

11. 57.

Gonzalo Reyes.

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), Elías Preciado (Tolima), Ramiro Guerrero (Valle).

Vol. I - N.º-9 Bogotá, Colombia, S. A.- Abril 1931

40 Cvos.

VEGEX

Marca Registrada



VEGEX

Preparado superior de vitamina B.

INDICACIONES:

Todas las avitaminosis B:
Desórdenes metabólicos,
pereza intestinal, inape-
tencia, beriberi, pelagra.

Dosis: $\frac{1}{4}$ - $\frac{3}{4}$ de cucharadita todos los días, como
caldo agradable o adición a las comidas.

Rico sabor

Uso agradable

Efecto curativo máximo.

Latas de 25, 100, 250 y 500 g



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

WESKOTT & Cía.

APARTADO 301 - BOGOTA

CONTENIDO:

	Págs.
LE BERIBERI, Lecons faites á la Faculté de Médecine de Bogota, par G. H. Roger.....	549
SINDROMES MICOSICOS Y EPIDERMOFICIAS, por los doctores Manuel José Silva y Pedro J. Almanzar.....	564
PESTE BOBA DE LOS TERNEROS EN EL VALLE DEL CAUCA, por Francisco Virviescas.....	570
ALGO MAS SOBRE LA RADIOLOGIA DE LA VESICULA BILIAR, por el doctor Gonzalo Esguerra Gómez.....	575
VACUNACION ANTIDIFTERICA EN BOGOTA, por los doctores A. Peña Chavarría, O. Vargas e I. Moreno Pérez.....	580
EL PROBLEMA DE LAS AMIGDALAS PALATINAS, por el doctor Agustín Arango.....	591
TRICOFICIA EN CUCARDA (El caso clínico del mes), por el doctor Manuel José Silva.....	596
LA FACULTAD DE MEDICINA. (Editorial).....	600
DEONTOLOGIA, sección a cargo del doctor Darío Cadena.....	602
TERAPEUTICA RAZONADA, sección a cargo del doctor Agustín Arango.....	606
CRONICA DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS.....	610
CRONICA DEL HOSPITAL DE SAN JOSE.....	618
NOTAS VARIAS.....	620
LIBROS Y REVISTAS.....	621

REVISTAS EXTRANJERAS

Revistas recibidas en el presente mes, que están a la disposición de los señores redactores y colaboradores.

ESPAÑA

«La Clínica», «La Medicina Ibera», «El Siglo Médico», «Los Progresos de la Clínica», «Boletín del Ayuntamiento de Madrid».

ARGENTINA

«Boletín del Instituto de Medicina Experimental», «Revista Médica Latina Americana», «Revista de la Universidad de Buenos Aires», «La Semana Médica».

BRASIL

«Brasil Médico», «Memorias del Instituto Orlando Cruz», «Memorias del Instituto Orlando Rangel», «Memorias del Instituto Butantan».

CHILE

«La Clínica», «Revista de la Sociedad de Urología», «Revista del Instituto Bacteriológico de Chile», «Boletín Médico de Chile».

Librería Médica

9—EDIFICIO HERNANDEZ—9

Apartado: 927—Teléfono 35-44:

Bogotá.

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

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

Servimos suscripciones a la *Revista Médica de Colombia*.

ECUADOR

«Anales de la Universidad de Quito», «Anales de la Universidad de Guayaquil».

URUGUAY

«Revista de la Tuberculosis del Uruguay».

FRANCIA

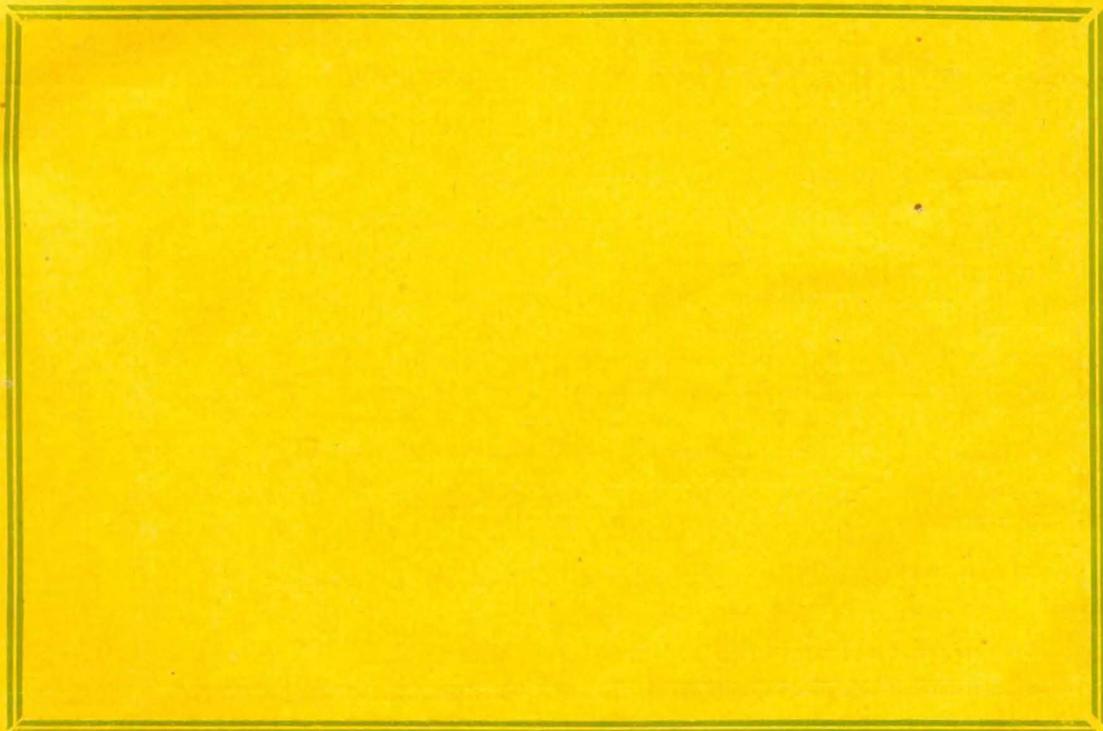
«Le Bullétin Médical», «Gazette des Hopitaux», «Paris Médical», «Le Progrès Médical», «Journal de Médecine de Lyon», «Marseille Médical», «Revue Sud Americaine de Médecine et de Chirurgie».

BÉLGICA

«Bruxelles Médical».

ESTADOS UNIDOS

«The Journal of the American Médical Asociation», «The American Journal of Surgery», «Surgery, Ginecology and Obstetrics».



SUFARSENOL

Indoloro en inyecciones subcutáneas,
intramusculares e intravenosas.

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



DE VENTA EN TODAS LAS DROGUERIAS DEL PAIS

Ceregumil

ALIMENTO COMPLETO A BASE DE
CEREALES Y LEGUMINOSAS

Especial para niños, ancianos, enfermos del estómago y convalecientes.
Insustituible como alimento en los casos de
intolerancia gástrica y afecciones intestinales

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

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

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

LABORATORIOS: FERNANDEZ & CANIVELL MALAGA -(ESPAÑA)

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de
HENRI DESTÉ-TELEFONO NUMERO 25-46-APARTADO, 457 BOGOTA (COLOMBIA)

Revista Médica de Colombia

PUBLICACION MENSUAL

DIRECCION

DR. AGUSTIN ARANGO

— DR. DARIO CADENA

Vol. I

| Bogotá - Colombia, S. A. Abril de 1931

| N.º 9

LE BERIBERI

Leçons faites à la Faculté de Médecine de Bogota

PAR

G. H. ROGER

La plus importante des maladies rentrant dans le groupe des avitaminoses B est le *béribéri*. Il s'observe surtout dans les pays où l'on fait une grande consommation de riz, en Chine, au Japon, dans les Philippines. Il affecte deux formes cliniques, une forme cardiaque caractérisée par l'asystolie avec anasarque; une forme nerveuse, de beaucoup plus fréquente, forme névritique, se traduisant par une paralysie de membres inférieurs et, parfois, des membres supérieurs.

L'étude du béribéri est entrée dans une voie toute nouvelle le jour où l'on a pu reproduire expérimentalement la maladie. Les recherches initiales de Eijkmann, Funk, Gryns, Holst, Fraser et Stanton, les expériences récentes de Weill et Mouriquand ont démontré que les oiseaux, poules et pigeons, sont atteints de manifestations analogues à celles du béribéri, quand on les soumet à une alimentation exclusive par le riz décortiqué et poli, ou quand on leur donne des céréales émondées, orge, blé, maïs. Une alimentation dépourvue de vitamines produit les mêmes manifestations chez les rats, à la condition de donner un peu de beurre pour éviter les accidents par carences multiples; dans ces conditions, le béribéri se développe du 35 au 40 jour. Le béribéri peut être considéré comme le type des avitaminoses B.

Supposons, par exemple, qu'on opère sur des poules. On les divise en trois lots. Aux premières, on donne du riz rouge, c'est-à-dire non décortiqué; aux secondes du riz blanc, décortiqué et

poli; aux troisièmes du riz rouge stérilisé à l'autoclave. Les premières, seules, résistent; les animaux des deux autres groupes commencent, du dixième au quinzième jours de l'expérience, à perdre l'appétit; les selles deviennent liquides et verdâtres; puis les muscles des pattes s'affaiblissent; les mouvements, d'abord incoordonnés, deviennent de plus en plus difficiles. Une paralysie des extenseurs se développe, qui donne à la démarche l'allure du steppage, caractéristique des polynévrites humaines; les échanges gazeux diminuent, la température baisse. A la fin, la paralysie devient complète et, parfois, s'étend aux ailes. Les animaux tombent dans le coma et succombent du dix-septième au vingt-deuxième jour. L'autopsie permet de retrouver des névrites identiques à celles des malades atteints de bérubéri et caractérisées par une dégénérescence myélinique qui semble débiter plusieurs jours avant les manifestations paralytiques. On constate en même temps des altérations viscérales fort importantes. Le tube digestif est le siège de lésions congestives et hémorragiques et ses parois sont atrophiées. Dans la plupart des organes on observe de la nécrobiose, de la congestion et, plus tard, de la sclérose. La nécrobiose est surtout marquée dans le thymus, la thyroïde, la rate, qui sont fortement diminués de volume; la congestion, aboutissant parfois à l'hémorragie, domine dans le foie, le pancréas et le rein. L'ovaire et le testicule sont profondément atteints et la spermatogenèse est arrêtée. Au contraire, les surrénales sont volumineuses et leur fonctionnement est exagéré. Il en résulte une surproduction d'adrénaline qui amène une augmentation de pression dans les capillaires; ainsi s'expliquerait la fréquence de l'œdème, non seulement dans le bérubéri, mais dans beaucoup d'autres états morbides. On a pu attribuer aussi à l'excès d'adrénaline les scléroses des divers organes (foie, pancréas, thymus, glandes génitales).

L'inanition provoque également une suradrénalinémie, suivie d'œdème. Le même mécanisme s'applique aux *œdemes de guerre* qui peuvent être considérés comme des troubles par carence.

Ainsi le bérubéri est un état beaucoup plus complexe qu'on ne l'avait cru. Avec les névrites, coexistent des altérations cellulaires, surtout marquées dans les noyaux, ce qui conduit à con-

sidérer certaines vitamines comme des *substances nucléoplastes*.

Le bériberi se développe également quand, au lieu de graines décortiquées, on donne des graines stérilisées par un chauffage prolongé. Ce résultat, dont l'importance pratique est considérable, suffit à démontrer que les accidents ne doivent pas être attribués à l'absence, dans le riz décortiqué, de certaines substances minérales. La sensibilité à la chaleur prouve déjà qu'il s'agit de composés organiques.

Les recherches poursuivies pendant la guerre ont établi que les chiens nourris au pain blanc dépérissent, comme l'avait déjà constaté Magendis et ne tardent pas à être atteints de névrite (Holst). Ils supportent au contraire le pain complet; c'est qu'un blutage excessif agit comme la décortication du riz; il enlève les vitamines B. Celles-ci se trouvent en abondance dans les autres aliments; mais en cas de régime restreint, le pain blanc est mal supporté et devra être remplacé par du pain bis.

La viande renferme de la vitamine B (Goyns); congelée et salée récemment, elle est bien supportée; stérilisée, elle détermine des troubles chez le chat, surtout si elle a été conservée un certains temps (Weill et Mouriquand). Le lait des femmes atteintes de bériberi est pauvre en vitamines B et provoque le développement de la maladie chez les nourrissons.

La thérapeutique du bériberi découle de nos connaissances sur la pathogénie de cette affection. Il suffit de faire ingérer aux poules malades du riz non décortiqué ou de la paille de riz, de l'orge, des fèves de Katjang-idjo (*Phaseolus radiatus*) ou de leur injecter sous la peau un extrait hydroalcoolique de paille de riz, pour que les animaux se rétablissent. Les mêmes traitements s'appliquent au bériberi humain. Gibson a montré qu'en complétant le régime du riz décortiqué par 5 cc de lait de vache, on préserve les poules du bériberi. Le lait de femme est quatre fois moins actif.

On a encore utilisé contre le bériberi expérimental l'ingestion de levure de bière. L'expérience réussit très bien chez les chats et les chiens. En nourrissant ces animaux avec de la viande chauffée pendant 3 heures à 120° en présence d'une petite quantité de carbonate de soude, on provoque le développement des

polynévrites; celles-ci rétrocedent et guérissent si l'on ajoute au régime de la levure de bière, fraîche, sèche ou autolysée.

Les résultats sont analogues quand on emploie des extraits préparés avec des embryons de blé.

Recherchant le principe actif des vitamines, Funk obtint une base pyrimidique, voisine des bases entrant dans la constitution des acides nucléiques. Ce résultat a été contredit. Cependant le principe actif semble bien de nature basique, car Seidel l'a obtenu à l'état de picrate et Collazo à l'état de chlorhydrate.

La substance active est soluble dans l'alcool; l'extrait alcoolique est dix fois plus actif que le son total. Essayant de purifier cet extrait, Suzuki, Shimmaura et Odake auraient obtenu un produit qu'ils ont appelé oxyzanine et qui s'est montré 600 fois plus actif que le son. Mais ces faits ont été vivement critiqués. L'étude de la question mérite d'être complètement reprise.

Malgré les nombreuses observations et les expériences qui semblent établir que le bériberî est une affection par carence, quelques savants persistent à lui attribuer une origine infectieuse. On a isolé divers microbes, mais aucun fait n'établit d'une façon indiscutable leur rôle spécifique. On a cité des cas de contagion qui sont, il faut le reconnaître, fort impressionnants. C'est ainsi que la maladie fut importée dans différentes îles de l'Océanie par des travailleurs chinois ou japonais. On a cité des cas de contagion entre malades, surtout entre malades atteints de plaies et d'ulcères. Lafage a observé à l'hôpital de Chognan, en Cochinchine, 16 cas de contagion au cours d'une année.

On pourrait peut-être admettre pour le bériberî ce qui est démontré pour la xérophtalmie: une maladie infectieuse, dont l'agent ne peut se développer que chez les individus prédisposés par une carence.

Du bériberî classique on rapproche l'*hydropisie épidémique* des Indes; le *bériberî nautique*, fréquent autrefois dans les longues traversées; le *bériberî des asiles*, lié à une mauvaise alimentation, qui fut observé en Islande (1894), en Amérique (1895), et en France (1898) par Chantemesse et Ramond à l'asile de Saint Germain sur Loire.

Si le bériberî, dans son expression la plus complète, est fort

rare en dehors des régions où il sévit d'une façon endémique, il existe des *formes frustes* qui semblent assez fréquentes et s'observent un peu partout. Une nourriture trop raffinée, essentiellement constituée par du pain bien blanc, du sucre, des légumes décortiqués, des huiles purifiées et dont, sous prétexte de faciliter la digestion, on supprime les crudités, provoque une série de troubles digestifs et nutritifs et même de manifestations parétiques. Mc Collum a montré que dans les cas où le sujet supporte un tel régime, son pouvoir de reproduction diminue; la descendance est chétive et, si l'on continue l'erreur alimentaire, la stérilité devient complète.

Parmi les affections qu'on peut rattacher à l'insuffisance des vitamines B, nous citerons encore la *Maladie muqueuse* des enfants européens, transportés dans l'Inde et nourris de lait stérilisé, de farines préparées, de riz poli, de légumes de conserve et de sucre. Elle rappelle la congestion chronique de la muqueuse intestinale des pigeons carencés et s'amende par la diminution des hydrates de carbone et l'adjonction de vitamines.

On peut faire entrer dans le même groupe: la *Maladie cœliaque* des enfants de 9 à 24 mois, caractérisée par la diarrhée pâteuse, la distention abdominale et quelques manifestations scorbutiques; la *Stase intestinale chronique*, due à l'insuffisance de la musculature abdominale et à un état anormal du système neuromusculaire intestinal; une série de désordres observés pendant les famines et les guerres, décrits sous les noms caractéristiques d'*Oedème de la faim* et d'*Oedème de guerre*, toujours consécutifs à des troubles diarrhéiques et semblant dus à des excès d'hydrates de carbone et à une insuffisance de vitamines B.

La *Diarrhée de Cochinchine ou sprue*, considérée autrefois comme une affection parasitaire, est souvent attribuée aujourd'hui à un manque de vitamines. On l'observe dans les mêmes conditions que le bérubéri et la pellagre et, ce qui est plus important, on la guérit par un régime alimentaire mixte composé de lait, viande et fruits crus (Castellani, Wegele, Cantlie, Couran).

Il n'est pas sans intérêt de rappeler que Trousseau avait préconisé l'usage de la viande crue dans le traitement de la diarrhée infantile. La médication agissait probablement par une adjonction de vitamines à un régime carencé.

Les troubles digestifs liés à l'avitaminose aboutissent encore au développement d'anémies, peut-être même de la chlorose. On peut expliquer par un mécanisme analogue l'anémie des convalescents qui, pendant leur maladie, ont eu un régime carencé et ont épuisé leurs réserves en vitamines. Cette notion nouvelle ne doit pas être perdue de vue dans l'établissement du régime alimentaire.

Pellagre.—Le rôle des vitamines dans le développement de la *pellagre* est encore fortement discuté.

On sait que cette maladie est généralement attribuée à l'usage du maïs, et surtout du maïs altéré soit par des champignons, soit par des bactéries. Une deuxième théorie, développée par Sambon, rattache la maladie à un virus inconnu transmis par des Simulies. On tend aujourd'hui à l'attribuer à une influence spéciale exercée par les rayons du soleil sur des individus soumis à une alimentation défectueuse. Cette conception n'est pas neuve. Dès 1862, Bouchard faisait remarquer que, dans les Landes, les bergers ne sont pas atteints de pellagre, simplement parce qu'ils ajoutent du lait à l'alimentation où prédomine le maïs. Les minutieuses enquêtes faites dans les villages de la Caroline du Sud, où sévit la pellagre, ont démontré que les individus ingérant du lait, du beurre, du fromage et des œufs échappent à la maladie. Comme causes adjuvantes, on peut invoquer une insuffisance des matières protéiques et des sels minéraux.

Goldberger et Wheeler sont arrivés à reproduire la maladie du pénitencier du Missipie sur douze prisonniers qui acceptèrent l'expérience. On leur donnait une quantité d'aliments représentant de 2.500 à 3.500 calories. Le régime était composé de maïs décortiqué, de farine de blé fortement blutés, de bouillon, graisse de porc, pommes de terre, navets, choux, sel, café, sucre. Au bout de six mois, les symptômes de la pellagre apparaissaient.

A l'asile d'aliénés de Georgia, Goldberger et Tanner soumièrent un certain nombre de femmes à un régime essentiellement composé de viande, céréales, légumes secs. En quelques mois la pellagre se développait. L'adjonction des sels contenus dans le lait et d'une certaine quantité d'iodure de fer restait inefficace. Aucun résultat non plus en ajoutant de l'huile de foie de morue ou des tomates. Mais la pellagre était évitée quand le régime était complété par du lait.

Chittenden et Underhill ont obtenu, chez les chiens, une maladie analogue à la pellagre en leur donnant comme alimentation des biscuits secs, des pois et de l'huile de graines de coton.

En étudiant sur des rats l'influence de ces divers régimes, Mc Collum, Simmonds et Parsons concluent à une carence de trois ordres de substances: sels minéraux (calcium, sodium, chlore); protéines; principes A lipo-solubles, abondamment répandus dans le lait, le beurre et les œufs.

Ainsi la pellagre nous apparaît comme une affection relevant de plusieurs facteurs morbides: il y a la fois avitaminose et anacidaminose, C'est-à-dire insuffisance de vitamines et aussi de certains acides aminés; il y a en même temps insuffisance de divers sels minéraux. L'action pathogène des rayons solaires agit sur un organisme prédisposé par une mauvaise diététique.

Est-ce une vitamine spéciale qui intervient? Faut-il au contraire admettre avec Mc Collum une insuffisance de vitamines A, avec Madame Randoïn une insuffisance de vitamines B? Voilà encore une question qui appelle de nouvelles recherches.

Les faits que nous avons rapportés tendent à faire rejeter l'influence du maïs. Ils démontrent tout au moins que la pellagre ne peut être attribuée soit à l'usage trop abondant de cette plante, soit à son altération par des parasites. Le maïs n'en joue pas moins un rôle important. Son albumine, la zéïne, ne contient pas tous les acides aminés nécessaires à une nutrition normale; elle ne renferme ni tryptophane, ni lysine.

L'usage du maïs peut donc engendrer une anacidaminose. Mais l'action nocive du maïs est peut-être encore plus complexe. Mc Collum a conservé en parfait état des vaches auxquelles il donnait en même temps que le maïs, la partie verte de la plante. Il semble aussi que le maïs grossièrement trituré soit mieux supporté que le maïs décortiqué. Nous retrouvons ainsi un élément analogue à celui qui intervient dans le développement du bérubéri.

Vitamine et scorbut.—La vitamine C, surtout importante par son action antiscorbutique, est abondamment répandue dans les feuilles de certains végétaux comestibles (chou, pissenlit, épinard, laitue, cresson), dans les fruits (framboise, pêche, abricot, pomme) et surtout dans les légumes et les fruits acides (tomate, citron, oran-

ge), dans les légumes jeunes (pommes de terre nouvelles). Les graines sèches n'en contiennent pas; mais elles en renferment après 2 à 3 jours de germination. On en trouve encore une petite quantité dans le lait et dans certains organes (foie, rate, rein).

La vitamine C est soluble dans l'eau et l'acool, surtout si on ajoute à l'eau une trace d'acide. Elle est facilement détruite par les alcalis. L'ébullition la fait disparaître au moins en présence de l'air, car les oxydants lui sont fort nuisibles. Même dans un liquide acide comme le jus de citron, elle ne résiste pas au passage d'un courant d'air. Elle disparaît des feuilles vertes pendant leur dessiccation; si on restitue l'eau disparue, la vitamine ne se régénère pas; l'eau de constitution véritable eau vivante, lui était indispensable. Mais il est possible que le résultat tienne à l'intervention de ferments qui sont contenus dans les plantes ou les jus de fruits et qui digèrent ou oxydent la partie active. En prenant certaines précautions, on peut éviter cette influence. C'est ainsi que le jus d'orange desséché dans le vide à 35° conserve son action. En traitant de l'extrait de chou, obtenu à la presse hydraulique, par l'acétate neutre de plomb et en chassant l'excès de plomb par un courant d'hydrogène sulfuré, on peut obtenir par dessiccation dans le vide un produit actif.

Les différentes formes de *scorbut*, y compris le *scorbut infantile* ou *maladie de Bartlow*, relèvent d'une insuffisance en vitamines C. On peut chez les Mammifères provoquer par un régime carencé, soit le scorbut, soit un syndrome ayant à la fois les caractères du scorbut et du béribéri. Cette forme mixte s'observe chez le porc et le chat. La forme scorbutique se développe chez le lapin, et le cobaye. Harden et Zilva nourrissent des singes avec du pain, du riz et des noix. Tous ces aliments ont été passés à l'autoclave. Pour éviter le béribéri on donne des germes de blé étuvés. Au bout de 4 mois, le scorbut apparaît.

Les expériences de Jackson et Moore, celles de Holst et Frolich établissent que les cobayes nourris soit avec de l'avoine raffinée et du lait, soit avec des céréales et du pain, ne survivent pas plus d'un mois. Ils sont atteints d'une maladie caractérisée par des altérations gingivales, un état poreux des dents, des altérations des côtes et des genoux, des solutions de continuité des

os longs, surtout fréquentes sur les tibias. L'examen microscopique met en évidence des lésions intestinales et glandulaires. La thyroïde est augmentée de volume; son parenchyme est congestionné et parfois infiltré de sang. Les surrénales sont hypertrophiées, mais leurs cellules sont dégénérées et leur parenchyme est le siège de petites hémorragies. Ces diverses lésions se développent avant l'apparition de troubles appréciables.

D'après Fürst, toutes les graines desséchées produisent le scorbut chez le cobaye. Mais le rôle principal revient aux céréales.

Les expériences fort intéressantes de Weill et Mouriquand démontrent que la viande crue et la viande congelée ne provoquent chez le chat aucun trouble, tandis que la viande salée suscite des altérations gingivales et dentaires. La viande stérilisée et conservée détermine des manifestations nerveuses, ataxie, latéropulsion, rétropulsion, paraplégie, qui guérissent si on donne de la viande crue et entraînent la mort si on maintient le régime. L'autopsie révèle assez souvent des altérations scorbutiques des os.

Le lapin qui reçoit des aliments bouillis aura lui aussi des altérations osseuses du type scorbutique, mais sans manifestations nerveuses.

Chez l'homme, le scorbut est dû, comme on sait, à l'usage d'aliments stérilisés et conservés et de viandes salées. C'est ce qu'on avait observé bien souvent dans les longues traversées, c'est ce qu'on a vu chez les troupes américaines en 1916, à la suite de la mauvaise récolte des pommes de terre. On remédia à l'insuffisance de cet aliment par des conserves de végétaux: au printemps de 1917, on observa de nombreux cas de scorbut, atteignant, dans certains corps d'armée, jusqu'à 95 pour 100 des effectifs. Les expériences sur les animaux démontrèrent le rôle scorbutigène de ces conserves végétales dont l'effet nocif disparaît dès qu'on donnait en même temps des végétaux frais.

Chez l'enfant, l'abus du lait stérilisé et des farines raffinées est la grande cause de la maladie de Barlow. Le lait contient fort peu de vitamine C. La quantité varie d'ailleurs avec l'alimentation; elle diminue chez les vaches auxquelles on donne des fourrages secs; elle augmente quand on ajoute des herbes fraîches. Le lait pasteurisé, chauffé pendant 20 minutes au bain-marie, sont bien

supportés; chauffé á une température élevée et conservé ensuite, le lait devient scorbutigène. Les laits concentrés, non sucrés, préparés par un chauffage á 120° doivent être rejetés: les laits sucrés chauffés á 50° ne perdent pas leurs qualités.

L'usage des laits scorbutigènes provoquent d'abord divers troubles qui caractérisent l'état *préscorbutique*: ce sont les anémies surtout fréquentes vers le sixième mois de la vie; les diarrhées; certains états athrepsiques; un défaut de coagulation du sang créant parfois une véritable hémophilie.

Chez les enfants plus âgés, vers deux ans par exemple, ce sera l'usage des farines raffinées, surtout quand on donne en même temps du lait conservé, qui causera les accidents.

Le traitement du scorbut consiste á prescrire des aliments riches en vitamines C. Celles-ci sont peu abondantes dans les aliments d'origine animale: on en trouve une petite quantité dans la viande; la proportion est un peu plus forte dans les viscères, foie, rein, rate.

Ce sont les végétaux qui exercent une action antiscorbutique. Les vitamines C s'y trouvent associées aux vitamines B. Mais elles sont plus instables et souvent plus fugaces. Ainsi l'avoine desséchée agit contre le bérubéri et reste sans action sur le scorbut. Elle acquiert le pouvoir antiscorbutique au moment de la germination. Une expérience de Weill et Mouriquand souligne l'importance de ce fait. On donne á des cobayes des grains d'orge secs de cortiqués; le scorbut apparít au bout de 20 jours et les animaux succombent 6 jours plus tard. Si l'on donne l'orge après trois jours de germination la survie est un peu plus longue; après une germination de cinq jours, la survie atteint 50 jours. En donnant de l'herbe de 10 jours, les animaux meurent rapidement. Mais en donnant á la fois de l'herbe de 10 jours et de la graine germée de 3 jours les animaux survivent. Ils ont reçu les aliments et les vitamines qui leur étaient nécessaires.

Depuis longtemps, les cliniciens et les thérapeutes avaient reconnu l'action antiscorbutique des végétaux frais. Parmi ceux-ci il convient de mentionner les pommes de terre; les fruits, et notamment les fruits verts, plus actifs que les fruits mûrs; la banane; le pissenlit, le chou blanc; l'oignon, particulièrement riche

en principes C, d'après Mc Carrisson; l'oseille, le cresson, la tomate crue. Les légumineuses n'exercent pas d'influence favorable.

Les jus de fruits, surtout les jus de citron et d'orange, sont journellement utilisés. Ce sont les produits les plus actifs. Si on représente par 100 l'action favorable du jus de citron, on trouve pour le jus d'orange, et les feuilles de chou 110; le jus de betterave est coté 60; les haricots verts sont cotés 30; la viande de bœuf 7,5; le lait frais de vache 15 (Chick et Dalyell).

Dans les cas graves, on peut injecter dans une veine du jus d'orange bouilli et légèrement alcalinisé. D'après Mc Collum, le jus de citron ou d'orange n'agirait que comme un diurétique et pourrait être remplacé par un jus artificiel, fabriqué avec de l'acide citrique. Hess dénie toute valeur curative à cette préparation et affirme qu'il est indispensable d'employer le produit naturel. Si la vitamine du jus de citron supporte le chauffage, c'est qu'elle est en milieu acide. Dans ces conditions, elle peut sans inconvénient être maintenue à 110° pendant une heure. Il en est de même pour l'oseille. Le chou et le pissenlit ne conservent le pouvoir antiscorbutique que si on les fait bouillir dans de l'eau acidulée. On conçoit les applications pratiques de ce résultat.

* * *

Les expériences qui démontrent la nécessité de fournir des vitamines aux Vertébrés, pour permettre leur développement et assurer le maintien de la vie, remettent en question les résultats publiés sur la *vie aseptique*. Beaucoup d'expérimentateurs ont vu se cachectiser et périr les animaux nouveaunés qu'ils tentaient d'élever à l'abri des germes extérieurs. Le dépérissement est-il véritablement dû à l'absence des bactéries intestinales? Ne dépend-il pas plutôt de l'alimentation spéciale qu'on devait employer? Pour éviter l'infection du tube digestif, on stérilisait les diverses substances, on détruisait ainsi les vitamines et il est fort possible qu'on ait simplement créé des avitaminoses.

Les Invertébrés, au contraire, ne semblent pas avoir les mêmes besoins, Wollman a conservé pendant quatre ans un élevage de mouches et de blattes, qui ne recevaient que de la nourriture stérilisée à 120°. Cependant les vitamines favorisent le dé-

veloppement des êtres inférieurs, comme on a pu le constater en ajoutant des extraits de levure aux liquides dans lesquelles on cultivait des Flagellés.

Les vitamines semblent utiles au développement des Végétaux. Des substances analogues désignées sous le nom d'*auximones* (*αὐξίμος*, stimulant) favorisent leur croissance et leur nutrition. On en trouve dans la tourbe fermentée où elles ont été découvertes par Bottenberg et Mockeridge. Comme les vitamines B, elles sont solubles dans l'alcool et agissent à dose minime. Voici une expérience qui montre l'importance de leur rôle. Sur une plante qui se développe dans une solution minérale, on extirpe les cotylédons: remise dans un milieu artificiel, la plante s'étiole et périt. Si la solution contient des auximones, elle prospère et se développe. Ainsi des auximones sont en réserve dans la graine; après leur consommation les racines en puisent dans le sol où elles ont été élaborées par les bactéries.

Généralisant ce résultat, on tend à admettre aujourd'hui que les végétaux pas plus que les animaux ne sont capables de faire la synthèse des vitamines. Ce seraient les bactéries du sol qui auraient le pouvoir d'élaborer ces principes. Il y aurait un cycle de vitamines ainsi constitué: élaboration dans le sol par divers protophytes, bactéries et champignons; absorption par les racines et accumulation dans les plantes; ingestion et utilisation par les animaux.

Certaines bactéries peuvent intervenir chez les animaux et leur fournir des vitamines, au moins des vitamines B. C'est ce que peuvent faire les bacilles groupés sous le nom d'acidophiles; le bacille typhique; des bacilles retirés de la panse des ruminants, appartenant au genre *Flavobacterium*.

Plus encore que les bactéries, les levures fabriquent en abondance des vitamines B. Elles donnent aussi naissance à une matière organique que Wildies décrivit en 1902 sous le nom de *bios*. Identifiée par Williams au facteur B cette substance semble en être distincte. On la trouve dans les extraits de levure, dans les produits d'autolyse, dans les liquides de culture. Elle favorise le développement de la levure elle-même, ainsi que de quelques champignons inférieurs, de diverses bactéries et de plusieurs flagellés.

Elle stimule aussi certaines actions microbiennes: sous son influence le bacille diphtérique secrète une plus grande quantité de

toxine. Thjötta et Arrevy ont retrouvé dans la levure un principe V qu'ils avaient découvert dans le sang et qui semble d'ailleurs fort répandu dans le règne végétal.

Les vitamines semblent également utiles au développement des Bactéries. Madame Radoin et R. Lecoq ont fait une étude approfondie de la question. Ils arrivent à conclure que, pour utiliser les glycodes de façon correcte, tous les êtres vivants, sans exception, ont besoin de vitamines B. Si on n'en introduit pas dans le milieu de culture, une destruction préalable d'une partie des bactéries qu'on y a semées libère le principe nécessaire. Le rendement est meilleur si, au milieu artificiel, on ajoute de l'extrait de malt desséché, qui apporte à la fois glycodes et vitamines.

Certaines Bactéries pathogènes sont plus exigeantes. Pour qu'elles se développent, il faut leur fournir des substances d'origine animale. C'est le cas du pneumocoque, du méningocoque, du bacille diphtérique. D'autres, désignées sous le nom d'hémophiles, exigent impérieusement la présence de certains principes que le sang renferme. On a trouvé dans ce liquide deux facteurs X et V qui favorisent le développement des bactéries hémophiles et spécialement du Bacille de Pfeiffer. Le facteur X thermostable résiste à une température de 120° et manifeste son influence à des doses extrêmement faibles ne dépassant pas 1/2.000.000. Le facteur V, thermolabile, se rapproche de la vitamine C: il agit à la dilution de 1/30.000. Les deux substances, contenues dans les globules rouges, ne sont peut-être que des combinaisons organiques du fer.

Le sérum sanguin renferme plusieurs substances favorisant le développement du gonocoque: le jaune d'œuf contient un facteur de croissance pour le bacille tuberculeux et le mucus nasal en renferme un pour le méningocoque.

* * *

L'exposé que je viens de faire, malgré sa longueur, ne donne qu'une idée incomplète des nombreux travaux qu'a suscités l'étude des vitamines. Bien des résultats ont été obtenus qui semblent définitifs. Bien des recherches restent à faire, bien des points obscurs demandent encore des éclaircissements.

L'ensemble des faits accumulés depuis quelques années, démontre l'importance de ce groupe d'aliments qui, à peu près complètement dépourvus de propriétés énergétiques ou plastiques, remplissent simplement un rôle fonctionnel. Réunies sous le nom assez impropre de vitamines, ces substances règlent certaines fonctions des animaux. Elles sont indispensables à une digestion normale, à l'utilisation des produits d'origine digestive et à leur fixation; elles règlent même la proportion de certains sels dans les tissus, le tissu osseux par exemple. Ainsi l'action des sucs digestifs, pour être parfaite, exige l'intervention des vitamines; la nutrition ne peut être normale sans leur concours. Voilà comment les aliments crus, considérés autrefois comme indigestes, nous apparaissent aujourd'hui comme indispensables à une bonne digestion.

Après leur absorption, les vitamines agissent comme des hormones, exhormones alimentaires complétant l'action des endhormones élaborées par certaines glandes. Nous avons vu qu'une vitamine B se comporte comme l'insuline. Ce résultat soulève un nouveau problème. Pourquoi l'hormone pancréatique ne suffit-elle pas à assurer une utilisation normale des glycides? Pourquoi doit-on lui adjoindre une vitamine végétale? Deux hypothèses viennent immédiatement à l'esprit: ou bien la vitamine est une complémentaire de l'insuline, ou bien elle fournit au pancréas des éléments indispensables à l'élaboration de ce produit. Cette dernière hypothèse ne ferait qu'étendre à certaines endhormones ce qui est admis pour beaucoup de composés organiques. Les animaux ont un pouvoir synthétique restreint et ne savent faire que des retouches aux produits organiques complexes que leur fournissent les végétaux: le pancréas mettrait au point la vitamine B.

Un nouveau problème surgit aussitôt. Il faut savoir maintenant si les végétaux fabriquent ces vitamines ou s'ils les puisent dans le sol ou elles auraient été élaborées par les bactéries. Autrement dit faut-il considérer les végétaux comme des producteurs ou des intermédiaires?

Bien d'autres problèmes se posent encore. J'en ai indiqué quelques-uns pour bien montrer que dans la question des vitamines, comme dans toutes les grandes questions de biologie générale,

les études sont loin d'être achevées et que chaque solution conduit à une nouvelle recherche.

Les résultats obtenus sont suffisamment intéressants pour retenir l'attention des biologistes et des médecins, intéressants par les données nouvelles qu'ils fournissent à la physiologie et par les indications pathogéniques et thérapeutiques qu'ils apportent à la médecine. Ils établissent, une fois de plus, que les animaux sont tributaires des végétaux et qu'ils leur empruntent les matières organiques indispensables à leur développement, à leur activité et à leur fonctionnement.

FIN

SINDROMES MICOSICOS Y EPIDERMOFICIAS

POR LOS DOCTORES

MANUEL JOSE SILVA Y PEDRO J. ALMANZAR

Es sabido que una misma afección, el asma pongamos por caso, puede ser provocada por causas diferentes, y que la misma causa, el estreptococo, por ejemplo, puede engendrar afecciones diversas. Si tales hechos son frecuentes en patología interna, no son raros en dermatología, circunstancia que explica y excusa errores de diagnóstico, aun tratándose de lesiones que, por su aspecto y caracteres clínicos, responden a las mejores descripciones clásicas.

Desde 1893 el eminente maestro de la dermatología francesa, L. Brocq, llamaba la atención sobre el particular cuando afirmaba que *causas idénticas suelen producir, según los individuos, efectos variables, e inversamente, causas totalmente diferentes por su naturaleza, pueden provocar la aparición de erupciones diversas.*

Y no se crea que esta manera de analizar ciertos estados patológicos es arbitraria, sutil o no responde a un buen número de casos, que pueden comprobarse con la experimentación, porque con ayuda del laboratorio se ratifica o se aclara lo que la observación atenta del enfermo hacía sospechar.

Acostumbrados como estábamos a aceptar la *ley de especificidad* para una especie de hongos, llegamos hasta la sorpresa cuando se comprueba que especies que pertenecen a grupos diferentes determinan el mismo tipo de lesión. Si se tratase de formas frustras, larvadas, el hecho no tendría mayor importancia y hasta convendría que así sucediese para no embrollar una ciencia de suyo complicada y que exige condiciones únicas en quien la practica, pero no; las enfermedades causadas por hongos simulan tan bien las afecciones debidas a síndromes, que en ocasiones la in-

tervención del laboratorio no se discute, todo lo contrario, se acepta y se busca, como auxiliar poderoso que es de la clínica con el fin de confirmar un diagnóstico que haga cesar la tortura a que estaba sometido nuestro espíritu, y pueda instituirse una terapéutica racional y eficiente. Todo esto nos lleva a aceptar como propias las palabras del ilustre Richet: «Los que quieren oponer el laboratorio a la clínica, y la clínica al laboratorio no se han dado cuenta de lo que son el laboratorio y la clínica».

Las observaciones incompletas que se leerán en seguida demuestran lo fundado de nuestras apreciaciones.

I

El R. P. M. tuvo la gentileza de consultarnos para una afección localizada en los dedos de los pies y en los espacios interdigitales, que de tiempo atrás lo mortificaba, porque exudaba en los brotes agudos; producía picor e incitaba al rascamiento. En ciertos sitios la lesión simulaba un eczema seco o vesiculoso, y en otro se veía una superficie ulcerada, de color rosado vivo, apenas en partes cubierta por pequeños colgajos debidos a ampollas, a desprendimientos de la capa córnea macerada. Afecciones de esta naturaleza, complicadas de piodermatitis, impiden el uso de calzado y se caracterizan por remisiones cortas y largos días de recrudescencia. Se sospecha su origen parasitario, pero sólo por el laboratorio se precisa el diagnóstico.

ESTUDIO DE LABORATORIO.—NUMERO 1

En las escamas de esta lesión, pero especialmente en aquellas que cubrían las vesículas, se encuentran filamentos micelianos morfológicamente muy semejantes a los descritos en las escamas del caso siguiente. Los segmentos son, sin embargo, más cortos y más delgados, no pasan de 70 micrones de largo por 2 de diámetro y son mucho menos abundantes que en el estudio siguiente. La tabicación es menos aparente que en el Epidemorfiton inguinal, y además en algunos campos raros se encuentra un botón pequeño, casi una aleura implantada sobre las partes laterales del micelio. La segmentación descrita en el caso siguiente es



Epidermofiton Interdigitalis
(Priestly)



Epidermofiton Inguinale
(Sab.)

difícil de apreciar en éste, y sólo rara vez se observan segmentos rectangulares.

El aspecto macroscópico de los cultivos es poco definido: cultivos blancos, exuberantes de aspecto veloso, que presentan centralmente una elevación circular separada del resto del cultivo por una especie de surco o depresión poco profundo que forma un anillo siempre incompleto al rededor de la elevación. (Véase figura). Sobre gelosa dextrinada se obtiene un cultivo pulverulento de granos pequeños de color blanco amarillento. El pleomorfismo de los cultivos no se presenta sino muy tardíamente sólo en los medios azucarados y no es total.

Los cultivos en gota pendiente dan al cabo de una a dos semanas aparatos de reproducción característicos que aproximan este dermatófito a la familia de los tricofitones microides, entre los cuales es incluido por Langeron, independizándolo del grupo de los epidermofitones. Así, en la muestra aislada en el presente caso fácilmente se obtienen aparatos esporíferos del tipo *Acladium*, pero sin que hayamos podido observar formas en racimo. Los esporos, como aparecen en la figura adjunta, se forman por condensación del protoplasma miceliano que hace hernia, bien sea en la articulación de los segmentos micelianos o bien sobre las partes laterales; de modo frecuente la implantación de los esporos es pediculada. El micelio presenta ramificaciones simples que se desprenden en ángulo recto. En algunos de los cultivos pudimos observar husos terminales en escaso número; éstos eran de tamaño pequeño y de tabicación muy poco definida aún en cultivos de alguna edad.

Por los caracteres macroscópicos y microscópicos descritos, el organismo aislado corresponde al descrito por Priestly en 1917 con el nombre de *Epidermofiton Interdigitalis* y que en la reciente clasificación de Langeron es el *Tricofiton Interdigitale* (género *Ctenomyces mentagrophytes* Ch. Robin, 1853).

II

El doctor C. tuvo a bien inquirir nuestra opinión acerca de una dermatosis, localizada en la cara interna de los muslos, caracterizada por enormes placas, de límites netos, de color rosado

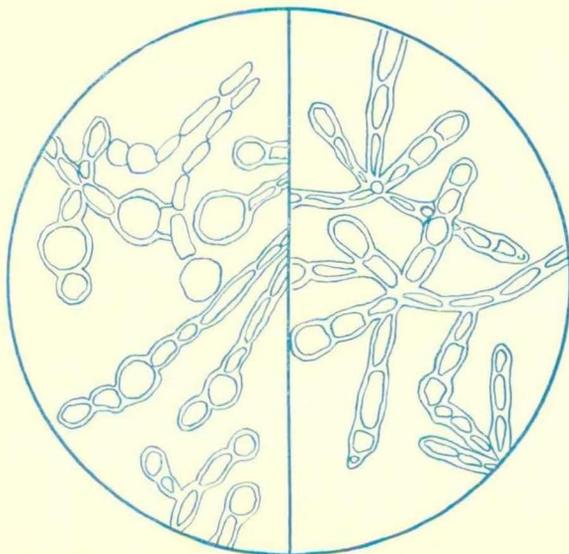
vivo, casi rojo, cubiertas a trechos de escamas blancas, en láminas. Estos signos, los antecedentes del enfermo, la evolución bastante rápida de la lesión cutánea, nos movieron a pensar en *Epidermoficia inguinal*. Descartadas las entidades semejantes como el *eritrasma*, los *intértrigos*, la *psoraiasis en placas* y los eczemas micóticos. Excusado es decir que la intervención del laboratorio fue decisiva.

ESTUDIO DE LABORATORIO.—NUMERO 2

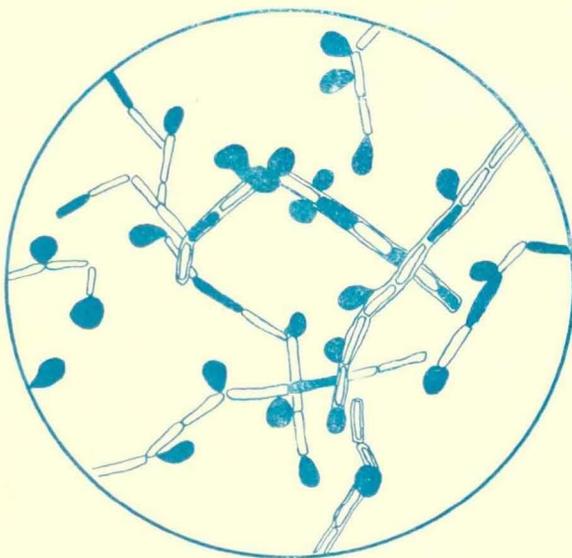
Al examinar las escamas de la lesión en el segundo de los casos descritos, se encuentra una gran abundancia de filamentos micelianos frágiles, que aparecen en porciones cortas, pero sin que sea raro encontrar segmentos largos que miden de 200 a 250 micrones, con un diámetro que varía de 2 a 4 micrones. Estos filamentos están dispuestos paralelamente a las capas celulares epidérmicas, presentan una estructura segmentaria que con objetivos fuertes es muy neta: pequeños segmentos rectangulares puestos unos a continuación de otros. En algunos campos se encuentran puntos iniciales, en los cuales los filamentos aparecen mucho más gruesos y que por ramificaciones dicotómicas relativamente regulares forman una verdadera red, los filamentos se hacen más delgados y los segmentos que los forman más pequeños.

El aislamiento del organismo (gelosa-dextrina, gelosa Sabouraud) permite obtener al cabo de 12 días cultivos de color amarillo azufre, pulverulentos, irregulares y que a medida que envejecen se agrietan y arrugan; la figura siguiente da una idea bastante aproximada de su morfología. En medios maltosados la exuberancia de los cultivos es más grande y la coloración muy intensa. Tanto en los medios empleados para el aislamiento como en cualquiera de los otros usados, las formas de pleomorfismo aparecen con extraordinaria rapidez, de tal modo que al cabo del mes los cultivos tienen el aspecto blanco aterciopelado de las formas de pleomorfismo.

El examen microscópico de cultivos de 12 días en gota pendiente, muestra que están formados por filamentos micelianos cortos y gruesos que terminan o bien por una extremidad inflada, o bien por «candeleros fávicos» típicos, constituidos por husos pluritabcados con 2 a 5, más frecuentemente 3 ó 4 cuatro divi-



Epidermofiton Inguinale
Cultivos de 12 y 52 días - Aumento: 800 diámetros



Epidermofiton Interdigitalis
Cultivo de 10 días - Aumento: 900 diámetros

siones; estos husos se implantan a la manera de la inflorescencia en cima en las extremidades de los filamentos; otras veces los husos son solitarios y se implantan entonces o sobre las paredes de los filamentos o sobre otros husos. En cultivos de 52 días la fructificación es más avanzada y los husos dan origen a formas de interpretación difícil: formas de degeneración o esporos gigantes. Las figuras adjuntas nos ahorran una descripción más larga.

Teniendo en cuenta todos los caracteres anteriores es posible concluir que en este caso se trata de un *Epidermofiton Inguinale Sab* (*Epidermofiton Cruris Castellani*, *Blastotricum Floccosum Harz*) y que en la última clasificación de Langeron lleva el nombre de *Epidermofiton Flocosum Harz*.

PESTE BOBA DE LOS TERNEROS EN EL VALLE DEL CAUCA

Estudio que presenta Francisco Virviescas a la Sociedad Colombiana de Medicina Veterinaria, para ingresar como miembro de número de la misma.

El presente trabajo es resultado de una serie de observaciones hechas en muchos casos de una infección de los terneros que los ganaderos denominan *Peste boba*.

Antes de entrar a describir las varias formas en que se presenta, creo conveniente hacer notar que la infección comenzó en el norte del departamento en los límites con el de Caldas, municipio de Cartago y vecindades, luégo se extendió al centro del Valle y cordillera central, e invadió el citado departamento en toda su extensión, alcanzando también gran parte del departamento del Cauca, como lo demuestra el hecho de que pude comprobar repetidas veces varios focos de infección en los municipios de Miranda, Corinto y Calota.

ETIOLOGÍA

Desde un principio me preocupé especialmente del estudio del germen causante de la enfermedad de que trato en este trabajo. Para ello necesitaba de un laboratorio donde poder llevar a cabo mis investigaciones, pero el Gobierno nacional sólo dió a los veterinarios unos pocos elementos muy mal distribuídos. Con muchas dificultades se logró en el Valle completar algunas cosas que sirvieran para adelantar los trabajos, aun cuando no eran suficientes para un estudio completo.

Se procedió a hacer hemocultivos de los animales enfermos, como también siembras de muestras de otros órganos, procedentes de distintas regiones de los departamentos del Valle y del

Cauca, y al fin pudo obtenerse en cultivo puro un bacilo móvil, Gram negativo, que se acentúa de coloración hacia las extremidades y es de fácil cultivo en agar, y cuyos caracteres biológicos no pudieron completarse por falta de medios adecuados. Se pudo, sí, llegar a la conclusión de que se trataba de un microorganismo del grupo Colitífico.

El aislamiento de este germen, que es muy resistente al frío y al calor, se llevó a cabo de acuerdo con los procedimientos comunes de laboratorio, en siembras sucesivas en cajas de Petri.

En la literatura veterinaria se encuentran citas numerosas de enfermedades causadas por este grupo de microorganismos.

Thomassen, Poels, Vallée y Haffner, lo mismo que otros autores, describen enfermedades semejantes causadas en los terneros por microorganismos denominados Paracoli, Enteritides, Nodulifaciens, etc.

Las lesiones encontradas en los casos autopsiados de *Peste boha* son semejantes a las que han sido halladas por los autores citados anteriormente. Las investigaciones hechas hasta ahora sobre las enfermedades atribuidas a estos microorganismos, permiten separarlas de las septicemias que aparecen en los recién nacidos y de las pasteurellosis que se observan en los terneros de corta edad, atribuibles a gérmenes del grupo *Pasteurella*.

PATOGENIA

Dada la edad más común de los animales atacados, que comprende de los veinticinco a los noventa días, en que ya la herida umbilical se ha cicatrizado y las complicaciones de las diarreas son menos frecuentes, y dado que la mortalidad mayor se observa hacia los dos meses de edad, fácil es suponer que la infección entra por la vía digestiva e invade luego, en forma septicémica, todo el organismo. Hago notar esto porque se observa en terneros cuya herida umbilical ha sanado por primera intención y han crecido sanos y robustos hasta los noventa días, apareciendo entonces la infección de una manera tan fulminante que los llega a matar en pocas horas.

ALTERACIONES ANATÓMICAS

En las autopsias practicadas en los animales muertos de la enfermedad denominada *Peste boba*, las lesiones anatómicas varían según el curso de la enfermedad, llegando a faltar casi totalmente en la forma sobre-aguda, y manifestándose más marcadas en las otras dos formas, aguda y crónica.

En la forma sobre-aguda se aperciben en la mucosa del intestino delgado congestión y hemorragias poco intensas.

En la forma aguda las lesiones se acentúan considerablemente en el intestino delgado, hígado y pulmones. En el intestino delgado hemorragias e infartos ganglionares. En el hígado hipertrofias, coloración amarilla, consistencia cirrótica, y en los cortes de ese órgano focos supurativos. En el pulmón hepatizaciones y color hemorrágico, con abundante secreción muco-espumosa y grande alteración del tejido bronquial.

En las meninges hay fuerte congestión y en los casos crónicos focos supurativos. El corazón presenta degeneraciones en el miocardio. El riñón se halla cubierto de una infiltración amarillenta.

SÍNTOMAS

La enfermedad es conocida por los ganaderos con el nombre de *Peste boba*, porque los animales se muestran decaídos, con la cabeza baja y los ojos semi-cerrados.

En la forma sobre-aguda los animales pierden inmediatamente el apetito, los ojos se les hundén, el pelo se les eriza y la fiebre les sube a 41 ó 42 grados. De la boca, seca al principio, sale más tarde una secreción abundante de saliva, acompañada igualmente de deyección narítica. La muerte ocurre rápidamente en un lapso de tiempo de 12 a 14 horas.

La forma sub-aguda evoluciona con más lentitud. Los animales duran enfermos de 2 a 3 días. La respiración se vuelve muy agitada y dificultosa; el pulso débil y rápido. Quejidos frecuentes como consecuencia de la dificultad de la respiración. La secreción salivar en esta forma es abundante, lo mismo que la nasal y toma un carácter espumoso. El animal permanece la mayor parte del tiempo con la boca abierta. La secreción lagrimal es

tan abundante que los pelos del canal lagrimal externo se humedecen. Se observa también en esta forma diarrea que puede ser amarilla o de otros aspectos.

Cuando el animal está en el suelo el cuello se halla en tensión, lo mismo que los miembros.

En la forma crónica los síntomas son semejantes pero un poco menos intensos, y la duración de la enfermedad es mayor que en la sub-aguda. En esta forma, de evolución lenta, el paciente presenta síntomas graves que inducen al ganadero a la aplicación de medicinas con las cuales toma aparentemente una mejoría el animal enfermo, pero la complicación pulmonar sigue su curso, el ternero continúa con tos, su estado general no avanza en nada favorablemente y, por el contrario, va decayendo todos los días hasta que muere.

PRONÓSTICO

El pronóstico es fatal en la mayoría de los casos. La mortalidad alcanza un porcentaje muy alto.

PROFILAXIA

Con el germen aislado de los animales enfermos y en vista de los fracasos obtenidos con todas las vacunas extranjeras, y aun con las mismas del laboratorio nacional, emprendí la preparación de una vacuna autógena con los escasos elementos del laboratorio del departamento del Valle, y haciendo muchos gastos de mi peculio particular.

Cuando ya tenía preparada la vacuna, y había hecho ya algunas inoculaciones me vi en el caso de no poder seguir paso a paso el resultado de ellas, debido a que el Ministerio de Industrias—no obstante que el Secretario de Industrias del departamento del Valle y aun el Gobernador, don Tulio Raffo, le pidieron permiso para que pudiera yo continuar estas observaciones—decidió enviarme a que instalara el servicio de Inspección sanitaria en el sur del país, en la frontera con el Ecuador.

Tuve allá noticia, por telegrama del doctor Ciro Molina Garcés—Secretario entonces del departamento en el ramo de Indus-

trias—de la especificidad de la vacuna y de los magníficos resultados obtenidos con su aplicación.

A mi regreso quise continuar la preparación de la vacuna en vista de que algunos ganaderos en cuyos ganados había sido aplicada solicitaron algunas dosis más, estando yo ausente. Los recursos me fueron negados por el Ministerio y ya no me hallaba en condiciones de seguirla preparando con mis fondos particulares como lo había hecho hasta entonces.

TRATAMIENTO CURATIVO

Se logra la curación en algunos casos, pero siempre que esté el paciente bajo la inmediata vigilancia del profesional. Las curaciones se consiguen por medio de drogas descongestivas, de desinfección general, y de estimulantes de los sistemas nervioso y circulatorio.

CONCLUSIÓN

Concluyo sosteniendo que el método más seguro de prevenir la enfermedad es la aplicación de un producto autógeno.

En los archivos del Ministerio de Industrias correspondientes a los meses de marzo, junio, octubre y noviembre de 1929, se encuentran los informes rendidos por mí en relación con la enfermedad estudiada en estas líneas.

Incluyo varios frascos que contienen cultivos del cocobacilo aislados de animales enfermos de *Peste boba*, y con el cual se preparó la vacuna que dió tan buenos resultados.

Cali, enero 10 de 1931.

ALGO MAS SOBRE LA RADIOLOGIA DE LA VESICULA BILIAR

POR EL DOCTOR

GONZALO ESGUERRA GOMEZ

Desde el mes de mayo del año pasado, y con el objeto de estudiar la nueva preparación de tetrayodofenoltaleína, que con el nombre de *cholepulvis* se encuentra en el mercado en forma de polvo, hemos examinado la vesícula biliar a todos los enfermos que se nos han enviado para exámenes del aparato digestivo. Hasta entonces solamente examinábamos la vesícula biliar a los pacientes que clínicamente presentaban disturbios digestivos atribuibles a un mal funcionamiento de este órgano, y en esos exámenes empleábamos el tetrayodofenoltaleína por la vía oral, en forma de cápsulas saloladas. Sobre los resultados obtenidos con este procedimiento escribimos un artículo en abril de 1929, en el cual llegamos a la conclusión (basándonos en 78 enfermos examinados en el Hospital de San Juan de Dios en el año de 1928 y de los cuales fueron operados 22) de que el diagnóstico radiológico era exacto en el 85 por 100 de los casos. (1) Cuando se empleaban las cápsulas por la vía oral, muchos errores de diagnóstico eran debidos a falta de disolución de esas cápsulas, como se podía comprobar frecuentemente por la presencia de ellas en el intestino. Por este motivo, y a pesar de que los errores sólo llegaban a un 15 por 100, en repetidas ocasiones quedábamos muy dudosos acerca de los resultados obtenidos.

La nueva preparación es un polvo que se disuelve fácilmente en agua, que presenta un sabor agradable, y que no irrita la mucosa del estómago como sucedía con las primeras preparaciones

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

en polvo. Naturalmente nos llamó la atención, y como no hemos sido partidarios del procedimiento intra-venoso—a pesar de que los porcentajes de aciertos son más elevados—por el peligro que entraña la salida del líquido fuera de la vena, resolvimos ensayarlo sistemáticamente en todos los casos. Desde los primeros momentos nos quedó la impresión de que el porcentaje de invisibilidad vesicular con este procedimiento era más alto que con las cápsulas, porque en aquellos enfermos que no presentaban clínicamente disturbios vesiculares y que examinábamos para estudiar el estómago o el intestino, se visualizaba siempre y con



Figura I—Radiografía tomada 14 horas después de la ingestión del cholepulvis y 5 minutos después de tomar el sulfato de bario. El estómago y el bulbo duodenal presentan un aspecto normal. La vesícula biliar se llenó bien, lo cual nos indica que sus funciones de concentración son normales, pero se ven nítidamente en su interior las sombras negativas de cinco cálculos. (Caso número 4992).

mucha nitidez la vesícula. Cuando no veíamos este órgano se encontraba clínicamente una explicación a esa falta de visibilidad.

Desde el 26 de abril de 1930 hasta el 26 de abril de 1931 hemos examinado 112 enfermos con el procedimiento de Graham-

Cole para la visualización de la vesícula biliar. En 73 de estos pacientes se visualizó perfectamente la vesícula, y aparte de los datos obtenidos respecto de la forma, situación, tamaño y tiempo de evacuación, pudimos cerciorarnos de que en todos ellos las funciones de concentración se hacían normalmente. En ninguno vimos sombras de cálculos ni deformaciones del contorno que hicieran sospechar la existencia de adherencias. En resumen, esas vesículas eran anatómicamente normales. El porcentaje de visi-



Figura 11—Radiografía tomada 14 horas después de la ingestión del cholepulvis. La vesícula se llenó normalmente, pero en su interior se aprecia claramente la sombra de un cálculo opaco a los rayos X.

bilidad alcanza a un 65,18 por 100, siendo de advertir que la casi totalidad de estos enfermos no presentaban clínicamente signos de enfermedades vesiculares; casi todos padecían de disturbios gastro-intestinales.

En nueve radiografías encontramos sombras de cálculos: en un caso las sombras eran dudosas; en otros dos esas imágenes eran

negativas (Fig. I) es decir, aparecían en el interior de la vesícula espacios claros en los cuales no penetraba el cholepulvis por la presencia de los cálculos en ese sitio; y en los seis restantes se vieron nítidamente las sombras positivas de esos cálculos. (Figs. II y III). En total un 8,03 por 100 de cálculos visibles.

En el grupo anterior hubo cuatro casos en los cuales no se sospechaba clínicamente la existencia de una litiasis biliar. Dichos pacientes presentaban disturbios digestivos que parecían de ori-

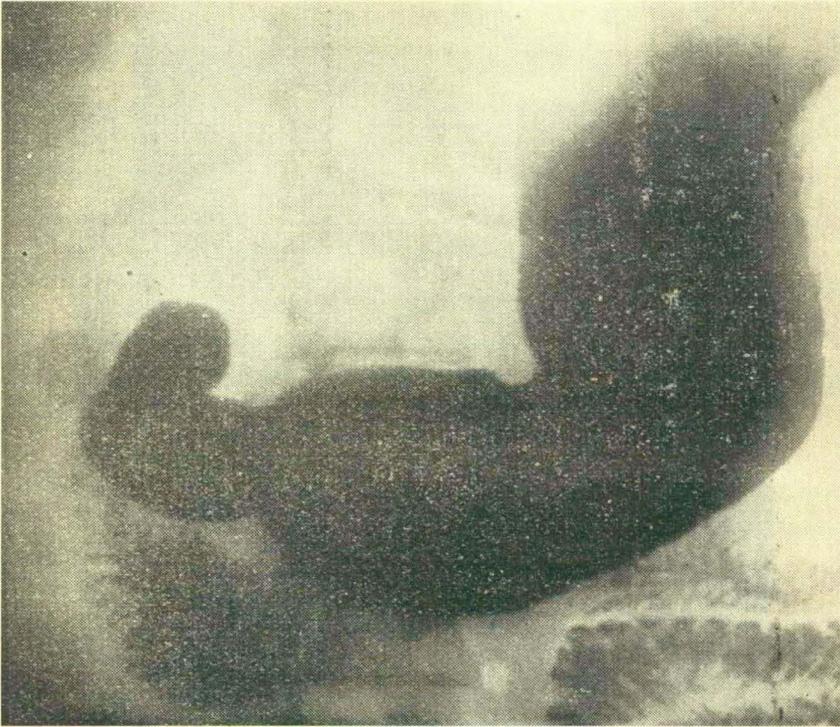


Figura III—El mismo caso de la figura II. Se ven perfectamente el estómago y el duodeno. A la derecha del bulbo se aprecia la sombra del cálculo. (Caso número 4642).

gen gastro-intestinal, y si no hubiéramos recurrido al estudio sistemático de la vesícula, no habríamos podido hacer un diagnóstico exacto. Esos casos, que representan un 4,46 por 100 del total, nos ponen de manifiesto la utilidad del estudio radiológico de la vesícula en todos los enfermos examinados. Ese porcentaje no es en ningún caso despreciable y mejora considerable-

mente el número de diagnósticos radiológicos acertados, en las enfermedades del aparato digestivo.

En los 30 enfermos restantes, o sea en un 26,79 por 100, no se visualizó la vesícula. En todos ellos encontramos la explicación clínica de esa falta de visibilidad, y en su mayor parte nos habían sido enviados para un estudio radiológico de las vías biliares. En dos casos operados poco después de la radiografía, se encontraron numerosos cálculos vesiculares.

Los 73 casos de vesícula visible y los 9 casos de cálculos aparentes nos darán muy seguramente un 100 por 100 de diagnósticos acertados. Nos quedan únicamente los 30 restantes, en los cuales habrá un porcentaje de aciertos más o menos grande. Nosotros creemos que ese porcentaje es mayor que con el empleo de las cápsulas, pero suponiendo que fuera el mismo, y teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el Hospital de San Juan de Dios en 1928, que dan un 85 por 100 de diagnósticos exactos, obtendríamos 5 casos de diagnóstico errado. Si esos 5 casos los computamos sobre los 112 enfermos examinados, llegaríamos a un porcentaje de buenos diagnósticos de 95 por 100. Ese 10 por 100 de aumento en los resultados, comparando el procedimiento oral con cápsulas y el mismo procedimiento con polvo disuelto en agua, nos indica claramente la superioridad del último método. Solamente con el procedimiento intra-venoso bien ejecutado los porcentajes de aciertos son superiores: el doctor James T. Case, por ejemplo, tiene porcentajes de aciertos que varían del 98 por 100 al 100 por 100.

VACUNACION ANTIDIFTERICA EN BOGOTA

POR LOS DOCTORES

A. PEÑA CHAVARRIA, O. VARGAS e I. MORENO PEREZ

RESULTADOS OBTENIDOS CON LA ANATOXINA DEL INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE SAMPER MARTINEZ

Aún cuando la difteria no constituye en nuestro medio tropical un problema sanitario de gran trascendencia, pues ni la morbosidad ni la mortalidad de dicha enfermedad, llegan a constituir guarismos de consideración en el movimiento demográfico de la población, desde el punto de vista sanitario, sí es inconveniente cerciorarse de la efectividad de los distintos medios profilácticos de la difteria. Conviene pues, ensayar en nuestro medio los distintos procedimientos usados en los últimos años en la prevención de la difteria, es decir, la mezcla toxi-antitoxina que ha sido aplicada extensamente por los higienistas alemanes y norteamericanos y la anatoxina, que después de los estudios de Ramón, tiende a aplicarse cada día más por la mayor protección que dá al individuo vacunado, por la ausencia completa de manifestaciones tóxicas y por su bajo precio, factor muy importante de tenerse en cuenta cuando se trata de inmunizar en una colectividad determinada, un número considerable de individuos y, finalmente, conviene también investigar las propiedades inmunizantes del método de vacunación percutánea preconizado por Lowenstein de Viena. Esta nota la relacionamos con los resultados obtenidos en Bogotá con las dos primeras vacunas y dejamos para una comunicación posterior, las investigaciones que hemos comenzado con la vacuna del profesor vienés.

Por otra parte, el accidente desgraciado ocurrido en el mes de noviembre de 1930 al terminar la vacunación de 50 niños de una de las salas cunas de la ciudad de Medellín, nos obliga a

hacer esta publicación para llamar la atención especialísima del cuerpo médico nacional a fin de que los profesionales a su vez, levanten el espíritu sanitario del pueblo, afirmando el buen criterio que éste debe tener sobre los asuntos de higiene que lo afectan y quitar de su ánimo la desconfianza y el recelo que pudo haber sembrado aquel luctuoso acontecimiento, para facilitar así un medio práctico muy bien probado, que por ningún motivo, allí en aquellas de nuestras poblaciones en que las condiciones sanitarias lo justifiquen, debe retardarse su uso en Colombia. Sólo así pueden defenderse de la desconfianza que destruye y del escepticismo que anula todo esfuerzo, las finalidades redentoras que con sus campañas realiza la higiene, empeñada con entusiasmo en los dos últimos lustros, en una cruzada activísima contra la difteria.

Enfáticamente debe repetirse que el accidente de Medellín que fué comentado en todos los centros sanitarios, tanto de Europa como de América, no se debió a la anatoxina, sino simplemente a una confusión de dos productos tan distintos como son la toxina diftérica y anatoxina diftérica.

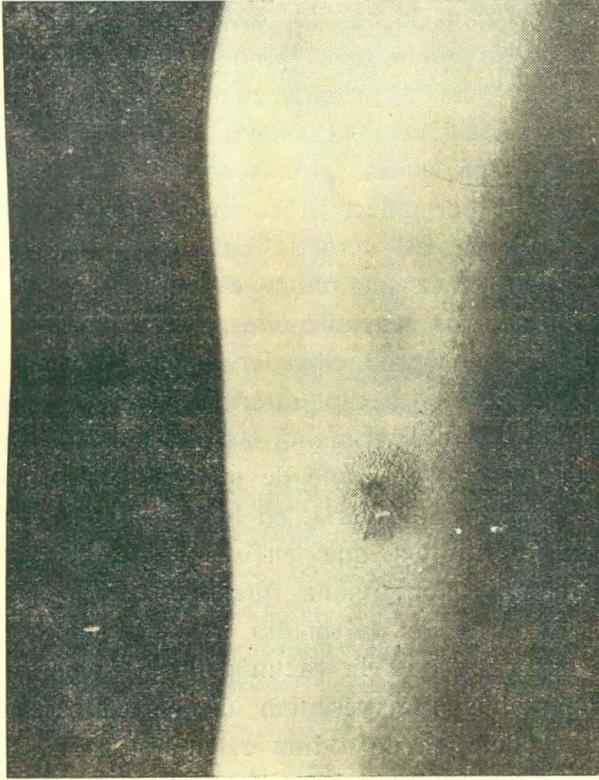
Como dijimos, dos han sido principalmente los procedimientos usados para la vacunación antidiftérica, la mezcla toxi-antitoxina, que como su nombre lo indica, es una combinación de toxina y antitoxina, en tales proporciones que la acción irritante de la primera queda neutralizada casi completamente por la segunda.

La toxina diftérica es una sustancia que provoca la necrosis de los tejidos que se ponen directamente en su contacto y sumamente tóxica para el organismo en general. Sin embargo, la adición de antitoxina a la toxina, en una cantidad insuficiente para neutralizarla completamente, da una mezcla muy poco tóxica y sí muy inmunizante. Esta mezcla constituye la toxi-antitoxina. La usada por Park (1) de New York contiene la cantidad suficiente de toxina, que puede variar según el título, para matar cuatro curíes de 300 granos en 24 horas, a la cual se agrega la cantidad de antitoxina necesaria para neutralizar esa acción tóxica, hasta tal punto que sólo produzca la muerte de un curí en un término que no sea menor de 48 horas. Sin embargo, la poca

estabilidad de esa mezcla que puede variar por influencias de naturaleza física, ha dado origen a serios accidentes, a pesar de haberse probado la toxi-antitoxina ampliamente en los Estados Unidos, en donde se han vacunado varios millones de niños; en los últimos diez años se han registrado varios accidentes a consecuencia de su aplicación. El primer accidente ocurrió en Dallas (Texas) (1) en donde emplearon una mezcla que no había sido suficientemente neutralizada causando la muerte de varios niños. Las autoridades sanitarias norte-americanas (Laboratorio de Higiene de Wáshington) tomaron cartas en el asunto y reglamentaron entonces la producción de dicha mezcla. El segundo accidente, menos grave, sucedió en Boston (1) en donde usaron varias ampollas que por la refrigeración habían sido congeladas, empleándolas inmediatamente después del deshielo. Los niños inyectados, tuvieron tanto síntomas locales como generales, pero sin embargo no se registró ninguna defunción. Se descubrió por este accidente que la mezcla, en ciertas proporciones, puede poner en libertad parte de la toxina por la congelación. Esto llevó a los laboratorios de los Estados Unidos a la producción de una mezcla llamada 1.10 L \times toxina-antitoxina que no se altera por la congelación. En 1925 sucedió en Viena (1) un accidente que no puede en realidad achacarse a la toxi-antitoxina, pues fué idéntico al ocurrido el año pasado en la ciudad de Medellín. En los primeros meses de 1927 ocurrió otro accidente en China, según la publicación que hicieron Isen y Chang (2). En enero de 1928 ocurrió otro accidente en Melbourne (Australia) (3) en que hubo varias víctimas. Este accidente, según informe rendido por una comisión de expertos, se debió a una contaminación de la mezcla y no a toxicidad de la misma.

Los estudios de Ramón dieron origen a la anatoxina, que es simplemente la toxina diftérica modificada por el formol y el calor, que a pesar de perder la mayor parte de sus propiedades tóxicas, conserva las propiedades inmunizantes para determinar la producción de antitoxina en el organismo animal que se inocular. Desde que se comenzó la aplicación de la anatoxina, hasta la fecha, no se sabía de un accidente colectivo debido a este método profiláctico.

Para comparar los resultados de uno y otro producto, aplicamos la mezcla toxi-antitoxina proveniente de un laboratorio europeo y la anatoxina producida en el Instituto Nacional de Higiene. Tanto en uno como en otro grupo hicimos previamente la prueba de Schick, para vacunar únicamente a los que dieran un resultado positivo, es decir, a los receptivos para la difteria. Con



Antebrazo de una niña vacunada con toxi-antitoxina, en donde se ve la pigmentación dejada por las dos pruebas de Schick. La superior se hizo antes de la vacunación. La inferior dos meses después, al terminar la vacunación que no inmunizó.

intervalo de una semana se aplicaron las tres dosis inmunizantes, tanto de toxi-antitoxina como de anatoxina; veintidós días después hicimos nueva prueba de Shick (Véase la fotografía) para cerciorarnos del número de individuos que habían respondido a la vacunación con la formación de antitoxina diftérica en sus humores.

Tanto con la toxi-antitoxina como con la anatoxina, las reacciones locales y generales fueron mínimas. Sólo pudimos observar, como fenómeno curioso e interesante, que los casos de portadores con Schick positivo, eventualidad que ha sido muy discutida, tenían reacción general más intensa, manifestándose por fiebre y malestar general. Los fenómenos locales que se presentaron, se observaron en las personas vacunadas mayores de 10 años, cosa que está de acuerdo con lo observado por la mayor parte de los que han trabajado en la inmunización diftérica. La ligera reacción local es más apreciable en la segunda y tercera inyección de la anatoxina. Este fenómeno humoral, en los que han recibido toxi-antitoxina es claro, pues se debe a la pequeña cantidad de toxina que permanece libre en la mezcla y a la sensibilización producida por el suero de caballo. Estos dos factores reaccionales faltan en la anatoxina en la cual sí existen, como sustancias antigénicas sensibilizantes, las proteínas del mismo medio de cultivo y los productos derivados de la autólisis y del metabolismo del propio bacilo diftérico. Que estos dos últimos productos concurren a determinar las reacciones locales y generales parecen indicarlo el hecho de que ellas son más intensas en los convalecientes de difteria, en los portadores, como en nuestro caso y en los adultos, que en una u otra época de la vida han tenido una infección liviana que talvez ha pasado desapercibida. Que las proteínas del medio de cultivo influyen, también lo indica el hecho de que la vacunación produce más reacción en aquellas personas que presentan una pseudo-reacción con la inoculación intradérmica de toxina calentada.

PREPARACION DE LA TOXINA Y ANATOXINA DIFTERICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE

Por los inconvenientes encontrados anteriormente en este Instituto para la preparación de una toxina diftérica potente, se estudiaron cuidadosamente los factores que hubieran causado esa dificultad. Con este objeto las distintas semillas traídas de algunos laboratorios de los Estados Unidos, se acostumbraron primero a los medios sólidos (suero coagulado, agar suero, etc.), luego para la preparación de la toxina usamos

varios medios líquidos (caldos), preparados según las fórmulas usadas en el Instituto de Higiene de Washington, los laboratorios de Albany y de la ciudad de New York. Revisando los «buffers» usados en la determinación de la concentración de iones de hidrógeno, se ajustó cuidadosamente el PH de los caldos a PM 7. 8.—Después de varios pases en tubos de los medios indicados anteriormente, se inocularon frascos de Erlenmeyer que contenían 700 cc. de caldo con las varias semillas diftéricas. Después de siete días de incubación a 34°, se obtuvo el crecimiento típico del B. Diftérico con su velo característico. Fenolado el caldo al 0.5 por 100 se pasó por la bujía filtrante para la obtención de la toxina.

Determinación del M. L. D. de la toxina.—Para cada uno de los caldos se inocularon curies con dosis descendentes de toxina, así:

2 curies números 1 y 2 con 0.0100 cc. de toxina

2 curies números 3 y 4 con 0.0050 cc. de toxina

2 curies números 5 y 6 con 0.0025 cc. de toxina

Con las toxinas obtenidas con los caldos preparados según las fórmulas de Washington y de Albany se obtuvo un M. L. D. de 0.005. Con la fórmula del Laboratorio de la ciudad de New York (Povitzky) se obtuvo una dosis mínima letal de 0.0025. Después de estos estudios que habían permitido el crecimiento del B. Diftérico (Park 8) en medios sólidos y líquidos, con la producción del velo característico en el caldo y la obtención de una toxina poderosa, con un M. L. D. de 0.0025 suficientemente fuerte preparamos la anatoxina de Ramón.

Para la preparación de la anatoxina diftérica usada en nuestro estudio, nos ajustamos en un todo a los requisitos exigidos por el Instituto de Higiene de Washington en su disposición del 8 de febrero de 1930, que transcribimos para mayor información de nuestros lectores.

Requisitos mínimos de la anatoxina (Toxoide Diftérico). Instituto de Higiene de Washington).

1.º El caldo usado para la preparación de la toxina no debe tener carne de caballo.

2.º La toxina para preparar la anatoxina (toxoides diftérico) debe tener un L. no mayor de 0.20 cc. o un M. L. D. mínimo de 0.0025 cc.

3.º La formalina usada para la detoxificación debe ser «liquor formaldehyde» de U. S. P.». La cantidad de formalina que detoxifique completamente no debe pasar de la proporción de 0.4%. La detoxificación debe ser tan completa que cinco dosis humanas (5 cc.) inyectadas subcutáneamente en curfies de 300 gramos de peso no produzcan síntomas de envenenamiento, incluyendo la parálisis, en un término de 30 días. Deben inocularse por lo menos 4 animales y cualquiera que muera antes de los 30 días no debe presentar lesiones de intoxicación diftérica.

4.º El poder antigénico mínimo debe ser el siguiente: diez o más curfies de 270 a 300 grs. de peso recibirán subcutáneamente la dosis inicial de anatoxina usada en la vacunación. Al cabo de seis semanas se le inyectarán a cada curí 5 M. L. D. de toxina diftérica. A los 10 días deben sobrevivir por lo menos 80% de los animales inoculados.

5.º Protocolos de la preparación de la toxina, de las pruebas de detoxificación y del poder antigénico con una muestra de 100 cc. de anatoxina se enviarán al Instituto de Higiene y el lote correspondiente no se pondrá al consumo hasta recibir el permiso respectivo.

6.º Se llama la atención de los fabricantes *hacia el peligro que hay en el parecido físico de la anatoxina y la toxina diftérica* (1). Para evitar la confusión se recomienda poner esos productos en envases diferentes que se usarán exclusivamente para eso.

7.º La dosis máxima para la vacunación no debe exceder de 1 cc. por inyección.

8.º Si se usan cantidades de anatoxina para la vacunación de varias personas deben colocarse en ampollitas cerradas a la lámpara.

9.º La fecha de vencimiento será la de 18 meses desde el momento en que quede terminada la preparación de la anatoxina.

La anatoxina empleada en nuestros experimentos de vacunación, además de adaptarse a los requisitos exigidos por el Labo-

ratorio de Washington, tiene para corroborar su poder antigénico, ocho unidades anatóxicas, determinadas por la floculación respectiva.

Copia de los protocolos de preparación, junto con una muestra de 100 cc. de anatoxina, se enviaron al Instituto de Higiene de Washington, que informó lo siguiente :

«*Washington, diciembre 9 de 1930.—Señor Director del Instituto de Higiene Samper Martínez.—Bogotá.—Colombia.* Muy estimado señor director: Informo a usted que la anatoxina (toxóide diftérico) lote número 1 enviada por usted el mes pasado se ajusta a los requisitos de este instituto. Las pruebas antigénicas demostraron que la dosis 1 cc. protegieron al 100% de los curfés inoculados con 5 M. L. D. La floculación de Ramón indicó 8 unidades anatóxicas por cc. De usted atentamente (Fdo). G. W. Mc. Coy. Director».

Resultados obtenidos en la vacunación.—La inmunización obtenida con la anatoxina del Instituto Nacional de Higiene en 92 personas fue muy superior a la obtenida en los 121 individuos vacunados con toxo-antitoxina. Como puede verse en los cuadros 1 y 2, con el primer producto se obtuvo la inmunización de un 90.2 por 100 de los vacunados mientras que con la toxo-antitoxina sólo se obtuvo un resultado satisfactorio en un 49.6 por 100.

Los resultados que hemos obtenido en la vacunación antidiftérica en Bogotá, pueden compararse perfectamente con los logrados en otros países. Así, por ejemplo, Zoeller (4) del Valde Gr. ce usando la anatoxina del Instituto Pasteur obtuvo una inmunización en un 81.4 de los vacunados. Park y Zingher (5), de New York, como anatoxina del Laboratorio de Higiene de esa ciudad obtuvieron inmunización en un 86 por 100 de las personas vacunadas. Weinfeld y Cooperstock de Ann Arbor (6) (Weinfeld G. F. and Cooperstock M. Comparative effects of Diphtheria toxoid and toxo-antitoxin as immunizing agents. A. J. of Dis Children N.º 1-Vol 38), obtuvieron 92 por 100. Hanseval y Nelis (citados por Ramón) (7) en Bélgica lograron 94 por 100 de Schick positivos en niños vacunados.

CONCLUSION

En la literatura médica de los últimos cinco años no hay ninguna comunicación que señale accidentes tóxicos producidos por el uso de la anatoxina diftérica en la vacunación de colectividades. El caso ocurrido en la ciudad de Medellín no puede achacarse en ningún modo a la anatoxina, pues como quedó explicado antes, el accidente se debió únicamente a una confusión. En cambio hay muchas comunicaciones de accidentes mortales producidos por la aplicación de la mezcla toxi-antitoxina. La inocuidad absoluta de la antitoxina bien preparada, su costo de producción, muy inferior, comparado con el de la toxi-antitoxina y la mayor actividad de las propiedades antigénicas de la primera, hacen que en las labores sanitarias, como elemento de vacunación, se prefiera la anatoxina a la mezcla toxi-antitoxina. Creemos por nuestra propia observación y por lo publicado por multitud de investigadores que la anatoxina debe preferirse en la profilaxis diftérica y que ella debe usarse en Colombia si las condiciones peculiares del país demandaran de las autoridades sanitarias una inmunización grande, cosa que desde luego creemos debe discutirse, teniendo en cuenta la baja morbosidad y mortalidad de la difteria en el trópico.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Some important facts concerning active immunization against diphtheria. W. H. Park American Journal of Diseases of Children. Vol 32, p. 709. Nov. 1926.
- 2- Report on accident following use of toxin-antitoxin mixture. E. T. Tsen and H. Chaug. China. M. J. 41-412-May.1927.
- 3- Toxi-antitoxin Fatalities at Bundaberg. Report of Royal Commission. M. J. Australia. 2: 2 July.1928.
- 4- La vaccination contre la diphteria, ses conditions biologiques. Ch. Zoeller. Presse Medicale May. 1926.
- 5- Immunity results obtained with diphteria toxoid and one tenth L mixtures of toxin-antitoxin in the public schools of New York. W. H. Park and A. Zingher. American Journal of Diseases of Children. Vol. 28 Pag. 464.

- 6- Comparative effects of Diphtheria toxoid and toxi-antitoxin as immunizing agents. G. F. Weinfeld and M. Coopertock. American Journ l of Diseases of Children.
- 7- Diphtheria prophylaxis in France: Experiments with Anatoxin vaccination. G. Ramon and I. Helic. Journal American Medical Ass ciation. Vol 97. Pág. 1028.

Resultado de la aplicación de la mezcla toxi-antitoxina a 121 personas no inmunes (Schick Positivo).

EDAD	PRUEBA DE SCHICK DESPUES DE 10 DIAS, TERCERA INYECCION TOXI-ANTITOXINA			
	POSITIVO		NEGATIVO	
	N.º de casos	%	N.º de casos	%
4 a 6 años	3	42.9	4	57.1
6 a 8 »	4	40.0	6	60.0
8 a 10 »	9	45.0	11	55.0
10 a 12 »	9	34.6	17	65.4
12 a 14 »	17	65.4	9	34.6
14 a 16 »	14	63.6	8	36.4
16 a 18 »	5	50	5	50
Total.....	61	50.4	60	49.6

Resultado de la aplicación de la anatoxina del Instituto Nacional de Higiene Samper-Martínez a 92 personas no inmunes (Schick Positivo)

EDAD	PRUEBA DE SCHICK DESPUES DE 10 DIAS TERCERA INYECCION			
	POSITIVO		NEGATIVO	
	N.º de casos	%	N.º de casos	%
4 a 6 años	1	16.7	5	83.3
6 a 8 »	2	13.3	13	86.7
8 a 10 »	4	15.4	22	84.6
10 a 12 »	1	4.2	23	95.8
12 a 14 »	1	4.8	20	95.2
14 a 16 »
Total.....	9	9.8	83	90.2

EL PROBLEMA DE LAS AMIGDALAS PALATINAS

POR EL DOCTOR

AGUSTIN ARANGO

Mucho se ha escrito y mucho se ha discutido sobre el problema de las amígdalas palatinas. En esta cuestión, que es hoy de grande actualidad, se han ido marcando dos grandes tendencias: la relativamente conservadora o francesa y la partidaria de la amigdalectomía total o americana.

Anticipamos desde ahora que nos seduce más la escuela americana pero no dejamos por esto de reconocer que en su afán de imponer sus puntos de vista ha caído en algunas ocasiones en excesos deplorables.

La amigdalectomía preventiva, que se ha practicado y se practica por algunos en Norteamérica, nos ha parecido siempre un grave error, tan grave como puede serlo la apendicectomía preventiva, pues estos órganos desempeñan por sus retículos linfáticos un innegable papel fisiológico de defensa.

Hasta hace poco tiempo sólo se habían atribuido a la amigdalitis crónica anginas frecuentes, impedimentos respiratorios, obstáculos de la deglución, voz nasonada o amigdaliana, adenopatías del cuello y otras manifestaciones de escasa importancia. Los estudios modernos de los americanos tienden a demostrar que las amígdalas crónicamente infectadas causan frecuentemente reumatismos articulares y generalizados, trastornos digestivos, úlceras gástricas, nefritis, retardos intelectuales y del crecimiento, etc. Partiendo de estos estudios los cirujanos han preconizado la amigdalectomía total en las amigdalitis crónicas como único sistema de desembarazar al organismo de un foco infeccioso que ofrece múltiples peligros. La escuela francesa, sin negar todos estos hechos, duda mucho respecto a la frecuencia de las infecciones generales de causa amigdaliana; para ella la amigdalectomía parcial

resuelve el problema las más de las veces y considera la total como operación peligrosa por el acto operatorio mismo y por sus consecuencias alejadas.

El congreso francés de otorrinolaringología reunido en la Facultad de París en febrero del presente año, abordó la discusión del problema. Mientras Bourgeois se mostró decidido partidario de la operación total de los americanos por haber aprendido en su larga práctica que la amígdala crónicamente infectada es causa de numerosas afecciones diversas, Moure manifestó que sin temor de que se le apellidara retardatario se atrevía a declarar que no consideraba la amigdalectomía total como una operación inofensiva puesto que ya se habían observado algunos casos de abscesos del pulmón, sequedad constante de la boca y adenopatías del cuello, atribuibles a la falta de tales glándulas.

L. Dufourmentel comenta la discusión del congreso en un artículo titulado «Le Probleme amygdalien» aparecido en *Paris Medical* (número 9 febrero de 1931), y se coloca francamente del lado de Moure, quien representa en este caso la opinión más generalizada en Francia. Pertenece a ese artículo el siguiente párrafo: «Se acostumbra en América y comienza a generalizarse en Francia llevar a cabo operaciones largas y a veces graves, consistentes en una disección minuciosa de toda la celda amigdaliana, operación que yo he visto varias veces durar una hora y hora y media, manteniendo al sujeto bajo anestesia general durante todo ese tiempo, lo cual acarrea una hemorragia abundante y naturalmente un shock bastante profundo.»

Nosotros consideramos que si la operación se hace demasiado larga es debido a falta de práctica en el operador, a falta de una buena técnica, o a falta de instrumental apropiado. La operación practicada en buenas condiciones no debe durar más de media hora. En la Clínica Mayo de Rochester tuvimos ocasión de ver operar diariamente a los doctores H. I. Lillie y B. E. Hemstead y no vimos, entre más de 60 operaciones, un solo caso que se prolongara más de 20 minutos. Si la disección se hace siguiendo exactamente el plano de separación la hemorragia es casi nu-

la; para evitarla se pueden poner con relativa facilidad ligaduras de catgut como en una operación ordinaria. (1)

Respecto a las observaciones hechas a la anestesia creemos que la general es una anestesia de excepción, para los casos de enfermos demasiado pusilánimes o demasiado nerviosos, y que la local, que no tiene ningún inconveniente, es la que se debe preferir en todos los casos. En las condiciones anotadas se comprende que la operación carece en absoluto de toda gravedad.

Considerando que la amigdalectomía total es la intervención que tiene más indicaciones en las afecciones crónicas de las amígdalas, no podemos negar que la operación parcial tiene también sus indicaciones, como las tiene el tratamiento médico en las afecciones recientes; en efecto, no hay razón alguna para proponer una intervención a un enfermo que sólo muy de tarde en tarde padece de una inflamación de sus glándulas sin mayores consecuencias; este enfermo debe tratarse médicamente. En los niños menores de doce años no somos muy partidarios de la intervención total por las dificultades que en ellos tiene el acto operatorio y porque una amigdalectomía parcial los libra fácilmente de los trastornos producidos por una amígdala hipertrofiada, tales como ronquidos durante el sueño, dificultades de la deglución y de la palabra. Pero cuando clínicamente se conozca que la afección está produciendo trastornos generales no se debe dudar en llevar a cabo la operación total bajo anestesia general.

Es necesario tener en cuenta que las inflamaciones sucesivas de la glándula destruyen su poder de defensa por las alteraciones que sufren sus células nobles bajo la compresión de la esclerosis. Perdido el poder de defensa, la glándula no sólo se hace inútil sino también peligrosa.

Por otra parte sería imposible demarcar en una amígdala la zona infectada o infectante de la zona sana, en el caso de que ésta exista. Por lo tanto en la intervención subtotal se puede asegurar que se deja siempre el foco infeccioso que se trata de eliminar. Es verdad que el polo superior, parte la más accesible, es el sitio donde se forman generalmente los abscesos pero por

(1) Véase «Amigdalectomía por disección de la glándula (Método americano)». Doctor Agustín Arango, *Revista Médica de Colombia*, N.º 5 diciembre de 1930.

esto no podemos concluir que el resto de la glándula permanece indemne.

Los estudios que se han hecho en estos últimos años, sobretudo en Norteamérica, sobre el papel que desempeñan las amígdalas en múltiples afecciones del organismo, son demasiado conocidos y universalmente aceptados para que insistamos en ellos. La cuestión más moderna que se ha planteado sobre estos asuntos es el estudio de las relaciones entre los flegmones amigdalianos y las septicemias a que pueden dar lugar.

Según los estudios de Waldapfel (de Viena) las septicemias que tienen por origen una infección amigdaliana pura son excepcionales. En 43 casos de septicemias consecutivas a flegmones de la faringe, que ha observado el autor, ha encontrado casi siempre un absceso colectado en el espacio conjuntivo maxilofaringeo. Sólo en dos casos se practicaron cortes seriados de la glándula y en los dos se encontró una trombosis primitiva de las venas de la misma.

Es muy conveniente tener en cuenta que los abscesos amigdalianos intraglandulares son relativamente raros. Los flegmones a que dan origen las infecciones de estas glándulas pueden tener su origen en la parte superior de los pilares palatinos y de ahí se extienden hacia el velo del paladar; pero cuando se colectan por detrás de la glándula, en el pilar posterior, se dirigen hacia el espacio maxilofaringeo mencionado y de esta manera resulta la amígdala causa directa de las septicemias.

S. Burchardt (de Berlín), ha hecho el examen anatomopatológico de las amígdalas de 26 casos en que una angina flegmonosa dió lugar a una septicemia. Como lesión característica, encontrada constantemente, describe una periflebitis que unía el foco primitivo amigdaliano con los gruesos troncos venosos. Aunque se encuentran adenitis vecinas, la infección no se propagó nunca por las vías linfáticas.

Las intervenciones en las amígdalas se deben hacer siempre en frío; el tratamiento médico debe ser el único empleado durante el período agudo.

El tamaño de las glándulas no está en relación con el grado de la infección. Muchas veces pequeñas amígdalas retraídas en

su celda por la esclerosis, son más peligrosas para el organismo que las hipertrofiadas.

Hemos creído interesante resumir en este breve artículo el estado actual de las discusiones sobre un tema tan importante para médicos y cirujanos, porque su lectura puede contribuir en alguna manera a moderar el espíritu demasiado intervencionista de algunos o a corregir el criterio excesivamente conservador de otros que se han formado en la escuela francesa clásica.

TRICOFICIA EN CUCARDA

(EL CASO CLINICO DEL MES)

POR EL DOCTOR

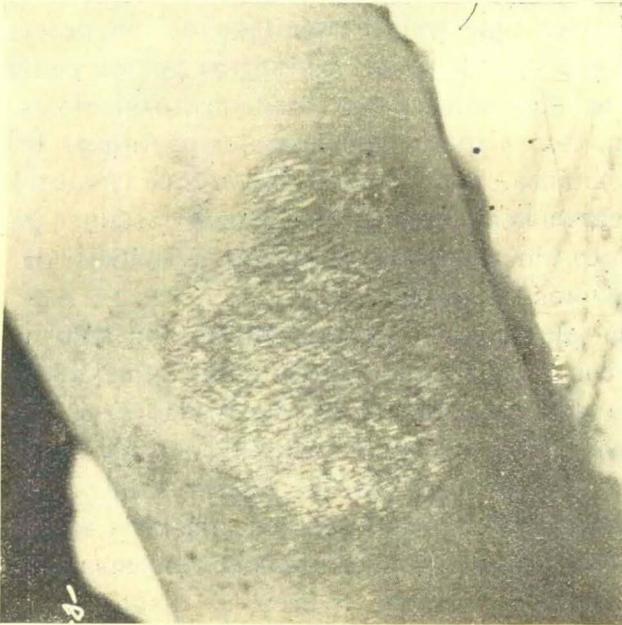
MANUEL JOSE SILVA

Cuando nos ocupábamos en consultar nuestras notas y ordenar nuestros recuerdos en relación con variedades de *tricoficia* que nos hubiese tocado en suerte tratar, variedades distintas de la publicada en el número anterior de esta revista, nos fue dirigida, como cliente, por un eminente médico de la ciudad, una enferma de cuyas lesiones publicamos dos curiosas fotografías.



Obsérvase en efecto sobre la cara anterior e interna de las extremidades superiores de la paciente, una dermatosis francamente escamosa, en forma de discos, constituida por múltiples círculos concéntricos, del tamaño, los más grandes, de un vidrio de

reloj de los usados por los dermatólogos para la prueba de la vitro-presión. La afección que contaba dos meses, se había iniciado en la parte super-interna del brazo derecho por una pequeña mancha escamosa que se había extendido rápidamente, a tal punto, que cuando vino a consultarnos la interesada, contamos siete discos enormes y numerosas placas pequeñas, vecinas del sitio de origen. Los discos de que se ha hecho mención no ofrecían una superficie uniforme: los elementos circulares que los constituían, separados unos de otros por cortos intervalos de piel casi sana,



presentaban ligero relieve, apreciable a simple vista, y mejor aún, por el tacto. El relieve, índice de un proceso débilmente inflamatorio, era blando, edematoso, y el conjunto de la lesión de color rosado vivo. Vesículas no observamos sobre las placas eritematosas ni en las zonas vecinas; posiblemente existieron las escamas, una que otra costrícula, y los datos suministrados por la enferma dejaban pocas dudas al respecto. Con la pequeña legra, usada en dermatología, logramos desprender numerosas escamas de color blanco o gris, destinadas a siembras en medio de Sabouraud y a exámenes microscópicos directos. Digamos, para terminar, que la afección era intensamente pruriginosa, lo cual dio ori-

gen en el curso de su evolución a numerosas lesiones de rascamiento, caracterizadas por costras, pústulas y a superficies eczematosas exudativas, de todo lo cual se encontraban huellas.

Una dermatosis semejante no podía confundirse sino con lesiones circinadas, de ahí que se trajesen a cuento las *sifilides anulares* de fines del período secundario y principios del terciario; se pensase en la *pitiriasis rosada de Gibert* y en la *psoriasis* de forma circular. De las dos entidades últimas, nos hemos ocupado recientemente, (1) razón por la cual consideramos inútil volver sobre el particular. Por lo que se refiere a las sifilides anulares diremos que son el resultado de un proceso eruptivo que desaparece por el centro y progresa por su periferia. Así señálanse variedades arciformes, circinadas, orbiculares, en anillos concéntricos, etc.; empero, los elementos papulosos irregulares, la infiltración cutánea, la coloración *jamón* que nunca falta, y por último las escamas adherentes, son signos bastantes para un diagnóstico clínico sin necesidad de apelar a análisis de laboratorio ni a tratamientos de prueba.

Volviendo al caso que nos entretiene, tan sólo una erupción provocada con fines de supercheria podía semejársele, suposición no del todo descaminada por la regularidad casi perfecta de las figuras; pero la edad de la enferma, 46 años, su envidiable equilibrio mental, la sinceridad con que refería la iniciación y desarrollo de la afección, hacían rechazar por temeraria aquella conjetura.

Tales hechos negativos y un análisis concienzudo de la dermatosis nos llevaron a aceptar en firme el diagnóstico de *tricoficia cutánea*, en forma de *cucarda*.

El herpes circinado tricofítico, del cual la erupción que nos ocupa puede considerarse como una modalidad, está caracterizado por series de anillos concéntricos debidos a la presencia de nuevos círculos parasitarios que tienen su origen, claro está, en la lesión inicial. Si la inflamación es intensa el borde de la placa presenta vesículas que al secarse dan lugar a escamas. La duración de cada elemento es corta, apenas de días y aún de horas, de ahí que no nos fuese dado señalarlas en nuestra enferma. Se

(1) REVISTA MEDICA DE COLOMBIA, Volumen I, número 8.

las ve asimismo al rededor del primer anillo, del segundo y de los que siguen.

Digamos, para terminar este artículo, que el hongo causante de la afección fue hallado en las escamas por nuestro muy distinguido amigo y colega doctor Pedro J. Almánzar quien se ocupa de su clasificación.

El tratamiento obró, como sucede en casos análogos, maravillosamente.

EDITORIAL

LA FACULTAD DE MEDICINA

No es nuestra intención la de historiar los últimos sucesos acaecidos en la Facultad de Medicina porque carecemos para hacer determinadas afirmaciones de documentos fidedignos, sin los cuales invadiríamos los repulsivos dominios de la conseja y del chisme, impropios para hombres honrados y profesionales dignos. Tampoco nos anima el deseo de hacer un análisis minucioso de nuestro instituto porque además de ser ésta una labor que sobrepasa en mucho los estrechos límites de un editorial, nos veríamos en el penoso caso de hacer declaraciones amargas y dolorosas, muy duras para quienes queremos entrañablemente nuestra madre intelectual y para quienes profesamos sentimientos de admiración y respeto a los maestros que en ella nos dieron enseñanza. Nos proponemos solamente echar una ojeada rápida sobre el momento actual y sobre sus proyecciones en el porvenir.

Después de un largo pasado de rutina y de senectud por fin saltó la chispa renovadora en nuestra Facultad de Medicina; seríamos injustos si no reconociéramos el enorme papel que en este feliz advenimiento, como rector, representó el doctor Carlos Esguerra; con una actividad y una energía dignas de un joven, sembró la inquietud en todos los dominios de la Escuela, quiso obrar, quiso remover lo existente; era natural que tales medidas despertaran reacción en el medio: una reforma no puede venir en frío, puesto que es una revolución que tiende a desquiciar lo que el tiempo y la inercia han hecho considerar como inamovible y eterno; era natural que se cometieran errores porque una obra que se inicia no puede ser perfecta desde su comienzo, y por último, nada más natural que el desenlace de sus

HEMOSTYL

DEL Dr. ROUSSEL - PARIS

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

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

ACTIVA LOS FENOMENOS HEMOPOYETICOS. Por eso cura las anemias.

Entre las principales indicaciones del HEMOSTYL, se citan:

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

AMPOLLETAS - Para tomar todos los días en agua azucarada.

JARABE - Muy agradable al paladar.

Tomar el HEMOSTYL es curarse y sentirse fuerte

ÚNICOS REPRESENTANTES PARA VENEZUELA Y COLOMBIA:

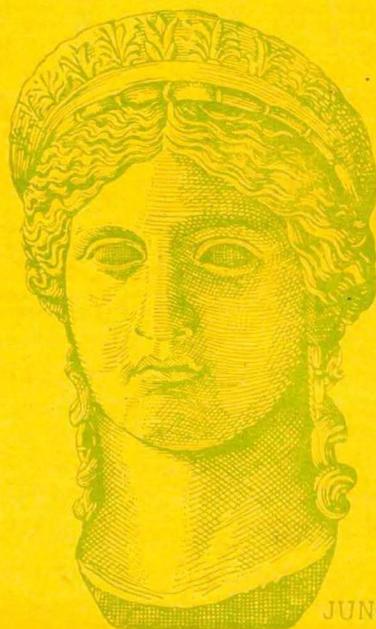
SILVA & Cía.

Caracas (Venezuela). Apartado 189

AGENTE EN BARRANQUILLA:

LOUIS BANCELIN

BARRANQUILLA, APARTADO 98 - BOGOTÁ, APARTADO 1122



JUNO

KLIMAKTÓN



CONTRA LOS ACHAQUES DE LA EDAD CRÍTICA

COMPOSICIÓN:

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

Tubitos con 20, frascos con 50 grageas.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN DEL RHIN.

Para literatura y muestras dirigirse a HERMANN HEDERICH.

CARRERA 6.ª, N.º 314. — TELEFONO: 21-26.

actuaciones: la renuncia de la rectoría. La opinión casi unánime del profesorado le señaló el camino. Es indudable que en uno y otro campo se cometieron graves faltas que no queremos juzgar; aceptamos los hechos cumplidos, pero en todo caso miramos con complacencia el fuego renovador y esperamos que las nuevas generaciones no lo dejen extinguir, prestándole el valioso contingente de su apoyo.

Entra en circunstancias difíciles pero en las mejores condiciones a la rectoría el doctor Luis Cuervo Márquez, hombre talentoso y discreto que profesa enorme cariño a la Facultad y cuenta con el beneplácito de los profesores y el apoyo de la misión francesa de cuya traída no fuimos partidarios, no porque dudáramos de sus capacidades, ya que está integrada por eminentes científicos, sino porque no considerábamos oportuno el momento, tanto por razones económicas como por motivos de nacionalismo integral, pero estando entre nosotros debemos ayudarla y crearle buena atmósfera y obtener los mayores frutos de sus enseñanzas. Esperamos que el doctor Cuervo Márquez, con el tacto y la diplomacia que lo caracterizan, resuelva los problemas que se le presentan y nos es grato pensar que la reforma tan indispensable para que nuestra Facultad ocupe el puesto que le corresponde, encuentra en él un entusiasta animador.

Cambio de sistemas y métodos anticuados, distribución racional del pensum de estudios, organización eficiente de los trabajos en el anfiteatro, en los laboratorios y en las clínicas, implantación del espíritu moderno de investigación, reglamentación de los concursos cuya seriedad y justicia deben ser clásicas para que puedan servir de base al establecimiento definitivo de la carrera del profesorado. He aquí la síntesis de un vasto programa que está por realizar.

DEONTOLOGIA

SECCION A CARGO DEL DOCTOR

DARIO CADENA

INSTALACION DEL MEDICO

Una vez que el joven profesional haya escogido el lugar de su residencia debe cumplir con dos deberes primordiales: uno con las autoridades y otro con los colegas allí establecidos.

Personalmente irá a la Alcaldía a dar parte de su establecimiento; luégo pasará a la junta seccional de títulos médicos y a la Dirección departamental de higiene a registrar su diploma y a inscribirse en la lista de médicos que pueden ejercer en todo un departamento. Si el pueblo queda distante de la capital, se dirigirá por escrito a estas dos últimas entidades anotando el número y la fecha del diploma o de la licencia que se le haya concedido para librarse al ejercicio profesional.

Una vez llenados estos requisitos que la ley exige y que desgraciadamente entre nosotros no se realizan porque muchos médicos los ignoran y porque las autoridades no cumplen con su deber, es de regla hacer una visita de cortesía a todos los colegas escogiendo como hora más apropiada para verificarla aquella en que principian ordinariamente su consulta. En dicha visita; que debe ser corta, después de la presentación reglamentaria se ofrecerán los servicios profesionales, se pondrán a la disposición de los colegas las innovaciones que se lleven, se les prometerá llamarlos en consulta en los casos difíciles considerando la reciprocidad como un honor y una muestra de deferencia especial. Por su parte los médicos establecidos están en la obligación de corresponder pronto, con otra, la visita del recién llegado, de prestarle apoyo, de darle una idea general de las costumbres y de las enfermedades dominantes en la región y por último, cuan-

do se posee cierta autoridad; de indicarle la rama de la medicina que podría practicar con mayor provecho.

Sólo después de haber llenado estos requisitos deberá buscar local apropiado para su consultorio o para la botica. Como generalmente se llega a una población desconocida, es bueno no obrar con precipitación sino observar por algunos días cual es su parte comercial o mejor frecuentada para hacer una elección acertada; ordinariamente se debe escoger la plaza principal o alguna de las calles vecinas siempre que no sea la que en muchos pueblos se llama *calle caliente* o lugar predilecto de libaciones y molestias de la clase baja. En la escogencia de la botica el joven profesional debe tener un cuidado único para no recargarse de específicos y medicinas de patente que además de poseer un precio elevado, lo rutinizan y lo colocan en la categoría de un vendedor de drogas. La lista de los medicamentos con los cuales se harán las preparaciones magistrales, debe ser lo más completa posible y de acuerdo con las enfermedades dominantes en la región; en la conciencia del médico debe existir la certidumbre de que la fórmula preparada por él mismo es uno de los medios más eficaces para luchar contra el charlatanismo ambulatorio y contra los específicos, parásitos los más temibles de nuestra profesión que nosotros somos los primeros en mantener y fomentar.

El arreglo del consultorio estará en relación con las posibilidades económicas de cada cual, pero en todo caso en él dominará la limpieza y el orden alternando con una discreta elegancia característica de las personas cultas.

La dotación del joven médico será tanto más completa cuanto menos importante sea el centro donde se vaya a ejercer: microscopio con sus accesorios, instrumental suficiente y buenos libros de consulta, pues con los primeros clientes principia el estudio y la vida emotiva y asarosa del profesional; además, si no desea caer en la rutina y en la mediocridad es indispensable que se suscriba a una o dos publicaciones médicas que lo pongan al corriente de los continuos adelantos de la ciencia.

Ya instalado, el médico debe anunciarse o por medio de tarjetas personales que distribuirá a todas las familias de la población, o en un periódico local o por avisos murales. Entre nos-

otros no existe el hábito de anunciarse en el cinematógrafo; no es, pues, conveniente violar las leyes que ha implantado la costumbre. El aviso debe ser serio y mesurado; sólo la mediocridad y el charlatanismo escogen términos rimbombantes y largas enumeraciones de especialidades que se excluyen y que además de ponerlos en ridículo, ponen de manifiesto su ignorancia. La leyenda de las tarjetas será sencilla: «Doctor N. N., médico cirujano de tal Facultad, saluda a usted atentamente y se complace en ofrecerle sus servicios profesionales». En los carteles y en el periódico se pueden poner los títulos adquiridos durante los estudios y si se desea, aun cuando no es del todo conveniente porque en los pueblos el ejercicio es general y en nuestras Facultades no existen los estudios de especialización, puede hacer hincapié sobre la rama de la medicina que más haya estudiado.

Queda por estudiar la instalación en la capital de la República; ya vimos que para el joven recién salido de la Facultad, es una empresa difícil que sólo puede realizar con el apoyo de los maestros, o por las relaciones y solvencia económica de su familia, unido esto a buenas capacidades y a una preparación técnica que resista todo análisis. Como estas circunstancias son de excepción, lo natural es que el médico trabaje dos o más años en provincia, ejercicio que le será de una gran utilidad, para realizar luego su viaje a Europa o a Estados Unidos, donde hará la especialidad que más le satisfaga. Es indispensable disponer de un minimum de dos años para realizar estos estudios porque las dificultades del idioma, el egoísmo y la hostilidad del medio, la adaptación a una civilización desconocida, distraen un tiempo bastante apreciable; además es necesario que la determinación sea única y que a ella se le dedique el fervor y el entusiasmo suficientes para obtener una preparación indiscutible; las vacilaciones y los cambios de opinión respecto de la especialidad son fatales para el profesional. Es indispensable tener siempre presente en el espíritu la convicción de que la medicina ofrece un campo vastísimo imposible de dominar en su conjunto y que quien aspire a saberlo todo, ignora más de lo que sabe.

Al regreso se escogerá un consultorio apropiado para la especialidad y procederá a anunciarse en carteles murales y por

Aparatos para Electroterapia

Pantostato

GALVANO - CAUTERIO - FARADISACIÓN
LUZ Y MASAJE

Diatermia

Rayos Ultra-Violeta



Aparatos de Rayos X

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

REPRESENTANTES:

Dr. Weiser & Hering

PIDANOS DEMOSTRACION
E INFORMACION

Calle 13 No. 174 - Apartado 492
BOGOTÁ



OPTICA ALEMANA

SCHMIDT HERMANOS

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

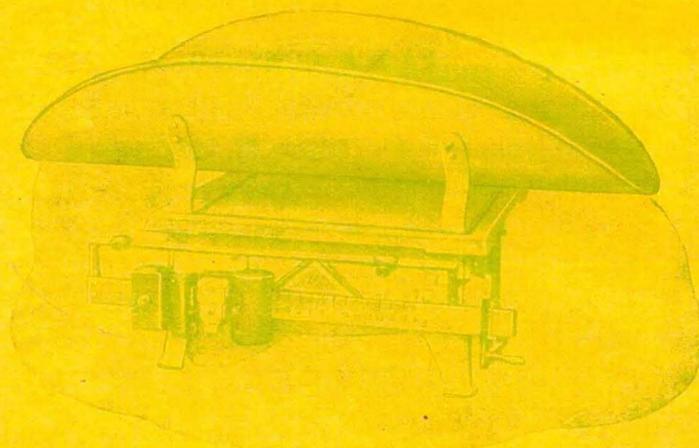
Apartado 1032

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



TALLER DE MECANICA

para la reparación de toda clase de instrumentos de precisión



ACABAMOS
DE
RECIBIR

un completo surtido
de
PESANINOS

y
Básculas para adultos

Calidad excelente - Precisión absoluta

Representantes: DR. WEISER & HERING

Calle 13, número 174 - Apartado 492

BOGOTÁ

la prensa. Sobre el particular diremos que en ciertos avisos se observa desde la más leve falta, hija de la brevedad que exige la tarifa prohibitiva de los diarios hasta el grave error inherente a la probidad profesional; en efecto, no es bien, aun cuando está permitido poner, «N. N., médico cirujano. Bogotá, París, Berlín, especialista, etc.», lo mismo que «N. N. Bogotá, Viena, especialista en obstetricia y enfermedades de los niños», pero el poner «N. N. Bogotá, Londres, Nueva York, especialista en enfermedades de la mujer y de los niños; cura del artrismo sin inyecciones, o con ellas, enfermedades de la piel y de las vías digestivas», o «N. N. *de las Facultades* de Berlín, Viena y Rochester», o «estudios especiales en Europa», o «especialista del género humano», son todas afirmaciones que, además de ser ridículas, van contra la probidad profesional.

TERAPEUTICA RAZONADA

SECCION A CARGO DEL DOCTOR

AGUSTIN ARANGO

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

MEDICACION CARDIO-VASCULAR

I

La *uabaína*, en los desfallecimientos del corazón izquierdo, presta admirables servicios. Sus contraindicaciones son: la arterioesclerosis y las lesiones pulmonares. No parece, como lo dicen algunos autores, que sea contraindicada en los enfermos que toman digital. Se encuentra en el comercio bajo los nombres de *solubaina* (solución al 1 por 1,000), y *cardibaina* (solución al 1 por 2,000). Dar de la primera hasta 50 gotas y de la segunda hasta 25.

La uabaína es, sobre todo, útil en los casos de desfallecimiento cardíaco entre los enfermos atacados de hipertensión arterial.

Entre los hipertensos no hay solamente adelgazamiento de las paredes arteriales sino también infiltraciones de la capa muscular por sales calcáreas, como lo ha demostrado *Loeper*. También se encuentra una notable cantidad de colessterina en las paredes. En las arterias de todos los viejos se encuentran estas sustancias.

La medicación debe tender a disolver estas sales. El primer medicamento que se debe mencionar es el *salicilato de soda*, en solución, de manera de dar 0,50 a 0,60 gramos por día. Si se quiere obrar más directamente se puede poner en inyecciones de 0,01 gramo por c. c.

Los *yoduros*, aunque son descalcificantes, tienen el inconveniente de ser vasodilatadores. El yoduro de potasio obra por el yodo,

y por el potasio; sin embargo es más recomendable el de sodio.

Dando yoduro a los animales se obtienen las cifras siguientes de sales calcáreas:

Animales testigos	Animales yodurados
163 por mil en los huesos	122 por mil en los huesos
1,54 por mil en los tejidos	0,52 por mil en los tejidos

En consecuencia, el yoduro de sodio es un buen decalcificante.

La *insulina*, como disolvente que es de la colesterina, es un buen medicamento en los ateromatosos.

La *teobromina* y los purgantes ayudan muy bien a la eliminación de la cal.

En los espasmos, arteriales la *acetilcilina* en inyecciones de 0,20 a 0,50 gramos puede dar buenos resultados.

Para hacer el diagnóstico entre espasmo verdadero y oclusión, arterial, Sicard usaba las inyecciones intravenosas de *lipiodol* controladas por la radiografía.

La base del tratamiento es el régimen: poca carne y dar alimentos pobres en cal.

Dando a los conejos pequeños dosis de adrenalina y grandes dosis de cloruro de calcio, se hacen ateromatosos.

Se debe suprimir: la carne, la leche, caldos, caldos de legumbres verdes, quesos, pan.

Dar los alimentos que tengan cílice: papas, ciuuelas, espinacas. A pesar de que la papa es el alimento más rico en cal, es también el alimento más rico en cílice; la naturaleza quiso poner en ella los dos antagonistas a dosis admirables.

ALGUNAS DOSIS IMPORTANTES

Tintura de digital.....	XX gotas
Maceración de digital.....	0,15 a 0,20
Tintura de scilla.....	XXX a L gotas
Adonidina.....	0,01 a 0,02
Uabaina al 1%.....	X a XX gotas
Cardibaina 2%.....	V a X »
Tintura de estrofantus.....	X gotas.

Secretores intersticiales: cloruro de calcio 2 a 12 gramos en jarabe de limón.

MEDICACION DIURETICA

Hay que distinguir las poliurias debidas al riñón de las extrarenales. Para producir una poliuria renal tenemos en primera línea la *digital*; el rendimiento sanguíneo del órgano se hace más grande porque la droga aumenta la tonicidad vascular y porque activa el trabajo del corazón. Si el riñón está sano su acción es buena, si está enfermo puede llegar hasta producir derrames sanguíneos intrarrenales.

Hoy hay una gran tendencia a volver a usar la asociación de la scilla y digital (vino de la Charité).

Entre los diuréticos que producen hidruria, está en primer lugar el agua azucarada que produce una gran hidremia en el organismo.

Un diurético intersticial es un diurético que actúa solamente deshidratando los tejidos; esto no es rigurosamente cierto, pues también actúa sobre el riñón mismo. El mejor de ellos es el *cloruro de calcio*; se debe tener cuidado con él porque a veces lleva a un estado de astenia impresionante.

Entre los diuréticos que actúan sobre el riñón, tenemos:

La teobromina.....	0,50 a 1 gramo
La cafeína.....	0,50 a 1 »

Estos diuréticos modifican los elementos celulares renales llenándolos de vacuolos; también actúan excitando la circulación renal.

La teobromina irrita el riñón; no darla muy seguido. Su acción es más rápida que la de la digital. Puede producir también, cuando la dosis es grande, dolores de cabeza y vómitos. Se la asocia con frecuencia a los alcalinos, dando productos muy conocidos en el comercio; tal vez el mejor de ellos es el *teobrominato de soda* o la *allyl-teobromina*.

Las sales mercuriales producen diuresis demasiado brutales y no dejan de tener sus peligros.

Vigantol

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

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

Incrementa el apetito y normaliza el metabolismo general.

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

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

EMBALAJES ORIGINALES.

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

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

Para muestras y literatura científica favor dirigirse a

La Química Industrial *Bayer Meister-Lucius*

WESKOTT & Cía. — Apartado: 301 - Bogotá

Departamento científico de
E. Merck, Darmstadt.

BOGOTA

ROBERT UTGENANN
Apartado N.º 1302.

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 - COMYR & Cie., 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS - Ve

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

Teléfono 31-93 - BOGOTÁ

VITASTERINE

B Y L À

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 - BOGOTÁ

Las cantáridas son malos diuréticos.

Parece que la *diuretina* tiene una acción especial sobre las anurias por retención de cloruros.

Atofan, 0,50 a 2 gramos.

Como se sabe, el régimen debe ser declorurado; dar muchas verduras y muchas frutas, las cuales contienen sales diuréticas. Dar tisanas a base de pequeños diuréticos: lactosa, 30 gramos.

CRONICA DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

A CARGO DE

ARTURO CAMPO POSADA

Interno de turno del Hospital

TUBERCULOSIS Y CANCER

ESTUDIO DE UN CASO

J. de J. P., treinta y ocho años, mestizo, polvorero de profesión. Ingresa al servicio del profesor Pompilio Martínez el 10 de marzo de este año.

Antecedentes.—El padre fue alcohólico inveterado y sufrió de dolores gástricos casi permanentes durante los últimos meses de su vida. En la madre, nada especial.

Entre los personales se encuentran: una fiebre tifoidea, hace doce años, un chancro, sospechoso de haber sido sifilítico, hace quince; ha sido bebedor consuetudinario de chicha desde la edad de quince años, ha padecido corizas y tos frecuentes, nunca ha tenido hemoptisis francas, pero sí esputos sanguinolentos algunas veces.

Enfermedad actual.—Hace poco más de un año empezó por sentir disminución del apetito, en especial para grasas y carnes; sensación de pesantez gástrica, tardía con relación a las comidas, y notó que enflaquecía.

Algunos días después, sin que hubiese efectuado cambio alguno en sus hábitos alimenticios, sintió un fuerte dolor epigástrico, sin ninguna irradiación, y que sostuvo la misma intensidad durante dos días; en la mañana del segundo día vomitó por espacio de dos a tres horas; en las materias vomitadas se encontraban residuos de los alimentos ingeridos los dos días anteriores.

Algunos días después se dio cuenta de que en el epigastrio

tenía un pequeño tumor, blando y móvil, que el enfermo mismo nos localiza en la mitad izquierda del epigastrio y un poco por debajo del reborde costal. Esta tumoración continuó accesible al tacto durante un mes aproximadamente, acompañándose de dolores gástricos vagos que aumentaban después de las comidas. En adelante el enfermo no volvió a encontrar su tumor. Continuó sintiendo los mismos dolores, que alternaban con atirantamientos gástricos, aparecieron vómitos irregulares que se fueron haciendo cada vez más frecuentes, alimenticios unas veces, porráceos otras, y durante el último mes vomitaba casi todas las mañanas, antes del desayuno, un líquido amarillento, grumoso y de sabor amargo. ¿Pituitas alcohólicas?, «¿aguas del cáncer?» Lo mortificaba una pirosis constante. No ha tenido ninguna deposición melénica franca, ni hematemesis.

La anorexia, el enflaquecimiento, los dolores gástricos permanentes, los vómitos y las acedías, lo obligaron a hospitalizarse.

Examen del enfermo.—La inspección general nos muestra un enfermo profundamente enflaquecido, tegumentos de tinte amarillo terroso, conjuntivas subictéricas, labios pálidos, cuello delgado y regular, tórax angosto y muy deprimido en las zonas blandas, abdomen globuloso en la mitad supraumbilical y deprimido en la mitad inferior, órganos genitales y miembros normales.

En el vértice del pulmón derecho y en la parte media del izquierdo zonas de macidez, en los vértices traquidos pleurales y defecto de ventilación.

Toda la mitad supraumbilical del abdomen está ocupada por una masa líquida, a alta tensión, y sobre la cual la palpación—casi indolora—y tan profunda como es posible, no encuentra nada especial. En los dos cuadrantes inferiores no se encuentra particularidad alguna.

Con estos datos se piensa en: ascitis tuberculosa-enquistada, quiste del páncreas y quiste del mesenterio; sin perder de vista que los antecedentes patológicos relacionados con la porción alta del tubo digestivo, hacen pensar en una lesión gástrica.

* * *

El examen radiológico del tubo digestivo, practicado en el Laboratorio de rayos X del Hospital por el doctor Rosas Cordovez,

nos suministra los siguientes datos: «Una dilatación del esófago situada por encima del cardias y una estrechez del calibre esofágico en la región cardíaca; un estómago situado muy alto, de tamaño pequeño y de forma 'en copa de champaña'. La parte superior del estómago, correspondiente a la gran tuberosidad, tiene forma globulosa y mide siete centímetros de diámetro aproximadamente; la cámara de aire falta por completo. Haciendo continuación a esta primera parte, sigue un canal estrecho e irregular que mide diez centímetros de longitud.



«El bario pasó al intestino delgado; el bulbo duodenal está deformado y el resto del duodeno se inyecta muy defectuosamente.

«Las imágenes radiográficas obtenidas reproducen esta descripción radioscópica, viéndose además en ellas algunas irregularidades en muesca de la pared anterior del esófago (parte inferior).

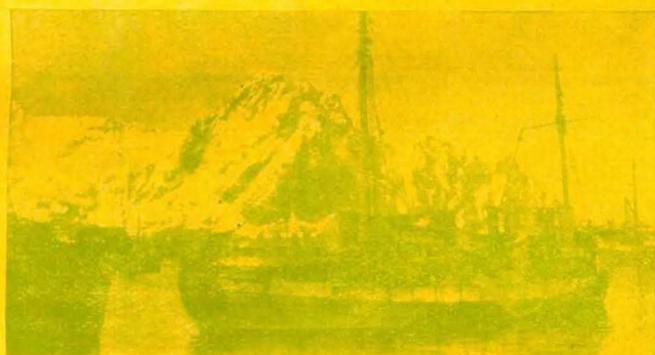
«Radiológicamente se trata, pues, de un neoplasma que ha invadido los dos tercios inferiores del estómago. Las imágenes ra-

Indigestión

o buena asimilación

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

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



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

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

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

EMULSION DE SCOTT

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



COLI-ENTERO VACUNA CLIN BUCAL

Ampollas de 5 cc. de concentración microbiana uniforme

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

Composición constante — Tolerancia perfecta
Conservación ilimitada

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

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

EAUX MINERALES DE VITTEL VOSGES (France)

GRANDE SOURCE

GOUTTE-GRAVELLE
DIABETE GOUTTEUX

EAU DE REGIME POUR LES ARTHRITIQUES

LITHIASE BILIAIRE
CONGESTION du FOIE

SOURCE HÉPAR

EAU DE REGIME POR LES HEPATIQUES

En vente dans toutes les Pharmacies et Drogueries

AGENTS: M. M. ANDRES SEYS & PANNIER
à BOGOTA

diológicas hacen pensar igualmente en una invasión neoplásica de la parte inferior del esófago».

El examen de materias fecales, practicado en el Laboratorio «Santiago Samper», dio el siguiente resultado:

Reacción de la bencidina: positiva franca (†††). El enfermo no había ingerido elementos hemáticos.

Quistes de amebas: negativo (—).

Huevos de tricocéfalo: 8 por preparación.

La presencia de restos sanguíneos en las materias fecales pudiera interpretarse como debida a la presencia de tricocéfalos en el tracto digestivo, pero sin embargo, creemos que solamente en los casos de un parasitismo intestinal muy grande, puede encontrarse una reacción de la bencidina tan marcada. Sería, pues, este un argumento más en favor de una lesión destructiva de las mucosas digestivas.

Examen de orina.—Albúmina: no. Glucosa: no. Pigmentos: no. Cloruros: 12 gramos por 1000. Urea: 15,5% por 1000. Estos datos de las eliminaciones urinarias hacen presumir un buen funcionamiento del hígado y riñones y el libre paso de la bilis por los conductos biliares.

Desde su entrada al Hospital ha continuado vomitando con frecuencia, pero muy caprichosamente; unas veces después de las comidas, otras antes; algunos han sido vómitos alimenticios, otros biliosos. Los dolores gástricos persisten—alternándose con períodos de exacerbación y pesantez;— hace durante el día tres o cuatro deposiciones casi completamente líquidas, de color oscuro y algo fétidas. La temperatura ha oscilado siempre entre 36° y 37°.

Permanece en las condiciones descritas hasta el día 16, en que nos sorprenden estos cambios: una ascitis generalizada, el líquido ha invadido la mitad infraumbilical del abdomen, antes libre; la disminución del abombamiento epigástrico permite ya la palpación profunda, que percibe algunas masas blandas, botoneantes, poco móviles y apenas dolorosas.

¿Se ha roto algún tabique que sostenía el líquido en la porción alta del abdomen?

El día 20 se resuelve hacer una *laparotomía de exploración*. Al

abrir se escapa abundante líquido citrino, el gran epiplón está retraído sobre la curva mayor del estómago, formando una masa de superficie irregular y del tamaño de dos puños unidos. La mitad inferior del estómago, el píloro y las dos primeras porciones del duodeno están convertidos en una masa dura e irregular. El peritoneo—visceral y parietal—está sembrado por todas partes de granulaciones miliares. Hay ganglios infartados en el mesenterio. Se toma una biopsia de la masa epiploica y un ganglio, para estudio anatómico-patológico y se reconstruye la pared.

Después de la operación el estado general se hace cada día peor: pulso pequeño, casi filiforme, muy frecuente, enfriamiento de las extremidades y al cuarto día aparece un hipo moderado algunas horas antes de morir.

ANATOMIA PATOLOGICA

Autopsia.—En los ojos, orificios nasales, oído externo y cavidad bucal: nada especial.

Tráquea y grandes bronquios: de aspecto normal.

Pulmones: de consistencia normal, pero con abundantes manchas negras, debidas quizás a su profesión. Hacia el hilo de ambos pulmones se encontraban pequeñas masas duras, de color negruzco; los vértices tenían una consistencia un poco más compacta que el resto, pero a simple vista no presentaban lesiones.

Pleuras: engrosadas en algunos puntos, con adherencias de la parietal a la visceral, especialmente en los vértices, y algunas falsas membranas.

Esófago: normal, hasta unos cinco centímetros por encima del cardias, en donde empezaba una pequeña dilatación con paredes adelgazadas; sin embargo, en el cardias no se encontró irregularidad alguna.

Estómago: la mitad superior, normal. Desde la porción medio-gástrica empezaba una hipertrofia bien marcada de los tejidos de la pared en toda la circunferencia, el espesor era aproximadamente de un centímetro y medio y la luz del estómago en la porción prepilórica estaba reducida a un delgado túnel que apenas daba paso al dedo índice.

En el píloro las paredes estaban aún más engrosadas y la luz

COMPRAL

Tricloroetanoluretano dimetilaminofenazona

Poderoso

Antidoloroso

para suprimir o prevenir

dolores de toda clase

De probada eficacia en la lucha contra los dolores de toda etiología:

Dolores de cabeza, del oído, de muelas y de heridas.

Trastornos dismenorreicos, neuralgias, ciática, hemicránea.

Intranquilidad e insomnio debido a dolores, etc.



Prescribase:
Tubo de 10 tabletas de 0,5 g
Embalaje original "Bayer"



Para muestras y literatura científica, favor dirigirse a

LA QUÍMICA INDUSTRIAL *Bayer-Meister-Lucius*

WESKOTT & Cía.

BOGOTÁ - APARTADO 301

SANTAL MONAL

AL AZUL DE METILENO

Antigonocócico - Diurético
Analgésico - Antiséptico

EL MÁS ACTIVO -- EL MEJOR TOLERADO

BLÉNORRAGIAS - CISTITIS - PIURIAS
ENFERMEDADES de las VIAS URINARIAS

6 á 10 Capsulas al dia

Laboratorios **MONAL** - 6, Rue Bridaine - **PARIS**

BOLÉASE MONAL

Glóbulos glutinizados de extractos completos
e inalterables de BILIS y de BOLDO

COLAGOGO - TÓNICO - HEPÁTICO - ANTI-TÓXICO
ENFERMEDADES DEL HIGADO Y DEL INTESTINO

Cólicos hepáticos, Litiasis biliar, Icterias, Congestiones, Colemias,
Enteritis, Estreñimiento crónico, Auto-intoxicaciones

DOSIS : 4 á 6 glóbulos por dia

Laboratorios **MONAL & C^o** - 6, Rue Bridaine - **PARIS**

MUESTRAS Y LITERATURA :

ANDRES SEYS & PANNIER, Agentes Generales, Calle 16, No. 99
Teléfono 31-93 - **BOGOTÁ**

muy estrecha. La hipertrofia continuaba en la primera y segunda porciones del duodeno e iba disminuyendo paulatinamente hacia el ángulo duodeno-yeyunal, en donde era apenas apreciable.

Intestino delgado: numerosas granulaciones pequeñas incluidas en las paredes. Intestino grueso: normal.

El peritoneo (parietal y visceral) está sembrado de granulaciones miliares blandas y con numerosas adherencias que reúnen asas indeterminadas del íleo. Sobre la línea de inserción parietal del mesenterio hay numerosos ganglios aumentados de volumen.

Hígado, páncreas, bazo, riñones y vejiga: normales.

• *Estudio microscópico.*—En todos los cortes del peritoneo se encuentra una hiperplasia muy marcada del tejido conjuntivo y conformaciones aereolares; dentro de las mallas de este tejido numerosas células leucocitarias con predominancia de linfocitos. Algunas de las células fijas del tejido conjuntivo han adquirido un aspecto embrionario y muy semejante al de los tejidos de neoformación. Existen además células epiteloideas.

Por otra parte, el doctor P. J. Almánzar estudió un ganglio linfático de los que se encontraron en el peritoneo durante la laparotomía. Nos suministró estos datos: «Se trata de un ganglio linfático de estructura profundamente modificada; la cápsula no existe y los folículos linfáticos han desaparecido casi en su totalidad. En raros campos microscópicos se aprecian agrupaciones linfocíticas, células de plasma y células endoteliales, restos todos de lo que fue folículo. En contraste con esto los senos están llenos de una infiltración celular evidentemente epitelial y que ya afecta una agrupación en cordón, ya una formación pseudo-glandular y de estructura atípica: esta formación está constituida por varias capas de células superpuestas unas a otras, sin ninguna regularidad, sin límite y esencialmente infiltrantes; las células presentan un núcleo vesiculoso, hipercromático, grande, con un nucléolo central que se tiñe en rojo. Las figuras de carioquinesis son muy abundantes, como también las células polinucleadas.

Diagnóstico.—Por los caracteres anteriores me parece que se trata de un carcinoma de origen glandular, de malignidad extraordinaria y del cual se ha estudiado una metástasis ganglionar».

Existía, pues, una concomitancia de la infección tuberculosa

peritoneal con un neoplasma maligno que había invadido una gran porción del estómago, la mayoría del duodeno, el gran epiplón y que había producido metástasis ganglionares.

El Hospital ha sido casi totalmente invadido por la actual epidemia de gripe; podemos asegurar sin temor a equivocarnos que el 85 ó 90 por 100 de los enfermos la han padecido. Por este motivo las actividades quirúrgicas fueron casi completamente suspendidas durante la semana en que la epidemia alcanzó el máximo de virulencia y contagiosidad.

La mayor parte de las defunciones habidas durante los últimos quince días pueden incriminarse a la gripe como causa inicial, puesto que han sido producidas por neumonías, brouconeumonías y pleuresías desarrolladas en griposos. Sin embargo, excepcionales han sido las que se pueden atribuir exclusivamente a la infección gripal, y entre ellas recordamos especialmente la de una puerpera, cuyo diagnóstico presentó grandes dificultades.

Esta enferma ingresó al servicio de maternidad a tratarse una gripe, presentando un embarazo de ocho y medio meses y sin ningún signo de trabajo; sometida a un tratamiento adecuado mejoró al cabo de ocho días, después de los cuales, por no presentar ningún signo de principio de trabajo y por insistencia de la enferma, se le permitió la salida del Hospital.

Tres días después volvió al servicio, en las horas de la tarde, quejándose de dolores en el bajo abdomen.

Al examen se comprobó que los dolores correspondían a un principio de trabajo.

El trabajo y el parto se verificaron normalmente. Media hora después presentaba: cefalalgia intensa, vómito bilioso, pulso filiforme y alarmante estado general. Murió a las diez del día siguiente.

En la autopsia, practicada minuciosamente, no encontramos sino una paricarditis con derrame seroso y una endocarditis con coágulos fibrinosos en las cavidades.

Es lógico que la epidemia alcanzaría tales proporciones porque el ingreso constante de enfermos, introduce en todos los servicios las enfermedades diseminadas en la ciudad, debido a que el Hospi-

RADIOGRAFIAS

como ésta

se obtiene empleando

PELICULAS

para

RAYOS X

AGFA

La película sin competencia en

SENSIBILIDAD,

GRADACIÓN,

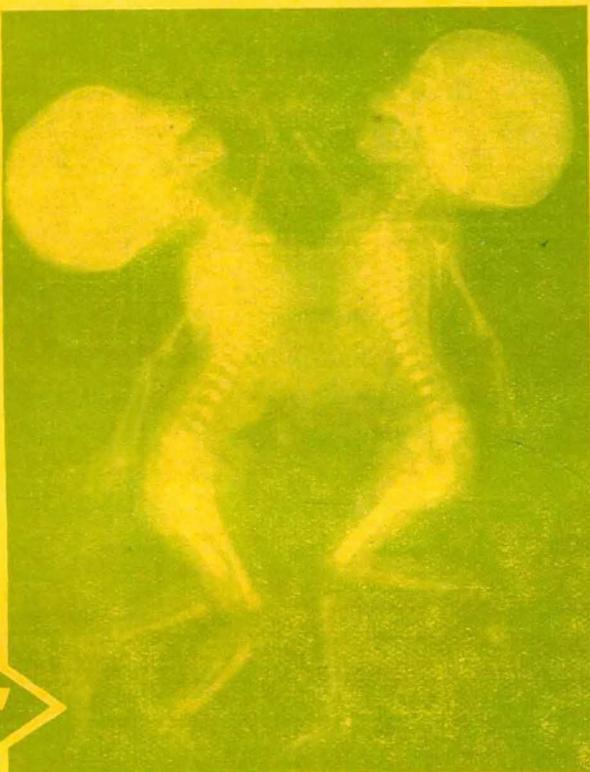
BRILLANTE

CONTRASTE

DE VENTA

Almacén Lindner

Calle 13, número 174



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



Películas EASTMAN para RayosX

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

**SURTIDO COMPLETO y
PERMANENTE**

**MUÑOZ
HERMANOS**

Distribuidores de la

EASTMAN KODAK COMPANY

PRIMERA CALLE REAL

Nº 245-A

tal no posee salas de aislamiento para enfermedades infecto-contagiosas. Afortunadamente ya se adelanta la construcción de tal sector en las mejores condiciones; los beneficios que aportará no necesitan comentarios.

* * *

El 17 de este mes, el doctor Guillermo Araos Fraser dictó en el servicio de clínica urológica una conferencia sobre «Tratamiento de las orqui-epididimitis blenorragicas por el cianuro de mercurio».

Con lógica irrefutable hizo la disección crítica de todos los tratamientos usados hasta hoy contra la infección gonocócica, exponiendo las causas de fracaso.

Se mostró decidido partidario del método, apoyado en su experiencia personal, y explicó su acción por la supresión de aflujo leucocitario al foco infeccioso y la absorción en éste del antígeno gono-tóxico, generador de anticuerpos.

Su exposición amena y clara fue muy aplaudida.

* * *

Por iniciativa del profesor Latarjet se ha dado principio a un curso de anatomía radiológica que se está dictando en el Laboratorio de rayos X del Hospital. Las lecciones dadas hasta hoy por el señor profesor de radiología, han sido desarrolladas sobre temas de artrología y osteología y convenientemente ilustradas con el material que posee el Laboratorio.

CRONICA DEL HOSPITAL DE SAN JOSE

A CARGO DE

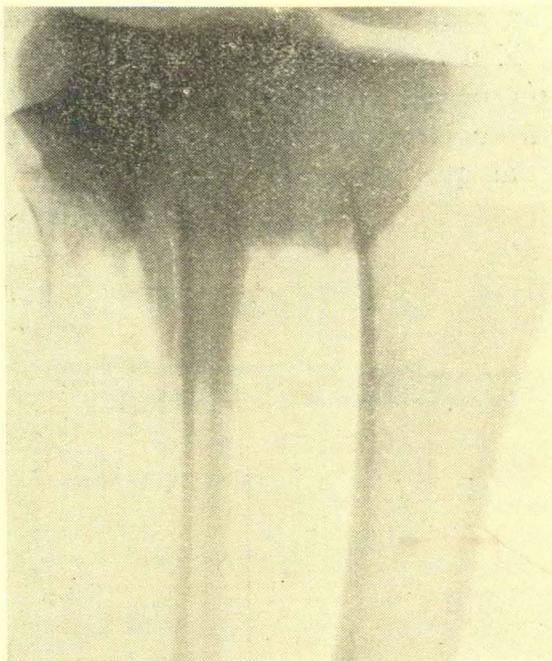
ENRIQUE BOTERO MARULANDA

Un caso de osteosíntesis de la tibia.—N. N., soldado; 16 años, vecino de Madrid. Estudiante de aviación. Entró al servicio el 12 de enero de 1931.

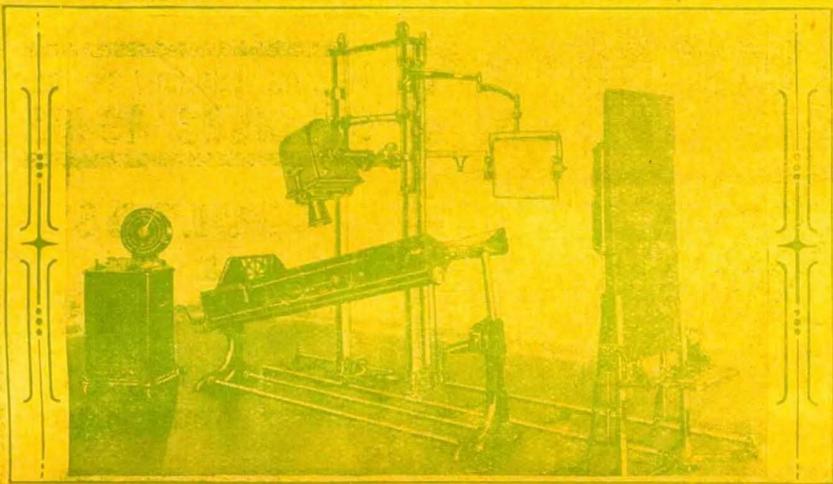
Antecedentes sin importancia. Examen general del enfermo: anémico, enflaquecido, piel de la cara muy manchada.

En la noche del doce de enero, en el momento de aterrizar un avión, sufrió un golpe con el ala del aparato en la pierna derecha.

Fue traído al hospital inmediatamente. Al examen se encuentran



SEGURIDAD



Aparato de Rayos X Shock Proof

El último paso dado en el avance del Arte Radiológico, lo marca este equipo Victor para radiografía, fluoroscopia y terapia superficial, que garantiza una *seguridad eléctrica absoluta*.

Con la desaparición del peligro del sistema aéreo y los cables conductores de alta tensión al descubierto, usted puede, sin el menor riesgo, tocar cualquier parte del *Shock Proof* estando éste funcionando.

Inimaginables ventajas distinguen esta

innovación sin precedente... Seguridad completa... Funcionamiento silencioso... Manejo facilísimo... Ajuste rápido del tubo en cualquier ángulo, arriba, al lado y debajo de la mesa Bucky inclinable.

La ilustración de este equipo no es sino un esbozo de la belleza y sencillez que un tercio de centuria de experiencia nos ha permitido combinar con la completa seguridad en contra de los choques de alta tensión.

Escriba usted hoy mismo pidiendo más detalles sobre el aparato *Shock Proof*.

GENERAL  ELECTRIC
X-RAY CORPORATION

2012 Jackson Boulevard

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

ANTES VICTOR



X-RAY CORPORATION

Insuficiencias Hepaticas

ANEMIAS

Reconstitución de los
GLOBULOS ROJOS

ADULTOS
E
INFANTES
Ninguna
Contra Indicación

TRATAMIENTO DE WHIPPLE
POR EL
HIGADO DE BECERRO

- Presentación -

ADULTOS: Cajas de 6 ampolletas

1 Ampolla 10^{cc.} 125 grs. de hígado

INFANTES: Caja de 12 ampolletas

1 Ampolla 2^{cc.} 25 grs. de hígado

- DOSIS -

1 a 3 ampolletas por día

ABSORCION
FACIL

TOLERANCIA
PERFECTA

CON EL

Hepatrol

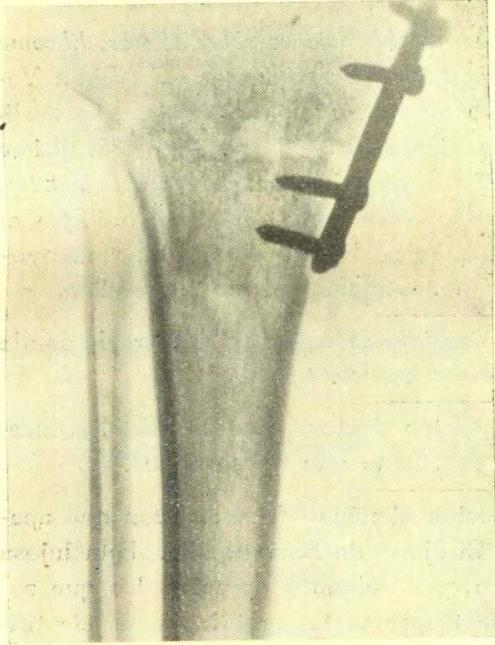
EN AMPOLLAS

BEBIBLES

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

Anemias Palustres

pierna y muslo derechos equimóticos e hinchados en la región vecina de la articulación de la rodilla; un voluminoso hematoma, especialmente acentuado en la cara interna de la articulación y una herida en la cara antero-interna de la región tibial, parte superior, aproximadamente de un centímetro de longitud. Todos los



síntomas hacían pensar en una fractura alta de la tibia, diagnóstico que fue confirmado por los rayos X, los cuales demostraron una decapitación de la tibia y del peroné, como lo demuestra la figura número 1.

Como primera medida se intentó la reducción por extensión continua y se procedió a vaciar el hematoma.

Deshinchada la articulación y sin que hubiera la más ligera sospecha de consolidación, el 17 de febrero de 1931 se llevó a

cabo una osteosíntesis.

Bajo anestesia clorofórmica fue sometido a la intervención por los doctores M. J. Luque y A. Vallecilla. Se encontró una interposición muscular que fue retirada; se colocó una placa de Lambotte fijada por dos tornillos en cada extremidad. Se dejó dren.

Hubo una abundante supuración que fue cediendo hasta la completa cicatrización al cabo de la cual el enfermo comenzó a caminar con bastante dificultad porque la pierna estaba anquilosada en semi-flexión. En los primeros días de abril salió del hospital teniendo ya bastante movimiento en su rodilla, lo cual hacía prever una integridad funcional completa.

NOTAS VARIAS

En el artículo titulado "*Algunas consideraciones sobre el Abrodil como medio de contraste en la nefropielografía*", por el doctor C. Trujillo Venegas, aparecido en el volumen I, número 7 de esta revista, se deslizaron en la imprenta los errores siguientes: en la página 438, último párrafo, se lee: "contiene un 25% de yodo", léase: "contiene un 52% de yodo", pues esta es la proporción del yodo en el Abrodil. En el mismo párrafo, al dar la fórmula química del producto, dice: "monoyodometansulfonato sódico", léase: monoyodometansulfonato sódico.

Ha regresado de París nuestro estimado amigo el doctor Hernando Anzola Cubides a quien presentamos un atento saludo.

Enviamos a nuestro querido maestro doctor Nicolás Buendía nuestro más sentido pésame por la muerte de uno de sus hijos.

Hemos visto con gran satisfacción el nuevo formato con que aparece la «Revista de Medicina y Cirujía» de Barranquilla. Esta lujosa presentación requiere un esfuerzo que sabemos apreciar los que conocemos las dificultades con que tropiezan las publicaciones científicas en Colombia. Nuestras más sinceras felicitaciones para la nueva junta directiva de la Sociedad Médico Quirúrgica del Atlántico, de la cual es órgano la revista.

Por renuncia del doctor Carlos Esguerra ha sido nombrado Rector de la Facultad de Medicina el doctor Luis Cuervo Márquez quien ha nombrado como secretario al doctor Jorge de Francisco.

El ministerio de Educación Nacional ha nombrado para integrar el Consejo Directivo de la Facultad a los doctores: Juan N. Corpas, Alfredo Luque, Jorge Bejarano y Abraham Salgar.

El doctor Luis Zea Uribe, que había sido nombrado interinamente profesor de la cátedra de Biología, presentó renuncia irrevocable de su puesto. El trabajo para el concurso de agregación que tenía preparado el doctor Zea nos lo ha ofrecido galantemente para ser publicado en esta revista. Agradecemos al eximio médico su atención.

Efe-tonina Merck

(Efe-tonina M.R.)

por vía bucal

en sustitución de la adrenalina
en el tratamiento del

asma bronquial

hipotonía

urticaria

y demás estados alérgicos.

Tabletas

Perlas

Por vía parenteral:

Efedralina Merck

(Efedralina M.R.)

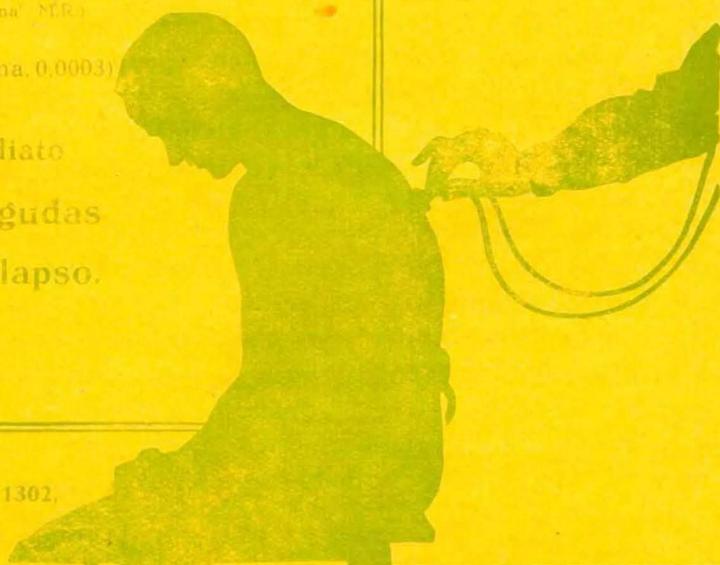
(Efe-tonina, 0,03 + Parane-frina, 0,0003)

de efecto inmediato

en las crisis agudas

de asma y colapso.

Ampollas



Muestras y literatura:
Robert Utgenannt, Apartado 1302,
Bogotá

E. MERCK - DARMSTADT

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

BOGOTÁ

CLINICA DE GINECOLOGIA

SERVICIO DEL DOCTOR UCROS

Enferma N. de 45 años de edad.

Llega al servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios en un estado de PROFUNDA ANEMIA debido a las hemorragias que le ha causado un epiteloma del cuello de la matriz. Se resuelve operarla, pero para esto hay que prepararla a fin de suprimir ese estado anémico. (Glóbulos rojos, 3.000.000 mc. Hemoglobina 55 por 100).

Se le dan:

Tres frascos de IDOZAN

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

DR. RAFAEL UCROS

LIBROS Y REVISTAS

MEDICINA

DOCTOR W. HILLER.—Cali (Colombia). *Algunas observaciones sobre el paludismo*. («Archiv für Schiffs-und Tropenhygiene», tomo 25, número 1, 1931). Con el empleo de la Plasmoquina y el Neosalvarsán desaparecen mucho las recedivas del paludismo. Las dosis altas de quinina dadas de una vez son más eficaces que las pequeñas dosis espaciadas. Hiller usa la quinina por vía parenteral. La quinina tomada en esta forma disminuye el volumen del bazo. Este resultado se puede obtener más rápidamente combinando la plasmoquina inyectada (3 inyecciones de 2 ampolletas c/u) con la quinina tomada. Con este tratamiento las recidivas son raras. Hiller, partiendo del principio de que en los tejidos quedan plasmodios que no son atacados por los medicamentos, preconiza los masajes en los muslos para conseguir de esta manera un aumento circulatorio que lleve los plasmodios hacia la circulación.

Los resultados de este tratamiento combinado: masaje, quinina y plasmoquina, parece que han sido buenos para el autor. La adrenalina se puede añadir al tratamiento.

W. HIRSCH Y L. KELLNER.—*La importancia de los rayos ultra-rojos respecto a la sustancia Antiraquítica. Investigaciones espectroscópicas*. («Klinische Wochenschrift», número 4, 1931). Los rayos ultra-rojos destruyen las cualidades antiraquíticas de la ergosterina irradiada por los ultravioletas. No se trata simplemente de una evolución sino de la formación de un cuerpo nuevo con cualidades nuevas. Los rayos caloríficos no modifican en nada la ergosterina irradiada.

MARK ALBERT GLASER.—*Tratamiento de las neuralgias del trigemelo con trichloretileno*.—(«The Journal of the American Medical Association», vol. 96, número 12, marzo 1931).

El tricloretileno es un líquido que fue usado en Alemania durante la guerra europea para limpiar máquinas. Plessner presentó ante la Sociedad médica de Berlín varios casos de obreros intoxicados por esta sustancia que presentaban entre otros síntomas una anestesia

completa del trigemelo. Oppenheim, que asistió a la sesión, sugirió el tratamiento de las neuralgias de este nervio por medio de esta droga. Joachimoglu, hizo el examen experimental en animales y llegó a la conclusión de que perteneciendo al grupo químico del cloroformo no tenía las propiedades tóxicas de éste. Plessner en 1916 presentó 40 casos de neurálgicos tratados por el tricloretileno, de los cuales 12 fueron curados. De su estudio deduce que se pueden usar 3 a 60 gotas en inhalación, 3 veces por día, sin producir efectos tóxicos y que 20 a 30 gotas son suficientes para producir un alivio inmediato.

Después de los estudios de Plessner se han publicado hasta ahora 163 observaciones, comprendidas las 15 que trae el autor. El porcentaje de alivio completo que de ellas se deduce es de 15⁰/₀.

El autor recomienda el siguiente método de aplicación: dar a inhalar 20 a 25 gotas 3 ó 4 veces por día en un pedazo de gasa. La droga puede ocasionar vértigo, por lo cual es recomendable aplicarla al paciente acostado. Después de desaparecida la neuralgia no hay objeto en continuar el tratamiento.

Los ensayos hechos por el autor en otra clase de neuralgias no han dado ningún resultado.

DOCTOR SANTIAGO CARRO.—*Patogenia de la litiasis biliar.*—(«El Siglo Médico», año LXXVIII, tomo 87, número 4031, marzo 1931).

El doctor Carro pasa revista a las diferentes teorías emitidas hasta ahora para explicar la patogenia de la litiasis biliar: teoría infecciosa, humoral, físico-química de Lichtwitz y luégo hace un buen estudio crítico de las ideas más modernas sobre el particular. Entre estas ideas domina la que sostiene que en la litiasis biliar, al menos en sus comienzos, es aséptica y de que no es factor necesario el de la inflamación vesicular. Esta manera de pensar es compartida por Moynihann en Inglaterra; Mac Carthy en Estados Unidos; Gosset, Socroy y Magron en Francia y otros cirujanos notables de diferentes países.

Después de un estudio muy documentado sobre el asunto, el autor llega a las siguientes conclusiones:

•1.^a La litiasis biliar no puede considerarse como una enfermedad local, sino como manifestación local de un estado morbozo en el que juegan, entre otros factores, trastornos de la célula hepática y alteraciones en la composición de la bilis que dan lugar a la precipitación de la colesiterina.

2.^a Las infecciones, las causas tóxicas, las influencias psíquicas y cuanto pueda actuar produciendo trastornos y déficit funcional en la célula hepática, facilitan la aparición de la litiasis.

3.^a Las alteraciones vesiculares y el estasis biliar constituyen un factor de primer orden en la patogenia de la litiasis.

4.^a A pesar de las teorías enunciadas, apoyadas en hechos físico-químicos, experimentos de laboratorio y comprobaciones biopsicas y necrópsicas, en el estado actual de nuestros conocimientos no se puede afirmar de manera precisa y concreta la patogenia de la litiasis biliar.

RAOUL BERNARD.—*Sobre las sífilis retardadas*.—(«Bruxelles Médical», año II, número 20, marzo de 1931).

Fueron denominadas por Gougerot sífilis retardadas aquellas que debido a un tratamiento precoz y mal conducido en un principio, permanecen latentes, pero que al cabo de algunos meses hacen aparición con manifestaciones secundarias.

En presencia de esta clase de enfermos se debe seguir la siguiente conducta:

•Instituir un tratamiento enérgico mixto (As. Bi) para prevenir los casos de arseno-resistencia y alcanzar, si es posible, 6 a 7 gramos de arseno-benzeno. Ese tratamiento mixto será simultáneo. De la observación de millares de tratamientos semejantes, conducidos en todos los períodos de la sífilis, tenemos la convicción formal que la simultaneidad de inyecciones de los dos metales produce un resultado más completo y más rápido que alternarlas. Este procedimiento se debe emplear para las curas abortivas.

Mantener rigurosamente el contacto entre las diferentes inyecciones. Después de la primera cura dar un reposo tan corto como sea posible y después una nueva cura arsenical, apoyada con As. y Hg.

Las sero-reacciones con activaciones serán practicadas a menudo durante el tratamiento, para evitar dejar escapar los momentos de positividad. Duración de la vigilancia, un año por lo menos.

La punción lumbar es indispensable antes de declarar curado al enfermo, por el peligro que hay de que el tratamiento haya enviado el treponema al sistema nervioso central, punto de partida de ofensivas posteriores.

CIRUGIA

A. FABER.—*Tratamiento de hipotensión en las peritonitis sépticas por las inyecciones subcutáneas de suprarrenina*. («Deutsche Medizinische Wochenschrift», número 51, 1930). Cuando se opera un enfermo de peritonitis por perforación, la parálisis aguda central y la intoxicación causada por la gran superficie de absorción de toxinas que ofrece el peritoneo, dominan el cuadro clínico. La suprarrenina puede ser con

frecuencia la salvación de estos enfermos. Según la gravedad del caso y la edad del paciente se le inyectarán, subcutáneamente, con intervalos de media a dos horas 0,1 a 0,3 cc. de una solución al 1 por mil hasta obtener la mejoración.

Después de la inyección se frotará con un algodón el punto de penetración.

HENRY C. FALK.—*Muertes por raquianestesia.*—(«The American Journal of Surgery», vol. II, número 3, marzo de 1931). Este artículo tiene por objeto llamar la atención hacia los peligros que ofrece la raquianestesia en los casos en que no está bien indicada. Se refieren en él tres historias de individuos operados con esta anestesia que sucumbieron por estar contraindicada en ellos. Las ideas principales se pueden resumir así: no hay duda que la raquianestesia tiene ya conquistado su puesto en cirugía; no hay duda que esta anestesia debe ser empleada cuando esté indicada, pero no se debe emplear rutinariamente en los servicios de cirugía.

Esta anestesia no se debe dejar en las manos de un interno o ayudante, sino que debe ser aplicada únicamente por un técnico en anestias; solo a éste no se le escapan los pequeños detalles que son la base del éxito.

No se debe usar la dosis de 0,20 gramos de novocaína para todos los casos. La dosis debe variar teniendo en cuenta el paciente, su temperamento, su peso, el tipo de operación y el operador.

No parece que la anestesia raquídea sea la que se deba escoger para las intervenciones por encima del diafragma porque a pesar de la buena relajación muscular que produce puede dar lugar a accidentes.

En las operaciones largas y bajas poner 0,20 gramos disueltos en 5 c. c. de líquido cefaloraquídeo.

VÍCTOR PAUCHET.—*Indicaciones de la gastroenterostomía.*—(«Gazette des Hopitaux», año 104, número 17, febrero de 1931).

En el curso de este interesante artículo el autor trata la cuestión de la *transformación de las úlceras gástricas en cáncer*, de la siguiente manera: «Algunas úlceras del estómago se transforman. Yo creo haberlo confirmado después de haber extirpado sistemáticamente las úlceras gástricas, desde hace 20 años, haciéndolas examinar. Toda úlcera del estómago debe sufrir la exéresis. Admitamos que la úlcera cáncer no existe y que las úlceras de naturaleza cancerosa sean una forma especial de cáncer de evolución más lenta. Pues bien, en los dos casos, úlcera o cáncer ulcerado, la resección se debe aconsejar, siempre que el cirujano pueda hacerlo sin hacer correr mayores riesgos al enfermo».

CONTENIDO DE LAS REVISTAS NACIONALES

Repertorio de Medicina y Cirugía

Volumen XXII, número 2, febrero de 1931, Bogotá.

La prostitución.

El tratamiento de las parálisis intestinales post-operatorias, por el doctor Fred F. Imanitoff.

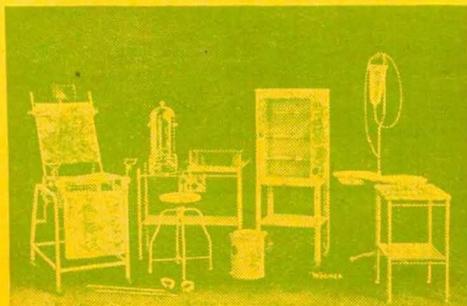
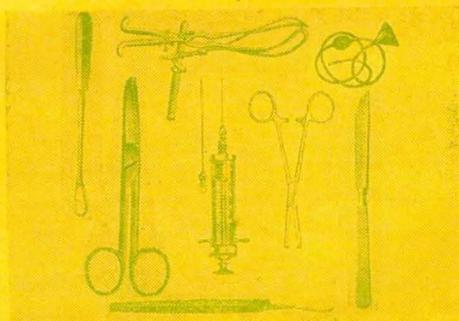
Algunos apuntes del tratamiento sobre las formas graves del paludismo, por el doctor Julio Rodríguez Piñeres.

La electroterapia en ginecología, por el doctor L. A. Medina Ordóñez.

De Periódicos y Revistas.

Bibliografía.

Notas.



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

Calle 13, número 122
Apartado 490.—Teléfono 40 18.

Volumen 1, número 9, marzo de 1931. Barranquilla.

Doctor Luis María Rivas M.—*Doctor Jorge E. Calvo.*

Quiste dermoide del ovario en una niña de siete años.—*Doctor E. Putnam Tanco.*

Laboratorio Uribe Angel.—*Redacción*

Nuevas orientaciones patogénicas acerca de la epilepsia y su tratamiento por medio del veneno de las serpientes.—*Doctor Jorge E. Calvo.*

Tercer Congreso de la Asociación Médica Panamericana.

Revista de Revistas.

Notas.

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 pronto, 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, fiebres, 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

MANDE EMPASTAR SUS LIBROS

EN LA

EDITORIAL

MINERVA

Las Mejores Encuadernaciones

Materiales de Primera Calidad

TALLERES:

Carrera 6.^a, N.º 97-G. - Teléfono 14-77

CONDICIONES:

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

TARIFAS:

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

AVISOS:

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

REDUCCIONES:

Por seis meses consecutivos.....	10%
Por 12 meses consecutivos.....	15%

PARA SUSCRIPCIONES DIRIGIRSE AL APARTADO
894 O A LA LIBRERIA MEDICA

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

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

Instituto
Nacional de Higiene

SAMPER-MARTINEZ

Chapinero, número 1-A, calle 57.

TELEFONOS:

Chapinero 1-64

y

4-27.



APARTADOS:

Aéreo, 495.

De correo, 485.



Telégrafo:

H Y G I E I A .

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



Productos biológicos
y químicos.

Análisis.



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

CLINICA DE MARLY

APARTADO NUMERO 887

Telégrafo:

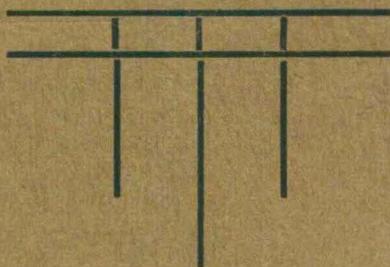
TELEFONO 10-00 Chap.

«MARLY» - BOGOTA



SERVICIO DE MATERNIDAD

ANESTESIA POR LOS GASES



Por telégrafo: MARLY