

Revista Médica de Colombia

*Embriaguez es el
Dr. vale 20
No la voten*

DIRECCION: DOCTOR AGUSTIN ARANGO - DOCTOR DARIO CADENA

GRUPO DE REDACCION:

Doctores: Pedro J. Almánzar, Ramón Atalaya, Humberto Correa, Arturo Durán, Alfonso Flórez, Ruperto Iregui, Alfredo Izquierdo, Juan Pablo Llinás, Hernando Matallana, Carlos J. Mojica, Gonzalo Reyes, Jorge Rosas Cordovez, Claudio Sánchez, Epaminondas Sánchez.

CUERPO DE COLABORADORES EN BOGOTA:

Doctores: José del C. Acosta, Alfonso Esguerra, Gonzalo Esguerra, Rubén A. García, Jaime Jaramillo, Hernando Rueda, Manuel José Silva, Calixto Torres Umaña, Fernando Troconis, César Uribe Piedrahita, Francisco Vernaza, Luis Zambrano Medina.

EN LOS DEPARTAMENTOS:

Doctores: Alberto Gómez (Antioquia), Carlos Acosta García (Atlántico), N. Franco Pareja (Bolívar), José Manuel Rojas (Boyacá), Guillermo Londoño (Caldas), Enrique Chaux (Cauca), Max Duque Gómez (Huila), J. F. de Armas (Magdalena), Segundo Recalde (Nariño), Lamus Girón (Santander del Norte), Roberto Serpa (Santander del Sur), Alejandro Bernal Jiménez (Tolima), Ramiro Guerrero (Valle).

Vol. I - N.º 4 - Bogotá, Colombia, S. A. - Noviembre 1930

20 Cvos.

**El temor
a la Malaria**

no está justificado. Emplee Vd. la
PLASMOQUINA COMPUESTA
 que es el nuevo remedio ideal para prevenir
 y curar la enfermedad • Se obtiene en las
 buenas Droguerías y Farmacias.

Para muestras y literatura científica favor dirigirse a

QUIMICA INDUSTRIAL

Bayer Meister-Lucius

WESKOTT & Cía. - APARTADO 301. - BOGOTA

CONTENIDO:

	Págs.
EL CONTROL RADIOGRAFICO EN LA CURIETERAPIA UTERINA.—Comunicación que hacen los doctores Alfonso y Gonzalo Esguerra Gómez a la Academia Nacional de Medicina de Bogotá.....	203
INFORME del doctor Juan N. Corpas sobre el control radiográfico en la curieterapia uterina.....	222
ALGUNAS CONSIDERACIONES ELEMENTALES SOBRE METABOLISMO BASAL, por el doctor César Uribe Piedrahita, M. D. (Continuación) ...	224
EL PLATANO, por el doctor A. M. Barriga Villalba.....	228
ESCROFULODERMA TUBERO-ULCEROSA (El caso clínico del mes), por el doctor Manuel José Silva.....	234
METRITIS HEMORRAGICA DE UNA VIRGEN TRATADA QUIRURGICAMENTE, por el doctor Néstor Santacoloma ...	239
EDITORIAL.—La Beneficencia en Bogotá.....	242
DEONTOLOGIA.....	245
TERAPEUTICA RAZONADA.....	248
CRONICAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA.....	251
CRONICA DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS.....	257
CRONICA DEL HOSPITAL DE SAN JOSE.....	260
TESIS Y TRABAJOS NACIONALES	262
LIBROS Y REVISTAS.....	265
EL LAZARETO DE CONTRATACION.....	272
NOTAS.....	275

CONDICIONES:

Serie de 12 números en el interior.\$	2.40
Serie de 12 números en el exterior..	3.50
Número suelto.....	0.20
Número atrasado.....	0.30

PARA SUSCRIPCIONES Y AVISOS DIRIGIRSE AL
APARTADO 894 - BOGOTA - COLOMBIA. S. A.

El valor puede ser enviado por giro postal, valor declarado o ser consignado al colaborador departamental.

SULFARSENOL

**Indoloro en inyecciones subcutáneas,
intramusculares e intravenosas.**

El mejor tratamiento antisifilítico conocido, experimentado en los hospitales europeos, y muy especialmente en los de Bogotá, Barranquilla, Cúcuta, Bucaramanga.



DE VENTA EN TODAS LAS DROGUERIAS DEL PAIS

'CEREGUMIL'

FERNANDEZ

Alimento completo vegetariano
a base de cereales y leguminosas.

**Especial para niños, ancianos, enfermos del
estómago y convalecientes.**

**Insustituible como alimento en los casos de
intolerancia gástrica y afecciones intestinales.**

**DE VENTA EN LA DROGUERIA DEL COMERCIO, S. A.
Carrera 7.ª, números 536 y 538**

Revista Médica de Colombia

PUBLICACION MENSUAL

DIRECCION

DR. AGUSTIN ARANGO — DR. DARIO CADENA

Vol. I | Bogotá - Colombia, S. A. Noviembre de 1930 | N.º 4

EL CONTROL RADIOGRAFICO EN LA CURIETERAPIA UTERINA

Comunicación que hacen los doctores Alfonso y Gonzalo Esguerra Gómez a la Academia Nacional de Medicina de Bogotá

En los tratamientos curieterápicos uterinos para epitelomas del cuello, fibromas, metritis y metrorragias de origen ovárico hemos observado, hasta ahora, una gran variabilidad en los resultados. Este hecho nos ha llamado la atención porque contrasta con la seguridad de éxito que se tiene en los casos que pueden tratarse en los otros órganos por medio de la radiumterapia. Un epiteloma de la lengua que no sea demasiado avanzado se cicatriza siempre por medio de la radium-punción; un epiteloma de la piel de pequeña extensión, tratado por medio de un aparato plano de focos exteriores, se cura en todos los individuos en las mismas condiciones. En cambio en los epitelomas del cuello uterino encontramos resultados diferentes, en casos semejantes y tratados de idéntica manera. En los fibromas, metritis y metrorragias, los tratamientos son casi siempre satisfactorios, porque las aplicaciones se hacen por medio de pequeñas dosis, repetidas con intervalos más o menos largos. Los resultados defectuosos después de una primera aplicación, los atribuimos a una menor sensibilidad de los tejidos, y por medio de irradiaciones posteriores llegamos casi siempre a una curación definitiva. En los tratamientos a grandes dosis, que se emplean para los epitelomas del cuello uterino, los resultados obtenidos no pueden variarse des-

pués con nuevas aplicaciones. Por este motivo son los epitelio-
mas del cuello los más difíciles de tratar. Pero también en los
tratamientos fraccionados hemos encontrado algunos individuos
en los cuales, con gran sorpresa nuestra, no hemos obtenido las
curaciones a que se llega en casos similares. De las metrorragias,
tratadas hasta ahora, por medio de la radiumterapia, solamente
un caso ha sido rebelde. Se trataba de una enferma que tenía una
intolerancia uterina absoluta. Era una matriz grande, dura, abierta
y que sangraba abundantemente.

Poco tiempo después de introducir los tubos uterinos los expul-

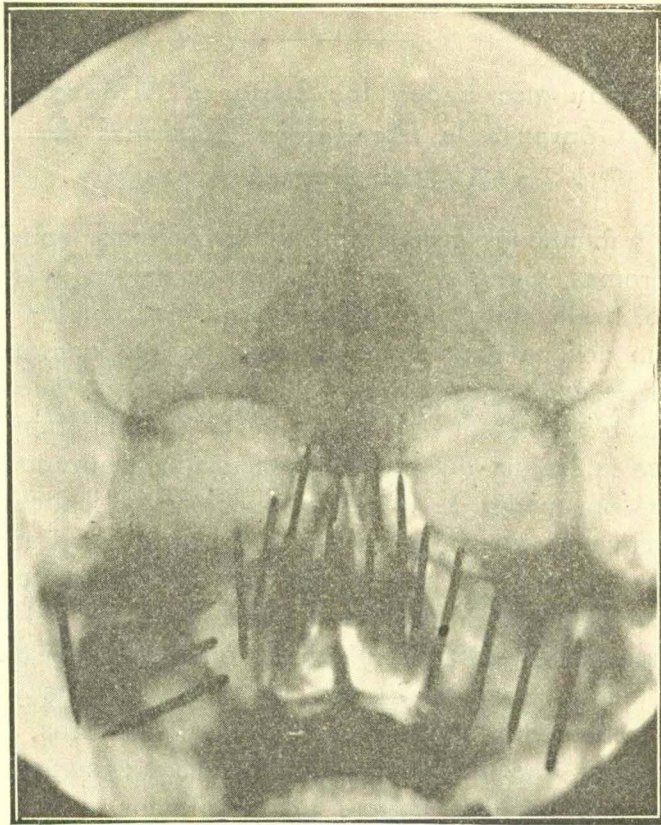


FIGURA N.º 1.—Radiografía de la cara tomada en el curso de un tratamiento
curieterápico para una disqueratosis de las regiones nasales y yugales (aparato
plano, tipo nasal, pasta «Colombia», 20 focos radioactivos).

Nótese la transparencia del aparato en la parte inferior ocupada por los tu-
bos, y la sombra homogénea del prolongamiento frontal, en donde no hay nin-
gún foco radioactivo.

Las propiedades difusoras de la pasta «Colombia» explican este fenómeno.



FIGURA N.º 2.—Radiografía lateral del cráneo. Acromegálica por tumor hipofisario con destrucción de las apófisis clinoides posteriores. (Caso N.º 2935. Enferma del doctor Juan N. Corpas).

(Sondas nasales con dos tubos de 100 microcuries destruídos por hora, filtración correspondiente a $1\frac{1}{2}$ mm. de platino).

Los tubos empleados en este tratamiento son los mismos que se usan en las irradiaciones vaginales.

saba. Recurrimos al taponamiento endo-uterino y aún a la sutura de los tubos al cuello, sin que lográramos que éstos permanecieran en la matriz durante el tratamiento.

Del caso anterior nos ocurrió pensar, que la variabilidad en los resultados obtenidos en la curieterapia uterina y principalmente en los casos de epitelomas del cuello, no era debida a una mayor o menor resistencia de los tejidos de los diferentes individuos al radium, sino a un defecto en la técnica de aplicación.

En la radium-punción, las agujas van suturadas a la mucosa lingual; basta mirar al enfermo todos los días para convencerse de que no se han movido de su sitio. En las aplicaciones con los moldes de pasta «Colombia» es muy fácil adquirir la seguridad de que

el aparato ha permanecido en el mismo lugar durante todo el tiempo de la irradiación. En los tratamientos uterinos no sucede lo mismo: un ginecólogo experto puede tener casi la seguridad de que los tubos han quedado colocados en la cavidad uterina pero nunca puede saber si han permanecido en el mismo sitio durante el tiempo de la aplicación. Los movimientos de la enferma y principalmente las contracciones uterinas pueden expulsar los tubos de la matriz en el curso del tratamiento. Por esta razón sucede muchas veces que las dosis empleadas no han sido dosis uteri-

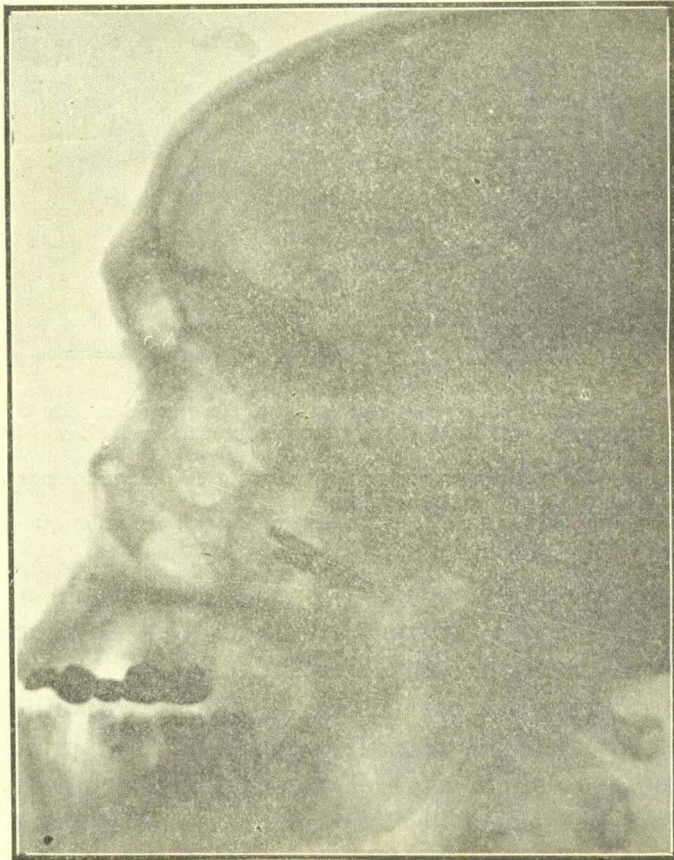


FIGURA N.º 3.—Radiografía lateral del cráneo. Tumor de la hipófisis con destrucción de las apófisis clinoides posteriores. (Irradiación endo-nasal con dos tubos de 50 microcuries destruídos por hora. Filtración de 1 mm. de platino). Estos son los tubos que se usan en las irradiaciones endo-uterinas. (Caso N.º 3240).

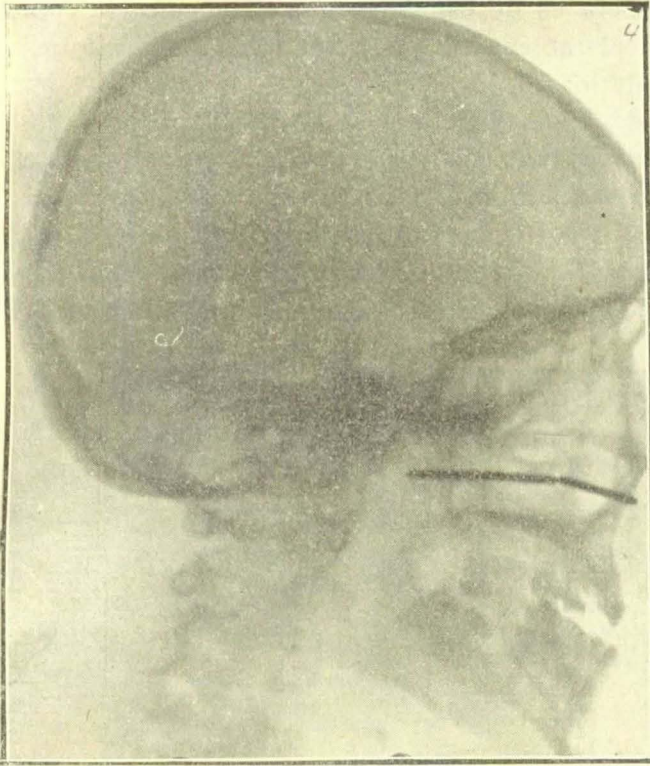


FIGURA N.º 4.—Irradiación endo-nasal con 3 tubos de 50 microcuries destruídos por hora, en una rinitis hipertrófica. (Caso N.º 3451).

nas sino simplemente vaginales, y éstas son insuficientes para obtener los resultados apetecidos.

De las consideraciones anteriores, y recordando también, lo que sucedía antiguamente en las aplicaciones radiumterápicas de la piel, en que se usaban pastillas con los tubos de radium, fijas a la piel con esparadrapos y que por lo tanto no permanecían exactamente en el mismo sitio, como sucede hoy con los aparatos especiales que se hacen con pasta Colombia, hemos llegado a la conclusión de que es indispensable controlar en alguna forma la inmovilidad de los tubos en la cavidad uterina durante la irradiación.

En los antiguos tratamientos para los epitelomas de la piel, los resultados satisfactorios llegaban a un 18% de los casos, y ese porcentaje subió a un 96% con el empleo de los moldes De la

misma manera es de esperarse que el número de curaciones aumente considerablemente, controlando en alguna forma las aplicaciones uterinas.

En los epitelomas de la piel tratados por las pastillas, se observaba una continuación del neoplasma en el borde superior, a causa de los deslizamientos imperceptibles que sufrían los tubos, dejando así la parte superior insuficientemente irradiada. Algo muy semejante pasa en los epitelomas del cuello uterino: el deslizamiento de la sonda deja débilmente irradiada la parte superior del

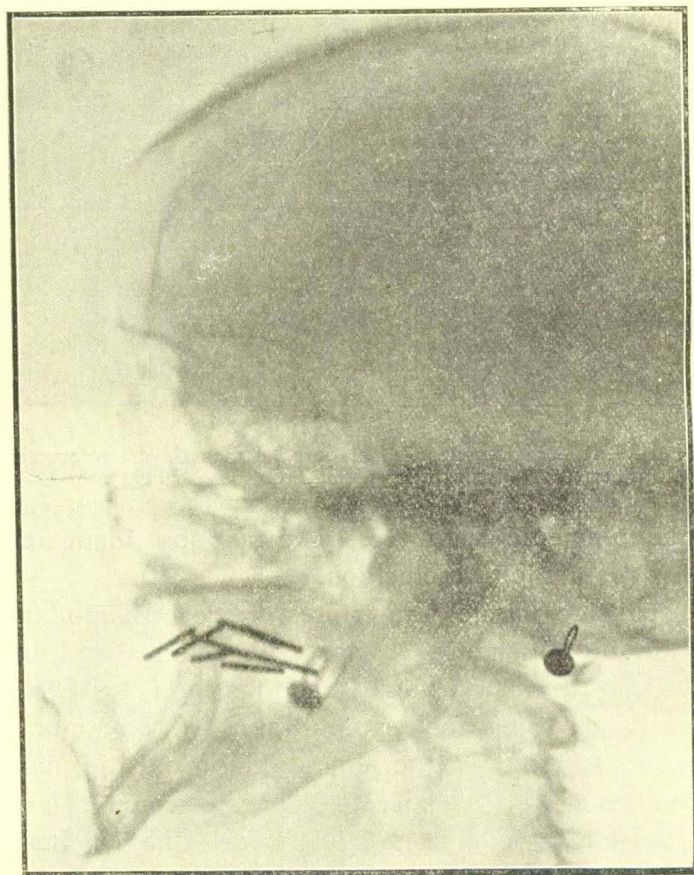
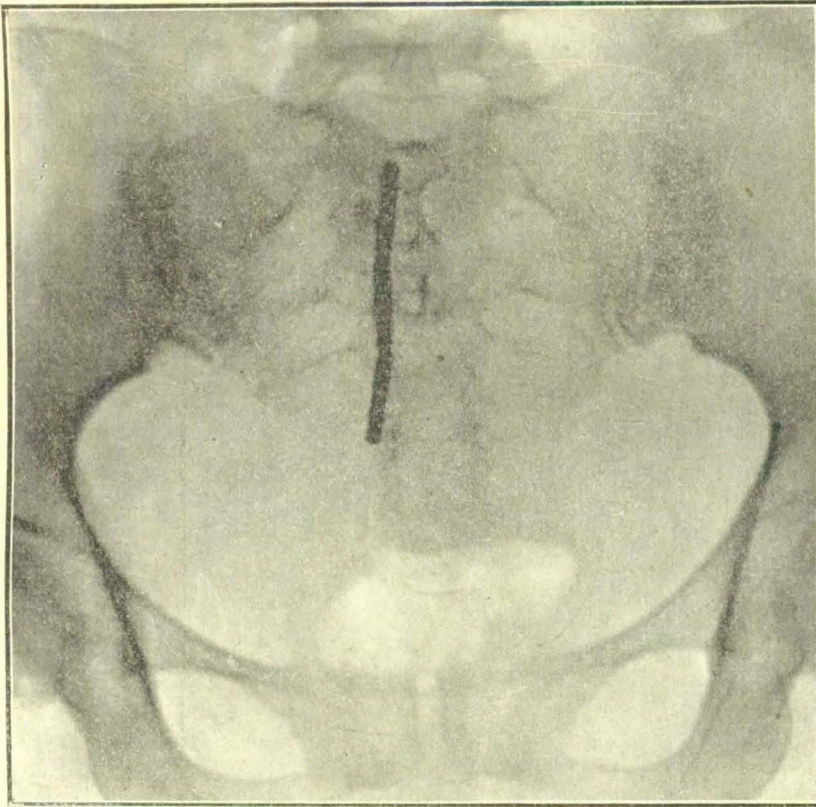


FIGURA N.º 5.—Radiografía de un aparato intra-bucal de pasta «Colombia» con 8 tubos de radium de 25 microcuries destruidos por hora. Filtración $\frac{1}{2}$ mm. de platino. Tratamiento de un epiteloma de la bóveda palatina. (Caso N.º 3257. Enferma del doctor C. J. Cleves Vargas). Para la técnica de estas aplicaciones intra-cavitarias véase la comunicación de uno de nosotros a la Sociedad de Cirugía de Bogotá).



FIGURAS N.º 6 y 7.—(Caso N.º 3524). Enferma de los doctores Rafael Ucrós y Juan N. Corpas. Epitelioma ulceroso del cuello uterino.

FIGURA N.º 6.—Tres tubos de radium de 50 microcuries colocados en línea recta y radiológicamente en el segmento útero-vaginal.

Por esta imagen radiográfica no se puede saber si todos los tubos están dentro de la cavidad uterina.

neoplasma. En las aplicaciones que hicimos para tumores de la hipófisis, introduciendo los tubos de radium en la nariz, se nos ocurrió tomar radiografías de estos enfermos para saber la posición exacta de los tubos con relación a la silla turca. De esta manera podíamos tener la seguridad de que el radium estaba colocado inmediatamente por debajo de la hipófisis. Cuando la posición no era satisfactoria colocábamos los tubos nuevamente hasta tenerlos en el sitio deseado. Más tarde, aprovechamos el control radiográfico para las aplicaciones nasales hechas en los rino-escleromas, y en uno de estos casos tuvimos la sorpresa de ver en-

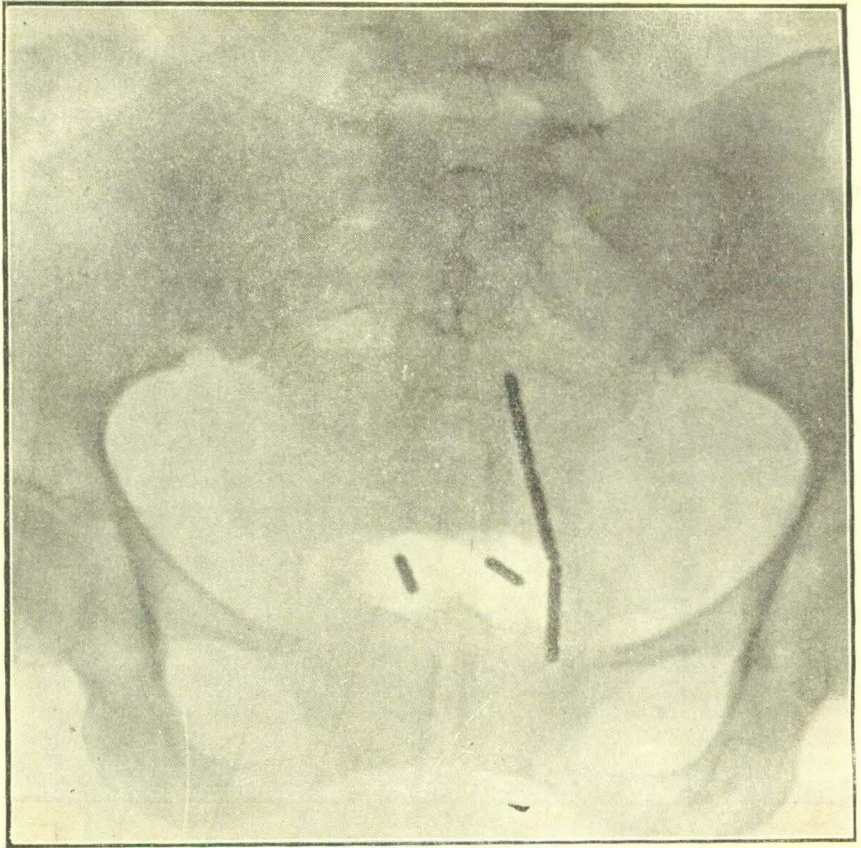


FIGURA N.º 7.—Teniendo como punto de reparo dos tubos vaginales, que en la radiografía se ven rodeados por dos zonas claras, puede comprobarse que solamente los dos tubos superiores de la sonda están colocados dentro de la matriz.

rollados los tubos de radium en la parte anterior de la nariz, cuando teníamos casi la seguridad de haberlos introducido bien y completamente en la parte posterior. Entonces nos ocurrió pensar que con las aplicaciones uterinas podía suceder algo semejante, y que por lo tanto, era conveniente y posiblemente necesario controlar esas aplicaciones por medio de los rayos X. Los tubos de radium se ven con mucha nitidez en las placas, pero por esa imagen no es posible saber si están colocados o no dentro de la cavidad uterina, puesto que ésta es transparente a los rayos X. No es el mismo caso de las aplicaciones hechas en la cara, en las cuales se puede saber la posición del radium, por las relaciones

que presenta con las partes óseas visibles en las radiografías. Así, pues, es necesario no solamente obtener la imagen de los tubos de radium, sino saber también de alguna manera si están o no colocados dentro de la matriz.

El sitio aproximado que en las radiografías corresponde al útero, junto con el punto de reparo de los tubos que se colocan siempre en el fondo de la vagina, nos permiten obtener este último dato.

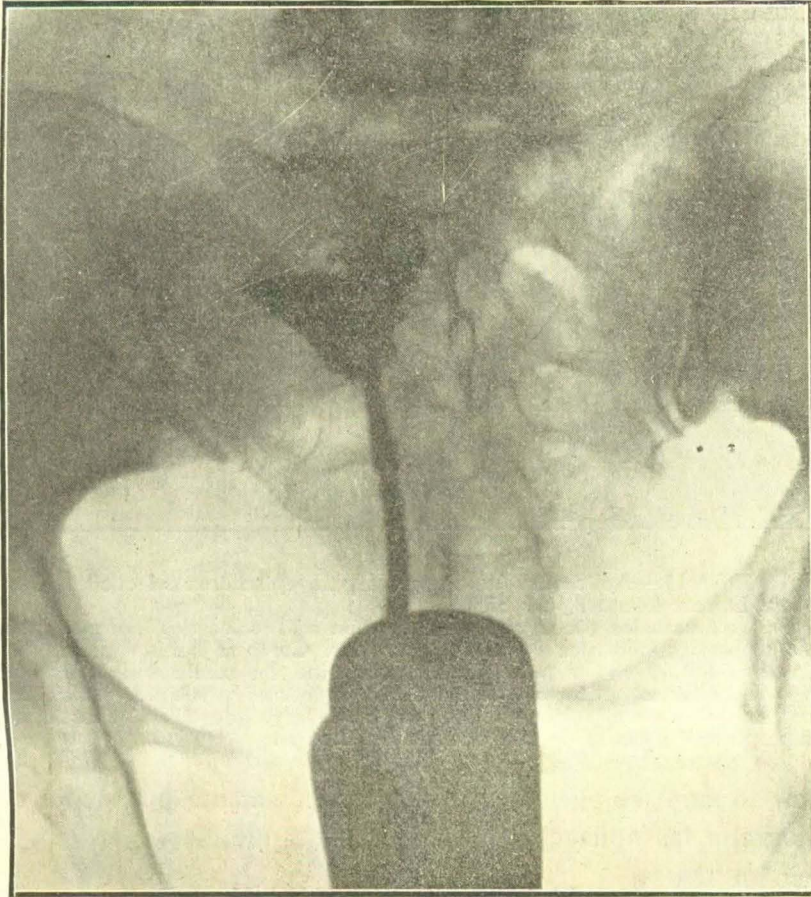


FIGURA 10.—Uterografía tomada al terminar el tratamiento. Obstrucción de la trompa derecha. El tamaño de la matriz pone de manifiesto la imposibilidad de colocar tres tubos en línea recta en el endometrio.

Esta uterografía demuestra que la destrucción neoplásica no se extendía más allá de la cavidad cervical.

(Véase la comunicación de uno de nosotros a la Sociedad Médico-Quirúrgica de los Hospitales).

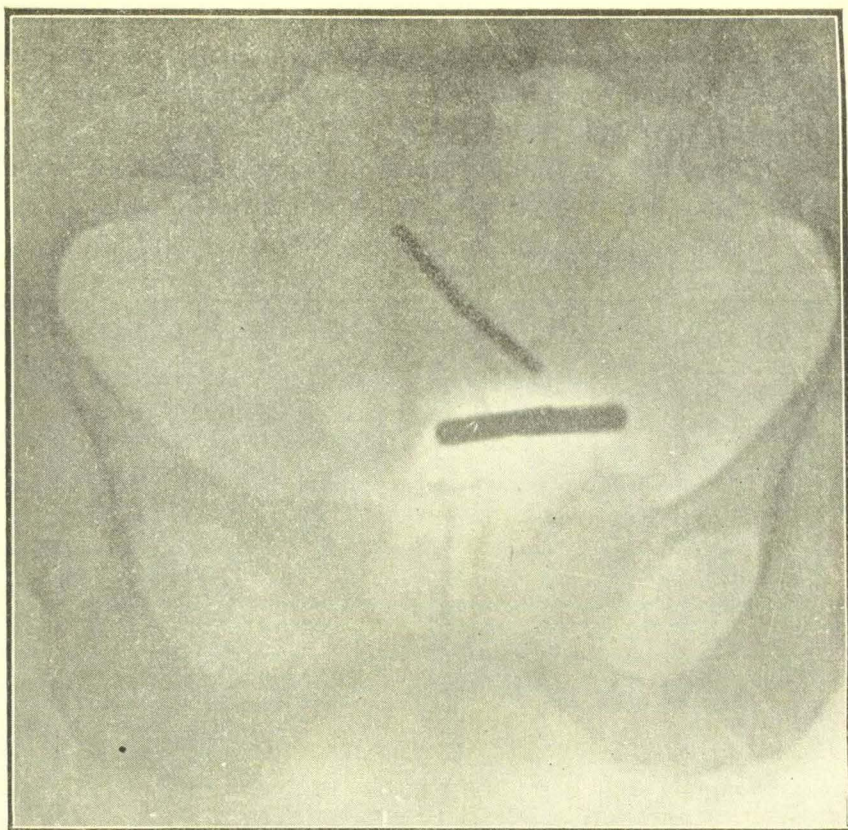


FIGURA N.º 13.—Aplicación útero-vaginal para epiteloma del cuello. (Caso N.º 3523, Doctor Manuel José Silva).

En este caso los tubos vaginales estaban mal colocados, porque ocupaban los repliegues vaginales anterior y posterior. Como se habían puesto 3 tubos en la sonda, y en la placa no aparecen sino las sombras de dos, fue preciso rectificar la aplicación. Una radiografía lateral habría sido suficiente para probar que los tres tubos estaban en la sonda y que dos de ellos aparecían superpuestos a causa de una anteversión uterina.

Por lo tanto se pueden controlar perfectamente por medio de la radiografía las aplicaciones curieterápicas uterinas.

LA TÉCNICA RADIOLÓGICA

Después de introducir los tubos de radium en los repliegues vaginales o en la cavidad uterina hemos procedido a verificar el primer examen radiológico. Este exámen es muy conveniente, pero no tan indispensable como el que debe verificarse al terminar la aplicación. Es lo más probable, como lo dijimos anteriormen-

te, que al comenzar el tratamiento el radium esté bien colocado, y que al terminarlo se haya movido de su sitio. Al sacar las gasas que hacen el taponamiento vaginal salen también los tubos, sin que podamos saber a ciencia cierta si habían permanecido en el mismo lugar en donde los habíamos colocado. En todo caso, hemos hecho exámenes radiográficos al comenzar y al terminar las aplicaciones. Las radiografías pueden hacerse en el Laboratorio, pero los distintos movimientos a que están sometidas las enfermas al pasarlas al salón radiográfico, ocasionan con frecuencia un cambio en la posición primitiva de los tubos. Por este motivo consideramos casi indispensable que los exámenes se hagan en la cama de la enferma. Afortunadamente los aparatos por-



FIGURA N.º 14.—Uterografía de la misma enferma de la figura 13. La desviación explica la forma alargada y angosta de la cavidad uterina.

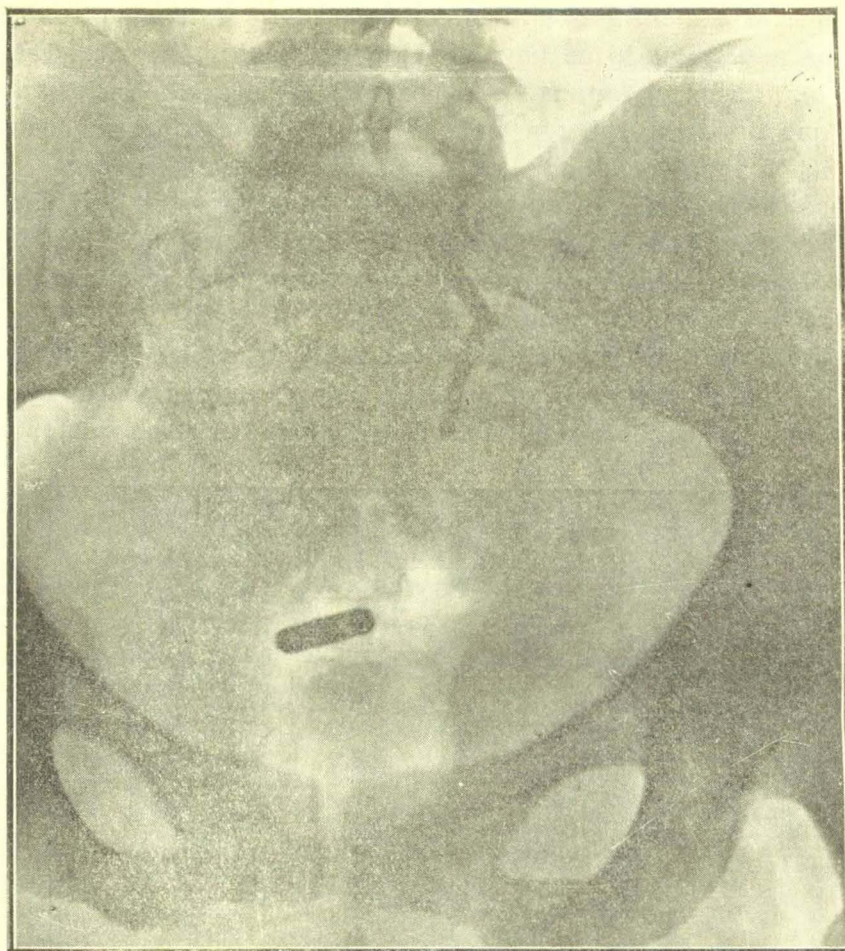


FIGURA N.º 15.—Aplicación útero-vaginal para un epiteloma del cuello. (Caso N.º 3600. Doctor Carlos Fajardo Casas). Un tubo vaginal colocado horizontalmente. Tres tubos uterinos con superposición parcial de los dos inferiores.

tátiles de radiología están hoy lo suficientemente perfeccionados para que las placas tomadas con ellos sean muy satisfactorias. Esos aparatos pueden llevarse fácilmente a uno de los cuartos de la clínica en donde se hayan hecho las aplicaciones, o a la misma casa de la enferma, cuando así se requiere por alguna circunstancia.

En los primeros casos tomábamos simplemente radiografías antero-posteriores, pero luego pudimos cerciorarnos de que de la mis-

ma manera que para las fracturas es indispensable tomar placas antero-posteriores y laterales, en estas aplicaciones uterinas es indispensable hacer fotografías en dos posiciones. Una sola radiografía antero-posterior nos engaña muchas veces, porque pueden aparecer los tubos de radium aparentemente mal colocados, cuando en realidad se trata de aplicaciones bien hechas, en las cuales, por una anteversión uterina se deforman las imágenes y dan la apariencia de que los tubos están enrollados. La técnica para las radiografías antero-posteriores es muy sencilla: basta colocar la placa por debajo del paciente en la región sacra, y centrar el tubo en la línea media, perpendicularmente a la placa y a igual distancia de las espinas ilíacas antero-superiores y del borde superior del pubis. Las radiografías laterales no se pueden

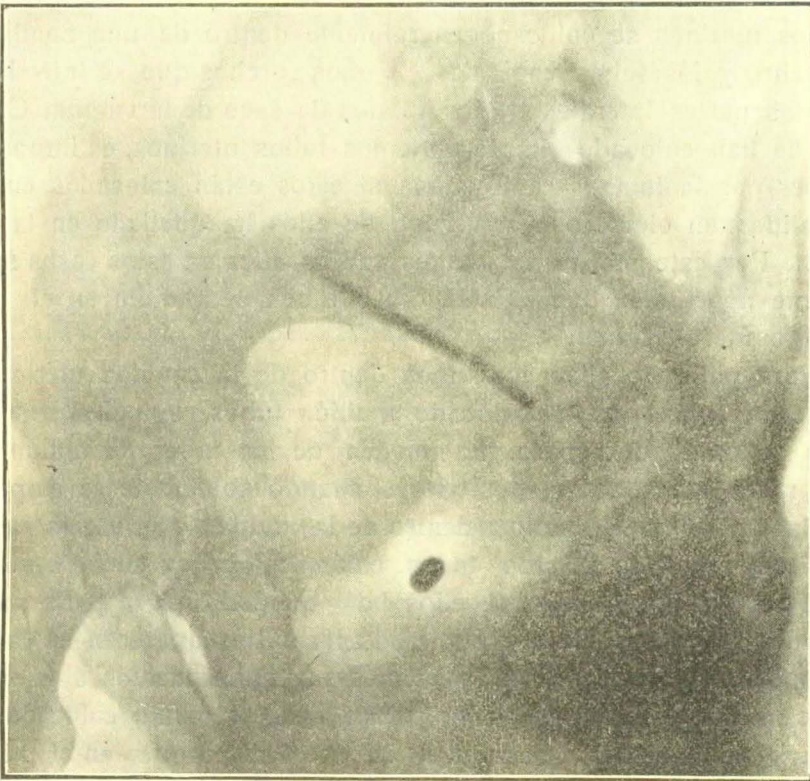


FIGURA N.º 16—Radiografía lateral de la misma enferma de la figura 15. Se comprueba la buena colocación de la sonda uterina y la existencia de una anteversión completa.

tomar en lateralidad perfecta, y por lo tanto son en realidad radiografías semilaterales. Acostando la enferma de manera que el gran trocánter (derecho o izquierdo) quede en contacto con la parte inferior de la placa; con la espina iliaca separada de ésta, y con el muslo del lado opuesto en extensión y separado del que se apoya contra la placa,—que debe estar en flexión,—se centra el tubo perpendicularmente y un poco por debajo de la cresta iliaca.

LAS IMÁGENES RADIOGRÁFICAS

En las radiografías antero-posteriores.

Las aplicaciones de radium en la curieterapia uterina pueden hacerse colocando los tubos dentro de la matriz, o en los repliegues vaginales, o en estas dos regiones a un mismo tiempo. Los tubos uterinos se colocan generalmente dentro de una sonda de caucho, y los tubos vaginales en unos corchos que se introducen en las partes laterales de los fondos de saco de la vagina. Cuando se han colocado simplemente los tubos uterinos, es imposible saber por la imagen radiográfica si estos están colocados en su totalidad en el útero o si alguno de ellos ha quedado en la vagina. Por este motivo la imagen radiográfica en estos casos solamente nos indica que existen unos tubos de radium en el segmento útero-vaginal.

Para poder localizar los tubos dentro de la cavidad uterina es necesario que se hayan colocado también tubos vaginales, que sirven de punto de reparo. La imagen de los tubos de radium en las radiografías antero-posteriores, cuando solamente se ha puesto la sonda con el radium dentro de la cavidad uterina, es radiológicamente igual cuando todos están colocados en la cavidad, que cuando uno o dos de ellos han quedado en la parte superior de la vagina. En ambos casos los tubos aparecen en la radiografía muy cerca de la línea media y superpuestos a la sombra del sacro. En realidad se podría saber si están colocados en la vagina, o si han quedado en la matriz, porque en el primer caso la sombra queda muy cerca del pubis y en el segundo en la parte superior del sacro. Pero como el sitio del cuello es variable en todas las enfermas, es imposible distinguir radiológica-

mente la posición de la parte inferior del útero y de la superior de la vagina. En las radiografías que acompañan este trabajo se puede ver la gran variabilidad en el sitio que ocupan el cuello y el fondo de la matriz. Solamente podemos decir que cuando la sombra de los tubos aparece cerca de la línea media y superpuesta a la del sacro los tubos están en el segmento útero-vaginal. La mayor o menor altura de estos nos induce a sospechar

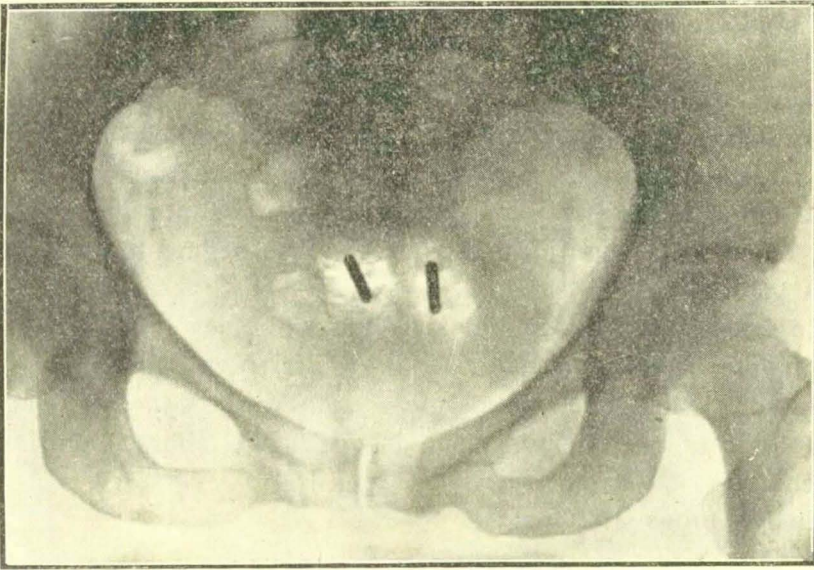


FIGURA N.º 18.—Epitelioma proliferante del cuello uterino. (Caso N.º 3575. Doctor Rafael Ucrós). Aplicación vaginal. Dos tubos bien colocados en las partes laterales de los repliegues vaginales.

que están en el útero o en la vagina. Pero lo más importante, que es saber si todos están en la cavidad uterina, no se puede decir por estas radiografías.

Los tubos colocados a la derecha y a la izquierda, en los fondos de saco vaginales, aparecen en las placas, a los lados de la línea media y superpuestos a la parte inferior del sacro. En la imagen de los tubos vaginales hay algo que llama la atención, y que nos permite, además de la posición que sirve para diferenciarlos de los uterinos, reconocerlos en las placas. En todas las películas aparecen rodeados por una zona clara que contrasta con la opacidad de los tubos, y que tiene la forma y el tamaño de

los corchos empleados en estas aplicaciones. Esta claridad que los rodea nos la hemos explicado, por el hecho de que la vagina se encuentra siempre con un fuerte taponamiento de gasa. Como el corcho es muy transparente a los rayos X y la gasa está comprimida, esta última en estos casos tiene una densidad un poco superior a la del corcho. También pudiera explicarse por un fenómeno de radioactividad inverso al observado en las aplicaciones hechas con Pasta Colombia.

Cuando se han puesto tubos vaginales y tubos uterinos, es muy fácil saber en las placas si los uterinos están todos dentro de la cavidad. Cuando la imagen del radium, colocado en la sonda, está en su totalidad por encima de la sombra dada por los tubos vaginales, podemos tener la seguridad absoluta de su buena colocación. En cambio cuando esa imagen queda en parte por debajo de estos, tenemos la seguridad de que todo ese segmento corresponde a la vagina.

En los casos que acabamos de describir, los tubos uterinos o vaginales pueden estar colocados en diferentes posiciones, y por lo tanto las imágenes radiológicas son variables. Las imágenes radiológicas que hemos encontrado hasta ahora, son las siguientes.

En los tubos uterinos:

En esta descripción suponemos naturalmente que los tubos estén bien colocados y en su totalidad dentro de la cavidad uterina. La variabilidad de las imágenes depende no solamente de la colocación que tengan los tubos dentro de la cavidad, sino también de las deformaciones producidas en las sombras a causa de las ante-versiones. De aquí surge la necesidad, sobre la cual insistimos nuevamente, de tomar siempre radiografías laterales. En una matriz normalmente situada, la imagen más frecuente es la producida por los tubos (3 por lo general) colocados en línea recta y en dirección vertical. En algunos casos la capacidad uterina no es suficiente para contener todos los tubos en sentido longitudinal, y por este motivo el superior puede encontrarse colocado horizontalmente en el fondo de la matriz. O sucede también, y estos casos se encuentran en las desviaciones uterinas, que los tubos formen en su conjunto una curva de concavidad

derecha o izquierda: Esa curva puede acercarse más o menos a un círculo, pero tiene la característica de que el tamaño de los tubos disminuye en las placas a medida que aumenta la curvatura. Para esquematizar se puede decir que los tubos aparecen o bien en línea recta, o bien en una línea semi-circular de conca-

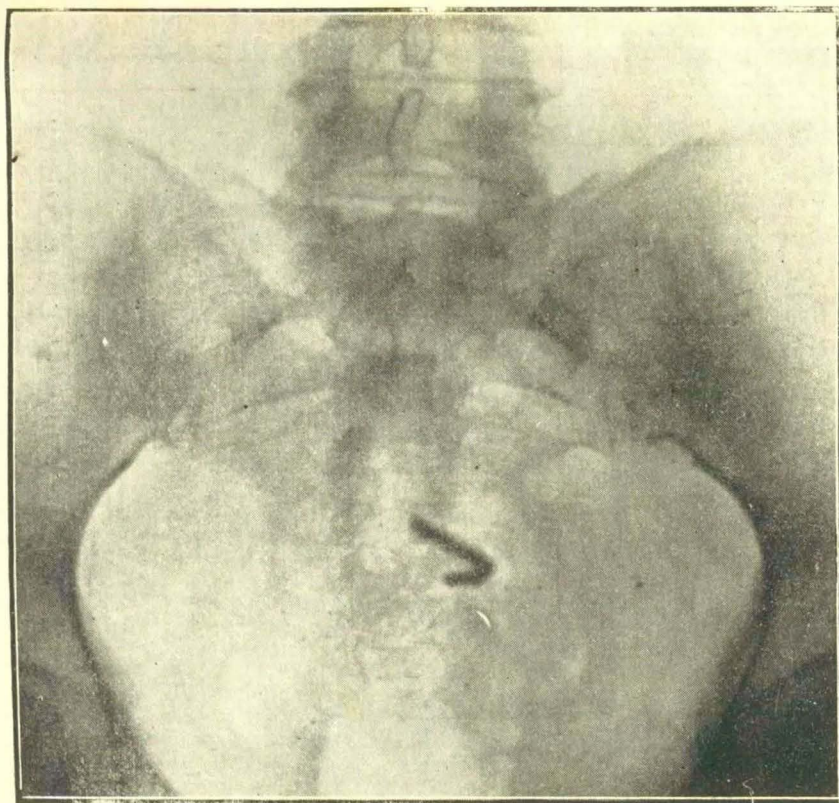


FIGURA N.º 19.—Radiografía del tratamiento uterino de la misma enferma de la figura 18. La sombra de los tubos aparece muy reducida y en forma de media luna.

vidad derecha o izquierda, más o menos acentuada. Se pueden comparar las imágenes con las que daría un cuerpo elástico longitudinal recto, al incurvarlo poco a poco, con la particularidad que a medida que se incurva más la longitud de la imagen disminuye.

En los tubos vaginales:

Esos dos tubos vaginales colocados en el interior de los cor-

chos, deben aparecer por debajo de los uterinos, a los lados y a igual distancia de la línea media. El tamaño es menor que el que tienen en realidad, y en algunos casos se ven de forma circular. Si los tubos están colocados paralelamente al sacro, la imagen corresponde al tamaño y a la forma de éstos, pero si lo están perpendicularmente, esa imagen tiene que ser circular pue-

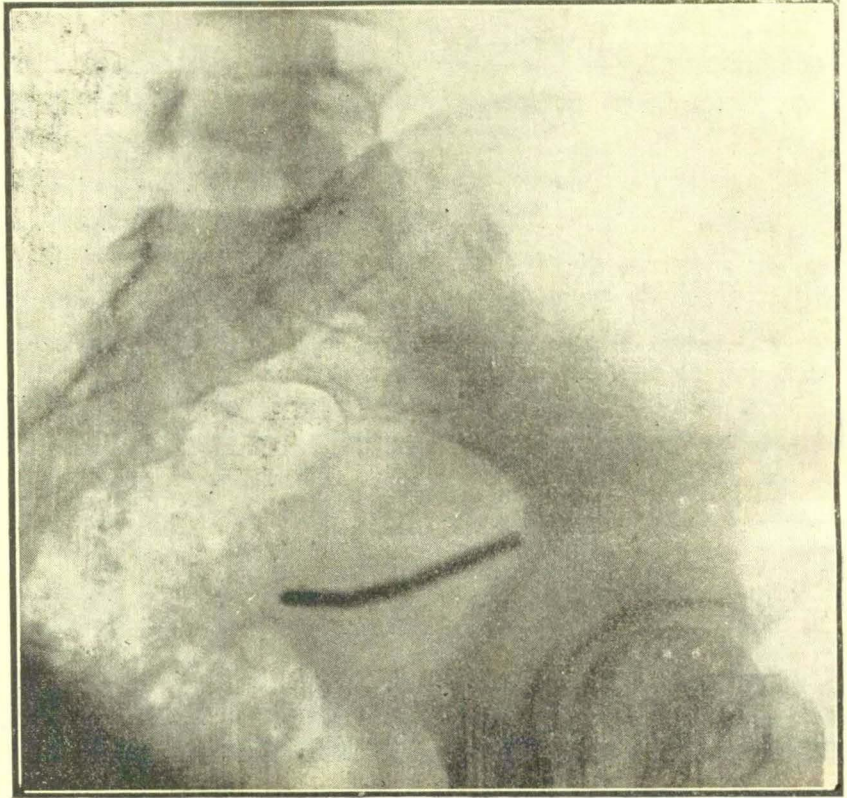


FIGURA N.º 20.—El mismo caso de las figuras 18 y 19. Radiografía lateral que comprueba la buena colocación de los tubos uterinos.

to que los tubos se proyectan por su extremidad. Ahora bien, como por regla general deben estar colocados buscando la perpendicular, esa sombra será siempre más pequeña y a veces circular.

Como en los epitelomas del cuello es por lo general muy difícil poner los corchos exactamente en los repliegues laterales, pue-

de suceder que estas sombras aparezcan muy cerca de la línea media y superpuestas entre sí. Cuando han quedado puestos en las partes anterior y posterior esta superposición es casi completa. Tanto en estas sombras de los tubos vaginales, como en las de los uterinos, puede existir superposición absoluta de dos tubos. En los uterinos, se debe a una desviación de la matriz, y en los vaginales a la colocación en las partes anterior y posterior.

En las radiografías laterales:

Para los tubos vaginales la imagen es variable y semejante a la de las antero-posteriores: circular o más o menos alargada. Como sólo se requiere ver esas sombras para tener un punto de reparo en la localización de los tubos uterinos, su descripción no necesita ser detallada. En cambio la imagen de los tubos uterinos es muy interesante, porque contrasta muchas veces con los datos obtenidos en los exámenes antero-posteriores. En los casos de anteversión en que se ven los tubos enrollados en las otras placas, es sorprendente encontrar la imagen de esos mismos tubos en las radiografías laterales en una situación perfecta. Siempre se ven en línea recta, por encima de los vaginales y oblicuamente colocados de arriba hacia abajo y de adelante hacia atrás. Esa línea recta se incurva a veces ligeramente, pero nunca en la misma proporción que en las placas antero-posteriores.

Las radiografías que ilustran este trabajo dan gráficamente la comprobación de las descripciones que acabamos de hacer.

CONCLUSIONES

I. Toda aplicación uterina de radium debe controlarse por medio de la radiografía.

II. Ese control debe hacerse tomando radiografías inmediatamente después de comenzar la aplicación y antes de terminarla.

III. Es indispensable tomar radiografías antero-posteriores y laterales.

IV. Es probable que con el control radiográfico los resultados terapéuticos en la curieterapia uterina lleguen a ser más constantes y mucho más favorables.

INFORME DEL DOCTOR JUAN N. CORPAS SOBRE EL CONTROL RADIOGRAFICO EN LA CURIETERAPIA UTERINA

Señor Presidente:

Por comisión que me fue encomendada en una de las sesiones anteriores de la Academia Nacional de Medicina, he estudiado con atención el trabajo presentado por los doctores Alfonso y Gonzalo Esguerra Gómez, que lleva por título *El control radiográfico en la curieterapia uterina*.

El trabajo mencionado merece la consideración de la Academia Nacional de Medicina, ya por la competencia científica de sus autores, ya por la importancia y originalidad del asunto que motiva la comunicación, ya en fin por la forma ordenada como ha sido tratado y la doctrina que enseña, apoyada en buen número de observaciones de clínica y terapéutica.

La Academia Nacional de Medicina conoce bien los estudios que desde hace varios años adelanta entre nosotros el doctor Alfonso Esguerra Gómez, quien a más de sus méritos en otros dominios de la medicina, en éste particularmente tiene el haber sido iniciador del movimiento científico alrededor de las maravillosas propiedades terapéuticas del Radium, y después de la visita en 1928 del Profesor Claude Régaud, ha sido continuador de las enseñanzas que entre nosotros dictó el eminente sabio francés. El doctor Esguerra cuenta entre sus antecedentes, que dan autoridad a su trabajo, el de haber sido descubridor de la Pasta Colombia y haber formado una experiencia ya larga, en sus servicios de radiumterapia del Hospital de San Juan de Dios primero, del Hospital de San José después y en su clínica particular, donde ha realizado numerosas aplicaciones de radium.

El doctor Gonzalo Esguerra Gómez ha dedicado su claro talento y su aplicación a la Radiología, rama que cultivó primero bajo la dirección del radiólogo francés André J. Richard, que perfeccionó luego en París, y en la cual es hoy considerado entre nosotros como verdadera autoridad; durante varios años dictó un curso de Radiología en el Hospital de San Juan de Dios y en sus lecciones, seguidas por numeroso auditorio, no se sabía qué admirar más: si la precisión de las ideas, o la forma ordenada

como las exponía, o la enorme experiencia adquirida por el joven y afamado radiólogo.

El asunto tratado por los doctores Esguerra Gómez tiene un interés capital que la Academia reconocerá cuando se haga su lectura; se destaca como concepto trascendental, la importancia que hay en verificar por radiografía la colocación de los tubos radioactivos intrauterinos, método que permitirá mejorar el porcentaje de resultados halagadores en la radiumterapia uterina y obtener cifras semejantes a las que son propias de otras regiones del cuerpo, en que la radiumpunción o la aplicación de aparatos planos, permiten una inmovilidad de los focos radioactivos y por consiguiente una emanación constante durante las aplicaciones.

A los factores conocidos: especie histológica del neoplasma cérvico-uterino, calidad y proporción del tejido conjuntivo, radioresistencia espontánea o adquirida y radiosensibilidad natural o artificial, los autores del trabajo mencionado agregan un factor más, el de la invariabilidad del sitio de los focos radioactivos, controlable por la radiografía, como muy importante y digno de ser tenido en cuenta por quienes trabajan diariamente para mejorar los resultados en el tratamiento de los cánceres del cuello del útero por las radiaciones.

Como consecuencia de las consideraciones que preceden, tengo el honor de proponer:

I. Dése lectura al trabajo de los doctores Alfonso y Gonzalo Esguerra Gómez, que lleva por título: *El control radiográfico en la curieterapia uterina*.

II. Publíquese dicho estudio en una de las revistas médicas de la ciudad.

III. Como lo establecen los artículos 3.º y 8.º de los Estatutos, nómbrase a los doctores Alfonso y Gonzalo Esguerra Gómez, candidatos para Miembros de Número de la Academia.

JUAN N. CORPAS

ALGUNAS CONSIDERACIONES ELEMENTALES SOBRE METABOLISMO BASAL

POR EL DOCTOR

CESAR URIBE PIEDRAHITA, M. D.

IV

Una vez terminado el experimento queda en el papel del Kímógrafo una inscripción en la cual se marca el tipo de respiración, los escapes y todos los accidentes de la determinación; además queda inserta la cantidad de oxígeno o la de CO_2 (Fig. 13).

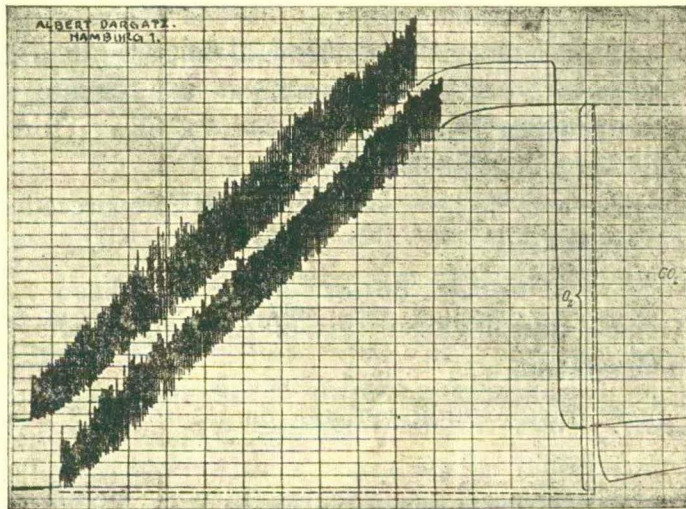


Figura N.º 13

Falta solamente reducir los volúmenes a cero grados y setecientos sesenta milímetros de mercurio, lo cual se hace fácilmente teniendo en cuenta leyes elementales de física.

El cuociente del volumen de los gases ($\text{CO}_2 : \text{O}_2$) nos da el coeficiente respiratorio (R Q), con el cual puede calcularse el me-

tabolismo basal (M B) según las tablas especiales de Knipping. Pero si se desea, puede calcularse el M B por los procedimientos usuales basados en coeficientes derivados de la superficie del cuerpo, peso, edad y otros factores.

Una vez obtenido el M B individual debe compararse con la cifra base o promedio obtenido por experimentadores en individuos de la edad, peso y sexo correspondiente. Las diferencias con la *normal base*, se expresan en porcentaje *más* o porcentaje *menos*.

Hay que tener en cuenta que estos valores normales varían entre ciertos límites fisiológicos y que estas variaciones pertenecen al mismo individuo en diferentes horas del día o en días diferentes, o a veces a todos los individuos según el ambiente.

VARIACIONES FISIOLÓGICAS

Ozorio de Almeida encontró en el Brasil que el color de la piel no influye en el Metabolismo, pero cree encontrar disminución en los individuos que viven en los trópicos. Pero Eyman, hizo varias determinaciones en individuos que han vivido largos años en los trópicos y encontró que sus cifras no diferían sensiblemente de las obtenidas en Estados Unidos.

La altura parece tener alguna influencia sobre el Metabolismo. En las estaciones sanatorias para cura de altura se ha encontrado el Metabolismo un poco aumentado. Personalmente nosotros hemos encontrado a la altura de 2.600 metros (Bogotá) un ligero aumento del metabolismo en un 60 por ciento de las determinaciones hechas en individuos normales.

En ciertos casos de trastornos de la actividad circulatoria, aumento de la presión diferencial, o de la actividad respiratoria, polipnea, dispnea, hay un aumento del Metabolismo basal. Asimismo la fiebre o la administración de ciertos medicamentos (adrenalina) hacen subir notablemente la cifra del Metabolismo, o algunos como el yodo y yoduros la hacen bajar.

Las variaciones durante el estado de preñez o durante el período menstrual son aun muy discutidas y podrían ser objeto de un trabajo experimental extremadamente interesante.

VARIACIONES EN ESTADOS PATOLÓGICOS

Glándulas de secreción interna.—Sin duda alguna es en los trastornos de estas glándulas endocrinas, donde el metabolismo basal presta los mayores servicios al médico y al cirujano. No se concibe que un enfermo sea operado en la tiroides, por ejemplo, sin que se le haya hecho una determinación de su metabolismo. Asimismo es temerario tratar con medicamentos, yodo, tiroides, etc., a cualquier individuo que presente síntomas de trastornos tiroideos.

La glándula tiroides es el principal regulador de la termogenesis, como puede demostrarse experimentalmente con la tiroidectomía total en el perro o en el hombre. Una substancia, la Thiroxina (ácido triyodotrihidrooxipropiónico) muy semejante al Triptofan, es el principio activo que obra en la producción calórica después de la ingestión experimental de cuerpo tiroide. Esta substancia descubierta por Kendall en 1919, parece, pues, ser el principio activo en la opoterapia tiroidiana.

METABOLISMO DISMINUÍDO

En el Mixedema el Metabolismo basal está siempre disminuído. La administración de glándula tiroides sube el Metabolismo hasta lo normal. Este tratamiento tiroidiano es muy eficaz en el mixedema congénital, especialmente más si se emplea en los primeros años. En estos casos se puede ver subir el metabolismo de menos 69 hasta más 44 por ciento. Al mismo tiempo se nota que la talla aumenta en relación con el aumento del metabolismo. †

Las experiencias de Boothby y Sandiford han demostrado que, un miligramo de tiroxina aumenta el metabolismo en 1,008 calorías, y que este poder calórico de la tiroxina es superior al de la adrenalina y que su acción es más sostenida.

En el Cretinismo, como en el mixedema, el metabolismo está disminuído. No sabemos si se hayan hecho experimentos en el cretinismo producido por la anemia verminosa de nuestras tierras templadas, ni en los casos de pseudomixedema dependiente de las lesiones tiroideas producidas por el *Trypanosoma cruzi*; pero creemos que en estos casos el metabolismo está disminuído de acuerdo con la intensidad de las lesiones glandulares.

En el Coto simple o Coto coloide.—Esta afección debida a la disminución del yodo en las aguas, se encuentra no sólo en el hombre, sino en los animales y se caracteriza por un exceso de producción de substancia coloide. En estos casos, el metabolismo es generalmente normal o ligeramente disminuído, probablemente a causa de que el exceso de substancia coloide impide la increción de tiroxina.

En el adenoma simple, el Metabolismo es normal en estos casos. La intervención quirúrgica se hará solamente para evitar las perturbaciones mecánicas o por razones estéticas. *Está absolutamente contraindicada la administración de yodo en casos de adenoma tiroidiano simple con Metabolismo normal.* La administración de yodo o yoduros en estos casos, trae consigo un aumento considerable del Metabolismo, y puede transformar un adenoma simple en un bocio tirotóxico.

En la obesidad, la mayor parte de los obesos presentan un Metabolismo normal. Pero en los casos en que las glándulas de secreción interna están alteradas como en la obesidad de los mixe-dematosos y en la distrofia adiposogenital, el Metabolismo está disminuído. En la enfermedad de Basedow con obesidad, el Metabolismo está naturalmente elevado.

Las demás glándulas de secreción interna influyen sobre el Metabolismo: lo bajan en las distrofias de la hiposecreción y lo aumentan en las de hipersecreción. Así encontramos que el Metabolismo es bajo en: la insuficiencia hipofisaria, en la insuficiencia ovárica no complicada de hipertiroidía y en la insuficiencia capsular (enfermedad de Adison).

(Continuará)

NOTA.—Agradecemos al constructor Alberg Dargatz, de Hamburgo, quien por conducto de los señores Hesse, Newman & C.^o, nos facilitó galantemente los clisés.

EL PLATANO

POR EL DOCTOR

A. M. BARRIGA VILLALBA

DESCRIPCIÓN BOTÁNICA

El plátano pertenece a la familia de las *Musaceas*, clase de las *Monocotiledoneas*. CARACTERES GENERALES. Flores irregulares y hermafroditas. Cinco estambres. Tres carpelos. Fruto harinoso perispérmico. Individuos perennes; hojas amplias, pecioladas, espirales. Inflorescencia simple, CARACTERES ESPECIALES DEL GÉNERO MUSA. Hierba perenne gigante. Hojas largas y pecioladas, enteras, sencillas y paralelinervas, sin estípulas, flores de tipo ternario. El embrión está constituido por un solo cotiledón. El tallo está formado por haces leñosos dispersos. Los largos peciolos se abrazan entre sí y forman el vástago o pseudotallo cilíndrico que alcanza una altura hasta de seis metros. El eje es vertical y central hasta la hoja terminal: allí se encorva en apéndice fibroso que constituye el espádice. El fruto es una baya indehiscente, carnososa, larga, poligonal.

En el país existen todos los tipos de plátano desde los ornamentales como el de Abisinia (*Musa Ensete*) hasta el banano (*Musa Sapientium*, variedad *Musa Gros Michel*) que constituye un importante renglón en la exportación nacional. No todas las clases de plátano crecen en un mismo lugar; el llamado Guineo (*Musa Paradisiaca*) es la que más se eleva y toca en el término inferior de la zona del trigo. Los plátanos llamados Habanos (*Musa Sapientium*) desmerecen mucho con la altura y crecen con mayor lozanía en el término inferior del nivel del mar.

Nos permitimos hacer una división general de los tipos de plátanos que comprenden los de carne rosada o sea el *Musa Pa-*

radisiaca; v. gr; *artones*; Musa Regia, v. gr; Resplandor, Pacífico, Dominico, Popocho, etc., y los frutos de carne blanca como el Musa Sapientium que comprende: Habanos, Colicero Guineo, Guayabito, Manzano, etc. Esta división se justifica por los fenómenos de maduración y englobamiento del almidón muy manifiesto en algunas especies.

EL PLÁTANO EXISTÍA EN AMÉRICA ANTES DE LA CONQUISTA? —Hay autores que sostienen que el plátano no existía en América, sinembargo, autores como Humbolt, Oviedo, el Padre Gumilla, el Padre Acosta, Garcilazo de la Vega, etc., etc., demuestran lo contrario. Es especialmente concluyente la relación del Padre Gumilla en su obra titulada «El Orinoco Ilustrado y Defendido, etc., etc.» (1)

COMPOSICION DEL PLÁTANO.—La carne del plátano contiene: agua, almidón, azúcares, celulosas; una pequeña cantidad de gomas, resinas, taninos, dextrinas, albuminoideos y sustancias minerales. En estas es de notar la presencia de cloruros, sulfatos, fosfatos, silicatos, oxalatos de potasa, soda, calcio, magnesio, manganeso, hierro, alúmina. Existe especialmente en la corteza, furfurool y vestigios de yodo. También se han encontrado zinc y cobre.

ALMIDÓN

Este cuerpo varía mucho con el estado de la maduración. Se encuentra en mayor cantidad cuando la fruta está verde, desaparece por la completa maduración. El siguiente cuadro indica la riqueza:

	verde	maduro
Musa Paradisiaca.....	23 ⁰ / ₀	3 ⁰ / ₀
Musa Sapientium.....	15 ⁰ / ₀	4 ⁰ / ₀
Musa Regia.....	17 ⁰ / ₀	5 ⁰ / ₀

SACAROSA

Se puede extraer la sacarosa cristalizada por medio del alcohol metílico y precipitación fraccionada con alcohol y éter. En la maduración llega a un máximo hacia el séptimo día para decre-

(1) Véase Humbolt. «Ensayo Político sobre la Nueva Granada». Oviedo. «Historia Natural de Indias.» Gumilla. «El Orinoco Ilustrado.»

cer rápidamente hasta cero hacia el treintavo día. Su variación corresponde con el incremento de la glucosa. El cuadro indica la riqueza:

	Mínimun	Máximun
Musa Sapientium.....	2.50 ^o / _o	9.30 ^o / _o
Musa paradisiaca.....	0.20 ^o / _o	4.20 ^o / _o
Musa Regia.....	0.10 ^o / _o	4.00 ^o / _o

GLUCOSA

En el fruto verde no se encuentra glucosa; aparece progresivamente con la maduración incrementándose muy rápidamente. Hacia el final de la maduración avanzada cuando el plátano se vuelve negro, alcanza hasta un treinta por ciento, y al mismo tiempo el almidón y la sacarosa desaparecen.

Glucosa en 100 gramos

Musa Sapientium.....	5.20
Musa Paradisiaca.....	4.00
Musa Regia.....	1.50

Existe en el plátano una diastasa muy activa. Transforma el almidón y la sacarosa en glucosa; es una diastasa que contiene manganeso y se puede extraer precipitando los azúcares de la solución acuosa de una maceración por medio del alcohol absoluto y sucesiva extracción por el tolueno. Este cuerpo disminuye con la maduración. Las dextrinas provenientes del desdoblamiento del almidón, oscilan en la proporción de uno por ciento.

El químico Harry von Loesecke del Laboratorio de Investigación de la United Fruit C.^o de Boston ha estudiado las gomas que se encuentran en la corteza y de ellas extrajo una sustancia similar al chicle. Igualmente estudió la variación de los pigmentos de la corteza durante el proceso de la maduración y demostró que las clorófilas alfa y beta se eliminan poco a poco de una manera continua y la xantofilina y carotina permanecen constantes; a esto se debe la variación en el color que experimentan los frutos.

CELULOSA

Este cuerpo disminuye también con la maduración y es un poco variable de un plátano a otro:

	Verde	Maduro
Platano hartón.....	11.12 ⁰ / ₀	1.33 ⁰ / ₀
Platano habano.....	7.54 ⁰ / ₀	0.92 ⁰ / ₀

La parte mineral es bastante y constante en los distintos tipos de plátanos; el cuadro muestra los porcentajes:

Musa Paradisiaca.....	Gramos	0.849
Musa Sapientium	»	0.765
Musa Regia.....	»	0.736

COMPOSICIÓN DEL PLÁTANO

	<i>Musa Paradisiaca</i>		<i>Musa Sapientium.</i>		<i>Musa Regia</i>
	Verde	Maduro	Verde	Maduro	Maduro
Agua.....	62.35 ⁰ / ₀	69.00 ⁰ / ₀	69.58 ⁰ / ₀	75.12 ⁰ / ₀	72.40 ⁰ / ₀
Almidón.....	23.31 »	3.40 »	15.37 »	4.21 »	10.90 »
Celulosa.....	11.12 »	1.33 »	7.54 »	0.92 »	1.24 »
Sacarosa.....	No hay	0.22 »	No hay	9.36 »	3.85 »
Glucosa.....	2.05 »	30.06 »	0.58 »	5.19 »	1.49 »
Dextrinas.....	1.10 »	1.01 »	1.82 »	1.76 »	0.60 »
Gomas.....	0.30 »	5.70 »	0.67 »	1.60 »	0.55 »
Grasas.....	0.02 »	0.01 »	0.32 »	0.18 »	0.15 »
Taninos.....	0.03 »	0.02 »	0.06 »	0.01 »	0.03 »
Albuminoideos (proteinas)		2.20 »		2.10 »	1.87 »
Cenizas.....	0.83 »	0.85 »	0.76 »	0.76 »	0.75 »

PESO DE LOS PLATANOS

	Mínimum	<i>Verde</i>		Mínimum	<i>Maduro</i>	
		Medio	Máximum		Medio	Máximum
Musa Paradisiaca	250 grms.	415 G.	580 G.	130 G.	275 G.	420 G.
Musa Sepientium.....	160 "	230 "	300 "	180 "	220 "	260 "
Musa Regia.....				100 "	106 "	220 "

COMPOSICIÓN DE LAS CENIZAS

	<i>Musa Paradisiaca.</i>	<i>Musa Sapientium.</i>	<i>Musa Regia.</i>
Potasa K ²⁰	47.850 ⁰ / ₀	40.000 ⁰ / ₀	48.220 ⁰ / ₀
Fósforo P ²⁰⁵	10.838 »	6.090 »	7.334 »
Cal CaO.....	7.419 »	0.200 »	0.800 »
Soda NaOH.....	5.160 »	12.050 »	7.150 »
Magnesia MgO.....	11.451 »	0.762 »	2.250 »

	Musa Paradisiaca.	Musa Sapientium.	Musa Regia.
Alúmina AL ²⁰³	0.435 »	0.317 »	0.505 »
Hierro Fe ²⁰³	0.001 »	0.005 »	0.008 »
Manganeso Mn ³⁰⁴	0.113 »	0.105 »	0.163 »
Silice SiO ²	1.831 »	2.043 »	2.516 »
Sulfatos SO ³	1.000 »	0.720 »	0.010 »
Cloro CL ¹	0.012 »	0.011 »	0.009 »

Valor alimenticio del plátano.—Desde el punto de vista de los carbohidratos el valor alimenticio se mide por la absorción que sufren éstos a lo largo del aparato digestivo, y se mide este factor, por la solubilidad; primero, en el agua caliente y en las diastases; segundo, en ácidos diluïdos; tercero, en alcalis diluïdos. Desde este punto de vista el plátano es un alimento de primera clase, como puede observarse en el siguiente cuadro, en el cual figura que un 84 % de las sustancias sólidas son directamente asimilables.

	Musa sapientium (Habano).	Musa Paradisiaca (Artón).
Sustancias solubles en agua.....	23.055 %	20.291 %
Sustancias solubles en ácidos.....	3.455 »	4,272 »
Sustancias solubles en álcalis.....	0.475 »	1,883 »
Residuo.....	0.250 »	10.899 »
Agua.....	72.762 »	62.350 »
Sólidos.....	27.235 »	37.650 »

Vitaminas.—En el plátano hay las vitaminas A. B. C. y E. La vitamina A es indispensable para el correcto funcionamiento de los órganos visuales; la B protege contra el beri-beri; la C. contra el Escorbuto y la E. previene la esterilidad. La vitamina A es la que existe en mayor cantidad en el plátano, unas treinta veces el número de unidades de la B y C.

PODER CALORÍFICO

	Caloras en 100 gramos.
Hartón maduro.....	113.100
Hartón verde.....	146.890
Habano	96.000
Manzano.....	130.820
Colicero	115.800
Pacífico.....	113.680
Popocho.....	105.030

CUADRO COMPARATIVO DEL VALOR ALIMENTICIO DE LOS PLATANOS

	Agua. 0/0	Azúcar. 0/0	Almidón. 0/0	Grasa. 0/0	Proteínas. 0/0	Calorías. por gmo.
Leche de la Sabana.....	88.25	4.85	.....	2.75	3.85	14.00
Carne Sabanera.....	70.00	.....	.....	7.50	21.50	6.45
Papa paramuna.....	75.25	.....	22.50	0.05	2.00	12.00
Papa criolla.....	72.28	.....	18.25	0.03	1.75	10.50
Papa sabanera.....	74.56	.....	25.38	0.10	1.75	12.50
Azúcar de terrón.....	1.50	95.50	.....	.....	.....	37.48
Panela.....	2.23	93.22	.....	.....	.....	36.30
Plátano habano.....	75.12	14.56	4.21	0.32	2.10	9.60
Plátano hartón.....	62.35	2.05	23.31	0.02	2.20	14.68
Plátano manzano.....	68.93	12.75	3.99	0.15	2.62	13.08
Plátano colicero.....	72.30	1.13	17.22	0.25	2.00	11.58
Plátano pacífico.....	72.40	5.34	10.90	0.15	1.87	11.36

A. M. BARRIGA VILLALBA

ESCROFULODERMA TUBERO-ULCEROSA

(EL CASO CLINICO DEL MES)

POR EL DOCTOR

MANUEL JOSE SILVA

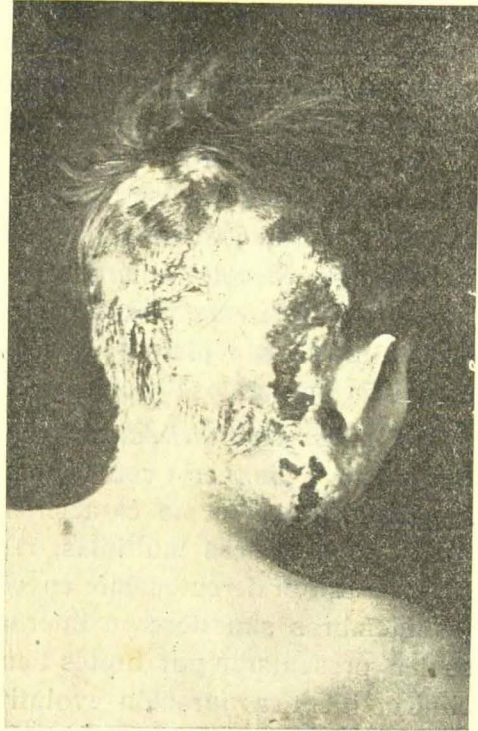
I

Pueden apreciarse claramente en la fotografía que hoy ofrecemos a la curiosidad de nuestros amables lectores, las lesiones que presentaba en el cuero cabelludo y regiones laterales del cuello, un muchacho de trece años de edad, natural de San Antonio de Tena, que ocupó una cama en el servicio de dermatología a principios de octubre de 1929.

R. V. era un enfermo anémico, de constitución débil, enflaquecido, raquíptico; al interrogarlo acerca de sus antecedentes refería que ocho meses antes de su ingreso al Hospital le principió la enfermedad por una serie de granos en el cuero cabelludo de la región occipital, granos del tamaño de arvejas; tenían costras que caían. La ulceración seguía extendiéndose hasta invadir todo el occipital. Después le aparecieron tumorcitos en las regiones laterales del cuello; se abrían y daban salida a pus que olía mal. Muchas de las ulceraciones se extendían y acababan por unirse a otras. La afección, lejos de mejorar, progresaba a ojos vistas, circunstancia que movió a los padres de R. V. a pedir para su hijo la hospitalización.

Se observaban en efecto numerosas infiltraciones nodulares, superficiales, subcutáneas y profundas; agrupadas unas, separadas otras por especies de piel sana. Las del cuello, dispuestas en serie, se extendían de una región lateral a la otra a manera de collar o barboquejo. Los elementos más grandes y seguramente también los más antiguos habían experimentado un comienzo de reblan-

decimiento y daban la sensación de fluctuación. Por uno o varios orificios de otros se escapaba pus fluído o grumoso, seropurulento mal ligado. Aquí y allá se veían costras de color, forma y tamaño variables: negras, melicéricas, duras, blandas, estratificadas; costras constituídas por despojos epidérmicos, desecación de serosidad, pus y sangre. Al levantarlas no sin cierta dificultad por estar adheridas a superficies ulceradas, aparecían los nódulos cerrados o abiertos. De los últimos partían trayectos fistulosos. Las ulceraciones eran sinuosas, irregulares, de bordes blandos, fungosos, de tinte violáceo como la piel de las zonas invadidas, por el proceso morbo. Digamos para terminar esta ya larga descripción que las lesiones descansaban sobre una base dura y fibrosa, y la palpación bimanual sorprendía numerosas infartaciones de los ganglios cervicales.



Los signos apuntados eran bastantes para orientar al clínico por la vía de un diagnóstico de impresión y aun de certidumbre. La lesión elemental era, por su naturaleza, una goma cutánea, pero interesaba fijar su origen, separarla de un cierto número de dermatosis o infecciones generales, caracterizadas con más o menos frecuencia por formaciones nodulares. Urge, pues, hacer algunas consideraciones acerca de los diferentes tipos clínicos de gomas, para ver de llegar a un diagnóstico positivo.

II

a) *Gomas sífilíticas.*—Menos frecuentes en los últimos tiempos de lo que fueron en época anterior al célebre descubrimiento de

Erlich, las gomas sifilíticas pueden aparecer a cualquiera edad de la vida, pero en general tardíamente. De ordinaria las lesiones aparecen varios años de comenzar la infección. Después de haber pasado largo tiempo inadvertidas, se manifiestan accidentalmente en forma de pequeñas nudosidades sub-cutáneas, que crecen poco a poco, pudiendo alcanzar el volumen de una nuez. Aparecen como tumores bien limitados, redondeados, regulares, duros, indoloros. La piel que las protege no presenta enrojecimiento, ni calor, ni empastamiento. Son poco numerosas. Generalmente asientan sobre huesos como el frontal, la tibia, las costillas.

Semanas después de su aparición la goma se reblandece y se vuelve fluctuante. Los tegumentos enrojecen, se adelgazan y se ulceran. A través de las fístulas que se forman se escapa una pequeña cantidad de serosidad gomosa, de consistencia de jarabe, y como éste de color amarillo. Por lo que hace a las ulceraciones específicas, están caracterizadas por sus bordes marcados, infiltrados, cortados a pico; por su forma circular o arrañada; su extensión serpigínea y desarrollo rápido.

b) *Comas esporotricósicas*.—El cuadro clínico descrito por De Beurmann y Gouyerot con el nombre de *esporotricosis gomosa diseminada* ofrece como caracteres propios la aparición de nudosidades sub-cutáneas múltiples, repartidas en todo el cuerpo, pero se localizan preferentemente en el tronco—región delto-pectoral—los miembros superiores e inferiores. Los elementos gomosos que suelen presentarse por brotes tienen en el individuo igual aspecto clínico, idéntica duración evolutiva, y una misma tendencia o no a la ulceración. Trátase siempre de neoformaciones induradas, indoloras, que ruedan bajo la piel normal. De consistencia renitente, bastantes numerosas, como que se han contado cincuenta en un individuo, persisten indefinidamente o desaparecen sin dejar huellas. De ordinario aumentan lentamente de volumen, se reblandecen poco a poco, aparece fluctuación que se extiende a toda la masa, pero quedando separada de los tejidos vecinos por un rodete duro, característico. Dos o tres meses más tarde los elementos enrojecen, se adelgazan, se ulceran y dan salida a un pus viscoso, homogéneo, bien coleccionado, de color gris amarillento o teñido de sangre-pus chocolate.

III

Quedan consignadas en lo que antecede las nociones clásicas referentes a las gomas sifilíticas y esporotricósicas. Presentan éstas neoformaciones inflamatorias, caracteres comunes con las lesiones que observamos en el muchacho de nuestra historia; empero la forma como se inició la enfermedad, los elementos tan variados, el lugar de su aparición, la evolución lenta, tórpida, las cicatrices que dejara y antecedentes que deliberadamente hemos callado, nos inclinaron a formular el diagnóstico de *escrofuloderma tubero-ulcerosa*. Veamos las razones de de nuestro aserto.

El chico presentaba en la parte interna del muslo izquierdo, cerca de la ingle, una cicatriz queloidiana consecutiva a un proceso inflamatorio de los ganglios de la región, y es sabido, que estas tumoraciones de aspecto cicatricial circunscritas, elevadas, acrómicas, muy consistentes y móviles con la piel, se consideran hoy día como de origen tuberculoso.

La placa de alopecia cicatricial que resalta en la fotografía responde a idéntica causa. Son muy pocos, quizá no pasan de cinco los procesos inflamatorios del cuero cabelludo que traen como consecuencia una alopecia definitiva. Para no hacernos interminables, los enumeraremos rápidamente: *el favus, el impétigo en capa de Alibert, la sycosis capillitii de Rayer, la pseudo pelada de Brorq el lupus eriematoso y el tubérculo-ulceroso*. En los dos últimos casos la caída del cabello suele ser precoz y la piel marcha hacia la atrofia total y definitiva. Las cicatrices observadas en nuestro enfermo indicaban reacciones de defensa. Las manchas viloláceas, que rodeaban las placas acrómicas, la alteración de los elementos cutáneos y la destrucción de los bulbos pilosos en la zona donde tuvo su origen la afección, militaban en favor de nuestra creencia acerca de su origen bacilar, como también su localización en el cuello, su marcha tórpida, las infartaciones ganglionares, y demás signos ya anotados. El hecho de que la cuti-reacción a la tuberculina hubiese sido negativa no merece tenerse muy en cuenta, para negar su especificidad.

Tratamiento.—El tratamiento a que se sometió el paciente, fue local y general.

Limpiadas las zonas invadidas de todo elemento costroso, fue-

ron sometidas a pulverizaciones diarias de aguade Alibour; luego curación con la siguiente pomada:

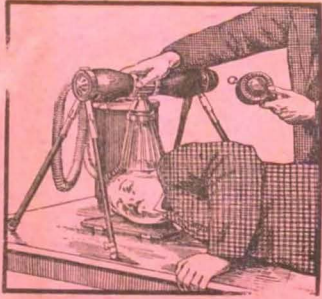
Acido láctico.....	10	gramos
Ungüento mercurial.	3	»
Ictiol.....	1	»
Oxido de zinc.....	40	»
Vaselina.....	60	»

Tratamiento general.—Se dieron do vermífugos de aceite de que-
nopodio, cada uno con XII gotas de aceite, y uno de timol de
40 centigramos. En los intervalos de la medicación antihelmíntica
se le administraron reconstituyentes a base de glicerofosfatos,
coca-kola, sales de hierro, jarabe yodotánico Tomó aceite de hí-
gado de bacalao y tintura de nuez vómica. Inyecciones de caco-
dilato de soda completaron el tratamiento a que estuvo sometido
R. V., quien dejó el servicio de dermatología en enero del año
en curso en estado que no pudo considerarse como de curación
definitiva por la tendencia que tienen las afecciones causadas por
el bacilo de Koch o sus toxinas a la cronicidad.

MANUEL JOSE SILVA

NOTA. Los datos que han servido al suscrito para escribir sus modestos artí-
culos científicos, han sido tomados de las historias clínicas que los alumnos de
la clínica dermatológica están obligados a presentar para ser admitidos a sus exá-
menes a fin de año. Los relacionados con la anterior observación clínica fueron
anotados por el señor Teófilo Moreno C. Como interno del servicio actuaba en
esa época el señor Alfonso Gamboa a cuya competencia nos hemos referido
recientemente.

PHILIPS



METALIX

Aparato de RAYOS X
PORTATIL

PARA RADIOGRAFIA Y RADIOSCOPIA

Para
hospitales
y
médicos
en
general



Infórmese:
PHILIPS S. E. T.

APARTADOS: Nacional 273 BOGOTA
Aéreo 3637

TELEFONOS: 63-52 y 63-97

5957

COBILETIMOL **MUÑOZ MEDINA**

preparado de franca acción específica en el
tratamiento de la

TUBERCULOSIS PULMONAR

a base de Extracto oleoso de bilis, colessterina,
lecitina y timol.

Muestras gratis a solicitud.

DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS:

A. BENARROCH Y Ca.

Carrera Sucre, 5 c.—Teléfono 28-60.

OPTICA ALEMANA

SCHMIDT HERMANOS

OPTICOS, OPTOMETRAS GRADUADOS



SUMINISTRAMOS LOS CRISTALES

“ZEISS PUNKTAL” Y “ULTRASIN”

contra los rayos ultravioletas.



MICROSCOPIOS Y ACCESORIOS PARA LABORATORIO.

METRITIS HEMORRAGICA DE UNA VIRGEN TRATADA QUIRURGICAMENTE

POR EL DOCTOR

NESTOR SANTACOLOMA

N. N.... natural del Tolima, soltera y virgen anatómicamente. Cuando vimos por primera vez esta enferma (que fue en 1927), tenía 15 años. A principios de 1927 fuimos llamados de urgencia a atender esta enferma para una hemorragia grave de origen uterino. Requiriendo por los antecedentes hereditarios no encontramos nada que llamara la atención. Al cumplir los trece años de edad tuvo las primeras reglas que fueron muy escasas y no francamente sanguinolentas sino constituídas por una secreción semejante a jugo de carne. Al mes siguiente no apareció el período, que se presentó veinte días después con caracteres alarmantes, pues la hemorragia fue profusa y duró por espacio de veinte días, debilitando a la enferma de una manera considerable. Después de una supresión de dos meses, se presentó nuevamente el período menstrual. Las hemorragias fueron constantes y se prolongaron por un lapso de tres meses consecutivos durante los cuales fue atendida la enferma empíricamente. Desde entonces, es decir, hacía dos años, vivía en esa serie de alternativas: dos o tres meses de amenorrea y dos y hasta cuatro meses consecutivos de metrorragias abundantes, durante los cuales la enferma tenía que guardar cama, llegando a un estado de anemia y agotamiento extremos. Cuando llegamos al lecho de la enferma, en nuestra primera visita, nos sorprendimos del estado general que era muy precario: pulso frecuente y casi filiforme, anemia intensa, coloración como de cera de los tegumentos, mucosas casi blancas y debilidad extremada. Las hemorragias eran constantes y abun-

dantísimas. Le instituímos inmediatamente el tratamiento adecuado, no sin antes haber practicado un taponamiento, porque así lo requería la gravedad del caso. Durante quince días más persistieron las hemorragias, al cabo de los cuales se suspendieron, para no volver a aparecer sino tres meses después, con los mismos caracteres del período anterior. Hacemos notar que durante el período amenorréico la enferma estuvo sometida a tratamiento intenso, sobre todo a base de opoterapia glandular. Se siguieron todas las prescripciones clásicas ordenadas en casos análogos sin obtener ningún resultado satisfactorio. En vista del fracaso de todos los métodos, aconsejamos a la familia de la enferma el sometimiento a una intervención quirúrgica, pero esta solución fue rechazada de plano. Por espacio de un año más esperó la familia. Durante este tiempo nos tocó atender varias veces a la enferma, y dos colegas más le prestaron también sus servicios con idéntico resultado. A mediados de 1928 fuimos llamados por la familia que ya había determinado correr la última contingencia, pues el estado de la enferma era deplorabile. Intervención. Anestesia general al cloroformo. La enferma presentaba un himen coroliforme muy extensible que nos permitió la introducción del especulum para vírgenes con facilidad. Tomado el cuello uterino procedimos a verificar la dilatación cervical con ayuda de las bujías de Hegar, hasta el límite que permitiera la introducción de la cureta. Raspado cuidadoso de la cavidad uterina teniendo cuidado de arrancar toda la mucosa. Lavado antiséptico y taponamiento inmediato. Pasadas veinticuatro horas retiramos el taponamiento. Administración de medicamentos vasculares por la vía oral. Diez días después la enferma abandonó el lecho. Hacía veintidós días que la enferma se había levantado cuando apareció el período menstrual, que duró cuatro días sin malestar de ninguna clase. Desde entonces los períodos se han sucedido regularmente. La enferma se repuso rápidamente, mejoró de color, se desarrolló completamente, y hoy, después de dos años de operada, goza de una salud excelente.

Animados por este éxito, hemos practicado la misma intervención en dos casos más en los cuales había fracasado totalmente el tratamiento médico, y en ambos hemos asistido al mismo re-

sultado satisfactorio. En uno de ellos hubimos de apelar al desgarramiento del himen, después de las advertencias del caso a la familia de la enferma.

Creemos que esta reseña podrá ser de alguna utilidad para nuestros colegas, y por eso aceptamos gustosos el galante ofrecimiento que de sus columnas nos hizo la REVISTA MÉDICA DE COLOMBIA, a cuya Dirección damos por anticipado nuestros agradecimientos, y nuestras felicitaciones por la noble labor emprendida.

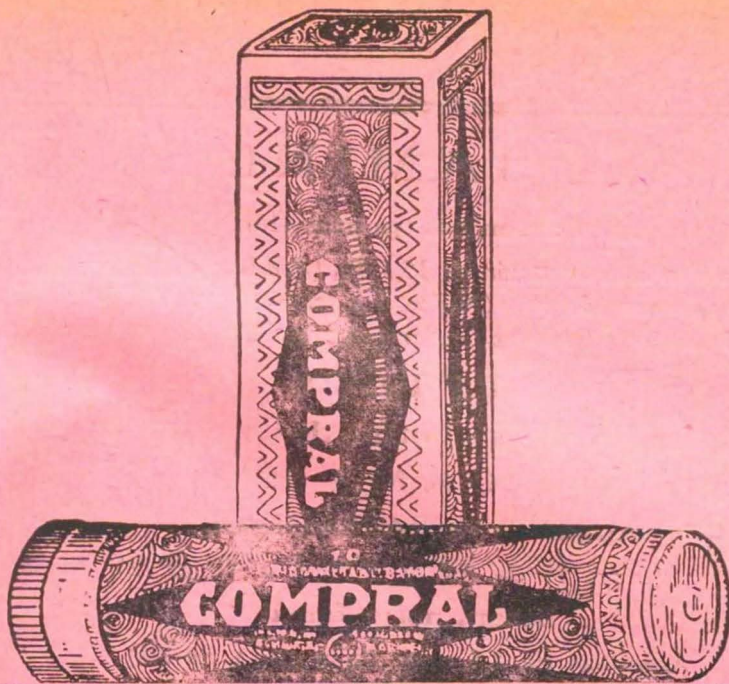
NESTOR SANTACOLOMA

LA BENEFICENCIA EN BOGOTA

Altamente satisfactorio para nosotros es reconocer que Bogotá, guardadas las debidas proporciones a su población y extensión, es una de las ciudades que cuenta con el mayor número de instituciones de beneficencia donde las diversas clases sociales pueden acudir en busca del consejo o de la medicina que alivie sus dolencias. La caridad bogotana es y ha sido siempre proverbial; donde quiera que se necesite remediar una situación, prestar un apoyo, allí acuden a ofrecer su contingente en derroche de gentileza y de generosidad, tanto los médicos como las altas clases encabezadas por las damas más aristocráticas. Este espíritu caritativo y este clásico desinterés son una alabanza, que pone muy alto el nombre de la ciudad y de sus moradores.

Los hospitales de San Juan de Dios y de San José para adultos, nada tienen que envidiar a los mejores europeos; el de la Misericordia para niños, obra que representa un esfuerzo titánico, de iniciativa particular, así como los diversos asilos donde la infancia desamparada encuentra una acogida franca y cordial, son un himno permanente al amor al prójimo: la misión de la Cruz Roja, de la Gota de Leche, de los Dispensarios y demás centros de protección, es sencillamente extraordinaria.

En todas partes las instituciones de beneficencia tienen por objeto prestar auxilio a las clases menesterosas y a aquellas que estén incapacitadas para hacer erogaciones distintas de las indispensables para vivir; las clases medias, pudientes, no tienen acceso gratuito a tales instituciones, admirable medida que permite prestar el apoyo a quien verdaderamente lo necesita. Las obras de protección social co-



COMPRAL

Marca registrada

(Tricloroetanoluretanodimetilaminofenazona)

Antidoloroso
seguro e inofensivo para evitar
y curar todo género de dolores

Prescribase:

Tubitos de 10 tabletas de 0,5 g.

Embalaje original



registrada

Para muestras y literatura científica favor dirigirse a

Química Industrial

Bayer Meister-Lucius

WESKOTT & Cía. — Apartado 301. - Bogotá

ARSAMINOL

(Sal arsenical pentavalente)

Solución a la concentración de 26,13% (Adultos, 1 c. c. = 0. gr. 05 de As) y de 13.06% (Niños, 1 c. c. = 0. gr. 0.25 de As). del «3 acetilamino 4 oxifenilarsinato de dietilaminoetanol».

S I F I L I S

Pian - Tripanosomiasis - Botón de Oriente - Paludismo

F O R M A S :

Ampollas de "ARSAMINOL"

de 3 c. c. (0 gr. 15 de As) y de 5 c. c. (0 gr. 25 de As)

Arsaminol infantil

Ampollas de 1,5 c. c. (0 gr. 0.25 de As)

LABORATORIOS CLIN - COMAR & Cie., 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS - Ve.

AGENTES GENERALES: ANDRES SEYS & PANNIER, Calle 16, No. 90.

Teléfono 31-93 - BOGOTA

VITASTERINE

B Y L A

VITAMINA D estandardizada

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:

ANDRES SEYS & PANNIER

APARTADO 1063 - BOGOTA

mo lo son los consultorios prenatales, los dispensarios antivenéreos, y antituberculosos, etc., están abiertos de preferencia para las clases necesitadas y también para todas las demás, mediante el pago de cierta suma y la promesa formal de someterse a los estatutos que los rigen; su radio de acción es naturalmente más amplio toda vez que se trata de la defensa de la raza. Además, entre unas y otras existe una completa unidad en sus estatutos y en sus procedimientos lo cual se traduce en una mayor fecundidad de sus labores.

Entre nosotros la independencia con que funcionan muchas de las instituciones, es causa de anarquía; la carencia de estatutos o la poca atención que se les presta a los que existen, engendra una desorganización en sus labores; la mayor parte de las consultas gratuitas están a cargo de profesionales muy distinguidos, pero que carecen del tiempo que ellas requieren, ya porque son profesores en la Facultad; ya porque tienen un extenso servicio hospitalario o ya porque poseen una numerosa clientela remunerada; la falta absoluta de control para aceptar únicamente a las clases necesitadas, trae como consecuencia el enorme aflujo de gentes de toda condición que obliga a practicar cada consulta con una rapidez vertiginosa, causa única del sin número de errores en el diagnóstico y de los consecutivos fracasos en el tratamiento; cada persona que puede pagar le quita a los menesterosos el tiempo que por derecho propio les pertenece y la atención que obligatoriamente se les debe prestar; más de un treinta por ciento de la clientela hospitalaria está constituida por individuos que pueden dar sumas más o menos variables como lo comprueban ciertos ofrecimientos, de hecho rechazados, que se hacen a los internos y al personal de enfermeros para que se les presten los servicios con mayor solicitud; todos los que ejercemos la profesión tenemos casos, y no pocos, de personas que han recorrido varias consultas gratuitas para venir luego a pagarnos cumplidamente el valor de nuestros honorarios.

Nos parece ésta una situación anómala que es indispensable remediar unificando la acción de las diversas institu-

ciones de beneficencia, dictando estatutos severos y completos, haciéndolos cumplir estrictamente e imponiendo condiciones para prestar los servicios gratuitos.

Por la ausencia completa de papeles de identidad que en otras naciones determinan la condición y estado de los ciudadanos, aquí no se podría hacer otra cosa que poner un aviso visible en cada institución: «Consultorio gratuito para pobres de solemnidad», que ahuyentaría la clientela pudiente pudorosa, y exigir a los individuos que por su aspecto lo justifique, un certificado de una persona conocida, en que se declare su pobreza o su carencia de recursos. Si no se proveyeren de dicho certificado, esas personas pagarán una consulta módica o unos derechos de hospitalización relativos, cuyo producido servirá para mejorar la asistencia de todos los enfermos.

Estas medidas nos parecen humanitarias, razonables y justas.

Bogota, noviembre de 1390.

DEONTOLOGIA

SECCIÓN A CARGO DEL DOCTOR

DARIO CADENA

DECRETO N.º 1099 de 1930

(Continuación)

Artículo 35. Ningún farmacéutico podrá dirigir más de una farmacia, a fin de que pueda prestarle íntegramente su atención, y debe residir en el lugar en donde esté situado el establecimiento, para regentarlo personalmente.

Artículo 36. Cuando un farmacéutico tenga que separarse de la dirección de la farmacia por más de diez días, debe encargar del puesto a otro farmacéutico diplomado, y avisarlo inmediatamente a la Dirección Nacional de Higiene.

Artículo 37. En toda farmacia hay obligación de mantener un surtido completo de drogas para el despacho de fórmulas médicas de uso corriente; estas drogas deben ser frescas, de buena calidad y conservadas de modo conveniente, siguiendo las reglas para mantener las que son fácilmente alterables. Deben fijarse en lugar visible las horas del despacho para el público.

Artículo 38. Toda farmacia de primera clase debe estar provista de todos los instrumentos y utensilios precisos para la confección de las diversas clases de medicamentos de uso corriente. Todas las drogas, los instrumentos de trabajo, las medicinas de patente y las de uso hipodérmico deben estar ordenadas por secciones, rotuladas de modo claro, sin contrarótulos ni enmendaduras que se presten a equivocaciones.

Artículo 39. Las sustancias tóxicas, los narcóticos, las drogas heroicas, deben estar guardadas en armarios con llave, la cual conservará exclusivamente el director del establecimiento. A faltas temporales de éste, será guardada la llave por la persona que designe, bajo su responsabilidad.

Artículo 40. En todas las farmacias hay obligación de tener un libro copiador de fórmulas, en donde se copien textualmente todas las fór-

mulas que sean despachadas durante el día, con el nombre del facultativo que las ordenó y el operario que las preparó, y el número de orden que se lleve. Dicho libro debe ser foliado y registrado ante la autoridad competente, firmado diariamente por el director, y cuidadosamente mantenido bajo la custodia de éste, para que no puedan hacerse en el adulteraciones o supresión de fojas que le quiten su autenticidad, y le impidan que preste fe.

Artículo 41. Toda farmacia de primera clase debe estar provista, además del libro copiador de recetas, de un libro de registro de las sustancias venenosas, de los narcóticos y de las drogas heroicas para uso medicinal, lo mismo que del libro de registro de productos tóxicos para la industria, y ambos deben ser custodiados por el director y firmados diariamente por él, si ha habido movimiento de despacho en los elementos anotados.

Artículo 42. Deberá anotarse diariamente la cantidad gastada de sustancias venenosas, peligrosas, que se guardan en armarios, así como las que quedan restantes; las que sea despachadas deben ser anotadas en el registro, según la que causa hayan ocasionado el gasto, sea para el despacho o para fórmulas, e indicar en el registro el nombre del facultativo y el número de la fórmula que lo ocasionó.

Artículo 43. Las farmacias de primera clase deben estar provistas de la Farmacopea del país, cuando exista, y mientras tanto, del Codex francés, de la Farmacopea inglesa o americana, y de los libros de consulta necesarios.

Artículo 44. En los centros de población no mayor de 1,500 habitantes, y separados por más de diez kilómetros de centros de población más importantes, podrán abrirse farmacias de segunda clase con las condiciones exigidas. Cuando el desarrollo y aumento de la población lo exijan, se establecerán farmacias de primera clase.

Artículo 45. En la capital de la República y en las capitales de los Departamentos deberán establecerse farmacias nuevas de primera clase para el servicio del público en general. Podrán establecerse farmacias nuevas de segunda clase, sujetas a las condiciones de las farmacias de esa clase, teniendo el anuncio de su carácter en lugar visible.

Artículo 46. En caso de muerte del farmacéutico director de un farmacia, debe llenarse su puesto con otro farmacéutico titulado si lo hubiere en la población, y caso de no existir otro, se dará un plazo prudencial por la Dirección Nacional de Higiene, para reemplazarlo.

Artículo 47. Los locales de las farmacias serán independientes, es-

paciosos y bien ventilados, el piso será impermeable; las secciones de diversas clases de elementos, separados y clasificados.

Artículo 48. Los locales de las farmacias serán independientes de las habitaciones de la familia del farmacéutico, y no se permitirá la permanencia en ellos de personas y menores de edad extraños al funcionamiento del establecimiento.

Artículo 49. Los pesos y medidas de las farmacias se regirán por el sistema métrico decimal. Las balanzas serán suficientes en número y en las condiciones que determine la Comisión de Inspección de Farmacias.

Inspección de farmacias.

Artículo 50. La inspección de farmacias en la capital de la República se verificará anualmente por medio de una comisión compuesta de un facultativo nombrado por la Dirección Nacional de Higiene, de un profesor de la Escuela de Farmacia, y de un farmacéutico nombrado de común acuerdo entre esas dos entidades y teniendo en cuenta el dictamen de personas autorizadas entre el personal de los farmacéuticos.

Artículo 51. Dicha inspección se hará en épocas diversas en cada año, sin previo aviso a los interesados; se efectuará detalladamente, para ver si se llenan las condiciones exigidas, según el carácter de farmacia de primera o de segunda clase respecto de drogas, medicinas patentadas; utensilios de preparación, libros de consulta y de registro, personal directivo y subordinado.

Artículo 52. La inspección de una farmacia se hará también cuando se solicite su apertura como establecimiento nuevo y por orden de la Dirección Nacional de Higiene, que debe autorizarla. La comisión podrá cobrar en caso de inspección anual o para abrir una nueva farmacia, la suma de \$ 20.

Artículo 53. De la visita de inspección se levantará un acta en la cual se indique se cumplen satisfactoriamente todas las condiciones exigidas; en caso contrario, las deficiencias que se encuentren. Dicha acta debe estar firmada por la Comisión Inspectorá y el farmacéutico director.

(Continuará)

TERAPEUTICA RAZONADA

DIARREAS DE ORIGEN DIGESTIVO

SECCIÓN A CARGO DEL DOCTOR

AGUSTIN ARANGO

En nuestra libreta de apuntes encontramos las siguientes notas tomadas al profesor Harvier en la Facultad de París.

Diarrea de los hipoclorhídricos.—Como en estos enfermos el píloro está constantemente entreabierto permite a los alimentos pasar al duodeno sin detenerse en el estómago; el duodeno sorprendido por ellos se excita y los expulsa rápidamente; el colon reacciona de la misma manera y por consiguiente la diarrea se presenta muy poco tiempo después de comer.

Si el diagnóstico es hecho, la medicación ácida (limonadas cítricas o clorhídricas) puede dar preciosos resultados.

Diarreas biliares.—Estas diarreas, como las precedentes, se presentan poco tiempo después de comer. Su mecanismo es el siguiente: durante la digestión la vesícula biliar se vacía completamente en el duodeno; esta bilis espesa actúa como un gran excitante de la secreción y de la contracción intestinal haciendo las veces de un poderoso laxante.

El opio y la belladona, que se oponen a estos vaciamientos reflejos pueden dar buenos resultados. La medicación alcalina está indicada en estos casos.

Diarreas grasosas.—Son debidas a una insuficiencia del páncreas, cuyo jugo es incapaz de modificar las grasas.

El tratamiento debe ser ante todo etiológico combinado con un régimen desprovisto de grasas.

Diarreas por fermentación.—Son producidas por fermentación y putrefacción de los albuminoideos en el colon, siendo esta la causa de muchas colitis.

El tratamiento consiste en un régimen privado de albúminas animales.

Como se ve, en la etiología de las diarreas, las turbaciones nerviosas y motoras alternan con las irritativas.

Otras diarreas.—Existen otras diarreas debidas a fermentaciones ácidas en el colon, de los hidratos de carbono.

El tratamiento consiste en disminuir lo más posible los hidratos de carbono en la alimentación y dar alguna medicación alcalina.

Diarreas nerviosas.

Diarreas reflejas (emotivas, psíquicas).

Diarreas diabéticas (turbaciones vasomotoras).

TRATAMIENTO

Para las diarreas tenemos tres clases de medicamentos: 1.º Medicamentos que moderan las contracciones intestinales; 2.º Medicamentos antisecretorios; 3.º Medicamentos reguladores del sistema nervioso.

1) Entre los de la primera clase el mejor es el *opio*, bajo ciertas formas. No se debe emplear en los hiperclorhídricos porque aumenta la secreción ácida. Darlo bajo una forma soluble para que actúe pronto: *láudano* y mejor aún *elixir paregórico*, media hora antes o media hora después de las comidas.

2) Las diarreas producidas por la fermentación de los hidratos de carbono se combaten por las sales de cal: *fosfato de cal*.

Las diarreas por hipersecreción y las producidas por la fermentación de los albuminoideos se combaten con varios medicamentos.

El *tanino* 0,50 a 2 gr. en poción; se opone a la secreción de albúminas por la mucosa, pues forma con ellas un compuesto insoluble. El tanino puede producir dolores gástricos y algunas otras turbaciones.

El *tanígeno*. Se desdobra en presencia del jugo pancreático y da tanino libre.

El *tanoforno*. Se desdobra de la misma manera y da tanino y formol.

La *ratania*. En poción, asociada al bismuto, da buenos resultados.

El *carbón*. Tiene propiedades absorbentes y fijadoras; fija los coloides aún los más tóxicos; fija también toxinas como las de la difteria; fija los gases. Los medicamentos asociados al carbón se desprenden lentamente en el intestino. El carbón puede ser vegetal o animal.

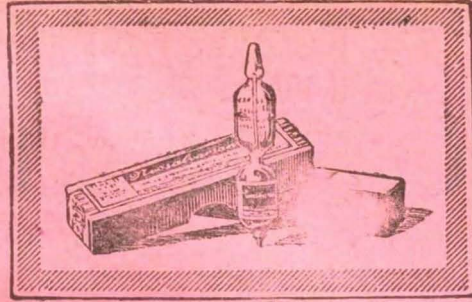
El *talco* (silicato de magnesia hidratada). Obra recubriendo la mucosa intestinal como lo hace el bismuto. Silicato de alúmina, 1 a 5 gr.

El *óxido de zinc*. Precipita las albúminas gástricas e intestinales poniendo la mucosa a cubierto de la acción del jugo gástrico.

3) Las diarreas nerviosas son producidas por un peristaltismo exagerado; el nervio que activa estas contracciones es el vago y por consiguiente la medicación debe consistir en moderadores de este nervio: *belladona* y *atropina*.

Como se sabe las diarreas de los tabéticos son de origen nervioso.

El simpático puede también ser la causa de algunas diarreas no por acción sobre la movilidad sino por su acción sobre el aparato circulatorio. Las diarreas tabéticas tiene sin duda este origen. El mejor medicamento en estos casos es la *quinina* que tiene una acción moderadora extremadamente rápida.



Neosalvarsán

Dioxidiaminoarsenobenzol-metan-sulfina tosódico
As = 18'5—19'5 %

Marca registrada

El preparado original del
Profesor Dr. *Ehrlich*, está bajo
la constante fiscalización oficial
del Instituto Nacional de
Terapéutica Experimental, de
Frankfurt a. M. (Prof. Dr. *Kolle*)

Para el tratamiento
intravenoso de la

Lues

en todos sus grados,

frambesia (pian o
yaws), fiebre recu-
rrente y otras espi-
roquetosis

Indicado también para el tra-
tamiento de la fiebre palúdica
terciana

Embalaje original

Ampollas dobles "Iso" de
0,15; 0,30; 0,45; 0,60; 0,75 y 0,90 g.



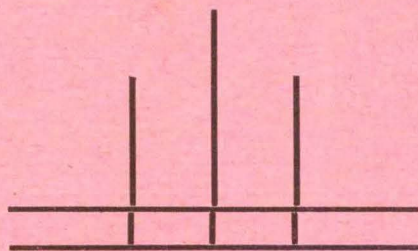
Para muestras y literatura científica favor dirigirse a

QUIMICA INDUSTRIAL

Bayer Meister Lucius

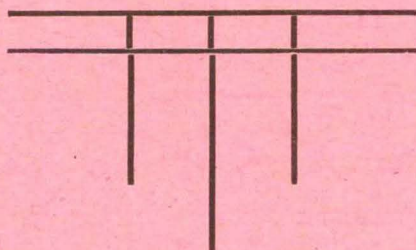
WESKOTT & Cía. - APARTADO 301. - BOGOTA

CLINICA DE MARLY



TELEFONO
CHAPINERO

1 0 0 0



Por telégrafo: MARLY

CRONICAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA

SECCIÓN A CARGO DEL SEÑOR
DANIEL BORRERO DURAN

PH SANGUÍNEO

Nos proponemos hacer un resumen del PH Sanguíneo, cuestión que a primera vista parece extremadamente complicada pero que en realidad es bastante simple. Para comprenderla es indispensable recordar algunas nociones físicas referentes a la disociación iónica.

Cuando un cuerpo se disuelve en un líquido, se encuentra bajo dos formas, una molecular y la otra disociada en los iones que lo componen; así, por ejemplo, una solución de NaCL, contendrá la molécula NaCL y los iones Na y CL; si se sumergen los dos electrodos de una pila eléctrica en una vasija que contenga agua destilada la corriente que tiene que ser de débil intensidad, no pasará porque el agua se disocia muy poco, en cambio si le agregamos un poco de sal marina, la corriente pasará muy fácilmente merced a la disociación de iones positivos y negativos que vienen a constituir en el líquido una especie de puente que une los dos electrodos. Tanto mayor sea la facilidad de la disociación de la sal disuelta, tanto más fácilmente pasará la corriente eléctrica por la solución; empleando corriente de poca intensidad, se puede calcular el poder de disociación de las diferentes sales por la facilidad del paso de aquella a través de sus soluciones. Las sustancias no obran sino cuando están disociadas. De los diversos experimentos se ha deducido la siguiente ley: «la relación entre los iones disociados y la sustancia molecular disuelta es siempre la misma y se expresa por un coeficiente K constante; es entendido que para la determinación de este coeficiente se ha escogido una temperatura de 18° y que la disociación aumenta con la temperatura y con la concentración de las soluciones. El poder de disociación del agua destilada es de $\frac{1}{10.000.000} = \frac{1}{10^7}$ »

$10^7 \times 10^7$ tanto para los iones H como OH. Aplicando la ley anterior, tenemos $\frac{H \times OH}{H^2O} = K$ constante, de donde resulta $(1 \times 10^7) \times (1 \times 10^7)$ igual 1×10^{14} , teniendo en cuenta que los iones A son positivos y que los iones OH son negativos. Se ha dado el nombre de solución ácida normal a aquella que contiene un gramo de H, hidrógeno, por litro; el de solución básica normal a aquella que contiene un gramo de OH por litro; las letras CH expresan la concentración en iones H y las COH la concentración en iones OH. Estos datos son indispensables para comprender la tabla que a continuación insertamos y que nos explicará claramente el PH:

Soluciones ácidas		CH		C. OH	PH	
	$\frac{N}{N}$	.....	1.....		0	
	$\frac{N}{10}$	.....	0,1.....	1×10^1	1×10^{14}	1
	$\frac{N}{100}$	.....	0,01.....	1×10^2	1×10^{13}	2
	$\frac{N}{1.000}$	.....	0,001.....	1×10^3	1×10^{12}	3
	$\frac{N}{10.000}$	.....	0,0001.....	1×10^4	1×10^{11}	4
	$\frac{N}{100.000}$	.....	0,00001.....	1×10^5	1×10^{10}	5
	$\frac{N}{1.000.000}$	.....	0,000001.....	1×10^6	1×10^9	6
Neutras	$\frac{N \text{ ácida}}{10.000.000}$	.....	0,0000001.....	1×10^7	1×10^8	7
	$\frac{N \text{ Básica}}{10.000.000}$	.....	0,0000001.....	1×10^8	1×10^7	7
Básicas	$\frac{N}{1.000.000}$	.....	.....	1×10^9	1×10^6	8
	$\frac{N}{100.000}$	.....	.....	1×10^{10}	1×10^5	9
	$\frac{N}{10.000}$	.....	.....	1×10^{11}	1×10^4	10
	$\frac{N}{1.000}$	.....	.....	1×10^{12}	1×10^3	11
	$\frac{N}{100}$	.....	.....	1×10^{13}	1×10^2	10
	$\frac{N}{10}$	.....	.....	1×10^{14}	1×10^1	13
	$\frac{N}{N}$	.....	.....	.....	1....	14

Designamos por N una solución ácida normal, es decir, que contenga un gramo de H por litro. Esto lo conseguimos agregando al agua 36,5 gramos de ácido clorhídrico que se disocia así: $\text{Cl} = 35,5 \text{ H} = 1$; su concentración en H estaría representada por 1; si hacemos décimo normal la solución, la concentración se expresarán 0,1 ó 1×10^1 y así sucesivamente como lo expresa la tabla; además, como el PH es un símbolo que expresa no sólo la disociación iónica sino la alcalinidad actual de un líquido, en la solución ácido normal de concentración H igual a 1, la alcalinidad es nula por lo cual se representa el PH por cero en la tabla; en la solución décimo normal el PH está representado por 1, y así como lo indica la tabla, va aumentando hasta llegar a 7 que corresponde a una solución neutra; en resumidas cuentas, el PH no es otra cosa que el logaritmo invertido de la cifra que expresa la concentración en iones H por litro de una solución; como la concentración en H disminuye a medida que la solución se hace más débil es lógico que su logaritmo aumente hasta llegar al agua destilada; fácil es darse cuenta que una misma solución como lo indica la tabla tiene una concentración en iones negativos OH, inversa de la concentración en iones H o iones positivos.

Si ahora tomamos una solución N básica normal, es decir, que tenga un gramo de OH por litro y expresamos su concentración por 1, solución que está representada en la parte inferior de la tabla, el PH estará representado por la cifra 14, porque la alcalinidad es absoluta; si a esta solución la hacemos décimo-normal su concentración en iones OH será de 0,1 o de 1×10^1 y su PH estará representado por 13 y así sucesivamente como lo indica la tabla hasta llegar a una solución al $\frac{\text{N}}{10.000.000}$ que se considera como neutra y cuyo PH es de 7.

Antes de seguir adelante debemos aclarar lo referente a la acidez o alcalinidad real y potencial teniendo presente que es aquella la que sólo interviene en los distintos fenómenos. Ejemplo: una solución ácido normal es la que tiene 36.5 gramos por litro de ácido clorhídrico, la *disociación potencial*, que se expresa por la concentración en iones H, sería de 1; en cambio, si queremos verificarla a 18° sólo obtendremos 0,8 de disociación y esta vendría

a ser la *disociación real*. Cosa análoga sucede con los demás ácidos; tienen una disociación real inferior a la potencial.

La sangre y los líquidos orgánicos son alcalinos pero el organismo fabrica ácidos como el carbónico que en 24 horas corresponde a una solución normal de ácido clorhídrico de 20 a 40 litros; además, por la orina excreta sustancias cuya acidez corresponde de 50 a 150 c. c. de una solución normal de HCL.

La alcalinidad de la sangre normal varía muy poco entre 7,30 y 7,40 teniendo un promedio de 7,35 a la temperatura del organismo que es de 37° y no a la de 18° del laboratorio pues a ésta el PH es 7,07, pero después de grandes ejercicios puede ser de 7,05 que es ya bastante ácido.

Respecto de la compatibilidad de la vida con el aumento del PH sanguíneo se han hecho en los animales numerosos experimentos que han permitido fijar como último límite la cifra de 6,4 cuando ella es alcanzada, la muerte sobreviene precedida de cierta somnolencia y de un estado comatoso característico; si la alcalinosis sobreviene la muerte llega precedida de manifestaciones tetánicas y epileptiformes análogas a las que se observan después de la paratiroidectomía que produce una alcalinhemia.

El organismo restablece las modificaciones del PH; uno de los medios consiste en mantener siempre la relación del ácido carbónico y del bicarbonato de soda $\frac{\text{CO}^3\text{H}^2}{\text{CO}^3\text{HNa}} = \frac{3}{60} = 0,05$ es alrededor de esta fórmula que se verifican todos los fenómenos de la acidosis.

Cuatro casos pueden presentarse:

1° Cuando disminuye el bicarbonato de soda en la sangre se constituye una acidosis no gaseosa debida al aumento relativo del ácido carbónico; esta tendencia a la acidosis se observa en el organismo cuando aumenta el ácido láctico por el trabajo muscular, en la disminución de las oxidaciones, en las anestias, en los casos de schok, en las nefritis, en las diabetes, en la inanición, en los vómitos cíclicos y en los incoersibles del embarazo.

2.º Cuando el ácido carbónico aumenta por los obstáculos como el neumotórax, que se presentan a su eliminación, la acidosis que se observa se denomina gaseosa.

3.º Si se presenta una disminución del ácido carbónico se observa una alcalosis gaseosa.

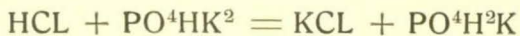
4.º Si disminuye el bicarbonato de soda la alcalosis es no gaseosa.

Veamos ahora cuáles son los medios que el organismo utiliza para establecer el equilibrio indispensable para su buen funcionamiento.

Existen órganos que se han llamado de defensa como el pulmón, el riñón y el hígado, además el sistema nervioso ejerce una acción preponderante en el restablecimiento del equilibrio químico; así en una acidosis gaseosa determinada por el aumento del ácido carbónico, éste excita de manera específica el centro bulbar de la respiración, la cual se aumenta en número y en intensidad determinando así una mayor eliminación del CO^3H^2 en exceso.

Si suponemos una disminución del bicarbonato de soda, el ácido carbónico decrecerá proporcionalmente, por aumento de su eliminación, para mantener la proporción que ha de ser siempre la misma. En la sangre existe también un mecanismo para neutralizar los ácidos en exceso por medio de la transformación del carbonato alcalino en bicarbonato de soda, merced a la acción del CO^3H^2 . La reacción de esta sustancia es reversible: $\text{CO}^3\text{Na}^2 + \text{CO}^3\text{H}^2 = 2\text{CO}^3\text{NaH}$.

Los glóbulos rojos desempeñan también un papel muy importante en el mantenimiento del PH sanguíneo. En efecto, sin ninguna razón se ha considerado al ácido carbónico como un ácido muy débil; hoy se ha demostrado que en el organismo puede descomponer el NaCL, dejando en libertad al ácido clorhídrico, así: $\text{CO}^3\text{H}^2 + \text{NaCL} = \text{CO}^3\text{NaH} + \text{HCL}$. Este último cuando está en exceso no puede quedarse en el plasma sino penetra en el glóbulo rojo donde toma un átomo de potasio al fosfato bipotásico que allí encuentra:



se constituye, pues, un clorato neutro de potasio y un fosfato monopotásico. La reacción anterior es reversible de acuerdo con la proporción de las sustancias y con las necesidades del organismo.

El fosfato disódico desempeña un papel importante para el mantenimiento de la alcalinidad orgánica, porque el riñón lo descompone dejando en libertad el sodio que neutraliza los ácidos formando con ellos sales.

El PH de la orina varía entre 4,8 y 7,8 teniendo promedio de 6,8; pero si la alimentación es rica en vegetales y en frutas, generalmente es de 7,7. Cuando la orina es muy ácida el riñón sólo elimina el fosfato monosódico.

Otra, papel no menos importante del riñón, consiste en la fabricación de amoníaco a expensas de la urea, amoníaco que sirve para neutralizar los ácidos descomponiendo ciertas sustancias sódicas de la sangre, deja en libertad las bases y se elimina por la orina combinado a los radicales, constituyendo diversos compuestos amoniacaes.

De la acción del amoníaco se deducen los dos hechos siguientes:

1.^o Una inyección intravenosa de bicarbonato de soda disminuye la cantidad de NH^3 eliminada por la orina.

2.^o Los animales carnívoros soportan mejor que los herbívoros las inyecciones de HCL porque ellos pueden fabricar muy fácilmente a expensas de la carne una buena cantidad de NH^3 que neutraliza el exceso de ácido. Basado en los anteriores hechos, Snapper emitió las nuevas ideas, hoy aceptadas sobre el mecanismo del coma diabético. Antes se creía y así está consignado en los libros clásicos, que el hígado destruía los ácidos acetilacético y beta oxibutírico en su totalidad; hoy sabemos que este órgano no detiene sino el 60% del primero y del 16 al 30% del segundo, en cambio los músculos y sobre todo el riñón no sólo los fija y detiene como el hígado, sino que los destruyen en su totalidad; es, pues, preponderante el papel del riñón para proteger el organismo de la acidosis diabética.

CRONICA DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

SECCION A CARGO DEL SEÑOR

GUILLERMO I ARGACHA

PRIMERAS APLICACIONES DE UN NUEVO MÉTODO DE ANALGESIA OBSTÉTRICA

El 21 de abril del año en curso se hizo el ensayo en el Servicio de Clínica Obstétrica del Profesor Miguel Rueda A., de un nuevo método de analgesia obstétrica siendo el primero que se aplica en Bogotá y hoy día de uso corriente en el Servicio. Este método es muy usado en el Hospital Lying-in de Nueva York.

Este nuevo método marca un paso más en el progreso de la práctica obstétrica y viene a sumarse a los ya numerosos sistemas propuestos para atenuar y aun suprimir completamente los dolores del parto sin comprometer en nada la salud de la madre y del niño, uno de los asuntos que con más fervor se ha estudiado en los últimos tiempos.

Entre nosotros se usaba hasta hace poco tiempo el cloroformo en pequeñas inhalaciones en el momento de iniciarse la contracción del útero y con esta práctica se conseguía la atenuación del dolor provocado por la contracción; pero este método solía provocar accidentes muy frecuentes tanto para la madre como para el niño, motivo por el cual ha sido completamente abandonado en el Servicio, empleándose en su lugar el éter.

Desde el año de 1928 viene usándose en la Clínica Obstétrica la analgesia y anestesia por los gases y los magníficos resultados obtenidos con ellos quedaron consignados en un brillante y bien documentado estudio que en el número primero de esta Revista publicó el doctor Carlos J. Mojica, Jefe de la Clínica y actualmente Profesor interino.

El Profesor Rueda en su noble afán de hacer de su Servicio un centro de enseñanza e investigación, entregó al doctor Mojica, para su investigación y control, la técnica de un nuevo sistema de analgesia obstétrica; en su compañía y bajo su dirección hemos practicado varios ensayos del nuevo método cuya técnica es la siguiente:

Se trata de la analgesia obtenida por medio de inyecciones intramusculares de una solución de sulfato de magnesia y morfina, asociadas a instilaciones rectales de una mezcla de quinina, éter y aceite de olivas.

Drogas necesarias.

1.º Una solución esterilizada de sulfato de magnesia al 50% y ampollitas de sulfato de morfina de 1¹/₂ ctgrs.

2.º Enema para retener formado de:

Bromhidrato de quinina.....	1 gramo
Alcohol.....	10 »
Eter.....	75 »
Aceite de olivas c/s para.....	120 gramos.

Si fuere necesario repetir la instilación a la misma paciente, debe prepararse el mismo enema tan solo con 0.50 ctgrs. de quinina.

Modo de aplicar el método.—Enema jabonoso al empezar el trabajo del parto, para vaciar el recto y el colon.

Cuando la dilatación del cuello da paso a dos dedos y las contracciones son enérgicas y cada tres a cinco minutos, se hace una inyección intramuscular de 2 c. c. de la solución de sulfato de magnesia mezclado con 1¹/₂ ctgrs. de sulfato de morfina.

Media hora después, inyección intramuscular de 2 c. c. de la solución de sulfato de magnesia sin morfina. Esta inyección puede ser aplicada aunque se espere la expulsión en corto tiempo.

Cuando la dilatación del cuello permite la entrada de tres dedos se hace la instilación rectal de la mezcla de éter, quinina y aceite de olivas. Si la inyección de sulfato de magnesia y morfina no produce efectos sedativos después de veinte minutos de la segunda inyección de sulfato de magnesia, debe hacerse la instilación. Si la inyección produce efectos sedativos, no debe hacer-

Mantenemos permanentemente
en depósito

Instrumental de Cirugía

Despachamos para toda la República

Nos encargamos de pedir, según catálogo,
toda clase de mobiliario operatorio,
instrumentos, microscopios y accesorios.

LUIS CARREÑO M. & Co. - BOGOTA

Calle 12, número 106-A - Apartado 445
Teléfono 38-11

Depósito de Especialidades Farmacéuticas
Americanas, francesas, suizas y alemanas.

Despachamos para Cundinamarca,
Boyacá, Tolima y Huila

Concesionarios del famoso insecticida

FLY - TOX

De aroma muy agradable. No mancha.

Resultados garantizados. - Mayores informes donde

LUIS CARREÑO M. & Co. - BOGOTA

Calle 12, número 106-A - Apartado 445
Teléfono 38-11

Morruato Cupríco Coloidal "GADUSÁN"

NATURALEZA QUÍMICA DEL GADUSÁN. El **GADUSÁN** es un producto formado por la reunión de los ácidos grasos del aceite de hígado de bacalao (*Gadus Morrhuá, Linn*), en las mismas proporciones en que estos ácidos se encuentran en el aceite, combinados con cobre, formando sales que se encuentran en el estado coloidal, en un **MEDIO ACUOSO**; es, por consiguiente, un fisiohidrosol de morruato cupríco.

EL GADUSÁN está absolutamente esterilizado, rigurosamente titulado al 1:1000 isotónico, siendo por lo tanto indoloro.

APLICACIÓN DEL GADUSÁN. Siendo el **GADUSÁN** un medicamento enérgico, no puede ser empleado invariablemente. Es absolutamente necesario que el médico establezca su posología correspondiente a cada caso, a fin de que pueda obtener los mejores resultados, teniendo siempre en cuenta los dos modos principales de como el medicamento actúa:

- a) Activando la reacción del foco,
- b) Absorviendo las toxinas.

EL GADUSÁN está especialmente indicado en las afecciones tuberculosas externas, pero también se han obtenido maravillosos resultados en las otras formas de tuberculosis debido a que el **GADUSÁN** es uno de los más ricos coloides.

FABRICADO POR EL INSTITUTO THERAPEUTICO

ORLANDO RANGEL

DE RIO DE JANEIRO, BRASIL

Solicite Muestras y Folletos a

HERMIDEZ PADILLA

Representante exclusivo en Colombia:

BOGOTA, BARRANQUILLA, CALI, MEDELLIN

se la instilación hasta tanto las contracciones sean otra vez fuertes, a intervalos cortos de tres a cinco minutos y la paciente comience a quejarse nuevamente. Cuando el efecto de la primera instilación se ha disipado y la enferma se queja de dolor fuerte, puede darse una segunda instilación con dos y media horas de intervalo y solamente 0.50 ctgrs. de quinina.

Debe ponerse después de cada instilación una inyección intramuscular de 2 c. c. de sulfato de magnesia.

Como contraindicaciones del método sólo se señalan los estados patológicos del intestino grueso, diabetes y trastornos auditivos.

En los casos por nosotros observados hemos encontrado que evidentemente el dolor desaparece sin que las contracciones uterinas dejen de ser aparentes; los ruidos fetales no sufren ninguna alteración; la enferma permanece tranquila; la dosis que trae el método original nos parece un poco alta, pues en los casos en que se aplicó el trabajo se prolongó doce horas más, seis de las cuales la enferma durmió tranquilamente habiéndose suprimido totalmente las contracciones uterinas. Por esta razón hemos disminuído la dosis de morfina a 0,01 centigramos con lo cual hemos obtenido mejores resultados. Además, la instilación rectal produce durante su aplicación, un ligero escozor, fácilmente tolerado.

En resumen, el método es de fácil aplicación, de inocuidad absoluta para madre e hijo, pero según nuestras observaciones, prolonga la duración del trabajo aumentando con ello el porcentaje en las indicaciones para la aplicación de fórceps.

CRONICA DEL HOSPITAL DE SAN JOSE

SECCIÓN A CARGO DEL DOCTOR

HECTOR PEDRAZA

En el presente mes han recibido el título de doctores en Medicina y Cirugía, algunos de los practicantes internos del Hospital de San José y por este motivo abandonarán sus respectivos cargos que venían desempeñando.

Están entre ellos el señor Rafael Henao Toro, quien desfiló por los diferentes servicios de cirugía durante tres años. Presentó como tesis de grado un interesante estudio sobre el tratamiento de las fracturas diafisarias del femur.

Gilberto Cerda, estudiante de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Chile, vino a nuestra Facultad a terminar sus estudios y desempeñó el cargo de interno de los servicios de enfermedades infecciosas y tropicales. Su tesis fue un trabajo experimental sobre la vacuna antituberculosa de Calmette Guérin (B. C. G.), que es un trabajo muy serio y detallado sobre este medio de profilaxis contra la infección bacilar, el cual tiene actualmente muy preocupada la ciencia médica y es objeto de severas investigaciones en todas partes del mundo. Sus trabajos fueron hechos en el Laboratorio del Instituto Nacional de Higiene y dirigidos por el doctor Antonio Peña Chavarría.

El señor Santiago Triana C., anestésista y ayudante en la sala de operaciones (hombres), presentó un estudio de observación personal, sobre 305 raquianalgias y mereció, de parte del Consejo de Jueces de Tesis, una mención especial.

Angel M. Riveros, interno del servicio de Clínica Médica, hizo un estudio bastante bueno sobre la anestesia troncular.

El Jefe del Laboratorio de Bacteriología y Química del Hospital, señor Antonio Palacios, escribió para su tesis, sobre el

diagnóstico de la tuberculosis por la floculación según el método de Vernes, y presenta numerosas observaciones.

El señor Néstor Bernal, interno del Hospital hasta hace unos pocos meses, hizo su tesis sobre la importancia que tiene la investigación de la creatinina en la sangre para el pronóstico de las afecciones renales. Con muy justa razón el trabajo del señor Bernal ha sido declarado como tesis laureada de la Facultad.

Ha sido nombrado practicante interno del servicio de Enfermedades infecto-contagiosas, que está a cargo del doctor Andrés Bermúdez, el señor Miguel Osorio.

Llegó de Bucaramanga la Reverenda Madre Clara de Asís, Superiora del Hospital de San José. Nos congratulamos de su regreso.

TESIS Y TRABAJOS NACIONALES

SECCIÓN A CARGO DEL DOCTOR

EUGENIO GONZALEZ ARENAS

LA OPERACIÓN CESÁREA TRANSPERITONEAL SEGMENTARIA

Es esta operación la más moderna de las técnicas preconizadas para realizar la operación cesárea que, a pesar de sus peligros, ha salvado tántas vidas a la humanidad. Como su nombre lo indica, en esta técnica se hace la incisión uterina sobre la región denominada *segmento inferior* y para llegar a él se pasa a través del peritoneo, cuyos bordes parietal y visceral superiores se suturan previamente, para aislar de esa manera el campo operatorio de la gran cavidad peritoneal, cuya infección, probable sobre todo en los casos llamados impuros, es el máximo peligro de la cesárea clásica.

Sobre esta técnica operatoria escribe su Tesis de Grado nuestro inteligente compañero el doctor Luis M. Ferro; después de tratar somera y claramente algunos puntos anatómicos y fisiológicos de innegable interés para el tema en cuestión, hace el doctor Ferro una minuciosa descripción de la técnica seguida por él en sus observaciones, que es, con ligeras variaciones, la conocida con el nombre de Salhein III; discute muy acertadamente las indicaciones del método, pone de presente las ventajas que tiene sobre sus similares y como resultado de sus observaciones concluye que debe preferirse la técnica trasperitoneal a la extraperitoneal y acata las estadísticas levantadas al respecto por varios autores extranjeros.

La tesis del doctor Ferro, uno de los más importantes trabajos salidos de la clínica que tan eficientemente regentó el llorado Profesor Rueda Acosta, mereció que la Facultad, con sobra de jus-

ticia, le concediera una Mención Especial, triunfo por el cual van para su autor nuestros parabienes.

EL ESFIGNOGRAMA HUMERAL EN LAS INSUFICIENCIAS AÓRTICAS

Trabajo de verdadero valor científico, presentado como tesis de grado por el doctor Nicolás Arciniegas García y que constituye una prueba más de la eficacia con que se trabaja en el Laboratorio de Fisiología de la Facultad,

Demostrando que no está reñida la brevedad con la nitidez de la exposición, trata Arciniegas lo relativo a embriología, inervación, trabajo del corazón, propiedades del músculo cardíaco, etc.; habla brevemente de los métodos de exploración cardíaca; hace en seguida una muy buena descripción de la insuficiencia aórtica en sus dos tipos, la enfermedad de Corrigan y la enfermedad de Hodgson, y basándose en cinco observaciones clínicas, cuidadosamente seguidas, controladas por la radiografía y la admirable interpretación de las gráficas del pulso humeral, formula las siguientes conclusiones :

I) El esfigmograma humeral debe tomarse como auxiliar de gran valor para el diagnóstico clínico de las insuficiencias aórticas.

II) Deben tomarse trazados a distintas presiones para observar la evolución de la onda dicrota y las modificaciones que sufren los ganchos característicos, según el tipo de insuficiencia.

III) Una diferencial que pase de once centímetros de Hg., sin influencia respiratoria sobre el pulso, debe hacernos pensar en un pronóstico grave.

IV) Si es evidente que el trazado mecánico no hace más que inscribir lo que la clínica puede decir, es muy importante tomar metódica y sistemáticamente el esfigmograma humeral en las afecciones aórticas, porque el criterio personal puede hacer variar las apreciaciones de los fenómenos clínicos.

El Presidente de tesis, doctor Uribe Piedrahita, conceptuó «que la tesis del señor Arciniegas García está en la categoría de las que debieran laurearse» y la Facultad, a petición del Consejo de Jueces, le concedió una mención honorífica, distinción muy merecida y por la cual felicitamos a su autor.

ALGUNOS APUNTES SOBRE MATERNIDAD Y PUERICULTURA

Con el interés que su importancia merece, leímos la tesis del doctor Vicente Emilio Gaviria, titulada *Algunos apuntes sobre maternidad y puericultura*, y sentimos no disponer de espacio suficiente para extendernos sobre ella, como fuera nuestro deseo. Divide su trabajo el doctor Gaviria en cuatro partes: dedica la primera al estudio de la mortalidad infantil en general y sus principales causas; en la segunda estudia los remedios que podrían emplearse para combatirla; la tercera y cuarta partes tratan de la protección educativa y social de la mujer, los consultorios prenatales y lo que al respecto se ha hecho en Bogotá.

Es la tesis del doctor Gaviria un trabajo de actualidad entre nosotros, cuya lectura nos permitimos aconsejar a cuantos se interesen por estos problemas de tan enorme trascendencia para el porvenir de la raza y que, hasta hace muy poco tiempo, mirábamos con glacial indiferencia.

No publicamos, por carecer absolutamente de espacio, un trabajo que nos fue enviado por el doctor Enrique Chaux, ilustre colega que ejerce en Popayán. Nos contentamos hoy con hacer un resumen que dará una idea de la importancia de las cuestiones que en él se tratan.

Con el fin de organizar las actividades sanitarias juzga conveniente la convocatoria de un Congreso Nacional de Higiene constituido por delegados de todos los departamentos que expondrán las necesidades regionales y dictarán las medidas que se deban adoptar.

Respecto de la campaña que se debe emprender contra la lepra cree necesario desde todo punto de vista organizar un leprosario único en la isla de San Andrés, con carácter hospitalario y bajo la dirección inmediata de especialistas nacionales que dispondrán de todos los recursos modernos para el tratamiento de tal enfermedad.

El autor se extiende además, basándose en consideraciones científicas, sobre los principales sistemas que se deben adoptar para defender al pueblo de la tuberculosis y del cáncer.

Damos las más rendidas gracias al doctor Chaux por su trabajo y esperamos que los demás colegas de provincia sigan su ejemplo y nos presten el valioso contingente de su colaboración.

LIBROS Y REVISTAS

SECCIÓN A CARGO DEL DOCTOR

ARTURO DURAN

Pablo Lageze (Lyon).—DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE UNA CIÁTICA
(Clinique et laboratoire N.º 9. Septiembre de 1930)

Con el nombre de ciática designase indistintamente todos los síndromes dolorosos de la cara posterior de los miembros inferiores; de aquí el gran número de formas anormales o incompletas, como también la frecuencia de las ciáticas esenciales, de etiología ignorada y que sin motivo fundado se denominan reumáticas o a frigore.

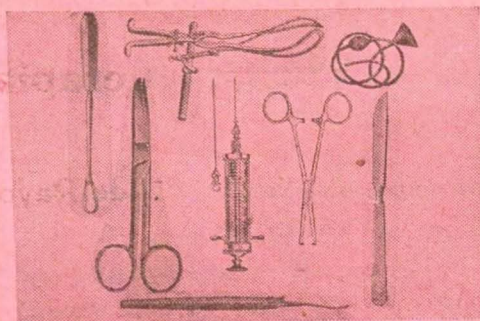
La manera como concebimos las ciáticas es muy diferente; según nosotros, el nombre de síndrome ciático debe aplicarse tan solo a los casos acompañados de signos neurológicos precisos que indiquen una alteración del nervio ciático al nivel de sus raíces, del tronco o de sus ramas.

Acostúmbrase, por considerar equivocadamente que en el miembro inferior tan solo el ciático puede ser doloroso, describir ciertos signos como clásicos de la ciática, que a nuestro modo de ver carecen de valor desde el punto de vista estricto de este nervio, y que bastan, no obstante a muchos médicos para hacer el diagnóstico de ciática. ¿Qué valor tiene el dolor subjetivo? Creemos que ninguno. El hecho de sentir dolor el enfermo en la cara posterior del muslo no significa que fatalmente sea producido por el nervio ciático. Basta por lo demás hacer precisar el punto del dolor para comprobar con frecuencia que existen también en la cara externa del muslo, con mayor frecuencia en la nalga y aun a veces en la región sacroiliaca. Es raro que exista una zona dolorosa lineal correspondiendo a la descripción de los tratados según los cuales el enfermo dice sentir dolor al rozar la re-

gión posterior del muslo con un fósforo. Si bien algunos enfermos presentan espontáneamente paroxismos que aparecen sin causa determinada en el reposo o durante el sueño, no es menos cierto que otros muchos sólo sufren durante los movimientos, los esfuerzos, calmándose el dolor en el reposo o adoptando una posición confortable. Ahora bien, estos dolores que se presentan durante una contracción muscular no son de carácter neurálgico, sabemos que son más bien paroxísticos, sin ninguna causa provocadora. De aquí que concedamos una importancia muy limitada a este dolor subjetivo y sus modalidades para atribuirlo al ciático.

¿Es acaso más importante el dolor provocado? No nos detendremos en citar todos los puntos de Valleix que es costumbre describir, porque creemos que su valor es nulo. Fácil es demostrarlo. Aun admitiendo que existen siempre a nivel del trayecto del ciático nada nos permite afirmar que sea este nervio el comprimido. En efecto; por encima de él existen la piel, el tejido celular, la aponeurosis y por último, las inserciones tendinosas o las masas musculares que lo cubren. Si estos puntos ponen en evidencia el dolor en una región determinada, nunca permiten afirmar que es el ciático el que duele y no los músculos o los planos superficiales. Precisa añadir que si buscamos el dolor provocado sin idea preconcebida vemos que existen puntos dolorosos en múltiples sitios; en la nalga, en la cara externa del muslo y muy por fuera del trayecto del nervio ciático.

Además del dolor provocado es clásico conceder una importancia bastante considerable a la *hipotonía muscular*, que es fácil poner en evidencia buscando el descenso del pliege glúteo (Signo de Boudeti). No creemos que esta hipotonía muscular tenga gran importancia, pues no existe más que en las algias persistentes acompañada de una impotencia acentuada que obliga al enfermo a un prolongado reposo. Falta muchas veces en las ciáticas más auténticas acompañadas de síndrome neurológico completo. Finalmente encontramos esta hipotonía muscular en todas las demás inmovilizaciones bastante prolongadas del miembro inferior: flebitis, fracturas, reumatismos, etc, etc. No debemos, pues considerarla como un argumento en favor del origen ciático del dolor.



PADCO

SEÑOR MÉDICO:

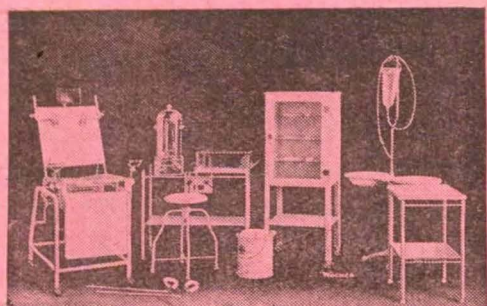
Recuerde que ya existe en Bogotá un ALMACEN DE MUEBLES E INSTRUMENTOS DE CIRUGIA marca «PADCO».

Hay muchos aparatos modernísimos listos para entregarse.

Solicitamos de los señores médicos nos hagan una visita.

HERMIDEZ PADILLA

Apartado 490.—Teléfono 40-18.



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

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

Laboratorio de Rayos X y Electroterapia

Doctor C. Trujillo Venegas, Director del Laboratorio de Rayos X
del Hospital de San Juan de Dios



Carrera 8ª. número 483 (entre calles 15 y 16). Teléfono 17-68



Cuenta además con Aparato de Rayos X portátil para practicar
exámenes radiológicos a domicilio

Riñón cardíaco.—Congestión renal

Su tratamiento con la Anticalculina Ebrey según las observaciones del distinguido doctor Jesús B. Carpio, Director del Hospital Civil de Zumpango y Delegado Sanitario de la ciudad de México.

«Un nuevo caso clínico acabo de obtener con el acreditado producto Anticalculina Ebrey (líquido), en el cual se trata de una congestión renal que aparentaba ser un riñón cardíaco porque su orina era escasa, oscura y densa; además se observaban depósitos de uratos de color rojo».

«Muy tardía, de cuando en cuando, se acusaba la presencia de albúmina, pero en poca cantidad; además aprecié en los análisis células epiteliales y en las más de las veces encontré cilindros».

Mi diagnóstico me indicó que se trataba de una congestión primitiva por los intervalos de epistaxis, cefalalgia, anorexia, fiebre, mareos y alucinaciones que presentaba mi paciente».

Pudiera dar una relación más larga de los síntomas y apreciaciones que hice; pero mis colegas que lean este caso, podrán darse cuenta de la enfermedad curada en poco tiempo con la Anticalculina Ebrey, y no queriendo ser cansado, me concreto a dar un bosquejo del caso que curé con dicho producto, pues al terminar el primer frasco de dicho preparado, su orina empezó a cambiar de color, aumentó su volumen y toda molestia fue cambiando de una manera notable, admirándome que el apetito era voraz. Advierto que mi enfermo fue desahuciado por varios especialistas»

«A mis colegas que deseen más amplia información sobre los casos que he tratado con Anticalculina Ebrey me será gustoso atenderles a su solicitud».

Mesones, 32, México.—D. F., México.

De aquí que creamos que no son estos los síntomas que nos permitan hacer el diagnóstico de ciática. Para nosotros la ciática no debe englobar todas las observaciones incompletas fundadas tan sólo en los puntos de Valleix y signo de Laségue positivo. El nombre de ciática debe reservarse para los casos que van acompañados de uno de los síntomas que denominamos signos de certidumbre.

Es ante todo la modificación del reflejo del tendón de Aquiles que está muy disminuído con relación al lado sano, conforme lo ha demostrado Babinski. Con menos frecuencia está abolido por completo.

2.^o La atrofia muscular, que por cierto es muchas veces bastante ligera y peligra pasar inadvertida cuando no se investiga midiendo el músculo doloroso.

3.^o Trastornos de la sensibilidad objetiva, cuando existen tiene una importancia capital; disminución de la sensibilidad táctil en el músculo enfermo. La sensibilidad térmica casi siempre se conserva.

Finalmente en el síndrome ciático de las radiculitis, la punción lumbar pondrá de manifiesto una ligera albuminosis con hiperlinfocitosis del líquido céfalo-raquídeo.

Tal es, nuestro modo de ver, el conjunto de hechos clínicos que hay que investigar para poder hacer a conciencia el diagnóstico positivo de síndrome ciático.

Si el examen cuidadoso del enfermo no permite encontrar ninguno de los signos de certidumbre, si no existe más que un síndrome doloroso con los puntos de Valleix y las maniobras de alargamiento del miembro positivas, no será prudente diagnosticar una ciática sin pensar antes en descartar todo lo que puede simular la lesión de este nervio, como son las artralgiyas pseudo-ciáticas, mialgiyas pseudo-ciáticas, celulalgiyas pseudo ciaticas.

LOS GRANDES PRINCIPIOS UROLOGICOS

1.^o No se debe sondear jamás una uretra sin haberla explorado previamente—Meato limpio—Sonda limpia—Aceite limpio.

2.^o No sondear jamás una uretra que ha sufrido una ruptura.

3.^o La «Curación».—El vendaje de las heridas de la uretra es la sonda a permanencia.

4.º Cuando se presente un tumor en el perineo no se debe explorar. Se puede pasar una sonda pero es más urgente el bisturí.

5.º El urologista que va a practicar cualquier maniobra, debe dejar a un lado el amor propio, en urología como en mecánica para tener éxito, no son necesarias ni la brusquedad ni la violencia.

6.º Accesos de fiebre análogos a los del paludismo, traducen la infección urinaria. La quinina de estos es: la lámina del uretrotomo en los estrechos; la sonda a permanencia en los demás.

7.º No vaciar bruscamente la vejiga de un antiguo dilatado vesical.

8.º Se debe «supervigilar» la lengua y los pulmones de los urinaros. Es por medio de la sonda a permanencia que se les cuida.

9.º No se deben dar hemostáticos coagulantes en las grandes hemorragias; es preferible practicar la aspiración de los cuáguos. Algo parecido a un alumbramiento artificial.

10. Para decir «*Cistitis*» es preciso la triada: dolores a la micción, orinas turbias y micciones frecuentes.

11. Quien dice «*cistitis*» no dice ninguna enfermedad. Esta es un síndrome tras el cual se oculta otra.

12. Una «*cistitis*» en un enfermo joven que no ha sido sondeado, si no es un blenorragico, es casi siempre un tuberculoso renal.

13. Toda «*Piuria*» de naturaleza indeterminada, necesita la radiografía y la inoculación de las orinas al curi.

14. Un urinario no está examinado mientras no se le haya practicado el tacto rectal.

A. C. Nickel y E. Starr Judd (de Rochester Minn). COLECISTITIS; ESTUDIO BACTERIOLÓGICO Y EXPERIMENTAL DE 300 CASOS DE VESÍCULAS BILIARES QUITADAS QUIRURGICAMENTE (Surgery, Gynecology and obstetrics. Vol. I, N.º 4

Los autores han encontrado que en las colecistitis agudas, de menos de 4 meses, los cultivos son positivos en un 68% de los casos predominando en ellos el estreptococo. En los casos viejos, de más de 4 meses, la cifra de cultivos positivos desciende a 51%. En los casos crónicos cuya sintomatología no es muy clara baja a 35%, y finalmente en 6 casos de litiasis del cístico o

del colédoco, hay 50% de cultivos positivos, en los cuales predomina el colibacilo, sin encontrar nunca estreptococo.

La mayoría de las vesículas en casos de colecistitis aguda y sub-aguda contienen bacterias; en los casos de colecistitis crónica la vesícula está generalmente estéril.

Los micro-organismos aislados han sido por orden de frecuencia: estreptococo, viridans, colibacilo y estafilococo.

Los estreptococos aislados de vesículas muy lesionadas han podido reproducir colecistitis y colelitiasis en los conejos inyectados por vía venosa. Esto tiene gran importancia para esclarecer la etiología de la infección.

El colibacilo parece tener predilección por la vesícula biliar. En los casos sub-agudos y en las litiasis del cístico y colédoco se le encuentra, asociado al estreptococo, con una gran frecuencia.

Inyectando el estafilococo obtenido en los cultivos de contenido vesicular, en la vesícula de los conejos no se ha mostrado nunca patógeno.

En estas experiencias no se puede pensar que el «iodeicon» empleado para el diagnóstico pre-operatorio haya podido esterilizar la vesícula.

G. Evans y E. Rowlands.—DOS CASOS DE APENDICITIS AGUDA DE ORIGEN SIFILÍTICO. (The British Medical Journal N.º 3600)

Los autores han hecho el diagnóstico de apendicitis aguda sifilítica en dos mujeres jóvenes basándose en los signos siguientes:

- 1) Reacción de Wassermann positiva; 2) Placas mucosas en la boca y en la faringe; 3) Antecedentes hereditarios indudables; 4) Ausencia de vómitos durante los cólicos; 5) Constatación durante la operación de derrame seroso peritoneal y falsas membranas recubriendo el apéndice; 6) Constatación al examen histológico de una infiltración linfocitaria de la pared apendicular con una musculosa normal. A pesar de que la investigación del treponema fue negativa los autores no dudan en clasificar la apendicitis como sifilítica.

Lauret, Charrier y Caussimon.—INDICACIONES Y RESULTADOS DE LA FRENICECTOMIA EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR. (Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud Ouest, año CVII, N.º 4)

Como es sabido, el método consiste en la ablación de una gran porción del nervio frénico con el objeto de inmovilizar el diafragma, que es lo que persigue también el método del neumotorax artificial.

El estudio de los autores está basado en 33 casos personales que han tratado por este método.

La mortalidad ha sido en ellos muy elevada (10 casos). En los 23 sobrevivientes, los resultados han sido los siguientes: 2 medios; 4 de pronóstico incierto; 17 resultado favorable.

Como resultado de su experiencia los autores llegan a las siguientes conclusiones: la frenicectomía sólo se empleará en los casos de tuberculosis pulmonar poco evolutiva. Como el neumotórax, ella exige unilateralidad de las lesiones. Salvo en raras excepciones, no reemplaza al neumotórax pero sí puede complementar los buenos resultados de este método. En los casos de grandes cavernas del vértice no da ningún resultado. La frenicectomía actúa no sólo sobre las lesiones de la base sino también sobre las del vértice formando un tejido de esclerosis pleuro-pulmonar debido no a la ascensión del diafragma sino a su inmovilización.

H. Neuhof y A. H. Aufses (Nueva York). LAS CAUSAS DE MUERTE POST-OPERATORIA. (Annals of Surgery Vol. XCI N.º 3)

Este trabajo se funda en 800 autopsias practicadas en 3 hospitales distintos. Para no tener en cuenta los casos de muerte por hemorragia, schok, etc., el estudio fue hecho en los muertos 48 horas después de operados.

Los casos estudiados se reparten en 7 grupos según la causa de la muerte:

1) Enfermedad que dio lugar a la operación 42%; 2) Supuración 25,5%; 3) Supuración complicada con otra afección (como diabetes, arterioesclerosis, etc.), 1,5%; 4) Supuración y neumonía

4°/o; 5) Neumonía 8°/o; 6) Neumonía combinada a alguna otra afección 3,5°/o; 7) Afecciones diversas 15,5°/o.

Hacen notar los autores que con mucha frecuencia se atribuye a la neumonía la muerte de operados que han sucumbido a otras causas. En 84 casos en que se hizo el diagnóstico de neumonía la autopsia sólo confirmó 51.

De su trabajo concluyen los autores que la supuración es la causa principal de la muerte post-operatoria; esta supuración no es por lo general debida a faltas de técnica sino a menor resistencia en los operados; de otra manera no se podría explicar que la simple laparotomía exploradora en lesiones no infectadas diera el 21 por ciento de los casos autopsiados.

Raab y Wittenbeck (de Halle).—CAUSAS Y SIGNIFICACIÓN DE LA ACIDOSIS POST-OPERATORIA. (*Klinische Wochenschrift*, año 9, N.º 6)

En un interesante artículo hacen los autores el análisis de las causas que pueden contribuir a la acidosis post-operatoria y tratan de atenuar la inquietante significación que le dan muchos cirujanos, sobre todo americanos, al desequilibrio ácido-base.

Según los autores las causas de este desequilibrio son las siguientes: 1) lesiones hepáticas causadas por el anestésico, especialmente el cloroformo; 2) irritaciones del esplácnico, al abrir el abdomen, causando la acidosis por turbaciones en la suprarrenal; 3) el estado psíquico del enfermo antes de la operación; 4) la anestesia por inhalación, cualquiera que sea, que inhibe la excitabilidad del centro respiratorio aumentando la cantidad de ácido carbónico en la sangre; 5) finalmente el estado de ayuno en que generalmente se pone al enfermo para la operación.

Las diferentes terapéuticas que se han dado para combatir la acidosis son inútiles, según los autores, y muchas veces peligrosas.

EL LAZARETO DE CONTRATACION

No publicamos un importante artículo en que el doctor E. A. Mesa P., médico de Contratación, contesta la comunicación de la Dirección General de Lazaretos, aparecida en el tercer número de esta Revista, porque al servirse de *El Tiempo* para la publicación de tal oficio, aquella entidad se salió de los límites netamente científicos en que fue planteada la organización de los lazaretos, y nos vimos obligados a pedir a tan importante diario la reproducción del mencionado artículo del doctor Mesa.

En dicho trabajo, con la rectitud y caballerosidad que lo distinguen, el doctor Mesa no sólo sostiene sus afirmaciones anteriores, sino que saca las siguientes conclusiones que merecen una serena meditación por las autoridades respectivas.

Despilfarros.—1.º Ya sabemos los que se cometen con todo lo referente a las drogas.

2.º Se han emprendido aquí simultáneamente varias obras públicas sin duda todas muy importantes, como el hospital de Don Bosco, el acueducto, la plaza de mercado, el matadero, etc., pero exceptuando el hospital que adelanta con una lentitud desesperante, las demás han sido suspendidas hace mucho tiempo. Empezar obras sin dinero suficiente para su terminación, dividir las posibilidades del tesoro en múltiples empresas, no coronar ninguna y abandonar a la ruina lo ya hecho, es votar inconsultamente el dinero y eso se llama despilfarro.

3.º Para contradecir las afirmaciones del doctor Herrera, existen aquí varios chircales y hornos de cocción y en todas las construcciones particulares se usa sistemáticamente el adobe. Ignorantes como somos en estas materias, nos pusimos al habla con personas conocedoras, maestros y albañiles y por ellos supimos que la tierra es excelente para adobe y ladrillo; que éste no se emplea por su precio prohibitivo a causa del alto costo del combustible y que el adobe es el material predilecto para edificaciones porque trae una economía aproximada del cincuenta por ciento en costo, tiempo y ganancia, en facilidad y en gusto sobre

el sistema de tapias, seguido aquí únicamente en las obras del gobierno. Emplear los métodos más costosos y de resultados menos satisfactorios habiendo posibilidades de prescindir de ellos, es despilfarro.

4.º En la cárcel se empezó a edificar un segundo piso sobre los cimientos y las paredes del rancho de paja existentes y este pecado contra los principios de la técnica dio por resultado el derrumbamiento de parte de la construcción con pérdida total de tiempo y de dinero pues las ruinas que actualmente existen no no prestan servicio alguno.

5.º Durante seis meses permanecieron suspendidas todas las obras públicas; muy natural es que acabadas las funciones con ellas desaparezcan también los funcionarios; sin embargo aquí continuaron devengando sueldo en todo ese tiempo y sin ocupación alguna, el Director de Obras Públicas, el Inspector Interno de Obras y dos almacenistas, el interno y el externo.

Todas estas anomalías y muchas otras más que se nos ocultan porque nuestras ocupaciones de médicos, no nos permitieron darnos cuenta del servicio administrativo están diciendo muy alto el poco cuidado con que en el ramo de Lazaretos se manejan los fondos de la Nación.

Mucho nos sorprende, pero al mismo tiempo disculpamos el que el doctor Herrera Restrepo ignore y contradiga los hechos, objeto de nuestras observaciones. Nosotros escribimos en el corazón mismo del Lazareto, después de sentir durante dieciocho meses con toda la sensibilidad del cuerpo y del espíritu, sus defectos y sus deficiencias; al paso que el Director General de Lazaretos volvió las espaldas a este lugar el 2 de marzo de 1928 al regresar de su última visita oficial y desde entonces, hace de ello dos años y medio, no ha vuelto, a despecho de terminantes disposiciones y con grave daño para la buena marcha de la leprosería porque, como ya lo dijo alguien, no es posible gobernar el mundo desde Bogotá.

Terminamos pidiendo el apoyo del Gobierno y del público para la efectividad de las tres medidas propuestas por la Dirección de Lazaretos al finalizar su oficio al señor Ministro de Educación Nacional, pero al mismo tiempo solicitando mayor interés,

mayor actividad y mayor atención de parte de la Directiva de Lazaretos, porque de lo contrario lo uno sin lo otro no conducirá a resultado alguno.

Reproducimos los telegramas cruzados entre la Dirección General de Lazaretos y el doctor Mesa.

Bogotá, 30 de septiembre

Eduardo Mesa.—Contratación.

A pesar carácter irrevocable su renuncia, yo desearía usted continuara como médico Lazareto, pues en magna obra háme confiado Gobierno, estoy convencido gran utilidad aceptar indicaciones, háganse buena fe, aun cuando en ocasiones prescindase normas lealtad y franqueza y háganse inculpaciones no compadécense justicia.

Alejandro Herrera Restrepo

Contratación, septiembre 30.

Director Lazaretos.—Bogotá

Sinceramente agradecido obligante instancia suya retire renuncia. Permítome manifestarle aparte múltiples motivos personales, no pudiendo aceptar muy a pesar mío, últimos conceptos suyos telegrama hoy ni muchas apreciaciones oficio número mil quinientos veintiocho, dirigido usted señor Ministro Educación, véome obligado persistir irrevocable determinación.

Atento servidor,

Mesa

Bogotá, octubre 1º

Eduardo Mesa .—Contratación

Al aceptar su renuncia Dirección presenta a usted agradecimientos por servicios prestados.

Alejandro Herrera Restrepo

De esta manera quiso la Dirección General, librarse de quien con una independencia que lo honra y con una preparación que lo acredita, expuso sus ideas sobre uno de los problemas más serios que tiene que resolver el país, cual es el de la organización lógica de los Lazaretos y la institución de una campaña científica contra la creciente propagación de la lepra.

NOTAS

PROFESOR MIGUEL RUEDA ACOSTA

Ha muerto el maestro. Termina su vida intensa y fecunda cuando su mente vigorosa y henchida en nobles y sabios desvelos, llegaba a la cúspide del humano saber; su alma, solo bondad y ternura, no supo jamás lo que son las envidias pequeñas y ruines. Sin embargo no ha muerto; hombre que supo cual nadie cumplir su misión, sus obras en pro del adelanto de la ciencia médica, su caridad inagotable, su energía y actividad sorprendentes lo han colocado en el sitio de aquellos a quienes la patria agradecida deberá siempre tener y mostrar como ejemplo a las futuras generaciones.

La Facultad de Medicina pierde con el doctor Rueda el mejor de sus profesores; fundador entre nosotros de la Obstetricia moderna, su labor en la Clínica Obstétrica no pudo ser más brillante; durante veintiseis años dedicó lo mejor de sus energías al perfeccionamiento de este Servicio; con sorprendente tenacidad logró hace un lustro que nuestro poder legislativo se preocupara en mejorar las condiciones materiales de un Servicio de tanta importancia como el de Maternidad y apropiara una suma de dinero que en manos del Profesor Rueda había de convertir esta Clínica en la mejor de Sur América y a la altura de sus similares en los más ricos países europeos y norteamericanos.

Su labor científica en el profesorado de la Facultad es de tan amplias proporciones, tan vasta y tan profunda, que no tendremos la pretensión de poderla siquiera reseñar en este corto artículo; a él debe la especialidad entre nosotros el conocer y haber estudiado a conciencia los más modernos procedimientos del arte tocológico. Los primeros estudios de raquianestesia, cesárea clásica, cesáreas segmentarias extraperitoneal y transperitoneal, septicemias y pyohemias puerperales, tensión arterial normal y patológica en el embarazo, anestesia obstétrica, método de Delmas, etc., que conocazmos en nuestro país, fueron por él estudiados e implantados en su Servicio del Hospital. Su última enfermedad sorprendiólo cuando terminaba un modernísimo y muy interesante estudio sobre la sinfisiotomía subcutánea por el método de Zárate; tan grande era su entusiasmo por la investigación científica que desde el lecho del dolor y presa de agudísimos dolores, nos dictaba ha poco a los que lo rodeábamos, sus impresiones y opiniones sobre este asunto con el fin de, en cuanto su delicada salud

lo permitiera, hacer sobre ello una comunicación a la Sociedad Médico-Quirúrgica de los Hospitales.

Durante su permanencia en el Consejo Directivo de la Facultad logró una mejora cuyos beneficios aún no logramos apreciar en todo lo que vale: la de que los mejores alumnos vayan, por cuenta de la Facultad, a perfeccionar los estudios en la materia en que más se hayan distinguido, a las mejores universidades extranjeras.

El más cumplido profesor, logró formar varias generaciones médicas muchos de cuyos miembros figuran hoy, con lujo de conocimientos, en el profesorado de la Facultad.

Plumas más autorizadas que la nuestra han dicho y dirán mucho de lo que mereció este sabio Maestro; bástenos a nosotros regar sobre su tumba la sinceridad de nuestras lágrimas y elevar al Dios misericordioso devota plegaria por el alma de quien sólo supo en este mundo ejercer la caridad en sus más bellos matices.

Bogotá, noviembre de 1930.

L. F. D.

EUGENIO GONZÁLEZ ARENAS

Este distinguido amigo y colaborador acaba de recibir el título de médico-cirujano. Su tesis, «La evacuación extemporánea del útero según el método de Paul Delmas», es un trabajo concienzudo que pone de manifiesto las relevantes dotes de su autor.

Enviamos nuestras calurosas felicitaciones al doctor González Arenas, le deseamos una grata y fructuosa permanencia en Europa y esperamos que desde allí nos envíe su selecta colaboración.

HÉCTOR PEDRAZA

Dilecto amigo, caballero sin tacha y estudiante modelo, Héctor Pedraza acaba de presentar para optar el título de doctor, un trabajo muy completo y documentado sobre atrepsia, del cual nos ocuparemos próximamente para poner de manifiesto la importancia del tema tratado.

Deseamos para nuestro amigo y colaborador los triunfos que su talento reclama y nos es grato poner a sus órdenes las columnas de nuestra Revista.

Por una lamentable equivocación en la escogencia de la anti-toxina diftérica, en la ciudad de Medellín acaeció una catástrofe cuya verdadera causa se debe atribuir a la influencia nefasta de un sino fatal.

El talento, el buen nombre y la preparación del doctor Uribe Misas lo ponen por encima de cualquier comentario malévolos. Nosotros nos unimos a su pena con los más vivos sentimientos de amistad y de solidaridad.

NUEVA SECCION DE CONSULTAS MEDICAS

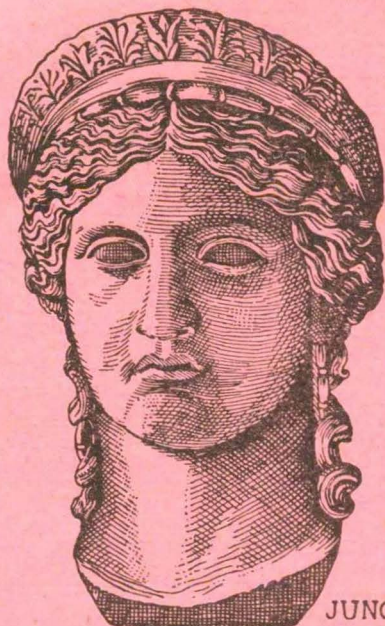
PARA NUESTROS SUSCRIPTORES DE DEPARTAMENTOS

COMUNICAMOS a nuestros suscriptores de los departamentos que hemos abierto una sección de consultas médicas para resolverles aquellos casos difíciles que requieren el concurso del especialista.

Los señores suscriptores pueden enviarnos por correo su consulta acompañada de una breve y clara historia del caso que contemplan y a vuelta de correo les remitiremos la opinión de un especialista en la materia, de esta ciudad.

Los casos interesantes serán publicados en la revista sin los nombres del médico y del paciente.

**Para toda comunicación dirigirse a
REVISTA MEDICA DE COLOMBIA
Apartado 894 - BOGOTA**



JUNO

KLIMAKTÓN



**CONTRA LOS
ACHAQUES DE LA EDAD CRÍTICA**

COMPOSICIÓN:

3 cgr. de substancia ovárica absolutamente pura,
6 mgr. de substancia tiroidea igualmente depurada,
15 cgr. de bromural y 15 cgr. de calcio-diuretina.

Tubitos con 20, frascos con 50 grageas.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN DEL RHIN.



“Los Nervios”

Qué asunto más frecuente de conversación dondequiera que se reúnen las mujeres—

Cansancio de Nervios
Irritabilidad de los Nervios
Insomnio nervioso

Luego naturalmente alguien menciona el **Nutritivo del Dr. Chase** para los Nervios por ser el tónico más famoso y el más eficaz para restaurar los nervios.

Cuando se toma el **Nutritivo del Dr. Chase**, tanto el insomnio como las sensaciones de cansancio y dolores de cabeza todo desaparece como por encanto. Alimenta los nervios y los retorna a su estado normal de salud y robustez. Enseguida uno se siente como nuevo y disfruta plenamente de la vida.

Nutritivo del Dr. Chase
para la Sangre y los Nervios

URODONAL

desarena el Riñon



— He aquí, doctor, toda la arena que he arrojado durante estos últimos años, tengo casi con qué construir una casa!
— Con el Urodonal elimina Vd. todo su ácido úrico á medida de su fabricación, y sus riñones no formarán más granos de arena. El ácido úrico es un verdadero veneno, pero felizmente poseemos en la actualidad el remedio contra el...

OPINIÓN MEDICAL :

« El Urodonal no tiene rival para preparar una cura termal, para completar la acción de esta cura, para sustituirla completamente cada año por los gotosos que no tienen la posibilidad de gozar de los beneficios de un veraneo anual, en cualquiera estación mas en fama. Por otro lado una cucharada de sopa de Urodonal en un litro de agua comun, agua mineral ó cualquier agua de mesa da una bebida excelente, que se puede tomar sola ó mezclada con vino, cerveza ó principalmente con cidra. Es decir que nunca se ha de temer, sobre este punto de vista, á la mínima fatiga, á la mínima repugnancia, á la mínima intolerancia, ni aun despues de un uso prolongado y casi continuo. »

Dr. MOREL,

Médico-Mayor de la clase reformada. Antiguo Médico de los Hospitales de Marina y de las Colonias.

« Mis observaciones clínicas repetidas me han todas dado la prueba de la eficacia del Urodonal en la diátesis úrica, especialmente en los casos rebeldes en los cuales las curas físicas y fisio-químicas estaban insuficientes. »

Dr. EGIDIO MATURI,

Profesor de Hidrología Médica á la Universidad Real de Nápoles, Ex-Asistente de Mathieu al Hospital San Antonio de Paris.

Establecimientos Chatelain, 2 bis, rue de Valenciennes, Paris.

Exigir la marca depositada : EL HOMBRE DE LAS TENAZAS.