

Revista Médica de Colombia

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 Chauz (Cauca), Max Duque Gómez (Huila), J. F. de Armas (Magdalena), Segundo Recalde (Nariño), Lamus Girón (Santander del Norte), Roberto Serpa (Santander del Sur), Elías Preciado (Tolima), Ramiro Guerrero (Valle).

Vol. I - N.º 12 - Bogotá, Colombia, S. A. - Julio 1931

40 Cvos.



Vigantol

Preparado estandarizado, muy activo, a base de vitamina D.

Estimulante del desarrollo de los huesos y de la musculatura, favorece la curación de las enfermedades óseas (fragilidad de los huesos, tuberculosis ósea, fracturas), evita los desórdenes del desarrollo de la dentadura, influye ventajosamente sobre la firmeza del esmalte y sobre la dentición,

aumenta el apetito y normaliza el metabolismo general,

refuerza las potencias defensivas del organismo infantil, contra las enfermedades de la infancia,

evita el raquitismo y protege a la madre contra las pérdidas de cal durante el embarazo y la lactancia, que se manifiestan, como es sabido, por defectos dentales y dolores en las articulaciones, los huesos y la musculatura.

EMBALAJES ORIGINALES:

VIGANTOL (Solución oleosa de) — 1 c.c. contiene 50 unidades clínicas. Frascitos cuentagotas, de 10 c.c.

VIGANTOL (Grageas de) — 1 gragea contiene 10 unidades clínicas. Frascos de 50 grageas.

Para muestras y literatura científica favor dirigirse a

La Química Industrial *Bayer Meister-Lucius*

WESKOTT & Cía. — Apartado: 301 - Bogotá

Departamento científico de
E. Merck, Darmstadt.

BOGOTA

ROBERT UTGENANTT
Apartado N.º 1302.

CONTENIDO:

	Págs.
UN AÑO DE LABORES (Editorial). Ramón Atalaya.....	773
ESTUDIO BACTERIOLOGICO DE UNA EPIDEMIA LOCAL DE DIFTERIA EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS, doctor Pedro J. Almanzar.	777
LEISHMANIOSIS CUTANEA DE FORMAS ULCEROSA SIMPLE Y NODU- LAR ULCEROSA, por Camilo Borrego y Arturo Campo Posada.....	791
UN CASO DE ESTENOSIS HIPERTROFICA CONGENITAL DEL PILORO, por los doctores Carlos Acosta García y Alfonso Vásquez Mejía.....	798
BIBLIOGRAFIA ANATOMICA SOBRE LA VENA VALVATELA, por el doc- tor José V. González.....	804
DÉONTOLOGIA, sección a cargo del doctor Darío Cadena.....	807
TERAPEUTICA RAZONADA, sección a cargo del doctor Agustín Arango	811
CRONICA DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS.....	815
TESIS Y TRABAJOS NACIONALES.....	820
LIBROS Y REVISTAS.....	823
ASOCIACION COLOMBIANA DE ESTUDIOS MEDICOS.....	826
NOTAS VARIAS.....	830
INDICE DEL VOLUMEN I DE LA REVISTA MEDICA DE COLOMBIA....	833
BOLETIN BIBLIOGRAFICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA.....	845

Disponible

SAL NATURAL DE MERGENTHEIM

(extraída de los manantiales del balneario Mergentheim.)

EL COLAGOGO natural por excelencia y ESPECIFICO CURATIVO contra las enfermedades del HIGADO y de la BILIS.

Rápido y eficaz en las afecciones de las vías digestivas, en el estreñimiento crónico, la jaqueca hepática, etc., por la rara combinación natural de las sales Glauber, cloruro de sodio y sulfato de magnesia, en unión con numerosos otros componentes favorables. LAXANTE INFALIBLE.

En polvos y pastillas.—De venta en las Droguerías:

INTERNACIONAL; COLOMBO-ALEMANA; CONTINENTAL; DEL COMERCIO; NUEVA YORK; BOGOTA; SANTA FE; MUNEVAR; MEOZ; SANJUAN.

PARA LITERATURA Y MUESTRAS, SIRVASE DIRIGIRSE AL AGENTE EXCLUSIVO: FERNANDO SCHIER, BOGOTA. - APARTADO 1010, TELEFONO 75-54

INSTITUTO DE SEROTERAPIA S. A., DRESDEN - Sajonia

SUEROS contra Sepsis puerperal específica y mixta, disentería, tifo, cólera, gripa, pulmonía, difteria, tos ferina, escarlatina, erisipela, gangrena, carbunco, meningitis, tétano, peste, infecciones estreptocócicas, estafilocócicas, gonocócicas.—Sueros normales, suero coli de carnero, suero simbiótico.

VACCINAS curativas para infecciones estreptocócicas estafilocócicas, gonocócicas, neumocócicas, tuberculosas, reumáticas, mixtas.—Afecciones de los nervios.—Vaccina Coli.—Preventivas contra el cólera, la gripa, el tifo, la peste, la viruela.

PROTEINO y OPOTERAPIA para el tratamiento de artritis, asma, erisipela, úlcera, obesidad, tabes, complicaciones gonorreicas.—Queratitis, Iritis, Blefaritis.—Epilepsia, apoplejía, morfinismo.—Neuritis, neuralgias, reumatismo.

ESPECIALIDADES :

NORMOSAL: Para soluciones verdaderamente fisiológicas, en cirugía, ginecología, etc.

MOLOID: Para el tratamiento causal de la jaqueca nerviosa.

OTAGAN: Contra las inflamaciones del oído medio (otitis media, etc.)

MASTAN: Contra el reumatismo e infecciones de distinta etiología. (Vaccina)

VACCINEURINA: Autolizado neurotrópico para neuritis, neuralgias, asma, úlceras.

TROPHIL: Inyección reconstituyente de composición singular.

VARICOPHTIN: Para la curación de los várices sin operación.

PNICODIN: Extracto vegetal de sabor agradable para las enfermedades del aparato respiratorio en Niños y adultos; valioso auxiliar contra la **TOS FERINA**; etc., etc.

Ruégase a los señores médicos dirigirse para muestras y literatura al Agente en Bogotá: FERNANDO SCHIER, Apartado 1010, Teléfono 75-54.

Agente en Cali: ALBERTO RIASCOS, Apartado 316.

Oferta especial de instrumental de cirugía

Pinzas de Pean y de Cocher, inoxidables, empate Colin, desde.....	\$ 0.90 en adelante
Tijeras curvas y rectas, inoxidables, empa- te Colin, desde.....	1.25 „ „
Termocauterios con dos puntas de platino a	23.00 completo
Fórceps de Tarnier, completo, con aparato de tracción a.....	16.00
Agujas de Reverdin a.....	4.00 en adelante

Señor doctor: éstos y muchos otros instrumentos y aparatos médicos los consigue usted en el

ALMACEN PADCO

de muebles e instrumental de Cirugía

Calle 13, número 122, entre carreras 6.^a y 7.^a
Teléfono: 40-18 — Hermidez Padilla

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*.



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.

Para literatura y muestras dirigirse a **HERMANN HEDERICH.**

Revista Médica de Colombia

PUBLICACION MENSUAL

DIRECCION

DR. AGUSTIN ARANGO

— DR. DARIO CADENA

Vol. I | Bogotá - Colombia, S. A. Julio de 1931 | N.º 12

EDITORIAL

UN AÑO DE LABORES

La REVISTA MEDICA DE COLOMBIA cumple hoy la primera y la más difícil etapa de sus labores. Llega a completar el primer volumen de su publicación cumpliendo decorosamente el programa de acción cultural que se había prometido llevar a cabo, a pesar de los múltiples obstáculos que por todas partes ha encontrado para su desarrollo.

La iniciativa valerosa y el esfuerzo ordenado y consciente por el progreso de las ciencias médicas en Colombia ha tenido una bella realización. A pesar de la indiferencia casi general con que los médicos de Bogotá y del resto del país han recibido la aparición de esta noble tribuna profesional y científica, los directores y redactores de ella han sostenido con paciente tenacidad el ideal generoso que los congregó un día, en alegre y confiado optimismo, para luchar sin desfallecimiento por el adelanto de la medicina nacional y por la necesaria presentación científica del país en el extranjero.

El resultado de nuestras labores ha superado con creces las esperanzas que teníamos en el resurgimiento cultural de nuestro rudimentario ambiente científico. Mes por mes la dirección de la Revista ha venido recibiendo numerosos y valiosísimos artículos de diversos colaboradores de Bogotá y de los departamentos sobre variados temas de medicina nacional, escritos todos con el más riguroso tecnicismo y la mayoría de los cuales podría figu-

rar con honor en las principales páginas de las mejores publicaciones médicas del mundo.

Numerosos profesionales e investigadores han encontrado aquí el desinteresado apoyo que necesitaban para publicar convenientemente el resultado de sus estudios y con laudable anhelo patriótico han rivalizado en entusiasmo y diligencia para hacer de cada número de esta Revista un variado resumen de nuestra patología.

Como una demostración práctica de lo mucho que se ha conseguido en este primer año de trabajo, bástenos decir que han colaborado hasta ahora 50 profesionales distinguidos y se han publicado más de 60 artículos originales sobre diversos temas de medicina nacional; algunos de ellos son verdaderas monografías de gran interés, llenas de erudición y de doctrina, basadas sobre datos de observación personal y escritas con toda la seriedad y el control científico que esta clase de publicaciones requiere.

Para no citar sino unos pocos, y pidiendo por ello excusas al resto de los colaboradores, mencionaremos especialmente las publicaciones de los doctores José del C. Acosta, Calixto Torres Umaña, Alfonso y Gonzalo Esguerra Gómez, A. M. Barriga Villalba, César Uribe Piedrahíta, Carlos J. Mojica, Daniel Brigard, Juan Pablo Llinás, E. Mesa P., G. Reyes García, etc. La notable sección de dermatología a cargo del profesor Manuel José Silva, quien ha hecho en ella magistrales disertaciones sobre clínicas dermatológica y las publicaciones del joven profesor Pedro J. Almánzar, quien presenta también en este número un admirable trabajo absolutamente original en el mundo científico.

La sección de *Terapéutica razonada*, a cargo del doctor Agustín Arango, ha prestado útiles servicios a los médicos del país y constituye un formulario práctico y sencillo por la claridad de su exposición.

La sección de *Deontología*, a cargo del doctor Darío Cadena, ha venido a llenar un vacío en las publicaciones médicas del país y ha trabajado por la reglamentación y el prestigio de la profesión entre nosotros.

La sección de *Crónicas de la Facultad de Medicina* y de los hospitales ha traído a la Revista el generoso aporte de la juventud universitaria. En ella han aparecido magníficas observaciones

clínicas y artículos científicos del más alto interés, y al propio tiempo ha sido una tribuna desapasionada y sensata de las opiniones de los estudiantes.

La Revista publicó también un resumen de las conferencias dictadas por el Doyen de la Facultad de París, doctor Roger, quien tuvo la gentileza de enviarnos luégo desde París, para que se publicara en ella, las famosas conferencias sobre vitaminas que el distinguido profesor francés había dictado en nuestra facultad. A sí mismo debemos agradecer al profesor Durand, Subdirector del Instituto Pasteur de Túnez, el artículo original que tuvo a bien enviarnos para su publicación.

En la sección editorial, aprestigiada por la colaboración de eminentes profesionales, se han tratado puntos de excepcional importancia y se han sugerido iniciativas laudables para solucionar diversos problemas médicos.

Ha sido muy satisfactorio para la REVISTA MEDICA DE COLOMBIA el recibir de algunos médicos de Bogotá y de los departamentos voces de felicitación y de estímulo por el esfuerzo realizado. No podía faltar en este caso, al lado de la crítica interesada, el consolador aplauso de quienes aprecian la importancia de las campañas culturales y apoyan cuanto se haga entre nosotros por formar ambiente científico y por llevar a las luchas del pensamiento y a las luchas profesionales la verdad y la justicia como derrotero y la decencia, el respeto, la caballerosa hidalguía como invariables normas de conducta.

En los primeros meses de trabajo todo era hostil y erizado de obstáculos. La indiferencia, cuando no el ataque franco, era la cotidiana cosecha de sinsabores que recibían los directores de la empresa. La falta de cooperación y de apoyo, la escasez de recursos pecuniarios, las naturales dificultades para presentar debidamente los clisés, planchas y cuadros, indispensables en los artículos científicos modernos, la ausencia de ayuda eficaz en el cuerpo médico, ponían a prueba la constancia de los directores, quienes animados del más bello espíritu apostólico supieron sortear dificultades y vencer con empeño lo que parecía invencible.

Los directores y redactores de esta Revista estamos firmemente convencidos de que ya no es posible seguir importando las

ideas, como importamos los artículos de lujo o de necesidad. El cuerpo médico de Colombia ya tiene la capacidad suficiente para discutir sin tutelajes extraños sus problemas y para poner en práctica los medios convenientes para su solución.

Es tiempo ya de que con nuestros propios hombres estudiemos nuestras propias necesidades y las resolvamos decididamente con el concurso ordenado y metódico de la técnica y de la acción fecunda, dentro de un nacionalismo integral y agresivo si las circunstancias lo imponen.

Con este noble propósito juvenil hemos logrado interesar en la campaña salvadora a numerosos médicos de los departamentos para que unidos todos en un mismo ideal patriótico hagamos obra científica y profesional con los colombianos y para los colombianos. Esta iniciativa ha tenido magnífica acogida en todas las secciones del país y el terreno está preparado para principiar la obra; a ella nos dedicaremos desde ahora con entusiasmo y energía.

Hoy la REVISTA MEDICA DE COLOMBIA es una idea y una fuerza en marcha. Ella ha congregado las iniciativas y esfuerzos dispersos, ha agitado el ambiente científico y profesional y como resultado de su levantada y discreta labor se ha constituido la *Asociación colombiana de estudios médicos*, cuya organización y estatutos encontrarán los lectores en otras páginas de este número que constituye el primer hecho práctico que ha conseguido realizar el espíritu y la tenaz consagración de la Revista.

La Revista y la Asociación se apoyarán recíprocamente y las dos formarán el núcleo central de trabajo y de estímulo para las campañas higiénicas, sanitarias, científicas y profesionales que es necesario emprender para aprestigiar el medio científico colombiano y solucionar los graves problemas que los médicos y el país contemplan hoy con angustiosa expectativa.

RAMON ATALAYA

ESTUDIO BACTERIOLOGICO DE UNA EPIDEMIA LOCAL DE DIFTERIA EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

POR EL [DOCTOR
PEDRO J. ALMANZAR

INTRODUCCION

Interesados en estudiar entre nosotros todo lo que se relacione con la difteria, pero de modo especial la bacteriología y la anatomía patológica, solicitamos en enero de este año del Director del Laboratorio «Santiago Samper», la oportunidad de estudiar los casos de difteria que en ese mes, de modo repentino, con carácter epidémico y por segunda vez, se presentaron en un Servicio de Maternidad, en niños de algunos días de nacidos y cuyo diagnóstico microscópico se hace sistemáticamente en dicho Laboratorio. El doctor Lleras, gentil y bondadosamente, no vaciló en darnos esa oportunidad; gracias a ella presentamos este pequeño estudio bacteriológico e intencionalmente prescindimos, por ahora, del estudio anatomo-patológico. (1)

HISTORIA DE LAS EPIDEMIAS

En el mes de octubre de 1930 se presentaron por primera vez en el Servicio de Maternidad, once casos de difteria en niños de cinco a quince días de nacidos. En todos, la investigación de *Corynebacterium Difteriæ* fue positiva y de consiguiente tratados con el suero específico. No obstante, de estos once casos, cinco murieron y siete curaron sin complicación ninguna.

(1) De acuerdo con lo resuelto en la última sesión del Congreso Internacional de Microbiología, en relación con los trabajos de investigación, prescindimos en absoluto de todo detalle que no sea estrictamente necesario e indispensable.

Para prevenir nuevos casos se recurrió durante un mes a la vacunación sistemática pasiva, de cada niño que nacía, inyectándole 250 U. de suero antidiftérico por kilogramo de peso; además, se practicó la esterilización de ropas, aislamiento, e investigación de posibles portadores de gérmenes, desgraciadamente con resultado negativo en ese entonces.

En enero del presente año, apareció nuevamente la epidemia quizá con caracteres de mayor intensidad que en la vez anterior, pues de seis niños infectados, murieron tres a pesar de haber sido tratados con 15.000 U. de suero cada uno.

La extraordinaria rareza con que se presentan casos de difteria en niños recién nacidos, hace esta epidemia del mayor interés. Según los estudios de Bark, Zingher, Romer, etc., el 84% de niños de un día a seis meses de edad, tiene una cantidad de antitoxina diftérica que oscila entre 1/50 a 1/360 de U. A. por c.c. de suero sanguíneo, suficiente para determinar la inmunidad. La prueba de Schick en niños de esa misma edad, da al rededor del 90% (variable según los diferentes investigadores) de reacciones negativas.

En un estudio hecho entre nosotros hace tres años, el autor encontró el 100 por 100 de niños inmunes, basado sobre la prueba de Schick, en tanto que en la epidemia que nos ocupa, tenemos la prueba de la no inmunidad de todos esos niños.

En octubre del año pasado, cuando apareció por primera vez la epidemia, sobre 42 niños de menos de 15 días que había en el Servicio hubo 11 enfermos, es decir, 26%. En la segunda epidemia del mes de enero, sobre 32 niños hubo 6, lo que representa el 18%. En total tendremos que sobre 74 niños, el 23% en cifras redondas, era susceptible a la infección, con 11% de mortalidad.

Era natural pensar que la extraordinaria morbilidad y mortalidad fuese debida a cuatro factores principales: asociaciones microbianas y complicaciones intercurrentes, bacilos diftéricos de gran virulencia, gran número de portadores de gérmenes o una rara disminución de la inmunidad natural de los recién nacidos. La investigación de estos factores llevada a cabo durante la segunda epidemia, forma la base de este trabajo.

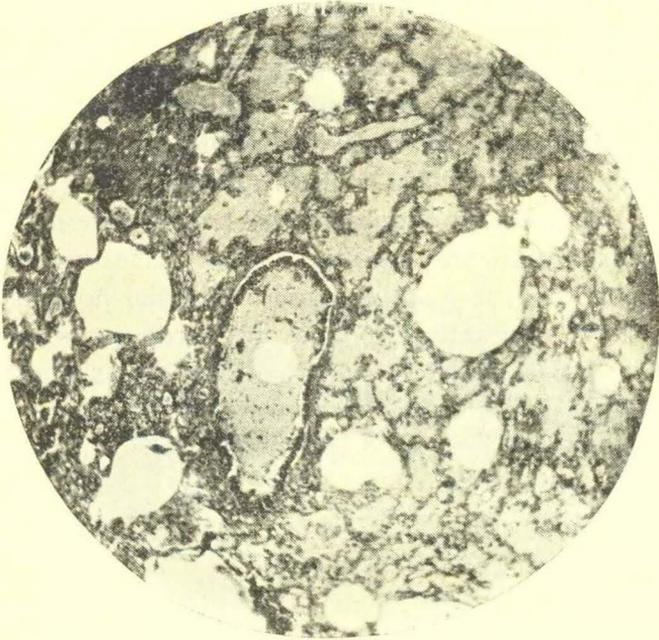


FIGURA I—Bronconeumonía tipo hemorrágico. Bacilo de Loeffler.

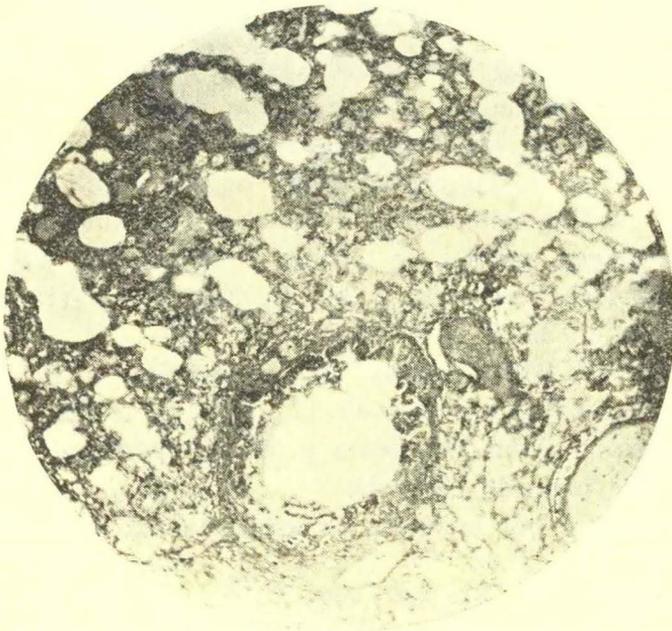


FIGURA II—Bronconeumonía tipo intersticial. Estreptococo.

RESUMEN DE LAS HISTORIAS CLINICAS

Escogemos como tipo la correspondiente a uno de los casos fatales, ya que las otras, poco más o menos, son sensiblemente iguales. En ningún caso la edad de los niños excedía de 15 días, el peso oscilaba entre 2.400 y 3.100 gramos. La enfermera que atendió este caso era portadora de un bacilo diftérico violento y además tiene antecedentes de una angina hace algunos meses. En el presente caso se aisló el bacilo diftérico no solamente de la nariz y de la garganta, sino que más tarde en la autopsia, se aisló de la tráquea y del pulmón, a pesar de las enormes dosis de suero que le habían sido inyectadas. El niño nació el 2 de enero y presentó durante los 12 días que vivió, la siguiente sintomatología:

4 primeros días: bien.

5.^o día: ligero aumento de peso.

6.^o día: aumenta de peso; comienza enteritis con deposiciones de olor muy fétido.

7.^o día: Peso, 2.920 gramos; comienza coriza con edema nasal, exudación mucosa y formación de costras en la nariz. Aparece en la rino-faringe exudación amarillenta. Temperatura, 37°.

9.^o día: Peso, 2.920 gramos. El edema nasal es más pronunciado; enorme cantidad de exudación, que se hace sanguinolenta. Examen de frotis de esta exudación da: B. Loeffler positivo. Temperatura, 37.5°. Se le aplican 1.500 U. de suero antidiftérico.

10.^o día: La exudación sanguinolenta es continua y muy abundante. Hay disnea, palidez de la cara y el tronco y cianosis de las extremidades. Temperatura, 38°. Se nota una ligera bradicardia. Inyección de 3.000 U. de suero.

11.^o día: Peso, 2.970 gramos. Hay producción continua de falsas membranas sanguíneas en la garganta. Rechaza el seno o no pasa. Respiración muy lenta y difícil. *Bradycardia*. Temperatura, 36°. Se inyectan 3.000 U.

12.^o día: Muere por la noche en estado asfíxico. Autopsia 14 horas después.

El plan seguido para el estudio bacteriológico ha sido el siguiente: investigación de bacilo diftérico en los enfermos, por exa-

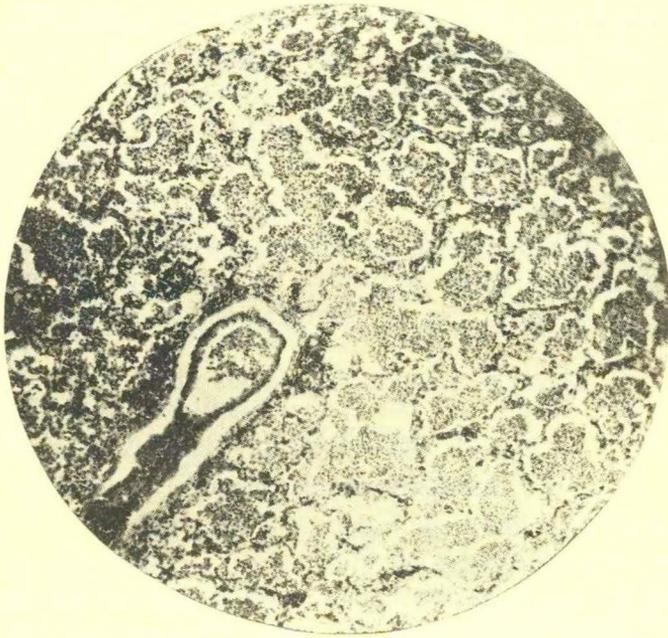


FIGURA III—Bronconeumonía tipo corriente.

men directo y por cultivo; tres autopsias completas con aislamiento de gérmenes patógenos; investigación de portadores de gérmenes y por último, prueba de Schick en los niños sanos.

De los 16 cultivos aislados en los enfermos y en las autopsias, presentamos sólo 6: 5 de *Corynebacterium Difteriae* sensiblemente diferentes uno de otro, y 1 de *Streptococcus Hæmoliticus*.

Técnica general.—Para el aislamiento de los bacilos diftéricos se siguió el procedimiento de siembras sucesivas en serie, sobre suero de Loeffler y sobre gelosa ordinaria, más bien que los métodos de Conradi-Rankin o de Douglas. La separación y diferenciación de posibles gérmenes pseudo-diftéricos se hizo por anaerobiosis. Una vez comprobada la pureza de los cultivos, se estudió la morfología, la coloración, las formas de involución, los caracteres del cultivo y la virulencia. Como medios azucarados de cultivo se usaron medio glucosado y medio sacarosado, adicionados de indicador de Andrade. La clasificación morfológica está hecha de acuerdo con la clasificación de Wessbrook.

Caracteres especiales de los cultivos

CULTIVO N.º 1

(Aislado de una portadora)

Tipo A

Predominan las llamadas masas esporíferas; ocasionalmente se encuentran algunas formas largas, casi filamentosas. La coloración es muy desigual y revela un corpúsculo metacromático terminal.

Gelosa: Colonias microscópicas aparentes a las 24 horas.

Formas de involución aparecen a las 36 horas.

Suero coagulado: Dos tipos de colonias: grandes, como manchas de esperma y pequeñas, húmedas, transparentes. No obstante resiembras sucesivas en este medio, no hubo la menor formación de pigmento.

Gelosa sangre: Cultivo fácil. Hemolisis poco marcada.

Medio glucosado: Acidificación entre las 48 y las 60 horas.

Medio sacarosado: No hay acidificación del medio, aun después de 5 días.

Gelosa Veillon: Colonias lenticulares relativamente grandes.

Caldo Martin: Velo muy espeso que aparece desde la primera siembra, cae del 4.º al 6.º día, pero se reforma parcialmente. El color del velo no tiene nada de particular.

CULTIVO N.º 2

(Aislado de uno de los casos que terminó por muerte)

Tipo C-C'

Es la forma típica del bacilo diftérico. Tamaño mediano, con granulaciones metacromáticas muy netas y agrupación característica. En algunos campos se observa coloración pálida y uniforme de bacilos que no presentan corpúsculos metacromáticos. (Tipo C').

Gelosa: Nada especial.

Suero coagulado: Colonias uniformemente iguales que después de varias resiembras presentan escasa formación de pigmento, pero sin que pueda considerarse que se trate de una verdadera variedad cromógena.

Gelosa sangre: Hemolisis.

Medio glucosado: Acidificación tardía. (4.º día).

Medio sacarosado: No hay acidificación.

Gelosa Veillon: Las colonias son muy abundantes, pequeñísimas sin forma especial. En la zona de aerobiosis son muy aparentes y además son confluentes.

Caldo Martin: La formación de velo ha sido difícil y sólo después de 6 resiembras sucesivas sobre este medio se ha obtenido un velo escaso que cae fácilmente aun sin agitar el tubo y no se reforma.

CULTIVO N.º 3

(Aislado de la garganta de un enfermo que curó)

Tipo B', C'' (?)

Al examen microscópico este cultivo presenta caracteres mixtos que lo colocan entre los dos tipos B' y C'': hay formas largas y medias que indiferentemente aparecen teñidas de modo uniforme, unas con intensidad, en tanto que otras formas la coloración es pálida, con uno, raras veces dos corpúsculos metacromáticos

que la solución de Stoltemberg tñe en rojo o en rosado. Considerando el tamaño este cultivo correspondería a una forma larga.

Gelosa: Formas de involución que aparecen a las 48 horas en su aspecto más característico: formas gigantes en raqueta y una que otra de aspecto fusiforme; no son raras las masas esporíferas.

Suero coagulado: Colonias de tipo grande (mancha de espermia). Las colonias pequeñas son raras.

Gelosa sangre: Hemolisis neta, pero lenta en producirse.

Medio glucosado: Acidificación a las 24 horas.

Medio sacarosado: Acidificación negativa.

Gelosa Veillon: Colonias pequeñas, discretas, que crecen bastante bien en el fondo del tubo.

Caldo Martin: Velo de formación bastante fácil, que apareció a la segunda resiembra en este medio a las 48 horas. Actualmente el velo, de color blanco sucio, aparece a las 24 horas y se reforma una vez que cae.

CULTIVO N.º 4

(Aislado de un foco bronconeumónico del pulmón)

Tipo D'

Esta muestra fue obtenida directamente en cultivo puro, por picadura aséptica del pulmón, durante la segunda autopsia. El bacilo puede observarse «in situ» en los cortes anatómo-patológicos adjuntos. En todos los cultivos en suero y de modo especial en los primeros, la vitalidad fue muy débil; pero se logró una mayor abundancia del cultivo, haciendo siembras alternadas en suero y en gelosa. Al microscopio aparecen los bacilos con granulaciones metacromáticas medianas y terminales, pero sin que haya la verdadera forma en bandas. Por lo demás, los caracteres de coloración y agrupación son típicos.

Gelosa: Nada especial.

Suero coagulado: Cultivo poco abundante. Colonias color de café con leche, de tamaño uniforme.

Gelosa sangre: Hemolisis muy intensa, que principia a las 12 horas.

Medio glucosado: De todos los cultivos, es el que hace virar más rápidamente el indicador de Andrade.

Medio sacarosado: Ligera acidificación del medio entre el 3.º y el 4.º día. (Sacarosa impura?)

Gelosa Veillon: En este medio esta muestra presenta los caracteres típicos del bacilo diftérico: colonias pequeñas, puntiformes, blancas, repartidas de modo uniforme en el fondo del tubo, como también en la zona de aero-anaerobiosis.

Caldo Martin: Hasta hoy, después de 5 pases sobre este medio, no ha sido posible obtener velo bien apreciable.

CULTIVO N.º 5

(Aislado de la garganta de uno de los casos que curó)

Tipo ?

No obstante los expedientes a que hemos recurrido para estar seguros de la pureza del cultivo, dudamos todavía si se trata de un cultivo puro de bacilo diftérico, de virulencia muy atenuada, o si hay una mezcla de éste y de un bacilo pseudo-diftérico.

Morfológicamente corresponde a la forma corta estudiada por Martin y Peters (1892): bacilos pequeños, algunos con granos metacromáticos centrales, que se tiñen débilmente; ocasionalmente se encuentran formas medias, de coloración poco uniforme. Esta muestra es Gram-positiva, se decolora por la acción prolongada del alcohol (método de Kruger). La morfología y la agrupación, corresponden a la del bacilo diftérico, pero dada la rareza extrema con que se encuentra este tipo (Martin), dudamos de que sea bacilo diftérico puro. Veamos los caracteres de los cultivos:

Gelosa: Formas de involución, que no tienen nada de especial.

Suero coagulado: El cultivo es fácil, formado casi exclusivamente por colonias de tipo pequeño, pero muy aparentes.

Gelosa sangre: Hemolisis.

Medio glucosado: Acidificación negativa.

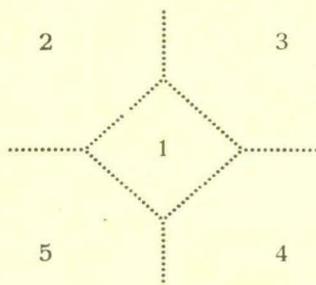
Medio sacarosado: Acidificación neta a las 36 horas.

Gelosa Veillon: Crecimiento escaso pero definido en la zona de anaerobiosis y mucho más abundante en la zona de aero-anaerobiosis. (Colonias de tipo medio lenticular).

Caldo Martin: No se estudió.

Pruebas de virulencia de los cultivos anteriores.—(Material adjunto)

Para hacerlas seguimos la técnica de Romer, debidamente controlada con curíes inmunes. Los cultivos fueron inyectados en el abdomen de los curíes, como lo indica el esquema:



Para la primera prueba de virulencia, se inoculó un curí de 450 gramos de peso.

Cultivo N.º 2: Produjo una escara enorme.

Cultivo N.º 3: Produjo una escara más pequeña que la producida por el N.º 2. El curí murió a las 36 horas, sin que las lesiones de los otros cultivos hubieran tenido tiempo para producirse.

Repetida la prueba en un curí de 750 gramos, e inyectando una cantidad mínima de los números 2 y 3 y la usual de los números 1, 4 y 5, el resultado fue más satisfactorio. El curí murió al quinto día, con estas reacciones:

Cultivo N.º 1: Reacción nula.

Cultivo N.º 2: Escara pequeña.

Cultivo N.º 3: Reacción intensa, con formación de escara grande.

Cultivo N.º 4: Reacción intensa. Escara del tamaño de la anterior.

Cultivo N.º 5: Escara pequeñísima.

1. CULTIVO DE ESTREPTOCOCCUS HÆMOLITICUS

Esta muestra de estreptococo fue directamente aislada en cultivo puro, tanto de la sangre del corazón como de los diversos pneumónicos que presentaban los pulmones de la primera autopsia practicada.

Los primeros cultivos (sobre medios sólidos), no presentaban la morfología clásica del estreptococo, pues la agrupación en cadenas no era constante; además, la posibilidad de encontrar

pneumococo en el pulmón y en la sangre con agrupación semejante, o en fin, la posibilidad remota de un enterococo, nos determinaron a practicar la diferenciación con estos dos gérmenes Gram-positivos.

Caracteres de los cultivos

Caldo glucosado: Precipitación del medio aparente desde la sexta hora, con la formación de *miga de pan*. No se observa enturbiamiento.

Agua peptonada: Cultivo nulo después de 48 horas.

Gelosa ordinaria: Cultivo escaso; a las 48 horas colonias pequeñas, húmedas, transparentes.

Gelosa sangre: Hemolisis.

Medio T-sangre: Hemolisis.

Medio T: Cultivo de 24 horas adicionado de bilis, muestra lisis total en una hora.

Suero de conejo joven: Cultivo muy escaso. Formación de cápsulas, negativa.

Pruebas de aglutinación: Con tipos I, II, III y IV de suero anti-pneumocócico, en presencia de cultivos de 24 horas o de exudado peritoneal de ratones inoculados, el resultado ha sido totalmente negativo.

Virulencia: Un décimo de cultivo de 24 horas en medio T, mata el ratón entre las 18 y las 24 horas; esta virulencia aumenta rápidamente por inoculaciones en serie, con cultivos alternados.

Frotis: del exudado peritoneal de los ratones y de los cultivos obtenidos partiendo de sangre del corazón, reproducen la morfología típica del estreptococo.

RESULTADO PARCIAL DE LAS TRES AUTOPSIAS PRACTICADAS

El estudio completo anatomo-patológico de las tres autopsias que practicamos, haría este trabajo demasiado extenso y nos llevaría fuera de los límites del estudio bacteriológico que nos hemos trazado. No obstante, consideramos imprescindible adjuntar las secciones microscópicas de los pulmones autopsiados y hacer una somera descripción de los resultados obtenidos.

La búsqueda de gérmenes patógenos específicos se hizo sistemáticamente por cultivo y más tarde por examen microscópico

de las secciones; sólo en un caso pudimos demostrar la presencia de bacilo diftérico en el pulmón. En los otros órganos donde se ha descrito la presencia del bacilo (ganglios traqueo-bronquiales, protuberancia, bazo, sangre, etc.) la investigación fue negativa, debido probablemente a la gran cantidad de suero antitóxico inyectado. En un caso encontramos estreptococo no sólo en la lesión pulmonar, sino en la sangre del corazón izquierdo.

Primera autopsia

Pulmón derecho.—Diagnóstico: Bronco-pneumonía estreptocócica

Aspecto macroscópico: Grandes focos de congestión activa en los glóbulos medio e inferior. A la palpación se aprecia induración y falta de crepitación. Al seccionar, el foco congestivo es más aparente y la presión hace salir exudación purulenta de color amarillo claro, no sólo del tejido pulmonar sino de las ramificaciones bronquiales.

Aspecto microscópico: Enorme infiltración de polinucleares, células migradoras, glóbulos rojos en las paredes mismas de los bronquios, en el sitio que ocupan los linfáticos peribronquiales. Esta infiltración se extiende como radios de una rueda, a las paredes de los alvéolos; hay aquí congestión intensa y trombosis de los capilares sanguíneos y exudación serosa en la cavidad misma del alvéolo. El agente patógeno (estreptococo), aparece en gran cantidad, en grupos y en cadenas, en las paredes mismas de los alvéolos y de los bronquios.

Segunda autopsia

Pulmón derecho.—Diagnóstico: Bronco-pneumonía hemorrágica
(Bacilo diftérico)

Aspecto macroscópico: Semejante al anterior, con la diferencia de que el exudado es rojizo y más espumoso.

Aspecto microscópico: Los alvéolos aparecen llenos de exudación formada casi exclusivamente por glóbulos rojos, parcial o totalmente destruidos y sólo en muy raros campos se puede observar una exudación purulenta. Las paredes alveolares presentan degeneración celular, descamación y en muchos campos, destrucción completa de la pared. Los alvéolos así destruidos, llenos de exudado hemorrágico, dan el aspecto de verdaderos lagos san-

guíneos. Los bronquios están llenos por exudación igual a la de los alvéolos.

El bacilo diftérico es demostrable por coloración apropiada en algunas de las paredes de los bronquios y de los alvéolos. (¿Falsas membranas microscópicas?)

Tercera autopsia

Pulmones izquierdo y derecho.—Diagnóstico: Bronco-pneumonía de tipo corriente

Aspecto macroscópico: Focos congestivos diseminados en los dos pulmones, de coloración diferente unos de otros, pero que a la presión dejan correr exudado purulento espeso.

Aspecto microscópico: Realiza el tipo corriente de bronconeumonía: focos de hepatización roja y gris, focos en vía de resolución, etc. Descamación celular intensa, formación de megacariocitos. Por cultivo se obtuvo una considerable variedad de microorganismos no específicos. Las secciones muestran gérmenes diferentes, sin que haya nada de característico.

INVESTIGACION DE PORTADORES DE GERMENES

A principios de enero, cuando apareció la epidemia, se hizo una investigación de portadores, con este resultado:

Sobre 17 personas del Servicio, 2 dieron resultado positivo y la prueba de virulencia fue también positiva para los dos cultivos aislados.

Una segunda investigación fue hecha a fines de enero, cuando se inició una recrudescencia de la epidemia; entonces de 16 individuos examinados, 6 cultivos fueron positivos y de éstos, 4 eran virulentos.

PRUEBA DE SCHICK EN LOS RECIEN NACIDOS

No ha sido posible llevarla a cabo, porque actualmente todo niño que nace es sometido al tratamiento preventivo por inyecciones de suero anti-diftérico.

CONCLUSIONES

Se han aislado y estudiado cinco muestras de *Corynebacterium diphtheriæ* y una de *Streptococcus Hæmolyticus*. De esas cinco muestras, una es de virulencia considerable, mucho mayor que la de aquellas que se aíslan en la práctica diaria.

De las tres muertes ocurridas en la epidemia de enero, la primera parece debida de modo inmediato a una bronconeumonía estreptocócica, la segunda a una bronconeumonía diftérica y la tercera a una bronconeumonía común y corriente.

La investigación de portadores de gérmenes en el personal del Servicio, dió 24.2% de casos positivos, sobre 33 individuos examinados y sobre 8 cultivos positivos, 75% eran virulentos.

De lo anterior se puede deducir la importancia extraordinaria que tendría el exigir la vacunación anti-diftérica obligatoria del personal de servicio en la Sala de Maternidad y por extensión el de todo el Hospital de San Juan de Dios, controlando esta vacunación por la prueba de Schick y de tiempo en tiempo, por la investigación de portadores de gérmenes.

BIBLIOGRAFIA

- Bernal Jiménez A.*—La inmunidad anti-diftérica en Bogotá.
Besson Albert.—Technique Microbiologique et Serotherapie.
Dopter et Sacquepee.—Bacteriologie.
Hiss-Zinsser.—A text-book of Bacteriology.
Jordan.—General Bacteriology.
Mc Callum.—Text-book of Pathology.
Mallory.—Principles of Pathological Histology.
Park and Williams.—Pathogenic Microorganisms.
Schereschewsky.—Diphtheria. Its Prevention and Control.

LEISHMANIOSIS CUTANEA DE FORMAS ULCEROSA SIMPLE Y NODULAR - ULCEROSA

POR

CAMILO BORREGO Y ARTURO CAMPO POSADA

La Leishmaniosis en Colombia, según los estudios publicados hasta hoy, se presenta en las zonas cuya temperatura media oscila entre 18 y 27 grados centígrados, en las que existe multitud de clases de mosquitos picadores y en donde los cultivos predominantes son la caña de azúcar y el café.

El doctor Rodríguez Bermúdez, en su tesis doctoral *Leishmaniosis en Colombia* (1929), señala numerosos casos que fueron encontrados y estudiados por él en los Departamentos del interior de la República: Santanderes, Tolima, Huila, Boyacá, Cundinamarca e Intendencia del Chocó y aun cuando no cita casos hallados en otros lugares, es lógico suponer que en los Departamentos de la Costa Atlántica, Antioquia, Caldas y en el resto del país, exista también esta entidad tropical de origen parasitario por analogías climatéricas y de agentes vectores.

Al consultar algunos tratadistas de enfermedades tropicales con intención de hallar una clasificación acorde con los hechos clínicos, hemos escogido la del doctor Rodríguez Bermúdez, la única publicada hasta la fecha en Colombia y basada en la observación de casos originarios de las regiones mencionadas.

El caso que presentamos es interesante por la aparición de las lesiones en un clima que difiere en mucho de aquellos en donde ha sido señalada la afección como endémica y por otra parte, por haberse iniciado las lesiones delante de nosotros y haberlas podido seguir en las distintas fases de su evolución, cosa difícil de lograr porque los enfermos se presentan al médico con lesiones muy avanzadas por lo regular.

M. de J. T.—Natural del Valle de Jesús María, en el Departamento de Santander. Agricultor, de 25 años.

Durante los dos últimos años este enfermo ha vivido en Las Mesitas del Colegio, pequeña población situada cerca de La Mesa (Cundinamarca), región de clima templado, en donde se entregaba al cultivo de la caña de azúcar. Ingresó al Servicio del Profesor Pompilio Martínez el 23 de marzo del presente año.



FIGURA I.—Lesiones nódulo-ulcerosas en plena evolución.

En su pasado patológico anotamos: viruela hace cinco años, parasitismo intestinal benigno (*Uncinaria*) y un traumatismo craneano con fractura, para cuyo tratamiento se hospitalizó.

El 3 de abril de 1931 le apareció en el dorso de la segunda falange del segundo dedo del pie derecho una vesícula del tamaño de un grano de arroz que contenía un líquido seroso; esta lesión no era dolorosa ni pruriginosa. La envoltura vesicular se rompió y en su lugar se formó una costra espesa y oscura, resultante

de la concreción del líquido exudado. Al levantar esta costra vemos una exulceración de fondo rojizo, plano y regular, cubierta por un exudado sero-sanguinolento. Esta lesión destructiva inicial permaneció estacionaria quedando limitada al estado descrito.

Quince días después se presenta en el dorso del puño izquierdo, cerca del borde cubital, una vesícula de contenido claro, indolora, no pruriginosa, del tamaño de una lenteja; como en la



FIGURA II,—Úlcera del dorso del puño casi cicatrizada,

lesión anterior la ruptura de la vesícula determina la formación de una costra negruzca, espesa, dura y redonda, en su periferia existía una franja rojiza de tejido inflamatorio que se perdía insensiblemente en los tejidos vecinos; destruyendo la costra aparece una ulceración cubierta por un líquido purulento amarilloso, ulceración de bordes gruesos, blandos, rojizos, perpendiculares al fondo de la lesión. El proceso destructivo progresa en superficie y en profundidad originando una *úlcer*a ovalada, de dos y medio centímetros de diámetro máximo por dos de mínimo, con una

profundidad aproximada de siete milímetros; de bordes netos, espesos, rojos y blandos, implantados perpendicularmente a un fondo irregular, de color rosado, botoneante, cubierto por secreción purulenta e inodora.

En estas condiciones, aparecen en la parte inferior de la región dorsal derecha dos nódulos inflamatorios: uno colocado cerca de la línea espinosa, de tres centímetros de superficie, y otro, más lateral, de un centímetro. Están implantados profundamente en el dermis, son dolorosos y firmes a la palpación y determinan dos salientes cutáneas de color rojo-oscuro. En la parte prominente de cada nódulo se formó una ulceración superficial cubierta por exudado sero-purulento. (Fotografía número 1).

A ocho centímetros de las lesiones precedentes y por debajo de ellas, encontramos una ulceración de un centímetro de diámetro que reposa sobre una base infiltrada, redonda, de bordes gruesos y cortados en sacabocado, de fondo botoneante y rojo cubierto por un exudado purulento amarilloso.

Como hecho dominante en la evolución seguida por las lesiones descritas, es preciso anotar la coexistencia de dos aspectos: uno ulceroso que ha pasado por las fases de vesiculación, formación de costras y ulceración, que corresponde en la clasificación elegida, a la forma *ULCEROSA SIMPLE* de la Leishmaniosis cutánea, y otra *NODULAR SIMPLE* en su comienzo y con tendencia a la *ULCERACION*.

En frente de tal aspecto clínico de las lesiones hemos tenido en cuenta los procesos ulcerosos más frecuentes en las regiones tropicales para buscar el diagnóstico.

Ulcera tuberculosa.—Puede eliminarse fácilmente; se localiza de preferencia en los contornos del ano, en los labios, en la lengua o en un punto cualquiera de la boca o de la faringe, rara vez se presenta en otros sitios. Es de forma ovoidea, policíclica o irregular y sus dimensiones varían de algunos milímetros a uno o dos centímetros, tiene contornos festoneados, bordes desprendidos, tallados en sacabocado, coloración lívida, fondo desigual con puntos hemorrágicos cubiertos por detritus grisáceos. Es superficial, en el fondo o en la periferia se encuentran los granos

amarillos de Trelat, la base es poco infiltrada y hay adenopatía en los ganglios de la región.

Ulceración gomosa sifilítica.—Forma una excavación profunda, de contornos redondeados u orbiculares, bordes verticales tallados en sacabocado, adherentes y fondo desigual cubierto por restos conjuntivos y exudado amarilloso. La ulceración se presenta labrada sobre una goma apreciable a la palpación y está rodea-

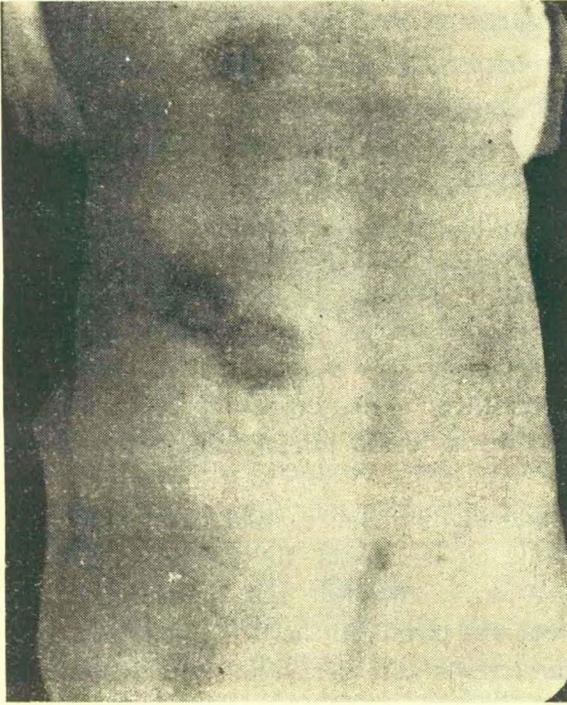


FIGURA III.—Lesiones nódulo-ulcerosas del dorso ya cicatrizadas.

da por un círculo vinoso o carmelita oscuro, caracteres que no encontramos en nuestro caso.

El aspecto nodular de las lesiones dorsales hace posible la confusión con las lesiones gomosas sifilíticas, tuberculosas y esporotricósicas; sin embargo, algunos caracteres objetivos y de evolución nos permiten llegar a un diagnóstico de probabilidad.

Goma sifilítica.—Principia por una induración limitada a la hipodermis, apreciable al tacto más bien que a la vista, crece lentamente provocando a su alrededor una reacción inflamatoria; pri-

mero levanta la piel y después la invade y termina ordinariamente por abrirse al exterior mediante una ulceración crateriforme. En su período de crudeza es un nódulo de consistencia firme, indoloro y móvil.

Goma tuberculosa.—La nudosidad hipodérmica que señala el comienzo de una goma tuberculosa se adhiere a la cara profunda de la dermis, que tiene un color lívido; el reblandecimiento principia por la superficie antes de ganar la masa dura, aun cuando puede faltar algunas veces.

Gomas esporotricósicas.—Pueden ser: diseminadas, sistematizadas a una región y linfangíticas. Las primeras se localizan en cualquier sitio, en número variable, son indoloras y evolucionan en seis a ocho semanas. Al principio son duras pero después se ablandan persistiendo en este estado por más o menos tiempo, finalmente se ulceran y evacuan el contenido que es al principio un líquido viscoso y después se transforma en purulento.

Las gomas esporotricósicas sistematizadas a una región sólo se diferencian de las anteriores por su distribución. Finalmente, las linfangíticas, constituyen series de gomas limitadas al territorio linfático centrípeto de la lesión inicial, unidas por cordones moniliformes.

A pesar de que el diagnóstico diferencial es asunto que se encuentra fácilmente en las obras de consulta, quisimos intencionalmente hacerlo en el caso que nos ocupa, en primer lugar porque presentó en un principio serias dificultades y en segundo término, porque no obstante ser la leishmaniosis cutánea una entidad bastante frecuente en las regiones templadas del Interior, está muy poco estudiada por los dermatólogos colombianos y es casi desconocida para los médicos generales, razones que nos indujeron a llevar cuidadosamente la observación clínica. Sentamos, pues, el diagnóstico de *leishmaniosis de formas ulcerosa simple y nodular-ulcerosa*, diagnóstico que nos fue comprobado por el examen microscópico de serosidad extraída de la periferia de las lesiones por medio de la pipeta capilar. Examen número 1540 del Laboratorio «Santiago Samper».

Apesar de que la reacción de B-Wassermann dio resultado positivo en este paciente antes de la aparición de las lesiones cu-

táneas, resolvimos instituir el tratamiento específico—hasta hoy— de las leishmaniosis con los derivados del antimonio (Fuadina, Bayer) aplicando diariamente una inyección intramuscular de cinco centímetros cúbicos. Al cabo de quince días el proceso de cicatrización había llegado ya a la reconstrucción casi completa de los tegumentos lesionados y se apreciaba solamente una mancha de color cobrizo, cubierta por algunas escamas. (Fotografías números 2 y 3).

Anotamos como interesantes en esta leishmaniosis los siguientes hechos:

1.º El período de incubación, aproximadamente de un mes largo en relación al señalado por la mayoría de los autores (veinte días en una experiencia del doctor Peña Chavarría).

2.º La existencia de lesiones mixtas: ulcerosa simple y nodular-ulcerosa que evolucionaron simultáneamente.

3.º El desarrollo de la leishmaniosis en un terreno sifilítico y no obstante esta concomitancia la curación absoluta de las lesiones por el tratamiento antimonial exclusivo.

4.º En otros casos que hemos tenido la oportunidad de observar en el Hospital de San Juan de Dios, el tártaro emético en solución al 1%, administrado por vía endovenosa, que ha sido el tratamiento empleado, no ha dado los resultados curativos que obtuvimos con la Fuadina en este caso, probablemente a causa de no haberse llegado a determinar con precisión la dosis suficiente sin que alcance a producir fenómenos de intolerancia; en cambio, con los derivados orgánicos del antimonio, la tolerancia mayor permite administrar, sin peligros, las dosis indispensables.

UN CASO DE ESTENOSIS HIPERTROFICA CONGENITAL DEL PILORO

POR LOS DOCTORES

CARLOS ACOSTA GARCIA Y ALFONSO VASQUEZ MEJIA

De la «Clínica Colombia», Barranquilla

Iván, de 36 días, tercer hijo de un matrimonio sin taras bacilares ni de lues, tiene dos hermanitas de excelente salud; nació a término. Parto normal. Se alimenta a horario fijo, con leche materna. Su peso, igual al del nacimiento, es actualmente de 3625 gramos. Constitución un poco delgada, pero su aspecto exterior es el de un niño normal, sin estigmas, ni nada en su piel digno de mención.

Mi primer examen data del 5 de mayo, a las 9 p. m. Oída la exposición de la madre, que posee dotes especiales de solicitud y observación, quedo informado de que la enfermedad ha principiado hace tres días, caracterizada por vómitos rebeldes que se han combatido con varias medicaciones antieméticas: citrato de soda, hielo, cambio de régimen alimenticio, etc. Me llaman sobre todo la atención, en su relato, dos síntomas de capital importancia, a saber: que los vómitos son siempre explosivos, sobreviniendo unas veces inmediatamente después de la alimentación y que, en ocasiones, son, al parecer, más abundantes que la cantidad de alimento ingerido. Esto, cuando el niño ha tolerado alguno o algunos de los anteriormente ingeridos. Ha tenido en los días anteriores, agrega, frecuentes accesos de hipo y su evacuación intestinal ha sido perezosa, necesitando laxantes. El color del vómito es el de la leche normal, no hay bilis.

El examen de la pared abdominal me revela desde el primer momento la existencia de ondas peristálticas que, partiendo de la región epigástrica, se dirigen hacia la derecha, hasta un poco por debajo del reborde costal, de donde parten en sentido inverso;

este fenómeno de hiperquinesia es, a veces, tan exagerado, que se ven dos ondas separadas por un surco, dando la apariencia de un verdadero estómago bilocular. Teniendo en cuenta la fecha de aparición y la sintomatología apuntada se me impone el diagnóstico de *estenosis pilórica*. Pero falta saber si es espasmódica u orgánica. Para eliminar la primera prescribo dieta hídrica hasta la mañana siguiente y doy una poción anti-espasmódica a base de bromuro de potasio y belladona (fórmula de Marfan). Con esta medicación se observa el niño durante el día siguiente, tolerando los alimentos de la mañana, pero al medio día los vómitos se repiten con la misma intensidad de antes. Tanto en el examen de la mañana, como en el de la tarde, se comprueba el fenómeno de hiperquinesia; ordeno entonces espaciar las horas de alimentación e intercalar algunas tomas de agua de Vichy y té, que el niño no logra retener. Los vómitos continúan en la noche y esto me mueve a pedir una radioscopia en la mañana siguiente. La pantalla da los siguientes datos: *gran dilatación del estómago*, persistencia de la *hiperquinesia* e *impermeabilidad relativa del piloro*. En efecto, se hacen tres exámenes separados por intervalos de diez, quince y cuarenta y cinco minutos, tiempo en el cual se observa el paso de una ínfima cantidad de barita. Se concluye entonces que hay estenosis orgánica del piloro, que conserva, sin embargo, ligera permeabilidad. Estenosis incompleta, pudiéramos decir.

Confirmado el diagnóstico clínico por la radioscopia, propongo una intervención que aceptan los padres, urgiendo se haga tan pronto como sea posible. Las condiciones del niño son excelentes, dado el corto tiempo transcurrido desde la iniciación de la enfermedad, hasta el momento de la operación. Confío ésta a la reconocida habilidad de mi apreciable colega doctor C. Acosta García, e intervengo como ayudante. La laparotomía trae una nueva prueba en apoyo del diagnóstico, mostrando el tumor pilórico en forma de oliva que describen los clásicos.

DISCUSION DEL DIAGNOSTICO

Hay en esta historia clínica tres síntomas dominantes que van a permitirnos—aparte de la radioscopia y de la laparotomía—es-

tablecer el diagnóstico diferencial con la forma crónica y con otros síndromes en que se encuentra el vómito con el carácter de incoercible. *Hiperquinesia, vómito explosivo y mayor cantidad de alimentos vomitados*, constituyen una triada que no se presenta en la forma crónica, como se deduce del estudio de la anatomía patológica. En ésta, en efecto, la luz gastro-duodenal es más permeable que en la aguda, permitiendo a la musculatura del estómago luchar contra el obstáculo pilórico. De suerte que, la hiperquinesia, si se produce, no es tan intensa para hacerse ostensible sobre la pared abdominal. No habiendo el exagerado antiperistaltismo, falta el vómito explosivo. Por la misma razón de permeabilidad relativa, el alimento vomitado no puede ser superior al ingerido. Dada la cantidad de alimentos, que aunque pequeña, franquea el píloro, las deposiciones no tienen el aspecto meconial, constante en la forma aguda.

Hay un período comprendido desde el nacimiento hasta la aparición de los primeros síntomas, en que el niño aprovecha sus alimentos: se llama *intervalo libre o fase de tolerancia*. En el caso presente ha sido de un mes, pues los vómitos se iniciaron en los tres primeros días del segundo. En la forma crónica el intervalo libre es de dos a tres meses.

Queda eliminada la intolerancia por la leche materna, porque el niño vomita el té y el agua de Vichy.

Menciono apenas los vómitos producidos por estrechez o malformaciones del esófago o los intestinos. Para el caso, no tienen importancia.

Más importante es el diagnóstico con los *vómitos cíclicos acetónicos* y con la *enfermedad de vómitos habituales*, descrita por Marfan.

Los vómitos cíclicos son afección de la media y gran infancias, pero no es excepcional que se presenten en los primeros meses. Son rarísimos en los niños alimentados al seno. Hay un síntoma característico, la acetonemia, que se revela por el examen de la orina y por el olor de manzana que toma el aliento desde los primeros vómitos, generalmente biliosos. En ellos falta la triada sintomática apuntada en la estenosis pilórica y los signos radiológicos son nulos.

La *enfermedad de vómitos habituales*, entidad tan bien estudiada por Marfan, que le ha dado el nombre, es peculiar del primer año. Sobreviene tanto en los niños alimentados al seno como a los que toman alimentación artificial y con alguna frecuencia se presenta desde los primeros días. Para establecer el diagnóstico diferencial con la estenosis pilórica puedo relatar aquí, si quiera sea brevemente, la historia de un caso personal, actualmente en tratamiento.

Este niño nació a término, parto normal; tiene ocho meses, pesa ocho kilos y se alimenta desde el nacimiento con un régimen mixto, alternando el seno de la madre con lactógeno. Como antecedentes, reacción de Wassermann positiva del padre, con una fase negativa transitoria; actualmente está en tratamiento porque la reacción positiva se ha renovado. El niño tiene deformaciones del cráneo y depresión de los huesos de la nariz; ha sido un poco constipado. Hace un mes, al querer iniciar la alimentación con leche de vaca, tuvo infección intestinal con diarrea y vómitos; aquella desapareció, persistiendo estos últimos, que desde entonces se hicieron incoercibles, con un período de calma, solamente de diez días. El tratamiento ha estado bajo mi dirección en la última semana, pudiendo seguir de cerca la enfermedad; el vómito se hace con facilidad, no es explosivo; nunca es más abundante que la cantidad de alimento ingerido; su coloración es variable, comúnmente bilioso; no hay ondas peristálticas sobre la pared abdominal ni pueden despertarse por el clásico papirote; el niño hace una o dos deposiciones diarias sin carácter meconial, lo que prueba que el píloro es permeable. Caprichoso en su aparición, el vómito afecta todos los alimentos, especialmente la leche; hay cortos períodos de calma de seis a doce horas para recomenzar con la misma intensidad.

A excepción del hígado, que sobrepasa dos dedos del reborde costal, en los demás órganos no se encuentra nada anormal.

Distintas medicaciones, antieméticas y antiespasmódicas, cambios de régimen alimenticio, dieta hídrica, insulina, nodriza mercenaria, etc., todo ha sido hasta ahora inútil; el tratamiento antisifilítico, ya iniciado, es muy reciente para que dé sus pruebas.

Esta enfermedad está íntimamente relacionada con la sífilis, como lo sostienen Marfán y su escuela, diciendo que, en un 33%

de los niños vomitadores, no dispépticos, hay lesiones manifiestas y que en 68^o/_o de los casos se puede afirmar o sospechar la existencia de heredo-sífilis.

Dados los antecedentes de especificidad y la sintomatología anotada, puede afirmarse que se trata, en el caso presente, de *Enfermedad de vómitos habituales* o *Gastroneurosis emetizante*, como también se le llama, entidad bien distinta por sus caracteres de la estrechez orgánica del píloro.

Discutido y confirmado el diagnóstico de estenosis orgánica del píloro en el caso de Iván, dejo la descripción del acto operatorio y del post-operatorio a mi colega doctor C. Acosta García.

El día 7 de mayo pasa a la mesa de operaciones aquel pequeño sér. Anestesia de la pared con 10 c.c. de tutocaína a 1/4^o/_o. Incisión transversal, a dos dedos debajo del reborde costal y siguiendo la dirección de éste.

Abierta la cavidad abdominal, lo primero que salta a nuestra vista es el borde inferior del hígado, y luégo, separando un poco los labios de la herida, el cólon transversal y su meso. Una pequeña compresa y un separador apartan hacia abajo el borde inferior de la herida y arrastran consigo el cólon transversal. Aparece entonces sobre el campo operatorio la porción izquierda del estómago. Tomándola con una pinza suave y haciendo un poco de tracción exteriorizo la pequeña *oliva* que forma el píloro hipertrofiado. Esta tiene 2¹/₂ centímetros de largo por 2 de ancho. Es de color blanco lavado. Muy pocas venillas surcan su superficie. Opto por hacer la operación más simple, o sea, la pilorotomía de Fredet. Incisión de la oliva (que «grita» al corte del bisturí) hasta la mucosa, primero hacia la región gástrica y luégo hacia la duodenal. Separación cuidadosa de la mucosa de los bordes de la pared fibrosa, primero de la mucosa gástrica y luégo de la duodenal hasta cuando ella «babea» ampliamente entre los bordes rígidos de la incisión de la oliva pilórica. Y esto es todo. Me aseguro del paso del contenido gástrico a través del píloro libertado y cierro la pared en tres planos.

El punto delicado de la operación es la disección de la porción duodenal de la mucosa, la cual es muy frágil. A pesar de mi infinito cuidado, ésta sufrió una mínima perforación. Pero un punto de catgut crómico muy fino bastó para cerrarla perfecta-

mente. Ombredanne cita varios casos en que ha ocurrido este accidente y han curado muy bien.

La operación de Fredet es indudablemente la operación ideal, por su rapidez (elemento esencial para el éxito operatorio), por su sencillez, por el poco traumatismo que causa. Su autor prefirió después de algún tiempo la gastro-enterostomía. Ombredanne queda aún partidario de la simple pilorotomía, por las razones arriba aludidas.

Es lógico pensar que, mientras más precoz sea el diagnóstico y más rápidamente se tome la decisión operatoria, los resultados serán mejores. La indicación operatoria en la forma aguda precoz, no se discute. El niño vomita todo el alimento ingerido, pierde rápidamente de peso, sus orinas son escasas, se deshidrata, se acaba. Es necesario andar presto. En la forma incompleta o crónica, la intervención puede ser discutida y aplazada mientras se hace la prueba de un tratamiento médico bien instituido y bien vigilado. Sin embargo, dice Ombredanne, cuando el niño retiene después de cuatro horas, más de la mitad del alimento ingerido y que su peso comienza a disminuir, o permanece estacionario, la intervención se impone. Los rayos X prestan en estos casos crónicos una grande ayuda.

Nuestro pequeño paciente salió de la sala operatoria un poco pálido, con el pulso muy acelerado y con una facies de shock. La temperatura subió al día siguiente en la mañana a 39.6, y descendió progresivamente hasta caer, a las 48 horas, a 37.4. Las primeras 24 horas fueron alarmantes: el pulso era muy acelerado, la respiración rápida, el rostro muy pálido. Se presentaron algunas convulsiones. Pero a las 48 horas todo había entrado en orden. El niño comienza por ingerir pequeñas cantidades de suero glucosado y de agua de Vichy. Y luego, antes de las 72 horas, pequeñas cantidades de leche materna. A las 72 horas empezó a tomar el seno de la madre cada dos horas, por pocos minutos. Y así siguió progresivamente hasta alcanzar, al cuarto día, su alimentación normal. Hoy tiene 40 días de operado y ha aumentado 20 onzas.

Observaciones como esta demuestran la utilidad de un diagnóstico precoz (al cual deben acostumbrarse todos los médicos), el gran recurso de la cirugía y el eficaz concurso de la radiología.

BIBLIOGRAFIA ANATOMICA SOBRE LA VENA SALVATELA

POR EL DOCTOR

JOSE V. GONZALEZ

Profesor de Anatomía en la Facultad de Medicina de Medellín.

(Al doctor G. Toro Villa)

I

Los anatomistas contemporáneos parecen no saber a ciencia cierta a cuál de las venas de la red dorsal de la mano dieron los antiguos autores el nombre de Salvatela. Leyendo a unos y otros se llega a la conclusión de que la que fue antes noción clara, se ha venido tergiversando hasta aparecer hoy desfigurada por completo y poniendo frente a frente su doctrina, resalta bien la discrepancia fundamental en punto que no carece de interés descriptivo e histórico por relacionarse con la venesección y la sangría que, como es bien sabido, ocupan toda una era de la historia médica.

Dice Rubiére: «Las venas metacarpianas ascienden sobre la cara dorsal de la mano y se anastomosan formando un arco venoso dorsal. A las extremidades de este arco llegan otras dos venas: una que viene de la cara externa del pulgar, cefálica del pulgar. Otra es la vena de la cara interna del meñique y esta se llama Salvatela del pequeño dedo».

Pero Gaspar Bauhin al tratar el mismo asunto de la angiología de la mano, al describir la red venosa, escribió: «*ac inter digitum parvum et annularen Salvatella dicitur*».

El mismo autor, el primero entre los que conozco, que resumió las descripciones anatómicas en cuadros sinópticos, en su *Tabula Partium Manum Constituentium*, agrupa las venas del miembro superior de la manera siguiente:

Vene axilaris dividitur in ramus.	{	Superiorem Cefalica quae dividitur in ramum.	{	Internum, qui cum Bas. Medianam constituit a cuiusramo. Externum a quo inter annularem. et auricularem.	{	Exteriore inter pollice et indice.	{	Cefalica vel ocularis.
		Inferiorem Basilicam (in qua valvulae) dividitur in		dextra-Hepatica. Sinistra-Lienaris.		Interiore inter indice et medium		Sylea; (Avicenna).
						Profunda		{ Salvatella. Externorem. Internorem.
						Subcutanea.		{ Cinternorem. Posteriozem.

Dice Testut: «La colateral interna del meñique ha recibido de los antiguos anatómicos el nombre de Salvatela».

Y Casp. Bartholinus (Capítulo VII-De venis brachiarum et manum): «*Ejus ramus inter digitum annularem et minimum pergeus, dicitur Salvatella, quae est fiele Arabum, cujus illi, et hodie alii sectionem in sinistra manu contra melancholicos affectus, febres acutas et tercianas commendant*».

Lo mismo enseña Veslingio.

Dice Latarjet: «Únicamente la colateral interna del meñique queda independiente durante algún tiempo. Sigue el borde interno del 5.º metacarpiano formando la vena Salvatela (de salvare) porque se salvaba al enfermo por la sangría practicada en su prolongación, la vena basilica».

Pero Th. Bartholin, al describir las afluentes de la mediana o vena de Avicena, dice: «*Unam exteriorem inter pollicem et indicem quae nonnullis cefalica dicitur, aliis inter digitum annularem et minimum dicitur Salvatela*».

La vena Salvatela en el dorso de la mano y nó en su prolongación antibraquial fue para los antiguos cirujanos una de las de elección para la flebotomía. Un pasaje de Zipaens de Lovaina dice así: «*Venae quae secari solent sunt, in capite vena jugularis, temporalis, frontis, sublingualis. In brachio vena cephalica, mediana, basilica. In manu salvatella, In pede ischiatica*».

La disposición misma de la red venosa dorsal de la mano—hasta tal punto intrincada y variable que Tamasia la propuso como medio de identificación antropométrica—podría explicar la confusión de los anatomistas. Ni tampoco el conocimiento de

esta variabilidad es noción nueva, pues a ella hace referencia el mismo Bartholin ya citado: «*Sed notandum de distributione venarum harum omnium variari eam in variis subjectis, et raro se habere in uno homine atque in altero, imo ejusdem hominis dextrarum sinistra raro concórdat, sic et magnitudine in variis hominibus variant*».

En síntesis: Si hemos de conservar el nombre de Salvatela para una pequeña vena del dorso de la mano como un homenaje a los primitivos de la anatomía o como recuerdo de su bizarra nomenclatura, debemos cuidar de traducir fielmente su concepto que fue el designar con dicho nombre a la interósea del 4.º espacio (inter digitum annularem et auricularem), y nó a la colateral interna del meñique. Es esto lo que en buena lógica debe deducirse de los pasajes que he transcrito fielmente teniendo a la vista las ediciones originales de los viejos maestros.

BIBLIOGRAFIA :

Casp. Bauhin. *Instit. anatomicae. Hippoe. Arist. Galleni auctorita illustratae. Ed. Francof. 1616.*

C. Bartholinus. *Institutiones anatomicae. Novis opinionibus..... Lugd. Bat. 1645.*

J. Veslingius. *Syntagma anatomicum. Patavi Frambotti. 1647.*

Th. Bartholinus. *Anatomía ex Caspari Bartolini parentis inst. 1669.*

F. Zypacus. *Fundamenta medicinae physico-anatomica. Lugduni 1692.*

Y las recientes anatomías de Testut, Latarjet y H. Rouvière.

DEONTOLOGIA

SECCION A CARGO DEL DOCTOR

DARIO CADENA

EL SECRETO PROFESIONAL

Con el juramento hipocrático donde se declara guardar en silencio tanto lo visto u oído en el trajín de la vida como en el ejercicio de la profesión, quedó implantado el secreto absoluto. Este concepto, indispensable para mantener la dignidad y el carácter humanitario y sacerdotal de la profesión, ha sufrido con el tiempo en los diferentes países mayores o menores limitaciones de acuerdo con los intereses sociales o con la seguridad del Estado.

La casuística francesa es la más rica en célebres procesos que han contribuído poderosamente a fijar las ideas que se deben tener sobre el secreto profesional. Los autos de la corte de casación de París, de los tribunales de Aix y de Rennes así como los conceptos de Brouardel, han sentado sobre el particular una doctrina aceptada universalmente desde el punto de vista moral ya que las legislaciones de muchos países sin mayores razones limitan el secreto absoluto obligando al médico, cuando la justicia así lo exige, a declarar o a constituírse delator de lo que haya visto u oído en el ejercicio de su profesión.

Haciendo excepción de los médicos legistas, de los expertos o peritos en las diversas actividades comerciales o judiciales, *el médico tiene en Colombia la obligación moral y legal de guardar el secreto de todo aquello que haya aprendido en el ejercicio de la profesión. Se exceptúa únicamente la lepra, de declaración obligatoria y las enfermedades contagiosas de carácter epidémico cuando el cliente no ha exigido expresamente el secreto profesional.*

CODIGO PENAL

Artículo 295.—Los médicos y cirujanos que en la asistencia de una persona admitiesen señales de envenenamiento o de otra grave dolencia material, que puede ser resultado de un delito, deberán dar cuenta a la autoridad so pena de una multa de cinco a cincuenta pesos.

Sin embargo no estarán sujetos a pena alguna, si al llamarlos para la asistencia del enfermo se les hubiere exigido que guarden el secreto.

Artículo 297.—Los médicos o cirujanos que, advirtiendo en alguno de los enfermos que asistieren o reconocieren, enfermedades de aquellas contra las cuales han adoptado o adoptaren las leyes o la policía medidas especiales de precaución, darán aviso a las autoridades inmediatamente; y, si así no lo hicieren, pagarán una multa de diez a cien pesos.

Si la omisión diere lugar a la propagación del contagio, la pena será de arresto por dos a veinte pesos.

Lo dispuesto en los incisos anteriores se aplica al caso en que los médicos o cirujanos noten una enfermedad contra la cual aconseje la ciencia que se tomen medidas especiales de precaución, fuera de los casos de epidemia conocida y manifiesta.

Sin embargo, no se aplicará pena alguna en los casos de este artículo, si el médico o cirujano hubiese sido llamado a asistir al enfermo, a condición de guardar el secreto médico.

Artículo 299.—Los médicos y cirujanos y demás personas a quienes se refiere este capítulo, que revelen los secretos que se les confien por razón de su profesión u oficio, sufrirán arresto por dos meses a un año y multa de cinco a cincuenta pesos.

Si procedieren por soborno o cohecho, o deliberadamente por causar mal, la pena será de prisión

por doble tiempo, multa doble e inhabilitación para ejercer la profesión o el oficio respectivo.

El sobornante sufrirá las mismas penas, prisión y multa, de que habló el inciso precedente.

Al rededor de estos principios consignados en nuestra legislación se pueden suscitar diversos problemas cuya solución, cuando no se encuentre base legal, se debe encomendar a la rectitud de conciencia apoyada en el precepto de inviolabilidad del secreto profesional.

Para hacer más gráfica la conducta del médico, nos permitimos poner algunos ejemplos que además servirán de patrón para resolver por analogía los innumerables casos de diverso orden que puedan presentarse en la vida del profesional.

La señorita A es llevada por su madre a la consulta por una suspensión de la menstruación; después de un interrogatorio discreto, pidiendo la reserva del caso, ella hace la confesión completa. El médico no podrá decir a la madre la causa de suspensión de la regla, un embarazo por ejemplo, por más que ésta la solicite y aun cuando la muchacha lo autorice en su presencia. Si posteriormente, cuando el caso sea de todos conocido, se pone el denuncia y el funcionario pide su testimonio, se excusará de darlo amparado en el secreto profesional. Este ejemplo nos enseña que aun cuando el médico sea dispensado por el mismo paciente de la reserva profesional, no debe violar el secreto que le fue confiado; que aun cuando no cause perjuicio la revelación del secreto, por ser el hecho del dominio público, no debe hacerlo por haber sido depositario de la confianza del paciente y por último que debe abstenerse de dar testimonio ante el funcionario instructor amparado en la reserva profesional y sin temor a castigo alguno.

El señor X llega a la consulta con el fin de hacerse tratar una sífilis evolutiva y manifiesta que ha concertado matrimonio para tres meses después; el padre de la joven solicita el concepto del médico para saber si puede o no dejar casar a su hija con el señor X. Este caso es de una dificultad particular por la trascendencia social que representa; más, sin embargo, se debe resolver respetando en absoluto el secreto profesional: le insinúa al padre lo que hacen los demás cuando desean asegurarse de la

salud de uno de los cónyuges: exigirles un certificado prenupcial expedido por una entidad oficial y se le dice la imposibilidad en que se encuentra para suministrarle el menor dato sobre el particular. Por lo demás está en la obligación de pintar a su cliente, con vivos coloridos, las consecuencias de la sífilis, especialmente sobre la descendencia, su contagiosidad, la necesidad de continuar el tratamiento personal y la de instituir uno a la madre tan pronto como se anuncie el primer embarazo.

El señor Z ha fallecido recientemente y al médico tratante le preguntan los relacionados la causa de la muerte; este tiene la obligación de guardar el secreto y si el paciente lo hubiere exigido, pondrá en el certificado de defunción otra causa distinta de la real y verdadera. Parece esto violatorio de las disposiciones legales sobre higiene pero por sobre todo, el médico debe respetar la obligación moral que ha contraído con su cliente.

El señor Y ha asistido donde un especialista de vías urinarias y resuelve no pagar los servicios prestados; después de múltiples amonestaciones infructuosas, el médico resuelve llevar el pleito ante las autoridades; si en su denuncia menciona la enfermedad tratada, una afección gonocócica, caerá bajo la sanción que impone el artículo 299 del código penal.

En las ciudades importantes donde los jueces municipales son personas ilustradas no suceden los incidentes desagradables que pasan en los pueblos donde funcionarios incultos, casi iletrados, quieren obligar al médico a dictaminar sobre asuntos materia de la reserva profesional, conminándolo con multas o amenazas de arresto porque no encuentran en artículo alguno en el código civil en el cual se excluya a los médicos, como a los abogados y a los sacerdotes, para dar testimonio de lo que han aprendido en el ejercicio de su profesión. En estos casos pueden servir las indicaciones que damos y que permiten al profesional negarse rotundamente a dar testimonio alguno cuando el asunto se relacione con el secreto médico.

Esta es la conducta del médico tratante o médico de consulta.

TERAPEUTICA RAZONADA

SECCION A CARGO DEL DOCTOR

AGUSTIN ARANGO

COLITIS PARASITARIAS E INFECCIOSAS

Lambliasis.—La lamblia produce una verdadera colitis muy tenaz. Ella se refugia en la vesícula biliar donde es muy difícil hacer llegar sustancias parasiticidas.

Podemos combatirlas con:

- 1) Salicilato de bismuto, 15 gramos.
- 2) Trementina, 0,50 cent. (varias cápsulas al día).
- 3) Yoduro de K (yodo 1 gramo y yoduro de K 2 gramos).
- 4) Azufre.
- 5) Estovarsol.

Tricomonas.—A menudo están asociadas a las lamblias. Los dos medicamentos principales son: *trementina* y *yoduro de K*.

Abrami no cree en las diarreas y colitis producidas por las solas tricomonas. El cree que siempre hay una asociación con amibas.

Existe una reactivación de la amiba por la emetina, como en la sífilis. Antes de hacer el examen de las materias fecales, poner una inyección de emetina la víspera y hacer tomar al enfermo la misma mañana del examen una pequeña dosis de sulfato de magnesia.

Disenterias B.—En presencia de una colitis a bacilo de Shiga se debe practicar la sueroterapia.

Casos muy graves.....	80 c.c.
Casos medianos.....	40 »
Casos atenuados.....	20 » (dosis para niños)

Cuando el suero no actúa rápidamente se debe pensar en un error de diagnóstico.

Al lado de estas disenterías a bacilo disentérico hay un gran número de disenterías producidas por bacilos para-disentéricos.

En estos casos hay que hacer un tratamiento sintomático. El mejor medicamento sigue siendo la *ipeca* (píldoras de Segond).

Después de la *ipeca* viene el *cosam* 3 a 6 gramos por día. 8 Comprimidos de *elcosam* 0,02 cent. Aumentar la dosis hasta y disminuir hasta 1.

Cimariuba. Decocción de hojas.

DIARREAS TUBERCULOSAS

En las tuberculosis intestinales con ulceraciones, se puede disminuir la congestión y la diarrea con *caolin*, *talco*, *azul de metileno* (cápsulas queratinizadas 0,20 tres al día). *Colargol*, *elixir pargórico* (opíáceos).

El tratamiento de las diarreas tuberculosas se debe hacer a base de *cloruro de calcio*, 2 a 4 gramos por día. Solución al 10%, 20 gramos para inyectar subcutáneamente.

COLITIS ULCEROSAS

Las colitis ulcerosas permanecen muy desconocidas; nosotros sabemos qué no son, pero no sabemos qué son.

Harvier, dice que siempre en estas colitis ulcerosas crónicas se debe hacer un tratamiento antiambiano, a pesar de que el examen de las deposiciones dé resultado negativo. Sin embargo, hay que admitir que las hay no ambianas.

Se pueden tratar estas colitis con *tripaflavina*, sustancia que tiene un gran poder bactericida; son conocidas sus propiedades sobre el gonococo al cual destruye en soluciones al 1 por 300.000. Lavados rectales de soluciones al 1 por 2.000 o al 1 por 3.000.

La rectocolitis se trata por lavativas antisépticas de *dermatol* u otros antisépticos disueltos en una jalea o colada de granos de lino o de *agar-agar*.

TRATAMIENTO DE LOS PARASITOS INTESTINALES

Tricocéfalos.—*Timol* en lavados, 1 a 2 gramos en solución acerosa. *Bencina* en lavativas, VI gotas en un litro de agua.

No es lo mismo tenicida que tenífugo. Casi todos los medicamentos antielmínticos aturden por decir así a los parásitos, pero no los matan. De ahí se ve la necesidad de asociar a estos medicamentos un purgante que expulse los parásitos.

Tenia.—La cura de preparación es indispensable. Guardar la cama la víspera y no tomar más que leche y un purgante salino.

Tres medicamentos que en caso de fracaso se usan sucesivamente: 1.º Helecho macho en extracto etéreo, porque todos los principios activos son solubles en el éter. Dosis: adultos, 6 gramos; niños, 3. Nunca darlo antes de los cinco años.

Ext. et. de hel. macho.....	0,50
Calomel	0,05
(para un cap. N.º 6, en ayunas)	

Tomar de dos en dos cada diez minutos. Dar una hora o dos horas después, 80 a 100 gramos de éter para seguir anestesiando el parásito. Dar en seguida un purgante, pero nunca de aceite. Preferir el sulfato de magnesia.

Para un niño no menor de cinco años se puede emplear un tratamiento, así:

Ext. et. de hel. m.....	2 gramos
Calomel.....	0,20 cent.
Azúcar.....	aa
Agua.....	15 gramos
Gelatina, C. S. para una jalea.	

Dar el purgante tres horas después.

El extracto de helecho macho fracasa con mucha frecuencia.

2.º La *filicina* es el principio activo del helecho macho. Se elimina por la bilis y de la misma manera que ella es de nuevo absorbida y eliminada. El elminto sufre su acción por largo tiempo. Filicina, 80 cent. (adultos).

Filicina.....	0,05 cent.
Calomel	0,04 »

Excipiente C. S. para una píldora número 16.

3.º *Corteza de raíz de granado*.—Primero macerarla y luego hacer decocción. El principio activo es la *peleterina*. Jamás pasar de una dosis de 0,40 cent. en el adulto.

Sulfato de Pel.....	0,30
Tanino.....	0,30

Ascárides. Semen-contra. En los niños, 0,50 cent. seguido de un purgante, cuando no se asocia al calomel.

Santonina.—Muy tóxica. En el adulto dosis máxima, 0,30 cent.

Santonina.....	0,10 a 0,20 cent.
Aceite de almendras.....	5 gramos
Agua.....	aa 30 gramos
Jarabe.....	

El *aceite de quenopodio* tiene una acción de elección nociva sobre el sistema nervioso, sobre todo es pésimo en los enfermos que tengan alguna lesión en el oído.

Dosis máxima en el adulto, L gotas.

Timol.—En el adulto en obleas.

Timol finamente pulverizado, 3 gramos. En el niño, solución gomosa.

Oxiuros.—Muchos niños que tienen un punto doloroso apendicular se curan con un tratamiento contra los oxiuros.

Tratamiento doble: oral y rectal.

Por vía oral se pueden dar: *calomel, semen-contra, santonina*; darlos en ayunas; repetir varios días.

Brau, preconiza este tratamiento:

Primer día, lavado y dieta; tarde, santonina.

Segundo día, mañana, 3 gramos naftol B.; tarde, lavado.

Tercero día, lavativa por la mañana.

Por vía rectal pomadas y supositorios mercuriales.

Profilaxia.—Calzones que no le permitan rascarse, uñas muy cortas.

CRONICA DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

SECCION A CARGO DEL SEÑOR

ARTURO CAMPO POSADA

Interno de Clínica Quirúrgica

Se encuentra actualmente entre nosotros un grupo de distinguidos estudiantes de últimos años de la Facultad de Medicina de Medellín.

Han visitado diariamente el Hospital y estudiado cuidadosamente su organización, interesándose por todas las secciones y siguiendo atentamente los casos clínicos que les han presentado. Quienes hemos tenido la fortuna de estar en su contacto podemos aseverar que su preparación científica es bastante superior a la que comúnmente se asigna en nuestra Facultad a los profesionales preparados en otras ciudades del país.

Aun cuando estamos convencidos de que en Bogotá poseemos el máximo de facilidades en lo que se refiere a material de enfermos y demás elementos de estudio, no solamente para lograr una buena preparación de los alumnos sino también para emprender trabajos de investigación, creemos que la indolencia dominante en nuestro ambiente no nos ha permitido darnos cuenta de nuestras posibilidades para alcanzar la posición científica que tenemos el deber de ocupar. En Medellín, con menores elementos, hay quizás mayor preocupación que la nuestra por los estudios médicos, si vamos a juzgar por los estudiantes que nos visitan.

El contacto íntimo entre los universitarios de los distintos centros educativos que existen en Colombia debe establecerse como sistema sobre las bases de unión y mutuo apoyo si queremos adquirir una conciencia de nuestra nacionalidad, y con mayor razón si se trata de la educación médica, porque cada región posee su patología propia y los métodos de estudio varían hasta el

punto de que sólo es posible formarse una idea exacta de ellos cuando se han conocido al través de la experiencia.

El personal científico del Hospital ha abierto las puertas de sus Servicios a los universitarios antioqueños y mirado con viva simpatía la iniciativa de su visita.

En el número 10 de esta Revista prometimos presentar, cuando hubiéramos conocido los resultados, una historia clínica sucinta sobre un caso de «Subluxación congénita de la cadera con osteocondritis traumática secundaria» que fue operado en el Servicio del profesor Pompilio Martínez por el profesor Tarvernier.

A. P., de 16 años de edad, empleado. Ingresó al Servicio el 8 de enero del presente año.

Durante su niñez no notó perturbación alguna para los movimientos de sus miembros inferiores. Hace dos años recibió un golpe sobre la cadera izquierda y la porción superior del muslo del mismo lado; los accidentes comunes del golpe pasaron sin contratiempo hasta que cinco meses después empezó a sentir dolores en la articulación coxo-femoral izquierda, dolores que se presentaban solamente al caminar y con los movimientos bruscos del miembro, en el cual empezó a notar un ligero acortamiento. Estos fenómenos fueron acentuándose progresivamente hasta el día en que se hospitalizó. Al examen se encuentra un acortamiento de dos centímetros del miembro inferior izquierdo, notoria atrofia muscular (35 centímetros de circunferencia en el tercio medio del muslo izquierdo, contra 38 del lado derecho y en la parte media de la pierna 25 contra 26,5), cuando se acerca la cabeza femoral al hueso ilíaco por compresión del gran trocánter o levantamiento del miembro se despierta dolor, no existen puntos dolorosos ni en la región retro-trocanterina ni en la ingle. Cojea claramente al caminar y se nota el acortamiento del miembro, el pliegue glúteo está un poco borrado, hay limitación marcada de los movimientos del miembro inferior en todos sentidos y cuando se provocan un poco extensos despiertan intenso dolor; el enfermo encuentra la posición de reposo en rotación externa y ligera abducción.

En la radiografía de la cadera izquierda se encuentra un au-

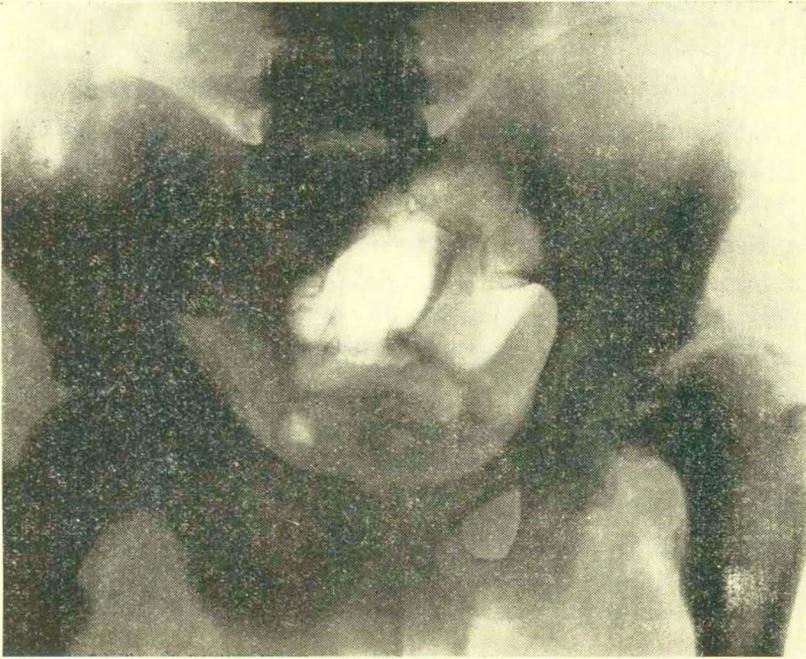


FIGURA I.—Antes de la operación.

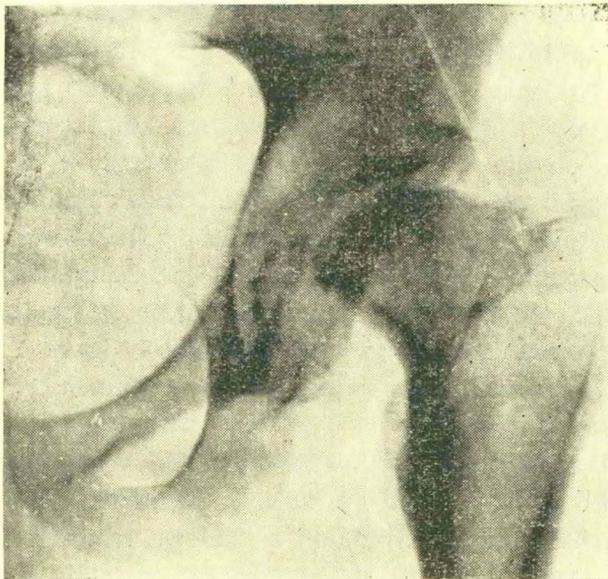


FIGURA II.—Después de la operación.

mento considerable de volumen de la cabeza femoral que está constituida por un tejido de menor densidad que al estado normal, pero que no presenta focos de rarefacción ósea, es aplanada y está sub-luxada hacia arriba y hacia atrás. Los bordes de la cavidad cotiloidea se han aplanado sobre todo en la región postero-superior de la ceja.

La menor densidad del tejido óseo de la cabeza femoral pudiera hacer pensar en una coxalgia desarrollada a favor del traumatismo, pero la ausencia de focos destructivos y la regularidad de las superficies óseas afianza el diagnóstico de *Subluxación* de origen no tuberculoso.

El profesor Tavernier después de analizar las diferentes intervenciones quirúrgicas que se hubieran podido practicar en este caso: *Artroplastia modelante*, inmovilización en abducción forzada, osteotomía subtrocantérica «butée» y artrodésis; indicó la «Artroplastia modelante» practicándola con la siguiente técnica:

Una incisión en forma de Z, cuyo primer brazo fue de la proximidad de la espina iliaca ántero-superior hacia la región posterior de la nalga a cuatro centímetros por encima del gran trocánter y cinco por delante de la ranura interglútea; la línea oblicua desde este punto, pasando sobre el gran trocánter, hasta cuatro centímetros por debajo de él y por fin, el brazo inferior, paralelo al primero y de la misma longitud. Separando la piel y el tejido celular de la aponeurosis obtuvo una amplia luz, incindió la aponeurosis en línea recta y en toda la extensión de la incisión cutánea, separó el plano muscular y apareció entonces la cápsula articular que abrió en el mismo sentido de la incisión; el ayudante que sostenía el miembro inferior hizo entonces un movimiento brusco de rotación externa y produjo la luxación total de la cabeza femoral que salió por la abertura de la cápsula; era una cabeza enormemente aumentada de volumen y de contornos muy irregulares.

Examinó cuidadosamente la superficie de la cavidad cotiloidea que encontró muy aplanada y la ceja reducida a una pequeña saliente ancha y roma. Modeló la cabeza femoral hasta darle aproximadamente la forma de una cabeza normal, ahondó la cavidad cotiloidea con fuertes golpes de legra principalmente ha-

cia la línea de implantación de la ceja. Colocó entonces la cabeza dentro de la cavidad y ensayó de producir todos los movimientos lográndolo satisfactoriamente. Procedió a cerrar suturando la cápsula con catgut grueso lo mismo que las aponeurosis y los músculos, la piel con crin. Le aplicó un aparato de yeso sostenido por la pelvis y que se prolongaba hasta el pie fijando el miembro en extensión y ligera abducción, aparato que mantuvo durante un mes.

Después el enfermo logra caminar sin dificultad y sin nada de dolor y aun cuando los movimientos no son tan extensos como en el lado opuesto, sí existe una movilidad muy aceptable. El paciente se muestra muy satisfecho.

En las radiografías se encuentra: una cabeza femoral un poco adelgazada pero correctamente colocada en la cavidad cotiloidea, no se aprecia ninguna tendencia hacia la luxación en ningún sentido, entre las dos superficies articulares existe una línea de separación que representa en el examen clínico la movilidad moderada que encontramos. El resultado de esta intervención no puede ser, pues, más halagador.

TESIS Y TRABAJOS NACIONALES

A. PEÑA CHAVARRÍA Y FRANCISCO DE P. BARRERA.—*Algunas manifestaciones de lepra de localización no simétrica.* («Revista Médica Latino Americana», año XVI, N.º 186, marzo 1931).—Los autores describen las diferentes facetas que se observan en las manifestaciones tróficas de la lepra en los miembros superiores desde que la atrofia comienza a esbozarse en los músculos interóseos hasta que la mano queda en «paleta de foca», es decir, un muñón informe. Los autores afirman que lesiones de esta naturaleza no son fatalmente bilaterales ni simétricas y para demostrarlo más eficazmente presentan 6 fotografías muy ilustrativas.

LA LEPROSA Y LA SOCIEDAD DE LAS NACIONES

Del Informe del Director General del Lazareto tomamos lo siguiente:

E.—Resumen y conclusiones

1. La profilaxia de la lepra no es un problema susceptible de sencilla solución: los medios que deben emplearse cambian con las condiciones geográficas, económicas, administrativas, financieras y sociales y con la frecuencia de la enfermedad.

2. No puede haber profilaxia eficaz sin tratamiento. El tratamiento da mejor resultado cuanto sea más precoz.

3. Como la tuberculosis, la lepra, excepto en cierto estado, es una enfermedad contagiosa, pero curable; curable en el sentido de que el examen bacteriológico se vuelve negativo y que los otros signos de la lepra activa desaparecen definitivamente por un tiempo indeterminado.

4. La profilaxia de la lepra se realiza por un conjunto de medidas médicas, educativas y legislativas. Debe prever el aislamiento y el tratamiento de los leprosos contagiosos y especialmente, el tratamiento de los casos recientes en clínicas y dispensarios; además, el examen periódico de los sospechosos. Hay lugar a tomar disposiciones parti-

Plasmoquina

n - dietilamino - isopentil -
8 amino - 6 - metoxiquinolina

El nuevo antipalúdico sintético

Acción específica sobre los gametos de
la pernicioso.

Tratamiento y profilaxia de
todas las formas del paludismo.

Indicado especialmente en los casos de
**idiosincrasia contra la quinina,
fiebre hemoglobinúrica, etc.**

Plasmoquina simple: Frascos de 25 tabletas de 0,02 g.

Plasmoquina compuesta: Frascos de 30 grageas (0,01 g
Plasmoquina y 0,125 g sulfato de quinina)

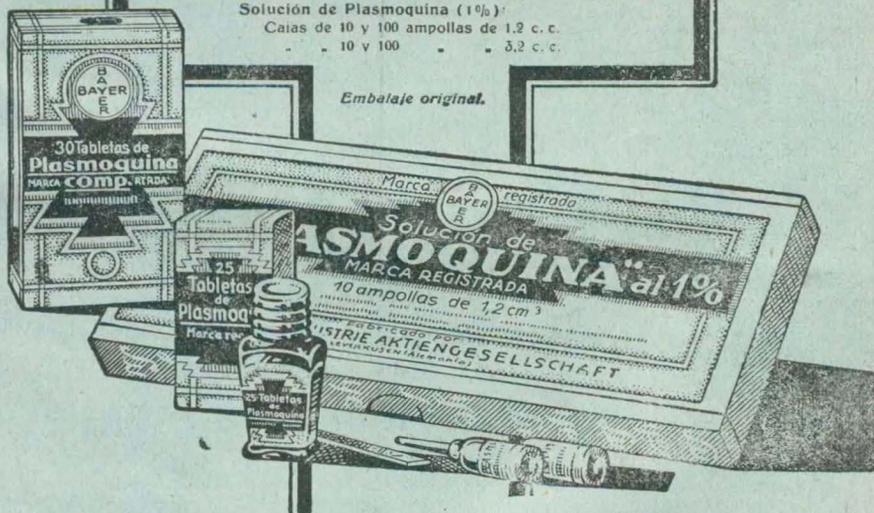
Plasmoquina compuesta: Frascos de 30 tabletas (0,01 g
de Plasmoquina y 0,125 g de sulfato de quinina)

Solución de Plasmoquina (1%):

Caías de 10 y 100 ampollas de 1.2 c. c.

10 y 100 3.2 c. c.

Embalaje original.



Para muestras y literatura científica, favor dirigirse a
**LA QUIMICA INDUSTRIAL Bayer Meister Lucius
WESKOTT & Cía.**
BOGOTA - APARTADO 301

culares para atender a los niños hijos de leprosos, así como a los enfermos prácticamente curados, sea por tratamiento o espontáneamente.

5. El país que tenga lepra endémica debe poseer por lo menos un centro de estudio de la enfermedad, con laboratorio de investigación y cursos especiales para los médicos y sus ayudantes. A falta de un centro de esa clase, los médicos y los ayudantes deben ir a un centro extranjero.

6. El programa de las facultades de medicina debe comprender un curso sobre lepra.

7. Es necesario instruir al público sobre la lepra, por los medios modernos de propaganda y de enseñanza popular.

8. El aislamiento de los leprosos contagiosos es una parte indispensable en la lucha contra la lepra, pero él no puede considerarse como el único medio de profilaxia. Los defectos deben corregirse con medidas complementarias. La segregación no debe aplicarse sino a los enfermos considerados contagiosos.

9. El tratamiento especial, según sea la forma, para dar resultados satisfactorios, debe estar asociado a un régimen alimenticio conveniente y a una buena higiene general.

10. Los remedios recomendados para el tratamiento especial son los aceites del grupo del chaulmoogra, sus esteres y sus jabones.

11. La profilaxia de la lepra debe concebirse dentro del espíritu de la medicina preventiva y de la higiene social.

Bulletins et Mémoires de la Société de Radiologie Médicale de France número 179 Mai 1931 (Séance du 12 Mai 1931)

Présentation de quelques radiographies du docteur Gonzálo Esguerra Gómez, Bogotá (Colombie).

PAR M. LAQUERRIERE

Notre collègue Gómez m'a envoyé un certain nombre de radiographies en vous priant de vous les présenter.

I.—Il a le premier en Colombie expérimenté l'uroselectan et à cette occasion il a observé: un enfant atteint de fistule lombaire à la suite de l'ouverture chirurgicale d'un abcès périnéphrétique; l'examen radiologique montre que l'élimination urinaire se fait exclusivement par le rein du côté opposé tandis que du côté malade il existe un calcul du rein; un homme de 40 ans, obèse, opéré il y a quelques années

pour calculs du rein, présente un récidive, mais cette récidive ne gene pas notablement l'excretion urinaire, les calculs paraissant siéger surtout dans le parenchyme.

II.—On prétendait que dans l'Amérique du Sud les calculs biliaires étaient invisibles par la radiographie en raison de leur constitution chimique spéciale. Or Gómez, comme le prévoyait son maître H. Bécclére, a pu obtenir des images de calculs—il nous envoie des exemples—ce qui lui permet de conclure que, sans préjuger de ce qui se passe au Brésil, les calculs à Bogotá, s'ils lui paraissent moins fréquemment visibles que dans l'Amérique du Nord ou à Paris, sont cependant décelables.

III.—Dans une hernie scrotale il a trouvé le cæcum et l'appendice.

IV.—Il nous envoie également une radiographie d'un sujet présentant, à l'immense majorité des os des mains, des enchondromes volumineux.

V.—Il a rencontré deux cas de céphalée rebelle où la radiographie a révélé de l'osteite d'origine syphilitique insoupçonnée.

Enfin M. Gómez me charge de vous faire part d'un procédé intéressant: en collaboration avec son frère, radiumthérapeute, ils ont eu l'idée originale de vérifier par radiographie la situation des appareils à radium dans le traitement du cancer du col utérin.

Comme vous le voyez notre confrère paraît faire de bonne besogne et ne veut pas laisser oublier qu'il a fréquenté les Services d'electroradiologie de Paris.

LIBROS Y REVISTAS

MEDICINA

DOCTOR ENRIQUE JASO.—*La difteria no faríngea en los vacunados con anatoxina de Ramon.* («La Medicina Ibera», año XV, N.º 709).—Aunque algunos autores afirman que la vacunación con anatoxina de Ramon da la inmunidad al 100 por 100 de los vacunados, la reacción de Schick ha demostrado que esta inmunidad es de 96 por 100. El autor comenta las historias de 4 niños que adquirieron la difteria estando vacunados dos de ellos con 3 dosis, uno con 2 y otro con 1. Estos niños tuvieron una difteria nasal asociada en uno de los casos con difteria bucal y en otro con laringitis.

Del estudio parece deducirse que «en los niños de 1 a 2 años vacunados con anatoxina de Ramon no debe de esperarse encontrar difteria faríngea como expresión del fracaso de la inmunización, sino que en todo caso sería una difteria nasal la forma en que se exteriorizaría este fallo de la vacunación.

Nos parece sin embargo conclusión más importante la de que el ser portador de gérmenes sigue siendo un peligro, aunque el sujeto esté inmunizado, toda vez que bajo la influencia de enfermedades infecciosas diversas o de carencias alimenticias parciales puede descender su índice inmunitario lo suficiente para consentir la explosión de la enfermedad diftérica. Enfermedad que no es más benigna que de ordinario, ya que puede conducir también a la muerte del sujeto, como sucedió en nuestros casos 3 y 4.»

TOPOLEUSKY (GREGORIO).—*Amigdalitis y apendicitis.* («La prensa médica argentina», año XVII, N.º 33, 1931).—Apoyado por un estudio bibliográfico y por una historia clínica personal, el autor deduce lo siguiente:

a) La hipertrofia de las amígdalas y la amigdalitis críptica, guardan estrecha vinculación con los estados apendiculares.

b) En todo proceso apendicular hay que llevar el examen a la región amigdalina antes de proceder a la apendicectomía.

c) Cuando coexiste apendicitis con amigdalitis debe efectuarse la enucleación amigdalar sin más ni más.

d) Para que el tratamiento surta efecto inmediato y mediato, deberá efectuarse la desnucleación extracapsular completa de las amígdalas.

e) La extirpación de las amígdalas enfermas en un proceso apendicular coexistente, si no cura, mejora al menos el cuadro apendicular.

La expedición germano-rusa para el estudio de la sífilis en la república mongólica. («The Journal of the American Medical Association». Abril 4, 1931).—Desde hace mucho tiempo se acusa a la arsphenamina de producir en los sífilíticos un efecto terapéutico meramente aparente y de lanzar el treponema al sistema nervioso, desarrollando rápidamente una tabes o una parálisis general.

Para poder aclarar la cuestión era necesario encontrar un país en donde fuera desconocido el tratamiento por los arsenicales y en donde abundara la sífilis para poder así comprobar si allí esta afección producía menor número de lesiones nerviosas que en los países que tratan a sus enfermos con los arsenicales.

Con este objeto partió una comisión, presidida por el profesor alemán Jessner, para la Mongolia (Siberia), país que se encontraba en las condiciones requeridas. Hechos los estudios con el debido cuidado, regresó la comisión y presentó su informe. De él se desprende que la sífilis en Mongolia, a causa de la falta de tratamiento, adopta terribles manifestaciones e invade los centros nerviosos con la misma frecuencia que en los países civilizados.

BACTERIOLOGIA

M. G. RUBINO (Montevideo) —(Academia de Medicina de París. Sesión del 2 de junio de 1931).—Sero-diagnóstico de la lepra por la aglutino-sedimentación de glóbulos de cordero formolados. Esta reacción se basa en la utilización de los glóbulos de cordero fijados por el formol, los cuales bajo la acción del suero leproso se sedimentan y se aglutinan. Esta reacción es positiva en el 75 por 100 de los leprosos; su positividad depende más de la forma evolutiva de la enfermedad que de la antigüedad de la lesión. Algunas veces es positiva con signos clínicos poco apreciables. Esta reacción hecha con sueros de tuberculosos, sífilíticos, etc., permanece negativa.

A. L. DROCCHI y C. MANZONE, Instituto de maternidad. «100 narcosis con Avertina», «La Semana Médica» 1930, número 36.

D. y M. obtuvieron con una dosis de 0,12 g. de avertina en término medio por kilo, narcosis total en 60%. En 40% se usaba el éter. No se observaron daños post-operatorios, fuera de que la avertina produce una ligera disminución de la presión arterial e hiperemia. La anestesia duró más o menos 3 horas.

E. LESCHKE. «Indicaciones y resultados de la terapia específica en sífilis arterial». «Dermatologische Wochenschrift» 1931, número 1.

El aumento de la sífilis arterial, lo mismo que el de la sífilis nerviosa, no tiene su causa en la salvarsano-terapia; 88% de los casos de E. Leschke no habían sido tratados con salvarsán y en 19% había habido un tratamiento insuficiente o muy tarde. Leschke trató todas las afecciones sifilíticas del corazón y de los vasos, también en insuficiencia del corazón, con salvarsán en combinación con yodo y bismuto. Aplica el yodo por vía intravenosa y el bismuto por vía intramuscular. En los primeros tres años hay que repetir los ciclos de curación con intervalos de medio, tres cuartos y un año, y en el interin debe aplicarse el yodo por vía interna o rectal.

ULMI—«Tratamiento de la Quinino-hemoglobinuria de palúdicos con Plasmoquina». (Giorn. di. clin. med. 1930, tomo 11, número 12).

En un niño de 7 años que toleró bien la Euquinina, produjeron hemoglobinuria las tabletas de quinina; dosis diarias de 0,02 gr. de Plasmoquina hicieron desaparecer completamente la hemoglobinuria después de tres días y se repuso completamente el paciente sin que hubiera habido complicaciones. Un ataque grave de hemoglobinuria se presentó en un hombre de 42 años que había tomado quinina contra ataques resistentes de paludismo; se le aplicaron 0,06 gr. de plasmoquina por día y después de tres días desapareció la hemoglobinuria. Se siguió con la aplicación de plasmoquina en pequeñas dosis. Parecido fue el caso de un hombre de 34 años con la diferencia que en él se puso la plasmoquina por inyecciones (3,2 c. c.); un mes después de haber terminado la medicación con plasmoquina tomó el paciente dos tabletas de quinina y nuevamente se presentó la hemoglobinuria, el estado general se empeoró; una repetición de las inyecciones con plasmoquina mejoró muy rápidamente al paciente.

La plasmoquina se toleró, pues, perfectamente por 3 enfermos, no obstante la idiosincrasia de ellos para la quinina.

ASOCIACION COLOMBIANA DE ESTUDIOS MEDICOS

Un numeroso y selecto grupo de médicos ha venido reuniéndose periódicamente en los salones del Club Médico de Bogotá, con el objeto de constituir una sociedad de estudios y de acción médica cuya falta se hace sentir en Colombia.

En la primera reunión se elaboraron los estatutos los cuales fueron pasados para su estudio a una comisión compuesta por los distinguidos médicos, A. García Maldonado, Pedro E. Cruz, y Ramón Atalaya. En la última se quedó constituida definitivamente la sociedad bajo el nombre de *Asociación Colombiana de Estudios Médicos*. Se aprobaron los estatutos con las modificaciones propuestas por la comisión y se nombró Secretario-Tesoroero al doctor Ricardo Zapata.

Todos los médicos colombianos que se interesen por los fines que persigue la asociación pueden pertenecer a ella. Para mayores datos e informaciones pueden dirigirse al Secretario-Tesoroero doctor Zapata.

ESTATUTOS

I

OBJETO DE LA SOCIEDAD

1. Adelantar, discutir y publicar estudios serios sobre las enfermedades dominantes en Colombia, especialmente las tropicales.
2. Estudiar detenidamente los medios profilácticos y terapéuticos que deban adoptarse entre nosotros contra los principales flagelos de nuestro pueblo: lepra, sífilis, tuberculosis y enfermedades tropicales.
3. La Sociedad se preocupará también de la defensa de la raza y demás problemas con ella relacionados: inmigración, alcoholismo, etc.

4. Luchar por cuantos medios estén a su alcance por la defensa profesional y por la reglamentación del ejercicio de la medicina en Colombia.

5. Tomar la iniciativa para la fundación de obras de previsión social que ayuden pecuniariamente al médico viejo, pobre y enfermo.

6. Contribuir al estudio del problema de la enseñanza médica universitaria.

7. Iniciar y llevar a cabo la formación de la geografía médica del país.

II

DE LOS MIEMBROS DE LA SOCIEDAD

1. La Asociación se compone de socios activos residentes en Bogotá y en los departamentos. No tendrá socios honorarios.

2. Para ser socio se requiere: ser médico colombiano o investigador competente en alguna ciencia auxiliar de la medicina;

Ser admitido en votación secreta en sesión extraordinaria u ordinaria, citada especialmente para tal fin, por lo menos con las tres cuartas partes de los votos de los socios asistentes a dicha sesión.

Presentar por escrito un trabajo original e inédito, que sea aprobado por la Asociación;

Y cubrir la cuota de entrada.

3. Son deberes de los socios: cumplir fielmente los estatutos; desempeñar debidamente las comisiones que se le señalen y pagar oportunamente sus cuotas.

Presentar mensualmente una historia u observación clínica personal.

III

DE LAS DIRECTIVAS

1. La dirección de la Sociedad residirá en Bogotá y estará compuesta por un presidente y un secretario-tesorero.

2. La presidencia será rotatoria para cada sesión y seguirá el orden alfabético de los asistentes.

3. Son deberes del presidente: dirigir las sesiones; nombrar, de acuerdo con los socios, las comisiones a que haya lugar, excep-

to las permanentes y hacer cumplir el reglamento de la Asociación.

4. Cuando el presidente en ejercicio durante una sesión desee tomar parte activa en la discusión de algún asunto, llamará en su reemplazo a quien corresponda por orden alfabético de los asistentes.

5. Son deberes del secretario-tesorero: llevar un libro de actas; llevar las cuentas de la Asociación y rendir un informe de ellas mensualmente; llevar la correspondencia y el archivo; presentar al fin de su período un informe sobre la marcha de la Asociación y citar a los socios a las reuniones extraordinarias y a las ordinarias cuando en ellas se discuta la admisión de nuevos socios.

IV

FUNCIONES DE LA SOCIEDAD

1. La Asociación tendrá reuniones ordinarias el primero y el tercer viernes de cada mes, a las 9 p. m. en el local convenido en la sesión anterior. Cuando haya motivo justificado el secretario podrá citar a reuniones extraordinarias.

2. Siete socios formarán el quorum indispensable para las reuniones. Se considerará mayoría la mitad más uno.

3. Cuando un socio no pueda asistir a la reunión deberá excusarse con el secretario-tesorero. Si algún socio de Bogotá deja de asistir a las sesiones por más de seis meses sin excusarse, se considera que quiere retirarse de la Sociedad y perderá de hecho sus intereses en ella.

También perderán sus derechos los socios que renuncien a la Sociedad o que no paguen oportunamente sus cuotas o por muerte del socio.

4. Como la base de la eficiencia en el trabajo está en la colaboración y en el mutuo apoyo, la Sociedad tendrá las siguientes comisiones permanentes y las demás que la Sociedad estime convenientes, las cuales obrarán armónicamente:

Dos comisiones clínicas: una médica y otra quirúrgica.

Una de bacteriología, parasitología y anatomía patológica.

Una de física, química, fisiología, medicina legal y toxicología.

Una de radiología y fisioterapia.

Insuficiencias Hepaticas

ANEMIAS

Reconstitución de los
GLOBULOS ROJOS

**ADULTOS
E
INFANTES**
Ninguna
Contra Indicación

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

-Presentacion -

ADULTOS: Cajas de 6 ampolletas

1 Ampolla 10^{cc.} 125 grs. de higado

INFANTES: Caja de 12 ampolletas

1 Ampolla 2^{cc.} 25 grs. de higado

- DOSIS -

1 a 3 ampolletas por dia

**ABSORCION
FACIL**

**TOLERANCIA
PERFECTA**

CON EL

Hepatrol

EN AMPOLLAS

BEBIBLES

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

Anemias Palustres

ARSAMINOL

(Sal aen ical 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».

SIFILIS

Pian - Tripanosomiasis - Botón de Oriente - Paludismo

FORMAS:

Ampolla de "ARSAMINOL"

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

Aaminol 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:

NDRES SEYS & PNNIER

APARTADO 1063 - BOGOTA

Una de deontología y defensa profesional.

Una de higiene, lucha preventiva y profilaxia y geografía médica.

Habrà también una comisión para las diversas especialidades médicas y quirúrgicas.

V

DE LOS FONDOS DE LA SOCIEDAD

1. Como la Sociedad necesita de fondos para subvenir a los gastos de publicaciones, de campañas y de estudios, impondrá a los socios una cuota inicial de \$ 25.00 y una cuota anual de \$ 12.00 del segundo año en adelante.

2. Las cuotas anuales deberán ser consignadas en el curso de los dos primeros meses de cada año o por semestres anticipados.

3. La cuota inicial deberá ser cubierta antes del 1º. de septiembre del presente año, para los socios fundadores y en el primer mes después de la admisión para los demás socios.

VI

DE LAS PUBLICACIONES

1. La REVISTA MEDICA DE COLOMBIA servirá de órgano oficial a la Sociedad.

2. Figurarán como colaboradores de esta Revista todos los socios de la Asociación.

3. La Revista preferirá para su publicación los trabajos autorizados por la Sociedad.

4. Los gastos extraordinarios que puedan tener los trabajos hechos por los socios, tales como clisés, cuadros, planchas, etc., estarán a cargo de la Revista.

5. La Sociedad pagará a la Revista una subvención consistente en su déficit mensual, siempre que éste no exceda de \$ 50.00.

6. Si la publicación de la Revista no deja déficit, no se le dará subvención.

7. Los directores de la REVISTA MEDICA DE COLOMBIA presentarán mensualmente sus cuentas al secretario-tesorero y a la Sociedad, si ésta lo exige.

8. Los canjes de la Revista estarán a la disposición de todos los socios.

NOTAS VARIAS

AFORISMOS escritos en los muros del anfiteatro del servicio Francisco Cabrera, del *Hospital Maciel, de Montevideo*:

El médico no se forma en los libros sino en las salas del hospital.

Es más útil para un estudiante pasar una mañana a la cabecera de un enfermo que repasar un manual de patología.

El estudiante se arrepentirá siempre de haber faltado al hospital por haber perdido una ocasión de aprender que no volverá a tener en su vida.

Mientras más observes, escuches y palpes, más aprendes. Los conocimientos así adquiridos se gravan mejor y por consiguiente se olvidan menos.

Mientras más observes, más ves; mientras más interrogues tus enfermos, más te acercas a la clínica.

NOMBRAMIENTOS EN LA FACULTAD DE MEDICINA

Por decreto del Poder Ejecutivo han sido hechos los siguientes nombramientos en la Facultad:

Profesor titular de la cátedra de clínica obstétrica, doctor José del C. Acosta.

Profesor titular de la cátedra de medicina operatoria, doctor Manuel V. Peña.

Profesor titular de la cátedra de obstetricia, doctor Víctor D. Rodríguez Aponte.

Profesor interino de la cátedra de anatomía, primer año, doctor Darío Cadena.

Profesor interino de la cátedra de anatomía, segundo año, doctor Andrés Bermúdez.

Profesor interino de la cátedra de anatomía patológica, doctor Juan Pablo Llinás.

DIRECTOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE SAMPER Y MARTINEZ

El Poder Ejecutivo acaba de nombrar como Director del Instituto Nacional de Higiene al doctor Pedro José Almánzar. Dada la enorme importancia que tiene para el país esta institución, el nombramiento del doctor Almánzar para Director constituye un verdadero acierto del Gobierno.

LA SALUD DEL DOCTOR POMPILO MARTINEZ

Nuestro maestro y gran cirujano doctor Pompilio Martínez sufre quebrantos de salud que por fortuna no parecen de mucha gravedad. Le deseamos una pronta reposición para bien de la cirugía colombiana.

LEON LORTAT JACOB

La prensa de París nos trae la nueva de la muerte del viejo y venerable maestro. Discípulo de Dejerine, Jeanselme, Marcel Labbé, Landouzy, Jaquet y Tenneson, dedicó su larga vida al estudio y a la investigación. Su tesis sobre *el yodo y los medios de defensa del organismo* se ha hecho clásica. Entre sus innumerables publicaciones merecen citarse sus monografías sobre *las ciáticas* y *la sífilis medular*. Lortat Jacob fue el creador de la crioterapia. Francia pierde con él uno de sus mejores valores científicos.

INFORME DEL DOCTOR VICTOR J. PIÑEROS

Hemos recibido en un bien editado folleto el interesante informe que rinde el Director del Dispensario sobre la marcha de dicha institución y sobre las reformas que él juzga indispensable establecer para obtener mejores resultados en esta campaña social.

Sentimos verdaderamente no haber podido hacer un extracto de este trabajo por falta absoluta de espacio, pero prometemos dar a conocer a nuestros lectores la labor realizada por el doctor Piñeros en la dirección del Dispensario.

LABORES DE LA ASOCIACION COLOMBIANA DE ESTUDIOS MEDICOS

En las primeras sesiones de esta Sociedad se han determinado las comisiones establecidas por los estatutos para asegurar así la eficiencia en los trabajos que se propone realizar. Estas comisiones son las siguientes:

Comisión Médica

- » Quirúrgica
- » Bacteriológica
- » Parasitológica
- » Anatomo-patológica
- » Física y Química
- » Medicina legal y toxicología
- » Fisiología
- » Radiología y fisioterapia
- » Geografía médica
- » Higiene y asistencia pública
- » Defensa profesional
- » Previsión social médica
- » Profilaxia de la tuberculosis
- » Profilaxia de la sífilis
- » Profilaxia de la lepra
- » Prensa

Varios socios están ya inscritos en estas comisiones.

Los médicos del país que deseen estudiar alguna de estas materias pueden hacer su petición para ingresar en la Sociedad de acuerdo con los estatutos publicados en el presente número.

PRIMER VOLUMEN

Con este número completamos el primer volumen de nuestra publicación. Aprovechamos esta ocasión para recordar a nuestros abonados que es tiempo de renovar la suscripción, si desean seguir recibiendo esta Revista, pues tenemos por norma enviarla únicamente a las personas que hayan pedido la suscripción y hayan cubierto su valor.

INDICE GENERAL DEL TOMO PRIMERO

DE LA

REVISTA MEDICA DE COLOMBIA

AÑOS 1930-1931

TRABAJOS ORIGINALES

	<i>Págs.—No.</i>
AMIGDALECTOMIA por disección de la glándula (Método americano); por el doctor Agustín Arango.....	291-V
AMIGDALAS PALATINAS. El problema de las; por el doctor Agustín Arango	591-IX
ASFIXIA por el óxido de carbono y su interés en medicina legal; por el doctor Guillermo Uribe Cualla.	143-III
ARTRITIS GONOCOCCICAS. El cloruro de calcio en las; por el doctor Enrique Chaux (de Popayán).....	514-VIII
BERIBERI; por G. H. Roger (de París).....	549-IX
CERTIFICADO PRENUPCIAL; por el doctor Arturo García M.	159-III
CESAREA SEGMENTARIA. Ventajas de la operación; por el doctor José del C. Acosta.	129-III
CIRUGIA ESTETICA de la nariz; por el doctor Arcadio Forero (de Buenos Aires).....	341-VI
CURIETERAPIA TERINA. El control radiográfico en la;—por los doctores Alfonso y Gonzalo Esguerra Gómez	203-IV
DERMATOMICOSIS circinada; por el doctor Manuel José Silva	511-VIII
DIFTERIA EN EL TROPICO. Consideraciones epidemiológicas de la; la prueba de Schick y el portador diftérico, por los doctores A. Peña Chavarría e I. Moreno Pérez.	500-VIII
DIFTERIA. Estudio bacteriológico de una epidemia local de—en el Hospital de San Juan de Dios; por el doctor Pedro J. Almanzar.....	777-XII
ENDOMETRITIS PERPERALES. El tratamiento de	

	<i>Págs.—No.</i>
las por los antivirus de estreptococo; por el doctor Carlos J. Mojica.....	640-X
ESCROFULODERMA tubero ulcerosa; por el doctor Manuel José Silva.....	234-IV
ESTENOSIS hipertrófica congenital del piloro. Un caso de; por los doctores Carlos Acosta García y Alfonso Vásquez Mejía.....	787-XII
ETILENO. El; por el doctor Gonzalo Esguerra Gómez..	370-VI
EXTRACCION PLACENTARIA. A propósito de la; post-abortiva; por el doctor Alfonso ribe ribe. ...	29-I
FALSOS ECZEMAS micósicos; por el doctor Manuel José Silva	677-X
FIEBRE BOTONOSA. Por P. Durand (de Túnez).....	706-XI
FIST LAS. Nuevo tratamiento de las—por las sustancias esclerosantes; por el doctor Roberto Restrepo (de Manizales).	718-XI
FRAMBOESIA TROPICA; por el doctor Manuel José Silva	454-VII
HERNIA INGUINAL Un caso de, derecha, en el cual el ciego y el apéndice se encontraban en el escroto; por el doctor Gonzalo Esguerra Gómez.....	150-III
INFORME sobre «El control radiográfico en la curieterapia uterina»; por el doctor Juan N. Corpas.....	222-IX
INFORME sobre el «Nuevo tratamiento de las fístulas por las sustancias esclerosantes»; por el doctor Juan N. Corpas.	725-XI
INTOXICACION POR VERONAL. n caso de; por los doctores Nicolás Torres Barreto y Luis M. Ferro D.	448-VII
LEISHMANIOSIS cutánea de formas ulcerosa simple y nodular ulcerosa; por los doctores Camilo Borrego y Arturo Campo Posada.....	791-XII
LEPRA. Contestación a un cuestionario hecho por el doctor Federico Lleras Acosta al doctor E. A. Mesa P., médico del Lazareto de Contratación	1-I
LEPRA. Las leyes de Mendel en la herencia de la; por el doctor E. A. Mesa P.	65-II
LEUCODERMIA escamosa de origen específico; por el doctor Manuel José Silva.	155-III
MALARIA. El parásito de la—es intra o extracelular?;	

por el doctor Rubén García	26-I
MENINGO ENCEFALITIS difusa. Estudio de un caso; por el doctor Maximiliano Rueda.....	672-X
METABOLISMO BASAL. Consideraciones elementales sobre el; por el doctor César ribe Piedrahita, 14-I, 79-II, 134-III, 224-IV.	460-VII
METRITIS HEMORRAGICA de una virgen tratada quirúrgicamente; por el doctor Néstor Santacoloma. .	239-IV
MICOSICOS y epidermoficias. Síndromes; por los doctores Manuel José Silva y Pedro J. Almánzar.....	564-X
NAEVI VASC LARES verrugosos; por el doctor Manuel José Silva.....	365-VI
NEFROPIELOGRAFIA. n caso de—examinado con ayuda de la inyección intravenosa de uroselectan; por el doctor Carlos Trujillo Venegas.	359-VI
NEFROPIELOGRAFIA. Algunas consideraciones sobre el abrodil como medio de contraste en la; por el doctor Carlos Trujillo Venegas.	438-VII
NEFROPIELOGRAFIA. Nuevo procedimiento para la exposición radiológica de las vías urinarias; por el doctor Gonzalo Esguerra Gómez	284-V
NEURALGIAS DEL TRIGEMELO. La ionización de aconitina en las; por el doctor Gonzalo Reyes García .	413-VII
PATOLOGIA INTESTINAL. Tres casos de difícil diagnóstico en la—bien aclarados por la radiografía; por el doctor Jorge Rosas Cordovez... ..	85-II
PESTE BOBA de los terneros en el Valle del Cauca; por Francisco Virviescas.	570-IX
PEROXIDO DE NITROGENO. El, en obstetricia; por el doctor Carlos J. Mojica.....	18-I
PLATANO. El; por el doctor A. M. Barriga Villalba. .	228-IV
PIAN. El, en Florencia (Caquetá); por el doctor Luis A. González García (de Gigante)	299-V
POLIOMIELITIS AGUDA Sobre la posibilidad de un tratamiento biológico para la—o parálisis infantil; por el doctor Calixto Torres Umaña.	625-X
RINOSCLEROMA. Histología patológica del; por los doctores Daniel Brigard Herrera y Juan Pablo Llinás..	277-V
SARCOMA ENDONASAL; por el doctor A. Forero....	424-VII

	<i>Págs.—No.</i>
SICOSIS piógena de la barba; por el doctor Manuel José Silva	89—II
SIFILIDES TERCIARIAS; por el doctor Manuel José Silva y el señor Camilo Borrego.....	297—V
SIFILIDES ZONIFORMES; por el doctor Manuel José Silva	737—II
SUERO CITRATADO DE NORMET. El—en el tratamiento de las hemorragias graves y de los estados de shock; por el doctor Hernando Matallana L.	23—I
TUBERCULOSIS. Sobre un caso de—estenosante del píloro y su diagnóstico radiológico; por el doctor Enrique Otero O.	508—VIII
TRICOFICIA en cucarda; por el doctor Manuel José Silva	596—IX
TRIPANOSOMA. Notas sobre un—de los bovinos de Colombia; por el doctor César Uribe Piedrahita.	701—XI
VACUNACION <i>antidiftérica</i> ; por el doctor Darío Cadena C.	356—VI
VACUNACION ANTIDIFTERICA en Bogotá; por los doctores A. Peña Chavarría, O. Vargas e I. Moreno Pérez.....	580—IX
VACUNACION ANTITIFICA por vía oral; por los doctores A. Peña Chavarría y Roberto García Zuñiga.	727—XI
VENA SALVATELA. Bibliografía anatómica de la; por el doctor José V. González....	804—XII
VESIC LA BILIAR; Algo más sobre la radiología de la; por el doctor Gonzalo Esguerra Gómez.....	575—IX
VITAMINAS. Considerations generales sur les—et les avitaminosis; por G. H. Roger (de París).	485—VIII

EDITORIALES

Asistencia médica y protección social; por la Dirección..	680—X
Antigenismo; por la Dirección.....	94—II
A los estudiantes; por la Dirección.....	464—VII
Beneficencia en Bogotá; por la Dirección.....	242—IV
Encuesta al profesorado de la Facultad de Medicina; por la Dirección.....	161—III
Facultad de Ciencias naturales del Colegio del Rosario;	

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIS

PREMIO ORFILA
1872



PREMIO DESPORTES
1904

DIGITALINE NATIVELLE

CRISTALIZADA

**Obra más regularmente que todas
las preparaciones de Digital**

Gránulos al 1/10 de miligramo. — Solución al milésimo.
Ampollas al 1/4 de miligr. para inyecciones intramusculares.
Ampollas al 1/5 de miligr. para inyecciones intravenosas.

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession — PARIS (XV^e)

Draeger

TRICALCINE

RECONSTITUYENTE

EL MÁS PODEROSO = EL MÁS CIENTIFICO = EL MÁS RACIONAL



MEDICACIÓN

LA MAS EFICAZ PARA EL TRATAMIENTO DE

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

TRICALCINE

A BASE DE SALES CALCICAS CONVERTIDAS EN ASIMILABLES

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA . 21. RUE CHAPTAL . PARIS. 9^e

COLI-ENTERO VACUNA CLIN BUCAL

Ampollas de 5 cc. de concentración microbiana uniforme

CONCENTRACION ELEVADA EN ESPECIES MICROBIANAS
SELECCIONADAS DE MODO CUIDADOSO Y RENOVADAS
FRECUENTEMENTE

Composición constante — Tolerancia perfecta
Conservación ilimitada

Laboratorios CLIN-COMAR & Cía , 20 rue des Fossés-St. Jacques-PARIS 5

Agentes Generales: ANDRES SEYS & PANNIER, calle 16, número 99
Teléfono 31-93 —BOGOTA

SPASMOSÉDINE

ANTIESPASMODICO



SEDANTE NERVIOSO

Comprimidos glutinizados Feniletilmalonitúrea, Br. de Quinina, Cratægus
El primer sedativo y antiespasmódico puesto a punto especialmente para la
terapéutica cardiovascular

LABORATORIOS DEGLAUDE (Medicamentos cardíacos especializados) PARIS

	<i>Págs.—No.</i>
por el doctor César Uribe Piedrahita.....	517-VIII
Facultad de Medicina. La; por la Dirección.....	600-IX
Nuestros propósitos; por el doctor Ramón Atalaya.....	36-I
Orientaciones científicas; por el doctor Alejandro Villa Alvarez.....	302-V
Organización del ejercicio de la medicina; por la Direc- ción.....	393-VI
Colegios Médicos; por el doctor Ricardo Zapata.....	740-XI
Un año de laboree; por el doctor Ramón Atalaya.....	773-XII

DEONTOLOGIA

SECCION A CARGO DEL DOCTOR DARIO CADENA C.

Introducción.....	40-I
Reglamentación del ejercicio de la medicina en Colom- bia..... 98-I,	51-I
Reglamentación de las farmacias, 165-III, 245-IV.....	304-V
Educación del médico, 396-VI.....	467-VII
Instalación del médico, 520-VIII, 602-IX.....	684-X
Juntas médicas.....	745-XI
Secreto profesional.....	807-XII

TERAPEUTICA RAZONADA

SECCION A CARGO DEL DOCTOR AGUSTIN ARANGO

Gastralgia.....	42-I
Trastornos de la movilidad gástrica.....	101-XI
Trastornos de la inervación gástrica.....	102-XI
Insuficiencia gástrica.....	103-II
Regímenes alimenticios en las enfermedades del estómago	169-III
Diarreas de origen digestivo.....	248-IV
Antisépticos del tubo digestivo.....	309-V
Insuficiencia pancreática.....	399-VI
Hemorragias del tubo digestivo.....	470-VII
Anemia y clorosis.....	523-VII
Arteritis.....	524-VIII
Medicación cardio-vascular.....	606-XI
Diuréticos.....	608-IX
Obesidad (su tratamiento).....	687-X

	<i>Págs.—No.</i>
Cólicos hepáticos.....	748—XI
Colitis.....	811—XII
Parásitos intestinales.....	812—XII

CRONICAS DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

SECCION A CARGO DE LOS DOCTORES GUILLERMO LARGACHA Y ARTURO CAMPO POSADA

Agosto de 1930.....	47—I
Septiembre 1930.....	125—II
Octubre 1930.....	188—III
Noviembre 1930.....	157—IV
Diciembre 1930.....	314—V
Enero de 1931.....	402—VI
Febrero de 1931.....	473—VII
Marzo de 1931.....	530—VIII
Abril de 1931.....	610—IX
Mayo de 1931.....	689—X
Junio de 1931.....	750—XI
Julio de 1931.....	815—XII

Crónica científica del Hospital

CESAREA POST-MORTEM (un caso clínico); por el doctor Guillermo Largacha.....	190—III
ANALGESIA OBSTETRICA. Primeras aplicaciones de un nuevo método de; por el señor Guillermo Largacha.....	257—IV
MATRIZ BIDEFSA (un caso clínico interesante); por el señor Guillermo Largacha.....	314—V
ESPLENECTOMIA. (Un caso clínico interesante); por el señor Guillermo Largacha.....	402—VI
NEOPLASMA PULMONAR. (Error de diagnóstico en un caso clínico); por el señor Guillermo Largacha.....	473—VII
TUBERCULOSIS Y CANCER. (Estudio de un caso); por el señor Arturo Campo Posada.....	610—IX
TUBERCULOSIS EPIDIDIMARIA. Un caso de; por los señores César Tello y Arturo Campo Posada.....	689—X
ARTROPLASTIA modelante; por el señor Arturo Campo Posada.....	815—XII

CRONICAS DEL HOSPITAL SAN JOSE

SECCION A CARGO DE LOS SEÑORES HECTOR PEDRAZA Y ENRIQUE BOTERO MARULANDA

	<i>Págs.—No.</i>
Agosto de 1930.	59-I
Septiembre de 1930.	127-II
Octubre de 1930.	191-III
Noviembre de 1930.	260-IV
Diciembre de 1930.	317-V
Enero de 1931.	405-VI
Marzo de 1931.	534-VIII
Abril de 1931.	618-IX
Junio de 1931.	753-XI

Crónica científica del Hospital

PARALISIS ASCENDENTE o enfermedad de Landry; por el señor Héctor Pedraza.	127-II
SARCOMA DE LA PARED ABDOMINAL; por el se- ñor Enrique Botero Marulanda.	405-VI
SUERO HIPERCULORRADO. El—como tratamiento adyuvante de una hernia estrangulada; por el señor Enrique Botero Marulanda.	534-VIII
OSTEOSINTESIS DE LA TIBIA; por el señor Enri- que Botero Marulanda.	618-IX
MATRIZ RUDIMENTARIA. Un caso de; por el señor Enrique Botero Marulanda.	753-XI

TESIS Y TRABAJOS NACIONALES

Contribución al estudio de los grupos sanguíneos en Co- lombia (Tesis). Doctor José Antonio del Río.	61-I
La operación cesárea transperitoneal segmentaria (Tesis) Doctor Luis M. Ferro.	262-V
El esfigmograma humeral en las insuficiencias aórticas (Tesis). Doctor Nicolás Arciniegas.	263-IV
Algunos apuntes sobre maternidad y puericultura (Te- sis). Doctor Vicente Emilio Gaviria.	264-IV
Etude clinique des porteurs de germes amibiens (Tesis). Doctor Hernando Anzola Cubides.	480-VII
Predeterminación experimental de los sexos. Doctor Clí-	

	<i>Págs.—No.</i>
maco A. Vargas.	755—XI
Saneamiento de la región palúdica de San Cayetano. Doctor Luis Patiño Camargo.	756—XI
Informe de la comisión sanitaria que visitó a Muzo. Doctores Jorge E. Delgado y Ernesto Osorno Mesa... ..	757—XI
Úlcera varicosa y estado actual de su tratamiento (tesis). Doctor Jesús María Echeverri.	757—XI
Algunas manifestaciones de lepra de localización no simétrica; por los doctores A. Peña Chavarría y Francisco de P. Barrera.	820—XII
La lepra y la Sociedad de las Naciones; por el Director General de Lazaretos.	820—XII
Presentación de algunas radiografías del doctor Gonzalo Esguerra Gómez; por M. Laquerriere.	821—XII

CRONICAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Propiedades generales de la materia viva.	G. H. Roger
Cambios entre las células y los líquidos que las rodean.	G. H. Roger
Reglas que presiden al desarrollo de los sexos.	G. H. Roger
Fenómenos vitales.	G. H. Roger
Influencia de los agentes cósmicos sobre la vida.	G. H. Roger
Hidratos de carbono.	G. H. Roger
Absorción de los hidratos de carbono.	G. H. Roger
P. H. sanguíneo.	G. H. Roger

LIBROS Y REVISTAS

MEDICINA

Adrenalina. Contraindicaciones de la,—en las lesiones pulmonares. Doctor Marañón.	45—I
Autohemoterapia. Peligros graves de la—practicada sin diagnósticos rigurosamente comprobados. R. S. Jouan.	535—VIII
Avertina. Narcosis con la—en obstetricia; Reed.	698—X
Avertina. Cien narcosis con; A. L. Drocchi y C. Manzone.	824—XII
Bronconeumonía. Tratamiento de la,—infantil; Jean Levesque.	537—VIII
Ciática. Diagnóstico de una; Pablo Lageze.	265—IV
Difteria nó faringea en los vacunados con la Anatoxina de Ramón; doctor E. Jaso.	823—XII



Tripaflavina

Cloruro de 3'-6-diamino-10-metilacridina

Antiséptico quimioterápico
de energías propiedades bactericidas

Indicaciones especiales:

Cistopielitis, peritonitis,
toda clase de enfermedades sépticas,
gripe, encefalitis, gonorrea, etc.

Prescribese:

Tripaflavina tabletas

Para inyecciones:

Ampollas con solución al 0,5—2 por 100

Embalaje original



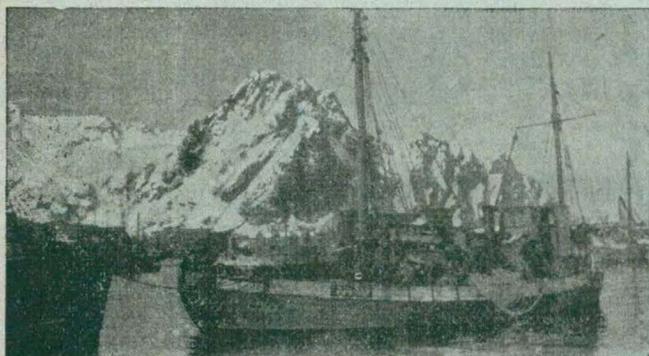
Para muestras y literatura científica favor dirigirse a
LA QUIMICA INDUSTRIAL *Bayer Meister-Lucius*
WESKOTT & Cía.
APARTADO 301 - BOGOTA

Indigestión

o buena asimilación

A ESTO se reduce muchas veces el problema entre el empleo del aceite de hígado de bacalao, o de una perfecta emulsión.

Porque en muchos de los casos, los individuos que necesitan este valioso aceite, difícilmente pueden digerirlo en su forma



Barco pesquero típico Noruego, dedicado a la pesca del bacalao en las aguas de Balstad, Islas Lofoten, y sus cercanías

natural. Mientras que en la Emulsión de Scott el más puro aceite perfectamente refinado, se ofrece al organismo en forma relativamente fácil de digerirse y absorberse.

Para corregir ciertas fases de deficiencia en el metabolismo y abastecerle de valiosas vitaminas, nuestro producto merece su completa confianza.

EMULSION DE SCOTT

SCOTT & BOWNE, BLOOMFIELD, N. J., E. U. A.



	<i>Págs.—No.</i>
Eczema. Las enfermedades del metabolismo en la pat. del. Escudero	476—VII
El malestar de nuestra profesión; Enrique Boero.	539—VIII
Fiebre tifoidea. Tetania en el curso de la; Ch. Gardere y Jaques Saboye.	535—VIII
Infección puerperal. Los arsenicales en el tratamiento profiláctico y curativo de la; Alfonso Vásquez Mejía. .	363—XI
Hemogregarina hominis. Infección por; Raúl Picón.	764—XI
Litiasis biliar. Patogenia de la; Santiago Carro.	622—IX
Lepra. Suerodiagnóstico; por M. G. Rubino.	824—XII
Lepra. El tratamiento moderno de la—en los principales centros de leprología; Souza Araújo.	698—IX
Malarioterapia. Nuevos progresos de la; Deecks.	698—IX
Neuralgias del trigemelo. El tratamiento de las—con tri- cloretileno; Glaser.	621—IX
Paludismo. Hemoglobinuria; por Ulmi.	825—XII
Petites cliniques. Luis Ramond.	536—VIII
Ptoisis intestinal. A propósito de la—de los tuberculosos; I. Guerder Pedoja y L. Kalmar.	320—V
Paludismo. La influencia del—sobre la resistencia del or- ganismo a la infección tuberculosa; K. N. Kiriasidis. . .	07—VI
Paludismo. Algunas observaciones sobre el; W. Hiller. . .	621—IX
Peritonitis. Tratamiento de la hipotensión en las; A. Faber.	623—IX
Reumatismo agudo. Etiología y transmisibilidad del; Du- que Sampayo y López Morales.	700—IX
Reacción de Dick en la profilaxia de la infección puer- peral; Baird.	319—V
Sífilis retardadas; Raoul Bernard.	623—IX
Sífilis en Mongolia.	824—XII
Sífilis arterial y su terapia; por E. Leschke.	825—XII
Suero-salvarsán-terapia. Nuevos progresos de la; R. Rotter.	697—X
Tuberculosis. El clorhidrato de colina o biocolina en el tratamiento de la; Clemente Ferreira.	697—X
Tos ferina. Doce casos de—y sus complicaciones trata- dos por lavativas de éter y aceite de olivas; Martí- nez y Agrello.	408—VI
Ultra-rojos. Importancia de los rayos—respecto a la sus-	

	<i>Págs.—No.</i>
tancia antirraquítica; Hirsch y Kellner.	621-IX
Zona. La glándula pituitaria en el tratamiento del; Sidlick.	408-VI
<i>CIRUGIA</i>	
Amigdalitis y apendicitis; G. Topolewsky.	823-XII
Apendicitis. El tratamiento de la—aguda en el niño; G. Masabuau.	764-XI
Apendicitis aguda. Dos casos de, de origen sifilítico. G. Evans y E. Rowlands	269-IV
Apendicitis paratífica; Rosenthal.	408-VI
Angina de pecho. Estado actual del tratamiento quirúrgico de; Danielopolu.	477-VII
Artrodecis del raquis en la escoliosis; M. Fevre y R. Bureau.	476-VII
Adenoma. Hiperinsulismo por—de las células B. del páncreas. D. Carr.	700-X
Cáncer del intestino delgado; F. Rankin y Ch. Mayo.	409-VI
Cáncer. Inmunidad en el; Lundsden.	765-XI
Cáncer. Ensayo de una teoría físico-química; Woog.	536-IX
Colecistitis; A. C. Nickel y E. Starr Judd.	268-IV
Diagnostic urgent; Mondor.	537-VIII
Frenicectomía. Indicaciones y resultados de la—en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar: Laurent Carrier y Caussimon.	270-IV
Gastroenterostomía. Indicaciones de la; Víctor Pauchet.	624-IX
Hermafroditismo. Un caso de—tubular. Walawelski.	478-VII
Mal de Pott. El líquido céfaloraquídeo en el. L. Docimo.	765-XI
Muerte post-operatoria. Las causas de la; H. Neuhof y A. H. Aufses.	270-IV
Oclusión intestinal. Los accidentes de la—y los medios de combatirla. M. A. Gosset, L. Binett, D. Petit-De-taillis.	49-I
Raquianestesia. Muerte por. Falk.	624-IX
Úlcera gástrica. Investigación sobre la acción de los rayos de Roentgen de gran longitud de onda en la	321-V
<i>MEDICINA LEGAL</i>	
Delitos de sangre. Contribución a la profilaxia de los; G. Uribe Cualla.	46-I
Infanticidio; Arturo A. Puntel.	764-XI

RADIOLOGIA

	Págs. - No.
Campiodol in visualisation of body cavities; Glaser.....	479-VII
Menstruals headaches; Martin	479-VII
Peritonitis. Importancia del examen radiológico en los casos de—difusa o localizada; A. Westerborn.....	766-XI
Piorrea alveolar. Diagnóstico precoz de la—por medio de los rayos X; Sedgindise.	320-V

VARIOS

Bacilo de Eberth. El ciclo evolutivo del—y de los bacilos paratíficos in vitro e in vivo-formas filtrantes. Paul Hauduroy.	318-V
Ormona pancreática. Aislamiento de una nueva—reguladora de la actividad del vago; D. Santenoise. H. Verdier y M. Vidacovitch.	407-VI
Insectos y artrópodos nocivos para el hombre y los animales en Colombia; Lawrence H. Dunn	321-V
Garrapatas. El papel patógeno de las; Nutal.	766-XI
Flora parasitológica colombiana; Uribe Piedrahita.....	57-I
Asociación Colombiana de Estudios Médicos. Estatutos.	826-XII

INDICE GENERAL DE AUTORES

Acosta José del C., 129-III.
Almánzar Pedro J., 564-IX.
Arango Agustín, 42-I, 101-II, 169-III, 248-IV, 291-V, 309-V, 399-VI, 470-VII, 523-VIII, 591-IX, 606-IX, 687-X, 748-XI.
Atalaya Ramón, 36-I.
Brigard Herrera Daniel, 277-V.
Borrego Camilo, 297-V.
Botero Marulanda Enrique, 405-VI, 534-VIII, 618-IX, 753-XI.
Barriga Villalba A. M., 228-IV.
Cadena Darío, 40-I, 51-I, 98-II, 161-III, 165-III, 245-IV, 304-V, 356-VI, 396-VI, 467-VII, 520-VIII, 602-IX, 684-X, 745-XI.
Camacho Guillermo, 526-VIII.
Campo Posada Arturo, 610-IX, 689-X.
Corpas Juan N., 222-IV, 725-XI.
Chaux Enrique, 514-VIII.
Durand P., 706-XI.
Esguerra Gómez Alfonso, 203-IV.

- Èsguerra Gómez Gonzalo, 150-III, 203-IV, 284-V, 370-VI, 575-IX.
Forero A., 341-VI, 424-VII.
Ferro Luis M., 448-VII.
García Rubén, 26-I.
García Martínez Arturo, 159-III.
García Zuloaga Roberto, 727-XI.
González García Luis A., 299-V.
González José V.
Largacha Guillermo, 190-III, 257-IV, 315-V, 402-VI, 473-VII
Llinás Juan Pablo, 277-V.
Mesa P. E. A., 1-I. 65 - II.
Mojica Carlos, 18-I, 65-II. 640-X.
Matallana L. Hernando, 32-I.
Moreno Pérez I., 500-VIII. 580-IX,
Otero O. Enrique, 508-VIII.
Peña Chavarría A., 500-VIII, 580-IX, 727-XI.
Pedraza Héctor, 127-II, 191-III.
Rosas Cordovez Jorge, 85-II.
Roger G. H., 107-II, 172-III, 251-IV, 485-VIII, 549-IX.
Reyes García Gonzalo, 413,-VII.
Rueda Maximiliano, 772-X.
Restrepo Roberto, 718-XI.
Silva Manuel José, 89-II, 155-III, 234-IV. 297-V, 365-VI, 454-VII,
511-VIII, 564-IX, 596-IX, 677-X, 737-XI.
Santacoloma Néstor, 239-IV.
Trujillo Venegas Carlos, 359-VI, 438-VII.
Torres Barreto Nicolás, 448-VII.
Torres Umaña Calixto, 625-X.
Uribe Piedrahita César, 14-I, 61-I, 79-II, 134-III, 224-IV, 460-VII,
517-VIII, 701-XI.
Uribe Uribe Alfonso, 29-I.
Uribe Cualla Guillermo, 143-III.
Vargas O., 580, IX.
Virviescas Francisco, 570-IX.
Villa Alvarez Alejandro, 302-V.
Zapata Ricardo, 740-XI.

Para Terapia Ultravioleta

Una Lámpara VICTOR de Cuarzo a Precio Económico

LA NUEVA Lámpara Victor de Cuarzo Modelo "D" para Rayos Ultravioletas representa una adición a nuestro surtido de lámparas y viene a satisfacer la demanda de parte de la profesión médica de un generador de rayos ultra-violetas práctico y eficiente, a precio bajo.

La Lámpara Victor Modelo "D" posee un arco de mercurio cuyo espectro contiene en cantidad suficiente las radiaciones de la intensidad apropiada para producir efectos biológicos de importancia. El promedio de tiempo requerido para producir un eritema ligero, con la Lámpara Modelo "D" a una distancia tubo-piel de 75 cm. es de uno a dos minutos.

Parece innecesario agregar que la Lámpara Modelo "D" se iguala en calidad a los demás productos VICTOR—la alta calidad que usted exigiría si tuviera la responsabilidad de proveer de aparatos electromédicos a la profesión médica y dispusiera de toda clase de recursos para lograr su propósito.

Permita usted que le enviemos más detalles acerca de esta nueva Lámpara y que le digamos cómo le facilitaríamos su práctica profesional. Llene este cupón y mándenlo hoy mismo.

GENERAL ELECTRIC X-RAY CORPORATION

2012 Jackson Boulevard

Chicago, Ill., E. U. de A.

ANTES VICTOR  X-RAY CORPORATION

Señores:

Favor de enviarme amplios detalles relativos a la Lámpara Victor de Cuarzo Modelo "D."

Dr.

Calle..... No.....

Ciudad..... País.....

La corriente eléctrica es de..... volts..... ciclos. E-28

RADIOGRAFIAS

como ésta

se obtiene empleando

PELICULAS

para

RAYOS X

Agfa

La película sin competen-
cia en

**SENSIBILIDAD,
GRADACION,
BRILLANTE
CONTRASTE**

DE VENTA:

ALMACEN

LINDNER

Calle 13, nú-
mero 174



Xifópagos (fetos nacidos muertos al séptimo mes del embarazo).

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

UNIVERSIDAD NACIONAL - FACULTAD DE MEDICINA

BIBLIOTECA

BOLETIN BIBLIOGRAFICO

ANEXO A LA REVISTA MEDICA DE COLOMBIA

VOLUMEN II — JULIO DE 1931 — NUMERO 1

La Biblioteca de la Facultad es una institución de carácter científico destinada al servicio del profesorado, de los alumnos de la Facultad y en general de los profesionales.

Estará abierta todos los días no feriados, de 10 a 12 de la mañana, de 2½ a 6 de la tarde y de 8 a 10 de la noche.

Cuando se desee llevar un libro a domicilio, se consignará en la Secretaría de la Facultad un monto por el valor que tenga el libro en el comercio, o se solicitará por medio de una llamada telefónica.

Los libros llevados a domicilio deben ser devueltos en un término máximo de ocho días; pasados éstos se dispondrá del depósito para reponerlo.

Establécese en la Biblioteca el servicio de canjes de las obras duplicadas. Dichos canjes deben llevar la aprobación del señor Director de la Biblioteca.

(Del Reglamento orgánico de la Biblioteca).

LIBROS EN FRANCES LLEGADOS A LA BIBLIOTECA EN EL MES DE JULIO

(PEDIDOS POR LA DIRECCION DE LA BIBLIOTECA CONFORME AL CONCEPTO DE LOS SEÑORES PROFESORES
DE LA FACULTAD)

- 1 CHABANIER (H), et LOBO-ONEL. Exploration Fonctionnelle des Reins.
- 2 WIDAL (Fernand). Pathologie des Reins.
- 3 BESANCON (Justin-L). Les fonctions Internes du Rein.
- 4 AGASSE-LAFONT (E). Les applications pratiques du laboratoire á la Clinique.
- 5 BRUYNOGHE (R). L'Immunité et ses applications.
- 6 DOPTER (CH) et SACQUEPEE (E). Précis de Bacteriologie.
- 7 HAUDUROY (P). Les Ultravirus et les formes filtrantes des microbes.
- 8 LE BOURDELLES (B). Précis de Immunologie.
- 9 MOINSON (Louis). Immunité et vaccinothérapie.
- 10 PAPACOSTAS (Georges) et GATE (Jean). Les associations microbiennes.
- 11 PETIT (R). Les Colibacilluries.
- 12 WELLS (Gidéon-H). Les aspects chimiques de l'immunité.
- 13 STROHL (A). Lecons de Physico-Chimie a l'usage des medecins et des biologistes.
- 14 VERAÏN (Marcel). Le ph en Biologie.
- 15 BARRAL (E). Analyse Biologique Clinique (Urine).
- 16 BARRAL (E). Analyse Biologique Clinique (Lait, Sang et Féces).
- 17 CHAUMERLIAC (Jean). Recherches sur quelques propriétés physico-chimiques du sang chez les néphrétiques et les hypertendus.
- 18 PELLERIN. Formulaire chimique des laboratoires modernes. (Biologie, hygiène industrielle).

- 19 WARSAMY (D). Examen du sang. Physiologie technique et sémiologie.
- 20 MARFAN (A-B). Diagnostic des angines aiguës.
- 21 POLICARD (A). Précis d'histologie physiologique.
- 22 BÉCLÈRE (Claude). L'Exploration radiologique en gynécologie.
- 23 BÉCLÈRE (Claude). La perméabilité et les obturations tubaires.
- 24 FOILLE (J). Le Curattage utérin.
- 25 BRUMPT (E). Travaux pratiques de Parasitologie.
- 26 JOYEUX (CH), GENDRE (B) et BAER (J. G.). Recherches sur les helminthes de l'Afrique occidentale Française.
- 27 RONGEURS et PUCES. Dans la conservation et la transmission de la peste.
- 28 SAUTET (Jacques). La lutte contre la Paludisme en Corse.
- 29 BERNARD (Nóël) y otros. Les grandes endémies tropicales.
- 30 JEANSELME (Nattan) y otros. Maladies exotiques. (Lepre, Filariose, Bilharziose, Leishmanioses, Trypanosomiasés).
- 31 ROSS (J). Une grande page de l'histoire de la médecine. La découverte de la transmission du paludisme par les moustiques.
- 32 FORHUE (Emile). La Rachianesthésie, sa valeur, sa place actuelle dans la pratique.
- 33 HARTMANN (H). Chirurgie de l'estomac et du douédenum.
- 34 ACHARD (CH). Les maladies typhoïdes.
- 35 RAMOND (L). Conférences de Clinique médicale pratique.
- 36 MERKLEN. Le Rythme du cœur au cours de l'activité musculairé, et notamment des exercices spportifs.
- 37 SANTENOISE. Pneumogastrique et glandes endocrines.
- 38 SANTENOISE. Pneumogastrique, appareil thyroïdien et activité cerebrale.
- 39 SCHAEFFER (Yvonne). Les Ferments.
- 40 BÉCLÈRE (H) et PORCHER (P). Cancer de l'estomac. (Films Radiographiques.
- 41 BOUVERET (Léon). Essai de Pathogenie du cancer.
- 42 CATHELIN (F) L'Enigme étiologique du cancer.
- 43 PAUCHET (Victor) L'Individualité du sang en biologie.
- 44 LAIGERON (M.) Coprologie microscopique.

- 45 BÉRARD (L.) Affections chirurgicales du corps thyroïde. (Goi-
tres).
- 46 GUILLAUME (A-C). L'Endocrinologie et les états endocrino-
sympathiques.
- 47 LUCIEN (M). Traité d'endocrinologie.
- 48 PETTINARI (V). Greffe ovarienne et action endocrine de l'ovaire.
- 49 MANOUSSKIS (E). Recherches étiologiques sur la fièvre Dengue.
- 50 BRETQON (André). Etude de la réaction de Vernes à la résor-
cine dans le diagnostic et le pronostic des tuberculoses.
- 51 JAQUEROD (Leysin). Spéléologie pulmonaire. Etude clinique et
radiologique des cavernes tuberculeuses.
- 52 MOLLARD (Henri). Les sels d'or dans le traitement de la tu-
berculose pulmonaire.
- 53 SECHEHAYE (A). Le traitement de la tuberculose pulmonaire
et chirurgicale par l'umeckaloabe.
- 54 ROEDERER (Carle). Orthopédie tuberculoses chirurgicales.
- 55 MARCH, LESAGE y otros. Hygiène Sociale.
- 56 BRINDEAU. Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier.
- 57 DOLÉRIS (J-A) Etudes de Gynécologie clinique et opératoire.
- 58 FABRE. Précis de Obstétrique.
- 59 FAURE. Traité de Gynécologie médico-chirurgicale.
- 60 DUFOURMENTEL (L) Chirurgie de l'articulation temporo-ma-
xillaire.
- 61 FRANIZ (R). L'Ostéo-synthèse métallique dans les fractures
diaphysaires.
- 62 LECENE (P). Chirurgie des os et des articulations des membres.
- 63 LEIBOVICI (Raymond). Etude chirurgicale des gangrènes ju-
véniles par artérites chroniques non syphilitiques.
- 64 BARBET (P). La préparation du jeune homme au mariage par
la chasteté.
- 65 CROUZON (O). Le syndromé épilepsie.
- 66 GUILLAIN (Georges). Etudes neurologiques. (3 édition).
- 67 GUILLAIN (Georges). Etudes neurologiques. (4 édition).
- 68 ALARCON (Alfonso G). La dyspepsie transitoire des nourrissons.
- 69 BÉCLÈRE (A). et POCHER (P). Tumeurs des Os. (Films Ra-
diologiques).
- 70 MOR'JZI (A). Synthèse et prothèse osseuses.

- 71 OUDARD (P). Le diagnostic dans les affections de la colonne vertébrale chez l'adulte.
- 72 RADUTZESCO. La réduction des fractures sous écran.
- 73 BABONNEIX. Syphilis héréditaire du système nerveux.
- 74 BARBIER (H). Tuberculose infantile.
- 75 DELILLE. (Armand). Les principaux aspects cliniques de la tuberculose infantile.
- 76 LESNE, RIBADEAU-DUMAS. Conférences du Dimanche (I Pédiatrie).
- 77 MARFAN. Hygiène et maladies du nourrisson et de la première enfance.
- 78 MARFAN. Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge.
- 79 BRUGIA (R). Revision de la doctrine des localisations cérébrales.
- 80 DERON (R). Le syndrome maniaque.
- 81 AIMES (A). Les nouveaux traitements des tuberculoses chirurgicales.
- 82 DUMAREST (F). Traitement médico-chirurgical des pleurésies purulentes tuberculeuses.

F O L L E T O S

DR. CLÍMACO VERGAS. Pre-Determinación Experimental de los Sexos. (Colombiano).

DR. J. MIGUEL RESTREPO RESTREPO. Síndrome colérico por toxemia colibacilar. (Colombiano).

R E V I S T A S

MEDICINA GENERAL

LA PRESSE MEDICALE

N.º 43. Vol. I. París

FAROY (G.), DERON (R.), et DESOILLE (X.) Les diarrhées secondaires aux lésions hépatobiliaires.

SAPPEY (Paul). Les injections intratissulaires d'eau d'Uriage en thérapeutique gynécologique.

SCHWARRZ (A.) Le traitement d'attaque de la syphilis par le bismuth lipo-soluble.

DAUTREBANDE (Lucien). La cyanose.

JESSEN (H.) De la thoracoplastie extrapleurale.

HUGUENIN (René) y otros. La chrysothérapie des adénopathies tuberculeuses.

STROMINGER (L.) Sur les complications génitales de la colibacillose chez l'homme.

LABBÉ (Marcel). Les gangrènes diabétiques.

MAILLARD (G.) et THOMAZI (P.) Douleurs provoquées par certains dérivés barbituriques au cours du traitement de l'épilepsie.

DANIÉLOPOLU (D.) y otros. La méthode salicylo-alkaline massive dans le traitement du rhumatisme polyarticulaire aigu.

RAHIER (CH.) Le chimisme gastrique dans l'insuffisance cardiaque.

JOURNAL DES PRATICIENS

NOBECOURT. Le pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire de la première enfance.

HÉBERT et PHÉLEBON. Intoxication aiguë (hépatonéphrite grave) par inhalation de tétrachlorure de carbone. Influence de la chloration sur les vomissements.

DELBET. Arthrite gonococcique.

FIESSINGER (Noël). L'hépatite bénigne cause d'ictère dit catarrhal.

MAURIAC (Pierre). Les complications nerveuses du diabète.

VELTER. Le diagnostic des cataractes séniles à la lampe à fente.

GUÉRIN (Alphonse). Les fractures latentes du crâne.

VEIL (Prosper). L'amblyopie toraxique alcoonicotinique.

L'HOPITAL (288)

N.º 288. Vol. I. París

SÉGARD (M.) Si la Guerre revenait.

JAYLE. La Guerre vue par les Médecins.

PRUVOST (Pierre). Les interventions médicales dans les affections respiratoires.

LORIN (Henri). Les panaris et les phlegmons de la main.

REVISTA MEDICA DE MALAGA (ESPAÑA)

N.º 79. Vol. I

MALDONADO Y MALDONADO (Antonio). Fundamentos científicos y acción terapéutica de un nuevo suero antituberculoso a base de antitoxinas vegetales.

VILLEGAS DE (Gerardo). La lucha antituberculosa en Málaga y el Dispensario Victoria Eugenia.

REVISTA MEDICA GERMANO - IBERO - AMERICANA

N.º 6, Vol. I, Alemania

KULBS (F.) Acerca de las formas, diagnóstico y pronóstico de las arritmias.

KIEMBOCK (R.) La Osteopatía de Engel-Recklinghausen.

SCHNITZLER (Julius). Algunas nociones fundamentales acerca de la cirugía de las vías biliares.

ARCHIVOS DE MEDICINA, CIRUGIA Y ESPECIALIDADES

N.º 519, Vol. I—Madrid, E.

HERRAIZ SERRANO (Francisco José). Acción antianafiláctica de las aguas minero-medicinales.

R. LAFORA (Gonzalo). Las personalidades psicopáticas o psicópatas.

N.º 521

MUÑOYERRO PRETEL (A.) Un caso de pseudohermafroditismo masculino o androgenoidismo.

MINGUEZ DELGADO (I). Estudios de fisiopatología del estómago. Comportamiento del cloro gástrico.

N.º 522, Vol. I

DOMENECH ALSINA (F) y RAVENTOS PIJOAN (J). Papel del tubo

digestivo en la concentración globular y en las variaciones de cloro y sodio del «shoc» histamínico.

POLICLINICA

N.º 159, Vol. XIV—Valencia, España.

DOGIOTTI (A. M.) Conceptos modernos sobre biología técnica de la transfusión de sangre pura.

MATEU GASULL (José). Un caso de distocia por falta de las contracciones abdominales.

THE LANCET

N.º 5621—Londres

CRITHCHLET M. The neurologi of old age.

TYTLER E. The adequate treatment os syphilis.

MOOS H. Blood culture in tuberculosis.

FERRANINI A. Constitutional angiohypotony, or idiopathic permanent arteriohypertension.

NIGHTINGALE G. Chrysanthemum dermatitis.

N.º 5623

EVANS W. The pathology and etiology of brain abscess.

PANNETT A. Surgical teatment of duodenal ulcer.

EIDIONOW A. Divides dosage in radium therapy.

N.º 5624

CRAWFURD R. The place of medical societies in the progress of médecine.

BLAIR W. Maternal disablement.

GALE A. Eisti, ation of the basal metabolic rate from formulae based on pulse rate and pulse pressure.

MINNITT J. Ether as a cause of death after prostate operations.

WHITE M. Protective action of granulation tissue against the absorption of toxins.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Número 24. Chicago E. U. N.

STARR E. The obligations of the medical profession.

TRIMBLE R. Erythematous group of skin diseases.

HYMAN H. Studies of exoophthalmic goiter and the involuntary nervous system.

WOLFSON H. Studies on effect of physical therapeutic procedures on function and structure.

BRITTINGHAM J. Hemorrhagic encephalitis after nearsphenamine.

HUGHSON W. Function of the round window.

GAY F. Loss of viricidal property in serums from patients with herpes and encephalitis.

N.º 25

WENDSON J. Impetigo contagiosa neonatorum with a report of four cases.

KEYES E. Further experiences with nupercaine.

FLOOD C. Observations on sensitivity to dust fungi in patients with asma.

DAVIS E. Primary epithelioma of the ureter.

SKILLERN P. Tic of diaphragm.

SULZBERGER M. Hypersensitiveness to wool fat.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL

N.º 3675. Londres

MCCARRISON R. The causation of stone in India.

GIBSON C. Tahoparesis treated by nyperpyrexia induced by hot baths,

DREW H. Indications for the induction of premature labour.

FRAZER A. Gonococcal stomatitis.

MATTERS F. Torsion of ovarian cyst with bradycardia.

THE JOURNAL OF TROPICAL MEDICINE AND HYGIENE

Número 11. Baltimore W. S. A.

CARROLL E. China contribution to tropical médecine.

PERUZZI M. Some observations on the occurrence of vibriothrix zeylanica Castellani in Egypt.

MANSON D. Some observations on a malaria survey carried out in the Jorhat District of Assam.

THE JOURNAL OF PARASITOLOGY

N.º 3. Baltimore U. S. A.

CORT W. Recent investigations on the epidemiology of human ascariasis.

HOPKINS S. Studies on crepidostomum.

SHORB D. Experimental infestation of whitevrats with hepaticola hepatica.

CHU H. Nematodes from flying lemurs in the Philippine islands and from birds in China.

CIRUGIA GENERAL

BULLETINS ET MEMOIRES DE LA SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Número 7. París, Francia.

MAHAUT (M. A) Trois cas de plaie de la rate par coup de couteau. Suture par thoraco-phréno-laparotomie oblique

PAPIN (Marc). Tuberculose ureterale avec rein indemne de lésions bacillaires

PAUCHET (Victor). Chirurgie gastrique. Faut-il drainer l'abdomen apres les résetions gastriques?

DUFOURMEMTEL. Rhinoplastie par lambeau a deux pédicules

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

BULLETIN D'OBSTETRIQUE ET EL GYNECOLOGIE DE PARIS

N.º 4. Vol. I. París - Francia

LEVY-SOLAL. La pression moyenne au cours de la gestation et de la puerperalite normales

VIGNES (M-H). Etude experimentale a propos de la regeneration des trompes resequées

MODIANO (M-A). Sur un cas de grossesse gemellaire intra-uterine

MODIANO (M - A). A propos des hemorragies tardives du post-partum

MEDICINA LEGAL

ANNALES DE MEDICINE LEGALE, DE CRIMINOLOGIE ET DE POLICE SCIENTIFIQUE

N.º 6. Vol. I. París - Francia

VERDUM (Henri). La participation medicale au relevament de l'enfance coupable

BONEN-ROY (F). Les blessures maxillo-faciales et leurs conséquences fonctionnelles

STRYZOWSKI (Casimir). Sur un cas d'intoxication foudroyante provoquée par du chlorate de soude

BUTEAU (M) et RENOUX. Sur l'attribution de l'allocation pour assistance d'une tierce personne

DERMATOLOGIA Y SIFILOGRAFIA

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILOGRAPHIE

N.º 4. Vol. I. Paris-Francia.

SEZARY et WORMS (Robert). A propos du procès-verbal (Pyodermites ulcéreuses syphiloïdes)

SEZARY (M). Phagédénisme et gangrene

THIBAUT. A propos de statistiques

RAVAUT (M). A propos d'un cas de vitiligo

ARCHIVOS DE LEPRO

Nos 19, 20 y 21. Bogotá, Colombia

CADENA (Darío). Deontología Médica

HERRERA RESTREPO (Alejandro). La lepra en Colombia.

ZAPATA (Ricardo). Campaña Antileprosa.

GOUGEROT. Curación de la Lepra en Colombia. Historias Clínicas y Bacteriológicas. (Carta).

VÉLEZ (Daniel M.) La Lepra en Méjico.

CARRASQUILLA H. (Tomás). La Lepra en el Brasil.

ENFERMEDADES NERVIOSAS Y MENTALES

L'HIGIENE MENTALE

N.º 5. Paris, Francia

SAUSSERE DE (R.) Prophylaxie du crime et de la délinquance dans la jeunesse.

HEUYER (G.) et ABRAMSON (Mlle.) Le profil mental dans l'examen des jeunes délinquants.

L'ENCEPHALE

N.º 5. Vol. I. París, Francia

GUIRAUD (P.) Figures parasitaires intra-cellulaires dans la sclérose en plaques.

COENEN (L.) et MIR (Léon). Encéphalite périaxiale diffuse.

CLAUDE (Henri) et LÉLY-VALENSI. Psychose périodique et démence précoce.

HIGIENE Y SALUBRIDAD

BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

N.º 6. Nueva York. U. S. A.

MOSQUERA N. (Alfonso). La sanidad en el Ecuador.

LEBREDO (Mario G.) La fiebre amarilla: su diagnóstico.

CIENCIAS FUNDAMENTALES E INVESTIGACION MEDICA

THE AMERICAN JOURNAL OF PHYSIOLOGY

N.º 3. Baltimore, U. S. A.

GRIFFIN A. The relation of the level of transection of the brain stem to the occurrence of cerebrate rigidity in new born rabbits.

POWERS J. Some observations on the circulation in experimental mitral stonosis.

COOK D. The effect of stimulation on the degeneration of a severed peripheral nerve.

RALLI E. The urea clearance test in normal dogs.

HURD A. Studies on heart block in the terrapin.

BAXTER H. Further studies on the composition of saliva in different phases of the secretion.

SACKS J. The effect of epinephrine on muscle and liver glycogen.

THE JOURNAL OF PHARMACOLOGY AND EXPERIMENTAL THERAPEUTICS

N.º 2. Baltimore, U. S. A.

FLOREY H-A. A method of photographic registration of small volume changes with some results when applied to the trachea.

MCONTYRE A. The distributions and concentrations of water

and halides in the blood and urine during diuresis-inhibition by pituitary extract.

WINTER J. Human absorption of magnesium without aspirin and other adjuvants.

HIGGINS J. The effect of evaporation and radiation on nicotine solutions.

EMERY F. The influence of adrenalin, pituitrin, histamine and peptones on the volume of the liver.

CORRESPONDENCIA DE LA BIBLIOTECA

(Semestre 1.º de 1931)

LISTA DE LOS CENTROS CIENTIFICOS QUE HAN CORRESPONDIDO
A LA SOLICITUD DE CANJE HECHA POR ESTA BIBLIOTECA

Buenos Aires

1. Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas.
2. Biblioteca de la Cátedra de Oftalmología.
3. Biblioteca de la Facultad de Química y Farmacia.
4. Biblioteca del Centro de Estudiantes de Farmacia y Bioquímica.
5. Revista Sur-Americana de Endocrinología, Inmunología y Quimioterapia.
6. Revista de Cirugía.
7. Revista Médica Latino-Americana.
8. El Día Médico.
9. Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal (Penitenciaria nacional).

Chile (Santiago)

1. Biblioteca del Hospital de los Niños de Roberto del Río.

Estados Unidos (New York)

1. The Rockefeller Foundation.

Colombia

1. Sociedad Colombiana de Ingenieros. (Jorge Alvarez Lleras).
2. Dirección de Educación Pública de Cundinamarca. (L. Borda Roldán).

3. Sociedad de Agricultores de Colombia.
4. Boletín del Instituto de la Salle. (H. Gonzalo Carlos).
5. Dirección de Educación Pública del Valle del Cauca.
6. Dirección Departamental de Higiene y Asistencia Pública de Tunja.
7. Hospital de «Santa Clara», Gaceta.
8. «Cultura». Educación Pública de Boyacá. (Diego Castro).

CONCEPTO DEL PROFESOR DE PATOLOGIA INTERNA, DOCTOR JULIO APARICIO, SOBRE EL LIBRO DEL DOCTOR LOUIS MOINSON, TITULADO: "INMUNITÉ ET VACCINOTHERAPIE"

Bogotá, julio 29 de 1931

Señor doctor Jorge Cavellier, Director de la Biblioteca de la Facultad de Medicina.

E. L. C.

De acuerdo con los deseos de usted he leído cuidadosamente el libro del doctor Louis Moinson titulado *Inmunité et Vaccino-therapie*, que acaba de llegar a la Biblioteca y sobre cuyo mérito me pide usted concepto.

El mismo autor del libro señala en el prólogo el objetivo de su obra y la utilidad que persigue con la exposición sencilla que lo informa. No puedo menos que suscribir a este concepto que se confirma en cada uno de los diversos capítulos en que se divide el pequeño texto del doctor Moinson.

En efecto, el autor ha querido escribir en el lenguaje más sencillo y más claro para uso de los médicos prácticos y de los estudiantes de medicina. Las teorías clásicas sobre inmunidad y vacunoterapia están descritas de manera admirable, y con su lectura el médico se forma una idea bastante completa sobre el asunto, sin tener que apelar a los libros de bacteriología, que las más de las veces hacen bastante oscuro este problema.

Es cierto que investigaciones modernas han querido quebrantar la doctrina clásica de la inmunidad; pero como quiera que esas investigaciones no han llegado a su término y se apoyan, lo mismo que la concepción clásica, en hipótesis no suficientemente comprobadas, es el caso de que el médico conserve aún las

ideas que hasta hoy priman en la ciencia y sobre ellas funde su aplicación práctica.

Considero, pues, el libro como muy útil y recomiendo su lectura a los profesionales no especialistas y a los estudiantes de medicina.

Devuelvo a usted el libro que motiva las anteriores líneas y me suscribo muy atento S. S.,

JULIO APARICIO
Profesor de Patología Interna

CONTENIDO DE LAS REVISTAS NACIONALES

Anales de la Academia de Medicina de Medellín

Discurso del doctor E. Quevedo en la sesión solemne del 17 de diciembre de 1930.

Algunos problemas médico-legales.—Julio Ortiz Velásquez.

Pérdida del útero por herida con arma de fuego.—Julio Ortiz Velásquez.

Tratamiento preventivo y curativo de la fiebre puerperal.—Julio Restrepo A.

La Urotropina Schering en la fiebre tifoidea.—A. Bernal Nichols.

Un honroso documento para nuestra Facultad.

Actas de la Academia de Medicina de Medellín.

Consultas y Resoluciones.

Jurisprudencia de los Tribunales de Colombia.

Correspondencia.

Revista de Medicina y Cirugía (Barranquilla).—Vol. I.—N.º 12.

Apuntes acerca de la reacción de Wassermann.—Dr. Bernardo Jiménez.

El drenaje peritoneal.—Dr. N. Franco Pareja.

Tumor pediculado del bazo y peritonitis tuberculosa en un mismo individuo.—

Dr. T. Silva.

Libros—Revistas.—Movimiento médico.—Extracto de Actas.

VIAS URINARIAS. HEMATURIAS

Trastornos vesicales o renales, orina de color pardo o rojo, sedimentos sanguinolentos o purulentos, cistitis, congestión de la uretra y del cuello de la vejiga, pueden ser síntomas de nefritis, cálculos, tuberculosis o cáncer incipiente.

En la duda de un diagnóstico definitivo, ponemos a la disposición del médico

Anticalculina **EBREY**

El gran diurético vegetal poderosísimo, de fidelidad descongestionante comprobada, si
contraindicaciones.

ANTICALCULINA EBREY constituye una bebida agradabilísima y es considerada por los profesionales que la han usado como el específico insustituible de las afecciones vesico-renales y biliares.

El tratamiento con **ANTICALCULINA EBREY** acelera el restablecimiento, en caso de que sea necesaria la intervención quirúrgica.

Base: Solución Palma Christi, Sabal, Uva Ursi, Estigmas de Maiz.

DOSIS: 30 gotas de **ANTICALCULINA EBREY** en un vaso de agua helada, azucarada, si se prefiere, tres veces al día, o una cucharadita de **ANTICALCULINA EBREY** en un litro de agua, por vasos durante el día y la noche.

Muestras gratis a los señores médicos

EBREY CHEMICAL WORKS, 251 PEARL ST., NEW YORK, N. Y.

Con verdadero placer certifico:

Que el IDOZAN llena las mejores condiciones como el medicamento ideal para los estados de anemia, convalecencia, raquitismo, etc., pues tuve oportunidad de usarlo en un caso severo de anemia perniciosa con 3,000.000 de glóbulos rojos y 76% de valor hemoglobina, constatando una mejoría casi increíble por la rapidez y las condiciones en que se efectuó la convalecencia del caso a que me refiero.

Al mes siguiente la paciente tenía 5,000.000 de glóbulos rojos y 89% hemoglobina.

Después de una observación como la que dejo referida, huelga todo comentario sobre el valor del IDOZAN en la práctica diaria.

DR. ORDÓÑEZ

Clínica del Pacífico.—(Popayán.)

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.

CONDICIONES:

- 1.ª Los originales de los artículos deben estar escritos en máquina y no serán devueltos a sus autores.
- 2.ª Los clisés corren por cuenta de los autores y quedan de su propiedad.
- 3.ª Los autores tienen derecho a cinco ejemplares del número correspondiente.
- 4.ª No está prohibida la reproducción y traducción de los artículos de esta revista.
- 5.ª Los colaboradores que no hayan cooperado en el curso de un año podrán ser cambiados a juicio de la redacción.

TARIFAS:

Serie de 12 números en el interior.	\$ 3.00
Serie de 12 números en el exterior.	3.50
Número suelto.....	0.40
Número atrasado.....	0.50

AVISOS:

Página del principio o del fin.....	\$ 8.00
Página intercalada en la lectura.....	12.00
Media página, la mitad de los precios anotados.	

PARA SUSCRIPCIONES DIRIGIRSE AL APARTADO
894 O A LA LIBRERIA MEDICA

PARA AVISOS AL APARTADO 894 O A LA CALLE
16 NUMERO 89

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

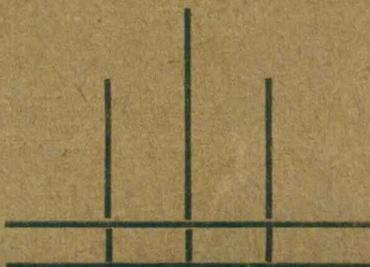
CLINICA DE MARLY

APARTADO NUMERO 887

Telégrafo:

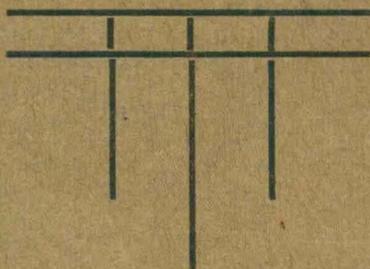
TELEFONO 10-00 Chap.

«MARLY» - BOGOTA



SERVICIO DE MATERNIDAD

ANESTESIA POR LOS GASES



Por telégrafo: MARLY