

REPUBLICA DE COLOMBIA

# REVISTA MEDICA DE BOGOTA



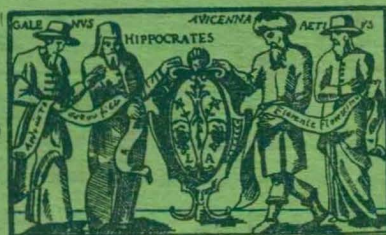
"REPERTORIO DE MEDICINA Y CIRUGIA" Y "REVISTA MEDICA DE  
COLOMBIA" INCORPORADAS

**ORGANO DE:**

LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA  
LA SOCIEDAD DE CIRUGIA  
LA SOCIEDAD DE PEDIATRIA Y  
LA ASOCIACION COLOMBIANA DE ESTUDIOS MEDICOS

**DIRECCION Y REDACCION:**

DRS. JOSE M. MONTOYA - JULIO MANRIQUE - GONZALO ESGUERRA GOMEZ  
AGUSTIN ARANGO Y DARIO CADENA



**DIRECCION Y REDACCION: APARTADO NUMERO 102  
BOGOTA - COLOMBIA - S. A.**

**ADMINISTRACION: Editorial Cromos—Bogotá.**

Carrera 6a., Nros. 12-60 a 12-66 — Apartado Número 442 — Teléfono Número 3-1-2



**PANBILINA EN LAS  
ENFERMEDADES DEL HÍGADO**

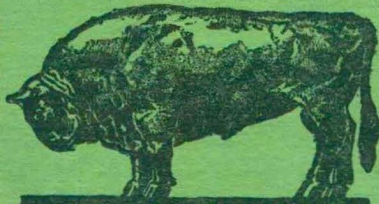
**RECTOPANBILINA  
EN EL ESTREÑIMIENTO**

**HEMOPANBILINA  
EN LAS ANEMIAS**

son los  
eslabones  
de una  
misma  
cadena

**LA OPOTERAPIA  
HEPATO-BILIAR  
Y SANGUINEA TOTAL**

Literatura, LABORATORIO  
Muestras:  
del Dr. **PLANTIER**  
**ANNONAY (Ardèche)**  
FRANCE



**BYLA-PARIS**

# Opoterapia BYLA

Recomendada por los grandes Profesores de Francia

**SIN OLOR**

**CONSERVACION INDEFINIDA**

**Ovarina, Tyroïdina, Hypofisina, Orquitina, Suprarenina, etc.**

BAJO DOS FORMAS NUEVAS REGISTRADAS :

**GLANDULAS** (Grajeas)

**AMPOLLAS**

*Medicacion Simple, Pluriglandular  
y Panglandular*

**LOS ESTABLECIMIENTOS BYLA**

26, avenue de l'Observatoire, PARIS (Francia)



**BYLA-PARIS**



## CONTENIDO

	Págs.
<i>Consideraciones anatomopatológicas y clínicas de la blastomiosis en Costa Rica</i> , por los doctores A. Peña Ch. y Werner Rotter. . . . .	201
<i>¿El eritema nudoso es de naturaleza tuberculoso?</i> por el doctor Jorge Bejarano . . . . .	216
<i>Nuevas orientaciones en el diagnóstico de la tuberculosis</i> , por el doctor Federico Lleras Acosta. . . . .	219
<i>Defensa profesional</i> (editorial), por el doctor D. Castro Senior .	246
<i>Algo sobre punción lumbar</i> , por Emilio Gómez Pinzón y Roberto Clavijo . . . . .	247
Sociedades científicas.—Extractos de actas. . . . .	257

## CONDICIONES:

- 1.<sup>a</sup> Los originales de los artículos deben estar escritos en máquina y no serán devueltos a sus autores.
- 2.<sup>a</sup> Los autores tienen derecho a cinco ejemplares del número correspondiente.
- 3.<sup>a</sup> No está prohibida la reproducción y traducción de los artículos de esta Revista, siempre que sea mencionada.

### TARIFAS:

Serie de 12 números en el interior. . . . \$	2.00
Serie de 12 números en el exterior. . . .	2.50
Número suelto. . . . .	0.25
Número atrasado. . . . .	0.50
Para los estudiantes de medicina. . . .	0.20

Para suscripciones y avisos, dirigirse a la

**Administración:**

**EDITORIAL DE CROMOS**

Carrera 6.<sup>a</sup>, Números 12-60 a 12-66. — Apartado 442.

Para todo lo concerniente a la dirección, dirigirse al apartado 102







DOCTOR :

*Si usted está interesado en continuar recibiendo la 'Revista Médica de Bogotá', sírvase darnos aviso y remitir el valor de la serie anual, que es de \$ 2.00, 12 números.*

**EDITORIAL CROMOS**

**Carrera 6a., Nos. 12-60 a 12-66**

**BOGOTA**





# ELITIRAN

Preparado estandarizado de <sup>M.R.</sup>  
la glándula tiroidea con acción  
pleniglandular

Tolerada sin efectos concomitantes  
hasta en altas dosis

Fuerte aumento del metabolismo  
basal. / Indicado en las insuficiencias  
del tiroides, adiposidad y úlceras  
tópicas (mixedema local). Profilaxis  
de la trombosis.

ENVASES ORIGINALES:  
Tubo de 30 tabletas de 0,025 g / Caja de  
10 ampollas de 2 c. c. de la solución al 1%.

# PADUTINA

M.R.

Hormona vasoactiva de la glándula páncreas,  
según Frey-Kraut, de acción antiespasmódica  
electiva sobre los vasos periféricos e influencia  
reguladora sobre la circulación general.

Para el tratamiento de los espamos  
vasculares, acroparestesias, úlceras  
tróficas, heridas tóxicas, claudica-  
ción intermitente, estados hiper-  
tónicos y molestias de la menopausia.

ENVASES ORIGINALES:  
Caja de 5 ampollas (1 c. c. = 2 unidades bioló-  
gicas) para inyecciones. / Frasco de 10 c. c.  
(1 c. c. = 7 unidades biológicas) para uso interno





# NOVALGINA

M. R.

**Antidoloroso, antiflo-  
gístico y antipirético.**

De acción específica en el reu-  
matismo muscular y articular. La  
inyección de Novalgina puede  
sustituir a la de morfina, hasta  
en los casos graves de cóli-  
cos biliares y renales. De uso  
interno y en inyecciones.



ENVASES ORIGINALES:  
Tubo de 10 tabletas de 0,5 g  
Caja de 5 y 10 ampollas de 1 y 2 c.c.



M. R.





# Revista Médica de Bogotá

PUBLICACION MENSUAL

DIRECCION

DRS. JOSE M. MONTOYA - JULIO MANRIQUE - GONZALO ESGUERRA GOMEZ  
AGUSTIN ARANGO Y DARIO CADENA

---

Vol. XLIII | Bogotá-Colombia, S. A. Agosto 15 de 1933 | No. 504

---

## CONSIDERACIONES ANATOMOPATOLOGICAS Y CLINICAS DE LA BLASTOMICOSIS EN COSTA RICA

por los doctores

A. PEÑA CHAVARRIA Y WERNER ROTTER,

del Hospital San Juan de Dios. San José. Costa Rica.

En patología tropical, el diagnóstico y especialmente la clasificación de las enfermedades ulcerosas de la piel, de etiología micótica, es una cuestión bastante compleja y difícil. A esto se debe, sin duda, la poca seguridad de los autores e investigadores que en los últimos 15 años han abordado este problema de medicina tropical, cuyas descripciones dejan en el ánimo de quien las lee, la impresión nítida de la poca seguridad que hay, no sólo en lo que se relaciona con la etiología, sino con la misma descripción clínica.

Tratándose de lesiones micóticas de la piel, un examen microscópico directo y aún los mismos cultivos que muchas veces son negativos, no ayudan a veces para definir el diagnóstico. Esto ha hecho que en los últimos años se le haya dado gran valor al examen anatomopatológico de pequeñas biopsias, que por sí solas, muchas veces, aclaran y definen el diagnóstico. Con este procedimiento, en un tiempo relativamente corto, logramos encontrar en Costa Rica varios casos de lesiones cutáneas, clínicamente comprendidas en esa amplia clasificación de las blastomicosis.

Es muy poco lo que hasta la fecha se ha escrito sobre este importante asunto de patología tropical en la América Central. En cuanto a Costa Rica se refiere, tenemos conocimiento de un caso de cromoblastomicosis (dermatitis verrucosa) publicado recientemente por Nauck (1). Sin embargo, Salisbury (2) del Hospital de la United Fruit C.º de Puerto Limón, bajo el nombre de Pié



musgoso (mossy foot) publicó un caso que nosotros creemos se trataba más bien de cromoblastomicosis, por la descripción histopatológica que del mismo hizo Mallory, de Boston.

El caso de cromoblastomicosis que hemos estudiado es el siguiente: J. L. Jornalero de 55 años, raza blanca. Nació en la ciudad de Grecia donde vivió la mayor parte de su vida. No da antecedentes hereditarios ni adquiridos de sífilis ni tuberculosis. *Antecedentes de la enfermedad.* Hace 24 años, trabajando en la zona de San Carlos, región netamente tropical, en labores agrícolas, llevando siempre los pies descalzos, notó en el dorso del pie izquierdo, una verruga que él denomina *mesquino*. Poco a poco, en el transcurso de varios años, fueron apareciendo nuevos elementos, en diferentes lugares del pie, de la pantorrilla y del muslo que lentamente fueron también aumentando de tamaño. Afirma el enfermo que en los últimos nueve años la enfermedad ha estado estacionaria y no ha cambiado el aspecto que muestra la fotografía N.º 1. Al examinar el enfermo se observa una extensa lesión, que dejando apenas trechos de piel sana o por lo menos

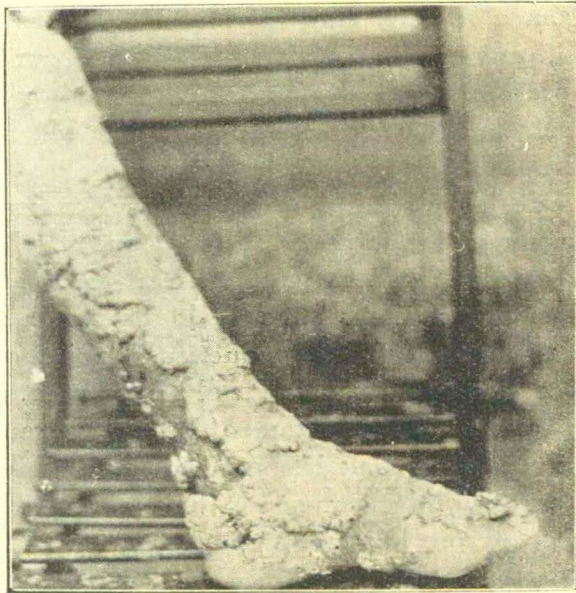


Fig. 1.—Cromoblastomicosis. Lesiones extendidas hasta la raíz del muslo. En la parte inferior pueden notarse algunos prolongamientos verrugosos que tienen en el centro una excavación, por haberse ulcerado y expulsado el contenido de las verrugas.



poco afectada, se extiende en el dorso del pie a la raíz del muslo. Las lesiones verrucosas que tiene un tamaño de medio a un centímetro de alto, se unen unas con otras en algunos puntos. Los sitios ulcerosos que hay en los intersticios de las verrugas

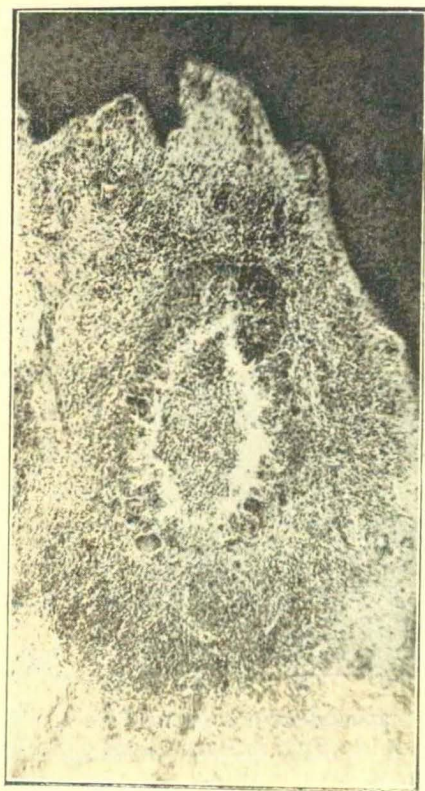


Fig. 2.—Microfotografía. Objetivo seco de poco aumento. En el centro puede distinguirse un microabsceso, lesión bastante típica de la cromoblastomycosis. A su alrededor se destaca la zona capsuliforme.

dejan salir un pus serosanguinolento muy fétido. En algunos lugares las verrugas están coronadas por pequeñas ulceraciones que hacen pequeños agujeros dándoles a las lesiones verrugosas un aspecto poroso.

El examen microscópico del pus no dio ninguna indicación. El resultado de la reacción de Wassermann fue negativo. El examen hematológico fue el siguiente:

Glóbulos rojos 3.000.000 m/c  
" blancos 13.000

Fórmula leucocitaria:

Polinucleares neutrof. 68 por 100  
" eosinof. 2

Grandes mononucleares 9

Linfocitos . . . . 21

Este enfermo que estudiamos incidentalmente en el Hospital de San Juan de Dios, pues no estaba en nuestro servicio hospitalario, después de ensayar numerosos tratamientos, fue beneficiado notablemente por la radioterapia. Lo perdimos de vista y supimos que había muerto luego de otra enfermedad intercurrente.

*Estudio anatomopatológico.*—Una pequeña biopsia de una de las verrugas más salientes, mostró histológicamente pequeños granulomas y focos en forma de abscesos, situados debajo del epitelio y en las capas profundas de la cutis. Los granulomas están formados por la aglomeración de varias células gigantes muy grandes, con sus núcleos situados muy a menudo en el mar-



gen de la célula. Estas células gigantes se encuentran dentro de un nodulito formado de células epitelioides, linfocitos, plasmazellen y numerosos leucocitos polimorfonucleares. Los parásitos, *típicos de esta lesión*, se ven dentro de las células gigantes o en sus vecindades (véase Fig. 3). Los microabscesos son también muy

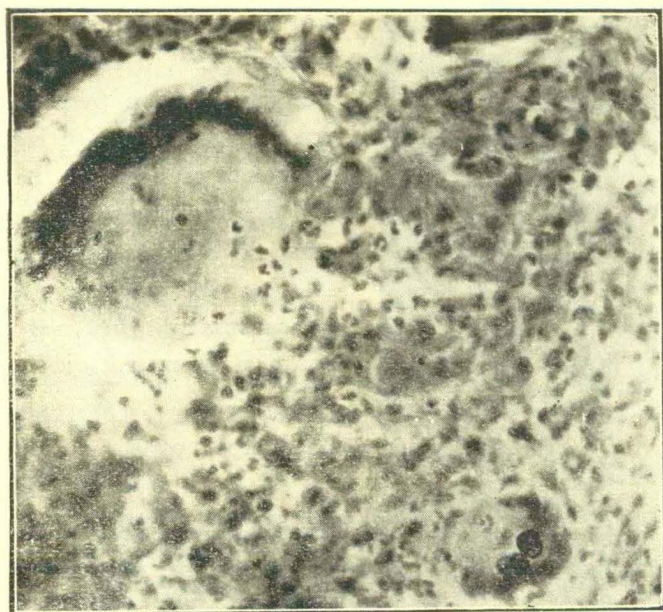


Fig. 3.—Microfotografía. Objetivo seco de mayor aumento. Aspecto de las células gigantes de la cromoblastomicosis. En la parte inferior se ve una que tiene en uno de sus polos, varios parásitos.

característicos (Fig. 2). El centro de los focos lo forman leucocitos polimorfonucleares. Cada abceso está rodeado a manera de cápsula por una zona formada de células epitelioides, linfocitos, plasmazellen, leucocitos polimorfonucleares y un número considerable de células gigantes de menor tamaño. Algunas veces las células tienen muchos leucocitos. Todo el nódulo está rodeado de un conglomerado de linfocitos y plasmazellen, que disminuye gradualmente al acercarse al tejido normal de la cutis. (Fotografía 2). El tejido de la cutis comprendido entre los nódulos está esclerosado, pero la poca infiltración celular hace que los nodulitos se destaquen con nitidez. El epitelio está engrosado. Hay prolongamientos epiteliales que penetran las capas profundas de la cutis. La hiperqueratosis consiguiente es moderada.



Los parásitos que caracterizan las cromoblastomicosis se reconocen fácilmente con los métodos usuales de coloración, pues toman un color pardo-amarillento que les es típico. Estos parásitos son elementos blastosporados, con cápsula clara, que se encuentran distribuídos en grupos o aislados.

Histológicamente nuestro caso se parece mucho al que Nauck estudió proveniente también de Costa Rica. Este autor notó como nosotros que el tejido situado entre los nódulos tenía poca infiltración celular, cosa que contrastaba con el caso africano estudiado por el mismo autor, y con los de blastomicosis del tipo de Gilchrist que nosotros hemos tenido oportunidad de observar y que describiremos en seguida.

Puede decirse que histológicamente los focos en forma de abscesos, con su estrecha zona capsuliforme, salpicada de células gigantes nos parecen casi patognomónicos de la cromoblastomicosis de la América Central.

Estos focos cromoblastomicósicos tienen cierta semejanza con las lesiones de la tuberculosis cutánea, por haber en estas células gigantes del tipo de Lanhgans y por la forma nodular de los focos. Esto ha hecho que algunos, guiados simplemente por un examen superficial, hayan confundido la cromoblastomicosis con la tuberculosis de la piel. Sin embargo, aún prescindiendo del hallazgo de los parásitos, no es difícil hacer la diferenciación entre ambas entidades. En la cromoblastomicosis no se encuentra clasificación, por el contrario, los focos típicos tienen leucocitos, pues son verdaderos abscesos. Por otro lado, cosa que sirve también para diferenciar las dos entidades, los focos de las células gigantes de la cromoblastomicosis son tubérculos de cuerpos extraños, pues no muestran nunca la estructura de un verdadero tubérculo.

Como algunos autores han llegado a confundir la cromoblastomicosis con el pie musgoso, tan común en los países de América tropical, queremos hacer presente que desde el punto de vista dermatológico hay algunos caracteres clínicos, fuera de los que indica la histopatología, que permiten separar estas dos enfermedades. El pie musgoso está lleno de escresencias tan características, que llevaron a Thomas a darle a la enfermedad nombre tan apropiado que evita por sí solo, una descripción de esa dolencia que aqueja a las personas descalzas, desaseadas, especial-



mente pordioseros, que presentan un estado elefantiásico de la piel de las extremidades inferiores, por el esclerosamiento causado por repetidas y constantes infecciones piógenas (erisipelas). Esto viene a dar por consecuencia el crecimiento exajerado de la epidermis que forma los prolongamientos musgosos de la enfermedad, que se distinguen a simple vista y son todavía más notables en cortes de la piel, examinada aún sin microscopio. El aspecto clínico del pie musgoso lo hemos podido observar detenidamente en Costa Rica, Colombia y el Perú y en todos estos países la enfermedad tiene las mismas características clínicas dermatológicas (Fot. 6).

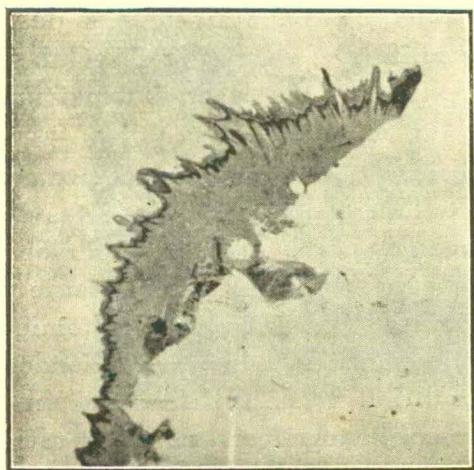


Fig. 6.

Microfotografía del corte de la piel de un caso muy moderado de pie musgoso. Aumento X 7. Los prolongamientos de la epidermis se ven nítidamente.

El pie musgoso tiene los prolongamientos queratósicos típicos, que imitan el musgo viejo y seco que cubre las rocas y los troncos de nuestras selvas tropicales, no solamente en la forma sino también en el color gris terroso. Su localización es circunscrita, pues generalmente sólo ataca el pie y la parte inferior de la pantorrilla, excepcionalmente llega hasta la rodilla. Es una dermatosis seca, que sólo llega a ulcerarse en los estados avanzados, cuando los prolongamientos musgosos producen efracciones de los tejidos subcutáneos respectivos.

La cromblastomicosis tiene modalidades clínicas distintas. Produce también hipertrofia de los estratos córneos, pero no toman aspecto musgoso, si no más bien verrugoso, de aquí su nombre de dermatitis verrucosa con que se les distingue en dermato-



logía. Los prolongamientos verrugosos se extienden en superficie y se ulceran con facilidad, tal como ocurre con las superficies papilomatosas de los conilomas. Pueden dejar espacios de piel intacta entre ellos. La superficie atacada por la dermatitis verrugosa es siempre más grande que la afectada por el pie musgoso, pudiendo llegar a cubrir con sus verrugosidades todo el miembro inferior, como ocurrió en el caso que hemos descrito (Fot. 1).

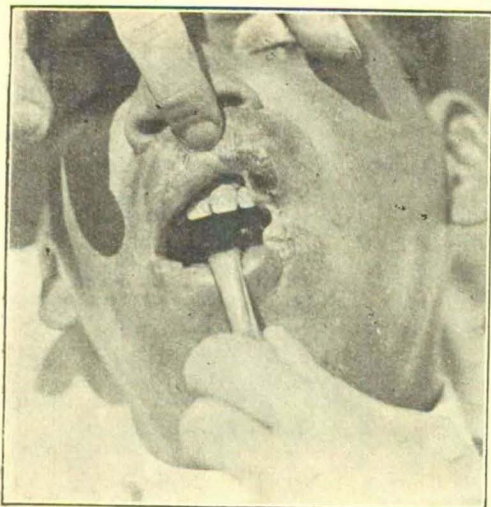


Fig. 7.  
Blastomycosis de localización  
cutáneo-mucosa.

Histopatológicamente las dos enfermedades son también distintas. Las alteraciones anatómicas de la cromoblastomycosis están localizadas a la dermis. Los procesos epidérmicos que pueden observarse son secundarios a los anteriores, y se deben únicamente a la propulsión que hacia el exterior hacen las verrugas nacidas en la dermis. Todo lo contrario ocurre en el pie musgoso en que la dermis está poco alterada, pues sólo muestra ligera esclerosis y pequeña infiltración perivascular. Los principales cambios están situados en la epidermis, pues sus papilas proliferan extraordinariamente, tanto hacia dentro como hacia fuera, de tal modo que da la impresión de que la piel se hubiera plegado. (Fotografía 6).

#### *Blastomycosis Gilchrist.*

Prescindiendo del estudio bacteriológico, que como lo digimos al principio no siempre es positivo, aún en casos típicos, pudimos estudiar anatomopatológicamente cuatro casos de blastomi-



cosis del tipo Gilchrist, producidos por el *Mycoderma dermatitis*. Este tipo de blastomicosis ya había sido estudiado clínicamente en Costa Rica por uno de nosotros (3), pero el corto espacio de tiempo, sólo de varios meses, que hemos necesitado para reunir estos otros casos, indica que la blastomicosis tegumentaria, tanto en sus manifestaciones cutáneas como cutáneo-mucosas, no es enfermedad rara en Costa Rica.

De blastomicosis con localización cutáneo-mucosa, enfermedad

Fig. 8.  
Blastomicosis cutánea (tipo Gilchrist). Fotografía correspondiente al caso de E. A. C.



que tanto se ha estudiado en la América del Sur, tuvimos el siguiente enfermo:

L. A. Jornalero de 30 años, vecino de Puriscal. No tiene antecedentes de sífilis o tuberculosis. Hace once años comenzó la enfermedad por obstrucción nasal (por trancazón según término del enfermo) especialmente de la ventana izquierda. Desde hace siete años, con intervalos más o menos largos, este enfermo ha recibido tratamiento médico en este mismo hospital, en donde a pesar de haber sido negativo el Wassermann y sin dar antecedentes luéticos, por sospechas clínicas, le aplicaron series de salvarsán y mercurio. En alguna ocasión le aconsejaron tártaro emético. Con estos tratamientos, según afirma el paciente, mejoraba algo, pero al suspenderse, dejaban avanzar la enfermedad.

*Examen clínico.*—Como puede verse en la (fotografía 7) el enfermo tiene una infiltración de todos los tejidos suaves de la cara: labios, mejillas, lóbulo y alas de la nariz. La piel de estas partes es roja y áspera. Al tacto, los tejidos se notan de una

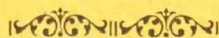


APARTADO No. 887

TELEGRAFO:

TELEFONO 10-00 Chap.

“MARLY”—BOGOTA



SERVICIO DE MATERNIDAD  
ANESTESIA POR LOS GASES  
RAYOS X



30 MEDICOS ESPECIALISTAS  
SERVICIO PERMANENTE



**ANTIASMA** POLVO FUMIGATORIO  
MENTOLADO

*Eficaz,  
Agradable  
& inofensivo.*

**BENGALAIS**

**ASMA, ENFISEMA, CATARRO. CORIZA**

PIDASE MUESTRAS Y TEXTOS :  
Laboratorios FAGARD, 44, Aguesseau, BOULOGNE (Seine) Francia.

DE VENTA EN LAS PRINCIPALES FARMACIAS

El Diurético renal por Excelencia

# SANTHÉOSE

EL MÁS FIEL  
EL MÁS CONSTANTE  
EL MÁS INOFENSIVO  
DE LOS DIURÉTICOS



PURIFICA LA SANGRE Y  
REGULARIZA LA CIRCULACIÓN  
*El más seguro ayudante de las*  
CURACIONES DE DESCLORURACIÓN

### S. PURA

Afecciones cardiacas y renales  
Albuminurias, Uremia, Hidropesia.

### S. FOSFATADA

Esclerosis cardio-renal, Neurastenia,  
Anemia, Convalecencias.

### S. CAFEINADA

Astenia cardio-vascular, Asistolia,  
Enfermedades infectivas, Intoxicaciones.

### S. LITINADA

Presclerosis y Arterioesclerosis, Uricemia  
Gota, Mal de piedra, Reumatismo, Ciática.

VENTA al por MAYOR: 4, Rue du Roi-de-Sicile, PARIS

SEDATIVO - HIPNÓTICO - ANTIESPASMÓDICO

# NEURINASE

Con dosis mínimas procura sueño

Sin crear hábito  
Sin efectos tóxicos ni penosos

Laboratorio A. GÉNÉVRIER, 2, Rue du Débarcadère, PARIS

A base de  
Valeriana fresca  
y de  
Veronal soluble  
(0 gr. 15 por cucharadita)  
Olor y sabor agradable

Dosis:  
1/2 à 4 cucharaditas  
por 24 horas

PÍDANSE MUESTRAS



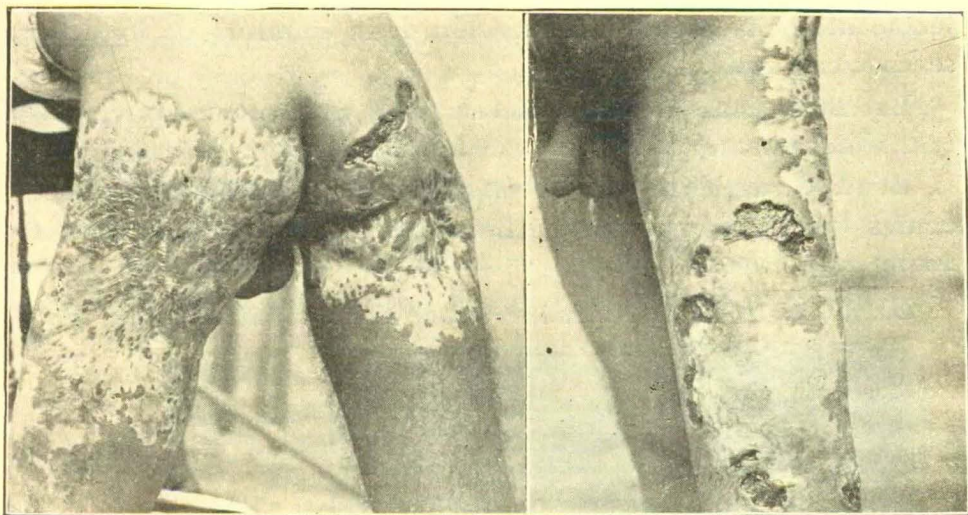


Fig. 9. — Blastomycosis tipo Gilchrist, de localización glútea. Fotografías del mismo enfermo (F. CH. S.) parte posterior y lateral de las partes atacadas.

consistencia medio elástica. En el ángulo izquierdo de la comisura labial, hay una ulceración muy mal oliente que sangra con mucha facilidad al tocarla. Al abrir la boca el enfermo, se ve que la lengua está intacta, en cambio, el velo del paladar está lesionado, pues en su parte más declive, presenta el aspecto granuloso de la *huevera* (1) que comienza a dibujar la Cruz palatina de Escomel. Hay salivación intensa y continua. Al levantar el lóbulo de la nariz se nota que todo el tabique está destruido y en la profundidad de la cavidad nasal, se distinguen costras oscuras y espesas. El proceso infeccioso está extendido a la laringe, pues el enfermo está bastante afónico. Hay ganglios mastoideos y ligera adenitis de la región submaxilar. El resto del examen físico del enfermo es negativo, así como el radiológico del pulmón.

*Tratamiento.*—Durante tres meses el enfermo ha estado recibiendo grandes dosis de yoduro de sodio por vía bucal e inyecciones intravenosas de tártaro emético. La mejoría ha sido muy notable. Los tejidos están menos infiltrados, ha palidecido el enro-

(1) El término *huevera*, lo usan algunos enfermos de ciertos lugares de América del Sur, por tener los botoncitos carnosos que se forman en la bóveda palatina, cierto parecido con los huevos de peces.



jecimiento de la piel y la ulceración de la comisura de los labios se ha cicatrizado.

Los otros casos de blastomicosis con lesiones ulcerosas circunscritas únicamente a la piel, son los siguientes:

E. A. C. agricultor de 34 años, vecino de Tuis. Sus antecedentes patológicos no tienen importancia. Reacción de Wassermann negt.

*Comienzo de la enfermedad.*—Hace como cuatro meses, notó

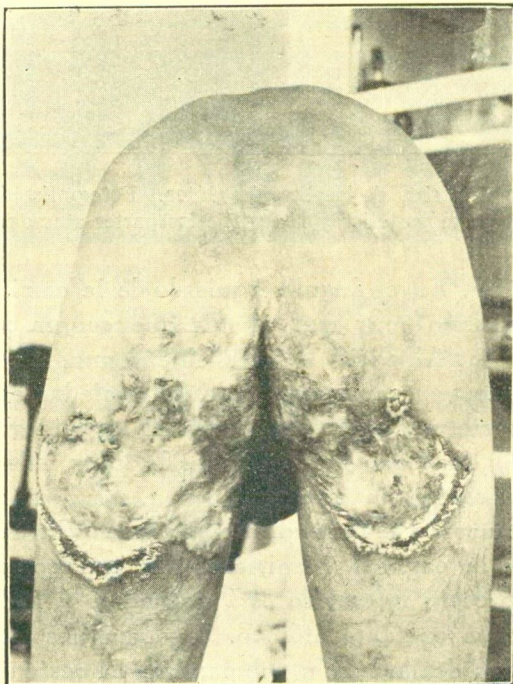


Fig. 10.

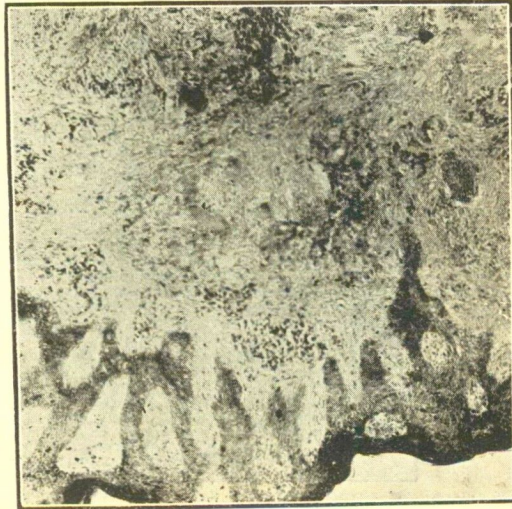
Blastomicosis tipo Gilchrist e localización glútea. Nótese el parecido clínico con el caso anterior y la marcha concéntrica que toman en su extensión las lesiones de esta forma clínica.

un enrojecimiento con sensación de quemadura en el dorso de la segunda falange de los dedos meñique y anular de la mano izquierda y en la región de la muñeca derecha. Dice el enfermo que sospecha lo hubiera picado un insecto que no precisa. A los pocos días en los lugares mencionados aparecieron vesículas que se rompieron dando lugar a la formación de úlceras. Estando ya formadas estas úlceras, apareció en el dorso de la mano izquierda otro elemento que tuvo la misma evolución que los tres anteriores. Como lo muestra la fotografía 8 el enfermo tiene 4 ulceraciones en los sitios nombrados, cuya forma y dimensiones puede apre-

ciarse fácilmente. Todas tienen bordes levantados, bastante cortados. En su fondo hay un pus espeso que cubre prolongamientos botonosos que sangran cuando se les toca. Para diagnóstico y estudio respectivo, la biopsia de este enfermo se hizo del borde inferior de la ulceración del dedo meñique. En el pus, coloreado con Giemsa, se notaron levaduras. Confirmado el diagnóstico histológico se instituyó un tratamiento yodurado intenso per os y lavados locales desinfectantes. Después de cuatro semanas de esta

Fig. 11.

Blastomicosis Gilchrist.  
Foco de células gigantes  
situado debajo de la e-  
pidermis. Microfotogra-  
fía aumento pequeño.



medicación, el enfermo abandonó el hospital con las lesiones cicatrizadas.

De blastomicosis con localización glútea hemos tenido dos casos que han seguido una evolución igual, con las mismas alteraciones clínicas. Uno de los enfermos curó con grandes dosis de yoduro de potasio por vía digestiva y dosis altas de mercuriocromo intravenoso. Transcribimos la historia de uno de ellos, actualmente en tratamiento.

F. Ch. S. soltero, nicaraguense de 33 años. Da antecedentes de lues y en varias ocasiones el Wassermann ha sido positivo. Hace cinco años, después de haber sido sometido a un tratamiento intenso de salvarsán y mercurio, notó una ampolla (pénfigo) de un contenido sanguinolento en el borde izquierdo del ano. Rota esa ampolla se formó una ulceración que lentamente, en el transcurso de varios años, se extendió superficialmente, hasta cubrir



todas las nalgas, como puede verse en la fotografía 9. La marcha circinada de las ulceraciones ha permitido la cicatrización de las mismas en el centro.

*Examen del enfermo.*—Individuo bien constituido, que a pesar de la cronicidad de sus lesiones ulcerosas, no está extenuado ni está anémico. El examen físico general es negativo. En la parte posterior de los muslos y en las nalgas, presenta extensas cicatrices de úlceras que crecieron concéntricamente. Son cicatrices lisas,

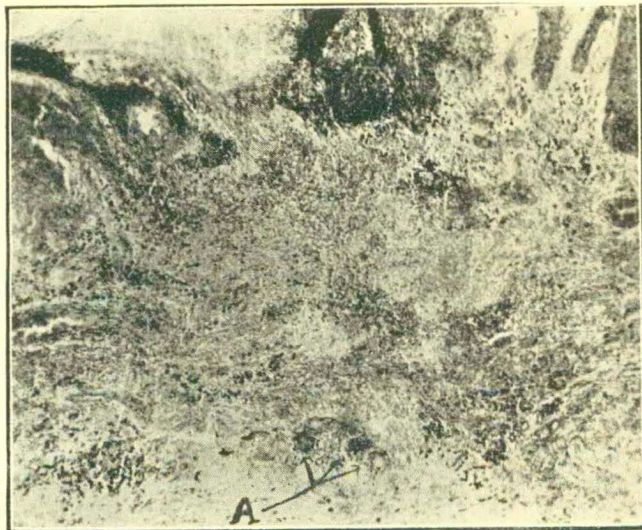


Fig. 12.—Blastomycosis. Pequeña ulceración de la piel. En A se distingue un foco de células gigantes situadas alrededor de una pila de levaduras.

suaves, pigmentadas, irregularmente. En la parte anterior del muslo izquierdo y en la región glútea derecha, hay bordes ulcerosos en plena evolución. Sus bordes son levantados y haciendo presión sobre ellos, maniobra que hace experimentar gran dolor al enfermo, sale entre la piel y el tejido subcutáneo, un pus serosanguinolento. Llama la atención la poca reacción linfática de los territorios correspondientes a las zonas ulceradas. Este enfermo ha comenzado un tratamiento yodurado intenso.

*Histopatología.*—Por ser parecidas las lesiones de estos últimos casos de blastomycosis, podemos describirlas en conjunto. Contrastando con el caso de cromoblastomycosis, hay en todos los tejidos blastomycóticos una fuerte infiltración difusa en todo el tejido cutáneo afectado. Esta infiltración celular está constituida en su casi totalidad por células redondas pequeñas y grandes (cé-

lulas linfoides) y plasmazellen; hay bastante mastzellen. Los leucocitos polimorfonucleares abundan, pero no llegan a dominar el cuadro histológico como sucede en el *ulcus tropical* común. El epitelio está engrosado y muestra una fuerte proliferación en las capas profundas de la cutis. (Fotografía N.º 11). En todo el material que hemos estudiado, no encontramos abscesos.

En medio de la infiltración celular descrita anteriormente se notan focos más o menos numerosos, formados de una o varias

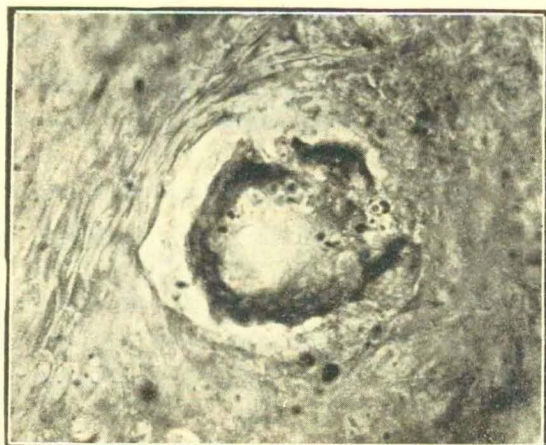


Fig. 13.—Blastomycosis. Célula gigante del tipo de Langhans en el tejido interpapilar. Las levaduras se ven dentro y en los alrededores de la célula.

células gigantes de forma irregular, con los núcleos distribuidos también irregularmente. Cuando las células gigantes tienen forma ovalada o redonda, los núcleos están en el margen respectivo. (Fotografías 13 y 14). Casi todas las células gigantes se encuentran en los bordes de las ulceraciones, pero también se les observa, en la cutis, ya inmediatamente debajo del epitelio o ya en las capas profundas. (Fotografía 15). Son muy característicos para el diagnóstico histológico algunos focos en los cuales las células gigantes se han formado alrededor de una pila de parásitos. (Fots. 12 y 14).

A primera vista, los elementos blastosporados parasitarios, pueden confundirse con los núcleos de las células del tejido. Sin embargo, observando con más detalle se ve que los parásitos que se coloran muy bien con el método de Giemsa, se tiñen más oscuros que los núcleos celulares y fijan mucho más el colorante. Por otra parte, sus contornos son mucho más nítidos que los de



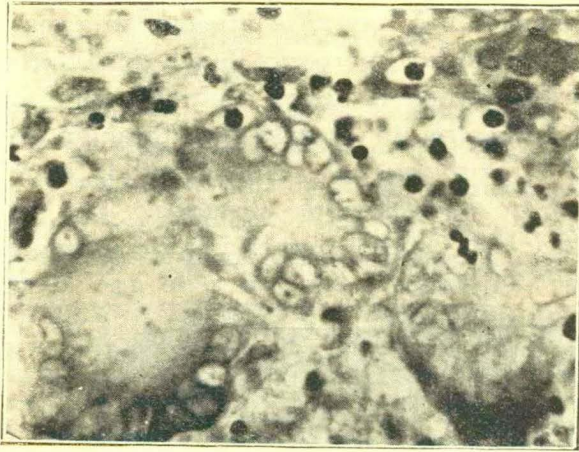


Fig. 14.  
Blastomycosis. Célula gigante situada en la cercanía de las levaduras.  
Objetivo seco.

los núcleos y a su alrededor se distingue una zona clara a modo de cápsula. (Fot. 14). Algunos parásitos están situados dentro de las células gigantes, pero la mayoría está fuera, en los bordes de esas estructuras. Hay ocasiones en que los parásitos se encuentran en pequeños nichos del protoplasma de las células gigantes (Fot. 15). En el material estudiado los hongos no se tiñen con el Gram.

Desde el punto de vista clínico parece que el proceso ulceroso se extendiera subepitelialmente, por el aspecto de las úlceras que proyectan sus bordes sobre la superficie ulcerada, for-

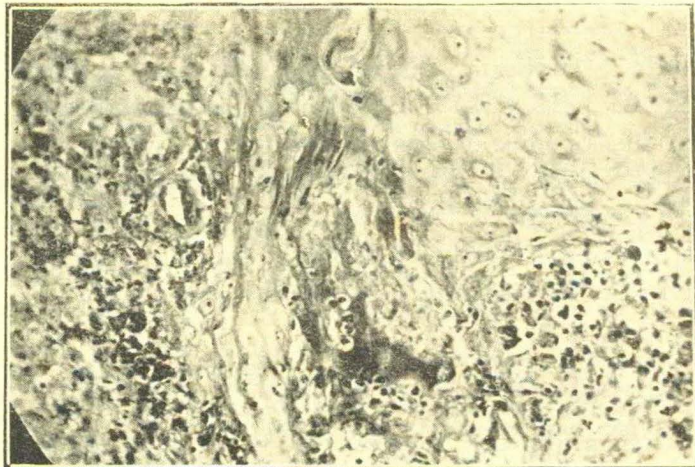


Fig. 15. — Blastomycosis. Célula gigante situada en el límite del epitelio. Los parásitos se encuentran en nichos de la misma célula. Objetivo seco.

mando senos en los cuales se acumula el pus. Sin embargo, por las indicaciones histológicas, parece que los hongos pueden traspasar también el epitelio, pues muchas veces hemos visto parásitos dentro de este mismo tejido. Cuando esto ocurre, en medio del epitelio y la cutis se forma, a manera de barrera, una célula gigante. En las fotografías 12 y 14 se ve en la cercanía de una de esas células, un gran número de parásitos. Esto indica que los parásitos pueden penetrar el epitelio y desde el punto de vista clínico, asunto importante, indica también la contaminación por el pus infectante, cuyos parásitos pueden traspasar la piel sana.

Las otras formas de blastomicosis, especialmente el granuloma coccidiode, no se han encontrado todavía en Costa Rica y esperamos que si ella existe en este país, la podremos estudiar, pues continuaremos nuestras observaciones en este sentido.

#### LITERATURAS MENCIONADAS

1.—Peña Chavarría A. Algunas observaciones clínicas sobre blastomicosis, hechas en algunos países de América Tropical. *Revista Médica Latino-americana*. N.º 151. Buenos Aires. Abril 1928.

2.—Nauck. E. G. Histologische untersuchungen uber Dermatitis verrucosa und Mossy Foot. *Archiv. fur Schiff. und Tropenhygiene*. Band 35. Pág. 394. 1931.

3.—Salisbury E. Mossy Foot. Report of a case. *United Fruit C.º Annual medical Repor*. 1928. Acad. Nal. de Med.

---



## ¿EL ERITEMA NUDOSO ES DE NATURALEZA TUBERCULOSA?

(Por el doctor J. B.)

El eritema nudoso no designa al decir de Tremolieres, sino la manifestación cutánea de una enfermedad general provocada por diversas infecciones. Los signos de esta enfermedad preceden y acompañan el eritema nudoso.

El eritema nudoso es enfermedad sobre todo frecuente en los individuos menores de 30 años y especialmente más común en el sexo femenino y reviste en ocasiones para algunas familias o colectividades la forma epidémica.

Todos sabemos que sus manifestaciones prodrómicas no se diferencian de las de una cualquiera infección: malestar, curbatura, cefalalgia, náuseas, inapetencia, estado saburral de las vías digestivas, fiebre, (38 a 40°), angina algunas veces y artralgias. El período de estado está constituido por estos mismos síntomas y a ellos viene a sumarse después de algunos días, la aparición del elemento eruptivo constituido por máculas a las cuales siguen rápidamente verdaderas pápulas rojizas que se anchan, se hacen salientes y forman en ocasiones verdaderas nudosidades. Estas pápulas, que son el elemento característico, son de consistencia dura, de un espesor que va desde el de una alverja hasta en ocasiones el de un huevo de gallina; pueden hallarse aisladas o fusionadas formando entonces verdaderas placas induradas de color rojo vivo al principio, de aspecto muy congestionado, la coloración pasando sucesivamente por el violáceo, el tinte verdoso y el amarillo. No son dolorosas espontáneamente, pero sí mucho a la presión del dedo o de la mano.

La erupción es muy neta en los miembros superiores e inferiores y se le observa solamente del lado de la extensión. En la cara tronco y manos es excepcional y entonces es tardía y bajo



# ESTAFILASA del D<sup>r</sup> DOYEN

*Solución concentrada, Inalterable, de los principios activos de las levaduras de cerveza y de vino,*

Tratamiento específico contra las Infecciones Estafilocóccicas :  
**ACNÉ, FORUNCULOSIS, ANTRAX, etc.**

# MICOLISINA del D<sup>r</sup> DOYEN

*Solución coloidal fagógena polivalente.*

Provoca la fagocitosis, evita y cura la mayor parte de las **ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

2 FORMAS : MICOLISINA BEBIBLE y MICOLISINA INYECTABLE.

# Vino de Bugeaud

*Tónico-Nutritivo, con Quina y Cacao.*

Actúa por la Teobromina y por los Alcaloides de la Quina en la **NEURASTENIA, la ANEMIA y las CONVALECENCIAS**

Tratamiento específico completo de las *Afecciones Venosas*

# Venósina

*Comprimidos compuestos de Hipófisis y Tiroides en proporción prudencial, de Hamamelis. Castaña de India y Citrato de Sosa.*

PARIS, **P. LEBEAULT & C<sup>ia</sup>**, 5, Rue Bourg-l'Abbé.

POR MENOR: **PRINCIPALES FARMACIAS.**



**CURACION**

**RAPIDA Y RADICAL**

**SANTAL MIDY**

**DE LOS FLUJOS**

*recientes ó persistentes*

En todas las Farmacias.

**APIOLINA CHAPOTEAUT**



Regulariza el *flujo mensual*,  
corta los *retrasos* y  
*supresiones* asi como  
los *dolores* y *cólicos*  
que suelen coincidir con las  
*épocas*.

En todas Farmacias

**SALUD DE LAS SENORAS**

**METODO CITOFILÁCTICO DEL PROF. DELBET**

**DELBIASE**

COMPRIMIDOS DE SALES HALÓGENAS DE  
**MAGNESIO**

**POTENTE ESTIMULANTE BIOLÓGICO**

AUMENTA LA RESISTENCIA CONTRA LA FATIGA  
FACILITA LA ACTIVIDAD CEREBRAL  
REGULARIZA LAS FUNCIONES INTESTINALES Y HEPÁTICAS  
DETIENE LOS DESÓRDENES URINARIOS DEBIDOS A LA HIPERTROFIA DE LA

**PROSTATA**

HACE DESAPARECER : ACNÉS, PRURITOS, ECZEMAS, VERRUGAS. ASI COMO  
**LAS AFECCIONES PRECANCEROSAS**

Su uso regular constituye la cura preventiva del

**CÁNCER**

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, 8, rue Vivienne, Paris-France  
**Y TODAS FARMACIAS**

**EL**

**HIERRO GIRARD**

cura

los *calambres de estomago*,  
el *empobrecimiento*  
de la sangre,  
la *palidez de oolor* ;  
fortifica los  
*temperamentos débiles* ;  
excita el *apetito* ;  
regulariza  
la *menstruacion* ;  
combate  
la *esterilidad*.



PARIS, 8, rue Vivienne  
y en todas las Farmacias



**CÁPSULAS**  
DE

**MORRHUOL**  
CHAPOTEAUT

EL MORRHUOL suprime  
el gusto repugnante del  
aceite de higado de bacalao,  
es mucho mas eficaz y con-  
tiene todos sus principios.

EL MORRHUOL es popular  
para curar los resfriados,  
la bronquitis y los catarros.

En todas las Farmacias.



la forma de pápulas más discretas. Según algunos autores, puede también aparecer en la conjuntiva vulvar y en la córnea. Es excepcional en la mucosa bucal. La enfermedad tiene una duración de 10 a 15 días en los que la fiebre se mantiene alta y sus variaciones son en extremo caprichosas.

El diagnóstico diferencial del eritema nudoso es fácil de establecer. Sabemos que los traumatismos, las gomas sifilíticas o tuberculosas, los lepromas en ciertos casos, el eritema polimorfo y el producido por el yoduro, pueden asemejarse aunque muy remotamente al eritema nudoso.

Pero el clínico menos avisado puede fácilmente evitar el error si tiene presente en su espíritu las características de aquellas manifestaciones y las de la enfermedad de que me ocupo.

Más importante sí es tener presente que existen eritemas nudosos secundarios y que estos son los que se manifiestan en el curso de afecciones ya diagnosticadas: difteria, fiebre tifoidea, neumococia, blenorragia, septicemias, sífilis en su período secundario y en la tuberculosis, con la cual tiene relaciones muy importantes. En ocasiones coexiste con élla.

*Etiología y patogenia.*—Es este el punto capital del estudio que presento a la consideración de la Academia. Todos nosotros hemos tomado el eritema nudoso como clásica manifestación de reumatismo y aún muchos lo denominan "reumatismo nudoso". Pero he aquí que hoy el campo de su etiología y de su patogenia se ensancha con nuevas teorías y adquisiciones que tienden a considerar el eritema nudoso primitivo como manifestación tuberculosa. Ya he dicho enantes que el eritema puede también aparecer en el curso de una tuberculosis de cualquier órgano y por mi parte recuerdo haberlo visto en un niño que hacía una meningitis de la base y de naturaleza tuberculosa. Es la escuela médica argentina la que sostiene esta etiología. En efecto el doctor Raúl Cibils Aguirre en abril de 1930 hace una comunicación en tal sentido a las sociedades de Pediatría de Montevideo y Buenos Aires. Sus afirmaciones se basan sobre una serie de 72 observaciones clínicas seguidas en diferentes casos y épocas desde el año de 1911. Si los exámenes bacteriológicos de nódulos de eritema extirpados a varios enfermos, han dado resultado negativo, en cambio las inoculaciones a curies por vía subcutánea han sido seguidas de un resultado francamente positivo, lo cual lleva al



autor indo-hispánico a la conclusión de la etiología tuberculosa del eritema nudoso.

Sin compartir totalmente la tesis absoluta del colega argentino que ha quedado resumida en las líneas anteriores, debo declarar que evidentemente en algunos enfermos el eritema nudoso puede aparecer en el curso de una tuberculosis y aún llego a pensar que en muchos casos, el bacilo de Koch pueda producir esta sola manifestación cutánea. Pero si se tienen en cuenta la evolución clínica del eritema nudoso tal como se ha descrito y la observación de los enfermos que lo han sufrido años después de pasado éste, es menester aceptar que el eritema nudoso es una entidad morbosa bien individualizada y que me atrevo a clasificar en el grupo de fiebres eruptivas. Lo confirman en mis observaciones, el carácter epidémico de ellas pues he tenido la oportunidad de observar varios casos en miembros de una misma familia y aun en una observación, ser atacados casi simultáneamente los cinco niños que la componían.

En ninguna de estas veces he podido sospechar la evolución de una tuberculosis en quienes padecieron el eritema, ni en las personas que los rodeaban ni el tiempo transcurrido, ya de varios meses, ha dejado ver la evolución silenciosa o no de una tuberculosis.

Fuera de esta circunstancia de varios y simultáneos casos de eritema en una misma familia, he podido ver en Bogotá con otros colegas, pequeñas y esporádicas epidemias de la dicha enfermedad lo cual viene en ayuda de mi tesis de que ella puede ser aproximada al grupo de las fiebres eruptivas.

La evolución de la enfermedad se ha hecho siempre sin complicación alguna y dentro del cuadro clásico que nos describen los tratados. Sólo es de anotarse la intensidad de la fiebre y de la erupción que he observado son mayores en los niños que pasan de los 10 años de edad.

La terapéutica del eritema nudoso es sintomática y toda ella se reduce a calmar los dolores, sea por el salicilato sea por medio de fricciones locales. Es entendido que la dieta y el purgante se imponen desde el principio y que la fiebre en ocasiones muy elevada, cede muy bien a pequeñas dosis de criogenina.

## NUEVAS ORIENTACIONES EN EL DIAGNOSTICO DE LA TUBERCULOSIS

por el doctor

FEDERICO LLERAS ACOSTA

Con el memorable descubrimiento del bacilo tuberculoso, Roberto Koch abrió un nuevo camino en el estudio de la enfermedad más extendida que azota al género humano. En medio siglo los estudios experimentales y las publicaciones sobre la biología del bacilo y los métodos de diagnóstico han sido tan numerosos, que sería imposible siquiera una enumeración suscita de ellos.

En estos últimos años han sido verdaderamente sorprendentes los progresos realizados en los métodos de diagnóstico y hoy el Laboratorio puede ofrecer al médico el máximo de seguridad para asentar o aclarar un diagnóstico de tuberculosis.

Trataré en primer lugar de la investigación directa del bacilo de la tuberculosis señalando las técnicas más usadas, para concretar luego mi atención a dos métodos que están a la orden del día y que entre nosotros son poco conocidos, pero que deben extenderse y practicarse corrientemente en los laboratorios, pues como pienso poder demostrar apoyado en numerosas observaciones, constituyen actualmente los más seguros procedimientos para el diagnóstico: Estos son: el cultivo del bacilo tuberculoso partiendo de productos patológicos, aún en los que contienen abundante flora secundaria, cultivo que se obtiene merced a los medios electivos de que disponemos, con una rapidez antes desconocida, y segundo el diagnóstico indirecto por medio de la Sero-floculación del Profesor Vernés o el Vernés-resorcina que es indudablemente no sólo el mejor método de diagnóstico indirecto de la infección tuberculosa, sino que constituye la más segura guía para seguir la evolución de la tuberculosis, sentar su pronóstico y apreciar los resultados del tratamiento.

La investigación del bacilo tuberculoso por examen directo en los productos patológicos es de indiscutible utilidad, y cuando el resultado de la investigación es positivo, precisa el diagnóstico de síndrome, cuya etiología había sido hasta entonces incier-



ta. El método de coloración de Ziehl-Nielsen ha sido el método clásico y a pesar de las innumerables técnicas nuevas continuará siendo el método favorito en todos los Laboratorios. Solamente merecen señalarse algunas modificaciones como la de Gabbete que acorta el tiempo de la coloración y decoloración y el método de Fontés que hace aparente las granulaciones de Much, permitiendo en muchos casos la diferenciación de los bacilos tuberculosos de los pseudo-tuberculosos sobre todo cuando se trata de la investigación del bacilo en las piurias de origen tuberculoso. A propósito de la investigación directa del bacilo de Koch en las piurias tuberculosas creo de la mayor importancia señalar un hecho observado por mí hace algunos años y que a mi juicio, orienta el diagnóstico. En casos en que la investigación del bacilo es negativa suelen verse en los frotis células cuyo protoplasma contiene unas finísimas granulaciones ácido-resistentes muy semejantes a la forma del bacilo de Hansen que describe Marchoux con el nombre de *Micobacterium pulviforme* y que tratándose de productos tuberculosos yo me atrevería a llamar *Micobacterium pulviforme tuberculoso*. En casos de piurias en que no hemos encontrado al examen directo sino esta forma pulviforme el cultivo en medio de Petragrani ha dado hermosas colonias de bacilo de Koch y el suero de estos enfermos ha revelado un índice fotométrico de Vernés muy alto. Es este bacilo pulviforme una forma de resistencia del bacilo de Koch, o es acaso una forma intermediaria entre la forma bacilar conocida y el ultra-virus tuberculoso? Para mí siempre he tenido que estas agrupaciones de granos ácido-resistentes representan una fase del ciclo evolutivo del virus de la tuberculosis.

Escrito esto hace más de tres meses hoy he tenido la satisfacción de ver en la reciente obra del Profesor Fontés "El ultra-virus tuberculoso" descritas las mismas formas pulviformes y demostrado experimentalmente por el sabio brasilero que estas formas que están en el límite de la visibilidad microscópica, representan el intermedio entre el ultra-virus y el bacilo de Koch tal como estamos acostumbrados a verlo en los productos patológicos. El estudio de estas granulaciones ha permitido a Fontés demostrar que representan en el ciclo de la vida del bacilo una fase que asegura la perpetuidad de la especie, y le ha permitido igualmente estudiar la morfología y constitución de bacilo de

Koch, estudio que constituye el punto de partida de interesantes trabajos que lo llevaron a la demostración experimental de la existencia del ultra-virus tuberculoso.

En líneas generales el principio de la coloración por el método de Ziehl permanece inmutable; primer tiempo: coloración con la Fuschina en caliente para vencer el obstáculo que opone la capa cérea del bacilo a la penetración de las materias colorantes; segundo tiempo: en que se hace obrar una o varias sustancias decolorantes fuertes, ácido alcohol, que decoloran el fondo de la preparación y las bacterias no tuberculosas; y por último un tercer tiempo en que se recolora nuevamente el fondo o mejor dicho se hace la coloración de contraste. En resumen: de las innumerables técnicas y modificaciones de coloración no hay ninguna que pueda sustituir el método clásico de Ziehl y al ingenioso método de Fontés que permite el estudio de la forma granulosa o forma visible del ultra-virustuberculoso.

En cuanto a la homogenización que tiene por objeto un enriquecimiento de los bacilos y facilitar su investigación, considero que los resultados no corresponden al trabajo que representa esta técnica.

El método más usado para la homogenización es el de la antiformina propuesta por Uhlenruth y Xilander.

Todo el que haya tenido que trabajar por largo tiempo en un Laboratorio de Bacteriología y haya practicado crecido número de investigaciones de bacilo de Koch, forzosamente tiene que llegar al convencimiento de que cuando la investigación directa del bacilo da resultado negativo, antes que recurrir al método de la antiformina, es preferible recurrir a la inoculación al curí y lo que es todavía mejor por ser de resultado más rápido y dar el máximun de seguridad, proceder al cultivo el cual puede obtenerse entre seis y trece días, término medio, si nos ajustamos a la técnica de Loewestein y de Petragrani.

Las conclusiones de Roire que ha examinado 1017 esputos practicando 10.000 homogenizaciones encuentra que la diferencia entre la investigación microscópica directa y después de la homogenización es la siguiente: 341 resultados positivos con el examen directo y 344 después de la homogenización sobre 1017 exámenes practicados. Mi estadística a este respecto es muy modesta: en 100 esputos investigué el bacilo de Koch por examen



directo y después por homogenización y encontramos por el primer método 35 resultados positivos y por el segundo 36. Ante estos hechos no vacilamos en sostener que cuando el exámen directo bien conducido da resultados negativos y a pesar de esto hay sospechas de que el producto sea tuberculoso, debe recurrirse al cultivo y a la inoculación con tanta mayor razón cuanto que hoy contamos con procedimientos que permiten obtener el resultado en tiempo relativamente corto.

La prueba biológica o sea la inoculación al curí continuará siendo la más segura para el diagnóstico de la tuberculosis pero la investigación por el método de cultivo tiene actualmente tal importancia, que está hoy al orden del día en todos los Laboratorios.

En cuanto a la inoculación, debemos tener presente que son muchos los casos en que a pesar de ser de origen tuberculoso el producto inoculado, puede ser el resultado negativo si se trata de bacilos poco virulentos o de formas filtrables que no producen lesiones con bacilos sino después de varios pasos por el organismo del curí.

Si las investigaciones microscópicas y biológicas llevadas a cabo en el campo de la tuberculosis no han aportado actualmente ningún progreso notable, en cambio, sí lo hay evidente con la aplicación de los nuevos métodos de cultivo del bacilo de Koch, cultivo que puede obtenerse de productos aun infectados con flora secundaria o lo que es más interesante, aislándolo directamente de la sangre.

En tratándose del cultivo del bacilo de Koch se presentan dificultades que no suelen presentarse ordinariamente con otros gérmenes. En primer lugar la lentitud de desarrollo del bacilo de Koch en comparación con la mayor parte de las otras bacterias hace que los medios de cultivo sembrados con productos de flora mixta, se encuentren rápidamente invadidos por micro-organismos de infección secundaria, antes que el bacilo de Koch haya tenido tiempo de principiar su desarrollo. Para obviar este inconveniente es preciso recurrir a procedimientos que destruyan los gérmenes de infección secundaria respetando el bacilo de Koch; esto se consigue fácilmente pues es bien sabido que este micro-organismo está protegido por una cubierta cética que lo hace resis-

tente a los agentes físico-químicos usados para destruir las otras bacterias.

No entraremos a describir todas las nuevas técnicas que se han puesto en práctica para hacer posible la investigación cultural del bacilo de Koch pues son bien conocidas, y queremos únicamente detallar el usado por nosotros que es relativamente nuevo y cuyos resultados son iguales o superiores a los obtenidos por otros procedimientos.

Los métodos modernos de investigación cultural del bacilo tuberculoso tienen su punto de partida en las investigaciones de Petroff, quien en 1915 publicó su conocido procedimiento: destrucción de la flora mixta con hidrato de soda al 4 por 100 y siembra en un medio de cultivo favorable al desarrollo del bacilo tuberculoso e impropio para el desarrollo de los gérmenes de infección secundaria que hubieran podido escapar a la acción de la soda. Para conseguir esto Petroff agrega a los medios a base de huevo, violeta de genciana. La utilidad del método de Petroff no se limita a permitir el aislamiento del bacilo de Koch en productos contaminados, sino que gran número de materiales en los cuales el exámen microscópico ha sido negativo, dan lugar al desarrollo del bacilo de Koch lo cual constituye un método preciso de diagnóstico. Los estudios de Petroff abrieron el camino a los investigadores en el sentido de obtener medios de cultivo superiores en cuanto a su electividad y al desarrollo más rápido del bacilo, lo que ha obtenido Petragrani con su famoso medio que no sólo es impropio al desarrollo de los gérmenes de infección secundaria sino que favorece al contrario el cultivo del bacilo tuberculoso en un tiempo muy corto.

El medio de Petragrani es una mezcla de leche, almidón de papa, peptona, huevos y glicerina, adicionado de verde de malaquita que resulta ser la sustancia colorante que se presta mejor para hacer efectivo el medio por su acción destructora sobre los gérmenes de infección secundaria. Para eliminar estos gérmenes de los productos que han de sembrarse, algunos autores emplean la solución de carbonato de soda al 4 por 100, pero Hohn y Lowestein han adaptado el ácido sulfúrico que destruye la flora secundaria y respeta el bacilo tuberculoso. El procedimiento de estos autores es el que tiene mejor acogida y nosotros hemos podido comprobar de manera irrefutable su bondad. Este



procedimiento es el siguiente: al producto, pus, esputo, sedimento de orina, etc., se agrega solución de ácido sulfúrico al 10 por 100; se agita la mezcla por 30 minutos, se centrifuga, se lava el coágulo de centrifugación con solución salina estéril y se siembra abundantemente en cualquiera de los medios favorables como los de Petroff, Dorcet, Hohn, Lowestein, etc. Nosotros damos la preferencia al de Petragrani por considerarlo superior a los otros, sin desconocer que todos presentan grandes ventajas.

Algunos autores y entre ellos el mismo Petragrani han aconsejado últimamente reemplazar en su medio la peptona por la aspargina, modificación que hemos adoptado pues el medio mejora notablemente en cuanto que el cultivo parece desarrollarse más rápidamente y en colonias más numerosas. Petragrani estudia nuevas modificaciones a su medio y espera por los caracteres del cultivo poder diferenciar los bacilos de origen humano de los bacilos de origen bovino. Es condición indispensable que el medio conserve cierto grado de humedad, pues cuando se deseca demasiado se detiene el desarrollo de los cultivos. Si es necesario debe agregarse a los tubos cierta cantidad de líquido (solución salina) para mantener la humedad del medio así como capuchonar los tubos, o lo que da más garantías, parafinar u opturar los tapones de algodón con cera o lacre.

Este es el método que se sigue actualmente para la búsqueda del bacilo tuberculoso por el método del cultivo partiendo de productos patológicos infectados con flora accesoria.

Veamos ahora cuál es su verdadero valor respecto de los otros medios de investigación. Es un hecho que comprobamos diariamente que es muy grande el porcentaje de materiales tuberculosos en los cuales la investigación microscópica directa del bacilo da resultados negativos y que luego se pone en evidencia por el método de cultivo. Esto, frecuentemente en los esputos lo es más en el pus de abscesos fríos y en el de las adenitis tuberculosas en los cuales es excepcional que las investigaciones directas den resultados positivos. Esto adquiere más importancia, en tratándose de orinas tuberculosas; es cierto que la investigación directa del bacilo de Koch en el coágulo de centrifugación de la orina da un porcentaje elevado de resultados positivos, hecho que he podido comprobar en 30 años de práctica y he visto que en todos aquellos casos en los cuales hemos puesto en



Nuevo tratamiento seguro, simple y sin peligro de la **EPILEPSIA**

2 comprimidos  
al día

Ningún  
Régimen



# ALEPSAL

FENILETILMALONILÚREA combinada  
Comunicación a la Société Médico Psychologique  
de Paris.  
Labo. GENEVRIER, 33, Bd du Chateau, Neuilly, Paris

## SANTAL MONAL CON AZUL DE METILENO

à un mismo tiempo, **ANTISÉPTICO, ANALGÉSICO y DIURÉTICO**  
Es la **MEJOR**, la **MÁS ACTIVA**, la **MEJOR TOLERADA** de todas  
las preparaciones preconizadas para el tratamiento de las

### AFECCIONES DE LAS VIAS URINARIAS

Blenorragias, Uretritis, Cistitis, Catarros vesicales, Prostatitis, Hematuria,  
Nefritis supurada, y todas enfermedades de la Vejiga y de los Riñones.

**AGCIÓN RÁPIDA** Adoptado por los más renombrados médicos especialistas.

Dosis: 6 à 10 cápsulas cada día.  
LABORATORIOS MONAL, 6, Rue Bridaine, PARIS.

## DIURETICO PODEROSÍSIMO DE UNA FIDELIDAD CONSTANTE

THÉOBROMINE FRANÇAISE garantizada químicamente pura.

ARTERIO-ESCLEROSIS — AFECCIONES CARDIACAS Y RENALES — ALBUMINURIAS  
INTOXICACIONES — UREMIA — URICEMIA  
GOTA — MAL DE PIEDRA — REUMATISMOS — MIDROPESTA  
ENFERMEDADES INFECCIOSAS

# THÉOSALVOSE

Pura  
Digitálica  
Estrofántica  
Espaceinizada,  
Fosfatada, Litinada, Cafeinizada.

OBLEAS  
dosificadas a :  
0 gr. 50 y a 0 gr. 25  
Théosalvose.

Dosis media : 1 à 2 gr. al día.

La THÉOSALVOSE pura o asociada  
no se expende sino en obleas.

Laboratorios André GUILLAUMIN, D<sup>o</sup> en F<sup>cia</sup>, rue du Cherche-Midi, 13, PARIS



SELLOS

GRANULADOS

# TRICALCINE

VITAMINA D SALES DE CALCIO

# IRRADIADA

RECONSTITUYENTE GENERAL

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA, 21, RUE CHAPTAL, PARIS, IX<sup>e</sup>

TUBERCULOSIS · ANEMIA · NEURASTENIA

## TONIKEINE

CHEVRETIN

SUERO TONICO A BASE DE AGUA DE MAR

cada ampolla encierra	{	AGUA DE MAR.....	5 cc.	una inyeccion cada dos dias  <i>No causa dolor</i>
		Glicerofosfato de sosa.	0 gr. 20	
		Cacodilato de sosa ...	0 gr. 05	
		Sulfato de estriocina..	1 milligr.	

Laboratorios CHEVRETIN-LEMATTE, 52, Rue La Bruyère, Paris

ANEMIA

HEMOGLOBINA

CONSUMPCION

HIERRO VITALIZADO

OXIDASAS DE LA SANGRE

DESCHIENS

NEURASTENIA

CONVALESCENCIAS

### OPOTERAPIA HEMÁTICA

el JARABE y el VINO

### DESCHIENS

á la Hemoglobina pura

Admitidos en los Hospitales de Paris

Proporcionarán á los Médicos resultados que agradecerán sus enfermos

DOSIS :

Jarabe : Una cucharada de la de sopa en cada comida.

Vino : Un vaso de madera en cada comida.

SUSTITUYE LA CARNE CRUDA Y EL HIERRO

Laboratorios Deschiens, 9, rue Paul-Baudry, Paris.



evidencia el bacilo, el cirujano ha confirmado luego el diagnóstico del laboratorio. Pero en muchos casos no es fácil la diferenciación del bacilo de Koch con los ácido-resistentes saprofitos y además no todos los trabajadores tienen la suficiente práctica para ponerse al abrigo de errores lamentables. Por consiguiente, aun en los casos de resultado positivo en el examen de las piurias debe confirmarse el diagnóstico con la investigación cultural, conducta que seguimos sistemáticamente, pues en pocos días podemos dar al cirujano un diagnóstico más seguro, que le permite proceder con toda seguridad. Se podría objetar que la inoculación del producto tuberculoso al curí es un método que da mayores garantías, pero en tratándose de tuberculosis renal no lo consideramos práctico, pues el resultado de la inoculación es demasiado tardío y el cirujano lo necesita rápidamente, pues en gran parte el éxito de la intervención dependerá de la precocidad del diagnóstico. Además, puede suceder que los bacilos sean muy escasos o de poca virulencia, o que se trate de formas filtrables que no tuberculen el curí o que la evolución de la enfermedad en él sea tan lenta, que no pueden apreciarse lesiones antes de 60 días. El siguiente caso del servicio del doctor Corpas ilustra suficientemente este punto:

Servicio del doctor Corpas. Cama número 1.—T. L. Agricultor. Natural de Guatavita. Entró al hospital el 6 de abril de 1932 y salió el 28 del abril del mismo año. Antecedentes: Hace dos años estando con blenorragia tuvo un golpe en los testículos que le ocasionó dolor muy intenso. Un año después de este accidente notó la aparición de una tumefacción en el testículo derecho acompañada de inflamación de las bolsas; la citada tumefacción se fue reblandeciendo poco a poco y terminó por fistulizarse. Poco tiempo después presentó en el testículo izquierdo una tumefacción inflamatoria que evolucionó de manera muy semejante a la del otro testículo y terminó también en la fistulización. Los fenómenos inflamatorios que se acaban de relatar vinieron acompañados de una moderada reacción febril vespéral.

Desde hace ocho meses le apareció en la ingle derecha una tumefacción pequeña, dura y dolorosa que le impide caminar y que se transformó por evolución progresiva en un tumor blando, con fluctuación muy marcada que se fistulizó en el testículo por varios bocas. En la actualidad se encuentra en ambos testículos numerosas fístulas por donde mana un pus escaso.



Sospechando una lesión tuberculosa del epididímo se le practicó el día 11 de abril una sero-floculación de Vernés que dio un grado fotométrico de 117. En vista de este resultado francamente positivo se hicieron simultáneamente cultivos en medio de Petragrani e inoculaciones al curí. El cultivo fue positivo a los 10 días de practicada la siembra. El curi inoculado se sacrificó y fue autopsiado 35 días después de la inoculación o sea 25 días después de haber obtenido un Vernés y un cultivo positivos, y a pesar de que el animal no presentaba ningún signo de tuberculosis. A la autopsia se encontró apenas un ganglio del tamaño de un maíz en la región inguinal correspondiente al lado de la inoculación y escasas granulaciones miliars en el hígado y en el bazo. En los frotis del ganglio, hígado y bazo se encontraron muy escasos bacilos.

Esta observación es interesante porque nos demuestra, primero: que la sero-floculación de Vernés reveló la naturaleza tuberculosa de la lesión antes de que los otros métodos de investigación pudieran dar dato alguno; segundo: que este diagnóstico se confirmó plenamente con el resultado del cultivo en tiempo relativamente corto (10 días) y tercero que la prueba biológica no vino a confirmar el diagnóstico sino 35 días después, demostrando la escasa virulencia del bacilo, pues las lesiones eran muy discretas y los bacilos muy raros.

No son excepcionales los casos, en que la inoculación no dé resultado en tratándose de escasa virulencia del germen o de formas filtrables del virus tuberculoso, luego no es aventurado decir que el Vernés resorcina y el cultivo son en estos casos superiores a la prueba biológica. Además los métodos culturales pueden dar una respuesta en pocos días y si se procede como lo aconseja Despeignes y lo hemos podido comprobar nosotros, esto es, hacer raspados del medio de cultivo antes de que aparezcan colonias visibles; se puede encontrar en las preparaciones hechas del producto del raspado de estos terrenos sembrados, el bacilo de Koch al sexto día después de la práctica de la siembra. Además el bacilo de Koch puede encontrarse, como lo hemos dicho, no sólo partiendo de productos patológicos como esputos, orina, pus, etc., sino lo que es más interesante, partiendo de la sangre esto es, por hemocultivo.

Loewestein, quien desde 1904 se ocupa de la investigación del

virus tuberculoso en la sangre, acaba de publicar trabajos que revisten una importancia grandísima pues afirma haber aislado por hemocultivo el bacilo tuberculoso en enfermos que padecían de enfermedades cuya etiología hasta hoy muy oscura ha venido a revelarse como de origen tuberculoso.

Loewestein ha comprobado la tuberculo-bacilemia en enfermos que sufrían de poliartritis agudas o crónicas; en más de 3000 exámenes ha podido comprobar que en el 70 por 100 de estos enfermos, existían bacilos de Koch virulentos en la sangre.

Desde hace mucho tiempo los psiquiatras franceses habían sospechado que podía existir alguna relación entre la tuberculosis y la demencia precoz. Esto acaba de ser confirmado por Loewestein quien asegura que en la demencia precoz los bacilos de Koch son tan numerosos en la sangre, que en muchos casos la coloración del sedimento de la sangre es suficiente para ponerlos en evidencia.

El mismo autor ha demostrado la presencia del bacilo de Koch en el líquido céfalo-raquídeo de los dementes precoces.

Actualmente estudio con mi jefe de trabajos, las siembras hechas con sangre de seis dementes precoces, siguiendo rigurosamente la técnica aconsejada por el mismo Loewestein. Este autor considera que la tuberculosis cutánea y especialmente el lupus eritematoso son especialmente favorables a la investigación de la bacilemia.

En conclusión los métodos de investigación del bacilo de Koch por medio del cultivo en el medio de Petragrani siguiendo rigurosamente la técnica de Loewestein debemos considerarlos como de primer orden en el campo práctico y deben difundirse lo más posible en los laboratorios.

Pasamos ahora a los métodos indirectos del diagnóstico de la infección tuberculosa. No siendo posible en todos los casos de tuberculosis poner en evidencia el bacilo, ya sea por examen directo o por la inoculación y el cultivo tal como acontece en las tuberculosis cerradas y tuberculosis latentes o atípicas, los investigadores han tratado de buscar la perturbación del equilibrio humoral que puede producir el bacilo de Koch en el organismo y que atestigua el grado de infección así como el grado de defensa orgánica.

Las distintas reacciones serológicas no habían dado hasta hoy



los resultados prácticos que se esperaban de ellas. Ninguno de los procedimientos: precipitó-diagnóstico de Jousset, Vicent, etc., el serodiagnóstico de Arlowig y Courmont ha entrado en la práctica corriente. Igual cosa podemos decir de la determinación del poder opsonico del suero de los tuberculosos. La activación del suero de cobra por el suero de los tuberculosos, constituye el interesante método del Profesor Calmette y tiene indudablemente un alto interés científico, pero no es de una utilización práctica.

Señalamos por último la reacción de la fijación del complemento aplicada por primera vez al diagnóstico de la tuberculosis por Widal y Sourd, y que al principio no pareció interesar a los serologistas pero que tuvo auge cuando Besredka propuso su antígeno integral y cuando Boquet y Negre propusieron su antígeno metílico. Los innumerables trabajos publicados sobre este método están por lo general de acuerdo en considerar su alto valor como procedimiento de diagnóstico, pero siendo la fijación del complemento en la tuberculosis una reacción coloidal más bien que una reacción específica de antígeno-anticuerpo, presenta una constancia menor en su resultado, que la reacción de Bordet-Wassermann en la sífilis. Los estudios de Breton demuestran la inferioridad de este método comparado con la sero-floculación de Vernés o Vernés-resorcina, procedimiento considerado como el mejor método de Laboratorio susceptible de prestar invaluable servicios a la clínica en el diagnóstico y pronóstico de la tuberculosis. Ella permite apreciar la actividad de la infección y seguir la curva de su evolución. Debemos el conocimiento de este admirable método a nuestro distinguido amigo el doctor José I. Uribe, quien nos remitió de Europa los primeros trabajos de Vernés sobre su interesante reacción. Una vez en posesión del ingenioso fotómetro de Vernés, Bricq e Ivon me propuse desde hace 4 años estudiar y hacer conocer entre nosotros este nuevo método de diagnóstico, y creo haber aportado a los servicios clínicos un poderoso auxiliar en el diagnóstico de la tuberculosis, no siempre fácil en sus múltiples y variadas localizaciones.

No sería posible describir la serie de pacientes investigaciones que llevaron al Profesor Vernés a crear este nuevo método de Laboratorio. Basta decir que la utilización del fenómeno de floculación se ha vuelto verdaderamente práctico gracias a la utilización del fotómetro de V. B. I. que permite medir el grado de

floculación. Si se distribuye en una serie de tubos de hemolisis dósís crecientes de suero humano normal y se agrega un reactivo capaz de provocar a dosis crecientes la floculación, se observa que ésta aumenta o disminuye según el reactivo empleado. Esto condujo a Vernés a ensayar los sueros de los tuberculosos con una larga serie de soluciones coloidales y después de largas y pacientes investigaciones encontró que en la serie de los fenoles, es la resorcina la que a cierta concentración produce el máximo de floculación en estos sueros, floculación mucho mayor de la que se produce con suero normal. La floculación de un suero se puede medir exacta y rápidamente gracias al fotómetro. La densidad óptica o grado fotométrico es el logaritmo de relación entre la cantidad de luz recibida por el líquido que se examina y la luz transmitida. El suero normal da un índice óptico inferior a 30; al rededor de 30 sería un suero sospechoso, de 30 a 40 se puede considerar que hay probabilidades crecientes de tuberculosis y un índice mayor de 40 indica siempre una infección tuberculosa. Esto tiene una excepción que hace más interesante el fenómeno; el suero de individuos portadores de chancros sifilíticos da siempre un grado fotométrico alto. Sobre este asunto volveremos a hablar más adelante. En resumen: una solución de resorcina de determinada concentración hace flocular el suero tuberculoso; el fotómetro de V. B. I. nos permite medir exactamente el grado de floculación. Este es el principio en el cual se funda la serofloculación de Vernés aplicada al diagnóstico de la tuberculosis.

He practicado más de 1500 reacciones de Vernés pero sólo he escogido 500, cuyas observaciones se resumen en los cuadros adjuntos por ser estas observaciones las que han tenido confirmación sea por signos clínicos evidentes, por signos radiológicos, por las pruebas del cultivo, de la inoculación o con los datos de autopsia.

No siendo posible en este estudio entrar en detalles sobre la técnica de la reacción, me limito únicamente a dar algunas recomendaciones sobre la manera como deben tomarse las sangres que se mandan al Laboratorio. La sangre debe tomarse por punción venosa con aguja y jeringa perfectamente esterilizadas y secas o hervidas en solución salina fisiológica; el enfermo debe estar en ayunas y sin haber estado sometido a ninguna medicación en los cuatro días anteriores. Cinco a diez c. c. de sangre son suficien-



tes y si el Laboratorio queda muy distante se dejará que se separe espontáneamente el suero el que se decanta y puesto en tubo esterilizado se remite al laboratorio. Algunos autores consideran que si la sangre se toma en un febricitante, esto puede ser causa de error en el resultado de la reacción; pero Bretón que ha hecho un estudio profundo de la sero-floculación considera que la hipertermia no tiene ninguna influencia. Yo considero que en cuanto sea posible se evite esta causa de error y que si es indispensable practicar la reacción en un febricitante se repita a intervalos prudentiales, para seguir la curva de la floculación y poder apreciar la influencia que pueda tener la fiebre sobre el grado de esta.

Voy a hacer algunas consideraciones y comentarios sobre el resultado que he obtenido en distintas formas de la infección tuberculosa.

*Tuberculosis renal.*—En 20 casos de tuberculosis renal, unos confirmados por la operación y otros con el cultivo y las inoculaciones, he encontrado siempre un grado fotométrico alto puesto que la cifra más baja es de 53 y la más alta de 174, término medio 100. Si tenemos en cuenta estos resultados y los comparamos con los obtenidos por otros investigadores, es indiscutible que la reacción de Vernés constituye un precioso elemento de diagnóstico para esta localización tan frecuente de la tuberculosis. Si a los datos que nos puede suministrar el Vernés-resorcina agregamos los no menos importantes de la investigación del bacilo por examen directo del coágulo de centrifugación de la orina y el cultivo por el método de Loewestein, podemos concluir que aún prescindiendo de la prueba biológica, el laboratorio cuenta hoy con elementos suficientes para confirmar de una manera segura un diagnóstico de tuberculosis renal. Hoy la opinión general es de que toda piuria aséptica es de origen tuberculoso, pero tenemos casos que demuestran que tal cosa no siempre es exacta. En algunos enfermos con piuria y síntomas clínicos sospechosos de tuberculosis del aparato urinario, hemos encontrado grados fotométricos bajos, cultivo e inoculación negativos, y la evolución de la enfermedad ha confirmado la no existencia de lesiones tuberculosas. La siguiente observación del doctor Cavelier es muy demostrativa.

N. N. Me consulta por una afección de su vejiga caracteriza-

da por micciones frecuentes y dolorosas. Esta enfermedad le ha aparecido 15 días antes sin causa aparente. No tiene antecedentes venéreos ni existen algunos otros de importancia. Se trata de un individuo bien conformado y en buen estado de nutrición. El examen general del enfermo me enseña que, a excepción de su aparato urinario, su organismo no presenta alteración funcional alguna. El estudio de sus órganos genito-uritarios me demuestra la existencia de un punto renal doloroso, costo-muscular izquierdo, y sus trastornos vesicales disuria, polakiuria, y orinas turbias.

Por las características anteriores pensé que bien pudiera tratarse de una localización renal del bacilo de Koch, que generalmente presenta como síntoma inicial una cistitis rebelde a todos los tratamientos conocidos para esta entidad. En consecuencia ordené un examen químico y bacteriológico de la orina que dio el siguiente resultado: Aspecto: turbio.—Color: amarillo claro.—Sedimento: abundante.—Reacción: francamente ácida.—Densidad: 10,20.—Urea: 20,90.—Acido úrico: 0,50.—Amoniaco: 1.—Fosfatos: 130.—Cloruros: 9.—Albúmina: 2,90.—Pus: muy abundante.—Sangre: sí hay.

Examen microscópico: células vesicales, glóbulos rojos y abundantes glóbulos de pus. La investigación de bacilo de Koch dio resultado: Negativo. Llama la atención la ausencia de todo otro germen.

No existiendo el bacilo de Koch, había en favor de la hipótesis tuberculosa el hecho de no encontrarse ningún otro germen, dato considerado hasta el presente como de gran valor en el examen de las orinas purulentas.

La tenacidad de la cistitis que no cedía a ningún tratamiento, la persistencia del punto renal doloroso costo muscular izquierdo y la ausencia de todo germen en la orina, completados estos datos por el examen radiográfico que no aportó ninguna luz, me inclinaban a considerar la posibilidad de una tuberculosis renal y mientras adquiría certidumbre en mi diagnóstico recurriendo a otros procedimientos de examen, resolví ir preparando el terreno para una posible intervención sobre el riñón y al efecto ordené una investigación de la azohemia con el resultado siguiente: Julio 17.—Azohemia: 0,38 Gr. por 100. Procedí en seguida a practicar una cistoscopia y un cateterismo ureteral. Bajo anestesia general, por tratarse de un enfermo muy nervioso introduje el cistoscopio has-



ta la vejiga; la capacidad vesical muy reducida sólo permitió inyectar unos 40 c. c. de agua. El aspecto de la vejiga era el de una congestión intensa de sus paredes, cubiertas a trechos por membranas blanquesinas. Busqué los puntos ureterales y no me fue posible localizar el izquierdo cubierto probablemente por las membranas. El derecho, aunque muy congestionados sus bordes, permitió la introducción de una sonda ureteral hasta la pelvis renal y por ella se extrajo orina que examinada dio el siguiente resultado: Julio 24.—Examen de la orina del riñón derecho tomada por cateterismo. Abundantes células renales y leucocitos. Bacilo de Koch: Negativo. Resolví repetir el examen de la orina y el resultado es el siguiente: Julio 25.—Orina total.—Pus: muy abundante. Examen microscópico: células vesicales y abundantes glóbulos de pus. Bacilo de Koch: Negativo y ausencia de todo otro germen.

En vista de estos datos y por consejo del Profesor Lleras se le practica una reacción de Vernés que da el siguiente resultado: Grado fotométrico: 10.

Se hace una inoculación al curí y recibo del Laboratorio el informe siguiente: Julio 30.—Se toma lo orina por cateterismo y con el sedimento de centrifugación se inocula un curí de 470 gramos en la región inguinal izquierda (centímetro y medio del sedimento).

Agosto 30.—Se sacrificó el animal y en la autopsia no se encontró en ninguno de los órganos manifestación alguna tuberculosa.

Pocos días después de haber inoculado el curí, la cistitis principió a ceder al tratamiento antiséptico instituido en forma de instilaciones, hasta terminar por completo. He tenido la oportunidad de observar a este enfermo muchos meses después de su ataque de cistitis y según me lo ha manifestado no ha aparecido la menor molestia en su vejiga y su estado general se mantiene muy satisfactorio.

En las tuberculosis ganglionares contamos con dos investigaciones de primer orden para determinar su naturaleza: el Vernés resorcina y el cultivo del pus ya que el examen directo por lo general no da ningún resultado. A este propósito la siguiente observación es muy ilustrativa:

Servicio del doctor José I. Uribe.—Juan Roa, de 26 años, natural de Tena, agricultor, entró al hospital el 27 de abril de 1932.



# SOLUCALCINE

Cloruro de calcio puro y estable — 30 gotas 1 gr.

**RÉCALCIFICANTE - HEMOSTÁTICO**

TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LAS HEMORRAGIAS QUIRÚRGICAS  
Y OBSTÉTRICAS

## OPOTERAPIA

por los

### FERMENTOS ORGANICOS ZEVOR

(Grajeas à base de todos los organos)

### LEVADURA COIRRE

LEVADURA SECA DE CERVEZA

**LABORATORIOS DEL DOCTOR COIRRE**

**PARIS - 5, Boulevard du Montparnasse. 5 - PARIS**

GRAGEAS

### DESENSIBILIZACION

GRANULADOS

À LOS CHOCS

# PEPTALMINE

MIGRANIAS

POSOLOGIA

URTICARIA

TRASTORNOS DIGESTIVOS  
POR ASIMILACION DEFECTUOSA

2 GRAGEAS Ó 2 CUCHARADAS DE LAS DE CAFE DE GRANU-  
LADOS UNA HORA ANTES DE CADA UNA DE LAS 3 COMIDAS

ESTROFULO  
PRURITO. ECZEMAS

Laboratoire des Produits SCIENTIA, 21, Rue Chaptal Paris 9<sup>e</sup>

GRAGEAS

Laboratoire des Produits SCIENTIA 21, rue Chaptal Paris 9<sup>e</sup>

GRANULADOS

# PEPTALMINE

**MAGNESIADA**

TRASTORNOS  
HEPATO-BILIARES  
COLITIS

### COLAGOGO

INSUFICIENCIA  
HEPÁTICA  
MIGRANIAS

POSOLOGIA 2 CUCHARADAS DE LAS DE CAFE DE GRANULADOS Ó 4 GRA-  
GEAS UNA HORA ANTES DE CADA UNA DE LAS 3 COMIDAS.



# Insuficiencias Hepaticas

## **ANEMIAS**

Reconstitución de los  
**GLOBULOS ROJOS**

**ADULTOS  
E  
INFANTES**  
Ninguna  
Contra Indicación

**TRATAMIENTO DE WHIPPLE  
POR EL  
HIGADO DE BECERRO**

- Presentacion -

**ADULTOS:** Cajas de 6 ampolletas

1 Ampolla 10<sup>cc</sup> - 125 grs. de higado

**INFANTES:** Caja de 12 ampolletas

1 Ampolla 2<sup>cc</sup> - 25 grs. de higado

- **DOSIS** -

1 a 3 ampolletas por dia

**ABSORCION  
FACIL**

**TOLERANCIA  
PERFECTA**

**CON EL**

# Hepatrol

**EN AMPOLLAS BEBIBLES**

Muestras y literatura: A. Rolland, 31 Rue de Francs Bourgeois, Paris.

## **Anemias Palustres**

Agentes exclusivos para Colombia:

**BERNARD PAULY**

Apartado 649 - Bogotá.



Antecedentes hereditarios sin importancia. Antecedentes personales: tuvo hace mucho tiempo un ataque de reumatismo articular agudo. Es aficionado al alcohol, sobre todo a la chicha. Enfermedad actual: hace cinco años le apareció en la región lateral derecha del cuello un módulo pequeño, duro, que al principio era indolora pero que luego se hizo dolorosa a la palpación e impedía la masticación. En menos de seis meses se reblandeció y fue puncionado por el mismo enfermo con una navaja dando salida a un líquido ceroso de color amarillo claro. La herida no cicatrizó y el líquido se fue trasformando lentamente de ceroso en purulento. Poco tiempo después el enfermo presentó otros elementos modulares que evolucionaron de manera semejante dejando fístulas de cicatrización difícil y tardía. Examen del enfermo: presenta en las regiones parotidianas derecha e izquierda y en la región supra-hioidiana una marcada infiltración de la piel, que se nota dura y como leñosa a la palpación. La coloración es de rojo violáceo y sobre esta superficie infiltrada se ven las bocas de numerosas fístulas de las que mana un pus amarillo claro, mal ligado. En algunos sitios, sobre todo hacia el centro de la superficie, se nota tendencia a la cicatrización; en otros se perciben nódulos en vía de reblandecimiento.

Aparato digestivo: sufre con frecuencia de diarrea.

Aparato respiratorio: aumento de las vibraciones torácicas en ambos pulmones. Macicez acentuada en todo el pulmón izquierdo y en la parte superior del derecho; submacicez en la parte inferior de este último. Inspiración muy velada en ambos pulmones. Aparato linfático: Infarto ganglionar en las regiones cervicales y en la región inguinal derecha. Reacción de Wassermann: Negativa. Reacción de Vernés. Grado fotométrico: 57. El cultivo del pus de las lesiones cutáneas dio resultado: Positivo.

En las pleuresías y peritonitis tuberculosas hemos obtenido grados fotométricos por encima de 30 y en los casos en que hemos practicado la inoculación al curí se ha confirmado el diagnóstico.

En las meningitis tuberculosas la reacción de Vernés tiene una importancia de primer orden. El examen de líquido céfalo-raquídeo (químico y citológico) no permite sentar un diagnóstico completamente seguro sino en aquellos casos en que puede ponerse en evidencia el bacilo de Koch y es bien sabido que esto no ocurre con frecuencia. En las meningitis tuberculosas hemos encontrado



índices fotométricos de 40 a 200 con un término medio de 120. En los 37 casos de nuestra estadística la mayor parte han sido confirmados por la autopsia; 3 en el hospital de San Juan de Dios y el resto en el de la Misericordia. La reacción de Vernés practicada en el líquido céfalo-raquídeo tiene más importancia que la practicada en el suero sanguíneo. En el líquido los índices que se obtienen son muy altos: así lo hemos comprobado en todos los líquidos examinados. Sólo señalamos aquí 3 que fueron confirmados con la autopsia en el hospital de la Misericordia: Encontramos los siguientes índices: 60, 100 y 310. En estos tres enfermos se encontraron granulaciones tuberculosas en las meninges.

En las tuberculosis óseas (mal de Pot, coxalgias, artritis, etc). hemos encontrado índices, el más bajo de 13 y el más alto de 113. En estas localizaciones de la tuberculosis el Vernés es alto cuando las lesiones están en plena actividad y sobre todo fistulizadas.

En tres casos de tuberculosis del testículo hemos encontrado índices de 35 a 117: uno de estos diagnósticos fue comprobado con la operación y los otros por el cultivo y la inoculación al curí. Otros casos de tuberculosis del testículo nó los señalamos por no haber tenido noticia si fueron confirmados por el diagnóstico.

En la tuberculosis pulmonar el Vernés-resorcina presta grandes servicios. Si bien es cierto que en casos de lesiones abiertas por regla general encontramos el bacilo de Koch al examen directo, el Vernés puede dar idea sobre la evolución de la enfermedad y siguiendo su curva se puede apreciar los resultados del tratamiento.

En las tuberculosis de la piel no tenemos un número suficiente de observaciones que nos permita tomarnos juicio sobre el valor del Vernés-resorcina; señalamos únicamente cuatro observaciones de eritema indurado de Beznia, en los cuales obtuvimos los siguientes grados fotométricos 20, 42, 73 y 52.

El grado de 20 corresponde a un caso plenamente confirmado, tanto clínicamente como por la inoculación al curí, la que fue positiva desarrollándose en el animal un tubérculo tipo Calmette, y siendo igualmente positivas las reinoculaciones. Únicamente podemos explicarnos este índice normal por haber practicado la reacción a esta enferma a raíz de un intenso y prolongado tratamiento.

En aquellos casos de tuberculosis cerradas en que a pesar de

signos clínicos claros no es posible poner en evidencia el bacilo al examen directo, tenemos dos elementos preciosos para aclarar y confirmar un diagnóstico: son el Vernés y el método de cultivo.

*Virgilio Velosa*, natural de Chiquinquirá. 25 años. Negociante. Llegó al servicio del Profesor Salgar el 18 abril de 1933.

*Antc. Hereditarios*: una tía murió de una afección respiratoria probablemente tuberculosis pulmonar.

*Antc. personales*. "ha sufrido con frecuencia de los pulmones".

*Enfermedad actual*: Comenzó 20 días antes de llegar al servicio con una fuerte enterorragia, a los ocho días de estar en el Hospital tuvo una nueva hemorragia entérica poco menos abundante que la primera.

*Aspecto*: Enflaquecimiento muy acentuado, ojos hundidos, ojeras muy marcadas.

*Aparato digestivo*. Dolores abdominales no bien localizados a la palpación profunda. *Lengua* saburral, dientes sanos.

*Aparato respiratorio*. Vibraciones torácicas normales, ligera macez como del tamaño de una moneda de cincuenta centavos en la cima del pulmón derecho. Ningún signo a la auscultación.

*Aparato circulatorio, uro-genital, linfático y sistema nervioso*; normales. Como el enfermo tuvo en los primeros días marcada reacción febril y presentó además algunos signos abdominales se pensó en una fiebre tifoidea, por este motivo se le hizo una seroreacción de Widal con resultado positivo; el enfermo se trató como tifóideo. Wassermann positivo. Total. Vernés 44. Huevos de tricocéfalo en las materias fecales.

Se le practicó un hemocultivo para bacilo de Koch con resultado positivo a los 19 días, cuando el enfermo ya había salido del hospital.

Debemos señalar por último que el Vernés puede dar índices muy altos en individuos portadores de chancros sifilíticos en los cuales no se encuentra ninguna localización tuberculosa. Esto que a primera vista parece ser una causa de error, se convierte en un nuevo método de diagnóstico de la infección sifilítica en su período primario. Esto fue señalado por el mismo Vernés desde el principio de sus investigaciones y confirmado luego por varios investigadores. Yo tengo 13 casos: índices de 13 a 177, término medio 71,3. En los enfermos en que obtuve índices altos comprobamos la naturaleza sifilítica del chancro en uno por la inves-



tigación directa del Treponema y en los otros por la reacción de Wassermann. Comprobamos igualmente que pasado un mes de la aparición del chancro y siendo el Wassermann positivo el Vernés bajó a su índice normal.

Grysez y Breton han estudiado la reacción de Vernés en la tuberculosis experimental del curí llegando a la conclusión de que constituye un precioso procedimiento de investigación haciendo más rápido y más preciso el diagnóstico por la inoculación de productos patológicos. Estos autores han demostrado que en el curí tuberculoso el grado fotométrico sube rápidamente al 8.º ó 10.º día después de la inoculación, para descender después en el período de estado y llegar al grado normal al fin de la evolución de la infección. Miss Baylés ha obtenido en un curí un índice alto al 8.º día de la inoculación de una orina sospechosa y sólo con este dato de Laboratorio y algunos datos clínicos procedió el cirujano a practicar la nefrectomía confirmando el diagnóstico de tuberculosis renal.

En algunos países la reacción de Vernés se practica sistemáticamente a los candidatos al servicio militar y así es posible descubrir tuberculosis latentes en las cuales los signos clínicos son mudos.

Si el grado fotométrico es siempre elevado en la tuberculosis, está siempre por debajo de 30 en los individuos sanos. Entre mis numerosas observaciones tomo al acaso 100 reacciones de individuos indemnes de tuberculosis hasta donde me ha sido posible averiguar y he encontrado índices de 2 a 40.

Para que la reacción de Vernés sea verdaderamente útil al clínico debe practicarse en serie: un índice alto aislado no será dato suficiente para el diagnóstico sobre todo si los signos clínicos y radiológicos están en desacuerdo; pero una serie de grados fotométricos superiores a 40 significará seguramente un proceso bacilar porque sólo la tuberculosis es capaz de dar a un suero en presencia de la resorcina un poder floculante tan constante y fijo.

Si el proceso tuberculoso es efímero, o si después de un período agudo más o menos largo, debe entrar en regresión, el Vernés resorcina después de haber dado grados altos, presentará índices ópticos más y más bajos hasta llegar al equilibrio humoral perfecto signo de la curación.

Vendeuvre y Millischer consideran que la reacción de Vernés

debe ser el complemento necesario de los exámenes clínicos o de laboratorio que se imponen antes de las vacunaciones. Es bien sabido que la vacunación antitífica está contraindicada en los tuberculosos y la razón es obvia; la reacción febril intensa que provoca en algunos casos, puede determinar un estado congestivo de las lesiones o hacer entrar en actividad focos hasta entonces latentes. Los autores citados relatan una observación que es bueno conocer porque permite encontrar explicación a ciertos casos en los cuales una vacunación ha producido un cuadro sintomático que ha quedado obscuro aun para clínicos expertos. “Tuvimos la ocasión de observar en Marruecos un enfermo que presentaba una granulía de forma bronco-neumónica mortal, que siguió a una vacunación anti T. A. B. hecha en dos tiempos con el máximo de precauciones:} 1.<sup>a</sup> inyección de 0.75 c. c.; 2.<sup>a</sup> con ocho días de intervalo de 0,75 c, c. El individuo que había estado hospitalizado algunas semanas antes por una afección banal de las primeras vías respiratorias, parecía en perfecto estado en el momento en que se decidió vacunarle. Fue examinado muy minuciosamente y todas las investigaciones fueron negativas. Después de la primera inyección se notó una reacción general media con una temperatura poco elevada. Al día siguiente el individuo estaba apirético. La segunda inyección puesta ocho días después y precedida de un nuevo examen, fue seguida de una reacción análoga pero con temperatura más elevada. Al tercer día la temperatura, se elevó bruscamente a 40°. El estado general se modificó rápidamente, aparecieron signos estetoscópicos en **l**ambos pulmones, y al 6.º día se comprobó un tipo inverso que duró hasta la muerte y que por su impresionante nitidez ayudó al diagnóstico. La autopsia mostró diseminadas por todos los pulmones y en el interior del parenquimo granulaciones miliares muy numerosas. Las pleuras estaban intactas”.

“El punto de partida de esta granulía se precisó muy fácilmente: era un pequeño ganglio del hilo del pulmón derecho caseificado y reblandecido en su centro con bacilos de Koch. En ningún otro órgano se encontraron lesiones tuberculosas antiguas o recientes. Esto confirmó dos exámenes clínicos y radiológicos que habían sido negativos”.

Creo que lo dicho hasta aquí es suficiente para apreciar todo el valor de la sero-floculación de Vernés y todo el provecho que



de ella puede sacar la clínica, a condición de ser bien ejecutada y correctamente interpretada.

### CONCLUSIONES

Como resultado de nuestra experiencia en estos modernos métodos de diagnóstico de la tuberculosis creemos poder formular las siguientes conclusiones:

Primero: En la investigación directa del bacilo de la tuberculosis el método clásico de Ziehl continúa siendo el que da más garantías. La coloración de Fontes tiene sus indicaciones y permite el estudio de la verdadera morfología de los bacilos ácido-resistentes.

Segunda: La forma pulveriforme del bacilo de Koch que hemos descrito representa indudablemente una de las fases de la evolución del virus tuberculoso.

Tercera: La investigación del bacilo de Koch por el método de cultivo siguiendo la técnica de Loewestein y Petragrani constituye un progreso indudable en la técnica bacteriológica y su conocimiento debe vulgarizarse en todos los laboratorios.

Respecto a la reacción de Vernés hemos llegado a las mismas conclusiones que llega Breton en su admirable y bien documentado trabajo sobre el Vernés-resorcina.

Primera: Actualmente la sero-floculación de Vernés parece ser el mejor método de laboratorio capaz de prestar ayuda al clínico en el diagnóstico y pronóstico de la tuberculosis.

Segunda: Para que las indicaciones de la reacción sean verdaderamente útiles debe el operador ajustarse rigurosamente a la técnica indicada por el Profesor Vernés.

Tercera: En la tuberculosis pulmonar la reacción de Vernés permite apreciar el proceso de la infección, seguir su evolución y servir de guía para conducir el tratamiento.

Cuarta: En las tuberculosis oseas el Vernés resorcina no tiene un gran valor diagnóstico. De las localizaciones tuberculosas esta es la menos beneficiada por esta reacción como medio de diagnóstico, sin embargo es útil para apreciar si el proceso está en actividad.

Quinta: En la tuberculosis renal considero que la reacción de Vernés constituye el más precioso elemento de diagnóstico como lo prueban nuestras observaciones y además después de la nefrec-

tomía permite comprobar la curación o descubrir si existe otro foco bacilar en actividad, por consiguiente, es también factor no despreciable en el pronóstico.

Sexta: en la tuberculosis meníngea constituye un precioso elemento de diagnóstico y debe practicarse de preferencia en el líquido-céfalo-raquídeo.

Séptima: En la tuberculosis ganglionar, pleurítica, etc., sirve para precisar el diagnóstico ayudada por los otros procedimientos de Laboratorio como el cultivo, la inoculación, etc.

Octava: La reacción de Vernés es un dato que encuentra su mayor aplicación en el diagnóstico de la tuberculosis latente.

Novena: Cuando los síntomas clínicos, y tratándose de tuberculosis pulmonar, los signos estetoscópicos, radiológicos y bacteriológicos estén en desacuerdo con el Vernés-resorcina, no debemos atenernos a una sola determinación del grado fotométrico, sino practicar la reacción en serie y establecer la curva del índice fotométrico pues sólo así puede ayudar al esclarecimiento del diagnóstico, y

Décima: consideramos útil practicar la reacción de Vernés en los individuos que deben someterse a vacunaciones que sean capaces de provocar reacciones orgánicas fuertes.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 A. *Fontes*.—Algunas consideracoes sobre a infecao tuberculoze e o seu respectivo virus. Memorias do Instituto Oswaldo Cruz. Pág. 141,1910-t. II-F. I.
- 2 A. *Fontes*.—Estudos sobre tuberculoze. Memorias do Instituto Oswaldo Cruz. Pág. 186-1910-t, II-Faciculo II.
- 3 A. *Fontes*.—Estudos sobre a tuberculoze. Memorias do Instituto Oswaldo Cruz. Pág. 195-1911-t. III-Faciculo II.
- 4 A. *Fontes*.—A. Pinto Junior.—Estudos sobre tuberculoze. Memorias do Instituto Oswaldo Cruz. Pág. 193-1914-t. VI-Faciculo III.
- 5 A. *Fontes*.—Sobre a pesquisa do bacilo da tuberculoze nos escarros, contagen de bacilos referindo-a a um determinado peso de material. Memorias do Instituto Oswaldo Cruz. Pág. 221-1914-t. VI-Faciculo III.
- 6 A. *Fontes*.—Sobre perda da acido-resistencia e a desagregacao granular nos bacilos de KOCH em culturas antigas. Memorias do Instituto Oswaldo Cruz. Pág. 181-1922-t. XV-Faciculo I.
- 7 R. *Pirazzini*.—Recherches culturales du bacile de Koch sur le pus d' abcs froids. Societa Internazionale Di Microbiologia.—Bolletino della Sezione Italiana. Pág. 496-1931-Vol. III-Fasc. IX.
- 8 L. *Baretti*.—Influences de liquides organiques sur le developpement cultural du bacille tuberculaire. S. I. di M.—Bolletino della Sezione Italiana. Pág. 532-1931-Vol. III-Fasc. IX.



9 V. *Puntoni*.—Moderne conoscenze e nuovi orientamenti sulla biologia del bacillo tubercolare. S. I. di M. S. I. —Atti del III Congresso Nazionale di Microbiologia. Pág. 175-1931.

10 A. *Favera*.—Ricerche sull'isolamento culturale del bacillo di Koch dal sangue circolante dei tubercolosi. L. I. di M.—S. I.—Atti del III Congresso Nazionale di Microbiologia. Pág. 274-1931.

11 A. *Muggia*.—Ricerche ed osservazioni sulla coltivabilità del virus tubercolare dal sangue. S. I. di M.—S. I.—Atti del III Congresso N. di M. Pág. 227-31.

12 G. *Petragnani*.—Prime ricerche sulla cultura del bacillo di Koch in terreno con cera vergine, S. I. di M.—S. I.—Atti del III Congresso N. di M. Pág. 295-1831.

13 G. *Daddi*.—Poliformismo delle colonie di uno stesso stipo di bacillo di Koch Diagnostica e Tecnica di Laboratorio. Pág. 551-1930-Vol. I.

14 N. *Sanguigno*.—La reazione di Vernes per la diagnosi della tubercolosi e il suo valore clinico. Diagnostica e Tecnica di Laboratorio. Pág. 445-931. V. I.

15 P. G. *Unna*.—Histotechnik der leprosen Haut.—1910.

16 A. *Vernes*.—Etudes sur la Sérologie de la Tuberculose. Travaux et publications de L' Institut Prophylactique.—1926—Fascicule 4.

17 *Fuente Hita*.—Aplicaciones serodiagnósticas del fotómetro de Vernés. Archives de L' Institut Prophylactique. Pág. 352-1929-Vol. I.

18 M, *Leger et G. Martin*.—L' importance sociale des reactions de floculation dans la syphilis et la tuberculose. Archives de L' Institut Prophylactique. Pág. 153-1929, Vol. I.

19 G. *Peli*.—La reazione di Vernés Pág. 61-1929.—Archives del L' Institute Prophylactique.

20 A. *Perera*.—La reacción de Vernés. Pág. 156-1929.—Archives de L' Institute Prophylactique. Vol. I,

21 V. E. *Badoux et Narbel*.—Estude du séro-diagnostic de la tuberculose par les méthodes de Vernes et de Besredka. Pág. 71-1929.—Archives de L' Institut prophylactique. Vol. I.

22 *Adelaida Baylis*.—The Vernes test for tuberculosis. Pág. 66.—The Vernes floculation test for tuberculosis. Results of 250.—Resorcinol test in relation to diseases without tuberculosis,

33 A. *Breton*.—Influence de diferentes médications sur les resultats de la réaction de Vernes Pour la tuberculose. Pág. 73-1929.—Archives de L' Institut Prophylactique. Vol. I.

24 A. *Breton*.—Essai d' une intra-dermo-réaction de la tuberculose á l' aide de la résorcina. Pág. 166-1929-A. de L' I. P. Vol. I.

25 A. *Breton et P. Ingelrans*.—Que peut-on attendre du Vernes-resorcina en tuberculose osseuse? Pág. 171-1929-A. de L' I. P. Vol. I.

26 E. *Ghabroux et E. A. Torres*.—La reacción de Vernes para la tuberculosis. Pág. 69-1929.—Archives de L' Institut Prophylactique. Vol. I.

27 P. *Courmont, J. Gate, Mlle Shoen*.—Signification de la réaction á la résorcina dan la tuberculosis pulmonaire. Pág. 362-1928-A. de L' I. P. Vol. I.

28 *Pereira Filho*.—Soro-floculacao da resorcina. Pág. 363-1929-A. de L' I. P. Vol. I.

29 Ch. *Gernez et A. Breton*.—La sero-floculation á la resorcina et le diagnostic de la tuberculose. Pág. 162-1929-A, de L' I. P. Vol. I.

30 R. *Goifon et H. Pretet*.—Tuberculose et serofloculation par la résorcina. Pág. 68-1929-A. de L' I. P. Vol. I.

**DR. WEISER & HERING, BOGOTA**

Calle 13 No. 7-66, Apartado 1492,

Telegramas "WEISER".



**DEPARTAMENTO DE ELECTROMEDICINA**



**Aparatos de**

**RAYOS X  
DIATERMIA  
ELECTRODIAGNOSTICO  
Y TERAPEUTICA**



**PELICULAS AGFA PARA RAYOS X**

**SIEMPRE EXISTENCIAS COMPLETAS,  
PERMANENTES Y FRESCAS**



**LAMPARAS DE CUARZO ORIGINAL  
HANAU**

**LAMPARAS DE RAYOS TERMO-LUMINO-  
SOS, RAYOS SIMILARES AL SOL  
Y RAYOS INFRAROJOS**



**PIDANOS CATALOGOS E INFORMACIONES**





# PRODUCTOS "SANDOZ"



PRODUCTO Y COMPOSICION	INDICACIONES	POSOLOGIA MEDIA DIARIA
<b>ESCILARINA</b> Complejo glucosídico cristalizado y estabilizado del bulbo de la escila.	DIURÉTICO AZOÚRICO, CARDIOTÓNICO DE MANTENIMIENTO (ACUMULACIÓN DÉBIL) NEFRITIS, OLIGURIA, ASISTOLIA, ARRITMIA, CORAZÓN SENÍL, MIOCARDITIS.	2 a 6 comprimidos o XL a CXX gotas al día o 1/2 a 1 ampolla de una vez por vía endovenosa.
<b>FELAMINA</b> Asociación de ácido cólico en estado de pureza con la hexametenotetramina.	OPOTERAPIA Y DESINFECCIÓN HÉPATOBIAR, INSUFICIENCIA HEPÁTICA, LITIASIS BILIAR.	4 a 8 grageas.
<b>GYNERGENO</b> Tartrato de ergotamina Stoll, alcaloide, principio específico del cornezuelo de centeno bajo forma estable y cristalizada.	ATONIA UTERINA, HEMORROAGIAS OBSTETRICAS Y GINECOLÓGICAS, SEDACIÓN DEL SIMPÁTICO, BASEDOW, TAQUICARDIA PAROXISTICA.	(muy individual y según los casos) 1 a 2 comprimidos o XV a XXX gotas 2 veces al día. Ampollas 1/4 a 1 cc. a la vez.
<b>OPTALIDON</b> Nueva asociación antineurálgica, sedativa e hifnótica:	TODOS LOS DOLORES. NEURALGIAS. CIÁTICAS. DOLORES REUMÁTICOS.	6 grageas.

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES CI-DEVANT SANDOZ - BALE (SUISSE),  
MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DE LOS SEÑORES MEDICOS

SR. WALTER ROTHLSBERGER - Carrera 10, No. 333, Apartado 450 - BOGOTA



- 31 *V. Grysez, R. Pierret, Langeron, A. Breton et H. d' Hour.*—Séro-floculation par la résorcine et réaction de fixation. Pág. 67-1929-A. de L' I. P. Vol. I.
- 32 *V. Grysez et A. Breton.*—Réaction de Vernes á la résorcine et tuberculose du cobaye. Pág. 361-1929-A de L' I. P. Vol. I.
- 33 *J. Gubert.*—Réaction de fixation et réaction de floculation dans la tuberculose chirurgicale. Pág. 70-1929-A. de L' I. P. Vol. I.
- 34 *Helouin.*—La serofloculométrie résorcinée de Vernes et la réaction de Besredka dans le diagnostic de la tuberculose. Pág. 261-1929-A. de L' I. P. Vol. I.
- 35 *Hinault et Pretet.*—La séro-floculation á la résorcine dans la tuberculose. Pág. 74-1929-A. de L' I. P. Vol. I.
- 36 *Fuente Hita.*—Trabajos hispano-americanos sobre reacciones diagnósticas de la tuberculosis. Pág. 364-1929-A. de L' I. P. Vol. I.
- 37 *Rose Jordan.*—Preliminary note on Vernes photometric test for the diagnosis of tuberculosis. Pág. 357-1929-A. de L' I. P. Vol. I.
- 38 *Labernadie.*—Tuberculo-réaction de A. Vernes et maladies fébriles. Pág. 165-1929-A. de L' I. P. Vol. I.
- 39 *L. Langeron et d' Hour.*—Sur la positivité de la réaction de floculation á la résorcine (Vernes) chez certains syphilitique et rhumatisants non tuberculeux. Pág. 161.—Séro-floculation á la résorcine et réaction de fixation dans la tuberculose. Etude clinique. Pág. 167-1929-A. de L' I. P. Vol. I.
- 40 *M. Leger.*—L' infection tuberculeuse et la séro-floculation á la résorcine. Pág. 68-1929-A. de L' I. P. Vol. I.
- 41 *F. Legueu et Vrigdau.*—La réaction á la résorcine dans la tuberculose des voies urinaire. Pág. 163-1929-A. de L' I. P. Vpl. I.
- 42 *P. Lereboullet et M. Lelong.*—La tuberculose en 1928. Pág. 250-1929-A. de L' I. P.
- 43 *Robert Levy.*—La réaction de Vernes á la résorcine au cours de l' infection tuberculose. Pág. 364-1929-A. de L' I. P. Voj. I.
- 44 *L. Paillard.*—La séroration á la résorcine de Vernes. Pág. 70-1929-A. de L' I. P.
- 45 *J. Peyrot.*—Séro-réaction de la tuberculose á la résorcine de Vernes et lutte contre la tuberculose et la syphilis aux Colonies. Pág. 68-1929-A. de L' I. P. Vol. I.
- 46 *R. Pierret et A. Breton.*—Contribution á l' étude de la réaction de Vernes résorcine dans les cas de tuberculose pulmonaire régulièrement suivis. Pág. 169-1929-A. L' I. P. Vol. I.
- 47 *Roberto Rubino.*—La serorreaccion de la floculation de Vernes en la tuberculosis. Pág. 355-1929-A. de L' I. P. Vol. I.
- 48 *Sédillot.*—A propos de la Séro-réaction á la résorcine. Pág. 163-1929-A de L' I.
- 49 *Tilmant.*—La séro-floculation des sérums tuberculeux á la résorcine. Pág. 76-A. de L' I. P. Vol. I.
- 50 *P. Uffoltz.*—Tuberculose et séro-floculation á la résorcine. Pág. 66-1929-A. de L' I. P. Vol. I.
- 51 *José Valls & Valentin Girardi.*—Serorreacción de floculación Vernes en la tuberculosis osteoarticulares. Pág. 356-1929-A. de L' I. P. Vol. I.
- 52 *A. Verdes.*—Travaux divers. Pág. 76-1929-A. de L' I. P. Vol. I.
- 53 *Carlos Visani.*—La sierofloculazione alla resorcina nella tubercolosi. Pág. 356-1929-A. de L' I. P. Vol. I.
- 54 *R. Vrignaud.*—La réaction á la résorcine de Vernes. Pág. 263-1929-A. de L' I. P. Vol. I.



- 55 *A. R. Arena*.—Réation de Vernes avec le sérum de cobayes inoculés avec des bacilles tuberculeux peu virulents ou des bacilles biliés ou des bacilles paratuberculeux. Pág. 462-1939-A. de L' I. P. Vol. II.
- 56 *G. G. A. Battigelli*.—La reazione siero-fotomemtrica di Vernes. Pág. 257-1930-A. de L' I. P. Vol. II.
- 57 *Léon Bernard, Henry Bonnet et Maurice Lamy*.—Réaction de Vernes et Tuberculose. Pág. 93-1930-A. de L' I. P. Vol. II.
- 58 *Cumenge*.—La réation de Vernes pour la tuberculose. Pág. 98-1930-A. de L' I. P.
- 59 *R. Falconcini et R. Arrigoni*.—La reazione di Vernes nella tuberculosi. pág. 257-1930-A. de L. I. P. Vol. II.
- 60 *Gordon*.—La réation de Vernes dans la tuberculose. Pág. 460-1930-A. de L'I. P.
- 61 *V. Grysez*.—Emploi de la réation de Vernes á la résorcina dans les diagnostics de la tuberculose expérimentale de cobaye. Pág. 259-1930-A. de L'I. P.
- 62 *Leullier*.—La séro-floculation de Vernes á la Résorcine peut souvent éclairer un radio-diagnostic hésitant. Pág. 343-1930-A. L'I. P. Vol. II.
- 63 *André Martin*.—La séro-floculation de Vernes á la résorcine et le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. Pág. 349-1930-A. L'I. P. Vol. II.
- 64 *R. S. Ralph & G. I. Davies*.—Vernes resorcine Test on tuberculosis. Pág. 461-1930-A. de L'I. P. Vol. II.
- 65 *A. Risi*.—Diagnosi precoce di tuberculosi con Vernes-reazione nel suo valore diagnostico e pronostico nel bambini e negli adulti. Pág. 346-1930-A. de L'I. P. Vol. II.
- 66 *Rabert Lévy*.—Réation de Vernes á la tuberculose et infection tuberculeuse. P. 97-1930- A. de L'I. P. Vol. II.
- 67 *N. Romano, R. A. Eyherabide et E Charles*.—La raecion de Vernes a la resorcina en 50 casos clínicos. Pág. 96-1930-A. de L'I. P. Vol. II.
- 68 *Nicolás Sanguigno*.—La reazione di Vernes per la diagnosi della tuberculosi e il suo valore clinico. Pág. 461-1930-A. de L'I. P. Vol. II.
- 69 *D. D. Symvoulides et Soliriades*.—La séro-floculation de Vernes dans le diagnostic de la tuberculose. Pág. 255-1930-A. de L'I. P. Vol. II.
- 70 *A. Tilmant*.—La sero-floculation de Vernes á la résorcine. Pág. 150-1930-A. de L' I. P.
- 71 *Aillaud*.—Que peut-on attendre de la reaction de Vernes á la résorcine. dans ls diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Pág. 150-1931- A. de L'I. P.
- 72 *P. Aurégan*.—La reation de Vernes á la résorcine. Pág. 462-1931-A. L'I. P. Vol. III.
73. *A. Becart*.—La séro-reation de Vernes et la tuberculose. Pág. 582-1931-A. de L'I. Vol. III.
- 74 *M. Cantagrill*.—La réation de Vernes á la résorcine. Pág. 153-1931-A. de L'I. P.
- 75 *F. Coste, J. Lacapère et N. Rapaport*.—La réation de floculation á la résorcine dans le rhumatisme subaigu ou chronique. Pág. 454-1931-A. de L'I. P.
- 76 *G. Forence*.—Recherches de l'aplication de la méthode de Vernes au diagnostic des tuberculoses animales. Pág. 453-1931-A. de L'I. P. Vol. III.
- 77 *Jullien*.—La réation de Vernes et le diagnostic de l'activité des lésions pulmonaires. Pág. 574-1931-A. de L'I. P. Vol. III.
78. *Marcel Leger*.—La séro-floculation á la résorcine dans la tuberculose. Pág. 148-1931-A. de L'I. P Vol. III.

- 79 *J. W. Lobban & I. Smith.*—Vernes resorcine test in Diagnosis and Prognosis of Tuberculosis. Pág. 439-1931-A. de L'I. P. Vol. III.
- 80 *Schreiber, Banbaren et Chueca.*—El diagnóstico de la tuberculosis por el método de Vernes. Pág. 146-1931-A. de L'I. P. Vol. III.
- 81 *Gaston Sirjean.*—Contribución á l'étude de la réation de Vernes á la résorcine. Pág. 461-1931-A. de L'I. P. Vol. III.
- 82 *A. Timant.*—La séro-floculation de Vernes á la résorcine. Pág. 145.  
La séro-floculation de Vernes á la résorcine. Pág. 148.  
Le diagnostic de l'activité de la tuberculose pulmonaire par la réaction de Vernes. Pág. 576-1931-A. de L'I. P. Vol. III.
- 83 *Arthur Vernes.*—Diagnostic précoce de la tuberculose et controle graphique de son traitement. Pág. 463-1931-A. de L'I. P. Vol. III,
- 84 *Marcel Leger.*—La séro-floculation de Vernes dans la tuberculose. Traité de Sang.—A. Gilbert et M. Weinberg.—1952.
- 85 *A. Calmette.*—L'infection bacillaire et la tuberculose.—1920.
- 86 *Philibert.*—Structure du parasite de la tuberculose dans les colonies développées sur les milieux de culture.—1er Congreso Internacional de Microbiologie. París 1930.
- 87 *A. Sáenz.*—Recherches sur la bacillemie tuberculose par le méthode de Loewenstein.—Presse Médical N.º 59 Juillet, 1932.
- 88 *A. Besson.*—Technique Microbiologique et Sérotheraphique.—1920.
- 89 *W. Kolle & H. Hetsch.*—La Bacteriología Experimental. 1921.
- 90 *A. Calmette, L. Negre et A. Boquet.*—Microbiologie et Sérologie. 1925.
- 91 *A. Fontes.*—L'Ultravirus tuberculeux. 1932.
- K. Panek et N. Zakaroff.*—Recherches sur le morfologie du bacille tuberculeux. C. R. de la Societé de Biologie. Pág. 607-1930.
- 93 *G. Saranelli et A. Alessandrini.*—Demonstration in vivo et in vitro des formes filtrantes du virus tuberculeux. C. R. de la S. de Biologie. Pág. 1.241-1930.
- 94 *L. Negre et J. Valtis.*—Action des extraits acetóniques de bacilles de Koch sur les propietes pathogenes des éléments filtrables dus virus tuberculeux. C. R. de la S. de Biologie. Pág. 183-1930.
-



## SERO-FLOCULACION DE VERNES

DENOMINACION	G. F. más bajo	G. F. más alto	Térmi- no medio	No. de casos	OBSERVACIONES
Tuberculosis renal . . .	53	174	100	18	18 casos fueron confirmados con operación.
T. B. C. ganglionar. . .	14	253	82,4	44	6 casos confirmados con inoculación y 3 por cultivo, en medio de Petragrani.
Peritonitis t. b. c. . . .	30	140	87,1	13	2 casos confirmados con inoculación.
Pleuresías t. b. c. . . .	37	117	78	15	1 caso con presencia de b. de Koch en el líquido y tres confirmados por la inoculación.
Meningitis t. b. c. . . .	40	200	106,1	10	G. F. en el suero sanguíneo, examen del líq.-céf.-raquídeo. Anatomía patológica y bacilo de Koch: † † †.
Meningitis t. b. c. . . .	60	310	156,6	3	G. F. en el líq.-céf.-raq. confirmadas con la autopsia.
COXALGIAS. . . . .	31	100	67,8	11	Confirmadas con examen clínico y radiológico.
T. B. C. del testículo. . .	35	117	89	3	Confirmadas con operación. 1 con inoculación y cultivo.
Tumor blanco de la rodilla	13	137	61,4	8	
Mal de POTT. . . . .	13	113	63	5	Con diagnóstico clínico y radiológico.
T. B. C. pulmonar . . . .	23	200	80,6	125	Con signos clínicos y radiológicos.
T. B. C. pulmonar . . . .	37	140	96,7	125	Con presencia de bacilo de Koch en los esputos.
INDIVIDUOS NO ATACADOS DE TUBERCULOSIS					
Individuos con manifesta- ciones primarias de sífilis	13	177	71,3	20	Un paciente que dio Grado fotométrico de 55, murió seis meses después de una tuberculosis renal.
Individuos normales. . .	2	30	16,1	100	Hasta donde ha sido posible averiguarlo.
Total de OBSERVACIONES:				500	

## DEFENSA PROFESIONAL

Por el doctor D. Castro Senior.

Quiero llamar la atención a la Academia Nacional de Medicina y al cuerpo médico del país sobre algunas cuestiones de interés profesional, que he estudiado como representante de la Academia en la Junta Seccional de Títulos Médicos del Atlántico.

A las reuniones de esta Junta el señor Gobernador asiste pocas veces, debido a sus múltiples ocupaciones; muchas veces preside el Director de Instrucción Pública, que según la ley debe ser secretario, y ocupa este puesto el Sub-secretario de Instrucción, a quien la ley no le concede ninguna clase de funciones en las Juntas Seccionales. Las autoridades de policía no hacen efectivas las sanciones que impone la Junta y, en estas condiciones, los teguas y los homeópatas tienen todas las facilidades para escalar posiciones científicas sin esfuerzos ni preparación alguna.

Es cierto que, a pesar de todas las reglamentaciones los teguas existirán siempre; pero debemos aspirar a una legislación más efectiva, entre nosotros, sobre la base de exigir la plena responsabilidad penal, a quien ejerza la medicina sin título de idoneidad.

El Decreto 986 de 32, sobre ejercicio de la homeopatía, es un asalto a los intereses de la profesión médica y un peligro muy grave para la salud pública. Según ese decreto, podrán ejercer la homeopatía aquellas personas que, sin tener título alguno, presenten a las Juntas Seccionales el certificado de cinco personas idóneas que declaren que el aspirante ha ejercido la homeopatía, durante cinco años. La Junta Seccional de Títulos médicos del Atlántico consideró que sólo son idóneos para declarar sobre el particular aquellas personas que tuvieran licen-



cia legal para ejercer la medicina o la homeopatía; porque idóneo, según la Academia de la lengua, es “apto, bien dispuesto para alguna cosa” y la aptitud o buena disposición se refieren, en este caso, a una declaración sobre un hecho preciso, es decir, sobre el ejercicio de una profesión, circunstancia que sólo puede apreciar a conciencia quien es apto para calificar en qué consiste el ejercicio de la homeopatía, que no es simplemente formular glóbulos y soluciones infinitesimales.

Como la Junta del Atlántico se abstuvo de concederles licencia a toda una legión de aspirantes a homeópatas porque las cinco personas declarantes no eran idóneas, en concepto de la Junta, vendrán los expedientes, en consulta, a la Junta Central de Títulos Médicos. Si esta Junta acepta la tesis de la Junta del Atlántico podemos evitar la invasión de los homeópatas. Si no la acepta, yo creo que la Academia debe ordenar el retiro de sus representantes en las Juntas Seccionales, para no sancionar con su presencia las inmoralidades que se cometen, en nombre de la ley.

En cuanto a los extranjeros, se registra el caso de un médico italiano que obtuvo una licencia otorgada por la Junta Central de Títulos Médicos, a pesar de haber obtenido en el cómputo final de exámenes la calificación de 2,79. Este “colega”, durante el examen se calzaba los guantes para percutir los pulmones.

Yo personalmente creo que los extranjeros deben ejercer en Colombia en las mismas condiciones en que los colombianos pueden ejercer en el país de origen del aspirante. Pero, mientras viene esa ley, yo les ruego, fervorosamente, a los señores profesores encargados de examinar a los médicos extranjeros que tengan una mayor severidad en los exámenes, por lo menos la misma severidad que se acostumbra con los estudiantes, a fin de año.

## ALGO SOBRE PUNCION LUMBAR

### *Cuáles son sus principales aplicaciones?*

La punción lumbar, es sabido, se utiliza, en algunos casos como medio terapéutico bien sea para simple extracción de líquido céfalo-raquídeo buscando con ello una decompresión de los centros nerviosos, o con el fin de introducir sueros o sustancias medicamentosas en el canal medular. Más a menudo aún se emplea en Cirugía, para la raquianestesia, y también aprovecha sus servicios la Clínica cuando se hace necesario el análisis del líquido céfalo-raquídeo como elemento diagnóstico o como guía y control en el tratamiento de las afecciones inflamatorias de los centros nerviosos y sus envolturas.

Se agrega a estas aplicaciones otra, sobre la cual nos detendremos para subrayar la importancia que se le concede en la actualidad. Es *la práctica sistemática de la punción lumbar en todo sífilítico*, de cuya necesidad se dio cuenta la Conferencia Internacional de Defensa Social contra la Sífilis, reunida en mayo del año pasado en el Hospital San Luis de París, al votar por unanimidad la siguiente proposición: "La Conferencia Internacional de Defensa Social contra la Sífilis, reunida el 11 de mayo de 1932 en el Hospital San Luis, después de oídas las ponencias, comunicaciones y discusiones acerca del diagnóstico precoz de las sífilis nerviosas, considerando que la punción lumbar constituye el mejor medio de apreciar el estado del sistema nervioso, considera necesario practicarla en el curso de las etapas decisivas de la vida del sífilítico".

Así, una de las más autorizadas conferencias médicas, prestigiosa con la presencia de Claude, Truffi, Wagner Von Jauregg, Dujardin y muchos otros eminentes maestros, dejó establecida como norma, para cualquier médico que pretenda llevar a cabo un tratamiento antisifilítico controlando sus resultados de manera científica y no quiera exponer a su enfermo a las desagradables sorpresas de la sífilis nerviosa, la práctica del examen del líquido céfalo-raquídeo que tan seguros datos suministra cuando



el treponema de Schaudinn ha invadido las meninges, el encéfalo o la medula.

Para quien, por otra parte, conozca los notables trabajos que P. Ravaut ha venido realizando desde 1903 para acá en relación con la infección sifilítica nerviosa no puede haber duda acerca de la excepcional importancia que tiene hoy día para el práctico, cuando trata una sífilis, el conocimiento de las desviaciones patológicas que haya podido sufrir el líquido céfalo-raquídeo como consecuencia de la infección de territorios del sistema nervioso central, que, en la mayoría de las veces, no da lugar a manifestaciones clínicas sino tardíamente, después de una marcha latente de larga duración. La sífilis nerviosa tiene, como la ha establecido con singular nitidez Ravaut, *un período pre-clínico* que precede a las diversas formas clínicas descritas hasta el presente (Tabes, P. G. P., &) y que sólo es posible reconocer por el análisis del líquido céfalo-raquídeo. A nadie escapará entonces el interés que tiene su examen, en los sifilíticos, ya que permite instituir tratamientos precoces antes de que perturbaciones mentales, o trastornos nerviosos motores, sensitivos o sensoriales, de tan difícil curación, vengan a dar el aviso de la infección avanzada del sistema nervioso.

#### *Observaciones respecto de su técnica.*

Es de conocimiento general que para practicar la punción lumbar se puede colocar al enfermo en dos posiciones diferentes, sentado o en el decúbito lateral. Cuál de ellas es más ventajosa?: Karl Eskuchen en su obra sobre la punción lumbar aconseja la última por considerar que en tal posición corre el enfermo menos riesgo de sufrir accidentes debido a que así se obtiene el descenso de la presión del líquido céfalo-raquídeo con menor rapidez. Eso, teóricamente, es irreprochable, pero la práctica desmiente que haya peligros en hacer la punción estando sentado el paciente. Sobre cerca de 500 casos de punciones lumbares, practicadas en el Manicomio de Varones de esta ciudad de 1928 a esta fecha, no se ha registrado un solo accidente y el doctor Maximiliano Rueda, Director de dicho establecimiento, nos asegura que en las punciones practicadas antes de 1928, de las cuales no hay estadística, tampoco recuerda él que se hayan presentado complicaciones. Ahora bien, en el Manicomio de Varones se ha tenido la costumbre de hacer las punciones teniendo sentados a los enfermos.



# CRONO

LA MEJOR REVISTA SEMANAL ILUSTRADA  
DE COLOMBIA

---

En esta misma Casa Editorial se  
hacen las mejores ediciones y los  
trabajos más artísticos.

---

Bogotá, Carrera 6a., números 12-60 - 12-66.  
APARTADO 442.

## VITASTERINE

**BYLA**

VITAMINA D estandarizada

Reemplaza el aceite de hígado de bacalao  
en todas sus indicaciones.

Tratamiento del Raquitismo.  
Trastornos de la Osificación y Dentición  
Convalecencias.

De venta en todas las Droguerías y Farmacias

Agentes Generales:

**Pannier & Prevosteau - Calle 15, No. 72.**

APARTADO 1063—BOGOTA



# Solu-Salvarsán

M.R.

el Salvarsán para la inyección intramuscular indolora en solución exactamente dosificada — en ampollas listas para el uso

Para el tratamiento de todas las formas de la sífilis

Tiene la misma influencia que el Neosalvarsán sobre la reacción de Wassermann

A igual que el Neosalvarsán, comprobado con exactitud máxima: analíticamente, en el animal y en la clínica

Sólo la preparación original ofrece garantía de pureza y eficacia

PARA MUESTRAS Y LITERATURA, FAVOR DIRIGIRSE A:

La Química Industrial "Bayer Meister-Lucius"

Weskott & Cía.

Bogotá - Apartado 301



Por lo demás la punción lumbar se ha mostrado desde 1891 en que la ideó Quincke, cualquiera que sea la posición en que se coloque al enfermo para practicarla, como una de las intervenciones más inocuas a menos que se trate de tumores cerebrales, hemorragias meníngeas o mal de Pott, pero estos son ya casos particulares que exigen ciertas precauciones. De manera que, en nuestro concepto, no hay razón bien fundada para rechazar la posición sentado al hacer la punción del canal medular y, por el contrario, creemos que es la posición que se debe elegir por motivos de comodidad.

El sitio de elección para la punción es conocido de todos, tercero o cuarto espacio interespinoso lumbar. Pero se puede escoger también, sin que haya en ello inconvenientes, el segundo espacio o el espacio sacrolumbar pues la medula no pasa hacia abajo de la segunda vértebra lumbar y por su parte la dura-madre recubre el canal raquídeo hasta la segunda pieza del sacro, de modo que introduciendo la aguja en cualquiera de los puntos mencionados se llega con seguridad al espacio sub-aracnoidiano en un sitio en donde no hay que temer la vecindad de la medula. Allí no aloja el canal raquídeo sino los nervios de la cola de caballo, en manojos, a los cuales la aguja al penetrar disocia mas no hiere.

El medio más seguro para llegar sin tropiezos al canal vertebral, así nos lo ha enseñado la práctica, es el siguiente: estando el enfermo sentado e inclinado adelante con el fin de arquear su columna vertebral para obtener la mayor separación posible entre las apófisis espinosas, se introduce la aguja en toda la línea media en perpendicular al plano lumbar procurando que roce con el borde superior de la apófisis espinosa que limita abajo el espacio interespinoso escogido. Esta precaución, de hacer que la aguja resbale sobre el borde superior de una apófisis espinosa, evita muchos fracasos enojosos; los diversos autores que hemos consultado al respecto no la señalan, antes bien nos enseñan que se debe puncionar en la mitad del espacio interespinoso y otros a 1 o 2 milímetros por debajo del borde inferior de la apófisis espinosa que marca su límite superior y advierten que frecuentemente la aguja choca contra el hueso siendo entonces necesario inclinarla hacia arriba o hacia abajo, buscando el espacio libre que le de entrada al canal vertebral. Dicha técnica nos parece defectuosa y, sobra decirlo, es la causa de que no se



tenga éxito en ocasiones. La razón es sencilla: los orificios posteriores del canal vertebral en la región lumbar, obturados por los ligamentos amarillos, son más amplios en su mitad inferior que en su mitad superior en donde su límite lo determinan, por su borde interno, las apófisis articulares inferiores de la vértebra que está por encima. Por lo tanto cuando se introduce la aguja, inmediatamente por debajo del borde inferior de la apófisis espinosa o en la parte media del espacio interespinoso, cualquier desviación que sufra hacia la derecha o hacia la izquierda hace que con facilidad vaya a chocar contra la cara posterior o el borde interno de una de las apófisis articulares inferiores que, como hemos dicho, dejan entre sí un espacio mucho más reducido que el limitado en la mitad inferior del orificio por el borde superior de las láminas vertebrales y la porción más inferior del costado interno de las apófisis articulares superiores.

La aguja, en su recorrido hacia el espacio sub-aracnoidiano, atraviesa sucesivamente la piel, el tejido celular subcutáneo, la aponeurosis lumbar, los músculos de la masa común, el ligamento amarillo y, en último término, la dura-madre. La llegada al espacio sub-aracnoidiano se reconoce por la sensación de resistencia vencida que percibe la mano del operador tan pronto como la aguja ha perforado la dura-madre. Entonces todo se reduce a sacar el mandril y el líquido mana espontáneamente, gota a gota o en chorro. En ocasiones sin embargo el líquido no sale; algunos movimientos imprimidos a la aguja, previa introducción del mandril, bastan casi siempre para zanjar esa dificultad.

No comentamos los demás detalles de la punción lumbar por lo triviales y conocidos.

*Presión del líquido céfalo-raquídeo y sus relaciones con las presiones arterial y venosa.*

La presión normal del líquido céfalo-raquídeo, cuando se hace la punción estando el individuo en la posición sentado, oscila entre 20 y 30 centímetros de agua, pero si el paciente se coloca luego en el decúbito lateral se anota un descenso de 8 a 15 centímetros y aún más.

Es necesario por lo tanto para juzgar con exactitud de las variaciones de la presión del líquido céfalo-raquídeo en una serie de punciones practicadas en el mismo individuo hacer éstas obligándolo a que guarde siempre la misma posición.

Existe la tendencia general a evaluar la tensión del líquido

céfalo-raquídeo por la velocidad con que escapa al exterior, se dice que la tensión es baja cuando sale por gotas, lentamente, y que es alta si las gotas caen con rapidez o si el líquido salta en chorro. En algunas ocasiones se encuentra semejante paralelismo entre la tensión y la velocidad, pero eso no quiere decir que en todos los casos la velocidad tenga necesariamente que estar de acuerdo con la tensión; nosotros hemos visto muchos en que una presión muy superior a la normal coincide con un escurrimiento bastante lento y hemos comprobado también presiones bajas en individuos en quienes el líquido brotaba con especial rapidez. La razón por la cual a veces el líquido sale con lentitud, no obstante la existencia de una tensión elevada, es la obstrucción parcial del orificio de la aguja por quedar aplicado su bisel contra algún elemento anatómico.

Al hacer mención aquí de estas observaciones personales no pretendemos exponer un hecho desconocido pues lo hemos visto señalado ya por varios autores, únicamente nos proponemos asignarle la importancia que tiene en ciertas ocasiones; así cuando se presume, tratándose de afecciones del sistema nervioso, una hipertensión en el líquido céfalo-raquídeo y se hace la punción persiguiendo de comprimir los centros nerviosos puede suceder que, al contrario, exista una hipotensión que pasa inadvertida para quien la ejecuta por atenerse a la apreciación personal, sin el control de aparatos, y entonces en lugar de conseguir el fin perseguido causa perjuicios más o menos graves que se hubieran podido evitar.

Para la medida de la tensión se han construido diversos modelos de aparatos, los de Kroning, Kausch, Reichmann entre otros; pero el más conocido y de más cómodo manejo es el manómetro anaeroide de H. Claude. Empleando este último, basta conectar el caucho del aparato mediante el dispositivo de que está provisto en su extremidad libre con la aguja de punción para que la manecilla indique en el registro el valor de la presión. Este es marcado con gran prontitud y cuando la manecilla llega al límite en donde se ha de detener realiza oscilaciones de escasa extensión motivadas por cualquier clase de esfuerzos que haga el enfermo incluso los movimientos respiratorios.

Hemos dicho que el valor de la presión normal estaba comprendido entre 20 y 30 centímetros de agua en la posición sentado. Al estado patológico esos valores son susceptibles de va-



riaciones, independientemente de los cambios que se puedan presentar en las presiones arterial y venosa, pero no ha sido esto objeto de nuestras investigaciones, nosotros lo que nos hemos propuesto averiguar es qué relaciones existen entre la presión del líquido céfalo-raquídeo por una parte y las presiones arterial y venosa por otra. Orientados en tal sentido hemos encontrado cuatro cuestiones para analizar, a saber:

A). Influencia de las variaciones de la presión arterial sobre la tensión del líquido céfalo-raquídeo.

B). Influencia de las variaciones de la tensión del líquido céfalo-raquídeo sobre la presión arterial.

C). Influencia de las variaciones de la presión venosa sobre la tensión del líquido céfalo-raquídeo.

D). Influencia de las variaciones de la tensión del líquido céfalo-raquídeo sobre la presión venosa.

Dos de estas cuestiones (A y C) las hemos encontrado bien estudiadas en un trabajo publicado por Planques, Riser y Sorel, en el número 28 de la Presse Medicale del presente año, titulado "La pression rachidienne chez les hypertendus artériels". De la parte pertinente de dicho trabajo haremos un breve recuento oportunamente.

El estudio de la segunda cuestión (B) lo hemos abordado por nuestra cuenta sin conocimiento de ningún trabajo anterior sobre ese particular. Diez observaciones hechas cuidadosamente nos han servido para llegar a una conclusión segura sobre el asunto y aun cuando en realidad es escaso el número de datos obtenidos nos parecen suficientemente demostrativos. (V. cuadro número 2).

En lo relacionado con la última de estas cuestiones (D) no podemos formular una conclusión definitiva por carecer de datos sobre qué fundamentarla.

*a). Influencia de las variaciones de la presión arterial sobre la tensión del líquido céfalo-raquídeo.*

Las variaciones de la presión arterial en nada modifican la tensión del líquido céfalo-raquídeo. A esa conclusión han llegado los autores mencionados atrás mediante la experimentación en animales y la comprobación de valores normales de la tensión del líquido céfalo-raquídeo en trece casos de hipertensión arterial sin hipertensión venosa.

Las experiencias a que nos referimos han sido hechas en pe-



# LABORATOIRES AMIDO

A. BEUGONIN, PHARMACIEN

4, PLACE DES VOSGES, 4 - PARIS

PRODUCTOS	INDICACIONES	FORMAS
<b>AMIDAL</b> Almidón Parafinado y Fermentos Lácticos.	ENTERITIS. DIARREAS. DISENTERIA.	POLVOS. COMPRIMIDOS. OBLEAS.
<b>BACKERINE</b> Fermentos y Sales de Magnesia.	EPITELIOMAS. CARCINOMAS. SARCOMAS.	AMPOLLAS. OBLEAS. GRAGEAS.
<b>GENESERINE</b> Polonovski & Nitzberg.	DISPEPSIA HIPOÁCIDA. SINDROMO SOLAR. TAQUICARDIA.	GRAGEAS. GRÁNULOS. GOTAS. AMPOLLAS.
<b>GENATROPINE</b> Polonovski & Nitzberg.	DOLORES ABDOMINALES. TRASTORNOS SIMPÁTICOS. DISPEPSIA HIPERÁCIDA.	GOTAS. GRÁNULOS. AMPOLLAS.
<b>GENOSTRYCHNINE</b> Polonovski & Nitzberg.	PARÁLISIS. ASTENIA. NEURASTENIA.	GOTAS. GRÁNULOS. AMPOLLAS.
<b>GENOSCOPOLAMINE</b> Polonovski & Nitzberg.	ESTADOS PARKINSONIENSES. SINDROMOS POST-ENCEFALÉTICOS ANESTESIA QUIRÚRGICA.	GOTAS. GRÁNULOS. AMPOLLAS.
<b>GENHYOSCYAMINE</b> Polonovski & Nitzberg.	ESPASMOS DIGESTIVOS. CÓLICOS. AGITACIONES NERVIOSAS DIVERSAS	GOTAS. GRÁNULOS. AMPOLLAS.
<b>VITAMYL</b> Vitaminas Concentradas.	RAQUITISMO. ESCORBUTO INFANTIL. TUBERCULOSIS. ALIMENTACIÓN INTENSIVA.	LÍQUIDO.

MUESTRAS MÉDICAS Y LITERATURA A DISPOSICIÓN DE LOS SEÑORES MÉDICOS

DEPOSITARIO PARA COLOMBIA: SEÑOR **LOUIS BANCELIN**

CALLE CALDAS, 20 DE JULIO Y PROGRESO - BARRANQUILLA



# MICROSCOPIOS

REACTIVOS - COLORANTES - HEMATIMETROS - LAMINAS - LAMINILLAS  
ETC. ETC.

CRISTALERIA PARA LABORATORIOS QUIMICOS Y BACTERIOLOGICOS  
INSTRUMENTAL PARA MEDICOS Y CIRUJANOS  
JERINGAS HIPODERMICAS Y PARA VETERINARIA

## TALLER DE MECANICA

PARA LA REPARACION DE TODA CLASE DE INSTRUMENTOS DE PRECISION

# OPTICA ALEMANA

SCHMIDT HERMANOS

Calle 12, número 7-58 - Entre carreras 7a. y 8a.

Apartado número 1032 - Teléfono 44-31.

# LA TRIADA DIGESTIVA

DE LOS LABORATORIOS ZIZINE

SINDROME de INSUFICIENCIA  
HEPATO-BILIAR

FORMA: GRANULADO

Adultos: 1 à 3 cucharaditas de las  
de café, por la mañana, en  
ayunas en 1/2 vaso de agua  
caliente.

Niños: 1/3 à 1 cuchara-  
dita de las de café.

SINDROME HIPOSTÉNICO  
ANOREXIA-AEROFAGIA

FORMA: GOTAS

Adultos: 30 gotas a cada comida.

Niños: 4 à 6 gotas por año de  
edad y en el espacio de  
21 horas.

ÀGOCHOLINE PEPTODIASE  
ESTIMULANTE HEPATOBILIAR ESTIMULANTE GÀSTRICO  
SEDATIVO GÀSTRICO  
SÈDOGASTRINE

SINDROME HIPERSTÉNICO

FORMAS } GRANULADO: 1 cucharadita de las de café despues de cada comida  
COMPRIMIDOS: 2 à 4 comprimidos despues de cada comida

Literatura y muestras gratis à los Srs. Médicos, dirijase a los

Laboratoires P. ZIZINE - 24, Rue de Fécamp, PARIS

Docteur en Médecine - Laureado por la Facultad de Paris - Jefe de Laboratorio en el Hospital Saint-Antoine, PARIS



rros, aprovechando la propiedad que tiene la acetyl-colina de bajar la presión arterial provocando al mismo tiempo una elevación en la presión venosa. Los autores han tomado, simultáneamente, gráficas de las presiones arterial, venosa y raquídea. En ellas se aprecia con mucha claridad cómo a la caída de la presión arterial, subsecuente a la inyección de acetyl-colina, corresponde un ascenso en las otras dos presiones. En la interpretación de estos resultados no es lógico atribuir como causa al aumento de la tensión en el líquido céfalo-raquídeo la caída de la presión arterial; más natural es pensar que sea la hipertensión venosa la responsable y, como hemos de verlo luego, los hechos confirman esta suposición.

Los casos de hipertensión arterial sin hipertensión venosa ni raquídea, estudiados por Planques, Riser y Sorel, demuestran también que los cambios de la presión arterial no tienen ninguna influencia sobre la tensión del líquido céfalo-raquídeo. (V. cuadro número 1).

*b). Influencia de las variaciones de la tensión del líquido céfalo-raquídeo sobre la presión arterial.*

Para resolver el problema de si las variaciones en la tensión del líquido céfalo-raquídeo repercuten sobre la presión arterial hemos procedido a tomar sobre diez enfermos, entre los cuales figuran tanto individuos de presión arterial normal como hipotensos e hipertensos, los siguientes datos: medida de la presión arterial inmediatamente antes de hacer la punción lumbar, medida de la tensión del líquido céfalo-raquídeo, nueva medida de la tensión raquídea después de extracción de 20 centímetros de líquido, medida de la presión arterial unas veces inmediatamente otras veces media hora o una hora después de la punción y por último toma de la presión arterial 24 horas más tarde. Las anteriores medidas han sido tomadas teniendo sentados a los enfermos. Con la extracción de los 20 centímetros de líquido, que en ningún caso motiva perjuicios a los enfermos, perseguimos el descenso experimental de la tensión raquídea.

Como se puede ver en el cuadro N.º 2 la diferencia entre los valores de la tensión raquídea antes y después de la extracción del líquido es muy variable en cada caso particular, en el N.º 1 por ejemplo encontramos 23 centímetros al paso que en el N.º 8 solamente encontramos 8 centímetros, sin que tal diferencia dependa en ninguna manera del valor de la presión inicial.



En todo caso el promedio es alto, 15 centímetros de agua.

También se puede apreciar que no existe paralelismo obligatorio entre la tensión del líquido céfalo-raquídeo y la presión arterial, así en el N.º 9 con una presión arterial de 180-120 se encuentra únicamente 28 de tensión raquídea y en cambio en el N.º 4 a una presión arterial de 80-60 corresponde 38 de tensión raquídea.

Procediendo ahora al análisis cuidadoso de los resultados obtenidos se hace notorio desde el primer momento que en ninguno de los casos se presentaron elevaciones o bajas, inmediatas ni tardías, de alguna consideración, en la presión arterial, como consecuencia de la decompresión apreciable de los centros nerviosos. Tan sólo se registran pequeñas variaciones en los dos sentidos, de la presión máxima o mínima o de ambas a la vez, unidas seguramente a causas banales (esfuerzos, comidas, etc.) y si se quiere también a ligeros errores de apreciación.

Creemos se impone entonces, como conclusión general, que las variaciones en la tensión del líquido céfalo-raquídeo en nada modifican la tensión arterial bien sea esta normal o patológica.

*c). Influencia de las variaciones de la presión venosa sobre la tensión del líquido céfalo-raquídeo.*

Planques, Riser y Sorel han logrado concluir en lo referente a las relaciones entre la presión venosa y la tensión del líquido céfalo-raquídeo que los cambios sufridos por aquella tienen una influencia directa sobre ésta. La hipertensión venosa es entonces generadora de hipertensión en el líquido céfalo-raquídeo. Aportan en su trabajo como prueba observaciones hechas en tres enfermos que presentaban una hipertensión venosa sin hipertensión arterial pero acompañada de una elevación en la tensión del líquido céfalo-raquídeo. (V. cuadro número 3). Traen además un total de 8 casos de hipertensión a la vez venosa, arterial y raquídea en los cuales la explicación de esta última no puede ser otra que la hipertensión venosa puesto que, como lo hemos hecho notar atrás, el valor de la presión arterial no tiene relaciones con el de aquella y por tratarse de casos en que no se podía invocar como causa de dicha hipertensión factores de origen tóxico, inflamatorio, comprensivo, etc. que obraran sobre los plejos coroides supuestos generadores del líquido céfalo-raquídeo.

También han hecho diferentes experiencias encaminadas a dar la demostración experimental del fenómeno:

a). Excitación eléctrica del cabo periférico de uno de los vagos que ocasiona la caída de la presión arterial y la elevación de las presiones venosa y raquídea.

b). Inyección de acetyl-colina que baja la tensión arterial provocando al mismo tiempo alza de las presiones venosa y raquídea.

c). Inyección de histamina que hace descender las presiones arterial, venosa y raquídea.

d). Aplicación de adrenalina que hace subir las tensiones arterial, venosa y raquídea.

e). Por último la prueba de Queckensted que consiste en la compresión de las venas yugulares lo cual trae instantáneamente aumento de la sangre venosa en la circulación cerebral y la consiguiente elevación de la tensión raquídea.

El mecanismo por el cual la hipertensión venosa origina la hipertensión en el líquido céfalo-raquídeo la explican los autores citados en la siguiente forma: “creemos en el aumento puro y simple de la tensión raquídea por compresión venosa en el seno de una cavidad inextensible puesto que, en nuestros casos, los líquidos céfalo-raquídeos no se modificaban en su tenor en albúmina ni en su riqueza en células”.

CUADRO 1.º

Números	DIAGNOSTICOS	Tensión arterial	Tensión venosa	Tensión Raquídea	
				Acostado	Sentado
1	Hipertensión arterioesclerosa.	27-12	11	22	37
2	Arterioesclerosis . . . . .	26-13	11	18	32
3	Perseguido . . . . .	22-10	8,5	14	32
4	Tabes. . . . .	26-12	11,5	17	32
5	Arterioesclerosis . . . . .	30-15	10,5	18	34
6	Arteriohemiplejia. . . . .	35-18	10	16	35
7	Arterioesclerosis . . . . .	30-15	10,5	20	35
8	Hemiplejia-Afasia. . . . .	24-12	10,5	22	35
9	. . . . .	25-15	10,5	23	32
10	Hemiplejia . . . . .	25-9	9	17	25
11	Cuadruplejia traumática. . . . .	25-11	10	21	34
12	Hemiplejia . . . . .	19-9	11	23	32
13	. . . . .	25-13	9	17	29

Tomado del número 26 de *La Presse Médicale*, de abril de 1933.

La tensión venosa normal es de 11 centímetros de agua tomada con el aparato de Claude



CUADRO 2.º

Número	DIAGNOSTICOS	Presiones del líquido C. R.		Presiones arteriales		
		Inicial	Final	Antes punción	Después	A las 24 hs.
1	Chichismo . . . . .	51	28	160-110	160-120	144-108
2	Epilepsia . . . . .	45	35	112- 74	112- 70	110- 70
3	Epilepsia . . . . .	45	25	120- 64	100- 60	114- 60
4	Epilepsia . . . . .	38	22	80- 60	84- 64	84- 60
5	Epilepsia . . . . .	35	20	110-160	110- 70	110- 70
6	Parálisis general . . . .	34	24	146-110	140- 80	156- 96
7	Epilepsia . . . . .	32	13	114- 90	120- 90	110- 88
8	Parálisis general . . . .	28	20	116- 74	110- 76	114- 70
9	Parálisis general . . . .	28	15	180-120	174-118	196-120
10	Meningitis crónica. . . .	27	7	100- 58	100- 64	98- 60

(Tomadas con el Baumanómetro)

CUADRO 3.º

Números	DIAGNOSTICOS	Tensión arterial	Tensión venosa	Tensión raquídea		OBSERVACIONES
				Acostado	Sentado	
1	Asistolia corazón derecho . . . . .	12-9,5	25 con latidos	40 con latidos	55	Líquido normal.
2	Neoplasma tiroidiano.	13-8	25	30	50	Fondo de ojo: papila roja, sin edema ni hemorragia.
3	Endocarditis maligna en un demente alcohólico . . . . .	13-6	20	26	55	Líquido normal.

Tomado del número 26 de *La Presse Médicale*, de abril de 1933.

*d). Influencia de las variaciones de la tensión del líquido céfalo-raquídeo sobre la presión venosa.*

Auncuando este es un asunto aún no estudiado nos atrevemos a conceptuar que las modificaciones de la tensión del líquido céfalo-raquídeo no determinan cambios en la presión venosa, pues lo contrario sería aceptar que en todos los casos de hidrocefalia, chichismo, meningitis agudas, compresiones medulares, etc. es de regla la hipertensión venosa.

EMILIO GOMEZ PINZON.

*Roberto Ordóñez Clavijo.*

## SOCIEDADES CIENTIFICAS

### EXTRACTO DE ACTAS

#### ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

*Sesión extraordinaria del día 14 de julio de 1933.*

Asistieron el señor Ministro de Educación Nacional, el Rector de la Facultad de Medicina, los académicos honorarios doctores Luis Cuervo Márquez, Pablo García Medina, Carlos Esguerra y Aristides Salgado; los académicos de número doctores Zea Uribe, Zoilo Cuéllar Durán, Ucrós, Lleras, Franco, Muñoz, Manrique, Salgar, Aparicio, Manuel A. Cuéllar Durán, Corpas, Jiménez López, Bejarano, Defrancisco, Leyva, Trujillo Gutiérrez, Montaña, Gonzalo Esguerra, Cavelier, Rueda y Tirado Macías; los académicos correspondientes Julio Zuloaga y Jorge E. Calvo; y una selecta concurrencia de damas y caballeros.

El salón de la Academia se había arreglado especialmente para este acto, y en el centro se colocó el retrato del doctor Juan de Dios Carrasquilla, obra del maestro Gómez Campuzano.

El académico Montaña llevó la palabra en este acto. Exaltó la obra fecunda y variada del doctor Carrasquilla ya en el campo de la agronomía y del progreso material y técnico del país, ya en el campo de las ciencias naturales y de la medicina; y describió también la personalidad de tan ilustre sabio.

El Presidente doctor Ucrós entregó luego los diplomas de miembros honorarios a los académicos doctores Juan David Herrera, Luis Cuervo Márquez, Pablo García Medina, Carlos Esguerra y Luis Felipe Calderón. En un corto discurso hizo el elogio de cada uno de los académicos nombrados, al cual contestó en nombre de sus compañeros el doctor Luis Cuervo Márquez.

Se aprobó luego por unanimidad la siguiente proposición presentada por los académicos Bejarano y Diego Carbonell:

“La Academia Nacional de Medicina de Bogotá, teniendo en cuenta que en el curso del presente año serán ya una realidad



y dadas al servicio público las dos carreteras internacionales que han de unir las capitales del Ecuador, Venezuela y Colombia;

Que en este fausto acontecimiento se cumple uno de los ideales del Libertador Simón Bolívar de ver unidas espiritual y materialmente las naciones que constituyeron la Gran Colombia;

Que con este motivo se ofrece a la Academia Nacional de Medicina la ocasión de iniciar el acercamiento de los tres países estrechando sus vínculos científicos y buscando dentro de la medicina comunes medios de protección de su raza y de defensa contra los flagelos tropicales,

RESUELVE:

Designar una comisión de su seno a fin de que, de acuerdo con los señores Ministros de Relaciones Exteriores y de Educación Nacional, organice y adelante la convocatoria y reunión del Primer Congreso Médico de la Gran Colombia, el cual deberá verificarse en Bogotá en el mes de julio del año próximo”.

La Comisión de la Mesa de la Academia y el doctor Diego Carbonell, fueron encargados de dar los pasos conducentes para la reunión del Congreso.

A las 9 p. m. se levantó la sesión.

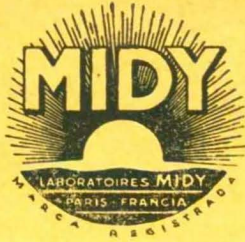
El Presidente,

RAFAEL UCROS

El Secretario,

*Gonzalo Esguerra Gómez.*

---



# PIPÉRAZINA MIDY

**GRANULADA EFERVESCENTE**

**El más potente  
disolvente  
del ácido úrico**  
Estimulante  
de la actividad hepática

LA  
PIPERAZINA  
es  
el único nuevo  
antiúrico  
inscrito en la  
Farmacopea Francesa

**Artritis,  
Gota, Mal de piedra,  
Reumatismo,  
Litiasis renal,  
Litiasis biliar.**

Literatura y muestras.

● 2 a 4 cucharadas a café al día. ●

**BERNARD PAULY**  
Apartado 649, BOGOTÁ  
Apartado 616, BARRANQUILLA

**ESPECIFIQUESE BIEN EL NOMBRE "MIDY"**



Tenemos el gusto de ofrecer a los señores médicos un  
colagogo excelente para

**TERAPIA HEPATOBILIAR**

**Es el HEPATODRENO**

cuyos componentes son: Peptona, Sulfato  
de magnesia, Hepatina y Bileína.

Con gusto enviaremos muestras a quienes se sirvan solicitarlas.

*Aprobado por la H. C. de Especialidades Farmacéuticas de  
la República de Colombia.*

**Laboratorio Farmacéutico de la Botica Meoz.**

Carrera 7a., números 513-A—513-B. Apartado 6—Bogotá.

**SECCIÓN DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA BIBLIOTECA SALVAT**

**DIATERMIA Y DIATERMOTERAPIA**

por el

**Dr. H. Bordier**

Forma un tomo en octavo, de 724 páginas,  
ilustrado con 263 grabados en el texto.

**LOS TUMORES DEL CEREBRO**

por el

**Dr. L. Puusepp**

Forma un tomo en cuarto, de 740 páginas,  
ilustrado con 221 grabados en el texto.

**DIAGNÓSTICO  
Y  
TRATAMIENTO DE LA BLENORRAGIA**

por el

**Dr. J. Janet**

Forma un tomo en cuarto, de 552 páginas,  
ilustrado con 143 grabados en el texto.

**LOS RAYOS ULTRAVIOLETAS  
EN TERAPIA**

por el

**Dr. J. Saidman**

Forma un tomo en cuarto, de 740 páginas,  
ilustrado con 190 grabados y 4 láminas.

**SALVAT EDITORES, S. A. 41-Calle de Mallorca-49 : BARCELONA**





# LA ANTIPHLOGISTINE

usada en Dermatología actúa exclusivamente como un tóxico estimulante. Ya bien sea en casos de Dermatitis exfoliativa, Excema impetiginoso o seco, Lichen o Psoriasis los resultados son comúnmente rápidos y seguros.

El escozor intolerable del Excema desaparece, dando al paciente descanso completo.

El efecto de la medicación interna se prolonga e intensifica por medio de la acción deterensiva de la Antiphlogistine aplicada conjuntamente o antes de comenzar el tratamiento específico.



*Solicite muestra y  
literatura*

## — Prescriba

# ANTIPHLOGISTINE

The Denver Chemical Manufacturing Co.  
163 Varick Street Nueva York, E. U. A.

PARA PRURITO

URTICARIA · ACNE

ERITEMA MULTIFORME

ENVENENAMIENTOS EXTERNOS

· ETC ·





# TRICALCINE

## RECONSTITUYENTE

EL MÁS PODEROSO - EL MÁS CIENTIFICO - EL MÁS RACIONAL



## MEDICACIÓN

LA MAS EFICAZ PARA EL TRATAMIENTO DE

BRONQUITIS BAJO VARIAS FORMAS - ANEMIA  
RAQUITISMO - ESCROFULA  
LACTANCIA Y CRECENCIA DE LOS NIÑOS  
**TUBERCULOSIS**

## TRICALCINE

A BASE DE SALES CALCICAS CONVERTIDAS EN ASIMILABLES

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA, 21, RUE CHAPTAL, PARIS, 9<sup>e</sup>

# PALUDISMO

## FIEBRES INTERMITENTES

# QUINOFORME

Formlato Basico de Quinine LACROIX  $C^{20} H^{24} N^2 O^2 \cdot HCO^2 H$

**GRAN PREMIOS : Turin 1911 - Marseille 1922 - Athènes 1928**

La más rica en Quinina (87,56 %).

La más soluble en el agua.

La más activa de todas las sales de Quinina.

**LAS INYECCIONES SON NEUTRAS Y SIN DOLOR**

**FORMAS  
PHARMACEUTICAS**

{ A 6 y 12 AMPOLLAS a 0gr.25, 0gr.50, 0gr.75, 1gr., 1gr.25, 1gr.50.  
B 6 y 12 SELLOS de 0gr.25 y 0gr.50.  
C COMPRIMIDOS de 0gr.10, 0gr.20, 0gr.30 y 0gr.50.  
D PILDORAS de 0gr.10.

Literatura y Muestras : Laboratoires LACROIX, 37, Rue Pajol, PARIS-18<sup>e</sup>

Agente para anuncios en Europa: J. PERRIN. - Société Mutuelle de Publi-  
cité. - 14. rue Rougemont - PARIS