

Dr. Dr.
Gonzalo Reyes

REVISTA MÉDICA de COLOMBIA

26

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 Chau (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 7 - Bogotá, Colombia, S. A. - Febrero 1931

20 Cvos.



OPTARSON

Marca registrada

En la convalecencia, especialmente después de enfermedades infecciosas, es imprescindible el

OPTARSON

(Combinación de arsénico y estricnina)

para levantar todas las
fuerzas orgánicas y psíquicas.

El preparado es de tolerancia excelente, se inyecta por vía subcutánea o intramuscular, no produce fenómenos irritantes locales y no da olor aliáceo al aliento.

Cajas de 12 ampollas de 1 c.c.

Envase original.

Para muestras y literatura científica favor dirigirse a

LA QUIMICA INDUSTRIAL *Bayer Meister Lucius*

WESKOTT & Cía.

APARTADO 301 - BOGOTA

CONTENIDO:

	Págs.
LA IONIZACION DE ACONITINA EN LAS NEURALGIAS DEL TRIGEMINO, por el doctor Gonzalo Reyes García.....	413
SARCOMA ENDONASAL, por el doctor A. Forero.....	424
ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL ABRODIL COMO MEDIO DE CONTRASTE EN LA NEFROPIELOGRAFIA, por el doctor C. Trujillo Venegas.....	438
UN CASO DE INTOXICACION POR VERONAL, por los doctóres Nicolás Torres Barreto y Luis M. Ferro D.....	448
FRANBOESIA TROPICA. (El caso clínico del mes), por el doctor Manuel José Silva.....	454
ALGUNAS CONSIDERACIONES ELEMENTALES SOBRE METABOLISMO BASAL, por César Uribe Piedrahita, M. D... ..	460
EDITORIAL.....	464
DEONTOLOGIA.....	467
TERAPEUTICA RAZONADA.....	470
CRONICA DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS.....	473
LIBROS Y REVISTAS.....	476
NOTAS VARIAS.....	482

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.

SUFARSENOL

Indoloro en inyecciones subcutáneas,
intramusculares e intravenosas.

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



DE VENTA EN TODAS LAS DROGUERIAS DEL PAIS

Ceregumil

ALIMENTO COMPLETO 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

EL CEREGUMIL constituye el alimento más rico en vitaminas; contiene principalmente la Vitamina B, y la Vitamina A., reclamadas por el funcionamiento normal del organismo.

EL CEREGUMIL aventaja notablemente a la lactancia artificial, siendo un alimento completo de grato sabor, de inmediata asimilación y de un poder nutritivo extraordinario; contiene todos los principios alimenticios de las semillas de cereales y leguminosas en estado coloide, así como sus elementos hidrocarbonados y oxidadas en toda su integridad.

FORMULA	{	Extracto al vacío de trigo, cebada, maíz, avena, judías y lentejas.....	100	gmos.
		Solución saturada de glicerofosfato de cal.....	10	gmos.
		Principios hidroc. de la miel y azúcar.....	540	gmos.
		Vehículo.....	500	gmos.

LABORATORIOS: FERNANDEZ & CANIVELL MALAGA.-(ESPAÑA)

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de

HENRI DESTÉ-TELEFONO NUMERO 25-46-APARTADO, 457 BOGOTA (COLOMBIA)

Gonz

Revista Médica de Colombia

PUBLICACION MENSUAL

DIRECCION

DR. AGUSTIN ARANGO

— DR. DARIO CADENA

Vol. I | Bogotá - Colombia, S. A. Febrero de 1931 | N.º 7

LA IONIZACION DE ACONITINA EN LAS NEURALGIAS DEL TRIGEMINO

POR EL DOCTOR

GONZALO REYES GARCIA

Desde hace mucho tiempo la terapéutica nos habla del buen efecto de la aconitina, alcaloide del acónito, sobre las neuralgias faciales; pero también se sabe cuán difícil y peligroso es el manejo de esta droga por su gran toxicidad.

Se sabe también cómo es de variable el tenor de los principios activos de las diversas variedades del acónito y en los diversos individuos de una misma variedad. Sucede lo mismo con las preparaciones farmacéuticas hechas con la planta en naturaleza.

Las dosis tóxicas y mortales de estas preparaciones, pueden variar en los más amplios límites. La susceptibilidad individual al veneno, que se trate de la planta entera, de su extracto, de la tintura o de la aconitina cristalizada, varía mucho según los individuos. Químicos renombrados como Duquesnel, han conseguido sacar de la planta del acónito un alcaloide bien definido: **la aconitina cristalizada**, que es la más empleada, por conocerse mejor su composición más estable y por saberse algo más sobre su toxicidad.

La aconitina administrada oralmente se prescribe por cuartos de miligramo y se dice que se puede llegar a 2 ó 3 miligramos diarios, pero el doctor Duquesnel cita envenenamientos bien caracterizados con un gránulo de aconitina de un cuarto de miligramo y algunos autores anotan casos desgraciados hasta con un décimo de miligramo. De aquí que esta droga sea considerada como un veneno violento y que los médicos hayan restringido su empleo por los peligros a que expone el no saberse la to-

lerancia individual. Hay muy poco margen entre las dosis terapéuticas y las tóxicas; de aquí la timidez con que hemos principiado nuestras aplicaciones de ionización de la aconitina cristalizada que es la sola que hemos empleado y a la cual nos referimos en nuestro estudio.

1ª observación

En el mes de mayo de 1930 se presenta a nuestra consulta una enferma de cincuenta y cinco años de edad, de temperamento en extremo nervioso, con una neuralgia del trigémino, de la cual sufre hace dos años; durante este período ha tenido días y hasta semanas de mejoría, pero desde hace un mes la neuralgia se ha recrudecido a tal término que la enferma no puede dormir, y pasa los días llorando y sin poder tomar casi nada más que líquidos. La neuralgia es del lado derecho, localizada especialmente en la nariz y la frente con irradiaciones al cuero cabelludo del mismo lado. A la observación exterior no se nota nada apreciable. La hiperestesia de la región al tacto es bastante marcada. El dolor que experimenta es lancinante. Su estado general es el de una persona agotada; se ha enflaquecido y la pérdida de peso es considerable. La aspirina no la calma en lo más mínimo; el sedol la mejora poco tiempo, pero la familia y ella misma no quieren usarlo por temor a adquirir el vicio de la droga. En una situación bastante lamentable se presenta nuestra paciente, después de haber sido sometida a todos los tratamientos usados y aconsejados en esos casos. La enferma no tiene arterioesclerosis. Su tensión es normal; en el examen de la orina no hay nada que pueda llamar la atención. Se le hizo un examen de las fosas nasales y se encontró el cornete del lado derecho un poco inflamado y crecido. El especialista prescribió un tratamiento local que la enferma abandonó por no poder soportarlo. Al examen optalmoscópico del ojo derecho se pudo ver una hemorragia de la retina y una coroiditis; se pensó en alguna afección del riñón. Se hizo un nuevo examen de orina y la prueba de Mosenthal que dieron un perfecto funcionamiento del riñón. Se hizo un Wassermann y un Hech que fueron negativos. No obstante se comenzó y terminó un tratamiento antisifilítico de prueba, que no dio resultados. Viendo que la neuralgia persistía y que los dolores eran cada vez más intensos, decidimos hacerle

unas ionizaciones de salicilato de soda, pensando en que fuera reumática. Al principio obtuvimos una pequeña mejoría, pero luego la neuralgia volvió con igual intensidad. Entonces resolvimos emplear la aconitina en ionización, pero tropezamos con el inconveniente de que no se encontraba en la ciudad nitrato de aconitina ni aconitina cristalizada en las droguerías, lo cual prueba el poco uso que se hace de estas drogas. Se averiguó en otras ciudades del país y solamente se encontró en Buga. De allí nos enviaron un gramo de aconitina cristalizada de Duquesnel e hicimos preparar una solución al 1 por 1.000. Temerosos de producir una intoxicación comenzamos por ionizar pequeñas dosis inferiores a un cuarto de miligramo; como viéramos que no se presentaba nada anormal aumentamos la dosis y a la cuarta aplicación la enferma comenzó a mejorar visiblemente: dormía y podía alimentarse mejor. Las crisis dolorosas se iban espaciando, y después de catorce sesiones de ionización los dolores no volvieron a presentarse. Su estado general era ya satisfactorio y la enferma aumentó de peso. La depresión moral que tanto la hacía sufrir volvió a la normal. Como la enferma viviera fuera de la ciudad, le aconsejamos aguardara un mes antes de partir para ver si la neuralgia volvía. Al cabo de unos días vinieron nuevos dolores, pero muy atenuados. Al concluir el mes partió para su provincia y hemos sabido que los dolores no se han vuelto a presentar desde hace seis meses.

2ª observación

En este caso se trata de una señora de sesenta y ocho años de edad, madre de un colega, que padece de una neuralgia facial hace más de cuatro años. El dolor que sufre actualmente no es continuo la mayor parte de las veces; es fugaz, pero sumamente intenso y se localiza con más frecuencia sobre el maxilar inferior. Tiene una hiperestesia exquisita; el más insignificante roce en la región enferma hace aparecer la crisis dolorosa que le impide hablar. El contacto de alimentos fríos o calientes, cualquier movimiento brusco, cualquier impresión moral, desencadena la crisis. Su estado general es bastante malo; está muy enflaquecida. Se le han hecho toda clase de exámenes de laboratorio. Exámenes de la nariz, de los senos maxilares, de los ojos; en dos ocasiones se han sacado radiografías y no se encontró nada anormal. La enferma es por su

edad una arterioesclerosa. Ha sido sometida a toda suerte de tratamientos; inyecciones de alcohol *in situ*, se ensayó la Asueroterapia, se le hicieron extraer la totalidad de los dientes y nada efectivo se ha conseguido. Lo único que la mejoró pasajera-mente fueron unos gránulos de aconitina suministrados por vía oral, pero tuvo que suspenderse dicho tratamiento por presentar signos de intoxicación.

También como en el caso anterior comenzamos por tratar nuestra paciente por la ionización de salicilato de soda que no dio ningún resultado. Entonces comenzamos nuestra ionización de aconitina con dosis inferiores a un cuarto de miligramo y fuimos aumentando hasta ionizar más de un cuarto de miligramo por sesión, que se hacía cada tercer día. Hasta la quinta y sexta aplicación comenzó a notarse una pequeña mejoría. Las crisis dolorosas se espaciaron, pero la intensidad era la misma. Sin embargo, la enferma podía dormir y pudo alimentarse sin tantos sufrimientos. Después de quince aplicaciones la mejoría era bien manifiesta, su estado general era bastante satisfactorio y aumentó de peso. Temerosos de producir una intoxicación, pues las dosis eran ya altas, suspendimos el tratamiento por un mes. Como su estado no mejorara y antes por el contrario la neuralgia volviera con igual intensidad, propusimos una nueva serie de ionización que volvió a mejorarla, pero desgraciadamente a la quinta aplicación tuvimos que suspender nuestro tratamiento por presentar unos cólicos hepáticos. Volvió a nuestra consulta después de algún tiempo e hicimos nuevas aplicaciones, pero el hígado comenzó a afectarse y suspendimos por prudencia, pues es sabido que la aconitina se acumula en el hígado. Como se ve en este caso, el resultado de la ionización no fue del todo satisfactorio, pero sí se obtuvieron mejorías que no se habían conseguido por los otros métodos empleados. Tal vez su avanzada edad y la arterioesclerosis hayan influido en la persistencia de la enfermedad. La paciente actualmente tempera en clima caliente y pienso seguir la observación y si es posible intentar una nueva serie de ionizaciones.

3ª observación

Señora de sesenta años, de estado general satisfactorio, llega a consultarnos para un tic doloroso del labio superior que tiene desde hace diez años. Es muy sensible al frío y al calor;

el menor roce de la región afectada hace aparecer la crisis dolorosa que dura segundos pero con grande intensidad. Ha sido sometida a toda suerte de tratamientos y tan sólo se han conseguido mejorías pasajeras de tres a cuatro semanas. Principiamos nuestro tratamiento por dosis de un cuarto de miligramo hasta llegar a un miligramo por sesión, practicadas cada dos días. Desde la primera aplicación se notó una mejoría apreciable. Después de doce ionizaciones la curación fue completa y sabemos por sus familiares que después de cinco meses las crisis dolorosas no han reaparecido.

4ª observación

Es el caso de una mujer de cincuenta años de edad, de profesión cocinera, enviada por un colega que supo de nuestro tratamiento por la aconitina; esta enferma presenta un fuerte dolor sobre el labio superior y sobre el ojo derecho; padece de esta neuralgia desde hace cinco a seis años, no recuerda bien, pero sí anota que le sucedió a una fuerte gripe. Dice también que cada vez que tiene gripe el dolor en la cara viene más intenso. Fue tratada por nuestro colega por gránulos de aconitina dosados al cuarto de miligramo y suministrados por vía oral. Con este tratamiento mejoró notablemente hasta obtener por algún tiempo la cesación de los dolores; pero como la neuralgia volviera con más intensidad, resolvimos hacer las ionizaciones de aconitina, cuyo método y técnica explicaremos en seguida. Desde la segunda aplicación se manifestó el buen efecto de la droga. El dolor sobre el ojo desapareció a la cuarta aplicación, y al llegar a doce sesiones los dolores sobre el labio habían desaparecido totalmente. Nuestro colega nos informa que la curación ha sido completa y persiste después de nuestras aplicaciones que hicimos hace tres meses.

II

TECNICA PARA LA IONIZACION DE ACONITINA

Para toda aplicación de electrolisis o de ionización se requiere:

1º De una fuente de electricidad que produzca una corriente continua.

2º De un aparato para regular la corriente, y

3º Un aparato de medida.

La fuente eléctrica de corriente continua o galvánica puede ser una batería de pilas que tiene la ventaja de dar una corriente perfectamente continua. Pueden utilizarse toda clase de pilas como las de Leclanché, de Bergonié, Fery, etc. Aconsejamos estas últimas por ser su rendimiento constante y por ser su duración más larga, debido a que no se despolarizan sino muy lentamente. 25 a 30 elementos de estas pilas colocadas en batería son suficientes. En el comercio se encuentran baterías perfectamente arregladas y algunas de éstas portátiles.

Otra fuente de corriente galvánica son los acumuladores que no aconsejamos porque hay necesidad de cargarlos con frecuencia y requieren una vigilancia continua, y por último, tenemos los sectores urbanos de los cuales se puede tomar directamente la corriente cuando es continua, pero tiene la desventaja de que estas corrientes son irregulares y hacen desagradable la aplicación al paciente. Cuando el sector urbano es de corriente alternativa, que es hoy día la más utilizada en las ciudades, se necesita transformarla en continua y entonces se usan aparatos especiales llamados panóstatos que tienen dinamos acopladas que transforman la corriente alternativa en continua. De estos últimos nos hemos servido para nuestras aplicaciones, sin que el enfermo experimente sensaciones desagradables.

Entre los reguladores de corriente tenemos los colectores, los reóstatos y los reductores de potencial. En el comercio se encuentran diversidad de modelos; no nos detendremos en su descripción. Los colectores se emplean más cuando se trata de batería de pilas. Para algunos aparatos portátiles combinan los colectores con los reóstatos. En los panóstatos se emplean los reóstatos o los reductores de potencial.

Pero no basta regular la corriente, es necesario medirla y para esto tenemos los miliamperímetros que miden la intensidad de corriente que penetra en el organismo. En nuestro panóstato la graduación del miliamperímetro va de 1 a 25 y por un dispositivo especial se puede hacer pasar una intensidad de 100 a 250 miliamperios.

No es nuestro objeto ponernos a repetir aquí las experiencias hechas por eminentes profesores como Ledue, sobre ioniterapia y la comprobación de la penetración de iones medicamentosos en

el organismo de los animales y en el hombre, esto se encuentra suficientemente explicado y documentado en libros como «L'électricité médicale en clientèle», por J. Laborderie; en una monografía del profesor Leduc; en la obra de Delhern y Laquerrière sobre la ioniterapia eléctrica, etc., etc. Quisiéramos tan sólo recordar que cuando se hace pasar una corriente eléctrica en una substancia líquida se comprueba en los electrodos un transporte de las substancias que componen ese líquido y que se les llama **iones** o fragmentos de moléculas; estos iones cargados eléctricamente se dirigen unos al polo positivo (aniones) y otros al polo negativo (cationes). Los **metales**, los **alcaloides** se dirigen hacia el polo negativo, son cationes; los **metaloides**, los **radicales ácidos** van al polo positivo, aniones. Según esto la **aconitina** por ser un alcaloide, va hacia el polo negativo y es un **cation**. Para ionizar la aconitina se colocará en el polo positivo.

Para hacer una aplicación de ionización se debe primero inspeccionar la piel, observar si está perfectamente sana y si hay una escoriación, por pequeña que sea, poner encima una capa de colodión, de otra manera se expondría al enfermo a sufrir una quemadura que a veces es muy persistente en curar; además, la penetración del ion medicamentoso se haría muy rápidamente, faltando la piel que es una barrera de resistencia, y podría ocasionar intoxicaciones en el caso de ser muy tóxico como la aconitina.

Cuando se vaya a ionizar la aconitina se tendrá el cuidado que la solución no penetre en las mucosas, ni en la conjuntiva, para esto se pondrán algodones entre los labios y se cuidará que el líquido no penetre en la nariz ni en la conjuntiva, enjugando con un algodón las partes humedecidas cercanas a dichos lugares.

Las aplicaciones de ionización se hacen con nitrato de aconitina. Se pone un cuarto de miligramo para 125 c. c. de agua destilada, se embebe un algodón y se coloca sobre el lado de la cara que esté afectado. Como no tuviéramos nitrato de aconitina, ni manera de prepararlo y solamente disponíamos de aconitina cristalizada, hicimos preparar una tintura al 1 por 1.000. Para comenzar empleamos diez gotas, a las que agregamos suero fisiológico en cantidad suficiente para mojar bien el algodón hidrófilo; hecho esto, colocamos el algodón sobre la cara, te-

niendo en cuenta los lugares dolorosos; encima del algodón colocamos una laminita de estaño que se conecta con el polo positivo. Este es el electrodo activo. El electrodo indiferente que consta de una lámina, también de estaño, de forma rectangular, de 18 centímetros de largo por 12 de ancho y recubierto por una tela de fieltro, lo colocamos sobre el antebrazo, previamente embebido con suero fisiológico. Una banda elástica o un vendaje se coloca encima para que se haga un buen contacto. Se hace luego la conexión con el polo negativo. Este es el electrodo indiferente. En seguida se hace pasar la corriente muy lentamente, observando siempre el miliamperímetro hasta que la aguja marque el número 10 ó 12. En algunos de nuestros enfermos, en las primeras aplicaciones, fue imposible hacer subir la intensidad de la corriente a más de 5 miliamperios, por experimentar sacudidas desagradables y a veces ardor sobre la cara. Esto se debe tener muy en cuenta para evitar quemaduras que como ya hemos dicho, son peligrosas. A pesar del cuidado que hemos tenido, en dos ocasiones nuestros pacientes sufrieron escoriaciones de la piel, que afortunadamente fueron poco extensas y que curaron rápidamente sin dejar cicatriz. Ultimamente hemos perfeccionado el método y se emplea como electrodo activo, en lugar del algodón hidrófilo la pasta llamada **Diadermina**, que es un jabón blando de glicerina; esta preparación tiene la ventaja de no irritar la piel, de ser muy adhesiva y por tanto hace un admirable contacto sobre la epidermis. La Diadermina tiene una reacción neutra, no es conductora de la electricidad. Poniendo en contacto los dos polos de una corriente eléctrica con la pasta, la aguja del miliamperímetro permanece inmóvil por más que se aumente la corriente, pero si agregamos algunas gotas de suero fisiológico la pasta viene a ser conductora y la aguja marca con facilidad a medida que se aumenta la solución salina 10-25 miliamperios. Lo mismo pudimos comprobar si en lugar de la solución salina empleamos solución de aconitina. Después de obtener estos maravillosos resultados hemos empleado siempre la diadermina en nuestras aplicaciones. En nuestros primeros ensayos, que fueron siempre muy prudentes, sólo empleamos 20 gotas de solución de aconitina al 1 por 1.000. Como la corriente eléctrica pasaba con dificultad, agregamos algunas gotas de solución salina; así la aguja marcó fácilmente 10 miliamperios; los enfermos no tu-

vieron sensación de quemadura ni choques, pero cuando se aumentaba la intensidad, la aguja del miliamperímetro comenzaba a oscilar y el enfermo a sentir sacudidas que obligaban a disminuir la intensidad de la corriente. Pensamos entonces que aquello provenía de alguna resistencia a la penetración de ésta y resolvimos variar el sitio del electrodo indiferente que habíamos colocado en el antebrazo, cuya distancia de la cara era considerable y que tenía planos de resistencia constituídos por los huesos y músculos del cuello, hombro, brazo y antebrazo; pusimos entonces el electrodo en la región cervical posterior, con esta variación los enfermos dejaron de sentir sacudidas y pudo subirse la intensidad de la corriente a 20 y 25 miliamperios.

En cuanto a la duración de cada aplicación las hemos hecho de 20 minutos y cada tercer día. El número de sesiones, de 12 a 14.

Hemos observado que en las primeras aplicaciones, todos los enfermos son más sensibles a la corriente y oponen más resistencia al paso de ésta. No pudimos hacer subir la intensidad a más de 5 miliamperios. Dos de los pacientes experimentaban sensación amarga en la boca y adormecimiento del paladar durante la aplicación y también algo de salivación, pero una vez terminada la aplicación todo aquello pasaba.

Viendo que las aplicaciones no producían malestar ni signos de intoxicación resolvimos aumentar la dosis y llegamos sin inconveniente alguno a ionizar 100 gotas, o sea casi dos miligramos de aconitina, pues 53 gotas de la solución al milésimo, equivalen a un miligramo. Lo que sí no sabemos es si los dos miligramos de aconitina han sido ionizados en su totalidad, pues no se conoce reactivo químico que pueda marcar su presencia en el organismo. La medicina legal, en casos de muerte causados por la intoxicación de aconitina, se vale sólo de la reacción de rapidez, por el sabor amargo y se busca en el hígado que es donde se acumula el medicamento.

Resumen

Para la ionización de aconitina se necesita:

1º Una fuente de corriente continua que puede ser una batería de pilas o un panóstato con sus aparatos de regulación y un miliamperímetro para medir la intensidad de la corriente.

2º Dos cables aislados para hacer las conexiones: uno de color rojo que se conecta con el polo positivo y otro de color azul con el negativo.

3º Dos electrodos en estaño. Uno indiferente de 12 por 13 centímetros recubierto por una tela de fieltro para colocar en la espalda y región cervical posterior y otro más pequeño que se puede recortar a voluntad para colocar encima de la Diadermina que constituye el electrodo activo y conectado con el polo positivo.

4º Una solución de aconitina cristalizada al 1 por 1.000 o tintura o mejor nitrato de aconitina.

5º Solución salina.

Precauciones que se deben tener

a) Observar que la piel esté intacta y si hay alguna herida o escoriación no hacer la ionización, o cubrirlas con colodión, caso de que sean poco extensas.

b) Poner algodones entre los labios para impedir que la solución de aconitina penetre en la boca.

c) Vigilar que la sensación que se experimente en la cara sea de adormecimiento o de picoteo y no de quemadura. En este último caso se deberá suspender la aplicación y observar la piel. Si está intacta, seguir la ionización, pero con menos intensidad.

d) Cuidar que la laminita de estaño no toque la piel para evitar quemaduras.

e) Observar constantemente el miliamperímetro. La aguja no debe oscilar. Disminuir la intensidad si oscila. Cuando en el curso de una aplicación la aguja del miliamperímetro sube rápidamente, se deberá cortar la corriente y observar la piel, pues es casi seguro que hay una quemadura o una escoriación. La aguja es, pues, un índice precioso que nos guía en ioniterapia.

f) La duración de la aplicación no debe pasar de 20 minutos.

g) Las sesiones se harán diarias o cada dos días y el número total de éstas será de 12 a 14. Dejando al enfermo en reposo por 15 a 20 días, podrá volver a hacerse la ionización.

CONCLUSIONES

La ionización de aconitina hecha con las precauciones y la técnica anotada no tiene peligro de ninguna clase, como se comprueba en los enfermos que hemos tratado. En ninguno de los pacientes se observó signo de intoxicación. Las dosis empleadas fueron soportadas admirablemente a pesar de haber empleado hasta dos miligramos por sesión. Las neuralgias en tres de nuestros enfermos han desaparecido totalmente, y en uno se ha obtenido una buena mejoría que no se pudo obtener por otros métodos, inclusive con la aconitina suministrada por vía digestiva.

No vacilamos en recomendar este método terapéutico que parece ser el único capaz de curar las neuralgias del Trigémino, que son tan penosas y persistentes.

SARCOMA ENDONASAL

POR EL DOCTOR

A. FORERO

(De Buenos Aires)

Los sarcomas, en sus múltiples formas, constituyen con los carcinomas endonasales, el grupo de neoplasmas tradicionalmente clasificados como tumores malignos de las fosas nasales. Los fibromas han sido siempre estudiados en capítulo aparte; sin embargo pueden ser tan peligrosos como los anteriores por su tendencia invasora y las complicaciones endocraneanas que sus prolongamientos a través de los senos frontales, etmoidales y esfenoidal pueden provocar. En cambio hay especiales formas de sarcomas que quedan circunscritas y que tienen una evolución relativamente benigna. Katz considera, sin embargo, que muchos casos descritos como sarcoma, no han sido tales; que el diagnóstico histológico del sarcoma es muy difícil, y que la benignidad que se atribuye a unos cuantos casos es debida a errores de diagnóstico. Hasta cree que por esta razón es tenido el pronóstico de los sarcomas endonasales como menos sombrío que el de los mismos tumores en otra parte del cuerpo.

La observación, objeto de esta comunicación, se refiere a un tumor, cuyo análisis histopatológico, hecho por una alta autoridad en la materia, dio como resultado, *fibrosarcoma*. Este neoplasma que ha tenido una evolución relativamente rápida y ha alcanzado considerable desarrollo, no ha tenido ninguna tendencia a invadir hacia su punto de implantación y después de ocho meses de operado no da muestra ninguna de recidiva. Por su forma se podría denominar un *pólipo sarcomatoso*. Se me asemeja a ciertos sarcomas de la bóveda palatina, malignos por su estructura, de desarrollo considerable; pero que no invaden hacia la pared resistente que les sustenta.

La historia clínica de la enferma a que me refiero es la si-

guiente: Virginia Ricaurte, de 17 años, de la provincia de San Luis, soltera, residente en la ciudad de Buenos Aires desde el mes de septiembre de 1928.

No da dato patológico respecto de padres y hermanos.

Hace unos cinco años empezó a notar obstrucción nasal y resfrío permanente; después se presentaban con frecuencia epistaxis poco abundantes; unos dos años más tarde empezó a molestarle dolor de cabeza, que se localizaba de preferencia en la región interciliar y supra-orbitaria izquierda y que hacía su aparición en lo general únicamente en las horas de la mañana. La percepción de los olores fue desapareciendo poco a poco. Hará cerca de tres años la enferma, que por entonces había perdido toda respiración nasal, empezó a notar que la nariz aumentaba de volumen y que una carnosidad asomaba en el vestíbulo nasal. A mediados del año 28 un facultativo de San Luis extrajo un fragmento del tumor, que empezaba a hacer hernia en el orificio nasal. En el mes de septiembre del mismo año le hicieron una aplicación de radium en un Nosocomis de Buenos Aires, la cual parece provocó una radiodermitis.

La examino el 14 de diciembre de 1928 en el Servicio de Nariz y Garganta del Hospital Rawson y encuentro: deformación de la nariz, cuya pirámide osteocartilaginosa está considerablemente crecida y ensanchada a ambos lados, pero más a la izquierda; a este lado se observa también una extensa mancha acromatópsica ocasionada por el radium. Adelante de la comisura interna parpebral izquierda hay una pequeña tumefacción de aspecto débilmente inflamatorio, semifluctuante al tacto. No responde por su situación y por la atenuación y limitación de la inflamación a lesión del saco lacrimal, y yo la atribuyo por el momento a un pequeño mucocelo etmoidal secundario, inflamado. En el orificio nasal aparece un tumor rojo griseo, que baña en mucosidad. Esta neoformación rechaza el tabique completamente hasta la pared externa derecha, deprime la parte posterior de la bóveda palatina y el velo del paladar y aparece en forma redondeada en la cavidad bucofaríngea. El dedo la puede circunscribir allí, sin alcanzar a señalar su punto de implantación; su consistencia es considerable. Una espátula introducida por el orificio

nasal llega a bastante profundidad del lado del tabique; la misma exploración del lado externo provoca hemorragia si llega al tercio medio de la fosa nasal. No se observan adenopatías. El globo ocular izquierdo está rechazado hacia afuera y hacia adelante; pero hay buena agudeza visual y no existe diplopía.

La radiografía hace ver lo siguiente: la enorme masa tumoral redondeada, permeable a medias a los rayos Roentgen, aparece con sus límites bien delineados, pues su compresión sobre los huesos parece que produjera una condensación de estructura en la superficie de estos. El septum nasal está de tal manera rechazado a la derecha, que su desalojamiento implica también el de la pared orbitaria y el estrechamiento de las células etmoidales; fenómenos estos dos últimos, que se notan también del lado izquierdo. Senos frontales de tamaño medio; antros maxilares reducidos, pero aireados. El rechazamiento considerable del piso nasal hacia abajo ofrece un aspecto que excepcionalmente puede presentarse en una radiografía de esta posición: el hacer observables las dos primeras vértebras cervicales.

Diciembre 24: La pequeña tumefacción orbitaria se ha inflamado algo más, se ha abierto espontáneamente, dando salida a mucosidad espesa, purulenta. Dispuesta la operación para esta fecha, se procedió a ella sin esperar el resultado de la biopsia, que tardaría unos días. Con la colaboración de mi colega doctor Federico Rojas, narcotizada la enferma al cloroformo, emprendí la operación bajo la impresión de que se trataba de un fibroma, dada la edad que tenía la paciente al iniciarse la enfermedad, la propagación nasofaríngea del tumor y su consistencia. Al intentarse el desbridamiento del neoplasma con legras acodadas y su extracción por el cavum con la fuerte pinza de Doyen me di ya cuenta de que no se trataba de un fibroma, por la escasa resistencia a su extracción, en lo que me confirmó también la escasa hemorragia. La ablación se completó por el orificio nasal (para cuyo ensanchamiento se incindió el ala de la nariz) valiéndome de pinzas, de los dedos mismos y raspando el punto de implantación, que se encontraba en la parte postero-superior de la pared externa, con legra. La fosa nasal quedó convertida en una amplia cavidad redondeada de paredes lisas. El ala de la nariz fue su-

turada en su lugar. Al examen macroscópico del tumor extraído nos pareció que se trataba de una forma de sarcoma, como nos impusimos dos días más tarde, al leer el informe que debemos a la gentileza del doctor Angel Roffo, según el cual el análisis dio por resultado *fibrosarcoma*. Se puede decir que el calificativo equivocado que le dimos al tumor y nuestra precipitación, quizá un poco reprochable, de intervenir antes de recibir el resultado del examen histopatológico, hayan beneficiado casualmente a la paciente, pues de lo contrario hubiera yo quizá ocurrido desde luego a una amplia rinotomía unilateral, que le hubiera dejado una deformación esquelética de su nariz, mucho mayor que la ya notable ocasionada por su neoplasma, y sin que con ella hubiéramos llevado de seguro la acción quirúrgica más adelante de donde fué.

Retiradas las gasas del taponamiento con que finalizó la operación dos días más tarde, continuó despues la enferma en observación, para hacerle un tratamiento complementario quirúrgico o físico, según pareciera conveniente. En la parte superior y posterior de la pared externa, aparecieron unos pequeños mamelones, que son los que hoy mismo se encuentran. Pocos días después fue acometida de una otitis media aguda derecha, que supuró y que se complicó de mastoiditis, para la cual hube de intervenir el 21 de enero de este año. De la mastoidectomía verificada no anotaré sino que se trataba de una apófisis muy neumatizada y considerablemente afectada. El período post-operatorio no ofrece nada digno de mención.

Enviada después al Instituto de Medicina Experimental, se le han hecho cuatro aplicaciones de rayos X, con fechas 9 de abril, 21 de mayo, 16 de agosto y 2 de septiembre.

El estado actual de la enferma es el siguiente: estado general físico y psíquico muy mejorado; nariz deformada como antes, la señal de su radiodermatitis es apreciable, la cicatriz de la rinotomía casi invisible. Uvula un poco desviada hacia la izquierda. Conducto y tímpano derecho normales, cicatriz mastoidea bien. Del cornete medio izquierdo queda una pequeña parte de la cabeza, ligeramente infiltrada; en el etmoides posterior se observan pequeños mamelones, en la región esfenoidal un reborde de

mucosa infiltrada. Dos biopsias se han hecho después, para la segunda de las cuales se tomaron fragmentos de las tres partes antes nombradas y a ambas se ha contestado con el dictamen de *mucosa normal*. La desviación del tabique, la atrofia de los cornetes inferiores, la depresión de la bóveda, el levantamiento de los huesos nasales, que se encuentran a la rinoscopia, son ates-



Antes del tratamiento

tiguados también en las radiografías tomadas ocho meses después de operada.

La observación que acabo de leer me da motivo para entrar en algunas consideraciones sobre *sarcomas endonasales* considerados separadamente de los carcinomas.

ETIOLOGÍA.—Como una causa provocadora de la aparición de los sarcomas de las fosas nasales han considerado los autores el traumatismo, ya crónico, ya agudo, tal vez por la circuns-

tancia de que su sitio de implantación está muy frecuentemente en la parte anterior del tabique, lugar tan expuesto a las injurias traumáticas. Dignas de mención son las observaciones de Rospke efectuadas en la Clínica de Riedel sobre la influencia anotada, en la aparición, tanto de carcinomas, como sarcomas endonasales.



Después del tratamiento

En cuanto a la influencia de la sífilis, la han considerado más bien en relación con el carcinoma.

Igualmente el debate sobre si un tumor benigno puede degenerar en maligno ha versado más en relación con el carcinoma.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—El sarcoma puede presentarse en las fosas nasales en su forma pura, pero las formas mixtas prevalecen. Entre los primeros predominan los fusocelulares; el de células gigantes es excepcional.

Entre las formas mixtas se encuentran, el fibrosarcoma, el osteosarcoma, el angiosarcoma, el linfosarcoma, el melanosarcoma. A. Aubin menciona en su tratado de la Biopsia Clínica en Otorrinolaringología un fibromixocondroma y un linfoblastoma (forma intermediaria entre el linfocitoma y el sarcoma fusocelular). No son raros los mixosarcomas, que se caracterizan porque su tejido sufre en parte una degeneración hialina y mucosa. Mencionaremos también los cilindromas, los endoteliomas, emparentados histológicamente con los anteriores, clasificados por algunos entre los sarcomas y por otros entre los carcinomas. Los endoteliomas se diferencian de los cilindromas en primer lugar porque derivan del endotelio de los vasos linfáticos y más frecuentemente de las serosas y de las meninges: su presencia en las fosas nasales sería muy significativa en cuanto a su sitio de origen, siendo atribuible a la vecindad de la apófisis crista galli, de donde habrían hecho irrupción a las fosas nasales a través de la lámina cribosa. Hacemos notar de paso su extraordinaria malignidad. Se consideran como no muy raros entre los sarcomas endonasales los melanosarcomas, que se distinguen por su malignidad y su tendencia a las metastasis. En algunos casos coinciden con tumores semejantes de diversas partes del cuerpo, como en el siguiente, citado por Katz: un hombre de 47 años tenía un tumor pigmentado arriba de la rodilla derecha, que permaneció invariable durante 17 años y que después adquirió desarrollo y fue extirpado; después de un año apareció otro en igual parte de la pierna izquierda, que fue extraído al año y medio; inmediatamente después se presentaron pequeñas manchas negras en varias partes del cuerpo, de cinco a ocho m. m., de diámetro y otras más pequeñas como cabezas de alfiler; una mancha grande apareció en la parte izquierda del tabique nasal, otra en el velo del paladar, una tercera en las coanas, con ligera induración: en total 110 pequeñas manchas azules casi negras; es decir, primero manchas pequeñas cutáneas y luego tendencia a formaciones sarcomatosas.

Los sarcomas han sido encontrados también en asocio del carcinoma y más frecuentemente de tumores benignos, especialmen-

te de los mixomas, no siendo raro el caso de hallazgo ocasional del sarcoma al efectuar la extirpación de pólipos mucosos.

El sitio de origen de los sarcomas endonasales es casi siempre el tercio anterior del septum cartilaginoso; también la pared externa, y de esta la región etmoidal preferentemente, como en el caso de mi observación. Los de la pared externa derivan con frecuencia de senos vecinos. No creo que fuera el caso en mi enferma, pues de lo contrario hubiera invadido más hacia las celdas etmoidales y la órbita.

La forma del sarcoma es muy variable: a veces presenta amplia implantación y va lanzando sus proyecciones, gastando o penetrando y endureciendo los tejidos con nuevos brotes de células jóvenes. En otros casos, como el historiado, el fibrosarcoma, se limita a rechazar las paredes de la caja en que se halla encerrado, sin mayor invasión hacia su punto de implantación.

En cuanto a la edad preferente de aparición de los tumores que estudiamos, es la de la juventud o la edad media.

SÍNTOMAS Y MARCHA.—Los síntomas iniciales son los de la imperforación nasal con sus consecuencias, rinolalia clausa, secreción nasal, disminución del olfato, a veces turbaciones del oído medio, en ocasiones accesos asmáticos, cefalea de caracteres variables. Este síntoma puede ser debido también a la compresión de ramas del trigémino y en período avanzado, si el tumor ha invadido la cavidad craneana, a fenómenos de hipertensión. No es progresiva la cefalea con el desarrollo del neoplasma; a veces desaparece por tiempos, como en el caso de mi enferma, en el cual, de aspecto intermitente, había cesado en el tiempo en que fue examinada. Aparecen también en lo general epistaxis, ya espontáneas, ya de origen mecánico. Más tarde ese síntoma puede revestir el carácter de hemorragia, cuando es producido por la eliminación de fragmentos del tumor; hecho este más frecuente en los sarcomas blandos que en los de consistencia más firme como los fibrosarcomas. Con la expansión del tumor aparecen otros síntomas debidos a deformaciones esqueléticas o a invasión de órganos vecinos: la pirámide nasal, la bóveda palatina son rechazadas; la pared externa desalojada hacia afuera produce la desviación del globo ocular y el nervio óptico puede ser traccionado y

su integridad anatómica y funcional interesadas. Los nervios motores del ojo pueden ser lesionados. La propagación al endocráneo a través del seno esfenoidal puede ser motivo igualmente de desorganización de los seis primeros nervios craneanos.

El obstáculo mecánico a la secreción mucosa etmoidal puede producir su retención y la producción de un mucocelo, como en el caso estudiado.

La anemia acompaña con frecuencia el desarrollo del sarcoma; el agotamiento general es más propio del carcinoma. La propagación craneana viene acompañada de la sintomatología peculiar. La infección secundaria de los senos es muy difícil de precisar en estado avanzado del tumor en que la rinoscopia de nada sirve y la radiografía no puede hacer diferenciaciones muy útiles entre sinusitis o invasión tumoral.

La secreción nasal se torna al final mucopurulenta y mal oliente.

El aspecto del tumor es variable y al mismo tiempo semejante con el de la mayor parte de las neoformaciones nasales, pues la maceración y la metaplasia de los tejidos, provocada por los traumatismos, los hace parecidos. De coloración roja, ya pálida, ya viva, ya oscura; sangran con facilidad a la exploración, tienen una consistencia variable. La dureza del fibrosarcoma le da parecido al fibroma, equivocación más fácil cuando, como en el caso citado, adquiere gran desarrollo hacia la cavidad rinofaríngea.

DIAGNÓSTICO.—Lo que acabo de decir explica por qué el examen clínico nos deja en muchas ocasiones vacilantes sobre la naturaleza de una neoformación en las fosas nasales. El microscopio, que siempre continuará siendo nuestro poderoso aliado para escrutar su estructura, tropezará él mismo a veces con dificultades; porque si el diagnóstico histopatológico de los sarcomas en general es difícil, lo es en especial en los sarcomas endonasales. Muchas neoformaciones como el sífiloma, el tuberculoma, el rinoscleroma y especialmente el granuloma, todas las cuales, por los traumatismos y demás causas irritativas a que están expuestas en este lugar, suelen ser el sitio de proliferación celular semejante a la de los tejidos embrionarios y pueden confundirse con los sarcomas. Bruck nos habla también de la semejanza de aspecto histológico entre la goma sífilítica y el sarcoma de célu-

las redondas. Y Collet nos dice que el análisis de los mixosarcomas da resultado a veces impreciso.

Clínicamente podemos decir que todo tumor que tiene tendencia a desarrollarse con rapidez hacia el orificio nasal, que sangra con facilidad, que no presenta adenopatías, que aparece a una edad temprana o media, se puede considerar como sarcoma. La edad avanzada nos hará pensar más bien en el *carcinoma*; nos inclinará también a este último diagnóstico la adenopatía, sin olvidar, sin embargo, que el sarcoma en su forma melánica puede igualmente presentarla.

Los *fibromas nasofaríngeos*, por la edad y sexo en que se presentan, por su firme consistencia, su sitio de implantación habitual en coanas o parte bien posterior de las fosas nasales, por su invasión hacia el cavum, se diferencian en lo general con relativa facilidad. Sin embargo a veces sus prolongamientos nasales ofrecen una consistencia algo blanda que los hace confundir.

Los *mixomas*, por su aspecto, color, movilidad, consistencia, serán difíciles de confundir, aún en los casos de poliposis recidivante generalizada de los enfermos jóvenes, en que provocan una deformación de la pirámide nasal. Pueden sí ocultar la presencia de un sarcoma, del cual vendrían a ser ellos una manifestación secundaria.

El desarrollo anormal de la bula etmoidal o de alguna bula accesoria (*quistes óseos*), por su sitio especial o por el resultado de su efracción, que dará un líquido lechoso o pondrá a descubierto pólipos, no equivoca por largo tiempo.

El *pólipo sangrante del tabique*, masa única, sangrante, redondeada, pediculada o de amplia implantación, lisa o ligeramente lobulada, situada en la región anterior del septum, como gran número de sarcomas y como estos susceptible de rápido desarrollo, es más difícil de diferenciar sin el recurso del microscopio, que atestiguará su naturaleza angiofibromatosa.

Los *pólipos cloanales*, tienen a veces una consistencia algo firme que podría dar lugar a dudas, si no fuera por su aspecto gelatinoso, que no falta a lo menos en algunos sitios, aún en estas formas consistentes, por su pediculación y porque no tienen ninguna tendencia a las hemorragias.

Los *osteomas*, por su consistencia, los *papilomas*, por su aspecto rugoso de frambuesa, los *condromas*, por su situación en la parte inferior del tabique, en la unión con el piso, no dan en lo general lugar a dudas.

La *tuberculosis vegetante* del cornete medio, requiere a veces el análisis histopatológico; lo exige también en ocasiones la *goma sifilítica*, con la circunstancia de que, como lo hemos dicho atrás, aún con éste persiste la duda, de la cual nos sacarán el análisis serológico y sobre todo el tratamiento de prueba.

En cuanto al sitio de origen de los tumores que estudiamos, es difícil de precisar, cuando el enfermo se presenta, como ocurre con frecuencia, en una época de desarrollo avanzado de la enfermedad. El dictamen histológico de endotelioma haría suponer su origen meníngeo.

Si el enfermo viene oportunamente, tal investigación es fácil; pero es durante la operación cuando en muchos casos se encuentra su sitio exacto de implantación.

PRONÓSTICO.—Si se tiene en cuenta que se citan varios casos de sarcomas operados sin recidivas y algunos de curaciones con los rayos X, y que estos tumores, con excepción de los melanosarcomas, no tienen tendencia ninguna a las metastasis, se puede atenuar en parte la gravedad del pronóstico.

En todo caso podemos decir que el pronóstico de los sarcomas de las fosas nasales no es tan sombrío como el de los carcinomas, y creemos que los términos tan pesimistas con que Boenminghaus considera el resultado alejado de las extirpaciones de tumores malignos nasales, son debidos a que los considera en conjunto.

El desarrollo del tumor, su sitio de implantación, su naturaleza histológica modifican naturalmente el concepto del pronóstico y si el enfermo se presenta en tiempo oportuno, cuando el tumor no ha tenido una invasión considerable; si el sitio de la neoplasia es el tabique, en donde es tan fácil hacer una extirpación por tejido sano, el pronóstico no reviste tanta gravedad.

La naturaleza del neoplasma influye también en la idea que podamos tener sobre el futuro del paciente. Las formas puras del sarcoma tienen más tendencia a la invasión mientras más ri-

cas sean en células; así el de pequeñas células redondas es de los más temibles. Figura entre ellos también el melanosarcoma; el endotelioma, a más de su malignidad reconocida, por su origen meníngeo probable, ensombrece el pronóstico.

TRATAMIENTO.—Confirmado el diagnóstico de sarcoma endonasal, su tratamiento debe ser esencialmente quirúrgico. Quiero decir que si bien el radium o los rayos X no deben ser desdeñados sino más bien acogidos como un adyuvante después de la intervención, no se debe atener a su acción aislada cuando aún el tumor cae bajo el dominio de la cirugía. Lo contrario sería quizá perder tiempo precioso para el buen resultado del tratamiento.

Es verdad que se citan varios casos como de curaciones de sarcomas obtenidas por los rayos X; pero esos casos son muy limitados y no pueden constituir una norma de conducta. Si los rayos Roentgen reducen el tamaño de los sarcomas y facilitan la cicatrización de las ulceraciones, ¿podremos asegurar que con ellos se consigue la destrucción completa de las masas tumorales y la curación definitiva? Ojalá alguno de mis colegas me contestara afirmativamente. Apartados de los gabinetes de rayos X y de radium ignoramos si el perfeccionamiento de aparatos y de técnica debe darnos esperanza de alcanzar algún día ese desideratum. Por el momento creemos que el valioso auxilio de los rayos X se debe reservar para afianzar el resultado del tratamiento quirúrgico y como un medio paliativo y un recurso moral en los casos inoperables.

El radiólogo y el cirujano deben marchar de la mano en su lucha contra esta terrible dolencia. El primero para consultar al operador la posibilidad de una intervención y solicitársela cuanto antes; el segundo para pedir al radiólogo el complemento de su obra.

En cuanto a la operabilidad del tumor se refiere, no tengo para qué decir que es asunto subordinado al entrenamiento, habilidad y fogosidad del cirujano. Pero que éste, después de un detenido examen piense bien que al emprender la intervención debe llevar a lo menos algunas probabilidades de poder hacer una extirpación completa. Penetre a los senos invadidos y déjelos libres de todos los elementos sospechosos, reseque maxilar

superior si fuere necesario y no se detenga sino en las meninges si hasta allí le lleva la neoplasia. Pero cuando crea que las proyecciones del tumor lo han de detener en mitad de su camino, ceda el campo a los recursos de la radioterapia.

En cuanto a lo que del radium se puede esperar fundadamente en el caso que nos ocupa, no estoy al tanto; pero lo considero también un poderoso auxiliar después de las operaciones.

Entre los medios quirúrgicos mencionaré la diatermia, que la creo indicada para tumores pequeños en que no sea difícil obtener una destrucción completa de tejidos enfermos; también como adyuvante de las operaciones cruentas, o como paliativo en los tumores inoperables para restablecer al enfermo la permeabilidad nasal. La diatermia es conocidamente secundada en su acción por el radium. Debe usársela con prudencia sobre tejido cartilaginoso.

Las intervenciones quirúrgicas endonasales serán limitadas a los tumores pequeños en que tengamos seguridad de alcanzar su extirpación por parte sana.

La sección del ala de la nariz por el surco nasolabiogeniano da a veces bastante luz, más aún si la presión del tumor ha dilatado el orificio piriforme como en mi enferma; pero en lo general no hay que efectuar la ablación o el levantamiento de partes óseas.

· Sin entrar a describir ninguno de los procedimientos operatorios, cuya selección depende del tamaño y situación del tumor, me limitaré a mencionar entre los que sacrifican una parte del esqueleto óseo de pirámide nasal, el de Preysing, para tumores altos y bilaterales, y el de Sebilléau y el de Moure para los unilaterales también altos. Para los situados en parte inferior serían recomendables los de Denker, Lafite-Dupont, Rouge, por vía bucal.

Entre los procedimientos que mediante osteotomías correspondientes al corte cutáneo y otros cortes óseos subcutáneos, permiten levantar un colgajo de hueso y piel, con lo cual la deformación postoperatoria es casi nula, señalaré los de Langenbeck-Linhart, Chassaignac-Bruns, Gussembauer.

Y para terminar no dejaré de anotar que según algunos autores la prescripción del arsénico (atoxil, salvarsán) a altas dosis parecería tener influencia favorable en el tratamiento de los sarcomas.

CONCLUSIONES

Con la enseñanza del caso presentado y las consideraciones que preceden sobre sarcomas endonasales, creo poder llegar a las siguientes conclusiones:

1.^a El diagnóstico histopatológico de los sarcomas endonasales suele ser difícil en atención a que muchas neoformaciones sufren allí, por la maceración y los traumatismos a que están expuestas, una transformación estructural con proliferación celular, que los hace semejantes.

2.^a Se presentan a veces en las fosas nasales fibrosarcomas que a pesar de alcanzar considerable desarrollo, no tienen mayor poder de penetración en su punto de implantación y que pueden considerarse como de relativa benignidad.

3.^a En los sarcomas endonasales operables, se debe recurrir en primer término y sin dilación a la cirugía, apelando después a los rayos X o al radium como un gran adyuvante en el buen éxito de aquella.

4.^a En todos los casos en que el cirujano tenga probabilidades de alcanzar una extirpación completa, debe intervenir. La estructura histológica que atestigua un tipo anatómico de reconocida malignidad, como los sarcomas puros de pequeñas células redondas, los endoteliomas, los melanosarcomas, debe pesar en su ánimo en favor de la abstención, cuando se trate de tumores de desarrollo considerable.

5.^a En los casos inoperables se debe recurrir a los rayos X, que pueden curar al enfermo por excepción, que pueden reducir el tamaño del neoplasma o facilitar la cicatrización de las ulceraciones y que en todo caso proporcionan al paciente un alivio moral.

6.^a En los casos raros en que el examen clínico y radiográfico haga pensar que se trata de un neoplasma polimorfo, que ha producido considerable dilatación de la fosa piriforme, antes de ocurrir al sacrificio del esqueleto nasal, se debe intentar la extirpación mediante rinotomía de las partes blandas y si no basta ésta, preferir los métodos operatorios que conservan los huesos nasales.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL ABRODIL COMO MEDIO DE CONTRASTE EN LA NEFRO- PIELOGRAFIA

POR EL DOCTOR

C. TRUJILLO VENEGAS

Director del Laboratorio de Rayos X del Hospital de San Juan de Dios

Corresponde el mérito a Rosenos de haber sido el primero en demostrar la posibilidad de practicar el examen radiológico de las vías urinarias por medio de la inyección intravenosa de una sustancia de densidad elevada y por consiguiente opaca a los Rayos X.

La aplicación de este nuevo método fue bastante defectuosa en los primeros tiempos, debido a deficiencias en la técnica y en la preparación de la solución inyectada. Además era indispensable tener en cuenta que al inyectar una sustancia cuya eliminación se verificaba casi exclusivamente por los riñones, se imponía una gran actividad funcional a dichos órganos y convenía que su toxicidad fuera nula.

Posteriormente los trabajos de Swick y von Lichtenberg aportaron grandes luces a esta clase de investigaciones, hasta que culminaron en el descubrimiento de un medio de contraste ideado y preparado por el profesor Binz y el doctor R ath y conocido con el nombre de uroselectan neutro.

Pocos meses más tarde los Laboratorios Bayer Meister Lucius hicieron conocer un nuevo producto denominado al principio «Metafan» y conocido hoy con el nombre de *Abrodil*. Es de este preparado que queremos ocuparnos y presentar un caso radiológico estudiado con su ayuda.

Se presenta en forma de un polvo blanco, cristalino e inodoro y responde a la denominación química de monoyodometansulfato sódico. Contiene un 25 por 100 de yodo y este último cuerpo se encuentra en una combinación orgánica tan estable que no reac-

ciona en absoluto con ácido nítrico ni con el nitrato de plata. Tampoco se consigue poner en libertad el yodo mediante la acción del ácido sulfúrico. Quince horas a la temperatura de 100° conservadas las soluciones concentradas de Abrodil durante largo tiempo, no alteran en absoluto la molécula. El Abrodil es soluble en 70 por 100 de agua a la temperatura de 16°. Las soluciones se pueden esterilizar sin peligro de descomposición y permanecen estables. El sabor es ligeramente salado. La solución al 4 por 100 es isotónica ($\Delta = 0,58^\circ$).

Según Hecht, la tolerancia de la inyección intravenosa de Abrodil es casi equivalente a la del cloruro de sodio y superior a la del yoduro de sodio, en dosis de igual cantidad de yodo. En experimentos comparativos llevados a cabo en ratones blancos por medio de inyecciones intravenosas de estas tres sustancias, obtuvo este autor los siguientes resultados: los animales soportaron hasta 6 gramos de Abrodil por kilogramo de peso, en solución al 30 por 100 y más de 7,5 gramos en la solución al 15 por 100, al paso que 1,8 gramo de cloruro de sodio, por kilo, en solución al 7,2 por 100 y un gramo de yoduro de sodio, por kilo en solución al 20 por 100 tuvieron un efecto mortal en la mayoría de los casos.

La eliminación del Abrodil se verifica rápidamente y se puede investigar dosificando la cantidad de yodo orgánico contenido en la orina. Se ha podido comprobar que los animales de ensayo eliminan al cabo de 1 hora el 47 por 100, al cabo de 3 horas, el 76 por 100, a las 9 horas el 89 por 100 y a las 24 horas el 93 por 100. Los días siguientes la orina contiene solamente 0,2 por 100. Por consiguiente, la mayor parte de la sustancia queda eliminada al cabo de 3 horas y la casi totalidad de ella en el curso de 24 horas.

En el hombre sano la eliminación del Abrodil es muy semejante a la de los animales, y por este motivo las radiografías se deben tomar en las 3 horas que siguen a la inyección. Parece que el momento más oportuno está entre los 15 y 25 minutos, pues en ese tiempo se hallan los cálices y pelvis renales muy bien inyectados.

En la sesión del 23 de junio de 1930 de la Sociedad de Medicina Interna y Pediatría de Berlín, Kohler comentó la aplica-

ción intravenosa, oral y rectal del Abrodil. Señaló la ventaja especial de esta última aplicación y trazó la técnica para llevarla a la práctica. Posteriormente en su artículo «La pielografía rectal» (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1390, número 37, página 2306), hace de nuevo hincapié sobre tal método. Recomienda practicar un gran lavado intestinal dos horas antes de poner la inyección rectal y al cabo de este tiempo introducir por conducto de un tubo colocado un poquito arriba del esfínter, 30 gramos de Abrodil disueltos en 50 c. c. de agua y adicionados de X a XV gotas de tintura de opio. La primera radiografía se debe tomar treinta minutos más tarde.

Algunos experimentadores como Brömer, Hecht y Schüller han practicado la pielografía por medio de la introducción oral de Abrodil y dicen que el yodo aparece al cabo de poco tiempo en la orina. Administrando a un perro 2 gramos de Abrodil por kilogramo de peso se ve la sombra de dicha sustancia en la vejiga al cabo de media hora. Las asas intestinales se hacen también visibles y esto a nuestro modo de ver le sustrae gran prestigio a la técnica, puesto que en el examen radiológico de las vías urinarias se desea la mayor vacuidad de los intestinos. Esta misma crítica se puede hacer en parte a la práctica de la nefro-pielografía por medio de la inyección rectal.

Puede también practicarse el examen radiológico de los riñones por vía retrógrada, introduciendo por el cateter ureteral 20 c. c. de solución de Abrodil al 20 por 100 y diluyendo tal solución en otra de nitrato de plata u oxicianuro de mercurio al 1 x 4,000.

Por la vía intravenosa se aconseja inyectar 20 gramos de Abrodil, disueltos en 50 ó 100 c. c. de agua destilada y esterilizada.

Como al introducir una sustancia extraña al organismo se exigía a los riñones un mayor rendimiento, fue necesario investigar cuidadosamente por medio de análisis de orina y exámenes histológicos, las alteraciones patológicas que pudieran sufrir dichos órganos.

Según Hecht los riñones de ratones blancos a los cuales se había inyectado 6 gramos de Abrodil por kilogramo y por vía intravenosa mostraron a raíz de la inyección unos pocos cilindros en los canalículos urinarios, quedando intacto el epitelio. En exáme-

nes histológicos practicados 8 días después de la inyección, no se encontraron modificaciones en la estructura del tejido renal. Así mismo, los riñones de un conejo muerto 7 días después de aplicada la inyección intravenosa de 6 gramos de Abrodil se encontraron completamente normales. Otro conejo que había recibido en inyección intravenosa 5 gramos por kilogramo de peso y que fue muerto cinco días después, mostró algunos canaliculos urina-



Fig.1.—A la derecha de esta radiografía se observan tres sombras correspondientes a tres cavernas que se encontraron luego en la pieza anatómica.

rios en vía de degeneración grasosa. Los glomérulos no presentaron alteración alguna. Además, en la orina de todos estos animales no apareció albúmina en ningún momento.

En conclusión, y teniendo en cuenta la opinión autorizada del autor ya citado, resulta que aun después de dosis excesivamente altas, las cuales nunca se aplican al hombre, las alteraciones his-

tológicas que presentan los riñones después de la inyección intravenosa de Abrodil, parece que son de poca importancia.

También asevera Hecht que la aplicación repetida de dicha sustancia no entraña peligro y señala el caso de un conejo al cual inyectó diariamente en las venas 1 gramo por kilogramo de peso, por espacio de 7 días. Durante el tratamiento y tres semanas más, fue cuidadosamente observado este animal y no se encontraron modificaciones en la orina. Además conservó todo el tiempo el mismo peso. La única alteración patológica que se presentó fue una pequeña disminución de la hemoglobina de la sangre al finalizar el tratamiento, lo cual hace pensar que en dosis repetidas y sostenidas, el Abrodil tiene poder hemolítico.

Todos los anteriores experimentos en animales infundieron ánimo y seguridad para llevar a efecto la aplicación del Abrodil en el hombre y los 100 primeros exámenes se practicaron en el Bürgerhospital de Colonia, con resultados altamente satisfactorios.

Hasta ahora nuestra experiencia es muy escasa en los exámenes radiológicos practicados con la ayuda de este nuevo producto. En los pocos casos que hemos observado no se han presentado complicaciones serias, pero no podemos dejar pasar inadvertido que en la enferma cuya historia relatamos a continuación aparecieron una hora después de la inyección alteraciones pasajeras consistentes en fuerte escalofrío seguido de fiebre, taquicardia (130 pulsaciones) y dolor agudo en la región renal. Además, algunos experimentadores insisten en que pueden presentarse otras molestias, tales como congestiones de la cara y cefalalgias, sensación de calor, temblor y sed.

Las únicas contraindicaciones que señalan los autores para practicar los exámenes con Abrodil son las insuficiencias graves de eliminación renal. Según ellos, la tuberculosis avanzada y el embarazo no constituyen contraindicaciones.

Una vez señaladas las principales características de este nuevo producto, vamos a exponer el caso en el cual fue empleado.

T. de R., de veintitrés años de edad, natural de Quetame, ingresó al Hospital de San Juan de Dios, servicio del Profesor A. Salgar, el 18 de diciembre de 1930.

Antecedentes hereditarios.—La madre padeció de afecciones hepáticas y renales y murió de congestión cerebral.

Padre: murió de enfermedad no diagnosticada.

Antecedentes personales.—A la edad de ocho años tuvo una angina aguda, probablemente de naturaleza diftérica. Desde muy pequeña ha sufrido de alteraciones digestivas, debido en gran parte a la presencia de parásitos intestinales, los cuales aún persisten, especialmente el anquilostoma. Ha tenido tres partos a término. Ningún aborto. Hace un año nació el último niño. En el primer embarazo tuvo vómitos muy frecuentes durante los tres primeros meses y después de cada parto se presentaron nuevamente, por espacio de 8

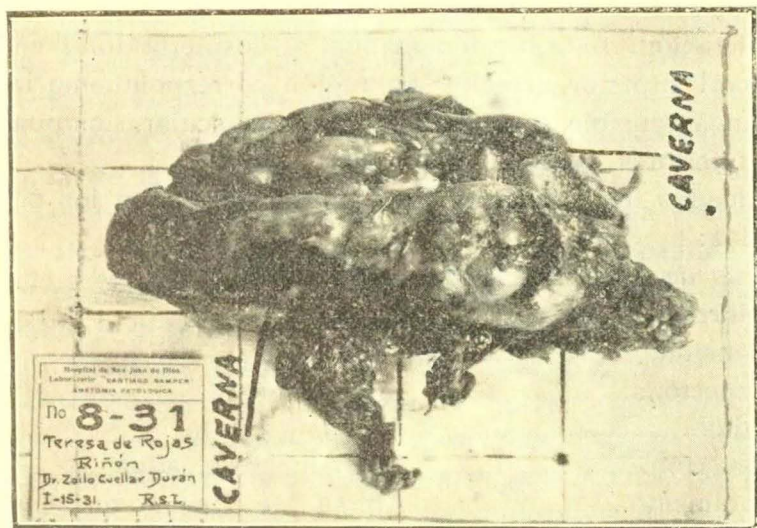


Fig. 2.—Fotografía de la pieza anatómica.

días. En el puerperio no tuvo fiebre. La orina se enturbió bastante. Desde hace algunos meses las alteraciones químicas de la orina han sido constantes, acompañadas de polaquiuria, poliuria y piuria. El sedimento ha sido siempre abundante y en los primeros tiempos la orina tenía un olor muy fétido, el cual posteriormente ha desaparecido. La enferma ha enflaquecido bastante y su piel ha tomado un color terroso.

Estado actual.—Enferma bastante flaca y pálida. En la inspección del abdomen no se aprecia otra particularidad sino una flacidez de las paredes bastante marcada.

Aparato digestivo.—Anorexia, polidipsia. Vómitos alimenticios y biliosos frecuentes. Cólicos intestinales intensos. Por lo general domina la constipación, pero unas pocas veces ha alternado con verdaderas crisis de diarrea.

Aparato respiratorio.—Normal.

Aparato circulatorio.—Normal.

Sistema nervioso.—Ninguna particularidad.

Aparato urinario.—A la palpación se encuentra el riñón izquierdo muy grande y en su parte profunda se descubre una tumefacción. No está doloroso. En el riñón derecho no se percibe ninguna alteración. A la presión manual se despierta dolor en el punto ureteral superior derecho. La región correspondiente izquierda está menos sensible y no existe defensa muscular. Los puntos ureterales inferiores no están dolorosos.

Practicados los exámenes del Laboratorio, dieron los siguientes resultados:

Análisis de orina del 12 de enero de 1931:

Diuresis en 24 horas....	500 c. c.
Densidad a 15° C.....	1020
Aspecto.....	Muy turbio
Color.....	Ambar
Reacción.....	Fuertemente alcalina
Sedimento.....	Abundante. Hemato-purulento

Examen microscópico:

Células pavimentosas.

Abundantes glóbulos rojos.

Abundantes glóbulos de pus. Corpúsculos mucoides.

Elementos anormales:

Albúmina.....	Sí		
Proteínas totales.....	2 gramos (hay pus y sangre)		
Pus Sí. Sangre Sí.....			
Acetona.....	} no	Acidos biliares.....	} no
Acido diacético.....		Pigmentos biliares...	
Escatol.....		Ligeramente aumentado.	

Urobilina..... }
 Indoxilo..... } Normal

Elementos normales:

	Por litro en gramos.	En 24 horas en gramos.
Sólidos totales.....	38	19
Amoníaco.....
Urea.....	14,30	7,15
Acido úrico.....
Fosfatos en (Ph ² O ⁵).....	1,20	0,60
Cloruros en (Na Cl).....	3,50	1,75

Prueba de la Sulfofenoltaleina, 15 por 100.

Constante de Ambard, K=0,240.

Bacilos en la orina, Koch, colibacilo negativo (en dos exámenes).

Azohemia, 0,42 gramos 100 por 100.

La temperatura se mantuvo entre 36° y 38°

El 11 de enero a las 11 a. m. se practicó el examen radiológico, con ayuda de la inyección intravenosa de Abrodil. Como de costumbre, se ordenó poner a la enferma dos grandes enemas la víspera y el día del examen, para eliminar la mayor cantidad posible de gases y materias fecales. Se tomaron tres radiografías 5, 15 y 25 minutos después de terminada la inyección y en todas se reprodujo la misma imagen, con caracteres semejantes. En la región renal derecha se ven los cálices, la pelvis y la mitad superior del uretere muy bien inyectados. Este último órgano se puede seguir hasta la altura de la interlínea articular que separa la IV de la V vértebra lumbares. El polo superior de dicho riñón se confunde con la sombra hepática y su polo inferior está a nivel del cuerpo de la IV vértebra lumbar. El aspecto radiológico es el de un órgano sano y la eliminación de abrodil se llevó a cabo de un modo normal. La única particularidad que presenta es la ptosis.

En el flanco izquierdo no se ve sombra alguna de riñón, ni de cálices y pelvis. La sustancia opaca no se eliminó por este órgano y esto hizo pensar que el filtro renal estaba profundamente alterado. La gran particularidad que se anota en la zona izquierda es la presencia de tres manchas densas (figura 1), relativamente pequeñas, situadas bastante hacia fuera de la columna vertebral, en la región correspondiente al colon descendente. Aún

no habíamos alcanzado a darnos una explicación satisfactoria sobre la naturaleza de tales manchas cuando el doctor G. Esguerra Gómez tuvo oportunidad de ver estas películas y nos dio una orientación muy acertada. En su opinión estas tres manchas correspondían a cavernas renales y apoyó su diagnóstico en un caso muy semejante observado por él en la Casa de Salud de Marly con ayuda de la inyección intravenosa de uroselectan y confirmado quirúrgicamente. La presencia de tales sombras se explica suponiendo que una débil parte de la sustancia opaca alcanzó a penetrar en el riñón pero fue retenida en dichas cavidades, sin poder pasar a los cálices y pelvis. Por parecernos muy lógico este razonamiento nos adherimos a él y la enferma llegó a la mesa de operación con el diagnóstico clínico y radiológico de *tuberculosis renal izquierda, con formación de cavernas*.

La densidad de las diferentes muestras de orinas, tomadas después de la inyección, dieron las siguientes cifras:

A las 2 p. m.....	1,022
» » 3 p. m.....	1,035
» » 5 p. m.....	1,040
» » 7 p. m.....	1,040

No fue posible sondear la enferma ni obtener orina en las horas anteriores. El 15 de enero fue operada por el Profesor Z. Cuéllar Durán.

Se encontró un riñón enorme (figura 2), completamente adherido y por consiguiente muy difícil de extirpar. La operación fue extremadamente laboriosa. No se pudo ligar el pedículo y se optó por dejar un clamp, el cual se retiró al tercer día.

Al hacer un corte longitudinal se vieron en su interior tres grandes cavernas, de tamaño de huevos de paloma, llenas de pus y de olor muy fétido.

Practicado el examen anatomo-patológico de la pieza tuvimos ocasión de leer el siguiente boletín, firmado por el doctor R. Sanmartín: «Se encuentra una fuerte reacción inflamatoria que ha destruido la estructura normal del riñón. Se encuentran numerosas células gigantes. Corresponde la lesión a una tuberculosis renal. No se encontró bacilo de Koch».

El estado de la enferma es hoy día satisfactorio.

Basados en los resultados anteriores creemos que el Abrodil está llamado a prestar una ayuda muy eficaz en la práctica de la nefro-pielografía. Actualmente nos ocupamos en hacer un estudio comparativo, desde el punto de vista radiológico, entre este producto y el Uroselectan de Schering y tan pronto como hayamos recogido observaciones suficientes las haremos conocer de los lectores de esta Revista.

UN CASO DE INTOXICACION POR VERONAL

POR LOS DOCTORES

NICOLAS TORRES BARRETO Y LUIS M. FERRO D.

(De Bogotá)

El 5 de enero del presente año, a las nueve y media de la noche, fui llamado de urgencia cerca de una distinguida señorita, de veintidós años, quien parecía envenenada, según se me dijo. Acudí sin demora, en asocio del doctor Luis M. Ferro D., quien ocasionalmente se encontraba conmigo. Pudimos averiguar que la dama en cuestión había ingerido, con el fin de suicidarse, tres tubos de veronal, de diez tabletas cada uno, dosificadas a 0.50 centigramos cada una, es decir, la enorme dosis de 15 gramos. En la taza donde había sido disuelto el hipnótico se veían rastros de una masa espesa, color de chocolate y una raja de limón. La desilusionada joven quiso activar la acción del veneno por medio del jugo de limón, como es usual hacerlo con la cafiaspirina.

Cuando llegámos cerca de la enferma, que dormía profundamente, y ni al llamarla, ni al vapularla, daba señales de vida, procedimos a inyectarle aceite alcanforado, y a practicar un lavado del estómago, que ofreció enormes dificultades; al hacer el primer intento hubo que vencer un ligero trismo y antes de que el tubo llegara al estómago se produjo intenso vómito, en el cual se encontraba abundante cantidad de la misma masa achocolatada que habíamos visto en la taza. El tubo se salió, y para volverlo a colocar, fue necesario luchar con la enorme resistencia de la enferma, quien parecía darse cuenta de que se intentaba salvarla y se oponía a ello con todas sus fuerzas y aun trataba de balbucir algunas palabras ininteligibles. Sujetada la enferma por tres personas y colocado un abre-boca, fue fácil pasar el tubo y hacer un escrupuloso lavado del estómago, con agua albuminosa tibia, hasta convencernos de que no quedaba en el estó-

mago ninguna partícula de veronal. Terminada esta operación, la paciente dormía profundamente y estaba bastante fría, tenía 80 pulsaciones, de tensión pequeña y con marcadas intermitencias; la reacción pupilar a la luz era normal; se notaban pequeñas convulsiones generalizadas, pero más acentuadas en los miembros superiores. Inyectamos nuevamente 5 c. c. de aceite alcanforado etéreo y una ampolleta de benzoato de cafeína, se combatió, además, el enfriamiento por los medios usuales. En este momento eran las once p. m. El pulso mejoró de tensión y se regularizó.

Dejamos la enferma confiada a los cuidados del distinguido practicante señor Helo, ordenamos un lavado intestinal purgante con sen y sulfato de soda y nos retiramos, haciendo un pronóstico favorable.

Al visitarla en la mañana del día 6, la enferma tenía marcada tendencia al sueño, pero el estado general era plenamente satisfactorio. El intestino se había movido abundantemente y el riñón había eliminado de igual manera.

El practicante fue retirado y la señorita quedó a cargo de sus familiares. Ese día fue de sueño casi constante hasta las primeras horas de la noche. En los pocos momentos lúcidos que tenía, se quejaba de ver doble. El día 7 amaneció en magnífico estado general, pero con una cistitis aguda que la mortificó toda la noche: dolor intenso en la región vesical, micciones dolorosas, muy pequeñas y muy repetidas. La diplopía continuó hasta el día 8 por la tarde, en que desapareció completamente. La cistitis, que se trató por los medios ordinarios: abundantes bebidas, leche principalmente, aguas diuréticas, ligeros desinfectantes, persistió hasta el séptimo día después de la intoxicación y desapareció del todo.

Relatada la historia de la manera más completa que nos ha sido dado, queremos hacer al margen de ella algunas observaciones:

Siendo el veronal un cuerpo de absorción rápida, puesto que ya manifiesta sus efectos hipnóticos a la media hora de la ingestión, y habiendo intervenido nosotros dos horas después, puesto que la ingestión se verificó a las ocho y media p. m., fuimos llamados a las nueve y media, llegamos cerca de las diez p. m., y mientras se hizo traer un tubo de Focher, eran las diez y media, el envenenamiento ha debido ser mortal, ítem más, si se

tiene en cuenta la considerable dosis de 15 gramos. Steinitz considera como intoxicación ligera la producida por dosis inferiores a 5 gramos y como grave la de dosis superiores a 10 gramos.

Hemos tenido la impresión de que si la desgraciada muchacha hubiera tomado un solo tubo la intoxicación habría sido mucho más grave que la que experimentó con tres tubos; pues la absorción habría sido facilitada por la consistencia más fluida del brebaje. En el presente caso la disolución del tóxico se hizo en muy poco vehículo, lo que dio por resultado una mixtura muy espesa, de difícil absorción. No sabemos la influencia que ejerza el limón sobre la actividad del veronal, puede ser que la disminuya, y éste sería otro factor digno de tenerse en cuenta, puesto que la disolución se hizo en agua acidulada en jugo de limón.

Entre los síntomas atribuidos a la intoxicación por el veronal y que no se observaron, figuran:

Aceleración del pulso y palpitaciones: en el caso que nos ocupa no pudimos comprobarlos, antes por el contrario el pulso no pasó de 80 en ningún momento.

Exantemas: no se presentó en ninguna de sus variadas formas; vértigos: tampoco se presentaron. Igualmente faltaron la cefalea, las náuseas y el vómito.

En cambio, pudimos observar: titubeo, estado de gran debilidad, incertidumbre de la marcha muy marcada cuando intentó caminar al cuarto día; especie de embriaguez, pesantez de la cabeza, hipotermia.

El síntoma principal debido a la intoxicación por el veronal, que todos los autores han observado y en el que están acordes es el estado de somnolencia más o menos prolongado. En el caso que nos ocupa fue muy intenso en las primeras horas hasta el punto de no despertar a pesar de fuertes excitaciones. Cuando se hubo expulsado el tóxico depositado en el estómago y combatido los síntomas alarmantes, el sueño fue menos profundo: la enferma despertaba con relativa facilidad, pero seguía durmiendo al dejarla tranquila.

El sueño producido por el veronal, como fenómeno tóxico no está en relación con la dosis, puesto que con dosis pequeñas puede observarse dicho síntoma más intenso y prolongado que con dosis mucho mayores. Así nos explicamos que nuestra enferma no haya dormido sino veinticuatro horas por todo, y solamente seis con un sueño que puede calificarse de comatoso.

Llamamos especialmente la atención sobre los tres fenómenos nuevos que pudimos observar, y que nos atrevemos a calificar así, pues no figuran entre los atribuidos a la intoxicación por el veronal, a saber: convulsiones, diplopía y cistitis.

Nos parece oportuno y creemos prestar con ello un verdadero servicio, si llamamos la atención sobre dos puntos, que nada tienen que ver con los síntomas tóxicos del veronal y que entrañan, más bien, un asunto de importancia social.

Es el primero, la venta inconsiderada que se hace del veronal y de otras sustancias conocidas y empleadas para el suicidio; entré ellas el ácido fénico. Mencionamos este tóxico, porque uno de nosotros tuvo ocasión de tratar, hace algún tiempo, una intoxicación por dicho ácido, en una señorita, joven también, que ingirió una onza con fines suicidas que tuvieron por desgracia perfecta realización, pues no se consiguió que sobreviviera a tan grave envenenamiento.

No podemos explicarnos que se vendan uno o más tubos de veronal con facilidad tan grande, que ni siquiera se exige la fórmula médica, y sin embargo, el veronal mata, y todos lo sabemos porque entre nosotros se han suicidado varias personas, conocidas algunas, con tan suave hipnótico. Pero nadie podría conseguir que se le vendiera, sin prescripción médica, 10 gotas de láudano para calmar un dolor, ni tomándose tan pequeña dosis en presencia del boticario. En cambio, un vicioso del láudano consigue que se le venda una onza con relativa facilidad. ¿La causa? Toca a las autoridades competentes averiguarla y corregirla.

Es el segundo punto, la incompetencia de un lado, y la inescrupulosidad de otro, de muchos boticarios. Todo el cuerpo médico de Bogotá debe tener pruebas de ello y muchos médicos habrán pasado afanes y tenido fuertes contrariedades por los deplorables manejos de dichos individuos, que debieran ser modelos de competencia, de escrupulosidad y de honradez.

La noche que tratábamos la intoxicación motivo de estas líneas, formulámos, entre otras cosas, apomorfina y estriénina. En una de las principales farmacias vendieron a la persona que en tal angustia llegaba, dos ampollitas de morfina en vez de la apomorfina que no existía en dicho establecimiento. Como rechazáramos aquella droga y enviáramos nuevamente en busca de la apomorfina, un farmaceuta ofreció a la persona que la solicitaba, sedol o pantopón para reemplazar la apomorfina que tampoco existía

allí. En otra de las farmacias más conocidas despacharon inyecciones estrieno-fosfarsinadas como sustituto de la estriénina. ¿Son correctos y honorables tales procedimientos? No lo creemos. Los dos primeros boticarios o farmaceutas, o propietarios, o como quiera llamárseles pueden calificarse, cuando menos, de supremamente ignorantes, pues a nadie que no fuera tál, podría ocurrírsele aplicar morfina, sedol o pantopón para conseguir los efectos que con la apomorfina se buscan.

Tampoco hay derecho para pretender reemplazar la estriénina con ampolletas reconstituyentes strieno-fosfarsinadas; si bien se advierte aquí, no la crasa ignorancia de los primeros, sino el incontenible deseo de vender a todo trance. Este prurito de no dejar ir al cliente sin acomodarle algo, que no está incluido en la fórmula ordenada por el médico, se observa entre nosotros con demasiada frecuencia. Hemos creído siempre que el farmaceuta está obligado a despachar exactamente, lo que el médico prescribe, sin cambiar ni reemplazar o sustituir nada de lo que contiene la receta; si no puede despachar la fórmula tal como es, debe manifestarlo al cliente sin tratar de venderle una cosa distinta y en ocasiones opuesta, como lo hemos relatado.

En nuestro concepto, no debe el farmaceuta, ni siquiera despachar la droga prescrita pero en dosis distintas de lo estipulado en la receta, tal es el caso de las ampolletas, que se cambian constantemente a voluntad del boticario. Formula el médico, por ejemplo, una ampolleta de pantopón de 0.01 centigramos, y el farmaceuta vende al cliente una ampolleta de pantopón de 0.02 centigramos, sin tener la precaución de advertir siquiera, que ha cambiado la dosis de la ampolleta. A nadie se oculta las graves consecuencias que pueden surgir de tales arbitrariedades. Si el fracaso sobreviene, es siempre el médico responsable ante la familia del paciente, y si intenta demostrar su inculpabilidad y probar la responsabilidad del farmaceuta, gasta tiempo y dinero y se expone a que lo sorprenda la muerte antes de que se compruebe su absoluta irresponsabilidad, porque, entre nosotros los trámites son demasiado largos y el papeleo nos ahoga por desgracia. El farmaceuta, entre tanto, puede reír a sus anchas y continuar cambiando las fórmulas a su agrado.

Ya es hora de que se corrijan tales arbitrariedades y se apliquen rigurosamente las sanciones que existan, o se legisle convenientemente, si las leyes vigentes al respecto son insuficientes.

En otras ocasiones es el farmacéuta un hombre competente, honrado y bonachón, pero descuidado en extremo. Al despachar la fórmula o el remedio que se le pide, equivoca los frascos y vendiendo, muchas veces, una sustancia tóxica, produce la muerte sin querer. Y no es justo que el cliente continúe muerto por equivocación, y el farmacéuta también por equivocación continúe vendiendo drogas fatales. No se tiene derecho a tales equivocaciones que merecen, sin duda, ser sancionadas.

Todos conocemos casos de muerte por haber despachado un farmacéuta, sulfato de zinc o clorato de potasa en vez de sulfato de soda y los ejemplos podrían multiplicarse indefinidamente.

Creemos haber consignado en estas líneas un caso interesante de intoxicación por el veronal y, consideramos el resultado obtenido, al salvar la paciente, como un éxito, pues conocemos varios casos en que con menos de un tubo el desenlace ha sido fatal.

Independientemente de la parte médica, hemos hecho intencionadamente consideraciones de otra índole, porque juzgamos que es un deber del cuerpo médico colombiano propender por el constante adelanto y mejoramiento de nuestra medicina nacional y de sus ramas auxiliares una de las cuales, muy importante por cierto, es la Farmacología. De la competencia y escrupulosidad del farmacéuta depende, en gran parte, el buen resultado que el médico obtenga en su lucha encarnizada por arrebatarse víctimas a la Parca despiadada.

Bogotá, enero 22 de 1931.

FRANBOESIA TROPICA

(EL CASO CLINICO DEL MES)

POR EL DOCTOR

MANUEL JOSE SILVA

I

La semejanza por todos anotada entre las lesiones causadas por el treponema que descubrieran Schaudinn y Hoffmann, en 1905, y un microorganismo espirilar encontrado por Castellani en las secreciones de ciertos papilomas cutáneos, dió origen en épocas relativamente recientes a candentes discusiones y a numerosos trabajos científicos acerca de si sífilis y pian eran o nó una misma cosa. Los polemistas dividiéronse en dos escuelas: una la constituían los *unicistas*; formaban la segunda los *dualistas*. Sostenían los primeros, basados en analogías y en la eficacia del tratamiento yodo-mercurio-arsenical, que pian y sífilis eran una sola y misma enfermedad; en cambio, los dualistas consideraban el pian como enfermedad distinta, específica, y llegaron a individualizarla. La circunstancia de que ciertas sífilis malignas, como lo prueba la fotografía de la página siguiente, se caracterizan por botones de aspecto papilomatoso, más o menos análogos a las tumefacciones piánicas, daba asidero a aquella creencia, la que encontró aparentemente un nuevo argumento con el descubrimiento hecho por Castellani.

Una serie de hechos y experiencias numerosas trajeron la convicción para la mayoría de los autores de la no identidad del pian y de la sífilis. El ultramicroscopio, por otra parte, permite señalar diferencias para los dos virus.

Bien pudiera suceder que el asunto no llegase a despertar interés en países donde una de las entidades que nos ocupa no es

conocida sino a través de las descripciones clásicas, pero resulta conveniente para nosotros apuntar los caracteres que le son propios para, en un momento dado, establecer su diferenciación. De ahí que nos atrevamos a hacer breves consideraciones al respecto.

II

Treponema.—No puede negarse que las dos enfermedades son vecinas y determinadas por agentes microbianos de parentesco muy cercano. El agente causal de la sífilis, organismo filiforme y



G. V. Franboesia trópica
Minifestaciones secundarias

espiraliforme, no posee membrana ondulante y sus extremidades llevan uno o dos flagelos muy delgados. Las vueltas de espira, en número de diez a quince, son más profundas que anchas; ni se modifican ni desaparecen cuando el microorganismo se pone en movimiento. Este se realiza merced al flagelo que parece desprenderse de la ondulación terminal y gira como una hélice para hacer avanzar el protozooario. Si cambia de lugar lo hace en línea recta, de manera lenta, majestuosa. Prolifera por segmentación longitudinal.

Espiroqueta.—El agente de pian es así mismo un organismo espirilar, menos delgado que el de la sífilis; menos regularmente ondu-

lado. Sus extremidades son obtusas, encorvadas en anzuelo y muy rara vez terminadas por un flagelo. Cuando se colora la preparación por el método de Giensa suele encontrarse a lo largo del microorganismo un pequeño punto rojo que muchos toman por un núcleo o un blefaroplasto. Las vueltas de espira cerradas, como las del treponema; el cuerpo protoplasmático, rodeado por un ectoplasma aplanado, en forma de membrana ondulante. No se mueve sobre su eje como el agente de la sífilis; se le encuentra fácilmente en el pus piánico y pertenece al género *espiroqueta*.

III

Aceptado que los agentes microbianos tienen caracteres que les son comunes y dos o tres que permiten su diferenciación, quedan por apuntar las manifestaciones clínicas, más notorias, de las dos enfermedades que originan. Una y otra estallan después de un período de incubación; se inician por un *accidente primario*; presentan fenómenos de infección general y erupciones cutáneas secundarias, idénticas a la manifestación primaria para el pian, totalmente diferentes para la sífilis.

La lesión primaria de la sífilis es siempre una exulceración, lesión redonda u ovalar que secreta poco. Tiene límites pero carece de bordes; su superficie es roja, plana, regular, brillante. Blanda en los días que siguen a su aparición, termina por endurecerse y curar espontáneamente.

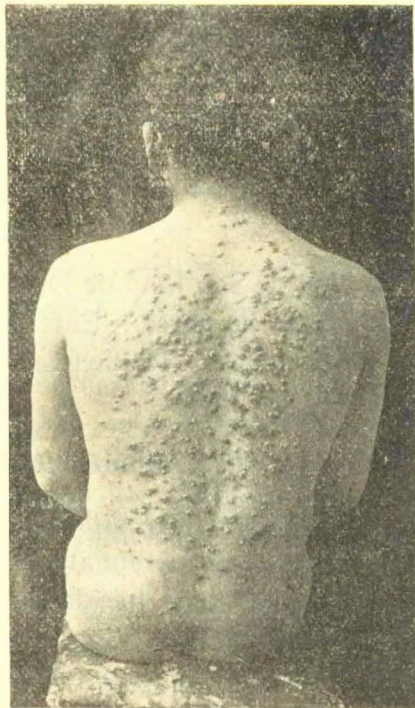
El pian lesión primaria es una ulceración papulosa, dermo-epidérmica, vegetante franboesiforme cuya superficie rosada, granulosa, está cubierta por una secreción sero-purulenta consecutiva a un proceso central de necrosis. El elemento lo cubre en parte una costra amarilla, pero cuando el proceso destructivo es intenso, ésta no se forma y la lesión se presenta como una ulceración crateriforme, de duración indefinida.

El período secundario de la sífilis comprende el conjunto de accidentes cutáneos, mucosos, viscerales, que pregonan la infección general del organismo por el treponema. Pues bien: es sabido que en la sífilis experimental, como en la adquirida, las manifestaciones cutáneas y mucosas, conocidas con el nombre de *sifilides*, tienen un principio insidioso; evolucionan de ordinario sin fiebre, con tendencia a la cronicidad. De forma redonda, los elementos son múltiples y variados; máculas, vescículas, pápulas, pústulas. En los comienzos de la enfermedad estas manifestaciones eruptivas de la infección son discretas, fugaces, desaparecen sin dejar huellas: más tarde se generalizan, se agrupan simétricamente; se *disciplinan*, como decía Fournier, a medida que la sífilis se vuelve vieja, y al desaparecer, dejan cicatrices. La coloración varía: rosada, roja, pigmentada, cobriza, *jamón*. Débese a congestiones y a derrames sanguíneos a partículas de pigmento que persisten o desaparecen lentamente. Las sifilides no causan dolor ni prurito; ter-

minan por resolución, pero si el paciente no es tratado científicamente las recidivas son frecuentes. El polimorfismo es la regla: en el mismo individuo se observan pápulas, de tamaño y forma diversos; lesiones pápulo-costrosas como aparecen en la fotografía y vescículas, sobre fondo maculoso.

El período secundario del pian se caracteriza por la aparición de botones de pian secundario que aparecen de improviso sobre muchas partes del tegumento. La

erupción se presenta por brotes sucesivos: nuevos papilomas se suman a los ya existentes. La enfermedad así constituida, se inicia a menudo por fiebre y un exantema. Las alteraciones digestivas no son raras, como tampoco los dolores reumatoides a lo largo de las extremidades y en las articulaciones, como en el reumatismo pseudo-infeccioso. El número de papilomas es variable: de ordinario son poco numerosos; por excepción han llegado a contarse quinientos. La erupción que en las extremidades suele ser discreta, tórñase confluyente en la cara, al rededor de los orificios naturales, pero todos, absolutamente todos los botones secundarios son iguales, evolucionan sin cambiar de aspecto, son idénticos al elemento primario central o *buba madre*.



H. N. Sífilis
Manifestaciones secundarias (1)

La afección es contagiosa y autoinoculable, circunstancias que explica las lesiones de las extremidades de los dedos, bajo las uñas, porque la sensación de prurito que despiertan las bubas incita al enfermo a

(1) Debemos la anterior fotografía a la amabilidad del señor doctor Perico, interno del profesor Miguel Canales, en el año de 1929, en cuyo servicio fue tratado el paciente H. N. Por no alargarnos demasiado nos abstenemos de publicar su historia, muy interesante y completa.—M. J. S.

rascarse. Coincide con la aparición de elementos secundarios y aun la precede, la presencia en el paciente de placas anchas de descamación furfurácea que dan la impresión en personas de piel morena de que sobre ellas se hubiese espolvoreado almidón. Este signo, unido a los anteriores, y al hedor frecuente de la erupción franbuesiforme, facilitan grandemente el diagnóstico.

Digamos, para terminar con los caracteres, que en un momento dado permiten diferenciar las lesiones de la sífilis de las del pian que en esta última enfermedad no han sido señaladas manifestaciones que correspondan a los accidentes terciarios de la sífilis. Las descritas como tales por algunos autores dejan dudas al respecto.

IV

Hospital de San Juan de Dios.—Clínica de Dermatología y Sífilis.—Sala de hombres.—Enfermo, G. V; edad veinte años. Jornalero de profesión. Residencia habitual, Girardot. Entró el 1.º de octubre de 1928.

Historia clínica de la enfermedad

Antecedentes hereditarios sin importancia.

Antecedentes personales. Hace tres meses vivía en Girardot. Se hizo una pequeña herida en un pie (el izquierdo) y se le formó una úlcera simple. Vino a fiestas a Tocaima y durmió en la misma cama con un compañero que tenía bubas.

Evolución de la enfermedad: regresó a Girardot y unos ocho días después empezó a sentir dolores de cabeza y de huesos. Después apareció una descamación furfurácea y pruriginosa, especialmente localizada en el pecho, los brazos y las piernas. En seguida notó en la pierna izquierda una buba que dice haber sido igual a las que tenía en otras partes del cuerpo cuando vino al hospital. Luégo fueron apareciéndole en la cara interna de los brazos, en el pecho, el abdomen, el cuello y la frente. La lesión estaba caracterizada por elementos papilomatosos, cubiertos de una costra estratificada, dura, espesa, de color amarillo verdoso. Al levantar la costra aparecía una saliente de aspecto papilomatoso, cubierta de un exudado sero-hemorrágico. La base no era

indurada. Estos caracteres los observé especialmente en una buba que tenía en el cuello sobre la piel que cubre la laringe y de la cual se tomó serosidad para hacer el examen microscópico. Todas las bubas presentaban los mismos caracteres, aunque de volumen mucho menor; las más pequeñas eran las de la frente y el abdomen. Los ganglios en la ingle estaban infartados, grandes, no dolorosos y adherentes a los planos profundos.

El examen de la serosidad de la buba del cuello hecho en el laboratorio al ultramicroscopio permitió ver un microorganismo espirilar, ondulado, móvil, semejante a un treponema, que indudablemente era el *T. pallidulum* de Castellani. Después de haberle aplicado una primera inyección de 914, el doctor Machuca tomó y examinó muchas placas con serosidad de varias bubas y en ninguna se encontró el treponema.

Dignóstico. La forma especial de las lesiones, con su costra estratificada, espesa, verdosa, debajo de la cual se ve una superficie franbuesiforme con exudado sero-hemorrágico; la nó inducción de la base; la uniformidad de caracteres en todas las lesiones; la ausencia de manifestaciones en las mucosas; la falta de movilidad en los ganglios infartados, la procedencia del enfermo y la noción del contagio probable; el hallazgo de treponemas en las lesiones, son caracteres suficientes para afirmar el diagnóstico de *pian*.

Bogotá. noviembre 15 de 1928.

Auténtica.

M. MACHUCA
Médico hospitalario

El alumno encargado, *Dario Maldonado*».

ALGUNAS CONSIDERACIONES ELEMENTALES SOBRE METABOLISMO BASAL

(Conclusión)

POR

CESAR URIBE PIEDRAHITA, M. D.

METABOLISMO AUMENTADO

Considerando que el cuerpo tiroides es el principal agente de la regulación termogénica se comprende que en los casos de hipersecreción tiroidiana el metabolismo basal esté exagerado. El aumento de la increción de tiroxina está en razón directa con el aumento de los cambios gaseosos y por consiguiente con el del metabolismo basal.

En el *bocio simple o coloidal* el metabolismo no se aumenta, pero a veces, como ya lo observamos, se puede observar una ligera disminución. En el tratamiento de esta clase de bocios se usan las inyecciones intravenosas de tiroxina las cuales hacen desaparecer el bocio coloidal en pocas semanas. Pero debe guiarse este tratamiento por las determinaciones del metabolismo para evitar accidentes serios en caso de que éste se aumente demasiado.

En los *adenomas simples* el metabolismo es normal, pero no sucede lo mismo en los adenomas tirotóxicos. La determinación del metabolismo permite en estos casos el diagnóstico diferencial con ciertas psiconeurosis de sintomatología semejante. La enucleación de estos adenomas puede hacerse en los casos en que el metabolismo no pase de 50% de aumento. Cuando pasa de esta cifra debe suponerse la hiperplasia glandular y entonces es necesaria la resección parcial de la glándula.

La *enfermedad de Basedow* produce trastornos del metabolismo aumentándolo hasta 80%. Existe en estos casos una relación

inversa entre las variaciones del metabolismo y las del cociente respiratorio (R Q).

El reposo absoluto baja un 10% más o menos el metabolismo exagerado, pero se observa siempre una exageración que varía mucho de un día para otro.

Para el tratamiento de la enfermedad de Basedow son absolutamente necesarias las determinaciones de metabolismo basal. Esta enfermedad presenta períodos de exacerbación durante los cuales está contraindicada la intervención quirúrgica, en especial cuando hay perturbaciones gastrointestinales.

La ligadura de las arterias tiroidianas no alcanza generalmente a bajar el metabolismo hasta la normal. Sin embargo es prudente practicar esta operación previa y hacer determinaciones posteriores. En caso de no lograrse la normalidad se practicará la tiroidectomía parcial.

La irradiación por los rayos X no debe hacerse durante la crisis o cuando el metabolismo permanece estacionario al rededor de 80%. Los resultados obtenidos con la irradiación son muy variables y depende de los estados en los cuales se hace la intervención.

La medicación yodada puede bajar considerablemente el aumento del metabolismo debido probablemente a que la increción tiroidiana no sólo está aumentada sino que parece que haya cambiado de naturaleza y falte yodo para la formación de la increción normal. El tratamiento por el Lugol seguido de tiroidectomía alcanza a normalizar no sólo el metabolismo sino también la frecuencia de las pulsaciones. Es absolutamente necesario acompañar los tratamientos por determinaciones frecuentes, no sólo para controlarlos sino también por el temor de que por mal diagnóstico, se administre yodo en un bocio simple lo que puede convertirlo en un bocio tiorotóxico.

Durante la *menopausia* hay hipertiroidia generalmente pasajera, la cual puede aumentar el metabolismo desde un 20% hasta 90%.

Aún no se sabe si las *glándulas paratiroides* tienen algo que ver con el aumento o disminución del metabolismo.

En la *acromegalia* el metabolismo está generalmente aumentado. Puede llegar hasta 33% como ¹⁹²⁰lo ha encontrado Marcel Labbé y otros. La substancia, aun desconocida, que se encuentra en el lóbulo posterior de la hipófisis aumenta el metabolismo y tiene una acción sinérgica con la tiroxina.

En los trastornos de las *cápsulas suprarrenales* se encuentra que en las lesiones medulares (enfermedad de Addison) el metabolismo es bajo. En estos casos la inyección de adrenalina aumenta considerablemente el metabolismo como sucede también, si la inyección se hace a un individuo sano.

La *castración* y la *ovarectomía* traen generalmente una disminución del metabolismo. La inyección de jugo testicular lo vuelve a la normal, en los machos y en las hembras. No hay pues, una especificidad sexual en la acción de las glándulas genitales sobre los cambios respiratorios. Es muy probable que la castración obre sobre el metabolismo indirectamente, disminuyendo la actividad de la tiroides. Los resultados experimentales obtenidos hasta hoy son muy contradictorios; lo mismo sucede en los casos de castración humana.

En la *diabetes experimental* del perro depancreatizado el metabolismo se aumenta. Si se le inyecta insulina, el aumento no decrece si se mantiene el animal a régimen carneo. Pero si se le dan hidratos de carbono acompañados de la insulina, el metabolismo vuelve a lo normal.

La inyección de insulina al conejo dormido con uretano aumenta el metabolismo en relación directa con la dosis. El coeficiente respiratorio se aumenta al principio pero luego baja aún por debajo de la cifra que se encuentra antes de la inyección de insulina.

En la hipoglucemia (menos de 0,10 gr. o/0) debida a la insulina se observa un aumento brusco del metabolismo debido probablemente a una descarga de adrenalina la cual se hace como protección contra la hipoglucemia.

En la *diabetes grave* algunos experimentadores han hallado un aumento considerable del metabolismo basal, pero la mayoría sostiene que éste permanece normal o se baja un poco debido a la pérdida de peso.

Las *enfermedades infecciosas* febriles aumentan el metabolismo basal, pero este aumento está generalmente contrabalanceado por la desnutrición en las afecciones como la tuberculosis. En la fiebre tifoidea el metabolismo se aumenta con relación a la elevación de la temperatura. Así mismo sucede en la malaria donde puede llegar hasta un 60% con una temperatura de 40° C.

En la *hipertensión arterial esencial* se encuentra un aumento del metabolismo. Esta enfermedad se acompaña generalmente de hiperglucemia y a veces de glucosuria de manera que puede considerarse como un estado prediabético. En efecto, a menudo termina la hipertensión en una verdadera diabetes.

En los *tumores malignos* se presenta un aumento del metabolismo basal. La inoculación experimental de tumores malignos a las ratas, trae consigo un aumento de los cambios gaseosos.

EDITORIAL

Como se aproxima la fecha de apertura de la Facultad de medicina queremos aprovechar la ocasión para hacer algunas observaciones a los señores estudiantes y también a los señores profesores.

Hace 30 años la profesión de médico era la profesión ideal en Colombia; muy pocos jóvenes podían darse el lujo de estudiar, por la pobreza en que se encontraba el país, las dificultades para hacer el bachillerato y los largos viajes que era necesario hacer para ir a la ciudad universitaria. De ahí que los pocos médicos graduados que había, eran acatados en todas partes; ganaban su vida con una gran facilidad y los padres de familia veían en la medicina la profesión ideal para sus hijos. Hoy día las cosas han cambiado; empieza a presentarse entre nosotros el problema del proletariado intelectual. Esto se debe, probablemente, a que los estudios se pueden hacer hoy con muy poco dinero; la iniciación en cualquier arte o negocio es mucho más valiosa que una matrícula y como la lucha por la vida se va haciendo todos los días más difícil, las Facultades se ven asaltadas por un gran número de jóvenes que van a buscar en una profesión el arma necesaria para la vida.

El diploma que se recibe al terminar la carrera es una verdadera póliza de seguro: quien lo posee no podrá aspirar a hacerse rico con sus conocimientos, pero está asegurado contra la extrema pobreza y se coloca en una posición más ventajosa que la de muchos de sus compañeros que al terminar sus estudios de segunda enseñanza han salido valerosamente a trabajar.

Sin duda, el médico de hoy no ocupa en la sociedad el puesto que ocupaba hace 30 años. Hay demasiados para que sean tratados con muchos miramientos.

HEMOSTYL

DEL DOCTOR ROUSSEL - PARIS

ESTE suero exaltado de caballos, en el doble sentido de la hemopoyesis y de la hemostasis, activa la fagocitosis; así se explica su empleo en infecciones e intoxicaciones.

ACTIVA LA COAGULACION. Por eso es de inmediatos resultados en las hemorragias.

ACTIVA LOS FENOMENOS HEMOPOYETICOS. Por eso cura las anemias.

Entre las principales indicaciones del HEMOSTYL, se citan:

- 1.^a Las anemias debidas a hemorragias del parto o del aborto.
- 2.^a Los trastornos post-operatorios.
- 3.^a La convalecencia de toda enfermedad.
- 4.^a Los estados pre-tuberculosos.
- 5.^a La debilidad general.

AMPOLLETAS - Para tomar todos los días en agua azucarada.

JARABE - Muy agradable al paladar.

Tomar el HEMOSTYL es curarse y sentirse fuerte

UNICOS REPRESENTANTES PARA VENEZUELA Y COLOMBIA:

SILVA & Cía.

Caracas (Venezuela). Apartado 189

AGENTE EN BARRANQUILLA:

LOUIS BANCELIN

BARRANQUILLA, APARTADO 98 - BOGOTÁ, APARTADO 1122

SEÑORES MEDICOS

En la Librería Médica (Pasaje Hernández No. 9),

Pueden ustedes suscribirse a la

REVISTA MEDICA DE COLOMBIA

Serie de 12 números, \$ 2.40

Toca a la juventud médica iniciar y organizar un orden de médicos que vuelva por el prestigio perdido y por los fueros de la profesión. Pero aun suponiendo que esta asociación gremial se llevara a cabo de una manera perfecta, la situación de la gran mayoría de los médicos no cambiaría porque hay un hecho innegable que deben tener muy en cuenta los que a la ciencia se dedican y es que sólo la consagración y el estudio conducen al saber y sólo el que sabe se impone. Algunos por la audacia o el charlatanismo logran adquirir una gran reputación en el público pero al poco tiempo es ese mismo público el que se encarga de echarlos abajo con estrépito.

Es muy duro decirlo, pero no son la consagración y el estudio las características del estudiante de medicina en Bogotá. Pide con sinceridad y con razón la reforma de la Facultad, pero no se detiene a considerar un momento que toda reforma sería infructuosa si no principia por donde debe principiar: por la reforma de los estudiantes.

El estudiante europeo trabaja mejor porque hace un sacrificio más grande para estudiar, sabe que encuentra al salir una competencia formidable y sobre todo aspira a vincular su nombre, de alguna manera, a la ciencia.

Entre nosotros muchos no comprenden al pasar por los hospitales, la necesidad de hacer historias clínicas completas y verídicas ni la necesidad de practicar autopsias pero más tarde comprenderán la importancia y será ya tarde para enmendar su error. Ni los libros ni las clases podrán jamás reemplazar las enseñanzas del hospital. «Conocer el curso natural de una enfermedad, decía Trousseau, es conocer más de la mitad de la medicina».

Si los estudiantes se van haciendo todos los días más exigentes para con los profesores, éstos se deben hacer al mismo tiempo todos los días más exigentes para con los estudiantes. En todos los servicios hospitalarios las historias clínicas que hacen los alumnos deberían ser leídas y controladas una por una por el profesor o por su jefe de clínica, para que no se repita el espectáculo que vemos cada año de estudiantes inventando síntomas y fechas dos días antes del examen para poder ser admitidos en él.

Algo muy semejante pasa con las preparaciones de laboratorios y anfiteatros que son hechas nó para ser aprendidas sino para ser presentadas, sin tener en cuenta que esta clase de trabajos es la única fuente de perfeccionamiento técnico que va mañana a diferenciar al médico de teguas y curanderos.

Para que el estudiante bien intencionado pueda trabajar con provecho es necesario que encuentre en el profesor un hombre competente que le preste una ayuda entusiasta y decidida.

El profesor que no prepara debidamente su clase no debería asistir a ella; el que no asiste asiduamente, por una u otra razón, no está cumpliendo con su deber; el que se limita a tomar durante todo el tiempo la lección a sus discípulos (como algunos que encontramos en el curso de nuestra carrera) no tiene ningún derecho a ocupar la cátedra ni a llevar el título.

Del lema americano de las tres H podría el estudiante de medicina tomar su divisa «hand, head and heart» mano, cabeza y corazón.

DEONTOLOGIA

SECCIÓN A CARGO DEL DOCTOR

DARIO CADENA C

Los sentimientos religiosos en el hombre han tenido como origen remoto el temor y la impotencia para explicarse los misterios que la naturaleza guarda en su seno. Con el correr de los tiempos y la aparición de hombres portentosos que supieron encauzar ideas dispersas y explotar los sentimientos humanos, se constituyeron las diferentes religiones que tienen su sede en el mundo. Hoy se viene a la vida con un sedimento atávico de religiosidad, como se heredan los caracteres físicos y morales de las razas; sin exageración se puede decir que se nace católico, como musulmán o budista según hayan imperado tales o cuales ideas desde siglos atrás, en los progenitores. Un espíritu amplio no puede aferrarse con el fanatismo primitivo a creencias determinadas; ya no existen los circos donde los emperadores de la Roma pagana echaban millares de mártires para que fuesen devorados por las fieras, ni tampoco los santos tribunales de la Inquisición que trajeron la decadencia de España, pero sin embargo, individualmente en estas oscuras democracias semisalvajes no es difícil encontrar almas atrabiliarias cuyo fanatismo las impulsa hasta el crimen.

Bien está que el médico profese y practique determinadas tendencias religiosas sin hacer alarde de ellas y respetando profundamente las creencias de los demás; en un país como el nuestro, católico por excelencia, sería no sólo ridículo sino perjudicial el que se puziera a discutir con criterio sectario o científico cualquier dogma o verdad aceptada por todos sin reparo alguno. Esta conducta le traería los peores enemigos: aquellos que honradamente defienden sus creencias impidiendo por cuantos medios estén a su alcance la prosperidad de los herejes. Además, una parte de las instituciones de beneficencia depende, y

la gran mayoría de ellas está a cargo de comunidades religiosas que se preocupan, con razón, del predominio de sus ideas en sus dependencias; es importante que el médico, por sus antecedentes, no desencadene una lucha en la cual estaría irremisiblemente perdido antes de comenzarla. Al hablar así no quiero recomendar la hipocresía ni la adulación baja y servil para ganarse la consideración y el aprecio de quienes por su influencia puedan elevar al médico a posiciones honrosas; nó, en manera alguna; se pueden tener ideas muy personales sin herir la susceptibilidad de los demás y sin descender al terreno de las claudicaciones vergonzosas. Saber callar sus propias creencias y saber respetar las ajenas, hé aquí el tino del profesional.

El médico no solo puede sino debe ejercer sus derechos de ciudadano; tampoco le está vedado el pertenecer a determinada agrupación política ni el ocupar un puesto en las corporaciones administrativas donde por su presencia y por sus conocimientos podría realizar importantes campañas en favor de la higiene y de la asistencia públicas así como en todos aquellos asuntos que se relacionan directamente con la profesión; desgraciadamente sus actuaciones son nocivas y contradictorias. Todos los días vemos a los médicos discutir, excátedra, sobre puntos civiles, criminales, económicos, en los cuales no tienen ninguna preparación y en cambio cuán escasos son los proyectos presentados por ellos en asambleas y congresos sobre protección y asistencia públicas.

En general el médico debe huir de la política como de un grave peligro; el entusiasmo, el ardor, el fanatismo primitivo y estúpido que manifiesta el pueblo en los debates electorales no se compadece en nada con el carácter pacífico y humanitario de su misión, y si llegare a descender al terreno de las luchas candentes, vería disminuído su prestigio y perdería de su clientela a todos aquellos que pertenecieran a otra agrupación política, sin contar con los irrespetos y agresiones de que fuera víctima y que serían motivo de permanente desagrado.

Un médico por lo general es un mal político y un médico político es siempre un pésimo profesional.

Aparatos para Electroterapia

Pantostato

GALVANO - CAUTERIO - FARADISACIÓN
LUZ Y MASAJE

Diatermia

Rayos Ultra-Violeta



Aparatos de Rayos X

PARA CONSULTORIO, POR-
TÁTILES Y DENTALES
TODA CLASE DE
APARATOS
PARA EL
GABINETE
MÉDICO

REPRESENTANTES:
Dr. Weiser & Hering
PIDANOS DEMOSTRACION
E INFORMACION

Calle 13 No. 174 - Apartado 492
BOGOTÁ



DR. JORGE ROSAS CORDOVEZ

JEFE DEL LABORATORIO DE RAYOS X
DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

LABORATORIO PARTICULAR DE RA-
DIODIAGNÓSTICO Y RADIOTERAPIA
SUPERFICIAL Y SEMIPENETRANTE

CALLE 16, NO. 91 (ENTRE CARRERAS 7.ª Y 8.ª)

TELEFONO 81-30

Es indispensable que el médico resuelva el problema matrimonial en época oportuna, cuando tenga una clientela que le asegure una vida holgada y acorde con la posición que ocupe. Este paso no debe darlo apresuradamente pero tampoco le es dado retardarlo en demasía, pues el matrimonio aumenta la confianza en el profesional, lo estimula y lo hace trabajar con mayor ahinco y con más interés.

En esta profesión en la cual no se pertenece uno así mismo y donde el tiempo es de la clientela, la compañera del médico además de ser paciente, afable y resignada, no puede ser celosa ni tener ese escrúpulo, ni ese terror injustificado a las enfermedades o a las intervenciones, características en la mayoría de las mujeres de nuestro medio, porque en múltiples ocasiones ella está obligada a ser su ayudante y siempre debe estar dispuesta a ser su colaboradora. Las hijas de los colegas son las mejor preparadas para ejercer estas funciones ya que ellas han sido educadas en ese ambiente sencillo, austero y científico que se respira siempre en la casa del médico; no quiero decir con esto que no haya otras que posean las mismas cualidades para ser esposas modelos del profesional, pero en todo caso es muy difícil encontrarlas.

TERAPEUTICA RAZONADA

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.

HEMORRAGIAS DEL TUBO DIGESTIVO

Las principales causas de las hemorragias del tubo digestivo son las siguientes: úlceras gástricas, neoplasmas, hemorragias vasculares, inflamaciones de las placas de Peyer (fiebre tifoidea), pequeñas erociones de los capilares etc.

La *ergotina* tiene una acción electiva sobre las fibras lisas de los vasos.

Los estados hepáticos producen una fragilidad especial de los vasos que los hace muy propensos a la hemorragia; también producen turbaciones de la coagulabilidad de la sangre.

Los medicamentos hemostáticos se dividen en vasoconstrictores y coagulantes. Los primeros actúan cerrando los vasos y los segundos activando la coagulación de la sangre. Estos últimos están particularmente indicados en las hemorragias que tienen en alguna manera un origen hepático.

VASOCONSTRICTORES

De estos medicamentos unos actúan localmente y otros a distancia. Entre los primeros podemos citar la *adrenalina*, que por la vasodilatación tardía que produce es un mal hemostático. En las hemorragias por hemorroides y en algunos otros casos se emplea con buenos resultados. No emplearla nunca para las del tubo digestivo.

La *antipirina*, en solución, es un buen medicamento.

El *tanino* puede ser muy útil por su enérgico poder vasoconstrictor.

Entre los hemostáticos que actúan a distancia tenemos la *ergotina* que, aunque es un medicamento admirable en las hemorragias uterinas, da resultados mediocres en el tubo digestivo porque no tiene ninguna acción sobre las venas.

COAGULANTES

Cloruro de calcio.—Puede ser empleado por la vía oral a la dosis de 3 a 4 gramos o inyectado en soluciones al 5%, 10 a 20 c. c. No repetirlo mucho.

La *gelatina*, al 5%, tiene una buena acción hemostática a distancia.

El *anthemea*, suero animal, se emplea con buenos resultados.

Las hemorragias son visibles (accesibles) o invisibles (inaccesibles). Las primeras se pueden tratar con hemostáticos locales, las segundas solamente con los que obran a distancia. El tipo de las primeras es la hemorragia por hemorroides, en la cual la antipirina, el tanino y el hidrastis obran muy bien bajo la forma de supositorios o pomadas.

Extracto blando de ammamelis.....	}	aa 0,50 grms.
Extracto blando de hidrastis.....		
Ungüento populeum		0,20 grms.

M y R «Pomada»

Cuando la hemorragia es producida por la estrangulación de los paquetes se debe procurar hacer un taxis con los dedos. Si es debida a ulceraciones se pondrá un tapón de gasa embebida en:

Tanino.....	}	aa 0,2 grms.
Glicerina		

En las hemorragias de origen rectal, investigar la causa con el rectoscopio. Cauterizar con nitrato de plata las erociones o pequeñas ulceraciones de la mucosa.

Hemorragias invisibles.—Los hemofilicos padecen con frecuencia de hematemesis; en estos enfermos hay un retardo de la coagulación y el coágulo que se forma es muy débil. El único medicamento que se debe emplear es el suero animal.

Cuando la sangre de las deposiciones es roja, viene del colon; cuando es negra, del intestino delgado.

La línea de conducta que debemos seguir en presencia de una hemorragia del tubo digestivo es la siguiente:

- 1) Inmovilizar el enfermo en la cama e inmovilizarle el tubo digestivo por medio del opio.
- 2) Dieta, hielo, bolsas de agua caliente:
- 3) Grandes lavativas de agua caliente a 40°.
- 4) Hemostáticos locales como gelatina o pectina ingeridas.
- 5) Hemostáticos a distancia (sueros gelatinados o animales).

Este tratamiento se puede emplear en toda clase de hemorragias del tubo digestivo.

PARA LA PIELOGRAFIA!

★**ABRODIL**★

15 - 20 gramos en 50 - 100 c. c. de agua, dan
buenas radiografías de excelentes resultados

Última novedad de
la Casa

«BAYER - MEISTER LUCIUS»



Aplicación sencilla,
Acción rápida,
COMPLETAMENTE INOFENSIVO

EMPAQUE ORIGINAL: frascos de 20 gramos

Para muestras y literatura científica, favor dirigirse a
LA QUIMICA INDUSTRIAL *Bayer-Meister-Lucius*

WESKOTT & Cía.

BOGOTA - APARTADO 301

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. 99.

Teléfono 31-93 - BOGOTA

VITASTERINE

B Y L A

VITAMINA D estandarizada

Reemplaza el aceite de hígado de bacalao
en todas sus indicaciones

Tratamiento del Raquitismo
Trastornos de la Osificación y Dentición
Convalecencias

De venta en todas las Droguerías y Farmacias

Agentes Generales:

ANDRES SEYS & PANNIER

APARTADO 1063 - BOGOTA

CRONICA DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

SECCION A CARGO DEL SEÑOR

GUILLERMO LARGACHA

Error de diagnóstico en un caso clínico.—En el Servicio de Clínica Interna del Profesor Miguel Canales, hemos encontrado la completa relación del caso clínico que en seguida relatamos y que nos ha suministrado el Interno de dicho servicio señor Carlos Cortés E.

Se trata del enfermo A. G., de dieciocho años de edad, quien llegó al servicio el 13 de diciembre de 1930. Desde dos y medio meses atrás, el enfermo experimentó ligera fatiga al caminar con accesos de tos, los cuales se acentuaban notablemente por la noche y una disfagia bastante molesta: al mismo tiempo el enfermo notó engrosamiento en el cuello.

En el examen que se le practicó en el servicio llamó notablemente la atención el tinte anémico, sin ictericia y la dispnea que presenta el enfermo, así como el aumento notable de los diámetros del tórax, especialmente el antero-posterior, la marmorización de la piel del pecho debido a la circulación colateral, formada por venas subcutáneas voluminosas, el edema en esclavina sin que hubiese en el resto del cuerpo; ligera hipertrofia del cuerpo tiroides sin sensibilidad dolorosa, disminución de las vibraciones en las cimas pulmonares, sensación de dureza en las cimas y en la región inter-escapular.

Al percutir encontramos submacicez desde las cimas hasta la zona inter-escapular.

Al auscultar el pulmón encontramos la respiración ligeramente soplada y signos de bronquitis banal. El corazón deja oír un soplo sistólico suave en el foco mitral y refuerzo diastólico en el aórtico; ritmo regular. Llama la atención el hecho de oír los ruidos cardíacos con la misma claridad en la región inter-escapular.

Pulso regular, 80 por minuto; respiraciones, 20; temperatura, 37. Los otros órganos perfectamente normales.

Guiado por los síntomas que presentaba el enfermo y después de varios exámenes clínicos practicados con especial cuidado, se discutió el caso basándose en dichos síntomas y haciendo el diagnóstico diferencial con las diversas entidades patológicas que pueden tener localización en la cavidad torácica; como aneurismas aórticos, ganglios-tuberculosos o sifilíticos, sarcomas, osteosarcomas, persistencia del timo, tiroides anormalmente desarrolladas o coto endotorácico etc., y se llegó a la conclusión de que se trataba de un *tumor del mediastino* o coto sumergido de naturaleza coloidal.

El estado del enfermo decae cada día, la disnea se hace más marcada, experimenta agudos dolores que obligan a sostenerlo bajo la acción de la morfina, el pulso se hizo frecuente y hace fiebre, (38°); el 15 día desciende la fiebre en lisis continua con pequeñas oscilaciones hasta el 18 día en que el enfermo murió. El oscurecimiento del pulmón izquierdo se acentuó progresivamente y se le dio la siguiente interpretación: la compresión del pedículo pulmonar por las masas ganglionares desarrolladas en el mediastino provocaron esa congestión pasiva del pulmón.

Exámenes especiales. Reacción de Wassermann, negativa total; reacción de Vernes, 37. Radioscopia: verificada en los primeros días, comprobó la existencia de una masa regular, situada en el mediastino, sin movimiento de expansión; vista en sentido antero-posterior, ocupa casi toda la región y tan sólo deja ver la punta del corazón; vista lateralmente se extiende hasta cerca de la columna vertebral e impide establecer sus relaciones con los demás órganos de la región. Esto reafirmó el diagnóstico de tumor del mediastino de naturaleza difícil de determinar.

Radiografía. En la radiografía del tórax tomada en sentido antero-posterior, se encontró la transparencia pulmonar considerablemente disminuída; en ambos campos pulmonares aparecen sombras muy densas, las cuales parecen debidas a masas ganglionares de gran tamaño. En la radiografía lateral encontramos esta misma opacidad y el mediastino está ocupado por una masa de densidad igual a las descritas anteriormente, cuya naturaleza parece la misma.

Autopsia. Al hacer la insición para abrir el tórax, se encontró la piel muy delgada, las venas subcutáneas muy desarrolladas; dos de ellas descendían de la región submaxilar, y después de pasar por encima de los músculos esternocleidomastoidianos, perforaban estos músculos y se perdían debajo de las clavículas; cuerpo tiroides de tamaño normal y muy vascularizado; no hay desviación del esófago y de la tráquea, no hay infartos ganglionares; en la cavidad torácica todos los órganos están englobados por una substancia de color blanco amarillento de contornos precisos, olor *sui generis*, aspecto de ganglios caseificados; esta masa ocupa toda la cavidad torácica izquierda; la pleura parietal, la visceral, el tejido pulmonar, el pedículo y los nervios propios a la región no fue posible localizarlos; el corazón de tamaño normal, se encuentra dentro de la misma masa. En el pulmón derecho como en la pleura no se encontró nada anormal. Enviada la pieza anatómica al laboratorio se encontró lo siguiente: tejido conjuntivo de descomposición cadavérica; la estructura histológica del pulmón no existe; en zonas pequeñas se aprecian *grupos de células embrionarias conjuntivas y vasos sin pared propia*.

Se trata de un sarcoma de células fusiformes.

Se encuentra bastante restablecido de salud nuestro compañero de estudios el doctor Silvino Cifuentes, quien venía padeciendo de una afección delicada que le redujo al lecho por varios meses; saludamos atentamente a este compañero y deseamos su pronto y completo restalecimiento.

LIBROS Y REVISTAS

MEDICINA

PEDRO ESCUDERO.—*Las enfermedades del metabolismo en la etiología y patogenia del eczema.*—(Revue Sud Americaine de Médecine et de Chirurgie, tomo I, número 11). De su trabajo el autor saca las siguientes conclusiones: «las turbaciones en el metabolismo de los azúcares y de las grasas pueden provocar eczemas crónicos que resisten a los tratamientos locales y se mejoran o curan con un régimen apropiado y por la insulina. Las enfermedades descritas por el autor bajo el nombre de diabetes oculta o diabetes latente no representan grados diversos de la misma afección, sino afecciones distintas; ellas pueden producir eczemas crónicos que sólo desaparecen con un régimen apropiado. Estas consideraciones hacen resaltar el papel importante de las enfermedades de la nutrición en la génesis de las dermatosis».

RENÉ GIROUX Y KISTHINIOS.—(*Sociedad de Medicina de París; sesión del 14 de noviembre de 1930*).

Los autores llaman la atención sobre los buenos resultados que han obtenido en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca con el azúcar asociado a la insulina. En muchos casos de enfermos cuya insuficiencia se había mostrado rebelde a los tonicardíacos usuales obtuvieron ellos maravillosos resultados por este método.

CIRUGIA

M. FEVRE y R. BUREAU.—*La artrodesis del raquis en la escoliosis.*—(Journal de Chirurgie. Tomo XXXVI, número 5).

La escoliosis se ha tratado hasta ahora en Francia por métodos ortopédicos. Estos métodos dan buenos resultados en el 90% de los casos; en un 10% fracasan completamente. En los Esta-

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

OPTICA ALEMANA

SCHMIDT HERMANOS

CALLE 12 N.º 176 (Entre Carreras 7.ª y 8.ª)

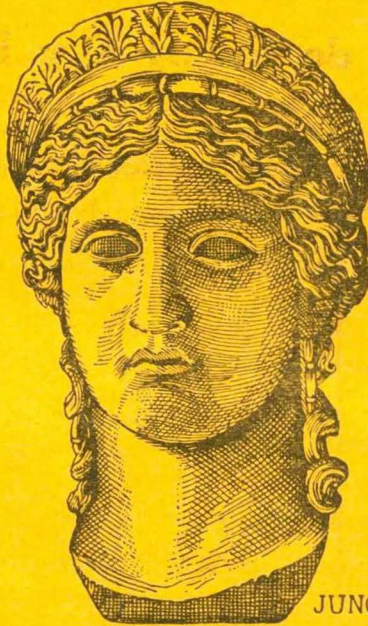
Apartado 1032

MICROSCOPIOS - COLORANTES - LAMINAS - LAMINILLAS -
HEMATIMETROS - FONENDOSCOPIOS - OPTALMOSCOPIOS -
ESPEJOS FRONTALES - TERMOMETROS -
CRISTALERIA PARA LABORATORIO



TALLER DE MECANICA

para la reparación de toda clase de instrumentos de precisión



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.

dos Unidos hace más de 15 años que se ha empleado la artrodesis, por el método que Hibs y Albbe idearon para el tratamiento del mal de Pott, en el tratamiento de la escoliosis. Los autores hacen un estudio sobre las indicaciones técnicas y resultados, basados en las pocas observaciones recogidas en Francia y en las estadísticas americanas y llegan a las siguientes conclusiones:

«a) Existen indicaciones para practicar un bloqueo del raquis por método cruento en ciertas formas precisas; es este un hecho hoy día reconocido.

b) Es sobre todo en los adolescentes y en los adultos jóvenes que ese método tiene indicaciones.

c) El injerto debe ser lo suficientemente largo para inmovilizar no sólo las vértebras alteradas y móviles sino también las supra y subyacentes.

d) Nuestra impresión actual es la de descartar el procedimiento de Hibs para adoptar el Albee modificado (grandes superficies de fusión) o el injerto supra espinoso.

Por lo demás cada caso debe ser estudiado antes de fijar el momento de la intervención y la técnica que se debe emplear».

D. DANIELOPOLU.—*Estado actual del tratamiento quirúrgico de la angina de pecho.*—(La Presse Médicale, número 104 diciembre de 1930).

Las lesiones que predisponen a la angina de pecho son permanentes pero los fenómenos que provocan son paroxísticos.

A la autopsia de anginosos muertos en el curso de un ataque se ha encontrado muchas veces un miocardio que habría permitido una larga vida si el enfermo no hubiera sucumbido al ataque desencadenado por un reflejo opresor. La cirugía de la angina de pecho debe dirigirse a suprimir los nervios que conducen este reflejo. Para Danielopolu la extirpación del ganglio estrellado, operación que ha sido propuesta por Leriche para este objeto, es peligrosa e inútil. El autor preconiza su método personal que es el siguiente:

Sympatectomía cervical (sin ganglio inferior) con sección de todas las ramas del vago que se dirigen verticalmente hacia el tórax (comprendido el depresor), con sección de los ramales co-

municantes que unen el ganglio cervical inferior y primero torácico a los tres últimos pares cervicales, al primero dorsal y al nervio vertebral. La operación se debe hacer en el lado izquierdo; si sus resultados no son muy buenos se debe operar el lado derecho posteriormente.

La operación ha sido hecha en varios países del mundo (28 casos) con buenos resultados apesar de que los casos no han sido siempre bien elegidos y la técnica muy exacta.

WALAWELSKI.—(Offenbourg).—*Un caso de hermafroditismo tubular.*—(Zentralblatt für Chirurgie, tomo LVII, número 28).

Se trata de un joven de 21 años que sufre de una hernia inguinal izquierda, desde su infancia. En el aspecto del enfermo nada llama la atención: buena barba, no hay hipertrofia mamaria, basinete masculino, pene bien desarrollado; en la bolsa izquierda no hay testículo y en la derecha la hernia impide el examen. Con frecuencia tiene erecciones pero no se siente atraído hacia ningún sexo.

En el curso de la intervención se encuentra un útero a cuyo fondo van a implantarse 2 cordones de 10 centímetros de largo teniendo cada cual su pabellón en la extremidad; por debajo y unidos a las franjas de ese pabellón se encuentra de cada lado un testículo con epidídimo y, a la derecha, una idátide sin canal deferente. El testículo está unido al útero por un ligamento de 3 cent. Estos órganos están contenidos en un repliegue peritoneal, que constituye en cada lado un ligamento ancho. Existen también dos ligamentos redondos. No se encuentra cuello uterino; el cuerpo se prolonga hacia abajo en una vagina rudimentaria. No hay próstata.

RADIODIAGNOSTICO

H. BÉCLERE, PORCHER.—*De l' utilité d' examiner la visicule en station vertical.*—*Arch. des Malad. de l'app. et de la nutr.*—Nov. 1930.—Los autores creen necesario hacer un examen radiológico de la vesícula biliar en posición vertical cuando no ha logrado visualizarse este órgano en las placas tomadas en decúbito ventral. Presentan varios casos examinados sin ingestión previa de tetrayodo-fenoltaleína, en los cuales solamente se obtuvieron imágenes de la vesícula en las radiografías tomadas de pie.

ALBERT GLASER.—*Campiodol in visualization of body cavities.*—(The Amer. Journ. of Roent. and Rad. Ther.—Nov. 1930).—En este artículo se hace un estudio experimental del campiodol (aceite vegetal yodado que se extrae del *Brassica napus*, *Brassica campestris* y *Brassica rapa*), para demostrar su falta de toxicidad y al mismo tiempo lo poco irritante que es dicha substancia al ser introducida en las cavidades del organismo. Como tiene un peso molecular elevado da muy buenas imágenes radiológicas en todos los casos. Bellas radiografías de los bronquios, el aparato urinario, el útero y las trompas, los senos de la cara, etc., acompañan este interesante trabajo. Las conclusiones con que termina son las siguientes:

I. El campiodol es un aceite estable, desprovisto de toxicidad, y que contiene aproximadamente 43% de yodo.

II. Este aceite yodado permite una buena visualización radiológica del árbol tráqueo-bronquial.

III. Para el estudio de los espacios sub-aracnoidianos, los órganos genitales de la mujer, los conductos lacrimales; los vasos cerebrales y periféricos; las mastoides y las trompas de Eustaquio se emplea mezclado con aceite de olivas en la proporción de cuatro por uno.

IV. Una solución de partes iguales de campiodol y de aceite de olivas sirve satisfactoriamente para el estudio radiológico de los senos de la cara.

V. El campiodol es una substancia inerte y muy poco irritante que puede emplearse con éxito en urografía.

RADIOTERAPIA

CHARLES L. MARTÍN, M. D.—*Menstrual Headaches.*—(«Amer. Jour. of Roent. and Rad. Ther.».—Set. 1930).—Este artículo contiene observaciones referentes al tratamiento de las jaquecas que sobrevienen durante el período menstrual, por medio de irradiaciones de radium y rayos X sobre las regiones ováricas. Los resultados en las enfermas jóvenes han sido muy poco satisfactorios, y en varios casos se presentaron fenómenos de insuficiencia glandular que se trataron de remediar con irradiaciones sobre la hipófisis. Las conclusiones a que llega el autor son las siguientes:

I. El tipo de jaquecas menstruales, caracterizado por dolor en las regiones frontal u occipital, por náuseas y vómito, y que desaparecen con el embarazo, tienen probablemente un origen endocríneo.

II. Este tipo de jaquecas cura completa o parcialmente en muchas enfermas (mayores de 40 años) por medio de irradiaciones hechas con el objeto de producir una menopausia artificial.

III. En las mujeres jóvenes estas irradiaciones son de un valor dudoso, y en ocasiones exacerban los síntomas.

TESIS Y TRABAJOS NACIONALES

DOCTOR HERNANDO ANZOLA CUBIDES.—*Etude clinique des porteurs de germes amibiens.*—Hemos recibido, lujosamente editada, la tesis que presentó nuestro amigo el doctor Hernando Anzola Cubides para optar al título de doctor de la facultad de medicina de París.

Este meritorio trabajo fue hecho en el servicio y bajo la dirección del eminente profesor Bensaude. Si el tema es interesante en Francia lo es mucho más entre nosotros donde la amibiasis se halla tan extendida. Las conclusiones a que llega el doctor Anzola son las siguientes:

1.º La cuestión de los portadores de gérmenes amibianos presenta a la vez un interés práctico y científico puesto que se ha confirmado que es muy frecuente en todos los países: práctico, porque de él depende la profilaxia; científico, porque hay todavía incógnitas en el dominio de la patogenia (ciclo evolutivo y acción patógena de las amibas).

2.º La definición de portadores de gérmenes amibianos no puede ser tan exacta como la de portadores de gérmenes microbianos porque el agente nocivo no es un microbio sino un protozoario. Es menester incluir entre los portadores: los que están completamente sanos, los convalecientes y los que están en período de remisión de su amibiasis.

3.º La frecuencia aproximada de portadores fluctúa entre el 30% de la población de los países tropicales y el 1% de la de los países templados.

YATRÉN 105

M.R.

Específico en la disenteria amibiana crónica.
Acreditado profiláctico de las infecciones intestinales de los países cálidos

Por vía bucal: En píldoras

Por vía rectal: En soluciones

Envases originales



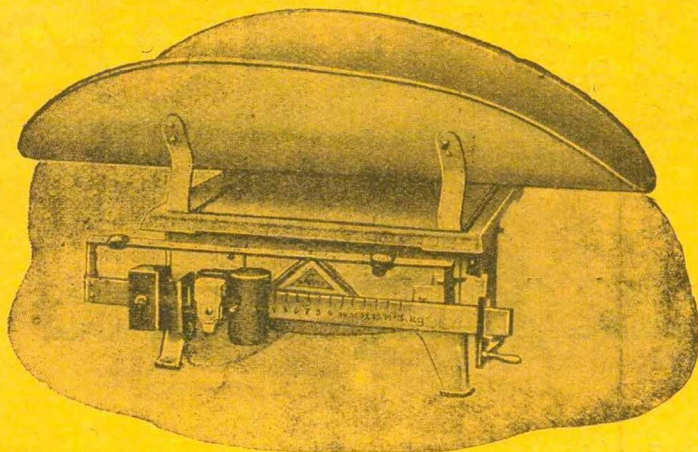
M.R.

Para muestras y literatura científica favor dirigirse a

la Química Industrial *Bayer Meister-Lucius*

WESKOTT & Cía.

Apartado: 301 - Bogotá



ACABAMOS
DE
RECIBIR

un completo surtido
de
PESA-NIÑOS

y
Básculas para adultos

Calidad excelente - Precisión absoluta

Representantes: DR. WEISER & HERING

Calle 13, número 174 - Apartado 492
BOGOTA

Instituto nacional de Higiene SAMPER-MARTINEZ

Chapinero, número 1-A, calle 57.

Teléfonos: Chapinero 1-64 y 4-27.

Apartado aéreo: 495. De correo: 485.

Telégrafo: HYGEIA.

Debido a su reciente reorganización, se halla en condiciones de atender con esmero a su estimable clientela.

Productos biológicos y químicos.

Análisis.

En las principales droguerías y farmacias se encuentran los productos y se venden a precio de la lista oficial.

4.º Solo el examen de laboratorio sirve para distinguir a los portadores de gérmenes, sanos. Este examen se debe hacer con frecuencia, con método y empleando las mejores técnicas.

5.º Hay toda una gama de manifestaciones mórbidas entre el estado del portador sano y el del amibiano crónico lo que hace que, por transiciones insensibles, se pase de cierta clase de sanos a otra de enfermos sin que se encuentre frontera ninguna.

6.º Ciertos síntomas confirmados entre los portadores de gérmenes amibianos, síntomas neuro-simpáticos, turbaciones funcionales, turbaciones psíquicas, etc., no son atribuibles directamente a la amibiasis en todos los casos sino que la precede o son secundarios. En todo caso particular la interpretación debe ser ante todo clínica.

7.º Para establecer el diagnóstico, la noción de contaminación posible, sea en los países de endemia, sea en los países templados (por los ejércitos, los sirvientes indígenas y el contagio familiar) es un dato precioso, de la misma manera que lo es el conocimiento del país de donde procede el enfermo.

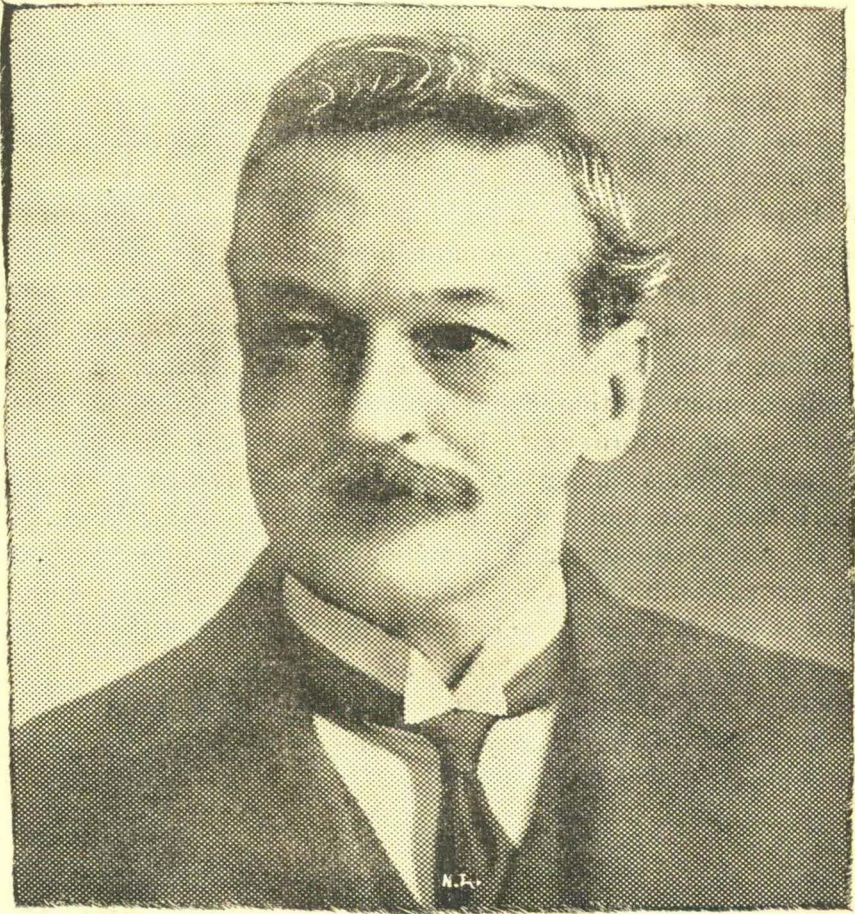
8.º El examen clínico del paciente sirve tanto o más que el examen de laboratorio para hacer el pronóstico, instituir el tratamiento y apreciar hasta cierto punto la actividad patógena de las variedades de amibas encontradas en las deposiciones.

9.º Es necesario tratar sistemáticamente todos los portadores de gérmenes amibianos así como a los portadores de parásitos asociados, por las complicaciones posibles, por el peligro de contagio y para mejorar al enfermo».

Felicitemos al doctor Anzola por la brillante terminación de sus estudios en el exterior y le deseamos muchos triunfos al regresar al país.

A. A. S.

NOTAS VARIAS



PROFESOR LUIS MARIA RIVAS MERIZALDE

La muerte, la implacable niveladora, se llevó también al maestro, para quien el cuerpo humano inanimado no escondía ningún secreto.

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

Películas EASTMAN para RayosX

**La película preferida
por todos los radiólogos
del mundo**

**SURTIDO COMPLETO Y
PERMANENTE**

MUÑOZ HERMANOS

Distribuidores de la

EASTMAN KODAK COMPANY

PRIMERA CALLE REAL

Nº 245-A

El profesor Rivas Merizalde fue uno de esos hombres que excepcionalmente produce nuestro medio: de clara inteligencia, de extraordinarias capacidades, de una consagración y de un desinterés que hicieron de su vida un bello apostolado. Durante treinta años, con entusiasmo particular, dedicó todas sus energías al estudio y la enseñanza de la anatomía; su nombre y su fama traspasaron las fronteras de la patria y en el exterior constituyeron motivo de alabanza para nuestra ciencia y para nuestra cultura.

Con profundo dolor registramos la desaparición del maestro y con religioso respeto nos descubrimos ante su recuerdo.

DOCTOR LUIS CABALLERO CALDERON

Registramos con profundo pesar el fallecimiento de nuestro distinguido amigo y colega doctor Luis Caballero Calderón, joven médico que supo conquistarse en los claustros de la Facultad la estimación y el aprecio de sus discípulos y maestros. La medicina colombiana pierde con él una bella esperanza, pues su talento y consagración prometían opimos frutos. Presentamos a su familia nuestra sincera manifestación de pesar.

EL PROFESOR ROGER NOS ENVÍA COLABORACIÓN

Como lo anunciamos en uno de nuestros números anteriores, el profesor Roger nos ha enviado la conferencia sobre vitaminas que dictó en nuestra Facultad, reconstruída especialmente para la REVISTA MÉDICA DE COLOMBIA, y que nos anuncia en la siguiente carta:

París, le 3 déc 1930

Mon cher collègue:

Je viens de terminer la tâche que vous m'avez imposée. J'ai rédigé un article sur les vitamines. Le travail a été plus considérable que je ne croyais et l'article est assez long. Vous pouvez facilement le couper en deux ou même trois parties. Je le donne a le dactylographier et je vous l'expédie dans une dizaine des jours. Ci-joint un petit graphique que j'avais reproduit au tableau. Si vous pouvez l'intercaler dans mon article ce sera parfait, mais ce n'est pas indispensable.

Je termine actuellement una sèrie d'articles sur Bogota; ils paraîtront dans la Presse Médicale au début de l'année prochaine. Je les ferai réunir dans un petite plaquette dont j' enverrai un certain nombre d'exemplaires en Colombie.....

H. ROGER

La primera parte del artículo aparecerá en el próximo número.

ECOS DE LA FACULTAD DE PARIS

Por haber llegado a la edad reglamentaria, ha sido jubilado el profesor Roger, entrando como decano el profesor Balthazard. Aún no se conoce quién será su sucesor en la cátedra de fisiología.

El agregado doctor Gregoire ha sido nombrado profesor de anatomía médico-quirúrgica experimental.

En reemplazo del ilustre profesor Lecene, en la cátedra de patología externa, ha sido nombrado el profesor Lenormand, quien dictó ya su conferencia inaugural con gran éxito.

Recientemente ha fallecido en París el renombrado fisiólogo, profesor Gley, cuyas obras son bien conocidas y apreciadas por los médicos colombianos.

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

B O G O T A

CLINICA DE GINECOLOGIA

SERVICIO DEL DOCTOR UCROS

Enferma N. de 45 años de edad.

Llega al servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios en un estado de PROFUNDA ANEMIA debido a las hemorragias que le ha causado un epiteloma del cuello de la matriz. Se resuelve operarla, pero para esto hay que prepararla a fin de suprimir ese estado anémico. (Glóbulos rojos, 3,000.000 mc. Hemoglobina 55 por 100).

Se le dan:

Tres frascos de IDOZAN

La enferma mejora notablemente: (glóbulos rojos 4.500.000; Hemoglobina, 90 por 100). Se practica una histerectomía total. La enferma sale curada del servicio.

DR. RAFAEL UCROS

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

TERAPIA HEPATOBILIAR

Es el HEPATODRENO

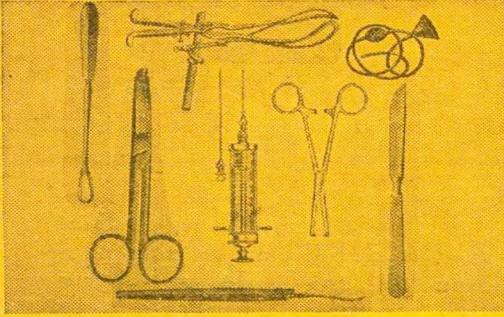
**cuyos componentes son: Peptona, Sulfato
de magnesia, Hepatina y Bileína.**

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.



PADCO

SEÑOR MÉDICO:

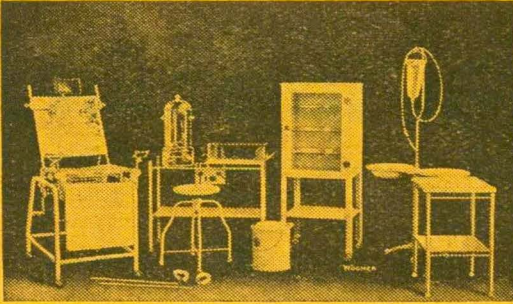
Recuerde que ya existe en Bogotá un ALMACEN DE MUEBLES E INSTRUMENTOS DE CIRUGIA marca «PADCO».

Hay muchos aparatos modernísimos listos para entregarse.

Solicitamos de los señores médicos nos hagan una visita.

HERMIDEZ PADILLA

Apartado 490.—Teléfono 40 18.



Librería Médica

9—EDIFICIO HERNANDEZ—9

Apartado: 927—Teléfono 35-44:

Bogotá.

Instrumental quirúrgico *Collin*. Mesas operatorias plegables. Autoclaves. Irrigadores.

Completo surtido de obras de medicina que renovamos por todos los correos.

Servimos suscripciones a la *Revista Medica de Colombia*.

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**

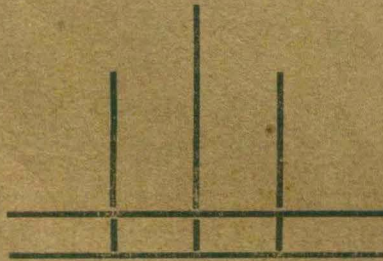
CLINICA DE MARLY

APARTADO NUMERO 887

Telégrafo:

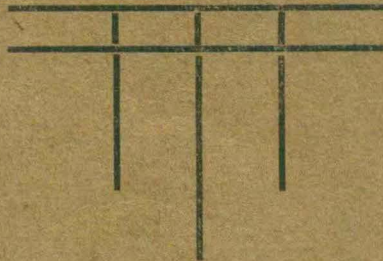
TELEFONO 10-00 Chap.

«MARLY» - BOGOTA



SERVICIO DE MATERNIDAD

ANESTESIA POR LOS GASES



Por telégrafo: MARLY