



Revista Médica

ORGANO DE LA ACADEMIA
NACIONAL DE MEDICINA

Vol. 47

Noviembre y Diciembre de 1944

Nos. 543 y 544



DIRECTOR: PROFESOR JULIO APARICIO

COMITE DE REDACCION:

Prof. Abraham Salgar

Prof. Luis Patiño Camargo

Prof. Juan Pablo Llinás

Prof. Manuel Antonio Rueda Vargas



ADMINISTRADOR: ALFREDO ORTIZ SAENZ

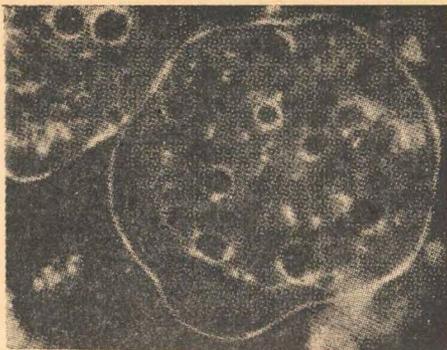
Apartado Nacional, No. 386

EDITORIAL EL GRAFICO — BOGOTA, COLOMBIA

CHINIOFON WINTHROP

(MARCA REGISTRADA)
(Ácido iodo-hidroxi-quinolína-sulfónico)

PARA LA LUCHA CONTRA



LA DISENTERIA AMIBIANA

Acción específica sobre las amibas;
Efecto terapéutico sobre los buistes:
Destruye las amibas en las capas profundas de
las mucosas y en los órganos.
El **Chiniofon Winthrop** protege y cura.

Especifíquese:
CHINIOFON WINTHROP (M.R.)

FORMA DE PRESENTACION:

Fascos de 50 y 500 tabletas para
la administración por la vía oral,

Fascos de 25.5 y 240 gramos para
la aplicación local por enemas.

25605 Prop. 22793
Reg. Núm 25530 y 25684 D S P.



MANUFACTURADO POR WINTHROP PRODUCTS INC., NEW YORK, N. Y.
LABORATORIOS EN: RENSSELAER, N. Y.

«Medicamentos preparados científicamente y
dedicados al servicio del médico»

DISTRIBUIDOS POR:

Laboratorios Winthrop Limitada

Calle 22, número 6-28

Apartados: Aéreo, 4332; Nacional, 454

Teléfono: 76-46 - Bogotá

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

LABORATORIO CLINICO

D R. F. SCHOONEWOLFF

Profesor de la Facultad de Medicina.

BACTERIOLOGIA — PARASITOLOGIA — HEMATOLOGIA

SEROLOGIA — QUIMICA BIOLÓGICA.

Exámenes a domicilio a toda hora.

CALLE 12 NUMERO 4-44. — TELEFONOS: 2-50 Y 42-11.

LABORATORIOS RYGA

Productos biológicos y farmacéuticos químicamente puros y controlados
bacteriológicamente.

CANFOROL.—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: Desfallemiento 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 — HAMBURGO — BERLIN

LABORATORIO: Parasitología, Bacteriología, Química Biológica, Serología, Hematología.

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



Vacunoprofilaxis de las fiebres Tifoidea-Paratíficas

TIFOBUCAL

La inmunización por vía oral contra la tifoidea se inspira en los conceptos de la inmunidad local de Besredka. Estos conceptos fueron brillantemente confirmados por numerosas estadísticas de los últimos años (por ejemplo la de Milán con 250.000 personas vacunadas). La inmunidad aparece después de 3-4 semanas y persiste durante un año.

EL TIFOBUCAL "LIFE"

se confecciona en tubos de ocho comprimidos.
Cada comprimido contiene:

20.000 millones de bacilos de Eberth	
2.500 " " bacilos paratíficos A.	
2.500 " " bacilos paratíficos B.	
Colalbina	Gms. 0.25.

DOSIS: ADULTOS: 1 comprimido diario durante 8 días, por lo menos dos horas antes del desayuno.

NIÑOS: de 3-12 años: en total 4 comprimidos, tomados con intervalos de 1 día.

LABORATORIOS "LIFE"

BOGÓTA, Carrera 12, No. 23-64 - Telf. 53-74

LABORATORIOS
Y
CENTROS DE HIGIENE

Llegó

ANTIGENO DE KAHN

en tamaños de 10 cc. y 25 cc.
marca DIFCO

A \$ 6.00 Y \$ 14.00 RESPECTIVAMENTE

ALMACEN

Padco

DIRECCION:

Carrera 9a. No. 13-33
(Edificio Jaramillo)

APARTADOS: { Aéreo 3901
Nacional 1285

Telégrafo: «PADCO»
Teléfonos: 40-18 y 90-36
BOGOTA - COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

REVISTA MEDICA

• ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA •

Tarifa Postal Reducida. Licencia N° 1382 del Ministerio de Correos y Telégrafos

Vol. 47

Noviembre y Diciembre de 1944

Nos. 543 y 544

Director:

Profesor Juilo Aparicio

Comité de Redacción:

Prof. Abraham Salgar

Prof. Luis Patiño Camargo

Prof. Juan Pablo Llinás

Prof. Manuel Antonio Rueda Vargas

Administrador:

Alfredo Ortiz Sáenz

SUMARIO:

	Págs.
Juan N. Corpas	3
Resolución Número 1 de 1944 (diciembre 26), por la cual se honra la memoria de un distinguido científico	4
El borrachero o cacao sabanero, por A. M. Villalba, Manuel Ricaurte Medina y Leopoldo Albarracín	6
Secreto profesional y responsabilidad médica, por el Profesor Guillermo Uribe Cualla	24
Informe del Académico Manuel José Silva y Luis Patiño Camargo sobre el trabajo del doctor Gonzalo Reyes García	37
Contribución al estudio del aceite de seje en Colombia y tratamiento de algunas tuberculosis y tuberculides de la piel por el aceite y ésteres del seje yodados, por el doctor Gonzalo Reyes García	41
Por una campaña hospitalaria. Conferencia dictada por el arquitecto doctor Gustavo Serrano	71
Resumen de Revistas	84



UN NUEVO AVANCE EN LA TERAPIA INSULINICA

Una nueva clase de Insulina es presentada a la Profesión Médica por los Laboratorios de Investigación de Burroughs Wellcome & Co. (E.U.A.), con el descubrimiento de la Globina Insulina con Zinc. Esta preparación, después de varios años de experimentación en el laboratorio y en la clínica, ha sido encontrada como:

- Una insulina de acción pronta y prolongada.
- Una solución clara que asegura una dosificación exacta y uniforme, y de menor efecto alérgico.
- Una sola inyección por las mañanas es suficiente para el control adecuado de la mayor parte de los diabéticos.
- Su acción concuerda con las necesidades fisiológicas del paciente: es máxima durante el día y desaparece lentamente cuando es menos necesitada, esto es, cuando el paciente se entrega al sueño.
- Elimina prácticamente las reacciones nocturnas de las insulinas de acción muy prolongada, haciendo innecesaria la alimentación en la cama.

Frascos de dosis múltiples de 10 c.c. 80 unidades por c.c.



MARCA 'WELLCOME' REGISTRADA

GLOBINA INSULINA CON ZINC

UN PRODUCTO MODERNO DE

BURROUGHS WELLCOME & CO. (U.S.A.) INC.
 9 & 11 EAST 41ST STREET, NUEVA YORK 17 (E.U. DE A.)

Casas Asociadas: LONDRES · MONTREAL · SIDNEY · CIUDAD DEL CABO · BOMBAY · SHANGHAI · BUENOS AIRES



AGENTES PARA COLOMBIA: ALBERTO BAYON & Co.

Oficinas y Depósitos: Calle 17, No. 4-76 = Teléfono 83-70



DR. JUAN N. CORPAS

La Academia Nacional de Medicina está de duelo. Ha muerto el Profesor Juan N. Corpas, uno de sus más prestigiosos miembros y su Secretario Perpetuo.

Esta noticia habrá repercutido dolorosamente en todo el país y especialmente entre el Cuerpo Médico, en cuyo seno hay tantos discípulos del maestro fallecido, que a él deben lo mejor de su preparación profesional y que al salir de los claustros universitarios llevaron con cariño y con respeto el recuerdo del Profesor y del amigo.

Bajo la penosa emoción que nos embarga no somos capaces de hacer la biografía del amigo y compañero. Esta se hará más tarde, cuando la calma vuelva a nuestros espíritus, y deberá escribirse como homenaje a su memoria y como ejemplo para quienes quieren dedicarse a la ardua pero noble tarea de aliviar el dolor. Vida admirable la del Profesor Corpas que con su recia voluntad supo vencer obstáculos, y merced a sus talentos, colocarse en uno de los más altos puestos dentro de nuestro Cuerpo Médico.

Treinta y cuatro años de intensa actividad profesional y de ellos casi treinta en el Profesorado de la Facultad de Medicina, son méritos extraordinarios que lo hacen acreedor a la gratitud de la sociedad y de la Universidad Nacional, a las que siempre sirvió con ejemplo y desprendimiento.

La Academia de Medicina, al confiarle el cargo de Secretario Perpetuo, máximo honor que pueden dispensar estas corporaciones, quiso premiar sus servicios y la magnífica colaboración que siempre le prestó. En esta nueva dignidad el Profesor Corpas se mostró como un desvelado defensor de los intereses y prestigio de nuestra institución; trabajó con mayor entusiasmo si cabe y la ayudó, con su opinión siempre serena y siempre apoyada en su rico haber científico, a dilucidar los problemas médicos que a la Academia se llevan en busca de su ilustrado juicio.

La REVISTA MEDICA rinde un homenaje de respeto y de veneración a la memoria del Profesor Corpas y hace votos porque su ejemplo y sus enseñanzas sean la guía de las futuras generaciones médicas.

J. A.

RESOLUCION NUMERO 1 DE 1944
(diciembre 26)

“Por la cual se honra la memoria de un distinguido científico.”

LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE COLOMBIA,
Considerando:

1.—Que el día 18 del mes en curso falleció en la ciudad de Rochester, el Académico de número Profesor Juan N. Corpas, Secretario Perpetuo de la Academia y uno de sus más altos valores científicos;

2.—Que el Profesor Corpas fue al través de su vida profesional un bello exponente de humanitarismo; paladín de la ciencia médica y cifra de celo apostólico;

3.—Que el Profesor Corpas contribuyó con las claras luces de su inteligencia a la solución de los problemas médicos que confronta el país;

4.—Que el Académico Juan N. Corpas fue como hombre y como profesional un modelo de ciudadanos, y

5.—Que es deber de la Academia honrar la memoria de quienes han colaborado a levantar la ciencia médica colombiana al plano de honor en que hoy se halla,

RESUELVE:

1.—Deplorar la muerte del Académico Juan N. Corpas cuya desaparición priva a la patria y a la ciencia de uno de sus hombres más esclarecidos;

2.—Señalar su ejemplo como digno de imitarse a las presentes y futuras generaciones médicas del país;

3.—Colocar en el salón de la Academia el retrato del ilustre extinto, en sesión solemne de la Corporación. Por la presidencia se fijarán el día y la hora en que deba verificarse y se nombrará el Académico que lleve la palabra en el acto;

4.—Transcribese en nota de estilo a la señora viuda y a la familia del extinto por conducto de una comisión que será designada al efecto y publíquese en la Revista de la Academia y por la prensa.

El Presidente, ABRAHAM SALGAR.—El Vicepresidente, Luis Patiño Camargo.—El Vocal, Julio Aparicio.—El Vocal, Manuel Antonio Rueda Vargas.—El Secretario, Juan Pablo Llinás.

EL BORRACHERO O CACAO SABANERO

Por A. M. Barriga Villalba.—Manuel Ricaurte Medina
y Leopoldo Albarracín.

Descripción Botánica.—Estudio químico.—Ensayo fisiológico. — Ensayo terapéutico. — Conclusiones.

Son muy conocidos en la sabana de Bogotá, los borracheros, arbustos que crecen espontáneamente a lo largo de las carreteras y de las medianías, y aparecen bellamente cubiertos de grandes flores blancas, en los días de junio.

Su nombre popular (y el uso que de él hace el pueblo), simboliza esta planta hipnótica y mortal. El jugo de sus frutos, de sus flores o de sus hojas, eclipsa la razón, o produce la inconsciencia propicia para el robo o para el crimen alevé.

En deseos de explicar las leyendas que sobre esta planta nos vienen de nuestros cercanos ancestrales indígenas, emprendimos el ensayo químico y fisiológico cuyos resultados tenemos el gusto de presentar a la Honorable Academia.

Se desarrollan muy bien en nuestro altiplano, dos especies muy frecuentes: el borrachero rojo y el blanco. El primero es la *Datura sanguinea*, y el segundo la *Datura arborea*.

Pertenece a la gran familia de las **Solanáceas**, ricas en cuerpos importantes en Farmacia y en Química, y de mucha aplicación en Medicina. Sus alcaloides se derivan del tropano que a su vez es uno de los núcleos más interesantes de la Química orgánica.

ANÁLISIS QUÍMICO

Borrachero blanco.—En las flores, bayas y hojas, corteza y raíces, se encontró como constituyente principal, un alcaloide bien cristalizado, la escopolamina, y se obtuvieron aguas madres con atropina y hiosciamina.

La riqueza en alcaloides totales es naturalmente variable, según el estado de la planta; por término medio es la siguiente:

En las hojas secas	Grs. 0.287 %
En las bayas secas	" 0.063 %
En las flores secas	" 0.490 %

Los alcaloides totales contienen un 75 a 80% de escopolamina. Este alcaloide se obtiene muy puro, lo cual es de gran utilidad farmacéutica, porque como generalmente se le extrae de las aguas madres de la atropina, es bastante difícil obtenerlo suficientemente puro, y la escopolamina comercialmente conocida, es una mezcla de los isómeros ópticos con cantidades apreciables de atropina y de hiosciamina. La escopolamina del borrachero presenta una rotación de -23° a 25° C. en forma de bromhidrato en solución al 5%, lo cual indica que es escopolamina normal. Da nítidamente la reacción de Vitali, y el clorhidrato doble de oro es no solamente característico por la apariencia de los cristales en el microscopio, sino por su forma de cristalización. No funde en el agua a la temperatura del B. M. y precipita inmediatamente cristalino por el enfriamiento de la solución clorhídrica, en agujas compuestas en forma de serruchos, todo lo cual es absolutamente característico de este notable alcaloide.

Extracción de la escopolamina.—Las flores secas convenientemente fraccionadas se extraen en Soxhlet hasta su completo agotamiento, con alcohol absoluto. Se evapora el disolvente en B. M. en presencia de una pequeña cantidad de ácido cítrico (2%) hasta consistencia de jarabe espeso. Se deja enfriar y se diluye con agua. Se filtran las resinas y grasas, y el líquido claro se alcaliniza con bicarbonato de sodio. Se extrae por tres veces con cloroformo; se evapora en B. M. y el residuo que son los alcaloides brutos totales se trata con HCl N/2. Se filtra para separar las últimas resinas y se precipita con solución de cloruro de oro al 5%. Se recoge el precipitado cristalino, se acidula con HCl, y se le hace pasar al líquido una corriente abundante de H₂S hasta completa precipitación del oro. Se filtra, se alcaliniza con NH₃ y se extrae completamente con cloroformo. Se evapora el disolvente en B. M. y el residuo de aspecto de goma muy clara se acidula con HBr; se calienta en B. M., se diluye con agua destilada, se agregan unos pocos miligramos de carbón activo, se filtra y evapora en B. M. hasta consistencia de jarabe. Se agrega alcohol absoluto y se deja cristalizar en el desecador de cloruro de calcio. A los ocho días la masa se convierte en un conglomerado de cristales de bromhidrato de escopolamina.

Borrachero rojo.—En las hojas, flores y bayas se practicó el análisis químico en la misma forma que con el borrachero blanco. No se encontró escopolamina. El alcaloide presente es la atropina en la proporción de Grs. 0.345%. (Flores secas.) Todas las reacciones diferenciales y características fueron positivas. Fue también positiva la reacción sobre el ojo del gato.

DESCRIPCION Y CLASIFICACION BOTANICA

Datura Sanguínea.—Ruiz et Pavon.

Sinónimos: *Brugmansia sanguinea* D. Don in Sweet Brit. fl. gard. ser. 2. t. 272.

Brugmansia bicolor Pers. N. V. Floripondio encarnado y campanilla encarnada en el Ecuador y Sur de Colombia. Tonga y floripondio encarnada en Antioquia. Borrachero colorado en Boyacá y Cundinamarca.

Arbol de más o menos 2 a 5 metros, tallo craso, muy ramoso, ramas abundantes principalmente en la parte terminal; hojas 5 a 7 en el mismo punto, acuminadas, base un poco desigual, el limbo aproximadamente de 13 centímetros de largo por 6 de ancho; peciolo 4 centímetros de largo 3 mm. alto acanalado, pubescente, con pelos largos no rígidos; pedúnculo 4 a 5 centímetros largo, 3 a 4 mm. de ancho, cilíndrico, pubescente, pelos blancuzcos largos, blandos, epidermis con su cara ventral con una mancha en forma de rayas o puntos carmelitas a manera de estela, la que se continúa al cáliz; flores péndulas de 17 a 18 centímetros largo, 2-5-3 centímetros de ancho en su parte media, tubulares, bastante más ensanchadas en la parte apical; cáliz no lobulado más tarde con 3 a 4 lóbulos hendidos una cuarta parte, agudos, pubescentes, de color verde con la estela de puntos o rayas carmelitas que provienen del pedúnculo sobre el lóbulo ventral o medio; corola tres veces más grande que el cáliz, limbo con 5 dientes acuminados y reflexa; cuando está en botón se encuentran los dientes y parte apical retorcidos, separados y bien diferenciados; la parte basal de color verde brillante; parte media amarillo subido y parte apical rojo cárdeno que pasan hasta los dientes paralelos y de color amarillo subido; ovario maduro de color amarillo, cuadrangular (cuadrilocular), incompleto, 12 mm. de largo por 6 mm. de ancho en su parte media; estilo 16 mm. de largo, blanquecino, erecto (sobresale de la corola); estambres 5. pubescentes, paralelos, soldados a la corola hasta su parte media; 14.5 centímetros de largo

por 0.4 de ancho; antenas blancas longitudinalmente dehiscentes, 1.5 centímetros de largo por 0.4 de ancho; polen blanco; frutos indehiscentes algo carnosos y con numerosas semillas.

Los frutos son medicinales y son llamados **Tonga** en el Perú (según el H. et B.). Las semillas embriagantes y narcóticas. En Colombia se denomina floripondio o borrachero colorado. Sus flores no despiden aroma. Crece en climas medios y fríos de una manera sub-espontánea o cultivado en huertas alrededor de las casas.

Datura Arborea.—L. N. V. "Floripondio" en Antioquia; "Borrachero" en Bogotá y Cundinamarca; "Cacao sabanero" en Bogotá.

Sinónimos.—*Brugmansia arborea*. Steud.

Brugmansia candida. Pers.

Datura candida. Pasq.

Descripción: Arbolito de 3 metros de alto, erecto, tallos crasos, sinuosos y de color grisáceo, bien ramificado en la parte superior, con abundantes flores péndulas grandes y de color blanco alabastro; hojas óvalo-lanceoladas, oblongas y aovadas con sus bordes íntegros algunas veces algo lobuladas; limbo por sus dos caras tomentos, con pelos blancos, largos y bastante rígidos; nervio medio y secundario hendidos hirsutos, pelos fuertes, largos y de color oscuro; cara inferior o envés de color verde más claro que en la cara superior, rugosa pubescente con sus pelos erectos, nervios prominentes: 40 a 42 mrs. de largo, 18 centímetros de ancho, parte media. Peciolo cilíndrico, algo acanalado parte superior, pubescente, 12 a 13 centímetros de largo, 1,8 centímetros de ancho en la parte media; flores solitarias, péndulas, de color blanco, pedunculadas; pedúnculo cilíndrico con pelos blancos de 4 centímetros de largo por 0.5 centímetros de ancho; cáliz tubuloso íntegro espatáceo acuminado, con 5 lóbulos, apenas hendidos con una escotadura, 3 a 5 centímetros largo; 10, 6 a 11 centímetros largo, 2,5 centímetros ancho; corola grande 23 centímetros largo por 4 centímetros de ancho en su parte media con tubo cuadrangular, limbo laciniado blanco por la parte del envés, la superior o haz con los nervios paralelos de color verde y puntos verdes en mayor número en la parte dorsal, el ápice de la corola o parte superior muy reflexa con 5 dientes agudos y acanalados 5 centímetros largo, por 0.3 centímetros en la parte media; ovario oblongo apiculado 10

mm. largo, 5 mm. ancho parte media; estilo más corto que los estambres soldados a la corola, una cuarta parte, parte libre, cilíndrica, sin pelos parte soldada muy pubescente y planos 12 centímetros largo; antenas 3,5 centímetros; fruto indehisciente más o menos 20 centímetros largo, 7 centímetros ancho, con muchas semillas.

Esta especie tiene flores muy aromáticas especialmente en la noche, es un arbusto ornamental y se emplea como medicinal, crece sub-espontáneo en climas fríos; algunas veces se le encuentra en climas medios.

ESTUDIO FISIOLÓGICO

1.—En el Hombre.

a) **Vía oral:**

Observación 1ª:

A. M. B. V.

Fecha: junio 10 de 1943.—Peso: 70 kilos.

Número de pulsaciones por minuto: 76.

Forma farmacéutica: Extracto purificado preparado en forma de bromhidrato con flores de borrachero blanco.—**Dosis:** correspondiente a lo que cabe en la yema del dedo humedecida en el extracto. Valorada en 5 miligramos de extracto seco.

Curso de la experiencia: Se dio comienzo a la observación a las 2,30 (hora de la ingestión). Se observaron los síntomas durante 8 horas consecutivas.

Examen pupilar: A esta hora las pupilas están normales en tamaño y reacción.

A los 5 minutos aparecen los primeros síntomas: sequedad de la lengua y la garganta.

A las 2,50 p.m.: Lentitud del pulso: 54 pulsaciones por minuto, en vez de 76 que tenía antes de comenzar la experiencia.

A las 3,30: 64 pulsaciones por minuto.

Dificultad para hablar: especie de disartria; trastornos del equilibrio.

En las horas siguientes se nota dificultad para leer, pues las letras aparecen confusas.

Después de las 6 p. m. no podía resistir la luz de los automóviles.

Pupilas: Anisocoria: pupila izquierda más dilatada que la derecha.

En esa noche el sueño se presentó normalmente. En la mañana siguiente, al despertar, habían desaparecido todos los signos anotados.

Observación 2ª:

Junio 10 de 1943.—L. A. Peso: 68 kilos.

Pulso: 110 pulsaciones por minuto. Se advierte que se trata de un individuo cuyo pulso habitualmente está acelerado sin que haya causa aparente, ni alteración de la salud general.

Curso de la experiencia: Se comenzó a las 2,50 p. m.

Duración: hasta las 11,30 del día siguiente.

Forma farmacéutica: Como en la observación anterior.

Dosis: Equivalente a la porción de líquido que se adhiere a la yema del dedo humedeciéndola 2 veces en el extracto. Valorada en 10 miligramos de extracto seco.

Síntomas: Signos de absorción se notan a los 20 minutos aproximadamente: sequedad de la boca y la garganta es el primer síntoma que se observa.

A las 3,30: Disartria. Mareo. Trastornos del equilibrio: marcha difícil aunque no imposible. A la lectura, las letras se presentan confusas: no se puede leer.

Los bombillos se ven con un halo rojo-amarillento.

A la conversación se observan trastornos mentales: amnesias consistentes en que no vienen las palabras adecuadas sino otras; al mismo tiempo, a cada momento hay fuga de las ideas con pérdida de la hilación del discurso e interrupción del raciocinio; de todo esto resultan disparates e incoherencias. Con todo, el fenómeno es consciente para el individuo objeto de la experiencia, quien se da plena cuenta de tales alteraciones y aun más: hace un esfuerzo por corregirlas y no logrando conseguirlo, opta por el silencio a fin de evitar que los circunstantes adviertan su estado de confusión.

Pulso: El número de las pulsaciones por minuto ha bajado de 110 a 90.

Horas siguientes: En el resto de la tarde y durante la noche, la intensidad de los síntomas anotados fue disminuyendo lentamente. Seis horas de sueño tranquilo. Al despertar, habían desaparecido todos los signos con excepción del retardo del pulso: a las 11 y 30 del siguiente día, el pulso estaba en 90 por minuto, en la posición de pies.

Observación 3ª:

Junio 19 de 1944.—L. A.—Peso: 68 kilos.

Es el mismo individuo de la observación anterior. Presenta antes de la experiencia 114 pulsaciones por minuto.

Pupilas: Iguales; 2 milímetros de diámetro. Reacciones normales.

Forma farmacéutica: Bromhidrato de escopolamina extraída de flores de **Datura Arborea**.

Dosis: 0.001 miligramo.

Curso de la experiencia: Se comenzó a las 2 y 50 p. m., siguiéndose la observación hasta las 6 p. m. del día 20 de junio.

Síntomas: Tardan en presentarse los primeros signos 27 minutos, es decir a las 3 y 17 p. m.: Congestión de la cara, mareo, perturbación del equilibrio.

3 y 22: Se acentúa el mareo; se siente pesantez en los músculos de la cara. Ligera sequedad de la boca.

3 y 30: Pulsaciones: 100 por minuto.

3 y 45: **Pulsaciones:** 100 por minuto.

4 y 10: Temperatura: 36,7. Por tanto, ha ascendido 2 décimos con respecto a la cifra anotada antes de la experiencia.

5 p. m.: Ha aumentado considerablemente la sequedad de la boca extendiéndose a la faringe. Persiste la congestión de la cara, y se experimenta la sensación subjetiva de tal congestión.

Ha disminuído la sensación de pesantez en los músculos de la cara.

5 y 15: **Pulsaciones:** 92 por minuto.

Continúan los trastornos del equilibrio, apreciables en la marcha: son en grado ligero, esto es, menos acentuados que los registrados en la observación anterior, y no se acentúan.

8 p. m.: Comienza a desaparecer la dificultad en la marcha. Persiste la congestión de la cara, lo mismo que la sequedad de la boca. Voz muy ronca.

Dificultad para leer: las letras aparecen confusas y borrosas a pesar de los lentes de uso habitual para la lectura de noche.

9 p. m.: **Pulsaciones:** 84 por minuto.

De esta hora en adelante, disminuyen rápidamente los síntomas subjetivos, y a las 11 p. m. han desaparecido por completo. A esta hora la marcha es normal.

En cambio, algunos de los signos objetivos tales como la congestión de la cara, persiste todavía aunque en grado muy ligero.

9 y 30: Sueño tranquilo, sin agitación.

Día siguiente, a las 7 a. m.: Ha recobrado la normalidad plenamente. Sin embargo, el pulso está como sigue:

84 pulsaciones por minuto, estando el individuo sentado.

88 pulsaciones por minuto, estando de pies.

11 a. m.: el pulso permanece lo mismo.

Nota.—Recuérdese que normalmente existe una diferencia de 10 pulsaciones entre estas dos posiciones, correspondiendo la cifra más alta a la estación de pies.

6 p. m.: De esta hora en adelante, el número de pulsaciones asciende de nuevo a 110 o más por minuto, cifra habitual en la persona objeto de este ensayo.

b) **Vía subcutánea:**

Observación 4ª.

Junio 20 de 1944.—J. E. R.—Edad: 15 años.—Estudiante.—Peso: 52 kilos.

Forma farmacéutica: Bromhidrato de escopolamina extraída de flores de *Datura arborea*.

Dosis: 0.0001 diezmiligramo.

Examen previo:

Pulsaciones: 88 por minuto.

Examen de los ojos: Tiene una **iritis** en el ojo izquierdo atribuible a causa específica: reacciones de Wassermann y Kahn practicadas en la sangre, **positivas**.

Curso de la experiencia: Comenzada a las 3 y 32 p. m., hora en que tuvo lugar la inyección subcutánea, fue observado el paciente hasta las 11 a. m. del día siguiente (junio 21).

Síntomas: Tardan 5 minutos en presentarse los primeros signos, esto es a las

3 y 37: Ligera dilatación de la pupila derecha.

Sensación de amargor y sequedad buco-faríngea. Congestión de la cara y las orejas. Malestar en la cabeza y perturbaciones de la visión semejantes a las que se presentan en un ataque de jaqueca. El paciente dice que ese malestar de la cabeza no lo considera "propiamente como dolor".

Ligero desequilibrio en la marcha. Reacción pupilar perezosa a la luz y a la acomodación a la distancia.

3 y 50: **Pulsaciones:** 74 por minuto.

Ha disminuído la congestión de la cara.

4 y 15: **Pulsaciones:** 68 por minuto.

Sensación de tener "la lengua un poco gruesa". Disminuye la sequedad de la boca.

7 p. m.: Dificultad para la lectura: ve confusas, borrosas las letras.

A esta hora, los demás síntomas han disminuído bastante.

Pulso: 78 pulsaciones por minuto.

10 y 30 p. m.: Sueño tranquilo, sin agitación, continuo hasta las 6 y 30 a. m. del siguiente día.

Junio 21: A las 11 a. m.: **Pulsaciones:** 88 por minuto, cifra habitual en el examinado.

2.—Ensayo en los animales:

Este ensayo fue practicado en ratones blancos, ranas, gatos, micos, perros y conejos.

Vías de aplicación: subcutánea, intramuscular, intra-peritoneal e instilación ocular.

El ensayo comprende tres partes:

A) **Prueba de toxicidad.** Investigación de la dosis letal mínima en ratones blancos.

B) Ensayo con dosis relativamente altas. Observación de los síntomas.

C) **Acción sobre el ojo:** Instilación ocular en gatos y conejos.

A continuación detallaremos, por separado, cada uno de los puntos anteriores.

PRUEBA DE TOXICIDAD—Mayo 31 de 1944

Investigación de la dosis letal mínima en ratones blancos.

Forma farmacéutica: Extracto purificado preparado en forma de bromhidrato, con flores de borrachero blanco.

Contenido en escopolamina: 0.60 por 100.

Vía de aplicación: Inyección intra-peritoneal.

Representamos este proceso en el siguiente **cuadro:**

Hora	Peso en gramos	Dosis	RESULTADO
3-10	12.8	0.1 c.c.	No murió
3-10	13.9	0.2 "	No murió
3-11	14.2	0.3 "	No murió
3-12	13.6	0.4 "	Murió a las 4 p. m.
3-14	13.7	0.5 "	Murió a las 3-18
3-13	14.5	0.6 "	Murió a las 3-26
3-15	12.6	0.7 "	Murió a las 3-19
3-16	13.2	0.8 "	Murió a las 3-22
3-17	16.5	0.9 "	Murió a las 3-25
3-18	14.6	1 c.c.	Murió a las 3-23

Del siguiente modo hacemos el cálculo de la dosis mortal mínima, por kilo de ratón:

0.060

Si 100 c. c. tienen 0.060 de escopolamina, 1 c. c. tendrá $\frac{0.060}{100}$,
esto es 0.0006.

Por lo tanto, 0.1 c. c. corresponderá a 0.00006 de escopolamina.

La dosis mortal mínima fue de 0.4 c. c., la cual contiene 0.00024 de escopolamina.

El ratón muerto con dicha dosis pesaba 13.60 gramos; luego la dosis mortal mínima calculada en kilo de ratón, equivale a 0.017 de escopolamina pura.

Sobre estas bases, la cantidad de escopolamina necesaria para matar aun hombre de 70 kilos de peso, sería de 1 gr. 19 centigramos, en la suposición de que el hombre tuviera para este alcaloide, una resistencia igual a la del ratón.

B)

Habiendo determinado la dosis letal mínima en ratoncillos, pasamos al segundo punto propuesto en este ensayo, cual es la observación o estudio de la intoxicación aguda provocada en animales de distintas especies (ranas, perros, micos, etc.), por una cantidad de escopolamina del borrachero, inferior a la dosis mortal.

ENSAYO EN RANAS

Junio 1º de 1944.

Producto empleado:

Vía de aplicación: intra-peritoneal.

Nos.	Hora	Peso	Cantidad inyectada
1	2,50 p. m.	Gr. 10,5	0,05
2	2,52 ..	10	0,10
3	2,58	9	0,20
4	3,34	9,50	0,30

Síntomas observados.—A los pocos minutos de practicada la inyección, se notó entorpecimiento y disminución de los movimientos habituales en estos animales. Esto se observa fuera del agua y dentro de ella.

En las ranas Nos. 3 y 4, que habían recibido una dosis de 0.20 y 0.30 respectivamente, se presentó paresia de los cuatro miembros, siendo más acentuada en el tren anterior. Se les pone boca arriba en el agua y no pueden volverse como lo hacen inmediatamente en estado normal.

Al día siguiente, más o menos a las 18 horas: las ranas Nos. 1, 2 y 3, han recobrado los movimientos hasta el estado normal. La rana No. 4 presenta todavía entorpecimiento en los movimientos.

No se observó ninguna muerte.

Unas horas más tarde: normalidad completa.

ENSAYO EN PERROS

Mayo 24 de 1944.

Perro de 10 kilos de peso.

Producto empleado: Bromhidrato de escopolamina extraída de flores de borrachero blanco en solución al 1%.

Vía de aplicación: intra-muscular.

Dosis: 1 c. c.

Comienzo de la experiencia: 2 y 20 p. m.

Síntomas: Dilatación pupilar casi inmediata; no es una mi-driasis tan intensa como la observada en los gatos por instilación ocular.

2 y 30: Incoordinación en los movimientos; marcha difícil.

2 y 50: abundante vómito.

Estos síntomas se fueron atenuando poco a poco en el curso de la tarde.

Al día siguiente, el animal tenía apariencia normal. No ha desaparecido la dilatación pupilar.

Observación 4ª

Mayo 25 de 1944.

El mismo perro de la observación anterior.

Producto: Solución de escopolamina al 1%.

Vía de aplicación y Dosis: Inyección intra-muscular de 2 c. c. Comienzo de la experiencia: 2 y 30 p. m.

Síntomas: La midriasis ha persistido desde el día de ayer, aunque disminuida.

En los primeros 25 minutos se nota ligera incoordinación al caminar. En ciertos momentos aumenta, pues trata de caerse.

No se presentó vómito.

Ha aumentado la midriasis. Parece no ver bien: se da contra las paredes al caminar.

Observación 5ª

Mayo 25 de 1944.

Perro de 13 kilos de peso.

Producto empleado: Solución al 1% de escopolamina.

Vía de aplicación: intra-muscular.

Dosis: 5,2 c. c. lo que da una proporción de 0.004 miligramos por kilo de peso.

Comienzo de la experiencia: 3 y 10 p. m.

Síntomas: Dilatación pupilar casi inmediata. Incoordinación en la marcha. Lengua seca, roja, muy congestionada. Cierra los ojos como evitando la luz. Al día siguiente, el animal tiene apariencia normal.

ENSAYO EN MICOS

Observación 6ª.

Mayo 25 de 1944.

Mico de 3 kilos y medio de peso.

Producto empleado: Extracto de flores de borrachero blanco, en forma de bromuro (alcaloides totales).

Vía de aplicación: intra-muscular.

Dosis: 0,35 c. c.

Comienzo de la experiencia: 3 y 55.

Síntomas: A los 2 minutos, dilatación pupilar menos notoria que en los perros. Disminución de los movimientos. El animal pierde mucho de su inquietud habitual. Dificultad para trepar: no puede hacer este acto con la agilidad de costumbre.

Al día siguiente, el animal tiene apariencia normal. Ha desaparecido la midriasis.

Observación 7ª.

Mayo 26 de 1944.

El mismo mico de la observación anterior.

Vía de aplicación y dosis: Inyección subcutánea de 1,75 c. c. (0.0175 de principio activo.)

Comienzo de la experiencia: 3 y 10 p. m.

Síntomas: A los 2 minutos se establecieron los mismos síntomas que en la vez pasada, sin ninguna diferencia en cuanto a la intensidad, no obstante ser la dosis cinco veces superior.

Observación 8ª.

Mayo 31 de 1944.

El mismo mico de las dos observaciones anteriores.

Producto empleado: **Extracto acuoso total** de flores de borrachero blanco.

Vía de aplicación y dosis: Inyección subcutánea de 10 c. c.

Comienzo de la experiencia: 2 y 50 p. m.

Síntomas: A las 2 y 55, ya se nota intensa midriasis. No puede trepar con agilidad. A cada momento sacude la cabeza.

Las pupilas no reaccionan a la luz.

En el curso de la tarde, van disminuyendo poco a poco estos signos.

Día siguiente: apariencia normal, sin midriasis.

ENSAYO EN GATOS

Acción sobre el ojo

Observación 9ª.

Mayo 24 de 1944.

Gato de 2 y medio kilos de peso.

Producto: Solución al 1%.

Vía de aplicación y dosis: 0.25 c. c. por vía intra-muscular.

Comienzo de la experiencia: 11 a. m.

Síntomas: Dilatación pupilar inmediata. Fuera de éste, no se presentó ningún otro signo apreciable.

La midriasis, acompañada de fotofobia, se prolongó hasta el día 29 de mayo, esto es, 120 horas.

La fotofobia obligaba al gato a cerrar los ojos en los primeros 4 días que siguieron al comienzo de la experiencia. El quinto día había anisocoria intermitente.

Instilación ocular.

Observación 10°.

Mayo 27 de 1944.

Gato de 2.700 gramos de peso.

Producto: Solución de bromhidrato de escopolamina del bo-rachero, al 1%.

Comienzo de la experiencia: 2 y 30 p. m.

Instilación en el ojo izquierdo de una gota de la solución.

El iris del gato reacciona fuertemente a la excitación lumino-sa: una luz intensa provoca su contracción en tal forma que la pupila queda convertida en una línea negra de dirección vertical.

Al minuto de practicada la instilación ocular, comenzó la mi-driasis, la cual en breve fue tan intensa, que la pupila adquirió forma redonda con un diámetro casi igual al del iris; éste quedó reducido a una delgadísima franja periférica.

Mayo 28. Hoy, es decir, a las 48 horas, persiste la dilatación pupilar en grado máximo. En este estado, la fotofobia intensa hace que el animal tenga constantemente cerrado el ojo. ;

Junio 1°. Hoy, a las 120 horas, ha disminuído ligeramente la midriasis; la pupila empieza a adquirir forma ovalar; el gato man-tiene cerrado el ojo en los lugares iluminados.

Junio 4. Hoy, a las 192 horas, aun cuando la pupila ha reco-brado su forma lineal, no es todavía igual a la otra (anisocoria). Por tanto, hay todavía un resto de midriasis. Ha desaparecido la fotofobia.

Junio 5. Pupilas normales.

Duración total de la midriasis: Más de 192 horas.

Observación 11'.

Junio 21 de 1944.

Gato de 2.500 gramos de peso.**Producto empleado:** **Extracto total** de flores de Borrachero rojo (**Datura Sanguinea**).**Forma de aplicación:** Instilación en el ojo derecho de una gota de extracto.**Resultado:** Midriasis fuerte e inmediata que duró 120 horas (5 días), disminuyendo gradualmente en forma semejante a la descrita en la observación anterior.**Observación 12'.**

Junio 23 de 1944.

Producto empleado: Solución de bromuro de escopolamina al 1 por 1.000.Tuvo por objeto la presente experiencia establecer la manera cómo la escopolamina del borrachero blanco determina la **midriasis**.

Se utilizó un conejo recién sacrificado. Rápidamente se extrajo el ojo de la cavidad orbitaria. Se instilaron 6 gotas de la solución.

Resultado: Midriasis inmediata.

ENSAYO TERAPEUTICO

Comprobada en los animales la acción midriática de la escopolamina del borrachero, por aplicación local, decidimos ensayar en el hombre la instilación ocular de una solución acuosa al 1 por 1.000, en la forma que aparece en las observaciones siguientes.

Observación 5' (*).

Junio 26 de 1944.

J. E. R.—Edad, 15 años, etc.—Es el mismo individuo de la observación 4ª. (V. página 13).

Conmemorativos: Desde hace poco más de un mes ha sufrido una iritis en el ojo izquierdo, de origen específico a juzgar por la positividad de las reacciones serológicas.

(*) Conservamos el número de orden de las observaciones en el hombre. Viene de la página 13.

Con este motivo, el día 4 de los corrientes le fue instilada por el especialista, en el ojo enfermo, una gota de colirio de atropina (solución de sulfato de atropina al 1 por 100).

La midriasis provocada por la atropina tuvo una duración de 168 horas.

Nos valemos de esta circunstancia para establecer la comparación entre la acción sobre el iris de la atropina y de la escopolamina extraída del **Datura Arborea**.

Forma farmacéutica: Bromhidrato de escopolamina en solución al 1 por 1.000.

Forma de aplicación: Instilación de 1 gota en el ojo izquierdo (ojo enfermo).

Comienzo de la experiencia: A las 3 y 10 p. m.

En este momento, las pupilas estaban iguales, de un tamaño aproximado de 2 milímetros de diámetro. El paciente se hallaba en un salón medianamente iluminado por la luz solar.

Las pupilas reaccionan normalmente a la luz y a la acomodación a la distancia.

3 y 12 p. m. La midriasis ha tardado solamente 2 minutos en establecerse.

La midriasis se ha conservado durante 168 horas.

Pulsaciones: Presentaba el paciente antes de la experiencia, 84 pulsaciones por minuto, cifra que no se ha modificado en los días siguientes.

Observación 6ª.

Julio 6 de 1944.

J. E. R.—Es el mismo individuo de la observación anterior. Se repitió en esta fecha la instilación en el ojo afectado por la iritis, de una gota de solución de bromhidrato de escopolamina al 1 por 1.000.

Resultados idénticos.

Duración de la midriasis: 168 horas. (7 días.)

Ningún cambio en el estado general.

Observación 7ª.

Agosto y septiembre de 1944.

A. A.—Edad: 61 años.

Personales: Enfermo de lepra.

Forma farmacéutica: Colirio de bromuro de escopolamina al 1 por 1.000.

Dosis: Una o dos gotas.**Pulsaciones:** 80 por minuto.

En los meses nombrados, este enfermo ha sufrido una reacción leprosa. Con este motivo presentó los signos de una iritis leprosa en el ojo derecho.

Como parte del tratamiento de la iritis, hemos empleado el colirio al 1 por 1.000 de bromuro de escopolamina originario del borrachero blanco.

Se le han practicado 8 instilaciones en el ojo enfermo. La dilatación pupilar ha sido suficiente y no ha presentado ningún signo de intoxicación.

En los días de las instilaciones, el pulso se ha conservado en su cifra habitual, 80 pulsaciones por minuto.

El enfermo curó de la iritis en los últimos días del mes de septiembre.

CONCLUSIONES

1ª—El alcaloide existente en el borrachero blanco (**Datura arborea**), es escopolamina en su forma levogira y normal. Se puede obtener en estado de suma pureza.

2ª—El borrachero rojo (*Datura sanguinea*) contiene atropina y vestigios de escopolamina.

3ª—La dosis letal mínima equivale a 0.017 miligramos de escopolamina por kilo de ratón.

4ª—En el hombre, este alcaloide es susceptible de absorberse, con moderada rapidez, por las mucosas lingual y gástrica. Observaciones 2 y 3.)

5ª—En el hombre, dosis muy pequeñas de este alcaloide, y muy distantes de la dosis mortal, determinan un conjunto de efectos de los cuales uno de los más constantes es la bradicardia o lentitud del pulso.

6^a—El hombre es comparativamente, mucho más sensible a la escopolamina, que los animales. Esto mismo ocurre con casi todos los alcaloides.

7^a—La resistencia a la acción tóxica de la escopolamina, no es igual en todas las especies animales. Así, por ejemplo, las ranas son muy resistentes.

8^a—La escopolamina que estudiamos, es un alcaloide midriático. Por instilación ocular, tanto en el hombre como en los animales, es constante su acción dilatadora de la pupila.

9^a—Por la vía subcutánea, dosis altas aunque no mortales, pueden provocar en los animales, la midriasis. La susceptibilidad a este efecto, también varía de un animal a otro: los gatos son la especie más sensible.

10^a—La acción que la escopolamina tiene sobre las fibras del iris, se debe a una parálisis de los ramos terminales, intra-iridianos del tercer par, o motor ocular común. Esta acción local sobre el ojo también varía según los animales: el gato es el animal más sensible.

11^a—En el hombre se puede determinar una midriasis de 168 horas de duración, por instilación ocular de una gota de solución al 1 por 1.000. Igual efecto se obtiene con la misma cantidad de una solución de sulfato de atropina al 1 por 100, preparación usada por los especialistas.

12^a—La escopolamina del borrachero blanco, es aprovechable en Terapéutica ocular, como colirio de acción midriática. Por su extrema dilución (al 1 por 1.000), y por la cantidad aplicada (1 o 2 gotas), el colirio de escopolamina tendría la ventaja sobre el de atropina (1 por 100), de no provocar estados de intoxicación, ni aun en los casos en que fuera preciso administrarlo repetidamente.

13^a—La lentitud del pulso es fenómeno que parece ser debido a una acción excitante sobre los neumogástricos. Esta es una hipótesis.

SECRETO PROFESIONAL Y RESPONSABILIDAD MEDICA

Por el Profesor Guillermo Uribe Cualla.

Se llama secreto profesional la obligación que dentro de ciertas condiciones tiene el médico de guardar reserva de los hechos por él conocidos en el ejercicio de su profesión.

Desde la más remota antigüedad se recomienda el secreto médico; ya en el juramento hipocrático se decía lo siguiente: *Aegrorum arcana visa audita, intellecta, eliminet, nemo*; que Litre tradujo así: Aquello que yo viere u oyere en la sociedad, durante el ejercicio de mi profesión, lo callaré, puesto que jamás hay necesidad de divulgarlo, considerando siempre la discreción como un deber en tales casos.

Teorías del secreto médico: 1º Secreto absoluto. Numerosos autores han sostenido que se impone la obligación de guardarlo integralmente y en todos los casos. Sobre todo en Francia se sostuvo esta teoría exagerada, que debe callarse siempre en privado y ante la justicia. 2º Secreto relativo. Según este criterio no puede ser el secreto médico absoluto, porque no puede existir en las cuestiones relacionadas con la justicia, porque es necesario contribuir al esclarecimiento de la verdad que busca ante todo la justicia; porque de lo contrario sería un procedimiento inmoral el callar, y se facilitaría la complicidad en el delito. 3º Secreto ante la conciencia del médico. Este secreto también es relativo. Lo cual es muy aceptable porque sólo el médico puede conocer las situaciones que le impongan hablar o callar, puesto que para hacer la revelación de un secreto debe existir siempre una causa justa.

Casos concretos: a) No se puede aceptar que sólo existe obligación en guardar el secreto de aquello que confidencialmente nos haya dicho un paciente, porque esto es excepcional, y todo lo que dice un cliente debe entenderse que lo dice con carácter reservado. b) Se impone la guarda del secreto en aquellas enfermedades que por su misma naturaleza lo exigen; como sucede en las enfermedades venéreas (llamadas secretas), en las enfermedades hereditarias, en la tuberculosis, las enfermedades mentales. c) En ciertos estados (no enfermedades), como el embarazo y el parto de

una mujer soltera; (que muchas veces trasmite confidencialmente la propia interesada a su madre o a una hermana casada). d) Ciertas heridas verificadas en un duelo, en lo cual hay especial interés de la reserva). e) Cuando se trata de menores que están bajo la patria potestad, en algunos casos se puede y aun se debe informar a los padres. f) Entre los cónyuges debe declararse la verdad pero con cierta diplomacia; (se debe ser reservado en algunas enfermedades hereditarias o venéreas). g) Se debe también conservar el secreto ante el propio enfermo sobre todo en cuanto al diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento. No está bien el revelar la gravedad de la enfermedad en todos los casos al propio enfermo, porque debe conservársele el optimismo, que es factor psicológico que ayuda en el tratamiento sobre todo en pacientes sugestionables y emotivos. h) No se puede conservar el secreto médico, cuando se desempeña un cargo especial como de médico de sanidad militar, de una compañía de seguros, de una empresa particular, etc., porque entonces se tiene la obligación de decir la verdad ante las investigaciones que confíen estas entidades de las cuales se depende directamente.

Excepciones legales sobre el secreto médico: a) Se está relevado de guardar el secreto médico, cuando tiene que hacerse el denuncia de un nacimiento porque es obligatorio el registro civil de los nacimientos; cuando se trata de nacimientos de dudosa legitimidad puede hacerse el denuncia hablando del sitio, la hora, y aun el nombre del niño, pero sin suministrar el nombre de los padres. b) En los certificados que se expiden de la causa de la muerte no se guarda el secreto profesional porque es indispensable decir la verdad). c) En los casos en que existe obligación por las disposiciones de higiene de denunciar las enfermedades infecto-contagiosas, no existe el secreto, como sucede en la lepra, la fiebre tifoidea, el tifo exantemático, el cólera, la viruela, la difteria, la escarlatina, etc. d) Tampoco se quebranta el secreto cuando un médico se ve obligado a denunciar un crimen (como cuando tiene conocimiento de un aborto criminal o de un envenenamiento), o cuando actúa como perito ante los tribunales (como cuando rinde un concepto pericial como médico legista).

Disposiciones de nuestro código penal sobre el secreto profesional: En el código penal vigente existe el Artículo 307, que dice así: "El que teniendo conocimiento por razón de su profesión, arte u oficio, de un secreto, lo revele sin justa causa, incurrirá en arresto

de tres meses a un año y suspensión para ejercer tal profesión, arte u oficio por el mismo tiempo.”

Violación del secreto profesional.—Para que se incurra en esta violación se necesitan las siguientes condiciones: 1ª—Que el infractor tenga una profesión, arte u oficio. No se requiere que tenga un diploma. 2ª—El origen del secreto: Que se refiera a algo que se haya conocido con motivo del ejercicio profesional aunque no se trate de nada confidencial. Basta que este hecho se haya conocido en estas circunstancias. 3ª—La calidad del secreto: Aun cuando el médico tiene la obligación de guardar reserva de todo lo que sabe, cae en el delito cuando con sus revelaciones llega a producir un perjuicio, o existe la posibilidad de que se ocasione. 4ª—Constituye el elemento subjetivo el mismo acto de la revelación, que lo haya hecho con plena conciencia. Porque cuando revela el secreto inadvertidamente, puede haber una falta moral profesional, pero no existe el verdadero delito. 5ª—El último elemento necesario para que exista el delito, se refiere a que no haya ninguna justa causa para hacer la revelación. Entre las justas causas legales se encuentran: cuando se hace el denuncia obligatorio de un nacimiento; cuando se da un certificado de defunción; cuando se denuncia una enfermedad infecto-contagiosa; cuando se denuncia un delito, o cuando tiene que deponer ante la justicia, como testigo o perito.

El secreto profesional y los médicos legistas. El médico legista en su función de perito oficial es un verdadero auxiliar técnico de la justicia, y en ese carácter debe dar todos los informes necesarios a su alcance; debe decir a los jueces toda la verdad, y nada más que la verdad. No tiene por qué guardar secreto ninguno, sino que de acuerdo con sus conocimientos y experiencia debe colaborar eficazmente para ayudar a la comprobación de los delitos. No le es dado eso sí revelar nada de lo que ha conocido en sus exámenes, a las personas extrañas o a los periodistas, porque se trata de diligencias reservadas, que sólo deben reconocer en su integridad las autoridades judiciales que las han ordenado practicar; y deben participar de este mismo secreto de las pericias, los que por cualquier circunstancia llegan a conocerlas, o presencian los reconocimientos médico-legales, como sucede con algunos alumnos de la Facultad de Medicina, que siguen el curso de medicina legal y psiquiatría forense, y que con motivo de las pruebas prácticas, presencian varios de estos exámenes, que de suyo son reservados, pero que solamente bajo la condición de guardar estrictamente el secreto, podrá

hacerse la enseñanza práctica de esta materia en los Institutos de Medicina Legal.

G. Jacomet en su obra titulada "Le secret medical, son caractere juridique" dice lo siguiente: "La base del secreto médico no es el contrato, sino la noción de orden público. El secreto no es un imperativo categórico, y aun en ciertos casos el orden público puede imponer su violación. Se funda el secreto médico: en la seguridad de los enfermos, la libertad del médico, la protección de la salud y de la vida. Admite que el secreto debe desaparecer cuando se trata de crímenes contra la vida (envenenamiento, aborto) y de crímenes contra la seguridad del Estado. Pero debe subsistir en los atentados contra la propiedad. El criterio que debe predominar es la defensa de la vida humana por la protección de la salud. Condena su violación en el caso de matrimonio y rechaza el certificado prenupcial como está concebido en algunos países. También opina en contra de la declaración obligatoria de la tuberculosis y de la sífilis."

El R. P. Uria, S. J. al hablar del certificado prenupcial dice: "Además en el certificado de aptitud, en el cual se descubren minuciosamente las enfermedades, taras o afecciones, por cuyo motivo debe prohibirse o por lo menos desaconsejarse el matrimonio, pudiera implicar fácilmente cierta violación del secreto profesional, secreto que los buenos médicos atentos siempre como cumple, a conservar íntegro el buen nombre de la corporación, acostumbran a guardar con toda fidelidad aun con todo escrúpulo." A estas consideraciones observamos que en los países donde existe la obligatoriedad del certificado prenupcial, los médicos están escusados legalmente de guardar el secreto profesional como sucede cuando dan un concepto en una compañía de seguros, o en una sección de sanidad del ejército, o dan un dictamen pericial médico-forense.

Esto nos viene a demostrar cómo en los actuales tiempos no puede sostenerse el secreto médico absoluto, sino el relativo, porque de lo contrario no se podría cumplir con muchas de las disposiciones legales que se relacionan con la higiene o con la misma administración de justicia.

El profesor Raimundo Bosch (de Rosario, Argentina) al hablar del secreto médico y sus proyecciones en el orden administrativo, sostiene lo siguiente, que está de acuerdo con las orientaciones modernas sobre esta delicada materia: "No cabe la revelación de los hechos, cuando la ley obliga a guardar reserva de los mismos y estatuye la sanción respectiva. Las exigencias legales concuerdan

con las imposiciones de orden moral. La justificación de ceder no se admite cuando no hay disposición que emane de leyes para aceptar la violabilidad del secreto profesional. Un simple decreto no basta. Ni mucho menos una encuesta fundada en denuncias inadmisibles, que los médicos harán conocer, aunque sea "con carácter estrictamente confidencial" enviando datos que individualicen a sus pacientes, faltándose así a la garantía del silencio absoluto. Con verdadero asombro se ha pretendido desconocer la importancia del secreto profesional. Ningún médico ignora o por lo menos debe ignorar, la obligación de mantener en reserva, los hechos que constituyen los elementos del secreto, cuyo conocimiento adquiere en el ejercicio de la profesión y que sólo con justa causa, puede revelarlos. El texto del artículo 156, del Código Penal es claro y terminante, reprime la revelación ilícita al establecer que la divulgación pueda causar daño. Su doctrina está fundada en un principio de ética, en virtud del cual, quedan asegurados la tranquilidad y el honor de las familias, bajo el rigor de la obligación de guardar reserva del secreto confiado o conocido por razón de la actividad profesional. Mientras el depositario de la confidencia no le releve al médico de la exigencia de mantener en silencio, la naturaleza, el pronóstico y las circunstancias de lo que atañe a su enfermedad, éste se halla en la obligación de callar, siempre que no esté comprendido en las situaciones de excepción fijadas por leyes que amparan la justa causa de revelar el secreto. Cabe recordar a propósito de la facultad que posee el depositario de sus confidencias, sobre el profesional a quien hizo conocer sus intimidades físicas y psíquicas, que ninguna persona de acuerdo con un principio de equidad, puede renunciar a un derecho que le pertenece, ni a desistir de una acción si ha obrado con conocimiento de causa. En el presente caso, si los médicos dieran cumplimiento a la disposición ilegal del Centro de Higiene mental de la Provincia de Santa Fe, incurrirían en una grave infracción, por divulgar el nombre y la enfermedad de los pacientes que hubiesen atendido o examinado por desequilibrios funcionales de su psiquismo, omitiendo de este modo la obligación moral de velar por la inviolabilidad del secreto profesional y desentendiéndose del deber primordial de ajustar su conducta a las normas legales que establecen la imposición del silencio."

Certificados médicos: Se entiende por certificado médico la declaración por escrito que hace un médico con título, en relación con un hecho que le consta, y que él ha conocido con ocasión de sus

actividades profesionales. Existe diferencia entre un certificado médico particular y el certificado o dictamen que emite un médico legista. Porque el certificado médico particular, es oficioso, es decir dado a solicitud de un interesado o cliente, sin que intervenga ninguna autoridad; mientras que el certificado medico-legal tiene que ser siempre solicitado por una autoridad competente; el certificado médico particular lleva una sola firma, la del facultativo que lo expide, mientras que el médico-legal como tiene el carácter de una verdadera pericia, tiene que llevar la firma de dos peritos, para que él tenga el suficiente valor legal.

Responsabilidad en los certificados de complacencia. Sucede que en la práctica del ejercicio de la medicina se presentan ocasiones en que personas validas de la amistad de un médico, o por ser clientes reconocidos, no tienen inconveniente en solicitar que se les expida un certificado para excusarse del cargo de jurado en las elecciones populares, o para prestar el servicio militar obligatorio, o para que en caso de una muerte súbita de un miembro de su familia, o que no tuvo asistencia médica, pidan un certificado sobre las causas de la muerte, para poder hacer la inhumación del cadáver, evitando la autopsia médico-legal, que se impondrá a falta del certificado médico de defunción. Como decía el doctor Pedro Mata hablando sobre este asunto: "Por lo mismo que la certificación no tiene casi nunca carácter oficial, es el documento de que más abuso se hace. Las gentes creen que los facultativos pueden certificarlo todo, hasta lo que no existe, sin ningún inconveniente; y que se prevaleen de la amistad, allí de la clientela, ahora de la coacción moral que ejercen sobre ciertos médicos, por sus relaciones, los favores que éstos deben a sus clientes, ahora de la posición particular en que se hallan, fácil de irrogarles perjuicios de más o menos cuantía, como más accedan a una exigencia de esta clase. Empleados que quieren faltar algún tiempo a su destino, testigos que no quieren comparecer en juicio, estudiantes perezosos que no han asistido a sus clases, presos que desean ser trasladados, personas contra las cuales se ha decretado un auto de prisión, familias que quieren evitar un embargo u otro procedimiento judicial, cofrades que tienen derecho a pensiones por los días que han estado enfermos, etc.; he aquí los sujetos que no vacilan en proponer a su médico o a un facultativo más o menos amigo, que les libre una certificación de un mal que no han soñado padecer por lo común, siendo bastante estúpidos u obsecados para enfadarse, si el profesor se niega a semejante condescendencia, penetrado de la indignidad que encubre y

de las consecuencias graves que puede tener para su honra e intereses.”

¿Cuál deberá ser la conducta de estricta ética que debe seguir un médico para expedir un certificado? Como regla general todo médico no debe certificar sino aquello que está de acuerdo con la realidad de los hechos, puesto que no debe decir más que la verdad; sucede que en muchas ocasiones da certificados que no son verdaderos, por complacer a un amigo, familia o clientes, creyendo que con esto le proporciona un favor o les ayuda a salir de una situación penosa, y no se da cuenta que en ello tiene gran responsabilidad, y desdice de su alta posición, el abusar de esta clase de certificados ligeros y mentirosos, porque su palabra en adelante no será respetada, y puede muchas veces sufrir las consecuencias de hechos graves, siendo él completamente inocente.

Supongamos el caso de que un médico ha dado un certificado sobre la causa de la muerte de un individuo que murió súbitamente, y que él no conocía, ni había examinado anteriormente, y certificó que había muerto de una angina de pecho o de una hemorragia cerebral; y sólo para evitarle a la familia el que se practicara la autopsia al cadáver del finado; transcurre algún tiempo, y vienen antecedentes y graves sospechas de que se trata de un hecho delictuoso y de que se sospecha una muerte por envenenamiento criminal; las autoridades judiciales ordenan la exhumación y la autopsia, y el examen toxicológico de las vísceras demuestra la existencia de un veneno en cantidad apreciable, como la estricnina o el arsénico; ¿cómo quedaría el susodicho médico que expidió tal certificado de complacencia? Pues sencillamente puede señalársele como cómplice de un asesinato, al creerse que estaba en connivencia con los autores del delito para ocultarlo, y hacer creer que se trataba de una muerte natural producida por una causa orgánica. Y siendo como es inocente, le sería muy difícil el probarlo, por haber dado un certificado falso, y todas las apariencias lo condenarían.

Además el código penal colombiano tiene sanciones fuertes para los que expidan esta clase de documentos no verdaderos. En el capítulo III, de la falsedad de documentos, en su artículo 237 dice: “El que en el ejercicio de una profesión médica, forense o de cualquier otro servicio de utilidad social, certifique falsamente acerca de hechos que deban probarse mediante dicha certificación, incurrirá en arresto de un mes a un año y en multa de cincuenta a quinientos pesos.”

Responsabilidad médica: Es éste un tema de trascendental importancia, y es necesario plantearlo nítidamente, y permaneciendo en el justo medio, sin exageraciones ni complacencias. Porque en esta materia se encuentran los dos extremos que son inaceptables: los que quieren sostener una irresponsabilidad del médico en todos los casos, lo cual sería crear una especie de casta privilegiada, que no puede aceptarse, porque todo individuo debe responder de sus actos ante la sociedad donde actúa; como tampoco puede admitirse la teoría de que los médicos deben tener una responsabilidad absoluta de todos los actos que ejecutan, aun cuando ellos no se deban a ningún descuido ni a falta de técnica; esto sería imposible de aplicar en la práctica, porque entonces las ciencias médicas no podrían avanzar, y los profesionales médicos o cirujanos, se abstendrían en muchos casos de intervenir por temor a un fracaso, y verse fácilmente dentro de las redes de una ley absurda e inmisericorde. No se trata aquí de la responsabilidad que tengan los médicos por los crímenes o delitos que ellos puedan cometer, y por los cuales todos los ciudadanos, médicos o no médicos, pueden ser acusados ante los tribunales; se trata de las faltas que puedan cometer en el ejercicio de la medicina o de la cirugía.

Práctica universal de la responsabilidad médica. En el código de Hammurabi se decía: "Si un médico con el punzón de bronce hace una herida grave en un hombre notable, y hace morir a este hombre, así como si abre con el punzón de bronce la catarata en el ojo del hombre, y le vacía el ojo, se le cortarán las manos." Los médicos egipcios tenían un código en el cual se consignaban todas las reglas de la ciencia médica, a las que debían ceñirse rigurosamente, bajo la pena de muerte. El concepto de la responsabilidad médica estaba claramente determinado, pues si el médico se había ceñido estrictamente a dichas prescripciones, no era responsable, aun cuando el enfermo muriese. Igual concepto existía en Grecia: Platón sostenía la irresponsabilidad del médico cuando procedía de buena fe. Alejandro castigó con la pena de muerte a un médico, que por ir al teatro abandonó el tratamiento de un enfermo, dejándolo morir. En Roma la ley aquilina castigaba la falta grave; había disposiciones que sancionaban la incuria, la negligencia, la imprudencia, y la impericia de los médicos, en efectos civiles y penales. La jurisprudencia francesa del siglo XV definía esta falta grave cuando por la voz del jurisconsulto Papon, no perdonaba, "bajo la cubierta de nuestra fragilidad" al médico "ignorante" o demasiado "atrevido". En Inglaterra el 7 de mayo de 1886, el primer Lord de

justicia definía de nuevo la falta grave cuando declaraba legalmente responsable de sus actos médicos aun involuntarios, al médico que no aportaba al cumplimiento de su deber, "la habilidad normal de un hombre competente"; en este caso, y en este caso únicamente, "debe ser considerado como culpable de negligencia". Otras legislaciones son más severas; pero se ocupan por lo menos de investigar si el médico ha cometido una falta grave. El derecho canónico admitía la responsabilidad médica por grave negligencia e ignorancia; y lo mismo las leyes francesas. En el Fuero Juzgo y en las Partidas también se halla consignada la responsabilidad médica.

Lacassagne ha definido la responsabilidad médica así: "La obligación a que están sujetos los médicos de sufrir las consecuencias de ciertas faltas por ellos cometidas en el ejercicio del arte, faltas que pueden originar una doble acción civil y penal." El profesor Samuel Gájardo de Santiago de Chile, comenta esta definición y dice que en general ella es satisfactoria, pero la critica porque no establece el carácter no intencional de las faltas. Propone la siguiente definición que es más amplia y comprensiva, a saber: "La obligación de los profesionales médicos, de sufrir las consecuencias jurídicas de sus actos profesionales, cuando sin intención dolosa causan daño a las personas por una actuación culpable." Y considera que la responsabilidad médica requiere dos elementos fundamentales. 1º Un acto profesional culpable; y 2º un daño causado a las personas, que le produzca una enfermedad, una complicación o la muerte.

Y puede existir como base de la falta una ignorancia inexcusable, porque el médico puede incurrir en errores científicos, pero cuando ellos provienen de una ignorancia inexcusable, dan lugar a la responsabilidad. Negligencia culpable cuando no se tiene todo el escrúpulo del caso, tomando las precauciones indispensables para evitar perjuicios en un paciente.

Imprudencia temeraria cuando emplea tratamientos que pueden producir graves perturbaciones funcionales, tratándose de un enfermo grave o delicado. Precipitación culpable, cuando el médico procede a recursos extremos sin la conveniente reflexión, produciendo daños irreparables. Y finalmente cuando procede a hacer experimentos delicados con el uso de medios terapéuticos arriesgados, y aun poco conocidos. Naturalmente que así como pueden existir errores que no tienen excusa por proceder de una crasa ignorancia, o de un descuido imperdonable, hay otras equivocaciones que se refieren a errores de diagnóstico o de tratamiento, que no

pueden atribuirse precisamente a ignorancia, sino a dificultades clínicas o de observación, y en los cuales puede incurrir el mejor médico, ya que la medicina no es una ciencia exacta como las matemáticas, y en esta clase de equivocaciones caen los médicos más preparados y de mayor experiencia clínica.

Objeciones a la responsabilidad médica. Se oponen tres argumentos principales a esta responsabilidad legal médica: 1º Que no puede sostenerse que la medicina tenga normas definitivas, sino que por el contrario su mismo progreso requiere modificaciones en la técnica quirúrgica y en los tratamientos médicos, y podría hacerse rutinaria por temor a la responsabilidad; y 2º Que nadie puede vanagloriarse de la verdad científica, porque lo que se tiene por verdadero, mañana puede ser erróneo, o viceversa. Estas dos objeciones tienen evidente fuerza, pero la misma jurisprudencia admite un margen de errores admisibles, cuando se trata de puntos oscuros o discutibles de la ciencia, y que sólo admite la responsabilidad cuando ha habido ignorancia, imprudencia o negligencia. Y el otro argumento se refiere a que los tribunales carecen en lo general de competencia técnica para juzgar los actos profesionales de los médicos; en apariencia el argumento es poderoso, porque indudablemente si sólo los juristas o magistrados fueran a apreciar los actos profesionales médicos, incurrirían en errores muy graves y peligrosos, porque en muchas cuestiones técnicas ellos no pueden dar concepto; pero es claro que en todos estos casos deben acudir a la pericia médica, que los asesore y puedan proceder no solamente con imparcialidad y justicia, sino con ciencia y sabiduría.

El profesor Guillermo Fernández Dávila, en una muy interesante conferencia que pronunció en Lima hace varios años, y que después dio a la publicidad, sobre el tema "La responsabilidad profesional del médico", termina con muy importantes conclusiones que las transcribo textualmente, por ser muy ilustrativas, y son una síntesis feliz de lo que en esta materia delicada y de suyo compleja puede sostenerse con criterio imparcial y sereno. Dicen así: **Conclusiones:** 1ª No acepto la irresponsabilidad médica, porque como ya lo he dicho parodiando a un escritor italiano, "el título profesional no puede constituir nunca un brevete de impunidad". 2ª No acepto tampoco la responsabilidad absoluta, porque ni en el estado actual de la ciencia, ni aun en el transcurso del tiempo y sus máximos adelantos, podrá llegarse a la infalibilidad profesional. El médico es un ser humano, tan susceptible de errores, como el que menos. 3ª Afirmando que la responsabilidad penal, sólo debe limitarse

para los grandes ignorantes que cometen sus crímenes profesionales, a sabiendas de que no saben nada. Para estos responsables ignorantes, castigo y execración, y rechazo absoluto del gremio médico, pues son los criminales conscientes en el arte de curar. Y más aún los ignorantes mercantilistas que determinan sus víctimas, engañándolas entre los señuelos de una fórmula polifarmácica, de un tratamiento novedoso de cuarta plana, o de una intervención quirúrgica simulada. 4^a Para los que cometieron su falla bajo el estímulo de una imprudencia o de una negligencia, mientras aquél no sea temerario, y ésta inconcebible, la sanción civil, pues es justo el resarcimiento de los daños que ocasionó nuestra incorrecta actuación. 5^a Para todos aquellos que por una u otra causa, tuvieron la desgracia de convertirse en reos de responsabilidad, la sanción moral, aquella que se ejecutoria en lo más íntimo de nuestro ser, de nuestra conciencia. Que no se baladronen si escaparon impunes a la justicia de los hombres, cuando la conmiseración, el respeto o la timidez, dejaron que el tiempo cubriera los delitos con el manto del olvido, pues siempre tendrán un juez que todo lo sabe, y nada perdona: su conciencia, y un castigo que siempre se cumple: el recuerdo."

Legislación colombiana sobre responsabilidad médica. Entre nosotros, al igual de lo que sucede en muchos países, no existe en los códigos ninguna disposición que en materia de responsabilidad se refiera exclusivamente al médico; pero es claro que existen artículos tanto en el Código Civil como en el Penal, que le pueden ser aplicados al médico en asuntos de responsabilidad civil o penal, en muchas ocasiones y circunstancias, de la misma manera como pueden aplicarse a otros ciudadanos.

Código Civil. Artículo 2341. El que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido.

Artículo 2356. Por regla general todo daño que pueda imputarse a malicia o negligencia de otra persona, debe ser reparado por ésta.

Código Penal. El artículo 1º de la Ley 164 de 1938 dice así: El artículo 370 del Código Penal quedará así: Artículo 370. El que por culpa cause la muerte de otro, incurrirá en prisión de seis a cuatro años, y privación del ejercicio del arte, profesión u oficio por medio de los cuales se ocasione la muerte, hasta por cuatro años. Parágrafo. En este caso podrá el Juez prescindir de la aplicación

de la sanción accesoria señalada en el inciso anterior, cuando del estudio de la personalidad del responsable resulte de acuerdo con las reglas generales fijadas en los artículos 36 a 40 de este Código, que es poco peligroso para la sociedad, pero sin que sus condiciones personales sean suficientemente satisfactorias para justificar la condena condicional o el perdón judicial (artículos 80 y 91).

Pero es necesario saber interpretar debidamente estas disposiciones como lo dice muy bien G. Payen S. J. en su "Deontología Médica" al hablar de la interpretación de la jurisprudencia en esta materia: "Hemos dicho ya según qué principios y con cuán prudente moderación deben aplicar y aplican de ordinario los tribunales a los médicos los artículos del código civil y del código penal." (En Francia tampoco existen artículos expresos en sus códigos que se refieran a la responsabilidad médica, sino disposiciones generales que les pueden ser aplicadas.) "Los tribunales —escribe H. Ribadeau-Dumas— deben mostrarse muy prudentes en la aplicación de los textos, so pena de incurrir en el riesgo de impedir la iniciativa privada y paralizar el progreso de la ciencia, poniendo en peligro la salud humana en lugar de salvaguardarla. Sólo en el caso de negligencia caracterizada, de impericia grave o de falta grosera, deben decidirse a castigar al médico. Fuera de una falta de esta naturaleza el médico no incurre en responsabilidad. Los tribunales no tienen que intervenir cuando se trata de la aplicación de métodos serios que pertenecen al dominio de la ciencia y de la enseñanza. Basta leer las principales sentencias de los tribunales y los considerandos para convencerse de que las condenas recaídas sobre los médicos han sido en realidad, salvo excepciones, pronunciadas por faltas graves, por imprudencia o por negligencia en el ejercicio de la profesión, o también por ligereza, ignorancia o torpeza en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades."

El profesor E. Forgue dice: "La ley deja al Juez en ausencia de textos especiales, y en una materia que no tiene la sencillez de los asuntos ordinarios, pleno poder para calificar la falta, para tarifar su gravedad, para apreciar si el acto que se le ha denunciado tiene los caracteres de la ignorancia, de la impericia o de la imprudencia. Sin duda el magistrado no se pronuncia sino con circunspección, rodeándose de las garantías de un peritaje escrupuloso y competente, dejando una parte para el inevitable error humano. Pero sin embargo, su juicio es falible. A veces puede sufrir el peso de la opinión pública, atenerse a un peritaje insuficiente, o exceder las conclusiones del perito; tomar posición en una controver-

sia científica y desplegar en nuestro respecto, un exceso de severidad.”

“Deber del perito es tener en cuenta juiciosamente todas las condiciones en que se ha producido la falta profesional; las dificultades en que se ha encontrado el médico acusado y las contingencias de la clínica y de la práctica que no siempre entran en las fórmulas absolutas de los libros. Para apreciar con toda exactitud estas indicaciones de urgencia, que pueden surgir de manera imprevista en el curso de una intervención y modificar el plan primitivo, para juzgar el modo según el cual el operador ha hecho frente a los incidentes, es necesario que el experto sea competente, esté versado en la práctica de esta cirugía especial e instruido por experiencia personal de sus dificultades y de las soluciones técnicas que comporta. Por lo tanto competencia de los peritos: he aquí la primera salvaguardia de nuestra profesión. Peritaje contradictorio desde el comienzo de toda instrucción contra un médico: he aquí otra garantía indispensable que exigimos todos, y que Pinard ha formulado elocuentemente.”

Es indudable que la responsabilidad médica sólo puede ser exigida en casos muy comprobados, y siempre que los tribunales que fallen oigan todas las razones científicas de los facultativos acusados, estudien las circunstancias concomitantes de los hechos que se exponen, y sean asesorados por científicos suficientemente preparados en la materia que se discute, que puede referirse a una especialidad; y que además se distingan por una honorabilidad indiscutible, exigiendo sólo de ellos como peritos técnicos, ciencia, honorabilidad, imparcialidad, en una palabra, justicia.

INFORME DE LOS ACADEMICOS MANUEL JOSE SILVA Y LUIS PATIÑO CAMARGO, SOBRE EL TRABAJO DEL DR. GONZALO REYES GARCIA

Señor Presidente de la Honorable Academia Nacional de Medicina y señores Académicos:

En virtud de la comisión que nos fue encomendada para estudiar el trabajo que, con el título de **Contribución al estudio del aceite de seje en Colombia, y Tratamiento de algunas tuberculosis y tuberculides de la piel por el aceite y ésteres de seje yodados**, presentó a la Academia Nacional de Medicina, el señor doctor Gonzalo Reyes García, y con el cual postula su nombre para candidato a miembro de la Corporación, tenemos el honor de rendir el informe reglamentario.

El trabajo en referencia consta de dos capítulos, y el tema lo desarrolla su autor en ochenta páginas. En las primeras refiere la historia del fruto de la palma de seje, cuyas propiedades medicinales y alimenticias eran apreciadas por los indios que habitaron nuestros llanos orientales y fueron dadas a conocer a los colonizadores españoles. El propio doctor Reyes García, refiere cómo en el hogar de sus mayores, oyó de labios del abuelo y de su propio padre, lo eficaz del aceite en afecciones de las vías respiratorias.

Fue el doctor Jorge Martínez Santamaría el primero en preparar ésteres etílicos del aceite de seje, cuya eficacia no pudo comprobar, porque la muerte truncó en edad temprana esa vida meritoria.

En 1925 el doctor Roberto Peñuela del Castillo, presentó como tesis de grado, un trabajo intitulado **Los ésteres etílicos de los ácidos grasos del aceite de seje**. Allí se dan instrucciones sobre la manera de prepararlos; anota los experimentos practicados en animales, y aconseja las inyecciones intramusculares de tal producto para combatir la tuberculosis humana, observándose en los pacientes así tratados un aumento progresivo de la lipasa, fermento que suele disminuir en los bacilares.

Más tarde, en 1929, el doctor Juan R. Piñeros, en su tesis de doctorado, se ocupa del mismo aceite medicinal y lo recomienda como tratamiento de los tumores blancos y de las osteoartritis.

Conceptúa que la lipasa del aceite ayuda al organismo a disolver la envoltura grasosa del bacilo de Koch, facilitando la acción proteolítica humoral, y atribuye, además, propiedades tónicas estimulantes y antitóxicas a los ácidos grasos del aceite de seje.

En posesión de tales concepciones el doctor Ramón Cabrales Pacheco, en 1935, tuvo la feliz ocurrencia de agregarle yodo al aceite de seje, con lo cual redobló sus buenos efectos evidentes, según consta en su tesis, en la tuberculosis ganglionar, y en general, en las quirúrgicas. Por último, el doctor Carlos J. Cuartas, apoyado en conocimientos y resultados obtenidos por los médicos que le antecedieron en el estudio del aceite, propone modificaciones del tratamiento de Finikoff: lo emplea contra la tuberculosis pulmonar en actividad y utiliza el aceite de seje yodado y no el de maní aconsejado por aquel investigador.

En páginas siguientes, se ocupa el doctor Reyes García del estudio experimental del aceite de seje yodado, en inyecciones intramusculares, para combatir la tuberculosis cutánea, cosa que hasta entonces ningún otro científico había intentado.

Con dicha mezcla y en dosis crecientes, fueron tratados treinta y siete enfermos víctimas de lesiones tuberculosas de la piel o considerados como tales. Las historias clínicas respectivas llevan al autor del trabajo, cuyo informe nos ha sido encomendado, a formular, entre otras, la siguiente conclusión: "Sin poder afirmar que el aceite de seje yodado sea la última palabra en el tratamiento de las tuberculosis de la piel, sí creo haber contribuido en algo para la terapéutica de estas afecciones, que se presentan rebeldes, que resisten a los diferentes farmacos y tienden tanto a recaer."

En el segundo capítulo se ocupa el doctor Reyes García, de los **Esteres del seje yodado**. Transcribe el informe que elaboró el doctor Leopoldo Albarracín, tocante a la preparación y purificación de los ésteres de seje, colaboración que consideramos muy interesante. Indica el proceso que debe seguirse hasta alcanzar un producto estable de elevado grado de pureza y neutralización, con la cual se persigue reducir al mínimo los ácidos libres que causan inflamación de los tejidos que tocan, y provocan fenómenos dolorosos.

Con tal producto, que el doctor Reyes considera una **verdadera combinación**, trató veinticuatro pacientes afectados de las dolencias arriba anotadas. Una labor de trece años lo ha llevado a deducir que un grupo respetable de entidades dermatológicas

que se caracterizan por su tendencia invasora y destructiva, por su tenacidad y reincidencia, son favorablemente influidas cuando se utilizan para combatir las el aceite y los ésteres de seje yodados.

La atenta lectura del trabajo cuyo resumen hemos apuntado, nos ha impresionado satisfactoriamente. Revelan en su autor encomiables dotes de observador y demuestran que ha analizado metódicamente los casos clínicos por él seleccionados. Verdad es que en un terreno rígidamente científico, no se puede concluir que las dermatosis tratadas por el doctor Reyes García, con el producto tantas veces mencionado, correspondan a lesiones de etiología bacilar evidente. Faltó en todas la prueba experimental; no vienen acompañadas de análisis histo-patológicos, ni en parte alguna consta que apelara a la tuberculino-reacción. Recursos son éstos de laboratorio que el investigador no debe nunca despreciar, porque las más de las veces, permiten fundamentar y aún dar la razón del diagnóstico clínico, así como orientar la terapéutica que deba seguirse.

El tema elegido por el doctor Reyes García, sugiere algunos comentarios, y abre horizontes de investigación científica. En relación con el aceite de seje, no aparecen comprobadas propiedades terapéuticas especiales: se le puede considerar como **aceite medicinal**, mas, a pesar de los análisis hechos, seguimos ignorando el nombre y número de los ácidos que contiene, y entre éstos, debe encontrarse el verdaderamente **activo**, cuyo aislamiento y dosificación sería en extremo útil, cuando se persiguen sus efectos terapéuticos. Algo más, el hecho mismo, señalado y demostrado por el Profesor Reyes García, como benéfico en las tuberculosis cutáneas, está pregonando que es tanto más eficaz, cuanto mayor cantidad de yodo se le agregue; de ahí se deduce que es este metaloide el que obra como modificador de la nutrición general y local, interviene activamente en la irrigación de los tejidos y toma parte destacada en el proceso de desamiliación, y por esto y por su acción trófica y resolutive sobre los elementos celulares, sus efectos terapéuticos no se discuten.

Nos explicamos la poca y aún ninguna eficacia del aceite y de los ésteres de seje yodados, como tratamiento de algunas afecciones cutáneas, por tratarse de **tuberculides** cuya etiología no está suficientemente demostrada, y puede originarlas lo mismo el bacilo de Koch que sus toxinas, como también se deben a produc-

tos sépticos provenientes de un absceso dentario, de un foco sinusal, o a disfuncionamientos endocríneos; para decirlo en una palabra, son el resultado de un síndrome.

Las consideraciones anteriores enaltecen el trabajo científico, documentado y cuidadosamente desarrollado a lo largo de trece años de observación y devoción sostenida por el doctor Gonzalo Reyes García. Su autor se ha distinguido como sagaz dermatólogo, y ostenta mercedamente el título de profesor de clínica dermatológica de la Universidad Nacional. Su firma aparece al pie de publicaciones sobre temas atañedores a su especialidad, y su libro titulado **Ulceras de los miembros inferiores**, lo vemos diariamente en manos de médicos y estudiantes.

Ante tales ejecutorias, vuestra comisión se complace en proponer:

1º—Elijase 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.
Bogotá, julio 13 de 1944.

Vuestra comisión,

Manuel José Silva, Luis Patiño Camargo.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL ACEITE DE SEJE EN COLOMBIA Y TRATAMIENTO DE ALGUNAS TUBERCULOSIS Y TUBERCULIDES DE LA PIEL POR EL ACEITE Y ESTERES DEL SEJE YODADO

Trabajo presentado a la Academia Nacional de Medicina
POR EL DOCTOR GONZALO REYES GARCÍA

A LA MEMORIA DEL EMINENTE PROFESOR
JOSE IGNACIO URIBE

CAPITULO I

El *aceite de seje* se ha empleado entre nosotros de manera empírica desde tiempo inmemorial. Las tribus salvajes que habitan las orillas de nuestros grandes ríos, esperan con verdadero deleite la cosecha de la palma del seje, recogen grandes cantidades del fruto que utilizan en su alimentación. Esta costumbre ha sido transmitida de generación en generación, no se sabe por cuántos siglos.

El aceite de seje fue conocido en el interior del país por los españoles que colonizaron la parte oriental y lograron saber la utilidad del fruto de la palma del seje por los indios, que la empleaban en las enfermedades de las vías respiratorias, establecieron comercio con ellos y su eficacia hizo que el uso se fuera extendiendo. Tengo el recuerdo de mi abuelo que viajaba a los Llanos Orientales, y después el de mi padre, que traía el aceite de seje adquirido de los indios para darlo a las personas y a los muchachos que sufrían de las vías respiratorias. Así, de las regiones que comercian con los Llanos traen desde hace mucho tiempo el aceite, pues siempre se ha considerado como remedio eficaz contra toda clase de afecciones pulmonares.

El primero que tuvo la idea de hacer un estudio experimental con el aceite de seje fue el doctor Jorge Martínez Santamaría, quien preparó unos *ésteres etílicos del aceite de seje*. Sus observaciones apenas principiaron, pues la muerte puso fin a sus investi-

gaciones dejando truncado este trabajo tan importante para la medicina nacional.

En el año de 1925, mi amigo y colega, doctor Roberto Peñuela del Castillo, presentó como tesis de grado un trabajo titulado "Los ésteres etílicos de los ácidos grasos del aceite de seje." Allí se enseña la manera de preparar los ésteres y trae los experimentos practicados en animales y llega a las conclusiones siguientes:

Primera: La única vía que debe seguirse en la administración de este medicamento es la de inyecciones intramusculares, al menos por el momento, puesto que la ingestión no se ha investigado al respecto, y esto porque no se ha acostumbrado a hacerlo con ningún éster por ser de gusto muy desagradable e irritante para las vías digestivas.

Segunda: Las inyecciones subcutáneas producen abscesos calientes.

Tercera: Las intravenosas matan por embolia.

Hizo observaciones inyectando los ésteres a tres personas sin inconveniente alguno.

En 1929, Juan R. Piñeros presenta su tesis de grado en la Facultad de Bogotá, con el título "Tratamiento de las osteoartritis por los ésteres etílicos de los ácidos grasos del aceite de seje". En su tratamiento fija la dosis de 2 a 10 c. c. en inyecciones intramusculares cada tercer día, durante 20 días; se deja descansar al enfermo 10 días y se vuelve a inyectar en la misma forma el éster. El doctor Piñeros señala la inocuidad y la absorción rápida. Hace sus experimentos en seis enfermos y concluye:

Los ésteres etílicos del aceite de seje introducidos por la vía intramuscular tienen una acción antituberculosa franca y evidente. Esta acción parece depender de los ácidos grasos no saturados.

Clinicamente estos ésteres están dotados de propiedades tónicas y estimulantes y sobre todo antitóxicas muy manifiestas. Su toxicidad es nula y por consiguiente perfectamente tolerados.

Parece que los ésteres obran directamente sobre el bacilo e indirectamente exaltando el poder lipolítico.

La colessterina en la sangre no sufre alteración al introducir los ésteres etílicos del aceite de seje.

En 1931, el autor de este modesto trabajo comienza a emplear el aceite de seje yodado en algunas tuberculosis de la piel, obteniendo los resultados que adelante se verán en las historias clínicas.

El doctor Ramón Cabrales Pacheco, en 1935, presenta como tesis de grado un trabajo titulado "Aceite de seje yodado y calcioterapia en las tuberculosis quirúrgicas". Presenta 12 observaciones y las conclusiones siguientes:

a) *Criterios de curación*: Consideramos que la mejoría clínica guarda una correlación con la mejoría radiológica observada durante la evolución del tratamiento médico de Finikoff. Esta correlación es tan constante, que la apreciación radiológica constituye un criterio de curación, eficaz adyuvante del criterio clínico en el conocimiento y determinación de las curaciones estables.

En cambio es menos segura, más incierta la apreciación hematológica dada por Finikoff como índice para juzgar la evolución de la tasa de lipasa sanguínea, y por consiguiente, como un medio indirecto para juzgar la evolución del tratamiento. En efecto, podemos observar en los casos anotados, que si es cierto que existe una reacción monocítica favorable, esta reacción hematológica es variable y por consiguiente no puede presentarse como un tercer criterio práctico de apreciación.

b) *Aceite de seje*.—La vía ordinaria de administración del aceite de seje había sido hasta ahora la vía digestiva, su administración parenteral exalta las propiedades medicinales específicas dependientes, como lo hemos hecho notar, de la predominancia de los ácidos grasos no saturados y de su gran tolerancia orgánica que permite un tratamiento intensivo. Si agregamos a las propiedades anotadas, que el aceite de seje, conforme lo establecen los exámenes hematológicos, es un agente estimulante de la monocitosis, podemos entonces explicarnos la actividad mayor de este aceite vegetal y la abreviación notoria de la duración del tratamiento.

c) *Inocuidad del método*.—El tratamiento de Finikoff es de una inocuidad completa, particularmente cuando se usa el aceite de seje y se tienen las precauciones habituales propias de las soluciones aceitosas. Su acción sobre el riñón es nula conforme a los exámenes de orina hechos después del tratamiento; y esta acción es idéntica, desde el punto de vista clínico, para el funcionamiento hepático, digestivo, cardíaco y nervioso.

d) Sin suponer que el tratamiento de Finikoff sea la panacea de todas las tuberculosis externas, podemos considerar que el tratamiento termina en el 50% de la curación definitiva y estable de las lesiones escrófulo-tuberculosas. El pronóstico y evolución

de las lesiones depende de la concurrencia de los diversos factores colaterales señalados, de la técnica del tratamiento, de las contra-reacciones defensivas del organismo, etc., factores que el clínico puede prever después de un estudio concienzudo del enfermo.

Si una vez iniciado el tratamiento, la mejoría clínica no se manifiesta después de cuatro meses, es inútil prolongar más la medicación, porque, generalmente, la enfermedad entra en un estado estacionario en que es dudosa la curación. Aunque necesitaríamos una estadística más dilatada para comprobarlo de una manera rotunda, la forma particular como se han comportado algunos de nuestros pacientes, nos hacen suponer que las lesiones tuberculosas de la rodilla, del codo, y, de una manera general, las lesiones polifistulosas, ceden más eficazmente.

En 1938, Carlos J. Cuartas, publica un trabajo como tesis de grado "Modificaciones al tratamiento de Finikoff". Presenta diez observaciones, de las cuales tres se refieren a tuberculosis pulmonares en las cuales empleó el método de Finikoff, que había sido contraindicado en las tuberculosis pulmonares en actividad, por presentarse en ocasiones hemoptisis y agravación de la enfermedad; parece, pues, que el aceite de seje empleado en lugar del aceite de maní yodado, como empleaba Finikoff, hace posibles las inyecciones yodadas del aceite sin accidentes. Las otras observaciones se refieren: tres, a tumores blancos de la rodilla, una al mal de Pott, y tres a ostiomielitis.

Las conclusiones que trae el doctor Cuartas son las siguientes:

No ha sido nuestra pretensión hacer del método de Finikoff una panacea terapéutica aplicada a todas las formas de localización tuberculosa. Nos hemos propuesto con nuestro presente trabajo, ampliar su campo de utilización, no limitándolo exclusivamente a los casos de tuberculosis quirúrgicas, en especial a las localizaciones óseas y articulares, como fue la primera indicación de su autor, sino también a manifestaciones bacilares, consideradas en su principio como contraindicación definitiva de este tratamiento. Sabemos que en la *Clínica Dermatológica del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá*, se está empleando actualmente este método con magníficos resultados en diversas formas de lupus tuberculoso. Esto confirma en parte nuestro anhelo, ya que lo que hemos querido establecer es el empleo de la calciterapia y del aceite de seje yodado, o sea el tratamiento de Finikoff, con ligeras modificaciones, en muchas entidades cuya patogenia puede atribuirse al bacilo de Koch y de localización distinta de la ósea y de la ar-

ticular, lo mismo que en estados en que el organismo está sometido a un proceso de descalcificación.

De nuestras observaciones clínicas podemos concluir:

1º—El método de Finikoff es de una eficacia comprobada en el tratamiento de las localizaciones tuberculosas ostioarticulares (tesis de Juan B. Piñeros); y en la del doctor Cabrales Pacheco en las tuberculosis quirúrgicas.

2º—En la tuberculosis pulmonar, el empleo del método de Finikoff presta una ayuda muy eficaz para su tratamiento; requiere, eso sí, una extrema prudencia en su manejo a fin de evitar complicaciones que podrían ser fatales, como sería el caso de una hemoptisis fulminante.

3º—En el tratamiento de afecciones que determinan una descalcificación o desmineralización intensa del organismo, mediante el método de Finikoff, da resultados muy satisfactorios; sería muy conveniente hacer un número mayor de observaciones en este sentido, pues estamos seguros, dados los magníficos resultados obtenidos por nosotros en los pocos casos que tuvimos ocasión de emplearlo, que este tratamiento, oportunamente instituido y convenientemente conducido, evitaría un sinnúmero de intervenciones quirúrgicas y sobre todo recaídas, ya que su acción es general y no simplemente local.

4º—Insistimos en la conveniencia y casi necesidad de completar el tratamiento de Finikoff con el empleo de vitaminas, en especial de aquellas que, como la A, la C, la B, tienen una acción evidente en el metabolismo mineral.

5º—Otro tanto nos atrevemos a decir respecto al uso de hormonas y extractos glandulares, ya que algunos de éstos estimulan la fijación del calcio y activan de manera muy favorable el metabolismo mineral.”

En el comercio, desde hace varios años, se encuentran preparaciones y ampollitas, en las cuales el vehículo principal es el aceite de seje; casi todos se refieren a medicamentos preparados especialmente para las vías respiratorias.

HISTORIA BOTANICA DE LA PALMA DEL SEJE

(*Jessenia Polycarpa* Karsten).

Por ARMANDO DUGAND, Jefe de la Sección de Biología Vegetal del Ministerio de Economía Nacional y Director del Instituto de Ciencias Naturales de la Universidad Nacional.

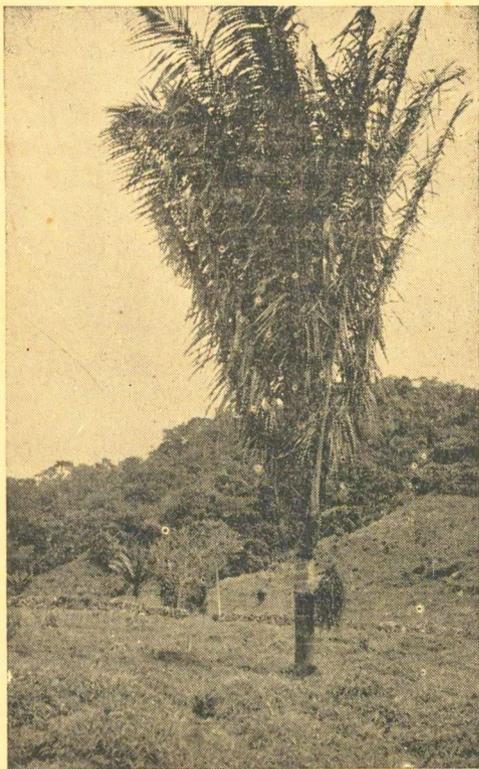
Para el doctor Gonzalo Reyes García.

La palmera que produce el aceite de seje es comúnmente llamada "Unamo" por los habitantes de los Llanos Orientales. Fue originalmente descrita por Hermann Karsten en la revista científica *Linnaea*, Vol. 28, pág. 388, año de 1856, con el nombre de *Jessenia polycarpa*, siendo esta palma el tipo del género *Jessenia* descrito en la página 387 de la misma obra.

El topotipo señalado por Karsten dice textualmente: "In planitie oricensi et fluminis Marañon ad pedem tractus Andium locis humidis silvaticis habitans."

Crece esta palmera en las llanuras orientales de Colombia y forma un elemento importante del palmetum en las selvas de galería que bordean los numerosos ríos y caños de aquella extensa región. Se la ha encontrado también en las selvas del Caquetá y en las que cubren las costas del Pacífico, cerca de Buenaventura. En el valle del Magdalena existe una especie descrita por Engel (*Linnaea* 33: 691, 1865) como *Jessenia repanda* llamada "Milpepos" o "Palma de leche" que puede ser una simple variedad de *polycarpa* Karsten.

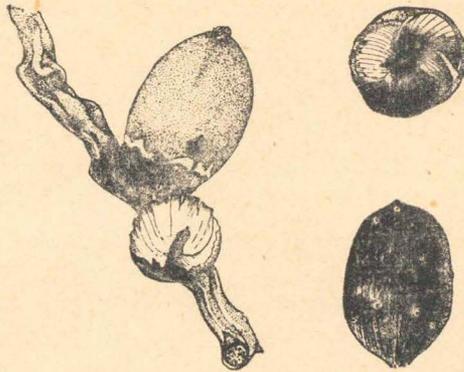
La altura del estipe o tronco varía entre 5 y 20 metros de altura, con diámetro de unos 30 a 40 centímetros; las frondes alcanzan hasta unos ocho metros de longitud, igualmente pinnadas, con cerca de 100 segmentos a cada lado del raquis, de unos 120 centímetros de longitud y de 8 a 14 centímetros de ancho, cubiertos por el envés de un indumento de tricomas cerosos visibles con lente fuerte. Las inflorescencias son axilares, solitarias, pero las infrutescencias aparecen infra-foliarmente debido a la temprana caída de la hoja respectiva. El raquis floral, de unos 150 centímetros de longitud, aparece erguido, mientras que las ramificaciones son cayentes, lampiñas, sinuoso-escavadas. Las flores masculinas poseen entre 16 y 20 estambres. Los frutos son ovoideos, de unos 3,5 cm. de largo por 2,3 a 2,5 de diámetro y terminan en la punta por una protuberancia subcentral mamiforme deprimida, de 1 a 2



PALMA DEL SEJE
(*Jessenia polycarpa*)
Región de Villavicencio.

mm. de alto y de 3 a 4 mm. de diámetro. El color de la cáscara en los frutos maduros varía entre azulado plomizo y verdoso-violado. El mesocarpo desprovisto de epicarpio es casi del mismo largo que el fruto, un poco más angosto, de color pardo, vetado longitudinalmente de líneas fibrosas de color cremoso, que se desprenden fácilmente. El rafé es longitudinal y muy marcado.

Muchos botánicos colombianos han confundido este género palmáceo con *Oenocarpus*, y el doctor Cuervo Márquez se refiere a la palma del seje, en su tratado "Elemental de Botánica", año de 1913, con el nombre de *Oenocarpus seje*, siendo éste un *nomen nudum* inválido e inefectivo, según las reglas Internacionales de Nomenclatura Botánica. El género *Oenocarpus* se distingue de *Jessenia* por tener las flores con sólo 6 estambres y por carecer de los tricomas cerosos en el envés de los segmentos foliares, amén



Frutos de la Palma del Seje o "Unamo" (*Jessenia polycarpa* Karst.). Tamaño reducido

A la izquierda: Fragmento de una de las ramificaciones del espádice con un fruto completo y una cúpula vacía.

Arriba, a la derecha: Fruto visto por la parte basal o posterior, para mostrar la imbricación de las piezas que forman la cúpula

Abajo, a la derecha: Fruto desprovisto del epicarpio o cáscara para mostrar el mesocarpio veteado y el rafé longitudinal.

de otros caracteres menos sobresalientes. Además, el doctor Cervero Márquez creía que la Palma del Seje era diferente de la "Unamo", pero he podido convencerme definitivamente que se trata de una sola especie. El doctor Pérez Arbeláez, en sus "Plantas Medicinales de Colombia", confunde la palma del seje con la llamada "Pusuy" en los llanos, que sí es verdadero *Oenocarpus*.

Por carecer de materiales de estudio adecuados no puedo determinar si la palma "Milpesos" del valle del Magdalena, en Santander y Antioquia, es la misma *Jessenia polycarpa* Karsten o si corresponde a la especie denominada *Jessenia Repanda* Engel. Es posible que ésta sea idéntica a la primera o simplemente una variedad de aquélla; llama la atención el hecho de que los habitantes de esas regiones denominan "Aceite de Seje" al que extraen por cocción de los cuescos triturados de la "Milpesos", y que este aceite pase por tener las mismas propiedades del que se extrae de las palmas "Unamo" en el Meta y Arauca, esto es, como remedio contra la tuberculosis pulmonar.

Es necesario advertir que el nombre vulgar "Milpesos" se aplica en Colombia a palmeras muy distintas, que ninguna afinidad

tienen con la *Jessenia*; son éstas principalmente del género *Attalea* y tienen tal nombre en el Chocó y en la parte occidental de Antioquia. Según datos que tengo, el nombre "Milpesos" también se usa en el Caquetá, para designar a la *Jessenia polycarpa Kars-ten*, pues de aquella región existen ejemplares botánicos en el Herbario Nacional de Colombia, rotulados con este nombre y que no ofrecen duda alguna respecto a la identidad botánica.

NOTA: Este estudio, firmado por Armando Dugand, pone en claro ciertos puntos sobre el estudio botánico de la Palma de Seje en Colombia.

Agradezco al doctor Dugand el interés que tomó al solicitarle su colaboración, que es muy valiosa, y en la cual se demuestra la importancia del trabajo científico en la clasificación de nuestras palmeras.

MANERA DE EXTRAER EL ACEITE DE SEJE

El procedimiento que emplean los nativos para extraer el aceite de seje es el siguiente:

Primero hierven las nueces, luego las machacan con un piñón, después las hierven nuevamente y el aceite flota en el agua.

Otro procedimiento es la fermentación.

Estos métodos, como puede observarse, dejan mucho que desear, especialmente el último; así el aceite tendrá que salir alterado.

También es preciso cuidarse de las falsificaciones o adulteraciones del aceite, que hoy día tiene bastante pedido. Se dice que lo mezclan con aceites de baja calidad, especialmente uno extraído del maíz; por estas circunstancias hice traer de la región de Villavicencio una buena cantidad del fruto de la palma del seje para ser examinada por el doctor Barriga Villalba. Este profesor extrajo el aceite por *expresión* y no por fermentación, e hizo el estudio siguiente:

Análisis del Aceite de Seje original

Olor	característico de madera
Sabor	" "
Color	amarillo claro
Densidad	0924
Índice de refracción a 25°C.	194568
Índice de saponificación	197
Ácidos libres	78
Índice del yodo	1.45%
0.106% (Colesterinas, etc.).	Materias insaponificables

Contiene *Vitamina A* en proporción variable desde 50 U. I. por litro hasta 1.200 U. I. por litro.

Características de las simientes:

Peso de 100 frutos	890 gramos
Contenido en grasa	12%

NOTA: La materia grasa se encuentra en el pericarpio.

ESTUDIO EXPERIMENTAL DEL ACEITE DE SEJE YODADO
EN INYECCIONES INTRAMUSCULARES

En el año de 1931, cuando entré a la jefatura de clínica en el Hospital de San Juan de Dios, en ramo de Dermatología, se comentaba el maravilloso resultado del método de Finikoff en el tratamiento de las tuberculosis articulares; pensé entonces que este método podría ser útil en el tratamiento de las *tuberculosis cutáneas*. Consulté la literatura que pude tener a mi alcance y no encontré nada sobre este tema. Entonces resolví tratar las tuberculosis de la piel que llegaran al servicio, por el método de Finikoff; pero en lugar de emplear el aceite de maní, utilicé nuestro aceite de seje, considerado por las gentes como remedio eficaz contra la tuberculosis, y prescindir del calcio para mejor apreciar los efectos del aceite de seje en mezcla con el yodo.

Temeroso de que el aceite de seje pudiera causar accidentes al inyectarlo, resolví fuera esterilizado por tindalización; no se observó cambio en el aspecto primitivo, y comencé mis experiencias en una persona que se prestó para ello; inyecté un cuarto de centímetro cúbico en forma subcutánea, sin que en el curso de quince días apareciera nada anormal; animado por este resultado inyecté por vía muscular medio centímetro cúbico de aceite de seje y una gota de tintura de yodo fresca, mezcla que hice en el momento de la aplicación. Durante ocho días se observó a la persona sin que presentara ninguna reacción local ni general. La inyección fue, por otra parte, casi indolora. Esto me animó más para hacer el primer tratamiento por el aceite de seje yodado. La historia de este caso es la siguiente:

Se presenta a la consulta del hospital un joven de 20 años, natural de Samacá, sin antecedentes especiales respecto a tuberculosis, y que tenía un *lupus eritematoso* de la cara en forma de vespertilio y resolví tratarlo por el método ideado.

Comencé el tratamiento por medio centímetro cúbico de aceite de seje con una gota de yodo, mezcla hecha en el momento de la aplicación. Durante ocho días observé al enfermo sin que se presentara ninguna reacción local ni general. La inyección no fue dolorosa. Practiqué entonces una segunda inyección de 1 c. c. y dos gotas de yodo sin que se presentara nada especial. Nuevas aplicaciones hechas con más cantidad de aceite de seje, mayores dosis de yodo y con intervalos más cortos, me hicieron ver que se podrían practicar las inyecciones sin inconveniente, y que por otra parte parecían beneficiar el estado general del enfermo. Después de un mes de tratamiento, en que se llegó a administrar como dosis máxima 10 c. c. de aceite de seje y 15 gotas de yodo, el paciente se sintió mejor, su aspecto cambió, localmente había modificación favorable, las escamas cayeron, los bordes vinieron a ser menos marcados y el enfermo salió del hospital por mejoría prometiendo volver para continuar el tratamiento, pero no volvió a presentarse a la consulta.

Animado por este resultado seguí tratando varios enfermos desde los primeros meses del año de 1933, cuyas historias transcribo en seguida:

HISTORIA Nº 2.

M. R.—Mujer de 16 años. Lugar de procedencia: Machetá.

Contaba que el padre sufría de toses frecuentes y que se había enflaquecido. La madre estaba sana, lo mismo que seis hermanos.

Su aspecto exterior era satisfactorio. En la cara presentaba algunos elementos de acné. El tiroides un poco grande del lado derecho. La enferma se fatigaba con el ejercicio, aun siendo moderado. Las piernas eran de color amoratado y edematosas, le dolían al caminar y las sentía pesadas; presentaba partes duras y colorosas. No tenía fiebre. Estas lesiones le aparecieron por brotes sucesivos cada cuatro o cinco meses. Al examinar sus órganos no se encontró nada anormal.

Diagnóstico: ERITEMA INDURA DE BAZIN.

Tratamiento: ACEITE DE SEJE YODADO.

Año de 1933. Febrero 2. Primera inyección: 3 c. c. de aceite de seje y cinco gotas de yodo fresco, mezcla que se hace en el momento de la aplicación. Lugar de la inyección: región glútea, intramuscular. La enferma siente dolor en el momento de la apli-

cación. Febrero 10. Segunda inyección de 3 c. c. y 6 gotas de yodo. Preséntase más dolor local, pero ninguna reacción general. Febrero 15. Tercera inyección de 5 c. c. de aceite de seje y 7 gotas de yodo; después de esta inyección se aprecia una modificación favorable en las lesiones. El tratamiento se sigue cada tres o cuatro días, aumentando la cantidad de aceite de seje y de yodo, hasta llegar a 10 c. c. de aceite y 20 gotas de yodo, dosis que se repite varias veces sin que se hubiera notado intolerancia, ni reacción focal alguna. A los dos meses de haber principado el tratamiento, la enferma se sentía con más ánimo, no se cansaba al caminar, ni sentía pesantez en las piernas. Las lesiones locales variaron; no se encontraban induraciones, ni se apreciaba el color amoratado. No sentía dolores en los miembros inferiores, tan sólo se apreciaba la eritrocianosis supra-maleolar y una piel con queratosis pilar.

Durante tres meses la enferma no experimenta molestias, ni presenta nuevas lesiones. Posteriormente un nuevo brote de induraciones aparece, pero menos extenso y menos doloroso. Se le vuelve a hacer el mismo tratamiento por espacio de dos meses. Tuvo la fortuna de haber seguido a la enferma durante un año sin que se vieran nuevas lesiones.

HISTORIA Nº 3.

M. T. A.—Mujer de 27 años. Soltera. Siempre ha vivido en Bogotá.

Como antecedentes hereditarios no hay datos de importancia. Desde hace seis años le principió la enfermedad por unas pequeñas manchas rosadas de bordes netos y dolorosas, localizadas en la parte inferior de las piernas. Algunas de estas manchas llegaron a ulcerarse y dejaron salir un líquido claro, gomoso. Más tarde aparecieron induraciones que tomaron un color violáceo. Fue tratada con "ciersina" sin alcanzar gran mejoría. Cuando llegó a la consulta presentaba edemas en los miembros inferiores, manchas eritematosas de color violado, que a la palpación eran dolorosas y frías, su tamaño oscilaba entre una moneda de dos a cinco centavos, sin ser rigurosamente circulares. En algunas partes había costras delgadas que cubrían el final de una ulceración, lo mismo que cicatrices pequeñas y blancas.

Por la induración de las lesiones, por el eritema pasivo y por su evolución larga se diagnostica un *Eritema Indurado de Bozin*.

Al examinar sus órganos y especialmente el pulmón no se apreció nada anormal. Examen de orina normal.

El 16 de febrero de 1933 se principió el tratamiento por el *Aceite de Seje Yodado*.

Primer día: 3 c. c. de aceite de seje y seis gotas de yodo fresco. La inyección fue practicada por vía intramuscular en la región glútea. No hubo dolor ni inflamación posterior. A los tres días, segunda inyección con ocho gotas de yodo y 5 c. c. de aceite de seje, sin presentarse ningún inconveniente. Luégo, de una en una unidad se fueron aumentando las gotas de yodo y los centímetros de aceite de seje, hasta llegar a inyectar 20 gotas de yodo y 10 c. c. de aceite. En el curso de dos meses y medio, unas manchas habían desaparecido, otras habían disminuído de tamaño y no se encontraba mayor dureza; las ulceraciones cicatrizaron y el estado general era muy satisfactorio.

Resolví dejar la enferma en reposo durante un mes, pero no volvió a la consulta y por tanto no supe el resultado ulterior del tratamiento. Parece, sí, que obró bien modificando las lesiones y también que el tratamiento, a pesar de haber sido hecho con dosis altas, fue soportado sin la menor intoxicación e intolerancia.

Animado por el buen resultado obtenido, y como llegara al servicio un caso de *lupus eritematoso*, resolví tratarlo por el mismo método.

HISTORIA Nº 4.

M. G.—Hombre de 65 años. Vive en Bogotá. Profesión: albañil.

El 19 de abril de 1933 se presentó el enfermo con una lesión en la cara, cuyo principio fue hace once años; no recordaba la manera de aparición. Presentaba una mancha que cubría parte de la nariz y de las mejillas, sin solución de continuidad; tenía la forma de alas de mariposa, su color era rosado, se borraba a la vitropresión, presentaba escamas secas, blancas, adherentes; los bordes eran levantados, regulares y gruesos, lo cual se apreciaba muy bien en la base y lóbulos de la nariz. La lesión era dolorosa al tacto y se encontraba la piel atrofiada. Por estos caracteres y por su evolución larga, se hizo el diagnóstico de *LUPUS ERITEMATOSO FIJO*.

Los exámenes hechos en el aparato circulatorio, digestivo, urogenital, nervioso y especialmente respiratorio, no presentaron lesión tuberculosa aparente. El examen de orina fue normal.

Por tratarse de un individuo enflaquecido, se ordena dejarlo en reposo algunos días y tonificarlo antes de principiar el tra-

tamiento. En las condiciones anotadas me pareció prudente disminuir las dosis de yodo y más todavía porque su tensión era baja. El 11 de mayo de 1933 le hice aplicar la primera inyección de 3 c. c. de aceite de seje y dos gotas de yodo; en las siguientes se agrega una gota de yodo y a la cuarta se nota un debilitamiento general, bradicardia y fatiga; sintió fuertes dolores en el sitio de la inyección, malestar general, dolores musculares y de las articulaciones. Una reacción focal apareció en la placa lúpica, que se cubrió de escamas, se presentó más rojo y pruriginoso. Se suspende el tratamiento por espacio de una semana y se vuelve a iniciar con 3 c. c. de aceite de seje y cuatro gotas de yodo. Luégo seguí aumentando el yodo y la cantidad de aceite, sin presentarse reacción. A la novena inyección de 5 c. c. de aceite y 10 gotas de yodo se nota una mejoría que se acentuó en las siguientes. El 9 de junio llega a 20 c. c. de aceite y 20 gotas de yodo. Las escamas fueron entonces más finas y menos adherentes, había zonas claras que tendían a cicatrizar, los bordes eran menos salientes, menos infiltrados y de color rosado. El enfermo salió del hospital con la promesa de volver a seguir el tratamiento, pero desgraciadamente no se ha presentado de nuevo a la consulta.

HISTORIA No 5.

Señora de M.—Edad 30 años. Procéde de Bogotá. (Consulta particular.)

El 18 de abril de 1933 a la consulta una señora se presenta, cuyo aspecto exterior era satisfactorio. Se quejaba de fatigas al caminar y de dolores en los miembros inferiores. Los pies se le cargan, como dice ella. Al examinarla encontré los miembros inferiores edematosos, de color amoratado, algo dolorosos a la presión, con induraciones y algunos puntos que tienden a ulcerarse.

Diagnóstico: ERITEMA INDURADO DE BAZIN.

Tratamiento: ACEITE DE SEJE YODADO.

El 4 de mayo de 1933 se empieza el tratamiento por 3 c. c. de aceite de seje y tres gotas de yodo, luégo, con más o menos regularidad, se le aplican dos inyecciones semanales, aumentando el yodo y el aceite hasta llegar a aplicarle 10 c. c. de aceite de seje y 20 gotas de yodo; al llegar a esta dosis siente dolores muy intensos en el sitio de la aplicación, había dormido poco, experimentaba quebranto general. Por otra parte las lesiones de las piernas eran más dolorosas, dos se habían abierto y dejaban salir un lí-

quido gomoso. Se suspende el tratamiento; la enferma tiene que guardar cama, los dolores persisten y hay necesidad de ir a visitarla a su casa. Al examinarla la encuentro deprimida, quejumbrosa, pero sin fiebre. Tensión M. 11 m. 6. Dejo pasar 8 días; los síntomas generales y locales se atenúan y comienzo un nuevo tratamiento en la misma forma. Al llegar a 5 c. c. de aceite de seje y 6 gotas de yodo, presenta los síntomas anotados anteriormente. Creo prudente no seguir el tratamiento y lo cambio por sales de cro (solganal) que a la larga dan buen resultado.

HISTORIA No. 6.

A. C.—Mujer de 22 años. Natural de Soacha. Ha vivido siempre en la Sabana de Bogotá.

Como antecedentes hereditarios y familiares no hay datos de importancia, la única enfermedad que dice haber sufrido frecuentemente es la gripa. Desde hace ocho años notó que los miembros inferiores se le hinchaban y que se fatigaba con la estación de piés, además pudo ver que le aparecían unas manchas rosadas en la parte inferior de las piernas. Más tarde algunas de estas lesiones se le ulceraron; en ocasiones tuvo mejorías y en otras recrudescencias, que casi siempre coincidían con la aparición de las reglas.

Al primer examen pude apreciar que había manchas eritematosas, nódulos, ulceraciones y cicatrices.

Diagnóstico: ERITEMA INDURADO DE BAZIN.

Tratamiento: ACEITE DE SEJE YODADO.

El 15 de mayo de 1933 se empieza el tratamiento por 3 c.c. de aceite de seje y 3 gotas de yodo, luego con regularidad se le aplican inyecciones cada cuatro días, aumentando el yodo y el aceite de seje y se llegó a la dosis de 10 c.c. y veinte gotas de yodo fresco, sin presentarse ninguna manifestación de intolerancia. El edema de los miembros inferiores desapareció lo mismo que los nódulos, y las ulceraciones cicatrizaron. En el mes de agosto la enferma tiene un nuevo brote; se reanuda el tratamiento y se principia por 10 c.c. de aceite de seje y 15 gotas de yodo, sin accidente alguno. La mejoría vino más rápida que la primera vez. En dos años la enferma no volvió a recaer y la perdió de vista.

Es posible que haya seguido bien pues estaba muy interesada en la curación.

HISTORIA No. 7.

G. P.—Edad 16 años. Sirvienta. Venía de Villapinzón.

Refería que sus padres eran sanos, pero que un hermano murió tuberculoso. La enfermedad le principió por una mancha rosada en la parte inferior de la pierna derecha; a los pocos días le aparecieron otras en distintos sitios de los miembros inferiores; posteriormente notó que algunos puntos supuraban.

Fue sometida a un tratamiento antilúético por un tegua, sin sacar provecho de esta medicación.

A la inspección general se trataba de una muchacha delgada, de temperamento linfático. Presentaba en la parte lateral del cuello, lado izquierdo, un ganglio que por su carácter era tuberculoso.

Diagnóstico: ERITEMA INDURADO DE BAZIN. GANGLIO TUBERCULOSO.

Tratamiento: ACEITE DE SEJE YODADO.

El 10 de septiembre de 1933, se inicia el tratamiento con alguna prudencia por el estado de la enferma. Se comienza por inyectar 3 c. c. de aceite de seje con dos gotas de yodo; por dos veces consecutivas se aplica la misma dosis con intervalo de tres días, y como no se observara ningún accidente, fueron aumentadas las dosis. A la octava inyección se aprecia mejoría del ganglio, supura menos y disminuye de volumen; las lesiones de los miembros inferiores también se modifican; al llegar a 20 gotas de yodo y 20 c. c. de aceite de seje, las ulceraciones de las piernas cicatrizaron, el ganglio del cuello era apenas perceptible y su estado general muy satisfactorio.

La enferma salió del hospital y no se ha vuelto a tener noticia de ella.

HISTORIA No. 8.

C. P.—19 años. Natural de Bogotá. Profesión: sirvienta. Ningún antecedente hereditario de importancia.

Antecedentes personales ninguno que se relacione con la enfermedad que padece. Hace dos años que le principió la enfermedad. El estado en que se encuentra al examinarla es satisfactorio. Bien nutrida, aspecto robusto.

Diagnóstico: ERITEMA INDURADO DE BAZIN.

Tratamiento: ACEITE DE SEJE YODADO.

Sometida durante dos meses al aceite de seje yodado hasta llegar a inyectar 40 gotas de yodo y 20 c. c. de aceite de seje. Solamente presenta dolor local. Por lo demás, soporta el tratamiento bien. Desaparición de las lesiones completamente a los tres meses. Examen de control durante un año sin presentarse nuevas manifestaciones.

HISTORIA No. 9.

A. M. F.—Mujer de 24 años. Procedencia: Chocontá. Ningún antecedente hereditario o personal de importancia.

Hace seis meses que principió la enfermedad.

Primeras manifestaciones en los miembros inferiores por eritema pasivo, induraciones profundas y evolución larga. Presentaba también ulceraciones en las piernas. Estado general poco satisfactorio.

Diagnóstico: ERITEMA INDURADO DE BAZIN.

Tratamiento: ACEITE DE SEJE YODADO.

Se emplea el aceite de seje hasta 10 c. c. con 20 gotas de yodo. Duración del tratamiento: mes y medio. Resultado: mediocre. La he visto recaer varias veces sin que el tratamiento haya logrado curarla.

HISTORIA No. 10.

J. C.—Mujer de 28 años. Natural de Padua, Boyacá.

Antecedentes hereditarios y personales sin importancia.

Principió la enfermedad hace cinco años.

Al examinar los miembros inferiores se encuentran edematizados, de un color amoratado, al tacto se aprecian fríos y endurecidos en algunos sitios.

Sus órganos están en buen estado. No hay lesiones pulmonares. Sufre de algunas perturbaciones menstruales.

Diagnóstico: ERITEMA INDURADO DE BAZIN.

Tratamiento: ACEITE DE SEJE YODADO.

Dosis máxima: 25 gotas de yodo y 10 c. c. de aceite de seje. No presenta durante el tratamiento accidente alguno. Después de dos meses de tratamiento, que termina a mediados de diciembre de 1933, el resultado es muy satisfactorio. La enferma no volvió a presentarse a la consulta.

HISTORIA No. 11.

A. del C. R.—Edad: 24 años. Costurera. Natural de Bogotá.
Antecedentes hereditarios sin importancia.

Refiere que su madre le contó que a la edad de tres años tuvo parálisis infantil. La menstruación le comenzó a los 13 años y su ciclo siempre parece haber sido normal.

A la edad de doce años le aparecieron las primeras manifestaciones en los miembros inferiores. Notó que las piernas tenían un color amoratado, en algunos puntos los apreciaba más marcados. Aparecieron también partes endurecidas en los miembros inferiores; meses después sufrió de algunas ulceraciones. La evolución ha sido progresiva con exacerbaciones y mejorías pasajeras. En el primer examen, que fue practicado el 17 de abril de 1934, se encontraban diferentes estados de evolución de la enfermedad.

Por todos estos caracteres y por la evolución de la enfermedad, se hace el diagnóstico de *ERITEMA INDURADO DE BAZIN*.

Tratamiento: ACEITE DE SEJE YODADO.

Se principia el 3 de mayo de 1934, con 3 c. c. de aceite de seje y cinco gotas de yodo. El 2 de julio se llega a la dosis de 25 gotas de yodo y 10 c. c. de aceite de seje. Fue tolerado perfectamente, tan sólo hubo dolor y reacción local en las últimas inyecciones. Los nódulos que estaban en evolución se absorbieron, las ulceraciones cicatrizaron. Sólo persistió el edema que tenía desde el principio. Después de un reposo de mes y medio, vuelve con otro brote. Nuevo tratamiento se le hace de la misma manera, comenzando por 20 gotas de yodo y 10 c. c. de aceite de seje. Le fueron aplicadas dos inyecciones semanales; después de un mes de tratamiento llega a la dosis de 40 gotas de yodo y 20 c. c. de aceite. La mejoría fue rápida. Durante un año, que se pudo controlar, no se presentó brote alguno.

Esta enferma vuelve años después con nuevas manifestaciones y fue tratada por los ésteres del seje yodados. (Véase continuación y resultados del tratamiento en la historia número 4).

HISTORIA No. 12.

P. G.—16 años de edad. Profesión: sirvienta. Natural de Chocotá.

En su familia parece que no hay antecedentes tuberculosos. Hace seis meses que le principió la enfermedad por un absceso en la región lateral del cuello; decía la enferma que era poco doloroso. La supuración persistió desde su comienzo. Ha sentido fiebres por las tardes. La enferma se encontraba enflaquecida y agotada. Presentaba en la región del cuello, un poco abajo del ángulo del maxilar inferior, una tumefacción de color violado, que al hacer presión dejaba salir, por un orificio pequeño localizado en la extremidad inferior, un pus flúido. Había paradenitis, adherencias a los planos profundos; pero su consistencia no era dura.

Diagnóstico: TUBERCULOSIS GANGLIONAR.

Tratamiento: ACEITE DE SEJE YODADO.

Se principia el tratamiento el seis de mayo de 1934, por 3 c. c. de aceite de seje y cinco gotas de yodo. Termina el tratamiento dos meses después y se llega a suministrar 25 gotas de yodo y 10 c. c. de aceite; durante el tratamiento no se presentó accidente alguno. Los resultados fueron muy satisfactorios, pues el ganglio disminuyó de volumen, no volvió a supurar y la cicatrización se efectuó en el curso de un mes después de haber terminado el tratamiento. Ulteriormente no he podido seguir la observación por no haber vuelto la enferma a concurrir al hospital.

HISTORIA No. 13.

M. G.—Mujer de 19 años. Profesión: oficios domésticos. Natural de Bogotá.

Antecedentes hereditarios y personales sin importancia. Su salud en general era buena. Menstruación normal. Llega a la consulta el 15 de junio de 1934.

Hace aproximadamente año y medio, le apareció en el ángulo del maxilar inferior una tumefacción pequeña que le fue creciendo hasta alcanzar un diámetro de 5 centímetros, no dolorosa. Posteriormente le aparecieron cerca a ésta, lesiones que al cabo de poco tiempo, lo mismo que la primera, llegaron a ulcerarse. Entonces fue tratada en el hospital por 12 inyecciones de antígeno metílico diluido al 1/10 y después por 15 inyecciones más del mismo antígeno a mayor concentración, pero no hubo mejoría apreciable.

Al examen presenta tres ganglios ulcerados y fistulizados con localización en el ángulo del maxilar inferior.

Diagnóstico: GANGLIOS TUBERCULOSOS.

Al examen clínico no se encontró el pulmón afectado de tuberculosis. La reacción de Vernés dio igual a 100, o sea positiva para tuberculosis.

Tratamiento: ACEITE DE SEJE YODADO.

Se llegan a aplicar 30 gotas de yodo y 10 c. c. de aceite de seje, sin ningún inconveniente. Después de tres meses de tratamiento, los ganglios disminuyeron de volumen, las ulceraciones y úlceras cicatrizaron.

HISTORIA No. 14.

M. V.—44 años de edad. Soltera. Profesión: oficios domésticos. Natural de Tocaima. No hay datos importantes sobre antecedentes hereditarios o personales.

La enfermedad comenzó hace un año por una mancha roja en la nariz, que era pequeña e invadió luego toda la nariz y parte de las mejillas.

Se presenta a la consulta el 10 de julio de 1934, con una mancha eritematosa que cubría las partes anotadas arriba y que tenía la forma de alas de mariposa. Sobre el lado izquierdo, en el borde, se ve un levantamiento costroso, que sangra fácilmente. El tejido ha proliferado dando nacimiento a botones carnosos; por estos caracteres y por la larga evolución se diagnostica un *LUPUS ERI-TEMATOSO*.

Tratamiento: Fue tratada primero por Gadusan (sales de cobre), luego por un antígeno metílico sin que se observara mayor modificación. En los sitios en que se nota mayor proliferación se le hizo una electrocoagulación con buen resultado. También se le hace por aquella época un tratamiento por el *aceite de seje yodado*, hasta la dosis de 20 gotas de yodo y 10 c. c. de aceite, con lo cual se pudo conseguir al cabo de dos meses una mejoría apreciable. Seis meses después se le hace un nuevo tratamiento por el aceite de seje yodado, con lo cual vino la cicatrización de las lesiones, pero quedó un aspecto poco agradable por el lado estético.

HISTORIA No. 15.

M. T.—24 años. Soltera. Natural de Bogotá. (Clientela particular).

No hay datos de importancia respecto a herencia.

La enfermedad comenzó hace 4 años. Sentía dolores en los miembros inferiores y pesantez. Más tarde notó que las piernas se

ponían de un color rosado y en algunos sitios pudo apreciar durezas. Tuvo fiebres por las tardes y sudores nocturnos. Se trataba de una persona de constitución linfática, estaba muy pálida y enflaquecida.

Diagnóstico: ERITEMA INDURADO DE BAZIN.

Tratamiento: ACEITE DE SEJE YODADO.

Se le aplicaron, como dosis máxima, 20 gotas de yodo y 10 c. c. de aceite de seje. El tratamiento fue soportado muy bien con algo de dolores locales. Al mismo tiempo se le practicaron sesiones semanales de rayos ultravioletas. Al cabo de dos meses las lesiones habían desaparecido. Su estado general mejoró. Controlé esta enferma por dos años. Las manifestaciones que presentaba en las piernas desaparecieron totalmente.

HISTORIA No. 16.

E. Ch.—De 22 años. Natural de Sogamoso. Vive en Bogotá. Profesión: modista.

Antecedentes hereditarios y personales: no hay datos de importancia.

Al examen presentaba manchas en la parte interna y posterior de las piernas, del tamaño de una moneda de 50 centavos, de base dura y dolorosa al tacto; presentaba sitios que tendían a ulcerarse.

Diagnóstico: ERITEMA INDURADO DE BAZIN.

Tratamiento: ACEITE DE SEJE YODADO.

Se emplea en el tratamiento el mismo método que en las historias anteriores. Al llegar a 12 gotas de yodo y 8 c. c. de aceite, la lesión sufrió una recrudescencia, algunos puntos trataron de abrirse y el impedimento para caminar se acentuó. Al continuar el tratamiento con las mismas dosis, las lesiones se aminoraron y la enferma presentó mejoría tan apreciable que se creyó curada. Tres meses después vuelve con un nuevo brote; se le somete a otro tratamiento y se llegan a aplicar 10 c. c. de aceite de seje y 15 gotas de yodo; se consigue una mejoría muy satisfactoria durante un año.

Poco tiempo después se presenta con iguales manifestaciones, pero menos pronunciadas que las anteriores. Otro tratamiento de la misma naturaleza que los anteriores la mejora, y la enferma se pierde de vista.

HISTORIA No. 17.

A. R.—Muchacha de 21 años. Natural de Bogotá. Profesión: oficios domésticos.

Antecedentes hereditarios: no hay datos de importancia. Trátase de una enfermita delgada, pálida, de conjuntivas muy blancas, pestañas largas. Tiene algunos ganglios hipertrofiados en la región del cuello; manos muy frías de color amoratado. Dedos gruesos con algunas grietas. Hay prurito y dolor. Es el cuadro clásico de lo que comúnmente se llama *Sabañones* y que en España se denominan: *CONGELADURAS*.

Como estas lesiones se presentan en personas de temperamento linfático, que podría decir pre-tuberculoso, resolví ensayar en este caso el *aceite de seje yodado*. Previo examen de sus órganos y los de laboratorio correspondientes, y no encontrando lesión pulmonar y su funcionamiento renal bueno, se le hizo el tratamiento con aplicación de 22 inyecciones, cuya dosis máxima fue de 10 c. c. de aceite de seje y 20 gotas de yodo, pero no hubo mayor modificación de las lesiones. Entonces resolví aplicarle calcio por vía endovenosa en la dosis de 10 c. c. semanales; a la octava inyección presentó una mejoría apreciable, consistente en un menor dolor, desaparición del prurito y cambio de la coloración en las manos. Un nuevo tratamiento de aceite de seje yodado, cuya dosis fue mayor de 10 c. c. de aceite y 20 gotas de yodo, dio una mejoría más apreciable. La enferma no se presentó al examen de control, lo cual indica que se obtuvo una buena mejoría, pues vivía muy mortificada con sus lesiones y se mostraba interesada en la curación.

El tratamiento se practicó en los meses de septiembre, octubre y noviembre de 1934.

HISTORIA No. 18.

M. del C. C.—Edad 24 años. Natural de Junín. Profesión: oficios domésticos.

No da antecedentes hereditarios de importancia.

Las manifestaciones por las cuales consulta presentan el cuadro de un *ERITEMA INDURADO DE BAZIN*.

Se le practicó, durante tres meses, un tratamiento por sales de oro con resultado poco halagüeño. Después de haber prescrito reposo de un mes, la enferma presenta las mismas manifestaciones del principio.

El 20 de enero de 1935, se principia un tratamiento por el *aceite de seje yodado*; soporta hasta la dosis de 40 gotas de yodo y 20 c. c. de aceite sin ningún inconveniente, fuera del dolor local experimentado. Después de tres meses la enferma se encuentra en estado muy satisfactorio. No se supo el resultado ulterior del tratamiento.

HISTORIA No. 19.

C. de la F.—Edad: 23 años. (Consulta particular). Nacida en Barcelona. Vive en Bogotá hace dos años.

Preséntase a la consulta en el mes de febrero de 1934, con algunas lesiones que tiene hace varios años en los dedos de las manos. Su estado general era muy satisfactorio. No hay alteraciones de sus órganos ni perturbaciones menstruales. El pulmón y riñones funcionan correctamente. Refiere que cuando estuvo en Europa, durante los inviernos sus manos tomaban un color amoratado, especialmente en las dos últimas falanges; en ocasiones se le agrietaban y experimentaba un dolor intenso. En las épocas de verano todo se modificaba y volvía a la normal.

Cuando la examiné, las manos eran de un color violáceo, frías y dolorosas a la presión en las extremidades.

Diagnóstico: CONGELADURAS.

Tratamiento: ACEITE DE SEJE YODADO.

Se le aplican 20 inyecciones, dosis máxima de 20 gotas de yodo y 10 c. c. de aceite de seje. La modificación de las lesiones fue rápida desde su comienzo; al terminar las inyecciones la piel había vuelto a la normal. Para asegurar la curación se hicieron algunas aplicaciones de ultravioletas. Después de 10 años las lesiones no han vuelto a aparecer.

HISTORIA No. 20.

M. V.—22 años. Vive en Bogotá. (Clientela particular).

Al examen se aprecia que se trata de una muchacha de constitución linfática. Las reglas manifiesta que son normales. Presenta unas manos frías, amoratadas y dedos gruesos. Refiere que hace varios años padece de esta enfermedad, que se le recrudece en los tiempos fríos: entonces los dedos se le hinchan, vienen a ser dolorosos y se agrietan.

Diagnóstico: CONGELADURAS.

Tratamiento: ACEITE DE SEJE YODADO.

En los primeros días de marzo de 1935 se principia el tratamiento; llegan a aplicarse en total 20 inyecciones hasta alcanzar la dosis de 30 gotas de yodo y 20 c. c. de aceite de seje. Duración del tratamiento: dos meses y medio. No se presentó intolerancia alguna. A la vez se le hicieron semanalmente dos sesiones de rayos ultravioletas. El resultado fue muy satisfactorio, porque durante *siete años* no volvió a presentar nuevas manifestaciones.

Esta paciente, como la de la historia anterior contrajo matrimonio, lo cual, por las observaciones que he tenido, influye en la mejoría de la afección, talvez por un funcionamiento más completo de las glándulas de secreción interna, debido a cambios hormonales.

HISTORIAS Nos. 21 y 22.

En hombres, tan sólo he tenido dos consultas para casos de congeladuras. El uno fue un estudiante de medicina que presentaba a la vez una manifestación tuberculosa de la cadera. Después de diferentes tratamientos, como sales de oro, tónicos, puntos de fuego, diatermia, etc., no obtuvo mayores resultados. Le aconsejé el aceite de seje yodado, a lo cual él añadió sales de calcio; me informó que después de varios meses de tratamiento pudo apreciar gran mejoría.

El otro caso se refiere a un estudiante de literatura que tenía unas manos amoratadas y frías. Los dedos eran un poco gruesos y la piel flácida. Sufría también de una hiperhidrosis. Le prescribí el aceite de seje yodado, llegando hasta aplicarle 40 gotas de yodo y 20 de aceite, sin que presentara ningún inconveniente, tan sólo bastante dolor local. A los tres meses se suspendió el tratamiento, sin que se hubiera visto un resultado satisfactorio. Como era tiempo de asuetos de fin de año, le aconsejé una temporada de dos meses en tierra caliente. A su regreso mostraba una modificación total de sus lesiones. *Un año* después volví a observarlo, su aspecto era muy satisfactorio. Después he tenido ocasión de verlo, y me manifestó que en las épocas frías del año tratan de volverle las *congeladuras*.

He tratado 12 casos más en personas que presentaban estas afecciones de la manos, cuyas historias no incluyo por no cansar al lector en la repetición de descripciones similares. Los resulta-

dos han sido variables. En algunos casos pude ver la rápida mejora, en otros poco resultado.

El nombre de *congeladuras* lo he adoptado, por haberlo encontrado en la literatura española de libros y revistas. Tal vez en los países que tienen estaciones, como en Europa, estas afecciones se presentan en los inviernos y el nombre cuadra bien, pero entre nosotros, que no hay estaciones marcadas y donde los fríos no son tan intensos, me parece que el nombre no es bien apropiado, pero hasta el presente no encuentro otro que pueda reemplazarlo. Las manifestaciones si son idénticas a las descritas por los autores europeos y norteamericanos.

Las *congeladuras* se presentan en nuestro país en los lugares de clima frío, cuya altura pase de 2.200 metros sobre el nivel del mar. Puedo afirmar que nunca la he encontrado en nuestros climas medios y calientes. Considero que por la alta temperatura ambiente hay una vaso-dilatación superficial que impide la formación de eritemas pasivos.

HISTORIA No. 35.

M. R.—Edad: 40 años. Natural de Bogotá. Profesión: sirvienta. Consulta en el Hospital de San Juan de Dios, en mayo de 1936.

No hay antecedentes hereditarios a los cuales se pueda atribuir la enfermedad que padece.

Como antecedentes familiares hay el dato de una sobrina que murió en el hospital a consecuencia de una tuberculosis pulmonar.

Estado general: satisfactorio. Examen de sus órganos: normales. En el pulmón no se encontró lesión tuberculosa. Examen de orina: normal.

Hace cuatro años que le principió la enfermedad por una pequeña manifestación localizada en la extremidad de la nariz. Al examinarla presenta en este sitio una mancha tan grande como una moneda de centavo, eritema-escamosa, con estas escamas adherentes y prolongamientos en los poros foliculares.

Diagnóstico: LUPUS ERITEMATOSO.

Tratamiento: ACEITE DE SEJE YODADO.

Se le hace un tratamiento en el cual se alcanza sin inconveniente la dosis de 20 gotas de yodo y 10 c. c. de aceite de seje. La lesión no desapareció del todo. Se le aplicó localmente *nieve carbónica*. Cicatrizó en los sitios tratados, pero fue avanzando en sus contornos. El tratamiento duró dos meses y la enferma se pierde

de vista durante cuatro años. Cuando volvió a la consulta presentaba una manifestación igual en el ala derecha de la nariz, que se trata por los ésteres del seje yodados, como se verá más adelante en el segundo grupo de historias clínicas.

HISTORIA No. 36.

A. V. de Torres.—21 años de edad. Profesión: oficios domésticos. Trabaja en el hospital en la ropería. Natural de Guadalupe.

Sufría de frecuentes gripas. Notó su primer período menstrual a los 14 años. Ciclo un poco irregular.

Hace dos años le apareció en el pómulo derecho un levantamiento pustuloso; en este sitio sufrió al mismo tiempo una quemadura superficial consecutiva a la caída de una gota de almidón caliente; desde entonces la manifestación tomó un carácter eritematoso, infiltrado y doloroso; invadió toda la mejilla persistiendo en esa forma por largo tiempo.

Diagnóstico: LUPUS ERITEMATOSO.

Tratamiento: ACEITE DE SEJE YODADO.

En los últimos meses del año de 1938 se le aplicaron 17 inyecciones de aceite de seje yodado, que soportó bastante bien, salvo en las primeras que notó cefalea intensa, raquialgia, fiebre de $37\frac{1}{2}^{\circ}$ y malestar general. Se practicó entonces un examen de orina que no dio nada anormal. Durante el tratamiento general se le hicieron algunas aplicaciones de nieve carbónica. La lesión se modificó favorablemente, se redujo de tamaño y aparecieron en superficie manchas amoratadas. Seis meses después vuelve a consultar y entonces la infiltración es mayor y presenta el aspecto de un *lupus tuberculoso, variedad eritematoide*. Se practica un nuevo tratamiento en abril, mayo, junio y primeros días de julio de 1939, con aceite de seje yodado; la mejoraron considerablemente. Tanto en el primer tratamiento como en el segundo se llegó a la dosis de 20 gotas de yodo y 10 c. c. de aceite de seje.

Una electrocoagulación practicada a los ocho meses le hizo cicatrizar muy bien la piel, pero no se ha sabido el resultado ulterior de la enferma.

HISTORIA No. 37.

M. del P. Cortés.—Edad: 18 años. Natural de Chocontá.

El estado general es el de una persona mal nutrida, agotada. Hace un año que le apareció, a continuación de una extracción de los incisivos inferiores, unas nudosidades en la región cervical y supra-clavicular, de constitución blanda, de color amoratado y que

más tarde se extendieron a las regiones axilares. En los lugares descritos se encontraban elementos gomosos que se abrían espontáneamente, dando una secreción purulenta y con tendencia a comunicarse unos con otros. Se encontraban cicatrices queloides.

Diagnóstico: GOMAS TUBERCULOSAS.

Tratamiento: ACEITE DE SEJE YODADO.

Se le aplicaron 20 inyecciones con dosis máxima de 15 gotas de yodo y 10 c.c. de aceite de seje. No se presentó accidente durante el tratamiento; éste duró dos meses y medio. Fue practicado en el hospital de San Juan de Dios en enero, febrero y parte de marzo de 1938. El resultado fue el de una disminución rápida de la supuración y cicatrización de los elementos. No se sabe el resultado ulterior.

RESUMEN DE LAS HISTORIAS CLINICAS Y RESULTADO DE LOS TRATAMIENTOS

LUPUS ERITEMATOSO: 5 casos, así:

Historia No. 1.—Se obtiene éxito rápido en el curso de un mes, pero sin control ulterior.

Historia No. 4.—Después de tanteos, por el estado delicado del paciente, llega en definitiva a soportar el tratamiento. Mejoría rápida de las lesiones sin control posterior.

Historia No. 14.—El enfermo mejora con un primer tratamiento de aceite de seje yodado; a los seis meses vuelve con algunas manifestaciones, que se tratan localmente con electrocoagulación y se hace un nuevo tratamiento por el aceite de seje yodado. Se obtiene la cicatrización. Sin control ulterior.

Historia No. 35.—La enferma mejora, hay desaparición de las manifestaciones durante cuatro años. Sigue luego un tratamiento por los *ésteres del seje* yodados, como se verá en el segundo capítulo de este trabajo.

Historia No. 36.—La enferma mejora por seis meses; un segundo tratamiento reduce las manifestaciones que llegan a cicatrizar por la electrocoagulación. Sin control posterior.

Como se puede observar en estas pocas historias el resultado del tratamiento por los aceites de seje yodados en el lupus eritematoso es el de mejoría rápida de las lesiones, pero en afección tan rebelde que presenta aun después de varios años recaídas, no se puede asegurar la curación.

ERITEMA INDURADO DE BAZIN: 12 casos.

Historias 6 y 15.—Desaparición de las manifestaciones durante dos años, sin control ulterior.

Historias 2 y 8.—Durante un año después del tratamiento no presentaban recaídas; no se pudo saber el resultado definitivo.

Historia 11.—Un primer tratamiento la mejora durante mes y medio; aparece otro brote que fue nuevamente tratado por el aceite de seje yodado; se obtiene mejoría rápida; pudo seguirse el control de esta mejoría durante un año, luego se pierde de vista y cuatro años después vuelve al hospital con otras manifestaciones; cuenta que durante este tiempo estuvo bastante bien. Se le hace entonces un tratamiento por los ésteres de seje yodados, como se verá más adelante.

Historia 16.—Un primer tratamiento le da mejoría por tres meses; un segundo, por un año y al tercero se aprecia una desaparición de las lesiones, pero no se puede seguir el control de curación; la enferma no vuelve.

Historias 3, 7, 10 y 18.—Desaparición y mejorías muy apreciables durante el tratamiento de las manifestaciones, pero sin poder controlar luego a los enfermos, debido a que no volvieron a consultar.

Historia No. 9.—En este caso el resultado fue mediocre; hubo varias recaídas sin que se viera un resultado franco.

Historia No. 5.—Caso de intolerancia al tratamiento. Se le aplican sales de oro que mejoran las lesiones. Sin control ulterior.

Tengo la impresión que el tratamiento del eritema indurado de Bazin por el aceite de seje yodado es bastante bueno, especialmente se aprecia la desaparición rápida de las induraciones y la cicatrización de las úlceras, cuando las hay. En cuanto al criterio de curación, no puedo asegurarlo, pues es afección de recaídas a largos plazos y es difícil controlar los enfermos.

GANGLIOS TUBERCULOSOS: 4 casos.

Historia 7.—Esta historia figura también en los casos de eritema indurado de Bazin. La enferma presentaba también ganglios en el cuello, cuyo tratamiento resultó muy bueno, pues las gomas dejaron de supurar y la piel cicatrizó bien. No hubo control ulterior.

Historia 12.—La cicatrización del ganglio que estaba supurado se efectuó a los tres meses, con un tratamiento de dos. La enferma no vuelve a la consulta.

Historia 13.—Tres ganglios supurados y fistulizados en la región del cuello, cerca del ángulo del maxilar inferior; después de dos tratamientos por un antígeno metílico y de no presentar me-

jería alguna, se tratan por el aceite de seje yodado. Al terminar el tercer mes de inyecciones, los ganglios disminuyeron de volumen, las ulceraciones y fistulas cicatrizaron. No se pudo seguir el control ulterior de la enferma.

Historia 37.—Ganglios supurados en la región cervical y supra-cavicular. Dos meses y medio de tratamiento; 20 inyecciones de aceite de seje yodado. Cicatrización de las lesiones. Sin control ulterior.

El tratamiento para los ganglios de origen tuberculoso por medio del aceite de seje yodado me dio un resultado excelente. Desafortunadamente en ninguno de los casos tratados se pudo controlar ulteriormente para asegurar curación definitiva.

CONGELADURAS: 17 casos.

Historias 17, 27 y 31.—Los resultados inmediatos fueron satisfactorios, pero sin poder controlar el resultado definitivo.

Historia 29.—En este caso se observó mejoría de las lesiones, se controló durante tres meses.

Historias 22, 24, 25 y 32.—En estos casos se pudo controlar a los pacientes por un año, durante este tiempo el resultado fue satisfactorio, pero no se puede decir que hubo curación, pues tratan de aparecer las manifestaciones cuando el tiempo es frío.

Historias 26, 33.—En estos dos casos, durante 10 años, no se han presentado manifestaciones. Hubo tratamiento local de ultravioletas.

Historias 19, 20.— Después de un tratamiento de dos meses y medio, ayudado por aplicaciones locales de rayos ultravioletas, las manifestaciones desaparecen. Las dos señoritas contraieron matrimonio y durante ocho años he podido controlarlas; no se han vuelto a presentar las congeladuras.

Historias 21, 28.—En estos casos, el primero siguió un tratamiento de tres meses, ayudado también por rayos ultravioletas; en ambos casos se suprimieron las congeladuras y he podido controlar a estas personas durante tres años.

Historia 34.—El resultado fue muy satisfactorio; durante cuatro años estuvo bien, pero nuevas manifestaciones nos dan pie para seguir un tratamiento por los ésteres del seje yodados.

Historia 30.—En este caso la tolerancia no fue buena. Tan sólo se pudo subir la dosis a 10 c.c. de aceite de seje y 10 gotas de yodo. Al mes y medio suspendí el tratamiento por no tolerar las inyecciones. El resultado fue muy poco halagador.

Historia 23.—En este caso hubo desaparición de las congeladuras y control de seis meses. No se supo el resultado ulterior de las manifestaciones.

El tratamiento por el *aceite de seje yodado* en las congeladuras da la impresión de que es bastante bueno. Se puede asegurar la curación en cuatro casos porque se han controlado en 10 y 8 años.

CONCLUSIONES

Sin poder afirmar que el *Aceite de Seje Yodado* sea la última palabra en el tratamiento de las *Tuberculosis de la piel*, sí creo haber contribuido en algo para la terapéutica de estas afecciones que se presentan rebeldes, que resisten a los diferentes farmacos y tienden tanto a recaer.

Al principiar mis experiencias fui algo tímido en el empleo de altas dosis, pero luégo pude observar la buena tolerancia de algunos enfermos, y el empleo de dosis mayores dieron resultados apreciables.

Tengo la impresión que la mezcla de *Aceite de Seje con Yodo* es muy tolerable, porque tan sólo en *dos personas* de las 37 tratadas, se observó intolerancia.

Debo advertir que casi todos los enfermos tratados fueron seleccionados y nunca empleé el método en nefríticos, aórticos, ni en aquellos en que se sospecharan afecciones tuberculosas en actividad. En todos los casos se hizo un estudio clínico completo y en algunos me asesoré del laboratorio.

En las 37 personas que traté por el *Aceite de Seje con Yodo*, ninguna inyección llegó a supurarse; su aplicación fue rigurosamente intramuscular. Las inyecciones son poco dolorosas con dosis de 5 c. c. de aceite de seje hasta 10 gotas de yodo; de ahí en adelante, es decir, de 10 a 15 gotas de yodo con 10 c. c. de aceite, son algo dolorosas; de estas dosis en adelante son soportables, pero más dolorosas. En algunos llegué a la dosis máxima de 20 c. c. de aceite y 40 gotas de yodo, sin inconveniente y con buena tolerancia.

Sin poder fijar una dosis precisa en la *Terapéutica del Aceite de Seje Yodado* se puede anotar como dosis prudente la de 10 c. c. de aceite y 20 gotas de yodo fresco mezclados en el momento de la aplicación.

El criterio del médico tratante debe regir en cada caso particular para modificar las dosis indicadas.

POR UNA CAMPAÑA HOSPITALARIA

Conferencia dictada por el arquitecto Dr. Gustavo Serrano.

Damos cabida, en las páginas de la REVISTA MEDICA a la importantísima conferencia dictada por el conocido Arquitecto doctor Gustavo Serrano, sobre el problema hospitalario en Colombia, asunto de gran interés y de actualidad y cuya solución es indispensable para el buen éxito de las campañas sanitarias que adelanta el gobierno. Sanidad y educación son sin duda los dos problemas básicos en toda política económico-social.

Estamos seguros que con la lectura de esta conferencia nuestros lectores apreciarán la gravedad del problema y la urgencia de su apropiada solución.

Señor Presidente de la Sociedad Colombiana de Arquitectos, señoras, señores:

Para cumplir con la honrosa misión que se me ha encomendado, doy lectura a estas anotaciones, que pretenden presentar de una manera esquemática la situación actual de nuestros servicios de higiene y hospitales, así como el pensamiento que los arquitectos de nuestra Sociedad tienen, sobre la manera de organizar estos importantísimos servicios para despejar un poco la caótica situación en que se encuentran. No quiero perder tiempo haciendo el recuento histórico de innumerables hechos que acreditan a la sociedad bogotana como surco abonado para toda empresa de caridad y beneficencia, y este aspecto admirable por muchos conceptos, ha sido perjudicial desde el punto de vista de la obligación que tienen los administradores de la cosa pública por esta cuestión vital, porque ellos, confiados en el espíritu caritativo de la ciudad, se han interesado más en otras obras de vistosa propaganda, que en aquellas que mejoren la higiene y la salud del pueblo.

Bogotá por muchos conceptos debiera ser un centro médico de importancia. Su carácter de Capital de la República, su población de medio millón de habitantes, distribuida dentro de las más dispares condiciones de actividades, su carácter eminentemente cosmopolita, su condición de gran centro estudiantil, con una de las

mejores universidades de América, dentro de la cual hay una Escuela de Medicina que por su tradición y méritos es ampliamente conocida en el continente, y más que todo por su localización excepcional, en el centro geográfico y casi matemático del territorio colombiano, con facilidad de comunicación rápida a los demás centros de importancia económica o política del país, determinan ya inevitablemente su posición de gran centro hospitalario y de salud. Cuando nuestros gobiernos se den a la tarea de estudiar con un criterio científico y humanitario, la organización nacional hospitalaria, distribuyendo los centros de salud regionales, según una zonificación racional del territorio, y no movidos por determinadas influencias, vendrá el florecimiento de la sanidad y el robustecimiento de nuestra menguada población, desamparada y desnutrida hasta hoy, pese a las propagandas que se hacen sobre su mejoramiento en las condiciones de vida. Sentado esto como un hecho actuante, analicemos aunque sea someramente el estado actual de nuestro haber en materia de higiene y hospitales, prescindiendo por ahora de su deficiencia en materia de edificios y equipos, para hacer un cómputo rápido de nuestras necesidades en cuanto se refiere solamente al número de camas.

Para hacer un cálculo de las urgencias hospitalarias de un centro de población, se acepta como un hecho experimental definitivo, que un 2% de sus habitantes se encuentran en un estado de salud que requiere atención médica inmediata, mediante hospitalización. Según este principio a la población actual de Bogotá, corresponden 10.000 camas para enfermos, distribuidas en sus diversas clínicas y en sus hospitales. Después de inquirir personalmente en los varios establecimientos que funcionan actualmente en la ciudad, incluyendo los particulares, obtuve el siguiente dato global, de una gravedad extrema: en Bogotá tenemos únicamente capacidad para 2.764 camas. Siendo un poco elásticos agreguemos a esta suma los 1.924 enfermos de los asilos de locos y obtendremos así en total 4.688 camas. Estamos pues, con un déficit de hospitalización muy cercano a las 6.000 camas, sin tener en cuenta por ahora el elevado número de población flotante enferma que viene en busca de asistencia médica y hospitalaria adecuada, a veces por poco tiempo y otras por mucho.

Veamos ahora en qué forma está distribuida esta hospitalización: la carga mayor recae sobre la Beneficencia de Cundinamarca, entidad ejemplar que desde su fundación ha sido y continúa siendo el paño de lágrimas de nuestros desvalidos. Su obra de cari-

dad se distribuye a través de las instituciones de asistencia en la siguiente forma:

Cuatro asilos de protección infantil, con un total de 2.500 reclusos; dos asilos para incapacitados mentales con 1.980 enfermos; dos colonias de mendigos y lisiados que protegen a 1.554 personas; el Hospital de la Hortúa denominado anteriormente de San Juan de Dios, con un promedio diario de 1.100 enfermos, y algunos auxilios en dinero, con que dicha entidad contribuye al sostenimiento de varios hospitales regionales en el departamento. Si hacemos el cálculo de las entradas con que cuenta esa institución, veremos que la participación de los gobiernos nacional y municipal es solamente de \$ 399.855-00 dentro de un total de \$ 1.877.788-00; y este aporte de las entidades oficiales corresponde, casi en su totalidad a la recaudación de los impuestos de pobres y de Lotería de Cundinamarca, y por lo tanto puede decirse que es contribución del público que paga gustosamente esos impuestos; el resto del aporte gubernamental proviene de impuestos sobre mercancía extranjera y registro, es decir, se trata de otra contribución caritativa de los bogotanos, y nada más. El auxilio del Gobierno al Hospital de la Hortúa, único de caridad que funciona en Bogotá, es desconsolador y ridículo, por decir lo menos.

En seguida vienen las casas que podríamos llamar mixtas, es decir, fundaciones particulares que reciben auxilios nacionales; tales son por ejemplo los asilos y hospitales de San Rafael, la Misericordia, San Antonio, el Amparo de Niños, etc., en su totalidad administrados por instituciones de carácter religioso, y que han podido sobrevivir en parte, gracias a la economía y pulcritud con que han sido manejados y a las muchas limosnas y donaciones de los particulares. La mayoría de los aquí presentes, y creo no equivocarme al afirmar que todos contribuyen caritativamente con sus limosnas para las Hermanitas de los Pobres, el Hospital de San Rafael, etc.

La asistencia social desarrollada por la Cruz Roja Nacional merece especial admiración. Sus puestos de socorro en el sector norte de la ciudad han soportado casi totalmente el peso de la asistencia social de esa gran masa de población desvalida. Hace seis años construyó el primer dispensario antituberculoso y cedió el terreno para la construcción del Hospital de Santa Clara. Fundó la primera Escuela de Enfermeras en 1921, y actualmente sostiene la magnífica institución, en que un selecto grupo de nuestras muchachas, sigue estudios de enfermería prácticos y eficientes, que las

capacitan para cooperar activamente en todo lo relacionado con nuestros auxilios sociales y asistenciales.

Ana e Isabel Sáenz iniciaron el servicio social para la atención del niño. Andrés Bermúdez, sabio educador y gran corazón, fundó las gotas de leche y salas-cunas, instituciones que han aliviado enormemente el problema de la alimentación sana del niño. Me alargaría demasiado quizás, al analizar la inmensa obra caritativa, social e higiénica que cumplen institutos como el Círculo de Obreros, el padre Campoamor, los Dormitorios para Indigentes de la Madre Fonseca y el Cinerama, sostenidos en su mayor parte por la admirable caridad de los bogotanos. Entre los legados notables podemos mencionar el de doña Zoraida Cadavid de Sierra, el de don Joaquín Vargas, y el muy reciente de don Gustavo Restrepo Mejía, a quien debe Bogotá la monumental obra del Hospital San Carlos que pronto será una realidad y por su dotación y servicios científicos, está llamado a sobresalir entre sus similares de Amér.ca. La hospitalización de los enfermos pensionados se reparte entre 10 clínicas particulares, y el Hospital de San José. Estos centros atienden en total 926 enfermos, de los cuales 455 corresponden al Hospital de San José.

El anterior recuento de algunas instituciones de carácter privado y mixto, por su número y su alcance benéfico, contrastan grandemente con lo que por ese mismo concepto debemos a nuestros gobernantes, amplios en promesas, predicadores de sensibilidad social, pero descuidados y acaso avaros al ejecutarlas.

Si exceptuamos el Instituto Nacional de Radium, los Laboratorios Nacionales y el Hospital Militar (este último de carácter privado), nada más tenemos de carácter oficial. El Hospital Departamental de la Samaritana, con 73 camas y el de Santa Clara con 250, es todo cuanto la Nación y el Departamento han dado a nuestra ciudad, que puede considerarse por lo tanto poco menos que olvidada.

Bogotá es una ciudad que por su elevadísimo porcentaje de población en la clase media, está pidiendo a gritos la construcción de hospitales y clínicas, si no gratuitas, por lo menos de pensión moderada. El bogotano de la clase media no puede ser asistido en la Hortúa, ni permitirse el lujo de una clínica particular de alto estipendio. Yo he sido testigo como arquitecto, del entusiasmo con que muchos grupos de médicos solicitan proyectos para clínicas privadas que vengan a solucionar, en parte al menos, esta gravísima cuestión: espíritus que animados por un verdadero celo pro-

fesional, se resisten a continuar ejercitando su profesión en clínicas desprovistas hasta de los más elementales recursos mecánicos y en muchos casos higiénicos que la asepsia quirúrgica requiere, pero encallan siempre en el alto costo que la construcción de dichas clínicas demanda, y en la ninguna ayuda que les prestan las autoridades. Es de justicia pedir al Gobierno Nacional que se exima de los derechos de aduana a todo el material quirúrgico y de equipo mecánico para las nuevas clínicas privadas, y al Municipio que sean exentas del mal llamado impuesto de delineación.

Solamente la Clínica de Marly, después de grandes esfuerzos, ha podido dar al servicio una sección del edificio en ejecución para llenar en parte este vacío, y esto, porque esa clínica cuenta con el respaldo de un fuerte capital. Así pues, toca al Gobierno, y exclusivamente a él, la preocupación de construir hospitales de pensión moderada, que constituyan un verdadero centro médico, como el que Bogotá no solamente pide, sino que tiene derecho a exigir.

Estamos viviendo a 2.600 metros sobre el nivel del mar, y esta es la hora en que no hemos pensado siquiera en la construcción del Instituto Nacional de Cardiología, necesarísimo no solamente desde el punto de vista del tratamiento de las enfermedades del corazón, sino desde el meramente preventivo, para personas cuyo corazón está rindiendo un trabajo mucho mayor en esfuerzo, que el que ese mismo órgano debe rendir en las zonas bajas de nuestro país. Bogotá necesita hospitales de niños, pues no podemos seguir viviendo las angustiosas horas que hemos tenido con las perspectivas de perder el único hospital de niños con que actualmente contamos, y que ha salvado por un nuevo milagro de la caridad bogotana, siempre generosa, pero en la cual brillaron por su ausencia las entidades oficiales. Bogotá necesita clínicas de maternidad para las madres pobres. Si nos atenemos a los datos estadísticos del Hospital de la Hortúa, encontramos que el 42% de los nacimientos se verifica en aquella institución y que la mayoría de las madres vienen de los barrios obreros, situados algunos de ellos a 17 kilómetros de distancia. ¿Injusticia? Yo la llamaría crueldad. Hay que tener compasión no sólo de las futuras madres sino de sus familiares, pobres obreros carentes de todo recurso que les permita trasladarse fácilmente a la clínica, para acompañar en el duro trance a sus esposas. ¿Se ha pensado acaso que atendidos a las leyes sociales, de reciente estudio y promulgación, y cobijados por el auxilio de enfermedad obligatorio, los obreros van a exigir muy justamente una hospitalización en lugares diferentes a los hospitales de

caridad y en que esto va a resultar absolutamente imposible por falta de hospitales adecuados?

Para terminar esta vista panorámica sobre nuestro estado sanitario, antes de indicar los remedios más adecuados, ocupémonos un poco de la Higiene Municipal. La Dirección de Higiene tiene a su cuidado el desarrollo de las siguientes actividades:

1º—Protección social materna e infantil.

2º—Epidemiología y desinfección.

3c—Policía e ingeniería sanitaria.

4º—Laboratorios.

5º—Registros necrológicos y licencias para inhumar. A este respecto según me lo anotó el secretario de la sección, no es posible dar ningún dato cierto de mortalidad infantil, porque no se ha dado con la forma práctica y eficaz de controlar el número de nacimientos. Si el Municipio realiza el plan de centros municipales de salud que la Sociedad de Arquitectos recomienda en esta conferencia, allí podrían llevarse los registros de natalidad.

Hay en la actualidad seis centros de protección infantil, cuatro de los cuales funcionan en edificios propios que —sobra decirlo y repetirlo— fueron donados a Bogotá por instituciones privadas y colonias de extranjeros con ocasión de su cuarto centenario; los otros dos trabajan en casas de alquiler, pésimamente acondicionadas para su objeto, existen dos salas de lactancia, localizadas en las plazas de mercado Central y de las Nieves y dos consultorios para niños enfermos; eso es todo.

Contribuye el Municipio con \$ 100.000-00 que se reparten entre once instituciones de caridad, algunas de las cuales se las obliga a sostener becas. En su edificio de la calle 20 con la carrera 5ª existe la Sección de Vacunación, control y vigilancia de las enfermedades infecto-contagiosas; Secciones de Policía Sanitaria; Ingeniería Sanitaria, inspección de Alimentos y Control de Leches, y, honor al mérito, un Laboratorio bastante bien montado y atendido. Es justo reconocer públicamente la buena voluntad y el esfuerzo tesonero con que tanto el médico director como sus colaboradores se han empeñado en adelantar, hasta donde es físicamente posible, una eficiente labor de higiene; pero hay que decir también públicamente, que el ejecutivo municipal, empeñado tercamente en llevar a cabo obras, inútiles unas y estorbosas otras, para el desarrollo de un verdadero plan vial de esta ciudad de Bogotá, hace oídos sordos a esta realidad palpitante y dolorosa, como es la de levantar, proteger y sostener un pueblo sano, base del mejoramiento colectivo.

Ya la Sociedad Colombiana de Arquitectos manifestó claramente sus opiniones al respecto, y estamos resueltos a seguir hablando cuantas veces haya necesidad de hacerlo, pues nos sentimos comprometidos en el empeño de defender esta querida tierra, cueste lo que cueste. No podemos soportar por más tiempo ensayos desprovistos de estudio y de visión amplia de los problemas. Exigimos, óigase bien, exigimos planificación, en el sentido más amplio del vocablo. Planificación y más planificación es la norma de la civilización contemporánea. Sin planificación Rusia no sería la Rusia milagro que hoy nos asombra; y México nos está dando a su turno una lección admirable con su ordenado desarrollo de un plan hospitalario moderno que cobija todo el país, llevado a cabo por verdaderos técnicos, médicos unos y arquitectos otros, profesionales de amplia visión. Convencido el gobierno mexicano de los desastrosos resultados a que lleva necesariamente toda improvisación, la Secretaría de Asistencia Social se dio a la tarea importantísima de preparar adecuadamente sus técnicos. Dos aspectos se contemplaron al proyectar las obras: primero, el estudio cuidadoso de programas, anteproyectos, proyectos y ejecución de las mismas; y segundo, la resolución de los problemas de orden general que suelen presentarse en toda institución asistencial u hospitalaria. Para satisfacer técnicamente estos dos aspectos del problema se organizó a los médicos y arquitectos en un seminario de estudios hospitalarios, que se reúne periódicamente para discutir los trabajos encomendados previamente a sus miembros. En esta forma se estudian y resuelven la mayor parte de los tópicos relacionados con la construcción, equipo y organización hospitalaria. El seminario está constituido por quince arquitectos y un número igual de médicos, asesorados constantemente por técnicos ingenieros, electricistas, administradores, archiveros, contabilistas, etc. Después de un largo período de prueba, México recoge el fruto de esa admirable organización, que ha planeado con vastas miras la racionalización higiénica y sanitaria de la república norteña. La memoria presentada por la Secretaría de Asistencia Social, es una revelación en cuanto al resultado de la planificación, y me he extendido en este aspecto, pues creo, y conmigo están de acuerdo los colegas de la Sociedad Colombiana de arquitectos, que vamos en mora de seguir tan bello ejemplo.

Es necesario que el Gobierno acometa el estudio hospitalario del país, por medio de una comisión técnica encargada de distribuir los centros de salud, según las necesidades locales y no por las

aspiraciones políticas de gentes influyentes que obran según su propio provecho.

Es urgente llevar a cabo la planificación general de nuestro organismo sanitario, por medio de las distintas zonas del país, empezando por las pequeñas unidades sanitarias de los pueblos y los barrios obreros, hasta las agrupaciones médicas de los grandes núcleos ciudadanos.

El Gobierno Nacional al estatuir el Centro Médico de Bogotá, quizás dependiente en parte de la Ciudad Universitaria, para aprovechar los organismos que allí funcionan, como la Escuela de Enfermeras, que se iniciará en breve bajo los auspicios del Instituto Cooperativo Interamericano de Salud Pública, el Instituto Nacional de Química, la Facultad de Medicina, la de Farmacia y la de Odontología, podría llenar parte de esta labor. Además, como la Beneficencia de Cundinamarca ha pensado en construir un hospital general en las inmediaciones de dicha Ciudad Universitaria, es apenas lógico aprovechar esta única oportunidad para ejecutar un plan racional de hospitales, que llene las necesidades más imperativas. Hospital infantil, Instituto de Cardiología, Hospital Urbano de emergencia para casos de traumatología y cirugía de urgencia, Hospital de enfermedades infecto-contagiosas, Hospital de Maternidad, todo esto constituye un gran bloque de cuestiones por hacer, un inmenso problema de imperiosa necesidad. La localización del Centro Médico en el lugar propuesto presenta, a más de las ventajas enumeradas, la de su situación misma en el centro geográfico actual de la ciudad, pudiendo llenar, si se hace un planeamiento adecuado, el vacío actual de hospitales para la clase media, totalmente abandonada a su triste destino, en éste como en muchos otros aspectos. Podríamos extendernos considerablemente sobre tópicos por demás interesantes, pero hay otros aspectos no menos importantes de la higiene pública que es necesario tocar siquiera de carrera. Al principio de esta conferencia hablé de la actual organización higiénica del Municipio y de las labores de otras instituciones como la Cruz Roja Nacional, desarrolladas con la mejor voluntad, pero dentro de una penuria que toca los lindes de lo humillante.

La higiene hay que hacerla desde edificios adecuados, colocados en núcleos de población previamente estudiados y que cuenten con los elementos científicos y mecánicos necesarios. Aún el Municipio no ha iniciado el estudio de la zonificación racional de la

ciudad, y por consiguiente faltan los centros municipales de salud que ella requiere.

En la ciudad de Nueva York se definió el actual programa de centros de salud desde el año de 1934, pero su estudio y la experimentación correspondientes datan de los años de 1914 y 1915; es decir, cerca de 20 años, para definir un plan estable y racional. Los centros de salud deben llenar tres finalidades esenciales: higiene, salud y enseñanza. Las actividades relacionadas con salud e higiene deben ser dirigidas y costeadas directamente por el Estado, que en nuestro caso viene a ser el Municipio mismo, y la enseñanza debe adelantarse aprovechando los centros de estudios especiales a que ya hice referencia, como las escuelas de Medicina, Odontología y Enfermería, y las asociaciones voluntarias de carácter particular, como la Cruz Roja entre nosotros, que hasta la fecha ha venido llevando con ejemplar resignación gran parte de los oficios y funciones que desempeñan los centros de salud, y que en síntesis son los siguientes:

a) Cuidado y salud de los niños, mediante un adecuado servicio de consulta externa. Inmunización y vacunación. Consulta prenatal que cuenta con sitios de demostración, en donde las futuras madres reciben enseñanza objetiva, referente a métodos de alimentación, vestido y manejo de sus bebés; en tal caso no debe olvidarse un lugar en donde los niños sanos acompañantes, puedan jugar bajo la vigilancia inmediata de sus madres, mientras ellas son despatchadas de la consulta.

b) Higiene dental, tanto para adultos como para niños. Este servicio es especialmente importante para las madres y para los niños que asisten a la escuela. En él debe incluirse el examen, las precauciones, las profilaxis, las calzas y demás trabajos dentales, tendientes a preservar en lo posible la dentadura, antes de usar, como último recurso, la extracción de las piezas afectadas. El estado de nuestro pueblo en este sentido es verdaderamente desastroso; por otra parte el trabajo de los sacamuelas sin escrúpulos, todo lo cual hace que en general las gentes sufran trastornos gástricos y de otra índole que derivan exclusivamente de sus malas condiciones dentales.

c) Servicio examen de los ojos para los niños de la escuelas, con el objeto de corregir en tiempo anomalías que más adelante resultan incurables.

d) Servicio de tuberculosis, que es necesarísimo teniendo en cuenta el elevado porcentaje de enfermos ambulantes entre nuestro pueblo. Este es uno de los puntos a que debe prestarse más atención y cuidado en los centros de salud, y aquí es donde las enfermeras visitadoras han de mostrarse especialmente activas como verdaderos ángeles de caridad, yendo a las viviendas de los enfermos pobres, recogiendo datos y haciendo las observaciones personales pertinentes, que desde luego han de ser muy valiosas para adelantar la campaña contra la propagación de tan espantosa enfermedad. La clínica de tuberculosis debe contar con una sección de fluoroscopia, pneumothorax y rayos X que pueden usarse además para otras necesidades clínicas.

e) Enfermedades venéreas. Este servicio es de excepcional importancia entre nosotros, comoquiera que las estadísticas obtenidas en el hospicio de Sibaté, demuestran que el 20% de los niños asilados presentan características de sífilis hereditaria. La consulta de venéreas debe constar de cuarto de examen, tratamientos, inyecciones, etc., planeados para garantizar la reserva y el aislamiento de los pacientes, a fin de que ellos acudan oportunamente sin temores ni prejuicios. Muchos de los enfermos de esta consulta pueden ser enviados a médicos particulares, facilitándoles eso sí las drogas necesarias para los tratamientos.

f) Distribución de ciertos elementos a los médicos que sostienen consultas de caridad.

g) Enseñanza de enfermeras para los diferentes servicios de consulta, records, historias clínicas, estadísticas y en especial, adiestramiento de enfermeras visitadoras.

h) Locales adecuados para conferencias públicas de divulgación, que llenen un fin educativo y preventivo de ciertas enfermedades. Estas conferencias deben extenderse a las enfermeras y estudiantes de enfermería y medicina, y para llenar mejor las necesidades de tal servicio han de hacerse en salones adecuados de clase con su correspondiente equipo completo de enseñanza.

i) Locales para oficinas de asociaciones caritativas voluntarias, médicos, dentistas y grupos de ciudadanos cuya cooperación e interés por la salud y la higiene de nuestro pueblo, han de ser de un gran valor, tanto por sus ejecutorias como por el ejemplo que representan.

Y por último, otros departamentos tales como oficinas para dirección, inspección de comidas, inspección sanitaria (alojamientos e ingeniería sanitaria), laboratorios, y ocasionalmente clínicas antirrábicas.

He aquí una descripción de lo que deben ser los centros de salud municipales. Hay que insistir en la localización adecuada dentro del perímetro urbano, después de un cuidadoso estudio sobre la densidad de población, los medios de comunicación y otros aspectos de muy diversa índole, entre los cuales no debe olvidarse que los centros de salud pueden y deben ser el principio de futuros hospitales seccionales. Es urgente que las autoridades municipales y en especial la Secretaría de Obras Públicas, colaboren patrióticamente con la Dirección de Higiene, a fin de que se realice una acertada zonificación sanitaria de la ciudad. Doy fe de los esfuerzos que con este fin ha venido realizando el distinguido médico doctor Cancelado, pero no puede descansar la responsabilidad de un problema de tamaña envergadura sobre una sola persona, porque él requiere la colaboración y la buena voluntad de muchas.

Después del trabajo anteriormente enunciado, debe inmediatamente el Municipio obtener lotes de terreno suficientemente amplios para la construcción de los centros de salud, con miras, como ya se dijo, a que puedan convertirse más adelante en futuros hospitales de zona, sin olvidar, porque sería un craso error, el fácil acceso a ellos de las líneas de transporte (buses y tranvías) y los lugares para estacionamiento de carros.

Los centros de salud no pueden proyectarse en ningún caso como partes de edificios destinados a otros servicios municipales como alcaldías, juzgados, escuelas o centros de recreo; pues aunque algunos opinen que localizados anexos a las escuelas pueden prestar más atención a la salud de los niños, igualmente los exponen a contagios quizás muy graves.

Esta es, señores, la única manera de hacer higiene; planificando, pero planificando en grande, con criterio eminentemente social y dejando de lado preocupaciones mezquinas o de elección municipal.

Señor Alcalde de Bogotá y señores miembros del Cabildo, no se puede seguir sosteniendo el embeleco de una Dirección Municipal de higiene con un presupuesto de miseria, que pone grilletes a toda iniciativa. Nada se obtiene con la buena voluntad y la tenacidad

del Director y los distinguidos médicos que le acompañan, si se tropieza con la imposibilidad material y económica de realizar el plan grande que han soñado, el que la ciudad y el pueblo bogotano están pidiendo a gritos y de sobra se merecen.

Hacer higiene pero contando con todo lo necesario, edificios, elementos, personal adiestrado y capaz. Cuán diferente sería el estado actual de la construcción y no solamente de la construcción sino de la higiene misma en las edificaciones particulares, si diariamente se llevaran a cabo inspecciones técnicas a cargo de ingenieros de sanidad con oficinas distribuídas en las diversas zonas de la ciudad. Actualmente este control lo hacen los inspectores de obras, unos pobres servidores municipales, llenos de buena voluntad, pero carentes en absoluto de los conocimientos indispensables para llenar sus funciones con el criterio técnico que ellas requieren.

Debemos acabar con las casas de convite que se levantan en los barrios obreros, a espaldas de los inspectores municipales entre sábados y domingos, formando esos hacinamientos de viviendas, carentes de higiene que constituyen no solamente un problema para la dotación de los servicios públicos indispensables sino para la vigilancia y seguridad de los que allí viven.

Yo me estremezco al recorrer los barrios pobres y también los residenciales pensando en el día en que Bogotá sea nuevamente sacudido por temblores parecidos a aquellos que la conmovieron en 1917. ¿Está seguro acaso el señor Secretario de Obras Públicas de que la mayoría de las obras autorizadas para que las construyan gentes sin noción del cálculo de las estructuras, sino simples empíricos resistirán esa prueba. Nosotros los arquitectos que tenemos una formación que garantiza planos correctos, estructuras sólidas, etc., sí podemos decir a la ingeniería municipal que estamos seguros de nuestras obras. Proveer al Municipio de ingenieros visitantes de obras o ingenieros de zona, es pues, una necesidad urgentísima, porque el Municipio adquiere un compromiso muy grave al aprobar los planos para edificaciones que se adelantan, haciéndose por lo tanto solidario con el constructor, en cuanto a garantías de seguridad y salud se refiere, con respecto a los futuros habitantes.

Bogotá no puede continuar en manos de pseudo-higienistas que hacen demagogia en el Concejo Municipal. Bogotá debe librarse de los constructores inescrupulosos. Bogotá necesita perentoria-

mente una gran dosis de higiene: la dotación de sus centros municipales de salud.

Desearía seguir enumerando algunas de las muchas obras de ingeniería sanitaria que ha menester nuestra ciudad capital: centros cívicos, mercados, mataderos, parques y sitios de recreo, servicios públicos, etc.; pero estos temas de interés enorme como puede verse, ya serán tratados con lujo de competencia en oportunidad de las próximas conferencias, por colegas muy autorizados de la Sociedad de Arquitectos.

Como conclusión a esta conferencia solicito muy especialmente de los médicos que se interesan por estos asuntos, su cooperación y sus luces, a fin de iniciar —aunque sea de manera extraoficial— la formación del seminario de estudios hospitalarios de Bogotá, con el objeto de que vayamos preparándonos para el día en que el Gobierno abra los ojos, y emprenda un estudio serio y racional que abarque todo el territorio de la nación.

Señores médicos, las puertas de la Sociedad Colombiana de Arquitectos están abiertas a vuestras iniciativas y valiosa colaboración.

RESUMEN DE REVISTAS

Autores: SAMPAYO R. R. L.—Título "*Latrodectus Mactans y Latrodectismo*". Estudio experimental y clínico. Publicación del Instituto de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires. Contiene los siguientes capítulos:

1º Reseña Histórica de la literatura sobre latrodectismo.

2º Sistemática, estructura y biología del aparato venenoso de las arañas "*latrodectus*". (Colaboración dentro del libro.)

3º Acción de la ponzoña de *latrodectus* sobre distintas especies de animales. Farmacología. Acción sobre el sistema nervioso, aparato circulatorio, respiración, secreciones, órganos musculares de fibra lisa, y sobre la sangre.

4º Tratamientos inespecíficos y tratamiento específico de los accidentes provocados por *L. Mactans* "en el hombre".

5º Difusión del latrodectismo en la Argentina. Profilaxis. Lucha contra la araña, limpieza, vestidos y precauciones.

Autores: PITA R. A.—Título: "*Estupefacientes*" (Tema General.)

El autor publica conclusiones de un estudio en el Bol. de Sanidad de la Dirección Nacional de Higiene de Buenos Aires y sugiere que la *Dolantina*, que antes no era considerada como estupefaciente, debe ahora incluirse en la nómina de esas drogas por haberse demostrado que produce efectos tal vez más intensos que la *Morfina*. Lo mismo que esta última, sufrirá pues la reglamentación establecida y debe prohibirse su importación, por tener menores aplicaciones en medicina humana que los derivados del opio.

Bo. de San D. N. H. Buenos Aires. 1943. Año 7º. Nos. 1-3. Págs. 45-54.

"*Resultados del primer año de saneamiento antipalúdico de la Merced (Catamarca)*".—(Obra inédita de 1943.—Doctor J. QUIROGA.

El autor es médico rural y por su vasta experiencia y sus notables resultados en la lucha antipalúdica durante el año de 1942 ha sido elevado a la Dirección de Paludismo de Tucumán.

La lucha anti-larvaria se caracterizó por el incremento de la canalización y drenaje de aguas estancadas, valiéndose para ello de la cooperación de los

Ya la Sociedad Colombiana de Arquitectos manifestó claramente sus opiniones al respecto, y estamos resueltos a seguir hablando cuantas veces haya necesidad de hacerlo, pues nos sentimos comprometidos en el empeño de defender esta querida tierra, cueste lo que cueste. No podemos soportar por más tiempo ensayos desprovistos de estudio y de visión amplia de los problemas. Exigimos, óigase bien, exigimos planificación, en el sentido más amplio del vocablo. Planificación y más planificación es la norma de la civilización contemporánea. Sin planificación Rusia no sería la Rusia milagro que hoy nos asombra; y México nos está dando a su turno una lección admirable con su ordenado desarrollo de un plan hospitalario moderno que cobija todo el país, llevado a cabo por verdaderos técnicos, médicos unos y arquitectos otros, profesionales de amplia visión. Convencido el gobierno mexicano de los desastrosos resultados a que lleva necesariamente toda improvisación, la Secretaría de Asistencia Social se dio a la tarea importantísima de preparar adecuadamente sus técnicos. Dos aspectos se contemplaron al proyectar las obras: primero, el estudio cuidadoso de programas, anteproyectos, proyectos y ejecución de las mismas; y segundo, la resolución de los problemas de orden general que suelen presentarse en toda institución asistencial u hospitalaria. Para satisfacer técnicamente estos dos aspectos del problema se organizó a los médicos y arquitectos en un seminario de estudios hospitalarios, que se reúne periódicamente para discutir los trabajos encomendados previamente a sus miembros. En esta forma se estudian y resuelven la mayor parte de los tópicos relacionados con la construcción, equipo y organización hospitalaria. El seminario está constituido por quince arquitectos y un número igual de médicos, asesorados constantemente por técnicos ingenieros, electricistas, administradores, archiveros, contabilistas, etc. Después de un largo periodo de prueba, México recoge el fruto de esa admirable organización, que ha planeado con vastas miras la racionalización higiénica y sanitaria de la república norteña. La memoria presentada por la Secretaría de Asistencia Social, es una revelación en cuanto al resultado de la planificación, y me he extendido en este aspecto, pues creo, y conmigo están de acuerdo los colegas de la Sociedad Colombiana de arquitectos, que vamos en mora de seguir tan bello ejemplo.

Es necesario que el Gobierno acometa el estudio hospitalario del país, por medio de una comisión técnica encargada de distribuir los centros de salud, según las necesidades locales y no por las

aspiraciones políticas de gentes influyentes que obran según su propio provecho.

Es urgente llevar a cabo la planificación general de nuestro organismo sanitario, por medio de las distintas zonas del país, empezando por las pequeñas unidades sanitarias de los pueblos y los barrios obreros, hasta las agrupaciones médicas de los grandes núcleos ciudadanos.

El Gobierno Nacional al estatuir el Centro Médico de Bogotá, quizás dependiente en parte de la Ciudad Universitaria, para aprovechar los organismos que allí funcionan, como la Escuela de Enfermeras, que se iniciará en breve bajo los auspicios del Instituto Cooperativo Interamericano de Salud Pública, el Instituto Nacional de Química, la Facultad de Medicina, la de Farmacia y la de Odontología, podría llenar parte de esta labor. Además, como la Beneficencia de Cundinamarca ha pensado en construir un hospital general en las inmediaciones de dicha Ciudad Universitaria, es apenas lógico aprovechar esta única oportunidad para ejecutar un plan racional de hospitales, que llene las necesidades más imperativas. Hospital infantil, Instituto de Cardiología, Hospital Urbano de emergencia para casos de traumatología y cirugía de urgencia, Hospital de enfermedades infecto-contagiosas, Hospital de Maternidad, todo esto constituye un gran bloque de cuestiones por hacer, un inmenso problema de imperiosa necesidad. La localización del Centro Médico en el lugar propuesto presenta, a más de las ventajas enumeradas, la de su situación misma en el centro geográfico actual de la ciudad, pudiendo llenar, si se hace un planeamiento adecuado, el vacío actual de hospitales para la clase media, totalmente abandonada a su triste destino, en éste como en muchos otros aspectos. Podríamos extendernos considerablemente sobre tópicos por demás interesantes, pero hay otros aspectos no menos importantes de la higiene pública que es necesario tocar siquiera de carrera. Al principio de esta conferencia hablé de la actual organización higiénica del Municipio y de las labores de otras instituciones como la Cruz Roja Nacional, desarrolladas con la mejor voluntad, pero dentro de una penuria que toca los lindes de lo humillante.

La higiene hay que hacerla desde edificios adecuados, colocados en núcleos de población previamente estudiados y que cuenten con los elementos científicos y mecánicos necesarios. Aún el Municipio no ha iniciado el estudio de la zonificación racional de la

ciudad, y por consiguiente faltan los centros municipales de salud que ella requiere.

En la ciudad de Nueva York se definió el actual programa de centros de salud desde el año de 1934, pero su estudio y la experimentación correspondientes datan de los años de 1914 y 1915; es decir, cerca de 20 años, para definir un plan estable y racional. Los centros de salud deben llenar tres finalidades esenciales: higiene, salud y enseñanza. Las actividades relacionadas con salud e higiene deben ser dirigidas y costeadas directamente por el Estado, que en nuestro caso viene a ser el Municipio mismo, y la enseñanza debe adelantarse aprovechando los centros de estudios especiales a que ya hice referencia, como las escuelas de Medicina, Odontología y Enfermería, y las asociaciones voluntarias de carácter particular, como la Cruz Roja entre nosotros, que hasta la fecha ha venido llevando con ejemplar resignación gran parte de los oficios y funciones que desempeñan los centros de salud, y que en síntesis son los siguientes:

a) Cuidado y salud de los niños, mediante un adecuado servicio de consulta externa. Inmunización y vacunación. Consulta prenatal que cuenta con sitios de demostración, en donde las futuras madres reciben enseñanza objetiva, referente a métodos de alimentación, vestido y manejo de sus bebés; en tal caso no debe olvidarse un lugar en donde los niños sanos acompañantes, puedan jugar bajo la vigilancia inmediata de sus madres, mientras ellas son des-pachadas de la consulta.

b) Higiene dental, tanto para adultos como para niños. Este servicio es especialmente importante para las madres y para los niños que asisten a la escuela. En él debe incluirse el examen, las precauciones, las profilaxis, las calzas y demás trabajos dentales, tendientes a preservar en lo posible la dentadura, antes de usar, como último recurso, la extracción de las piezas afectadas. El estado de nuestro pueblo en este sentido es verdaderamente desastroso; por otra parte el trabajo de los sacamuelas sin escrúpulos, todo lo cual hace que en general las gentes sufran trastornos gástricos y de otra índole que derivan exclusivamente de sus malas condiciones dentales.

c) Servicio examen de los ojos para los niños de la escuela, con el objeto de corregir en tiempo anomalías que más adelante resultan incurables.

d) Servicio de tuberculosis, que es necesarísimo teniendo en cuenta el elevado porcentaje de enfermos ambulantes entre nuestro pueblo. Este es uno de los puntos a que debe prestarse más atención y cuidado en los centros de salud, y aquí es donde las enfermeras visitadoras han de mostrarse especialmente activas como verdaderos ángeles de caridad, yendo a las viviendas de los enfermos pobres, recogiendo datos y haciendo las observaciones personales pertinentes, que desde luego han de ser muy valiosas para adelantar la campaña contra la propagación de tan espantosa enfermedad. La clínica de tuberculosis debe contar con una sección de fluoroscopia, pneumothorax y rayos X que pueden usarse además para otras necesidades clínicas.

e) Enfermedades venéreas. Este servicio es de excepcional importancia entre nosotros, comoquiera que las estadísticas obtenidas en el hospicio de Sibaté, demuestran que el 20% de los niños asilados presentan características de sífilis hereditaria. La consulta de venéreas debe constar de cuarto de examen, tratamientos, inyecciones, etc., planeados para garantizar la reserva y el aislamiento de los pacientes, a fin de que ellos acudan oportunamente sin temores ni prejuicios. Muchos de los enfermos de esta consulta pueden ser enviados a médicos particulares, facilitándoles eso sí las drogas necesarias para los tratamientos.

f) Distribución de ciertos elementos a los médicos que sostienen consultas de caridad.

g) Enseñanza de enfermeras para los diferentes servicios de consulta, records, historias clínicas, estadísticas y en especial, adiestramiento de enfermeras visitadoras.

h) Locales adecuados para conferencias públicas de divulgación, que llenen un fin educativo y preventivo de ciertas enfermedades. Estas conferencias deben extenderse a las enfermeras y estudiantes de enfermería y medicina, y para llenar mejor las necesidades de tal servicio han de hacerse en salones adecuados de clase con su correspondiente equipo completo de enseñanza.

i) Locales para oficinas de asociaciones caritativas voluntarias, médicos, dentistas y grupos de ciudadanos cuya cooperación e interés por la salud y la higiene de nuestro pueblo, han de ser de un gran valor, tanto por sus ejecutorias como por el ejemplo que representan.

Y por último, otros departamentos tales como oficinas para dirección, inspección de comidas, inspección sanitaria (alojamientos e ingeniería sanitaria), laboratorios, y ocasionalmente clínicas antirrábicas.

He aquí una descripción de lo que deben ser los centros de salud municipales. Hay que insistir en la localización adecuada dentro del perímetro urbano, después de un cuidadoso estudio sobre la densidad de población, los medios de comunicación y otros aspectos de muy diversa índole, entre los cuales no debe olvidarse que los centros de salud pueden y deben ser el principio de futuros hospitales seccionales. Es urgente que las autoridades municipales y en especial la Secretaría de Obras Públicas, colaboren patrióticamente con la Dirección de Higiene, a fin de que se realice una acertada zonificación sanitaria de la ciudad. Doy fe de los esfuerzos que con este fin ha venido realizando el distinguido médico doctor Cancelado, pero no puede descansar la responsabilidad de un problema de tamaña envergadura sobre una sola persona, porque él requiere la colaboración y la buena voluntad de muchas.

Después del trabajo anteriormente enunciado, debe inmediatamente el Municipio obtener lotes de terreno suficientemente amplios para la construcción de los centros de salud, con miras, como ya se dijo, a que puedan convertirse más adelante en futuros hospitales de zona, sin olvidar, porque sería un craso error, el fácil acceso a ellos de las líneas de transporte (buses y tranvías) y los lugares para estacionamiento de carros.

Los centros de salud no pueden proyectarse en ningún caso como partes de edificios destinados a otros servicios municipales como alcaldías, juzgados, escuelas o centros de recreo; pues aunque algunos opinen que localizados anexos a las escuelas pueden prestar más atención a la salud de los niños, igualmente los exponen a contagios quizás muy graves.

Esta es, señores, la única manera de hacer higiene; planificando, pero planificando en grande, con criterio eminentemente social y dejando de lado preocupaciones mezquinas o de elección municipal.

Señor Alcalde de Bogotá y señores miembros del Cabildo, no se puede seguir sosteniendo el embeleco de una Dirección Municipal de higiene con un presupuesto de miseria, que pone grilletes a toda iniciativa. Nada se obtiene con la buena voluntad y la tenacidad

del Director y los distinguidos médicos que le acompañan, si se tropieza con la imposibilidad material y económica de realizar el plan grande que han soñado, el que la ciudad y el pueblo bogotano están pidiendo a gritos y de sobra se merecen.

Hacer higiene pero contando con todo lo necesario, edificios, elementos, personal adiestrado y capaz. Cuán diferente sería el estado actual de la construcción y no solamente de la construcción sino de la higiene misma en las edificaciones particulares, si diariamente se llevaran a cabo inspecciones técnicas a cargo de ingenieros de sanidad con oficinas distribuidas en las diversas zonas de la ciudad. Actualmente este control lo hacen los inspectores de obras, unos pobres servidores municipales, llenos de buena voluntad, pero carentes en absoluto de los conocimientos indispensables para llenar sus funciones con el criterio técnico que ellas requieren.

Debemos acabar con las casas de convite que se levantan en los barrios obreros, a espaldas de los inspectores municipales entre sábados y domingos, formando esos hacinamientos de viviendas, carentes de higiene que constituyen no solamente un problema para la dotación de los servicios públicos indispensables sino para la vigilancia y seguridad de los que allí viven.

Yo me estremezco al recorrer los barrios pobres y también los residenciales pensando en el día en que Bogotá sea nuevamente sacudido por temblores parecidos a aquellos que la conmovieron en 1917. ¿Está seguro acaso el señor Secretario de Obras Públicas de que la mayoría de las obras autorizadas para que las construyan gentes sin noción del cálculo de las estructuras, sino simples empíricos resistirán esa prueba. Nosotros los arquitectos que tenemos una formación que garantiza planos correctos, estructuras sólidas, etc., sí podemos decir a la ingeniería municipal que estamos seguros de nuestras obras. Proveer al Municipio de ingenieros visitantes de obras o ingenieros de zona, es pues, una necesidad urgentísima, porque el Municipio adquiere un compromiso muy grave al aprobar los planos para edificaciones que se adelantan, haciéndose por lo tanto solidario con el constructor, en cuanto a garantías de seguridad y salud se refiere, con respecto a los futuros habitantes.

Bogotá no puede continuar en manos de pseudo-higienistas que hacen demagogia en el Concejo Municipal. Bogotá debe librarse de los constructores inescrupulosos. Bogotá necesita perentoria-

mente una gran dosis de higiene: la dotación de sus centros municipales de salud.

Desearía seguir enumerando algunas de las muchas obras de ingeniería sanitaria que ha menester nuestra ciudad capital: centros cívicos, mercados, mataderos, parques y sitios de recreo, servicios públicos, etc.; pero estos temas de interés enorme como puede verse, ya serán tratados con lujo de competencia en oportunidad de las próximas conferencias, por colegas muy autorizados de la Sociedad de Arquitectos.

Como conclusión a esta conferencia solicito muy especialmente de los médicos que se interesan por estos asuntos, su cooperación y sus luces, a fin de iniciar —aunque sea de manera extraoficial— la formación del seminario de estudios hospitalarios de Bogotá, con el objeto de que vayamos preparándonos para el día en que el Gobierno abra los ojos, y emprenda un estudio serio y racional que abarque todo el territorio de la nación.

Señores médicos, las puertas de la Sociedad Colombiana de Arquitectos están abiertas a vuestras iniciativas y valiosa colaboración.

RESUMEN DE REVISTAS

Autores: SAMPAYO R. R. L.—Título "*Latrodectus Mactans y Latrodectismo*". Estudio experimental y clínico. Publicación del Instituto de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires. Contiene los siguientes capítulos:

1º Reseña Histórica de la literatura sobre latrodectismo.

2º Sistemática, estructura y biología del aparato venenoso de las arañas "*latrodectus*". (Colaboración dentro del libro.)

3º Acción de la ponzoña de *latrodectus* sobre distintas especies de animales. Farmacología. Acción sobre el sistema nervioso, aparato circulatorio, respiración, secreciones, órganos musculares de fibra lisa, y sobre la sangre.

4º Tratamientos inespecíficos y tratamiento específico de los accidentes provocados por *L. Mactans* "en el hombre".

5º Difusión del latrodectismo en la Argentina. Profilaxis. Lucha contra la araña, limpieza, vestidos y precauciones.

Autores: PITA R. A.—Título: "*Estupefacienes*" (Tema General.)

El autor publica conclusiones de un estudio en el Bol. de Sanidad de la Dirección Nacional de Higiene de Buenos Aires y sugiere que la *Dolantina*, que antes no era considerada como estupefaciente, debe ahora incluirse en la nómina de esas drogas por haberse demostrado que produce efectos tal vez más intensos que la *Morfina*. Lo mismo que esta última, sufrirá pues la reglamentación establecida y debe prohibirse su importación, por tener menores aplicaciones en medicina humana que los derivados del opio.

Bo. de San D. N. H. Buenos Aires. 1943. Año 7º. Nos. 1-3. Págs. 45-54.

"*Resultados del primer año de saneamiento antipalúdico de la Merced (Catamarca)*".—(Obra inédita de 1943.—Doctor J. QUIROGA.

El autor es médico rural y por su vasta experiencia y sus notables resultados en la lucha antipalúdica durante el año de 1942 ha sido elevado a la Dirección de Paludismo de Tucumán.

La lucha anti-larvaria se caracterizó por el incremento de la canalización y drenaje de aguas estancadas, valiéndose para ello de la cooperación de los

escolares de la Zona y aplicando dos sistemas muy económicos y originales. Estos métodos son de muy bajo costo y de considerable rendimiento. Los siguientes son los resultados en cifras de esta lucha:

1º *Disminución en un 66,81% de la incidencia palúdica.*

2º *Desaparición de la Primo inyección palúdica en la región, desde el 7º mes de la campaña anti-palúdica.*

3º *Comprobación de 0% de infección, por medio de exámenes hematológicos.*

Son muy brillantes los resultados higiénicos obtenidos en una campaña anti-palúdica por este médico argentino, sacando el mayor partido de la cooperación de varias entidades y del entusiasmo de los jóvenes de edad escolar, en la aplicación por primera vez de sistemas "originales, de bajo costo y de considerable rendimiento".

Autores varios:—Título: "Discusión sobre el tratamiento y profilaxis modernas de las enfermedades tropicales",

Tomado de R. S. Trop. Med. and Hyg. Londres 1943 Vól. XXXVII No. 2. Págs. 71-88.

Se informa de una sesión de la Real Sociedad de Medicina Tropical e Higiene, en la cual fueron tratados los siguientes temas:

Por el doctor F. HAWKING: "*Aplicación de los derivados sulfamidados en la prevención de las enfermedades tropicales*". Nulas.

BIGGAM: "Tratamiento de la disentería bacilar con SULFAGUANIDINA y aplicación de la STILBAMIDINA en la curación del KALA-AZAR". En estudio.

Título: "*Tratamiento anti larvario (lucha) y profilaxis antipalúdica en terrenos cultivados con arroz por medio del riego intermitente y estudio de sus efectos sobre la producción de arroz y el consumo del agua*". Por CAMBOURNAC F. C. HILL y ROLLA B. Editora Médica de Lisboa. 36 páginas. (De excepcional importancia por ser Colombia país productor de arroz por el sistema de "riego continuo", sobre cuya conveniencia se han suscitado hondas divergencias académicas.)

El autor de este estudio concluye su investigación, elogiando sin reservas el sistema del *riego continuo*, "el cual, aumenta la cantidad y la calidad de

arroz, reduce en cifras apreciables el consumo del agua y es hasta ahora el más eficaz método de destruir las larvas del trasmisor".

Autores: HEILIG R, and. VISWESWAR.—Título: "*Diuresis quinínica en el paludismo*". Trop. Dis. Bull. 1943. Vol. 40 No. 5. Pág. 360.

El autor describe dos casos de paludismo complicados de una ascitis generalizada que se había mostrado resistente a los usuales diuréticos, los cuales se aplicaron antes de usar quinina como específico. Se observó que con la aplicación de las dosis corrientes de Quinina desaparecieron los edemas y se sostuvo una completa mejoría clínica. Se concluye de la posible utilidad de las sales de quinina como diuréticos y eliminadores cuando hayan fracasado los más acreditados estimulantes del emonctorio renal.

ENSAYOS TERAPEUTICOS CON PENICILINA EN EL PIAN (BUBAS, FRAMBUESAS)

(Tomado de "Memorias del Instituto Oswaldo Cruz, Río de Janeiro, Brasil". Fascículo No. 2 del Tomo 40 de 1944. Páginas 195-200.)

Autores: Doctores A. M. DA CUNHA; A. E. AREA LEO; F. NERY GUIMARAES; HUMBERTO T. CARDOSO.

Los autores informan haber tratado un grupo de pianosos venidos de un foco endémico de la enfermedad y que fueron internados en el Hospital "Evan-dro Chagas" para ser sometidos a observación por seis meses.

La penicilina usada para esta investigación ha sido producida en el instituto mismo.

Tomando pacientes muy invadidos de pianomas en la cara, en los miembros y con localizaciones en las plantas de los pies, con *Treponema Pertenué* (++++) en las lesiones y con R. de W. y R. de K. (++++) se les inyectaron dosis de *doscientas Unidades Oxford* por vía intramuscular cada cuatro horas, inyectando en promedio cifras comprendidas entre 9.000 y 52.000 unidades. La tolerancia fue perfecta no obstante que la mayoría eran niños.

La curación clínica y bacteriológica se obtuvo entre los 12 y 44 días y no se observaron sino dos casos de recidiva. Las lesiones recientes cicatrizaron más rápidamente y las atribuidas al terciarismo piánico fueron más lentas. Se practicaron controles bacteriológicos diarios mientras estuvieron abiertas las lesiones y se continuaron después controles inmunológicos cada ocho días. Se usó el método de Fontana-Tribondeau para la investigación del *Treponema*.

La acción terapéutica de la penicilina es más eficaz en estas lesiones si se acorta el tiempo entre las inyecciones y está regida también por la categoría y número de lesiones.

Algunos casos curados habían sido declarados resistentes al Neosalvarsan.

La curación inmunológica fue siempre más tardía en aparecer que la clínica y la bacteriológica, pero esto es de observación común en la arsena terapia.

Se observó muy precozmente la mejoría de los síntomas clínicos como dolor de cabeza, dolores osteocopos.

Los autores quieren destacar que siendo el pian una enfermedad tan similar a la sífilis, se han obtenido resultados muy alentadores con dosis de penicilina infinitamente menores que las hasta ahora usadas para la sífilis temprana, en una proporción de 125 veces menores cantidades.

Durante el tratamiento se observó que la *penicilina no tiene ninguna acción terapéutica sobre los accesos de malaria que padecían los enfermos de pian.*

LISTA DE LOS MIEMBROS ACTUALES DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Miembros Honorarios Nacionales

Martín Camacho

Luis López de Mesa

Miembros Honorarios Extranjeros

Bernard Cuneo

Andre Latarjet

Claude Regnaud

Louis Tavernier

Henry Roger

Paul Durand

Miembros de Número

Rafael Ucrós

Gonzalo Esguerra G.

Roberto Franco

Jorge E. Cavelier

Rafael A. Muñoz

Fernando Troconis

José María Montoya

Pedro J. Almanzar

Abraham Salgar

Francisco Vernaza

Julio Aparicio

Luis Patiño C.

Adriano Perdomo

Manuel A. Rueda V.

Manuel A. Cuéllar D.

Carlos J. Cleves V.

Arcadio Forero

Miguel A. Rueda G.

Miguel Jiménez L.

Manuel José Silva

José del C. Acosta

Francisco Gnecco M.

Jorge Bejarano

Hernando Anzola Cubides

José V. Huertas

Augusto Rocha Gutiérrez

Jorge de Francisco C.

Antonio M. Barriga Villalba

Alfredo Luque B.

Guillermo Uribe Cualla

Lisandro Leiva P.

Pablo A. Llinás

Carlos Trujillo G.

Juan Pablo Llinás

Calixto Torres U.

Edmundo Rico

Alfonso Esguerra G.

Ramón Atalaya

Laboratoires Om

GINEBRA

SUIZA

PENTAL comprimidos

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

Estreptococias, Gonococias, Neumococias, Meningococias

PENTAL intravenoso 12%

PENTAL intramuscular 6%

Para-sulfamido-fenil-amino-metilen-sulfonato sódico en solución al 12% y al 6% 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