VOLUMEN XLIII Junio 15 de 1933. No. 502
No. 2.

REPUBLICA DE COLOMBIA

REVISTA MEDICA DE BOGOTA

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

ORGANO DE:

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

DIRECCION Y REDACCION:

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

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

ADMINISTRACION: Editorial Cromos—Bogotá.
Carrera 6a., Nros. 12-60 a 12--66 — Apartado Número 442 — Teléfono Número 3-1-2

GRAGEAS — GRANULADOS

DESENSIBILIZACION Á LOS CHOCS

PEPTALMINE

MIGRANIAS
TRASTORNOS DIGESTIVOS POR ASIMILACION DEFECTUOSA

POSOLOGIA
2 GRAGEAS Ó 2 CUCHARADAS DE LAS DE CAFE DE GRANULADOS UNA HORA ANTES DE CADA UNA DE LAS 3 COMIDAS

URTICARIA
ESTROFULO
PRURITO-ECZEMAS

Laboratoire des Produits SCIENTIA, 21, Rue Chaptal Paris 9e

GRAGEAS — Laboratoire des Produits SCIENTIA 21, rue Chaptal Paris 9e — GRANULADOS

PEPTALMINE

MAGNESIADA

TRASTORNOS HEPATO-BILIARES
COLITIS

COLAGOGO

INSUFICIENCIA HEPATICA
MIGRANIAS

POSOLOGIA 2 CUCHARADAS DE LAS DE CAFE DE GRANULADOS Ó 4 GRAGEAS UNA HORA ANTES DE CADA UNA DE LAS 3 COMIDAS

CONTENIDO

Págs.

La impaludización como tratamiento de la parálisis general, por el doctor Maximiliano Rueda G. 65

Comentario del doctor Roberto Franco sobre el trabajo del doctor Rueda G. 72

El pneumotórax artificial, por el doctor Fernando Troconis. 76

Notas editoriales.—El Profesor Rafael Ucrós renunció su cátedra en la Facultad de Medicina.—Bibliotecas médicas. La lucha antituberculosa 108

Sociedades científicas.—Extractos de actas. 116

Notas varias 127

CONDICIONES:

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

TARIFAS:

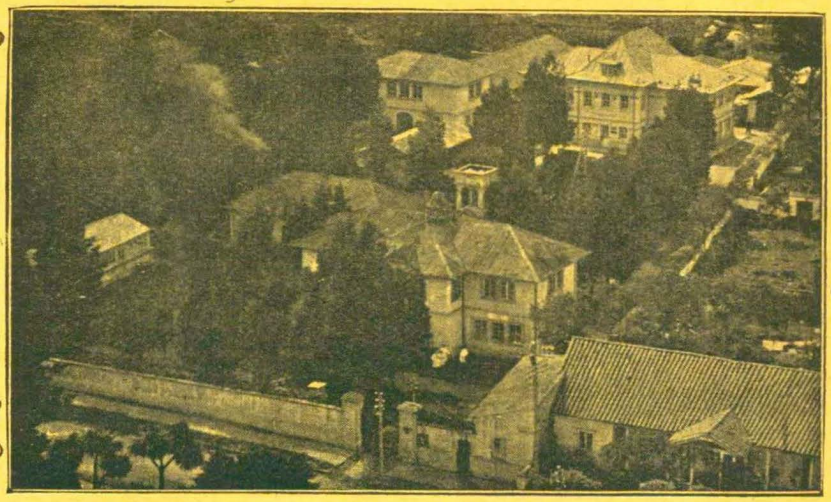
Serie de 12 números en el interior. . .	$ 2.00
Serie de 12 números en el exterior. . . .	2.50
Número suelto.	0.25
Número atrasado.	0.50
Para los estudiantes de medicina. . . .	0.20

Para suscripciones y avisos, dirigirse a la

Administración:

EDITORIAL DE CROMOS

Carrera 6.ª, Números 12-60 a 12-66. — Apartado 442.
Para todo lo concerniente a la dirección, dirigirse al apartado 102



LABORATORIO NACIONAL DE HIGIENE

SAMPER MARTINEZ

PRODUCTOS BIOLOGICOS

PARA USO HUMANO Y DE VETERINARIA,

SIEMPRE FRESCOS

BOGOTA

1-A, CALLE 57, CHAPINERO

TELEFONOS: **Chapinero 1780 - 1781 - 1782**

Telégrafo: "HYGEIA"

Apartado de correos 485 **Apartado aéreo 3495**

SOLUCALCINE

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

RÉCALCIFICANTE - HEMOSTATICO

TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LAS HEMORRAGIAS QUIRURGICAS Y OBSTÉTRICAS

OPOTERAPÍA

por los

FERMENTOS ORGANICOS ZEVOR

(Grajeas à base de todos los organos)

LEVADURA COIRRE

LEVADURA SECA DE CERVEZA

LABORATORIOS DEL DOCTOR COIRRE

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

LA TRIADA DIGESTIVA DE LOS LABORATORIOS ZIZINE

SINDROME de INSUFICIENCIA HEPATO-BILIAR

FORMA : GRANULADO

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

SINDROME HIPOSTÉNICO ANOREXIA-AEROFAGIA

FORMA : GOTAS

Adultos : 30 gotas a cada comida.
Niños : 4 à 6 gotas por año de edad y en el espacio de 24 horas.

AGOCHOLINE — ESTIMULANTE HEPATO-BILIAR
PEPTODIASE — ESTIMULANTE GÁSTRICO
SEDATIVO GÁSTRICO
SÉDOGASTRINE

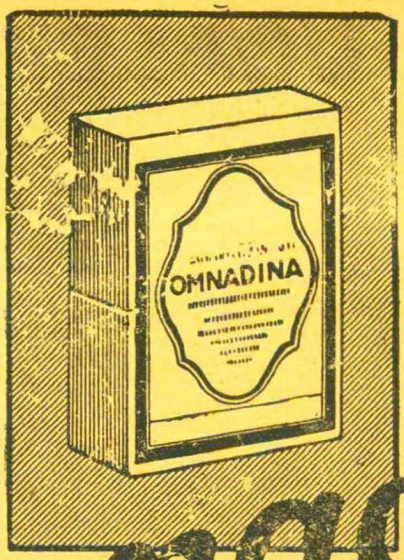
SINDROME HIPERSTÉNICO

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

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

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

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



Marca registrada

Omnadina

Plenivacuna inmunizante del profesor Much

para la **INMUNIZACIÓN no específica**

en todas las enfermedades infecciosas febriles, neuralgias y molestias reumáticas, etc.

La Omnadina moviliza e intensifica inmediatamente todas las fuerzas defensivas naturales del organismo.

Tolerancia perfecta por los adultos y los niños.

Cajas de 1, 3 y 12 ampollas de 2 c. c. Embalaje original

Marcas registradas

Para muestras y literatura científica favor dirigirse a

LA QUIMICA INDUSTRIAL "Bayer-Meister Lucius"

WESKOTT & Cía.

BOGOTA — APARTADO 301

Revista Médica de Bogotá

PUBLICACION MENSUAL

DIRECCION

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

Vol. XLIII | Bogotá-Colombia, S. A. Junio 15 de 1933 | No. 502

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

LA IMPALUDIZACION COMO TRATAMIENTO DE LA PARALISIS GENERAL

Por el doctor

MAXIMILIANO RUEDA G.

(Comunicación a la Academia Nacional de Medicina en su sesión del dia 2 de noviembre de 1932).

La parálisis general fué considerada hasta hace pocos años como una enfermedad absolutamente incurable; en el capítulo terapéutico, se limitaban a aconsejar medidas de higiene general. Todos los observadores pudimos apreciar las mejorías espontáneas que se presentaban en el curso de esta enfermedad, y que daban lugar, en algunos casos, a remisiones tan completas que ocasionaban dudas sobre la certeza del diagnóstico. Estas mejorías fueron un rayo de luz que hizo surgir en la mente de los psicoterapeutas la idea de que la parálisis general debía ser curable, y de que posiblemente algún día fuera factible encontrar su verdadera terapéutica.

Hace algunos años, practicándole una punción lumbar a un paralítico general, encontré una gran hipertensión; por este motivo dejé salir cien centímetros cúbicos de líquido céfalo-raquídeo. El enfermo quedó en muy mal estado, y durante una semana estuvo profundamente deprimido. Pasada esta depresión y con gran sorpresa de mi parte, lo hallé notablemente mejor de su estado psíquico. Pocos días después repetí el experimento en otro paralítico, en el cual después de un período depresivo, se observó también una notable mejoría de su psiquismo. Continué experimentando y alcancé a formar una estadística de 30 casos, de los cuales 13 fueron de un éxito casi completo. En varios de los enfermos tratados por este método me llamó la atención el que no se encontrara hipertensión del líquido céfalo-raquídeo. Desgraciadamente las mejorías no fueron ni de muy larga duración, ni tan completas como las obtenidas hoy con la malariaterapia. El en-

fermo que perduró más tiempo en su estado de mejoría fue por el término de un año. Estas observaciones las publiqué en el año de 1920 en el "Repertorio de Medicina y Cirugía", y fueron extractadas en "The Journal of the American Medical Association". Ultimamente he sabido que en Viena están experimentando con este método.

Como se había observado que después de una enfermedad febril cualquiera, la parálisis general mejoraba algunas veces, trataron de producir la fiebre por medios químicos. Así por ejemplo, se ensayó el nucleinato de soda en inyección subcutánea a la dosis de un gramo. Yo lo ensayé en bastantes casos y obtuve algunas mejorías parciales y transitorias. Los enfermos recayeron todos y no se obtuvo mejoría con la repetición del método.

Se ha ensayado la inoculación de la fiebre tifoidea, la cual ha producido mejorías; pero es un tratamiento muy peligroso y que requiere grandes cuidados, no sólo por el peligro que puede presentar la vida del enfermo sino por el contagio posible del personal del manicomio.

Se preconizó también la vacuna antichancrosa. La experimenté en algunos enfermos y pude observar que la fiebre se producía dos o tres días después de puesta la inyección; que desaparecía luego; que al repetirla no había reacción ninguna, y que los resultados eran casi nulos.

Ensayé también un tratamiento recomendado por Sergent, consistente en la inyección intra-raquídea de 914 a la dosis de dos a 3 miligramos, disueltos en el mismo líquido céfalo-raquídeo del enfermo, sin resultado de ninguna clase.

El tratamiento con el sodocú lo han aconsejado también. Personalmente no tengo experiencia al respecto porque no me ha sido posible conseguir muestras para ensayarlo.

La inoculación de la fiebre recurrente tiene el inconveniente de que un primer acceso inmuniza, de modo que no se puede repetir en los fracasos. En Bogotá hicimos 2 ensayos de inoculación en compañía del doctor Roberto Franco: uno por inyección subcutánea y otro por escarificación de la piel. En el primer enfermo no se obtuvo reacción febril ninguna, y en el segundo sólo hubo una temperatura de 37 ½° durante un día.

También se han ensayado las inyecciones de proteínas, como la leche, con resultados poco satisfactorios.

El profesor Lepine hizo en 1913 los primeros experimentos de impaludización, los cuales fueron seguidos por Von-Yauregg. Este último presentó una estadística de dos mil casos con resultados admirables. Poco tiempo después el procedimiento se extendió rápidamente en Europa y en América.

En 1925 hice los primeros ensayos en Bogotá con magníficos resultados. Uno de los enfermos tratados en esa época vive todavía, sin que haya tenido necesidad de reingresar al manicomio.

Mi estadística actual es de trescientos casos, y en treinta y tres por ciento de estos he obtenido resultados completamente satisfactorios. Este porcentaje de curaciones está de acuerdo con las estadísticas de otros manicomios extranjeros que he tenido oportunidad de consultar. El resto se divide en enfermos en que se han obtenido mejorías parciales; en otros en que se ha detenido la marcha de la enfermedad; varios casos en que los resultados han sido nulos; y por último algunas defunciones.

La técnica de la impaludización consiste en inocular brazo a brazo uno o dos centímetros cúbicos de la sangre de un palúdico de terciana benigna (plasmodium vivax) que no haya sido tratado y que no tenga otra enfermedad contagiosa. Yo acostumbro hacer subcutáneamente la inoculación al paralítico general, aunque puede hacerse también intra-venosa. El paludismo estalla entre 6 y 20 días después, pero por lo general a los 10 días aparece el primer ataque febril. A veces no estalla el paludismo después de la inoculación, probablemente porque el enfermo ha sido tratado anteriormente por arsenicales. En estos casos se debe hacer una nueva reinoculación, y si es posible, con dador diferente.

Antes de la aparición del primer acceso febril, con treinta y seis a cuarenta y ocho horas de anterioridad, he observado siempre una taquicardia. Por lo tanto este signo permite prever anticipadamente la aparición de la fiebre.

Más que una fiebre palúdica el cuadro de la temperatura en estos enfermos semeja al de la fiebre tifoidea, porque es casi siempre fiebre cuotidiana y con ascensiones vesperales.

Se dejan desarrollar 10 accesos febriles y se corta la fiebre por los medios habituales en el paludismo. Por lo general la mejoría en el paralítico se observa desde el tercero o cuarto acceso febril. Los estados delirantes, casi siempre persecutorios, que se presentan a veces en el curso del tratamiento malariaterápico, ceden fácilmente con la quinina.

Después de la impaludización y terminado el tratamiento por la quinina, se deben seguir tratando los enfermos con arsenicales y bismuto. Antiguamente se consideraba contraindicado el tratamiento arsenical en los paralíticos generales, por temor de las complicaciones meníngeas que podía producir. Yo mismo lo creía así, pero he cambiado de opinión y hoy lo aplico sistemáticamente sin haber tenido accidente ninguno que lamentar.

Los accidentes que suelen presentarse en el curso de la impaludización son de origen cardíaco, hepático y renal. El corazón flaquea con mucha frecuencia y pueden producirse fenómenos de asistolia aguda, que se anuncia por una taquicardia. Los fenómenos hepáticos son de orden de insuficiencia aguda, que en algunos casos son muy ligeros y se traducen únicamente por el tinte subictérico de la piel y las conjuntivas oculares; en otros son de gran intensidad y dan lugar a fenómenos muy graves y a veces mortales.

He tenido ocasión de observar hemorragias gástricas, intestinales, nasales, o del aparato urinario. En uno de estos enfermos, quien tuvo hematemesis y deposiciones sanguinolentas y melénicas, la autopsia reveló una hemorragia que se extendía desde el cardias hasta el recto.

Del lado del aparato urinario se presentan oligurias y aún anurias, que en la mayoría de los casos ceden con facilidad.

Por estos motivos la impaludización está contraindicada en los cardíacos, hepáticos y renales.

La considero igualmente contraindicada en la parálisis general muy avanzada.

En todos estos casos lo mejor es abstenerse de inocular el paludismo, pues de lo contrario, sólo conseguiríamos desacreditar un procedimiento verdaderamente precioso hecho en condiciones apropiadas y bien conducido.

Debe tenerse en cuenta para practicar este tratamiento que el diagnóstico de parálisis general sea muy preciso, porque hay muchos casos en que presenta serias dificultades. Es muy fácil tomar como parálisis general un accidente mental de origen sifilítico, que no es la verdadera enfermedad de Bayle. En primer lugar puede haber una psicosis en un terreno sifilítico, en el cual la sífilis únicamente obra como causa predisponente. Luégo debe recordarse que la sífilis en todos sus períodos de evolución es susceptible de pro

ducir alteraciones psíquicas que para un observador poco sagaz pueden conducir a un error de diagnóstico.

En el período primario pueden presentarse accidentes debidos al choque moral sufrido por el paciente al saber su enfermedad: se considera incurable y esto lo lleva a un estado de depresión que puede conducir a una verdadera melancolía con ideas hipocondríacas.

Recuerdo un enfermo que se presentó a mi consulta porque estaba convencido de que tenía una parálisis general; se trataba simplemente de una sífilis reciente y, cosa curiosa, éste enfermo se aplicaba dos inyecciones diarias de mutanol con el objeto de calmarse un gran dolor de cabeza que lo molestaba mucho.

En el período secundario durante el cual, según recientes trabajos de Levaditi, el sistema nervioso es tocado por la infección sifilítica en 100% de los casos, pueden producirse diversas alteraciones psíquicas ya sean manifestaciones maniáticas, o ya confunsionales de origen toxi-infeccioso, en las cuales la sífilis obra como cualquiera otra infección del organismo.

En el período terciario se presentan diversas localizaciones meníngeas, vasculares o cerebrales, en las cuales el diagnóstico viene a ser de tal manera difícil, que en muchos casos es imposible hacer una diferenciación completa. El diagnóstico en estos enfermos no puede hacerse sino por los signos psíquicos.

La parálisis general se presenta bajo dos formas principales: una expansiva y otra depresiva. Sus solos nombres las definen. En la forma expansiva la malariaterapia dá los resultados más curativos y rápidos; no pasa lo mismo en la forma depresiva. Por otra parte la forma depresiva de la parálisis general es la que más fácilmente se confunde con la sífilis cerebral en la forma vascular.

La impaludización no puede considerarse como un tratamiento preventivo de la parálisis general, como lo demuestra el hecho de que individuos que han sufrido de paludismo presenten después esta enfermedad. Más todavía, muchas veces el paludismo favorece la parálisis general.

¿Por qué y cómo obra el paludismo? Esto es lo que se preguntan los preconizadores y continuadores del procedimiento de la malariaterapia.

Se pensó primero en el elemento hipertermia, pero existen argumentos poderosos que permiten descartar esta hipótesis. Al someter a un conejo con un chancro escrotal sifilítico a una tempe-

ratura de 41 grados dos veces al día, el chancro se cura; sin embargo, yo he observado casos de mejoría completa en enfermos en quienes la temperatura no ha subido a más de 38½ grados. De manera que no es por la hipertermia que obra la impaludización. Se ha hecho el experimento de colocar espirilas vivas en suero de palúdico, y se observa que las espirilas se inmovilizan. De modo que el suero sanguíneo de palúdico tiene propiedades microbiotropas. Pero si la acción del hematozoario fuera directamente contra las espirilas, la impaludización sería tratamiento no de la parálisis general sino de la infección sifilítica. Se pensó también en la hiperleucocitosis, pero se descartó más tarde porque en algunas enfermedades que como la fiebre tifoidea mejoran un poco la enfermedad, no sólo no existe una hiperleucocitosis sino que se encuentra leucopenia.

Yo he creído que la explicación de la acción del paludismo sobre la parálisis general debe buscarse en la anatomía patológica. Es sabido que las lesiones de esta enfermedad sobre el sistema nervioso central consisten no solamente en la desaparición de células de la corteza cerebral, sino también en atrofia o desaparición de las ramosidades de los prolongamientos dentríficos, y la retracción de estos últimos que hacen aparecer las neuronas como las del animal anestesiado. Hay una desmielinización de las fibras de la red de Exner, que como se sabe son fibras tangenciales de comunicación de las neuronas.

El profesor Triantófilos de la cátedra de Psiquiatría de Atenas al tratar de explicar las perturbaciones que se presentan en la demencia precoz, ha dado últimamente una explicación diciendo que ellas son debidas a que el estímulo nervioso no atraviesa todas las capas de la corteza cerebral para llegar a la perfección del proceso asociativo que el Profesor Triantófilos denomina "ideación de la consecuencia lógica". Y no las atraviesa, al menos completamente, sea por desviación, sea por alteración de las redes tangenciales que interrumpe el curso normal de la transmisión y de allí las ideas extrañas, incoherentes e ilógicas del demente precoz.

¿No será por una patogenia similar como se verifican los diversos síntomas mentales de la parálisis general, ya que la lesión anatomo-patológica nos demuestra la incomunicación de las neuronas entre sí? Y no será que el choque nervioso producido por la infección palúdica tiene la propiedad de restablecer esas comunicaciones tangenciales por un mecanismo especial, de manera de obtener que

el influjo o estímulo nervioso atraviese completamente las capas cerebrales para llegar al *sumun* de asociación que Triantófilos llama "ideación de la consecuencia lógica". Y hay choque nervioso puesto que yo he observado que el paludismo tiene una predilección especial por el sistema nervioso ya que hay casos en los cuales la infección palúdica da lugar a la producción de una psicopatía sin fiebre, la cual cede al tratamiento por la quinina, y la investigación del hematozoario en la sangre de los enfermos ha sido positiva.

Para terminar debo decir que la opinión que he podido formarme sobre este tratamiento es que hasta hoy es el único que ha dado resultados tan evidentes y de tan larga duración que los enfermos han podido volver a sus ocupaciones habituales en ejercicio de diversas profesiones que requieren una mentalidad completa.

COMENTARIO DEL DOCTOR ROBERTO FRANCO

sobre el trabajo del doctor Maximiliano Rueda G. titulado:

La impaludización como tratamiento de la parálisis general.

El doctor Rueda ha presentado a la consideración de la Academia un asunto de extraordinario interés y de suma importancia para médicos y enfermos. El tratamiento de la parálisis general ha sido siempre un problema de difícil solución y la confirmación de su etiología, apenas sospechada hace algunos años, no ha permitido avanzar en la terapéutica de esta terrible enfermedad.

Expone el doctor Rueda los tratamientos que había practicado antes de la malariterapia, comenzando por el drenaje del líquido céfalo-raquídeo que practicó hace algunos años, incidentalmente primero y luégo deliberadamente en unos treinta casos, obteniendo en unos 13 un éxito casi completo. Nos expone luégo los métodos usados produciendo fiebre, es decir la piretoterapia por diversos medios; el nucleinato de soda, las proteínas y la inoculación de otras enfermedades, como la fiebre tifoidea; ensayó igualmente la quimioterapia intrarraquídea con el salvarsán a pequeñas dosis sin resultado de ninguna clase.

Nos dice haber ensayado igualmente la recurrentoterapia por la fiebre espiroquetal y haber deseado usar el sodokú sin haber conseguido muestras de él para aplicarlo.

Se detiene luégo en la exposición de la malariaterapia y relata los métodos seguidos en su trabajo, considera las indicaciones y contraindicaciones de su aplicación, discute el modo de acción del tratamiento y nos dice que su estadística, que comprende trescientos casos, le ha dado un treinta por ciento de resultados completamente satisfactorios.

APARTADO No. 887 **TELEGRAFO:**

TELEFONO 10-00 Chap. **"MARLY"—BOGOTA**

SERVICIO DE MATERNIDAD

ANESTESIA POR LOS GASES

RAYOS X

30 MEDICOS ESPECIALISTAS

SERVICIO PERMANENTE

NÉO-RHOMNOL

"RHOMNOL ESTRICNO-ARSENIADO"

Nueva preparación definida, estable

que realiza, en inyecciones indoloras,
el tratamiento racional y rápido de todas las

AFECCIONES, INFECCIONES Y CONVALECENCIAS

tributarias del ***Fósforo,***
de la ***Estricnina*** y del ***Arsénico***
en su forma más completa
y rápidamente asimilable.

AMPOLLAS

Nucleinato de Estricnina .	1 mgr.
Cacodilato de Sosa. . . .	0 gr. 05

Una inyección diara durante 12 dias, descansar un tiempo igual y volver a empezar.

INYECCIONNES INTRAMUSCULARES INDOLORAS

COMPRIMIDOS

Nucleinato de Estricnina.	0 mgr. 5
Metilarsinato de Sosa . .	0 gr. 025

Tragar un comprimido sin masticarle antes de las dos principales comidas, durante quince dias, descansar una semana y volver al tratamiento hasta que sea innecesario.

AL DETALLE : *EN TODAS LAS BUENAS FARMACIAS.*

PARA LITERATURA Y MUESTRAS : Laboratorios del **DOCTOR M. LEPRINCE**

62, Rue de la Tour, PARIS (16e)

Personalmente es muy poco lo que puedo decir del tratamiento de la parálisis general, pues apenas he tenido ocasión de seguir unos pocos casos y de ensayar los tratamientos aconsejados en las diversas épocas en que me ha sido dado observarlos.

Hace varios años que traté dos enfermos por medio del nucleinato de soda sin obtener ninguna mejoría.

El ensayo de recurrentoterapia a que se refiere el doctor Rueda en su trabajo y que se redujo a la inoculación de la sangre de un enfermo de fiebre espiroquetal a dos asilados en el manicomio. Sólo se obtuvo una fiebre ligera en uno de ellos; el examen microscópico de su sangre demostró la presencia de la espiroqueta, pero los accesos no se repitieron.

(Este experimento fue muy interesante porque puso de manifiesto la manera especial de inoculación de las espiroquetas. Se inocularon 2 enfermos con la sangre de un estudiante de medicina atacado de fiebre recurrente. Al uno se le hizo una inoculación intra-venosa de 1 c. c. de sangre y al otro se le colocó una gota de la misma sangre sobre una erosión que se le hizo en la piel. Al inoculado intravenosamente no le dio fiebre y al otro sí, lo cual puso de manifiesto que esta espiroqueta se transmite por erosión de la piel, como creo que se transmiten todas las espiroquetas. Leischmann insinuó que no era por el piquete del Ornitodorus que se transmitía la fiebre recurrente, sino por la secreción de las glándulas coxales de éste, algún tiempo después de que había comenzado a picar. Como comprobación hizo picar por uno de estos animales a dos monos: en el primero retiró el animal antes de que comenzara la secreción de las glándulas coxales; y en el segundo depositó esa secreción sobre la piel. El primero no adquirió la recurrente, y el segundo sí. Esa secreción glandular llevaba el germen, y la inoculación se hacía por las erosiones de la piel que se producían después con el rascado).

———

Fribourg Blanc, agregado en el Val de Grace, en un artículo muy documentado, publicado en "Clínica y Laboratorio" de junio de 1929 expone todos los detalles de los diversos métodos de malariaterapia y presenta una estadística de 28 casos impaludados, y comparándolos con 27 tratados por él mismo antes de emplear este método terapéutico. El cuadro comparativo es como sigue:

	Impaludados.	No impaludados.
Remisiones completas	39,28 %	
Remisiones parciales . , ...	17,85 %	7,40 %
Dados de baja	17,85	25,92 %
Reclusión	14,25	59,25
Defunciones	10,71	7,40

Barbes y Sezary recomiendan el tratamiento por medio del estovarsol sódico en inyección subcutánea: 1 gramo en 8 c. c. de agua destilada tres veces por semana en serie de 20 inyecciones, descanso de un mes seguido de otra serie, y de una tercera después de un intervalo igual.

Con este tratamiento obtuvieron:

Mejoría en casos de excitación psíquica	68 %
En casos de debilidad intelectual simple	58 %
En casos de formas demenciales	26 %

La estovarsolterapia modifica muchísimo las formas clínicas más graves, suprime el gatismo, la impotencia y la caquexia. La modificación rápida del estado general es la piedra de toque de la acción favorable del medicamento; el aumento de peso es un buen signo de eficacia.

Otro método de tratamiento por medio de la piretoterapia es el que recomienda Schroeder Kund por medio de un aceite azufrado que denomina sulfosina, inyectando $^1/_2$ o 1 c. c. en los músculos de la nalga. Doce horas después viene una fiebre de 40 grados, con un descenso lento. Practica una serie de diez inyecciones y considera que su efecto equivale a la impaludización. En 14 enfermos ha obtenido 57 % de remisiones.

Sherman F. Gilpin del Jefferson Hospital de Filadelfia emplea desde 1914 como método de tratamiento de lo neuro-sífilis el *Drenaje del líquido céfalo-raquídeo* por punción lumbar combinado con tratamiento arsenical intravenoso o mercurial en fricciones. Hace primero una punción lumbar y deja salir 30 a 60 c. c. de líquido, tanto como escurra libremente y luégo hace la inyección intravenosa de un arsenical (sulfarsfenamina, neoarsfenamina o triparsamido), practica el drenaje una vez por semana. Prefiere este tratamiento a la malariaterapia por ser más inocente y más eficaz.

La recurrentoterapia ha sido empleada por Max de Ayala y en la parálisis general y en la demencia precoz por medio del *Treponema hispanicum*, en numerosos casos. Ha practicado 230 inocula-

ciones sin haber observado ningún caso mortal. Conserva el parásito en garrapatas, ratones blancos y otros animales de laboratorio. Ha observado 45 % de remisiones completas. En la demencia precoz las remisiones completas se observan en los casos recientes de menos de dos años; las formas tardías no mejoran.

Estamos de acuerdo con el doctor Rueda en considerar que la interpretación del modo de acción de la malariaterapia en la parálisis general, se debe fundar en las lesiones anatomo-patológicas que producen cada una de estas enfermedades en los centros nerviosos y también en las reacciones humorales que ocasionan en nuestro medio interno.

Dujardin y Targowla hacen notar que las reacciones son en las sífilis cerebrales intensas y limitadas, en tanto que en la parálisis general son superficiales y difusas. Las reacciones con los extractos sifilíticos, por intradermorreacción, son intensas en los sifilíticos terciarios mientras que serían casi nulas en los paralíticos generales lo cual se debería a que éstos son analérgicos, es decir incapaces de una reacción de defensa orgánica para la enfermedad.

Lhermitte opina que la malariaterapia obra sobre las lesiones difusas de la parálisis general y las transforma en proceso reducido y concentrado a algunas regiones del encéfalo, adquiriendo el aspecto más o menos típico de la sífilis cerebral.

Wagner von Jawregg hace un paralelo entre la acción de la malariaterapia y la proteinoterapia: la primera no aumenta en el suero sanguíneo los ácidos aminados como la segunda, pero en cambio sí los aumenta mucho en el líquido céfalo-raquídeo. De esto concluye que la malariaterapia tiene una acción neurotropa específica en la meta-sífilis.

Lerey y Madakowitch insisten en las modificaciones que la malariaterapia produce en las reacciones del líquido céfalo-raquídeo, serían más intensas y definitivas en algunos casos, y fundan en estas modificaciones la necesidad de nuevas impaludizaciones.

De esta rápida revista de las opiniones de los especialistas que se han ocupado del tratamiento de la parálisis general podemos concluir que bien que la malariaterapia es considerada por muchos de ellos como un tratamiento ideal, todos los otros métodos terapéuticos que hemos enumerado pueden en muchos enfermos dar resultados comparables y en algunos superiores a la impaludización.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

EL PNEUMOTORAX ARTIFICIAL

En el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.

Trabajo presentado por el doctor
FERNANDO TROCONIS

en la sesión del 22 de noviembre de 1932.

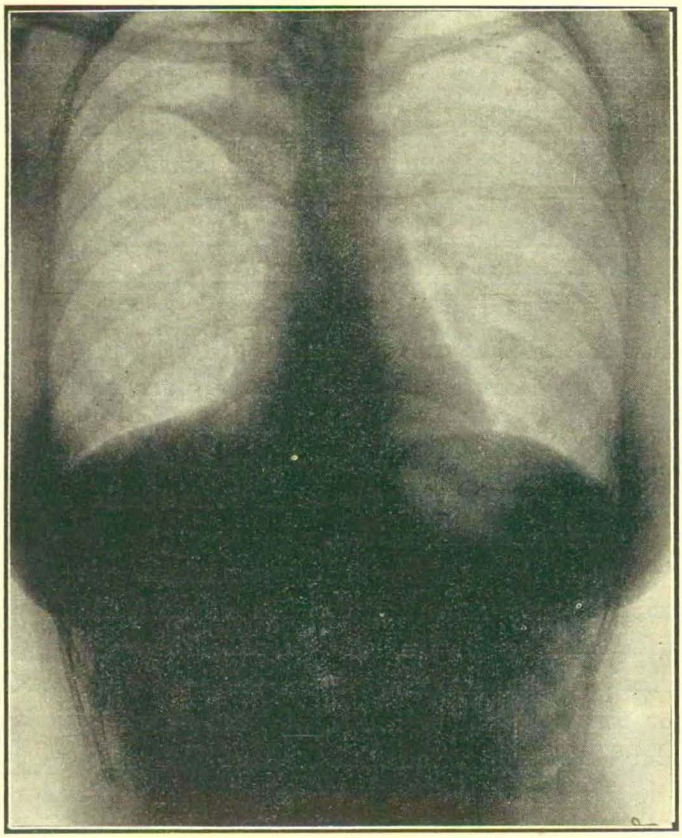
INTRODUCCION

Por una singular casualidad la presentación de este modesto trabajo que respetuosamente someto a la consideración de la Honorable Academia Nacional de Medicina coincide con el cincuentenario del descubrimiento del tratamiento de la tuberculosis pulmonar por el Pneumotorax artificial llevado a cabo por el insigne sabio italiano Carlos Forlanini, Justo es que aproveche esta memorable ocasión para rendir homenaje de admiración al sabio italiano haciendo un recuento histórico de este tratamiento que, a medida que van pasando los años, va conquistando para su descubridor los gajes de gloria que en un principio por incomprensión le fueron negados y para el método un amplísimo campo en la terapéutica de la tuberculosis pulmonar.

Fue en 1882 cuando Forlalini, simple médico del hospital Maggiori de Milán enunció por primera vez los fundamentos del nuevo método terapéutico de la tuberculosis polmonar basado en consideraciones de orden puramente mecánico. Se comprende fácilmente que su idea no tuviera ninguna aceptación ni mereciera siquiera el honor de la crítica pues, el método en cuestión no tenía en consideración la naturaleza de la enfermedad que Koch pocos meses antes había definido con su maravilloso descubrimiento del bacilo, causa esencial de la enfermedad. Era natural que con tal descubrimiento las investigaciones terapéuticas se orientaran a, destruír el bacilo por medios químicos o, como lo hizo el mismo Koch, en persecución de un suero curativo como ya se había en-

contrado para otras enfermedades microbianas conocidas en esa época.

Es cierto que antes de Forlanini ya se había hablado del pneumotórax artificial, el cual, por ejemplo, ya había sido realizado por el fisiólogo inglés Carson en 1819, en sus experimentos interesantísimos con que demostró la elasticidad pulmonar. Pero, aun cuan-



Radiografía No. 3. Observación XXI—Lesiones fibro-ulcerosas del 1/3 superior derecho, *Cisuritis* (11298).

do este sabio fisiólogo entrevió la importancia de un método que se opusiera a la elasticidad pulmonar para la curación de las ulceraciones del pulmón, sus ideas no podían tener realización en una época en que no existían ni la antisepsia ni la asepsia quirúrgicas.

Laennec por la misma época describía en la primera edición de su famoso libro un estado patológico que complica algunas veces ciertas afecciones pulmonares o pleurales con especialidad la tuberculosis, al cual dió el nombre de pneumotórax. Decía él que, en un tísico

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
BIBLIOTECA

portador de una ulceración superficial del pulmón y en conexión con su bronquio de drenaje, solía suceder que se rompiera la delgada pared que la separaba de la cavidad pleural penetrando entonces el aire exterior en esta cavidad por conducto del bronquio. En estas condiciones el aire vence la elasticidad del pulmón y éste se retrae al rededor del hilo. No se puede describir mejor un pneumotórax espontáneo.

Esta complicación que en un tísico avanzado constituye una causa agravante, casi seguramente mortal, fue reconocida por el médico irlandés Williams Stokes en 1826 como una circunstancia feliz para muchos enfermos, los cuales podían conseguir su curación por este medio fortuito cuando sus lesiones eran unilaterales.

Potain, más tarde, tuvo la idea de mantener los resultados obtenidos por el pneumotórax espontáneo por medio de reinsuflaciones sucesivas. A pesar de la autoridad de este clínico su idea no tuvo resonancia en el mundo científico.

En el descubrimiento de Forlanini hubo pues, precursores, pero, corresponde a él, sin duda, el mérito de haberlo propuesto con intención predeterminada y de haber insistido en su estudio y experimentación hasta verlo triunfar de la indiferencia con que fueron recibidas sus primeras iniciativas.

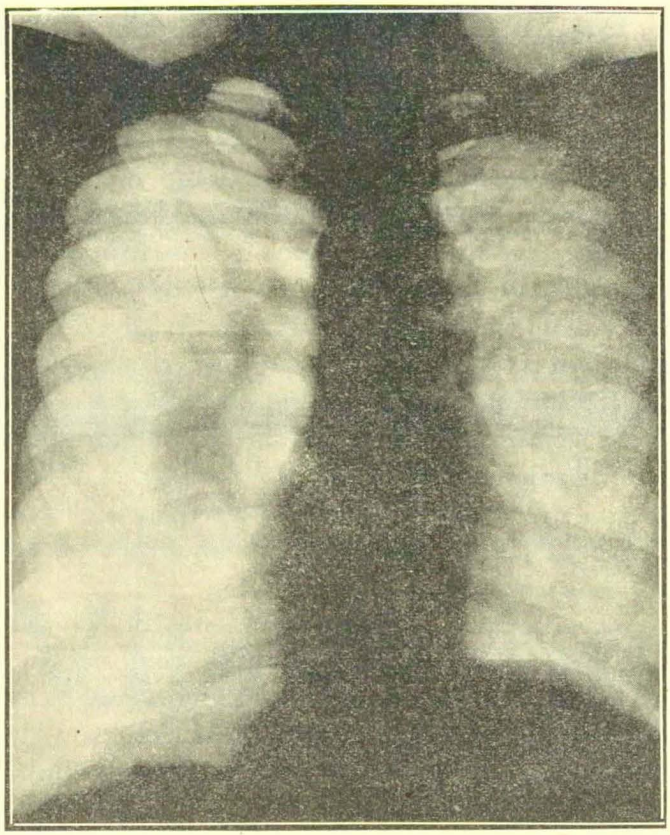
En 1894 presenta al Congreso Internacional de Medicina una comunicación de dos casos curados con sus métodos cuya técnica describe minuciosamente. Un año después, comunica al Congreso de Medicina Interna otro caso de curación de una tuberculosis cavitaria por medio de su método. En 1898 el célebre cirujano americano John B. Murphy anunciaba en el Congreso de Chicago la curación de algunos casos de tuberculosis pulmonar por medio del pneumotórax artificial y bajo el control de los rayos X; Lemke asistente de Murphy, un año más tarde, publicó una estadística de 55 casos, a pesar de lo cual el método no ganó terreno en Norte América.

Brauer en Alemania, Dumarest y Kuss en Francia se hicieron luégo, los apóstoles del método en sus respectivos países. La colaboración íntima que le ha prestado en los últimos años la exploración radiológica pulmonar le ha hecho ganar cada día más terreno en su aplicación y en el momento actual se considera que es el tratamiento de elección cuando se llenan todas sus indicaciones.

El progreso del método de Forlanini ha tenido por consecuencia el desarrollo de la colapsoterapia pulmonar que ha abierto un

campo nuevo a la Cirugía con las operaciones ya muy bien estudiadas de la frenicectomia y de la toracoplastia que colaboran con el pneumotórax en la curación de la tuberculosis pulmonar o lo suplantan en el caso de que aquel sea imposible.

Pero, hay más aún, la realización del pneumotórax en la cura-



Radiografía No. 6. Observación III—Neumotórax derecho completo, irregular (4085).

ción de la tuberculosis pulmonar ha revolucionado la lucha social contra la enfermedad. La hospitalización y aislamiento de los enfermos en sanatorios y hospitales especializados no es de rigor para los enfermos en quienes se puede realizar el pneumotórax. Una de las características del método es la pronta desaparición del bacilo en los esputos y por consiguiente, la desaparición de la causa única del contagio. Se concibe de esta manera el enorme aporte que ha traído el método a la lucha contra la tuberculosis. Por esto, el

Profesor Bezancon pide la multiplicación de los dispensarios aún con perjuicio para los sanatorios.

Esta somera reseña histórica hace contrastar de una manera evidente la laguna que ha existido por tan largo tiempo en nuestra medicina nacional. Solamente hace tres o cuatro años se ha comenzado a emplear el método que es de uso corriente en todo el mundo. Conozco dos tesis de grado de nuestra Facultad consagradas a este tema. Desgraciadamente, las condiciones que prevalecen en la presentanción de la gran mayoría de nuestras tesis de grado impidieron hacer resaltar la importancia del pneumotórax, habiéndose basado en un limitado número de observaciones las cuales, a su vez, no fueron continuadas por un espacio de tiempo suficiente para deducir conclusiones científicas.

En la actualidad sé que en la ciudad de Medellín el doctor Pérez Cadavid, en la de Cali el doctor Arturo Mejía y en la de Barranquilla el médico italiano doctor Gambieri emplean con éxito este tratamiento. Así, si algún mérito pudiera tener esta modesta comunicación que hago hoy a nuestra Academia Nacional de Medicina sería tan sólo extrínseco, dependiente del poco conocimiento que en Colombia se tiene del pneumotórax a pesar de su ya larga vida y de los numerosos frutos cosechados con él en otros países.

En el cincuentenario del descubrimiento del método de Forlanini, calificado por el Profesor Devoto como el más grande que ha hecho la medicina desde los tiempos más remotos en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, es para mí motivo de honda satisfacción evocar en este augusto recinto la noble y austera figura del sabio italiano quien con desinterás sin igual y con tenacidad y convicción de las más firmes, supo sostener y alentar su método que tan grandes proyecciones había de alcanzar en el porvenir.

BASES Y FUNDAMENTO DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR POR EL PNEUMOTORAX ARTIFICIAL

El tejido pulmonar posee dos propiedades inherentes a la naturaleza misma de su parenquima que siendo antagónicas entre sí aseguran la función del pulmón como órgano respiratorio.

CHLORO-CALCION

SOLUCIÓN DOSIFICADA DE CLORURO DE CALCIO ESTABILIZADO QUÍMICAMENTE PURO
1/2 cucharadita u 80 gotas = 1 gramo de Ca Cl²

DIRECTAMENTE ASIMILABLE

Recalcificante
Hemostático
Desclorurante

Littér. Echant. LABORATOIRE MICHELS _ 9, Rue Castex _ PARIS (IVe)

Muestras Srs. SEYS y PANNIER - Apartado 1063
Bogotá - Colombia.

Vitastérine

BYLA

VITAMINA D estandardizada

Reemplaza el aceite de hígado de bacalao en todas sus indicaciones

TRATAMIENTO DEL RAQUITISMO
TRASTORNOS de la OSIFICACION y DENTICION
CONVALECENCIAS

De venta en todas las Droguerias y Farmacias

Agentes Generales : ***Andres Seys & Pannier***
Apartado 1063 **BOGOTA**

Contra la Tos

JARABE Y GOTAS

RAMI

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. 9e

IODALOSE GALBRUN

IODO FISIOLÓGICO, SOLUBLE, ASIMILABLE

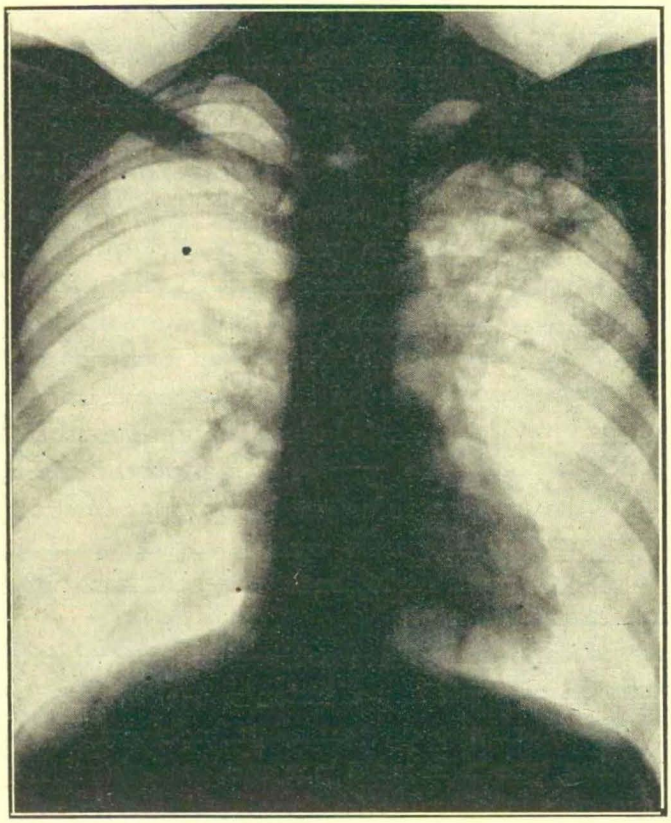
La IODALOSE es la ÚNICA SOLUCIÓN TITULADA del PEPTONIODO
Combinación directa y completamente estable del *Iodo* con la *Peptona*
DESCUBIERTA EN 1896 POR E. GALBRUN, DOCTOR EN FARMACIA
Comunicación al XIIIº Congreso Internacional de Medicina, Paris 1900

Sustituye Iodo é Ioduros en todas sus aplicaciones sin Iodismo.

Veinte gotas IODALOSE obran como un gramo Ioduro alcalino.
DOSIS MEDIAS : Cinco á veinte gotas para Niños ; diez á cincuenta gotas para Adultos.

Pedir Folleto sobre la Iodoterapia fisiológica *por el* Peptoniodo.
Laboratorio GALBRUN, 8 et 10, rue du Petit-Muse. PARIS.

Son la expansibilidad y la rectractilidad. Por medio de la primera al aspirar el aire por el sistema traqueobronquial el órgano se dilata solicitado en este momento por el vacío pleural que obra como una fuerza de expansión. Por el contrario, cesando la presión interior en la expiración, el pulmón en vir-



Radiografía No. 7, Observación V—Lesiones ulcero-fibrosas del 1/3 superior izquierdo (*caverna*) (4133).

tud de su retractilidad se recoge. La sucesión de estos dos actos asegura la función respiratoria.

Los experimentos de Carson en el conejo, probaron que anulando el vacío pleural por medio de la inyección en la cavidad pleural de un gas, no estando el pulmón en esas condiciones alrededor del hilo solicitado por el vacío, se retraía obedeciendo a la segunda de las propiedades enunciadas. Este es el fundamento mecánico del método.

No se necesitan pues presiones positivas sino simplemente

amortiguar el vacío pleural con insuflaciones de gas para producir el retraimiento del pulmón. En otros términos, no se trata de una compresión activa sino de colocar al pulmón en condiciones de obedecer a su natural tendencia de retracción.

Ya Laenec había dado esta misma explicación al comentar el mecanismo del pneumotórax espontáneo en los casos en que una ruptura de la pared de una caverna pone en comunicación su bronquio de drenaje con la cavidad pleural.

Muchas teorías se han invocado para explicar la acción benéfica del pneumotórax artificial en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Es evidente que el reposo de un órgano enfermo es una de las principales condiciones para la curación. Este es un principio de clínica generalmente aplicado al tratamiento de las artritis tuberculosas. Igual cosa, por ejemplo habría de acontecer con las lesiones tuberculosas del pulmón: el reposo del órgano coadyuvaría sin duda a la cicatrización de esas lesiones. Pero esta explicación ha sido controvertida con el experimento realizado de producir la inoculación tuberculosa en un pulmón de animal colapsado, por el pneumotórax artificial.

Se han invocado los cambios en la circulación sanguínea y linfática del pulmón colapsado que favorecería la esclerosis, procedimiento por el cual las lesiones tuberculosas tienden a curar espontáneamente.

Sobre este particular hay interpretaciones contradictorias que tal vez experimentos recientes tienden a esclarecer.

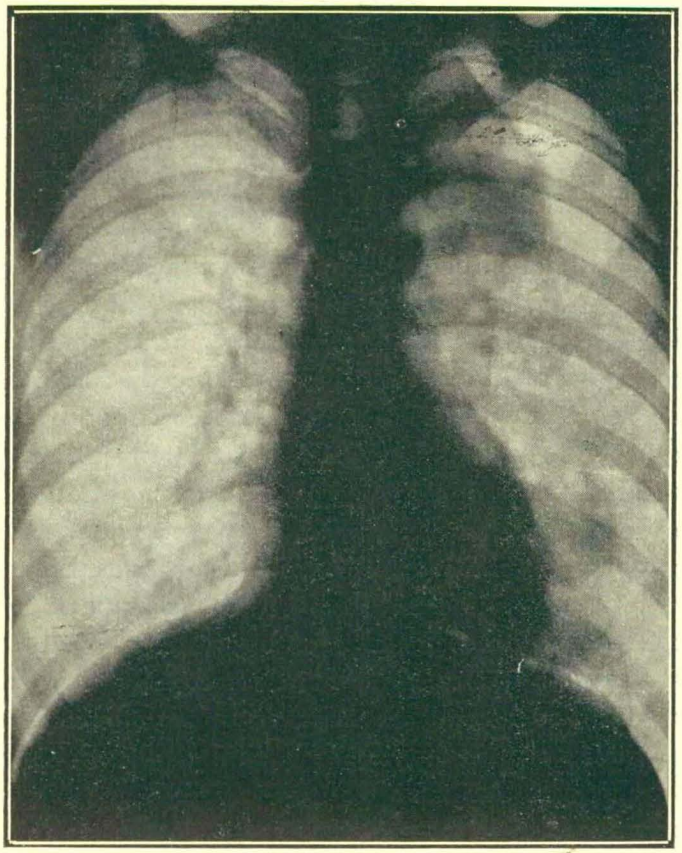
O'Bruns ha demostrado que en el pulmón colapsado la circulación nutritiva queda intacta por medio de las arterias bronquicas al paso que la circulación funcional queda muy restringida. Los capilares al examen microscópico se ven aplanados, casi exangües, tanto más cuanto mayor sea el grado del colapso a que está sometido el pulmón.

De esta manera hay una descongestión pulmonar en lugar de un estancamiento venoso como han pretendido ciertos investigadores.

A la anemia producida por el pneumotórax en la circulación sanguínea se agrega como corolario el retardo en la circulación linfática como resultante de aquella. Sabido es que la propagación tuberculosa se hace casi siempre por vía linfática y por consiguiente por el hecho del impedimento en la circulación de

la linfa se opone un obstáculo a la extensión de la lesión tuberculosa.

Además, se pueden invocar los efectos mecánicos producidos por el pneumotórax para explicar su acción sobre ciertos síntomas de la enfermedad.



Radiografía No. 8, Observación V.—Neumotórax izquierdo en vía de realizarse (4133B). Notar aun la caverna señalada en la radiografía anterior.

En primer lugar hemos visto que se produce una anemia del pulmón, lo cual explica la indicación preciosa del método en los casos de hemoptisis.

Acabamos de ver que el pneumotórax retarda la circulación linfática, de ahí la menor absorción de toxinas. Por último, el colapso produce el aplanamiento de los espacios muertos que son causa del aplazamiento indefinido de la cicatrización.

El conjunto de todas estas explicaciones que no se excluyen

las unas con las otras, da la clave de la acción curativa del pneumotórax. La inmovilización, principio basal en el tratamiento de otras localizaciones diferentes de la pulmonar del bacilo tuberculoso. La supresión de la función respiratoria que evita las infecciones secundarias y las embolias brónquicas. Así mismo, la supresión de la absorción de toxinas pone al organismo en condiciones óptimas para acrecentar sus fuerzas orgánicas de defensa.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL TRATAMIENTO

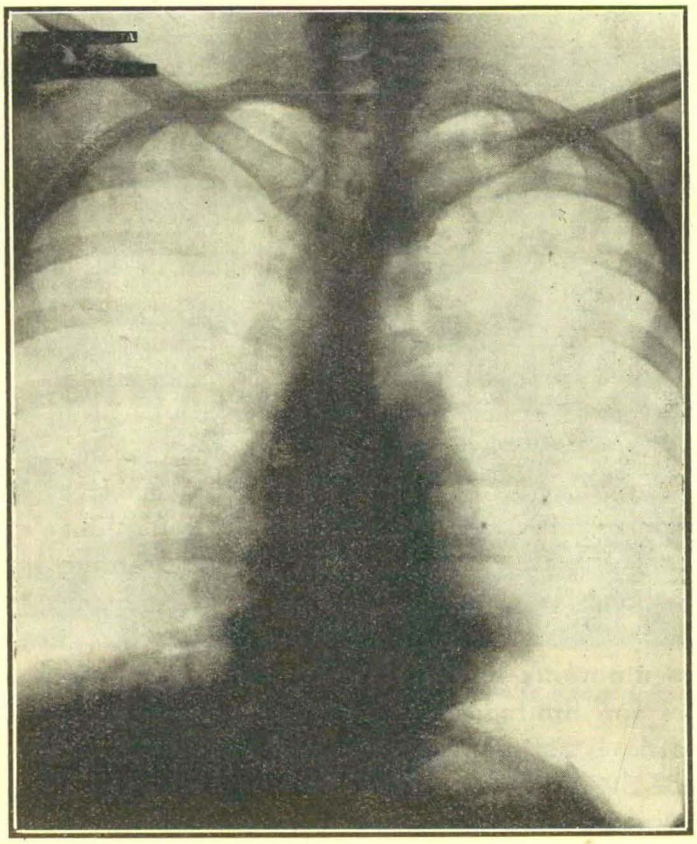
La tisiología que ha avanzado enormemente en los últimos años hasta el punto de convertirse por sí sola en un ramo de especialización después del descubrimiento de los rayos X, y de su aplicación a la clínica. De todos es sabido las dificultades con que tropieza el clínico para hacer un diagnóstico cualitativo y cuantitativo en materia de tuberculosis pulmonar. El examen físico por medio de la auscultación y la percusión podía en muchos casos descubrir una lesión y avaluar aproximadamente su extensión. Pero, también son muchos los casos de lesiones muy pequeñas o muy profundamente situadas que escapan al oído más experto y son los rayos X los que vienen a ponerlas en evidencia.

Para establecer la indicación de un pneumotórax es necesario hacer un diagnóstico lo más aproximado posible y son los rayos X, en colaboración naturalmente con la clínica, el mejor sistema de exploración pulmonar. Una radiografía equivale a una biopsia en la cual se puede apreciar la localización exacta de las lesiones, su extensión y su naturaleza. No quiere esto decir que la indicación del pneumotórax esté ligada a una lesión de tal o cual naturaleza, de tal o cual localización, pero, un diagnóstico completo permite medir las posibilidades de curación y brinda la ocasión para escoger entre los métodos de tratamiento hoy en uso.

Dicho esto, paso a estudiar las indicaciones del método. El mismo Forlanini, dijo que el pneumotórax está indicado siempre que la vida esté amenazada por la extensión de una lesión local. Es decir, que esta amenaza de la vida se puede medir por el carácter destructivo de la lesión y por su modo *evolutivo*. En términos generales se puede decir que la indicación del método cre-

ce partiendo de las lesiones esclerosas a las lesiones caseosas y de las fórmas tórpidas a las francamente activas.

Una pequeña lesión sin carácter evolutivo marcado, es claro que no vale la pena de tratarla por el pneumotórax, pues sin él, curará lo mismo, siempre que se la trate convenientemente por el ré-



Radiografía No. 12, Observación IX.—Neumotórax izquierdo completo. Notar las adherencias superiores que dan la imagen falsa de una gran caverna en la cima. (5620).

gimen dietético, higiénico. Así mismo lesiones muy avanzadas, generalizadas a ambos pulmones que han agotado ya las defensas orgánicas del enfermo, tampoco serán una indicación del tratamiento.

Las lesiones fibrosas puras, limitadas, revisten un carácter tórpido, benigno y curarán sin pneumotórax. Si son difusas y acompañadas de un proceso ulceroso, extensivo, pronto terminarán en

la caquexia del enfermo y el pneumotórax en tal caso, o no podrá hacerse por impedimento mecánico en su realización, o en el caso de ser factible podría aumentar la gravedad del pronóstico.

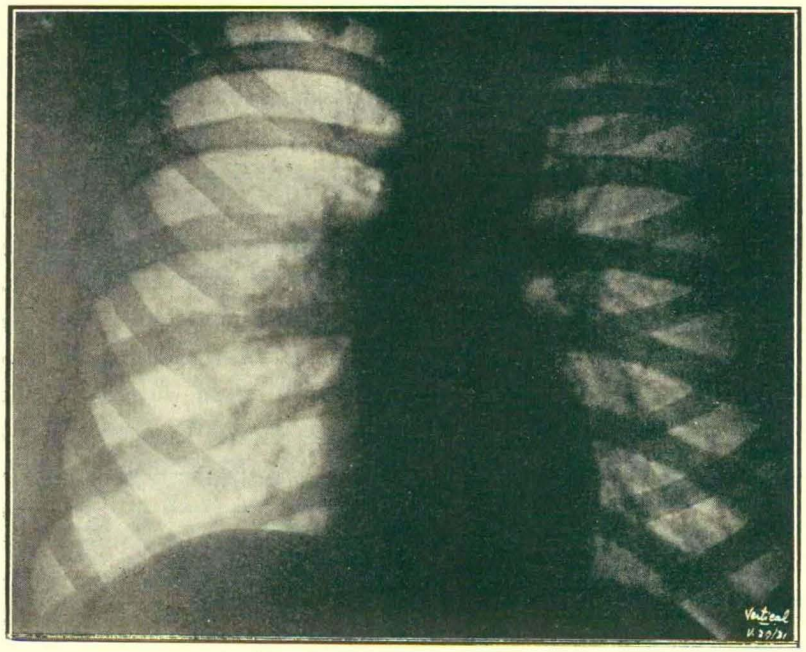
Pero, la forma evolutiva más común de la tuberculosis del adulto, la forma caseosa, o fibro-caseosa, aquella que procede por brotes agudos, intermitentes con extensión gradual y progresiva de las lesiones, es la que realiza la indicación precisa del tratamiento por el pneumotórax; y es precisamente esa forma la que más mortalidad produce en los tuberculosos. Esta indicación debe llenarse cuanto antes, pues los éxitos del tratamiento serán tanto más probables cuanto más precozmente se instale el colapso pulmonar.

Mucho se ha hablado de la unilateralidad de las lesiones como condición esencial para poder establecer un pneumotórax. La unilateralidad anatómica pura es condición que muy rara vez se realiza. La mayor parte de las veces, como la radiología lo demuestra a cada paso, existen lesiones bilaterales, solamente que, el proceso activo, evolutivo está radicado en uno de los pulmones en tanto que en el otro se trata de lesiones inactivas no evolutivas limitadas, que no se traducen al exámen clínico por signos apreciables. Se trata en estos casos de unilateralidad evolutiva, que en realidad de verdad viene a ser la condición esencial del pneumotórax. Y cosa paradojal, se observa con gran frecuencia que un pneumotórax instituído en el lado más lesionado, cuando las lesiones son limitadas en el otro, trae por consecuencia el mejoramiento de éstas y hasta su completa curación. Cómo explicar este hecho? Si en el lado más enfermo se busca el reposo del órgano y la cesación de la función respiratoria para el mejoramiento de las lesiones, consecuencia del pneumotórax, se impone al otro pulmón un recargo en su función con la suplencia impuesta por la cesación de la función del otro y en este caso lo lógico sería que las lesiones de éste por pequeñas que fueran se agravaran; sin embargo, la mayor parte de las veces esto no sucede así, y las lesiones mejoran.

Se podría explicar esta paradoja, recordando que el pneumotórax trae consigo un levantamiento del estado general por la supresión de las toxinas, evita las embolías bronquicas, condiciones que habrán de influir necesariamente sobre el lado menos enfermo. Además si la quietud y el reposo en el pulmón más en-

fermo son circunstancias favorables a su curación, bien podría suceder que para lesiones pequeñas, limitadas, incipientes, una sobreactividadad funcional lejos de perjudicarlas las beneficie. La cura de montaña obraría excitando las funciones respiratorias.

El pneumotórax en su avance en el campo terapéutico de la



Radiografía No. 13, Observación XIII.—Lesiones fibrosas para hilares derechas. (5107).

T. B. C. pulmonar ha sido realizado y tiende a realizarse en ambos pulmones, algunas veces simultáneamente y otras en una forma alternante. Se trata según el caso del pneumotórax bilateral simultáneo, o del pneumotórax bilateral alternado.

Las condiciones en que me ha tocado emplear el pneumotórax, en mi práctica civil y en el dispensario del Departamento Nacional de Higiene, es decir en una forma ambulatoria no me han permitido seguir esta corriente. Hasta hoy no he realizado ningún pneumotórax doble simultáneo.

En la observación N.° X—me pareció indicado establecer un pneumotórax alternado dada la preponderancia que habían tomado las lesiones en el pulmón no colapsado, y habiendo realizado el pneumotórax por espacio de un año en el otro pulmón.

Cuando ya había realizado un colapso acentuado en el nuevo pulmón una bronco-neumonía, seguramente tuberculosa, del pulmón primitivamente comprimido mató la enferma. Esta observación me ha vuelto receloso y no me ha permitido repetir el pneumotórax bilateral. Seguramente en un servicio hospitalario o sanatorial donde se pueda acrecentar la observación del enfermo y someterlo a condiciones especiales de reposo completo, el método será menos expuesto a consecuencias graves y aún por el contrario podrá resultar benéfico, como lo ha sido en manos de especialistas experimentados.

Pasando de las indicaciones generales a las especiales, la hemoptisis ofrece la más importante, bien sea que el colapso deba persistir por permitirlo así el estado del otro pulmón o simplemente que se haya de abandonar apenas pase el peligro de la hemorragia. La preñez está lejos de ser un obstáculo para el tratamiento. Por el contrario, en tuberculosas encinta cuando las lesiones reciben un contragolpe grave con la preñez está muy indicado el tratamiento, el cual no solamente es soportado con absoluta tolerancia sino que permite a la enferma llevar a cabo su preñez y dar a luz un niño sano. En esta materia un pneumotórax aplicado conscientemente podrá evitar un aborto terapéutico. En las madres tuberculosas después de un parto, cuando la evolución de sus lesiones tuberculosas parece que se encendiera, el pneumotórax realiza una labor preciosa evitando a esas madres los peligros gravísimos de su infección tuberculosa.

El pneumotórax en los niños reviste caracteres especiales en cuanto a medicaciones y manera de proceder. Como en mi experiencia no me ha tocado emplearlo en niños pequeños dejo a un lado su estudio, no sin subrayar los inmensos beneficios que en tuberculosis pulmonar infantil puede prestar este método de tratamiento.

CONTRA-INDICACIONES

En oposición a las indicaciones que acabamos de estudiar es necesario contemplar las contraindicaciones del método, que como todo tratamiento no deja de tenerlas.

Estado general.—Como queda dicho es necesario ante todo que la vitalidad del organismo ofrezca posibilidad de reacción. Nada se podría obtener aun inmovilizando las lesiones si por efecto de las

OUATAPLASMA

del Doctor **ED. LANGLEBERT**

Adoptado por los Ministerios de la Guerra, de la Marina y de las Colonias

Cura emoliente aséptica instantánea.

Preciosa en el Tratamiento de los

ABSCESOS	LLAGAS VARICOSAS	COLICOS UTERINOS
FORUNCULOS	ECZEMA	GRIETAS de los PECHOS
FLEMONES	ERISIPELAS	GOTA
CARBUNCLOS	FLEBITIS	REUMATISMOS
PANADIZOS	PERITONITIS	ENFERMEDADES de la PIEL
QUEMADURAS	COLICOS de los NIÑOS	

P. SABATIER, 10, Rue Pierre Ducreux, PARIS. — *Se encuentra en todas las Farmacias*

SEDATIVO - HIPNÓTICO - ANTIESPASMÓDICO

NEURINASE

Con dosis minimas procura sueño

Sin crear hábito

Sin efectos tóxicos ni penosos

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

A base de

Valeriana fresca

y de

Veronal soluble

(0 gr. 15 por cucharadita)

Olor y sabor agradable

Dosis:

1/2 à 4 cucharaditas por 24 horas

PÍDANSE MUESTRAS

durante los ataques de **Gripa**

el

JARABE FAMEL

preserva contra las

COMPLICACIONES PULMONARES

DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS

Muestra y literatura gratis y franco :

PAULY y Cia - Apartado 649 - BOGOTA

ESTAFILASA del Dr DOYEN

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

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

MICOLISINA del Dr DOYEN

Solución coloidal fagógena polivalente.

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

2 FORMAS : **MICOLISINA BEBIBLE y MICOLISINA INYECTABLE.**

Vino de Bugeaud

Tónico-Nutritivo, con Quina y Cacao.

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

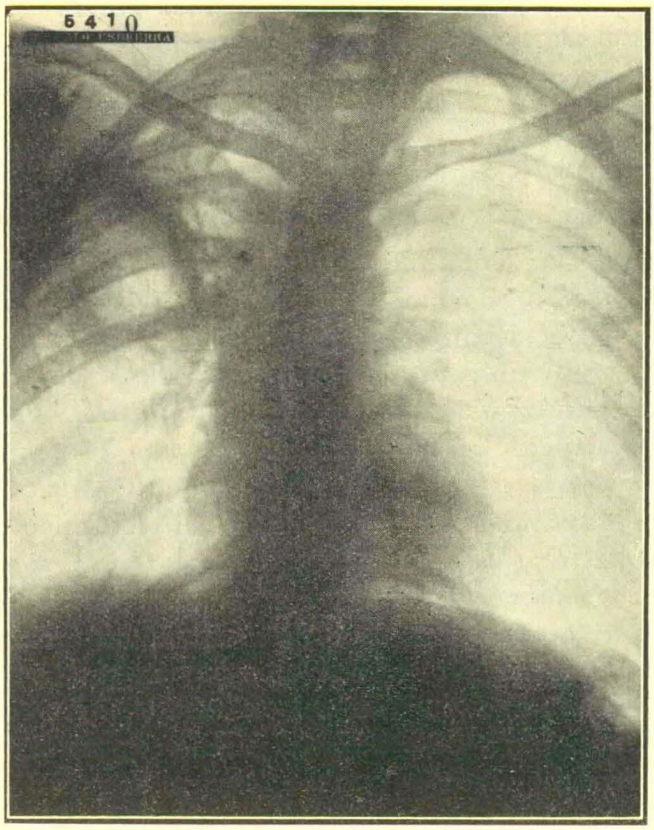
Tratamiento específico completo de las *Afecciones Venosas*

Venosina

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

PARIS, P. LEBEAULT & Cie, 5, Rue Bourg-l'Abbé
POR MENOR: *PRINCIPALES FARMACIAS.*

toxinas los órganos nobles de la economía están a su vez lesionados. En una palabra los estados caquécticos contraindican el método, sin que por esto en muchos casos en que se ha recurrido a él como única tabla de salvación se hayan logrado resurrecciones milagrosas.



Radiografía No. 14, Observación XVI.—Lesiones fibro-ulcerosas de la mitad superior derecha.

La tendencia inicial de no aplicar el pneumotórax sino a los casos muy avanzados, en aquellos en que ya se habían agotado los deficientes tratamientos usuales hizo perder para muchos de ellos una oportunidad preciosa para su curación.

Se podría aducir que en los casos en que el pneumotórax tiene éxito curativo, los otros tratamientos también lo tendrían. Burnand a este propósito cita datos estadísticos fehacientes. Comparado un grupo de enfermos en quienes se realizó el pneumotórax,

con otro de características lesionales parecidas pues en ellos el tratamiento se había indicado pero, en quienes no pudo realizarse por falta de aceptación de los enfermos o por adherencias que lo hacían imposible, Burnand encontró una mortalidad de 40 por 100 para el primer grupo, en tanto que esa mortalidad se doblaba, es decir llegaba a un 80 por 100 en el segundo grupo.

Es pues desde este punto de vista que los casos muy avanzados ofrecen una contra-indicación al método y que la indicación debe hacerse lo más precozmente para alcanzar los mejores resultados.

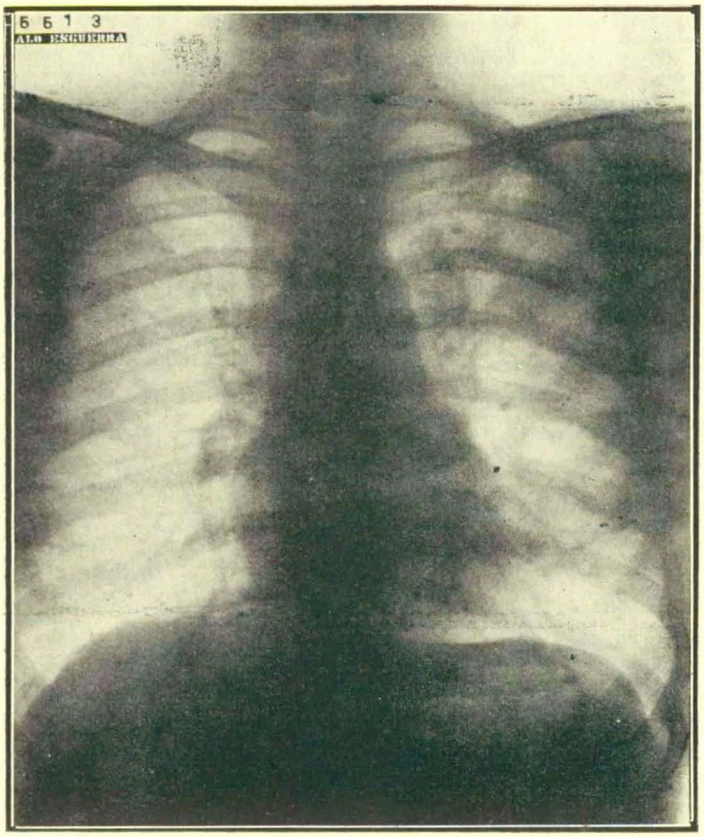
La diabetes, la albuminuria en grados avanzados, podrían considerarse como contraindicaciones del tratamiento. Sin embargo, estos estados pueden ser influenciados favorablemente por un tratamiento apropiado que podrá colaborar con el pneumotórax en el completo restablecimiento del organismo. Asi la insulinoterapia se debe asociar en el tratamiento de los tuberculosos diabéticos.

Afecciones del aparato circulatorio y respiratorio.—Sin duda el pneumotórax impone condiciones gravosas para el pulmón no colapsado, como para el corazón que tendría que sufrir un handicap en su funcionamiento. Es claro que si coexisten lesiones del otro pulmón que restringen el campo de la hematosis o si el corazón por lesiones orgánicas no puede encontrar la nueva energía supernumeraria que necesita para satisfacer las nuevas exigencias, el pneumotórax acarrearía complicaciones graves que pudieran ser fatales o necesitar la suspensión del tratamiento. En estos casos, es asunto de criterio y de prudencia, para no pasar del límite de tolerancia. Se debe recordar que no siempre se necesita colapsar totalmente un pulmón para obtener resultados favorables, muchas veces estos se consiguen con una compresión parcial, al nivel de las lesiones (pneumotórax electivo).

OTRAS LOCALIZACIONES DE LA TUBERCULOSIS

Laringitis.—Se creyó por mucho tiempo que la laringitis que venía a complicar la T. B. C. pulmonar constitutía una contra-indicación del pneumotórax. Sin embargo, la experiencia ha venido a contradecir esa opinión, pues, por el contrario se han visto casos en que el pneumotórax al obrar sobre las lesiones pulmonares, influencia favorablemente las lesiones laríngeas. En estos casos es necesario distinguir entre la laringitis propiamente dicha con lesio-

nes ulcerativas en las cuerdas vocales y la localización de las lesiones en la pared posterior de la faringe y en los pilares amigdalianos, localizaciones rebeldes de una gravedad extrema. Las lesiones laríngeas pueden considerarse como secundarias debidas a la inoculación por la expectoración. En este caso se comprende



Radiografía No. 15, Observación XVII.—Lesiones fibro-ulcerosas de la ½ superior derecha.

que si cesa la expectoración cesará al mismo tiempo esa reinoculación repetida y por lo tanto las lesiones no muy avanzadas podrán reaccionar hacia la curación. Esta idea prevalece hoy hasta el punto que no se admiten por muchos autores las laringitis primitivas sino que siempre son secundarias a lesiones pulmonares abiertas.

Otra localización de la tuberculosis que merece un estudio especial en relación con el pneumotórax, es la entiritis tuberculosa.

Esta localización es de un diagnóstico difícil. La diarrea, persistente y tenaz que la acompaña puede ser debida a perturbaciones digestivas, tan frecuentes en el curso de la enfermedad, pero, ajenas a la localización del bacilo en las paredes del intestino. La absorción de toxinas por intermedio del hígado puede en muchos casos explicarla.

La observación XVIII se refiere a una joven que desde un principio presentaba fenómenos diarreicos muy marcados, que me hicieron temer una enteritis tuberculosa. En estos casos nada valdría encontrar el bacilo en las deposiciones, pues éste se encuentra casi siempre en tuberculosos que tragan su expectoración. A medida que el pneumotórax iba surtiendo sus efectos pulmonares, los fenómenos digestivos fueron mejorando paralelamente, hasta el punto que hoy la diarrea ha cesado completamente, y la enferma puede someterse a un régimen más nutritivo.

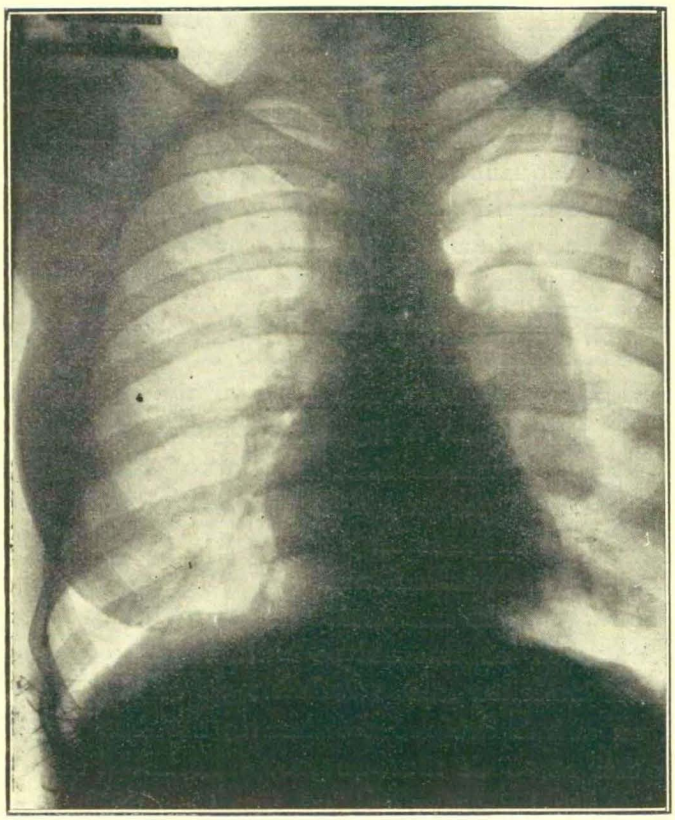
Los autores señalan la enteritis tuberculosa como una de las más graves complicaciones de la T. B. C. pulmonar y consideran que su coexistencia con ésta contraindica el tratamiento por el pneumotórax.

TECNICA DEL METODO

La inyección de gas, ázoe, oxígeno o aire atmosférico en la cavidad pleural, en rigor podría hacerse con una simple jeringa o con un aspirador, como el de Potain o Dieulafoy, solamente que ciertos requisitos indispensables para el control del método han exigido la ideación de aparatos especiales. Se trata de la adquisición de manómetros que registren en un momento dado la presión a que está entrando el gas, y la que tiene dentro de la cavidad pleural. Además se debe saber con precisión la cantidad de gas que se inyecta en cada insuflación y se debe disponer de filtros de algodón esterilizados para filtrar el aire atmosférico cuando se emplea. Se comprende que a la realización de estos objetivos haya correspondido la invención de diversos tipos de aparatos que llevan el nombre de su inventor.

El que yo empleo es el de Kuss, modelo sencillo que realiza a maravilla los requisitos apuntados anteriormente. En principio está constituído por un sistema de dos vasos comunicantes con un líquido coloreado, el uno fijo, graduado en c. c. (de 600 de capacidad), que hace las veces de gasómetro y el otro

movible sobre una cremallera de abajo hacia arriba y viceversa. El vaso fijo está herméticamente cerrado por un tapón de caucho al través del cual sale un tubo de vidrio que se bifurca; una de las ramas estará en comunicación por medio de un tubo de caucho con el balón que contiene el gas que se use, o



Radiografía No. 16, Observación XVII. — Neumotórax casi total completo.— Persiste una caverna en el lóbulo superior que adherencias superiores no dejan comprimir. (Neumotórax ineficaz) (6079).

con el aire exterior, si se emplea en lugar de gas especial. En todo caso el tubo de caucho está interceptado por un filtro de vidrio que lleva en su interior algodón esterilizado, además se cierra o se abre a voluntad este tubo de caucho por medio de una llave o pinza de presión. La otra rama del tubo de vidrio que sale del gasómetro va a continuarse por medio de un tubo corto de caucho con un manómetro de agua graduado en centímetros cúbicos. Antes de empatarse con el manómetro, emite

una prolongación inferior a la cual se adapta un tubo de caucho, interceptado también por un filtro de vidrio con algodón esterilizado. El tubo de caucho que es de una longitud apropiada, lleva en su extremidad un adoptador metálico con llave en donde se inserta la aguja de punción pleural. Una llave o pinza de presión comunica a voluntad el manómetro con la cavidad pleural, o con todo el sistema. Estos aparatos se construyen en tipo grande o pequeño y se guardan en una maleta apropiada de manera de poderse transportar fácilmente. Para cargar de gas el aparato se comienza por bajar el vaso móvil a su límite inferior; naturalmente el líquido que llenaba el gasómetro pasa al otro vaso hasta obtener un nivel igual en ambos que corresponde al cero de la graduación del gasómetro. El vacío que se hace entonces en este último recipiente se puede llenar con gas especial o con aire atmosférico simplemente abriendo la pinza de presión que mantiene cerrado el tubo de caucho que conduce al balón o al aire ambiente. Así se sabe con precisión la cantidad de gas que se va a inyectar. Estando cerrada la pinza que intercepta la comunicación del tubo que va a la pleura con el gasómetro, se procede a la punción.

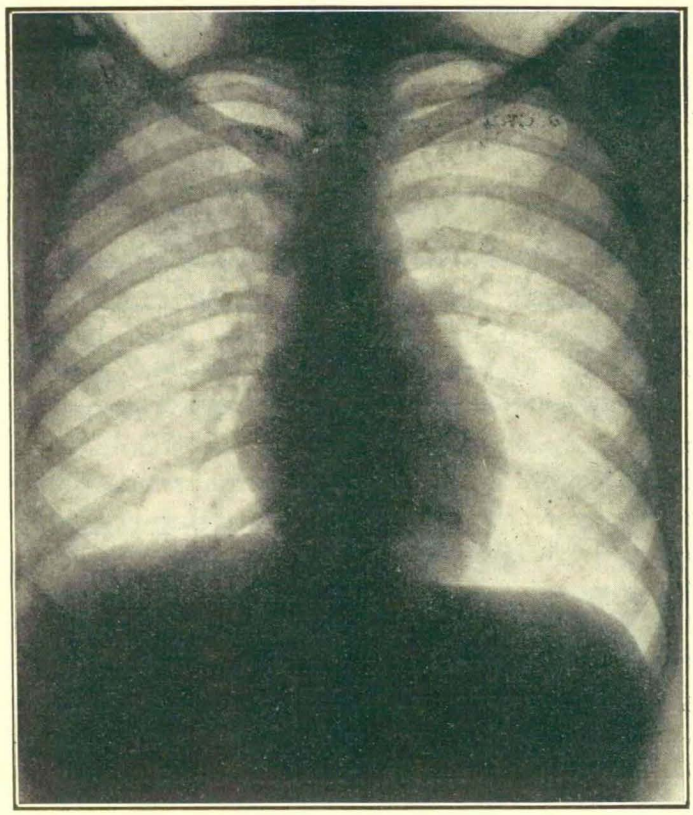
La conducta de la punción varía si se trata de las primeras insuflaciones o de reinsuflaciones.

En el primer caso es necesario calmar por persuación al enfermo, quien como es natural se halla excitado por la instalación de un tratamiento nuevo rodeado de cierto aparataje, que impresiona su ánimo desfavorablemente; algunos aconsejan inyectar un centigramo de morfina previamente. El uso de la morfina en casi todos los casos en que acudí a ella, provocaba vómitos y un estado de depresión intensa que me han obligado a abandonarla. Para las dos o tres primeras punciones siempre he anestesiado la pared costal con 2 o 3 c. c. de solución de novocaína con adrenalina. Se debe tener cuidado en hacer la anestesia de la piel y de los planos profundos. El sitio en donde se deba hacer la punción varía según las circunstancias. Por regla general debe escogerse un sitio lejos de las lesiones, porque es posible la existencia de adherencias del pulmón a la pared en la vecindad de las lesiones.

El sitio de elección cuando no hay contraindicación, es el séptimo u octavo espacio intercostal sobre la línea axilar an-

terior. La punción teóricamente podría hacerse indiferentemente en cualquier espacio intercostal. Pero el sitio de elección ofrece la ventaja de ser menos espeso y encontrarse en el espacio comprendido entre los músculos pectorales y dorsales.

Las primeras punciones las hago con el trócar de Kuss, idea-



Radiografía No. 17, Observación XIX. — Lesiones ulcero-fibrosas del 1/3 superior derecho.

do con el fin de evitar la punción del pulmón. Este trócar posee dos mandrines, uno con punta para los planos superficiales y otro con extremidad roma para el paso al través de la pleura. Este mandrín es aplanado y su cara plana se pone en comunicación con una ventana que lleva el trócar a medio centímetro de su extremidad. De esta manera la cavidad pleural se pondrá en comunicación con el manómetro sin necesidad de retirar el mandrín. Cuando esto sucede comienzan a marcarse

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
BIBLIOTECA

oscilaciones en la columna de agua del manómetro. Si ellos persisten y tienen igual amplitud se saca el mandrín y la pleura comunica entonces ampliamente con el sistema inyector. Se registra entonces la presión de la cavidad pleural. El manómetro registra dos valores: uno para la inspiración y otro para la expiración; que se promedian para obtener la presión inicial. Esta varía entre 9 y 12 centímetros. Registrada la presión inicial, se procede a la inyección. Para ello se abre la pinza que interceptaba la comunicación con el gasómetro y se comienza a levantar el frasco móvil sobre la cremallera. El líquido va pasando al gasómetro y por consiguiente expulsando igual cantidad de gas o de aire que no encuentra otro camino libre que hacia la cavidad pleural. La cantidad de gas inyectada en las primeras insuflaciones debe ser moderada. De 200 a 500 c. c. Cuando la pleura se halla completamente libre la misma aspiración pleural hace elevar el líquido en el gasómetro sin necesidad de levantar el vaso móvil.

Es prudente registrar de momento en momento la presión pleural. Basta interceptar la comunicación con el gasómetro. La presión final en el momento de interrumpir la inyección del gas, debe quedar bastante debajo del cero, 5 a 6. Cuando la pleura está libre esta primera insuflación se realiza fácilmente. Cuando hay adherencias, puede suceder o que se trate de sínfisis completa y en tal caso no existe cavidad virtual y el manómetro no registrará ninguna oscilación; o que existan adherencias parciales, y entonces, si el trócar ha llegado fuera de esas adherencias a la cavidad pleural parcial, el manómetro registrará oscilaciones pero en este caso casi siempre con una pequeña cantitad de gas inyectada la presión sube en el manómetro, llegando a alcanzar valores positivos, es decir, por encima del cero. En estos enfermos no se debe insistir en esa sesión y repetir la insuflación tres días más tarde en el mismo sitio o en otro. La radioscopia hecha después de la primera, dará datos sobre la manera como ha comenzado a desprenderse el pulmón.

En el caso en que en la primera insuflación no se haya encontrado una cavidad libre se deberá insistir en sesiones sucesivas, buscando sitios de punción distintos. Puede suceder que si no se trata de una sínfisis pleural se logre encontrar un espacio libre en donde iniciar el pneumotórax. Cuando se fracasa

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 c.c. = 125 grs. de higado
INFANTES: Caja de 12 ampolletas
1 Ampolla 2 c.c. = 25 grs. de higado

— DOSIS —
1 a 3 ampolletas por dia

ABSORCION FACIL

TOLERANCIA PERFECTA

CON EL Hepatrol

EN AMPOLLAS BEBIBLES

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

Anemias Palustres

Agentes exclusivos para Colombia:
BERNARD PAULY
Apartado 649 - Bogotá.

LABORATORIOS CORBIÈRE.PARIS

CYTO-SÉRUM CORBIÈRE

MEDICACION CACODILICA INTENSIVA E INDOLORA

SUS INDICACIONES

NEURASTENIA
LINFATISMO – ASTENIA POST-GRIPAL
BRONQUITIS CRÓNICA – ENFISEMA
TUBERCULOSIS-CONVALECENCIAS

CYTO-MANGANOL CORBIÈRE

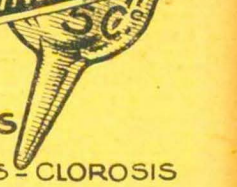
MEDICACION MANGANO CALCICA ARSENIADA

SUS INDICACIONES

DESMINÉRALIZACIÓN EN GÉNERAL
Y EN PARTICULAR DESCALCIFICACIÓN
CONVALECENCIAS DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS
ASTENIAS-FATIGA
ADELGAZAMIENTO

HÉMO CYTO-SÉRUM

MEDICACION FERRO-CACODILICA INTENJIVA E INDOLORA



SUS INDICACIONES

ANEMIAS POST-HEMORRAGICAS – CLOROSIS
LEUCEMIAS-CAQUEXIA-CONVALECENCIAS
DESPÚES DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS

CYTO-SÉRUM.HÉMO-CYTO-SÉRUM.CYTO-MANGANOL CORBIÈRE

MODO DE EMPLEARSE : En inyecciones intra-musculares al nivel de la región superior de la nalga, en pleno musculo, a la dosis de una ampolla todos los dias_ó cada dos dias

en varias tentativas se debe concluír en la existencia de la sínfisis y por consiguiente desistir del tratamiento.

Las cuatro primeras insuflaciones se hacen con cuatro o cinco días de intervalo. La radioscopia debe controlar el estado del pulmón después de cada insuflación, la cual sugerirá la conducta que se debe seguir.

Cuando es posible las primeras insuflaciones se deben hacer en el dormitorio del enfermo para evitarle los esfuerzos de la marcha. En todo caso el enfermo permanecerá acostado el día o los días siguientes a las primeras insuflaciones.

Naturalmente el enfermo acusará desde los primeros momentos una sensación de constricción, cierta disnea y dolores localizados casi siempre en el hombro correspondiente. Si el paciente permanece acostado estas molestias no serán muy grandes y siempre son pasajeras y pueden calmarse con los analgésicos usuales.

La forma en que se inicia un pneumotórax es muy variable. Ya es la totalidad del pulmón la que se desprende de la pared toráxica, comprendiendo la cima y la base, como si el órgano tratara de reducir su volumen en todas sus dimensiones. Esta manera de colapso se observa en los casos de pleura completamente libre y de elasticidad pulmonar conservada. Como sucede en lesiones recientes, limitadas y que no han interesado la pleura. Son más bien raros.

Otras veces se forma una cámara de gas, situada ya en la base, ya sobre el borde externo del pulmón, arriba o abajo, mas rara vez en la cima. A medida que por las nuevas insuflaciones esta cámara gaseosa va aumentando de volumen el pulmón va adquiriendo formas impuestas por las adherencias parciales si existen y por la facilidad con que el parenquima pulmonar se deje comprimir.

La labor debe ser lenta y prudente. No se deben inyectar en una sola sesión grandes cantidades de gas, ni someter al pulmón a presiones intempestivas. Es más lógico ir paulatinamente reduciendo el volumen del pulmón con presiones finales cada vez más altas, sin llegar a presiones positivas, es decir, mayores de la atmosférica si no hubiere alguna indicación excepcional para hacerlo. Esta conducta traerá por consecuencia reducir la frecuencia de los derrames pleurales que, como se verá más adelante constituyen la más frecuente de las compli-

caciones del pneumotórax y en algunos casos, complicaciones graves que ponen en peligro no solamente la continuación del tratamiento sino también hasta la vida misma del enfermo.

En los casos de pleura libre y de pulmón fácilmente reductible se obtiene un pneumotórax completo y total con un máximum de diez insuflaciones, espaciadas las primeras cada cuatro a cinco días, las siguientes cada ocho días. Cuando se realiza este pneumotórax total y completo, el pulmón queda reducido a un pequeño muñón prendido al hilo, en el cual se pueden precisar muchas veces las cisuras interlobares. En los diagramas que acompaño a las observaciones que presento adjuntas a este trabajo se pueden ver algunos casos de estos pneumotórax totales y completos. Se comprende fácilmente que en estos casos, los que dan más resultados favorables, la función respiratoria del órgano cesa por completo.

Pero, no siempre se consiguen estas formas completas y totatales. La forma más común es aquella en que el pulmón se deja reducir en toda su altura lateralmente conservando su dimensión vertical. En tales casos cuando el pulmón es fácilmente reductible quedará reducido a una columna paravertebral en la cual es fácil muchas veces precisar la silueta de los diferentes lóbulos que lo constituyen. Estas formas son las del pneumotórax completo pero no total. La función respiratoria quedará anulada como en el total completo.

Sucede frecuentemente que este rechazo del pulmón hacia la línea media encuentra el obstáculo de adherencias del órgano a la pared costal. Estas pueden ser filiformes, que se van estirando a medida que se practican nuevas insuflaciones y que acaban por romperse muchas veces sin presentar ningún accidente notorio. En otros casos esas adherencias son en superficie, no pediculadas, las cuales pueden algunas veces ser vencidas con las presiones progresivamente más altas, pero, que en ocasiones suelen resistir. Esto dará lugar a los pneumotórax parciales, los cuales podrán ser eficaces, es decir, que logran comprimir las lesiones con resultados favorables, si ellas están situados en la zona de compresión (pneumotórax electivos) y que también pueden llegar a ser ineficaces y en tal caso deberán ser abandonados, porque la zona correspondiente a las lesiones continúa respirando sin lograr conseguir su inmovilización, que es el fin primordial

del tratamiento. En los diagramas de las observaciones se podrán ver algunos de esos tipos de pneumotórax.

Una vez conseguida la compresión máxima, demostrada por la radioscopia, por los valores de las presiones finales y por el estudio estetacústico del hemitórax correspondiente, las reinsuflaciones sucesivas tenderán a mantener en *statu quo* esas condiciones, limitándose a reemplazar periódicamente las cantidades de gas que se han reabsorbido. Esto se conseguirá reinsuflando con intervalos variables, según el caso, de quince a treinta días. En los casos de antiguos pneumotórax la reabsorción del gas es muy lenta por una especie de espesamiento pleural que los acompaña. En tales casos las reinsuflaciones podrán tener intervalos hasta de dos meses.

Aun con presiones negativas puede suceder que el mediastino se desaloje hacia el lado opuesto, dependiendo esto de que el pulmón resiste la compresión a que está sometido y la transmite al mediastino, el cual será rechazado hacia el lado libre.

Es muy raro que el mediastino conserve su posición normal. En casi todos los casos sufre un desalojamiento que podrá ser muy acentuado. Las imágenes radioscópicas servirán de control para acondicionar las presiones y las cantidades de gas inyectadas a esas circunstancias tratando en lo posible de no cambiar la estática de los órganos mediastinales para evitarle, sobre todo al corazón nuevos recargos en su trabajo. A veces es la pleura mediastinal la que se deja vencer por las presiones realizadas en un hemitórax produciéndose verdaderas hernias en ella en el otro hemitórax. Se comprende que si el pneumotórax se continuara sin control alguno, podría llegar el caso que se ha registrado en la historia del tratamiento de producirse la perforación de esa pleura mediastinal, realizándose por este mecanismo un pneumotórax bilateral de consecuencias gravísimas.

La duración del tratamiento es variable, según cada caso individual.

Hoy existe la tendencia de suspender tempranamente el tratamiento, ocho a diez meses, en las casos de lesiones meramente de infiltración sin formación de cavernas (los incipientes). En los casos en que existieren lesiones ulcerosas iniciales de alguna importancia el tratamiento debe prolongarse por más tiempo, con un mínimun de dos años.

Entre mis observaciones de curación completa se tienen la I.ª, II.ª, III.ª, VI.ª, que recibieron dos años de tratamiento; la VIII.ª, XII.ª, más de un año y menos de dos; y la IV.ª, XIII.ª, XIX.ª y XXI.ª, que recibieron menos de un año de tratamiento.

La duración del pneumotórax es problema de tacto y de prudencia del médico tratante, fundándose en las lesiones iniciales, y en el proceso que ha seguido el tratamiento, reacción del estado general del individuo, peso, apetito, temperatura, desaparición de la tos, de la expectoración, sobre exámenes repetidos de los esputos y sobre los datos que suministre una radiografía tomada después de haber dejado casi distender el pulmón. Esta radiografía podrá mostrar el borramiento completo de las lesiones iniciales o su reemplazo por tejidos fibrosos cicatriciales. Acompaño algunas radiografías correspondientes a pulmones curados.

COMPLICACIONES

Se han señalado algunos casos de eclampsia pleural, análogos a las que excepcionalmente ocurren con una simple toracentesis. Estos reflejos de punto de partida pleural son rarísimos y pueden tener funestas consecuencias. En más de mil insuflaciones que llevo registradas en mi práctica civil y en el Dispensario Antituberculoso del Departamento Nacional de Higiene no se ha observado el menor fenómeno de este género. Los autores están de acuerdo en considerarla como excepcional y consecuencia del nerviosismo del paciente, el cual se puede modificar psíquicamente o podrá determinar el desistimiento del tratamiento.

La punción pulmonar, más que complicación constituye un pequeño accidente del acto operatorio. En efecto, en las tentativas por encontrar la cavidad virtual de las pleuras, se puede en un movimiento brusco perforar la pleura visceral y venir a herir el pulmón; lo que se traduce por un dolor más agudo y en ocasiones por una pequeña hemoptisis. El manómetro ofrecerá grandes oscilaciones que tienden rápidamente a nivelarse. Es un accidente sin mayor importancia y de relativa frecuencia en las primeras insuflaciones cuando existen adherencias.

Enfisema subcutáneo.—Bien sea que el gas después de terminada la insuflación se escape por la pequeña perforación de la pleura parietal que ha hecho el trócar de punción, o bien sea que en las tentativas de insuflación se haya comenzado la in-

yección del gas, sin estar plenamente seguro de haber conseguido la cavidad pleural, lo cierto es que se registra con frecuencia el enfisema subcutáneo, reconocible por la crepitación gaseosa que en ocasiones puede subir hasta el cuello, y por los dolores especiales que produce. Este accidente tampoco tiene importancia y el gas así infiltrado se reabsorberá finalmente.

Alzas de temperatura.—En los individuos febricitantes inicialmente las primeras insuflaciones suelen producir pequeñas alzas de temperatura el día mismo en que se practican. Lo más a menudo las temperaturas iniciales tienden a bajar desde las primeras insuflaciones.

La tos y la expectoración en las primeras insuflaciones pueden aumentar para comenzar luégo a declinar cuando el colapso pulmonar comience a surtir sus efectos terapéuticos.

La ruptura de una adherencia importante podrá ocasionar hemoptisis graves, muchas veces mortales.

Los desalojamientos del mediastino, que se observan en muchos casos podrán traer por consecuencia alteraciones circulatorias.

También he citado las hernias mediastinales y sus consecuencias gravísimas cuando llega a perforarse, eventualidad que muy rara vez se ha citado.

Pleuresías.—Esta complicación es la más frecuente. Las estadísticas con algunas variaciones están de acuerdo sobre este particular. Las de Dumarest señalan un 70,38o/o, de las cuales un 22,58o/o de naturaleza purulenta. Saugman dá un 67o/o; Bernard y Barón 60o/o; Rist y Navean 52o/o, Matson y Bisaillon 100o/o, Maendl de 50 a 60o/o; León Kindberg 80o/o. Sumando las veintiúna observaciones de mi práctica civil con los cuarenta y nueve enfermos que se han tratado hasta hasta hoy en el Dispensario del Departamento Nacional de Higiene, bajo mi dirección, tenemos que para un total de setenta casos tratados se han presentado estos derrames plurales en veintiocho casos, o sea en un 40o/o. Disociando esta estadística se tiene: de veintiún casos de la clientela particular se presentaron en nueve, es decir, en un 42,85o/o, en la clientela del Dispensario sobre cuarenta y nueve casos hubo derrames en diez y nueve o sea en un 38,77o/o. Es digna de anotarse esta diferencia en la frecuencia de los dos grupos, por cuanto que en el primer grupo en que se registra una mayor

frecuencia se trata de casos mejor escogidos y que viven en mejores condiciones, aparte de la consideración que podía hacer respecto a que se trata de un grupo menos numeroso, solamente encuentro como explicación la rutina que nos hemos impuesto en el Dispensario de evitar, en cuanto sea posible, las inyecciones de grandes cantidades de aire. Rara vez se ha pasado de 500 c. c.; compensando estas moderadas cantidades con la mayor frecuencia de las reinsuflaciones.

En mi clientela particular al principio inyectaba cantidades mayores de gas, conducta que he modificado con la experiencia.

Del total de 28 derrames en los dos grupos, solamente seis fueron considerados como grandes derrames febriles y que han persistido por algún tiempo, el resto, es decir 22 fueron pequeños derrames con muy ligeras reacciones febriles, o sin ellas, o sea, 21,42% para los grandes derrames, y 82,14% para los pequeños. En ninguno de los dos grupos se ha presentado hasta hoy un derrame purulento.

En cinco casos se presentó a la 7.ª insuflación, es decir, al terminar el primer mes del tratamiento; en doce casos, en el curso del segundo mes, los once restantes en el tercero y cuarto mes. Estos datos están de acuerdo con la experiencia de los autores, Dumarest y León Kindberg, quienes señalan los tres primeros meses como el tiempo en que aparecen con mayor frecuencia los derrames pleurales. Sin embargo, en el curso del pneumotórax mantenido por bastante tiempo es posible que se presenten en el curso del segundo al tercer año de tratamiento, siendo en estos casos muy benignos.

Siguiendo a Kindberg pueden calificarse los derrames pleurales que sobrevienen en el tratamiento por el pneumotórax en los siguientes tipos:

a)—*Derrame radiológico.*—Son los que descubren los exámenes radiológicos pues, de suyo no se manifiestan por ningún signo clínico. Estos derrames persisten con variaciones muy limitadas y desaparecen al poco tiempo sin haber presentado ningún obstáculo para la continuación del tratamiento.

A este grupo pertenecen la mayor parte de los derrames que yo llamo pequeños en mis observaciones y que he anotado anteriormente.

b)—*Derrames tipo pleuresía.*—Presentan todos los caracteres

de la pleuresía sero-fibrinosa, cuyos síntomas revelan: dolor de costado, temperaturas que oscilan entre 38° y 39° y abundancia de líquido cuyo nivel tiende a subir alcanzando a veces alturas muy grandes. Después de dos o tres semanas en ocasiones por mayor tiempo, los signos generales desaparecen gradualmente y el derrame persiste por un tiempo mayor.

En mis observaciones se encuentran dos casos de este tipo prolongado. En tales observaciones números V y XI, se vé el derrame persistir hasta más de un año cuando los signos generales desaparecieron en las tres a cuatro primeras semanas. Por el contrario, el estado general comenzó pronto a mejorar notablemente y muy de vez en cuando, se repitieron algunas insuflaciones casi siempre precedidas de la aspiración de una cantidad moderada o grande de líquido. Esta mejoría es señalada por todos los autores que se ocupan de este tratamiento. Para explicarla se ha aducido el efecto mecánico de compresión del pulmón por el líquido (hidrotórax) que vendría a reemplazar el pneumotórax inicial.

Algunos han creído que esos derrames que consideran como cultivos atenuados del bacilo de Koch vienen a producir efectos vacunantes. Sea de ello lo que fuere, lo cierto es que producen una reacción favorable tan marcada en los enfermos que muchos los han llamado benéficos y providenciales. La práctica en estos derrames es tocarlos lo menos posible. Poco a poco, se reabsorben y entonces se van reemplazando por inyecciones de gas, para evitar la soldadura de las pleuras que acarrearía la suspensión del pneumotórax. En mis observaciones citadas a pesar de esta precaución la sínfisis pleural se produjo lentamente y el pneumotórax tuvo que suspenderse, pero, después de un par de años de colapso pulmonar. Estos casos tienen hoy toda la apariencia clínica de una curación pero ésta no se podría asegurar hasta que transcurriera mayor tiempo de prueba.

Las imágenes radiológicas muestran la pleura espesada hacia la periferia del pulmón (paqui-pleuritis) y algunas veces el pulmón participa de este proceso esclerosó, dando en su conjunto la imagen de un *fibrotórax*.

c).—*Derrames tipo hidrotórax*.—Se diferencian apenas de los precedentes por una mayor abundancia y persistencia del derrame. Pueden instalarse insidiosamente sin reacción general alguna.

Estos derrames pueden transformarse a la larga en purulentos.

d).—Pleuresías purulentas.—La purulencia puede aparecer de una vez con el derrame o los derrames de los tipos que dejamos descritos pueden transformarse gradualmente en purulentos. Los primeros son los más graves. La fiebre persiste indefinidamente y conducen a los enfermos rápidamente a la caquexia. Estos derrames son de difícil tratamiento; las punciones seguidas de insuflación no dan ningún resultado. El oleotórax puede dar en algunos casos resultados favorables. La pleurotomía deberá desecharse en la mayor parte de los casos.

Perforación pleuro pulmonar.—Es otra complicación por fortuna bastante rara, la cual puede ser temporal o permanente.

Los accidentes del principio son intensos y repentinos. El peligro es muy grande por la asfixia que producen las grandes presiones que los acompañan. Si la perforación es estrecha todo puede entrar en calma después de la obliteración de la perforación. Sin embargo, lo más seguro es que se instale una pleuresía purulenta tuberculosa con asociación del estreptococo lo que conduce fatalmente a la muerte.

RESULTADOS

Hay que distinguir los inmediatos y los definitivos.

Los primeros se manifiestan desde las primeras insuflaciones, cuando el pneumotórax se instala en buenas condiciones de oportunidad y de realización.

La fiebre desaparece desde las primeras insuflaciones. La tos y la expectoración persisten más largo tiempo y en ocasiones pueden exasperarse; más tarde desaparecerán completamente. El peso del enfermo, en los primeros meses del tratamiento se resiente y se notan bajas apreciables. Más tarde, comienza a subir, registrándose aumentos considerables en muchos casos. La desaparición de los bacilos en la expectoración es variable, pero, de una manera general se consigue en los tres a cuatro primeros meses del tratamiento. El estado general mejora notablemente desde las primeras insuflaciones.

El estudio de los casos tratados en el Dispensario por el pneumotórax dá los siguientes resultados en un período de nueve meses:

Suspendido por adherencias 3

ARSAMINOL

(Sal arsenical pentavalente)

Solución a la concentración de 26,13% (Adultos, 1 c. c.=0. gr. 05 de As) y de 13,06% (Niños, 1 c. c. = 0. gr. 0.25 de As). del «3 acetilamino 4 oxifenilarsinato de dietilaminoetanol»

SIFILIS

Pian - Tripanosomiasis - Botón de Oriente - Paludismo

FORMAS:

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

Arsaminol infantil

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

LABORATORIOS CLIN-COMAR & Cie., 20, *rue des Fossés-Saint-Jacques*, PARIS-Ve.
AGENTES GENERALES: PANNIER & PREVOSTEAU, Calle 15, No. 72.
Teléfono 31-93—BOGOTA

VITASTERINE

BYLA

VITAMINA D estandarizada

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

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

De venta en todas las Droguerías y Farmacias

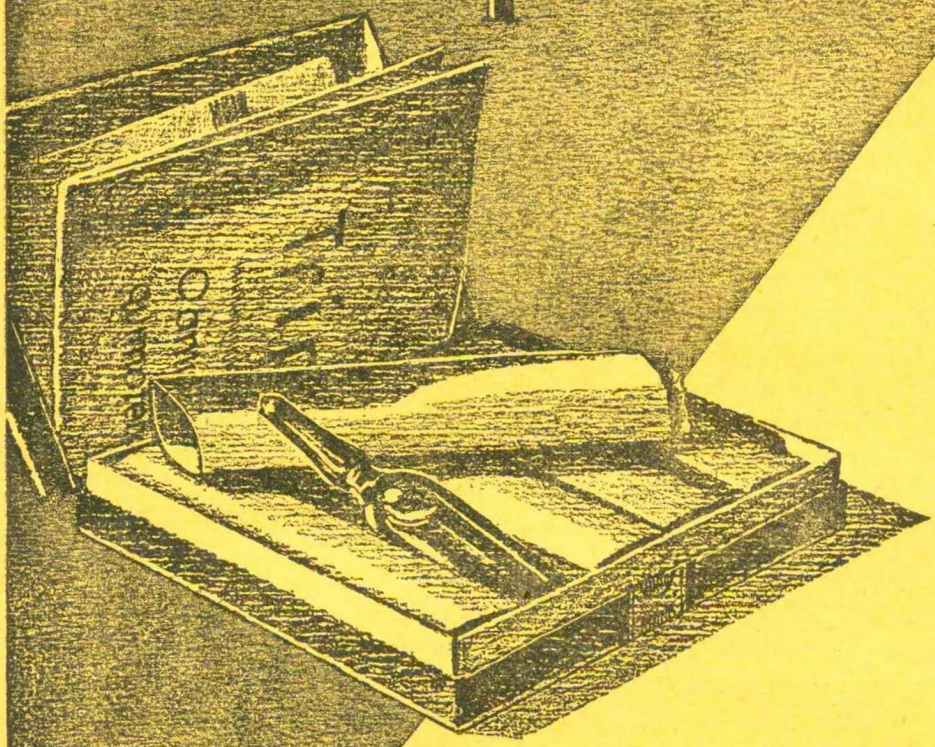
Agentes Generales:

Pannier & Prevosteau - Calle 15, No. 72.

APARTADO 1063—BOGOTA

Tripaflavina

M.R.



Compuesto quimioterápico de gran poder bactericida y excelente propiedad de difusión.

Uso intravenoso:

En todas las **enfermedades sépticas** como endocarditis, meningitis, encefalitis, septicemia, puerperal, etc. y como **coadyuvante** en el tratamiento de **la gonorrea**

Envases originales: Cajas de 5 ampollas de 5 y 10 c.c., de las soluciónes: al ½ y 2%

PARA MUESTRAS Y LITERATURA, FAVOR DIRIGIRSE A:

La Química Industrial "Bayer-Meister Lucius"

Weskott & Cía.

Bogotá—Apartado 301

,, ,, bilateralización 2
No volvieron al tratamiento 9
Muertos . . . . . 2—4%
Siguen el tratamiento 33

De estos 33 enfermos:

28 tenían B. de Koch en los esputos al principiar el tratamiento.

15 tienen el esputo negativo en 1.° de noviembre.

El bacilo se ha buscado después de homogeneización del esputo. Es decir ha desaparecido en cerca de 50%.

Aumentaron de peso 18
Disminuyeron de peso 15

Resultados definitivos.—En la clientela del Dispensario por el corto tiempo que lleva de funcionamiento no es permitido sacar conclusiones definitivas todavía. Sin embargo, en los casos en que el pneumotórax se ha realizado totalmente ya se pueden apreciar resultados muy satisfactorios. Los quince enfermos en que ha desparecido el bacilo de Koch de la expectoración son una muestra de esos resultados. Lo mismo los dieciocho enfermos que ofrecen un aumento de peso.

De mis veintiuna observaciones se pueden deducir los siguientes resultados:

1—muerte—sea 5%—(Observación número X),

10—casos de curación—casi el 50%.

(Observaciones I, II, III, IV, VI, VIII, XII, XIII, XIX, XXI).

2—en observación, por haberse suspendido el tratamiento por sinfisis pleural consecutiva a derrames pleurales. Hoy tienen una apariencia completa de curación (Obs. X y XI).

1—caso—(Obs. XVII) en que el pneumotórax después de diez meses no dio resultados apreciables por adherencias. Este caso pasó a un Sanatorio.

7—enfermos continúan el tratamiento; uno de ellos lleva dos años y medio, aunquando su estado general ha mejorado bastante por las condiciones mecánicas en que se ha realizado el pneumotórax, los resultados definitivos son inciertos.—(Obs. VII); otro enfermo (Obs. XV) después de catorce meses de tratamiento presenta bacilos en la expectoración (homogeneización). Su estado general ha mejorado notablemente. El aumento de peso ha sido considerable, más de diez libras. Persiste un poco de

tos y expectoración. Una última radiografía muestra uua pequeña ulceración del pulmón comprimido y ligeras lesiones en actividad en el otro pulmón.

El resto de siete enfermo (Obs. IX, XIV, XVI, XVIII, XX) se halla en magníficas condiciones con las mayores probabilidades de éxito. Admito el reproche de que estas conclusiones puedan ser prematuras, y que el porvenir reserve algunas modificaciones desfavorables a estos resultados. Sin embargo, he podido seguir algunos de los enfermos dados de alta y las apariencias de curación han persistido después de dos años, para algunos de ellos, (Obs. I y II). En todo caso eran dignos de señalarse estos resultados con la salvedad anotada que soy el primero en reconocer. Sin duda ellos contrastan con los resultados obtenidos con otros tratamientos.

Veamos ahora qué dicen las estadísticas más grandes de especialistas reconocidos como autoridades en esta materia.

Las estadísticas de Dumarest de Rist, L. Bernard y Burnand que reunidas dan una suma mayor de 1.500 casos dan un 50% de buenos resultados, de los cuales más de la mitad pueden ser considerados como definitivos. Las estadísticas alemanas y americanas concuerdan con estas cifras. En estas estadísticas están comprendidos casos de diferente gravedad, muchos de ellos con lesiones muy avanzadas y en que se ha intentado el tratamiento como única tabla de salvación.

Estos datos se pueden hacer resaltar con las estadísticas de mortalidad del servicio de Rist, levantadas por Naveau y citadas por Kindberg en su libro:

Mortalidad en el pneumotórax	34%
Mortalidad en el pneumotórax irrealizable por adherencias	62%
Mortalidad de enfermos que han rehusado el tratamiento	81%

CONCLUSIONES

El tratamiento de pneumotórax artificial, tiene según estadísticas bien establecidas, indicación por lo menos en un 30% de enfermos tuberculosos en condiciones heterogéneas.

Cuanto más precozmente se haga el diagnóstico y más precozmente se instale el pneumotórax artificial habrá muchas mayores

probabilidades de curación. Por consiguiente, las indicaciones del tratamiento se harán en un número mayor de casos.

II.—El pneumotórax artificial produce resultados muy favorables en un 50% de los casos.

III.—El pneumotórax artificial conduce en tres a cuatro meses a la negatividad de los esputos en más de un 50%.

IV.—Por esto mismo ha venido a colaborar en la lucha antituberculosa con gran *éxito* y su divulgación debe ser patrocinada por la Academia Nacional de Medicina.

V.—Su realización necesita conocimientos especiales que las Facultades Médicas de la Nación deberán enseñar a las nuevas generaciones de profesionales, coadyuvando así con la preparación de un personal idóneo al mejor éxito de la campaña antituberculosa emprendida recientemente por el Departamento de Higiene.

NOTAS EDITORIALES

EL PROFESOR RAFAEL UCROS RENUNCIO SU CATEDRA EN LA FACULTAD DE MEDICINA

Cuando en los primeros años del presente siglo se efectuó la trascendental reforma de los estudios médicos en la facultad bogotana, entre los profesores jóvenes que el ejecutivo llamó para fundar nuevas cátedras, al profesor Ucrós le correspondió instaurar en San Juan de Dios la Clínica de Ginecología y Cirugía Abdominal. En ese tiempo entraron a la vieja escuela, a más de Ucrós, diez o doce nuevos profesores escogidos entre los mejores.

Cada uno de ellos fue un reformador y entre todos imprimieron al vetusto organismo un sello de renovación que se había hecho esperar por largos años. Entre los muchos aciertos que entonces tuvo el Ministerio de Instrucción Pública, el nombramiento de Ucrós fue uno de los más efectivos. El nuevo profesor acababa de llegar de París en donde durante cinco años estudió intensamente, dedicándose especialmente a la gran cirugía ginecológica bajo la dirección de Pozzi y de Doleris fundadores de la moderna ginecología francesa. Ucrós, llegó al país ansioso de trabajar, quería enseñar, quería reformar. El nació para cirujano, nació para maestro. Desde que llegó a San Juan de Dios, venciendo inconvenientes enormes, fundó la Sala de Cris-

to, en donde trabajó treinta años con una intensidad de que dan fé la calidad de discípulos que formó y las tres mil y quinientas observaciones que figuran en el archivo de su servicio de otras tantas intervenciones mayores de cirugía, las cuales ejecutó siempre en presencia de sus alumnos a quienes diariamente instruyó entregándoles lo que en sus vastos estudios había aprendido y lo que su práctica le había enseñado. En plena madurez, cuando su inteligencia está dando frutos de selección, se retira de la escuela, casi en silencio. Su obra es de las grandes, de las que no podrán olvidarse y sus discípulos, a medida que el tiempo avance, sentirán crecer en ellos la admiración y el respeto por el eximio profesor.

BIBLIOTECAS MEDICAS

Se ha dicho que el verdadero científico no suele ser un buen médico y que los mejores médicos y cirujanos muchas veces no son los más científicos de sus colegas. Para mí, esto es innegable porque los enfermos no se curan con teorías. No quiero decir que la teoría, cuando por su bondad pasa a ser una certeza, no pueda beneficiar muchos seres humanos.

Entre nosotros no existe ambiente para los científicos químicamente puros como un Carlos Richet; de esto no tiene la culpa más que nuestro estado de adolescencia como nación. Pero si el medio no es propicio para la ciencia pura sí podemso hacer más científica nuestra práctica profesional y podemos aprovechar también para el país y para el extranjero, el rico filón de las enfermedades tropicales en las cuales deberíamos ser los maestros del mundo.

La generación que va pasando nos ha dejado sin duda una obra perdurable que se puede admirar en la Facultad de Medicina la cual edificó y organizó solidamente; en los grandes y maravillosos hospitales que ha contruído y en otras obras de gran mérito que no quiero detenerme a enumerar.

La obra científica de esa generación no tuvo gran trâscendencia ni estuvo a la altura de sus talentos por razones complejas. Descontando la abulia que es evidente, yo he creído que gran parte de su obra ha quedado inédita por las dificultades de todo género que existían hasta hace poco tiempo para la publicación de

trabajos científicos. Otra causa que se debe tener muy en cuenta es que la Bacteriología, la Anatomía patológica y la Química, que desde hacía mucho tiempo prestaban grandes servicios en países más adelantados, son nuevas entre nosotros y sin ellas los trabajos científicos tenían necesariamente que ser muy defectuosos.

La actual juventud médica tiene hoy casi todos los elementos para trabajar con eficiencia; por esto la historia será sin comparación más exigente con ella.

He dicho que la nueva generación cuenta con *casi* todos los elementos para trabajar, porque todavía hacen falta algunos que son indispensables. Hoy sólo me quiero detener en lo que respecta a bibliotecas.

Necesitamos en Bogotá una biblioteca médica que adquiera cuanto libro y revista de alguna importancia se publique en el mundo y donde se lleve un índice riguroso de materias y autores para poder saber en determinado momento qué se ha escrito y por quién sobre una materia dada.

A pesar del gran esfuerzo que está haciendo el actual Director de la biblioteca de la Facultad, que en poco tiempo ha podido poner orden en el cáos que antes reinaba allí, esta biblioteca es perfectamente insuficiente para documentar medianamente un trabajo verdaderamente serio.

En esta biblioteca no debiera faltar ninguna obra, folleto o revista que sobre cuestiones médicas se haya editado en el país desde los tiempos más remotos. Hoy todavía sería posible conseguir lo que falta; mañana será imposible. Comprendo que para dotar la biblioteca en la forma indicada se necesita dinero; pero si las directivas de la facultad toman con empeño el asunto, lo podrían llevar a cabo con relativa facilidad.

Estoy convencido de que una de las mayores difi-

cultades con que tropieza quien desea completar algún estudio es la falta de bibliografía y es por esta razón que muchos trabajos de valor permanecen inéditos, pues el autor desconfía de la originalidad de sus conceptos y no sabe donde consultar para salir de la duda.

La *Revista Médica de Bogotá,* en desarrollo de estas ideas y para facilitar la lectura de las numerosas revistas que recibe en cánje, las pone a la disposición de médicos y estudiantes en la biblioteca que tan acertadamente ha sido fundada en el Hospital de San Juan de Dios como anexo del Laboratorio de radiología.

AGUSTIN ARANGO S.

Sorprendentes éxitos en el tratamiento de la anemia perniciosa y otras anemias de etiología incierta

CAMPOLON

Producto hepático inyectable, de máxima actividad, obtenido por el procedimiento de Prof. Gaensslen.

Efecto seguro hasta en los casos en que fracasan la dieta de hígado y los preparados de aplicación por vía gástrica. Eficaz asimismo en los casos de síntomas mielíticos graves.

Otras indicaciones: Curas de engorde, convalecencia, asma alérgica, intoxicaciones métalicas; como medio de mejorar la coagulabilidad de la sangre.

Prescríbase:

CAMPOLON

Cajas de 5 y 25 ampollas de 2 c. c.

Envase original

BAYER M. R.

Para muestras y literatura científica favor dirigirse a

LA QUIMICA INDUSTRIAL "Bayer-Meister-Lucius"

WESKOTT & Cía.

BOGOTA - APARTADO 301

DR. WEISER & HERING, BOGOTA

Calle 13 No. 7-66, Apartado 1492,
Telegramas "WEISER".

DEPARTAMENTO DE ELECTROMEDICINA

Aparatos de

RAYOS X
DIATERMIA
ELECTRODIAGNOSTICO
Y TERAPEUTICA

PELICULAS AGFA PARA RAYOS X

SIEMPRE EXISTENCIAS COMPLETAS,
PERMANENTES Y FRESCAS

LAMPARAS DE CUARZO ORIGINAL
HANAU
LAMPARAS DE RAYOS TERMO-LUMINO-
SOS, RAYOS SIMILARES AL SOL
Y RAYOS INFRAROJOS

PIDANOS CATALOGOS E INFORMACIONES

LA LUCHA ANTI-TUBERCULOSA

Me pide la dirección de la *Revista Médica de Bogotá* una nota editorial consagrada a la tuberculosis, para publicarla en este número. Mal podría esquivar tan brillante ocasión, cuando me hallo empeñado en la ponderosa tarea de organizar bajo la dependencia del Departamento Nacional de Higiene, la lucha en el país contra el flagelo social de esa enfermedad que en importancia no es superada por otro alguno y que agrupado a la sífilis y el alcoholismo, integra la triple alianza contra la cual la Higiene Pública deberá luchar con todas sus energías, si es que quiere hacer labor fructífera y perdurable.

Comprendiéndolo así el Departamento Nacional de Higiene creó una sección encargada de adelantar la lucha contra la tuberculosis en el país, orientándose en la práctica y experiencia de los países que han logrado éxitos definitivos en esa lucha. Siguiendo esa práctica y experiencia la Sección de lucha antituberculosa consideró que el paso indispensable inicial sería el establecimiento de dispensarios en los principales centros de población del país, organismos que fueran el centro de la campaña y a la vez el primer eslabón en la cadena de instituciones que deberán ocuparse en el futuro de la lucha contra la enfermedad.

Como la tisiología es hoy una especialidad de la medicina bien definida que requiere estudios y experiencia especiales y no existiendo en ninguna de las facultades médicas del país ninguna enseñanza especial de esta ra-

ma de la medicina, el Departamento Nacional de Higiene resolvió fundar en esta capital un dispensario modelo, el cual, además de prestar a la primera población del país los servicios inherentes a su naturaleza deberá servir de centro de enseñanza y de experimentación al personal que habrá de adelantrr la campaña.

Como es evidente a todas luces, el Tesoro Nacional no podrá sobrellevar los gastos totales de la campaña. Estaría fuera de sus recursos. De ahí, la necesidad de interesar a los Departamentos en el problema como lo ha hecho el Departamento Nacional de Higiene por medio de circulares a Gobernadores y Asambleas y enviando al suscrito a los Departamentos de la Costa Atlántica y al Valle del Cauca. La ley dedica la totalidad de la renta de loterías a la beneficencia, solamente que en muchos Departamentos no se cumple esta disposición legal. Cumpliéndola nada más fácil que la beneficencia contribuyera al sostenimiento de un dispensario en cada capital departamental.

Los Departamentos del Atlántico se aprestan a realizar las iniciativas del Departamento Nacional de Higiene y el del Valle del Cauca, que es menester reconocerlo, se había adelantado a estas iniciativas con la Ordenanza número 11 de 1931, ya pronto dará al servicio un dispensario y pabellones para tuberculosos dentro de las normas de la técnica y de la higiene. Son los propósitos del Departamento Nacional de Higiene no cejar en sus actividades para extender a las demás secciones del país sus muy importantes iniciativas.

Establecidos los dispensarios y los servicios especializados para tuberculosos en los hospitales generales, práctica que tiende a extenderse en otros países por razones que no es del caso exponer en este artículo, se podrá pensar en dar un paso hacia adelante acometiendo la

construcción de sanatorios, preventorios y otras obras de protección a la infancia. Estas obras de costo y sostenimientos muy elevado podrían llevarse a cabo con la colaboración de dos o más Departamentos limítrofes, buscándole un sitio estratégico donde pudieran prestar servicios comunes a ellos. Y así, indefinidamente porque el programa de la lucha contra la tuberculosis no podrá agotarse nunca, ya que son tántos los factores sociales que contribuyen a su propagación.

Ojalá que el cuerpo médico colombiano, inspirado en estas ideas, preste al Departamento Nacional de Higiene todo su valioso concurso en la realización de esta obra de tan alta trascendencia para la Higiene del país.

FERNANDO TROCONIS

Médico Jefe de la Sección Antituberculosa
del Departamento Nacional de Higiene.

SOCIEDADES CIENTIFICAS

(*Extracto de actas*).

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión del día 2 de mayo de 1933.

(Presidencia del académico Ucrós).

Asistieron los académicos Dres. Martínez, Ucrós, Lleras, Franco, Manrique, Montoya, Arboleda, Aparicio, Perdomo, Corpas, Bejarano, Leyva, Trujillo Gutiérrez, Montaña, Esguerra Gonzalo, Cavelier, Uribe, Troconis, Tirado Macías y los académicos correspondientes Aguirre Plata, Zuloaga y Patiño Camargo.

El Dr. Diego Carbonell, Ministro Plenipotenciario de la República de Venezuela, presentó un mensaje de la Academia de Medicina de Caracas, e hizo luégo un estudio sobre la personalidad del eminente médico venezolano Dr. Luis Razzeti. (El trabajo presentado por el Dr. Carbonell se publicará en el próximo número de esta Revista).

El Presidente nombró a los académicos Manrique y Corpas para presentar un proyecto de respuesta al mensaje de la Academia de Medicina de Caracas; y a los académicos Franco y Bejarano para informar sobre el trabajo presentado por el Dr. Carbonell.

Se eligió luégo al Dr. Carbonell miembro correspondiente de la Academia, por unanimidad de votos.

El Dr. Luis Patiño Camargo presentó un estudio sobre la fiebre amarilla en Colombia, y principalmente sobre los estudios de investigación llevados a cabo por él, en asocio del Dr. J. A. Kerr, en las regiones de Muzo y Santander. Las conclusiones fueron las siguientes:

"1.ª La fiebre amarilla ha sido endémica durante muchos años en la zonas rurales de Muzo, habiéndose presentado en esta región casos de la enfermedad en fecha tan reciente como en el año de 1921.

"2.ª A pesar de la gran abundancia del mosquito *Aedes Egypti*, la fiebre amarilla no ha existido en las poblaciones situadas a lo largo del río Magdalena durante los últimos 15 años; ni en los valles de Cúcuta en los últimos 20 años. Por consiguiente en los últimos 20 años se ha desarrollado en esas regiones una gran población no inmune.

"3.ª La fiebre amarilla no ha sido reintroducida a la región central de Santander durante los últimos 15 años. La enfermedad ha sido continuamente endémica en todo este tiempo en dicha zona. Y aún más: la enfermedad no se ha mantenido en las poblaciones sino que parece probablemente endémica en las zonas rurales.

"4.ª Es prudente considerar a la región de Santander como un foco peligroso de fiebre amarilla de donde la enfermedad podría propagarse a las partes bajas muy infectables del país".

En seguida hicieron interesantes comentarios al trabajo del Dr. Patiño y felicitaron a su autor los académicos Franco, Aparicio, Bejarano y Trujillo.

(La comunicación del Dr. Patiño Camargo y los comentarios de los académicos Franco, Aparicio, Bejarano y Trujillo, se publicarán próximamente).

Sesión del día 16 de mayo de 1933.

(Presidencia del académico Ucrós).

Asistieron los académicos Dres. Salgado, Zea Uribe, Cuéllar Durán Zoilo, Ucrós, Lleras, Franco, Manrique, Montoya, Arboleda, Aparicio, Cuéllar Durán Manuel Antonio, Corpas, Bejarano, Defrancisco, Montaña, Esguerra Gonzalo, Cavelier, Rueda, Uribe y Troconis.

El Presidente hizo entrega al Dr. Diego Carbonell del diploma de miembro correspondiente de la Academia.

Se aprobó el proyecto de respuesta a la Academia de Medicina de Caracas, presentado por los académicos Manrique y Corpas.

En seguida el académico Dr. Jorge Bejarano presentó a la consideración de la Academia un estudio sobre la leche de coco en la alimentación de los niños y en el tratamiento de las dispepsias infantiles. Relató tres observaciones de enfermedades

gastro-intestinales en los niños, tratadas con buenos resultados; y por los estudios químicos hechos en Bogotá en asocio del Dr. Barriga Villalba demostró su poder alimenticio y recalcificante.

También presentó el Dr. Bejarano varias observaciones de eritema nudoso en individuos de una misma familia. Estas observaciones le sirvieron de base para sostener la teoría de que el eritema nudoso era una enfermedad eruptiva febril y de carácter epidémico.

El Dr. José Ignacio Uribe felicitó al Dr. Bejarano y expuso luégo los distintos argumentos sostenidos por las dos escuelas que defienden la una la teoría expuesta por el Dr. Bejarano, y la otra el origen tuberculoso de la enfermedad.

Hicieron también comentarios al respecto los académicos Troconis y Lleras.

(Las comunicaciones hechas por el Dr. Bejarano y la discusión científica a que dieron lugar, se publicarán próximamente en esta Revista).

SOCIEDAD DE CIRUGIA

Sesión del día 28 de abril de 1933.

(Presidencia Dr. Bermúdez).

Asistieron los Dres. Bermúdez, Tirado Macías, Leyva, Esguerra Gonzalo, Aparicio, Luque, Díaz, Rodríguez Aristides, Rodríguez Isaac, Cuéllar Durán Zoilo, Troconis y Zapata.

La sesión se dedicó exclusivamente al estudio de los nuevos estatutos, que fueron aprobados en la forma siguiente:

"La Sociedad de Cirugía de Bogotá, fundada el veintidós (22) de julio de mil novecientos dos (1902) y reconocida como persona jurídica por el Poder Ejecutivo, por Resolución Ejecutiva de fecha 3 de septiembre de 1902, se regirá en adelante por los siguientes estatutos:

CAPITULO PRIMERO

Objeto de la Sociedad.

Art. 1.°—La Sociedad de Cirugía de Bogotá, que es una Sociedad de Beneficencia a la vez que científico-docente, tiene por objeto desarrollar y contribuír al perfeccionamiento de la Medicina y la Cirugía en Colombia, favorecer a la clase desvali-

da, estrechar los vínculos de unión entre los miembros del cuerpo médico colombiano y principalmente administrar el Hospital de San José, construído por la misma Sociedad en la ciudad de Bogotá en el lote de terreno donado con este fin, por el General Juan N. Valderrama y en los terrenos aledaños habidos posteriormente por la Sociedad.

Art. 2.°—Para la realización de sus propósitos y especialmente para la terminación, mejoramiento, ensanche y sostenimiento del Hospital de San José, la Sociedad solicitará de las diversas entidades oficiales y de los particulares, los recursos que sean necesarios.

Art. 3.°—El Hospital de San José, como propiedad exclusiva de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, dependerá únicamente de ésta.

Art. 4.°—El Hospital de San José se organizará de manera que en él puedan tratarse toda clase de enfermedades, con departamentos para indigentes que serán atendidos gratuitamente, y para personas pudientes, que pagarán el servicio médico y quirúrgico que allí reciban. Los dineros obtenidos por concepto de pensiones formarán parte de las rentas del Hospital.

Art. 5.°—La Sociedad de Cirugía administrará todas las propiedades, efectos o sumas de dinero destinadas al Hospital de San José, cualesquiera que sea su causa, donación, herencia, legado, adquisición o título oneroso, etc., y cualesquiera que sea su objeto, construcción, ensanche, sostenimiento, desarrollo de sus servicios científicos o docentes.

Art. 6.°—El Presidente de la Sociedad de Cirugía será su administrador y representante legal, y por consiguiente tendrá personería completa para celebrar toda clase de contratos y para aceptar y recibir las donaciones y legados que se hagan con destino a la edificación, ensanche, organización de servicios especiales, y sostenimiento del Hospital de San José, o al fomento y desarrollo de la Sociedad de Cirugía de Bogotá.

Art. 7.°—Para la validez de los contratos que celebre la Sociedad y de las escrituras que deba otorgar, se requiere la firma del Presidente y del Secretario de la misma, previa autorización de la Junta Directiva.

Art. 8.°—Corresponde a la Sociedad de Cirugía la dirección científica del Hospital de San José, la expedición de los regla-

mentos para su buena marcha y funcionamiento y el nombramiento de los empleados correspondientes.

Art. 9.°—La Sociedad de Cirugía podrá establecer en sus clínicas o laboratorios enseñanzas profesionales, o celebrar con tal fin contratos con entidades oficiales o particulares.

CAPITULO SEGUNDO

De los socios.

Art. 10.—La Sociedad de Cirugía de Bogotá tiene tres clases de miembros: miembros honorarios, miembros de número y miembros correspondientes.

Art. 11.—Serán miembros honorarios aquellos individuos que por su grande ilustración, sus excelsas virtudes y su amor a la humanidad sean acreedores a que la Sociedad les haga esta alta distinción, lo mismo que aquéllos que hayan coadyuvado eficazmente al desarrollo de las obras que se propone llevar a cabo la Sociedad. Los miembros honorarios serán de preferencia médicos y cirujanos, deben ser propuestos a la Asamblea General por la comisión de la Mesa y aceptados en votación secreta por la mayoría absoluta de los socios presentes.

Art. 12.—Serán miembros de número los médicos y cirujanos colombianos residentes en Bogotá con diploma de una de las facultades nacionales o de una extranjera de reconocido valor científico.

Parágrafo 1.°—Para ser admitido como miembro de número un candidato, deberá ser propuesto a la Sociedad por dos miembros de número y presentar a la consideración de la misma un trabajo original e inédito sobre un tema de medicina o cirugía, acerca del cual informará una comisión nombrada por la Presidencia, informe que será sometido a la consideración de la Sociedad.

Parágrafo 2.°—Aceptado el trabajo, la admisión del candidato será sometida a votación en Asamblea, necesitándose para su aprobación las dos terceras partes de los votos presentes. como como queda estatuído en el artículo 18 de los presentes estatutos.

Art. 13.—Serán miembros correspondientes los médicos y cirujanos residentes fuera de Bogotá a quienes la Sociedad en atención a su reconocida labor científica y a los servicios que hayan prestado a la corporación, discierna este título mediante petición

EL RECTOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BOGOTA

se permite poner en conocimiento del Cuerpo Médico de la ciudad y del país, que en la actualidad se halla vacante la cátedra de Anatomía patológica de esta Facultad. (Resolución No. 121 del Ministerio de Educación Nacional).

Los profesionales que aspiren a figurar en la terna que el Consejo Directivo de la Facultad ha de pasar al Poder Ejecutivo en orden a que de ella sea nombrado el profesor respectivo, deben postular su nombre por escrito ante la Secretaría del Consejo, y acompañar su postulación de un pliego que acredite sus títulos y sus trabajos científicos. (Decreto ejecutivo número 796 de 25 de abril).

La inscripción quedará cerrada el 23 de junio.

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-París 5

Agentes Generales: PANNIER & PREVOSTEAU, calle 15, número 72
Teléfono 31-93—BOGOTA

MIDY

LABORATOIRES MIDY
PARIS · FRANCIA
MARCA REGISTRADA

SUPOSITORIOS POMADA MIDY

4

PRINCIPIOS ACTIVOS
DE LO CUAL EFICACIA
SEGURA

ADRENALINA
ESTOVAÍNA
ANESTESINA
EXTR. ESTABILIZADO
DE CASTAÑAS DE
INDIAS FRESCAS

Literatura y muestras.

HEMORROIDES

BERNARD · PAULY

Apartado 649, BOGOTA
Apartado 616, BARRANQUILLA

escrita de dos miembros de número y aceptación en votación secreta de la Asamblea General por la mayoría absoluta de los socios presentes.

Art. 14.—Los miembros de número de la Sociedad serán cuarenta (40). Las vacantes se llenarán de acuerdo con el reglamento de la Sociedad.

Art. 15.—Los miembros de número y los correspondientes que por cualquier causa dejen de pertenecer a la Sociedad, no tendrán derecho a que se les devuelva parte alguna de las sumas que por concepto de cuotas hayan consignado.

CAPITULO TERCERO

Gobierno de la Sociedad.

Art. 16.—El gobierno de la Sociedad corresponde:

a) A la Asamblea General;

b) A la Junta Directiva; y

c) Al Presidente de la misma.

I.—De la Asamblea General.

Art. 17.—El Poder Supremo de la Sociedad reside en la Asamblea General.

Art. 18.—La Asamblea General se forma por la reunión de los miembros de número de la Sociedad siendo necesaria por lo menos la presencia de diez (10) para que haya *quorum* y se pueda deliberar. Pero para elegir dignatarios y nuevos miembros de número, o para reformar los presentes Estatutos, o para autorizar erogaciones mayores de $ 3.000.00, se necesita un *quorum* de veinte (20) miembros y una mayoría de las dos terceras partes de los socios presentes.

Art. 19.—La Asamblea General se reunirá ordinariamente el primer lunes de cada mes en el local destinado para el efecto.

Art. 20.—En las reuniones ordinarias de la Asamblea se tratará:

a) De los asuntos relativos a la dirección técnica y científica del Hospital.

b) De temas científicos.

c) De la elección de nuevos miembros correspondientes y de número.

d) De los asuntos que le someta la Junta Directiva.

e) De la modificación y reforma de los Estatutos.

f) Del estudio y aprobación del presupuesto de rentas y gastos que le someta la Junta Directiva.

g) Del examen y aprobación de las cuentas y balances que presente el Tesorero.

Art. 21.—La Asamblea General se reunirá extraordinariamente, cada vez que para ello sea convocada por la Junta Directiva o por el Presidente. Cuando diez o más miembros de número soliciten una reunión extraordinaria determinando el motivo de la misma, la Junta Directiva deberá hacer la convocatoria. En las reuniones extraordinarias de la Asamblea sólo se tratará del objeto que ha motivado la convocatoria.

Art. 22.—La convocatoria para todas las reuniones de la Asamblea, se hará individualmente por lo menos con cinco (5) días de anticipación, debiendo especificar en ella el objeto de la reunión.

Art. 23.—En la reunión ordinaria de la Asamblea, correspondiente al primer lunes de julio se hará la elección de dignatarios para el período anual siguiente y en la del primer lunes de agosto, que será la sesión solemne de la Sociedad cada año, se dará posesión a los elegidos.

Parágrafo 1.°—Si la Asamblea General no pudiera reunirse el día fijado para la elección de los nuevos dignatarios, la reunión se efectuará el lunes inmediatamente siguiente para cumplir con las formalidades prescritas.

Parágrafo 2.°—Si después de la segunda citación no se reuniere el *quorum* requerido, la Asamblea podrá reunirse de nuevo, previa convocatoria del Presidente con el *quorum* ordinario de diez (10) miembros.

Art. 24.—Mientras no se dé posesión a los nuevos dignatarios continuarán en el ejercicio de su cargo los elegidos en el período anterior.

Art. 25.—La Asamblea General además del Presidente, Vicepresidente y Secretario, elegirá el Tesorero anual, el Secretario perpetuo, el Vocal de la Junta Directiva y el Revisor Fiscal.

Art. 26.—Al tomar posesión de sus puestos los dignatarios prometerán por su palabra de médicos y de caballeros cumplir con los deberes que les imponen los Estatutos y los Reglamentos de la Sociedad.

Art. 27.—Todas las reuniones de la Asamblea General serán presididas por el Presidente de la Sociedad y en su defecto, por el Vicepresidente; y a falta de éste, por el miembro de número más antiguo. Las faltas del Secretario serán llenadas por un Secretario *ad hoc* nombrado por la Presidencia.

Art. 28.—Corresponde a la Asamblea resolver todos los puntos que no hayan quedado definidos en estos Estatutos.

II.—De la Junta Directiva.

Art. 29.—Corresponde a la Junta Directiva la dirección y administración de la Sociedad dentro de los Estatutos y reglamentos.

Art. 30.—La Junta Directiva se compondrá de seis (6) miembros así: El Presidente, el Vicepresidente, el Secretario anual de la Sociedad que lo será también de la Junta Directiva, el Tesorero, el Secretario Perpetuo y un Vocal.

Art. 31.—Los miembros de la Junta Directiva durarán en el ejercicio de sus funciones un año, contado a partir del primer lunes de agosto, en que deben tomar posesión de sus cargos.

Art. 32.—La Junta Directiva podrá nombrar las comisiones que juzgue convenientes para el mejor desarrollo de los planes de la Sociedad y consecución de los fines benéficos que persigue.

Art. 33.—La Junta Directiva podrá convocar por medio del Secretario a la Asamblea General, siempre que lo juzgue conveniente.

Art. 34.—Corresponde a la Junta Directiva hacer el presupuesto anual de rentas y gastos de la Sociedad, el cual será sometido a la aprobación de la Asamblea General y aprobar el balance mensual que presente el Tesorero.

Art. 35.—La Junta Directiva podrá celebrar a nombre de la Sociedad contratos hasta por la suma de tres mil pesos ($ 3.000.00). De esta suma en adelante necesita la autorización o la aprobación de la Asamblea General.

III.—Del Presidente.

Art. 36.—El Presidente de la Sociedad será elegido por la Asamblea General, en la forma prevista en los presentes Estatutos y para el período de un año.

Art. 37.—Son funciones del Presidente:

a) Representar legalmente a la Sociedad;

b) Firmar con el Secretario los contratos que deba celebrar la Sociedad y las escrituras, que en nombre de la misma le corresponda otorgar;

c) Presidir las reuniones de la Asamblea General y de la Junta Directiva;

d) Firmar con el Secretario las actas correspondientes a dichas reuniones;

e) Vigilar porque todos los empleados de la Sociedad cumplan con los deberes de su cargo;

f) Presentar a la Asamblea General un informe anual sobre la marcha de los trabajos de la Sociedad;

g) Las demás que le señalen los Estatutos y reglamentos.

CAPITULO CUARTO

Empleados de la Sociedad.

Parágrafo 1.° Del Secretario Perpetuo:

Art. 38.—El Secretario Perpetuo será elegido por la Asamblea General y durarán sus funciones mientras no haya vacante por renuncia, fallecimiento o separación del puesto por causa motivada.

Art. 39.—Son funciones del Secretario Perpetuo:

a) Guardar ordenadamente el archivo de la Corporación;

b) Llevar la correspondencia de la Sociedad con otras Sociedades científicas;

c) Desempeñar las funciones de bibliotecario de la Sociedad mientras no se disponga otra cosa.

Parágrafo 2.° Del Secretario anual:

Art. 40.—El Secretario anual será elegido por la Asamblea General en la fecha y forma prescritos para la elección de dignatarios.

Art. 41.—El Secretario anual lo será de la Asamblea General y de la Junta Directiva.

Art. 42.—Son funciones del Secretario:

a) Hacer las convocatorias de la Asamblea General o de la Junta Directiva, que dispongan las entidades correspondientes;

b) Llevar las actas de las sesiones de la Asamblea General y de la Junta Directiva con expresión fiel y precisa de todo lo que ocurra en ellas;

c) Firmar con el Presidente las actas y llevar la correspondencia de la Sociedad.

Parágrafo 3.°—Del Tesorero:

Art. 43.—El Tesorero será elegido cada año por la Asamblea General en la fecha y forma prescrita para la elección de dignatarios.

Art. 44.—Son funciones del Tesorero:

a) Recaudar los fondos que deban entrar a la Tesorería por cualquier causa o razón;

b) Hacer los pagos ordenados por la Presidencia;

c) Llevar las cuentas de los fondos que maneja con los comprobantes de cada ingreso o erogación;

d) Presentar el Balance mensual en la reunión ordinaria de la Asamblea General y la cuenta anual en la reunión ordinaria de la misma correspondiente al mes de agosto;

e) Llevar a la cuenta que se halla abierta en uno de los Bancos de la ciudad con el nombre de "Hospital de San José", todo el dinero que reciba por cuenta de la Sociedad.

Parágrafo 4.°—Del Revisor Fiscal:

Art. 45.—El Revisor Fiscal será elegido cada año por la Asamblea General en la forma y fecha prescrita para la elección de dignatarios.

Art. 46.—Son funciones del Revisor Fiscal:

a) Organizar la contabilidad de la Sociedad;

b) Revisar las cuentas y balance que presente el Tesorero;

c) Ayudar a la formación del presupuesto anual.

CAPITULO QUINTO

Disposiciones varias.

Art. 47.—Los cargos de los miembros de la Junta Directiva, con excepción del Revisor Fiscal, miembros de las comisiones que de su seno nombre la Sociedad en beneficio del Hospital de San José serán *ad honorem*.

Art. 48.—Corresponde a la Junta Directiva la creación de los empleos necesarios para el buen servicio del Hospital que no se hallan establecidos en los presentes Estatutos y la provisión de ellos.

Art. 49.—Los presentes Estatutos contienen todas las disposiciones que la Sociedad ha juzgado necesarias para su marcha y

desarrollo y las modificaciones que con el trancurso del tiempo se han hecho indispensables.

Art. 50.—Todas las disposiciones contrarias contenidas en Estatutos anteriores a los aprobados en la presente sesión, quedan derogadas.

Bogotá, veintiocho de abril de mil novecientos treinta y tres.

El Presidente de la Sociedad de Cirugía,

ANDRÉS BERMÚDEZ

El Secretario de la Sociedad de Cirugía,

Fernando Troconis.

SOCIEDAD DE PEDIATRIA

Sesión del día 19 de mayo de 1933.

(Presidencia de los Dres. Rafael Barberi y José M. Montoya).

Asistieron los socios Montoya, Enciso, Martínez Eudoro, Silva, Montaña Eliseo, Barberi, Cadena y Mendoza.

El Dr. Montoya tomó posesión de la Presidencia y en seguida recibió la promesa reglamentaria al nuevo socio Dr. Eustacio de Mendoza.

Con el fin de evitar los largos intervalos en las reuniones de la Sociedad se acordó fijar el primer viernes de cada mes para las sesiones ordinarias.

Los Dres. Martínez y Montoya hablaron sobre la conveniencia de presentar trabajos científicos y así lo encarecieron a los socios. El Dr. Martínez ofreció por su parte presentar uno sobre Acrodinia infantil en la próxima sesión ordinaria.

El Dr. Eliseo Montaña presentó un importantísimo proyecto sobre protección de la infancia calcado en los principios de la ley Roussel y en el cual contempla además el problema intrincado de los hijos ilegítimos. Después de algunas consideraciones de los Dres. Cadena, Barberi, Martínez y Montoya sobre el proyecto, se resolvió pasarlo a una comisión compuesta por los Dres. Enciso, Barberi y Troconis para su estudio e informe con el fin de presentarlo a las próximas sesiones del Congreso.

Siendo ya avanzada la hora se levantó la sesión.

El Presidente, JOSÉ MARÍA MONTOYA

El Secretario, *Darío Cadena C.*

NOTAS VARIAS

J. BABINSKI

La muerte de Babinski ha conmovido a los neurólogos y en general al mundo médico.

La obra de Babinski es universalmente conocida. Inició su carrera como histólogo y presentó una brillante tesis sobre la esclerosis en placas. Pero pronto empezó a darse a conocer como neurólogo emprendiendo estudios encaminados a perfeccionar la técnica del examen del sistema nervioso para sacar conclusiones más seguras y más precisas sobre el estado de las grandes funciones del sistema nervioso.

Numerosos síntomas nuevos fueron descritos por él entre los cuales sobresale el signo que lleva su nombre. Por su objetividad, por su gran utilidad práctica, por la simplicidad de su investigación el fenómeno de los artejos se ha impuesto y se seguirá imponiendo y es el que contribuirá más a hacer perdurable el nombre de Babinski.

En el estudio de la histeria puso a prueba su talento y constancia. En otros estudios empleó técnicas tan ingeniosas como la investigación de la asinergia, del vértigo voltaico y de la adiococinesia.

En el campo de la nosología aisló el síndrome adiposo-genital y mostró sus relaciones con la glándula pituitaria.

Fue uno de los primeros en preconizar el tratamiento quirúrgico de los tumores cerebro-medulares.

A. A. S.

——

Murió recientemente en Ibagué el distinguido hombre público, doctor Tulio A. Forero, padre del muy distinguido médico doctor Tulio Forero Villaveces a quien enviamos nuestra sincera manifestación de condolencia.

——

El doctor Heriberto Arbeláez, profesor de Pediatría en la Facultad de Medicina de Medellín, ha llegado a la ciudad.—Lo saludamos muy atentamente, le deseamos larga permanencia entre nosotros y nos será muy grato publicar algún trabajo de su docta pluma.

——

Procedente de Málaga en donde ejerce su profesión nos visita el doctor Luis Aconcha, para él y los suyos nuestro saludo de bienvenida.

——

El doctor Jorge Delgado, miembro muy distinguido del cuerpo médico de Medellín, se encuentra en la ciudad. El doctor Delgado viene del sur de la República a donde fue a desempeñar un alto cargo en los hospitales que fundó la Cruz Roja Nacional en esas regiones para beneficiar al ejército colombiano actualmente en la frontera.

——

Para hacer estudios de perfeccionamiento en Radiología llegó de Barranquilla el doctor David Castro Senior, miembro del Consejo encargado de revisar los títulos médicos en el Departamento del Atlántico. Reciba nuestro saludo y ponemos a sus órdenes las páginas de nuestra Revista.

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

TERAPIA HEPATOBILIAR

Es el HEPATODRENO

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

Con gusto enviaremos muestras a quienes se sirvan solicitarlas.

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

Laboratorio Farmacéutico de la Botica Meoz.

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

SECCIÓN DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA BIBLIOTECA SALVAT

DIATERMIA Y DIATERMOTERAPIA

por el

Dr. H. Bordier

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

LOS TUMORES DEL CEREBRO

por el

Dr. L. Puusepp

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

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA BLENORRAGIA

por el

Dr. J. Janet

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

LOS RAYOS ULTRAVIOLADOS EN TERAPÉUTICA

por el

Dr. J. Saidman

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

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

PALUDISMO

FIEBRES INTERMITENTES

QUINOFORME

Formiato Basico de Quinine LACROIX C^{20} H^{24} N^2 O^2. HCO^2 H

GRAN PREMIOS : Turin 1911 - Marseille 1922 - Athènes 1928

La más rica en Quinina (87,56 °/o).
La más soluble en el agua.
La más activa de todas las sales de Quinina.
LAS INYECCIONES SON NEUTRAS Y SIN DOLOR

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

Literatura y Muestras : **Laboratoires LACROIX, 37, Rue Pajol, PARIS-18e**

OPTICA ALEMANA

SCHMIDT HERMANOS

CALLE 12, N.° 176 (Entre carreras 7.ª y 8.ª)
Apartado 10-32.

Microscopios - Colorantes - Láminas - Laminillas - Hematímetros. Fonendoscopios - Optalmoscopios - Espejos frontales - Termómetros - Cristalería para Laboratorio.

TALLER DE MECANICA

para la reparación de toda clase de instrumentos de precisión.

Heridas Supurantes

SE HAN usado numerosas aplicaciones en el tratamiento de heridas supurantes, pero recientes investigaciones han probado de hecho que la aplicación de glicerina químicamente pura es de un valor definido para disminuir el volumen de los exudados, evitando el desarrollo de la linfagitis y reduciendo la hinchazón que comúnmente se presenta en estas heridas.

Los emplastos de

Antiphlogistine

con su alto contenido de glicerina y sus propiedades antisépticas y osmóticas, son de positivo valor para disminuir el volumen de los exudados y reducir la hinchazón, mientras el cambio de estos emplastos no resulta doloroso.

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

163 Varick Street • • • Nueva York, E. U. A.

Solicite muestra y literatura

Dr......

Dirección.....

OIGA DOCTOR!

Ha echado Ud. una mirada escrupulosa en su consultorio?

Está a la orden del día?

Sus jeringas y agujas están en perfecto buen estado, podría poner una inyección a satisfacción suya y de su cliente?

El instrumental clínico le presenta toda garantía?

Sus Fonendoscopios están bien? Qué tal las membranas, los cauchos conductores y los auriculares?

Puede Ud. atender a una intervención de pequeña cirugía de urgencia? Tiene Ud. material de sutura? Posee sus agrafes y sus pinzas para ponerlos y quitarlos? Qué tal sus agujas para sutura?

Le da perfecta satisfacción su Aparato de Tensión Arterial? Y sus termómetros?

Todas las anteriores preguntas se las hacemos porque se trata de útiles e instrumentos que Ud. emplea todos los días y si están deteriorados le producen disgustos y lo desacreditan. Nuestro almacén se los compone y se los repone por precios muy módicos.

Eche una mirada a su Consultorio, Doctor, y visite o consulte al

Almacén PADCO

(HERMIDEZ PADILLA)

Apartado 490. — Teléfono 40-18

Segunda Calle Real, Número 12-46. -- Bogotá.