

Revista Médica de Colombia

DIRECCION: DOCTOR AGUSTIN ARANGO - DOCTOR DARIO CADENA

GRUPO DE REDACCION:

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

CUERPO DE COLABORADORES EN BOGOTA:

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

EN LOS DEPARTAMENTOS:

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

Vol. I - N.º 5 - Bogotá, Colombia, S. A. - Diciembre 1930

20 Cvos.

ENDOIODINA^{M.R.}

(Diyoduro de hexametilaminopropanol)



Yodo orgánico inyectable.

SUSTITUTO IDEAL DE LA MEDICACION INTERNA.
Reemplaza de un modo ideal la medicación yodurada interna. Por su magnífica tolerancia y pronto efecto, se presta muy especialmente para el tratamiento del asma bronquial, afecciones arterioescleróticas sifilíticas y meta-sifilíticas aun tratándose de pacientes sensibles al yodo.

ENVASE ORIGINAL: Cajas de 10 Ampollas de 2 c. c.

Para muestras y literatura científica favor dirigirse a

QUIMICA INDUSTRIAL

Bayer Meister Lucius

WESKOTT & Cía. - APARTADO 301. - BOGOTA

CONTENIDO:

	Págs.
HISTOLOGIA PATOLOGICA DEL RINOSCLEROMA, por los doctores Daniel Brigard Herrera y Juan Pablo Llinás.....	277
NUEVO PROCEDIMIENTO PARA LA EXPOSICION RADIOLOGICA DE LAS VIAS URINARIAS, por el doctor Gonzalo Esguerra Gómez.....	284
AMIGDALECTOMIA POR DISECCION DE LA GLANDULA (METODO AMERICANO), por el doctor Agustín Arango...	291
SÍFILIDES TERCIARIAS (El caso clínico del mes), por el doctor Manuel José Silva y el señor Camilo Borrego.....	297
EL PIAN EN FLORENCIA (Caquetá), por el doctor Luis A. González García (De Gigante).....	299
EDITORIAL.....	302
DEONTOLOGIA.....	304
TERAPEUTICA RAZONADA.....	309
CRONICAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA.....	312
CRONICA DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS.....	314
CRONICA DEL HOSPITAL DE SAN JOSE.....	317
LIBROS Y REVISTAS.....	319
VOCES DE APLAUSO.....	336

CONDICIONES:

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

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

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

SULFARSENOL

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

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



DE VENTA EN TODAS LAS DROGUERIAS DEL PAIS

'CEREGUMIL'

FERNANDEZ

Alimento completo vegetariano
a base de cereales y leguminosas.

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

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

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

Revista Médica de Colombia

PUBLICACION MENSUAL

DIRECCION

DR. AGUSTIN ARANGO

— DR. DARIO CADENA

Vol. I | Bogotá - Colombia, S. A. Diciembre de 1930 | N.º 5

HISTOLOGIA PATOLOGICA DEL RINOSCLEROMA

POR LOS DOCTORES

DANIEL BRIGARD HERRERA—JUAN PABLO LLINAS

El examen histológico del rinoscleroma muestra una infiltración abundante de aspecto granulomatoso localizada especialmente en la región hipodérmica (figura 1), caracterizada por la presencia de numerosos y variados elementos de inflamación. Se encuentra sostenida por una verdadera armazón de colágeno que forma una

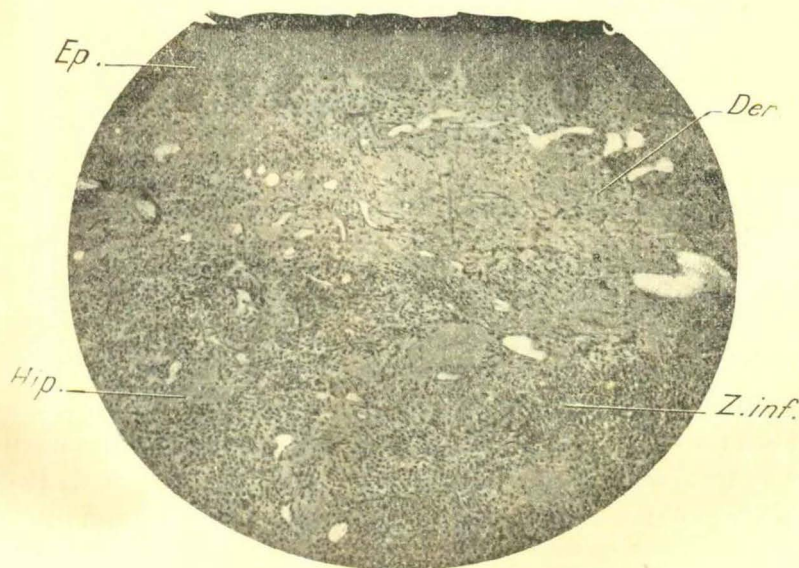


FIGURA N.º 1.—Pequeño aumento que muestra: Ep., Zona superior o epitelio. Der., Zona media o dermis. Hip., Zona inferior o hipodermis, infiltrada por elementos inflamatorios.

trama fibrosa y resistente (figura 2), irrigada por numerosos vasos cuya pared presenta una constitución diferente según sea el calibre respectivo.

El epitelio que cubre la región mencionada presenta en algunos puntos fenómenos de paraqueratosis muy limitados y sin mayor importancia. Entre éste revestimiento y la zona hipodérmica se in-

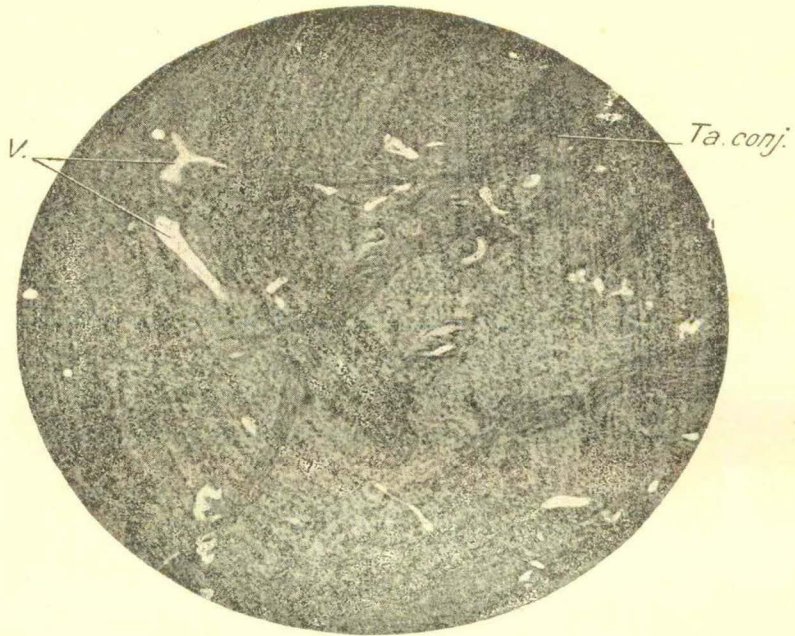


FIGURA N.º 2.—Ta. Conj., Armazón fibrosa en forma de tabiques conjuntivos.
V., Vasos.

terpone el dermis que está discretamente invadido por los elementos inflamatorios vecinos.

Las células que infiltran las regiones mencionadas son abundantes y polimorfas; en efecto, encontramos (figura 3) linfocitos, células plasmáticas comunes, grandes, medianas y pequeñas (plasmocitos), células plasmáticas con granulaciones oxífilas, células de Russel, monositos, polinucleares neutrófilos, lipoblastos y algunas células gigantes.

Los elementos predominantes son las células plasmáticas medianas, que invaden por doquier las zonas afectadas, y las células de Russel, que en cantidad muchísimo menor se encuentran

acompañadas por células plasmáticas con granulaciones oxífilas.

Estas tres variedades celulares, derivan todas de un linfocito y presentan además un carácter común que las pone de manifiesto y permite distinguirlas en muchos casos: es la constitución de su núcleo cuya descripción para mayor claridad daremos en seguida. Se presenta bajo forma esférica u ovoide (figura 3 Pl); general-

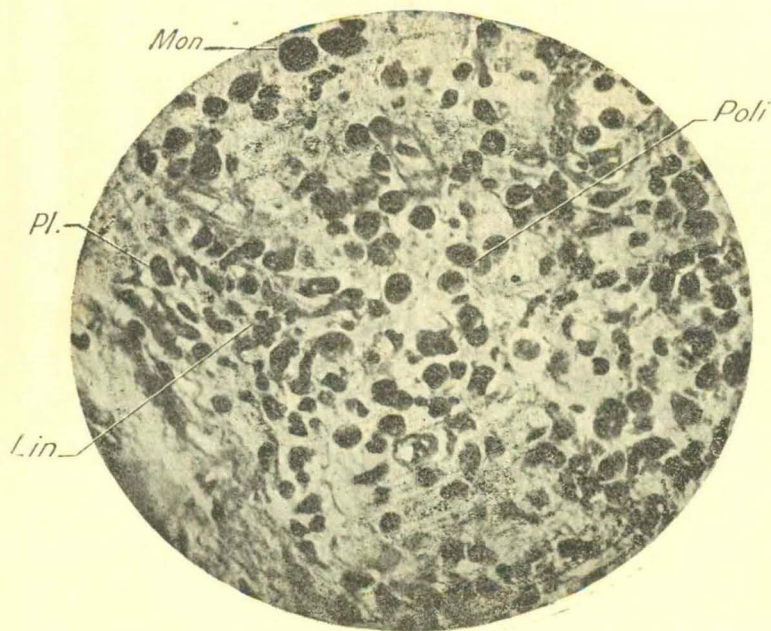


FIGURA N.º 3.—Pl., Células plasmáticas medianas. Poli., Polinucleares neutrófilos. Mon., Monocitos. Lin., Linfocitos.

mente único, cuando existen dos o tres son de tallas desiguales; su cromatina se encuentra agrupada en bloques poliédricos, aplicados contra la membrana nuclear; pueden verse de frente o de perfil, de lo que resulta unos espacios claros y otros oscuros que semejan un tablero de damas, con cuadros irregulares, unos blancos y otros negros. Algunos autores dicen que la cromatina se dispone como los radios de una rueda; esto no nos parece exacto, pues si hay casos en que los espacios libres quedan entre los distintos bloques y toman por eso esta forma, no es la cromatina misma la que se dispone de esta manera. Por consiguiente es sobre una imagen negativa y más bien rara, que hacen esta comparación desde luego inaceptable.

Estos caracteres del núcleo, que siempre se conservan, permiten reconocer fácilmente las células mencionadas, pues el protoplasma en ocasiones es tan irregular, que presenta a la célula bajo un aspecto totalmente distinto.

Células plasmáticas.—La célula plasmática presenta una talla variable, que oscila entre 10 y 15 micrones. En el rinoscleroma, predomina la forma mediana, que tiene aproximadamente 15 micrones. Su núcleo, ya descrito, está generalmente exéntrico. El citoplasma de forma poliédrica, con sus ángulos redondeados, es marcadamente basófilo, encierra un condrioma abundante, representado por mitocondrias y condiocontos colocados al rededor del núcleo. Al lado del condrioma, en el seno del líquido que llena las vacuolas del citoplasma, se encuentran los granos de segregación, que nacen, crecen y se maduran en este líquido y se disuelven allí mismo para ser excretados, bajo forma de productos solubles. Además de los granos de segregación, algunas células presentan en su citoplasma granulaciones diversas, que no se deben confundir con los primeros. Estas últimas comprenden formaciones citoplasmáticas de reacción colorante específica, cuya existencia es más o menos prolongada, en tanto que los granos son productos temporales, que se renuevan continuamente durante la vida de las células. Es debido a la existencia de estos granos de segregación que Renaut las consideró como células glandulares ragiocrinas.

Células de Russel y Oxifilas.—Las células de Russel (figura 4) se caracterizan por la presencia en el interior de su protoplasma, de una substancia con aspecto gelatinoso, acidófila, agrupada frecuentemente bajo forma de esferas. Estos cuerpos fueron, vistos primero, al estado libre por Cornil, Alvares y Russel, quien las consideró como parásitos, agentes patógenos del cáncer; pero luego se comprobó que eran elementos intraprotoplasmáticos, puestos en libertad por degeneración celular; se identificaron éstas con las células plasmáticas y se conservó el nombre de células con cuerpos de Russel.

La talla de estos elementos es variable, pero oscila al rededor de 39 micrones; el protoplasma reducido a una delgada capa periférica, encierra el núcleo que a pesar de encontrarse casi siempre aplanado, debido a la presión ejercida por los cuerpos intraprotoplasmáticos,

conservan su disposición cromática característica, y fácilmente se reconocen los bloques de cromatina, agrupados en la forma ya descrita.

La substancia de los cuerpos de Russel, cuya constitución química no se conoce, presenta un aspecto homogéneo, refringente y mate, que podría asemejarse a una gota de gelatina, ablandada y henchida por el agua. Su morfología es muy variada, son generalmente hemisféricos, otras veces ovoides, lanseolados o defor-

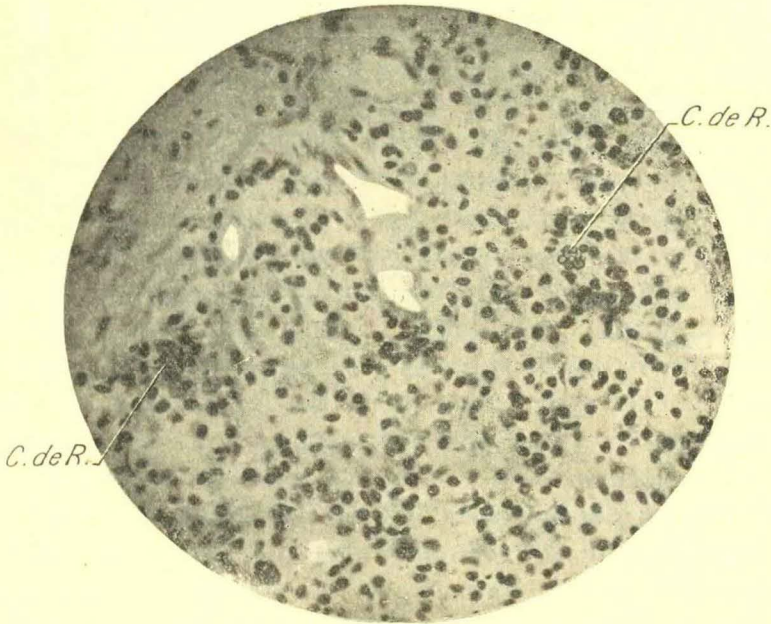


FIGURA N.º 4.—C. de R., Células de Russel.

mados por las presiones que soportan entre sí. El tamaño oscila entre el de una hematía y el de un mononuclear, son tanto más pequeños, cuanto más numerosos; es frecuente encontrar uno solo que invade todo el protoplasma celular.

Estos cuerpos tienen una afinidad manifiesta por los colorantes ácidos; sin embargo, en algunos casos se observan modificaciones que indican un cambio desconocido en su constitución: por ejemplo, usando la coloración hemateina, eosina, o la mezcla Romano-wsky-Giemsa, no es raro que algunos se presenten, intensamente coloreados en el centro, pálidos en la periferia; otros se encuentran teñidos en amarillo o amarillo verdoso.

La célula de Russel, tiene como origen el linfocito y como intermediario la célula plasmática de granulaciones oxífilas.

El linfocito salido de los vasos y destinado a transformarse en plasmazellen, no presenta ningún carácter especial, es simplemente el elemento indiferente, listo a evolucionar según sea el medio en que se encuentre. Su multiplicación se hace siempre por carioquinesis, pero una vez que se transforma en plasmazellen, pierde la facultad de dividirse indirectamente; constituye esto la primera característica, no encontrar figuras de carioquinesis en las células plasmáticas oxífilas. Estas células presentan en su protoplasma abundantes granulaciones esféricas u ovalares más grandes que las de los leucocitos, marcadamente eosinófilas que probablemente por fusión van aumentando de volumen, a tal punto que es difícil decir en un momento dado si se trata de una célula de Russel con cuerpos muy pequeños, o si es un plasmazellen oxífilo con las granulaciones muy desarrolladas.

Algunos autores consideran estas células y las de Russel como una degeneración hialina de los plasmazellen comunes; no podemos admitir tal concepción, pues no existe ningún signo que autorice a considerarlas como elementos degenerados; muy al contrario, creemos que sean el índice de una función secretora exaltada en los plasmazellen. En cuanto a la explicación de la presencia de estos elementos en la lesión, es bastante difícil, como lo es la producción de las eosinofilia locales. Podríamos pensar que ciertas condiciones modifiquen los plasmazellen, y hagan aparecer las granulaciones oxífilas y que exaltándose esta acción, se obtengan los cuerpos de Russel. Estas condiciones pueden ser realizadas por la desorganización de los tejidos atacados.

La desaparición de estas células se hace por fagocitosis o por degeneración; si lo primero, son las células conjuntivas, fijas o móviles que obran a la manera de macrófagos, si lo segundo, la degeneración se manifiesta por la picnosis del núcleo y la vacuolización del protoplasma.

Las células de Russel y las oxífilas, como todas las células plasmáticas, son inmóviles, y sólo sufren los desplazamientos provocados por los elementos vecinos.

• Dijimos que las células inflamatorias están sostenidas por una

armazón de tabiques conjuntivos; en efecto, se observa una trama, de fibras dispuestas, con alguna regularidad y que constituyen haces más o menos largos (figura 2), que se entrelazan y a veces se continúan con los de los otros grupos. Es éste el esqueleto fibroso extendido especialmente en la región hipodérmica, que da a la lesión la dureza y resistencia características.

Los vasos (figura 2) destinados a irrigar las zonas afectadas, sufren también la acción del proceso inflamatorio: hemos podido observar que esta acción se manifiesta de una manera diferente en los vasos de pequeño y de mediano calibre. En los primeros, la pared presenta una constitución rudimentaria y extremadamente simple, y aun cuando en algunos casos parece que haya sido reemplazada por el tejido inflamado, si se hace un examen cuidadoso se encuentra dicha pared reducida solamente a un endotelio de aspecto embrionario. Los segundos presentan su calibre bastante reducido, debido a una hiperplasia de sus tunicas media y adventicia, que están intensamente invadidas por la infiltración; sobre todo ésta última, que en algunos casos es difícil distinguirla del tejido que la rodea.

CONCLUSION

Podemos considerar histológicamente el rinoscleroma como un granuloma localizado en las zonas hipodérmicas, caracterizado por una infiltración poliforma en la cual predominan: células plasmáticas medianas, células de Russel y células plasmáticas con granulaciones oxífilas. El todo sostenido por una trama abundante de colágeno, irrigado por vasos de mediano y pequeño calibre; los primeros con sus tunicas externa y media infiltradas y aumentadas de espesor, los segundos constituídos solamente por un endotelio embrionario.

NUEVO PROCEDIMIENTO PARA LA EXPLORACION RADIOLOGICA DE LAS VIAS URINARIAS

POR EL DOCTOR

GONZALO ESGUERRA GOMEZ

Los adelantos hechos en el radio-diagnóstico durante los últimos diez años han sido en su mayor parte de técnica y de instrumentación, y los progresos realizados en esta rama de la radiología se deben casi en su totalidad a la mejor interpretación que, por su experiencia personal y perfeccionamiento de los aparatos, dan hoy a los exámenes radiológicos los médicos que se ocupan de esta especialidad. En realidad sólo se han hecho dos descubrimientos importantes en este lapso de tiempo: el de Graham, Cole y Copher en 1923 de una sustancia opaca a los rayos X que se elimina por la bilis y permite la visualización radiológica de la vesícula biliar; y el de Lichtenberg y Swick en noviembre de 1929 de otra sustancia opaca que se elimina por la orina y permite la visualización radiológica del aparato urinario.

El procedimiento de Graham-Cole se emplea hoy diariamente en los exámenes de la vesícula biliar, y gracias a él las enfermedades vesiculares pueden diagnosticarse en la actualidad en un 85 por 100 de los casos (1).

La pielografía puede hacerse hoy sin recurrir al cateterismo ureteral, gracias a una inyección intravenosa de la nueva sustancia descubierta: el uroselectan.

La colecistografía no entró en la práctica corriente sino después de uno o dos años de su descubrimiento, de la misma manera que la pielografía intravenosa no se usará sistemáticamente antes de un año. Pero así como la colecistografía se impulsó porque

(1) «Revista Médico-Quirúrgica de los Hospitales», número 26. «La radiología de la vesícula biliar».

vino a llenar un gran vacío en los estudios radiológicos, la pielografía intravenosa se impondrá en corto tiempo porque reemplaza con ventaja la pielografía hecha con ayuda del cateterismo ureteral.

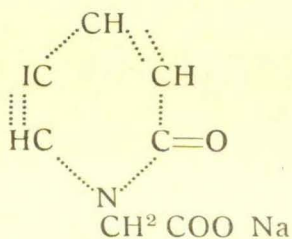
Historia.—Las investigaciones hechas con el objeto de encontrar una substancia opaca a los rayos X que no fuera tóxica para el



organismo y que al eliminarse por la orina permitiera la visualización del aparato urinario, comenzaron desde el año de 1923. Diversas substancias fueron experimentadas en esa época por Rowntree, Osborne, Sutherland y Scholl; en 1924 por Rosenstein y Lichtenberg, y en 1925 por Volckmann. Pero ninguno de estos autores logró una finalidad práctica, y solamente Roseno en mayo de 1929 obtuvo resultados bastante halagadores, aun cuando no

completamente satisfactorios, con el empleo de la urea asociada con yoduro de sodio. Pero los trabajos que dieron más tarde un resultado definitivo comenzaron con el uso del selectan neutro preparado por el profesor Binz y el doctor Rath y que se empleaba en el hospital de Altona para combatir las infecciones producidas por cocos. Swick y Lichtenberg ensayaron este nuevo producto y poco tiempo después lo sustituyeron por el uroselectan, preparado también por Binz y Rath. El 5 de noviembre de 1929 los doctores Lichtenberg y Swick publicaron en el número 45 de la *Klinische Wochenschrift* su primera comunicación al respecto, hecha al noveno congreso de la sociedad alemana de urología reunido en Munich en esa época.

El uroselectan.—El uroselectan es un derivado de la piridina con 42 por 100 de yodo en combinación orgánica (Sal sódica del 2 oxi-5-yodo piridina-N-ácido acético, que tiene la siguiente fórmula:



Es un polvo blanco, soluble en el agua y sin causticidad ninguna. Por este motivo cuando al poner una inyección intravenosa de esta substancia una parte del líquido penetra fuera de la vena, los pacientes sólo experimentan un dolor de poca intensidad que desaparece momentos después. La solución en agua al 40 por 100 tiene un color carmelito muy semejante al líquido de Graham. El organismo humano puede tolerar sin inconveniente hasta 180 gramos de uroselectan, lo cual prueba su poca toxicidad. Los exámenes radiológicos se hacen inyectando 40 gramos de uroselectan disueltos en 100 c. c. de agua, dosis que como se ve está muy lejos de la cantidad que puede tolerar el organismo humano. Esa gran tolerancia es debida a que la enorme proporción de yodo que tiene el medicamento se encuentra en combinación orgánica. Al cabo de 8 horas (Macheboeuf y Mme. G. Lévy) el 95 por 100 del yodo ha sido eliminado sin sufrir ninguna transformación. La

substancia se elimina casi en su totalidad por la orina, en un lapso de tiempo relativamente corto (1 a 3 horas en casos normales) y a una concentración suficiente para permitir que los cálices, las pelvis renales, los ureteres y la vejiga den una sombra apreciable en las placas radiográficas. También permite apreciar la función renal, basándose en las sombras radiográficas obtenidas y en la cantidad de yodo eliminada.

Técnica de la pielografía.—El uroselectan se encuentra en el comercio en frascos de 40 gramos, con los cuales se prepara la solución acuosa. Para esto se disuelven los 40 gramos en 100 c. c. de agua tibia bi-distilada y esterilizada; se filtra luego dos veces, y se esteriliza en baño maría durante 20 minutos. El líquido así preparado se inyecta en una de las venas del pliegue del codo en un lapso de tiempo que varía de 3 a 6 minutos y teniendo el cuidado de calentarlo a la temperatura del cuerpo. Lichtenberg aconseja inyectar primero la mitad de la solución y dos minutos después la otra mitad; pero como los resultados son los mismos y no hay peligro ninguno al hacerlo, es preferible inyectar toda la solución en una sola vez. El doctor Emilio de la Peña sostiene que los resultados son casi idénticos inyectando sólo la mitad de la substancia, es decir, 20 gramos en 50 c. c. de agua. En uno de los enfermos examinados por nosotros solamente inyectamos 50 c. c. de la solución, y en realidad las radiografías fueron casi iguales a las que se obtienen después de la inyección de 100 c. c. de la substancia.

Terminada la inyección se toma una radiografía, y se sigue tomando placas con intervalos de 15 minutos por espacio de una hora y cuarto. Lichtenberg aconseja tomar tres placas: a los 15, a los 45 y a los 75 minutos de terminada la inyección. De la Peña toma una sola radiografía en el momento en que la orina adquiere su mayor densidad. En todo caso la mejor de las radiografías se obtiene en el momento del máximo de eliminación, pero como éste es muy variable, nos parece preferible tomar varias placas con intervalos de 10 a 15 minutos. En los casos que hemos examinado hasta ahora nos ha parecido que las mejores radiografías se obtienen casi siempre en los primeros quince minutos que siguen a la inyección.

Los resultados obtenidos.—La primera comunicación la hicieron

los doctores Lichtenberg y Swick después de haber practicado la pielografía a 119 enfermos, entre los cuales se contaban niños y ancianos, enfermos con nefropatías dobles, prostáticos, cardiopatas y tuberculosos. En ninguno de ellos se presentaron complicaciones atribuibles al uroselectan, y en todos los casos obtuvieron pielografías suficientemente claras para hecer un diagnóstico. En ningún paciente observaron trombosis en el sitio de la inyección, y como efectos secundarios sólo anotan un caso de vómito y otro de temblor de poca intensidad. D después de la comunicación de Swick y Lichtenberg se siguieron haciendo publicaciones por los radiólogos que ensayaban el procedimiento aun cuando sólo lo hubieran hecho en uno o dos casos. En Francia, Legueu, Fey y Truchot presentaron a la Sociedad de Urología (diciembre 16 de 1929) dos casos examinados por este procedimiento, con resultados radiográficos satisfactorios y sin accidente ninguno; y H. Béclere, Porcher y Robert Henry presentaron en el mes de febrero otra comunicación al respecto. Tuvimos ocasión de ver la primera de las pielografías intravenosas tomada por H. Béclere, y desde ese momento quedamos convencidos de los buenos resultados del procedimiento y de los ningunos peligros que presentaba: era una enferma muy debilitada y que padecía de un cáncer de la vejiga; como se trataba del primer caso, y como además fue muy difícil poner la inyección, no se pudieron inyectar sino 70 c. c. de la substancia y una parte de ésta penetró fuera de la vena. A pesar de todas estas dificultades se obtuvieron buenas imágenes de las pelvis renales, los cálices y la vejiga, y la enferma no presentó complicación de ninguna clase.

En ese mismo mes Kielleuthner, de Munich, publicó sus observaciones en el mismo sentido de las anteriores, e hizo notar que la forma de los ureteres en estas pielografías era menos regular y más incurvada, indudablemente porque el procedimiento empleado era mucho más fisiológico que el del cateterismo.

Pasteur Vallery - Radot, A. Nemours, J. Dalsace y M. Dérot en el estudio presentado en marzo de este año, hacen anotar que en los enfermos se presentan con frecuencia durante la inyección calores en el periné, sequedad en la boca, frío en las extremidades, etc., pero que estas sensaciones desaparecen poco después.

Truchot habla del calor que se presenta en la cara 15 minutos después. Este calor en la cara lo señalan casi todos los experimentadores, y algunos anotan también la sensación de sed. En los enfermos que hemos examinado, esas sensaciones (que no se presentan en todos los pacientes) han sido muy variables: en algunos calor en la cara; en otros sequedad en la boca; en otro ligera sensación de trastorno al levantarse de la mesa, y en casi todos dolor en la parte superior del brazo donde se pone la inyección. Como se ve, todos los autores están de acuerdo en la ninguna toxicidad y falta de peligros de la inyección intravenosa de uroselectan. Haret, Constantinesco y Picarda (julio 8 1930, Soc. de Rad.) hablan de un caso operado al día siguiente de la inyección y en el cual no encontraron ninguna lesión renal atribuible al uraselectan.

En cuanto a los resultados obtenidos, todos están de acuerdo en que casi en la totalidad de los enfermos examinados, las sombras radiológicas permiten una visualización más o menos nítida (según los casos) de las pelvis, los cálices, los ureteres y la vejiga; que esas imágenes en los casos normales son menos nítidas que las obtenidas por cateterismo; y que en los casos patológicos y principalmente en las obstrucciones ureterales de cualquier naturaleza, las sombras radiológicas son muy nítidas. Sin embargo, como las pielografías obtenidas con este procedimiento son un poco distintas de las que se hacen con cateterismo, las interpretaciones radiológicas no podrán ser suficientemente exactas hasta que la práctica constante del nuevo método dé mayores conocimientos al respecto. Pero a pesar de la falta de experiencia, los diagnósticos radiológicos son en la mayoría de los casos muy ilustrativos. En los enfermos examinados por nosotros hemos podido comprobar un funcionamiento fisiológico reno-ureteral en varios casos; una ptosis con acodadura del ureter en otro; una tuberculosis renal en un caso; y el primero de todos (hecho en mayo de este año) nos dio un dato muy interesante: se trataba clínicamente de un cáncer del riñón, y en todas las radiografías pudimos ver la sombra de un inmenso riñón del lado enfermo, por el cual no se eliminaba nada de la substancia opaca. Del lado opuesto se veía el riñón de tamaño normal, y la pelvis, los cálices y el ureter se

habían hecho visibles por la eliminación de la totalidad de la sustancia por ese lado. Aparte de la comprobación del diagnóstico clínico, la pielografía sirvió en este caso para demostrar que toda la eliminación renal se hacía por el riñón sano.

CONCLUSIONES

El nuevo procedimiento de examen del aparato urinario después de la inyección intravenosa de uroselectan, permite en la mayoría de los casos obtener imágenes suficientemente claras de las pelvis renales, los cálices, los ureteres y la vejiga.

Esas imágenes son por lo general menos nítidas que las obtenidas después de un cateterismo, pero en su mayoría suficientes para hacer un diagnóstico.

Este examen es de un innegable valor en aquellos casos en los cuales es imposible hacer un cateterismo ureteral.

Como el procedimiento es menos molesto que el del cateterismo y su inocuidad es absoluta, es casi seguro que con el perfeccionamiento de la técnica y una mayor experiencia de los radiólogos, pueda reemplazarlo dentro de algún tiempo en casi todos los casos.

AMIGDALECTOMIA POR DISECCION DE LA GLANDULA (METODO AMERICANO)

POR EL DOCTOR

AGUSTIN ARANGO

Instrumental.—Baja-lengua-2 pares de tijeras largas y puntigudas-pinza de garras especial para el efecto-cuchillo largo y recto-separador del pilar del velo del paladar-pinzas hemostáticas apropiadas.

Preparar unas bolitas de algodón, del tamaño aproximado de una amígdala, sumergiendo el algodón en agua esterilizada y luego exprimiéndolo para poder darle la forma de bolas.

Preparación del enfermo.—La mañana de la operación el enfermo no debe desayunar. Media hora antes de ir a la sala de cirugía se le pondrá una inyección de morfina-escopolamina, la cual refuerza la anestesia local y modera la nerviosidad del paciente.

Anestesia.—La anestesia puede ser general o local.

Anestesia general.—Esta anestesia sólo se debe emplear en las personas muy pusilánimes. Para evitar los inconvenientes de que la sangre se vaya a las vías respiratorias se debe usar un aspirador (de agua o eléctrico), con el cual el ayudante va absorbiendo la sangre a medida que se vierte. La anestesia se hace con éter. El éter se pone en el frasco de un termo-cauterio; al tubo de desprendimiento del frasco se le adapta una sonda de Nelaton, la cual se introduce por la nariz del enfermo. El anestesista sostiene la anestesia a pequeños golpes de bomba.

Anestesia local.—La anestesia local es la que se usa generalmente. El mejor modelo de jeringas para esta anestesia es el que fabrica la Casa Sharp and Smith de Chicago. La solución anestésica que da mejores resultados es la *Cocaina*. La cantidad que se debe inyectar es de unos 3 cc. en cada glándula.

Principiar la anestesia por el polo superior, inyectando especialmente el surco comprendido entre el borde interno del pilar anterior y la amígdala; luégo inyectar a todo el rededor de la glándula. En el pilar el anestésico puede formar una gran ampolla que desaparece rápidamente.

Operación.—Los americanos, que suelen emplear muchos ayudantes en sus operaciones, prescinden de ayudante en esta operación.

El cirujano debe llevar un espejo frontal simple de iluminación posterior.

Para comodidad de la descripción distinguiremos 7 tiempos en la operación:

1.º Con la pinza de garras coger fuertemente la amígdala por su polo superior y tirarla hacia afuera.

2.º Pasar la pinza a la mano izquierda y con el cuchillo hacer una incisión en el fondo del surco que separa el pilar de la amígdala.

3.º Por la brecha abierta meter la punta de las tijeras cerradas e ir las abriendo cuidadosamente, de manera que al separarse las dos ramas vayan disecando; al mismo tiempo la mano izquierda tira de la amígdala hacia afuera. Pronto se encuentra el plano de separación. La aponeurosis aparece hacia atrás como una lámina blanca.

4.º Aprovechar este intersticio para inyectar cocaína detrás de la glándula.

5.º Una vez terminada la disección, la glándula queda únicamente adherida por su pedículo inferior; si queda fácil se corta con las tijeras y si no con el asa fría.

6.º Una vez sacada la glándula, limpiar bien la celda con las bolitas de algodón, cogidas con una pinza hemostática, y observar bien si quedan restos glandulares, los cuales se cogen con una pinza y se quitan con la tijera.

7.º Enjugar de nuevo y observar los vasos que sangran; ponerles una pinza hemostática y ligarlos con cat-gut cromado muy delgado. Cuando se ha seguido bien el plano de separación el enfermo sangra poco.

Este último tiempo de la operación parece un poco difícil pero con alguna práctica puede hacerse fácilmente de la manera si-

guiente: después de colocar la pinza en el vaso que sangra se hace un nudo doble que coja en el interior de su asa el mango de la pinza y se va conduciendo y cerrando con los dedos índices, hasta que cierre completamente al llegar al pedículo; no es necesario hacer sobrenudo. Algunos cirujanos no ligan los vasos, limitándose a calmar la hemorragia por medio de la compresión. Este método, apesar de ser inferior al anterior, no da malos resultados.

El abre-boca sólo se usa en las operaciones con anestesia general.

El baja lengua es muy poco útil.

El separador del velo del paladar sólo se usa al principio de la operación en el momento de hacer la incisión, para poder ver bien el surco que separa el pilar de la amígdala.

Cuidados post-operatorios.—El enfermo debe ser transportado de la sala operaciones a su cama en un carrito.

Cuando ha sido operado por la mañana, pasará todo el día sin comer. Por la noche se le puede dar helado, sopa caliente, leche y líquidos.

Acostarlo boca-abajo, poniéndole una almohada en el abdomen; en la cabecera, en lugar de almohada, se le pone un hule cubierto por una toalla suave. Se le recomendará al enfermo permanecer con la boca abierta, dejando correr libremente la saliva; además, se le recomendará quietud y no toser. Esta posición tiene la ventaja de impedir que la saliva llegue hasta el istmo de las fauces provocando el reflejo de la deglución, que es tan doloroso para los enfermos.

El enfermo permanecerá siete horas en esta posición; después se le dejará tomar la posición que quiera en el lecho.

Un cuarto de hora antes de darle algún alimento se le dará un papel de 0.20 centigramos de aspirina en polvo, procurando dejarla caer lo más atrás posible de la lengua y recomendándole que no degluta y que no tome agua en seguida. La aspirina dada en esta forma anestesia bastante bien la región dolorosa y permite al enfermo comer sin mucho dolor.

El desayuno del día siguiente puede consistir en una bebida caliente y en algunas naranjas. Para el almuerzo y la comida se

puede hacer un menú muy variado con sopa, purees de legumbres, gelatina, huevos pasados por agua, jugos de frutas, etc. Al tercer día el enfermo puede volver a su alimentación habitual.

Durante el primer día nada de gargarismos. El segundo día hacer cada dos o tres horas un gargarismo con agua-sal caliente, seguido inmediatamente de otro de agua helada.

El tercer día, hacer con frecuencia gargarismos con una solución antiséptica suave (cloramina T).

Las hemorragias secundarias no son raras y algunas veces bastante serias; se presentan generalmente del cuarto al séptimo día, pudiéndose presentar hasta diez días después de la operación. Su tratamiento consiste en barnizar la celda con una solución de cocaína con adrenalina y hacer en seguida una compresión fuerte con una bolita de gasa o de algodón, sostenida por unas pinzas.

Hempstead, tiene un aparato muy cómodo, que fabrica la casa Sharp and Smith, para hacer esta compresión. El aparato consiste en una pinza que tiene en una de sus ramas una bola metálica del tamaño de una amígdala y en la otra rama una superficie plana. La bola metálica se forra en gasa y se aplica sobre la celda que sangra, la otra rama de la pinza queda por fuera y se apoya en la rama ascendente del maxilar inferior; por medio de un tornillo se va cerrando suavemente la pinza hasta hacer una buena compresión. Dejarla en el sitio unos diez minutos.

SIFILIDES TERCIARIAS (EL CASO CLINICO DEL MES)

POR

el doctor MANUEL JOSE SILVA y el señor CAMILO BORREGO

El día 23 de mayo de 1929 nos fue presentada por el entonces médico hospitalario de la clínica dermatológica del Hospital de San Juan de Dios, doctor Misael A. Machuca, una enferma, S. B., de 40 años de edad, natural de Ventaquemada, que acababa de obtener su boleta de admisión.

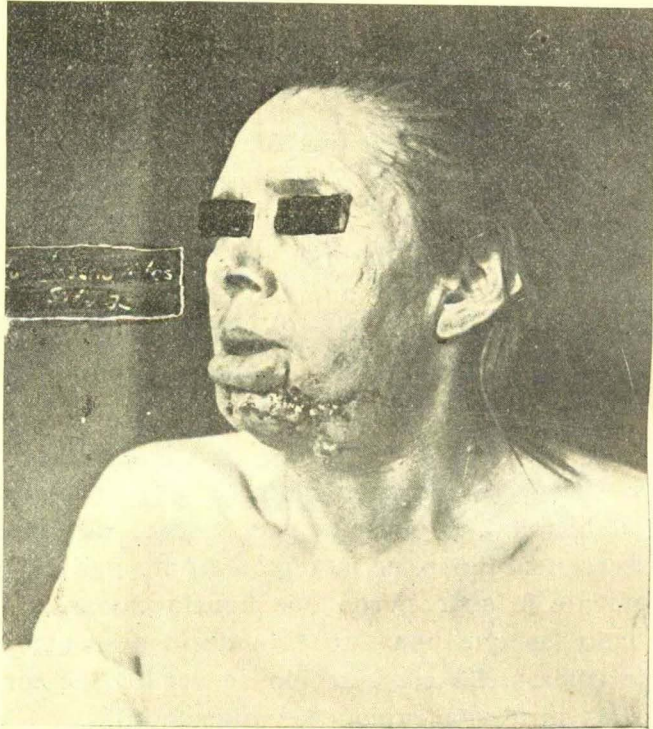
Interrogada acerca de sus antecedentes patológicos, refería que cuando pequeña tuvo las fiebres eruptivas propias de la infancia, y ya adulta, notó la aparición de lesiones ulcerosas en las regiones genitales, las que secretaban una serosidad amarillenta.

Comienzo y evolución de la enfermedad.—Ocho meses antes de su ingreso al hospital, la paciente fue víctima de dolores intensos, verdaderas neuralgias, de la región fronto-parietal izquierda. Consecutivamente le aparecieron dos tumefacciones en la mejilla del mismo lado, las que una vez reblandecidas se ulceraron y se cubrieron de costras. La cicatrización se verificó en corto tiempo y como huellas obsérvanse manchas pigmentarias.

Transcurrido algún tiempo, al rededor de dos meses, hicieron su aparición pequeños y numerosos nódulos, duros, firmes, como incrustados en los tejidos profundos, unos; otros, salientes, aislados o agrupados en placas. Los menos terminaron por absorberse; otros acabaron por reblandecerse y ulcerar la piel que los cubría.

Descripción de la lesión.—Como lo muestra la fotografía que de dicha paciente publicamos, la mitad izquierda de la cara aparece manifiestamente deforme. El labio inferior grueso y caído; la región mentoneana, y en general las partes blandas que cubren la

rama horizontal del maxilar inferior, considerablemente aumentadas de volumen; se ven prominencias debidas a infiltrados duros, en masa y nodulares, indicio de un proceso crónico. El examen de cerca de la lesión localizaba formaciones gomosas reblandecidas, abiertas en sus cimas por ulceraciones redondas, de bordes delgados, de coloración roja, cortados a pico. Por los orificios se escapaba constantemente un líquido amarillo purulento,



poco espeso. Surcos profundos recientemente cicatrizados de color cobrizo separaban los elementos neoformados. Se observaba rubicundez inflamatoria del tegumento, y se podían señalar numerosas costras, poco adherentes, de color amarillo, consecuencia de recientes procesos destructivos. Las lesiones descansaban sobre una base indurada, pastosa y la presión despertaba en la enferma ligera sensación de dolor.

Inspección general.—S. B. se encontraba anémica; las masas musculares bastantes borradas; enflaquecimiento apreciable. Alo-

pecia parcial. Tenía algunos dientes y muelas dañados. A causa de la inflamación del labio la enferma experimentaba enorme dificultad para comer y hablar. No se encontraban infartaciones ganglionares. Trismus persistente.

Diagnóstico.—Los antecedentes de la enferma y signos anotados eran bastantes para insinuar un diagnóstico de probabilidad, más nó de certidumbre. Las ulceraciones genitales que tuviera en su juventud; las cefalalgias vesperales; las formaciones inflamatorias; los nódulos abiertos y cerrados, la coloración *jamón* de las cicatrices; la evolución relativamente rápida de la afección con tendencia a frecuentes recidivas, movían a pensar en *lesiones sifilíticas terciarias*. El Wassermann, que resultó positivo total y el tratamiento a que fue sometida, confirmaron las sospechas.

Forzoso era pensar al analizar el caso, en entidades caracterizadas por lesiones gomosas, tuberculo-ulcerosas, o simplemente nodulares. Pasaremos por alto, por habernos ocupado recientemente del asunto, las gomas esporotricósicas y tuberculosas (1) para referirnos exclusivamente a la *actinomicosis* en su forma cutánea primitiva; a la lepra tuberculosa y a la leishmaniosis nodular.

La *actinomicosis* tiene de ordinario la apariencia de un nódulo hipodérmico, de superficie rosada, duro e indoloro que se reblandece en el centro y se ulcera, pero en lugar de salir pus se escapa una secreción sanguinolenta. El orificio que se forma, permanece fistuloso. No existen infartaciones ganglionares. El trismus que presentaba la enferma, motivo de esta historia, hizo pensar en dicha entidad, pero en la secreción no se encontraron los granos propios de la afección.

La procedencia de la enferma habrá podido hacernos pensar en una lesión de origen hanseniano de forma tuberculosa. Es la cara un sitio habitual de manifestaciones tuberculosas de la lepra, pero ésta en la generalidad de los casos es más difusa, bilateral, simétrica, y el tubérculo no reviste un carácter inflamatorio. Su superficie es lisa, su aspecto grasoso, su color rosado pálido y al reabsorberse el tubérculo deja una cicatriz esclerosa, queloidiana o aplanada.

(1) *Revista Médica de Colombia*, N.º 4.

La *leishmaniosis*, principia por una pequeña pápula que se cubre de costras espesas, negruzcas o amarillentas; por debajo se forma una úlcera redondeada, de bordes poco levantados; de fondo granuloso, cuyo exudado bien escaso por cierto no presenta carácter de gangrena. Trátase de una serosidad sanguinolenta que se escapa de úlceras de color rojo escarlata. Estas tienen tendencia a generalizarse y a producir mutilaciones, notorias en algunas partes como en el pabellón de la oreja y en la nariz.

Tratamiento.—El tratamiento que fue eficaz, consistió en 5 inyecciones de Cianuro de Mercurio de 0,02 centigramos por c. c. por vía venosa. Luégo se le puso 914 principiando la serie por 0,15 centigramos y continuada hasta alcanzar la dosis de 0,75 centigramos, se repitió esta dosis hasta completar diez inyecciones de 914, se puso por vía intramuscular, una inyección de Me-surool, con lo cual se consiguió la mejoría deseada y la enferma pudo abandonar el servicio.

EL PIAN EN FLORENCIA (CAQUETA)

POR EL DOCTOR

LUIS A. GONZALEZ GARCIA (De Gigante)

Es de importancia manifiesta, en esta región que apenas cuenta con veinticinco años de vida, el problema sanitario en lo que se refiere al *Pian*, enfermedad que causa muchos estragos entre los labriegos y gente humilde, que desconocen por completo la noción de higiene.

Trataremos de contribuir con datos que hemos obtenido durante nuestra permanencia en esta ciudad.

El *Pian* es una enfermedad característica de los trópicos, conocida con el nombre de *yavos* en las colonias inglesas; de *frambuesia* por los italianos y alemanes y *bubas* en Venezuela. En esta región es conocida por el de *pepas* e impropriamente *sífilis*. Producida por el *treponema pertenue* de Castellani, agente que se encuentra en la lesión primaria y en las pápulas, pasa luego al bazo y a la médula, pero no se le encuentra en la sangre. Enfermedad infecciosa, contagiosa, se le encuentra en los países situados en esta zona y cuya altura no excede de ochocientos metros. La altura de Florencia es la de doscientos ochenta y tres metros sobre el nivel del mar y su temperatura media de treinta grados centígrados; por consiguiente, siendo el clima y la altura propicios, la infección se extiende fácilmente a todas las edades y sexos. Hasta hace algunos diez y seis años aproximadamente, esta población no estaba infestada; de esa época para acá se comenzaron a ver los primeros casos con la inmigración de los colonos de las orillas del río Amazonas, sobre todo de los negros de Quinoró, pueblito situado en las orillas del río Caquetá, siendo la raza negra la más apta para recibir el contagio; en cambio mencionaremos la resistencia y hasta cierto punto la inmunidad

casi absoluta de los indios huitotos, coreguajes, andaquíes, etc., tribus de naturales semi-salvajes, que pueblan las regiones del Caquetá y el Amazonas; en cambio en los hijos de indio con meztizo o blanco, la inmunidad desaparece y la receptividad aumenta.

La evolución de la enfermedad es característica. La lesión inicial que se puede comparar con el chancro sifilítico, no es indurada, pero sí dolorosa, infarta los ganglios linfáticos sin llegar por esto a supurarlos. Este período no tiene tiempo limitado: hemos visto enfermos en quienes dura dos semanas y en otros varios meses. Después del período de incubación que oscila entre quince o veinte días durante el cual existe malestar, dolores osteócopos, reumatoides, cefalea y temperatura de treinta y ocho y treinta y ocho y medio, aparece la lesión primaria en el sitio de inoculación, efectuada por las moscas, chinches, etc. El contagio puede efectuarse por contacto con individuos enfermos.

La lesión primaria es una pápula que crece y se ulcera en el curso de ocho a diez días, luégo se recubre de una costra amarilla debajo de la cual se encuentra pocos días después una ulceración de bordes limpios y de fondo granuloso que puede llegar a la cicatrización mediante un tratamiento enérgico o ya sin él, convertirse en una masa granulomatosa (*pepa*) característica del período secundario.

El período secundario puede presentarse antes de que cicatrice la lesión inicial, apareciendo entre el primer y el tercer mes después de la lesión primaria. Durante este período, el estado general está atacado; el enfermo se queja de cefalea, dolores musculares, óseos y articulares con fiebre del tipo intermitente. En este momento aparece la erupción secundaria, formada por pápulas diseminadas, redondas, de las cuales las más desarrolladas alcanzan el tamaño de una moneda de centavo, de coloración parduzca, o de hoja muerta, son generalmente planas, pero se encuentran algunas en las cuales la superposición de capas costrosas les da una forma más o menos cónica. La consistencia de tales pápulas es variable según el tiempo de que date la enfermedad sin tratamiento; se encuentran blandas, hasta las de consistencia córnea; enfermos hemos tratado en quienes al compro-

bar la dureza de las costras de las pápulas (*pepas*) una pinza de vivisección resbala sin obtener ninguna partícula de costra. En este estado las pápulas no son dolorosas sino pruriginosas. En cuanto a su localización no tienen sitio preferente en el cuerpo, respetan los pliegues, de resto invaden toda la piel, aun los tegumentos cubiertos por pelos como el cuero cabelludo, cejas, barba, etc. En algunos pacientes la localización en las plantas de los pies y palmas de las manos los incapacita totalmente para llevar a cabo sus ocupaciones.

El período terciario es en cierto modo inconstante; no lo hemos visto con todos los signos clínicos que algunos autores lo describen asimilándolo a los ataques terciarios de la sífilis. Si bien es cierto que se presentan neuralgias, neuritis, y todo el cortejo de los síntomas que indican lesiones de degeneración de los centros nerviosos, en cambio se presentan con mucha frecuencia, artritis especialmente de las falanges de los dedos, osteitis y periostitis. Hemos encontrado en varios enfermos tumefacciones óseas del tamaño de una nuez, en el borde anterior y cara anteroexterna de la tibia, que ceden fácilmente al tratamiento apropiado. En este estado el paciente está profundamente anémico, sin fuerzas para el trabajo, y en un estado de apatía considerable.

A nuestro modo de ver la profilaxis es sencilla y las autoridades sanitarias deben dar una atención importante, dando conferencias en las cuales se recalque el aseo del cuerpo, las viviendas menos invadidas por los animales domésticos, cuidar cualquier herida de los tegumentos, la buena alimentación, y por fin la destrucción de las moscas y las chinches que son los vectores de esta enfermedad que en los últimos años ha sido un verdadero flagelo restando a la región elementos jóvenes, la cual redundando en perjuicio para la agricultura y el progreso de esta rica región del Caquetá llamada a ser el granero y la tierra de promisión del Departamento del Huila.

EDITORIAL

Muchas veces hemos clamado por la necesidad de orientaciones seguras que en el campo científico definan el puesto que nos corresponde y que estamos obligados a señalar, dadas nuestras características. Siempre han existido esfuerzos generosos e inteligentes de personalidades que el medio no ha podido abatir y esporádicamente han aparecido trabajos que no constituyen obra completa, pero que sirven de estímulo y de consulta para las nuevas generaciones.

Manuel Uribe Angel, Josué Gómez, Demetrio García, Juan de Dios Carrasquilla, Montoya y Flórez, Toro Villa, Emilio Robledo, José María Montoya, Julio Manrique, Gil J. Gil, Peña Chavarría, para solo enumerar representativos médicos de distintas épocas, responden a un afán demostrado de hacer obra científica. Pero esos son lo menos. El reconocimiento de nuestra abulia para toda acción continuada la hemos acomodado a la influencia tropical y amparados por esa disculpa vemos pasar los años sin que se inicie una reacción vigorosa que sacuda el ambiente mental colectivo.

La conformidad ha constituido el estado de alma permanente. Y no falta raciocinio. De todo nos damos cuenta. Es que el estimulante y el ejemplo han sido deficientes. No hemos tenido trabajadores científicos en el campo propicio a la perpetuidad, o sea en el de la labor escrita, excepción hecha de lo que anotábamos antes. Todos hemos conocido a lo largo de la vida universitaria capacidades y preparación sorprendente en algunos de nuestros profesores que como tales han tenido la oportunidad de difundir los conocimientos en sus discípulos, en aquellos afortunados que los han escuchado, pero a sabiendas de que tan bella influencia no alcanza más allá y está condenada a perdurar muy poco.

Precisa un concepto más definido del ideal científico. Hay que formarlo. Se impone la nitidez acerca de cosas que no pueden discutirse. Nuestra democracia está clasificada en el concierto de las naciones latinas de América, como un pueblo de baja cultura. El porcentaje de iletrados es vergon-

zoso y si a esto se agrega el descuido en la formación de una élite capacitada para orientar a las masas, al menos, humanamente, alguna disculpa podríamos alegar para engañarnos.

Es cierto que del número crecido de doctores que nuestras universidades dan anualmente solo muy poco corresponden a la labor orientadora que están llamados a cumplir. La inmensa mayoría hacen de su capa un sayo y siguen rindiéndole culto a esa despreocupación e indiferencia que enmarcó el cuadro de su vida universitaria.

Todo esto quiere decir que necesitamos inquietudes en todos los campos y a todas las horas; que dándonos cuenta de nuestros deberes como colombianos tenemos que sacar adelante el nombre científico que debemos tener; que de la continua agitación de ideas viene el resultado apetecido, porque no es posible continuar viviendo en medio de una pasividad completa, cuando el mundo hierve y vive más, quien más arde.

Es por eso que hemos visto con singular simpatía el movimiento generoso de juventud que un grupo de la nueva generación médica ha emprendido con la fundación de esta revista en donde ellos quieren aprisionar el pensamiento propio, para hacer conocer por este medio nuestra acción estudiosa en los centros científicos del mundo. Y en verdad que este grupo selecto de médicos jóvenes ha iniciado su salida al campo de la investigación y divulgación científica con el deseo vehemente de obrar y despertar actividades. Por eso han llamado a los viejos y a los muchachos para que los unos con su experiencia y los otros con su empuje y entusiasmo, vayan cristalizando la obra autóctona. Por eso, también, piden y quieren la colaboración de los médicos del país, porque como movimiento de fe en las fuerzas vivas, esperan su reacción y su influjo potente.

Si nuestro pensamiento pudiéramos resumirlo en forma de consejo para este grupo de médicos que han dado muestras de confianza en sí mismos, les diríamos tan solo que no dejen de tener presente que la constancia es la virtud más escasa entre nosotros.

A. VILLA ALVAREZ

DEONTOLOGIA

SECCION A CARGO DEL DOCTOR

DARIO CADENA

Terminamos en el presente número con las disposiciones que reglamentan tanto el ejercicio profesional como el establecimiento e inspección de las farmacias. Hemos salido de la parte mas árida pero indispensable de la Deontología; ahora continuaremos hablando asuntos más amenos y de grande interés.

Artículo 54. En las capitales de los Departamentos será nombrada la Comisión Inspectorá por una Junta compuesta por el Director Departamental de Higiene y dos miembros idóneos nombrados por el Gobernador del Departamento, y tendrá las mismas funciones de las demás comisiones de inspección.

Artículo 55. En las demás poblaciones del Departamento de Cundinamarca se efectuará la visita de inspección por el Director Departamental de Higiene y un farmacéutico de la población, nombrado por el Gobernador.

Artículo 56. Para facilitar las visitas de inspección, las comisiones respectivas llevarán un registro de las farmacias que existan, con indicación de sus directores y su ubicación.

Artículo 57. En caso de diferencias, éstas se anotarán en el acta. Si no se corrigieren, se publicará el acta respectiva, a fin de examinar en una nueva próxima visita si se han llenado.

Artículo 58. Es prohibido a los farmacéuticos divulgar los secretos que por el ejercicio de su profesión lleguen a conocer.

Artículo 59. Los farmacéuticos directores serán responsables de la pureza y buena conservación de las drogas que se vendan, y de las que se empleen en la preparación de fórmulas, lo mismo que de los errores y negligencias que ocurran en el establecimiento.

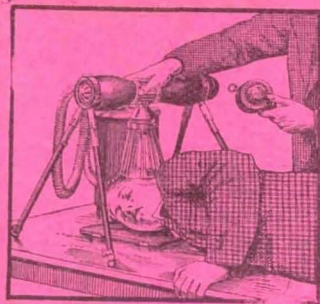
Artículo 60. Se prohíbe a los farmacéuticos recibir fórmulas en clave o en signos secretos que hagan sospechar connivencia con las personas que los firman, para provecho mutuo.

PHILIPS

METALIX

Aparato de RAYOS X
PORTATIL

PARA RADIOGRAFIA Y RADIOSCOPIA



Para
hospitales
y
médicos
en
general



Infórmese:
PHILIPS S. E. T.

APARTADOS: Nacional 273 BOGOTA
Aéreo 3637

TELEFONOS: 63-52 y 63-97

5957

DR. JORGE ROSAS CORDOVEZ

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

LABORATORIO PARTICULAR DE RA-
DIODIAGNÓSTICO Y RADIOTERAPIA
SUPERFICIAL Y SEMIPENETRANTE

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

TELEFONO 81-30

Despacho de fórmulas

Artículo 61. Están autorizados para firmar recetas los médicos titulados cuyo título esté convenientemente registrado; los estudiantes de medicina de último año, los dentistas y los veterinarios. Podrán despacharse para las parteras autorizadas por título, materiales de curación, antisépticos de uso corriente, elementos de sutura y otros elementos usuales en los partos para uso externo. En ningún caso medicamentos para uso interno ni ampollitas para inyecciones.

Artículo 62. Toda farmacia debe mantener en lugar visible una lista autorizada de la Dirección Nacional de Higiene con los nombres de los médicos, dentistas, veterinarios y parteras diplomadas, cuyos títulos hayan sido convenientemente registrados.

Artículo 63. Ninguna farmacia está obligada a despachar fórmulas de personas que no estén comprendidas en la lista expresada, ni de personas suspendidas en el ejercicio de su profesión por autoridad competente.

Artículo 64. Toda receta despachada será copiada en el libro especial que se lleva en toda farmacia. Si la receta contiene sustancias tóxicas, narcóticas o peligrosas, se guardará en el archivo, anotando al respaldo la causa de su archivo, y puede darse de ella una copia si lo exige el interesado.

Artículo 65. Toda sustancia vendida y toda fórmula despachada será sellada con el sello de la farmacia, en donde constará el nombre de la farmacia, el de su director y su situación.

Artículo 66. Toda farmacia se proveerá de rótulos blancos y rojos. Los primeros deben usarse para preparaciones de uso interno, y los segundos para los de uso externo. Cuando no se especifique el modo de empleo de la preparación y no pueda consultarse al facultativo, se pondrá lo que se deduzca de la fórmula y de los componentes de la preparación.

Artículo 67. Cuando se trate de sustancias tóxicas para uso externo que se vendan sin receta, se expresará sobre el rótulo la condición de veneno, y con el signo de tóxico, una calavera sobre dos fémures cruzados.

Artículo 68. Se prohíbe a los farmacéuticos terminantemente cualquiera adulteración de sustitución o adición en una fórmula, sin autorización de la persona que la formuló.

Artículo 69. Cuando el farmacéutico director encuentre en una fórmula una dosis exagerada o peligrosa, un error por inadvertencia o

por descuido, consultará a la persona que la firma y no la despachará en tanto que la misma persona no ponga al pie *revisada y ratificada*.

Artículo 70. Se despacharán con fórmula médica las sustancias que a juicio de la Dirección Nacional de Higiene necesiten ese requisito.

Artículo 71. Ninguna fórmula que encierre sustancias narcóticas, venenosas o peligrosas, será repetida sin autorización escrita de la persona que la formula.

Droguerías

Artículo 72. Se denominan droguerías las casas de comercio que se dedican a la venta de drogas, productos químicos o especialidades farmacéuticas, o a todos los elementos a un mismo tiempo. Entran en esta designación las fábricas de productos químicos destinados al uso farmacéutico.

Artículo 73. Las droguerías existentes en el territorio de la República serán sometidas a las siguientes condiciones:

a) Las droguerías existentes y las que se establezcan en lo futuro se inscribirán en un registro especial que llevará la Dirección Nacional de Higiene, y quedan sujetas a las inspecciones que efectuarán las comisiones señaladas para ese fin. La inscripción será previa para las droguerías que se abran en lo futuro.

b) Las droguerías no pueden vender drogas, productos químicos o especialidades sino al por mayor. Para los efectos indicados se entiende por venta al por mayor en materia de drogas o productos químicos, cantidades que no bajen de una libra, y tratándose de especialidades, cantidades no menores de media a una docena de frascos o paquetes. La venta de cantidades menores se considerará como ejercicio ilegal de la farmacia.

Artículo 74. En ningún caso las droguerías podrán despachar recetas.

Artículo 75. Es prohibido a las droguerías vender sustancias venenosas que no sean para farmacias, para la industria o para la destrucción de insectos, y en esos casos llevarán un registro para tales ventas, en el cual figuren el nombre del comprador, el uso al cual se destinan o el nombre del farmacéutico Jefe que pide esos productos.

Artículo 76. Los droguistas son responsables de la pureza de los productos que venden sin que puedan tener excusa de que hayan sido engañados o inducidos a error por terceros.

Artículo 77. Los diversos productos que venden deben ser clasifi-

cados convenientemente, rotulados de manera clara, no admitiéndose enmendaduras ni contrarrótulos.

Artículo 78. En los rótulos debe expresarse claramente el nombre de la droguería, su situación y el nombre del producto.

Especialidades farmacéuticas

Artículo 79. Se denominan así los medicamentos compuestos cuyas copias no se encuentren en las farmacopeas usuales, o aquellas cuya fórmula esté inscrita en ellas, pero tienen modificaciones que cambian de modo esencial la preparación oficial.

Artículo 80. Solamente los droguistas y farmacéuticos pueden vender esta clase de medicamentos y conforme a las condiciones que en seguida se expresan:

Artículo 81. Toda especialidad farmacéutica para poder ser vendida necesita tener la licencia de la Comisión de Especialidades, y la constancia de dicha licencia debe hacerse notar en el rótulo, o sobre un marbete especial fijado sobre la envoltura o sobre el frasco del medicamento, y el marbete debe llevar el número de la licencia para poder compararlo en la visita de inspección con la licencia original.

Artículo 82. Se prohíbe en absoluto la venta de remedios secretos; por tanto, la fórmula debe constar en los documentos de solicitud de licencia en todas las especialidades y sobre el rótulo en aquellas respecto de las cuales lo haya ordenado así la Comisión de Especialidades Farmacéuticas.

Artículo 83. Es prohibida la propaganda pública de aquellas especialidades respecto de las cuales lo haya prohibido la Comisión de Especialidades.

Artículo 84. No podrán venderse sin prescripción médica aquellas especialidades que, según concepto de la Comisión de Especialidades, deban despacharse con esa condición.

Disposiciones complementarias

Artículo 85. Las farmacias están obligadas a tener en su despacho todos los elementos que constan en las normas dadas para farmacias de primera o de segunda clase.

Artículo 86. Las farmacias no podrán despachar fórmulas para uso interno, firmadas por dentistas.

Artículo 87. Es permitido a los farmacéuticos despachar las fórmulas firmadas por dentistas para uso local, en las afecciones de la boca,

anestésias locales, desinfectantes, tópicos materiales de curación y jeringuillas hipodérmicas. Los tópicos deben ser rotulados para aplicaciones de la boca.

Artículo 83. Toda receta de partera deberá ser copiada con la anotación del nombre de la partera, y solamente será despachada cuando esté firmada en la misma fecha en la cual se solicita la preparación.

Sanciones

Artículo 90. La infracción a las disposiciones de la presente reglamentación serán castigadas con las siguientes penas, según el caso:

1º Apercibimiento.

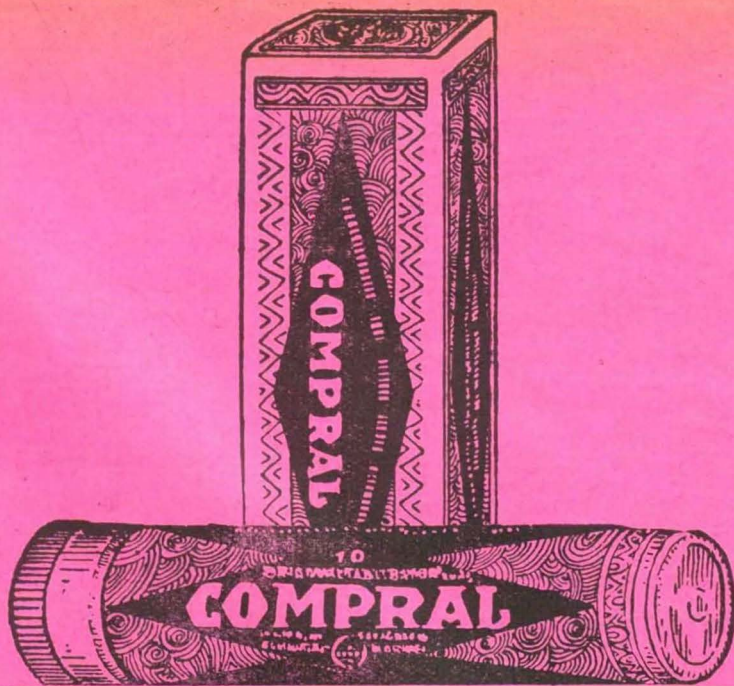
2º Multas de 50 a 500 pesos.

3º Clausura del establecimiento hasta por seis meses.

4º Inhabilitación profesional hasta por tres años.

En caso de reincidencia, las penas que se apliquen serán publicadas expresando el nombre del establecimiento.

Estas sanciones las podrá imponer el Director Departamental de Higiene en vista de los informes de las comisiones visitadoras.



COMPRAL

Marca registrada

(Tricloroetanoluretano dimetilaminofenazona)

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

Prescribese:

Tubitos de 10 tabletas de 0,5 g.

Embalaje original

Marcas



registradas

Para muestras y literatura científica favor dirigirse a

Química Industrial

Bayer Meister-Lucius

WESKOTT & Cía. — Apartado 301 - Bogotá

ARSAMINOL

(Sal arsenical pentavalente)

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

S I F I L I S

Pian - Tripanosomiasis - Botón de Oriente - Paludismo

F O R M A S :

Ampollas de "ARSAMINOL"

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

Arsaminol infantil

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

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

AGENTES GENERALES: ANDRES SEYS & PANNIER, Calle 16, No. 99.

Teléfono 31-93 - BOGOTA

VITASTERINE

B y L A

VITAMINA D estandarizada

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

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

De venta en todas las Droguerías y Farmacias

Agentes Generales:

ANDRES SEYS & PANNIER

APARTADO 1063 - BOGOTA

TERAPEUTICA RAZONADA

SECCION A CARGO DEL DOCTOR

AGUSTIN ARANGO

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

MEDICAMENTOS ANTISÉPTICOS DEL TUBO DEGESTIVO

La digestión química es ayudada poderosamente por otra digestión hecha por bacterias. La presencia de algunas bacterias es absolutamente necesaria para la digestión.

La antisepsia del tubo digestivo se debe dividir en dos partes: la del tubo digestivo superior y la del inferior.

En la del superior no se tiene en cuenta el estómago porque en este órgano no hay flora microbiana que contribuya a la digestión. En el estado normal no existen fermentaciones gástricas; existen solamente cuando hay un obstáculo en el piloro que le impide al órgano vaciar su contenido en el duodeno; por esto el tratamiento de la dispepsia flatulenta no se puede hacer por medio de antisépticos y pertenece al dominio de la cirugía. Sólo los medicamentos que tiendan a asegurar una evacuación rápida se deben emplear.

La digestión bacteriana principia en el duodeno y termina en el recto.

Las grasas escapan a la digestión bacteriana. Los hidratos de carbono la sufren en el estado normal. Las albúminas sólo empiezan a ser atacadas en el intestino grueso por dos razones: la primera, porque el medio ácido del intestino delgado lo impide, y la segunda porque pasan demasiado aprisa por esta porción del tubo digestivo.

MEDICACIÓN ÁCIDA INTESTINAL.—1) Acido láctico officinal. Adul-

tos de 10 a 20 gramos; niños un gramo por año de edad. Formularlo en poción o limonada.

2) Bacterioterapia láctica.

3) Medicaciones antiamilolíticas.

Como hemos visto, es en el ciego donde las albúminas y los hidratos de carbono sufren la fermentación, la cual converge a la putrefacción.

Los microbios de esta flora son amilolíticos o proteolíticos. Al estado normal las albúminas sufren un ataque proteolítico moderado. Si la proteolisis es muy exagerada las deposiciones se hacen muy fétidas; esto sucede en dos casos: cuando hay estasis intestinal y cuando hay colitis.

Las secreciones biliar y pancreática terminan por digerir una gran cantidad de bacterias; por consiguiente cuando hay una gran proteolisis debe haber alguna insuficiencia de estas glándulas.

Puede haber estasis sin colitis o con colitis; en el segundo caso la mucosa está inflamada y exuda una serosidad amarillosa que favorece la fermentación y la putrefacción.

Para diagnosticar los excesos de proteolisis tenemos los siguientes signos: deposiciones diarreicas abundantes, negras, fétidas y alcalinas; en la orina se encuentran el fenol y el escatol en abundancia. De esto se deduce que a los enfermos se les debe prohibir las albúminas animales, tales como leche, huevos, etc.; la base de la alimentación debe ser para ellos los hidratos de carbono. Para evacuar de ese intestino las sustancias tóxicas se deben usar purgantes y laxantes alcalinos (sulfato de soda y de magnesia).

Los medicamentos se deben usar temporariamente porque ellos también pueden producir una colitis.

Entre los antisépticos más eficaces podemos citar los siguientes:

CALOMEL, de 0,10 a 0,20 gramos. Darlo siempre en obleas. Es muy irritante. No emplearlo en los niños.

NAFTOL B, 0,25 a 0,50 gramos.

BENZONAFNOL, 2 a 6 gramos, en polvo o en poción.

CLORAMINA T. 0,10 a 0,30 gramos.

La medicación ácida está muy indicada, pues en medio ácido la pululación microbiana no se puede producir. Esta es la medicación de elección en los niños. La bacterioterapia es una medicación ácida; con ella se trata de aclimatar el bacilo láctico que no existe en el tubo digestivo, para modificar su flora; pero si se quiere aclimatar este bacilo es necesario dar un alimento que favorezca su desarrollo; este alimento es la LACTOSA.

Para Metchnikoff es el bacilo búlgaro el que puede pulular mejor.

El bacilo bifidus no es ácido pero en el lactante, donde es normal, impide la putrefacción intestinal. Se puede usar bajo la forma de leches fermentadas.

Los bacilos en pastillas y comprimidos pierden totalmente su virulencia y son por consiguiente **COMPLETAMENTE INACTIVOS**.

Los hidratos de carbono fermentan en medio ácido y con frecuencia producen flatulencias en el estómago; éstas se deben tratar con los alcalinos.

Los gases y fermentaciones intestinales son producidos en algunas ocasiones por los feculentos, cuando forman la base principal de la alimentación; el tratamiento consiste en cambiar esta por otra a base de carne.

CRONICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

A continuación reproducimos el contrato firmado por el doctor Eduardo Santos, Ministro de Relaciones Exteriores y el doctor Carlos Esguerra, rector de la facultad de Medicina de Bogotá, en nombre del gobierno colombiano y de dicha Facultad por una parte, y por S. E. el señor Alfred Blanche enviado extraordinario y ministro plenipotenciario de Francia en nombre de los profesores interesados y en el cual se expresa las condiciones que deben cumplir estrictamente cada una de las partes contratantes.

Para subvenir a los gastos que causa dicha misión el parlamento votó la partida de \$ 10.000, la Junta de Beneficencia ofreció \$ 3.000, la Dirección General de Lazaretos \$ 3.000 y el resto lo proporciona la Facultad de los fondos de los laboratorios.

Se ha convenido lo siguiente:

1.º Una misión francesa, compuesta del profesor Latarjet, de la Facultad de Medicina de Lion; del doctor Durand, subdirector del Instituto Pasteur de Túnez; y de un tercer especialista, cuya designación se espera de parte del profesor Regaud, se compromete especialmente a reorganizar los trabajos prácticos de anatomía y medicina operatoria, los servicios clínicos del Hospital de San Juan de Dios y la enseñanza práctica en los laboratorios de la Facultad. Esta misión se reunirá bajo la presidencia del rector de la Facultad de Medicina; y, además de la obra de organización ya indicada, deberá resolver las consultas que sobre puntos especiales le haga la facultad, la junta general de beneficencia, los directores generales de lazaretos y de higiene nacional, y, en fin, presentar antes de retirarse un informe de conjunto sobre sus labores al ministerio de educación nacional.

2.º Cada uno de los miembros de la misión deberá permanecer cuatro meses completos en el país, llegar a Bogotá para el primero de marzo a más tardar y no ausentarse antes del primero de julio

3.º Los miembros de la misión deberán abstenerse estrictamente de toda práctica particular durante su permanencia en Colombia.

4.º Cada uno de los miembros de la misión recibirá por estos cuatro meses de permanencia en Colombia una remuneración mensual de mil pesos (\$ 1,000) o sea un total de cuatro mil pesos (\$ 4,000) y además viáticos de mil pesos (\$ 1,000) para la venida y mil pesos (\$ 1,000) para el regreso, o sea dos mil pesos (\$ 2,000) para el viaje completo; en total, seis mil pesos (\$ 6,000) que representarán todo lo que tiene que entregarles las autoridades colombianas, sin que pueda exigirse, en ningún caso, cualquier indemnización suplementaria ni reembolso alguno fuera de lo ya estipulado.

5.º A título de anticipo, se girará por cable a cada uno de los miembros en Francia una suma de dos mil pesos (\$ 2,000) con tiempo suficiente para los preparativos de viaje y para que puedan tomar todas las disposiciones de orden material que implique una ausencia prolongada.

6.º En lo que se refiere al especialista en cuestiones de laboratorio y lazaretos, el gobierno colombiano se reserva la facultad de exigirle eventualmente la prolongación de su permanencia con el objeto de realizar estudios más detenidos sobre la lepra en condiciones que serán definidas ulteriormente de común acuerdo.

En fe de lo cual las partes contratantes ya mencionadas firman y sellan el presente, que será respaldado y confirmado por los tres profesores franceses a su llegada a Bogotá. Antes de firmar el ministro plenipotenciario de la república francesa ha tenido a bien reiterar el compromiso que suscribe en nombre de sus compatriotas para el perfecto y completo cumplimiento de la tarea que quieren confiarles las autoridades colombianas que han contribuido a la constitución de la misión.

Hecho en Bogotá, en cuatro ejemplares, dos de ellos en español y los dos restantes en francés, a diecinueve de diciembre de mil novecientos treinta.

EDUARDO SANTOS

Ministro de Relaciones Exteriores.

ALFRED BLANCHE, Ministro Francés.

CARLOS ESGUERRA, Rector de la Facultad de Medicina.

CRONICA DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

SECCION A CARGO DEL SEÑOR

GUILLERMO LARGACHA

Consulta de enfermedades de la piel.—Por iniciativa de los doctores José Manuel Silva y Gonzalo Reyes G., Profesor y Jefe del servicio respectivamente de la Clínica de enfermedades de la piel, se ha establecido la consulta externa de afecciones dermatológicas, que llena una necesidad de las imperiosas del servicio hospitalario. Allí, bajo la competente dirección del Profesor y del Jefe del Servicio, son atendidos oportunamente todos aquellos casos que no requieren una hospitalización inmediata.

Funciona la consulta en un local especial arreglado de acuerdo con las necesidades de la especialidad, y los enfermos son atendidos de 10 a 12 de la mañana los miércoles de cada semana. En dicho local hay una mesa de examen para los enfermos y una gradería desde la cual el estudiante puede escuchar cómodamente las conferencias que allí se dicten y presenciar el examen del enfermo. Anexa a la sala de conferencias se encuentra otra, dotada de aparatos modernos para el tratamiento de las afecciones de esta especialidad y donde el estudiante puede, bajo el control del Jefe del Servicio y del señor Interno, hacer las distintas aplicaciones terapéuticas que previamente se han indicado. Para dar una idea del resultado tan benéfico que este servicio representa, debemos anotar que según datos que amablemente nos ha suministrado el doctor Reyes, en las consultas que hasta el presente se han hecho, se han atendido más de doscientos casos. Próximamente se instalará un aparato moderno dotado con servicio de rayos X.

Felicitemos sinceramente a los doctores Silva y Reyes G., por tan laudable iniciativa que a más de poner a los enfermos en condiciones de beneficiarse de sus inestimables servicios, facilitan al

estudiante la oportunidad de cimentar mejor la preparación en la especialidad que en otras condiciones les sería difícil conseguir de una manera satisfactoria.

No podemos pasar inadvertida la eficaz cooperación que para el logro de este benéfico servicio, ha tenido el señor Director del Hospital, doctor Rafael Ucrós, quien con celo envidiable ha dedicado lo mejor de sus energías en conseguir todo lo necesario para hacer del Consultorio Externo un servicio ideal.

Un caso clínico interesante.—En el Servicio de Clínica de Ginecología del Profesor doctor Rafael Ucrós, hemos encontrado el caso clínico que en seguida relataremos y que ha despertado nuestra atención por tratarse del segundo que en dicho servicio se operó obteniendo la curación de la enferma, pues en el primero la enferma murió algunos días después.

Se trata de la enferma M. de J. L., de veintidós años, casada, quien llega al servicio el 26 de septiembre del presente año. Como antecedentes, encontramos en la historia clínica del servicio, que esta enferma ha tenido tres partos a término y dos abortos entre el cuarto y quinto meses; en el primer aborto la enferma hizo fiebre alta y presentó síntomas dolorosos en la fosa ilíaca izquierda, que atribuyó a una inflamación del ovario; en el segundo aborto los síntomas aparecen con caracteres más marcados y apenas mejora resuelve venirse al Hospital. Menstruación dolorosa, regular y después del primer aborto se presenta un flujo vaginal abundante.

Examinada en el servicio se encuentra lo siguiente: a la palpación, abdominal, sensibilidad dolorosa en la fosa ilíaca izquierda sin que pueda apreciarse masa alguna profunda; al tacto vaginal se encuentra: vagina normal, cuello de multípara en posición normal; matriz poco móvil; en el fondo del saco lateral izquierdo se encontró una masa dura, dolorosa, del tamaño de un limón y que parece forma cuerpo con la matriz. Se hizo el diagnóstico de una anexitis izquierda y como la enferma se encontrase en buenas condiciones se decide operarla. Cirujanos: Profesor Rafael Ucrós y señor Ucrós (ayudante), anestesia, el cloroformo. Se hace una laparotomía infra-umbilical media. Abierta la cavidad abdominal se encuentra una matriz pequeña, en posición normal; del lado

derecho anexos esclerosos y del lado izquierdo, una masa del tamaño de un limón con gran cantidad de adherencias.

Se practica una histerectomía subtotal por el procedimiento americano, partiendo del lado derecho; una vez cortado el cuello, que se encuentra muy duro y fibromatoso, se procede a librar la masa del lado izquierdo y con gran sorpresa se encuentra que lo que hay allí es el cuerpo izquierdo de una matriz bidelfa con los anexos sanos por debajo de ésta; se respetan los anexos, se hace la hemostasis. Como en el curso de ésta se teme haber ligado el uretere izquierdo, con el fin de comprobarlo se hace exploración del riñón, encontrando que éste faltaba y por consiguiente el uretere, se hace la hemostasis completa y se termina cerrando la pared abdominal en tres planos: la enferma sale del servicio por curación el 19 de octubre 1930.

Laboratorio de Rayos X y Electroterapia

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



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



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

OPTICA ALEMANA

SCHMIDT HERMANOS

OPTICOS, OPTOMETRAS GRADUADOS



SUMINISTRAMOS LOS CRISTALES

“ZEISS PUNKTAL” Y “ULTRASIN”

contra los rayos ultravioletas.

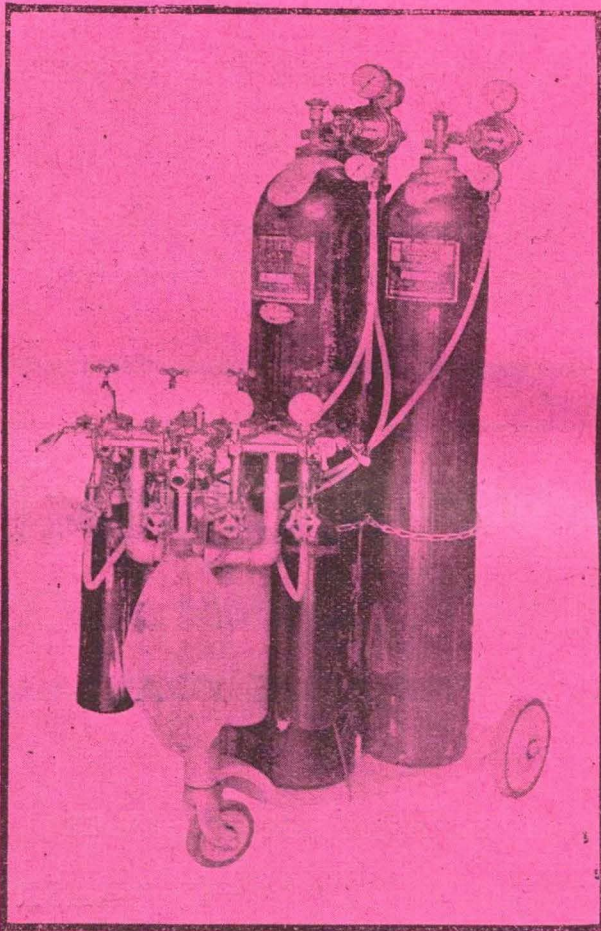


MICROSCOPIOS Y ACCESORIOS PARA LABORATORIO.

CLINICA DE MARLY

APARTADO No. 887
TELEFONO 10-00 Chap.

Telégrafo:
«MARLY» - BOGOTA



Aparato LUNDY, último modelo, que funciona en la Clínica desde el mes de agosto pasado y que sirve para la anestesia por los gases (etileno y protóxido de ázoe). Hasta ahora se han hecho 80 intervenciones quirúrgicas con esta anestesia sin accidentes de ninguna clase.

CRONICA DEL HOSPITAL DE SAN JOSE

SECCIÓN A CARGO DEL SEÑOR

ENRIQUE BOTERO M.

Con gran dolor anotamos la muerte del doctor Samuel Montaña, miembro distinguido de la Sociedad de Cirugía, quien dedicó sus energías a la fundación y mejoramiento de este Hospital. Para su familia, y en especial para el profesor Eliseo Montaña, va nuestra sincera expresión de condolencia.

Hemos asistido a algunos cambios en el personal de internos del hospital, como consecuencia obligada del grado de los antiguos, de lo cual dimos cuenta en ediciones pasadas. Al Pabellón Sáenz Pinzón (Clínica interna de mujeres) ingresó el señor Pablo Elías Gutiérrez, interno que fue de las Clínicas General y Tropical del Hospital de San Juan de Dios y del Pabellón de Empresas del Hospital San José.

El señor Gonzalo Ríos Naranjo se encargó del Pabellón Ragonessi (Quirúrgica de hombres). Para los Pabellones Uricoechea y Machado fueron nombrados los señores Bernardo Samudio y Alberto Espejo, respectivamente.

Como anestelistas del Hospital fueron designados los señores Gabriel Vélez y Rogelio Salcedo.

Jefe del Laboratorio, en reemplazo del doctor Antonio Palacios, fue nombrado el señor Alfonso Rueda Herrera, quien con lucimiento había desempeñado el mismo cargo en otras ocasiones.

Para todos van nuestras felicitaciones.

LIBROS Y REVISTAS

EL CICLO EVOLUTIVO DEL BACILO DE EBERTH Y DE LOS BACILOS PARATÍFICOS «IN VITRO» E «IN VIVO». - FORMAS FILTRANTES

(*Le Siécle Médicale*)

M. Paul Hauduroy.—Si se introduce en un cultivo de bacilo tífico un bacteriófago antibacilo de Eberth apropiado, se producirá el fenómeno de D'Hérelle; filtrando este cultivo y sembrando el filtrado en medio líquido, no se verá aparecer nada en los primeros días, pero pasado algún tiempo, se notará en algunos tubos, no en todos, una opalescencia y la aparición de unos granos que semejan un cultivo de estreptococo; en este estado el cultivo puede permanecer mucho tiempo. Más tarde se verá que los granos aumentan y que hay un enturbamiento manifiesto; después los granos desaparecen y se tendrá un cultivo típico de bacilo tífico.

La explicación de este fenómeno parece fácil. D'Hérelle ha mostrado que el bacteriófago produce una verdadera destrucción de la bacteria, si es suficientemente activo y se deja obrar el tiempo requerido. Si el fenómeno se produce con un bacteriófago muy activo, no se obtendrán cultivos secundarios sembrando el filtrado; pero si se emplea un bacteriófago de poca actividad o se detiene, en un momento dado, la acción del bacteriófago sobre la bacteria, se lograrán, con frecuencia, las formas filtradas del bacilo.

Habiendo encontrado formas filtrantes del bacilo de Eberth en la sangre de los enfermos, al principio de la enfermedad, y en las deyecciones al entrar en convalecencia y siendo frecuente el bacteriófago en las deposiciones de los convalescientes, Hauduroy supone que el mismo ciclo que se observa *in vitro* se verifica *in vivo*.

Después de algunas consideraciones el autor llega a las conclusiones e hipótesis siguientes:

1.^a El bacilo de Eberth y los bacilos paratíficos son capaces, bajo la influencia del bacteriófago, de tomar una forma invisible y filtrante. En esto son semejantes a todos los gérmenes para los cuales se tiene un bacteriófago activo. Estas formas pueden obtenerse experimentalmente, a voluntad.

2.^a Las formas filtrantes del bacilo de Eberth existen en la sangre de ciertos tíficos, al principio de la infección, y en las deyecciones al fin de la enfermedad. Las formas filtrantes del bacilo Eberth pueden encontrarse en las aguas infectadas, y no es difícil pensar que vengan de las deyecciones de los enfermos. Probablemente las aguas sospechosas deben contener, casi siempre, las formas filtrantes del bacilo de Eberth y no el bacilo mismo. Es, pues, inútil buscarlo y es también prácticamente inútil buscar las formas invisibles y filtrantes, dado que la técnica es muy larga y delicada. Siendo la presencia del bacilo coli el mejor índice de la infección de una agua, es este bacilo el que se debe buscar.

3.^a Existen septicemias de formas filtrantes del bacilo de Eberth, en las cuales parece que la forma bacilo no existe jamás. Estas septicemias no tienen el aspecto clínico de la fiebre tifoidea.

4.^a La existencia de formas filtrantes del bacilo de Eberth en la sangre, en las deposiciones de los enfermos y en las aguas infectadas, permite formular la hipótesis siguiente: en ciertos casos, un individuo sano se infecta absorbiendo formas filtrantes invisibles del bacilo de Eberth; estas formas se desarrollan en su organismo, poco a poco el microbio se reconstituye y toma su forma bacilo. En el momento en que la enfermedad se termina, el bacilo es de nuevo demolido por el bacteriófago que existe entonces en el organismo, las formas invisibles y filtrantes aparecen, son eliminadas con las deposiciones y dispersadas por la naturaleza. El ciclo puede recomenzar en otros individuos.

LA REACCION DE DICK EN LA PROFILAXIS DE LA INFECCION PUERPERAL

El valor de la reacción de Dick ha sido estudiado en las mujeres en cinta.

Los doctores Baird y R. Cruickshank, de Glasgow, hicieron una

interesante comunicación a la Sociedad de obstetricia de Edimburgo. La intradermoreacción a la toxina del estreptococo de la escarlatina sería un signo que indica la predisposición de la mujer a contraer una fiebre puerperal. Si esto es así, la reacción de Dick tendría un alto valor en la profilaxis de la fiebre puerperal.

La infección puerperal depende en mucho del estado general de la mujer y del modo como se verifica el parto, versión, forceps, etc., por lo cual no se puede decir que la reacción de Dick dé un dato exacto sobre la posibilidad de una infección post-partum.

Sin embargo, esta reacción podría indicar al médico los casos sospechosos en los cuales sería útil el empleo de un suero anti-estreptocócico, administrado en el momento del alumbramiento. Esta práctica podría reducir los peligros de la infección puerperal.

RADIODIAGNÓSTICO

Diagnóstico precoz de la piorrea alveolar por medio de los rayos X. (Sedgindise. [Fostschr a. d. Gsb. d. Rontgenstrahlen. Dic./29) Abstr. Amer. Jour. Rad. Junio/30). En 2.000 casos examinados se ha podido hacer el diagnóstico de piorrea alveolar antes de que aparezcan las manifestaciones clínicas en un 29, 2%. La comprobación se hizo observando luego los enfermos en el curso de la enfermedad.

En el primer período se encuentra una atrofia con inflamación del alvéolo, y posteriormente la inflamación de la membrana periodental. En este segundo período aparecen los síntomas clínicos. También anotan que en la casi totalidad de los casos la enfermedad comienza por los incisivos centrales inferiores, sigue luego a los incisivos centrales superiores y después a las otras piezas. Concluyen que el diagnóstico precoz de la piorrea por medio de los rayos X, es muy importante bajo el punto de vista del pronóstico y del tratamiento.

A propósito de la ptosis intestinal de los tuberculosos. (I. Gwerder-Pedoja y L. Kalmar (Davos). Revue de la tuberculose Marzo /30. Anal. Jour. Rad. Elect. Nov./30. Los síntomas clínicos de la tuberculosis son muy semejantes a los que produce una ptosis intestinal. Antes de que se hubiera generalizado el empleo de los rayos X, en el sanatorio se hacían diagnósticos de tuberculosis

intestinal, que conducían a errores en cuanto al pronóstico. Solamente los rayos X permiten hacer un diagnóstico exacto. El autor cita varios ejemplos.

RADIOTERAPIA

Investigaciones sobre la acción de los rayos de Roentgen de gran longitud de onda en la úlcera gástrica. (Strahlentherapie- Anal. Jour. Rad. Electr. Nov/30). El autor ha sometido 50 enfermos de afecciones gástricas diversas entre los cuales había varios ulcerosos, a la acción de los rayos X de poca penetración (50 K. V). La dosis ha sido de 1.000 R. en dos o tres sesiones con dos a tres días de intervalo. Las mejorías obtenidas han sido notables.

NOTAS SOBRE ALGUNOS INSECTOS Y OTROS ARTRÓPODOS NOCIVOS PARA EL HOMBRE Y LOS ANIMALES EN COLOMBIA (1)

Por LAWRENCE H. DUNN

(*The American Journal of Tropical Medicine*. Volumen IX, N.º 6).

Introducción

Durante los años de 1923 y 1924, el autor estuvo 15 meses en Colombia, a donde fue como entomologista e inspector supervigilante de la campaña contra la fiebre amarilla que apareció en ese país por aquel tiempo. Estudios relacionados con la campaña le obligaron a emprender largos viajes por las diferentes partes de la República; esto le dio la oportunidad de coleccionar algunas especies de insectos y artrópodos nocivos para el hombre y para los animales y para hacer algunas observaciones de la distribución geográfica de las más importantes variedades. A pesar de

(1) Los insectos estudiados en este artículo fueron coleccionados durante los años de 1923 y 1924. Su estudio, clasificación y distribución geográfica se hace hasta ahora, debido a que en Colombia se le presta muy poca atención a la entomología médica. Se puede asegurar que este trabajo es el más completo que se ha hecho hasta ahora en ese país. Recordamos estas investigaciones en la esperanza de que puedan estimular estudios más extensos en esa zona geográfica.

que los trabajos de preservación contra la fiebre amarilla requerían mucho tiempo, siempre pudo conseguir una extensa colección de los más comunes insectos chupadores de sangre y también algunas pocas especies nuevas. A continuación sigue una lista anotada de ellas.

CULICIDOS

Anopheles albimanus Weidemann.—Este mosquito es indudablemente el principal transmisor de la malaria en Colombia, y en mi opinión puede ser considerado como el más dañino que hay en ese país para el hombre. Está muy extendido en las costas y en los valles de los ríos, siendo especialmente abundante a lo largo del río Magdalena. Las numerosas lagunas y pantanos que se extienden por millas a lo largo de este río, son criaderos excepcionalmente favorables para el mosquito. En el curso de varios viajes por el río Magdalena, pude notar el gran número de mosquitos de esta especie que vienen al buque al caer de la tarde, sobre todo cuando está amarrado, o cuando en su marcha se acerca demasiado a la orilla. Esta especie fue también encontrada en abundancia en Jazmín, punto situado en el camino que va de Puerto Wilches a Bucaramanga; en Aracataca, sobre el ferrocarril de Santa Marta, y en Barranquilla donde se presenta en gran número al fin de la estación de las lluvias.

Anopheles tarsimaculata Goeldi.—Esta especie, que es probablemente la más importante después del albimanus respecto a la transmisión de la malaria, es también muy común. Numerosos ejemplares fueron recogidos a lo largo del río Atrato; en varios puertos del río Magdalena; en Puerto Villamizar; en el río Zulia, y en Barranquilla. En esta última ciudad se observó que aparecía en abundancia durante la estación de las lluvias (1924).

Anopheles arygritarsis R. D.—Es también un conocido transmisor de la malaria; se encontró muy abundante en Bucaramanga. En ese sitio, que tiene una altura de más de 3,000 pies, se obtuvieron adultos de larvas cogidas en las orillas de dos arroyos que pasan a través de la ciudad. Se encontraron también larvas en pequeños pozos formados en el lecho de un río. Se encontraron

adultos en varios puertos a lo largo del río Magdalena. Recientemente se ha sabido que en algunas partes del Brasil esta especie es la principal transmisora de la malaria.

Anopheles pseudopunctipennis Theo. — Parece que esta especie sólo se encuentra en las habitaciones; su importancia en la transmisión de la malaria es dudosa. Pica al hombre por todas partes. He sabido que algunas veces se hace muy abundante, sobre todo en las regiones semi-áridas. Es posible que ulteriores estudios acerca de esta especie demuestren que tiene mayor importancia de la que se le ha dado hasta ahora. Sólo dos adultos, ambas hembras, fueron encontrados en las habitaciones. Uno fue cogido a las 9 p. m. en el acto de picar en la mano al doctor Hanson en el comedor de un hotel en Apulo; el otro fue capturado a las 7 a. m. en el cuarto de baño de una casa de Ebéjico. Algunos adultos fueron obtenidos de larvas cogidas en un pequeño río en la población de Girón, cerca de Bucaramanga.

Anopheles punctimaculata Goeldi. — Sólo se encontraron a lo largo del río Atrato. Un considerable número de estas especies vinieron a bordo mientras el vapor en que yo viajaba estaba amarrado a la orilla para tomar leña en el caserío de Murindó. La invasión tuvo lugar entre las 9 y las 10 p. m., atraída probablemente por las lámparas eléctricas del vapor. Aunque mi camarote estaba bien cerrado, encontré en él a la mañana siguiente muchos ejemplares. Las muchas charcas y arroyos que hay a lo largo de esa sección del Atrato, son criaderos muy favorables de estas especies. Nunca se ha dicho que este mosquito sea transmisor de malaria.

Aedes aegypti Linn.—Como el objeto de nuestro viaje a Colombia era el estudio de la fiebre amarilla, el *A. aegypti* era el mosquito de mayor importancia para nosotros, mientras la enfermedad estuviera presente. Al principio de nuestra campaña comprobamos que esta especie estaba extensamente diseminada. En 56 ciudades, pueblos y aldeas, se hicieron investigaciones para determinar el porcentaje de habitaciones en las cuales se criaba el mosquito, y dio por resultado que se criaba en 46 de ellas. En cuatro partes (El Banco, Villamizar, Cúcuta y Quidó), se encontró que este mosquito se criaba en más del 90% de las casas. Como

se cree que la fiebre amarilla ha sido eliminada de Colombia, esta especie ya no tiene la importancia que tenía cuando las epidemias eran relativamente frecuentes. El «dengue» es común en algunas partes de la República, y como ha sido demostrado que el *A. aegypti* es el principal agente transmisor de esta enfermedad, debe ser clasificado todavía como un mosquito importante desde el punto de vista sanitario.

Aedes scapularis Rond.—Una hembra de esta especie fue cogida cerca de Medellín (agosto de 1923), mientras picaba mi caballo. Unas pocas semanas después pude coger un segundo ejemplar en una montaña cerca de Tambor, en el camino de Puerto Wilches a Bucaramanga.

Aedes taeniorhynchus Wied.—Se notó que al principiar las lluvias de 1923 esta especie apareció en Barranquilla en gran número y penetraba a las casas en verdaderos enjambres, a la puesta del sol. Por este tiempo estaba yo en un hotel de la ciudad cuyas piezas no estaban protegidas con mallas, y pude observar que miles de mosquitos de esta especie penetraban en mi habitación cuando encendía la luz. Los numerosos caballos de coche que prestan el servicio en la ciudad, son terriblemente atormentados por esta especie cuando aparece en tanta abundancia. En febrero de 1924 Mr. John P. Corrigan, quien luchaba contra el *A. aegypti* en Cartagena, observó *taeniorhynchus* que se desarrollan en agua salada. Una parte baja de la ciudad fue inundada durante una violenta marea, esto dio lugar a la formación de grandes charcas que en pocos días se llenaron de una enorme cantidad de larvas de mosquitos. Algunas de estas larvas fueron recogidas por Mr. Corrigan y de ellas pudo obtener *taeniorhynchus*. Durante el tiempo en que fueron observadas estas larvas no hubo lluvias que diluyeran el agua de mar. Es muy probable que los huevos fueran depositados en pequeñas charcas que existían en esos sitios antes de llegar allí el agua de mar. Se demostró que esta especie era también muy numerosa en Santa Marta (enero de 1924).

Culex Dyar.—Muchos ejemplares de esta especie fueron encontrados en Bogotá, a una altura de cerca de 9.000 pies sobre el nivel del mar, a principios del mes de agosto de 1923. Du-

Acidol y Pepsina

Clorhidrato de betaina-pepsina



Preparado estable de
ácido clorhídrico y
pepsina

para el tratamiento
de las dispepsias y aqulias

Embalaje original:

10 y 50 pastillas de 0,5 g. No. I (muy ácidas). No. II (débilmente ácidas).



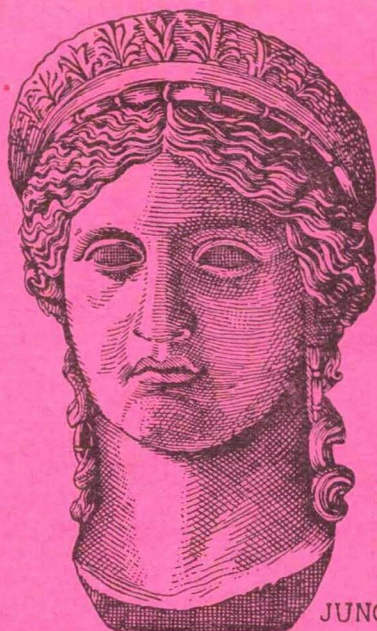
**Para muestras y literatura científica
favor dirigirse a**

Química Industrial

Bayer - Meister-Lucius

WESKOTT & Cía.

APARTADO 301. - BOGOTA



JUNO

KLIMAKTÓN



CONTRA LOS ACHAQUES DE LA EDAD CRÍTICA

COMPOSICIÓN:

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

Tubitos con 20, frascos con 50 grageas.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN DEL RHIN.

rante los 10 días que permanecí en la ciudad no encontré otras especies de mosquitos. Se encontraron adultos en Apulo, Puerto Berrío, Bucaramanga y Barranquilla. En Bucaramanga las larvas fueron encontradas en una cloaca y en un pozo en la tierra que contenía considerable cantidad de materias fecales.

Culex aikenii Aik.—Se vio que este mosquito era muy común en Barranquilla en los meses de noviembre y diciembre de 1924. muchos ejemplares fueron recogidos en la parte externa de las mallas que protegen las puertas y ventanas.

Culex amazonensis Lutz.—Cuatro adultos fueron encontrados, entre las 8 y las 10 p. m., en el vapor «Quibdó», mientras estaba amarrado en Murindó (río Atrato).

Culex colombiensis Dyar.—Un adulto de esta especie fue capturado en este vapor al mismo tiempo que los *amazonensis*.

Culex conspirator D. y K.—Muchos adultos fueron encontrados en Barranquilla en casas protegidas por mallas.

Culex coronator D. y K.—Esta especie predomina en Bucaramanga; 8 colecciones de larvas se recogieron en esa ciudad. Una de ellas fue obtenida en el agua que llenaba las huellas de un casco de caballo, a la orilla de un río; las otras 7 fueron encontradas en charcos de agua pura de diferentes tamaños. Un adulto fue también capturado en un vapor del Atrato, frente a Arquíá.

Culex corniger Theo.—Larvas de esta especie fueron encontradas en Bucaramanga en vasijas que contenían plantas acuáticas y en charcos de agua pura.

Culex crybda Dyar.—Un adulto fue capturado en el vapor «Quibdó», cerca de una lámpara eléctrica, mientras el vapor estaba amarrado en Murindó (río Atrato), entre las 8 y las 10 p. m.

Culex dunni Dyar.—Cuatro adultos de esta especie se encontraron en Murindó.

Culex eastor Dyar.—26 ejemplares de esta especie fueron cogidos en la colección de Murindó.

Culex educator D. y K.—Numerosos adultos de esta especie fueron capturados durante la noche en las mallas de una casa en Barranquilla.

Culex imitator Theo.—Está representado por un ejemplar encontrado en Murindó.

Culex meroneus Dyar.—Un macho encontrado en Barranquilla.

Culex mollis D. y K.—Adultos de esta especie fueron criados de larvas encontradas en una canoa casi llena de agua, trasladada del río a un bosquecillo que se levanta cerca de Puerto Villamizar, sobre el río Zulia.

Culex quinquefasciatus Say.—Este mosquito es muy numeroso y muy extendido. Se encontraron adultos en casas de Barranquilla, Cartagena, Puerto Berrío, Barrancabermeja, Girardot, Medellín, Bucaramanga, Villamizar y en varios otros sitios. Sus larvas fueron, entre todos los *Culex*, las más comúnmente encontradas en las vasijas de agua y en los pozos de los patios. En Bucaramanga las larvas fueron encontradas con mucha frecuencia en las vasijas que contenían plantas acuáticas, y en una ocasión se encontraron en el hueco formado por las raíces de un árbol. En Barranquilla se observó que los sumideros eran prolíficos criaderos, cuando no eran correctamente protegidos. Los adultos de esta especie crecen en gran número en Barranquilla durante la estación de las lluvias.

Culex sursumptor Dyar.—Cuatro ejemplares, un macho y tres hembras, fueron criados de larvas cogidas en un charco en Bucaramanga.

Culex taeniopus D. y K.—Sólo se encontró un ejemplar en Barranquilla.

Mansonia titillans Walk.—Este mosquito es indudablemente el que predomina a lo largo del río Magdalena y en las regiones bajas del litoral Atlántico. Es un persistente picador y una verdadera peste en las regiones donde abunda. A la caída del sol los adultos llegan en gran número a bordo de los buques del Magdalena y se muestran muy activos en atacar a los pasajeros y a la tripulación hasta las 9 o 10 p. m. De esta hora en adelante se hacen menos activos y van disminuyendo gradualmente. La «lechuga de agua» (*pistia stratiotes* Linn), cuyas raíces comen las larvas de esta especie, no solamente crece en gran cantidad en las lagunas cercanas a ciertos ríos, sino también cubren la superficie de charcas extensas, en selvas situadas a muchas millas del río. En el Atrato, San Juan, Patía y en el oeste de Colombia no se encontraron estas plantas. La superficie del agua de una fuente de un parque de Santa Marta estaba cubierta de *pistia* sembrada

allí para adorno; no tuve oportunidad de comprobar si se desarrollaban en ella larvas.

Mansonia fasciolatus Lynch.—Esta especie es muy común y está ampliamente extendida por todo el país. Se recogieron ejemplares en los buques del Magdalena; en varios puntos en el hotel de Puerto Berrío; en Barrancabermeja; en Jazmín (camino de Puerto Wilches), donde eran muy activos a la hora de la oración; dentro de los toldillos que protegen las camas, en algunas casas de Ríosucio, en el Atrato, y a bordo de los vapores del río Patía en el suroeste de Colombia. En este último río eran muy numerosos, y los que venían al vapor se mostraban tan activos en picar en la tarde como en la noche. Es muy posible que las larvas de esta especie vivan de las raíces de algunos juncos que crecen en las orillas de los ríos y de los pantanos.

Mansonia humeralis D. y K.—Encontrada únicamente en Barranquilla, donde 5 ejemplares fueron encontrados en el exterior de las mallas protectoras de una casa, durante los meses de noviembre y diciembre de 1924. Debe estar bastante extendida en otras partes de Colombia porque parece que se desarrolla donde existe la *pistia*.

Mansonia arribalzagae Theo.—Representada por algunos ejemplares recogidos en un buque del río Patía.

Mansonia nigricas Coq.—Dos adultos encontrados en un vapor del Patía.

Aedeomya squamipennis Lynch.—Esta especie tiene también relación con las plantas de *pistia*; fue encontrada en varios sitios del río Magdalena. Es abundante en Barranquilla en todo el año.

Psorophora lutzia Theo.—En las casas de Puerto Berrío se encontraron adultos de esta especie. Un gran número de ejemplares se cogieron en un tren que marchaba despacio entre Puerto Wilchis y el kilómetro 27; en algunas partes este ferrocarril pasa a través de una tupida montaña, y en esos sitios el *lutzia* entra a los carros por bandadas y procura picar a los pasajeros. Esto lo pude observar al medio día con un sol brillante. Se encontraba también en los bosques cercanos a Villamizar, en el río Zulia. Esta especie es de considerable importancia, pues actúa co-

mo vehículo de los huevos de *nuche* (*Dermatobia hominis*), mosca que es muy común en algunas partes de Colombia y que causa miasis en los hombres y en los animales.

Psorophora cingulatus Fab.—Algunas larvas de esta especie fueron encontradas en agua clara depositada en un hoyo formado por la pisada de un caballo a la orilla de un arroyo, cerca de Bucaramanga. Se encontraron adultos en un hotel de Cúcuta. Eran abundantes en la montaña de Villamizar.

Psorophora posticatus Wied.—Sólo se encontraron dos ejemplares de esta especie en Riosucio, puerto sobre el río Atrato.

Psorophora funiculus Dyar.—Un ejemplar recogido en Barranquilla.

Psorophora ferox Humb.—Los adultos de esta especie eran extraordinariamente abundantes en Villamizar. Son insistentes picadores; yo fui atacado por muchos mientras coleccionaba algunos ejemplares en la montaña.

Joblotia digitata Rond.—Sólo se encontró en Muza, donde el doctor Roberto Serpa obtuvo algunos adultos de larvas encontradas en el hueco de una guadua lleno de agua lluvia.

Uranotaenia calosomata D. y K.—Esta especie sólo fue encontrada en Bucaramanga; las larvas se encontraron en charcas.

Uranotaenia pulcherrima Arrib.—Encontrada solamente en Murindó durante la noche, mientras el vapor estaba amarrado a la orilla.

Wyeomyia camptocoma Dyar.—Encontrada solamente en Bucaramanga, donde se desarrolla prolíficamente a expensas de las hojas axiles de la planta, «oreja de elefante» (*Colocasia* sp.).

Goeldia longipes Fab.—Se obtuvieron adultos de larvas encontradas en las hojas de colocasia en Villamizar.

TABANIDEOS

Tabanus occidentalis Fab.—Al principio de la estación de las lluvias de 1924, se encontraron en Barranquilla algunos ejemplares de esta especie en el interior de las casas. Fue también hallado en abundancia a lo largo del río Patía, donde un gran número venía a bordo de los vapores. Que son poderosos voladores lo prueba el hecho de que la mayoría de ellos vinieron a bordo

Mantenemos permanentemente
en depósito

Instrumental de Cirugía

Despachamos para toda la República

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

LUIS CRREÑO M. & Co. - BOGOT

Calle 12, número 106-A - Apartado 445

Teléfono 38-11

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

Despachamos para Cundinamarca,
Boyacá, Tolima y Huila

Concesionarios del famoso insecticida

FLY - TOX

De aroma muy agradable. No mancha.

Resultados garantizados. - Mayores informes donde

LUIS CARREÑO M. & Co. - BOGOTA

Calle 12, número 106-A - Apartado 445

Teléfono 38-11

LO Mejor
Ultimo
Más recomendado

POPINA

PARA Disentería
Colitis
Diarreas disenteriformes

El infrascrito, Médico y Cirujano,

Bogotá, noviembre 15 de 1929

CERTIFICA:

Que ha empleado en algunos casos de amibiasis, tanto agudos como crónicos, el producto conocido con el nombre de "POPINA" con tan excelentes resultados que no duda en recomendarlo como una medicación de primer orden en el tratamiento de dicha enfermedad.

DR. ALFREDO LUQUE

Profesor de Terapéutica de la
Facultad Nacional de Medicina

mientras que el vapor bajaba a gran velocidad por la mitad del río (aproximadamente a 100 yardas de la orilla más cercana). Picaban al medio día. Son difíciles de coger en campo abierto.

Tabanus acculatus Walk.—Se encontraron numerosos ejemplares en la montaña cerca a Jazmín. Allí vinieron por centenares a picar mi mula. Esta especie pica fácilmente al hombre.

Tabanus ferriker Walk.—Encontrado únicamente en Barranquilla. Unos pocos ejemplares se encontraron en el interior de una casa protegida con malla, a principios de diciembre de 1924, cerca del fin de la estación de las lluvias.

Tabanus mexicanus Linn.—Esta especie fue encontrada únicamente a lo largo del río Atrato, donde es muy abundante. Se cogieron 40 ejemplares entre las 9 y las 10 p. m. cerca de una lámpara eléctrica de un vapor amarrado en Murindó. En Arquía, otro puerto sobre el Atrato, vinieron a nuestro vapor por centenares entre las 7 y las 8 p. m. Tiene un vuelo pesado. Parece que sólo sale a la caída del sol. Es evidente que son fuertemente atraídos por la luz eléctrica.

Tabanus trilineatus Latr.—Prevalece en varios puntos a lo largo del río Magdalena, siendo especialmente numerosos cerca de Puerto Wilches, Barrancabermeja y Puerto Berrío. No fue encontrado fuera de este río.

Dichelacera marginata Macq.—Se cogieron 4 ejemplares de esta mosca, mientras picaban mi mula, a la orilla del río cerca a Jazmín.

Dichelacera scapularis Macq.—Se cogieron dos ejemplares a bordo de un vapor cerca a La Dorada, en el río Magdalena.

Lepidoselaga crassipe Fab.—Esta especie es abundante a lo largo de los ríos Magdalena y Patía; probablemente está distribuida en casi todas las hoyas de los ríos. Vienen a bordo de los vapores cuando pasan cerca a la orilla o cuando se arriman para coger leña. Se muestra muy activa en picar; chupa la sangre muy rápidamente y como vive lista a picar al hombre, se hace una verdadera peste en las regiones donde abunda.

Chrysops costata Fab.—Esta especie fue encontrada en un sombreado camino cercano a Medellín, donde vinieron en gran número a picar la bestia en la cual yo cabalgaba; las orejas y parte

superior del cuello parecían ser sus sitios favoritos para picar; no vi ninguna picar en otro sitio. Si se les dejaba picar libremente se hinchaban de sangre y se hacían tan pesadas que se les podía coger con los dedos.

MUSCIDEOS

Stomxys calcitrans Linn.—Esta mosca es muy común en Bogotá, Baranquilla y a todo lo largo del camino del Quindío, en la cordillera central. En el Quindío, se encontró esta especie en gran abundancia en muchas localidades entre Cajamarca e Ibagué. Seguían a lo largo del camino a los cansados caballos y mulas que llevaban los equipajes picándolos instantáneamente. En sólo dos horas maté centenares en el cuello de mi caballo con el extremo de la rienda.

Cochliomya macellaria Fab.—La mosca «gusano tornillo» aunque no pica tiene la peligrosa costumbre de depositar sus huevos en los tejidos vivos del hombre y de los animales. Es muy común en Barranquilla y un ejemplar fue cogido en Puerto Berrío. Esta especie es causante de muchos casos de *miasis* en el hombre y en los animales, en varias partes de Norte, Centro, y Sur América. Aunque no tuve conocimiento de ningún caso en Colombia, es muy probable que no sean raros.

OESTRIDEOS

Dermatobia hominis Gmelin.—Parece que esta mosca existe en Colombia hace más de tres centurias. Aunque no pica es peligrosa por la *miasis* que puede producir. Parece que es indispensable para el desarrollo de la larva, vivir algún tiempo en los tejidos animales. La mosca hembra no deposita por sí misma los huevos en la piel sino que se vale del mosquito «*psorophora lutzia*», y probablemente de otros artrópodos como agentes distribuidores. Hoy se cree que la mosca hembra, pega sus huevos en el abdomen o en el tórax de los mosquitos, haciéndolos cautivos durante este proceso. Probablemente después cuando el mosquito está picando, la larva de la mosca sale del huevo y de alguna manera penetra en la piel del animal. El desarrollo de la larva en los tejidos sub-cutáneos del animal huésped, causa tumefacciones seguidas frecuentemente de supuración. En Colombia

la larva de esta mosca se llama *nuche* o gusano de monte. Aunque muchos de los vertebrados son atacados por esta larva, el ganado parece ser el más frecuentemente atacado. Algunos ganados atacados por ella fueron observados a lo largo del río Sinú, cerca de Montería. Una partida de ganado, en el cual aproximadamente el 15% estaba infectado, fue encontrado en el distrito de Cúcuta, en la frontera de Venezuela. Un caso de infección en un hombre fue observado en Cartagena.

SIMULIDEOS

Simulium sanguineum Knab.—Algunos ejemplares de esta pequeña mosca fueron colectados en varios puntos de los ríos Magdalena, Atrato y Zulia. Ataca al hombre; en los sitios donde se encuentra en abundancia es extremadamente molesta; sus picaduras producen con frecuencia considerable irritación.

HIPOBOSCIDEOS

Melophagus ovinus Linn.—(Garrapata de las ovejas). Muchos ejemplares de este díptero se encontraron en las ovejas de Bucaramanga.

STREBLIDEOS

Trichobius parasiticus Gervais.—Muchos ejemplares de esta pequeña mosca parásita, fueron encontrados en un murciélago capturado en un subterráneo de la vieja fortaleza de San Felipe, en Cartagena.

SARCOPTEROS

Dermatophilus penetrans Linn.—Esta pequeña *pulga*, comúnmente conocida en Colombia con el nombre de «nigua», es muy abundante en varias partes del país y especialmente en Barranquilla. Algunos de estos pequeños ranchos con paredes de cañas y techos de paja, estaban terriblemente infectados con esta especie. En uno de ellos le dí a un niño una pequeña vasija con alcohol, y le dije que le pagaría un centavo, por cada nigua que pusiera en ella. Al día siguiente me trajo 200. Pocos meses después quise tener más ejemplares y me trajo otro lote de 250. Visité el rancho el día en que fue colectado el primer lote, para darme idea de la cantidad que habían. No había piso en el rancho dis-

tinto del suelo cubierto con una capa de arena; el niño ayudado por su madre y varios otros niños cogían las niguas moviendo simplemente con su pie descalzo la arena para hacerlas salir, y cuando alguna saltaba a la pierna del muchacho, éste, humedeciendo la punta de los dedos en la lengua, la ponía en la vasija de alcohol. No es necesario decir que después de haber visto coger de esta manera 14 ejemplares en 5 minutos no necesité más tiempo para concluir que podría observar la maniobra lo mismo fuera del rancho que estando dentro. Aunque los pies de la madre y los del niño tenían algunas niguas, no estaban tan infestados como era de suponer. Viví en Barranquilla cerca de un año, y nunca observé niguas en la parte central de la ciudad, excepto en una ocasión cuando se encontró un ejemplar en los dedos del pie de un niño de un año.

PULICIDEOS

Pulex irritans Linn.—Esta pulga parece que está esparcida extensamente en el país; parece menos numerosa en las tierras bajas que en las altiplanicies. Es muy común en Bogotá. Su acuciosidad en picar la hace verdaderamente molesta.

Ctenocephalus felis Bouche.—Ejemplares de esta especie fueron encontrados en gatos y perros de varias partes de la república.

PEDICULIDEOS

Pediculis capitis De Geer.—Se ven con frecuencia muchachos infestados con estos piojos.

Pediculis corporis De Geer.—Tuve poca ocasión de observar lo extendido que estuviera este piojo del cuerpo. Recogí algunos ejemplares en Barranquilla y supe por algunas informaciones que era más común en los habitantes de las altiplanicies que en los de tierras cálidas.

Phthirus pubis Linn.—El piojo del pubis del hombre, no es raro.

CIMICIDEOS

Cimex rotundatus Sign.—El chinche tropical de las camas es tan común en Colombia como en los otros países tropicales. Se recogieron ejemplares en casas de muchas ciudades y pueblos

Morruato Cupríco Coloidal

"GADUSÁN"

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

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

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

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

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

FABRICADO POR EL INSTITUTO THERAPEUTICO

ORLANDO RANGEL

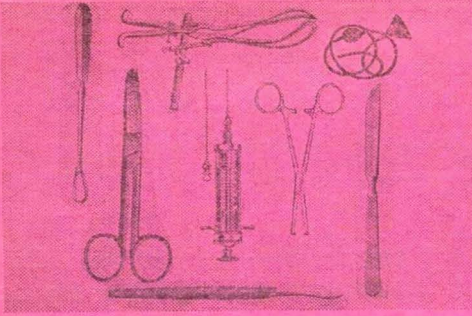
DE RIO DE JANEIRO, BRASIL

Solicite Muestras y Folletos a

HERMIDEZ PADILLA

Representante exclusivo en Colombia:

BOGOTA, BARRANQUILLA, CALI, MEDELLIN



PADCO

SEÑOR MÉDICO:

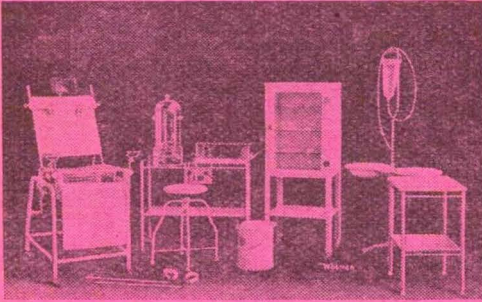
Recuerde que ya existe en Bogotá un ALMACEN DE MUEBLES E INSTRUMENTOS DE CIRUGIA marca «PADCO».

Hay muchos aparatos modernísimos listos para entregarse.

Solicitamos de los señores médicos nos hagan una visita.

HERMIDEZ PADILLA

Apartado 490.—Teléfono 40 18.



ENCUADERNACION MINERVA

A MEJOR ENCUADERNACION
DE BOGOTA

BAJO LA DIRECCION DE J. GALEANO

EDITORIAL MINERVA, S. A.

Contrátelas en sus oficinas:

Banco de la República, 305, y en su Agencia de la
Librería Voluntad.

de diferentes partes del país. En varias ocasiones fueron para mí muy malos compañeros en los camarotes de río.

REDUVIDEOS

Triatoma geniculata Latr.—Se encontraron cuatro ejemplares de estos chinches; tres de ellos, encontrados cerca de Medellín, me fueron obsequiados por los doctores Henao y Toro Villa de Medellín. El cuarto fue capturado por mí a bordo del vapor «Quibdó», en el río Atrato; el vapor estaba amarrado cerca a Murindó y la chinche vino evidentemente de la selva cercana probablemente atraída por la luz eléctrica; fue cogida mientras caminaba por el piso de mi camarote, a las diez y 30 p. m. Parece que esta especie está muy extendida en Sur América, pues se le encuentra frecuentemente en Panamá y es muy conocida en el Brasil, donde se considera que es el vector del tripanosoma cruzi, agente causante de la enfermedad de chagas o trypanosomiasis suramericana. En el sur del Brasil se cree que el armadillo (*Dasyus novemcintus*) es el receptáculo natural, y el *triatoma geniculata*, el huésped intermediario de la enfermedad. Este insecto es conocido con el nombre de *chinche pito* en algunas partes de Colombia. Este nombre es también aplicado a otros chinches que no son chupadores de sangre.

ARGASIDEOS

Argas persicus Oken.—Se observó que éste era muy abundante en las cocinas de las casas de Barranquilla; allí pude obtener algunos ejemplares. Es probablemente que esta plaga sea común en varias partes del país.

Ornithodoros venezuelensis Brumpt.—Esta *garrapata* es un parásito del hombre y aparentemente sólo se encuentra en las habitaciones. Sus costumbres son muy parecidas a las de la chinche, pues se ocultan como ellas en la hendeduras de las camas, de los muebles, de las paredes y de los pisos, donde permanece durante el día para salir en la noche a buscar su alimento. Es más común en las casas de los pobres, sobre todo en aquellas construídas de guadua, por las muchas hendeduras que presenta este material, dejando sitios muy a propósito para que el insecto deposite sus huevos. El «venezuelensis» está muy esparcido en

Colombia. En el curso de una investigación sobre el papel de intermediario que podía desempeñar en la fiebre recurrente, se colectaron 4.880 ejemplares recogidos en 68 casas de 20 poblaciones y ciudades de diferentes partes del país: Ebéjico, Bucaramanga, Girón, Buenaventura, Tumaco, Barbacoas, Palmira, El Carmen, Ibagué, Girardot, Barranquilla, Soledad, Puerto Colombia, Muzo, Medina, Quibdó, Yoto, Lloro, La Vuelta e Istmina. Las alturas de estas poblaciones varían entre el nivel del mar y 4,280 pies. El 27,8% de los insectos recogidos estaban infectados con la espiroqueta de la fiebre recurrente, como se demostró inyectando maceraciones de ellos a ratones blancos y a ratas. Este parásito es de una gran importancia desde el punto de vista sanitario en Colombia por ser, indudablemente, el principal transmisor de la fiebre recurrente.

Ornithodoros talaje Guer.—Algunos ejemplares en estado de ninfas y adultos fueron encontrados en dos casas de Barranquilla y en una habitación en la cercana población de Soledad. Cuatro larvas de esta especie fueron encontradas en una rata gris, *mus norvegicus*, capturada en Barranquilla. Es probable que este parásito sea común entre las ratas de las diferentes partes de la República, especialmente en los puertos de mar y en las poblaciones del bajo Magdalena. Se ha probado que puede transmitir la fiebre recurrente.

IXODIDOS

Margaropus anulatus australis Fuller.—Esta garrapata es muy común en algunas partes de Colombia. En Barranquilla y en Bucaramanga se encontraron ganados terriblemente infectados de esta especie, así como también en varios puertos del río Magdalena, lo cual indica que abunda a lo largo de este río.

Amblyomma cajennense Fab.—Encontré esta especie en casi todas las regiones de la República que visité. Tiene muchas clases de huéspedes. Ataca al hombre y a los animales domésticos. Durante los tiempos de sequía basta caminar un corto trayecto por un potrero para quedar lleno de larvas de esta especie. Las picaduras de *cajennense* producen con frecuencia considerable irritación. En Barranquilla, Bucaramanga y otros sitios, reunimos

numerosos ejemplares tomados en ganado vacuno, caballos, mulas, burros, marranos, etc.

Dermacentor nitens Neumann.—Algunos ejemplares de esta *garrapata* tropical de los caballos se encontraron únicamente en algunos caballos de Medellín; pero es probable que sea común en otras partes del país.

Rhipicephalus sanguineus Latreille.—Se encuentra con frecuencia en perros de diferentes partes. Algunas veces se hace muy numerosa en las casas de Barranquilla y de Magangué. Observé una oficina-almacén tan infestado por esta especie, que ormigueaban por centenares en el piso y en los muros. Parece que no atacan al hombre.

Amblyomma dissimile Koch.—Algunos ejemplares de este parásito, que generalmente prefiere huéspedes de sangre fría, fueron encontrados en una serpiente *boa imperator*, matada cerca de Barranquilla, y en una iguana, *iguana tuberculata*, en Sevilla.

Deseo expresar mi aprecio y mis agradecimientos al doctor Henry Hanson, director de la campaña en Colombia, por su amable cooperación y ayuda en la recolección de los ejemplares, lo mismo que al doctor F. A. Miller y al señor Arturo Sáenz, colaboradores en la campaña, por la amable ayuda que me prestaron. Obligan también mi reconocimiento los doctores H. G. Dyar, J. M. Aldrich y W. L. Mc Atee, de Washington, D. C., y el doctor J. S. Hine, de Columbus, Ohio, por su amabilidad en la clacificación de los ejemplares.

VOCES DE APLAUSO

En esta nueva sección publicaremos algunas de las muchas comunicaciones que hemos recibido y que son para nosotros motivo de estímulo en la labor en que estamos empeñados. Reciban sus autores nuestras rendidas gracias y estén seguros de que acogeremos gustosos muchas ideas de las que nos han expresado.

Bogotá, septiembre 28 de 1930

Señores doctores Agustín Arango y Darío Cadena.—L. C.

Muy estimados colegas y amigos:

He leído con especial complacencia los dos números que han salido de la REVISTA MEDICA DE COLOMBIA fundada por ustedes y que han tenido la bondad de enviarme. Creo cumplir un acto de justicia felicitándolos cordialmente por este esfuerzo que están realizando y que seguramente habrá de redundar en gran beneficio para la medicina nacional y en gloria para ustedes y para sus colaboradores.

Pertenezco a una generación médica que se extingue sin dejar trabajo científico de importancia, y la «Revista Médica»—órgano de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, primero, y luego de la Academia de Medicina—languideció y casi ha muerto en sus manos. Sin embargo esa generación médica ha tenido hombres de gran talento y de vasta ilustración general y científica y algunos de ellos fueron también notables escritores. Esa generación no fue inferior a la que le precedió y no obstante su labor científica fue menos intensa. La razón de ese hecho a primera vista inexplicable es en mi concepto fácil de comprender. A los médicos que fundaron la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales y su órgano la «Revista Médica» les tocó trabajar en la época en que la Clínica sola y cuando más ayudada por la anatomía patológica macroscópica bastaban para realizar en el campo de la medicina trabajos científicos completos. Nosotros llegamos cuando Pasteur revolucionaba la medicina y comenzaban múltiples investigaciones de laboratorio que eran indispensables para completar la observación clínica y los datos de la anatomía patológica macroscópica y sin las cuales un trabajo médico no podría reputarse científico. Hasta hace pocos años no tuvimos laboratorios a nuestra disposición,

y cupo la gloria al doctor Federico Lleras de haber sido el primero en llenar en Bogotá esa necesidad de la Medicina moderna. Los médicos de mi generación perdimos observaciones clínicas importantísimas por no haberlas podido completar con los datos de los laboratorios, y así incompletas nos deteníamos por pudor científico de hacerlas conocer. Las condiciones de la generación médica a que ustedes pertenecen es muy distinta; en asuntos de laboratorio está mejor preparada que las anteriores y tiene a su disposición todos los elementos para realizar una obra científica completa.

Como me siento deudor del libro o libros con que los hombres de ciencia deben contribuir a la gloria de su patria, quiero ocupar los pocos años que me quedan de vida en estimular a los jóvenes a que realicen la labor que yo no hice. Al establecer el concurso de agregación en la Facultad de Medicina pensé no solamente en seleccionar los profesores de mañana, sino en estimular por este medio la producción científica con las tesis de agregación. Este estado de mi espíritu les explicará por qué me ha entusiasmado la Revista de ustedes y me he apresurado a felicitarlos y a ofrecerles mi apoyo moral como particular y especialmente como Rector de la Facultad de Medicina.

Muy importantes me han parecido los trabajos publicados hasta ahora, pero juzgo que para darle mayor circulación y vida a la REVISTA MEDICA DE COLOMBIA sería conveniente que le dieran mayor extensión a la reproducción de las labores de la mayor parte de las sociedades y academias médicas y científicas del mundo, para que los suscriptores pudieran prescindir de tomar abonos a periódicos médicos extranjeros. Es posible que ese aumento de material los obligue a hacer el periódico quincenal.

Soy de ustedes afectísimo amigo y colega,

CARLOS ESGUERRA

Manizales, septiembre 6 de 1930.

Señores doctores Agustín Arango y Darío Cadena.—Bogotá.

Distinguidos colegas y amigos:

Acabo de recibir el primer número de la REVISTA MEDICA DE COLOMBIA cuyo brillante porvenir es fácil de anunciar si se tienen en cuenta la selección del personal directivo, su cuerpo de redacción y sobre todo el hecho de ser una obra de juventud a la cual están vinculados los nombres más prestigiosos de las últimas generaciones médicas.

Confío en que sabrán perseverar en su empresa, que es la cuestión más difícil en estas iniciativas ya que por desgracia se tropieza con un sin número de dificultades, entre las cuales encontramos siempre el escollo de nuestra pereza intelectual, uno de los vicios característicos del trópico. Basta hacer un ligero recuento de las Revistas de medicina que han circulado en los últimos tiempos, cuya vida resulta dolorosamente efímera por falta de colaboración o por el excesivo costo de edición y sosteni-

miento. En las provincias, sobre todo, es casi imposible sostenerlas, lo que retardará enormemente el conocimiento de la medicina nacional, porque si bien es cierto que en los centros residen los profesionales más notables, es en las provincias y especialmente en los medios rurales, donde se encuentran las mejores observaciones de la medicina racial.

Desde este punto de vista han tenido ustedes un verdadero acierto al ligar su Revista a todas las secciones del país, con lo cual desaparece aquel discreto egoísmo de otras publicaciones similares que limitan la colaboración a un personal muy selecto, pero férreamente centralizado. Si los médicos nos conociéramos un poquito mejor, se vería que entre los profesionales que ejercen en los caseríos, se encuentran clínicos y observadores que le harían honor a muchas capitales. Por desgracia, el reclame y la publicidad en la prensa política constituyen el mejor pasaporte de popularidad y de renombre.

Algo semejante ocurre cada vez que se agita el problema de la organización de la Universidad. Todo se limita a personalismos odiosos, de vecindario conocido, que tínosamente se disimulan bajo el rótulo de pueriles reformas. Nadie ha querido afrontar esta cuestión en su verdadera esencia, procurando la vinculación de los profesionales a la Facultad, tanto en lo que se refiere al desarrollo científico del país, como en lo que atañe a la defensa profesional, una de las cuestiones más urgentes de resolver. La Universidad no se considera comprometida en estos problemas y se limita a expedir diplomas que nada nos garantizan, ya que en la competencia con los teguas y los extranjeros, ocupamos una posición inferiorísima en el concepto primitivo de nuestro medio.

Recientemente le sugería al Comité Ejecutivo de Estudiantes se interesara en obtener la autonomía completa de la Universidad en la reglamentación de las profesiones con el fin de acabar con las influencias políticas y el estorbo infranqueable de la desidia oficial, que hacen nugatorios los preceptos legales que garantizan los títulos universitarios. No podemos continuar siendo víctimas de la farsa de los diplomas con que se nos inhabilita para otras actividades mejor protegidas por el Gobierno.

No quiero extenderme en estas cuestiones, un tanto alejadas del tema natural de esta carta, pero que bien estudiadas por ustedes podrían constituir una sección muy importante de la Revista.

Les repito mis felicitaciones por la admirable iniciativa de ustedes, y me suscribo con la mayor atención,

GUILLERMO LONDOÑO M.

Manizalez, diciembre 18 de 1930

Señores doctores Agustín Arango y Darío Cadena.—Bogotá.

Mis queridos amigos:

Hoy recibí el tercer número de la REVISTA MEDICA DE COLOMBIA, primero que llega a mis manos, y no se suponen ustedes el entusiasmo tan grande con que he comenzado a hojearlo.

Innecesario me parece decirles que hasta donde alcanza mi información es el más bello esfuerzo de publicidad que haya hecho la juventud médica de Colombia. Es algo interesantísimo, algo ejemplar, algo enorgullecedor, algo que habla muy alto de las facultades y patriotismo de ustedes y de todos aquellos que los acompañan en empresa tan ardua y tan lujosa.

Debo declararles sí que no me sorprende verlos a ustedes al frente de la dirección de tan magnífica revista. Quien conoce el dinamismo que los caracteriza, encuentra eso como muy natural para la capacidad y el tenaz empeño de ustedes.

En París, donde se verificó la gestación de esta consoladora realidad, tuve yo el gusto de empezar a admirarla y a quererla, en inolvidable conversación que tuve con uno de ustedes al frente del metro Duroc y en una hora de juventud resuelta, edificante y entusiasta. No es, pues, de extrañar que yo sea hoy el fervoroso admirador del esfuerzo que implican esas páginas.

Los felicito muy de veras, los abrazo con la efusión de un compañero que goza con los triunfos de ustedes y les suplico que me permitan entrar en la inquietud de ese cenáculo, porque necesito acompañarlos.

Muy de ustedes,

NESTOR VILLEGAS

COBILETIMOL

MUÑOZ MEDINA

preparado de franca acción específica en el
tratamiento de la

TUBERCULOSIS PULMONAR

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

Muestras gratis a solicitud.

DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS:

A. BENARROCH Y Ca.

Carrera Sucre, 5 c.—Teléfono 28-60.

Riñón cardíaco.—Congestión renal

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

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

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

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

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

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

Mesones, 32, México.—D. F., México.

NUEVA SECCION DE CONSULTAS MEDICAS

PARA NUESTROS SUSCRIPTORES DE DEPARTAMENTOS

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

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

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

**Para toda comunicación dirigirse a
REVISTA MEDICA DE COLOMBIA**

Apartado 894 - BOGOTA



“Los Nervios”

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

Cansancio de Nervios

Irritabilidad de los Nervios

Insomnio nervioso

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

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

Nutritivo del Dr. Chase
para la Sangre y los Nervios

URODONAL

desarena el Riñon



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

OPINIÓN MEDICAL :

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

Dr. MOREL,

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

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

Dr. EGIDIO MATURI,

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

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

Exigir la marca depositada : EL HOMBRE DE LAS TENAZAS.