicio de su especialidad, viajó Rueda al Viejo Mundo en el año de 1927. Formado en la escuela francesa, eligió a París como sitio de sus estudios. Allí, en las clínicas de la Salpetriere y de Santa Ana y bajo la experta dirección de Pierre Marie, de Claude y de otros aventajados maestros, aquilató sus capacidades y tuvo el honor de ser designado como miembro correspondiente de algunos de los más distinguidos centros de Psiquiatría y de Neurología.

Tenemos, pues, que Maximiliano Rueda fue lo que con propiedad puede llamarse un hombre de acción, reformador y demolidor de rutinas. Y fue algo más: fue un **hombre de estudio**, que no guardó para sí, como la mayor parte de nuestros maestros en la medicina, sus observaciones, sus ideas y sus creaciones, sino que las convirtió en enseñanzas, dándolas a la publicidad y comunicándolas a las corporaciones científicas tanto nacionales como extranjeras y a sus numerosos discípulos que con respeto y adhesión seguían sus diarias enseñanzas.

Muy llamativa sería esta ocasión para estampar algunos comentarios, siquiera fuesen breves y sumarios, sobre las principales comunicaciones científicas de Rueda. He tenido ya ocasión de hacerlo en algunas sesiones de esta Academia y del Club Médico de Bogotá. Además, me haría demasiado extenso en esta desmañada exposición, que mucho me temo esté fatigando ya vuestra benevolencia. Me limitaré, pues, a una simple enumeración, incompleta desde luego, pues varios de los estudios del Profesor Rueda corren publicados en revistas de difícil consecución.

Hacia 1920 hizo Rueda su primera comunicación sobre lo que él llamó la **Psicosis de origen parasitario**. Afortunada y fecunda comprobación de que no pocos de los casos de entidades mentales de nuestra zona y quizá de todas las latitudes, tiene su origen en la acción de los parásitos del intestino o de la sangre. Rueda señaló la frecuencia de estas afecciones, ensayó explicar su mecanismo, descubrió sus diferentes formas clínicas, puntualizó los parásitos que más a menudo las originan y finalmente preconizó, como era lo natural, para esta clase de psicopatías, el tratamiento antiparasitario, que ha sido de resultados plenamente satisfactorios.

En el año de 1923 publicó el Profesor Rueda en la Revista "Medicina y Cirugía", de Bogotá, los resultados del tratamiento de la parálisis general, ideado por él, consistente en la extracción por punción lumbar de cantidades globales de líquido cefaloraquídeo, que iban hasta 60 y 80 centímetros cúbicos. Su estadística de 32 casos registra una proporción halagadora de mejorías durables o transitorias. Este estudio fue reproducido parcialmente por la prestigiosa publicación de Chicago "The Journal of the American Medical Association", lo que por sí solo comprueba el mérito del mencionado estudio.

Si no el primero, sí fue Rueda uno de los primeros en aplicar entre nosotros el tratamiento, por la inyección de sangre palúdica, de la Parálisis General, ese terrible espectro del terciarismo sifilítico, que hasta entonces se había mostrado inexorablemente refractario a todo tratamiento. Secundando en sus enfermos del Manicomio, con todo el rigor necesario, el método creado en 1931 por Lepine y por Von Yaureg, Rueda tuvo bien pronto una estadística de 150 casos que publicó en la "Revista Médicoquirúrgica de los Hospitales", con los detalles técnicos y los comentarios de orden clínico y patológico que prestan a este trabajo un positivo mérito y una gran oportunidad para ilustrar un punto científico que se hallaba en pleno estudio. Años más tarde en 1934, hizo Rueda una comunicación a la Academia Nacional de Medicina sobre el mismo tema, con una estadística que subía ya a 300 casos de parálisis general tratados por la impaludización. Esta memoria fue reproducida en la revista "La Clínica" de Barcelona. En esa comunicación ya se muestra el autor más seguro de sus conclusiones, presenta una proporción de 35 por 100 de resultados "completamente satisfactorios", que es igual a la obtenida en los principales centros europeos y americanos y en forma personal

y conceptuosa, aventura hipótesis sobre el mecanismo íntimo del tratamiento en cuestión, basadas en reflexiones y analogías de positivo interés.

Hacia el año de 1934, tras la observación de algunos casos de delirio agudo terminados en pocos días por muerte, comprobó Rueda algunas lesiones celulares de ciertas zonas de la corteza cerebral y del revestimiento meníngeo que las cubría. Las reparaciones microscópicas enviadas al Profesor Marchand, del Colegio de Francia, fueron cuidadosamente examinadas; se les halló grande analogía con las lesiones encontradas por los observadores Toulouse, Marchand y Courtois, en casos de encefalitis psicósica aguda, de origen a menudo azotémico. Es esta una comprobación del Profesor Rueda que da fe de su espíritu atento e investigador y que constituye una contribución importante y de gran actualidad al estudio de un punto de la Patología Mental que se halla en plena evolución y sobre el cual la Academia de Medicina ha oído recientemente una comunicación del Profesor Edmundo Rico, con nuevos casos de la misma afección y con anotaciones patológicas de positivo interés.

En el año de 1939, presentó el académico Rueda a esta corporación un importante trabajo, llevado a cabo en asocio del doctor Alfonso Agusti Pastor, y titulado "**Convulso-terapia en Psicuitria**". Es esta una importante memoria en que los autores exponen su experiencia sobre 50 casos de diversas psicosis con el tratamiento por las inyecciones intravenosas de Cardiazol, seguidas de sus crisis de convulsiones. Este método, entonces recientemente ideado por el Prof. Ladislaus von Meduna, de Budapest, para el tratamiento de la Squizofrenia, fue aplicado con halagadores resultados por lo observadores Rueda y Agusti Pastor no solamente a squizofrénicos sino también a melancólicos maniáticos histéricos, psicastenios y epilépticos. Es en verdad, un estudio macizo, sustancial y de gran objetividad, en que se consignan opiniones originales y bien documentadas sobre todos los aspectos de la cuestión. El público científico de Colombia y del exterior recibió y comentó con gran entusiasmo este brillante aporte a un tema que está ocupando la atención de todos los centros de enseñanza psiquiátrica.

El mismo año de 1939, la Juta Organizadora de la segunda reunión de las "Jornadas Neuro-Psiquiátricas Pán-Americanas", que se celebró en Lima, designó al Profesor Rueda como ponente sobre el tema **Dolor y Toxicomanía**. La memoria que nuestro ilus-

tre compatriota presentó a esa docta asamblea, a la que concurrieron las mayores eminencias científicas del Continente en asuntos de Psiquiatría y Neurología, es una pieza bellamente escrita, en un donoso y fácil estilo y con finas apreciaciones clínicas y psicológicas. Ella tuvo el franco aplauso de los concurrentes y mereció el ser editada en un folleto especial, acogido con honor en los medios científicos americanos.

A más de estos trabajos de positivo valor científico, son muchas las conferencias que Rueda dictó, ya diariamente en su cátedra de Psiquiatría y Neurología de la Facultad Nacional de Medicina, ya en diversos centros docentes, sobre variados y difíciles puntos de su especialidad. En todas ellas era atentamente escuchado y vivamente aplaudido por la juventud estudiosa, en razón de la manera fácil, brillante y amena como exponía las más complicadas cuestiones de Psicología y de Medicina Mental.

Como es natural, todo este esfuerzo personal, toda esta labor científica de muchos años, toda esta dedicación al alivio de los enfermos de la mente y a la formación de las jóvenes generaciones médicas, merecieron a Rueda numerosas y justas distinciones. Fue por 33 años, Médico Director del Manicomio de Varones de Bogotá; fue, además, Profesor de Psiquiatría y Neurología en nuestra Facultad de Medicina; Profesor de Psicología en la Escuela Normal Superior de Colombia; Miembro de la Sociedad de Cirugía de Bogotá y Presidente de la misma; Representante de la Facultad de Medicina en el Congreso Nacional Penitenciario; Miembro de la Academia Nacional de Medicina; representante de Colombia en la segunda reunión de las **Jornadas Neuro-psiquiátricas** de Lima; Fundador y Presidente de la Sociedad de Psiquiatría y Medicina Legal de Bogotá; Miembro correspondiente de la Academia Médico-Psicológica de París; Miembro correspondiente de la Sociedad de Psiquiatría de París y, finalmente, como homenaje muy justo y merecido, fue condecorado por el Gobierno de Colombia en el año de 1941 con la cruz de Boyacá. En suma, estos honores y otros más, otorgados por varios cuerpos científicos de Colombia representan todo lo más egregio y enaltecedor a que pueda aspirar un hombre de estudio y un profesional en nuestro país. Y Rueda llevó este bagaje dignificador con naturalidad y con brillo, sin ostentación ni petulancia, pero también sin falsa modestia, más bien con cierta arrogancia señorial, como quien tiene clara conciencia de **lo que es** y de **lo que vale**.

En el escenario social, Maximiliano Rueda supo siempre colocarse a la altura de sus mayores, de sus merecimientos y de su elevada alcornia profesional. Una primera etapa de su vida, en que vinculó su destino con el ilustre vástago de añeja estirpe bogotana, fue cruelmente cancelada por la viudez, que Rueda sobrellevó con la entereza de un estoico o mejor, con el valor y el elevado espíritu de los viejos varones cristianos. Unió después su suerte a la de una esclarecida dama de solar antioqueño, cuya compañía fue para él, a la vez, un galardón, un estímulo constante en su carrera y un sostén en sus luchas y en sus triunfos. De ese hogar enaltecido por las virtudes y por las ejecutorias limpiamente ganadas, quedan renuevos que empiezan a mostrarse como dignos depositarios y herederos de su ilustre nombre.

Aquí debiera terminar este esbozo imperfecto de nuestro amigo, colega y compañero. Mas, como el doctor y Profesor Rueda dedicó su vida y su esfuerzo durante treinta y cuatro años al estudio, a la aplicación en sus semejantes y a la comunicación a sus discípulos de la Medicina Mental, me permitiréis que ocupe vuestra atención por unos momentos más con algunas consideraciones—de pura superficie— sobre lo que es y lo que significa para el especialista este ramo de los estudios médicos.

Sería un intento vano y superfluo el querer establecer una especie de jerarquía en las diversas ramas de la Medicina y el buscar en esa escala de valores científicos el punto que corresponda a la Medicina Mental. Todo en los estudios médicos es noble y augusto y todo conspira a atenuar la triste y frágil condición orgánica del sér humano. Desde la llamada Medicina Interna, que descubre—en vista de repararlos—los más hondos y sutiles deterioros de este delicado mecanismo que es la organización humana hasta la Cirugía corriente, que es un duelo cruento y cotidiano entre la técnica y la enfermedad; desde la ciencia que conduce y salva la trascendental función de la maternidad en las diversas etapas que van de la concepción a la lactancia y a la puericultura, hasta las finas y precisas manipulaciones sobre los órganos de los sentidos que conservan para nuestros semejantes los principales medios de relación con el mundo sensible; todo en el arte de curar representa una misión generosa y grande que demanda en quienes la ejercitan alteza de alma, espíritu abnegado, un corazón aguerrido contra la adversidad y al propio tiempo una naturaleza sensible y blanda, dispuesta a darse por entero en cada momento a nuestros hermanos en el dolor. En las diver-

sas ramas del arte de curar, no hay, no puede haber grados ni categorías. Todas ellas son una legión única e indivisible de luchadores cuya diversidad de funciones obedece simplemente a la eterna ley de la división del trabajo.

Pero, habéis pensado alguna vez, señores y señoras, en lo que el médico es, en lo que él representa, en lo que él medita y siente frente al semejante que ha perdido lo más noble de su sér, como es el uso de la razón? No olvidéis que en este universo que nos rodea, todo, desde el principio, fue hostil a la criatura humana: los elementos todos de la naturaleza, los demás seres organizados, las fuerzas oscuras de la destrucción y de la vida, las mismas leyes de la subsistencia y de la lucha de las especies vivientes, todo habría terminado prontamente con la extinción de este sér de excepción que es el hombre, solo al parecer y aislado en un mundo regido por influencias y poblado de seres adversos, adversos no sólo a su dominio sino también a su existencia. Sin embargo, algo había en esta especie zoológica que no obstante su flaqueza vital, le permitió no sólo subsistir, sino dominar a los demás seres de la naturaleza. Si es que os negáis a admitir en el hombre un principio de acción superior a lo puramente orgánico, no podréis desconocer que no fueron ni la fuerza de sus músculos, ni la agilidad de sus movimientos, ni las dimensiones de su cuerpo, ni su capacidad para debatirse sobre el suelo, en el agua o en el aire lo que permitió al hombre superar todos los peligros y vencer todas las influencias del medio circunstante. Bajo esa estructura frágil, en el fondo de ese débil organismo, alentaba una chispa prodigiosa, la chispa de la razón; ardía una llama inmortal, la llama de la inteligencia; brillaba una luz indeficiente, la luz de la conciencia, que armaron a la especie humana para defender su existencia, para vencer a sus enemigos, para dominar los elementos, para ir descubriendo las leyes de la naturaleza, para crear las artes, las ciencias y las industrias, para hacer del hombre el artífice de las culturas y las civilizaciones y, en fin, para constituirlo en el dominador del universo.

Pues bien, ese principio de acción, de vida, de lucha y de victoria; ese dón que ha conferido al hombre su categoría suprema entre los seres de la naturaleza; ese origen inmanente de la dignidad y de la supremacía de nuestra especie, eso que nos diferencia y nos distancia infinitamente de todos los seres de la creación es lo que el observador médico, el médico psiquiatra, halla ausente en el semejante que se ofrece a su estudio y a su meditación. Ausente en ocasiones es decir, eclipsado después de haber

irradiado con su brillo normal; parcialmente perturbado en otras ocasiones, y en otras, ay! inexistente desde el nacimiento; es decir, que hay seres humanos en quienes jamás brilló la luz de la razón.

No en valde las viejas culturas, así en Egipto como en la India, en el Asia Menor como en la Grecia, al contemplar el extraño espectáculo del hombre desgraciado que caía en el delirio, tuvieron el hecho como un castigo de los dioses y que solamente los dioses podían remediar. Invocaciones, extraños ritos encomendados a las castas sacerdotales, sacrificios, ayunos e invocaciones, eran en esas edades el tratamiento de la locura, a lo cual se agregaban las abluciones con las aguas lustrales y con la sangre de las víctimas propiciatorias.

Bien que se crea, como muchos lo creemos, en un Principio Superior y Eterno de vida, de vida de luz y de razón; bien sea que se admita, como otros lo admiten, que esos sublimes atributos son un simple efecto de las fuerzas vitales, o de no se que inducciones químicas o mecánicas, es lo cierto que la pérdida o la simple turbación de esos dones determinantes de nuestra especie son la tragedia más sombría y el más desconsolador y extraño caso en la historia de las dolencias humanas.

Y este es el problema y esta la misión que a diario se ofrecen al médico psiquiatra: reintegrar al mundo de la inteligencia y de la acción al ente humano que ha perdido el más noble de sus caracteres específicos, o al menos conducirlo en el camino de la vida de modo de hacer menos dura su aciaga condición.

La tarea no es fácil, seguramente, ni por el material sobre el cual se ha de trabajar, ni por las condiciones personales que son precisas al clínico psiquiatra, ni por los principios y reglas establecidos a que pueda él ajustar su conducta.

En otras palabras, todo tiene sus distintivos inconfundibles en el ejercicio de la Medicina Mental: el enfermo, la enfermedad y el médico.

¿Qué podré decir del paciente a quien aqueja la locura? Casi siempre es un enigma. No me refiero precisamente a las dificultades especiales para la exploración y clasificación de cualquiera fondo mental. Es verdad que en ocasiones es tarea ardua llegar al verdadero contenido psíquico de un paciente y captar el sentido exacto de sus reacciones, de sus asociaciones y de sus impulsos. Pero en fin, ese trabajo, aunque difícil y diferente para cada enfermo, al fin y al cabo, con esfuerzo reiterado, con afición decidida por la materia y con algún hábito adquirido, se cumple con gusto y aún con el amor anexo a toda empresa difícil.

Pero, por más que un esfuerzo analítico y un trabajo de comparación permitan al psiquiatra colocar a su enfermo en alguna de las categorías admitidas por la ciencia, el fondo mental del examinador queda allá ignoto para él mismo y para los demás. Nadie podrá jamás dar cuenta de lo que bulle allá en los íntimos repliegues de una mentalidad al parecer inexistente o profundamente perturbada. Cuántas veces en medio del hermetismo de un melancólico o de un demente precoz, o al trasluz de la fuga de ideas de un agitado, surgen de improviso destellos de razón, fulgores de inteligencia, rasgos oportunos y brillantes, los que en ocasiones confinan con la genialidad! No se ha visto también que enfermos del espíritu sumido de tiempo atrás en la demencia, al llegar al término de la vida recobran en las horas postreras la luz de la razón? Tal se diría—y como se ha visto el caso—uno de esos viejos cronómetros que, enmohecidos, inertes y abandonados desde hace muchos años en el desván de alguna casona solitaria, de pronto, distendiendo alguno de sus ocultos resortes despierta y con campanada solemne y resonante da la hora precisa, como una reviviscencia de sus mejores tiempos, para quedar en seguida nuevamente sumido en silencio incommovible.

¿Qué es lo que ha subsistido en esas almas ausentes del mundo y de la vida? ¿No es verdad que de ellas habían huído del todo y para siempre la percepción del mundo y el juego de las ideas? Como ésta, hay a todo momento incógnitas torturantes en el sentido y en la interpretación de los síntomas mentales. Y por más que el médico alienista haya catalogado a su paciente en determinada casilla del cuadro general, siempre quedará en él un margen indeterminado, que más que en las otras enfermedades, hace de cada caso una especie distinta de lo conocido y de lo que está por conocerse.

En cuanto a la enfermedad misma, o sea al concepto general de las locuras o, con más claridad, respecto a la Patología Mental, mayor misterio aún. Porque no está aún demarcado, no lo estaría jamás el linde preciso entre lo normal y lo patológico. La misma sabiduría popular siempre lo ha dicho: según ella cada uno de los humanos tiene su parcela de locura y en la fachada de todo manicomio debería figurar la conocida sentencia: "ni están todos los que son, ni son todos los que están". Sea ello o no, lo cierto es que los más de los casos que llegan al estudio del psiquiatra son casos límites, en que él debe decidir si se trata de un cuerdo con sus puntos de locura o si es un loco con residuos de razón. Aquí de los neurasténicos, de los psicasténicos, de los esquizoides,

de los que padecen manías obsesivas e impulsivas transitorias, de epileitodes de algunos ciclotímicos y de tantos otros casos que abundan especialmente en las clases altas y refinadas de toda sociedad.

No es menor el problema que resulta de la carencia de una clasificación definitiva de las afecciones mentales, donde el psiquiatra pueda catalogar con precisión a su paciente como tan a menudo se lo exigen las familias, los jueces y el público en general, y aun el público científico. Como lo recordaba en alguna de sus conferencias didácticas el Profesor Maximiliano Rueda, no son menos de **setenta** las clasificaciones de las locuras que se han propuesto desde Hipócrates y Asclepiades hasta nuestros días, por lo cual se comprenderá que en los más de los casos el psiquiatra carece de derroteros definidos por donde se pueda orientar su criterio.

Si en alguna señalada ocasión un maestro de la escuela médica francesa pudo decir—con notoria injusticia, desde luego—que la historia de la Medicina no era en realidad sino la historia de los errores de la Medicina, en tratándose de enfermedades psíquicas, sí puede asegurarse que la historia secular de la Psiquiatría es la historia de sus divagaciones. Hoy mismo, y a pesar de recientes e indudables avances, reina aún una densa incertidumbre en la interpretación de los síntomas capitales de la enajenación mental.

Es verdad que existen de tiempo atrás en la Patología Mental algunas entidades claramente establecidas, con su causa, sus síntomas capitales, su marcha, su tratamiento y sus terminaciones bien conocidas; y es cierto, además, que, laboriosamente, tratan de caracterizarse de día en día nuevas especies mórbidas. Pero, al lado de ellas, subsiste todavía un amplio margen de estados inclasificados, un vasto campo desconocido que espera la lenta y difícil obra de investigadores futuros.

“En nuestros días, declaran Dide y Guiraud, eminentes representantes de la Psiquiatría francesa, en nuestros días un malestar evidente ahoga los esfuerzos de los médicos, de los filósofos y de los magistrados que desean tener respecto a nuestra ciencia una noción exacta y completa”. A esto podría yo agregar que el malestar y la incertidumbre son mayores para el especialista, porque él tiene el triste privilegio de contemplar más de cerca todas las fallas y los abismos que aún subsisten en este territorio ilímite de la ciencia psiquiátrica.

No hay siquiera en la actualidad acuerdo alguno en la interpre-

tación patagénica o sea en la apreciación del mecanismo íntimo de las psicosis. Hasta hace poco, toda perturbación mental se hacía radicar en una desviación del juego de las ideas o del poder de asociación, que son en realidad etapas tan esenciales de la vida mental. Hoy parece asignarse un papel importante por los más reputados psiquiatras a la desviación de la efectividad como origen de las anomalías psíquicas. No faltan tratadistas que consideran de mayor entidad como generadora de las psicosis constitucionales a la turbación de la cenestesia, o sea de aquel conjunto de sensaciones oscuras e inconscientes que nacen del funcionamiento de nuestros órganos. Al mencionar el vasto mundo de lo inconsciente, no se podrían pasar por alto las corrientes que en época reciente han surgido en la Psiquiatría originadas en hechos y comprobaciones relacionados, con lo inconsciente. Me refiero especialmente a la escuela psico-analítica, que tras sus exageradas generalizaciones, del principio, va dejando un saldo de experiencia de indudable utilidad en el tratamiento de un cierto número de anomalías mentales. Y al lado de esas escuelas o tendencias psiquiatras, se han afirmado como verdadera revolución las que hacen derivar la mayor parte de las anomalías mentales de un desequilibrio en el vasto campo de las secreciones internas o en algún desarreglo de ese inmenso sector vital de las actividades neuro-vegetativas, y de sus dos clásicos exponentes, ya conocidos de nuestro gran público; la vagotonía y la simpaticotonía.

Si a esta variedad de concepciones, que en el fondo pueden no ser inconciliables, se agregan las recientes adquisiciones sobre la localización de determinadas actividades psíquicas en las zonas corticales y en los núcleos centrales del cerebro; y si se tienen en cuenta, por otra parte, los resultados imprevistos y sorprendentes logrados recientemente por la Cirugía en sus audaces intervenciones sobre estas zonas y estos núcleos encefálicos, vehículos del psiquismo superior, fácilmente se comprenderá que asistimos hoy quizás a un momento estelar de la Patología Mental. Querrá esto decir, como algunos lo anticipan, que la Psiquiatría está convirtiéndose en un simple capítulo de la Neurología? En estas materias, no hay que ir tan de prisa. La Psicología habrá de conservar siempre su autonomía y será para siempre soberana en sus dominios. Como lo dice en uno de sus más recientes libros Kretschmer, uno de los vanguardistas alemanes de esta ciencia, "lo psicológico, no constituye un simple epifenómeno de lo neurológico, sino que presenta una manifestación autónoma y obedece a direcciones que le son propias".

He hablado hasta aquí del enfermo mental y de la Patología Mental. Queda por tratarse el tercer término de esta trilogía, o sea, del Médico Psiquiatra. No basta declarar que él, como el médico en general, debe tener una conformación intelectual y moral que lo capacite para una de las misiones más delicadas en la sociedad. Decir que su función es un apostolado, no es decir lo suficiente. Proclamar que la suya es una vida de renunciación al propio bienestar y de dedicación a los ajenos dolores con todas las fuerzas del espíritu, es acercarse un tanto a la realidad. Los que hayáis vivido la cruel tragedia del desvío mental de un ser querido; los que hayáis contemplado troncharse por la demencia precoz el brillante porvenir de una naturaleza juvenil ricamente dotada; los que estéis viendo sucumbir en las sombras de la demencia senil a un padre, a una madre o a un hermano que fueron el centro de un hogar; los que en tantos otros trances de esta naturaleza hayáis acudido en demanda de alivio a un verdadero psiquiatra, es decir, a un hombre de estudio, de talento y de corazón, sabréis decir y valorar lo que es para las familias y para los individuos ese profesional que a través de la meditación y de la ciencia y de su propia emoción se apropia las ajenas amarguras y confunde su vida con la vida torturada de los más infortunadas entre sus semejantes.

Pues bien señoras y señores, esto fue para nuestra sociedad este médico del alma, este compañero y este amigo, el Profesor Rueda, en cuya conmemoración nos hemos reunido en esta noche. Treinta y cuatro años de vida, de esfuerzo intelectual y de colaboración moral dedicó Maximiliano Rueda a conllevar y a aliviar las dolencias del espíritu de sus semejantes, ya en la vida íntima de los hogares, ya en la convivencia cordial con los asilados en el Frenocomio. A muchos devolvió la salud; a otros les hizo soportable su infortunio; a todos los acompañó con un ánimo de colaboración que siempre se mostró elevado, enérgico y generoso hasta el fin de sus días.

La sencilla y austera ceremonia que en su honor nos ha congregado en esta noche encierra un doble contenido. Al propio tiempo que la imagen del Académico Maximiliano Rueda trazada por la mano maestra e inspirada de Inés Acevedo, nos habrá de acompañar de hoy, más en este recinto que él ilustró con su presencia y su saber, el recuerdo de sus energías, de sus virtudes y de sus talentos, no menos que el de su amistad generosa, habrán de alentarnos a todo instante en nuestra labor por la ciencia, por la patria y por la humanidad.

MIGUEL JIMENEZ LOPEZ

ACTA DEL DIA 13 DE JULIO DE 1944

En el salón de la Academia Nacional de Medicina, siendo las 6 y 25 p. m. del día 13 de julio de 1944, se reunió la Corporación bajo la presidencia del Académico Julio Aparicio. Asistieron a la sesión los Académicos Alfredo Luque, Jorge Bejarano, Alfonso Esguerra Gómez, Arcadio Forero, Jorge de Francisco, Luis Patiño Camargo, Rafael A. Muñoz, Pablo A. Llinás, Manuel José Silva, Guillermo Uribe Cualla y Augusto Rocha Gutiérrez.

Leída el acta de la sesión anterior, fue aprobada con la observación del Académico Rocha, de que habiendo concurrido a la sesión no figuraba como asistente en ella.

El presidente concedió la palabra al Académico Patiño Camargo, quien la cedió al Profesor Manuel Sánchez Herrera, éste dió lectura a un trabajo elaborado conjuntamente con el Académico Patiño, titulado "COLITIS ULCEROSA IDIOPATICA". En seguida el Profesor Sánchez Herrera, hizo proyecciones de cortes, practicados sobre intestino, hígado y riñón, del caso de COLITIS ULCEROSA IDIOPATICA. Con detalles demostró los cambios de estructura característicos y haciendo uso de un corte de colitis amibiana, procedente de un caso del Hospital de San Juan de Dios, estableció las diferencias entre una y otra enfermedad. Con claridad se vieron las alteraciones del hígado y del riñón, así como también el cuadro histológico propio de la neumonía lobar.

El Presidente felicitó muy cordialmente al Académico Patiño Camargo y al Profesor Sánchez Herrera por el magnífico trabajo que presentaron a la consideración de la Academia, del que dijo era de un gran interés científico especialmente para los clínicos. Dijo que acababa de asistir a una verdadera lección de anatomía patológica. Expresó su satisfacción por la nitidez de la técnica histológica, elogiada por Manson-Bahr.

El Académico Bejarano en uso de la palabra felicitó muy efusivamente al Profesor Sánchez Herrera por su interesante trabajo científico, lo mismo que al Académico Patiño Camargo por su colaboración en el perfeccionamiento del mismo; manifestó su complacencia por que una vez más, el Académico Patiño ha demostrado su inquietud científica y sus grandes dotes de investigador; dijo que como no había tenido tiempo de leer la bibliografía referente a tan interesante asunto, solicitaba del Profesor Patiño ilustrara a la Corporación al respecto. Y propuso que se eligiera al Profesor Manuel Sánchez Herrera candidato a miembro de número de la Academia.

El Académico Patiño Camargo hizo una detenida exposición científica sobre COLITIS ULCEROSA IDIOPATICA; manifestó sus opiniones e hizo un recuento sobre la forma como habían adelantado el trabajo con el Profesor Sánchez y terminó solicitando de la Academia que se tuvieran como informe de comisión las cartas del Profesor Sir Philip Manson-Bahr, eminente hombre de ciencia, quien por intermedio de la Embajada de Londres había confirmado el diagnóstico, para elegir como CANDIDATO A MIEMBRO DE NUMERO DE LA CORPORACION al Profesor Manuel Sánchez Herrera de quien hizo un alto elogio por sus grandes capacidades científicas.

El Académico De Francisco, director del Laboratorio Santiago Samper, adhirió a la felicitación del Presidente y a la del Académico Bejarano; expresó su satisfacción por ser uno de sus colaboradores quien había presentado, en asocio del Profesor Patiño Camargo, un magnífico trabajo científico a la Academia; manifestó que estaba en un todo de acuerdo con el Académico Patiño y que en consecuencia anunciaba su voto afirmativo a la elección del Profesor Sánchez Herrera como CANDIDATO A MIEMBRO DE NUMERO.

Puesta en consideración la proposición de los Académicos Bejarano, De Francisco y Patiño Camargo, fue aprobada por unanimidad.

Acto seguido la presidencia concedió la palabra al Académico Silva, quien dió lectura al informe de la comisión designada por la Corporación para estudiar el trabajo presentado por el Profesor Gonzalo Reyes García, informe que termina con la siguiente proposición, la cual fue aprobada unánimemente, con la adición propuesta por el Académico Bejarano relacionada con la publicación del informe de la comisión:

1º—Elíjase al señor profesor doctor Gonzalo Reyes García, como candidato para miembro de número de nuestra Corporación, y

2º—Publíquese su comunicación en la Revista de la Academia”.

Una vez aprobada la proposición del Académico Patiño Camargo de elegir al Profesor Sánchez Herrera como CANDIDATO A MIEMBRO DE NUMERO DE LA CORPORACION, éste tomó la palabra para expresar sus agradecimientos a la Academia por el alto honor que le había discernido y prometió colaborar en el futuro con entusiasmo en la solución de los múltiples problemas científicos que confronta el país.

A las 8 y 35 p. m. se levantó la sesión.

LISTA DE LOS MIEMBROS ACTUALES DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Miembros Honorarios Nacionales

Martin Camacho

Luis López de Mesa

Miembros Honorarios Extranjeros

Bernard Cuneo
Claude Regnaud
Henry Roger

Andre Latarjet
Louis Tavernier
Paul Durand

Miembros de Número

Rafael Ueros
Roberto Franco
Rafael A. Muñoz
José María Montoya
Abraham Salgar
Julio Aparicio
Adriano Perdomo
Manuel A. Cuéllar D.
Arcadio Forero
Juan N. Corpas
Miguel Jiménez L.
José del C. Acosta
Jorge Bejarano
José V. Huertas
Jorge de Francisco C.
Alfredo Luque B.
Lisandro Leiva P.
Carlos Trujillo G.
Calixto Torres U.
Alfonso Esguerra G.

Gonzalo Esguerra G.
Jorge E. Cavelier
Fernando Troconis
Pedro J. Almanzar
Francisco Vernaza
Luis Patiño C.
Manuel A. Rueda V.
Carlos J. Cleves V.
Miguel A. Rueda G.
Manuel José Silva
Francisco Gnecco M.
Hernando Anzola Cubides
Augusto Rocha Gutiérrez
Antonio M. Barriga Villalba
Guillermo Uribe Cualla
Pablo A. Llinás
Juan Pablo Llinás
Eduardo Rico
Ramón Atalaya



Suturas "DAVIS & GECK" para todas las necesidades quirúrgicas

La variedad no hervible es sumamente flexible y está lista para usar como viene en el tubo. No necesita humedecerse.

Las más usadas
DOS VARIEDADES

Las mejores

La variedad hervible está preparada para los que deseen esterilizar los exteriores de los tubos hirviéndolos o por autoclave

Distribuidor en Colombia:

R, FERREIRA S. — Apartado Nal. 1495 — Teléfono. 6006 — BOGOTA

Importación directa de Instrumental de cirugía, equipos para hospitales y clínicas, elementos para laboratorios, mesas para operaciones y exámenes.

HEPATODRENO

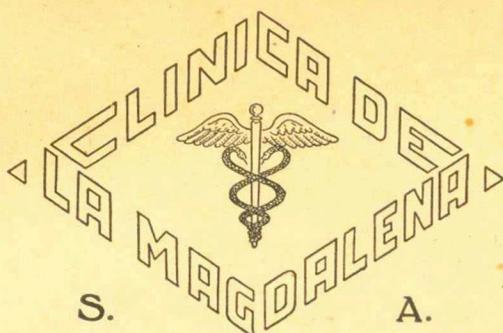
Estimulante del Hígado

Cada cucharada Contiene:	{	Sulfato Magnesia anh. q. p.	5.	gramos
		Peptona polivalente	2.	„
		Sales biliares	0.10	„
		Sacarosa, menta y anís c.s. para 20		„

Drenaje del Hígado

Muy eficaz en el tratamiento de las Insuficiencias Hepáticas y Biliares

LABORATORIO FARMACEUTICO MEZ — BOGOTA



Cirugía General y Maternidad

Calle 39, No. 14-34

Teléfono: 29-49

INSTRUMENTAL QUIRURGICO

para
ORGANOS DE LOS SENTIDOS, UROLOGIA,
GINECOLOGIA, HUESOS Y CIRUGIA GENERAL

Carrera 6ª,
Número 11-68

E. C. GUTIERREZ

BOGOTA
Apartado 17-14

LABORATORIO CLINICO CENTRAL

Calle 12, No. 4-44
Teléfonos: 2-50 y 42-11

Edif. de la Clín. Central

Apartados: Nacional 2797
Aéreo 3510

**Sección Clínica e Industrial
Depto. Químico y Biológico**

Director-Propletario:
Dr. Fernando Schoonewolff M.
Prof. de la Universidad Nacional

BOGOTA — COLOMBIA

Química Biológica
Hematología
Parasitología
Bacteriología
Diagnósticos Biológicos

Productos Farmacéuticos y Biológicos

LABORATORIOS RYGA

Productos biológicos y farmacéuticos químicamente puros y controlados bacteriológicamente.

CANFAROL.—Solución acuosa de alcanfor natural. Sucedáneo del aceite alcanforado para uso subcutáneo, intramuscular o intravenoso.

Indicaciones: En todos los casos en los que esté indicado el alcanfor: Desfallecimiento cardíaco, síncope, fiebre tifoidea, fiebres eruptivas, etc.

ROJO CONGO.—Solución acuosa al 1%.

Indicaciones: Sulfamido-resistencias, intoxicaciones de las mismas y su prevención. Hemorragias. Acelera el tiempo de coagulación.

GUILLERMO MUÑOZ RIVAS

BOGOTA — AMBURGO — BERLIN

LABORATORIO — PARASITOLOGIA — BACTERIOLOGIA
QUIMICA BIOLOGICA — SEROLOGIA — HEMOTOLOGIA

Calle 24, No. 9-59 — Teléf. 86-88 — Edif. Fernández, Apartamento 102

Laboratoires Om

GINEBRA

SUIZA

PENTAL comprimidos

Para-amino-fenil-sulfamida 0,50 gms.

Estreptococias, Gonococias, Neumococias, Meningococias

PENTAL intravenoso 12^o/_o

PENTAL intramuscular 6^o/_o

Para-sulfamido-fenil-amino-metilen-sulfonato sódico en solución al 12^o/_o y al 6^o/_o respectivamente.

Las mismas indicaciones que PENTAL comprimidos, de acción más rápida y prácticamente atóxico.

PENTAL QUININA comprimidos

Para-amino-fenil-sulfamida 0,40 gms.

Etil carbonato de Quinina 0,10 „

Canfo carbonato sódico 0,05 „

Infecciones agudas del aparato respiratorio. Paludismo

PENTAL POMADA

Para-amino-fenil-sulfamida 10 gms.

Excipiente graso 100 „

Piodermitis, Impétigo, Ulceras, Heridas, Quemaduras

BUCO-PENTAL para disolver en la boca

Para-amino-fenil-sulfamida 0,10

Excipiente aromatizado c. s. p. una tableta



INSTITUTO BIO-QUIMICO

BOGOTA

Calle 30-A, No. 6-86 — Teléfono No. 38-90