

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 11 - Bogotá, Colombia, S. A. - Junio 1931

40 Cvos.



Vigantol

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

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

aumenta el apetito y normaliza el metabolismo general,

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

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

EMBALAJES ORIGINALES:

VIGANTOL (Solución oleosa de) — 1 c.c. contiene 50 unidades clínicas. Frasquitos 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 UTGENANNT
Apartado N.º 1302.

CONTENIDO:

	Págs.
NOTAS SOBRE UN TRIPANOSOMA DE LOS BOVINOS DE COLOMBIA, por César Uribe Piedrahita, M. D.....	701
LA FIEBRE BOTONOSA, por P. Durand.....	706
NUEVO TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS POR LAS SUSTANCIAS ES- CLEROSANTES, por el doctor Roberto Restrepo.....	718
INFORME, sobre el trabajo presentado a la Academia Nacional de Me- dicina, por el doctor Roberto Restrepo, de Manizalez, que lleva por tí- tulo «Nuevo tratamiento de las fistulas por las sustancias esclerosan- tes», por Juan N. Corpas.....	725
VACUNACION ANTITIFICA POR VIA ORAL, por los doctores Antonio Pe- ña Chavarría y Roberto García Zuloaga.....	727
SIFILIDES ZONIFORMES, (El caso clínico del mes), por el doctor Ma- nuel José Silva.....	737
EDITORIAL.....	740
DEONTOLOGIA, sección a cargo del doctor Darío Cadena.....	745
TERAPEUTICA RAZONADA, sección a cargo del doctor Agustín Arango.....	748
CRONICA DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS.....	750
CRONICA DEL HOSPITAL DE SAN JOSE.....	753
TESIS Y TRABAJOS NACIONALES.....	755
LIBROS Y REVISTAS.....	763
NOTAS VARIAS.....	769

Disponible

REVISTAS EXTRANJERAS

Revistas que han dado el canje y que están a la disposición de los señores redactores y colaboradores.

ESPAÑA

«La Clínica», «La Medicina Ibero», «El Siglo Médico», «Los Progresos de la Clínica», «Boletín del Ayuntamiento de Madrid», «Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades».

ARGENTINA

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

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 Progrés Médical», «Journal de Médécine de Lyon», «Marselle Médical», «Revue Sud Americaine de Médécine et de Chirugie», «Strasbourg Médical».

BÉLGICA

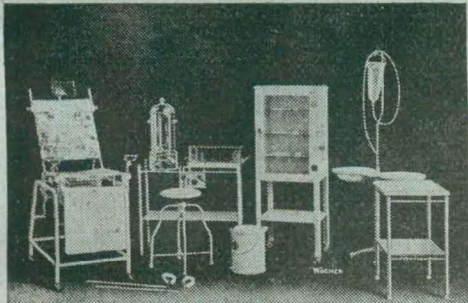
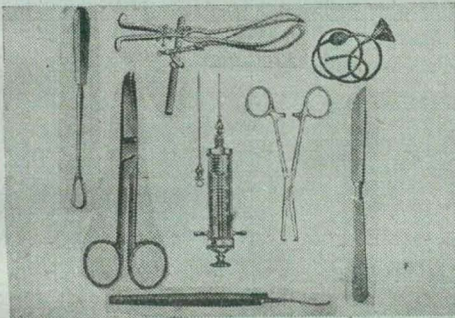
«Bruxelles Médical».

ESTADOS UNIDOS

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

PARAGUAY

«Revista de la Sanidad Militar».



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.

SULFARSENOL

Indoloro en inyecciones subcutáneas,
intramusculares e intravenosas.

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



DE VENTA EN TODAS LAS DROGUERIAS DEL PAIS

Ceregumil

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 hidrocarbónicos y oxidasas en toda su integridad.

FORMULA	Extracto al vacío de trigo, cebada, maíz, avena, judías y lentejas.....	100 gmos.
	Solución saturada de glicerofosfato 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. Junio de 1931 | N.º 11

NOTAS SOBRE UN TRIPANOSOMA DE LOS BOVINOS DE COLOMBIA

POR

CESAR URIBE PIEDRAHITA, M. D.

Profesor de Parasitología de la Facultad de Medicina
de la Universidad Nacional.

Debido a la gentileza de los doctores Antonio Zapata, de Cartagena, José Velásquez, de Bogotá, y del señor Gerente de la Casa Bayer, Meister Lucius, de Bogotá, tuve la oportunidad de estudiar algunos frotos de sangre de bovinos del Departamento de Bolívar (Colombia), en los cuales se encuentran tripanosomas.

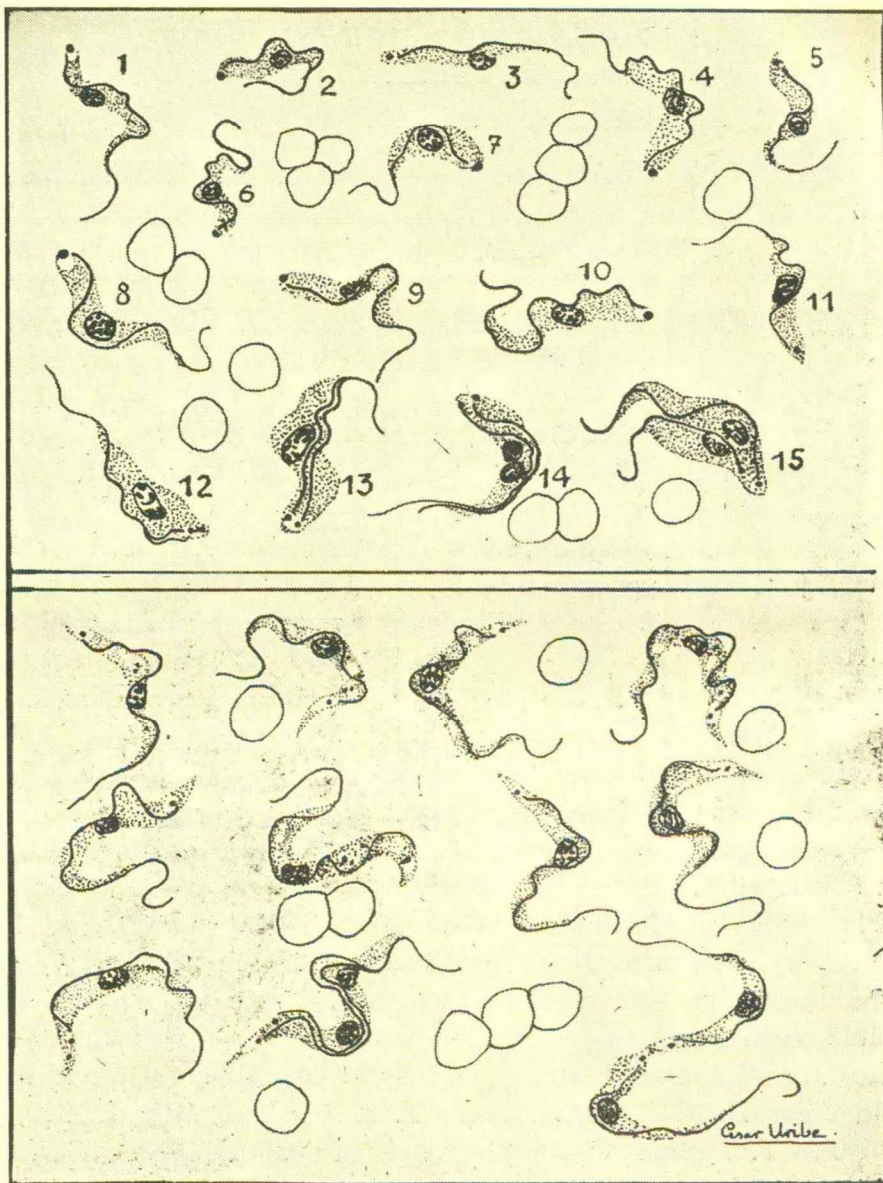
El material fué coloreado con solución de Giemsa y se halló en excelentes condiciones para el estudio. Los tripanosomas son muy numerosos en estas preparaciones; en gran número se encontraron figuras de división. Los frotos fueron tomados durante accesos febriles.

El estudio morfológico se hizo sobre 420 ejemplares, de los cuales se tomaron medidas para la construcción de la curva de tamaños, la cual se comparó con la de los tripanosomas de los equídeos colombianos y con la de otros tripanosomas africanos.

Los tripanosomas de los equídeos de Colombia fueron identificados por Uribe C. (1929) como *T. venezuelense* Mesnil 1910, y no como *T. equinum* Voges (1901), según la opinión de Carrasquilla (1913) y de Velásquez (1929).

DESCRIPCION

El tripanosoma encontrado en la sangre de los bovinos de Bolívar, (Colombia), es un pequeño tripanosoma monomorfo. La longitud varía entre un minimum de 13 micrones y maximum de 20



La parte superior de la plancha desde el número 1 hasta el 15 muestra tripanosomas de los bovinos de Colombia tipo vivax. Los números 12, 13, 14 y 15 son organismos en vía de división.

La parte inferior de la plancha muestra tripanosomas de los equinos de Colombia tipo evansi, para que sirva de comparación con los anteriores.

Todas las figuras fueron dibujadas con ayuda de la cámara lúcida.

micrones, los más miden 18 micrones. El flagelo mide de 4 a 6 micrones en su porción libre. El cuerpo es fusiforme y poco retorcido. La extremidad anterior o flagelar es delgada y flexible, la extremidad posterior es arredondeada y relativamente rígida. La porción anterior es estrecha mientras que la posterior es ancha y voluminosa. El protoplasma es homogéneo, raras veces se le encontraron vacuolas o inclusiones cromáticas.

El núcleo trófico está situado más o menos en la mitad de la longitud del cuerpo. El kinetoplasto o parabasal tiene un tamaño normal y está situado en la extremidad posterior en posición francamente terminal (Figs. 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10). Sólo en pocos casos se vió en posición subterminal (Figs. 5, 11).

La membrana ondulante es poco sinuosa, muestra un flagelo grueso que arranca de la vecindad del kinetoplasto o parabasal. El grano basal no fué visto en las preparaciones examinadas.

Las figuras de bipartición observadas corresponden a la manera clásica de división simple de los tripanosomas en la sangre.

De la descripción anterior se desprende que el tripanosoma en cuestión pertenece al grupo del *Tripanosoma vivax* Ziemman 1905. Pero es un poco más pequeño que éste y su porción posterior no es muy voluminosa como sucede en el *T. vivax*. Por estas características, nuestro tripanosoma se asemeja muchísimo al *T. uniforme* Bruce et al. 1911. En efecto reproducimos la descripción de este tripanosoma para compararla con la que hemos hecho del nuestro.

Tripanosoma uniforme Bruce et al. 1911; este tripanosoma fué visto y estudiado por Bruce et al. en 1911 en Uganda. Es una forma pequeña del *T. vivax*. Sus movimientos aunque vigorosos no lo son como en el *T. vivax*. La parte anterior del cuerpo no muestra el mismo grado de estrechez como en *T. vivax* de manera que no hay tanto contraste entre la anchura de la porción anterior y la posterior al núcleo.

La región postnuclear es sin embargo decididamente bulbosa y la extremidad posterior es redonda. *T. uniforme* varía entre 12 y 19 micrones de largo con un promedio de 16 micrones. La anchura es 1, 5 a 2, 5 micrones. El kinetoplasto es bien desarrollado y se encuentra cerca a la extremidad posterior. La membrana es distinta aunque estrecha, tiene un flagelo de 2 a 5 micrones.

Este tripanosoma afecta el ganado vacuno, las cabras y ovejas, pero no es inoculable a los animales pequeños.

Glossina palpalis es el huésped transmisor como lo demostraron en Uganda Fraser y Duke (1912). El desarrollo se hace exclusivamente en la proboscis como sucede con *T. vivax* y *T. caprae*. (Protozoology, 1926. Wenyon, Volumen 1, página 565).

Aún no hemos hecho estudios sobre la inoculabilidad del tripanosoma que estudiamos, pero su morfología corresponde exactamente con la del *T. vivax*, variedad *uniforme*. Es en extremo interesante anotar que, no habiendo Glosinas en América, este tripanosoma probablemente introducido por el ganado zebú, se haya aclimatado en un nuevo huésped, probablemente un Tabanideo o alguna mosca picadora. El estudio del huésped transmisor es de necesidad urgente y de gran interés científico y económico.

También es interesante recordar que Macfie (1917) encontró en frotis de sangre de un indígena de la Costa de Oro, tripanosomas morfológicamente iguales al *T. vivax*. De manera que existe la posibilidad de que los tripanosomas de este grupo puedan transmitirse al hombre.

Leger M. y Vienne (1919) describieron un tripanosoma en ganados de Venezuela el cual fué llamado por ellos *T. guyanense*, pero como este nombre ya estaba ocupado, Lavier (1921) lo llamó *T. viennei*.

Morfológicamente y de acuerdo con las características de inoculabilidad, este tripanosoma es idéntico al *T. vivax*. Tejera E. (1920), quien estudió este organismo, opina que es *T. vivax* importado de Africa algunos años antes.

Parece pues que nuestro tripanosoma sea una variedad del *T. vivax*, probablemente *T. uniforme* y que haya sido introducido de Africa con el ganado «zebú» que desde hace algunos años se introdujo al Departamento de Bolívar. El tripanosoma que estudiamos es patógeno para el ganado según informan los doctores Antonio Zapata y José Velásquez. Una nueva enfermedad de los bovinos debe sumarse a las ya numerosas y letales que atacan nuestros ganados.

RESUMEN

Se ha hecho el estudio morfológico de un tripanosoma de los bovinos del Departamento de Bolívar (Colombia).

Del estudio se desprende que es diferente del tripanosoma de los equinos y que se parece al *Trypanosoma uniforme* Bruce et al. 1911, variedad (?) del *T. vivax* Ziemann 1905.

Se sugiere la posibilidad de que tábanos o moscas picadoras

hagan las veces de transmisores en lugar de las moscas tsé-tsé, huéspedes ordinarios de los tripanosomas africanos ³del grupo *T. vivax*.

BIBLIOGRAFIA

- Uribe C. (1929).—Contribución al estudio de los tripanosomas de los equídeos de Colombia. (Revista Médico Quirúrgica de los Hospitales, octubre 1929).
- Carrasquilla T. (1913).—Memorias del Congreso Nacional de Medicina. (Volumen I. Medellín).
- Velásquez J. (1929).—«Renguera» y «Mueca». (Ministerio de Industrias. Sección de Sanidad Pecuaria. Bogotá).
- Ziemann H. (1905).—Beitrag zur Trypanosomenfrage. (Centralbl Bakt. XXXVIII, 307, 429).
- Bruce D. et al. (1911).—Trypanosome diseases of domestic animals in Uganda. (IV. *Trypanosoma uniforme* sp. nov. Proc. Roy. Soc. LXXXIII, 176; Rep. Sleep. Sick. Comm. Roy. Soc. XI. 164).
- Fraser A. D. and Duke H. L. (1912).—The development of trypanosomes in *Glossina palpalis*. (Rep. Sleep. Sick. Comm. Roy. Soc. XI. 36).
- Macfie J. W. S. (1917).—Preliminary note on a monomorphic trypanosome found in the blood of a native of the Gold Coast. (Brit. Med. Jour. I, 12).
- Leger M. & Vienne M. (1919).—Epizootie a trypanosomes chez les bovines de la Guyane Française. (Bull. Soc. Path. Exot. XII, 258).
- Tejera E. (1920).—Trypanosomyases animales au Venezuela. (Bull. Path. Exot. XIII, 297).

LA FIEBRE BOTONOSA

(Fiebre exantemática de Marsella).—Su lugar entre las otras rickettsiosis

Artículo inédito especial para la «Revista Médica de Colombia»

POR

P. DURAND

Sub-director del Instituto Pasteur de Túnez

Los médicos de Túnez principiaron en 1910 a describir una entidad morbosa nueva bajo el nombre de «fiebre botonosa». Connor, y después Bruch, Hayat, Conseil y Porot fueron los primeros en reconocer los caracteres clínicos principales y característicos de esta enfermedad infecciosa, no contagiosa, benigna, que aparece siguiendo un ritmo de acuerdo con las estaciones; admitieron desde entonces que era debida a la picadura de un insecto. Los médicos de Túnez, que conocían bien el verdadero tifo exantemático, no trataron de identificar esta terrible enfermedad, con la nueva fiebre.

Después de ellos fue observada la afección en Rumania.

En 1920 Carducci observó en Italia, bajo el nombre de «una forma speciale de febbre eruttiva», una enfermedad cuya descripción se acercaba mucho a la de la fiebre botonosa.

En 1925 D. Olmer y luego Boinet, Piéri, Plazy y otros encontraron sobre el litoral del Mediterráneo, de Marsella hasta Niza, en el bajo valle del Ródano, una afección a la cual le fueron atribuidos múltiples nombres. Algunos de estos nombres (Eritema infeccioso del litoral, Exantema infeccioso, etc.), no indican la verdadera naturaleza de la enfermedad. Mientras que otros (Fiebre exantemática de Marsella, Tifo endémico de verano, Tifo endémico benigno) indican que algunos ven en esta entidad morbosa una enfermedad muy semejante al tifo verdadero.

La enfermedad de Marsella fue encontrada enseguida en Marruecos, en España, en Portugal, en Argelia. Luégo nuevamente fue descrita en Italia.

Sin embargo, médicos del Mediodía de la Francia y médicos de Túnez pudieron leer, los unos las descripciones de la fiebre botonosa, los segundos las de la fiebre de Marsella. Fotografías de los enfermos tunisianos y marseleses fueron publicadas y sin embargo la identificación clínica de las dos afecciones no fue hecha sino por el primer observador (Conseil, 1929), quien conociendo bien la fiebre botonosa, vio por la primera vez un enfermo de Marsella. Lo que prueba bien que en tratándose de las enfermedades eruptivas el mejor libro instruye menos que la vista del enfermo. Hecha la identificación clínica, Conseil reclama con justa razón, que de los numerosos nombres atribuidos a la enfermedad no subsiste sino el primero de todos: el de fiebre botonosa.

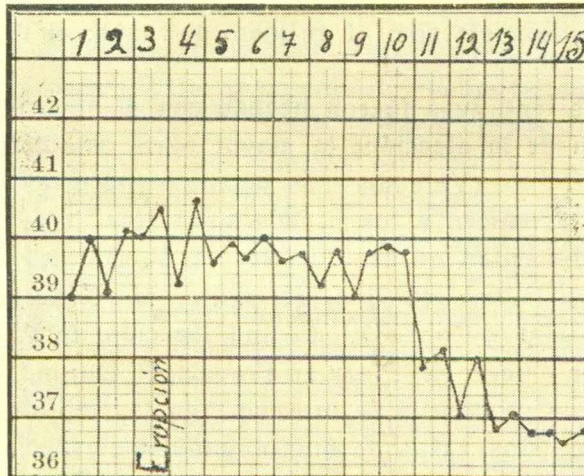
Numerosas tentativas fueron hechas con el objeto de descubrir la naturaleza de la afección; la mayor parte estudiaron sus relaciones con el tifo. (Veremos más detalladamente estas investigaciones). Todas conducen a los hechos siguientes, hoy bien establecidos: la enfermedad no es tifo (Burnet, P. Durand y Olmer), es debida a la picadura de una garrapata, el *Rhipicephalus sanguineus*. (P. Durand y Conseil); da una reacción de Weil-Felix positiva (Olmer y Legroux, Plazy en Francia, P. Durand y Kuscynzki en Túnez) que se debe a la presencia en los tejidos y sobre todo en los pequeños vasos de microorganismos especiales que pertenecen a la categoría de los Rickettsia (P. Durand, Kuscynzki y Hohenadel). Se trata, pues, de una rickettsiosis, vecina pero distinta del tifo exantemático, de la fiebre fluvial del Japón o Tsut-sugamushi, de la fiebre maculada de las Montañas Rocosas.

La fiebre botonosa es en Europa o en Africa una enfermedad de la estación cálida. En el Mediodía de Francia se ve de mayo a septiembre, pero principalmente en agosto. En Túnez, en donde hace más calor, principia desde el mes de abril; se puede observar hasta en noviembre cuando el otoño es excepcionalmente caliente.

La enfermedad no es contagiosa. No se desarrolla jamás un

verdadero foco de contagio en una casa o en una ciudad. Los casos se observan sobre todo en el campo o en los arrabales de las ciudades o en las personas que han permanecido algún tiempo en el campo. Las personas atacadas pertenecen a todas las clases sociales; muchas de ellas habituadas a una higiene rigurosa y excepcionalmente se les encuentran piojos. Por el contrario, se puede comprobar casi siempre que el enfermo ha estado en contacto o está en contacto habitualmente con un perro. No hay ninguna predisposición de edad o de sexo.

La fiebre botonosa comienza lo más a menudo bruscamente, rara vez después de dos o tres días de fatiga o de malestar general. La escena principia por escalofríos, cefalea y un estado saburral de las vías digestivas. El termómetro indica 40° o más



Curva térmica de un caso de fiebre botonosa

desde el primer día o a más tardar el segundo. Los días siguientes permanecerá en los alrededores de 40°, puede llegar hasta 41° con pequeñas remisiones diarias.

El pulso más rápido que en una fiebre tifoidea, es sin embargo menos rápido que en el tifo. Pasa rara vez de 100 pulsaciones en el hombre adulto.

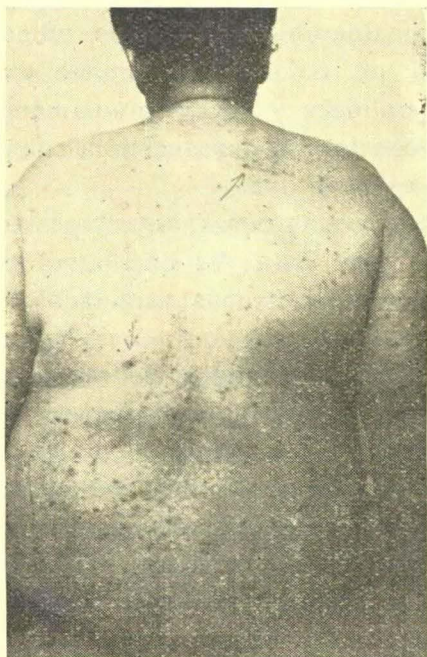
La garganta es a menudo roja, la lengua saburral y un poco seca. Hay algunas perturbaciones digestivas como diarrea, pero se observa más frecuentemente constipación. Desde los primeros

días el enfermo sufre en las articulaciones y en los músculos, sin que el examen de las primeras revele algo.

La inteligencia permanece normal lo más a menudo; el enfermo no tiene «tuphos», tiene más bien, a pesar de los insomnios y de los dolores penosos, un cierto grado de euforia.

Si desde el principio se examina con cuidado la piel del enfermo se puede encontrar la *mancha negra*, descrita por Pieri, única, a veces doble, constituida

por una escara de 5 a 8 milímetros de diámetro, parduzca, rodeada de un collarcito formado por un ligero desprendimiento de la epidermis que rodea la mancha. Se puede encontrar por todas partes, pero preferentemente sobre el tronco, cerca de las axilas o de las ingles, o en la raíz de



Erupción de fiebre botonosa. Las flechas indican las dos manchas negras pero la reproducción no permite diferenciarlas de los otros elementos eruptivos.

los miembros. La mancha falta a veces y es muy fácil no encontrarla cuando no se la conoce. La *mancha negra* no es otra cosa que la lesión producida por el *rhipicephalus* que ha picado e infectado al enfermo.

Después de 2 ó 3 días de fiebre aparece la *erupción* botonosa



La misma enferma. Erupción sobre la cara y los brazos

característica que evoluciona por brotes sucesivos en 2 ó 3 días y acaba por invadir todo el cuerpo, comprendidas la cara, la palma de las manos y la planta de los pies. Primero maculosa, rosada, de 3 a 6 milímetros de diámetro, se vuelve en 48 horas papulosa y un poco más oscura. Algunos elementos acaban por ser netamente equimóticos. Los bordes son bastante netos. Las manchas al principio se borran con la presión, más tarde se borran menos. La erupción puede variar considerablemente como número de elementos y como intensidad de coloración. Persiste durante toda la enfermedad, después palidece y se borra solamente varios días después de la convalecencia. La descamación, cuando existe, al nivel de la erupción es muy fina.

El examen de los órganos muestra pocas cosas, algunos estertores mucosos o congestivos pulmonares, rara vez una ligera hipertrofia del hígado o del bazo; todavía es más rara la albuminuria.

El sistema nervioso es atacado más a menudo; delirio leve, tirantez de la nuca y signo de Kernig son síntomas que no es raro encontrar.

La enfermedad dura de 10 a 15 días como término medio, rara vez menos o más. La temperatura cae en lisis más o menos bruscamente. La *curación* es casi constante. La muerte no se ha observado sino en individuos tarados o considerablemente debilitados antes de la enfermedad. La *convalecencia* es sin embargo larga y lenta y el enfermo hipotenso tiene dificultad para restablecerse por completo. Las complicaciones muy raras son de orden cardíaco, renal o nervioso. No se han observado ni recaídas ni recidivas.

El *diagnóstico* de la fiebre botonosa es bastante fácil cuando se ha tenido ocasión de ver un primer caso. La fiebre que aparece dos o tres días antes de la erupción, los caracteres de la erupción, su sitio en la palma de las manos y en la planta de los pies (en donde se la puede hacer más evidente untando los tegumentos con aceite), la presencia, cuando se encuentra, de la *mancha negra* no dejan lugar a duda.

El tifo exantemático no tiene la misma erupción; entre las pequetias del tifo se encuentran manchas marmóreas irregulares y

sobre todo las petequias no tienen ni la forma ni el contorno neto de la erupción botonosa.

La enfermedad que morfológicamente se parece más a la fiebre botonosa es la sífilis secundaria papulosa en sus comienzos. Pero la ausencia de fiebre, la presencia de un chancro indurado, la asociación de otras lesiones mucosas o cutáneas sirven para hacer el diagnóstico fácilmente. Además, muy rápidamente las pápulas sífilíticas secundarias se descaman fácilmente, lo que no sucede en la fiebre botonosa.

Fuera de los caracteres clínicos la fiebre botonosa se individualiza en el laboratorio. Primero se trató de reconocer la naturaleza de la enfermedad por la reacción de Weil-Félix, es decir, por la aglutinación de ciertas razas de *Bacillus Proteus* (X 19) por el suero de enfermos y convalecientes, reacción que es precoz e intensa en el tifo exantemático.

Los primeros ensayos de Olmer, Legroux y Teissonniere, fueron considerados primero como positivos, después como dudosos. Plazy mostró en una epidemia de Tolón que la reacción es positiva hacia el fin de la enfermedad y que aumenta de tasa durante los primeros días de la convalecencia; luégo desaparece.

Las observaciones de Plazy fueron hechas en enfermos que no presentaban *mancha negra* y por esto Olmer no las considera como características. P. Durand, Kuczynski y Hohenadel han obtenido reacciones positivas hasta de 1 sobre 1.600 sobre enfermos que presentaban las manchas negras típicas. A veces la reacción no principia a ser positiva sino después de la defervescencia; siempre lo es el octavo día después del principio de la apirexia. Lo más a menudo la tasa de la reacción no pasa de 1 sobre 400 a 1 sobre 800 en el momento en que es más intensa.

Esta reacción de Weil-Félix en el tifo exantemático es más precoz; aparece a más tardar hacia el octavo día de la enfermedad y pasa muy a menudo la tasa de 1 sobre 2.000 a 1 sobre 5.000 durante la convalecencia. Veremos que también es a veces positiva en otras rickettsiosis. No sirve pues para separar el tifo de la fiebre botonosa.

Los ensayos de transmisión a los animales han dado resultados muy interesantes. La inoculación de sangre del enfermo al

curí es siempre negativa. (Olmer, Burnet, Conseil, Durand, etc.), lo cual distingue la enfermedad del tifo exantemático. Burnet y Olmer han transmitido la enfermedad de Marsella y P. Durand la enfermedad de Túnez al mono (macacos, *callitvickus*, patas) inoculando al animal sangre del enfermo tomada en los primeros días de la enfermedad. El mono inoculado, después de una incubación de seis a ocho días como término medio, hace una fiebre de marcha cíclica durante 8 a 12 días y no acompañada de erupción. La inoculación de sangre del primer mono (Burnet y Olmer) la inoculación de hígado, bazo o cerebro (P. Durand) puede dar la enfermedad a un segundo mono y después a un tercero. Sin embargo estos pasos son más y más difíciles; parece que de un animal a otro el virus se agota rápidamente (P. Durand).

Burnet, Durand y Olmer han demostrado que el mono convaleciente de enfermedad de Marsella podía contraer el tifo exantemático después de la inoculación de este virus y que un mono vacunado contra el tifo podía contraer la fiebre de Marsella, lo cual establece de manera absoluta la no identidad de las dos enfermedades.

La cuestión del parásito transmisor de la enfermedad ha sido estudiada también. Burnet, Durand y Olmer han fracasado en las tentativas múltiples de transmisión por el piojo humano. P. Durand y Conseil inoculando al hombre (individuos que necesitaban un tratamiento pyretoterápico) el producto de la trituración del *Rhipicephalus sanguineus* recogido sobre el perro de un enfermo, han provocado la fiebre botonosa experimental típica.

Este experimento fue confirmado y completado por Brumpt quien también reprodujo en el hombre la enfermedad por la inyección de *rhipicephalus* triturados. Las garrapatas habían sido recogidas esta vez en Marsella no cerca de un enfermo sino en la leñera municipal. A su vez P. Durand reprodujo la fiebre botonosa en el hombre y en el mono con *rhipicephalus* recogidos en una perrera en donde jamás habían vivido perros que hubieran estado en contacto con un caso humano. El virus botonoso debe pues encontrarse muy extendido en la naturaleza. Si la fiebre botonosa es rara en el hombre se debe a que el *rhipicephalus* es un parásito excepcional del hombre.

El papel del *rhhipicephalus* acaba de ser demostrado una vez más por una observación de L. y H. Marcon que tiene el valor de un experimento.

Un cultivador de los alrededores de Tolón espulgó a su perro quitándole las garrapatas y matándolas con los dedos. La sangre de una garrapata le saltó así en el ojo derecho. Al día siguiente el ojo presentó una inflamación intensa de la conjuntiva. Los días siguientes se presentó la fiebre y la erupción típica. La enfermedad evolucionó de manera bastante severa y la inflamación de la conjuntiva no desapareció sino con los síntomas generales.

Se puede relacionar la acción irritante sobre el ojo a la necrosis observada habitualmente al nivel de la escara. En la observación de L. y H. Marcon seguramente el ojo se inflamó bajo el efecto del virus botonoso y no bajo el efecto de una sustancia venenosa propia de la garrapata. Habría que admitir por consiguiente con R. Jorge que la escara es debida al virus mismo y constituye un verdadero chancro de inoculación, esto en contra de la opinión del doctor Olmer.

El virus botonoso siendo frecuente en la naturaleza queda por demostrar su origen. Es poco probable que se trate de una enfermedad particular al *rhhipicephalus* y no transmitiéndose normalmente sino de garrapata a garrapata. Es mucho más probable que la garrapata contraiga el virus sobre uno de sus huéspedes y los transmita habitualmente ya a la misma especie, ya a otras especies. Esto nos conduce a examinar la vida de estos parásitos.

El *rhhipicephalus* es un artrópodo del grupo de los *ixódidos*, caracterizado por un rostro corto, la presencia de ojos y un surco anal. Vive en una área geográfica muy vasta que comprende toda la Europa Meridional (Francia, Italia, Grecia, Rumania, Turquía), El Africa (Marruecos, Argelia, Túnez, Egipto, Abisinia, Africa Oriental, Madagascar, El Cabo El Congo, Togo y Senegal) El Asia (Indias, Persia, China Oriental, Filipinas, Sumatra, Java) La América Central y del Sur (Cayena, Panamá, Santo Domingo, Colombia).

De los huevos puestos por la hembra salen larvas asexuadas [de seis patas que viven sobre los pequeños roedores. Después

de haberse saciado se dejan caer y mudan dando ninfas de ocho patas que se alimentan ya sobre los roedores, ya sobre los mismos huéspedes del adulto. Saciadas o llenas las ninfas mudan y adquieren órganos sexuales y dan adultos. Los adultos son fáciles de encontrar en los perros (piojos de madera), pero se les ha encontrado sobre los chacales, los zorros, el fennec, el gato, el gato de algalia, la liebre, el erizo, el caballo, el camello, la gacela, el carnero, el buey, el avestruz, el buho y aun la tortuga. Pocos parásitos como éstos tienen tantos huéspedes dónde vivir. Entre todos estos huéspedes es difícil adivinar cuál o cuáles son los que pueden constituir los depósitos de virus de la fiebre botonosa. Sin embargo tenemos razones para pensar que es preciso buscar más bien entre los huéspedes de los primeros estados de la garrapata, es decir, en los pequeños roedores, la especie que normalmente transmite el virus al *rhipicephalus* y que lo recibe a la vez de la garrapata.

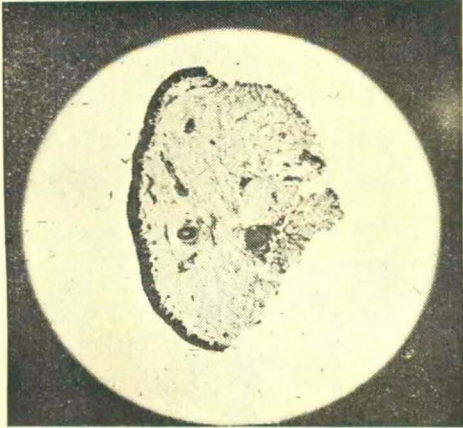
El agente de transmisión conocido, queda por descubrir el agente morbosamente dicho.

Examinando con Kuscynski y Hohenadel los cortes de elementos eruptivos obtenidos por biopsia, fijados con Zenker y coloreados al Giemsa, hemos observado las siguientes lesiones:

La epidermis es sensiblemente normal. Debajo se nota un edema bastante considerable y un inflamamiento de los haces conjuntivos.

Los vasos muestran una infiltración celular de las paredes y de la adventicia bajo forma de manchones perivasculares o de nódulos. En el centro de la lesión se encuentra un territorio vascular en parte trombosado y rodeado por un tejido neoformado. El vaso trombosado es el sitio de una recomposición celular intensa. En las partes no trombosadas el endotelio prolifera activamente. Al nivel de este endotelio, pero sobre todo en la adventicia y en el seno de las paredes vasculares disociadas y desintegradas, se encuentran micro-organismos de los cuales los caracteres son en ciertos puntos muy netamente los mismos de las rickettsia visibles en las mismas condiciones en el tifo exantemático o en la fiebre maculada de las Montañas Rocosas. La fiebre botonosa es, pues, una endovascularitis de rickettsia.

Las otras rickettsiosis humanas ya conocidas, son: el tifo exantemático, la fiebre maculada de las Montañas Rocosas, la fiebre fluvial del Japón o Tsutsugamushi y la fiebre de las trincheras o



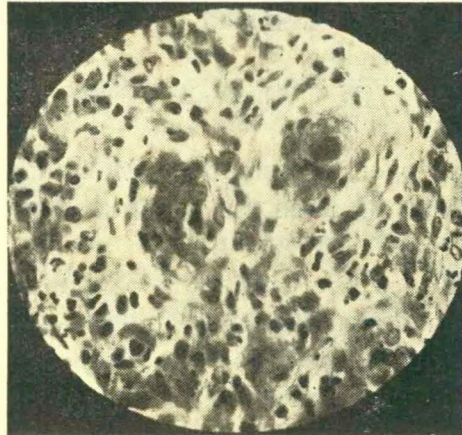
Corte de un elemento eruptivo de fiebre botonosa. Pequeño aumento

fiebre de Wolhynie. Si se exceptúa la última enfermedad, que no se ha tenido ocasión de estudiar después de la guerra y que es transmitida por los piojos, no puede uno abstenerse de anotar las semejanzas siguientes:

Son enfermedades transmitidas por artrópodos, el piojo para el tifo exantemático, la garrapata *Dermacentor venustus* para la fiebre maculada de las Montañas Rocosas, el *Thrombidium* para la fiebre fluvial del Japón.

En el punto por donde el virus penetra en el organismo se encuentra una úlcera primitiva en la fiebre fluvial del Japón, con reacción ganglionar. En el tifo no se encuentra nada. Por el contrario, en la fiebre maculada de las Montañas Rocosas, si la ulceración primitiva no es clásica, se la encuentra sin embargo incidentalmente en el trabajo de Todd y Wolback en el curso de las descripciones anatomo-patológicas.

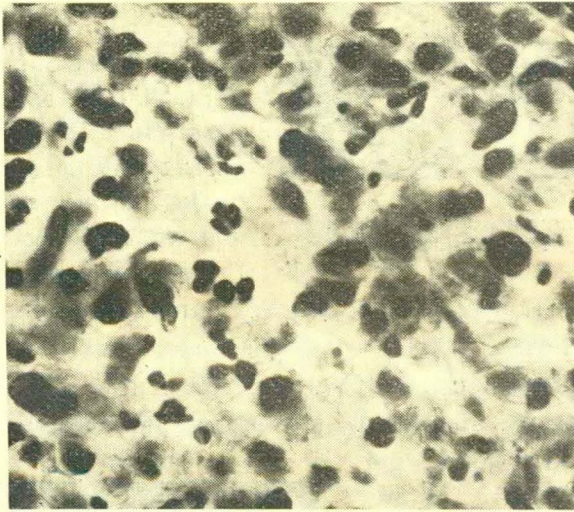
Son todas enfermedades de erupción cutánea, estando la erupción bajo la dependencia de inflamaciones vasculares localizadas en donde se encuentra con un débil aumento los manchones perivasculares y con un aumento más fuerte las rickettsias. Fuera



El mismo corte. Aumento mediano. Muestra una trombosis vascular y un tejido de granulaciones

de su localización cutánea el virus se extiende en la sangre, los órganos, el cerebro del hombre y de los monos que son receptivos para todas estas afecciones.

Estas diferencias son más aparentes que reales y corresponden más bien a cuestiones de cantidad que de calidad. La gravedad varía no solamente según las enfermedades sino que aún en sola una afección la mortalidad es fuerte o débil según las epidemias como en el tifo, según las regiones como para la fiebre maculada, donde es de 90% o de 10% según que sea contraída en el Estado de



El mismo corte. Aumento muy grande. En el centro se
apercibe una célula repleta de rickettsias

Idaho o en el Estado de Montana. Los virus son más o menos linfófilos los unos que los otros y todos son en cierto grado neurótrofos.

Todos son virulentos para los monos aún inferiores. No hay nada de raro en que algunos no lo sean para el curí siendo dado que el del tifus es más bien menos virulento para este animal que el de la fiebre maculada y que a menudo no determina en este roedor sino una enfermedad inapreciable.

Si el tifo y sus satélites inmediatos no transmitidos por los piojos (tifo tropical, enfermedad de Brill) dan una reacción de Weil-

Félix intensa y precoz, las otras enfermedades aglutinan también de manera más o menos constante el Proteus.

No se puede dejar de pensar que ha existido una fuente original que se ha transmitido de roedor a roedor por ciertos parásitos; de esta fuente una rama un día accidentalmente atacó al hombre e infectó el piojo. Este lo ha devuelto con creces a la especie humana. Tanto se ha adaptado el tifo al hombre y al piojo que actualmente las tentativas de transmisión por otros artrópodos han fracasado. En el resto de la fuente común se han hecho ciertas difereciaciones, pero los virus que se han individualizado así quedan siempre como virus animales; y fuera del tifo, no es sino accidentalmente que llegan hasta el hombre.

Además del interés de orden general que presenta el conocimiento de la fiebre botonosa, creemos que es útil a los médicos colombianos conocerla porque la existencia en la América Central y en Colombia del *Rhipicephalus sanguineus* permite pensar que esta infección puede encontrarse en este país.

BIBLIOGRAFIA

Burnet, Durand y Olmer.—Essais de transmission de la fièvre exanthématique de Marseille par le poux (Compte Rendus de l'Académie de Sciences 1928, p. 1084).

Burnet, Durand y Olmer.—La fièvre exanthématique de Marseille est absolument distincte du tiphus exanthématique (Compte rendus de l'Académie de Sciences 10 décembre 1928 p. 1170.)

Burnet et Durand.—Place de la fièvre exanthématique (fièvre boutonneuse) dans le groupe de fièvres indéterminées (Bulletin de la Société de Pathologie exothique, février 1929 p. 85.)

Durand et Conseil.—Transmission expérimentale de la fièvre boutonneuse par *Rhipicephalus sanguineus* (Compte rendu de l'Académie de Sciences 26 Mai 1930, p. 1244).

P. Durand.—La fièvre boutonneuse en Tunisie en 1930 (Revue Tunisienne de Sciences médicales de Décembre 1930).

P. Durand.—Le virus de la fièvre boutonneuse (Compte rendu de l'Académie de Sciences médicales, avril 1931).

NUEVO TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS POR LAS SUSTANCIAS ESCLEROSANTES

POR EL DOCTOR

ROBERTO RESTREPO

(De Manizales)

Trabajo presentado a la Academia de Medicina de Bogotá

El tratamiento de las fistulas congénitas o accidentales, es sin duda uno de los capítulos más escabrosos de la terapéutica.

En este estudio quiero llevar al conocimiento de los médicos el sistema que vengo empleando hace más de dos años con muy buen éxito. Diez y siete casos con igual número de curaciones, o sea un 100 por 100, es un número que merece llamar la atención (no cuento en esta estadística sino los casos cuyo tratamiento se ha terminado hace más de seis meses. Los casos recientes que tengo son una buena cifra ya).

Para hacer notar mejor el método diré que sólo he tratado (con una excepción) fistulas con *secreciones patológicas*; es decir, que de este capítulo quedan excluidas las fistulas uretrales vesico-vaginales, etc., por los motivos que se anotarán luégo.

El método que hoy preconizo ha sido hijo de la casualidad, controlada luégo por la observación, como se verá por el siguiente caso, el primero en mi serie:

«La señora A. M., de 30 años de edad. Desde niña sufría un pequeño tumor en la parte anterior del cuello, diagnosticado como quiste de la región tiroidea. Hace unos 14 años este quiste se abrió al exterior y sus secreciones, de aspecto purulento, se hicieron constantes. Tres años después se le practicó una operación y se extrajo el supuesto quiste, pero la intervención quirúrgica sólo vino a agravar más su estado porque no sólo las secreciones continuaron con igual intensidad sino que a ello vino a agregarse una cicatriz muy antiestética.

Un año después fué llevada la enferma a una clínica del extranjero, donde se le hizo una nueva operación con extirpación de un pequeño tumor (dimensiones: 2 centímetros por 1,5), el que al examen anatómo-patológico resultó ser un adenoma simple de la glándula tiroides (examen hecho por un renombrado anatómo-patólogo). La enferma regresó al país, donde estuvo bien hasta tres meses después de su operación. Las cicatrices tenían un aspecto muy desagradable. Sobrevino la recaída y las secreciones de su canal fistuloso, de aspecto siempre purulento, continuaron de una manera permanente, tan mortificante que la enferma había renunciado hasta a sus deberes sociales.

Así transcurrieron varios años hasta mediados de 1928 en que ví por primera vez a esta enferma.

Empecé un tratamiento por rayos ultravioleta. Le apliqué varias series pero el fracaso fué completo. En vista de esto quise emplear la coagulación diatérmica, y al efecto introducía en los canales de la fístula (que eran varios con una sola desembocadura al exterior) electrodos especiales, haciendo pasar corrientes hasta de 300 miliamperios.

La enferma tuvo una gran mejoría, con sesiones hebdomadarias. La secreción se hizo más clara y menos abundante. Pero hubo un momento en que el estado quedó estacionario durante varias semanas, y la paciente empezaba a manifestar dolores en la región interna de la laringe.

Aquello me preocupó y me hizo sospechar que aquella fístula pudiera tener una comunicación interna con la laringe. Al efecto tomé una ampolleta de quinina y uretano que tenía sobre la mesa ocasionalmente, sustancia que empleo para el tratamiento de las várices. La inyecté por el trayecto fistuloso, y la enferma sintió inmediatamente el sabor amargo de la quinina.

Como se ve, la prueba era concluyente: había una comunicación con los órganos internos de la garganta, lo que me hacía más difícil el tratamiento. No obstante, hice una nueva sesión de coagulación diatérmica y cité a la enferma para que volviera a los quince días.

Pero cuál sería mi sorpresa cuando al volver la enferma a mi consultorio me manifestó que estaba completamente curada, que

los dolores habían desaparecido y la fistula estaba cicatrizada (y hoy, después de dos años y medio, esta señora goza de una salud perfecta, habiendo desaparecido hasta las feas cicatrices del cuello).

Por el momento no supe a qué atribuir aquel buen resultado, pues si bien la enferma había manifestado una mejoría apreciable con las sesiones de diatermia que en otra ocasión se le habían hecho, el efecto observado ahora había sido demasiado rápido.

Para esclarecer el punto decidí ensayar las inyecciones esclerosantes en otro caso de fístula que se me presentara, con exclusión de la diatermia, y podría hacer así luz sobre el particular.

Pocos días después se presentó a mi consultorio el señor A. S., de 24 años de edad, con cuatro fístulas, con secreciones purulentas al rededor del ano, la primera de las cuales tenía ya más de 5 años. Hice las convenientes exploraciones con un alambrito elástico de extremo olivar que empleo para estos casos, lo que me dio a conocer que se trataba de fístulas ciegas: unas iban hasta el coxis y otras se extendían a la región perineal.

A todas les inyecté la solución esclerosante de quinina y uretano. Quince días después el enfermo se presentó con sus fístulas completamente cicatrizadas. Dos de ellas, volvieron a supurar un mes después, pero reinyectadas cerraron definitivamente (van hoy transcurridos veinte meses).

Esta nueva observación venía a confirmar el valor terapéutico de las sustancias esclerosantes en esta rebelde afección.

El caso siguiente es particularmente instructivo.

G. V., de 45 años de edad, sufre desde la edad de 20 años una fístula de desembocadura retroanal. La exploración reveló su comunicación con un pequeño quiste de la región del coxis. Le inyecté la solución y la fístula dejó de secretar rápidamente (a los 8 días). El enfermo vuelve a sus faenas (comerciante). Veinte días después vuelve a mi consulta a manifestarme que su fístula se ha reproducido. Vuelvo a inyectarle la solución esclerosante, pero en esta vez fué el resultado enteramente similar al primero. Desesperado con este fracaso, reinyecto la solución, y en el orificio o desembocadura de la fístula coloco un algodón con colodión, el que dejé allí a permanencia.

Veinticuatro horas después se me llama a ver a este enfermo, al que encuentro postrado en cama con una fiebre de casi 40 grados y con intenso dolor en la región fistulosa. Retiro el algodón con colodión que había dejado la víspera, y de la fístula salta un chorro de pus a fuerte presión. La fiebre descendió inmediatamente, y los dolores calmaron a la vez.

El enfermo volvió a mi consulta veinte días después, y su fístula estaba como la había visto antes de iniciarle ningún tratamiento.

Mortificado con mi fracaso, quise hacer un mejor estudio del canal fistuloso. Trasladé mi enfermo a la mesa de rayos X e inyecté lipiodol en el canal de la fístula. La radioscopia me revelaba un canal fistuloso de unos 2 centímetros de longitud, estrecho. Pero este examen me revelaba una longitud del canal inferior a la que yo había apreciado ya por un examen instrumental; es decir, que a mi parecer no se había llenado en esta ocasión todo el canal de la fístula con el lipiodol.

Acudí entonces a un medio que me permitiera inyectar el lipiodol con una presión más fuerte sin que éste se escapara por vía retrógrada, como venía sucediendo. El resultado de este nuevo examen fué bien diferente: el canal fistuloso tenía ahora algo más de cuatro (4) centímetros de longitud, y en su extremo, contra el coxis, el lipiodol había llenado un pequeño quiste que a los rayos X aparecía como un diámetro aproximado de un centímetro. El aspecto de esta fístula con su quiste en el extremo era ahora el de un palillo de tambor.

Como se ve, el secreto de mi fracaso estaba descubierto: la presión con que en las ocasiones anteriores había aplicado el líquido esclerosante había sido muy débil y ni la fístula ni la cavidad del quiste se habían llenado entonces con el líquido inyectado. Aplicada después la inyección esclerosante correctamente, es decir, con la presión suficiente, según técnica que indicaré luego, el enfermo se curó (van transcurridos 16 meses).

En las fistulas tuberculosas, ganglios fistulizados, etc., cuando la actinoterapia se ha mostrado poco eficaz o tardía, he obtenido resultados similares. (En los quistes no abiertos he obtenido resultados inesperados. Tengo en preparación un trabajo sobre el particular).

Hasta en un caso de fístula por presencia de un cuerpo extraño en que el enfermo rehusó la operación (bala en un muslo, sin lesión del órgano noble) este método ha sido igualmente eficaz. (Es claro que en estos casos debe preferirse la ablación del cuerpo extraño).

Mis otras observaciones se refieren a fístulas de las glándulas mamarias, en las ingles (consecutivas a bubones), etc., y son más o menos similares a las anteriores.

En las fístulas que comunican entre sí cavidades naturales y donde no hay propiamente secreción patológica, el tratamiento parece más complicado, sobre todo si su trayecto es muy corto (fístulas vesico-vaginales, etc.), por lo cual prefiero en estos casos el tratamiento quirúrgico.

Sólo un caso de esta naturaleza he tratado.

R. G., de 23 años, me consulta porqué al orinar nota que su orina sale «por dos partes». Se trata de un hombre de buena constitución, que había sufrido en un tiempo una fuerte gonorrea (aunque la novedad al orinar la había notado desde que se conocía). Al examen encuentro una fístula uretral congénita que se abre por debajo y a unos dos centímetros por detrás del surco balano-prepucial. Colocado un beniqué en la uretra se explora con una sonda metálica el canal de la fístula, el cual tenía una longitud de unos dos y medio centímetros.

Retirada la sonda metálica inyecté al paciente el líquido esclerosante, obturando con el dedo el orificio externo de la fístula. Hice que el enfermo orinara para expulsar el líquido que hubiera podido entrar a la uretra, hecho lo cual retiré el dedo que obturaba la fístula y coloqué allí un algodón con colodión. Coloqué por la uretra una sonda de goma, la que dejé a permanencia durante 48 horas, después de las cuales el enfermo volvió a sus ocupaciones, con el orificio externo de su fístula siempre obturado por el colodión, el que fué quitado a los 10 días. El enfermo quedó curado.

Esta observación indica que aún en esta clase de fístulas, siempre que su trayecto sea suficientemente largo, se pueden obtener excelentes resultados.

TECNICA

Siempre he empleado la siguiente fórmula (se encuentra en el comercio en ampolletas ya preparadas y listas para su uso):

Clorhidrato de quinina.....	0.40 centigramos.
Uretano.....	0.20 «
Agua pura.....	3.cc.

Esta fórmula que en el tratamiento de las várices hay que manejar con precauciones (en un centenar de casos he tenido dos accidentes graves), en el tratamiento de las fístulas se puede manejar como si fuera agua, pues que en estos casos no hay absorción por el organismo, o esta es mínima.

Creo que las fórmulas con salicilato de sodio, sales de mercurio y otras que se emplean en el tratamiento de las várices con buen resultado, también lo pueden dar en el tratamiento de las fístulas. Pero nunca las he usado.

Al principio empleaba una simple jeringuilla hipodérmica con una aguja de platino. Y a fe que este sencillo instrumento basta en la mayoría de los casos.

Se introduce la aguja por el canal fistuloso teniendo la precaución de que no tropiese con las paredes. Hacer cuenta que se está cateterizando una vena, y cuando la aguja esté a buena profundidad comprimir el canal fistuloso contra la aguja de manera que el líquido no se escape por la boca de la fístula e impeler el pistón de la jeringuilla como si se estuviera aplicando una simple inyección. Uno o dos centímetros cúbicos son suficientes la mayor parte de las veces. Manténgase cerrada la boca de la fístula unos cinco minutos; quítese luego el dedo que la obturaba y retírese la aguja, y no importa ya que el líquido se escape al exterior; el resultado se obtiene sólo con que el líquido haya impregnado todos los tejidos fistulosos.

Otra técnica, más sencilla y más racional es la siguiente, que he empleado mucho: cuando el calibre del canal fistuloso lo permite se introduce una sonda acanalada por él; luego, en tejido sano, se introduce la aguja y se va hundiendo buscando la canal de la sonda. Al llegar allí se tiene la sensación del contacto metálico de la aguja con la sonda; introdúzcase un poco más, de manera que la punta de la aguja quede bien en la luz del canal

fistuloso. Quítese entonces la sonda y con un dedo obtúrese, comprimiéndola, la boca de la fistula a la vez que se inyecta el líquido esclerosante. Si el enfermo no manifiesta dolor es señal de que el líquido ha quedado entre el canal de la fistula. Se retira la aguja y se deja el líquido unos diez minutos, haciendo ligeros masajes en la región de la fistula; luego se quita el dedo que comprimía el orificio externo de la fistula y se deja el líquido que se escape.

Este método es sencillo, y según se desee, puede obtenerse una presión alta y una buena distensión e impregnación del canal de la fistula, según la cantidad de líquido que se inyecte.

Por mi parte, y con el objeto de buscar una técnica más sencilla todavía, he hecho construir una jeringuilla especial cuyo extremo es un cono agudo de metal con una punta de medio milímetro de diámetro, y con un centímetro de grueso en su parte más ancha.

Este instrumento lo introduzco por la boca de la fistula, y llevándolo a cierta profundidad y con suficiente presión el instrumento mismo llega a obturar de tal manera la boca de la fistula que el líquido no se escapará por fuerte que sea la presión con que se inyecte. Así se logra una impregnación completa de los tejidos de la fistula con sus cavidades más inaccesibles no sólo en las fistulas ciegas sino hasta en aquellas que tienen comunicación con las cavidades naturales (como en el caso de mi primera observación). Basta en estos casos hacer la inyección rápidamente, y así alcanza a tenerse una buena presión aunque el líquido se escape por el otro extremo de la fistula.

¿Cómo obran las sustancias esclerosantes? En el tratamiento de las fistulas obran por un mecanismo enteramente similar al mecanismo con que obran en las várices: activando la proliferación celular de los tejidos con que entra en contacto. Estas sustancias son excitantes poderosos, y es eso lo que se requiere en estos casos: una excitación de esos tejidos perezosos, atónicos, como son los de las fistulas. Por su poder excitante he empleado estas sustancias en las úlceras atónicas de la piel, y los resultados obtenidos en numerosos casos son bien halagadores.

En resumen:

Las sustancias esclerosantes se me han mostrado como el elemento más eficaz y más sencillo en el tratamiento de las fístulas. En 17 casos, 17 curaciones, o sea un 100%.

Los fracasos son debidos a una mala técnica, a falta de impregnación de todo el tejido fistuloso. Repítase la operación tantas veces cuantas sea necesario, insístase en el tratamiento y el buen resultado no tardará en presentarse.

No se necesitan aparatos ni técnicas complicadas: una jeringuilla hipodérmica y una aguja bastan.

INFORME

sobre el trabajo presentado a la Academia Nacional de Medicina, por el doctor Roberto Restrepo, de Manizales, que lleva por título "Nuevo tratamiento de las fístulas por las sustancias esclerosantes".

En un breve estudio el autor hace un resumen de 17 observaciones de fístulas con secreciones patológicas que ha tratado con éxito completo en todos los casos, inyectando en el trayecto fistuloso una solución de clorhidrato de quinina y uretano.

Las observaciones clínicas figuran muy compendiadas en el trabajo, lo cual es de lamentarse porque el atento estudio de ellas permitiría comprender las indicaciones del tratamiento que es objeto del trabajo; aparece con mucha claridad que el tratamiento es excelente, ya que da un porcentaje de curaciones de 100%, lo cual justifica su empleo en mayor escala, en enfermos que puedan observarse durante largo tiempo después de su curación.

El trabajo del doctor Restrepo está concebido con seriedad y desarrollado científicamente; es resultado de observación paciente y en el campo de la medicina práctica pone en manos del médico un método terapéutico que lo capacita para combatir con ventaja afecciones que, como las fístulas patológicas, son de ordinario rebeldes a la mayoría de los tratamientos que para curarlas se emplean.

Para terminar, tengo el honor de proponer:

I. Dése lectura al trabajo enviado por el doctor Roberto Res-

trepo, titulado «Nuevo tratamiento de las fistulas por las sustancias esclerosantes».

II. Hágase publicar dicho trabajo.

III. Nómbrase al doctor Restrepo Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina.

JUAN N. CORPAS

Bogotá, 1931

VACUNACION ANTITIFICA POR VIA ORAL

POR LOS DOCTORES

ANTONIO PEÑA CHAVARRIA Y ROBERTO GARCIA ZULOAGA

(Del Instituto Nacional de Higiene Samper-Martínez)

Hace ya más de veinticinco años que Whright (1) adelantándose a las ideas inmunológicas de su época, intentó la vacunación antitífica por vía oral. Sin embargo, este procedimiento profiláctico de una de las enfermedades contagiosas de mayor mortalidad en la época en que el individuo está en la plenitud de su vitalidad, no fue ensayado con la atención que merece sino hasta después de 1927, en que Besredka (2) dio a conocer sus teorías sobre la inmunidad local. Desde esa fecha, especialmente en Francia, se ha ido generalizando más y más el sistema de la vacunación por vía oral.

Aun cuando los resultados de la vacunación parecían venir en apoyo de la entero-vacuna, con un espíritu de verdadero escepticismo emprendimos investigaciones para cerciorarnos de las reacciones inmunológicas producidas por la vacuna antitífica administrada por vía bucal y tener así un factor que nos permitiera juzgar científicamente su verdadero valor como medio profiláctico. Recientes comunicaciones de Hoffstadt y Thomson (3) del Departamento de Bacteriología de la Universidad de Washington, demuestra experimentalmente, en un estudio inmunológico muy completo, el valor inmunizante de la vacuna antitífica administrada por vía oral, corroborando la defensa que en su favor ya hacían

(1) Whright A. E. A.—Short treatise on antityphoid vaccination. Archibal Constable & Co.—1904.

(2) Besredka A.—Local Immunization, Williams and Wilkins, Baltimore, 1927.

(3) R. E. Hoffstadt and R. Thomson.—Immunological Studies of Typhoid vaccination by mouth. Agglutinins formed in persons treated orally with triple typhoid bacterin. Am. J. of Hig. Vol. 9, Pág. 1.^a

los datos clínicos conocidos y las informaciones estadísticas que se han analizado cuidadosamente.

Es conocimiento elemental que para apreciar el valor de un método de inmunización hay tres medios que permiten formar al higienista un criterio bastante exacto: 1.º Los datos estadísticos, de un valor extraordinario, que constituyen una verdadera síntesis de lo que ha observado la clínica y la epidemiología; 2.º El método experimental que permite investigar directamente en el animal, por una infección artificial, la inmunidad que se le ha conferido; y 3.º Pruebas inmunológicas que revelen la existencia de anti-cuerpos específicos en la sangre de las personas o de los animales vacunados, testimonio evidente del estímulo funcional producido en el organismo por los antígenos vacunantes.

Para darnos cuenta de la inmunización producida por la entero-vacuna antitífica, escogimos el último método y procedimos a investigar, en los humores de las personas vacunadas, la existencia de uno de los anticuerpos más fáciles de poner en evidencia, las aglutininas específicas. En este sentido, debemos recalcar el hecho de que la inmunidad de la tifoidea, como la de cualquiera otra enfermedad, es un fenómeno complejo y lejos estamos de sostener que la presencia o ausencia de aglutininas, sea un índice cabal y preciso de la inmunidad del individuo, pero hemos investigado el título aglutinante de las personas vacunadas, porque las que han logrado inmunidad después de la enfermedad tienen en sus humores aglutininas específicas.

Con este propósito, escogimos individuos de los regimientos acantonados en Bogotá, que constituyen por su disciplina militar, y por sus condiciones iguales de vida, alimentación, etc., un grupo excelente para nuestro estudio. Aun cuando es difícil tener una información exacta de los antecedentes patológicos, tratamos de excluir de nuestra investigación los individuos que dieran datos sospechosos de fiebres de más de 10 días de duración. Investigamos las aglutininas de 95 reclutas del regimiento *Sucre* el 18 de mayo de 1929 y dos días después la de los reclutas del regimiento de Artillería. (Véanse cuadros y diagramas). Al primer grupo aplicamos una inyección subcutánea de 1 cc. de lipovacuna, suspensión en aceite de olivas de bacilos tíficos para A. y

para B. conteniendo 6 miligramos del primero, 1 miligramo del 2.º y 3 miligramos del 3.º A los individuos del segundo grupo les dimos en la mañana, en ayunas, una píldora de bilis para hacer más receptiva la mucosa intestinal y 15 minutos después una píldora bacilar conteniendo 3 miligramos de bacilos tíficos, 2 miligramos de paratíficos A. y 2 miligramos de paratíficos B. Los bacilos, tanto de la suspensión aceitosa como de la enterovacuna, se inactivaron por calentamiento a 60' por una hora.

Las razas de bacilos empleados en la preparación de ambas vacunas fueron las siguientes: Tífico (Rwalind) para A. (Roger) y para B. (Rowlang) todos obtenidos de la colección del Laboratorio de Higiene de Washington.

Tomamos como elementos de comparación, para juzgar de las aglutininas producidas por la enterovacuna, la determinada por la inyección de una sola dosis de una suspensión aceitosa de bacilos, por la facilidad de aplicación de la misma, pues en nuestro medio las tres dosis de la vacuna salina son rechazadas por la mayor parte de las gentes. Por otra parte, la experiencia lograda por este Instituto desde el mes de octubre de 1919, en que se preparó el primer lote de lipovacuna, indica que esta vacuna ha sido eficaz en múltiples ocasiones en que se ha ensayado en la inmunidad de grupos colegiados y en el dominio de algunos brotes epidémicos de tifoidea.

Método empleado.—Para la aglutinación empleamos el método macroscópico, por ser el más exacto, de acuerdo con nuestra experiencia y por la rapidez de su ejecución que facilita el trabajo cuando se hacen cientos de aglutinaciones. Las diluciones empleadas fueron 1/20, 40, 80, 160 y 320. Tomamos como mínimo de dilución el título 1/20 porque en nuestro medio en que lo tifoidea ha sido endémica, no es raro encontrar individuos que sin dar antecedentes de haber sufrido la enfermedad, tienen un título aglutinante más elevado que el encontrado en otros países. Así, por ejemplo, Ritchie (4) dice que las aglutininas para el bacilo tífico en individuos normales, tiene un título menor al 1/16. Para la aglutinación siempre se usó un cultivo de 18 a 24 horas

(4) Ritchie. T. R.—Agglutination reactions. *Lancet*, 1, 1257.

y los tubos de prueba en que se hicieron las aglutinaciones se mantuvieron en la estufa a 37° por 3, 4 horas antes de hacer la respectiva lectura.

En los reclutas del segundo grupo, los que recibieron la entero-vacuna no se les notó reacción alguna, salvo un caso que tuvo una diarrea pasajera. En los de la lipovacuna sí hubo en todos reacción local y trastornos generales, fiebre, malestar, etc. En uno de estos se presentaron, momentos después de aplicada la inyección, cianosis, gran decaimiento, diarrea intensa y enfriamiento, síntomas posibles de un choque proteico que desaparecieron sin mayor tratamiento.

A los 28 días de aplicada la lipovacuna a los soldados del Regimiento *Sucre* y a los 36 de administrada la enterovacuna a los del regimiento de Artillería, les tomamos nuevamente sangre para investigar las aglutininas producidas por la respectiva vacunación y compararlos con los títulos encontrados en la primera aglutinación.

Como puede verse en los cuadros y diagramas respectivos, apesar de haber excluido de la vacunación a los soldados que dieron antecedentes febricitantes sospechosos, siempre hubo individuos que dieron aglutinación positiva a un título que hace pensar que dos o tres de ellos tuvieron tifoidea. Sin embargo, no los excluimos de la vacunación para ver la reacción que en ellos producía la vacuna. Para la administración de la entero-vacuna, los datos de la primera aglutinación sí nos sirvieron para escoger el grupo del regimiento de artillería, que apenas dió 1,02% de aglutinación con el bacilo tífico a un título bajo.

En la segunda aglutinación observamos aumento considerable del título aglutinante de los dos grupos de soldados. En el que recibió lipo-vacuna, la mayor parte, 184,21% dieron aglutinación a un título comprendido entre 1/20 y 1/320. Sin embargo, el mayor número 66.20% respondieron con aglutininas a un título de 1/20 a 1/80 y sólo en 18,01% con un título mayor de 1/160.

Con gran sorpresa de nuestra parte comprobamos, en el grupo que recibió entero-vacuna, una mayor proporción de aglutininas, pues un 86.73% de los vacunados dieron aglutinación positiva a un título de 1,20 a 1,320, habiendo 66.01% en dilución del 1,20 al 1,80 y en 24.72% con diluciones mayores del 1,160.

Debemos llamar la atención sobre el hecho, que no está de acuerdo con lo observado por otros autores Rist (5) Hoffstad, Hall (6) que hemos obtenido un título aglutinante mayor con los paratíficos, especialmente con el B. que con el bacilo tífico.

Duración de las aglutininas en la sangre.—Aun cuando no hicimos estudios en este sentido, para información de nuestros lectores debemos indicar que por los estudios de Hoffstad y Thomson ya mencionados, se ha logrado conocer la duración de las aglutininas en la sangre de individuos que han sido vacunados por vía oral. En un grupo de individuos que tenían aglutininas a las 4 semanas de vacunados, habían descendido a 15.7% a los 5 meses, y eran sólo de 5.8% a los nueve meses.

Comentario.—Los resultados de nuestros estudios inmunológicos que muestran la formación de anticuerpos, de aglutininas específicas, sugieren la posibilidad de que la protección de la vacuna antitífica administrada por vía oral, no se debe en manera alguna a una *inmunidad local* del epitelio intestinal, que por la acción descamante de la píldora de bilis y el efecto colágeno de la misma, constituye la puerta para la absorción de un antígeno, que en realidad de verdad no limita ni localiza, su acción inmunizante al epitelio intestinal, sino que es capaz de obrar sobre todo el organismo, tal como sucede con la piel, que puede absorber algunas toxinas como la difteria (método de vacunación percutánea de Lowestein) determinando una inmunidad general por la producción de la antitoxina respectiva. Sin duda ninguna, en la mecánica funcional del organismo animal, como sucede en toda manifestación biológica, especialmente en los procesos inmunológicos, nada hay separado, individual, local, todo es sinérgico y común.

Los resultados de nuestros estudios nos hacen ver la efectividad de la vacunación oral que casi se compara con la inmunidad producida por la vacuna inyectada, pues sí es verdad que los anticuerpos producidos tienen una corta duración, como se indi-

(5) Rist E.—Bearing of antityphoid vaccination on diagnostic value of agglutination test in typhoid and paratyphoid. *Journal Lab. and Clinical Medicine*. Vols. 3 Pág. 91.

(6) Hall. I. W.—Inoculation agglutinins, 1917, *Lancet* 2, 534.

có antes, la facilidad de la vacunación oral, que no produce malestar ninguno, facilitando al individuo continuar en sus ocupaciones diarias, permite la vacunación cada 10 a 12 meses.

Sin embargo, como la inmunidad antitífica no es sólo un problema de aglutininas sino que hay otros factores que con tribuyen a ella y que pueden durar más tiempo, sí puede aceptarse como de un año la protección dada por la enterovacuna. Así, por ejemplo, Simpson (7) del Instituto de enfermedades Mentales del Estado de Washington comprobó que ninguno de los asilados que habían sido vacunados por vía oral, contrajo la tifoidea en una epidemia que se desarrolló en la Institución 18 meses después.

Son muchos y satisfactorios los datos estadísticos publicados en favor de la enterovacuna. Gautier (8) en 1924 vacunó 4.000 personas y sólo un caso de tifoidea se presentó, contrastando esta exigua morbosidad con la de 200 individuos que en el mismo grupo habían enfermado antes de la vacunación.

En septiembre de 1921 se declaró una terrible epidemia de fiebre tifoidea en algunos pueblos de Calais. Por la resistencia obstinada de la población a las inyecciones subcutáneas, Vaillant (9) médico de sanidad, recurrió a la vacunación por vía oral. En 1236 personas que recibieron enterovacuna sólo hubo un 0.17% de contagios, al paso que en el grupo que rechazó toda clase de vacunación la fiebre tifoidea tuvo una morbosidad de un 7.7%.

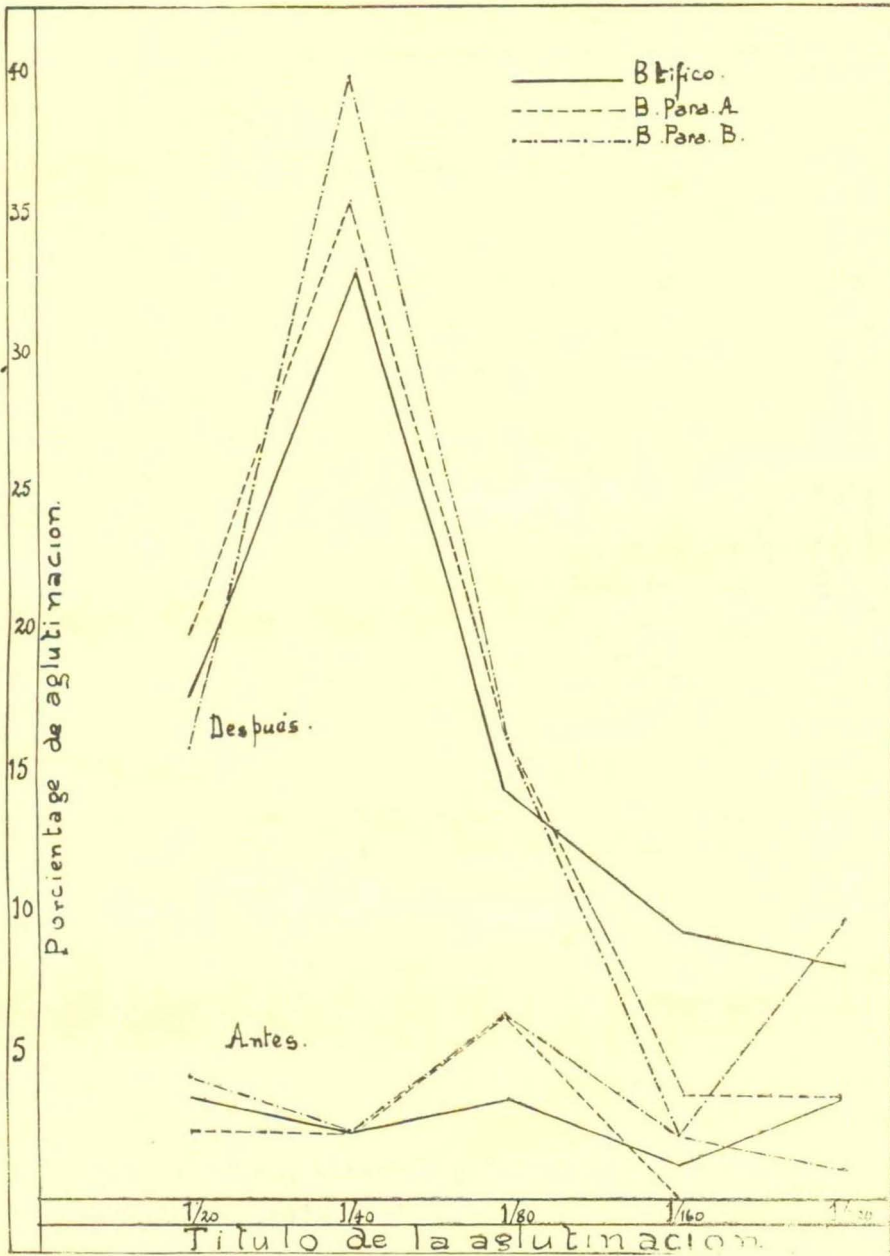
La comunicación de Archard & Bloch (10) está en completo desacuerdo con la parte experimental de nuestro estudio, la formación de aglutininas, que hemos visto en un título y en una proporción semejante a la encontrada por Hoffstand y Thomsom. Esta nota la publicamos especialmente con el fin de estimular otras investigaciones que dirán si inmunológicamente, la vacuna antitífica administrada por vía oral, tiene el respaldo que parece darle la estadística y la clínica.

(7) Simpson A.—Citado por Hoffstadt y Thomsom.

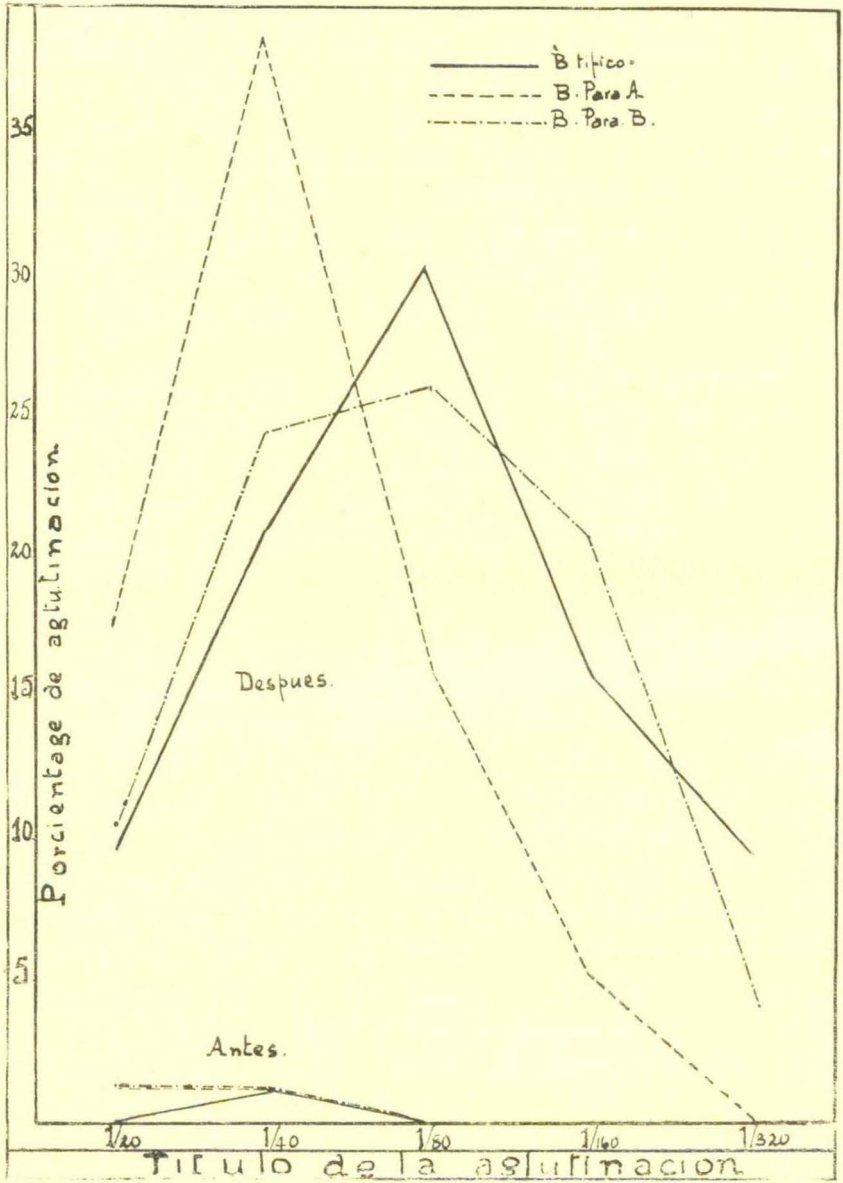
(8) Gautier A.—Vacunación oral contra la tifoidea. Bull. de l'Academie de Medicine. París, 1924, Vol. 91, Pág. 486

(9) Vaillant E. Vacunación oral. Anales del Instituto Pasteur. Febrero de 1922.

(10) Achard C. y Bloch S.—Vacunación antitífica por vía oral. Bull. de la Academie de Medicine. París, Vol. 91, Pág. 531.



Proporción de las aglutininas (T. A. B.) en la sangre de 95 individuos antes y después de la vacunación con lipovacuna.



Proporción de las aglutininas (T. A. B.) en la sangre de 98 personas antes y despues de la vacunación por vía oral

PROPORCION DE LAS AGLUTININAS PRODUCIDAS POR LA VACUNACION DE 95
SOLDADOS DEL REGIMIENTO SUCRE, CON LIPOVACUNA

Título de las aglutininas	BACILO TIFICO				B. PARATIFICO A.				B. PARATIFICO B.			
	ANTES		DESPUES		ANTES		DESPUES		ANTES		DESPUES	
	N.º indi- viduos.	%	N.º indi- viduos.	%	N.º indi- viduos.	%	N.º indi- viduos.	%	N.º indi- viduos.	%	N.º indi- viduos.	%
1/20	3	3.15	17	17.89	2	2.10	19	20.00	4	4.21	15	17.76
1/40	2	2.10	32	33.68	2	2.10	34	35.78	2	2.10	38	40.00
1/80	3	3.15	14	14.63	5	5.26	16	16.84	5	5.26	16	16.84
1/160	1	1.05	9	9.47	0	0	3	3.15	2	2.10	2	2.10
1/320	3	3.15	8	8.42	0	0	3	3.15	1	1.05	9	9.47
Total pos.	12	12.63	80	84.21	9	9.47	75	78.95	14	14.73	80	84.21
» neg.	83	87.37	15	15.78	86	90.53	20	21.05	81	85.27	15	15.78

PROPORCION DE LAS AGLUTININAS PRODUCIDAS POR LA ENTEROVACUNA
EN 98 SOLDADOS DEL REGIMIENTO DE ARTILLERIA

Título de las aglutininas	B. T I F I C O				B. P A R A A.				B. P A R A B.			
	ANTES		DESPUES		ANTES		DESPUES		ANTES		DESPUES	
	N.º indi- viduos.	%	N.º indi- viduos.	%	N.º indi- viduos.	%	N.º indi- viduos.	%	N.º indi- viduos.	%	N.º indi- viduos.	%
1/20	0	0	9	9.98	1	1.02	17	17.34	1	1.02	10	10.20
1/40	1	1.02	21	24.42	1	1.02	38	38.77	1	1.02	24	24.48
1/80	0	0	30	30.61	0	0	16	16.32	0	0	26	26.53
1/160	0	0	16	16.32	0	0	5	5.10	0	0	21	21.42
1/320	0	0	9	9.18	0	0	0	0	0	0	4	4.08
Total pos.	1	1.02	85	86.73	2	2.04	76	77.55	2	2.04	85	86.73
» neg.	97	98.98	13	13.26	96	97.96	22	22.45	96	97.95	13	13.26

SIFILIDES ZONIFORMES

EL CASO CLINICO DEL MES

POR EL DOCTOR

MANUEL JOSE SILVA

I

Mucho se ha escrito y discutido acerca de la etiología y patogenia de la *zona*, así como de las relaciones de parentesco—para muchos autores se trata de identidad—que existen entre la afección cutánea que hemos apuntado y el *herpes*, dermatosis caracterizada por vesículas apiñadas en racimos, de evolución rápida y pronóstico benigno.

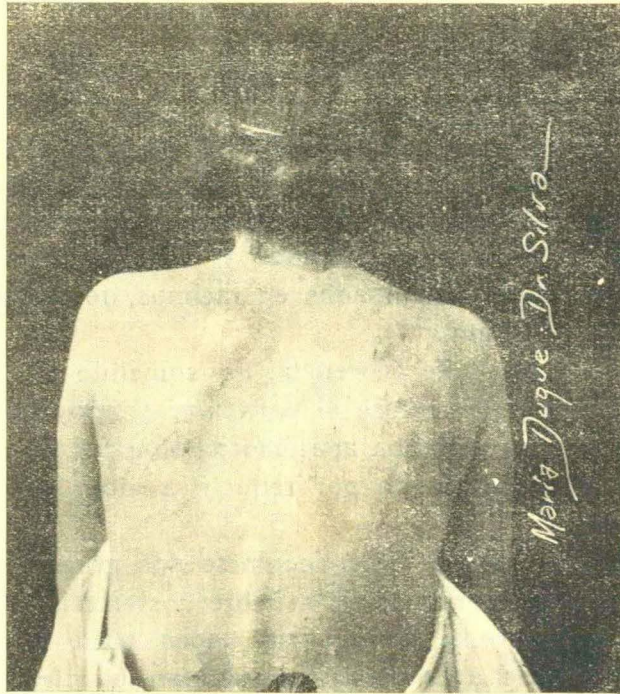
El profesor Mariani, de Florencia, ha sometido a severo análisis cuanto se ha dicho sobre el particular y apoyado en observaciones clínicas, en estudios anatomo-patológicos y en experiencias biológicas, ha terminado por reducir a dos los síndromes de tipo herpético.

Estima dicho autor que deben aceptarse dos grupos: uno constituido por la fiebre herpética y la fiebre zosteriana, atribuibles a causas infecciosas propias, y del cual hacen parte los herpes y las zonas idiopáticas o esenciales. Formarían el otro grupo los herpes y las zonas sintomáticas, que en nada difieren de los primeros en cuanto ello tiene qué ver con manifestaciones de orden clínico.

En virtud de tales concepciones, y concretándonos a las causas etiológicas del primer grupo, el ilustre profesor italiano, al igual que la mayoría de los expositores franceses de los últimos tiempos, defiende la existencia de dos virus, específico uno, para la zona; de señalada predilección por la piel y las mucosas; de cuya inoculación al portador y a otros individuos no se sigue resultado positivo. El virus del herpes filtra como aquél, a tra-

vés de bujías; es las más de las veces inoculable al portador, como también a otras personas y a los animales. La cornea de los últimos se presta admirablemente para la experiencia, por ser muy sensible.

Los agentes morbosos a que nos hemos referido, generadores de tales afecciones, tienen en el sistema nervioso su vía de difusión, o un centro que los refleje sobre la piel o las mucosas, por medio de nervios típicos, de acciones reflejas vaso-motoras, o



de neuritis ascendente o descendente. Lo expuesto hasta aquí va en contra de la teoría unitaria, que quiere atribuir el origen de todos los síndromes herpéticos a un mismo grupo de agentes que provocarán ya una zona, si se localizan en los ganglios nerviosos y en las raíces posteriores (ganglio-radiculitis y poliomyelitis posteriores), ya un herpes común, cuando se fijan sobre las ramas terminales de los nervios periféricos.

II

Los herpes y las zonas sintomáticos no difieren de los idiopáticos desde el punto de vista clínico, y como éstos, no pueden aceptarse como *entidades morbosas*, sino como simples reacciones cutáneas, cercanas del grupo de las *trofoneurosis*. La zona bacilar débese a una radiculitis tuberculosa, y la sifilítica (sifilides zoniformes) aparecen como consecuencia de afecciones de diversos órganos, de afecciones ganglionares, de radiculitis y poliomielitis posteriores. De su aparición se deduce, como se leerá en seguida, una sífilis grave.

La mujer cuya espalda aparece fotografiada, era una antigua específica: claramente lo revelaba el examen clínico y lo confirmaban los análisis de laboratorio. Wassermann, positivo total. Albuminosis y una hiperцитosis en el L. C. R.

La erupción localizada en la región dorsal estaba caracterizada por múltiples ulceraciones herpetiformes, necróticas, aisladas o agrupadas en círculo. Los elementos que descansaban sobre manchas inflamatorias ofrecían a simple vista un borde rojo oscuro, tallado a pico y una escara central. La distribución zoniforme era característica. La paciente demostraba agotamiento extremo, anemia profunda y padecía dolores neurálgicos que le ocasionaban insomnios. El tratamiento arsenical aceleró la evolución de las manifestaciones externas, hizo desaparecer la reacción febril, $38^{\circ}2^4$ que se observó en la paciente en los primeros días de su ingreso al Hospital y obró satisfactoriamente sobre su estado general.

EDITORIAL

COLEGIOS MEDICOS

El cataclismo de 1914, que tan hondas perturbaciones sociológicas ha producido y cuyas repercusiones se experimentan todavía, provocó una enorme alteración en los valores morales de que nuestro gremio desgraciadamente se ha resentido.

Honda preocupación hay en el mundo por los múltiples peligros que amenazan a la profesión médica: preparación científica insuficiente, plétora de profesionales, crisis económica, etc., y en todos los países se nota un movimiento de unión y de defensa que no percibimos por ninguna parte en el nuestro.

Para resistir los diferentes ataques de que la profesión es víctima y para levantar el nivel moral de sus miembros, el cuerpo médico de diferentes países, siguiendo el ejemplo de los otros gremios, ha decidido unirse y sindicalizarse bajo diferentes formas: en Francia ha constituido sociedades sindicales y desde hace mucho tiempo trabajan los profesionales por crear la orden de los médicos; el colegio de médicos existe en España desde 1917 y recientemente se ha presentado en Bélgica un proyecto, que muy probablemente ya es ley, por medio del cual se crea la orden de los médicos, semejante en su esencia y funcionamiento al Colegio Español.

Preocupados los profesionales colombianos por luchas y diferencias personales hemos contribuido a menoscabar la consideración con que el médico era mirado por el público, y nos cabe no poca parte en el desprestigio del gremio. Deseo hoy llamar la atención de nuestros colegas hacia tal importante problema y me permito proponer algunas medidas que contribuyan a resolverlo.



JUNO

KLIMAKTÓN



CONTRA LOS ACHAQUES DE LA EDAD CRÍTICA

COMPOSICIÓN:

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

Tubitos con 20, frascos con 50 grageas.

KNOLL A.-G. LUDWIGSHAFEN DEL RHIN.

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

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



E-MERCK DARMSTADT

FANTAN
M E R C K

contra la

gota,

reumatismo,

artralgias,

neuralgias.

Superior a los similares por su perfecta tolerancia y carencia de sabor. No existen contraindicaciones.

Tabletas de 0,50 g.

Tubos de 10 y 20.

Fantán, M.R.

Literatura y muestras: Robert Utgenannt, Apartado 1392, Bogotá

Es necesario que el cuerpo médico, a imitación de los diferentes gremios, se una y solidarice, pues es vergonzoso que cuando gremios como el limpiabotas y voceadores han llegado a compactarse y sindicalizarse, nosotros permanezcamos impasibles en una actitud hierática digna de un buda oriental.

Ya en otras ocasiones se ha intentado ese movimiento de sindicalización, y el Congreso Médico de Tunja, si mal no recordamos, creó la asociación médica nacional, pero todas estas nobles iniciativas han encallado en nuestra abulia y abandono; por eso me parece que es necesario para hacer una obra efectiva, prescindir de las juntas numerosas y de las reuniones en las cuales mucho se discute y poco se labora; creo que la manera más sencilla de llevar a cabo la asociación, es recabar del congreso una ley que cree el Colegio de Médicos y que lo reglamente.

El colegio de médicos llena múltiples funciones: contribuye de un modo eficaz a moralizar la profesión y a resolver de un modo fraternal, privado y aun pudiéramos decir amistoso, las diferencias entre los profesionales; vela por el estricto cumplimiento de las reglas de deontología e impone las sanciones correspondientes de acuerdo con la falta cometida; lucha contra el charlatanismo; interviene en la distribución racional y equitativa de los médicos en las diferentes regiones del país; favorece y estimula la presencia de médicos graduados en las regiones y poblaciones en las cuales no existen; y por último, defiende y resguarda los derechos y prerrogativas del gremio y contribuye eficazmente a defender al médico de los clientes indelicados y tramposos.

El colegio de médicos o asociaciones similares, están muy bien organizadas en otros países; así la estrecha unión y la magnífica organización de los sindicatos médicos franceses, les ha permitido obtener una justa reglamentación del seguro social; la organización en colegios ha permitido a los médicos españoles apoyarse y defenderse, y la asociación médica americana ha levantado, estimulado y moralizado el gremio médico estado-unidense hasta llevarlo a la envidiable posición que hoy ocupa.

La profesión médica no es el sésamo maravilloso que hace aparecer fortunas con la sola aproximación de una varita mágica y las múltiples exigencias de la vida moderna, imponen al médico gastos cada día más crecidos, los cuales son en veces superiores a sus entradas; de manera que esto lo incita a menospreciar su propio valer y a rebajar la profesión, lo cual redundará en perjuicio para sus colegas y en desprestigio del gremio en general; toca pues a una entidad, provista de autoridad suficiente, estudiar estos diferentes puntos para moralizar y hacer que la profesión obtenga el sitio que le corresponde dentro de la sociedad.

La inscripción en el colegio debe ser obligatoria, de manera que ningún médico pueda ejercer la profesión si no está provisto de las patentes que acrediten su colegiación y el que lo hiciere, sin este requisito, estará sujeto a fuertes sanciones impuestas por el respectivo colegio, apoyado por las autoridades; el colegio viene de esta manera a asesorar las juntas especiales encargadas del estudio y revalidación de los títulos médicos.

Mucho desearíamos ver realizadas nuestras ideas dentro del menor tiempo posible y transcribimos a continuación un bosquejo de proyecto que puede servir de base a los legisladores para la creación de la institución.

COLEGIOS MEDICOS

Artículo 1.º Créase en cada una de las capitales de los departamentos el Colegio de Médicos; para los efectos del colegio las intendencias se adherirán al departamento del cual dependan políticamente.

Artículo 2.º Todos los médicos que ejerzan en el respectivo departamento, tienen la obligación de solicitar su admisión al colegio y no podrán ejercer en dicho territorio mientras no formen parte de la institución.

Artículo 3.º Una vez constituido el colegio, se procederá a nombrar, por votación, los dignatarios de él.

Artículo 4.º Cada colegio tendrá como dignatarios: presidente, vicepresidente, secretario, tesorero y cinco miembros que forman el consejo consultivo; cada uno de los dignatarios tendrá su suplente correspondiente.

Artículo 5.º Los presidentes de todos los colegios reunidos en junta, constituyen el consejo superior de la institución. Este consejo se reunirá una vez en el año, en la capital de la república, con el objeto de tratar los diferentes asuntos relacionados con la institución y con la profesión en general; toca a este consejo dar las normas generales sobre la organización general del gremio y sobre la marcha de los colegios seccionales.

Artículo 6.º Constituye el consejo superior el tribunal superior que debe confirmar o negar las penas impuestas por los colegios seccionales.

Artículo 7.º Los dignatarios serán elegidos por un período de un año y pueden ser reelegidos. Entran en funciones el día.....

Artículo 8.º La elección de dignatarios tendrá lugar en la primera sesión del mes de....

Artículo 9.º El colegio sesionará ordinariamente una vez por mes y extraordinariamente cuando cinco miembros por lo menos lo soliciten.

Artículo 10. En las sesiones ordinarias se tratarán los asuntos que tengan interés general y lo que propongan los socios y en las extraordinarias los asuntos que interesen a los socios convocadores.

Artículo 11. El colegio tiene como función estudiar y defender los intereses de los profesionales y arreglar las diferencias que puedan surgir entre ellos.

Artículo 12. Para castigar las faltas cometidas por los colegiados, puede la institución establecer sanciones que van desde la advertencia amistosa hasta la suspensión temporal o aún definitiva si la gravedad de la falta así lo exige.

Artículo 13. El colegio local únicamente puede establecer como sanciones la advertencia amistosa, la censura, la reprimenda y multas; para las otras penas debe dirigirse al consejo superior.

Artículo 14. Para imponer las sanciones el colegio debe citar al acusado, dos veces por lo menos, con quince días de intervalo entre una y otra citación; el acusado tiene derecho a quince días para preparar su defensa y puede hacerse acompañar por un defensor. Si el acusado no concurre-

re, sin tener excusa legítima para hacerlo, será condenado por abandono de la causa.

Artículo 15. Las sanciones impuestas por los colegios locales pueden ser apeladas ante el consejo superior y las penas establecidas por este último, pueden serlo ante la Corte Suprema.

Artículo 16. Para ingresar al colegio es preciso hacer una solicitud por escrito presentando los comprobantes y diplomas que acrediten al candidato como miembro de la profesión, pagar un derecho de entrada y ser admitido por mayoría absoluta de votos, es decir, la mitad más uno.

Artículo 17. Toda solicitud de admisión será fijada durante diez días en un lugar público del local donde funciona el colegio y los colegiados están autorizados, durante este tiempo, para formular los reclamos y observaciones correspondientes.

Artículo 17. Todo colegiado que desee ausentarse de su territorio para trasladarse a otro, está obligado a informar al colegio sobre su determinación y debe solicitar del secretario una constancia de su buena conducta y de que está a paz y salvo con el colegio.

Artículo 18. El profesional que se traslade de un departamento a otro, debe, para poder ejercer, solicitar su ingreso en el nuevo colegio, previa presentación del certificado antedicho. La inscripción en el nuevo colegio es gratuita.

Toca ahora a los legisladores y a los técnicos pulir, reformar y dar forma efectiva a esta idea y queda en manos de los numerosos médicos que asistirán a las cámaras, la labos de dar vida y hacer prosperar este proyecto que a todos interesa y que redundará en grandísimo provecho no solamente para el cuerpo médico sino para la sociedad en general.

Dr. RICARDO ZAPATA

Películas EASTMAN para RayosX

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

**SURTIDO COMPLETO y
PERMNETE**

**MUÑOZ
HERMANOS**

Distribuidores de la

EASTMAN KODAK COMPANY

PRIMERA CALLE REAL

Nº 245-A

ARSAMINOL

(Sal aenical 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 :

Ampolla de "ARSAMINOL"

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

Aaminol infa ntil

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

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

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

Teléfono 31-93 - BOGOTA

VITASTERINE

B Y L A

VITAMINA D estandarizada

Reemplaza el aceite de hígado de bacalao
en todas sus indicaciones

Tratamiento del Raquitismo
Trastornos de la Osificación y Dentición
Convalecencias

De venta en todas las Droguerías y Farmacias

Agentes Generales:

NDRES SEYS & PNNIER

APARTADO 1063—BOGOTA

DEONTOLOGIA

SECCION A CARGO DEL DOCTOR

DARIO CADENA

LAS JUNTAS MEDICAS

Antes de tratar los variados y numerosos problemas que trae respecto de la clientela el ejercicio de la profesión, estudiaremos las reglas generales de la conducta que debe seguir el médico en puntos concretos como lo son las Juntas médicas, el secreto y los honorarios profesionales. Seguimos en gran parte las ideas francesas, pero no dejamos de reconocer que son muy numerosos los casos en que no podemos aplicarlos por la defectuosa educación del cuerpo médico y del público en general. En efecto: hemos pasado por las áulas universitarias sin que ninguna autoridad competente nos hubiese dado las normas de nuestra conducta profesional; a favor de esta ignorancia han nacido en la clientela erróneos conceptos sobre determinados procederes, de uso corriente en otras partes, que consideran lesivos de su dignidad cuando son puestos en práctica por algún profesional.

Con la extensión cada día mayor de las diferentes ramas de la medicina se va imponiendo la necesidad de recurrir al consejo del colega autorizado en casos de dificultad particular. Además de las innegables ventajas que dichas juntas o consultas traen para el enfermo, son un procedimiento que contribuye poderosamente a afianzar la amistad y la solidaridad entre los colegas. Pero no se crea que tal medida se puede prodigar en exceso sin menoscabar la autoridad del médico que se alarma y provoca juntas para asuntos verdaderamente triviales. Las juntas médicas deben ser provocadas por iniciativa del profesional cuando se trata de un caso de difícil diagnóstico o de un pronóstico grave siempre que se desee evitar recriminaciones posteriores de la familia, muy

frecuentes entre nosotros, o por iniciativa del enfermo o de sus dolientes caso en el cual el médico no debe oponer ninguna resistencia a la verificación de dicho deseo.

Si la iniciativa de convocatoria ha salido del médico tratante puede éste, de acuerdo con los interesados, imponer sus candidatos, empero si es la familia quien promueve la junta o si ella desea determinados colegas, el médico debe aceptarlos siempre que sean individuos de limpias ejecutorias, tanto que es preferible separarse de la cabecera de un enfermo a reunirse en junta con personas de escasa moral o de oscuros antecedentes en el ejercicio de la profesión.

Cualesquiera que sean los candidatos es el médico tratante quien debe citarlos y esto lo puede hacer personalmente o por teléfono escogiendo una hora conveniente para que todos puedan asistir; debe preguntarles además cuál es el valor de sus servicios para advertirlo a la familia y hacer que ésta tenga en sobros cerrados dicho dinero para entregarlo a los profesionales inmediatamente haya terminado la junta. Esta costumbre no existe entre nosotros y confesamos que si bien es cierto que ella no se puede poner en práctica con familias de reconocida posición y honorabilidad, sí debemos aplicarla en la gran mayoría de los casos para evitar los abusos que a diario se cometen solicitando juntas que no tienen ninguna remuneración.

Se debe ser lo más exacto posible a la cita para una junta médica; nada hay más desagradable y de más mal gusto que hacerse esperar por quienes tienen conciencia del cumplimiento de sus deberes; si circunstancias especiales impidieren el asistir a ella, es indispensable enviar una excusa oportunamente; por lo demás los colegas reunidos esperarán al que falte hasta media hora si es posible, después de lo cual tienen todo el derecho para principiar la junta.

Los médicos se reunirán solos en una pieza aparte; el médico tratante les hará una exposición de los antecedentes y de la evolución de la enfermedad; dará su diagnóstico o las entidades a las cuales se inclina e indicará las medidas terapéuticas que ha aplicado, después de lo cual pasarán a la pieza del enfermo donde se harán, si fuere el caso, las presentaciones necesas-

rias. En seguida comenzará el examen el médico consultante y si fueren varios lo hará primero el de mayor edad y en este orden seguirán los demás facultativos. El médico tratante contestará únicamente las preguntas que le hagan los consultantes, de lo contrario debe guardar absoluto silencio.

Pasarán luego a una pieza solos, y allí evitando toda indiscreción por parte de la familia, emitirán sus opiniones; comenzará a hablar el médico de más edad y seguirán en su orden los demás facultativos; si no es sino uno el consultante este emitirá su juicio respectivo. En las juntas casi siempre se llega a un acuerdo completo y en tal caso el consultante o el mas caracterizado de los que a élla concurren dará a conocer su resultado a la familia teniendo siempre frases deferentes para el médico de cabecera, quien deberá firmar las fórmulas que se ordenen y quien quedará encargado de realizar las determinaciones que se tomen.

Si por circunstancias de orden diverso y casi siempre excepcionales, no hubiere un acuerdo entre los médicos de la junta, se pondrá de manifiesto a la familia en corto exordio y sin herir susceptibilidades, las divergencias de opinión.

Es muy frecuente que el médico consultante, aún cuando esté de acuerdo con la medicamentación aplicada, agregue un remedio de nombre nuevo, casi siempre patentado, que no tiene una importancia definitiva; es necesario suprimir esta costumbre que no favorece al enfermo y si resta autoridad al colega de cabecera.

Por último, todo médico que asista a una junta, debe saber que está moralmente imposibilitado para visitar aisladamente al enfermo, aun cuando así lo exija la familia, si no ha sido ampliamente autorizado por el médico de cabecera.

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.

COLICOS HEPATICOS.-MEDICACION SIMTOMATICA

Poner una inyección hipodérmica de morfina (0,01 ctgr.) o de pantopón 1 c. c. Las ventajas del pantopón sobre la morfina son demasiado conocidas.

La forma de supositorios es bastante buena para combatir los cólicos:

Ext. tebaico.....	0,05 cent.
Antipirina.....	0,50 »
Manteca de cacao....	3 gr.

La administración de la antipirina asociada a la morfina, al pantopón y a la dionina, obra mejor que cada uno de estos medicamentos por aparte.

La antipirina asociada con el láudano, presta buenos servicios administrándola por vía rectal:

Láudano.....	XX gotas.
Antipirina.....	1 gr.
Agua.....	100 »

Con el objeto de combatir las contracciones de la vesícula y de los canales biliares, se pueden usar algunos antiespasmódicos, como:

Ext. de valeriana.....	10 G.
« « belladona.....	3 »
« « beleño.....	3 »

Tomar XX gotas 3 veces al día.

La codeína usada a las dosis de 1 a 2 centigramos, tiene la ventaja de no ser constipante como los otros opiáceos.

Para tratar de fluidificar la secreción biliar se podría usar la fórmula siguiente:

Sulfato de soda.....	1 gr.
Boldo en infusión....	4 »
Aceite de olivas.....	50 »
Sulfato de magnesia.	1 »
Atofán	0,50 »

La glicerina ha sido preconizada por algunos autores como más eficaz que el aceite de olivas. Una dosis de 30 a 40 gramos hace afluir una gran cantidad de líquido en el estómago que va a hacer fluidificar la bilis. Pero la glicerina tiene dos grandes inconvenientes: 1.º algunas veces produce enterorragias, y 2.º da una diarrea demasiado brutal.

Uno o dos gramos de sulfato de magnesia fluidifican la bilis y alivian el cólico.

Para tratar de disolver los cálculos se puede dar:

Eter amilvaleriánico.....	0,60 cent.
Aceite de almendras.....	8 gr.
Goma arábica	5 »
Jarabe simple	30 »
Agua hervida.....	60 »

Para tomar en 4 tomas.

La intervención quirúrgica se impone al cabo de tres semanas, si el enfermo no ha arrojado todavía sus cálculos.

Cuando hay una infección de las vías biliares, lo cual se conoce por una elevación brusca de la temperatura, hay que recurrir a la urotropina en inyecciones intravenosas de a 0,25.

En los casos crónicos con esclerosis de la vesícula y adherencias, la diatermia puede dar buenos resultados.

Hablando con un concepto simplista, la litiasis biliar es una sobrecarga de colessterina en el organismo.

El sulfato de soda es uno de los medicamentos más decoles-terizantes que se conocen.

Los alimentos que dan más colessterina al organismo, y que por consiguiente deben ser prohibidos a los enfermos, son los siguientes: carne de buey, carne de cordero, huevos, leche, mantequilla, quesos.

La carne de cerdo es poco rica en sustancias productoras de colessterina, por lo tanto se puede autorizar a estos enfermos.

CRONICA DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

SECCION A CARGO DEL SEÑOR

ARTURO CAMPO POSADA

El Profesor Tavernier, a insistencia del profesor Corpas, de los alumnos de Clínica quirúrgica y de algunos profesores y médicos, dictó un curso de «Enfermedades de los huesos», en el cual dió predilección a las entidades que se presentan más frecuentemente entre nosotros.

Hemos ya comentado algunas de las conferencias que ha dictado en el Hospital para las cuales ha elegido casos cuyo estudio ha resultado siempre interesante.

Para quienes se hayan educado en nuestra Escuela y para los alumnos que asisten a este curso, será de una trascendencia incalculable, porque bien sabido es que jamás hemos tenido un maestro especializado en enfermedades del sistema óseo y es evidente que en este ramo, especialmente en los puntos relacionados con la *Ortopedia*—que son la mayoría—la experiencia del maestro es el factor capital para la buena adquisición de conocimientos.

Las lecciones de este curso tuvieron lugar en el salón de proyecciones del Laboratorio de Radiología.

La primera versó sobre «Lesiones traumáticas de los meniscos de la rodilla». Como hechos interesantes anotó la relativa frecuencia de la desgarradura, sobre todo longitudinal, de los meniscos articulares en traumatismos a veces mínimos de la rodilla, a causa de las modificaciones bruscas de la estática del miembro inferior; lesión que produce marcado impedimento funcional y es de difícil diagnóstico y tratamiento; estas lesiones no logran la cicatrización debido a la estructura histológica especial de los meniscos articulares—sistema fibrilar longitudinal, ausencia de vasos. Los fragmentos del menisco desgarrado, pueden algunas veces dar la clave del diagnóstico.

El tratamiento quirúrgico, según el conferencista sería el único aceptable; explicó las vías de acceso a la articulación para la ablación de los fragmentos meniscales y el éxito casi constante de la intervención.

La segunda: «Mal de Pott; estudio clínico y tratamientos», dictada el 6 de junio, se desarrolló haciendo especial hincapié en el estudio de los tratamientos quirúrgicos, y entre éstos, un paralelo minuciosamente establecido entre las operaciones de Albbe y de Hibbs. Demostró fisiológicamente la superioridad de la primera arguyendo en su favor con la inmovilización completa y resistente que produce por la construcción de una columna triangular apoyada en las apófisis articulares por delante y hacia atrás en los puntos de soldadura del injerto, columna ampliamente resistente que pone en reposo las lesiones, condición esencial para lograr la curación de las tuberculosis óseas. Además, con las facilidades operatorias porque la línea de las apófisis espinosas se encuentra inmediatamente por debajo de la piel y en fin, con la poca hemorragia; condiciones que no posee la operación de Hibbs.

Comentó el inconveniente que muchos autores han atribuído a la operación de Albbe condenándola por falta de solidez cuando la han practicado en niños menores de seis años, diciendo: en los niños solamente se debe practicar después de esta edad a causa de que los cartílagos laminares existen aún y si la operación se lleva a cabo, el tallo rígido formado por el injerto y las apófisis espinosas, queda separado de los cuerpos vertebrales por una línea blanda y móvil constituída por dichos cartílagos, que impide la obtención de la solidez buscada, pero aun en muchos casos que han sido operados antes de edad, los buenos resultados han aparecido después de la consolidación de los cartílagos.

En dos conferencias que fueron dictadas en el Laboratorio de Radiología del Hospital, el Profesor Latarjet disertó sobre la Anatomía y Fisiología del sistema nervioso *organo-vegetativo*.

Sus vastos conocimientos anatómicos le permitieron desarrollar la primera parte con gran precisión y claridad determinando los lugares de origen y las distribuciones viscerales de esta complicada red nerviosa.

El estudio del aspecto fisiológico, en lo que se refiere a motilidad y sensibilidad viscerales, puede considerarse como una de las más bellas conferencias que se hayan oído en el Hospital. Con gran dominio del tema y notable elocuencia disertó acerca de las funciones correspondientes a cada uno de los sistemas: Parasimpático, metasimpático y ortosimpático. Concluyó haciendo notar el enorme alcance que las investigaciones experimentales sobre este sistema tienen para el clínico y el beneficio incuestionable que aportarán a la terapéutica del futuro.

Durante este mes un grupo de internos del Hospital y algunos estudiantes de último año han desarrollado múltiples actividades tendientes a reorganizar la sociedad de estudios médicos que se llamó *Lombana Barreneche* y cuyas actividades estaban suspendidas desde hace muchos meses a causa de nuestra abulia tradicional.

Bien conocida es la ineficiencia de los pocos centros científicos que existen en Colombia y el fracaso absoluto a que están condenados irremisiblemente quienes pretenden hallar en los médicos colombianos colaboradores para emprender hasta el más insignificante trabajo de investigación.

Esta indolencia, que ha sido siempre el sello de nuestro ambiente científico, ha destruído ya las esperanzas que se hubieran podido fincar en la juventud que se apresta a abandonar la Universidad. ¡Cuando no se ha logrado entusiasmarla para estudiar bajo los auspicios del glorioso nombre de *Lombana Barreneche!*... La investigación científica en Colombia no podrá empezar sino el día en que nuestra Universidad haya abandonado totalmente sus viejos sistemas, para formar hombres capaces de abocar el estudio de la medicina nacional con un criterio modelado en la observación constante de nuestra patología, tan rica como desconocida.

CRONICA DEL HOSPITAL DE SAN JOSE

SECCION A CARGO DEL SEÑOR

ENRIQUE BOTERO MARULANDA

UN CASO DE MATRIZ RUDIMENTARIA

N. N., natural de Sotaquirá; 28 años de edad. A mediados de abril entra al Hospital, servicio del doctor Eliseo Montaña.

Nada sabe de sus antecedentes hereditarios. Ha vivido en La Mesa ocupada en un cafetal, y ha tenido sabañones. Al examen se encuentran todos los signos de una anemia tropical.

Como diese el dato de no haber tenido nunca reglas, procedimos al examen de sus órganos genitales, y encontramos: pelos del pubis escasos pero implantados normalmente, es decir, con su borde superior horizontal al ras del pubis, como en las personas de su sexo. Vulva un poco pequeña, pero absolutamente normal; himen desgarrado y vagina normal en sus paredes, pero terminada en cúpula en cuya cima se toca un botón duro, circular, del tamaño de una uva y sin orificio apreciable. Al tacto bimanual, hecho con facilidad, pues la enferma deja deprimir fácilmente su abdomen, no se encuentra matriz y sólo se toca el núcleo anotado inclinado un poco hacia la izquierda. El tacto rectal da idéntica enseñanza. El examen ocular, hecho con el espéculo, no encuentra en el botón dicho, la menor señal de orificio y da la impresión de que corresponda a un rudimento de matriz o de cuello.

Sin duda la enferma tiene ovarios, pues presenta todos los caracteres sexuales secundarios: tipo y movimiento de mujer, voz femenina, cara limpia de pelos, cabellera con implantación con-

cava hacia la frente, senos un poco pequeños, respiración torácica. abdomen sin pelos y bacinete ancho.

Como dijimos, el himen estaba desgarrado y la enferma confesó haber tenido relaciones sexuales, signos todos que indican una relativa integridad de las secreciones internas de sus órganos genitales.

No creemos necesario entrar en consideraciones embriológicas, que se encuentran consignadas en los textos clásicos y nos limitamos, por lo tanto, a la simple presentación del caso.

TESIS Y TRABAJOS NACIONALES

DR. CLÍMACO VARGAS (de Bogotá).—*Predeterminación experimental de los sexos.*—(Preliminar).—(Revista Médica Latino-americana, año XVI, número 185, febrero de 1931).—El trabajo de nuestro compatriota es en extremo interesante. Las teorías en él expuestas merecen una observación detenida para que sean plenamente comprobadas. Reproducimos el resumen que del trabajo hace la citada revista:

«El autor hace el estudio crítico de las diversas teorías sobre las causas que dan lugar a la determinación sexual del embrión. Como resultado de sus investigaciones bibliográficas, de sus estudios clínicos y de su experimentación original, llega a una teoría personal sobre la predeterminación de los sexos que basa en las siguientes conclusiones:

«1.ª Los óvulos del ovario derecho determinan los machos y los óvulos del ovario izquierdo determinan las hembras.

2.ª Cuando el ovario derecho origina hembras y el izquierdo machos, estos productos pueden ser anatómica, histológica, fisiológica o psicológicamente anormales.

3.ª Si los machos procedentes del ovario izquierdo y las hembras del ovario derecho son normales, en los ovarios es probable que existan causas perturbadoras de su *función* determinante.

4.ª Por selección se obtendrá el determinismo sexual de una manera absoluta y precisa.

5.ª En la especie humana no hay necesidad de ovariectomías para la predeterminación del sexo que se desee.

6.ª En la mayor parte de los mamíferos se obtendrán hembras que produzcan en todos los partos un solo sexo y el que se elija.

7.ª La teoría cromosómica debe ser revisada.

8.ª Investigaciones experimentales en distintas especies y observando varias generaciones sucesivas no se habían verificado con anterioridad a las mías».

DR. LUIS PATIÑO CAMARGO.—*Saneamiento de la región palúdica de San Cayetano*.—En un folleto lujosamente editado hemos recibido el informe que el doctor Luis Patiño Camargo, médico jefe de saneamiento de Cúcuta, rinde a la Dirección Nacional de Higiene sobre el saneamiento de la región palúdica de San Cayetano.

Tomamos del informe las siguientes conclusiones:

«1.^a Considero la región denominada de los valles de Cúcuta, o sea las hoyas de los ríos Táchira, Pamplonita, Peralonso y Zulia y de las quebradas de Guaduas y la Floresta, entre un grado y veinticinco minutos de longitud Este, un grado cuarenta minutos de longitud Oeste del meridiano de Bogotá, siete grados cuarenta minutos de latitud Sur y ocho grados diez minutos de latitud Norte como fácilmente saneables de paludismo, por la naturaleza de los terrenos en donde no se forman grandes ciénagas ni pantanos difícilmente desecables.

2.^a Considero de capital importancia para la república el saneamiento de la mencionada zona: primero, para consolidar la obra realizada en la ciudad de Cúcuta, prácticamente exenta de mosquitos, merced a una campaña intensa; segundo, porque Cúcuta es el puerto obligado del interior del país; tercero, porque sería lugar muy propicio para iniciar la campaña nacional contra el paludismo y demostrar sus resultados excelentes.

3.^a Estimo como medida inaplazable, para que perdure lo que se vaya realizando en el saneamiento de los pueblos cálidos (como la obra de San Cayetano y Zulia) que se legisle en el sentido de fijarles límites precisos a los predios urbanos y rurales para evitar que las grandes haciendas de pastos sigan invadiendo las pequeñas poblaciones tropicales. Siquiera que hasta 200 metros de los cuatro puntos cardinales de la plaza sean terrenos del municipio para repartirlos en pequeños lotes entre los habitantes del pueblo. Porque sucede, señor Director, como en San Cayetano, que los solares de antiguas casas los van agregando a los potreros, en los cuales, como tantas veces llevo dicho, el riego constante mantiene grandes viveros de zancudos».

(Este informe fue publicado en el «Repertorio de Medicina y Cirugía», volumen 21, número 1).

JESÚS MARÍA ECHEVERRI.—*Úlcera varicosa y estado actual de su tratamiento.*—(Tesis para el doctorado en medicina. Bogotá 1931). El nuevo colega pasa revista a la historia, etiología, patogenia, anatomía patológica, sintomatología y diagnóstico de la úlcera varicosa antes de detenerse en el tratamiento de esta entidad. Hace una comparación entre el tratamiento por simpatectomía periarterial y el de inyecciones de Acecholina (acetil-colina) del cual deduce bibliográficamente que este es más sencillo y da mejores resultados.

Para terminar trae el doctor Echeverri 7 observaciones de úlceras tratadas por la Acecholine, de las cuales 6 cedieron al tratamiento y una no se modificó en nada por ser de origen sifilítico.

DOCTORES JORGE E. DELGADO URIBE Y ERNESTO OSORIO MESA.—*Comentarios y conclusiones.*—Del estudio de las historias clínicas anteriores se puede deducir la existencia en Muzo de una enfermedad que se manifiesta por una serie de accesos febriles, en las cuales el ascenso térmico está generalmente precedido de un escalofrío y el descenso de la temperatura va acompañado en muchos casos de un estado de sudor más o menos abundante. El escalofrío inicial puede faltar y cambia mucho con respecto a su intensidad y al cortejo de síntomas que lo acompañan, pero puede comprobarse que principia en casi todos los casos por una sensación de malestar general, con dolores musculares y óseos; por cefalea, raquialgia intensa, y por algunos trastornos digestivos tales como las náuseas y los vómitos alimenticios o biliosos. El ascenso de la temperatura y la diaforesis que acompaña al descenso de ésta, puede también faltar, y el ascenso térmico puede presentar grandes variaciones en su duración.

Así, tomados en conjunto todos los casos de las observaciones, podemos decir que, a grandes rasgos, la anterior descripción general de la enfermedad actual de Muzo es justa. El hecho sobresaliente en ella es el ascenso de la temperatura precedido en muchos casos de escalofrío, y el descenso térmico acompañado de sudores más o menos abundantes. Bajo este punto de vista, que corresponde al acceso febril mismo, tenemos que reconocer que estamos en presencia de un acceso palúdico típico, pero si estudiamos una a una las historias clínicas de que estamos tratando, nos encontramos en gran dificultad para poder clasificar estos accesos febriles en uno de los tipos clásicos en que se ha convenido dividir las fiebres palúdicas según la intermitencia de los accesos.

Repasando nuestras historias y teniendo en cuenta tanto los datos suministrados por los enfermos sobre la evolución de su enfermedad, como los anotados en las curvas de las temperaturas correspondientes a los días en que fueron observados por nosotros mismos, tenemos que convenir que en muy pocos casos se presenta el tipo de una fiebre intermitente con accesos febriles periódicos, disciplinados, tales como los que se describen bajo los nombres de tercianos, cuartanos o cotidianos. En la mayoría de los casos de Muzo, puede verse que la fiebre, al principio de la enfermedad, era continua durante varios días, o que, por el contrario, una fiebre intermitente del tipo irregular, terciano o cotidiano, se transformaba en una fiebre continua o remitente. También encontramos algunos casos en los cuales los accesos febriles eran subintrantes, es decir, que antes de descender la temperatura del primer acceso principiaba otro nuevo ascenso térmico, precedido de escalofrío y acompañado de una agravación de los síntomas generales. De estas observaciones podemos deducir que uno de los caracteres clínicos más sobresalientes de la fiebre de que tratamos, es la irregularidad en la aparición de los accesos febriles, que no están sometidos a ese ritmo periódico observado en los accesos palúdicos del tipo terciano o cuartano.

También es un hecho notable y comprobado que en la fiebre que nos ocupa, no solamente los períodos de apirexia, entre uno y otro acceso, no son iguales, sino que la defervescencia febril no es completa, sosteniéndose, por consiguiente, la temperatura por encima de la normal entre uno y otro acceso, probando de esta manera la tendencia que tiene esta fiebre a una forma de tipo continuo o subcontinuo con accesos subintrantes.

En todos los períodos del acceso febril, y aun durante los intervalos de apirexia, los síntomas generales de la infección son muy marcados, como se deduce de la lectura de las historias. El malestar general, la cefalea, la raquialgia y los dolores musculares y óseos aparecen desde el principio del ascenso térmico y no solamente estos síntomas son los últimos en desaparecer, sino que en la mayoría de los casos, persisten durante los períodos apiréticos adquiriendo una intensidad inusitada.

Los trastornos del aparato digestivo, también son constantes y están representados por las náuseas y los vómitos alimenticios o biliares. Hacemos notar que los vómitos son muy frecuentemente provocados por la ingestión de alimentos y que en este caso se produ-

cen sin esfuerzo y sin que el enfermo sufra la angustiosa sensación de náuseas. La anorexia es completa, persistiendo en algunos enfermos durante los períodos apiréticos, pero en otros el apetito renace con el descenso de la temperatura. También es constante en todos la constipación y ésta llega a veces a ser tan intensa, que da la impresión de un íleo paralítico.

Dentro de estos mismos síntomas, que ponen de manifiesto la intoxicación del organismo, no podemos dejar pasar por alto el delirio y las convulsiones. Aparecen en tres de los casos estudiados por nosotros y denotan un estado de gravedad especial. En las historias podemos ver que en dos de los enfermos que presentaron delirio y pérdida de conocimiento, el examen microscópico dio resultado positivo para hematozooario y la forma del parásito encontrado en la sangre de estos casos correspondía al *plasmodium falciparum* o *præcox*.

En cada uno de los casos presentados en las anteriores historias se pueden ver los datos relativos a la hipertrofia del bazo y al aumento de volumen de la glándula hepática; pero nos proponemos llamar la atención en este resumen de sintomatología a dos hechos que en nuestro parecer tienen bastante importancia. Primeramente, que los datos dados por la palpación del bazo son muy distintos en los enfermos de Muzo a los mismos datos comprobados en iguales circunstancias sobre los enfermos palúdicos de otras regiones. La lengüeta blanda, delgada y dolorosa que parece desprenderse del polo superior del bazo para dirigirse hacia el ombligo y que hemos descrito en nuestras historias, muy poco se parece al borde anterior grueso, duro e hipertrofiado en toda su extensión, de los bazos palúdicos que pueden palpase en otros lugares en donde esta enfermedad es endémica. En segundo lugar, hacemos resaltar que la presión en el punto vesicular es extraordinariamente dolorosa, fenómeno que tiene su explicación en las comprobaciones hechas durante las autopsias sobre la distensión y probable inflamación de la vesícula biliar.

Por no recargar de detalles las historias clínicas, no dejamos constancia en ellas de los datos relativos al pulso. En el cuadro de temperaturas aparecen a más de los dibujos de las curvas térmicas, la curva que representa el número de pulsaciones por minuto. De la comparación de estas dos gráficas podemos concluir que el número de pulsaciones por minuto, guarda en muchos casos estrecha propor-

ción con los cambios anormales de la temperatura. Pero en muchos otros, el número de pulsaciones, es superior a la relación que debería existir entre ellas y la temperatura. En todos los enfermos el pulso durante el acceso es hipotenso y filiforme.

A pesar de poderse considerar como un poco atípica la sintomatología que acabamos de describir, basándonos solamente en ella se podría hacer el diagnóstico clínico del paludismo, pero si unido a esto se tiene el dato del examen microscópico que en el caso nuestro es terminante, no podría ponerse en duda la naturaleza de la enfermedad que hemos estudiado en Muzo y que actualmente sufren la mayoría de sus habitantes. Esta no puede ser otra sino el paludismo y así lo afirmamos sin entrar a hacer complicados diagnósticos diferenciales, que consideramos innecesarios y que alargarían inútilmente este informe.

De paso, haremos observar que la sintomatología del paludismo en Muzo, que a primera vista da la impresión de ser atípica, no es en realidad muy distinta de la que se presenta en las otras regiones del país y que solamente podemos calificarla en esta forma por la comparación que ordinariamente hacemos de manera involuntaria con la descrita en los libros extranjeros, en los cuales se ordenan y clasifican los accesos palúdicos en cuadros clínicos de una regularidad casi matemática en relación con la evolución y clase de parásito encontrado en la sangre del enfermo.

Como según los principios establecidos con respecto al paludismo, a cada especie de *plasmodium* corresponde un tipo clínico de la enfermedad, tendríamos que de veinte casos estudiados por nosotros, ocho de ellos, representarían indiscutiblemente la forma benigna del paludismo terciano, ya que en la sangre de estos enfermos se encontró el *plasmodium vivax*. Dos casos representarían también de manera cierta la forma maligna del paludismo subterciano, por haberse encontrado en la sangre de los enfermos el *plasmodium falciparum* o *præcox*, y en los diez casos restantes no se podría hacer un diagnóstico microscópico, por el estado de evolución en que se encontró el hematozoario, que no permitía reconocer a cuál de las tres especies de *plasmodium* pertenecía.

Si comparamos la sintomatología presentada en nuestras historias con la sintomatología del tipo clínico correspondiente a la especie del *plasmodium* encontrado en la sangre de cada caso, observaremos que muy pocos de estos presentan el cuadro clínico descrito como

tipo del paludismo correspondiente a la especie de parásito. En los ocho casos en que se encontró el *plasmodium vivax* deberíamos observar la sintomatología de una de las formas de la terciana benigna, es decir, los accesos intermitentes, diarios o tercianos, y estudiando con cuidado las historias correspondientes a estos casos, comprobamos que apenas en dos de ellos debemos reconocer en parte la sintomatología clásica que describen los textos. No pasa lo mismo con respecto a los dos casos en los cuales se encontró el *plasmodium falciparum*, pues podemos comprobar por la lectura de sus historias, que su sintomatología está muy de acuerdo con el paludismo subterciano o pernicioso descrito en los textos como producido por aquel agente.

Como un concepto personal, basado principalmente en la gran irregularidad de los accesos febriles de paludismo en Muzo y en el hecho de que en la mayoría de los casos en los cuales se encontraron formas jóvenes del hematozoario la sintomatología del enfermo presentaba mayor gravedad, opinamos que en esta población el tipo clínico del paludismo que predomina sobre las demás formas palúdicas es el subterciano benigno, o fiebre descrita por los italianos bajo el nombre de estivo-otoñal.

Para no fatigar la atención del señor Director haciéndonos demasiado extensos, terminaremos este informe con un resumen de las observaciones hechas sobre los análisis de laboratorio.

Análisis de orinas.—Excepto en los casos números 9, 16 y 17, en los cuales se encontró albúmina,—no en gran cantidad—y que fue disminuyendo en los análisis consecutivos, lo que domina principalmente en las orinas de los enfermos estudiados, es la gran cantidad de urobilina y de pigmentos biliares, y también, aunque en menor escala, la presencia de células altas renales; células epiteliales bajas, y leucocitos en los sedimentos urinarios.

Fórmula leucocitaria.—En casi todos los casos se observa mononucleosis.

Cuenta globular.—En los siete casos que figuran en este informe con cuenta globular, es notoria la disminución de los leucocitos, la gran destrucción de glóbulos rojos que con un descenso relativamente pequeño de la cantidad de hemoglobina, hace que resulte de todos estos casos un valor globular alto.

Examen microscópico.—Positivo para hematozoario en todos los casos. (*Se conservan las láminas*).

NOTA.—Las mejores preparaciones son algunas en las cuales se hizo el frote tomando la sangre directamente de las venas medianas del pliegue del codo.

Mosquitos.—Durante nuestra permanencia en Muzo, solamente pudimos capturar tres mosquitos, a pesar de haberlos buscado con insistencia. De ellos, uno fue cogido en la población de Muzo, y los otros dos en el río Minero. Pertenecen a los culicinos pero la clasificación no pudo llevarse más adelante debido a la destrucción de las partes interesantes de los insectos por las dificultades para su captura y transporte.

Chinches (Chiribicos).—Son abundantísimas en Muzo. Pertenecen al género *Ornithodoros* talaje y a la variedad Venezuelense (Brumpt).

Inoculaciones.—De los casos números 20 y 21, se hicieron inoculaciones por la vía subcutánea a 4 curíes y 4 ratas. No se observó elevación de la temperatura en los días siguientes a la inoculación; los animales conservaron su buen estado general. Fueron hechos tres exámenes microscópicos después de ocho días de la inoculación, y a intervalos de un día cada uno, obteniendo en todo resultado negativo.

Hubiera sido nuestro deseo establecer una comparación entre nuestros resultados y los obtenidos por las comisiones que han visitado anteriormente a Muzo, pero nos fue imposible encontrar los informes rendidos por ellas. Tenemos conocimiento de que en otras épocas se han presentado en Muzo epidemias de fiebre recurrente y fiebre amarilla. No negamos la posibilidad de que en Muzo exista la fiebre recurrente, dado el número de chinches que infectan las casas y que, como se sabe, son el agente principal del contagio de esta fiebre. Tampoco negamos la posibilidad de que se hayan presentado algunos casos de fiebre amarilla, ya que las condiciones para la cría de las larvas del *aedes aegypti* son favorables en algunos lugares de la región, tales como los situados en las márgenes del río Minero y del Villamizar, pero la espiroqueta de la fiebre recurrente no se encontró en las preparaciones, y la sintomatología presentada por los enfermos de Muzo, no es ni remotamente semejante a la de la fiebre amarilla.

(Del informe que rinde al Departamento nacional de Higiene la comisión sanitaria que visitó a Muzo en el año de 1931).

LIBROS Y REVISTAS

MEDICINA

DOCTOR ALFONSO VASQUEZ MEJIA.—*Los arsenicales en el tratamiento profiláctico y curativo de las infecciones puerperales.*—(Revista de Medicina y Cirugía.—Barranquilla).—A falta de un tratamiento específico de la infección puerperal, el doctor Vásquez Mejía adopta el método de tratar y prevenir la infección con los arsenicales. Su estudio está documentado con 15 observaciones clínicas que lo han conducido a las siguientes conclusiones:

1.^a Estoy plenamente satisfecho del empleo, tanto profiláctico como curativo, de los arsenicales en las infecciones puerperales. Los creo inofensivos y de gran utilidad en los partos sospechosos de falta de asepsia y especialmente en los laboriosos.

2.^a En las infecciones declaradas, insistir en el empleo si se han usado ya como preventivos y darles preferencia a toda otra medicación quimioterápica desde que no haya contraindicación.

3.^a Inyectar una dosis no menos de 0,60 cent. repartido en dos o tres días como profiláctico y dosis continuadas a intervalos prudentiales en las infecciones declaradas. Aunque no he observado fenómenos de choque, son preferibles los inyectables por vía subcutánea o intramuscular, como el sulfarsenol, el miosalvarsán y el sulfotreparsenán que corresponden casi a una misma fórmula química».

RAUL PICON (Lima Perú).—*Infección por hemogregarina hominis.* (Revue Sud-Americaine de Médecine et de Chirurgie. Tomo II, número 5, 1931).—Conclusiones.—1.^a Por la primera vez se ha podido identificar un caso de infección por hemogregarinas en el Perú.

2.^a El parásito encontrado en la sangre, frotis y cortes de órganos, presentaba los caracteres del homogregarina hominis.

3.^a Las lesiones anatomo-patológicas son importantes en la sangre, en donde se encontraron huellas de una anemia hemolítica infecciosa.

4.^a Los caracteres clínicos más marcados en en nuestro caso, son:

principio incidioso, fiebre, ausencia de otros parásitos, anemia profunda progresiva, regeneración sanguínea insuficiente, leucopenia con polinucleosis, síndrome purpúrico, esplenomegalia.

DR. ARTURO A. PUNTEL.—*Infanticidio*.—(La Semana Médica, año XXXVIII, número 12, marzo 1931, Buenos Aires).—«Con la muerte del hijo la madre se propone ocultar, por lo general, la vergüenza de su deshonra, evitar las iras y los reproches de su familia y la maledicencia y el desprecio de la sociedad en que vive, haciendo desaparecer en instantes de ofuscación y abandono y como último recurso o deliberadamente en otros casos, el producto de la concepción.

Ese período de ofuscación, abandono o de emoción violenta, no dura muchos días y es tan intenso que rápidamente determina a la madre a suprimir el cuerpo del delito y todo vestigio que pudiera denunciarlo y esto generalmente lo hace apenas terminado el parto.

El llanto del niño y las primeras tetadas despiertan el sentimiento de la maternidad, si éste se encontrara adormecido u oculto por aquel estado de gran emoción.

La madre que, movida por aquellos impulsos, mata a su propio hijo, comete infanticidio de acuerdo con lo que se entiende por tal: pero una madre que mata al hijo diez o quince días después de su nacimiento, aun cuando su puerperio no hubiese terminado, no cometerá infanticidio sino homicidio, ya que no intervienen las causas citadas, no interviene una emoción violenta o una gran excitación, ya que las determinadas por el parto no duran más allá de tres o cuatro días, teniendo bien presente que dicho estado emotivo, violento, podría ser determinado por una psicosis o manía puerperal, que constituye una complicación del puerperio y que por otra parte modifica totalmente la capacidad de imputación.

De manera entonces que la madre que durante todo ese tiempo da muerte al propio hijo, cometerá homicidio de acuerdo con lo expuesto.

CIRUGIA

G. MASSABUAU.—*El tratamiento de la apendicitis aguda en el niño*. (Le progrès Médical número 23, junio de 1931).—El resumen del trabajo en el siguiente:

En las 36 primeras horas de la evolución de la crisis, la operación se impone. Más tarde, al tercero o cuarto día, la intervención pue-

YATRÉN 105

M.R.

Específico en la disentería amibiana crónica.
Acreditado profiláctico de las infecciones intestinales de los
países cálidos

Por vía bucal: En píldoras
Por vía rectal: En soluciones

Envases originales



M.R.

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

Con verdadero placer certifico:

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

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

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

DR. ORDÓÑEZ

Clínica del Pacífico.—(Popayán.)

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

TERAPIA HEPATOBILIAR

Es el HEPATODRENO

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

Con gusto enviaremos muestras a quienes se sirvan solicitarlas.

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

Laboratorio Farmacéutico de la Botica Meoz.

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

de ser todavía indicada pero sólo bajo la amenaza de la gravedad de los síntomas. Si por el contrario se tiene la certeza de que el enfermo se defiende bien, vale mejor aguardar a que se presente el momento favorable de practicar una apendicectomía en frío.

T. LUMSDEN (Londres).—*Inmunidad en el cáncer*.—(American Journal of Cancer, New York 15, 563, 1234, abril 1931).—De este interesante estudio se deduce dos conclusiones de trascendental importancia: 1.^a Es posible producir anticuerpos destructores de la célula cancerosa inofensivos para los tejidos normales. 2.^a Cuando un tumor implantado en el organismo es gradualmente destruido por suero anticanceroso o soluciones de formaldehído introducidas en el interior de su masa este proceso activa la inmunidad contra el tumor por un mecanismo que se puede llamar vacunación.

Según el autor el término «curación del cáncer» tiene un doble significado: él indica extracción o desaparición de un tumor y aparición de un mecanismo que impide su reproducción. La cirugía y la irradiación cumplen con el primer objeto más o menos satisfactoriamente pero no cumplen con el segundo, por lo cual las curaciones que producen no pueden llevar el nombre de tales. El método de autovacunación por suero anticanceroso es un excelente sistema de provocar la inmunidad pero no es posible obtener en el área del tumor una concentración de anticuerpos capaz de destruir todas las células cancerosas. Las inyecciones intratumorales de formaldehído son más potentes para destruir las células cancerosas pero menos potentes que el suero para despertar inmunidad. Como se ve, hasta ahora no existe el tratamiento que cumple con los dos requisitos; el que puede dar mejores resultados es el que consiste en introducir el suero en la masa del tumor primario (directamente o por las arterias que lo nutren) haciéndolo permanecer en el sitio por medio de constricción o de epinefrina y, si es necesario, completando la destrucción de las células neoplásicas con cirugía o con irradiación.

L. DOCIMO.—*El líquido cefalo-raquídeo en el mal de Pott*.—(Policlínico Roma, año 38, volumen 1, número 56, enero 1931).—El autor ha estudiado el líquido cefalo-raquídeo de numerosos enfermos. Sólo en una ocasión encontró en síndrome de Sicard-Foix. Hace una extensa crítica a las teorías que atribuyen los trastornos producidos por la enfermedad a compresiones medulares y nerviosas y concluye que las características del síndrome son los trastornos circulatorios perimedulares causados por un edema peridural localizado en los agujeros de conjugación.

RADIOLOGIA

ANDERS WESTERBOM (Upsala, Suecia).—*Importancia del examen radiológico en los casos de peritonitis difusa o localizada.*—(Surgery, Gynecology and Obstetrics, volumen LII, número 4, abril 1931).—En el hospital de la Universidad de Upsala, el autor se ha dado a la tarea de radiografiar todas las peritonitis agudas o localizadas. Las imágenes de las peritonitis agudas son características. En este artículo describe la técnica y la interpretación de los roentgenogramas y anota las principales causas de error. El método ha prestado importantes servicios en los casos de diagnóstico clínico dudoso; por él se han podido encontrar abscesos intraperitoneales post-operatorios que hubiera sido imposible diagnosticar clínicamente.

PARASITOLOGIA

NUTAL (G. H. F.).—*El papel patógeno de las garrapatas.*—(Bruxelles Medical, número 50, 1930).—Las garrapatas se alimentan exclusivamente de la sangre de los mamíferos y sirven de vectoras en varias enfermedades del hombre y, sobre todo, de los animales. Se dividen en dos familias: las *Argasidae* y las *Ixodidae*, que se distinguen de las primeras por un escudo dorsal. Las primeras se alimentan rápidamente, como las chinches, mientras que las segundas se alimentan lentamente y permanecen sujetas a su huésped durante días e incluso meses.

Las espiroquetas sanguícolas de las fiebres recurrentes de los países cálidos son transmitidas por garrapatas del género *ornithodoros*. Las espiroquetas penetran por el tubo digestivo y desaparecen, para aparecer en el momento en que la garrapata se hace infecciosa; a veces no reaparecen en formas visible. En varias especies de garrapatas las espiroquetas se transmiten hereditariamente.

La fiebre de las Montañas Rocosas la transmite la garrapata *Dermacentor Andersoni*. La garrapata, en sus tres estadios (larva, ninfa, adulta) parasita, tres huéspedes diferentes: las larvas y linfas se adhieren sobre todo a pequeños animales, como roedores, mientras que las adultas a los grandes: caballos, ganado, ciervos y el hombre. Las garrapatas producen la infección por su picadura; pero tienen que permanecer agarradas de seis a diez horas para causar una infección. La misma garrapata transmite la tularemia, causa la parálisis de las garrapatas, úlceras persistentes y a veces un parasitismo intenso en el caballo, ganado, ciervos y cabras salvajes.

La turalemia, que se parece a la peste, infecta doce especies de roedores, así como las ovejas y el ganado. El *Bacterium Turalense*, que es su agente patógeno, es transmitido por diversos artrópodos chupadores de sangre: insectos, pulgas, piojos y garrapatas. Las garrapatas *Dermacentor Andersoni* y *Dermacentor occidentalis* atacan al hombre y a los roedores y pueden transmitir la tularemia a los grandes animales, mientras que la garrapata *Oemaphysalis Leporis palustris*, muy corriente en los conejos salvajes, transmite la enfermedad a los roedores.

La fiebre de Oroya o verruga peruana es transmitida por *Dermacentor Andersoni*.

La parálisis causada por las garrapatas ha sido observada en Australia, Africa del Sur y América del Norte en el hombre (principalmente en los niños) y en los animales domésticos. Se presenta, sobre todo, en primavera y verano. Una sola garrapata hembra puede causar varios casos mortales, produciendo una parálisis motora progresiva, que aparece cinco o seis días después de haberse agarrado la garrapata al individuo. Si se quita la garrapata antes del segundo día, no se presenta la parálisis. Los ensayos de transmisión de la parálisis de garrapatas por inoculación de animales atacados a animales sanos, han fracasado. Es probable que esta parálisis, únicamente motora, sea de origen tóxico. La toxicidad de la secreción salivar de las garrapatas variaría según las especies y según la susceptibilidad del huésped receptor.

Las picaduras de ciertas garrapatas pueden ser muy dolorosas e ir acompañadas de equimosis extensas y de hemorragias subcutáneas. Las larvas de ciertas ixodídeas, cuando atacan al hombre en número considerable, pueden producir una irritación intensa con fiebre. Mientras que ciertas personas son muy susceptibles a los efectos del «veneno de las garrapatas», otras, que viven en los países infestados por estos parásitos, adquieren una inmunidad contra estos efectos patógenos.

Para protegerse contra las picaduras de las garrapatas, hay que evitar los sitios infestados, tales como las chozas indígenas y las estaciones y altos a lo largo de los caminos. Los indígenas abandonan las chozas infestadas; mejor sería quemarlas. Los suelos de cemento y limpios, las casas construídas con materiales duraderos no están, en general, infestadas. Como las garrapatas evitan la humedad, se puede regar el suelo cuando es de tierra apisonada.

Los trajes cerrados, los mosquiteros y las substancias antisépticas, permiten protegerse contra las picaduras de las garrapatas.

Las medidas de desinfección general, la destrucción de los roedores, la destrucción sistemática de las garrapatas, de los animales domésticos por baños ixodicidas o con la mano, son excelentes medidas profilácticas. En ciertos países se utilizan las ovejas como animales-trampas y se destruyen luego las garrapatas en estos animales. También se ha tratado de combatir la *Dermacentor Andersoni* por medio de un himenóptero parásito de los ixodideos. Por último, se ha tratado de crear una inmunización del hombre por una vacuna obtenida emulsionando las garrapatas infecciosas en solución fisiológica fenolada al 0,5%.

(De *Los Progresos de la Clínica*)

RADIOGRAFIAS

como ésta

se obtiene empleando

PELICULAS

para

RAYOS X

Agfa

La película sin competen-
cia en

SENSIBILIDAD,

'GRADACION,

BRILLANTE

CONTRASTE

DE VENTA:

ALMACEN

LINDNER

Calle 13, nú-
mero 174



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

OPTICA ALEMANA

SCHMIDT HERMANOS

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

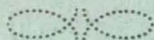
Apartado 1032

MICROSCOPIOS - COLORANTES - LAMINAS - LAMINILLAS -

HEMATIMETROS - FONENDOSCOPIOS - OPTALMOSCOPIOS -

ESPEJOS FRONTALES - TERMOMETROS -

CRISTALERIA PARA LABORATORIO



TALLER DE MECANICA

para la reparación de toda clase de instrumentos de precisión

CONTENIDO DE LAS REVISTAS NACIONALES

Revista de Medicina y Cirugía. Vol. I, N.º 11. (Barranquilla)

Los arsenicales en el tratamiento profiláctico y curativo de las infecciones puerperales, doctor Alfonso Vásquez Mejía.

A propósito de un error de diagnóstico, doctor E. Putnam Tanco.

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

Un caso típico de ulcus duodenal de origen traumático, doctor Carlos Enrique Ardila O.

Libros, Revistas, movimiento médico.

Anticalculina EBREY

EXTRACTO VEGETAL extraído de PLANTAS FRESCAS

Sin contener opiatas ni narcóticos, **ANTICALCULINA EBREY** es un poderoso anodino y sedativo para las afecciones renales, vesicales y hepáticas.

Su influencia directa sobre los riñones prueba ser de una eficacia marcada sobre los estados inflamatorios, siendo de valor insuperable en la

Nefritis, Uricemia, Cálculos, Cólicos nefríticos y hepáticos, Reuma, Gota, Ciática, Lumbago.

Antes y después de las operaciones, **ANTICALCULINA EBREY** es de gran mérito para evitar complicaciones y contribuir a una pronta convalecencia.

ANTICALCULINA EBREY es un diurético de valor insuperable. No causa trastornos en el estómago y su uso es de gran ayuda en los tratamientos arsenicales y mercuriales

Ebrey Chemical Works. - New York.

NOTAS VARIAS

NUEVO PROFESOR

Por decreto del Ministerio de Educación Nacional, acaba de ser nombrado profesor de Bacteriología en la Facultad de Medicina, nuestro distinguido amigo y colega doctor Pedro José Almánzar.

Vencedor en el concurso de agregación abierto con el fin de llenar la cátedra vacante, Pedro José Almánzar es sin duda alguna quien está mejor capacitado para regentarla; su talento, su preparación y los títulos por él conquistados nos dispensan el hacer un comentario elogioso sobre el particular.

Nos complace publicar el informe presentado al Consejo de Profesores y gustosos enviamos al nuevo profesor nuestras más calurosas felicitaciones.

Bogotá, junio 15 de 1931. = Señor Rector de la Facultad de Medicina. = Presente. = Señor Rector:

De acuerdo por lo dispuesto por usted en la comunicación N.º 113 que con fecha doce de los corrientes nos dirigió el señor Secretario de la Facultad y en nuestro carácter de profesores designados para dictaminar sobre los méritos del doctor Pedro José Almánzar, Agregado de la Facultad y quien ha postulado su candidatura para obtener la cátedra de Bacteriología, tenemos el honor de rendir el informe correspondiente.

La carrera del profesorado que aspira a seguir el doctor Almánzar, tiene como base, fuera de excepcionales dotes personales de caballerosidad, honorabilidad y esfuerzo personal, un acervo de estudios previos y trabajo científico en los siguientes puestos obtenidos en su mayoría por concurso:

- Monitor del curso de Bacteriología en 1922.
- Preparador del curso de Bacteriología en 1923.
- Jefe de Trabajos Prácticos de Bacteriología en 1926 y 1927.
- Ayudante del Laboratorio Santiago Samper de 1924 a 1927.
- Director del Laboratorio del Hospital de la Misericordia en 1926-27.
- Director interino del Laboratorio del Hospital de San José en 1926.

Director del Laboratorio de la Gota de Leche de Bogotá, en 1926 y 27.
Director de los Laboratorios del Sanatorio de Marly en 1925.
Jefe de estadística del Laboratorio Nacional de Higiene en 1926.
Jefe de Bacteriología del Laboratorio Samper & Martínez en 1930.
Director interino del Laboratorio Samper & Martínez en 1931.
Ayudante del Peter Bent Brigham Hospital (Harvard University), 1929.
Ayudante de Garvan Research Laboratory (John Hopkins Hospital) en 1929.

Delegado de Colombia al primer Congreso Internacional de Microbiología en 1930.

Practicante externo en 1922.

Ayudante del Laboratorio de Química Biológica en 1922.

Jefe de Trabajos prácticos y Director de Anatomía en 1924 y 25.

Practicante de las Empresas Municipales en 1923, 24, 25 y 26.

Practicante del Manicomio de mujeres en 1924, 25, 26 y 27.

Interno del Servicio de Vías Urinarias del Hospital de San Juan de Dios en 1926.

Interno del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital de la Misericordia en 1927.

Ayudante del Laboratorio Nacional de Toxicología en 1927.

El doctor Almánzar fue elegido por el Ministerio de Educación Nacional para que, mediante un contrato, se trasladara a los Estados Unidos con el objeto de especializarse en estudios bacteriológicos y en trabajos prácticos de Laboratorio, contrato que él cumplió religiosamente, habiendo obtenido que la Institución Rockefeller, bajo cuya vigilancia y fiscalización estuvo, informara siempre de manera muy satisfactoria respecto a los estudios que él hizo y además le prorrogara por mayor tiempo la beca que dicha Institución le concedió, para que pudiera completar los conocimientos adquiridos, mediante mayor práctica de laboratorio.

Después de haber permanecido en los Estados Unidos los años de 1928 y 1929, se trasladó a París y allí perfeccionó aun más sus estudios en el Instituto Pasteur y en otros laboratorios.

De la relación anterior se deduce fácilmente que el doctor Almánzar se ha hecho digno del honor de pertenecer al profesorado de la Facultad, para lo cual tiene las capacidades técnicas y científicas que lo acreditan, y las cualidades personales que deben distinguir a los hombres de estudio y de ciencia.

Somos del señor Rector, atentos servidores,
Fdos. ROBERTO FRANCO (Profesor de Clínica de Enfermedades Tro-

picales.—MARCO A. IRIARTE (Profesor de Clínica Infantil).—J. VICENTE HUERTAS (Profesor de Clínica General).

Es copia auténtica,

J. DE FRANCISCO, Secretario

JUAN PABLO LLINAS

Por acuerdo del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, acaba de ser nombrado Auxiliar de Anatomía Patológica, este amigo y compañero en la redacción de la *Revista Médica de Colombia*; con elementos de las capacidades de Juan Pablo Llinás, quien siguió por varios años en Francia con gran provecho, estudios sobre la materia, se abre la era de la investigación en nuestra Facultad. Nos complacemos en felicitar por este triunfo a nuestro amigo dilecto.

DOCTOR ALFONSO FLOREZ

Después de una ausencia de 2 años y medio se encuentra de nuevo en Bogotá nuestro compañero de redacción, doctor Alfonso Flórez, quien había sido enviado por el gobierno al Instituto del Radio de París, para hacer estudios sobre radium y radioterapia, con el compromiso de venir a prestar sus servicios al Instituto que se ha pensado fundar entre nosotros.

Fuera de la completa enseñanza que recibió del profesor Regaud, el doctor Flórez completó sus estudios sobre radium en el Hospital Pasteur, bajo la dirección de Richard y Pierquin; los de radio en el Hospital Saint Antoine con Salomón, y los de radiología en la Salpêtrière con Ledousxe-Lebard.

En Estrasbourg siguió un curso completo de tratamiento del cáncer con Gunset.

Como es sabido, en el Hospital de San Juan de Dios existe un aparato moderno para radioterapia profunda, que no ha sido puesto en servicio por falta de un técnico en la materia; sinceramente creemos que es el doctor Flórez el llamado a organizar este servicio, cuya necesidad se impone.

Nos complacemos en enviar al doctor Flórez un atento saludo.

Agradecemos al doctor José V. González, de Medellín, el interesante estudio bibliográfico que nos ha enviado. Por absoluta falta de espa-

cio no fué posible que apareciera en este número, pero seguramente aparecerá en el próximo. Aguardamos que el doctor González nos siga favoreciendo con su valiosa colaboración.

A LOS SUSCRIPTORES

Nos permitimos avisar a la mayor parte de los médicos suscritos a la presente publicación, que con el número entrante se termina el primer volumen de esta revista. Nos prometemos comenzar con mayor entusiasmo el segundo año de labores y esperamos que, renovando oportunamente la suscripción, se nos preste el apoyo valioso para la realización de nuestro esfuerzo.

Los señores Andres Seys & Pannier, ponen a la disposición de los señores médicos, en la calle 16 N.^o 99, muestras de los afamados *Jarabes Laroze* con cáscara de naranja amarga al yoduro de potasio y polibromurados.

CONDICIONES:

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

TARIFAS:

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

AVISOS:

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

PARA SUSCRIPCIONES DIRIGIRSE AL APARTADO
894 O A LA LIBRERIA MEDICA

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

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

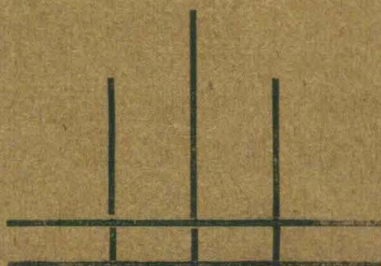
CLINICA DE MARLY

APARTADO NUMERO 887

Telégrafo:

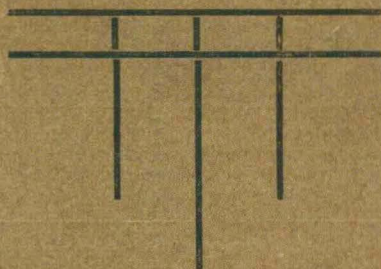
TELEFONO 10-00 Chap.

«MARLY» - BOGOTA



SERVICIO DE MATERNIDAD

ANESTESIA POR LOS GASES



Por telégrafo: MARLY