

VOLUMEN XLIV

Oebre.-Novbre. de 1934.

No. 518

No. 6.

REPUBLICA DE COLOMBIA

REVISTA MEDICA DE BOGOTA



“REPERTORIO DE MEDICINA Y CIRUGIA” Y “REVISTA MEDICA DE
COLOMBIA” INCORPORADOS

ORGANO DE:

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

DIRECCION Y REDACCION:

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



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

ADMINISTRACION: Editorial Cromos—Bogotá.

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



**PANBILINA EN LAS
ENFERMEDADES DEL HÍGADO**

**RECTOPANBILINA
EN EL ESTREÑIMIENTO**

**HEMOPANBILINA
EN LAS ANEMIAS**

son los
eslabones
de una
misma
cadena

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

Literatura. LABORATORIO
Muestras: del D^r PLANTIER
ANNONAY (Ardèche)
FRANCE

FIEBRES PALUDICAS

Tratamiento por el

DIÉMÉNAL

Metales coloidales (Mn-Fe) en inyecciones hipodérmicas

Reemplaza con ventaja la quinina.
Dá resultados muy notables en el
Paludismo crónico.

Laboratorio del DIÉMÉNAL, 23, rue du Parc, Fontenay-a-Bois, près PARIS

Textos y Muestras:

BOGOTA — Marzio CA **STELLANI, Apartado 271**

Agentes en Colombia: } MEDELLIN - RESTREPO & PELAEZ } CARTAGENA - BUSTAMANTE H^{no}
} CALI - FARMACIA CENTRA } MANIZALES - DROGUERIA ANDINA

CONTENIDO

	Págs.
<i>Complicaciones oculares de origen sinusial</i> , por el Dr. A. Arboleda	995
<i>Una observación clínica interesante</i> , por el Dr. Julio Aparicio.	998
<i>Estudio sobre algunas monilias y otros hongos similares</i> , por la Srta. Paulina Gómez Vega	1005
<i>La vacuna mixta polivalente "Argo"</i> , por el Dr. Luis Ardila G.	1021
<i>Retroflexio uteri gravidi</i> , por el Profesor Rafael Ucrós	1033
<i>Nota editorial</i>	1045

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

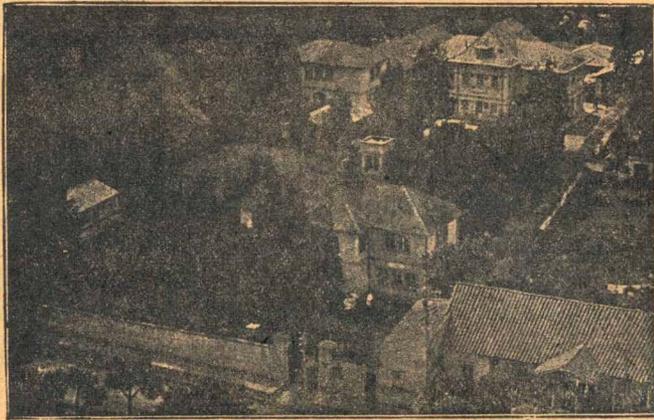
Para suscripciones y avisos, dirigirse a la

Administración:

EDITORIAL DE CROMOS

Carrera 6.^a, Números 12-60 a 12-66. - Apartado 442.

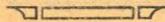
Para todo lo concerniente a la dirección, dirigirse al apartado 102



LABORATORIO NACIONAL DE HIGIENE SAMPER MARTINEZ



PRODUCTOS BIOLÓGICOS
PARA USO HUMANO Y DE VETERINARIA,
SIEMPRE FRESCOS



BOGOTA

CALLE 57, NUMERO 7-97

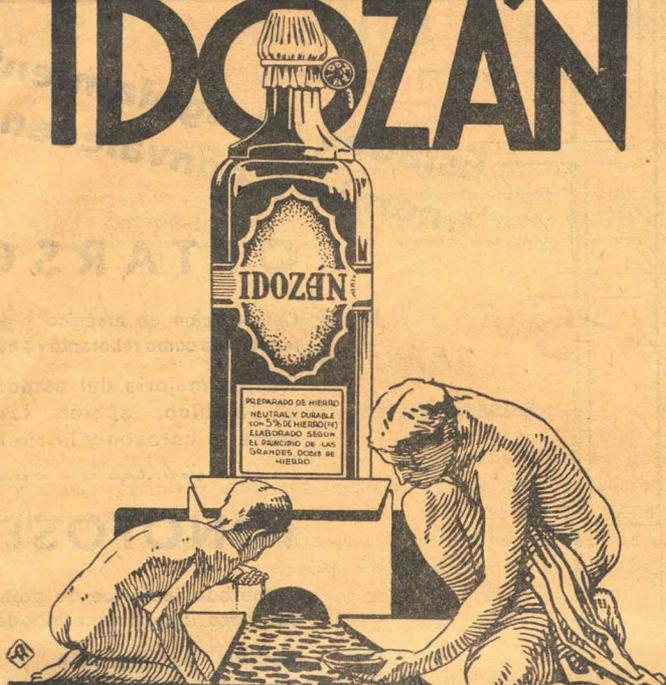
TELEFONOS: Chapinero 1780 Dirección.
 1781 Portería.
 1782 Administración.
 1783

Telégrafo: "HYGEIA"

Apartado de correos 485

Apartado aéreo 3495

IDOZÁN



CURA ANEMIA
DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS

OPINIONES

del honorable cuerpo médico de Colombia, sobre el

Reconstituyente Ferruginoso IDOZAN

El Dr. Erasmo Baños, de Barranquilla, dice: "A su tiempo he recibido su remesa de IDOZAN la cual he usado en enfermos que padecían de anemia de causas distintas y he podido observar los magníficos resultados que de él esperaba. IDOZAN es una medicación muy bien preparada. IDOZAN es agradable al paladar, no produce manchas en los dientes y, algo único, no produce constipación, promoviendo más bien una ligera acción laxante cuando es tomado en las dosis prescritas. Yo recomiendo el IDOZAN con entusiasmo a mis enfermos y creo que les hago siempre una sana indicación.

Estados de agotamiento,
anemia y convalecencia

OPTARSON

M. R.

Combinación de arsénico y estrocinina
acreditada como roborante y neurotónica

Rápida mejoría del estado físico
y psíquico, acción favorable
sobre el corazón y la circulación.

Envase original: Cajas de 12 ampollas de 1 c.c.

TONOFOSFAN

M. R.

Preparado fosfórico de gran activi-
dad para inyecciones hipodérmicas.

Acción estimulante y tónica
sobre el corazón, metabolismo y
músculatura. Mejora la circu-
lación. Levanta las energías.

Envases originales: Solución de Tonofosfan al 1%
Cajas de 10 y 20 ampollas de 1 c.c. / Tonofosfan
fortius al 2% Cajas de 10 ampollas de 1 c.c.



Para muestras y literatura científica favor dirigirse a
LA QUIMICA "Bayer"

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. XLIV | Bogotá-Colombia, S. A. Oebre.-Nvbre. de 1934 | No. 518

COMPLICACIONES OCULARES DE ORIGEN SINUSIAL

Por el Dr. Arturo Arboleda.

Se presentó a mi consultorio un enfermo que se quejaba de una ptosis del párpado superior derecho y de una sensación de vértigo, desde hacía tres días. Trátase de un hombre de 64 años, bien formado, sin antecedentes hereditarios importantes y que decía que nunca había estado enfermo, excepto frecuentes trastornos hepáticos y un traumatismo hace dos años, en que una gran cantidad de tierra cayó encima de él dejándolo sepultado por unos minutos. Insistentemente interrogado por antecedentes específicos o venéreos, no dió informes.

Se ve al examinarlo, una ptosis bastante marcada del párpado superior derecho, el globo ocular se ve normal, su visión y fondo de ojo son normales. Hay una diplopía homónima y vertical que demuestra una parálisis de la abducción y de los movimientos de descenso del globo, que al estudiar la proyección de la falsa imagen con un vidrio rojo hace ver una deficiencia en los movimientos del oblicuo mayor de ese mismo ojo.

Dada la ausencia de antecedentes específicos examiné cuidadosamente los senos de la cara. El enfermo no ha tenido ningún dolor en la región de la órbita, que es indolora a la palpación y percusión. Al examen de las fosas nasales y la transluminación de la cara no muestran nada que pueda inducir a pensar en una lesión de los senos frontales y maxilares. Llamándonos la atención de que la parálisis afectara los músculos de inervación diferente como el relevador del párpado y el oblicuo mayor, pensamos en que se pudiera tratar de un proceso inflamatorio que pudiera afectar al III y IV par en puntos donde pasan cerca el uno del otro, como la hendidura esfenoidal o la parte superior de la órbita, y ordenamos una radiografía y una reacción de Wassermann, que resultó negativa.

Al examen radiográfico se ve una pequeña opacidad del seno frontal derecho y unos puntitos de descalcificación de la tabla del frontal en la vecindad del seno.

Este aspecto radiográfico nos hizo pensar en que la lesión se hallaba en el seno frontal, aunque no se veía pus en el meato, ni en el infundíbulo, y que tal vez se trataba de un proceso inflamatorio no supurado, cuyo origen supusimos específico a pesar de la ausencia de antecedentes y de la Wassermann negativa. Prescribimos unas pulverizaciones con aceite mentolado e instituímos un tratamiento por el cianuro de Hg. Durante los cuatro primeros días aplicamos en el meato y en el infundíbulo, una vez al día, tapones de algodón impregnado de cocaína con adrenalina, que al producir una constricción de la mucosa nasal, facilitaban el desagüe de cualquier secreción que pudiera estar depositada en el seno; y así se declaró por unos dos días una fuerte secreción nasal no purulenta.

A las dos semanas de aplicar diariamente 0,01 centigramos de cianuro de Hg. la ptosis y la diplopía habían desaparecido y el aspecto radiográfico del seno frontal era más claro.

Esta pequeña observación nos muestra la importancia de las afecciones de los senos en las lesiones orbitarias y oculares, y la necesidad del minucioso examen de los senos de la cara en las afecciones oculares; y tener en cuenta lo que dice el Profesor Terrien (lección del 26 de enero de 1934. *Clinic et Laboratoire*, número 15 de junio), que cita Terson, quien propuso designar estos senos con el nombre de periorbitario. El frontal constituiría el seno supraorbitario; el maxilar, el infraorbitario, y el esfenoidal, el retraorbitario.

Esto explica la frecuencia relativa de las complicaciones orbito-oculares en las afecciones sinusiales por la relación íntima de esas cavidades con la órbita que rodea por completo; por las dehiscencias frecuentes de las paredes óseas que separan estas cavidades de la órbita, y por sus más comunicaciones que vienen a rodear la órbita por todos lados; pues hacia abajo está el seno maxilar cuya pared superior constituye el piso de la órbita. Por dentro y por arriba está el seno frontal cuya pared inferior está constituida casi totalmente por la bóveda de la órbita y cuya parte más interna forma la bóveda de las células etmoidales. Por dentro se ven las células etmoidales anteriores y posteriores que sólo están separadas de la órbita por el hueso plano del etmoides hacia atrás, que forma la mayor parte de la pared interna de la órbita. Finalmente por atrás está el seno esfenoidal. Así se comprende que una sinusitis frontal, o alguna otra lesión de las paredes del seno, pueden producir trastornos de la motilidad del globo ocular.

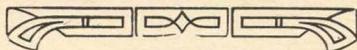
Dadas las relaciones de la polea de reflexión del músculo oblicuo mayor del ojo con la pared superior e interna de la órbita, se comprende que las afecciones sinusiales frontales pueden producir una paresia del oblicuo como en el caso presente.

Por debajo de la órbita el seno maxilar está en relación con las muelas, que en algunos casos penetran en el seno, constituyendo causas de infección, de modo que este seno puede infectarse por vía alveo-

lar o por la nariz. Por arriba el antro forma el piso de la órbita, lo que explica la periostitis y flegmones orbitarios consecutivos o sinusitis maxilares, caracterizada especialmente por dolores en la región del infraorbitario, exoftalmía, flegmones, etc.

El seno esfenoidal, por su situación, produce sobre todo complicaciones visuales nerviosas que se manifiestan por trastornos visuales, por lo que el seno esfenoidal por intermedio de la pequeña ala del esfenoides tiene relaciones con el nervio óptico y con la hendidura esfenoidal por donde pasan los tres nervios motores del ojo y el oftálmico de Willis. Bien sabidos son los beneficios obtenidos en muchas neuritis ópticas de origen sinusial con la trepanación del seno esfenoidal, hoy tan facilitada y reglada por los procedimientos e instrumental de Segura. Como se ve, del mencionado doctor Terrien, estas complicaciones oculares de la sinusitis pueden revestir formas múltiples y sumamente graves, produciendo muchas veces la ceguera y a veces también la muerte, al igual que después de una tromboflebitis orbitaria.

Conviene, pues, pensar siempre en su posibilidad para poderla prevenir mediante una intervención rápida, ya sea quirúrgica o médica, como en el caso relatado en que muy probablemente se trató de un proceso sifilítico que vino a revelarse por la benéfica acción del tratamiento mercurial.



UNA OBSERVACION CLINICA INTERESANTE

Por el Dr. Julio Aparicio.

Con este nombre he querido calificar el pequeño trabajo que hoy presento a la Sociedad de Cirugía en acatamiento a las disposiciones de la Directiva que, con laudable interés, nos ha llamado la atención hacia la conveniencia de presentar a las sesiones algún estudio relacionado con la clínica de nuestro hospital.

Debo declarar, para ser justo, que el mérito de la observación, base de mi ponencia, corresponde todo entero al Practicante del Servicio, señor Pedro Ignacio Forero C., quien hizo la historia clínica, siguió cuidadosamente al enfermo y propuso el diagnóstico, que aceptado por mí, presento a la discusión de mis colegas. Tengo la pena de decirles que la observación es incompleta, porque le falta el estudio anatómico-patológico, que no pudo hacerse por haberse negado la familia a permitir la autopsia.

Comienzo por dar lectura a la observación llevada por el señor Forero Correa, la que por sí sola demuestra la importancia e interés del caso a que se refiere:

Hospital de San José.—Pabellón Manrique.—Sección de Clínica Médica.—Servicio del Dr. Julio Aparicio.—Historia N° 246.—Cama N° 20.

Espíritu Buitrago. Soltero; 22 años; sirviente; natural de Pachavita (Boyacá).

Hospitalizado el día 27 de julio de 1934. Salida del hospital el día 22 de agosto de 1934.

Diagnóstico: Colitis aguda. Meningitis tuberculosa de forma ecláptica.

Antecedentes: Hereditarios, sin importancia. Personales, como patológicos, únicamente recuerda haber tenido una disentería amibiana aguda, de la edad de 12 años, y una blenorragia aguda de la edad de 18; hasta hace algo más de un año vivió en Pachavita, clima medio, dedicado a los oficios de campo; hace algo más de un año ingresó como sirviente en el Pabellón a nuestro cargo.

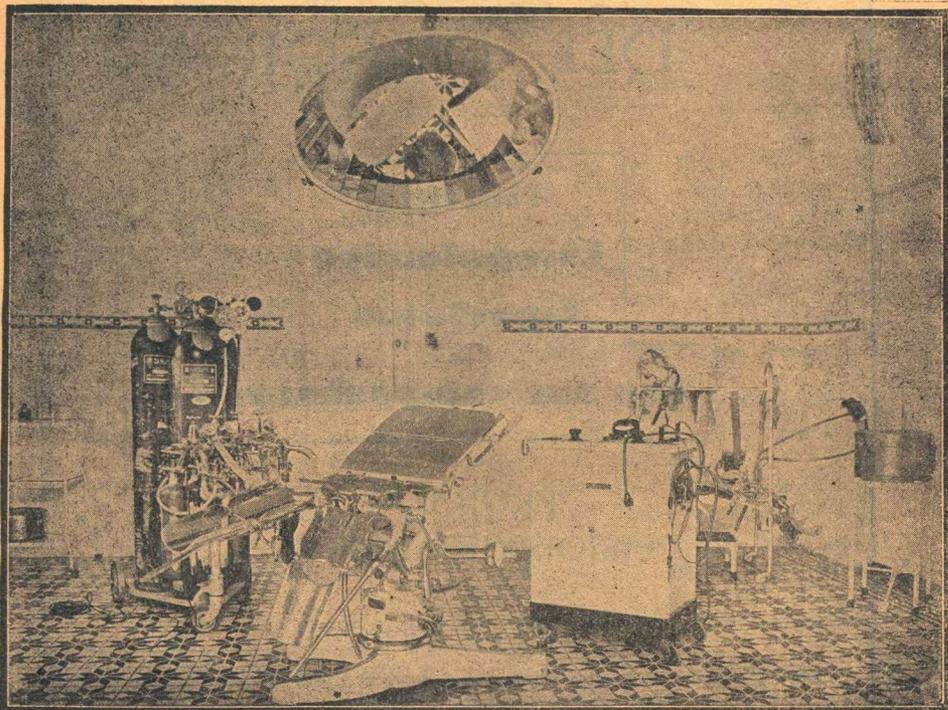
Historia de la enfermedad: Durante su permanencia en el servicio, como empleado, fuimos consultados varias veces para crisis de disuria y para un eczema escrotal; la primera, previo examen de orina, que no dió nada anormal, la atendimos con desinfectantes urinarios: helmitol, salol, benzoato de soda, azul de metileno; el segundo, con una po-

CLINICA DE MARLY

TELEFONO 10-00, CHAPINERO

APARTADO NO. 887

TELEGRAFO: "MARLY" BOGOTA



UNA DE LAS SALAS DE OPERACIONES

A la derecha, el aparato para anestesia por los gases. A la izquierda, el BISTURI ELECTRICO, que se emplea en la Clínica desde el mes de julio de 1933.

SEDONAL

J. G. B.

GRAN SEDANTE DEL DOLOR

**Morfina
Escopolamina
Esparteína**

Son sus componentes

**PROBADO
FISIOLOGICAMENTE
en el
COBAYO**

**Todas
las boticas
LO VENDEN**

mada a base de aceite de cade, ácido salicílico y óxido de zinc; obteniendo de la una y del otro una franca mejoría. El 27 de julio de 1934 ingresa al servicio, como enfermo; se queja de una crisis de diarrea con moco y acompañada de dolores abdominales diseminados.

Aparato enfermo: Tubo digestivo. Síntomas subjetivos: Anorexia, sensación nauseosa, malestar general, deposiciones con moco en número de 8 a 10 en las 24 horas, y dolores abdominales diseminados. Síntomas objetivos: Temperatura axilar de 38 grados, 84 pulsaciones, lengua ligeramente saburral y húmeda, abdomen normal a la inspección, por la palpación encontramos muy sensible todo el trayecto del colon, especialmente las fosas ilíacas y el ángulo hepático; deposiciones semilíquidas, ligeramente mucosas y sin sangre; bazo, normal; hígado de tamaño normal y nada sensible.

Aparato circulatorio: Ruidos cardíacos de timbre y ritmo normales. Pulso regular y de buena tensión, en número de 84 pulsaciones. (Reacción febril).

Aparato respiratorio: No hay disnea, ni tos; tórax bien conformado; por la percusión encontramos las cimas submates, el resto del campo pulmonar de sonoridad normal; por la auscultación observamos que el aire penetra con dificultad en las cimas, pero no hay estertores, ni frotés, ni egofonía, ni pectoriloquia áfona.

Aparato uro-genital: Se queja de disuria, pero al examen clínico no encontramos ningún signo que indique lesión renal. En el escroto, apreciamos una mancha acrómica recubierta de una ligera descamación furfurácea, muy pruriginosa.

Piel y órganos de los sentidos: Fuera de un ligero tinte anémico de la piel, y de la mancha acrómica ya anotada, no encontramos ninguna particularidad. Organos de los sentidos, normales.

Sistema nervioso: Individuo de temperamento melancólico. Marcha y equilibrio, normales. Sensibilidad, normal. Reflejos: rotulianos, pezerosos, no hay Openheim, ni Babinsky; cremasterinos, ligeramente exagerados; cutáneo abdominal, normal; pupilar, normal a la acomodación y a la luz.

Diagnóstico: Por los datos del examen general hacemos el diagnóstico de una colitis aguda.

Evolución y tratamiento: Solicitamos un examen de heces y un examen de orina. Prescribimos un régimen alimenticio de harinas. Iniciamos el tratamiento con un purgante salino y desinfectantes intestinales. El examen de heces dió negativo; el examen de orina dió únicamente abundantes cristales de fosfato amoníaco magnesiano. A los tres días de tratamiento, temperatura normal; deposiciones ligeramente mucosas, pero se redujeron a 2 en las 24 horas; desaparecieron las perturbaciones abdominales, menos el dolor, a la palpación, en el ángulo hepático. Dejamos entonces alcalinos —bicarbonato, sulfato y fosfatos de soda—, bajo forma de vasos para tomarlos en ayunas y por la noche,

esto durante cinco días, al cabo de los cuales desaparecieron completamente las perturbaciones abdominales. Solicitamos un segundo examen de heces, y como medicación dejamos arsénico bajo forma del preparado 4876 Bayer, para tomarse tres pastillas en el día, antes de las principales comidas. El segundo examen de heces dio: Huevos de uncinariaria -1- -1- -1-. Huevos de tricocéfalo 1-1 1-1 1-1. Después de cinco días de tratamiento por el arsénico, en la forma indicada, que toleró muy bien, administramos Panthelmina Bayer (mezcla de quenopodio y tetracloruro de carbono), en ayunas, seguida a las 2 horas de 40 gramos de sulfato de magnesia. Este vermífugo fue muy bien tolerado. Después de esto dejamos unas cápsulas con helmitol y salol, pues la disuria reapareció.

A los ocho días del vermífugo, 21 de agosto, fuimos llamados de urgencia a las 6 $\frac{1}{2}$ a. m. para atenderle a nuestro enfermo un ataque repentino. Como antecedente, se nos dice, que la víspera por la tarde se quejó de una cefalalgia intensa. Nuestro enfermo se encuentra en coma. Procedemos a examinarlo y encontramos: Temperatura axilar de 36.5, pulso irregular en número de 104 pulsaciones, muy hipotenso; ruidos cardíacos sordos; tensión arterial al Vaquez: Mx. 11 Mn. 7. Ligera cianosis de los labios, trismus bien marcado, respiración fuerte; no hay asimetría de la cara; miembros, tanto inferiores como superiores en flacidez, caen pesadamente al dejar de sostenerlos; reflejo rotuliano derecho abolido; izquierdo normal; Babinsky derecho positivo, izquierdo negativo; no hay clonus del pie; cremasterinos y cutáneos abdominales perezosos; pupilas dilatadas y en anisocoria, siendo más dilatada la derecha; hay ligera reacción de la izquierda a la luz. Mientras estuvimos con el enfermo tuvimos ocasión de observar un segundo ataque, caracterizado de la manera siguiente: Se inició por contracciones bruscas e irregulares de los músculos de la cara, siendo más marcadas del lado derecho; luégo sobrevinieron contracciones clónicas de los miembros y del tronco, más marcadas en el miembro superior derecho; a éstas sucedieron convulsiones tónicas, inmediatamente después de las cuales sobrevino un período de apnea, acompañado de cianosis de la cara y de las extremidades, y aceleración del pulso; al iniciarse las contracciones en la cara, hubo mordedura de la lengua, pero no hubo relajación de los esfínteres. Después de la apnea, desapareció el ataque y el enfermo quedó tranquilo. Como se ve, es el cuadro clásico de un ataque de eclampsia, del cual no nos explicamos el origen. Como tratamiento inmediato ordenamos una lavativa purgante, suero glucosado en inyección subcutánea, una inyección de sedol, y una bolsa de hielo en la cabeza.

Tres horas más tarde lo vimos nuevamente; no se ha vuelto a repetir el ataque, el enfermo se durmió bajo la influencia del sedol, y como única modificación encontramos igualdad pupilar, pero en miosis, y no reaccionan a la luz. Practicamos un sondaje de la vejiga, pero sólo

extrajimos unos 110 c.c. de orina normal.

Hasta las 3 p. m., en que lo vimos por tercera vez, se habían repetido los ataques cinco veces; encontramos 39.5 de temperatura axilar. Llegamos al diagnóstico de una *meningitis tuberculosa* de forma eclámptica, por exclusión, así:

Coma por hemorragia cerebral, lo excluimos por la edad del enfermo, la hipotensión, la falta de iniciación de parálisis y el carácter del ataque.

Coma por reblandecimiento cerebral, nos lo hacen excluir el Wassermann negativo, la hipotensión y la edad del enfermo.

Coma urémico, en éste hay hipertensión, ruido de galope, pupilas puntiformes, y antecedentes de lesión renal, todo lo cual hace falta en nuestro enfermo.

Coma alcohólico y por el opio, en éstos hay el antecedente de la intoxicación, prueba suficiente para descartarlos en este caso, dado el medio en el cual se encontraba nuestro enfermo antes del ataque.

Coma diabético, en éste el olor característico a manzanas y las perturbaciones digestivas y urinarias que lo preceden, hacen que lo excluamos.

Coma epiléptico, éste lo excluimos por los caracteres siguientes: la noción de ataques anteriores, grito inicial y el carácter de las convulsiones, los cuales faltan en nuestro caso.

Coma post-traumático, lo podemos excluir, pues en nuestro caso falta el antecedente de un traumatismo.

Por último nos queda el coma inflamatorio, cuya causa principal es la meningitis tuberculosa, de la cual existen varias formas, entre ellas, la forma eclámptica, caracterizada.

Por principio brusco con o sin lesión tuberculosa previa aparente; precedido el ataque de cefalea intensa; acompañado de irregularidad del pulso, es raro encontrar la rigidez de la nuca y el signo de Kerning; los ataques van haciéndose subintrantes con los caracteres de la eclampsia, hasta constituir el estado de mal; fiebre alta y signos de irritación motora, más o menos marcados, dada la circunstancia de que la lesión asienta en la convejidad del cerebro; además por los caracteres del líquido céfalo raquídeo.

Veamos cómo encuadra nuestro caso en una meningitis tuberculosa de forma eclámptica: Precedido de cefalea intensa, caracterizado por francos ataques de eclampsia, irregularidad e hipotensión del pulso, fiebre alta (39.5 por la tarde), signos de irritación motora (estado de los reflejos), sucesión de los ataques cada vez con intervalos más cortos; falta de rigidez de la nuca y de signo de Kerning. Únicamente nos faltan los datos del líquido céfalo raquídeo.

Hasta las 10 p. m., en que vimos nuestro enfermo por quinta vez, habían sobrevenido doce ataques, por lo cual decidimos practicar una punción lumbar, en el temor de que al día siguiente fuera demasiado

tarde. Extrajimos 15 c.c. de un líquido de tensión y de aspecto normales.

De las doce de la noche en adelante los ataques fueron presentándose cada cinco minutos, hasta constituir un verdadero estado de mal y el enfermo murió a las 6 a. m. del día 22 de agosto, es decir, a las 24 horas de iniciada la enfermedad.

El examen de la orina extraída con sonda dio: Huellas de albúmina, y abundantes cristales de fosfato amoniaco magnesiano y de urato ácido de sodio.

El examen de L. C. R. confirmó el diagnóstico con las reacciones siguientes: Reacción de Nonne, de Pandi y de Noguchi: Positivas; albúmina: 1 gr. 40 por mil; reducción rápida del azúcar; linfocitosis del 10% y benjuí coloidal positivo en los dos tubos intermedios, lo cual es característico.

No practicamos la autopsia, por haberse negado rotundamente la familia a permitirla.

Vº Bº — Jefe del servicio.

P. Ig. Forero Correa

Interno del servicio.

Como se ve por la observación, la marcha de la afección fue fulminante, llevando el enfermo a la muerte en 24 horas; cosa poco común en la meningitis tuberculosa que se desarrolla en general, de manera lenta; de ahí la importancia del caso y del diagnóstico. Pero esta doctrina u opinión se refiere a la forma del niño, mientras que la del adulto ofrece caracteres distintos, tanto clínicos como anatómicos.

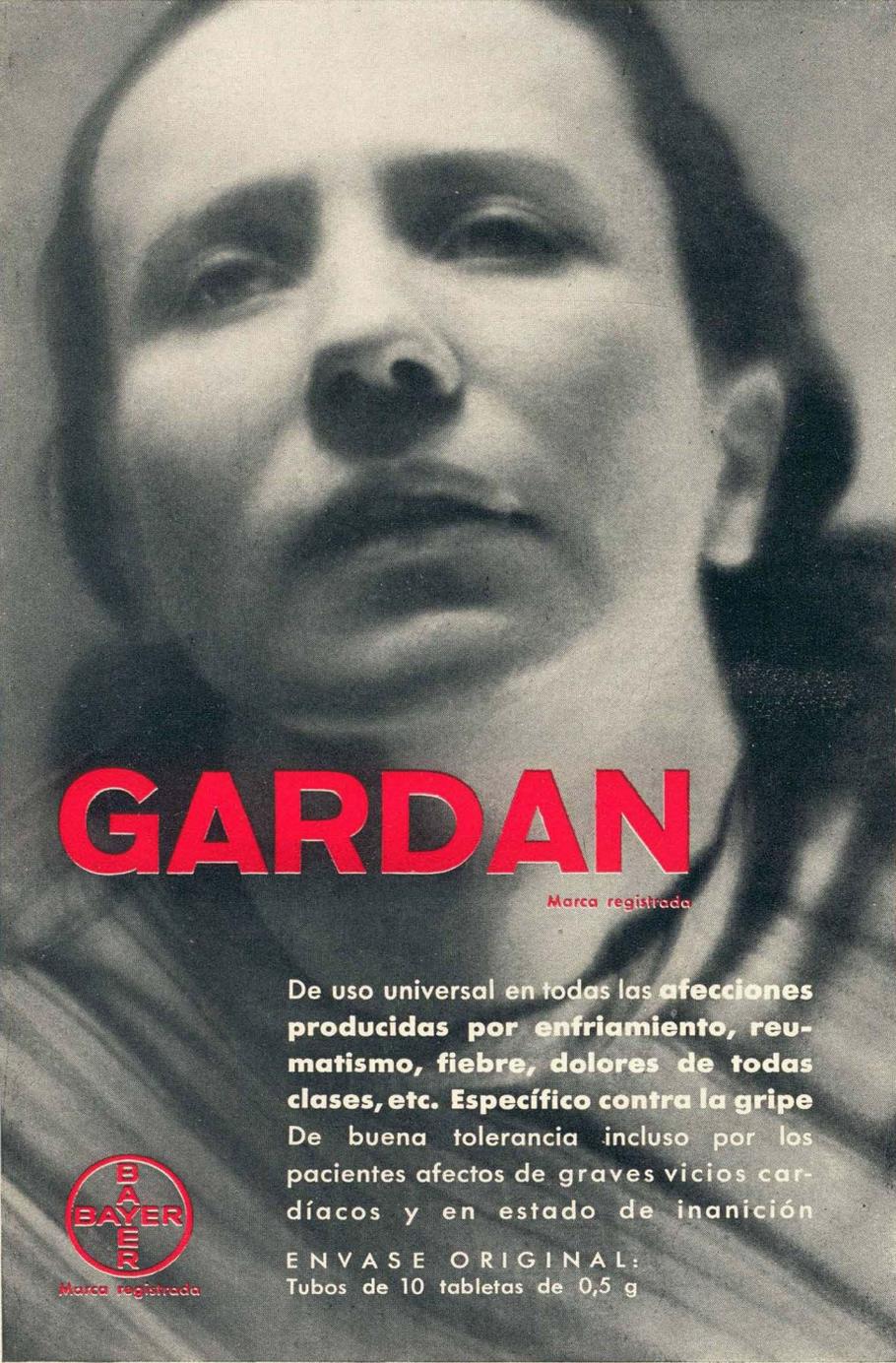
En efecto, Ramond, en sus magníficas Clínicas, hace un estudio muy importante sobre la meningitis tuberculosa del adulto, señalando tres caracteres esenciales que la diferencian de la del niño:

1º Evolucionan en adulto. 2º Es una meningitis de la vejez del cerebro, y 3º Es una meningitis en placas.

La diferencia, por lo que se refiere a la edad, se debe a que esta localización de la tuberculosis es secundaria, es decir, se verifica en un individuo ya infectado por el bacilo específico, mientras que la meningitis del niño se presenta como infección primitiva.

Las diferencias de localización se deben también a que en el adulto las lesiones cerebrales se hacen de preferencia sobre los centros ya desarrollados que, como sabemos, se hallan sobre las circunvoluciones de la cara externa del cerebro.

La forma anatómica (placas) que afecta la tuberculosis meníngea en los adultos, explica que sea en la mayoría de los casos *monosintomática*, porque puede tocar aisladamente un solo centro y aun una parte de ese centro. Fundado en estas consideraciones, Ramond dice gráficamente: “el niño que reacciona sobre todo por su cerebro, y a veces



GARDAN

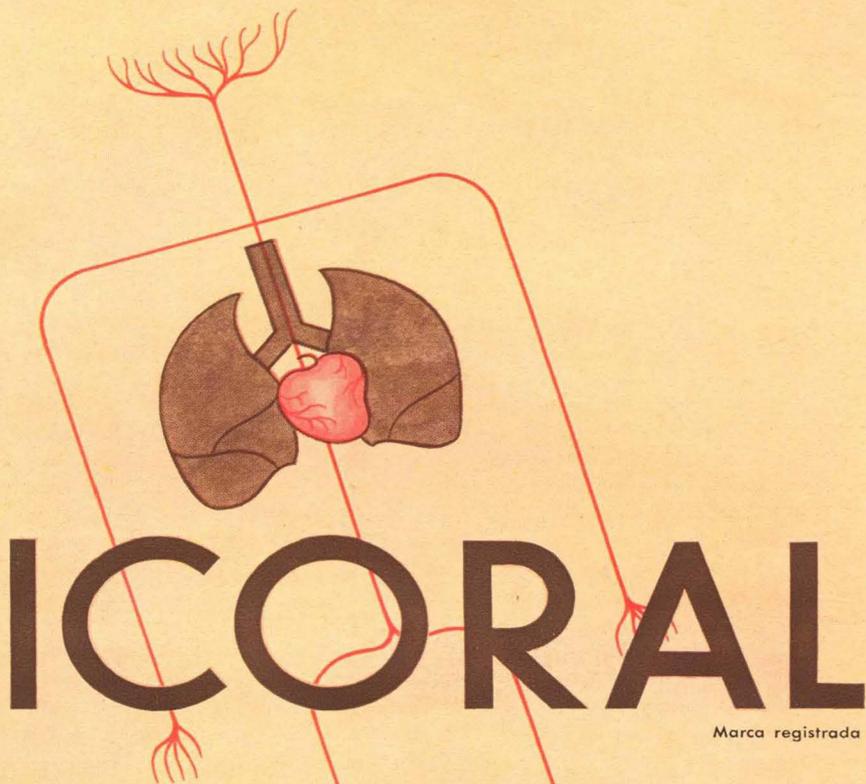
Marca registrada

De uso universal en todas las **afecciones producidas por enfriamiento, reumatismo, fiebre, dolores de todas clases, etc. Específico contra la gripe**
De buena tolerancia incluso por los pacientes afectos de graves vicios cardíacos y en estado de inanición



Marca registrada

ENVASE ORIGINAL:
Tubos de 10 tabletas de 0,5 g



Marca registrada

Analéptico circulatorio y respiratorio al mismo tiempo. / Aplicable por las vías intravenosa, subcutánea e intramuscular. / Acción directa, simultánea y prolongada sobre los vasos, corazón y respiración. / Cada nueva inyección produce efecto pleno.



Marca registrada

ENVASES ORIGINALES:

Solución al 5%: Caja de 3 ampollas de 2 c.c.

Solución al 0,5% (para niños): Caja de 3 ampollas de 1 c.c.

por una parte de su corteza, hace una meningitis tuberculosa de forma cerebral.”

En cuanto se refiere a la clínica, Ramond distingue, en la enfermedad que nos ocupa, formas psíquicas, motoras, sensitivas y sensoriales, según la función cerebral más atacada. Por otra parte estas funciones, según el caso, estarán excitadas o inhibidas, dando lugar a los síntomas correspondientes.

Sin entrar en el estudio detallado de estas diversas formas de meningitis tuberculosa del adulto, lo que me haría demasiado extenso, quiero únicamente detenerme en la forma convulsiva por ser la que mejor cuadra a la observación que me ocupa. Ramond considera esta forma como la más común del grupo y distingue dos variedades, según que las convulsiones sean generalizadas (forma ecláptica), o parciales, del tipo de la epilepsia jacksoniana.

La descripción que da Ramond es exactamente igual a la que se lee en el caso de nuestro enfermo: convulsiones generalizadas, bajo forma de ataques, hasta llegar al estado de mal, en el que el enfermo sucumbió. Debo anotar como fenómeno curioso el que en nuestra observación los signos objetivos (reflejos, pupilas, etc.), y las convulsiones estuvieron un poco más marcados en el lado derecho, lo que acusa un ataque más acentuado del proceso tuberculoso sobre el hemisferio cerebral izquierdo.

Ahora bien, si aceptamos, como parece evidente, que en nuestro enfermo evolucionó un proceso inflamatorio, de origen meningeo, puesto que no puede ser otro, debemos tomar en cuenta las otras clases de meningitis, para establecer el diagnóstico: Meningitis meningocócica o neumocócica, rara vez evolucionan de modo tan agudo, y en cuanto a la segunda, la originada por el neumococo, las más de las veces es secundaria a un proceso pulmonar. Por otra parte el líquido céfalo raquídeo, en ambas, es turbio; francamente purulento, cosa que no existía en nuestro enfermo. Igual cosa podría decirse con respecto a las meningitis de estreptococo, de estafilococo, etc., que se observan siempre en el curso de septicemias específicas.

Nos quedaría únicamente la meningitis sifilítica, que en este caso podemos descartar por múltiples razones: ausencia de antecedentes, reacción de Wassermann negativa. La evolución de la enfermedad tampoco está en favor de un proceso sifilítico que nunca evoluciona con la agudeza que caracterizó la enfermedad de nuestra observación.

Los datos clínicos que han servido para sostener el diagnóstico de meningitis tuberculosa, se complementaron con el resultado del examen del líquido céfalo raquídeo: Pleocitosis, albuminosis, aumento de globulinas, linfocitosis del 100%. Hasta aquí reacciones comunes con el proceso de origen sifilítico. Pero la diferencia la encontramos en la reacción del benjuí coloidal. Los autores señalan dos zonas en esta reacción: la de los primeros tubos, en que la floculación corresponde

a las afecciones sifilíticas del sistema nervioso, y la de los tubos intermedios, que corresponde a las meningitis; la primera se designa con el nombre de zona sifilítica, y la segunda con el de zona meningítica o meníngea. En nuestro enfermo la floculación fue positiva en esta última.

Se nos podría objetar que falta la investigación positiva del bacilo de Koch en el líquido, pero es sabido que esta prueba es difícil y exige mucho tiempo por parte del laboratorio y requiere maniobras largas y dispendiosas; y por otra parte que el no encontrarlo tampoco excluye el diagnóstico, haciéndolo probable en este caso la ausencia completa de gérmenes, como ocurrió en nuestro caso.

Cuando con el Interno del servicio, Sr. Forero Correa, observábamos al enfermo, y cambiamos ideas respecto a los posibles diagnósticos, apenas esbozamos el de meningitis, pero yo mismo lo consideré poco probable por la variación de los síntomas. Vino entonces a mi memoria otro caso muy semejante, que observé hace ya muchos años y que terminó por la muerte rápida del enfermito. Se trataba de un niño de diez años que veraneaba con su familia en La Esperanza. Nada anormal se había notado en él, pero a causa de una fiebre que le sobrevino, fui consultado por sus padres. La fiebre no ofrecía nada de particular y se consideró como de origen gastrointestinal. En vista de que no cedía, propuse al padre el traslado del niño a esta ciudad, cosa que se hizo a los tres días de haber comenzado la fiebre. Apenas metimos al enfermito al carro del tren, principiaron los ataques convulsivos, que fueron haciéndose más frecuentes y últimamente eran subintrantes. A la llegada a Bogotá nos esperaba una junta médica de la que hacía parte el distinguido especialista doctor Calixto Torres Umaña. La Junta diagnosticó una meningitis, probablemente de naturaleza tuberculosa dados los antecedentes de familia, pero no pudo hacerse el examen del líquido porque el enfermito murió antes de poderle hacer la punción.

Nuestro amigo y compañero del servicio del Manrique, el doctor Emilio Piedrahita E., nos comunicaba otro caso, también de los mismos caracteres, que ocurrió en una mujer joven después de haberse sometido a lo que hoy está tan de moda en las peluquerías para señoras, "la ondulación permanente." ¿Sería esto coincidencia? o más bien, como me atrevo a creerlo, el calor permanente sobre la cabeza durante tanto tiempo, ¿favorece un proceso meníngeo que está evolucionando de modo latente? Este punto, creo merece que lo señalemos para que se estudie con más cuidado y si es el caso se formulen por quien corresponde las advertencias destinadas a evitar el peligro. La insolación, sabemos, es productora de variados trastornos nerviosos. ¿El ondulado permanente no constituirá una insolación para nuestras mujeres, víctimas de la moda? Dejo señalado este punto y me complacería oír la opinión que al respecto quieran expresar mis distinguidos colegas.

ESTUDIO SOBRE ALGUNAS MONILIAS Y OTROS HONGOS SIMILARES

Extracto del trabajo presentado por Paulina Gómez Vega como Tesis de Grado en la Escuela de Higiene de la Universidad de Johns Hopkins,
Baltimore, Maryland.

Introducción.

Las infecciones micóticas de la piel son bastante comunes, especialmente en las regiones tropicales húmedas y cálidas. Estas dermatosis, tales como las paronyquias y oniquias, son producidas generalmente por hongos del grupo denominado Monilias y por organismos relacionados con este grupo o sea los conocidos con el nombre de Hongos Imperfectos (*Fungi Imperfecti*). La característica más importante de esta clase de mycosis es su resistencia a los tratamientos médicos y su cronicidad. Casi todos los tratamientos empleados, la mayor parte empíricos, dan resultados más o menos variables. Jacobson, en su libro titulado "Fungus Diseases" (1933), presenta una buena compilación de los numerosos remedios usados en el tratamiento de las paronyquias, y aconseja entre ellos el uso del mercurocromo en una solución acuosa al 2%, aplicada a las lesiones una vez al día. Otros tratamientos aconsejados son los siguientes: solución de sulfato de cobre al 2% aplicada diariamente; ungüentos de diversas composiciones, óxido de zinc, iodox con o sin ácido salicílico, tintura de yodo, etc. McLeod (1930) aconseja como tratamiento de las moniliasis bucales baños con una solución de bórax la 2%, cloruro de potasio y luego pintar la cavidad bucal con una solución acuosa de violeta de genciana. Para las paronyquias aconseja *courrattage* y la aplicación de nitrato de plata al 5 o 10%. La helioterapia se ha usado mucho especialmente en la forma de radiaciones ultravioleta, pero Jacobson dice que la forma paronyquial de estas infecciones es muy resistente a la helioterapia.

Este trabajo fue hecho con el fin de estudiar el efecto de la radiación y de la radiación más la sensibilización en las levaduras y otros organismos semejantes a las levaduras. Además hacer una investigación sobre la acción *in vitro* de algunas anilinas y otras sustancias químicas

en los mismos organismos y en otros hongos más o menos relacionados con este grupo.

Como es imposible o a lo menos sumamente difícil deducir conclusiones precisas en esta clase de experimentos sin un conocimiento completo de los hongos u organismos usados, la primera parte del trabajo consistió en la clasificación e identificación cuidadosa de los organismos usados en el experimento.

Las diferentes interpretaciones de ciertas características de los hongos, tales como la formación de esporos, por ejemplo, han sido causa de la gran confusión que se observa en la literatura referente a esta clase de organismos. Consideramos que es absolutamente imposible juzgar como conclusivas y completas las deducciones obtenidas en esta clase de experimentos sin la adopción de una terminología "standard" y de métodos y técnicas de investigación igualmente estandarizados. Esto evitaría la pérdida de muchos esfuerzos y tiempo y la duplicación del trabajo. Los experimentos sobre radiación y de radiación más sensibilización se basaron en la idea, bastante común, de que en el tratamiento de las dermatomycosis el uso de los rayos ultravioleta, especialmente de los generados por una lámpara de arco de carbón o por mercury quartz burner (?) da resultados muy benéficos. La investigación con las anilinas tuvo como fundamento el uso empírico de la violeta de genciana y del azul de metileno en el tratamiento de algunas moniliasis, en el éxito obtenido al tratar un caso de paronyquia muy resistente a otros tratamientos y en los trabajos de investigadores como Churchman, Burke, Schamberg and Kolmer, con otras anilinas y compuestos químicos.

PRIMERA PARTE

Clasificación de los organismos usados en el experimento.

Literatura.

Es probable que haya sido Langenbeck (1839) quien primero anunció el descubrimiento de un hongo parásito del hombre como la causa de la muy conocida enfermedad denominada afta (sum) "thrush". En el mismo año de 1839 Schonlein anunció que un hongo era el agente etiológico de la enfermedad denominada *favus*. En 1874 Malassez reconoció el organismo denominado "esporo de Malassez", causa de la tan común afección del cuero cabelludo denominada caspa; de manchas rosadas frecuentes en el cuello, la cara y la frente, y de lesiones en la espalda, el pecho y otras regiones del tronco. Tommasoly en 1889 fue el primero en describir una levadura obtenida de una infección en la epidermis. Este investigador da cuenta de seis razas diferentes aisladas por él, pero no da detalle alguno acerca de la morfología y clasificación de los mismos. Montoya y Flórez (1898) en su trabajo "Recherches sur les Caratés de

una sola fórmula...

En todos los **DESARREGLOS** de la **CIRCULACIÓN**
de la **MENOPAUSIA** y de la **PUBERTAD**

PROVEINASE MIDY

HIPÓFISIS, TIROÍDEA, SUPERRENAL

Polvos **dosificados** de órganos **frescos**, recogidos en los Mataderos, obtenidos en nuestros laboratorios por procedimiento especial Midy. Estos polvos se ponen en comprimidos **tan pronto se fabrican.**

GENISTA, CUPRESSUS, CASTAÑA DE INDIAS, HAMAMELIS VIRG

Extractos secos de plantas **estabilizadas.**



Literatura
y muestras.

BERNARD PAULY

Apartado 649, BOGOTÁ
Apartado 616, BARRANQUILLA

2 a 4
Comprimidos al día.

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

PALUDISMO

FIEBRES INTERMITENTES

QUINOFORME

Formiato Básico de Quinine LACROIX C²⁰ H²⁴ N² O². HCO² H
GRAN PREMIOS : Turin 1911 - Marseille 1922 - Athènes 1928

La más rica en Quinina (87,56 %).

La más soluble en el agua.

La más activa de todas las sales de Quinina.

LAS INYECCIONES SON NEUTRAS Y SIN DOLOR

**FORMAS
PHARMACEUTICAS**

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

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

Colombie" estudia las dermatosis conocidas con el nombre de "pinta" o carate y las declara producidas por hongos de forma aspergiloide. En los últimos años un estudio intenso de la etiología de las dermatosis ha venido a probar que un gran número de ellas son producidas por hongos. Desgraciadamente muchos de los investigadores han considerado como especies nuevas los organismos aislados en cada caso; de consiguiente se han descrito muchas formas con más de un nombre y como resultado natural el problema de la clasificación de los hongos patógenos se ha complicado cada vez más y más.

Podemos decir que por regla general los organismos causa de estas dermatomycosis pertenecen a los Hypomycetos de los Hongos Imperfectos, bien sea del grupo de los llamados semi-levaduras (yeast-like), tales como las monilias y torulas, o al grupo de los hongos causa de las tiñas, incluyendo en este grupo los géneros microsporas, epidermofitones, tricofitones, acoras y muchos otros. Algunos autores consideran los organismos causa de las tiñas como pertenecientes a los Ascomycitos, pero parece a lo menos dudosa la demostración de la presencia de ascosporos en esta clase de hongos. Tanto en la literatura como en la clínica se ha usado frecuentemente el término "infección de levaduras" para denotar las dermatomycosis en las cuales se observan células ovales u oblongas en las lesiones, con ausencia absoluta de mycelium. De consiguiente se le ha dado el nombre de levaduras a una variedad de hongos que en las lesiones presentan ciertas características, pero que al cultivarlos resultan enteramente diferentes tanto en su morfología como en su ciclo vital. Unas y otros, las levaduras y los hongos de la tiña, son causa de una gran variedad de infecciones. Más aún, lesiones aparentemente idénticas pueden ser producidas por organismos enteramente diferentes o la misma raza de hongos puede causar diversas manifestaciones de la enfermedad. Podríamos resumir a dos los diferentes sistemas de clasificación de estos organismos. Uno basado en las manifestaciones clínicas, desarrollado por Sabouraud (1894) y sus colegas, ha sido seguido por los micólogos clínicos. El otro, propuesto por Saccardo (1884), basado en las descripciones botánicas, seguido en la literatura y en los trabajos puramente micológicos. Ninguno de los dos sistemas por sí es una base satisfactoria en la clasificación de la mycología médica; por esto se ha tratado varias veces de mejorar o combinar los dos sistemas.

El trabajo del micólogo francés Vuillemin es quizá el más importante en este respecto. Su clasificación de los Hypomycetos se basa en la diferente formación de los esporos. Recientemente otros sistemas fundados asimismo en la morfología y formación de los esporos en los medios de cultivo han sido publicados por Ota y Langeron (1923), y por Grigoraki (1924). Puesto que todas estas clasificaciones se hacen estudiando las formas reproductivas de esporos no sexuales o conidias, las cuales pueden reproducirse en gran variedad de formas, el resul-

tado ha sido que el mismo organismo ha sido considerado en un grupo por un autor y en otro enteramente distinto por otro debido a la diferente interpretación de la misma estructura. El organismo causa del *afita* (sum) por ejemplo, considerado como una monilia, al presente ha sido colocado en más de media docena de géneros distintos.

La clasificación de las monilias en especies es más confusa aún. Las diferentes especies de hongos que forman este género son tan semejantes en su morfología y en sus reacciones culturales que es casi imposible diferenciarlos basándose únicamente en tales características. Castellani opina que pueden separarse cuatro especies diferentes según el color de los cultivos, en agar con dextrosa, como sigue: blanco, amarillo, rojo o rosado, y negro. El mismo propone una clasificación basada en la fermentación de los azúcares. Stoval and Bubolz (1932), después de un estudio muy cuidadoso de ciento cincuenta cultivos de monilias, los dividen en tres tipos de acuerdo con la morfología de las colonias, la fermentación de los azúcares y su acción en la leche. Wachowiak, Marr y sus compañeros (1934), consideran que la producción de ácido en los medios de cultivo que contengan azúcar cuando se les siembra con monilias debe interpretarse con precaución. Los últimos trabajos sobre identificación de las diversas razas de monilias por métodos serológicos parecen indicar que solamente unos pocos tipos pueden diferenciarse inmunológicamente. Benham y sus compañeros (1932), creen que la prueba serológica usada como medio de diferenciación de las diversas especies de monilias da resultados bastante seguros.

Definiciones.

Es evidente que al revisar lo escrito sobre hongos se observa que los autores que se han dedicado al estudio de las dermatomycosis no están de acuerdo en la clasificación de los organismos causa de estas infecciones. Henrici considera que la clasificación de los Hongos Imperfectos seguido en los Estados Unidos se basa en el sistema de Saccardo, quien estudió especialmente los hongos parásitos de las plantas. La relación establecida por Henrici entre las levaduras y los hongos semejantes a las levaduras es como sigue:

Ascomycitos.

Endomyces. Forman mycelium y células separadas por abotonamiento. El cymelium forma ascoporos mediante la fusión de células contiguas.

Saccharomyces. Levaduras verdaderas que no forman nunca mycelium, generalmente unicelulares, se reproducen por abotonamiento y por la formación de esporos, bien sea debido a la conjugación de células contiguas o por partenogénesis.

Hongos Imperfectos.

Monilias. Forman mycelium y células aisladas reproducidas por abotonamiento, pero nunca forman ascosporos.

Torulas. Levaduras falsas que crecen en células separadas, se reproducen por abotonamiento y nunca forman mycelium o ascosporos.

Hemos tratado de seguir a Henrici en estas definiciones genéricas y hemos seguido su sistema cuandoquiera que nos ha sido necesario cambiar el nombre de alguno de los cultivos de nuestra colección. Intentamos la identificación de las especies únicamente en el género monilias. Basándonos en la fermentación de los azúcares hemos reconocido las tres especies o tipos reconocidos por Stoval y Bubolz, como sigue:

Tipo I. Monilias que producen ácido y gas en dextrosa, no afectan la maltosa ni la sacarosa y no coagulan la leche.

Tipo II. Producen ácido y gas en dextrosa y maltosa, ácido en sacarosa y coagulan la leche. Llámaseles *Monilia Albicans*.

Tipo III. Producen ácido y gas en dextrosa, sacarosa y maltosa, pero no coagulan la leche. Denomínaseles *Monilia cándida*.

Los tricofitones han sido definidos como hongos multicelulares caracterizados especialmente por su habilidad de producir lesiones en el pelo y por la presencia en los cabellos infectados de elementos muy similares a esporos.

A los epidermofitones se les ha definido como hongos semejantes a los tricofitones, de los cuales se distinguen por hallarse solamente en la epidermis y no invadir los cabellos. Estos dos grupos de organismos forman elementos característicos tales como conidias, clamidosporos y aleuriosporos, por medio de los cuales pueden ser identificados sin gran dificultad.

Experimentos.

Cultivos. El trabajo de clasificación se hizo con veintiséis razas de organismos semejantes a las levaduras y con quince razas de hongos de tiña. Entre los primeros, dos fueron aislados de lesiones. El N° 349 fue aislado de una infección de las uñas de las manos (paronyquia), muy común en los trópicos. El N° 350 fue aislado de un caso de bronquitis. Los demás cultivos fueron aislados de cerveza, bebidas como el maná, levaduras para el pan, para preparación de vino y otras usadas en la terapéutica. Ninguno de estos organismos había sido identificado antes del presente estudio. Todos habían sido considerados como levaduras por sus características morfológicas. Las razas de hongos de tiña fueron aisladas por el doctor W. H. Feirer de varios casos de la conocida enfermedad llamada "pie de atleta" o sabañones. Se obtuvieron doce cultivos más de la Colección Típica Americana (American Type Culture Collection), y otro fue enviado de la Clínica de Vanderbilt. Estos últimos se obtuvieron con el fin de comparar las reacciones obtenidas con los hon-

gos desconocidos y de hacer una observación más completa con un mayor número de monilias.

Medios de cultivo.

Agar para el aislamiento y conservación de los cultivos. De acuerdo con Sabouraud, estos organismos pueden aislarse más fácilmente de las lesiones en un medio que contenga un 4% de maltosa o dextrosa y se conservan mejor en un medio al 2% de azúcar. Observamos que la fórmula siguiente del medio de Sabouraud da los mejores resultados en el aislamiento de estos organismos.

Dextrosa (en vez de la maltosa cruda recomendada), 4 gramos.

Peptona (Difco en vez de Chassaing recomendada), 1 gramo.

Agar, 1.8 gramos.

Agua, 100 c.c.

La dextrosa empleada en este caso era un azúcar de maíz llamado cerelesa.

Una vez obtenido un cultivo puro del hongo se hacen resiembras en un medio de Sabouraud al 2% de dextrosa, se incuba al 34° c. por 18 horas y luego se le conserva en la nevera. Es aconsejable parafinar los tubos o usar capuchones de celuloide o celofán cuando se quiera conservarlos por largo tiempo.

Caldo azucarado para las pruebas de fermentación. El medio base para probar la habilidad fermentativa se preparó con la fórmula siguiente:

Peptona (Difco), 1 gramo.

Cloruro de sodio, 0.1 gramo.

Extracto de carne, 0.3 gramos.

Agua, 100 c.c.

Titúlese a un pH 7.0 a 7.2. Como indicador se agrega 0.1 c.c. de una solución saturada acuosa de Cresol rojo y 0.1 c. c. de solución saturada acuosa de bromo-cresol púrpura. A este caldo se le agrega 1% del azúcar que se desee probar.

Medios para prueba de esporulación. Obtuvimos los mejores resultados con el medio de McKelvy con infusión de zanahorias ligeramente modificado según la fórmula siguiente:

Infusión de zanahorias, 500 c. c. (5 o 6 zanahorias).

Extracto de carne, 1 gramo.

Cloruro de sodio, 2 gramos.

Sulfato de calcio, 2 a 4 gramos.

Agar, 7 a 9 gramos.

Titúlese a un pH 6.0, esterilícese e inclínese como de costumbre.

Otro medio usado en este trabajo y que dió casi los mismos buenos resultados que el de McKelvy en la esporulación fue el de Godorkowa. La fórmula es la siguiente:

DIURETICO PODEROSÍSIMO DE UNA FIDELIDAD CONSTANTE

THÉOBROMINE FRANCESA garantizada químicamente pura.

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

THÉOSALVOSE

Pura
 Digitálica
 Estroféntica
 Esparteinizada,
 Fosfatada, Litinada, Cafeinizada.

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

Dosis media : 142 gr. al día.

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

Laboratorios André GUILLAUMIN, D^r en F^oia, rue du Cherche-Midi, 13, PARIS



OUATAPLASMA

del Doctor **Ed. LANGLEBERT**

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

Cura emoliente aseptica instantánea.

ABSCESOS
 FORÚNCULOS
 FLEMONES
 CARBUNCLOS
 PANADIZOS
 QUEMADURAS

Preciosa en el Tratamiento de los

LLAGAS VARICOSAS
 ECZEMA
 ERISIPELAS
 FLEBITIS
 PERITONITIS
 COLICOS de los NIÑOS

COLICOS UTERINOS
 GRIETAS de los PECHOS
 GOTA
 REUMATISMOS
 ENFERMEDADES de la PIEL

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

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 XIII^o 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.

Anticomán

Un nuevo antidiabético para casos ligeros y medianos.

Las ventajas del "Anticomán" se pueden condensar en los siguientes hechos:

No se inyecta sino que su aplicación es peroral.

Obra rápidamente, es decir, hace desaparecer bien pronto la glucosa en la orina ateniéndose el enfermo a una dieta relativamente ligera.

Baja el nivel de la glucosa en la sangre.

Actúa muy favorablemente sobre la acetonuria y en muchísimos casos ha evitado comprobadamente la formación de ácido acético.

Permite una gran tolerancia respecto a los hidratos de carbono.

Su efecto es especialmente muy durable.

"Anticomán" es, por consiguiente, el preparado ideal contra todos los casos leves y medianos de diabetes, y, aplicado consecutiva y justamente, es preventivo contra el estado grave de esa enfermedad.

Representante: **ERNESTO VOLKENING**
Edificio Agustín Nieto, oficina No. 207, teléfono 2-56

Glucosa, 0.25 gramos.
Extracto de carne, 0.1 gramos.
Cloruro de sodio, 0.5 gramos.
Agar, 1.5 a 2 gramos.
Agua, 100 c.c.

Titúlese a un pH 5.5 a 6.0, esterilícese e inclínese.

En este medio los esporos aparecen unos pocos días después de haber aparecido en el medio de McKelvy.

Coloraciones.—Los frotos de las lesiones pueden colorearse con una solución acuosa de fucshina, azul de metileno o por medio del Gram. Sin embargo, a menudo se obtienen los mejores resultados por medio de la gota pendiente y sin coloración. Si hay costras o caspas pueden disolverse usando una solución de soda cáustica al 15 o 20%. Por demás está decir que se requiere práctica para el mejor éxito.

Coloraciones de esporos.—(Fórmula de Beauverie). Fíjese el frote en alcohol a 95°; luego coloréese con fucshina fenicada calentando hasta que emita vapores; decolorícese con una solución al 3% de ácido acético; lávese en agua y luego coloréese con una solución acuosa de tianina al 0.5%.

Métodos de aislamiento.

Es bien sabido que los hongos generalmente están mezclados con otros microorganismos tales como bacterias, mohos y otras levaduras. Es bastante sencillo separar las levaduras y células semejantes de las bacterias y los mohos, pero mucho más difícil separarlas unas de otras y es aún mucho más difícil determinar cuál de los cultivos, una vez obtenidos puros, es el organismo deseado o que originalmente se perseguía.

La mayor parte de los mycólogos han usado uno de los dos métodos de aislamiento más conocido: el fisiológico o el método por la dilución, considerado, el último, como una cultivación fraccional. El método de la célula aislada podría ser aconsejable cuandoquiera que se obtenga un cultivo casi puro de las lesiones, como sucede en los casos de infección onyquial o paronyquial. En otras infecciones parece que algunas veces se obtienen dos tipos de organismos de la misma fuente y es muy difícil saber, en las condiciones presentes, cuál es el agente etiológico.

En este experimento no usamos el método fisiológico. Este fue empleado por muchos de los primeros investigadores, especialmente Pasteur y Cohn; es puramente empírico y no da resultados concluyentes. El procedimiento se basa en el hecho de que los organismos mezclados en un cultivo no se multiplican igualmente en cierto medio y a determinada temperatura. Ciertas especies mueren o vegetan lentamente y por último son eliminadas por las más vigorosas. Por regla gene-

ral los organismos patógenos son los que perecen en el método fisiológico de aislamiento, dejando vivos los saprofitos más resistentes.

El método por dilución es mucho mejor. Los resultados no son absolutamente seguros, pero ofrece gran probabilidad de éxito. Hay, sin embargo, el peligro de que el organismo aislado sea el contaminante en lugar del patógeno. El método consiste en diluir una pequeñísima cantidad del cultivo en una serie de tubos que contengan un medio líquido o una solución salina, separar las células y luego extender una gota en una caja de petri que contenga un medio de cultivo favorable, con el objeto de obtener pocas colonias bien separadas. Podemos asumir que estas colonias se forman teniendo como origen una célula aislada. Este procedimiento puede repetirse hasta obtener un cultivo completamente puro. Para evitar la pérdida del organismo en observación es aconsejable guardar varios tubos (a lo menos cinco), del cultivo o muestra original, y hacer comparaciones constantes de la formación de las colonias, crecimiento, morfología de las células, cambios de las mismas que puedan ocurrir en diferentes medios de cultivo y a diferentes temperaturas. Es claro que este trabajo es tedioso y monótono, pero es necesario si se desea obtener resultados precisos. La mezcla de dos organismos similares por todos aspectos, excepto por la formación de esporos, puede conducir a una falsa interpretación o clasificación del agente infeccioso. Una monilia, por ejemplo, puede ser interpretada como productora de ascósporos por la contaminación con una levadura.

Las resiembras se hacen en caldo con dextrosa y se incuban a la temperatura óptima o se dejan a la temperatura del cuarto si no se desea un crecimiento muy abundante. Estas resiembras deben estudiarse cuidadosamente en la gota pendiente. Los frotos pueden colorearse con azul de metileno, violeta de genciana diluida o fucshina. Debe hacerse dibujos o croquis de las preparaciones coloreadas y de las no coloreadas, haciendo notar las diferencias; las láminas coloreadas deben guardarse para comparaciones futuras. Después de este trabajo se hace otra resiembra en un tubo de caldo con dextrosa, mezclándola perfectamente. De este tubo se toma una onza y se extiende en una caja de petri con medio de Sabouraud, y se deja a la temperatura del cuarto. Es conveniente preparar otro tubo y otra caja para incubar a la óptima temperatura de 34° c. Deben examinarse las colonias de esta caja tan frecuentemente como sea posible, conservándola a lo menos por dos semanas y haciendo resiembras en caldo con dextrosa, de todas las colonias aparentemente diferentes. De todas estas colonias se toma una anada que se diluye en un tubo de caldo, se mezcla bien y se resiembra en tubos de medio de Sabouraud. Después de incubados debe compararse el crecimiento, color, morfología, olor, apariencia, etc., de cada uno de los tubos con el tubo original. Las colonias y luego las células de cada colonia deben compararse con los croquis hechos antes de empezar a aislar el organismo. Tanner dice que existen marcadas diferen-

APARATOS

**ELECTRO
MEDICOS
DE
CALIDAD**



**PARA
HOSPITALES,
INSTITUCIONES
MEDICAS Y CON-
SULTORIOS DE
CALIDAD.**

*Rayos X, Alta frecuencia, Diatermia,
Bisturí eléctrico, Ultravioleta, Infra-rojo,
Galvanismo.*

“La realidad terapéutica de la electro-medicina es innegable y su futuro encierra revelaciones trascendentales en medicina.”

“El éxito de la electro-medicina depende principalmente de la calidad de las corrientes aplicadas y la técnica en su aplicación.”

“La calidad de las corrientes electro-médicas depende exclusivamente de la construcción de los aparatos; la técnica, del dominio de los principios fisió-químicos y eléctricos.”

La Oficina Técnica Electro-médica, bajo la dirección de un técnico altamente especializado en la materia, viene a llenar una necesidad que el médico apreciará con justicia:

- 1) porque más que una oficina comercial es un centro técnico y científico.
- 2) porque representa organizaciones manufactureras de aparatos electro-médicos que son el exponente de la más técnica y perfecta construcción.
- 3) porque sus servicios técnico, informativo y educativo, son la mejor garantía para el éxito del profesional en este ramo.

Sin compromiso alguno de su parte, le suministraremos cualquier información que desee sobre esta especialidad.

**OFICINA TECNICA ELECTRO-MEDICA
CALLE 16, N. 824. BOGOTA**

VERAMON

Schering

La composición química ideal
para prevenir y suprimir el dolor

- ① *Efecto analgésico
intenso y persistente*
- ② *Libre de todo efecto secundario
sobre el organismo*
- ③ *Carece de peligro
de acostumbramiento*

Indicado en toda clase de dolores
Por su acción analgésica intensa
permite con frecuencia reemplazar en parte
o totalmente la morfina

Por su falta de efecto hipnótico es el
analgésico para ser tomado durante el día



ENVASES ORIGINALES: TUBOS DE 10Y20 TABLETAS DE 0,4 GR.

SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

QUIMICA SCHERING COLOMBIANA, S. A.
Carrera 5a., No. 16-72 - Aptdo. 147

PROGYNON

Nuevo preparado hormonal de alta concentración.
Insuficiencia Ovárica, Dismenorreas, Oligomenorreas, etc.
Frascos de 30 grageas, Cajas de 6 amp.

cias en las células de una misma especie. Las levaduras y organismos semejantes son muy pleomórficos y capaces de asumir diferentes formas, según el medio de cultivo y la temperatura a que se les cultive, o la edad del cultivo. El medio de Sabouraud, con el 4% de azúcar usado en las siembras preliminares tomadas de las lesiones o muestras, exhiben muchas veces tipos de células enteramente diferentes de las obtenidas en el medio al 2% sin que por esto puedan declarárseles como distintos organismos.

Aunque es verdad que las células de la misma especie son muy pleomórficas, es verdad también que con alguna práctica este mismo pleomorfismo puede servir para distinguir las varias especies, como sucede con las bacterias. Estas pequeñas diferencias no pueden usarse como base en la clasificación, pero ayudan mucho a identificar el organismo en observación.

Estudio de los cultivos.

Formación de mycelio.—El mycelio de los hongos puede diferenciarse en dos tipos: Hyfa vegetativa, que es más o menos la misma en todos los grupos y géneros, y mycelio reproductivo con esporos, diverso en las diferentes formas y que sirve como base de identificación y clasificación, especialmente en los hongos multicelulares.

Las sacaromyces o levaduras y las torulas no producen mycelio reproductivo, pero la hyfa vegetativa no es rara. El mycelio fue observado por primera vez en las levaduras por Hansen, en la superficie de líquidos en fermentación. Harrison (1928) encontró varias razas de torulas que en algunas ocasiones forman hyfa. Entre las monilias la formación de mycelio es de grande importancia en su clasificación. Benham (1932) afirma que un mycelio bien desarrollado con relativa poca tendencia a romperse en elementos individuales, los agrupamientos esféricos de esporos a lo largo de los hilos hyfales, y los grandes clamydósporos terminales son los tres puntos de gran valor en la distinción de las monilias de otros organismos cercanamente relacionados. En los tricofitones y epidermofitones el mycelio reproductivo es abundante, con esporos arreglados en agrupaciones características a lo largo de la hyfa. Esta clase de hongos se clasifica, por regla general, de acuerdo con la lesión producida.

Un buen crecimiento del mycelio se obtuvo en medio de Sabouraud, tanto en las cajas de petri como en los tubos inclinados o sembrados por picadura y también en el fondo de los tubos con medio líquido. Condiciones anaeróbicas favorecen la formación del mycelio, especialmente en algunas monilias. La temperatura más favorable es de 22 a 26° C.

Todos los organismos estudiados por nosotros y que clasificamos como monilias producen mycelio bien desarrollado, no solamente en las

cajas sino en los tubos. *Monilia* N^o 349, aislada de un caso de paronyquia, es particularmente lenta en la formación de mycelio. Las células semejantes a las levaduras son las formas predominantes, y cuando se le cultiva en agar con dextrosa o en medio de Sabouraud, el crecimiento es de color crema o ligeramente amarilloso, con un decidido olor a levadura. En tubos inclinados viejos el crecimiento se extiende hacia el fondo del medio y al examinarlo con un lente pueden verse filamentos de un verdadero mycelio segmentado. En cajas de petri la superficie de las colonias es ligeramente levantada, y durante los primeros días es muy semejante a la de las *sacaromyces*. Solamente al cabo de ocho o diez días empieza a aparecer el mycelio, dándole a la colonia la apariencia de una margarita doble.

Es de grande importancia hacer un estudio cuidadoso de la formación del mycelio cuandoquiera que se trate de la identificación y clasificación de organismos similares a las levaduras. En las *sacaromyces* o levaduras verdaderas no se ha observado jamás el mycelio reproductivo, como tampoco se le ha observado en las torulas, bien sea en los cultivos o en las lesiones producidas por las especies patógenas o torulosis. Por regla general los hongos similares a las levaduras que producen mycelio forman también esporos característicos que sirven para diferenciarles de las monilias.

Formación de esporos.—La formación de esporos internos en los hongos —esporos endógenos o ascósporos— fue observada por primera vez en las levaduras por Schwann (1839), y fue descrita por Seynes. Algunos autores consideran los esporos como el resultado de una especie de enquistamiento debido a un proceso patológico. Befel considera las células que originan esporos como quistes o esporangia. Rees, de Barry, y más tarde Hansen, interpretan la esporangia de las levaduras como semejante a los ascos de los *ascomyces*. Esta opinión ha sido confirmada recientemente por otros investigadores, especialmente con el descubrimiento de la producción de ascosporos, en ciertas levaduras después de la conjugación de dos células semejantes y vecinas. Los mycólogos modernos clasifican esta clase de levaduras con el nombre de *zygosacaromyces*. A excepción del caso en que los ascos resultan de la conjugación, los ascosporos retienen la forma ordinaria de la célula como en las *sacaromyces*. A menudo los esporos resultan en células en las cuales no ha terminado el abotonamiento, y muy frecuentemente se ven células con ascosporos y botones en el mismo cultivo, puesto que ambos procesos pueden tener lugar al mismo tiempo.

No todos los hongos que forman esporos los producen fácilmente en medios de cultivo ordinarios; de consiguiente es necesario ensayar varios medios antes de obtener el más favorable para la esporulación. El método del bloque de yeso (sulfato de calcio) es uno de los más frecuentemente usados. Se coloca el bloque de yeso, humedecido con agua, en una caja de petri o en tubo largo, o, para obtener mejores

Insuficiencias Hepaticas

ANEMIAS

Reconstitución de los
GLOBULOS ROJOS

**ADULTOS
E
INFANTES**
Ninguna
Contra Indicación

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

- Presentación -

ADULTOS: Cajas de 6 ampolletas

1 Ampolla 10^{cc} - 125 grs. de hígado

INFANTES: Caja de 12 ampolletas

1 Ampolla 2^{cc} - 25 grs. de hígado

- DOSIS -

1 a 3 ampolletas por día

**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.

SOLUCALCINE

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

RÉCALCIFICANTE - HEMOSTÁTICO

TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LAS HEMORRAGIAS QUIRÚRGICAS
Y OBSTÉTRICAS

OPOTERAPIA

por los

FERMENTOS ORGANICOS ZEVOR

(Grajeas à base de todos los organos)

LEVADURA COIRRE

LEVADURA SECA DE CERVEZA

LABORATORIOS DEL DOCTOR COIRRE

PARIS - 5, Boulevard du Montparnasse. 5 - PARIS

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

2 comprimidos
al dia

Ningún
régimen



ALEPSAL

FENILETILMALONILÚREA combinada
Comunicación a la Société Médico Psychologique
de Paris.

Labo. GENEVRIER, 33, Bd du Chateau, Neuilly, Paris

SANTAL MONAL

CON AZUL DE METILENO

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

AFECCIONES DE LAS VIAS URINARIAS

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

ACCION RÁPIDA Adeptado por los más renombrados médicos especialistas.

Dosis: 6 à 10 cápsulas cada dia.
LABORATORIOS MONAL, 6, Rue Etienne, PARIS.

resultados, se le humedece con una solución diluída de peptona (al 0.1%). Luégo se extiende sobre la superficie del bloque una anzada de un cultivo en caldo del hongo en observación, incubado por 24 horas a la temperatura óptima, y se le deja a la temperatura del cuarto o se le incuba, teniendo cuidado de observar el crecimiento por algunos días. Este método no nos dió muy buenos resultados en la esporulación de nuestros cultivos.

Stantial aconseja el uso de jugo de toronja como un medio muy favorable para la formación de esporos por las levaduras. Este jugo se neutraliza con soda (normal NaOH), y luégo se filtra. Después se agregan unos veinticinco millones de células (poco más o menos 0,1 c.c. del cultivo en caldo). La esporulación tiene lugar a una temperatura de 17 a 30° C. Los resultados obtenidos por nosotros con este método no fueron satisfactorios, porque algunas de las levaduras no esporularon del todo, probablemente debido a algún error en la técnica.

Otros procedimientos igualmente recomendados tampoco nos dieron resultados uniformes; de consiguiente no podíamos considerarlos como satisfactorios. En un trabajo previo hecho por el Dr. A. Peña Chavarría con el hongo de "*la piedra*", *tricosporum giganteum*, habíamos observado muy bonitos esporos en un medio de zanahoria. Este medio y los de McKelvy y Gorodkowa dieron los mejores resultados en la formación de esporos. Los esporos se observaron por medio de la gota pendiente y en preparaciones coloreadas, haciendo exámenes diarios para poder obtener un dato preciso del tiempo en que principia la esporulación. La coloración sola no es una fuente segura de información, porque en varios casos se vieron los esporos por medio de la gota pendiente y no en la preparación coloreada. En ninguna de las monilias u hongos semejantes de origen humano pudimos observar verdadera formación de esporos. Probablemente las dermatomycosis son causadas más frecuentemente por monilias, torulas o cryptococos, los cuales no producen esporos, y no por *sacaromyces* o levaduras verdaderas, las cuales, en condiciones favorables, sí los producen. Beauverie (1917) dice que "les levures recontrées jusqu'ici dans les exudat ne sporulent pas". Quizás se refería a los organismos mencionados.

La temperatura es uno de los factores más importantes en la esporulación. A 34° C. aparecen los esporos a los 8, 9 o 10 días de incubación; a 26° C. no se forman esporos aún al cabo de 18 días; a 37° C. los esporos aparecieron algunos días después de aparecer a los 34° C. Nos parece probable que la esporulación, tanto en las levaduras como en otros hongos, no se debe a condiciones desfavorables sino que es un proceso natural de desarrollo y reproducción, que requiere ciertas condiciones especiales.

Posiblemente condiciones de aerobiasis son necesarias para la esporulación, porque los ensayos para demostrar esporos en el fondo de los tubos con medios de cultivo líquidos no dieron resultado alguno.

El número de esporos en los ascos es variable. En *saccharomyces cerevisiae* (280), el número de ascosporos varía de dos a seis, pero cuatro es el más frecuente. En otras levaduras el número varía menos y era usualmente de cuatro en los cultivos estudiados por nosotros.

La formación de esporos es la característica que distingue las *saccharomyces* o verdaderas levaduras de las *torulas* o levaduras falsas, y de las *monilias*. El estudio de la formación de esporos es, de consiguiente, de grande importancia, al tratarse de la clasificación de los organismos patógenos similares a las levaduras en las lesiones.

Fermentación de hidrocarbonados o azúcares.

Como ya dijimos, algunos autores dan grande importancia a la fermentación de los azúcares como base de clasificación. Guillaumond divide las *saccharomyces* en seis grupos diferentes, basándose en este factor. Stoval, Bubolz y otros clasifican las *monilias* por su acción en los azúcares. Castellani considera que las reacciones fermentativas son de gran valor en la clasificación de los hongos. Nosotros observamos que la habilidad de fermentar los azúcares es constante en cada especie, pero que para obtener resultados uniformes es preciso controlar cuidadosamente la técnica usada.

La actividad fermentativa de los cultivos en observación se probó en cuatro azúcares diferentes y a tres diferentes temperaturas. Una serie de tubos se incubó a 26 o 27° C., otra a 34° C. y una tercera a 37° C. Como semilla se usó una anzada del cultivo incubado previamente por veinticuatro horas. Los tubos se examinaron a los 2, 5 y 7 días de incubados, y en caso de resultado negativo (no ácido, o ácido pero no gas), los tubos se conservaron por más tiempo, examinándolos diariamente. Los mejores crecimiento y fermentación, cuando ésta ocurría, se observó en los cultivos incubados a 34 y 37° C. Stoval y Buzolz aconsejan que se incuben los cultivos a 37° C.; nuestra experiencia confirmó esta recomendación, porque la *monilia* 349, por ejemplo, fermentó la dextrosa en las primeras pruebas a 37° y no a 34° C. A la temperatura del cuarto la fermentación es mucho más lenta. Algunas *monilias* no fermentan la maltosa hasta el quinto día o después; por esto es necesario incubar los cultivos por siete días a lo menos, antes de decidir acerca de las propiedades fermentativas de estos hongos. Las *zycosaccharomyces* crecen lentamente, producen reacción alcalina en dextrosa y sacarosa y no afectan ni la maltosa ni la lactosa.

El estudio de las reacciones fermentativas de los hongos es útil en la diferenciación de las razas del mismo género, pero no tiene gran valor en la separación primaria de los géneros, porque organismos de géneros enteramente distintos pueden tener el mismo poder fermentativo. La *torula* N° 277 y la *saccharomycia* N° 280, por ejemplo, dan absolutamente el mismo cuadro de fermentación en sacarosa, maltosa, dextrosa y lactosa.

LABORATOIRES MIDY, 4, RUE DU COLONEL-MOLL — PARIS (17)

PIPERAZINA

MIDY

" EL ANTIÚRICO TIPO "

2 o 4 cucharadas o café al día

PROVEINASE

MIDY

EL REGULADOR DE LA
CIRCULACIÓN VENOSA

DESARREGLOS de la PUBERTAD y de la MENOPAUSIA

Literatura y muestras.

2 o 4 comprimidos al día

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

DOCTOR :

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

EDITORIAL CROMOS

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

BOGOTA

CROMOS

LA MEJOR REVISTA SEMANAL ILUSTRADA
DE COLOMBIA

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

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

Discusión.

No es necesario trabajar por mucho tiempo con los llamados Hongos Imperfectos sin observar que aunque aparentemente tienen la misma morfología, estos hongos exhiben extrema diversidad en su apariencia cultural, tales como la forma de la colonia y la formación de pigmento. Estas variaciones han sido usadas por algunos investigadores como base de clasificación, pero muy rara vez están de acuerdo con otras características y además no son constantes bajo diversas condiciones de cultivo. Muchos de los hongos parásitos exhiben marcado dimorfismo, pues crecen en una forma en el cuerpo y en otra enteramente distinta en los medios de cultivo. La *Monilia* 349 aparece únicamente como célula de levadura, en las lesiones, en agar con almidón a la temperatura de 26° C. produce colonias en forma de estrella o margarita; en cultivos por picadura en el mismo medio forma una masa sólida de mycelio que invade todo el medio; en cajas de petri con medio de Sabouraud a 34 o 37° C. las colonias son muy semejantes a las de las levaduras, con muy poca producción de mycelio. Nosotros creemos que la verdadera relación entre los diversos hongos se obtenga mejor por el estudio de la manera de reproducirse, que es más o menos constante bajo condiciones varias. Entre los hongos imperfectos, sin embargo, la parte sexual del ciclo reproductivo es aún desconocida, de modo que su clasificación debe basarse en las formas no sexuales o conidia no más o en la combinación de otras características más variables y de consiguiente menos satisfactorias. Suponemos que ésta haya sido la causa de que el mismo organismo haya sido clasificado por una autoridad en un género o familia y en otro enteramente distinto por otro investigador, pues la diferente interpretación de la misma estructura o la observación y estudio del mismo organismo bajo diferentes condiciones conduce a conclusiones bien diversas. Más aún, la infección producida por una raza cualquiera de estos hongos puede variar mucho en sus manifestaciones. Por experiencia personal pudimos observar que una raza de tricofiton aislada de un caso de "pie de atleta" o sabañones puede causar una infección del cuero cabelludo o sea una bien definida tiña. McLeod (1930) menciona el caso de una mujer que adquirió en la infancia una infección de los dedos de las manos por haberse chupado los dedos durante un ataque de moniliasis bucal (sum).

Es claro que un estudio cuidadoso de los organismos con los cuales se va a hacer cualquier trabajo de investigación en micología, sirve no solamente para evitar el contribuir a la confusión presente sino que además ayuda a dilucidar la etiología de muchas dermatomycosis, conocidas ahora como infecciones de levaduras y que en realidad no son producidas por levaduras verdaderas sino por hongos que pertenecen por lo menos a tres familias diferentes y a varios géneros de estas familias. Además es absolutamente imposible deducir conclusiones defi-

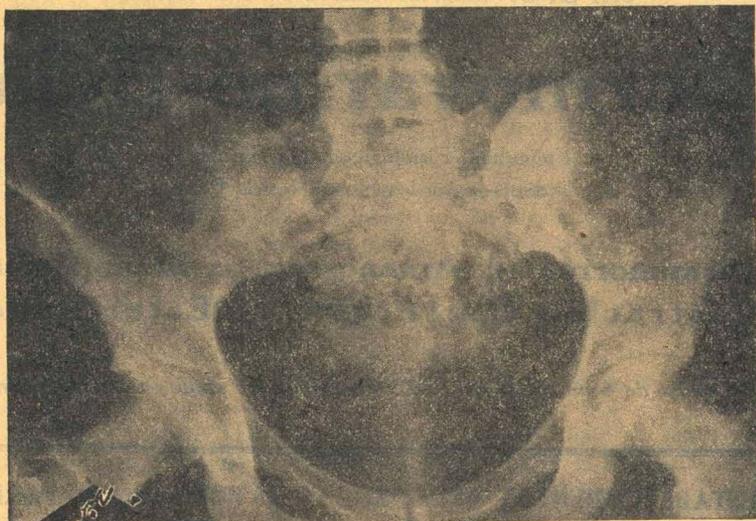
nidas y precisas en un experimento hecho con organismos desconocidos o a lo menos interpretados bajo condiciones no muy seguras. La falsa interpretación de una característica puede conducir a resultados enteramente falsos en un experimento.

Resultados del estudio de clasificación.

Los cuarenta y un cultivos estudiados por nosotros pueden colocarse en cuatro grupos.

Grupo I. *Sacaromyces*. Hongos unicelulares que fermentan la dextrosa con producción de ácido y gas (nuestros cultivos también fermentan la maltosa y la sacarosa); no forman mycelio en medio sólido ni líquido; producen endósporos en medio apropiado a los 8 o 17 días de incubación; las células son típicas, redondas u ovaladas, si bien algunos cambios en tamaño y arreglo pueden observarse en el mismo cultivo. Se reproducen por abotonamiento, algunas células se unen en grupos o montones y a veces en cadenas que pueden interpretarse equivocadamente como mycelio. No producen pigmento, o si lo producen es muy poco. Las colonias en medio sólido son lisas, blancas o amarillentas, y generalmente levantadas. Después de algunas horas de incubación el cultivo tiene un olor típico a pan fresco o panadería. Estas características indican que estos organismos pertenecen a los ascomycitos y al género de las *sacaromyces*. Entre nuestra colección ocho cultivos presentaron las características mencionadas. Estos cultivos fueron aislados de bebidas colombianas, de cerveza, y de levaduras para panadería. Tres cultivos de *zygosacaromyces* y uno, dudoso, de *endomyces*, se incluyeron igualmente en este grupo de los ascomycitos.

Grupo II. *Torulas*. Hongos unicelulares, con cualidades fermentativas iguales a las del grupo I; no forman mycelio en ninguno de los medios de cultivo usados; no producen endósporos. La forma de las células es generalmente oval y en algunos casos apicular; las colonias son muy semejantes a las de las *Sacaromyces*; los cultivos tienen el mismo olor típico. Se reproducen por abotonamiento. La característica que diferencia las *torulas* de las *sacaromyces* es la carencia del poder de producir endósporos en las lesiones y en los medios de cultivo. La característica que las distingue de las *monilias* es la falta del poder de producir mycelio tanto en las lesiones como en los medios de cultivo. Estos organismos producen infecciones llamadas *torulosis*, muy semejantes en muchos casos a las producidas por las *Monilias*. Vuillemin (1916) sugiere la idea de que el grupo *Torulaceae* debía ser considerado como una familia a la cual pertenecieran los géneros de *Torula* y *Cryptococos*. Beauverie (1917) coloca las semilevaduras patógenas u organismos que no forman esporos en el género *Cryptococos*. Es probable que él haya incluido en este grupo ciertas razas hoy llamadas *monilias*, así como otras razas clasificadas como *torulas*. Cuatro culti-



Osteoma del sacro.



PELICULAS para
RAYOS -X-



Fuertes contrastes sobre
fondo azul, Sensibilidad extrema,
Durabilidad garantizada.

DISTRIBUIDORES EN BOGOTÁ:

ALMACEN LINDNER

CALLE 13, No. 7-66

TELÉFONO: 44-68.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO DEL
HIPOFUNCIONAMIENTO OVÁRICO

Hormovarine Byla

Foliculina Fisiológicamente Titulada
Adoptada por los Hospitales de Paris

Dismenorrea :: Amenorrea :: Menopáusia
Castración Quirúrgica :: Esterilidad

En cajas de 6 ampollas de 1 cc. tituladas a 10 unidades de Foliculina

ESTABLECIMIENTOS BYLA, 26, Av. de l'Observatoire, PARIS

CHLORO-CALCION

SOLUCIÓN DOSIFICADA DE CLORURO DE CALCIO ESTABILIZADO QUÍMICAMENTE PURO
 $\frac{1}{2}$ cucharadita u 80 gotas = 1 gramo de Ca Cl_2

DIRECTAMENTE ASIMILABLE

Recalcificante
Hemostático
Desclorurante



Litré. Echant. LABORATOIRE MICHELS, 9, Rue Castex, PARIS (17^e)

Muestras: señores PANNIER Y PREVOSTEAU.—Apartado 1063—Bogotá.

vos de los de nuestra colección quedaron incluidos en este grupo.

Grupo III. Monilias. Hongos unicelulares que por regla general fermentan la dextrosa con producción de ácido y gas; algunas especies fermentan otros azúcares; se reproducen por abotonamiento; no producen verdaderos esporos pero se caracterizan por la presencia de conidia y de clamydosporos típicos; producen mycelio formando una hyfa bien diferenciada. Este género no puede distinguirse de otros por sus actividades fermentativas, pero ciertamente por el uso de la prueba de fermentación puede separárseles en tres tipos, de acuerdo con el trabajo de Stoval, Bubolz y otros. Entre los varios cultivos de hongos semejantes a levaduras estudiados por nosotros encontramos diez que poseen las características arriba mencionadas. Estos cultivos se dividen en tres grupos, tomando como base la fermentación de los azúcares. Tipo I. Dos razas, fermentan solamente la dextrosa con producción de ácido y gas. Tipo II, o monilia albicans, cinco razas, fermentan la dextrosa y la maltosa con producción de ácido y gas. Tipo III, o monilia cándida, tres razas, fermentan la dextrosa, la maltosa y la sacarosa con producción de ácido y gas.

Grupo IV. Hongos causa del serpigo, "pie de atleta" o sabañones. (Epidermofitones y tricofitones). Estos son hongos multicelulares caracterizados por la presencia de mycelio, bien definido aún en las lesiones, por la formación de conidia y de esporos llamados aleuriosporos por Ota y Langeron (1923). Estos organismos han sido clasificados por el tipo de las lesiones que causan, separando los epidermofitones de los tricofitones solamente por la habilidad de los últimos de infectar el cabello. Entre los quince cultivos de este grupo con los cuales nosotros trabajamos, hay probablemente dos o más géneros y varias especies de hongos. Algunos de ellos producen esporos. Después de haber hecho varias veces la prueba de fermentación, pudimos notar que todos tienen las mismas características fermentativas. Todos crecen bien en caldo con dextrosa, un factor que facilita el estudio de su susceptibilidad a la acción de ciertas anilinas y otros compuestos químicos. En este medio se puede obtener un buen crecimiento en 24 horas a 34° C. De los catorce cultivos recibidos tres probablemente son tricofitones y los once restantes son epidermofitones. Otro organismo aislado de un caso de onyquia tiene la morfología y las características generales de este grupo. Le colocamos entre los tricofitones, por producir una infección seria en las uñas.

Aunque hicimos varios experimentos con animales de laboratorio, las observaciones de las lesiones producidas no pueden servirnos de mucho en la clasificación, porque los cobayos y los conejos por regla general no son susceptibles a la infección de esta clase de hongos, y cuando después de muchos esfuerzos puede lograrse una lesión definida, se cura al poco tiempo y espontáneamente.

Sumario.

Hemos hecho un estudio cuidadoso y bastante completo de varios cultivos de hongos semejantes a las levaduras, y de los que son causa de la afección llamada "pie de atleta" o sabañones, con el fin de hacer un estudio especial de investigación, del cual daremos parte más tarde. Basándonos en la opinión de Vuillemin, Guillermond, Castellani, Henrici y otros, estos hongos fueron identificados según su morfología y sus características culturales.

Los cuarenta y un organismos estudiados se clasificaron como sigue: ocho razas de *sacaromyces* o levaduras verdaderas, tres de *zygosacaromyces* y una dudosa de *endomyces*, todas las cuales pertenecen a los ascomycitos. Cuatro razas de torulas y diez de monilias, que pertenecen a los llamados Hongos Imperfectos. Catorce razas de *ringworm* o culebrilla, de los cuales once podemos considerar como epidermofitones y tres tricofitones; una raza aislada de un caso de onychia fue considerada también como un tricofitón.

BIBLIOGRAFIA

- Benham R. y Kesten B.—Arch. Der. Syph. 1932-25 1046.
Beauverie J.—Soc. de Biol. 1917, V. 30.
Burke V.—Am. Jour. de Med. Sc. 1924. 168, 98.
Castellani A.—"Fungi and Fungus Diseases". 1917, 28.
Castellani and Chalmers J. "Manual of Tropical Medicine". 3rd. ed., 1919.
Churchman J. W.—Jour. Exp. Med. 1912, XII, 221.
Churchman J. W.—Jour. Exp. Med. 1912, XII, 822.
Gregoraki C. R.—Acad. Ss. París, 1924. 179, 1423.
Guillermond A.—"The Yeast". Trad. by Tanner F. W. 1920.
Hannibal and Boyd.—Am. Jour. Trop. Med. 1921, I, 165.
Harrison J. W.—Trans. Royal Soc. of Canada. 1928, V. 187.
Henrici W.—"Molds Yeasts and Actinimycetes". 1930.
Jacobson H. P.—"Fungus Diseases". 1933.
Kolmer J. A.—"Principles and Practice of Chemotherapy." 1923.
McLeod J. M. H. and Dowling G.—Bri. Jour. of Der. 1928, 40, 139.
Montoya y Flórez.—"Recherches sur les caratés de Colombie." 1898.
Ota M. y Langeron M.—Am. Jour. of Paras. 1928, I, 305.
Sabouraud R. J.—"Maladies du cuir chevelu". París, 1902, 1910. 3rd. vo.
Sabouraud R. J.—"Les tricophyties humains". París, 1894.
Stantial H.—Trans. Royal Soc. of Canada. III, 257.
Stoval W. D. y Bubolz A. A.—Jour. Inf. Dis. 1932, 50, 73.
Tanner F. W.—"Bacteriology and Mycology of goods". 1919.
Wachowiank M. y Marr J.—Jour. Inf. Dis. 1934. 54, 35.

LA VACUNA MIXTA POLIVALENTE "ARGO"

(Comunicación a la Academia Nal. de Medicina):

Por el Dr. Luis Ardila Gómez.

Bucaramanga, 1934.

Señor Presidente de la Academia de Medicina.—Bogotá.

Una larga serie de trabajos clínicos, que abarcan un período de siete años, realizados en su mayor parte en el Dispensario de Profilaxia Social, de esta ciudad, donde cuento con abundante personal de enfermos, me ha permitido llegar a una serie de conclusiones de orden práctico que considero de suficiente interés para ser conocidas por el cuerpo médico nacional.

Pero antes de llevarlas a conocimiento de la profesión, me ha parecido un deber de disciplina someterlas a la sanción de la entidad de mayor autoridad científica en el país, como es la Academia de Medicina, y es por ese motivo por el que vengo a solicitar la benevolencia de su elevada mediación para pedir a Ud. que —si lo considera acertado— me haga el honor de presentar a la consideración de la Academia que tan brillantemente preside, el modesto estudio que me permite acompañarle y que trata de la Vacuna Mixta Polivalente "Argo".

En definitiva, todo trabajo de investigación en el campo de la medicina busca como finalidad la solución de alguno o algunos de los problemas terapéuticos que la ciencia tiene pendientes todavía, y sin pretender negar el valioso concurso que el laboratorio ha prestado en la interpretación racional de los fenómenos patológicos, me parece entender que el prestigio de la clínica gana cada día terreno en el espíritu de los médicos prácticos, de larga trayectoria profesional, y que en el ánimo de todos ellos perdura la sabiduría del consejo del maestro: *de la clinique, encore de la clinique et toujours de la clinique.*

Me ha parecido entender que la juventud médica colombiana que estudia, que investiga y que escribe en los órganos de la prensa profesional, se deja llevar con excesiva frecuencia por cierto espíritu puramente especulativo, que se alimenta de bellas teorías y de hipótesis su-

gestivas, pero que ayuda muy poco en la ardua tarea de resolver los conflictos que a cada momento se presentan al médico en la cabecera de sus enfermos.

Mi adjunto trabajo sobre la vacunación endovenosa, muy modesto por cierto y ajeno a todo alarde de erudición y a todo aspaviento de deslumbradoras teorías, no tiene sino un mérito —si acaso tiene alguno—, y es la fidelidad clínica de las observaciones y la sinceridad escueta con que comento sus resultados. Cada una de mis conclusiones condensa un número de experiencias clínicas repetidas con suficiente frecuencia y con la necesaria uniformidad para constituir verdades de doctrina científica que se pueden comprobar cada vez que el médico práctico encuentre las oportunidades adecuadas.

Sería para mí motivo de una cordial satisfacción saber que esa alta entidad, cuyo prestigio la coloca en condiciones de beligerancia científica absoluta en el país, encontró interesantes estas observaciones, con las cuales me propongo contribuir —en la medida escasa de mis capacidades limitadas— al progreso de la medicina nacional.

Del señor Presidente muy obsecuente y S. S.,

Luis Ardila Gómez.

LA VACUNA MIXTA POLIVALENTE "ARGO".

Fundamentos clínicos del procedimiento.

El empleo de las vacunas en terapéutica, es decir, el estímulo de las defensas orgánicas ante la infección por la inyección de bacterias muertas, es un procedimiento bastante antiguo. Sin embargo, es preciso reconocer que, aparte de algunos casos excepcionales, los resultados obtenidos eran bastante mediocres.

Las complicaciones de la blenorragia (epididimitis, prostatitis, artritis, metritis, anexitis, etc.), que son tan frecuentes, tan molestas y peligrosas para los enfermos y tan desesperantes para el médico, por su rebeldía y por su tendencia a la cronicidad, se venían tratando sistemáticamente con las vacunas antigonocócicas de las más diversas marcas, procedencias y combinaciones microbianas, sin que los resultados correspondieran casi nunca a las esperanzas del enfermo. A falta de otra terapéutica eficaz, el médico inyectaba las vacunas de una manera rutinaria, casi más bien para cumplir con un deber de acuciosidad profesional que para conseguir un éxito brillante, que la experiencia le había enseñado a descartar de antemano.

Las infecciones estafilocócicas y estreptocócicas agudas localizadas (furúnculos, flemones, erisipela, etc.), se trataban también con va-

LABORATORIES AMIDO

A. BEUGONIN, PHARMACIEN

4, PLACE DES VOSGES, 4 - PARIS

PRODUCTOS	INDICACIONES	FORMAS
<p>Amidal Almidón Parafinado y Fermentos Lácticos.</p>	<p>ENTERITIS. DIARREAS. DISENTERIA.</p>	<p>POLVOS. COMPRIMIDOS. OBLEAS.</p>
<p>Backerine Fermentos y Sales de Magnesia.</p>	<p>EPITELIOMAS. CARCINOMAS. SARCOMAS.</p>	<p>AMPOLLAS. OBLEAS. GRAGEAS.</p>
<p>Geneserine Polonovski & Nitzberg.</p>	<p>DISPEPSIA HIPOÁCIDA. SINDROMO SOLAR. TAQUICARDIA.</p>	<p>GRAGEAS. GRÁNULOS. GOTAS. AMPOLLAS.</p>
<p>Genatropine Polonovski & Nitzberg.</p>	<p>DOLORES ABDOMINALES. TRASTORNOS SIMPÁTICOS. DISPEPSIA HIPERÁCIDA.</p>	<p>GOTAS. GRÁNULOS. AMPOLLAS.</p>
<p>Genostrychnine Polonovski & Nitzberg.</p>	<p>PARÁLISIS. ASTENIA. NEURASTENIA.</p>	<p>GOTAS. GRÁNULOS. AMPOLLAS.</p>
<p>Genoscopamine Polonovski & Nitzberg.</p>	<p>ESTADOS PARKINSONIENSES. SINDROMOS POST-ENCEFALÉTICOS ANESTESIA QUIRÚRGICA.</p>	<p>GOTAS. GRÁNULOS. AMPOLLAS.</p>
<p>Genhyoscyamine Polonovski & Nitzberg.</p>	<p>ESPASMOS DIGESTIVOS. CÓLICOS. AGITACIONES NERVIOSAS DIVERSAS</p>	<p>GOTAS. GRÁNULOS. AMPOLLAS.</p>
<p>Vitamyl Vitaminas Concentradas.</p>	<p>RAQUITISMO. ESCORBUTO INFANTIL. TUBERCULOSIS. ALIMENTACIÓN INTENSIVA.</p>	<p>LÍQUIDO.</p>

MUESTRAS MÉDICAS Y LITERATURA A DISPOSICIÓN DE LOS SEÑORES MÉDICOS

DEPOSITARIO PARA COLOMBIA: SEÑOR **LOUIS BANCELIN**

CALLE CALDAS, 20 DE JULIO Y PROGRESO - BARRANQUILLA

PRODUCTOS "SPECIA"

<p>NEO-CARDIL</p> <p style="text-align: center;"><i>Butiltiolaurato de bismuto.</i></p>	<p style="text-align: center;">Sifilis</p> <p style="text-align: center;">en todos los periodos.</p>	<p>ACETYLARSAN</p> <p style="text-align: center;"><i>Oxiacetilaminofenil-arsinato de dietilamina.</i></p>	<p style="text-align: center;">Sifilis, Protozoosis, Pián, Amibiasis.</p>
<p>NEO-DMEGON</p> <p style="text-align: center;"><i>Stock-vacuna curativa anti-gonocócica.</i></p>	<p>Blenorragia, Orqui-epididimitis, Prostatitis, Reumatismo, Afecciones ginecológicas, Oftalmías, etc.</p>	<p>ANTHEMA</p> <p style="text-align: center;"><i>Suero sérico anti-hemorrágico de los Dres. Dufour y Le Hello.</i></p>	<p>Hemorragias, Hemoptisis, Estados hemorrágicos, Hemostasia biológica preoperatoria.</p>
<p>NEO-DEMESTA</p> <p style="text-align: center;"><i>Stock-vacuna curativa anti-estafilocócica:</i></p>	<p>Infecciones debidas al estafilococo: Forúnculos, Antrax, Abscesos-dentarios, Dermatitis, etc. Afecciones ginecológicas (asociado eventualmente al Néo-Dmégón).</p>	<p>PROPIDEX</p> <p style="text-align: center;"><i>Pomada a base de Propidon.</i></p>	<p>Llagas de todas clases, Quemaduras, Abscesos calientes, Ampollas, Escoriaciones, Sabañones, Eritemas solares, Piodermitis, Grietas del pezón, Orzuelos, Furúnculos, Antrax.</p>
<p>NEO-DMETYS</p> <p style="text-align: center;"><i>Stock-vacuna y preventiva de la tos-ferina.</i></p>	<p>Tos ferina en todos sus periodos. Profilaxis sistemática en ambiente epidémico.</p>	<p>CRISALBINE</p> <p style="text-align: center;"><i>Tiosulfato doble de oro y de sodio.</i></p>	<p>Tuberculosis pulmonar, Lupus.</p>
<p>NOVARSENO-BENZOL BILLON (1)</p> <p style="text-align: center;"><i>Dioxi-diamido arsenobenzol metileno sulfoxilato de sosa.</i></p>	<p>Sifilis, Pián, Fiebre recurrente, Espiroquetosis, Angina de Vincent, Sodoku, Carbunco, Infección puerperal.</p>	<p>DMELCOS</p> <p style="text-align: center;"><i>Stock-vacuna curativa del chancro blando.</i></p>	<p>Chancro blando, Bubones, Fagedenismo.</p>
<p>OVO-LECITHINE BILLON</p>	<p>Fatiga cerebral, Desnutrición: Clorosis, Baciliosis en comienzo. Surmenaje, Neurastenia, Embarazo.</p>	<p>GARDENAL</p> <p style="text-align: center;"><i>Femil-etil-maloniluréa,</i></p>	<p>Epilepsia. Estados de excitación del sistema nervioso. Corea. Convulsiones de los niños.</p>
<p>SCUROCAÏNE</p> <p style="text-align: center;"><i>Clorhidrato de para-amino-benzoil-dietilamino-etanol,</i></p>	<p>por infiltración por infiltración regional raquidiana dentaria.</p>	<p>PROPIDON</p> <p style="text-align: center;"><i>Caldo stock-vacuna mixto del Profesor Pierre Delbel.</i></p>	<p>Estafilococias febrile Antrax, Flemones, Erisipela, Linfangitis Abscesos del seno etc.</p>
<p>STOVAR SOL</p> <p style="text-align: center;"><i>Acido oxiacetilamino fenilarsinico.</i></p>	<p>Amibiasis, Profilaxis, Tratamiento, solo o asociado a la emetina. Sifilis, Tratamiento precoz y cura de entretamiento. Diarreas catarrales. Diarreas de los tuberculosos. Helmintiasis.</p>	<p>KELENE</p> <p style="text-align: center;"><i>Cloruro de etilo puro.</i></p>	<p>Anestesia local por refrigeración. Anestesia de corta duración, Anestias prolongadas. o repetidas.</p>
<p>URAZINE</p> <p style="text-align: center;"><i>Citro-salicilato de Piperacina.</i></p>	<p>Gota, Litisias renal, Reumatismo.</p>	<p>RHOFEINE</p> <p style="text-align: center;"><i>Rhodine Cafeinada al 1 l 10°.</i></p>	<p>Gripe, Reumatismo, Afecciones ebriles y dolorosas.</p>

Para Muestras y Literatura dirigirse a: Societe Parisienne d'Expansion Chimique SPECIA. Marques POULENC Frères & USINES DU RHONE - Aptdo. 53, BOGOTA

cunas, sin resultados alentadores, como lo prueba el hecho de que la vacunoterapia no logró nunca desalojar las medicaciones sintomáticas, ni la aplicación bastante ilusoria de los antisépticos superficiales.

En el Dispensario de Profilaxia Social, de Bucaramanga —que viene funcionando bajo nuestra dirección desde hace siete años—, sentimos nosotros la urgencia de buscar un tratamiento eficaz para las complicaciones blenorragicas, que estábamos muy lejos de poder dominar y que seguían, bajo nuestras aplicaciones inciertas, un curso muy prolongado hacia la curación, cuando las defensas orgánicas eran capaces de conducir a esta terminación afortunada, o un camino inevitable hacia la cronicidad, con todas las secuelas que son bien conocidas.

Una serie muy larga de ensayos clínicos, tímidos al principio y progresivamente audaces, a medida que las primeras curaciones nos demostraron todo lo que podía esperarse de los nuevos puntos de vista, los llevaron, en un lapso de años, a ciertas conclusiones definitivas, que constituyen la base experimental de la Vacuna Mixta Polivalente "Argo" y que distanciadas a sabiendas de toda teoría especiosa, cuentan hoy con un respaldo clínico suficientemente constante para darles la categoría de una doctrina científica comprobada. Vamos a procurar enunciar estas conclusiones en una forma clara y ordenada, para que nos sirvan de fundamento a los hechos que habremos de comentar después:

Primera.—La administración de las vacunas por la vía endovenosa exalta, en proporciones no sospechadas antes, el poder antigénico de las mismas.

Segunda.—La inyección intravenosa de los cuerpos microbianos muertos, con la adición inseparable de las proteínas extrañas disueltas en los caldos de cultivo, provoca reacciones febriles y nerviosas que pueden entrañar un serio peligro para el enfermo si la vacuna no ha sido sometida previamente a titulaciones determinadas, que constituyen la base empírica esencial de su innocuidad.

Tercera.—Los gérmenes muertos tienen muy diversa capacidad estimulante según su procedencia y el procedimiento de cultivo que se haya empleado, es decir, que la misma fórmula microbiana determina reacciones febriles y nerviosas muy diferentes según el origen de las bacterias empleadas en cada caso, aunque los gérmenes sean los mismos y entren en iguales cantidades.

Cuarta.—El envejecimiento de los microbios antes de matarlos aumenta en una cuantía muy apreciable su poder defensivo ante la infección.

Quinta.—Para obtener una vacuna que pueda manejarse sin peligro en la práctica, se hace necesario disponer de fuentes *standard* de aprovisionamiento y ensayar con precaución cada lote, antes de entregarlo a la profesión médica, con el fin de tener la certidumbre clínica

antelada de que provoca reacciones relativamente uniformes, a igualdad de dosis, sin peligro alguno para el enfermo.

Sexta.—Observando estas precauciones meticulosamente, la vacuna introducida por la vía endovenosa es de una inocuidad perfecta, porque una experimentación clínica muy extensa ha demostrado que la inyección no provoca nunca accidentes inmediatos, que el enfermo no experimenta la más ligera sensación molesta, que el corazón ofrece una excelente tolerancia para esta medicación —aun tratándose de reumáticos con soplos constituidos— y que el riñón no se afecta jamás, como lo prueba el examen sistematizado de la orina de algunos millares de enfermos sometidos a esta medicación.

Séptima.—Una fórmula compleja, que comprenda un número considerable de especies microbianas, ofrece ventajas evidentes sobre las vacunas de especies aisladas, tanto porque la clínica de la vacunoterapia demuestra que las asociaciones microbianas son mucho más frecuentes en patología humana de lo que teóricamente se pensaba antes, como porque la misma experimentación ha comprobado que, en la práctica, la presencia en una vacuna de un germen que no participa en la infección que se va a tratar, resulta indiferente para la eficacia específica que se busca.

Octava.—A partir de la dosis inicial, cada inyección establece tolerancia para una dosis doble, dentro de cierto límite máximo.

Novena.—El efecto terapéutico que puede esperarse de la vacunación se obtiene con un máximo de seis inyecciones, siendo inútil —y acaso peligroso— insistir con dosis mayores.

Décima.—La tolerancia reaccional para la dosis terapéutica máxima se pierde en el curso de dos a tres meses, de tal manera que una nueva vacunación debe empezarse siempre con la primera dosis, y esta terapéutica, es decir, que un mismo enfermo puede obtener todos los beneficios que la vacuna le proporciona en diversos y distanciados episodios patológicos que puedan presentársele.

Composición, vía de administración y dosis.

La Vacuna Mixta Polivalente "Argo" contiene, en las proporciones adecuadas que señalaron los ensayos clínicos previos, estafilococos áureos y albos, estreptococos hemolíticos y no hemolíticos, gonococos de diversas procedencias, colibacilos, bacilos difteroides, bacilos piocianícos y pneumococos. La titulación de cada ampolleta representa el número total de gérmenes. La serie completa se compone de seis ampolletas con dosis ascendentes, o sea 30, 60, 120, 240, 480 y 960 millones en un centímetro cúbico de vehículo. Para asegurar la esterilidad permanente, sin perjudicar las condiciones biológicas del producto con un calentamiento excesivo, cada ampolleta contiene la décima parte de una gota

de solución de cloruro de diamino-metil-acridina al medio por ciento y la décima parte de una gota de fenol.

Como dijimos antes, la vacuna se destina a la administración exclusiva endovenosa, tanto porque ella constituye el fundamento esencial de su eficacia, como porque las vías subcutánea o intramuscular serían terapéuticamente inútiles. Queda dicho con eso que se verán privados del beneficio de la vacuna tanto las personas de venas inaccesibles, como los niños muy pequeños, en los que la inyección intravenosa es casi imposible.

El tratamiento deberá iniciarse siempre con la primera dosis, y seguir, en serie ordenada, con las sucesivas. Los intervalos entre una inyección y la siguiente deberán ser, en general, de dos días, pero a este respecto es preferible atenerse, de una manera empírica, a los datos suministrados por el enfermo, no poniendo una nueva inyección sino cuando haya desaparecido por completo el malestar producido por la anterior, a no ser que se trate de casos de gravedad y de urgencia, en los cuales el médico debe olvidar el bienestar transitorio del enfermo, para perseguir efectos de mayor alcance. En tales casos, las inyecciones podrían aplicarse cada veinticuatro horas, pero recordando siempre que esta conducta debe ser excepcional.

Las reacciones que la vacuna produce tienen un carácter nítidamente individual, y son variables, a igualdad de dosis, tanto en lo que se refiere a la intensidad de los fenómenos como en lo que respecta al momento de iniciarse y de terminar.

En general, de una a dos horas después de la inyección empieza el enfermo a sentir malestar general, calofrío, fiebre que se eleva alrededor de 39°, cefalalgia, etc. La fase aguda de esta sintomatología se mantiene por tres o cuatro horas, para desaparecer espontáneamente después. Al día siguiente apenas se queja el enfermo de cierta anorexia y de alguna lasitud que simula el principio de un leve episodio gripal.

En algunos casos raros la reacción no se inicia sino mucho más tarde, de ocho a doce horas después de la inyección, y en algún caso verdaderamente excepcional falta por completo.

Otras veces, también raras, los fenómenos reaccionales asumen caracteres intensos, con calofrío que dura una hora aproximadamente y temperatura que oscila entre 40° y 40½°, sin exceder este límite.

Pero la característica esencial de esta reacción con que el enfermo responde al estímulo defensivo es su absoluta inocuidad, porque lo mismo cuando se trata de un cuadro de mediana intensidad, que cuando la semiología alcanza niveles más aparatosos, los fenómenos amainan en un lapso de pocas horas, sin dejar en el organismo ninguna huella perdurable. Aunque nos damos cuenta perfecta de que las afirmaciones absolutas disuenan en el lenguaje de las ciencias biológicas, tenemos que renunciar deliberadamente a esta consigna de relatividad para afirmar, de manera enfática, que en una experimentación clínica

de siete años y después de haber tratado algunos millares de enfermos, no solamente no hemos tenido un solo accidente desgraciado, sino que no hemos tropezado con el primer enfermo que se queje de secuelas lejanas de la vacunación, ni hemos logrado descubrir signos orgánicos de carácter definitivo que nos pudieran inducir a temer alguna acción nociva del medicamento. Esta es, a nuestro modesto juicio, la constatación más trascendental y de mayor importancia en el estudio que hemos emprendido.

Los fenómenos reaccionales y el poder antigéno.

¿El poder antigéno de una vacuna está en proporción directa de la reacción que produce? O dicho en otras palabras: ¿el efecto terapéutico de una vacuna es tanto mayor cuanto más fuerte es la reacción que ocasiona? El médico práctico se hace muchas veces esta pregunta, y no siempre dispone de los elementos de juicio para contestarla satisfactoriamente.

En principio, el estímulo defensivo específico que una vacuna provoca en el organismo es independiente de los fenómenos reaccionales que determina, porque tanto la fiebre como los demás síntomas subjetivos y objetivos que acompañan a la vacunación son ocasionadas por las proteínas extrañas que existen siempre en mayor o menor cantidad en los medios de cultivo, proteínas que los laboratorios de terapéutica biológica se empeñan en eliminar, sin conseguirlo nunca de un modo completo. Sería posible teóricamente, con una vacuna ideal, de la que se hubieran aislado todas las proteínas adicionales, despertar un poder antigéno completo, sin ocasionar ningún síntoma molesto para el enfermo.

Pero en la práctica las cosas no suceden así, y no hay ningún objeto en buscar una solución semejante. En efecto: las proteínas extrañas que acompañan siempre a las vacunas, y que en teoría representan una imperfección, despiertan en el organismo una verdadera reacción proteínoterápica no específica, que exalta la capacidad defensiva global frente a la infección, y que se suma, en una asociación sinérgica, al poder antigéno específico, para completar felizmente la capacidad curativa de la vacuna.

En síntesis, tenemos que si bien es verdad que el poder defensivo específico que una vacuna desarrolla en el organismo no está en relación directa con la reacción que provoca, también lo es que una reacción violenta determinada por una vacuna corresponde, en general, a un efecto terapéutico óptimo. (1).

(1) Con este concepto están de acuerdo los Laboratorios Biológicos de Parke, Davis & Co., de New York, cuya alta autoridad científica es universalmente reconocida.

ANEMIA **CONSUMPCIÓN**

HEMOGLOBINA

HIERRO VITALIZADO **OXIDASAS DE LA SANGRE**

DESCHIENS

NEURASTENIA **CONVALESCENCIAS**

**OPOTERAPIA
HEMÁTICA**

el **JARABE** y
el **VINO**

DESCHIENS

á la Hemoglobina pura

Admitidos en los
Hospitales de París

Proporcionarán á los
Médicos resultados que
agradecerán sus enfermos

DOSIS :

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

Vino : Un vaso de madras en
cada comida.

SUSTITUYE LA CARNE CRUDA Y EL HIERRO

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

• TUBERCULOSIS • ANEMIA • NEURASTENIA •

TONIKEINE
CHEVRETIN

SUERO TONICO A BASE DE AGUA DE MAR

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

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

RECALCIFICACIÓN

TUBERCULOSIS • RAQUITISMO
CRECIMIENTO
DENTICIÓN
DIABETES

BIOCALCOSE
GRANULADO organo-calcico

DOSIS
por dia:

Niños: 2 cuch. de las de café
Adultos: 3 cuch. de las de café.

Laboratorios **CHEVRETIN-LEMATTE**

Autorizados por el Gobierno
frances. (Decreto de 27 de feb. de 1902)

PARIS



Chinosol

*Desinfecta y
limpia*

todos los objetos del uso diario, que pueden llegar a ser transmisores de peligrosos agentes patógenos. Pero no se ha de esperar hasta que haya ocurrido el contagio: prevenir es mejor y... más barato;

*Libra la boca,
nariz y garganta*

de gérmenes patógenos y protege contra el contagio; tiene un sabor agradable y elimina el mal olor de boca. Si hay Chinosol en casa, pierde su horror, hasta el más espantoso "tiempo de gripe";

*Protege hasta a la
piel más delicada,*

no irrita los sitios inflamados; hace desaparecer el foco de pus y evita que se pegue el vendaje; tratase, pues, de un remedio perfecto y absolutamente inocuo para los "primeros auxilios" en todos los casos de heridas de poca y mucha importancia, ineludibles, por desgracia, en la vida diaria.

*Ayuda a conservar
la salud de la
mujer y del niño*

como adición al agua del baño y en forma de cold-cream o vaselina; no ataca ni al cutis más delicado y cuida de la completa y rápida curación de las inflamaciones de todas clases. Cosa muy importante: no contiene sustancias venenosas. Para la mujer, Chinosol es muy importante para irrigaciones, sobre todo durante los días que exigen la mayor higiene íntima.

Representante y depositario:

ERNESTO VOLKENING

EDIFICIO AGUSTIN NIETO. OFICINA N.º 207

TELEFONO 256

Nuevos puntos de vista en la terapia de las algias.

En el curso de la larga serie de experiencias clínicas que precedieron a la fórmula definitiva de la vacuna "Argo", tuvimos oportunidad de observar que algunas especies microbianas, y en especial, determinadas combinaciones de gérmenes en proporciones conocidas, manifestaban cierto neurotropismo terapéutico, que abría la perspectiva de un dilatado campo de acción.

La aplicación, hasta cierto modo empírica de estas nociones, vino a demostrar el hecho inesperado de que, efectivamente, un gran número de algias, de diversa intensidad y localización, responden con una regularidad que casi se podría denominar específica, al estímulo reaccional de la vacuna endovenosa, siendo dignas de subrayar a este respecto dos circunstancias esenciales:

La primera, que el tratamiento de las neuralgias con la vacuna suministra al médico un recurso precioso, porque es bien conocida la acción mediocre, cuando no nula, de todos los medicamentos sintomáticos usados anteriormente en tales casos.

Y la segundo, que la neurotaxia analgésica de la vacuna sobre las algias no es un fenómeno sintomático, de carácter transitorio, sino un efecto curativo, de resultados perdurables, como lo demuestra la curación de numerosos casos que nosotros mismos hemos tratado y cuya observaciones hemos seguido durante algunos años, sin recaídas.

De una manera hipotética, naturalmente, pero muy racional, se podría pensar, ante la constatación de estos hechos, que las llamadas neuralgias esenciales, y en general, todas las algias de diagnóstico etiológico imposible, no son sino neuritis difusas, provocadas por las toxinas microbianas de las más diversas procedencias, sobre las cuales produce un efecto defensivo la vacunación.

El empleo clásico de vacunas compuestas por una sola especie microbiana, o por grupos de especies que suelen asociarse en determinadas infecciones, podría hacer pensar que la presencia del gonococo en la vacuna "Argo" significa una contraindicación para su empleo en aquellas enfermedades en que el gonococo no tiene una intervención etiológica comprobada, o al menos probable.

La clínica, no obstante, ha demostrado de manera fehaciente y repetida que esta apreciación es errónea: su fórmula compleja es precisamente la que da a la vacuna "Argo" su eficacia sobre las algias, y la presencia del gonococo resulta perfectamente indiferente cuando se trata de obtener efectos específicos sobre alguno o algunos de los otros gérmenes que la integran.

Indicaciones.

Es preciso, ante todo, que distingamos entre las indicaciones de la vacuna dos grandes grupos: el primero constituido por aquellas enfer-

medades infecciosas en que intervienen, como causa eficiente, alguno o algunos de los gérmenes que componen la vacuna, en las que, como se comprende, el medicamento actúa por un mecanismo específico; y el segundo, que está formado por un grupo de enfermedades heterogéneas en apariencia, pero que responden de un modo bastante uniforme al tratamiento, quedando comprendidas aquí la mayor parte de las algias, especialmente las llamadas neuralgias esenciales y los dolores localizados de diagnóstico etiológico difícil o imposible.

Parece innecesario añadir que quedan fuera del radio de acción de la vacuna las neuralgias que tienen una causa específica, como los dolores luéticos, los que se presentan en períodos avanzados de la diabetes azucarada, los provocados por gangrenas, obliteraciones circulatorias, etc.

En general, se pueden esperar buenos resultados de la vacuna "Argo", aplicada en la escala de dosis ascendentes que se indicó antes, en todos los dolores localizados de aparición espontánea, cuando no hay una causa inflamatoria o traumática que los explique y que oriente el tratamiento respectivo. Desde este punto de vista son particularmente tributarias de la vacunación las neuralgias del trigémino, las ciáticas, las intercostales, etc., así como también el tortícolis llamado reumático, el lumbago, etc.

Es digna de subrayar la acción, muchas veces brillante, de la vacuna sobre ciertos dolores articulares, que se encuentran en clínica en condiciones de diagnóstico causal bastante difícil: un individuo hasta entonces en perfecto estado de salud, se ve acometido por un dolor generalmente monoarticular, de suficiente intensidad para impedirle todo movimiento, y sin que las condiciones locales de la articulación afectada justifiquen el diagnóstico de una artritis blenorragica, de un reumatismo articular agudo o de una simple artritis infecciosa. La terapéutica sintomática que en estos casos aplica siempre el médico práctico suele resultar ineficaz, y la vacuna, en cambio, parece tener una electividad manifiesta sobre estos dolores, que ceden muchas veces desde la primera inyección y que casi siempre se curan antes de la tercera.

Pero la más importante de las indicaciones de la vacuna, en el grupo de que nos venimos ocupando, es sin duda el herpes zóster. El gran número de medicamentos preconizados contra esta tenaz enfermedad demuestra que ninguno ha resultado eficaz, y todo médico de alguna experiencia profesional tiene el recuerdo reciente de la situación angustiosa en que se encuentran estos enfermos, entregados permanentemente al empleo de los analgésicos, con peligro de habituarse a la morfina y sin que ningún medicamento logre dominar definitivamente sus crueles dolores. Lesser, profesor de la universidad y director de la clínica de enfermedades cutáneas y venéreas de Berlín, dice literal y categóricamente en la página 119 de la edición española de su tratado de dermatología: "No se conoce hasta hoy ningún tratamiento que pue-

da influir de un modo cualquiera sobre la evolución típica del herpes zóster.”

Pues bien: nuestra experiencia clínica en el tratamiento de la zona con la vacuna “Argo” es poco extensa, pero muy elocuente por su rara uniformidad. En todos los enfermos tratados, los dolores disminuyen y las vesículas cutáneas se marchitan veinticuatro horas después de aplicada la primera dosis, y los dolores desaparecen definitivamente, a la vez que vuelve la piel a su estado normal, entre la tercera y la cuarta inyección, es decir, en un tiempo que no excede de ocho días. La observación ulterior de los enfermos ha demostrado la ausencia de recidivas. En asocio de nuestro distinguido colega el doctor Roberto Serpa, miembro de la Academia de Medicina, tratamos un caso de zona, en un obrero del ferrocarril de Puerto Wilches, y resultó difícil convencer al enfermo de que permitiera la tercera inyección, porque decía sentirse completamente curado después de la segunda.

Complicaciones de la blenorragia.

El temor de dar a este modesto trabajo una extensión excesiva nos obliga a tocar apenas a la ligera problemas clínicos que se prestarían con provecho a comentarios minuciosos y prolijos. Parece inútil repetir que a todo lo largo de este estudio hemos querido regirnos por un criterio esencialmente clínico. Creemos advertir que frente a su enfermo, el médico —por muy desarrollado que tenga su espíritu científico—, experimenta un ligero desdén por las teorías y por las hipótesis, y aprecia mucho, en cambio, cuanto tienda a ayudarle en la solución eficaz del problema angustioso que tiene en sus manos.

La vacuna no tiene, como se comprende, la pretensión de curar la uretritis blenorragica. Y sin embargo, la clínica nos ha demostrado que es un excelente procedimiento el de vacunar todo blenorragico desde el momento en que se ha hecho el diagnóstico, porque la vacunación representa una profilaxia efectiva de las complicaciones, que son las que hacen verdaderamente temible la enfermedad.

En la epididimitis, que es una de las localizaciones que se observan con mayor frecuencia, los resultados de la vacuna son muy brillantes si se aplica precozmente, es decir, cuando la complicación se inicia, con su cortejo de síntomas agudos. El dolor cede con rapidez, la fiebre baja y el enfermo puede volver muy pronto a sus ocupaciones habituales. Los resultados son menos alentadores cuando el enfermo se presenta tardíamente, en un período subagudo, pues resulta difícil entonces vencer la tendencia a la recaída inflamatoria.

Como es bien sabido, el reumatismo blenorragico que se distingue por su localización generalmente monoarticular, por los dolores tan intensos que provoca, por su tendencia a la anquilosis y por su resistencia a la terapéutica, es una de las más graves localizaciones del di-

plococo de Neisser. Nosotros recordamos todavía la historia trágica de artritis blenorragicas que tuvieron al enfermo en cama durante meses, en medio de los más atroces dolores, y sin que la terapéutica más acuciosa lograra evitar la anquilosis y el hábito a la morfina.

Ahora bien: ninguno de los medicamentos aconsejados hasta ahora en el reumatismo blenorragico puede medir su acción con la vacuna, que suma en este caso su poder analgésico a su actividad específica, y que produce curaciones sorprendentes por su fidelidad, por su rapidez y por la integridad funcional en que deja la articulación. Nos ha parecido observar que las inyecciones endovenosas de trypaflavina coadyuvan eficazmente la acción de la vacuna, y que todas las demás medicaciones sintomáticas resultan insignificantes ante la eficacia de estos dos medicamentos.

En la metritis blenorragica aguda la vacuna proporciona una rápida sedación de los dolores, una baja de la temperatura y una atenuación de los fenómenos inflamatorios, que colocan a la enferma en condiciones de dedicarse al largo tratamiento subsiguiente que es de rigor. Hablar de curaciones verdaderas de metritis blenorragicas crónicas nos ha parecido siempre una falta de pericia y de experiencia profesionales.

En la cistitis blenorragica aguda, especialmente en las formas hemorrágicas, la vacuna da resultados decisivos: en pocos días cambia el color de la orina, la disuria y el tenesmo vesical ceden, y el número de micciones se hace normal. En este caso tiene la vacuna la ventaja inmensa de evitar el empleo de la sonda uretral, indispensable para la práctica de las instilaciones argénticas, y que con tanta frecuencia conduce a una epididimitis. La eficacia constante de la vacuna en las cistitis blenorragicas nos ha servido como tratamiento de prueba y elemento de diagnóstico diferencial, porque la ineficacia de la vacunación nos ha permitido descubrir cistitis calculosas, neoplásicas, etc.

La prostatitis crónica es quizá la más rebelde de las complicaciones blenorragicas. En los episodios de agudización la vacuna determina una remisión de los fenómenos inflamatorios, pero sería una exageración, incompatible con el rigor científico, hablar de verdaderas curaciones.

Finalmente, hemos visto muchas fístulas uretrales antiguas, ocasionadas por estenosis blenorragicas, que curaron completamente con una simple uretrotomía interna seguida de sonda permanente y de aplicación de la vacuna. La zona indurada perifistulosa desaparece, queda restablecida una amplia permeabilidad uretral y la fístula cura de modo espontáneo.

Infecciones estrepto-estafilocóccicas localizadas.

Como se comprende, sería muy larga la enumeración de todas las enfermedades en que la vacuna está indicada como medicamento defensivo específico ante el estreptococo y el estafilococo, e imposible, sin

EN
INYECCIONES
SUB-CUTÁNEAS
VERDADERAMENTE
INDOLORAS

el ACETYLLARSAN

REÚNE LAS
CONDICIONES
REQUISITAS
POR LAS
DIFERENTES
MODALIDADES DEL
TRATAMIENTO
DE LA SÍFILIS

TRATAMIENTO
DE ASALTO

TRATAMIENTO
DE PRUEBA

TRATAMIENTO
DE SOSTÉN

HEREDO SÍFILIS



SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—

ESTAFILASA del D^r DOYEN

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

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

MICOLISINA del D^r 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 Hipófnis y Tiroides en proporción prudencial, de Hamamelis, Castaña de India y Citrato de Sosa.

PARIS, P. LEBEAULT & C^{ia}, 5, Rue Bourg-l'Abbé
POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS.

exceder los linderos restringidos de este trabajo, comentar los resultados clínicos obtenidos en cada caso. Una enumeración sucinta de estas indicaciones, sin embargo, nos parece de gran interés, y algún comentario breve sobre casos aislados podrá dar una impresión clínica global, que permita vislumbrar todo lo que puede esperarse del medicamento.

En nuestras manos y en las de algunos colegas que nos han acompañado en estos trabajos, la vacuna ha dado resultados interesantes en toda una serie de infecciones que apenas enunciaremos en seguida, haciendo notar que, de modo invariable, los efectos son tanto mejores cuanto más precozmente se inicie el tratamiento: abscesos calientes, dentarios, urinosos, adenitis inguinales agudas que se presentan como reinfecciones vulgares de lesiones venéreas, amigdalitis agudas, ántrax, erisipela, flemones del cuello, flebitis, furúnculos y orzuelos de repetición, heridas infectadas, linfangitis agudas, mastitis agudas, metrorragias por metritis, miositis agudas, oftalmía blenorragica, osteomielitis incipientes, otitis media aguda, otorreas crónicas, panadizos, parotiditis agudas, reumatismo articular agudo y localizaciones salpingo-ováricas del gonococo.

En las adenitis inguinales agudas, es decir, en las inflamaciones ganglionares consecutivas a la reinfección de las lesiones venéreas (quedando excluidas, naturalmente, las localizaciones del estrepto-bacilo de Ducrey y el bubón tropical), la vacuna permite fundir los ganglios afectados, evitando la supuración.

Un caso que nos llamó poderosamente la atención fue el de una herida traumática de la córnea, que veinticuatro horas después de haberse producido había provocado una fuerte reacción conjuntival y muy agudos dolores, y en la que una sola inyección de vacuna produjo la desaparición completa de los dolores seis horas después de aplicada, la normalización de la conjuntiva al día siguiente y una cicatriz invisible.

Infecciones estrepto-estafilocócicas generalizadas.

No hemos tenido aún el tiempo ni las oportunidades suficientes para formar un concepto justo y definitivo sobre la eficacia de la vacuna en las infecciones generalizadas, y tenemos que dejar este capítulo sujeto a una revisión ulterior.

Creemos entender, sin embargo, que los resultados son inferiores, naturalmente, a los que se obtienen del medicamento en los procesos localizados, de menor cuantía clínica, pero no habiendo hasta hoy ningún tratamiento específico de las grandes septicemias en el que se pueda confiar, nos parece racional que se ensaye la vacuna en todos los casos, contando con su absoluta inocuidad, aunque se trate de enfermos que se encuentran en condiciones muy precarias.

Nuestra experiencia clínica nos dice que con mayor frecuencia de lo que se piensa, la fiebre puerperal es una septicemia gonocócica, que

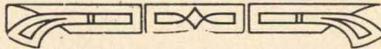
encuentra su génesis en una blenorragia crónica muchas veces ignorada por la enferma, y que se exalta y encuentra vías de penetración con los traumatismos y heridas del parto. En dos casos que venían evolucionando desde veinte días atrás, vimos nítidamente la acción de la vacuna que cortó la fiebre y restableció en pocos días la normalidad.

Vacunación preoperatoria sistemática.

Los adelantos de la asepsia quirúrgica, la presentación de complicaciones inesperadas lógicamente y el estudio de estadísticas dignas de todo crédito, inclinan cada día más a los cirujanos a pensar que muchas de las complicaciones sépticas post-operatorias no son sino localizaciones endógenas de infecciones latentes.

Este concepto ha conducido a la práctica de la vacunación preoperatoria sistemática, que debe practicarse a todos los enfermos cuya intervención no sea de urgencia. La fórmula compleja de la vacuna "Argo" parece el medicamento de elección para tal fin.

Estudios clínicos posteriores vendrán a confirmar lo que haya de verdad en nuestras observaciones, así como también a rectificar los errores inevitables en un problema científico de tan dilatadas proporciones.



SOCIEDADES CIENTIFICAS
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

RETROFLEXIO UTERI GRAVIDI

Exposición del Profesor Rafael Ucrós en la sesión de la Academia Nacional de Medicina, el día 16 de octubre de 1934.

Me apena inmensamente entretener la atención de la Academia en el asunto que me voy a permitir tratar esta noche, contando con vuestra benevolencia, pena que aumenta de punto al ver que en esta sesión se encuentran presentes distinguidos especialistas en el tema objeto de mi conversación.

A los señores académicos, así como a los demás médicos y personas que me honran con su presencia, presento de antemano mis excusas por su benevolencia en escucharme.

El "retroflexio uteri gravidí" es una malformación de la cual encontramos muy pocas descripciones en los tratados de Obstetricia y de Patología Quirúrgica. En éstos, sólo unos pocos párrafos se dedican a su estudio, naturalmente incompleto y deficiente.

Sólo De Lee trae en su libro de Obstetricia una descripción un poco más extensa de dicha entidad, sin ser tampoco lo suficientemente extenso como fuera de desear.

Fue el doctor Aurelio Botero Isaza, interno, y más tarde Jefe de Clínica de Ginecología, el primero que entre nosotros trató dicho punto, sobre el cual versó su tesis de grado presentada el año de 1906.

Su relativa frecuencia, pasada desapercibida la mayor de las veces, y sobre todo su papel etiológico de primer orden en los abortos de los primeros meses de embarazo, son los que me han movido a traer a cuento nuevamente este tema sobre el cual hice algunos años há una publicación en la "Revista Médico-quirúrgica de los Hospitales".

Aunque no he visto definido francamente en los autores extranjeros el papel de la malformación que me ocupa en la producción de los abortos de los primeros meses especialmente, creo, y sigo creyendo ahora más que nunca, que dicha entidad patológica desempeña una acción muy marcada en los abortos de los primeros meses del embarazo.

La matriz es un órgano esencialmente móvil, pues sus ligamentos muy flojos y extensibles permiten con mucha facilidad el desalojamiento del órgano. Este puede exageradamente inclinarse hacia ade-

lante o hacia atrás en anteversión y retroversión, o en anteflexión y retroflexión, según que el cuerpo y el cuello sigan el mismo eje, o no.

Aunque casi todos opinan que el útero nunca está en lateroversión o lateroflexión porque los ligamentos anchos sí son lo suficientemente fuertes para impedirlo, se ha visto últimamente por uterografías hechas con lipiodol o con cualquiera otra sustancia opaca, que la matriz nunca ocupa una posición exactamente central.

El desalojamiento del útero, cuya posición normal según la mayoría de los autores es la de una ligera anteflexión, puede hacerse no solamente en el sentido anteroposterior y lateral, sino también siguiendo el eje vertical. En esta última forma, siguiendo la acción de la gravedad por el propio peso del órgano y a favor de la lasitud de los ligamentos uterinos, es como se producen los prolapsos de la matriz, tan propios de la especie humana por su estación bípeda.

No obstante las posiciones anormales de la matriz, es posible la concepción y el desarrollo más o menos avanzado del embrión y del feto.

Me ocuparé solamente del estado de gravidez uterina en retroflexión y retrodesviación.

En estos casos se presentan fenómenos que muchas veces pasan inadvertidos por su relativa benignidad, o se hacen ya alarmantes y en ocasiones fatales para la madre o el feto.

Como se sabe, normalmente el útero grávido ocupa en un principio una posición pélvica, que luégo, a medida que el embarazo va avanzando, se convierte en francamente abdominal.

Pero puede suceder que a favor de una retroflexión o retrodesviación concomitante con el embarazo, junto con una gran capacidad del bacinete, salida exagerada del promontorio, gran curvatura del sacro, adherencias uterinas especialmente del fondo, la matriz no pueda efectuar su ascenso abdominal a medida que aumenta de volumen y se encuentre aprisionada en la cavidad pelviana, sin poder progresar en lo más mínimo hacia el abdomen. Esto es lo que se ha convenido en llamar "encarcelación de la matriz" que puede ser parcial o total, según que una parte solamente, o el útero en totalidad, se encuentren aprisionados.

La encarcelación parcial, especialmente la que se hace a expensas del segmento inferior únicamente, es lo que algunos llaman "saculación."

La sintomatología del retroflexio uteri gravidi, muy semejante en un principio a la del aborto, va haciéndose cada vez más característica a medida que van apareciendo las perturbaciones urinarias. Y precisamente esa similitud, o mejor dicho, esa coincidencia total de los fenómenos del retroflexio uteri gravidi con los del aborto, puesto que ésta es consecuencia de aquél, es lo que ha distraído la atención de casi todos los ginecólogos y tocólogos, quienes al tratar de explicar la cau-



PRODUCTOS "SANDOZ"



PRODUCTO Y COMPOSICION	INDICACIONES	POSOLOGIA MEDIA DIARIA
ALLISATINA Principios activos y -estabilizados del -"allium sativum" bajo forma inodora e insípida.	DIARREAS. DISENTERIAS. FERMENTACIONES. ARTERIOESCLEROSIS.	6 a 12 grageas al día.
BELLAFOLINA Complejo alcaloídico integral de la belladona fresca.	TODAS LAS INDICACIONES DE LA BELLADONA: ESPASMOS DE LAS VÍAS DIGESTIVAS Y RESPIRATORIAS. GASTRALGIAS, ÚLCERAS, ASMA, CÓLICOS NEFRÍTICOS. PARKINSONISMO, ETC.	1 a 2 comprimidos o X a XX gotas tres veces al día, o ½ a 2 ampollas al día.
BELLADENAL Complejo alcaloídico integral de la belladona fresca (Bellafolina)-fenil-etil-malonilurea.	SEDANTE NERVINO DE LOS CASOS RESISTENTES. EPILEPSIA, ASMA, ANGINA DE PECHO, VÓMITOS DEL EMBARAZO, MIGRAÑA, DISMENORREA, ANSIEDAD, ETC.	2 a 4 (hasta 5) comprimidos al día.
Calcium-SANDOZ Gluconato de calcio, eficaz por vía gástrica. Es el producto mejor tolerado por la vía venosa. - Inyectable por vía intramuscular a dosis eficaces.	DECALCIFICACIÓN, RAQUITISMO, ESTADOS TETANÍGENOS, ESPASMOFILIA, NEUMONÍAS, GRIPE, ASMA, DERMATOSIS, HEMORRAGIAS, ETC.	2 a 3 cucharaditas de las de café, o 3 a 6 comprimidos o 2 a 20 c. c. al día (vía intramuscular o intravenosa).

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES CI-DEVANT SANDOZ - BALE (SUISSE)

MUESTRAS Y LITERATURA A DISPOSICION DE LOS SEÑORES MEDICOS

SR. WALTER ROTH LISBERGER - CARRERA 10, No. 333, APARTADO 450 - BOGOTA

El Diurético renal por Excelencia

SANTHÉOSE

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



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

S. PURA

Afecciones cardiacas y renales
Albuminurias, Uremia, Hidropesia.

S. FOSFATADA

Esclerosis cardio-renal, Neurastenia,
Anemia, Convalecencias.

S. CAFEINADA

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

S. LITINADA

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

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

durante
los
ataques de

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

sa etiológica de los abortos sólo han pensado en la especificidad, sin tener en cuenta la verdadera causa en este caso: la retroflexión o retro-desviación. Con dicho criterio han implantado un tratamiento antiespecífico, sin resultado ninguno naturalmente cuando no hay sífilis.

Este error explicable aunque no excusable, es debido a la creencia o costumbre que tienen la mayoría de los tocólogos de no hacer exámenes ginecológicos en los primeros meses del embarazo, por predisponer al aborto. Este error conduce al otro.

Si se procediera de otra manera, y siempre que se presentaran fenómenos extraños en los primeros meses del embarazo se hiciera un examen ginecológico, se evitarían muchos tratamientos inútiles y sobre todo se disminuiría el número de abortos o las funestas consecuencias de una encarecimiento uterina con todo su cortejo sintomático.

Los síntomas del retroflexio uteri gravidi comienzan a manifestarse entre el 3º y 4º mes, con los fenómenos simpáticos ordinarios: vómitos más o menos intensos, ptialismo, dolores que se irradian hacia los plejos lumbares o sacrados, constipación, cambio de carácter, sensación de plenitud en la cavidad pelviana. Luégo comienzan a aparecer los síntomas urinarios que son los que a falta de un examen ginecológico previo van a esclarecer el diagnóstico.

A medida que el útero retenido en la excavación pelviana aumenta de volumen haciendo presión sobre el periné, el cuello sube y se coloca detrás de la sínfisis pubiana comprimiendo el bajo fondo vesical y el origen de la uretra. Al principio hay retención incompleta de orina, hasta terminar con una retención completa; la vejiga, enormemente distendida, puede alcanzar el apéndice xifoide; la enorme cantidad de orina retenida sale por regurgitación, estableciéndose así una retención con incontinencia llamada "ischuria paradóxica."

En semejantes circunstancias, el cateterismo, que sólo debe hacerse con una sonda blanda por el peligro que ofrece la degeneración de las paredes vesicales, se vuelve extremadamente difícil. La vejiga puede reventarse dando lugar a una peritonitis, o puede gangrenarse.

El diagnóstico del "retroflexio uteri gravidi" es relativamente fácil. Se basa en las perturbaciones urinarias de los primeros meses del embarazo, tales como retención completa o incompleta, sensación de pesantez pélvica, tumor abdominal voluminoso, fluctuante, que desaparece por el cateterismo; si a esto se añade, a más de los fenómenos simpáticos del embarazo, la comprobación al tacto vaginal de un tumor globuloso en el fondo de saco posterior junto con un cuello proyectado fuertemente contra la cara posterior del pubis y comprimiendo la uretra o el bajo fondo vesical, el diagnóstico de "retroflexio uteri gravidi" se impone.

Este puede evolucionar de cuatro formas distintas: 1º Por rectificación espontánea de la desviación, pasando la matriz caída en el fondo de saco de Douglas de su posición primitivamente pélvica a una abdo-

minal, a medida que el feto crece. 1º Por rectificación espontánea parcial: "retroflexio uteri parialis". 3º Por aborto, que es la terminación más frecuente. 4º Por encarcelación de la matriz.

La primera se hace a favor de la contracción de las fibras musculares de la pared anterior de la matriz y de los ligamentos redondos. Se debe ayudar a esta manera de evolución aconsejando a la enferma la posición genu-pectoral o la de Sims, por algunos días.

La segunda se produce cuando un polo fetal se encuentra en la parte de útero retenida y la otra en la abdominal formada a expensas de la pared anterior de la matriz, tal como aparece en una demostrativa figura que trae De Lee en su libro de obstetricia.

La tercera es la más frecuente de todas, cuando no se interviene oportuna y convenientemente.

La cuarta es la más grave, por las perturbaciones que produce: oclusión intestinal, incontinencia y retención completa o incompleta de orina, gangrena y ruptura vesical con peritonitis infecciosa, y en algunos casos uremia. Es interesante anotar que nunca se ha observado la eclampsia.

El tratamiento debe ser lo más oportuno posible para que dé buenos resultados.

Cuando el mal está en su principio, se hace el cateterismo vesical para vaciar la vejiga, y se coloca a la enferma en posición genupectoral por espacio de un cuarto de hora, repitiendo la misma maniobra tres o cuatro veces al día.

Algunos recomiendan poner a la enferma cuando está en la posición genupectoral, una valva de Sims, que dicen ayuda a corregir la desviación.

Cuando el mal está más avanzado, es preciso, después de la evacuación de la vejiga y el recto, colocar a la enferma en posición genupectoral y corregir la desviación introduciendo dos dedos en la vagina con los cuales se desaloja con mucha suavidad la matriz caída, de modo que la cavidad pélvica pase a la abdominal salvando el promontorio. Obtenido esto, se recomienda a la enferma guardar en cuanto más pueda el decúbito ventral o el lateral por cerca de un mes, tiempo en el cual la matriz habrá adquirido un volumen tal que le impide volver a su posición viciosa.

Cuando la malformación está más avanzada todavía, con una matriz demasiado crecida por lo avanzado del embarazo, con adherencias a la cavidad pélvica y fenómenos compresivos muy intensos, es decir, cuando hay una verdadera encarcelación uterina, es preciso apelar a procedimientos heroicos. Ante todo se hace un cateterismo vesical con una sonda muy blanda para evitar falsas rutas en vista de la degeneración de las paredes uretrales y vesicales; se evacua también el recto. Se procede entonces a una reducción manual. Si ésta fracasa, es necesari-

rio entonces hacer una laparotomía para romper las adherencias y demás obstáculos que impiden llevar el órgano al abdomen.

Algunos aconsejan provocar el aborto bajando el cuello por medio de unas pinzas de Museaux; pero si esto fuere imposible por la demasiada altura del cuello, se haría necesaria una incisión en el fondo de saco vaginal posterior para llegar así, respetando el repliegue peritoneal de Douglas, a la cara posterior de la matriz, la que se abriría también para vaciarla completamente. Cuando hay éxito en la corrección de la desviación uterina es preciso apelar a uno de los tantos procedimientos que hay para fijar o acortar los ligamentos redondos.

Las fijaciones directas de la matriz se deben evitar en cuanto sea posible en las mujeres que están en pleno período genital.

Cuando ninguno de los procedimientos para corregir la posición viciosa de la matriz grávida ha dado resultados, y cuando los fenómenos compresivos y urinarios ponen en peligro la vida de la madre por una encarcelación imposible de vencer, es necesario hacer una histerec-tomía vaginal.

Expuesta así de una manera imperfecta la entidad de la cual me he ocupado esta noche, paso a relatarles dos casos que se me presentaron.

Uno de ellos se trataba de una enferma a quien le habían hecho el diagnóstico de quiste del ovario. Estudiándola con más detención se comprobó que hacía 8 días que no orinaba y que presentaba un vientre sumamente dilatado, lo que había inducido al error de creer en un quiste del ovario.

La enferma, que primero presentó retención de orina, tuvo luego una incontinencia por simple regurgitación. Se le hizo un cateterismo vesical y contra lo que aconsejan algunos, extraje toda la orina, la cual alcanzó a 8 litros.

Se procedió entonces a hacer un examen ginecológico, y al tacto vaginal se encontró una masa grande en el fondo de saco posterior, masa que no era otra cosa que un feto encarcelado.

La enferma presentó luego pequeñas hemorragias semejantes a las que se presentan antes de un aborto. Quiero insistir aquí sobre la gran importancia que tiene el no confundir los abortos de causa específica con los debidos a una matriz grávida caída. Los primeros se evitan posteriormente con un tratamiento antisifilítico, los segundos sólo corrigiendo la malformación.

El otro caso fue el de una joven recién casada a quien me llamaron, pues presentaba algunos fenómenos de embarazo.

Aunque ahora creo que siempre se debe hacer el tacto vaginal en los primeros meses del embarazo, cuando se presentan algunas perturbaciones de causa ignorada, en ese entonces, no lo hice por el temor de provocar un aborto, como es creencia bastante generalizada.

Al 4º mes la enferma presentó unas hemorragias que fueron inten-

sificándose cada vez más hasta producir un aborto que no fue posible evitar con el tratamiento habitual.

A los pocos meses me llamaron nuevamente a verla, pues estaba otra vez encinta y con hemorragias y dolores.

Interrogándola, me dijo estas palabras: —“Doctor, yo lo que estoy es atorada; siento como un cuerpo extraño en el vientre que me molesta mucho.”

Dejando de lado los temores, procedí a examinarla ginecológicamente. Hice el tacto vaginal, el cual me demostró una matriz grávida retrodesviada. Coloqué a la enferma en posición genupectoral y reduje la matriz. Todo siguió bien después, con un embarazo que avanzaba normalmente terminando finalmente con un parto normal.

Después de esto la atendí en seis embarazos más, en todos los cuales tuve que hacer la reducción de la matriz.

Si no hubiera hecho el tacto vaginal, le habría puesto a la enferma inútilmente 914, aunque yo estaba convencido que no había sífilis.

Le propuse a la señora una operación para corregir la retrodesviación de la matriz, pero no aceptó.

Posteriormente cambió de médico, y el nuevo doctor le propuso también la operación, lo que aceptó entonces.

Algún tiempo después de la intervención tuvo un embarazo y parto enteramente normales.

Paso ahora a leerles tres observaciones tomadas de la tesis del doctor Botero Isaza, del que hablé en un principio, e ilustrados magníficamente por el antiguo interno del servicio de Ginecología, doctor Rafael Domínguez.

Observación I.—Susana Farieta, cama Nc 6, de 26 años de edad, natural de Engativá y sirvienta.

Es múltipara, ha tenido cinco hijos con embarazos normales. Entró al hospital el 4 de mayo de 1914. El 26 de diciembre del año anterior le aparecieron las reglas de nuevo, después de su último parto, el cual había tenido lugar hacía 16 meses; al mes siguiente, enero de 1914, el período menstrual no reapareció; dos meses después empezó a sentir pesantez y dolores en el bajo vientre; en febrero se presentó la primera retención de orina con fuertes dolores vesicales y cólicos intestinales; esta retención no fue completa y tuvo corta duración; reposición por 8 días; luégo nueva retención; entonces la enferma relata que apeló al artificio de introducir su dedo índice en la vagina, con buen resultado en un principio; más tarde todos estos medios fueron inútiles, y hacía 6 días que no orinaba cuando llegó al consultorio externo.

Al examen se encontró un tumor que subía hasta la región del epigastrio y de los hipocondrios, el cual desapareció con el sondeo, después de la extracción de nueve litros de orina; cuatro días después hubo

SEDATIVO - HIPNÓTICO - ANTIESPASMÓDICO

NEURINASE

Con dosis mínimas procura sueño

Sin crear hábito
Sin efectos tóxicos ni penosos

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

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

Dosis:
1/2 à 4 cucharaditas
por 24 horas

PÍDANSE MUESTRAS

Contra la **TOS**

JARABE

Y

GOTAS

RAMI

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 eucharadita 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, diríjase 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

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.

MICROSCOPIOS

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

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

TALLER DE MECANICA

PARA LA REPARACION DE TODA CLASE DE INSTRUMENTOS DE PRECISION

OPTICA ALEMANA

SCHMIDT HERMANOS

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

Apartado número 1032 - Teléfono 44-31.

necesidad de un nuevo cateterismo; con éste se logró evacuar cuatro litros de orina y dejar a la enferma aliviada de sus dolores, pero no curada. Como la retención continuaba, la paciente se vió obligada a internarse en el hospital, a donde llegó con un tumor que remontaba hasta el ombligo, de forma regular, remitente, doloroso. Hubo de notarse igualmente un edema blando de la pared abdominal, en su región ilíaca derecha. Cateterismos repetidos provocaban la exoneración vesical, hasta que examinada ginecológicamente se encontró lo siguiente: un flujo escaso, de color blanco y poco fétido. Por la palpación abdominal se sintió un tumor de consistencia blanda, inmóvil, colocado en la parte media del bajo vientre, a igual distancia del ombligo y del borde superior del pubis. Practicado el tacto, se encontró la pared vaginal posterior rechazada hacia abajo por un tumor blando, el fondo de saco posterior totalmente borrado; más profundamente se encontró el cuello con su orificio externo vuelto del lado del pubis, y haciendo un ángulo muy obtuso con la masa que lo continuaba hacia atrás. Al practicar la palpación bimanual, se notó que los tumores abdominal y vaginal formaban un solo cuerpo. Se diagnosticó retrodesviación uterina complicada con embarazo.

Tratamiento.—Colocada la enferma en posición genupectoral y previa evacuación del recto y la vejiga, se redujo el tumor con la introducción de dos dedos en la vagina, hasta que se sintió que el fondo uterino abandonaba el pequeño bacinete para dirigirse al abdomen. La enferma continuó orinando en pequeña cantidad, probablemente por regurgitación a causa de la atonía de la fibra muscular, pues la matriz ocupaba buena posición; se practicó el cateterismo por dos días, en el intervalo de los cuales la enferma guardaba el decúbito ventral.

El 24 de mayo de 1914, a los veinte días de permanencia en el hospital, salió completamente curada en lo que se refiere al embarazo actual, pero un candidato seguro de retrovertio uteri gravidi en sus futuras preñeces.

Observación II.—Mercedes García, de 45 años, natural de Toca, y sirvienta. Entró al hospital el 9 de julio de 1914. Refiere haber tenido cinco partos, el último hace 17 meses; todos tuvieron lugar sin ningún accidente, a excepción del segundo, el cual fue complicado por un desgarró de segundo grado del perineo, el que dió lugar más tarde a la aparición de un recto y cistocele; por esta misma época tuvo fiebre alta y edema generalizado, y uno y otro duraron pocos días. No ha habido abortos.

A los 14 meses después de su último parto, o lo que es lo mismo, hace tres meses, le aparecieron las reglas por última vez, le duraron 15 días y no se han vuelto a presentar. La enferma experimentó pujo y dolores intermitentes con irradiaciones a las fosas lumbares.

A la palpación abdominal se encontró un tumor ovalar, elástico y remitente, que ocupaba en el vientre la región hipogástrica; el cateterismo vesical lo hizo desaparecer.

Por el tacto se encontró el fondo de saco posterior lleno, el anterior muy elevado y profundo, el cuello uterino a la distancia de un centímetro y medio del pubis y con los desgarros propios de las multíparas, su dirección era paralela a la cara posterior del pubis. El fondo uterino en la excavación del sacro; matriz en retroflexión, por consiguiente. Al practicar el tacto rectal pudo sentirse una masa blanda que lo comprimía, y después de franqueada esta pequeña resistencia, se encontró un enorme bolo fecal muy endurecido. La enferma no exoneraba su intestino hacia ocho días; sin efecto ninguno había tomado tres purgantes, dos de aceite y uno salino; las lavativas fueron igualmente ineficaces; por esta gran constipación acompañada de pujo, vino al hospital. Como presentara los otros signos de probabilidad, se diagnosticó un embarazo con útero retroflejado y se procedió al tratamiento, consistente en el desenclavamiento del útero grávido, el cual se encontraba encarcelado en la excavación sacra.

Se consiguió el resultado perseguido colocando a la enferma en la posición genupectoral y practicando una presión continua y suave sobre el fondo de saco posterior, hasta que el tumor costó el estrecho superior deslizando sobre el promontorio. Decúbito ventral y laterales durante 8 días. Desde entonces, funcionamiento regular de la vejiga y el recto, este último bajo la acción de un purgante.

El 30 de julio sintió los movimientos activos del feto. El 4 de agosto se repitió el examen; la retroflexión había desaparecido por completo, y la matriz tenía un desarrollo abdominal; el fondo se encontró a unos 4 centímetros por debajo del ombligo. Salió el 7 de agosto de 1914 por curación.

Observación III.—N. N., de Tocancipá. Entró a la clínica de ginecología el 16 de enero a causa de una retención completa de orina. Esta enferma tuvo el primer hijo hace 8 años; tanto el embarazo como el parto fueron absolutamente normales. En el segundo parto, que fue también a término, nació un feto macerado.

Al ser interrogada sobre el principio de su afección actual, la enferma refiere que hace 3 meses y 22 días le aparecieron por última vez sus reglas, y que cuenta al presente con tres faltas consecutivas de ellas.

El 2 de enero se presentó la primera retención de orina; ésta duró hasta el día siguiente, para repetirse de nuevo el 8 del mismo mes, entonces con caracteres más serios y de mayor duración. El 16 de enero, fecha en que se presentó al hospital, contaba 8 días de retención.

Al examen se encuentra lo siguiente: vientre globuloso, sensible a la palpación, sobre todo en la región del hipogastrio. Puede apreciarse, además, algún meteorismo bien explicable por su constipación ac-

tual; el intestino no se exonera desde el mismo día en que apareció la retención vesical; la lengua es seca y el aliento fétido.

Por el examen ginecológico puede observarse que hay micción gota a gota por regurgitación. Al practicar el sondaje se extrajeron 8 litros de orina; este cateterismo fue hecho con la técnica indicada para evitar las hemorragias ex-vacuo. La orina, de color chocolate, exhala un olor repugnante de putrefacción que apesta la sala.

El cuello del útero tiene una evolución hacia arriba, el fondo de saco anterior está aumentado en profundidad, la excavación sacra totalmente ocupada por la matriz grávida retrovertida, y el fondo de saco posterior no existe.

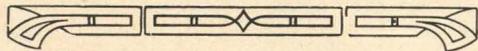
Colocada la enferma en la posición genupectoral se hizo la reducción por el mecanismo ya indicado.

Queda, por último, el tratamiento de las complicaciones vesicales. Una de ellas fue la parálisis del músculo; la vejiga daba cabida a un litro y más de los líquidos del lavado, sin que éstos provocaran la contracción vesical; fue necesario practicar el cateterismo repetidas veces durante los tres días consecutivos a la reducción.

Desde que la vejiga pudo contraerse por su propia cuenta, aparecieron los síntomas claros de cistitis con eliminación de grandes colgajos de mucosa que obstruían la sonda de Nelaton. Las micciones, que llegaron hasta 50 en el día, disminuyeron poco a poco.

Como tratamiento se aconsejó el decúbito ventral y lateral, y para la cistitis se hicieron lavados vesicales con solución de nitrato de plata al 1%.

Al mes de haber llegado la enferma al hospital, salió completamente restablecida, y su matriz, con entero dominio del abdomen, llegaba cerca del ombligo.



NOTA EDITORIAL

La esterilización, decretada en Alemania bajo el régimen dictatorial de Hitler, para todos los degenerados, enfermos mentales, tarados, etc., es uno de los temas de mayor actualidad en las discusiones de los científicos y de los profanos.

No se puede negar que la medida cuenta con más defensores que opositores cuando se considera desde el punto de vista de la razón pura sin entrar en consideraciones morales.

Como medida económica es innegablemente eficiente porque el Estado verá disminuir lentamente los gastos de asilos, manicomios y demás establecimientos costeados por él para atender las miserias fisiológicas.

Las ventajas desde el punto de vista racial son evidentes porque las generaciones futuras estarán depuradas, y si los muertos, como dice Comte, mandan sobre los vivos, mandarán sobre ellas muertos, sanos y fuertes.

Todas estas consideraciones serían verdaderas si la crianza de hombres se regulara por las mismas leyes que rigen la crianza de los animales.

Encontramos en el periódico "Il Lavoro" de Génova (23 de junio de 1934), el siguiente artículo, que nos ha parecido muy interesante:

"Estudio dedicado a los propagandistas de la esterilización:

Hace 300 años vivía en Estados Unidos (Conecticut) un joven abogado llamado Richard Edwards, quien se casó con Isabel Tutuli y algún tiempo después se divorció para casarse con Mary Talcon. Isabel antes de casarse con dicho abogado había llevado una vida poco seria; era motivo de escándalo en su pequeña ciudad, y causa de desesperación para sus padres. No dejó sus vicios después de casada, a pesar de la numerosa prole que le dió a su marido.

Los padres y amigos de Richard Edwards procuraron librarlo de esta mujer diciéndole que estaba enferma y que si no le importaba la

ANEMIA-CLOROSIS-CAQUEXIA PALUDOSA

HIERRO y ARSENICO

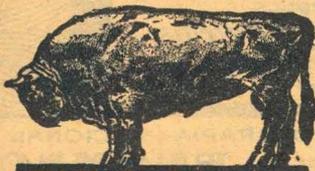
SEROFERRINE

Inyección indolorosa,
una inyección
todos los días

Cada ampolla encierra

Cacod de magnesia	0g.05
Glicerol de Sosa	0, 05
Sulf. de estircina	1/2 mill.
Hierro coloidal	0, 01
Suero fisiológico	1, cc.

Laboratorios CHEVRETIN-LEMATTE. - PARIS



BYLA-PARIS

Opoterapia BYLA

Recomendada por los grandes Profesores de Francia

SIN OLOR

CONSERVACION INDEFINIDA

Ovarina, Tyroidina, Hypofisina, Orquitina, Suprarenina, etc.

BAJO DOS FORMAS NUEVAS REGISTRADAS :

GLANDULAS (Grajeas)

AMPOLLAS

Medicacion Simple, Pluriglandular
y Panglandular



BYLA-PARIS

LOS ESTABLECIMIENTOS BYLA

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

ANTIASMA POLVO FUMIGATORIO
MENTOLADO

Eficaz,
Agradable
é inofensivo.

BENGALAIS

ASMA, ENFISEMA, CATARRO. CORIZA

PIDASE MUESTRAS Y TEXTOS :

Laboratorios FAGARD, 44, Aguesseau, BOULOGNE (Seine) Francia.
DE VENTA EN LAS PRINCIPALES FARMACIAS

Agente: PHILIPPE DUCHAMP.—Apartado, 372—

Bogotá.

Estreñimiento habitual
CASCARINE LEPRINCE

Laxante perfecto
*Acción regular sin habituación ni
irritación consecutiva a su empleo*

AFECCIONES del HÍGADO
ATONIA del TUBO DIGESTIVO

Eumictine

Santalol - Salol - Hexametileno - Tetromina
Antigonocócico - Diurético
Analgésico - Antiseptico

Blenorragia - Cistitis - Nefritis
Pielitis - Pielo - Nefritis - Piuria
3 a 12 cápsulas al día

FOSFOTERAPIA RACIONAL

por el **IRHOMNOIL**

Píldoras y Sacaruro a base de ácido nucleínico
Ampollas a base de Nucleinato de Sosa

y el **NEO-IRHOMNOIL**

a base: de Nucleinato de Estricnina y Cacodilato de Sosa } AMPOLLAS
o de Nucleinato de Estricnina y Metilarsinato de Sosa } COMPRIMIDOS

Afecciones - Infecciones - Convalecencias

Tratamiento racional y científico de la DIABETES

por las
Píldoras del Dr. Sejournet

a base de Santonina

ANTIDIABÉTICAS - RECONSTITUYENTES
sin régimen especial

Una píldora en cada comida

Específico de la Hipertensión

GUIPSINE

en píldoras, a los principios útiles del Muérdago (Gui)

REGULADOR del TRABAJO del CORAZÓN
DIURÉTICO

Antialbuminúrico - Antihemorrágico - Antiescleroso

**MEDICACIÓN ELECTIVA DE TODOS
LOS ESTADOS ESPASMÓDICOS**

Reguladora del Sistema Nervioso Simpático

FREINOSPASYL

2 a 4 comprimidos diarios

Laboratorios del Dr.

Maurice LEPRINCE

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

y todas Farmacias

honra al menos pensara en la salud de sus descendientes. Los habitantes del pueblo aprobaron unánimemente la actitud del abogado cuando pidió el divorcio.

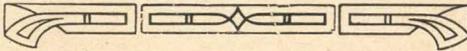
Meses después Edwards se casó de nuevo con una joven de familia distinguida, de un pasado sin manchas y muy religiosa. De este matrimonio nacieron muchos hijos.

El doctor Neuwirth en su estudio presenta la historia de los descendientes de esos dos matrimonios. De uno salieron asesinos, ladrones, desequilibrados, prostitutas. Los vicios y las malas costumbres ascienden por el árbol genealógico... Del otro matrimonio, por el contrario, salieron muchos hombres de ciencia, jueces y políticos eminentes. Luego el racismo y la esterilización van por buen camino, puesto que se pretende que sólo los hombres perfectos se multipliquen; esto será lo que dicen los defensores de la teoría del racismo.

Pero refrenen su entusiasmo. Los asesinos, los ladrones, los desequilibrados, las prostitutas son los descendientes de la pura y noble mujer que hace trescientos años consoló al abogado de las desilusiones de su primer matrimonio. Los 12 profesores de universidades, 60 médicos, 30 jueces, 100 sacerdotes, 75 oficiales del ejército, 80 gobernadores, prefectos y funcionarios de elevada categoría son todos descendientes de la primera mujer del abogado, viciosa e inmoral. De esa mujer tan poco virtuosa desciende uno de los expresidentes de Estados Unidos".

La historia anterior puede ser un buen argumento contra las leyes de esterilización que han dado Alemania y otros países, pero no creo conveniente divulgarla mucho porque también podría probar cosas inconvenientes.

A. A. S.



SEÑORES MEDICOS

Nos permitimos poner en su conocimiento que la primera serie anual de la "Revista Médica de Bogotá" ha terminado con el

Número 512

y por tanto rogamos a ustedes se sirvan cubrir el abono a la segunda serie, que comenzó con el número 513, ya publicado.

Las suscripciones que no estén cubiertas en oportunidad se considerarán canceladas y suspenderemos el despacho.

REVISTA MEDICA DE BOGOTA

Administración:

Editorial CROMOS. Apartado 442. BOGOTA.



VACUNAS Y
Sueros

Schering

Gonargina

M. R.

Vacuna antigonocócica polivalente

Para el tratamiento de la gonorrea, sobre todo casos crónicos y complicaciones. La vacunación curativa por la Gonargina moviliza las adormecidas defensas del cuerpo contra la infección gonocócica y conduce a la curación definitiva de la enfermedad



Envase original:

Cajas con 10 ampollas de 1 c.c.: 4 de 10, 25, 50, 100 millones de gérmenes y 3 pares de ampollas con 200, 500 y 1000 millones de gérmenes. Frascos de 6 c.c. con 100 millones de gérmenes por c.c.

Para muestras y literatura científica favor dirigirse a

LA QUIMICA "Bayet"

WESKOTT & Cia. BOGOTÁ - APARTADO 301

**SISTEMA
NERVIOSO**

NEUROSINE PRUNIER

RECONSTITUYENTE ENERGICO
6, Rue de la Tacherie, PARIS
e farmacias.

ANEMIA * ESCROFULAS * CLOROSIS
APROBACIÓN de la ACADEMIA de MEDICINA de PARIS
Las Auténticas
PÍLDORAS DE BLANCARD
de PARIS (2 á 6 al día)

no se venden sueltas

Exíjanse la Firma y el Rótulo verde

JARABE DE BLANCARD
Inalterable (2 á 3 cucharadas al día)
DESCONFIESE de los SIMILARES INEFICACES
LEUCORREA * LINFATISMO * DEBILIDADES

Con 3 hasta 7 Píldoras, en un día ó ménos, el
KIPSOL evita **CORIZA**
De mucha eficacia en caso de CORIZA de los YODUROS. — BLANCARD, Paris.

POLICLINICA MIGUEL DE ISLA

“PARA TODOS Y PARA CADA UNO”



Servicio de medicina general y tropical, sífilis, venéreas, enfermedades de los niños, de las señoras, obstetricia. Laboratorio clínico. Rayos X.

Permanentes servicios de urgencia diurnos y nocturnos.

Carrera 10, 18-84 - Teléfono 25-56 - Telégrafo POLISLA

Vulvovaginitis Trófica de la Menopausia

LOS emplastos de Antiphlogistine influyen favorablemente en la vulvovaginitis trófica de la menopausia, afección frecuente que hace su aparición después de la menopausia natural o de la castración quirúrgica.

Gracias a su alto contenido de glicerina y a los ingredientes sinérgicos que entran en su composición, la Antiphlogistine obra como un agente analgésico, osmótico, hiperémico y descongestivo, que disminuye la tensión de los tejidos inflamados y alivia el dolor. Los emplastos de Antiphlogistine son casi siempre suficientes para aliviar el prurito y las sensaciones irritantes, que caracterizan este estado.

•
*Muestra y
literatura a
solicitud*

•
ANTIPHLOGISTINE

THE DENVER CHEMICAL MFG. COMPANY
163 Varick Street, Nueva York, E. U. A.

LABORATORIOS CORBIÈRE. PARIS



CYTO-SÉRUM CORBIÈRE
MEDICACION CACODILICA INTENSIVA E INDOLORA

SUS INDICACIONES

NEURASTENIA

INFATISMO - ASTENIA POST-GRIPAL

BRONQUITIS CRÓNICA - ENFISEMA

TUBERCULOSIS - CONVALECENCIAS



CYTO-MANGANOL
CORBIÈRE
MEDICACION MANGANO CALCICA ARSENIADA

SUS INDICACIONES

DESMINERALIZACIÓN EN GENERAL

Y EN PARTICULAR DESCALCIFICACIÓN

CONVALECENCIAS DE LAS ENFERMEDADES

INFECCIOSAS

ASTENIAS - FATIGA

ADELGAZAMIENTO



HÉMO CYTO-SÉRUM
CORBIÈRE
MEDICACION FERRO-CACODILICA INTENSIVA E INDOLORA

SUS INDICACIONES

ANEMIAS POST-HEMORRAGICAS - CLOROSIS

LEUCEMIAS - CAQUEXIA - CONVALECENCIAS

DESPUES 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 días - o cada dos días* ●

Agente para anuncios en Europa: J. PERRIN - Société Mutuelle de Publicité - 14 rue Rougemont, Paris.