

**revista** **de** **medicina** **nº 2**

TERCERA ETAP.

**ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA**



# HOSPITAL MENTAL DE MUJERES EN SIBATE

para 1.200 enfermas

CON TODOS LOS TRATAMIENTOS PSIQUIATRICOS MODERNOS: HOSPITALIZACION GENERAL; PEN - SIONADOS PARA ADULTOS Y NIÑOS; LABORTE - RAPIA; SALAS DE RECREO ETC.

30.741 metros cuadrados de construcción, por un valor total de \$11.300.000.00, en un lote de 25 fanegadas.

El Hospital prestará servicio a enfermas mentales, de todo el país, y vendrá a solucionar uno de los más graves problemas que afronta la Asistencia Pública Nacional.

Proyecto y Construcción a cargo de:

**PIZANO, PRADILLA & CARO LTDA.**

OTRA OBRA DE LA

**BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA**



ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TARIFA POSTAL REDUCIDA LICENCIA No. 629 DEL MINISTERIO DE COMUNICACIONES

**REVISTA MEDICA**

TERCERA ETAPA No. 2

*Esta revista se distribuye sin costo alguno entre médicos, institutos científicos nacionales y extranjeros, clínicas, hospitales, etc. Si usted desea recibirla solicítela al teléfono No. 43-65-91*

*Directores*

**EDMUNDO RICO**

**GONZALO ESGUERRA GOMEZ**

**GUILLERMO RUEDA MONTAÑA**

**JOSE VICENTE HUERTAS**

*Dirección Editorial*

**S.T. (SERVICIOS DE PRENSA Y ASESORIA TECNICA EDITORIAL)**

*Agente de Publicidad*

**MIGUEL A. RODRIGUEZ C.**

*Impresores*

**ITALGRAF LTDA.**

República de Colombia - Bogotá D. E. OCTUBRE 1962

# ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

## **JUNTA DIRECTIVA**

**Presidente:**  
**Prof. Edmundo Rico**

**Vice-Presidente:**  
**Prof. Gonzalo Esguerra Gómez**

**Secretario:**  
**Dr. Guillermo Rueda Montaña**

**Secretario-Perpetuo:**  
**Prof. Jose Vicente Huertas**

**Secretario-Perpetuo  
Honorario:**  
**Prof. Luis López de Mesa**

**Tesorero:**  
**Dr. Julio Araújo Cuéllar**

## **MIEMBROS HONORARIOS:**

Martín Camacho	Carlos Cleves Vargas
Arcadio Forero	Manuel José Silva
Augusto Rocha Galvis	Julio C. Moncayo C.
M. A. Cuéllar Durán	Miguel A. Rueda Galvis
Luis López de Mesa	

## **MIEMBROS DE NUMERO:**

José Vicente Huertas	Santiago Triana Cortés
Jorge Bejarano	Manuel José Luque
José del Carmen Acosta	Andrés Soriano Lleras
Alfonso Esguerra Gómez	Augusto Gast Galvis
Gonzalo Esguerra Gómez	César Augusto Pantoja
Jorge E. Cavalier	Guillermo Muñoz Rivas
Pedro José Almanzar	Julio Araújo Cuéllar
Francisco Vernaza	Guillermo Rueda Montaña
Luis Patiño Camargo	Guillermo Nieto Cano
Francisco Gneco Mozo	Jorge Huertas Lozano
Hernando Anzola Cubides	Hernando Groot
Antonio M. Barriga Villalba	Fernando Torres Restrepo
Guillermo Uribe Cualla	Mario Gaitán Yanguas
Juan Pablo Llinás	José Velásquez Q.
Edmundo Rico	Jorge Camacho Gamba
Ramón Atalaya	Ricardo Vargas Iriarte
Gonzalo Reyes García	Laurentino Muñoz
Jorge E. Llinás Olarte	Carlos Arboleda Díaz
Jorge Cavalier Gaviria	

## **ACADEMICOS CORRESPONDIENTES:**

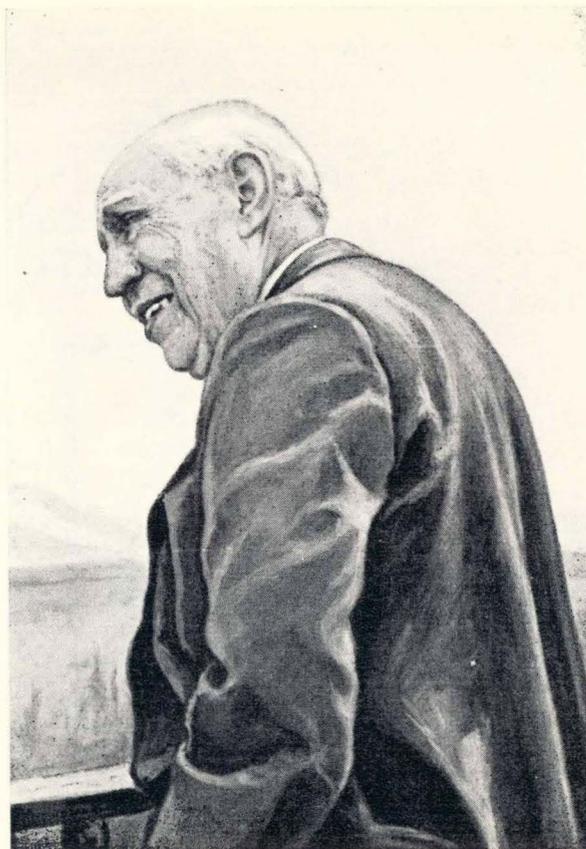
Alfredo Artunduaga	Javier Isaza González
Manuel Roca García	Jorge García Gómez
Carlos Márquez Villegas	Guillermo Lara Hernández
Manuel Sánchez Herrera	José Miguel Restrepo
Ernesto Osorno Mesa	Héctor Pedraza
Joaquín Grillo	Hugo Calderón Villar
Francisco Infante	Hernando J. Ordóñez
Alberto Vejarano Laverde	Gustavo Esguerra Serrano
Alberto Cárdenas Escobar	

## Académicos desaparecidos

*Profesor*

# Carlos Esguerra

**Un patricio que honra a Colombia**



Nació en Bogotá el 14 de diciembre de 1863 y murió en la misma ciudad, el 20 de abril de 1941. Fue Miembro Honorario y Presidente de la Academia Nacional de Medicina, en los años de 1907 y 1908 y en los de 1914 a 1916. Recibió el título de doctor en Medicina y Cirugía, en las facultades de Bogotá, Caracas y París, donde presentara novedosa y trascendental tesis de grado, sobre "Las fiebres del Magdalena y Fiebre Amarilla en Honda". Profesor de Patología Médica por más de cuatro lustros, y luego de Clínica Médica, fue asimismo Rector de la Facultad y Profesor Honorario de la Universidad. Entre las múltiples investigaciones científicas suyas, memorables son las atinentes al diagnóstico diferencial sobre la fiebre tifoidea o dotienenteria y el Tifo Exantemático, así como sus macizos estudios sobre Lepra.

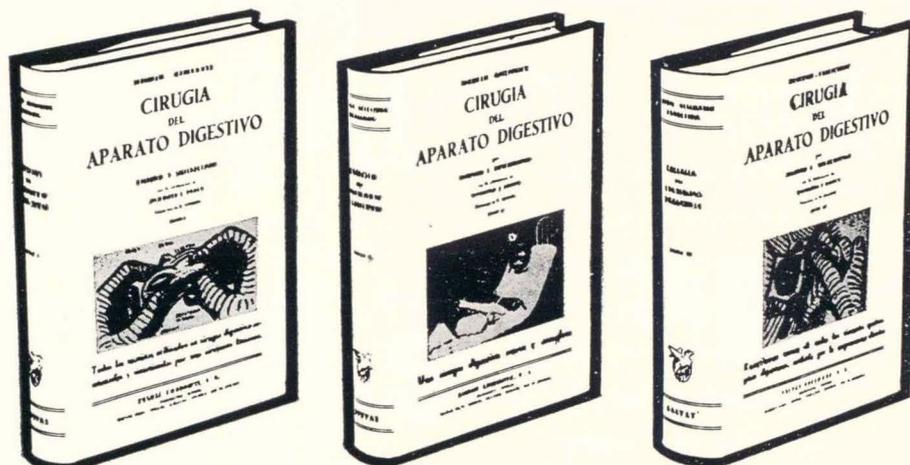
Unía, el profesor Esguerra, a su grande inteligencia y a la profundidad de sus conoci-

mientos, altísimas virtudes morales y cívicas, enmarcadas todas dentro del temple indomeñable de su carácter y en una bondad de corazón y señorío que le captaron, invariablemente, el respeto y cariño unánimes de sus conciudadanos. Clínico sutil, erudito y ameno; orador fácil, convincente y temible, Carlos Esguerra, fue hombre de acción por excelencia, puesta siempre al servicio de la medicina. Fundador de la Clínica Marly —su más caro orgullo—; fundador del Servicio Médico en la Escuela Militar de Cadetes; Presidente de la Sociedad Médico - Quirúrgica de los Hospitales; Delegado de Colombia, en 1900, al Congreso Médico Internacional de París; Oficial de la Orden de Boyacá y Oficial de la Legión de Honor de Francia, el Profesor Carlos Esguerra, durante la immaculada y fecunda trayectoria de su vida, pertenece a aquella categoría de patricios que honran a Colombia.

**14 de diciembre de 1863**

**20 de abril de 1941**

LA CIRUGIA DIGESTIVA  
MAS COMPLETA EN LA EXPOSICION TECNICA



# CIRUGIA DEL APARATO DIGESTIVO

por

BICKHAM - CALLANDER - SHACKELFORD

DISTRIBUCION DE LOS TOMOS

**Tomo I.** - Esófago. - Estómago y duodeno. - Hígado.  
- Vesícula biliar y conductos biliares extrahepáticos.

**Tomo II.** - Páncreas. - Bazo - Intestino delgado (ye-  
yuno e ileon). - Peritoneo, epiplones y mesenterio. -  
Colon.

**Tomo III.** - Conducto anorrectal. - Extirpaciones del  
recto. - Hernia del Tubo gastrointestinal. - Incisiones.

TRES TOMOS de 25,5 x 18 cm, con un total de 2.432 páginas, ilustrados con  
1.705 grabados. Encuadernados en tela con rótulos dorados.

**ES UNA EDICION MEDICA SALVAT**



# notas editoriales

---

**L** A excelente acogida que el público lector ha dispensado a la reaparición de "REVISTA MEDICA", órgano Consultivo del Gobierno Nacional, en esta su Tercera Etapa, desde luego que es acicate poderoso que alienta, que estimula para perseverar, sin desmayos, en nuestra norma de perfeccionarla --en sus variadas secciones— cada vez más.

Prueba de ello es que hemos logrado, sin ahorrar esfuerzos, esta segunda entrega que supera —en todo sentido— las páginas del número anterior. Y que continuará prevaleciendo, en sus venideras ediciones. Pecaríamos, si no expresáramos nuestro reconocimiento a los diarios "El Tiempo", "El Espectador" y "El Siglo", que tan obligantes conceptos tuvieron para esta Segunda Etapa de REVISTA MEDICA.

Particularmente agradecemos a don Lucas Caballero Calderón ("Klim"); a don Alfonso Castillo Gómez y a don Cesáreo Rocha Castilla, cuyos donosos, y espontáneos elogios, a la par que abruman, fortalecen nuestros propósitos.

"REVISTA MEDICA" enaltece hoy sus páginas con una nueva colaboradora: doña Helena Araújo de Albrecht. En esta joven dama dotada de un estilo límpido, estupendo e imparcial, habita una inteligentísima crítica literaria que la destaca ya, entre los mejores ensayistas de prosa colombiana.

En el estudio con que ella, bondadosamente, honra este número, intitulado "El Archipiélago Mágico", referente al famoso poeta René Char, apreciarán sus lectores, junto con la dúctil interpretación del tema, la imagen precisa así como el vocablo correcto que emanan, cadenciosamente, de su pluma alada.

René Char —que inicialmente fuera surrealista pero que luego, en 1946, abjurara de tamaña extravagancia, en sus "Feuillets d' Hypnos", a más de rapsoda insigne, es forjador de máximas profundas, cuya poesía, al pensar de Boisdeffre, "es ambivalente porque explora una realidad de la que ignoramos, aún, la mayoría de sus secretos, aunque indica la ruta para escapar de ella".

Hé aquí, apenas dos de las desconcertantes Máximas de René Char: "un hombre sin defectos, es como una montaña sin grietas". "Dentro de las

líneablas que nos rodean, no hay un solo sitio para la Belleza".  
Y, finalmente, esta estrofa, que tan quedas resonancias encierra:

"Chacun de nous peut recevoir  
la part de mystere de l'autre  
sans en repandre le secret..."

LA CARTERA DE SALUD PUBLICA; durante su existencia —y salvo su primer ministro, indiscutible experto en Higiene— posteriormente ha sido discernida, por natural paradoja colombiana, al expeditivo bisturí de nuestros cirujanos.

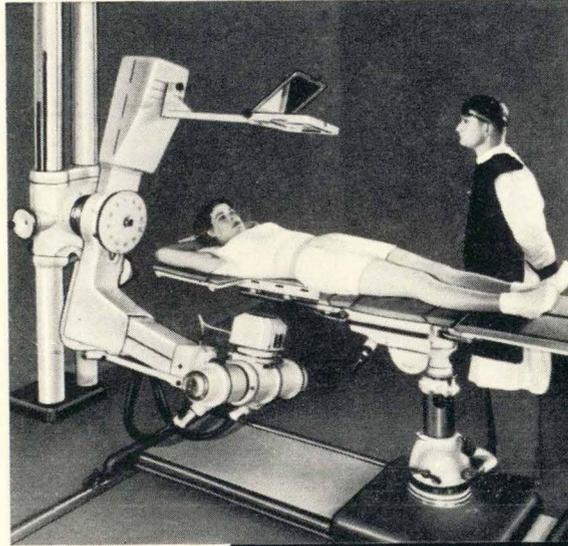
Con efecto: Jorge Bejarano —promotor y animador de aquél Ministerio— higienista por vocación, supo imprimir a ese sillón, donde avizora el porvenir de la raza, puntales de positiva trascendencia.

Y, Jorge E. Cavelier, aun cuando especialista en ajetreos quirúrgicos, pero, sólidamente versado en asuntos de salubridad, problemas sociológicos y de administración pública, también desempeñó —allí— meritoria labor. Por otra parte, esta cartera, no solamente tiene a su cuidado la salud orgánica, fisiológica, sino ante todo —y por sobre todo— la salud moral del conglomerado gregario. La Higiene mental es meta decisiva, catalizador insomne de la Psique de un pueblo, de "la estética de la personalidad" que dijera Luis López de Mesa. Porque sin preservaciones, sin desinfección de las estructuras anímicas, no hay profilaxis corporal, por multiforme que sea, ni valédera ni realista. Aquel "mens sana in corpore sano" de Juvenal, cobra mayor fuerza probatoria en esta discordante época contemporánea. No es únicamente con los auxilios de técnicas operatorias y farmacológicas —por hábiles o habilidosas que ellas sean— como se subsana el cuerpo. Sin la higiene del alma, sin el dúctil escalpelo del espíritu, los resultados, meramente benéficos para el organismo, periclitán. El binomio psico-somático es un todo indisoluble, una combinación indestructible.

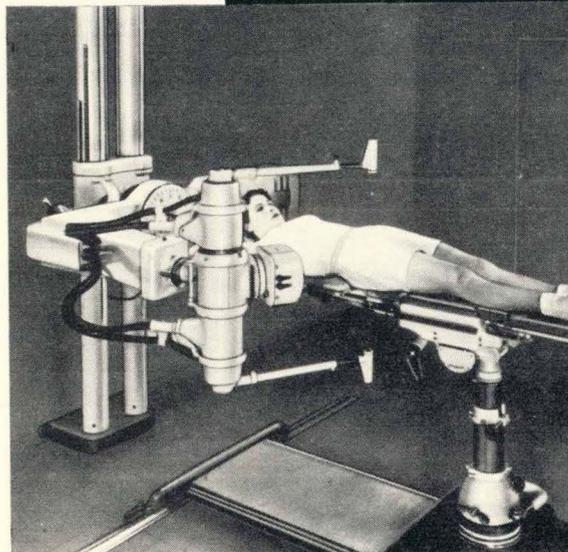
Según se columbra, el nuevo ministro de Salud Pública, doctor José Félix Patiño Restrepo, estaría llamado, en buena hora, a efectuar halagüeños avances en esta poderosa cartera. Así lo anhelamos muy de veras. Especialista en cirugía cardio-neumo-vascular, José Félix Patiño Restrepo, une a su juventud hirviente, a su infatigable ubicuidad médica, semillas ancestrales que, sin duda, lo habilitan para cumplir, a cabalidad, su cometido: hijo del ilustre Profesor Luis Patiño Camargo, y nieto del docto jurisperito Restrepo Hernández, es obvio, por lo menos, que este vástago de tan selectas estirpes haya heredado de sus mayores, junto con la tenacidad, consagración y prudencia de los unos, la desenvoltura, brío y adornos dialécticos y oratorios de los otros.

En todo caso, aguardamos sorpresas efectivas, laudables de José Félix Patiño, en el Gobierno. Como tan ambulatoriamente él lo expusiera, "no se puede hacer ministerio desde el escritorio". Su inquietud mental, lo mismo que su asepsia y antisepsia higienizantes, marcharán, en viajes agotadores, hasta los más inhóspitos burgos de la república. De ello, estamos seguros.

E D M U N D O R I C O



  
SIEMENS



**Equipo Pendular segun Prof. Kohler**

EQUIPO DE RAYOS X DE TERAPIA DE PROFUNDIDAD PARA  
IRRADIACIONES EN MOVIMIENTO POR PENDULACIONES  
CENTRICAS Y EXCENTRICAS Y PARA CAMPOS FIJOS EN  
PACIENTES SENTADOS O EN DECUBITO

**Siemens - Electromedicina LTDA.**

Bogotá  
Carr. 10 # 23-54

Cali  
Avenida de las Américas  
# 18N-71

Medellín  
Carr. 47 (Sucre)  
# 49-66

# KANTREX<sup>®</sup>

sulfato de kanamicina

por

inyección I.M.  
instilación  
irrigación  
aerosol

*el antibiótico seguro  
de amplio espectro*

**para dominar rápidamente**

las infecciones de las vías respiratorias y del sistema urogenital; uretritis gonocócica aguda; infecciones de la piel, tejidos blandos, heridas postoperatorias; infecciones otorrinolaringológicas; septicemias,

**producidas por:**

*estafilococos — colibacilos — bacilo proteus —  
Aerobacter aerogenes — grupo paracolon —  
Klebsiella pneumoniae — Bacillus anthracis —  
gonococos*

*El KANTREX en tratamientos  
breves es excepcionalmente  
bien tolerado*

El KANTREX es bactericida, además de ser bacteriostático

El KANTREX proporciona altas concentraciones séricas

El KANTREX tiene un extenso espectro antimicrobiano  
— incluso contra cepas resistentes

El KANTREX es el antibiótico por excelencia  
para las infecciones estafilocócicas

**PRESENTACION**

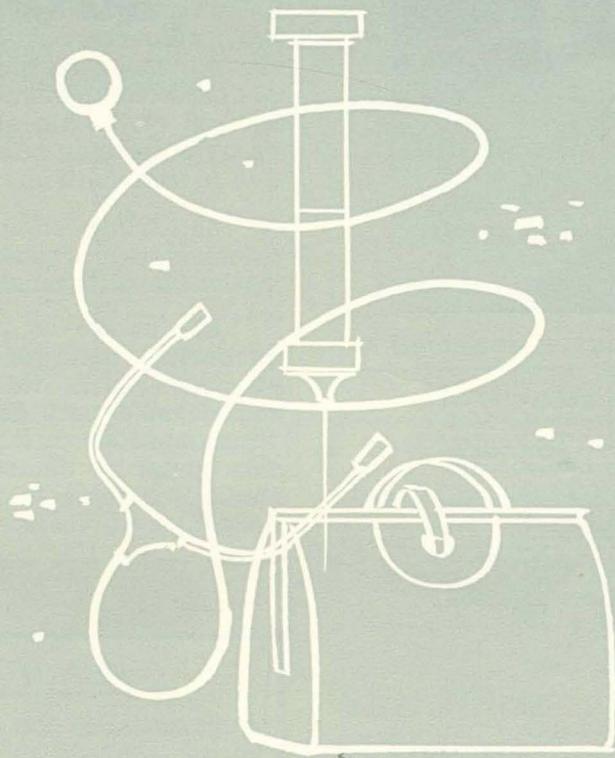
Fascos de 0,5 g  
en 2 c.c. de solución acuosa estéril

Fascos de 1,0 g  
en 3 c.c. de solución acuosa estéril



<sup>®</sup>Marca registrada

REG. 6011/14-E-A



**medicina**



**Jorge Cavelier Gaviria**

Bachiller Superior Colegio Gimnasio Moderno — Bogotá 1946  
 Estudios Médicos Facultad de Medicina Universidad Javeriana — Bogotá 1947 a 1952  
 Interno Rotatorio Hospital La Samaritana Bogotá 1953 a 1954  
 Interno del Servicio de Urología del Hospital La Samaritana 1955  
 Grado de Doctor en Medicina y Cirugía: Universidad Javeriana Octubre 15 1955  
 Tesis de Grado: "Volumen Sanguíneo y Líquidos Orgánicos". Laureada.  
 Medicatura Rural. Puestos de Salud de Tabio y Tenjo (Cund.) 1956  
 Residencias: Interno por Concurso. Clínica Urológica Universidad Nacional. Hospital San Juan de Dios. 1957  
 Fellow, Grace New Haven Hospital Yale University 1958  
 Asistant Resident in Urology. St. Luke's Hospital New York City 1958 a 1959  
 Profesorado:  
 Profesor Auxiliar Urología Universidad Javeriana 1960  
 1961  
 1962  
 Cirujano Adjunto del Servicio de Urología: Hospital La Samaritana 1960 1961 1962  
 Cargo actual, Secretario de Salud Pública de Bogotá, Distrito Especial 1962  
 Sociedades:  
 Miembro de Número Academia Nacional de Medicina.  
 Miembro de Número Sociedad Colombiana de Urología.  
 Miembro de Número Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.  
 Candidate Group American College of Surgeons, USA.

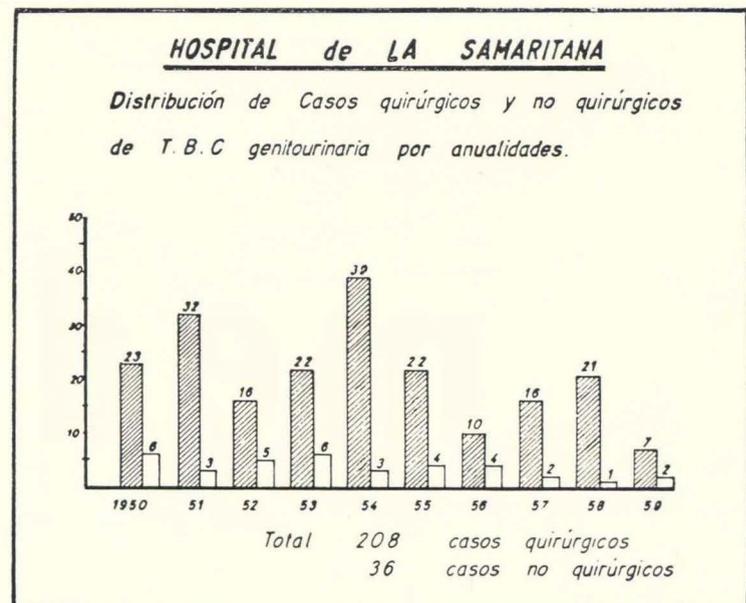
# TUBERCULOSIS

Por el Dr. JORGE CAVELIER GAVIRIA,  
 De la Academia Nacional de Medicina.

Durante un período de diez años comprendido entre 1950 y 1959 fueron admitidos al hospital de La Samaritana un total de 45.167 pacientes, de los cuales aproximadamente 400 fueron catalogados como portadores de algún tipo de lesión tuberculosa de los órganos genitourinarios. Un análisis cuidadoso de las historias clínicas correspondientes nos permitió seleccionar 244 casos completamente estudiados, dentro de los cuales 208 recibieron algún tratamiento quirúrgico especial, y el resto en número de 36, que por uno u otro motivo fueron considerados como casos no quirúrgicos.

Se excluyeron de esta selección los casos de tuberculosis de los órganos genitales femeninos por ser ello motivo de otro estudio.

El número de pacientes quirúrgicos atendidos anualmente, tanto de pacientes gratuitos (161) como privados (47), fluctuó en una forma más o menos considerable, pero dentro de esa fluctuación es posible observar cómo en los últimos años, definitivamente ha sido menor su número, habiéndose mantenido un promedio invariable en el total de admisiones generales al Hospital y de visitas a la consulta externa. (Figura N° 1).



**Figura N° 1**

# GENITOURINARIA

Análisis  
de casos  
Quirúrgicos

HOSPITAL DE LA SAMARITANA

## TUBERCULOSIS GENITOURINARIA

### INCIDENCIA POR GRUPOS DE EDADES

EDADES	10 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79
Nº DE CASOS	20	57	70	27	19	12	3

EDAD PROMEDIO 35.8 AÑOS.

Figura Nº 2

### Edad:

En cuanto a la edad respecta, se atendieron pacientes en edades comprendidas entre los 11 y los 78 años, siendo la edad promedio de 35.8, años. Por grupos de edades se distribuyeron de acuerdo con la Figura Nº 2, siendo de anotar el hecho de que en los últimos 3 años la edad promedio había ascendido considerablemente.

### Sexo

El sexo aparentemente juega un papel importante en la incidencia de las lesiones, tal como ya ha sido expuesto por numerosos investigadores: nosotros encontramos que el 70% de los casos correspondían al sexo masculino (147 pacientes) contra el 30% de pacientes mujeres (61 casos) y la explicación de este fenómeno, parece residir en el hecho de que es muy posible que el reservorio del germen etiológico esté en la próstata y vesículas seminales, no así en la mujer donde el aparato genital forma un sistema anatómico aparte. Al menos esto es cierto en los casos de recurrencia de lesiones tuberculosas que se observan aún más frecuentemente en el sexo masculino.

HOSPITAL DE LA SAMARITANA

## TUBERCULOSIS GENITOURINARIA

### SIGNOS Y SINTOMAS INICIALES

Signos y Síntomas	Nº de Pacientes	%
Síntomas Vesicales	109	52.4
Epididimitis	46	22.1
Dolor Lumbar	39	18.8
Hematuria	11	5.2
Piuria	1	0.5
Fiebre	1	0.5
Síntomas Prostáticos	1	0.5
TOTAL	208	100%

Figura Nº 3

### Síntomas y Signos

Un análisis cuidadoso de los 208 pacientes objeto de este estudio permitió ver cuales eran los síntomas y signos primordiales por los cuales el paciente consultó al Hospital, tal como se observa en la figura Nº 3.

Sin embargo no ya considerando el síntoma primordial sino su CONSTANCIA en el paciente efecto de alguna lesión tuberculosa de los órganos genitourinarios, pudimos ver como, en una anamnesis inteligente y bien llevada, dolor lumbar, hematuria y piuria se presentaban más constantemente que los fenómenos epididimarios que indudablemente son muy llamativos para el paciente en sí mismo.

### Intervalos

El intervalo entre la aparición de los primeros síntomas y la consulta al Hospital fue extremadamente variable —desde unos pocos días hasta 10 años— con un promedio de 13.5, meses. Como decíamos antes, las lesiones genitales o epididimarias, tal vez con el hecho de ser palpables o visibles o bien por su misma localización,

llevan más prontamente a los pacientes a recibir un consejo médico, mientras que las lesiones renales o vesicales, por ejemplo, son objeto de mayor especulación y por lo tanto los pacientes así afectados son descubiertos por los medios adecuados mucho más tarde habiendo transcurrido mucho tiempo, a veces años, desde su iniciación.

**Diagnóstico** El diagnóstico se basó en la identificación del germen etiológico en muestra de orina, bien sea de origen vesical, bien por colección separada de ambos riñones o por cultivos tomados directamente de la lesión tales como abscesos epididimarios o perirenales. Ha sido por muchos años rutina en nuestro Hospital llevar a cabo la triple investigación, sobre la cual aún hoy radica la confianza del personal de médicos y laboratoristas, debido primordialmente, creemos nosotros, precisamente a la desconfianza que se muestra con las dos primeras fases del proceso puesto que en verdad el mayor número de análisis de resultado positivo fueron reportados de la inoculación al animal vivo en contraposición a los falsos negativos informados de las pruebas in vitro.

Este concepto debe ser revalidado como lo ha sido en muchos sitios donde los cultivos en medios habituales con esmerada técnica, han demostrado que los resultados positivos han de ser proporcionalmente iguales, sino en mayor número, que los obtenidos por los exámenes anatómo-patológicos del animal de estudio. Por otro lado, para un diagnóstico de tuberculosis por el examen anatómo-patológico mismo, los tiempos actuales exigen un criterio mucho más estricto que anteriormente y esto es, la demostración, siempre y cuando sea posible, del germen causal por el examen adecuado de muestras de lesiones consideradas como específicas. Todos los casos aquí presentados han sido debidamente estudiados desde el punto de vista de la anatomía microscópica y al parecer no hay dudas al respecto, pero como decíamos antes, en la actualidad nos esforzamos para cambiar ese criterio un poco simplista por el de una investigación que satisfaga plenamente.

**Distribución Clasificación de las Lesiones** Siguiendo este orden de ideas y después de un estudio completo del paciente que incluye la investigación de orinas separadas, de orina vesical, datos de química sanguínea, exámenes de Rayos X, exámenes endoscópicos, etc., llegamos a considerar que la distribución de las lesiones se hizo en el siguiente orden:

1º—El 59% de los casos presentaba lesiones tuberculosas urinarias.

2º—El 24% de los casos presentó lesiones tuberculosas genitales.

3º—Y un 17% presentaron lesiones mixtas urinarias y genitales.

El gran grupo de las lesiones urinarias, es decir renales, ya sean solas o mixtas y sus secuelas de invasión por vecindad, es indudable que requieren por lo menos tentativamente, una clasificación que no solo nos indi-

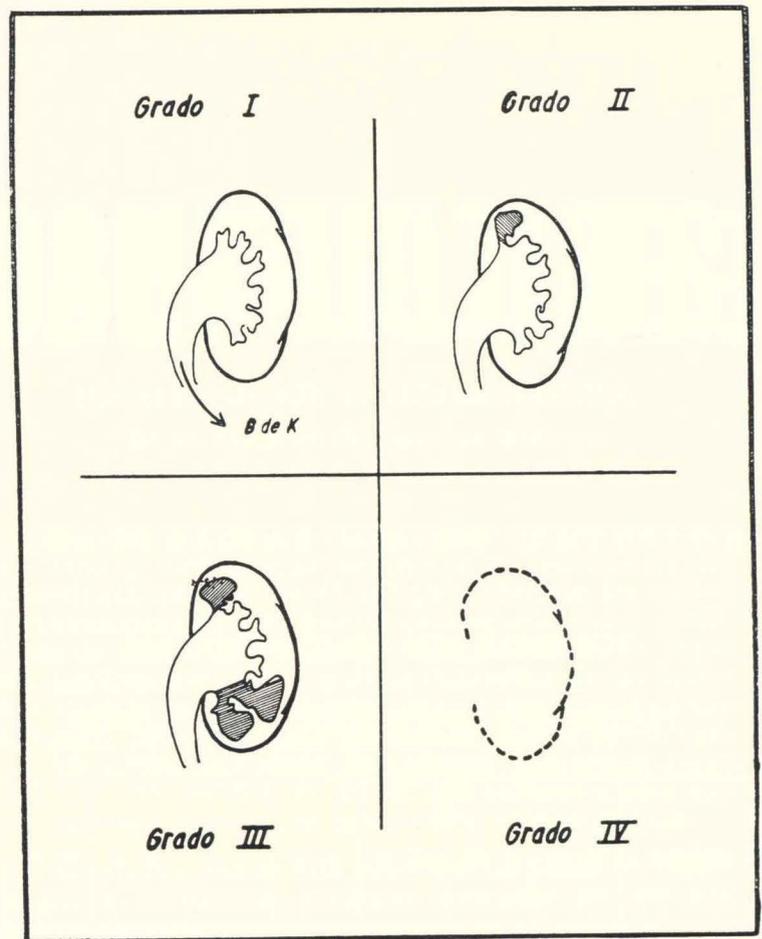


Figura N° 4

**Distribución de Lesiones Renales según la clasificación Clínico - radiológica.**

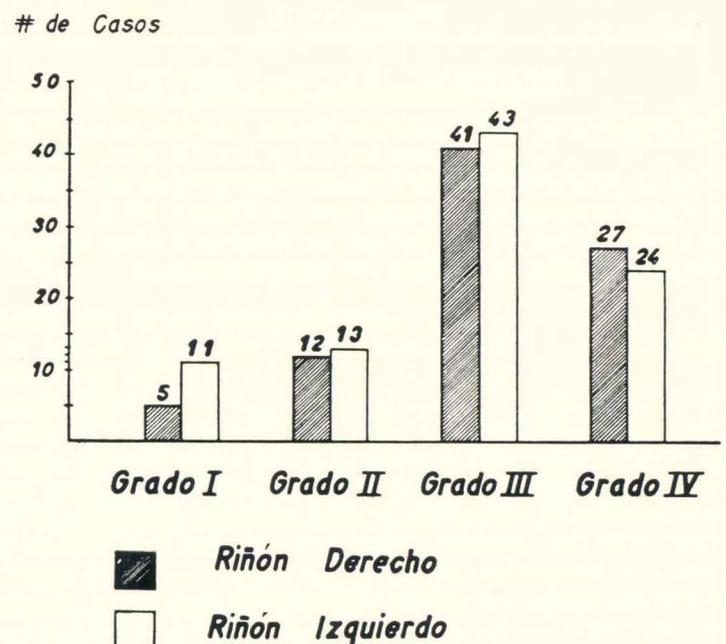


Figura N° 5

que la manera de llevar un tratamiento adecuado sino que nos suministre suficiente ilustración para formular un pronóstico, pues bien conocido es el hecho de que a mayor tamaño y destrucción de las lesiones renales, peor es el pronóstico y mayor la dificultad de obtener una negativización.

Siguiendo las ideas del Dr. John Lattimer, hemos adoptado una clasificación sencilla y didáctica de las lesiones tuberculosas renales en base a los hallazgos clínicos y a los estudios radiológicos así: (Figura N° 4).

#### Clasificación Clínico - Radiológica:

GRADO I: Lesiones pequeñas o microscópicas no demostrables a los Rayos X pero con baciluria Tuberculosa.

GRADO II: Lesiones destructivas que interesan un cáliz o un grupo calicial.

GRADO III: Lesiones destructivas que interesan dos o más grupos caliciales.

GRADO IV: Riñones Excluidos radiológicamente.

De acuerdo con esta graduación los casos del presente estudio se distribuyen tal como aparece en la Figura N° 5.

Como se puede observar, el mayor número de casos corresponden a las lesiones demasiado avanzadas, grupo III y grupo IV, en los cuales el pronóstico y el tratamiento se hacen más difíciles por cuanto hace a la conservación de la función renal que debe ser la mira principal de cualquier tipo de tratamiento. Con este mismo criterio fueron clasificados 33 casos en los cuales se descubrieron lesiones renales bilaterales lo que constituye un 16% del total de casos, siendo de anotar que en ninguno, las lesiones fueron del mismo grado de agresividad para cada riñón, presentando lesiones iniciales en uno y lesiones más o menos avanzadas en el otro. Este porcentaje, por lo menos en nuestro medio, puede ser aún más alto, debido a que en ocasiones y por diversas causas no se practicó estudio de la orina del riñón opuesto al que radiológicamente presentaba signos evidentes de destrucción y compromiso.

Las lesiones ureterales, vesicales y las calcificaciones fueron mucho más inconstantes en los exámenes radiológicos y por ello poco demostrativas para establecer un diagnóstico o para iniciar una conducta terapéutica.

Lesiones Ureterales a los Rayos X: 66 o sea el 38% de los casos con lesiones radiológicas renales.

Lesiones vesicales típicas: 32 casos o sea el 18%.

Calcificaciones renales: 13 casos o sea el 17%.

Como decíamos, la graduación de las lesiones renales nos ha servido para seguir una línea de conducta terapéutica encaminada a obtener mejores resultados, los cuales evidentemente han sido posibles en los tiempos actuales, gracias a las drogas de reconocida acción tuberculostática que sin lugar a dudas han hecho cambiar la antigua premisa de Albarrán "tuberculosis renal" — "Nefrectomía inmediata" por aquella más prudente y nueva de "Nefrectomía oportuna".

En los grados I y II la terapéutica esencial ha sido el tratamiento médico, ojalá usando tres drogas y



Figura N° 6

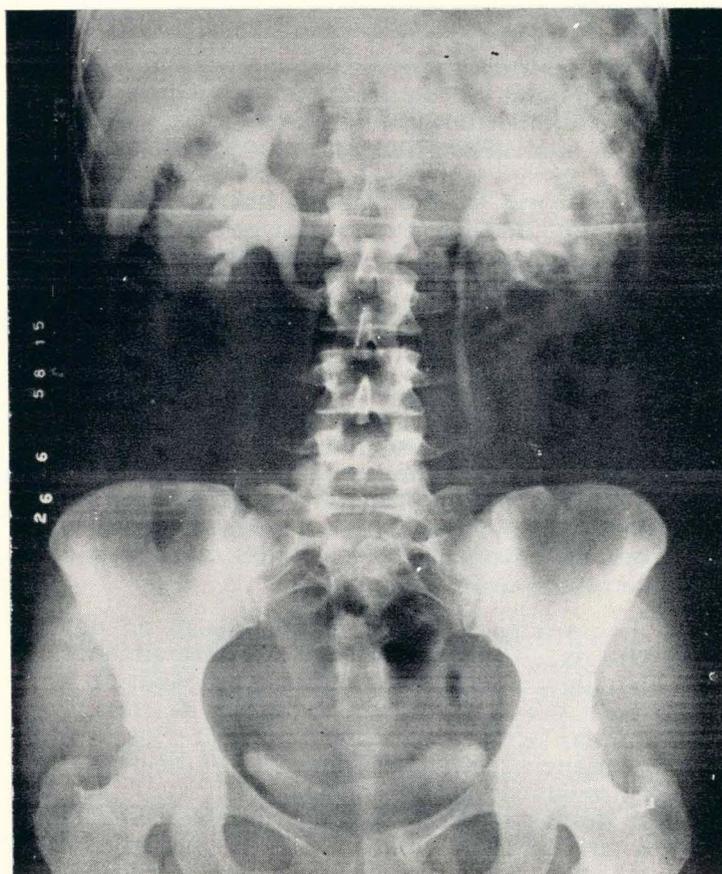


Figura N° 7

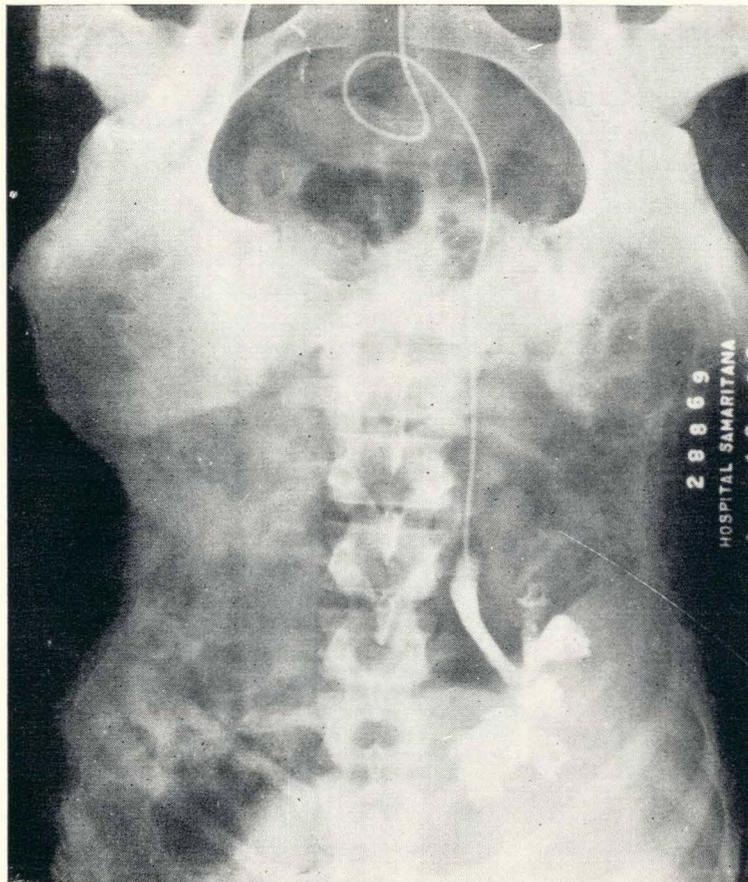


Figura N° 8

de una duración de 1 a 2 años con controles periódicos cada 2 a 3 meses.

El siguiente caso nos ilustra convenientemente sobre las bondades de un tratamiento médico bien llevado. Se trata de una paciente de 27 años, que presentaba en su admisión al hospital una tuberculosis renal bilateral y lesiones ureterales y vesicales bastante notorias (ver Figura N° 6) y que fue tratada médicamente por algo más de 2 años consecutivos mediante el empleo de Estreptomina, P. A. S., e Isoniacida. Un año más tarde (ver Figura N° 7) radiológicamente fue posible observar como era notoria la regresión de las lesiones renales, ureterales, y vesicales al tiempo que clínicamente la enferma se encontraba prácticamente asintomática y los cultivos se hacían negativos, tanto de orina vesical como de muestras separadas. Al cabo de los 2 años de haberse iniciado dicho tratamiento, la mejoría fue objetivamente aún más evidente en el estudio de los pielogramas intravenosos (ver Figura N° 8) sobre todo en la apariencia de la vejiga cuyos contornos se encontraron de límites normales en la comparación de los estudios.

Los grados III y IV creemos sean de dominio de la cirugía en combinación con un tratamiento médico bien llevado de cuando menos un año; en casos de lesiones grado IV nunca dudamos de una pronta Nefrectomía, tal vez con algunos días previos de tratamiento intensivo que mejoran las condiciones generales y previenen complicaciones.

Los grados III han sido objeto de preocupación e interés por cuanto hemos tenido la oportunidad de seguir a varios de estos pacientes por muchos meses, habiendo observado que aún con un tratamiento médico intensivo y bien llevado, el control de dichas le-

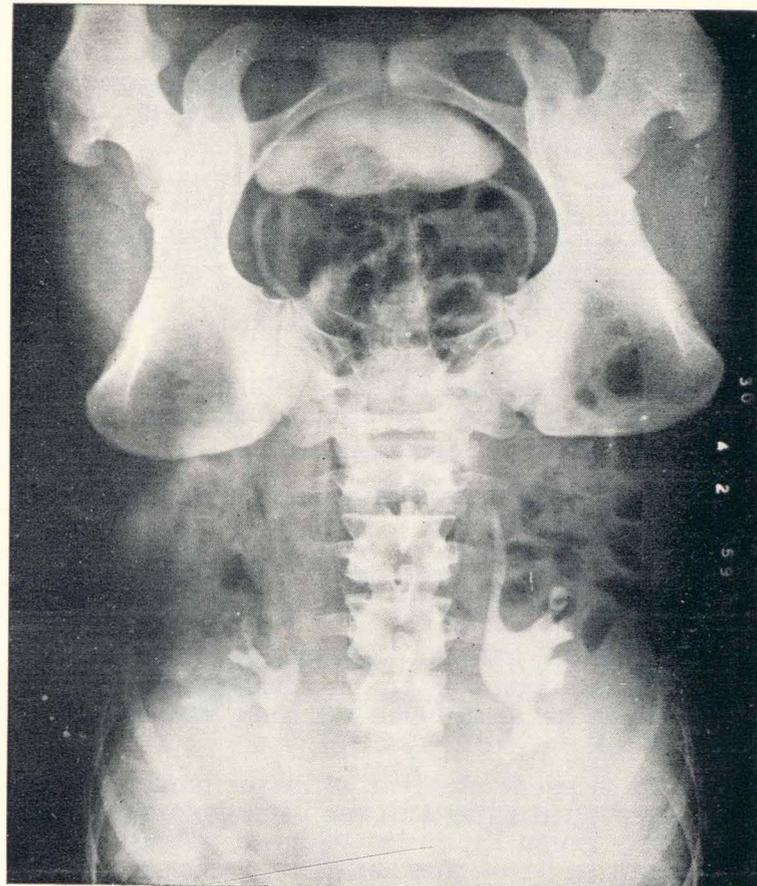


Figura N° 9

siones es bien difícil, si no imposible, habiendo la tendencia por parte de los tejidos renales afectados a encapsularse mediante la afluencia de gran cantidad de tejidos fibrosos, lo cual como es bien sabido se constituye en una verdadera barrera impermeable a la acción bacteriostática de las drogas, aún para la isoniacida que aparentemente es la de mayor penetración.

Así en dicho grupo de pacientes hemos visto cómo, después de 4 a 6 meses de tratamiento, las lesiones renales no solamente no habían cicatrizado sino que constituían un reservorio bacilar demostrable en los cultivos tomados de las lesiones, en oposición paradójica a los cultivos e inoculaciones negativos de la orina.

Indudablemente con este proceso las lesiones orgánicas marchan hacia la curación, curación que al parecer se hace a expensas de la función renal que entonces se ve notoriamente disminuida o bien cesa del todo, con lo cual nos enfrentamos de nuevo a la presencia en ese riñón de una lesión grado IV de tratamiento quirúrgico por excelencia.

Nuestras inquietudes se demuestran claramente en el análisis del siguiente caso: Se trata de una paciente de 17 años, que presentaba en su admisión grandes lesiones destructivas del riñón derecho (ver Figura N° 9) pero con conservación, al menos en parte, de la función renal tal como se observa en una pielografía excretora tomada con algunos días de intervalo (Figura N° 10). Después de 4 meses de tratamiento intensivo y continuo, no se observa la menor señal de la función excretora por el riñón y en cambio sí la presencia de calcificaciones formadas evidentemente en muy corto tiempo (Figura N° 11). Esta paciente presentaba algún defecto de rotación del riñón izquierdo sin que fuera posible encontrar en él signos de compromiso tuberculoso.

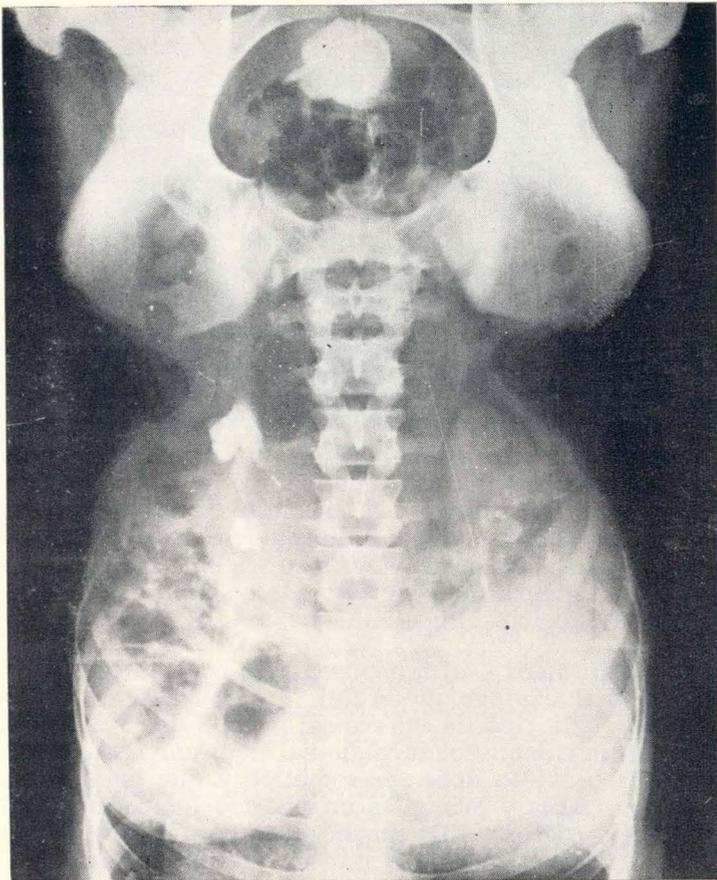


Figura N° 10

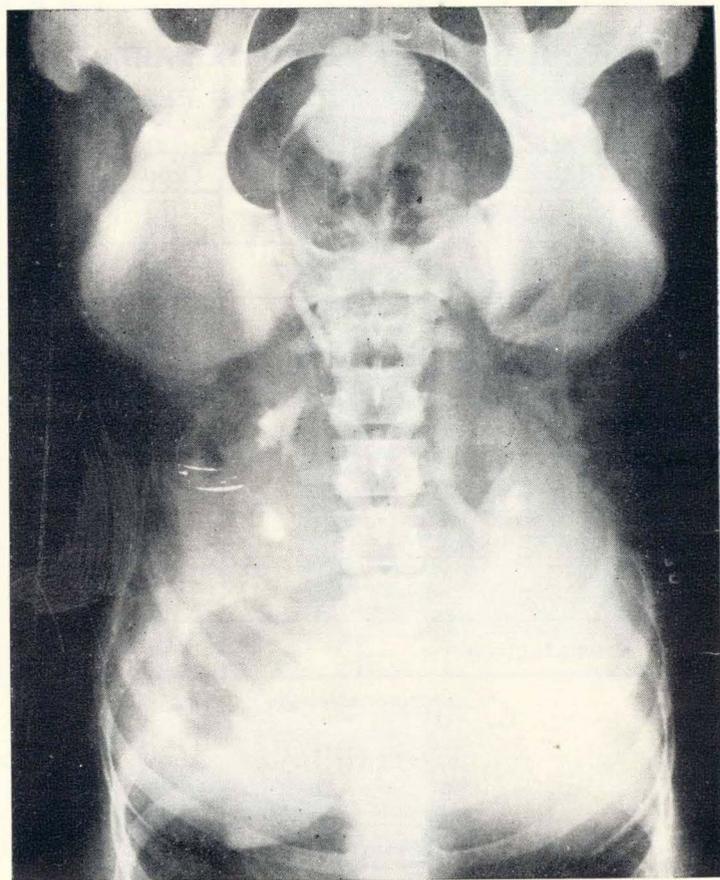


Figura N° 11

Habiendo sido sometida a una nefroureterectomía derecha, un estudio detenido del riñón reveló la presencia de lesiones evolutivas llenas de bacilos y asimismo granulía cortical (Figuras N° 12 y N° 13).

El siguiente caso es aún más dramático que el anterior, pues allí es posible observar (Figuras N° 14 y N° 15) grandes lesiones tuberculosas de un riñón que fue extraído dos y medio años después de haber sido iniciado un tratamiento combinado con drogas y dilataciones ureterales por estenosis baja.

Todo lo anterior no ha sido obstáculo para que sigamos creyendo en la necesidad de prescribir un tratamiento médico tanto preoperatorio como postoperatorio. Los pacientes mejoran su estado físico general, ganan peso, las lesiones muestran regresión, pero lo que es tal vez más importante, el riñón remanente es defendido por este tratamiento de la invasión bacilífera, y las esperanzas de curación se acrecientan sin llegar a los lamentables estados de tuberculosis en el riñón único que es la causa del deceso de muchos pacientes como los que pudimos controlar de años atrás y que verán ustedes más adelante.

Un total de 244 intervenciones quirúrgicas fueron realizadas en los 208 pacientes, intervenciones distribuidas así:

## Intervenciones Realizadas

a)—Operaciones renales o sobre tracto urinario alto: 158.

b)—Operaciones genitales: 86.

Lo anterior nos muestra que en 36 casos hubo lesiones combinadas, urinaria y genitales, sobre las que fue necesario intervenir quirúrgicamente. La Figura

N° 16 muestra cuáles fueron esas operaciones.

Es de notar que el 13 de las epididimectomías practicadas fueron bilaterales y que las prostatectomías no fueron electivas para tuberculosis, siendo este un hallazgo microscópico. Los dos casos de ureterectomías que se detallan fueron pacientes que habían sido atendidos en otros centros previamente.

Un análisis de las complicaciones post-operatorias se detalla en la Figura N° 17. Las fistulas lumbares y escrotales ocupan un porcentaje relativamente elevado de las complicaciones,

## Complicaciones Post-Operatorias

más que cualquier otra, lo que es debido indudablemente a diseminación del proceso, bien sea por vía linfática, bien por vía directa durante el acto operatorio que realiza una siembra de los tejidos vecinos. Tales trayectos fistulosos casi siempre se hallan formados por tejidos tuberculosos de granulación y su tiempo de aparición y de evolución es bastante variable. Patogenia similar fue la observada en los casos de fistulas entéricas, un caso de fístula duodenal y un caso de fístula estercoracea, producidas después de la extirpación de grandes pionefrosis tuberculosas del lado derecho. Tales fistulas cerraron espontáneamente con el tratamiento adecuado, pero recientemente tuvimos oportunidad de ver otra paciente que no se incluye en esta serie en similares condiciones, con una fístula al colon ascendente en la cual hubo necesidad de recurrir a la cirugía para su corrección. En cuanto a mortalidad, solamente 3 casos fueron reportados en el post-operatorio inmediato, siendo su causa principal la de una uremia aguda con marcada acidosis. Todas las

**HOSPITAL DE LA SAMARITANA**  
**TUBERCULOSIS GENITOURINARIA**  
**INTERVENCIONES QUIRURGICAS REALIZADAS**  
**EN 208 PACIENTES**

Operación	Lado D	Lado I	Total
Nefrectomía	12	16	28
Ureteronefrectomía	67	56	123
Heminefrectomía	1	1	2
Ureterectomía	2		2
Ureterosigmoidostomía	2	1	3
Epididimectomía	40	30	70
Orquiepididimectomía	5	7	12
Resección Fístula Uretral			1
Prostatectomía	T. Vesical 2	T.Uretral 1	3
T O T A L			244

Figura Nº 16

**HOSPITAL DE LA SAMARITANA**  
**TUBERCULOSIS GENITOURINARIA**  
**COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS**

Complicación	Nº de Casos
Fístula Lumbar	20
Fístula y Absceso Escrotal	14
Acidosis Uremia	3
Neumonía	3
Fístula Estercorácea	1
Fístula Duodenal	1
Neumotórax	1
T O T A L 43 (21%)	

Figura Nº 17

muerter ocurrieron en intervenciones sobre el aparato urinario.

En total 59 pacientes regresaron a controles post-operatorios después de un año de su admisión inicial o lo fueron haciendo después de este período hasta por 10 años consecutivamente, siendo el promedio de evoluciones controladas 4 y medio

**Controles**

**Post-Operatorios**

años. Pacientes que no alcanzaron a completar siquiera un período de 12 meses de controles post-operatorios fueron excluidos de este comentario debido a la inseguridad que representaría la inclusión de tales cifras.

De estos 59 pacientes que representaban casi el 30% del grupo original, cuando menos en 20 fue posible demostrar la presencia de B de K en la orina aún después de varios años del tratamiento quirúrgico inicial, tratamiento que principalmente consistió en la extirpación de alguno de los riñones y en otros pocos casos la extirpación de algún órgano genital masculino.

Todos los casos arriba anotados recibieron la evaluación crítica de Empeoramiento y se anotaron cuatro muertes entre este grupo de pacientes en readmisión por complicaciones o agravamiento. Prácticamente en el 100% de estos pacientes la presencia de una vejiga contracturada y enferma constituyó el hallazgo etiológico más importante a la ineludible presencia de hidroureter con ureteritis e hidronefrosis del riñón remanente, con la consecuente insuficiencia renal que en mayor o menor grado lógicamente acompaña a los procesos patológicos antes anotados.

Si miramos este fenómeno bajo otro punto de vista, es fácil adivinar que la falla protuberante en el manejo de este tipo de enfermos no ha sido otra que el deficiente e inadecuado régimen medicamentoso a que todo tuberculoso debe ser sometido y que por razones a todos claras y evidentes en nuestro medio aún deja tanto que desear. Ello mismo corrobora diferentes experiencias que muestran que en la tuberculosis genitourinaria el tratamiento quirúrgico por sí solo no es eficaz para su remisión o curación, sino parte de un complejo terapéutico que considera a esta enfermedad sistémica y no local o localizada.

El hecho de que en la mayoría de estos pacientes con tuberculosis bilateral, las lesiones del 2º riñón aparezcan hasta varios años después del primero y no al tiempo, por lo menos macroscópicamente, hallan su explicación en el hecho de que los focos encontrados en uno y otro riñón tienen diferente edad anatómica y no parecen ser simples reactivaciones. Sin embargo, ya anteriormente habíamos reportado la existencia de Bacilo tuberculoso en ambos riñones y aún mismo tiempo, pero siempre fue evidente que las lesiones de un lado eran iniciales, mientras que las del opuesto ya eran macroscópicamente visibles a los Rayos X. Quizás la torpida evolución de esta enfermedad y el hecho de la tendencia a la cicatrización en tuberculosis aún en casos no tratados explique esta paradoja. Con este modo de pensar el objeto primordial del tratamiento médico ulterior es el de poder controlar cualquier lesión microscópica del riñón remanente.

En el otro grupo pequeño de enfermos dentro de esta serie, también el pronóstico fue reservado y fueron catalogados como casos de empeoramiento sin que se hubiera demostrado la actividad tuberculosa propiamente dicha, pero en los cuales la función renal remanente estaba francamente alterada, prácticamente por las mismas razones expuestas, esto es, contractura vesical, daño ureteral e hidronefrosis que obedecen indudablemente a los daños primitivos que la lesión original causó mecánicamente durante el proceso cicatrizal.

Como es de común conocimiento, variados procedimientos han estado en uso desde tiempo atrás para corregir al menos paliativamente la obstrucción urina-



Figura N° 12

ria alta y en nuestras series varios fueron los pacientes que fueron sometidos a estos tipos de operaciones, vale decir Nefrostomías, ureterostomías cutáneas, ureterosigmoidostomías, cistostomías, etc., sin que ninguno de estos procedimientos ofreciera una respuesta satisfactoria adecuada a las circunstancias y por el contrario, como en el caso de las derivaciones al sigmoide, fueron muchas veces la causa de un mayor y más rápido desequilibrio, si no de la muerte.

Es muy cierto que hay una tendencia muy explicable a esperar tal vez demasiado tiempo para reevaluar a los pacientes que han sufrido alguna mutilación y lo cierto es que generalmente nos encontramos delante de casos demasiado avanzados ya que con las mejores técnicas y los mejores cuidados esos pacientes tan solo responden fisiológicamente en muy baja escala a las operaciones paliativas ya sean de la "época antigua" ya sean de la época "brickeriana", cuya división la marca exactamente la mitad de este siglo.

Es verdad que tan solo llevamos un corto tiempo recorrido desde la iniciación de esta segunda época, pero lo cierto es que todos estamos volviendo nuestros ojos y nuestro pensamiento a las ideas ya puestas en práctica de los injertos heterogéneos y a la regeneración celular que a no dudarlo serán temas de primordial interés dentro de muy pocos días y que con su desarrollo y perfeccionamiento darán nuevas y brillantes esperanzas a estos pacientes.

En contraste con esta desoladora situación, y dentro de esta misma serie, cerca de 30 pacientes (aproximadamente el 50%) fueron considerados como "curados" o en período de franca mejoría con un criterio tanto bacteriológico como clínico de ausencia del germen etiológico y de síntomas.

Como era de esperarse, en estos casos fue francamente notorio el hecho de que los síntomas vesicales fueron nulos o desaparecieron rápidamente después de iniciado el tratamiento, siendo de anotarse que tales pacientes llevaron, si no de una manera perfecta y exacta, por lo menos sí más constante el tratamiento médico que les fue prescrito o bien eran casos en los cuales la obstrucción había estado presente por largos períodos de tiempo y la vejiga no mostraba evidencias de lesiones tuberculosas puesto que los bacilos no podían llegar a ella.



Figura N° 13

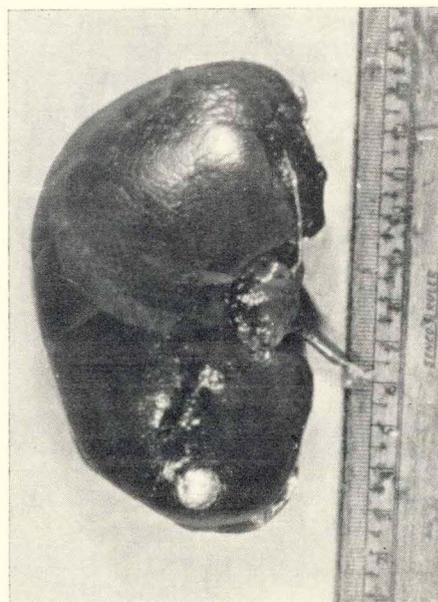


Figura N° 14

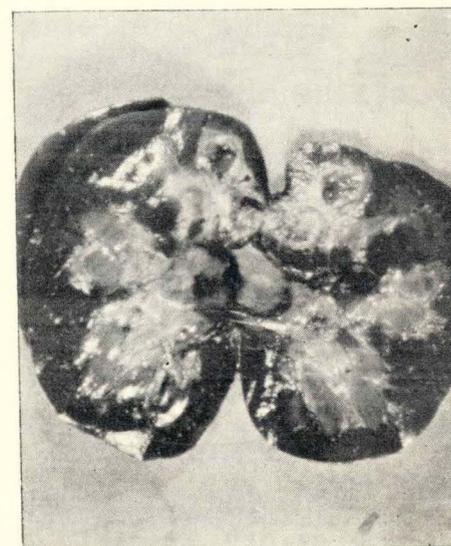


Figura N° 15

Como una coincidencia especial, pero que explica a nuestro entender el buen éxito obtenido en estos grupos, hemos observado que el mayor número de remisiones han sido logradas en pacientes atendidos durante los últimos 5 a 6 años, lo cual está en relación al hecho de que indudablemente durante dicho tiempo es que los tratamientos médicos y los controles han sido mejor esquematizados gracias al aporte de mayor experiencia y de la integración a la terapéutica de nuevas drogas que facilitan la labor del médico sin mengua de las facultades del paciente.

Aunque todo esto sea cierto, y en esta certidumbre basamos nuestras esperanzas para la curación de la tuberculosis de los órganos genitourinarios, a todos y cada uno de los aquí presentes vendrá a la memoria el recuerdo de uno o varios pacientes en nada diferentes a los aquí estudiados que, habiendo sido sometidos a la extirpación de algún órgano tuberculoso y sin que mediara el menor tratamiento médico, años más tarde hayan sido vistos en perfecto estado de salud sin el menor vestigio de la enfermedad. La explicación de hechos como este tiene y seguirá teniendo muchas explicaciones, pero séanos permitido hoy por hoy hacer un interrogante más y preguntarnos si no sería posible que determinado tipo de lesiones no siguiera el patrón de las causadas por el germen descubierto por Robert Koch en 1882, sino que siguiera otro curso similar, pero no igual, tal vez menos agresivo, y que su etiología fuera distinta.

El descubrimiento de micobacterias Atípicas diferenciables del bacilo de Koch tales como las micobacterias fotocromógenas, las bacterias escotocromógenas y otras afines de género avium pueden dar alguna luz a este respecto y tan solo el tiempo nos dirá si hemos sido enfrentados a problemas completamente nuevos tanto en lo que se refiere a la bacteria como al organismo humano, pues recordando a Virchow: "Los seres parásitos, sobre todo las bacterias son siempre causas solamente. La naturaleza de la enfermedad reside en el comportamiento de los órganos y tejidos afectados por las bacterias o los productos por ellas emitidos".

## B I B L I O G R A F I A

- W. J. BAKER and E. C. GRAF. — Tuberculosis in the Obstructive prostate gland.  
J. U. 66:254 — 1951.
- J. R. RINKER — Surgical resection of a Tuberculosis Kidney.  
J. U. 67: 222 — 1952.
- D. VAN CAPELLEN — Urinary tract Tuberculosis.  
J. U. 66: 619 — 1951.
- R. FRANK JONES — Genital Tuberculosis in the male.  
J. U. 66: 778 — 1951.
- E. LJUNGGREN — Prognosis of renal Tuberculosis treated by nephrectomy.  
J. U. 67: 129 — 1952.
- A. GREENBERGER AND M. G. GREENBERGER. Urogenital. Tuberculosis: A review of 209 Surgically treated cases.  
J. U. 67: 222 — 1951.
- R. M. NESBIT — Results of streptomycin therapy in urinary Tuberculosis.  
J. U. 68: 394 — 1952.
- J. K. LATTIMER — Streptomycin, Pas and Isoniazid in renal Tuberculosis.  
J. U. 69: 745 — 1953.
- R. M. NESBIT — Antibiotic therapy of urinary Tuberculosis, and interval report of six years experience.  
J. U. 72: 293 — 1954.
- H. G. COOPER — Treatment of genitourinary Tuberculosis.  
J. U. 72: 950 — 1954.
- A. L. DEAN — Treatment of Tuberculosis of genitourinary organs by drugs.  
J. U. 73: 599 — 1955.
- J. K. LATTIMER — Genitourinary Tuberculosis.  
J. U. 74: 291 — 1955.
- JOHN K. LATTIMER AND A. L. SPIRITO — The current estatus of the chemotherapy of renal Tuberculosis.  
J. U. 75: 375 — 1956.
- R. J. VEENEMA — J. K. LATTIMER. Genital Tuberculosis in the male.  
J. U. 78: 65 — 1957.
- A. SPORTER AND G. OPPENHEIMER. Tuberculosis of prostate and seminal vesicles.  
J. U. 78: 278 — 1957.
- E. LJUNGGREN — Indications for nephrectomy, nephro ureterectomy and partial nephrectomy in renal Tuberculosis.  
J. U. 78: 499 — 1957.
- W. A. MOONEN — Stricture of the ureter and contracture of the bladder neck due to Tuberculosis.  
J. U. 80: 218 — 1958.
- JOHN K. LATTIMER — Tuberculosis in a solitary kidney.  
J. U. 81: 379 — 1959.
- H. WECHSLER, M. WESTFALL AND J. K. LATTIMER. The earliest signs and Symptoms in 127 Male Patients with Genitourinary Tuberculosis.  
J. U. 83: 801 — 1960.
- J. K. LATTIMER, G. VASQUEZ, H. WECHSLER. New Drugs for treatment of Genitourinary Tuberculosis: a compararison of efficacy.  
J. U. 83: 493 — 1960.

PIENSE...

quién  
vela  
por su  
salud?



Al pie del hijo enfermo, además del cariñoso desvelo de la madre, está la labor invaluable del médico. Gracias a él puede llegar hasta el enfermo la labor investigativa de la humanidad. El suero maravilloso en este caso, la cápsula o la ampolla en otros, que devuelven la salud y libran de la lesión permanente, son el resultado de un esfuerzo descomunal, de años de costosa investigación científica, de labores frustradas y nuevos intentos, hasta llegar por fin a la creación del medicamento salvador que el laboratorio pone en las manos expertas del médico.

Es pues la acción combinada, constante y ardua, de muchos hombres de ciencia la que ha conseguido devolver la salud a su hijo y con ella la tranquilidad a la familia.



**A F I D R O**

ASOCIACION DE FABRICANTES  
DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS

CONFIE AL MEDICO EL CUIDADO DE SU SALUD

# EL PARTO SIN DOLOR

## Una Realidad Llamada a Imponerse muy Pronto

*En la Clínica David Restrepo se ha venido adelantando con extraordinario éxito, desde 1959 el método Psicoprofiláctico para el parto sin dolor.*

*Al frente de esta Clínica de Maternidad se encuentra como Director el Profesor doctor Alberto Cárdenas Escovar, notable especialista en Obstetricia y Ginecología, egresado de la Universidad Nacional, con estudios sobre la misma especialidad en las Universidades de Londres y Minnesota. Actualmente es profesor en la Universidad Nacional y miembro de número de las mundialmente conocidas: Sociedad Internacional de Psicoprofilaxia Obstétrica y de la Pan-Pacific Surgical Association. Presentó a la Academia Nacional de Medicina el fruto de sus experiencias: "Teoría y práctica de la Psicoprofilaxia en la Clínica David Restrepo". Recientemente asistió al primer Congreso Mundial de Medicina Psicosomática y de Maternidad, reunido en París en julio del año en curso donde presentó el trabajo que más adelante insertamos en este reportaje. Finalmente asistió a la Asamblea General de la Sociedad Internacional de Psicoprofilaxia Obstétrica celebrada en la Unesco.*

*Las primeras investigaciones —dijo el doctor Cárdenas Escovar, cuando le entrevistamos para la Revista Médica— sobre estos métodos, fueron realizadas en Inglaterra por el doctor Read en 1933 y luego, años más tarde, en la Unión Soviética.*

*La cuestión —afirmó categóricamente el doctor Cárdenas Escovar— está en que el parto es un fenómeno natural y por consiguiente el dolor es un factor o elemento anormalmente adquirido. La misma civilización ha venido sosteniendo este concepto errado (del dolor) en la mente de la mujer. Es un concepto fijado por la tradición. El doctor Read propone en Inglaterra 1933, la teoría de que el temor produce tensión neuro-muscular y esta tensión causa dolor en el parto. El método de Read consiste en suprimir el temor a base de educación e información, por una parte y de otro lado con la práctica de ejercicios de relajamiento muscular.*

*El método Psicoprofiláctico ruso fue desarrollado por los obstetras con base en las teorías reflexológicas del fisiólogo Pavlov, buscando "acondicionar" a la mujer para que asuma una determinada conducta durante el parto. Este es un sistema educativo con énfasis en la actividad de la corteza cerebral.*

*La diferencia entre los dos métodos —señaló el doctor Cárdenas Escovar— estriba en conceptos de fisiología pero los objetivos buscados son exactamente los mismos: La idolatrización del parto mediante una educación. Esta educación actualmente sobrepasa los límites de la preparación para el parto y se proyecta favorablemente sobre la personalidad misma de la mujer, sobre las relaciones de madre e hijo, sobre la vida familiar y la sociedad en general. Es decir, que no solamente se llega a suprimir el dolor del parto, como propósito inicial, sino que la mujer, comprendiendo los valores educativos del sistema, obtiene necesariamente un nuevo nivel cultural, que de inmediato se proyecta sobre la familia y el mundo que la rodea.*

P — ¿Desde cuándo se ha venido empleando este sistema en Colombia?

R — Hace varios años se han venido aplicando estos métodos por iniciativa de especialistas en algunos centros de clientela privada. Puede decirse que en la Clínica David Restrepo se hizo por primera vez en 1959 un ensayo institucional extenso, debido a la iniciativa del profesor Gonzalo Esguerra Gómez, miembro de la Junta Directiva de la Clínica. Desde entonces el método ha venido empleándose con buenos resultados y cada vez en mayor escala. Necesariamente —dijo el doctor Cárdenas Escovar— este sistema se impondrá y generalizará en todo el país a vuelta de pocos años.

P — ¿Cuáles son las tendencias actuales en materia de psico-profilaxia en otros centros del mundo?

R — Precisamente acabo de concurrir al primer Congreso Internacional de Medicina Psicosomática y Maternidad reunido en París del 8 al 12 de julio de este año, en donde estuvieron representadas cerca de veinte naciones con algo más de trescientos especialistas.

# Una entrevista con el doctor Alberto Cárdenas Escovar Director de la Clínica David Restrepo

*Personalmente —nos dice el Profesor Cárdenas Escovar— tuve la satisfacción de presentar una comunicación sobre los resultados de nuestra experiencia colombiana. Los temas tratados en el Congreso fueron muy variados. Se reafirmó la necesidad de continuar activamente la divulgación de los métodos psico-profilácticos en los campos de la obstetricia y la ginecología. En cuanto al parto propiamente dicho, se expresó el concepto de que la valoración de los resultados no debe basarse sobre un extremo criterio de superación mayor o menor del dolor, sino principalmente sobre la satisfacción personal de la paciente, sobre su comportamiento y sobre los efectos duraderos que obren en su personalidad.*

*Pasando a otro aspecto del Congreso —continuó diciendo nuestro entrevistado— para asegurar la continuidad de las labores propuestas en el mismo y la de los siguientes, se constituyó un Comité Permanente Internacional, para el cual tuve el honor de ser elegido como representante de Latinoamérica junto con los delegados de Francia, Inglaterra, Estados Unidos, España, Rusia y Alemania.*

*Finalmente concluido este Congreso, asistí en la Unesco al X Aniversario de la introducción del método psico-profiláctico, por el doctor Lamaze en Francia. Con este motivo se celebró una Asamblea General de la Sociedad Internacional de Psico-profilaxia Obstétrica en la cual tuve la oportunidad de hacer una comunicación sobre el desarrollo del método en nuestro país.*

*P — ¿Qué perspectivas se contemplan para la difusión del método en Colombia, doctor Cárdenas Escovar?*

*R — Por lo que corresponde a la Clínica David Restrepo, nos proponemos seguir las investigaciones sobre las posibilidades de perfeccionar la metodología, continuar la instrucción de médicos, enfermeras, preparadoras para otros centros del país, como ya lo hemos hecho en los últimos años.*

## PREPARACION PSICOSOMATICA EN LA CLINICA DE MATERNIDAD “DAVID RESTREPO”

Dr. Alberto Cárdenas, Dr. Eduardo Acosta,  
Dr. Carlos Alviar y Dr. Jaime Galvis.

Bogotá, Colombia.

La Clínica de Maternidad “David Restrepo” de Bogotá, fundada en virtud de un legado testamentario para beneficio de la clase media económica, es una institución de organización muy favorable para la adopción de los métodos de preparación psicósomática de la mujer.

Desde enero de 1959, hemos venido aplicando el método psicoprofiláctico, según los principios de la escuela reflexológica de Pavlov y las técnicas de Lamaze, que hemos contribuido a difundir en Colombia, en colaboración con la Sociedad Colombiana de Psicoprofilaxia Obstétrica.

Las modalidades de nuestro método y los primeros resultados de nuestra experiencia han sido ya publicados (1) (2) (3) (4). Queremos dar aquí solamente una idea general de nuestro trabajo y presentar los nuevos conceptos que hemos adquirido en el curso de la práctica de la psicoprofilaxia. Finalmente, mostraremos los datos estadísticos de la etapa más reciente de nuestros resultados, y los datos globales.

Comenzamos el entrenamiento de las pacientes alrededor de la 32ª semana de la gestación y no excluimos sino aquéllas que declaran no estar interesadas en el curso, o que no pueden concurrir regularmente al mismo.

La enseñanza teórica consiste en cuatro conferencias dictadas por los Médicos a las pacientes y sus maridos, una cada semana, sobre los temas siguientes:

Primera conferencia: Presentación de la psicoprofilaxia como método educativo. Segunda conferencia: Anatomía y fisiología de los órganos femeninos de la generación. Tercera conferencia: Descripción del trabajo y del comportamiento necesario en sus diversos periodos. Cuarta conferencia: Explicación de la actividad nerviosa superior, base del método psicoprofiláctico para el parto sin dolor.

El entrenamiento práctico es realizado por cuatro Preparadoras que han sido instruídas en la misma Clínica y que trabajan por turnos en las sesiones de condicionamiento y en la vigilancia de las pacientes en las salas de trabajo y de partos. Cada grupo de pacientes recibe, como mínimo, cuatro sesiones prácticas que comprenden: relajación muscular, ejercicios respiratorios (respiración profunda y lenta; superficial y acelerada; superficial, acelerada y soplada), y pujo.

El trabajo se desarrolla en habitaciones individuales, con el apoyo constante de una Preparadora y bajo la vigilancia de los Médicos de turno. El período de expulsión es conducido siempre directamente por un Médico en una de las salas de partos. La disposición de las salas lo mismo que la organización del personal interno, son particularmente favorables para el apoyo psicológico de la paciente, para la evolución tranquila de su trabajo y para su participación activa en el parto.

En 1960 presentamos en el II Symposium de Psicoprofilaxia reunido en Medellín, un estudio sobre el empleo de los medicamentos durante el trabajo de las pacientes preparadas (5). Después de revisar la medicación general usada en la conducción del trabajo y encaminada al mantenimiento o al mejoramiento de las condiciones fisiológicas maternas y fetales, propusimos una clasificación de los medicamentos que actúan sobre los sistemas nerviosos central y vegetativo y cuyo efecto analgésico podría introducir dificultades en la apreciación correcta del éxito de la psicoprofi-

laxia. Creemos que si la acción primaria del medicamento en cuestión sirve para corregir o para prevenir ciertos tipos de distocia susceptibles de causar la aparición del dolor, no se puede entonces hablar, en rigor, de "medicación analgésica", y, en tales casos, la aplicación del medicamento está justificada, no solamente desde el punto de vista obstétrico, sino también dentro de la metodología de una psicoprofilaxia racional.

La clasificación propuesta es la siguiente:

### I. Medicación general.

Medicación reparadora y metabólica:

- Líquidos (vías oral y venenosa).
- Vitamina B-1.
- Glucosa.
- Oxígeno.
- Analépticos.

Medicación estimulante de la contracción uterina:

- Calcio.
- Vitamina B-1.
- Esparteína.
- Metilergonovina.
- Oxitocina natural.
- Oxitocina sintética.

### II. Medicación especial.

Medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central o el sistema neurovegetativo.

Estimulantes del sistema nervioso central:

- Cafeína.
- Anfetamina.

Depresores del sistema nervioso central:

- Bromo.
- Barbitúricos.
- Magnesio.
- Meperidina.

Medicamentos activos sobre los efectores del sistema neuro-vegetativo:

- Bloqueadores de la acción colinérgica.
- Bloqueadores de la acción adrenérgica.

Neuro-plégicos:

- Derivados de la fenotiazina.

Reguladores del equilibrio neuro-psíquico:

- Meprobamato.
- Hidroxicina.
- Fenotiazina.

Queremos ahora informar sobre una variación técnica que hemos desarrollado en colaboración con el equipo "Ivan Pavlov" de Bucaramanga, y que fue presentada al III Symposium de Psicoprofilaxia (Bucaramanga, Julio 1961) (6). Habiendo observado por los interrogatorios de las pacientes, que muchas de las que habían tenido éxito con el método poseían sólo un conocimiento muy pobre y confuso de las nociones anatómo-fisiológicas impartidas en los cursos teóricos, y viceversa, tuvimos la idea de aplicar en un grupo especial una forma de condicionamiento con enseñanza teórica simplificada ("conferencia única") y con ejercicios reforzados y orientados al establecimiento muy sólido de reflejos ("simulacro de parto" en las sesiones 2ª, 3ª y 4ª). Las respuestas activas deseadas, tales como la relajación, los diversos tipos de respiración y el pujo, serían obtenidas de una manera más eficaz mediante una repetición intensiva del estímulo, es decir de la palabra "contracción" (2º sistema de señalización) durante la preparación, y de la contracción misma en el trabajo. El análisis de los 231 casos así tratados en la Clínica Restrepo y en el Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga, ha mostrado resultados sensiblemente iguales a los obtenidos con el método clásico. Pensamos que el empleo de esta variación es aconsejable para la preparación de pacientes de un nivel cultural bajo, lo mismo que para aquellas que viven en medios rurales o que por dificultades domésticas no pueden dedicar demasiado tiempo al aprendizaje teórico.

En cuanto a la clasificación de los resultados, hemos empleado primero los criterios preconizados por Lamaze y Vellay. La distribución de los 641 casos correspondientes a nuestra primera etapa (Febrero 1959-Abril 1960), es la siguiente:

Excelente .....	111 casos	=	17,31 %
Muy bien .....	73 casos	=	11,38 %
Bien .....	79 casos	=	12,32 %
Regular .....	164 casos	=	25,58 %
Pasable .....	56 casos	=	8,76 %
Fracaso .....	158 casos	=	24,64 %

En 1960 adoptamos un sistema más simple de calificación, que propusimos en el II Symposium en Medellín (4), y que comprende solamente tres grupos: **Bien**, casos en que se obtiene un parto verdaderamente indoloro. **Regular**, casos en que no se logra suprimir totalmente el dolor, pero que se han beneficiado por la preparación (comportamiento, satisfacción personal, etc.). **Mal**, término que incluye los "pasables" y los "fracasos" del sistema original, y se caracteriza por la presencia de dolor, excitación y falta de colaboración, como en los casos de pacientes no preparadas.

A continuación mostraremos la clasificación de los casos de nuestra segunda etapa, que consta de 699 partos (Mayo 1960-Noviembre 1961), y finalmente el análisis del material completo (1340 casos, Febrero 1959-Noviembre 1961):

#### Clasificación de los resultados,

Mayo 1960 - Noviembre 1961: 699 casos.

Bien .....	289 casos	=	41,34 %
Regular .....	205 casos	=	29,32 %
Mal .....	205 casos	=	29,32 %

#### Clasificación de los resultados,

Febrero 1959 - Noviembre 1961: 1.340 casos.

Bien .....	552 casos	=	41,19 %
Regular .....	369 casos	=	27,53 %
Mal .....	419 casos	=	31,26 %

Debemos hacer notar que usamos todo rigor al juzgar los resultados y sólo incluimos en el primer grupo los casos en que el dolor ha sido suprimido por completo.

Tenemos la intención de continuar la aplicación del método psico-profiláctico en la Clínica Restrepo, y tratamos cada día de mejorar nuestras técnicas, lo cual, confiamos, aumentará gradualmente el número de casos óptimos.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 — ALVIAR, J. C., "La aplicación del método psico-profiláctico y sus resultados en la Clínica David Restrepo", Tesis, Pontificia Universidad Católica Javeriana, Bogotá, 1960.
- 2 — CARDENAS, A., CAMPOS, H. y ALVIAR, J. C., "Aplicación del método psicoprofiláctico en la Clínica David Restrepo". Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, X:367,1959.
- 3 — CARDENAS, A., CAMPOS, H. y ALVIAR, J. C., "Application de la methode psychoprophyllactique a la Maternite David Restrepo". Bulletin Officiel de la Societé Internationale de Psycho-prophylaxie Obstetricale, 2:67,1960.
- 4 — CARDENAS, A., ACOSTA, E. y ALVIAR, J. C., "Resultados obtenidos en la Clínica David Restrepo con el método psicoprofiláctico". Revista de la Clínica de Maternidad David Restrepo, 1:44,1960.
- 5 — SOCIEDAD COLOMBIANA DE PSICOPROFILAXIA OBSTETRICA, "Medicación en psicoprofilaxia obstétrica", trabajo presentado por la Sociedad al II Symposium Colombiano de Psicoprofilaxia, Medellín, Mayo de 1960. Revista de la Clínica de Maternidad David Restrepo, 1:34,1960.
- 6 — EQUIPOS de la CLINICA RESTREPO de BOGOTA e IVAN PAVLOV de BUCARAMANGA, "Método simplificado de condicionamiento en psicoprofilaxia obstétrica", ponencia presentada al III Symposium Colombiano de Psicoprofilaxia, Bucaramanga, Julio de 1961.

# Las Drogas

Por Ricardo Vargas Iriarte

Hasta hace relativamente poco tiempo, el médico, una vez verificado el metódico examen de su paciente y el razonado proceso para establecer el diagnóstico, tenía que elaborar su prescripción terapéutica, representada generalmente por la "fórmula magistral", que para ceñirse a la ciencia y al arte que implícitamente entrañaba, exigía, de parte de quien la extendía, conocimientos adecuados y precisos acerca de las incompatibilidades físicas, químicas, farmacéuticas y fisiológicas de los remedios que por lo común asociaba en ese tipo de prescripción y de los excipientes o correctivos que facilitasen su elaboración y los hicieren más tolerables para el enfermo, amén de un cálculo matemático que equilibrase apropiadamente las dosis fragmentarias y la total de los principios activos en ella contenidos y que estimaba necesario suministrar a su enfermo. Sin duda, confeccionar una buena "fórmula magistral", era condición que conformaba mucha parte de la personalidad del médico de entonces y constituía una especie de rito en el ejercicio de la medicina; por cierto que los errores en que desafortunadamente llegase a incurrir al idearla y que se reflejaran en serios tropiezos para su manufactura, por parte del boticario, o en dificultades para su aceptación y tolerancia por parte del enfermo, podían reflejarse muy desfavorablemente en su prestigio.

El conocimiento cada vez más afortunado de la etiopatogenia de las enfermedades, ha conducido al desuso de ese tipo de prescripción terapéutica, que era en gran parte sintomática, para reemplazarla por la fórmula que contiene esencialmente un producto patentado y orientado ante todo hacia la erradicación de la enfermedad; con ese criterio y con esas armas se actúa ahora más específicamente en contra de la entidad causal.

La tarea del médico se ha simplificado en ese aspecto, porque a condición de que cuente con conocimientos suficientes en materia médica, farmacología, farmacodinamia y terapéutica de las enfermedades, no necesita preocuparse acerca de los detalles de confección medicamentosa y encuentra a su mano, listos para ser entregados a sus pacientes, productos farmacéuticos que le ofrecen plena garantía en cuanto a elaboración, dosificación, actividad y manera apropiada de suministrárselos, a condición, claro está, de que se hallen respaldados por una casa o laboratorio respetable. Esta simplificación solo podría serle contraproducente si descuidara su interés por adquirir aquellos conocimientos, para atenerse demasiado a una información de simple "vademécum".

De este cambio también han derivado beneficios extraordinarios los enfermos; muchas entidades nosológicas que obligaban por su larga evolución, motivada por la carencia de tratamiento etiológico efectivo, a lentos y penosos períodos de

inactividad en el lecho, durante los cuales se debatían entre la vida y la muerte y a una etapa de recuperación o convalecencia también prolongada e impuesta por los estragos que en su economía había causado la toxemia o por el temor de una recidiva, gracias a muchos medicamentos con que hoy se cuenta, suelen ceder en forma tan segura y hasta espectacular a veces, que no se les deja tiempo para causar mayores detrimentos en el organismo que las ha soportado. Si se contempla la economía de vidas que este hecho trascendental representa y la mucho mayor y rápida oportunidad de reintegrarse a su actividad productiva, no obstante que el precio de las drogas que han permitido la vigencia de ese hecho y que es indudablemente mucho más alto que el de la anterior y cada día más desusada farmacopea, no se necesita cavilar mucho para concluir que, al fin de cuentas, el balance en la economía general y en la particular de cada individuo enfermo, resulta sumamente favorable ahora. Ni para qué decir, por supuesto, que por baratas que otrora fueran las drogas, el costo total del tratamiento más o menos empírico de una larga enfermedad solía dejar, a muchos de los que las sufrían y lograban superarla, tan desnutridos y agotados físicamente, como flacos también de dinero.

Por ese camino, el negocio de fabricar o elaborar medicamentos, que en la época de la fórmula a base de droga blanca era más bien limitado, alcanzó rápidamente proporciones gigantescas y constituye en nuestros días uno de los más lucrativos. Porque al lado de los remedios oficinales o genéricos, como parece más en uso denominarlos ahora, y de los productos éticos que solo buscan llegar al enfermo a través del médico, se fueron abriendo paso legiones de otros, con propiedades medicinales evidentes o discutibles, que las empresas dedicadas a ese comercio patentan y lanzan al mercado con el objetivo principal, si no único, de abordar directamente al consumidor, sin intervención del médico. Para alcanzar su más grande divulgación y popularidad y penetrar hasta las más apartadas comarcas y en todas las esferas sociales, pero preferencialmente en las más ignorantes que son natural y más fácilmente influenciables, se gastan ingentes sumas de dinero y no se ahorra ningún medio de publicidad. El comercio con la enfermedad, a favor de la ignorancia, no encontró entonces linderos infranqueables.

No parece discutible que los progresos alcanzados por la terapéutica de nuestros días se deben, en gran parte, a la colaboración que muchos laboratorios dedicados a la elaboración de productos farmacológicos han venido prestando a la medicina. Utilizando las experiencias de los científicos, o contando con su estrecha y dependiente colaboración, han hallado la manera de poner a su servicio y alcance el fruto de sus traba-

jos, hallazgos y experiencias y que se sintetizan en todas aquellas drogas con las cuales los médicos cada día ven acrecentar sus posibilidades de eficacia, en orden a la curación de sus pacientes. Los esfuerzos laudables de los productores, en ese sentido, implican naturalmente cuantiosas inversiones y, desde luego, buscan también la compensación que se pueda contabilizar en utilidades efectivas. Tratan entonces de ganar la confianza del médico y para ello emulan en la perfección y eficacia de sus productos, y en los medios de su promoción. Algunas actúan en el campo de propaganda estrictamente médico y prescindan de la elaboración de los renglones medicamentosos llamados "populares"; otras se alejan más o menos de ese terreno o prefieren lanzarse más a campo traviesa, horadar la conciencia del público consumidor y contar más con su acogida que con la del médico; no faltan, por supuesto, las que trabajan en todos los campos para elegir en cada caso y de acuerdo con el producto que desean introducir, el que parezca más aconsejable para alcanzar su objetivo.

Tenemos, en resumen, que la medicina de nuestros días dispone de una serie de productos genéricos que constituyen su fundamento y razón de ser, desde el punto de vista de su labor profiláctica o curativa y que tales genéricos, que solamente produce un número más bien restringido de laboratorios, se utiliza por los demás para la elaboración de sus productos de patente que ellos se esfuerzan en aquilatar más, esmerando su vigilancia en cuanto a calidad, o asociándolos con otros que potencialicen su acción o mejoren su tolerancia, o representen cualquier ventaja que los hagan más eficaces o más atractivos para el médico en un sentido determinado, pero que, por lo mismo, recargan su precio de adquisición. De otra parte, nos encontramos con que cada día en mayor número se lanzan al mercado productos populares que con virtudes terapéuticas, o mejor, sin ellas, porque es preciso aceptar que ninguna especialidad farmacéutica pueda tenerlas si no ha sido prescrita por un médico, que buscan un consumo esencialmente lucrativo entre gentes, como son legión entre las nuestras, que se hallan habituadas a la auto-medicación, o a la medicación por consejo del amigo, del compadre o del boticario. Ellas pagan así un tributo que entraña riesgos para su salud misma, pero que suele ser en todo caso desastroso para sus economías, frecuentemente precarias.

Tal vez algunas de las consideraciones que anteceden, permitan explicar en parte y aún justificar en ciertos casos el precio elevado que han alcanzado las drogas y que en ocasiones, al menos, resulta bastante relativo, pero que, asimismo, frecuentemente las aleja del alcance adquisitivo de quienes las necesitan imprescindiblemente en un momento dado. Se ha dicho y seguramente con razón, que la enfermedad busca y necesita cada vez más urgentemente de la protección del Estado, y que la tendencia inevitable de la medicina hacia la socialización, va dejando cada vez un menor número de gentes sin amparo. El cuerpo médico faculta esa tarea y a ella presta su ingente y mal retribuida colaboración. Tampoco se opone, y mal podría hacerlo, a fórmulas que conduzcan al abaratamiento de las drogas, cristalizadas en formas que, sin reservas, conduzcan al efectivo beneficio de la población enferma, y para que ellas sean accesibles a quien quiera que las necesita con su consejo. Con ese fin o pretexto han sido recientemente colocadas a disposición de médicos y enfermos las "especialidades farmacéuticas genéricas" bajo el patrocinio, hasta ahora exclusivo, de una conocida firma comercial. Sin entrar en consideraciones acerca de antecedentes y promoción que han sido censurados por algunos médicos distinguidos, y suscitado des-

confianza o extrañeza a una entidad tan respetable como la Federación Médica Colombiana, y aceptando que su calidad y eficacia intrínseca sea comparable a las mejores, hay un punto que toca con las prerrogativas del médico y que ha sido planteado por un prestante colega en artículo de prensa recientemente publicado y que se roza con la coartación de su respetable ejercicio profesional y, específicamente, con la libertad para prescribir la terapéutica que estime aconsejable a sus pacientes, y de acuerdo con su criterio y experiencia, prerrogativas que podrían verse comprometidas si se intenta —y con más veras si se logra— como él mismo lo dice "imponérsele una forma de curar, un estrecho y altisonante cartabón terapéutico", punto de vista que en manera alguna puede menospreciarse. Para alejar del panorama este riesgo y el no menos peligroso del monopolio, se ha dicho también que se aproveche esta nueva oportunidad por las demás casas productoras de drogas que, por su comportamiento ético y por la calidad y eficacia de las que mantienen en el mercado, gozan de la merecida confianza del cuerpo médico y, a su turno, adopten la elaboración de genéricos; podrían entonces diversificar sus renglones, manteniendo todos aquellos patentados que ya han hecho pruebas de utilidad y eficacia y los nuevos con que a no dudar seguirán enriqueciendo en el futuro el arsenal terapéutico, además de los genéricos. Los médicos tendrían entonces a su disposición no solamente éstos últimos para cuando encuentren más aconsejable su empleo y prescripción y conforme a la casa productora de su elección, y los otros patentados para cuando estimaren benéfico para sus enfermos y, por ende, más acorde con su criterio e independiente juicio médico, apelar a ellos. Claro está que esta solución, un tanto ideal y otro tanto perogrullesca, se encuentra ante todo supeitada a la determinación que en relación con su viabilidad puedan o quieran tomar las empresas comerciales que, si acaso, pudieran interesarse en ella y en entrar por el camino de las competencias también en ese otro renglón farmacéutico.

Un capítulo especial habría que destinar al control que el Gobierno ejerce sobre el comercio de las drogas, y a la manera como lo puede adelantar, conforme a los elementos de que actualmente dispone y a la legislación que lo regula y que mira por un lado a los intereses de la comunidad y a la salvaguarda de la salud pública y, por el otro, a los preceptos de la libertad de industria y comercio. La Sub-División de Drogas, dependiente del Ministerio de Salubridad, y el Comité Científico de Drogas, Alimentos y Cosméticos, son los organismos más directamente encargados de ese control. Sin entrar en detalles innecesarios, bastaría recordar, principalmente en lo que atañe al segundo de tales organismos, un episodio más bien reciente y que puso de manifiesto cuán limitadas son las atribuciones de que dispone para imponer sus decisiones y cómo el recurso de las apelaciones puede ser suficientemente eficaz para hacer completamente nugatoria una decisión suya y hasta colocar en situación un tanto desairada a los miembros que lo integran. Ello tuvo lugar con motivo de una medida que el citado Comité adoptó en relación con un producto de los llamados populares, patrocinado, por coincidencia, por los mismos empresarios de las ahora debatidas drogas genéricas, y de respaldo al Jefe, entonces, de la Sub-División de Drogas, y culminó con el retiro, previa exposición de motivos, de todos los que en esa época lo integraban, y entre ellos, del que llevaba la representación de la Academia Nacional de Medicina, entidad que conoció en su debida oportunidad todos los detalles de ese episodio y dejó pendiente la discutible conveniencia de mantener con su representación la integridad de ese mismo Comité.

# LIBRIUM

SERVICIO CIENTIFICO  
ROCHE

LIBRIUM\* 'Roche'\* Ref. No. 1

RANDALL, L. O.  
Departamento de Farmacología  
Hoffmann-La Roche Inc.  
Nutley, Nueva Jersey, EE. UU.

*Medicina interna. Psiquiatría.*  
Nuevo medicamento más potente que el meprobamato; con las propiedades tranquilizantes de la cloropromazina y la reserpina, pero sin sus efectos sobre el sistema autónomo.

## PHARMACOLOGY OF METHAMINODIAZEPOXIDE

### FARMACOLOGIA DEL METAMINODIAZEPOXIDO

*Dis. nerv. Syst., 21: (Suppl. 3)7; 1960*

El Librium (Ro 5-0690) es un nuevo medicamento psicoterápico que tiene una actividad farmacológica de amplio espectro. Perteneciente a una nueva clase química de compuestos que poseen propiedades farmacológicas poco comunes: no solamente calman a los animales de laboratorio corrientes (ratones, ratas, gatos y perros), sino que convierten a los monos salvajes en animales mansos.

Sobre los animales el Librium tiene las propiedades tranquilizantes de la cloropromazina y de la reserpina, pero con la diferencia de que no bloquea el sistema autónomo. El Librium es más potente que el meprobamato para relajar el músculo; tiene una acción anticonvulsionante similar a la del fenobarbital, pero no provoca hipnosis. En ratas y perros, tiene un efecto estimulante del apetito, lo que sugiere una actividad anabólica que no es frecuente en los tranquilizadores.

**Propiedades relajantes y anticonvulsionantes.** Las propiedades relajantes del músculo se midieron en ratones, buscando la dosis capaz de hacer rodar a los animales sobre una mampara inclinada. La dosis eficaz de Librium permite mantener al ratón colgando de una oreja, pero es capaz de andar cuando se le pincha; en cambio, la dosis eficaz de meprobamato produce temblor y marcada ataxia y con la de cloropromazina el animal se resiste, lucha y tiene ataxia. El Librium no produce ptosis ni hipnosis; la cloropromazina tiene una potente acción sobre el sistema autónomo, no es hipnótico pero causa ptosis a dosis bajas. El meprobamato y el fenobarbital provocan ptosis a la dosis hipnótica.

El Librium tiene una acción antagonista del pentilentetrazol mayor que la cloropromazina y el fenobarbital. También tiene un efecto anticonvulsivante superior al del meprobamato y al de la cloropromazina en las experiencias realizadas con electroshock, y es similar al meprobamato en antagonizar las convulsiones producidas por la estriquina; ambos tienen un efecto menor que el fenobarbital en esta última prueba. Todos estos resultados figuran en el cuadro siguiente:

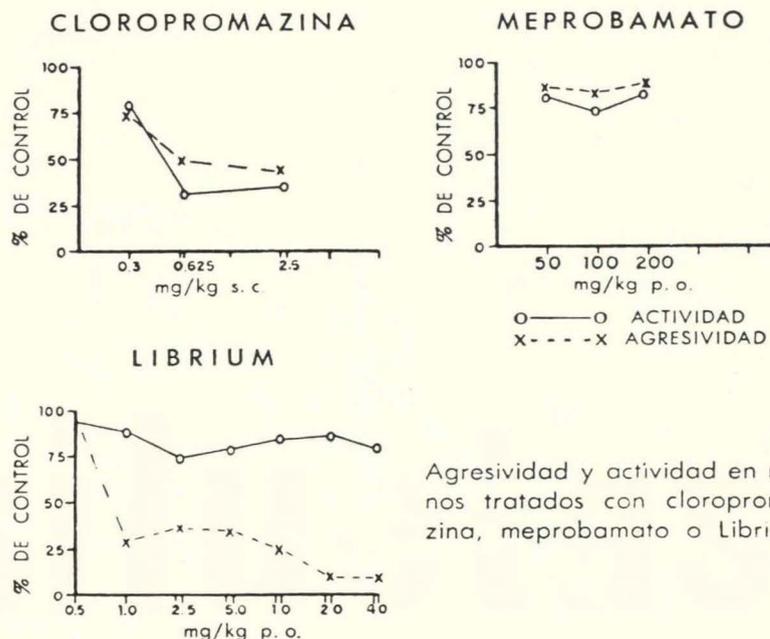
\* Marca de fábrica.

Actividades anticonvulsivante y relajante muscular sobre el ratón.  
Dosis eficaz en mg/kg p.o.

	Librium	Meprobamato	Cloropromazina	Fenobarbital
Relajante muscular	228	256	17	
Ptosis	0	300	5	
Hipnótica	0	348	0	
Antagónica del Metrazol	18	133	42	
Efectos del electroshock	95	200	150	
Antagónica de la estriquina	100	500	0	
Letal	720	> 1000	870	

En experiencias realizadas en la rata, el Librium tiene una acción calmante 9 veces mayor que la del meprobamato y alrededor de una mitad que la de la cloropromazina. Es casi dos veces más activo que el meprobamato, pero menos que la cloropromazina para deprimir la respuesta de fuga. Las dosis de Librium que deprimen la respuesta de retirada son significativamente inferiores a las que reducen la actividad locomotora.

En el mono el Librium reduce la conducta agresiva a dosis bajas como la de 1 mg/kg de peso por vía oral sin que se reduzca la actividad general. El Librium es 100 veces más efectivo que el meprobamato para conseguir el fácil manejo de los monos. El efecto de amansar del Librium se produce en estos animales con 1/10 de la dosis atáxica, mientras que el meprobamato, la cloropromazina o el fenobarbital reducen la ferocidad de los monos únicamente a dosis que deprimen la actividad o producen ataxia (ver figura).



Agresividad y actividad en ratones tratados con cloropromazina, meprobamato o Librium.

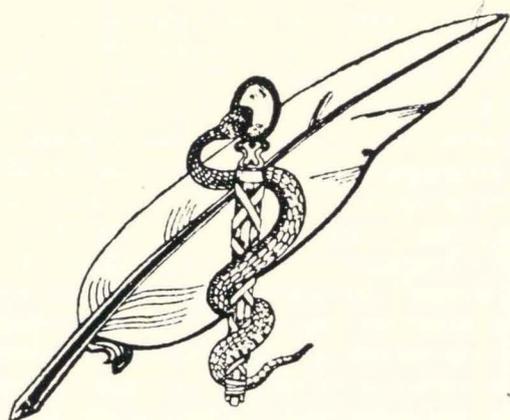
**Efecto sobre el reflejo espinal.** En el gato, el Librium actúa como un depresor espinal. El reflejo flexor es inhibido con dosis de 3 mg/kg por vía i.v. Este bloqueo es contrarrestado

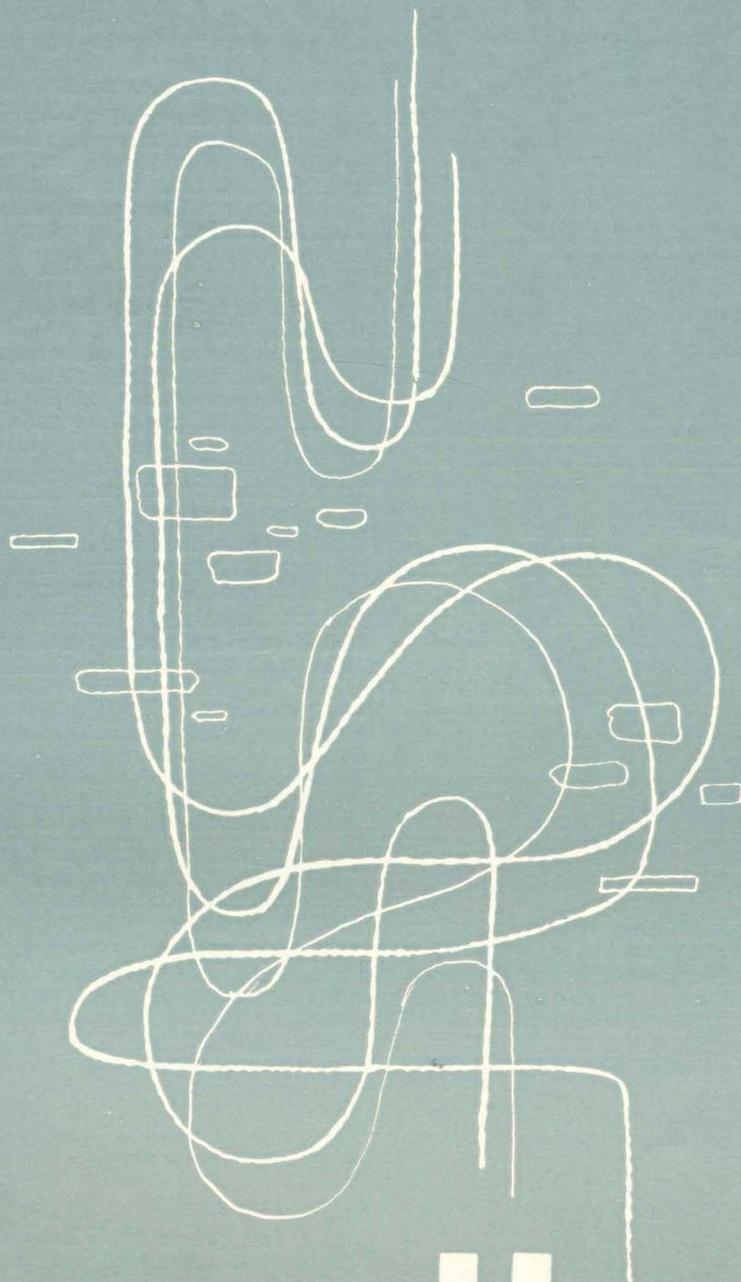
la estriquina, un estimulante típico de los reflejos espinales. En dichos animales, el Librium produce relajación muscular y quietud. A la dosis de 10 mg/kg de peso por vía oral, se puede mantener al gato colgando de la nuca sin que ofrezca resistencia. Para obtener un efecto similar con el meprobamato es necesario emplear una dosis 5 veces mayor o 1/4 de clorpromazina, pero aparece ataxia con las dosis mínimas eficaces y la clorpromazina causa rigidez de los músculos en vez de relajación.

La estimulación eléctrica del sistema reticular activador origina una activación del electroencefalograma. Este efecto es deprimido por el Librium a dosis por encima de las que bloquean el reflejo espinal, mientras que el meprobamato deprime este efecto a dosis que ya están cerca de las que bloquean el reflejo espinal.

*Acción sobre la presión arterial.* El Librium no tiene efecto sobre la presión arterial del perro a dosis de 4 mg/kg de peso por vía i.v., pero tiene un efecto ligeramente hipotensor con dosis de 8 y 16 mg/kg de peso. No bloquea el sistema autónomo y no tiene efecto sobre el corazón a la dosis de 4 mg/kg de peso; únicamente con dosis superiores a éstas, se produce una ligera bradicardia.

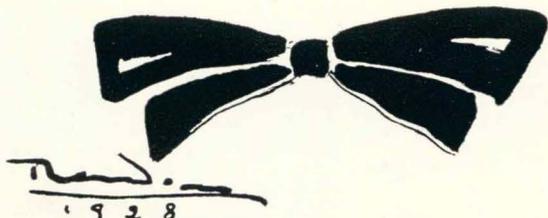
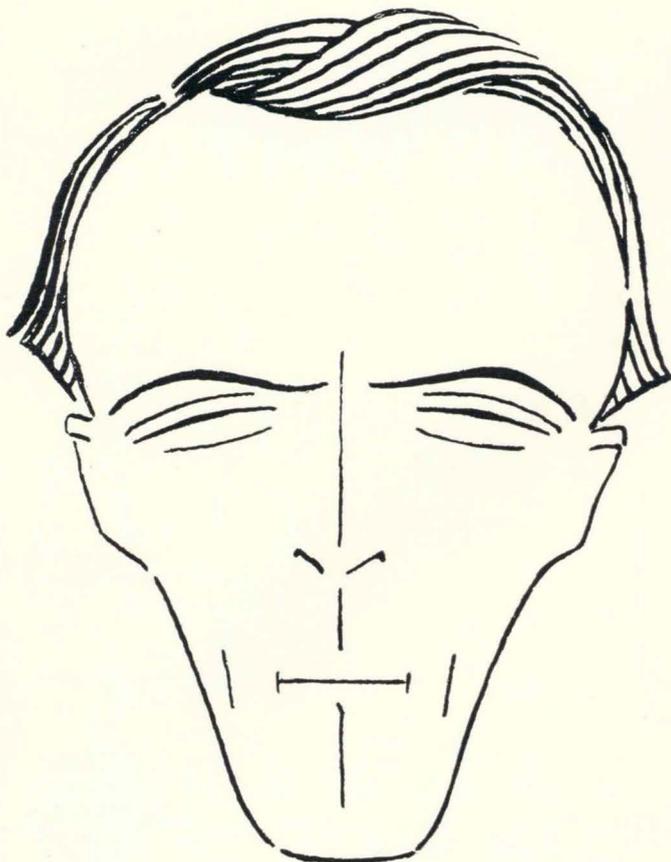
*Acción sobre el apetito.* Con el Librium se ha observado una estimulación del apetito. En ratas en estado de inanición, con una dosis de Librium de 12.5 mg/kg de peso por vía oral se origina un aumento del 50 % de la cantidad de alimento consumido en un período de 4 horas. En los experimentos de larga duración, una dosis de 60 mg/kg de peso produce un aumento ponderal del 10 %.





**psico-siluetas**

# RICARDO



La liturgia ortodoxa que hasta no há mucho exhibía la más trepidante severidad con quienes violan el inestable instinto de conservación, hoy permite —apoyada en raigambres científicas de climatología emocional— que la envoltura orgánica que sirvió de prisión a la angustia humana, reciba, junto con los postreros ritos piadosos la clemencia de la sepultura eclesiástica.

La religión católica —al menos la del Viejo Mundo— amoldándose, de esta manera, al control rigurosamente positivista de la medicina, demuestra, así, no sólo bondadosa elasticidad sino que, identificando sus diagnósticos y confesionarios con los del psiquiatra, considera el suicidio apenas como “una impulsión morbosa irresistible”.

\* \* \*

Conoci a Ricardo Rendón, una noche de jolgorio, en los sótanos de la “Taverna del señor Baños”, ubicada en el cruce —entonces santafereño— de la calle 15 con la carrera Sucre.

En aquellos tiempos cursaba yo, estudios de medicina, y aunque, ciertamente, no fui de los amigos íntimos del Maestro, él estimó a bien otorgarme cordial benevolencia. Tuve sí, el privilegio de ser uno de sus practicantes que, periódicamente, solía inyectar —por mandato facultativo— remedios apropiados para su macilento organismo.

Por ello, tomaba asiento, algunas veces, en su mesa redonda cuya trashumancia iba desde los cafés “Windsor” y “Riviere” hasta los más diversos o apartados conventuculos bogotanos, inclusive hasta los Barrios de San Agustín y de Las Cruces...

En torno suyo dialogaban César Uribe Piedrahíta, León de Grieff (sus camaradas predilectos); Jesús y José Restrepo Rivera; Enrique Uribe White, Alberto Lleras, Gabriel Turbay, José Mar, José Umaña, Francisco Gómez Pinzón, el coronel Alain Lemus —exponente de vigor vital como de amistad legendaria—; Alejandro Vallejo, Jaime Barrera Parra, Luis Cabal, Jorge y Eduardo Zalamea, Luis Vidales, Jorge Cárdenas y otros cuantos artistas e intelectuales de la “Belle Epoque” nuestra, en donde no había, por fortuna, ni singularidades abstraccionistas, ni antihigiénicos existencialistas, ni tampoco, luminarias psico-analistas.

Rendón, era, desde luego, el hito de estas tertulias, de aquella bohemia pródiga en ingenio, quizás un tanto hiriente por la toxicidad del anís, cuando no por el bonachón meteorismo de la cerveza helada.

Casi siempre, el Maestro, disimuló su abatimiento con esas intermitentes y sardónicas carcajadas suyas, diluidas en tristeza irremediable pero que a la luz auroral de Monserrate, adquirían matices agoreros. Su rostro triangular, de biotipo cerebral auténtico —dibujado por él, en espléndida autocaricatura—; los labios rectilíneos realzados por una palidez anémica; su corbatín negro, siempre ondeante sobre el cuerpo alto, magro y algo cargado de espaldas, evocaban a un nuevo Garrick en trance continuo, en búsqueda irresistible hacia la paradoja de Paul Morand: “hay que matarse para no morir”.

\* \* \*

¿“Por qué se mató Rendón? ¿Por qué se mató Silva? ¿Quién sabrá decir nunca los secretos de esos cerebros privilegiados, tocados por el genio, ni cuál pudo ser en determinado momento la visión desencantada de esta vida prosaica, cruel y cotidiana, que les hizo apartar de ella con un gesto de discreto fastidio?”.

Estos interrogantes, escapados de la pluma de Enrique Santos, lo mismo que de millares de labios que admiraran al malogrado artista, ya los descifró Ernesto Dupré en sus “Estudios de psicología mórbida” y, posteriormente, los profesores Devaux y B. J. Logre, en “Les Anxieux”, libro patético y sugestivo como la fuga del pensamiento, halaron los cabos de aquel hilo vertiginosamente destructor en cuyas hebras enredase la voluntad o se esfuman, sin dejar huella, los idealismos del libre albedrío.

En “Los Ansiosos”, se leen estos apartes de un laconismo algo más que absolutorio: “siendo el refugio en la muerte el medio de defensa habitual del melancólico, el gran peligro de esta psicosis, estriba en el suicidio. Generalmente es por la ma-

Por EDMUNDO RICO

# RENDON PSICO-SILUETA Y EVOCAACION DEL MAESTRO

ñana, la hora de paroxismos insoportables, cuando el enfermo, bajo una aura impulsiva se precipita, por así decirlo, hacia la muerte”.

Poseía Ricardo Rendón, fibras emotivas francamente engastadas dentro de una personalidad ciclotímica, o lo que es lo mismo, cierta manera de ser consistente en alternativas periódicas, en ciclos alternos de excitación, seguidos, a menudo, de crisis depresivas que, tras el correr del tiempo, iban perfilándose en duración e intensidad con mayores relieves.

Las horas de actividad del maestro Rendón resultaban exiguas comparadas con los días y hasta con los meses en que todo su organismo se doblegaba bajo el doble acicate del spleen y de la depresión. La *Cenestesia*, es decir, la suma o conjunto de senso-percepciones internas emanadas de la trepidación funcional de sus vísceras, era en extremo penosa, en demasía psicopática. Para equilibrar ese abatimiento que con tan tenaz cronidad dislocaba sus nervios, Rendón hubo de acudir al alcohol que, si de manera transitoria, traía la euforia apetecida, se trocaba luego en brotes hondos, pero cada vez más prolongados, de ansiedad melancólica.

La prueba de su diátesis ciclotímica, de esta bipolaridad temperamental, se traslucía íntegra, al través de las oscilaciones de su carácter. En las épocas de dinamismo, cuando el fermento eufórico lo invadía briosamente, sartales de ingeniosas y continuas caricaturas reflejaban su excitación, al paso que semanas de inactividad, de nihilismo gráfico, simbolizaron la rúbrica nostálgica del torcedor depresivo.

Y, hasta en la indumentaria y en el lento caminar de Rendón, veíase el sello de sus ritmos de alma. Siempre ataviado de negro, el cuello del gabán en displicente desorden, este gran cenestópata, en sus meses de tedio, se pasaba larguísimas e interminables horas acodado ante una mesa, sin pensar, por asomo, en aligerarse del abrigo ni del chambergó; insensible a la atmósfera densa, oleaginosa del cafetín porque, entonces, todo su ser estaba enfocado en auscultar el fértil pesimismo que, a modo de beleño letal, irrigaba, dolorosamente, los jardines secretos del espíritu.

\* \* \*

¿Qué aconteció después? Que su sistema nervioso, fatigado irreversiblemente e incapaz ya de reaccionar a tónicos artificiales, terminó por enfermarse de apatía. Porque clarearon entonces —con desnudez portentosa— los primeros síntomas de un drama, de un desequilibrio psíquico que habría de tener por escenario, no las circunvoluciones avizoras de la inteligencia, sino aquella zona humana pero implacable, todopoderosa donde gravita el determinismo de la Afectividad.

Ricardo Rendón, víctima de su personalidad psicopática, se ahogó dentro de la melancolía ansiosa. Al flaquear las compuertas de lo que Henri Bergson y Maurice Mignard denominan el principio superior de la Auto-conducción Razonante, el automatismo se puso a flote bajo inmensas oleadas de angustia paroxística, oleadas que, “*compriment le coeur comme un papier qu'on froisse*” al decir de ese otro desventurado genio que fue el autor de “Las Flores del Mal”.

Por ello, en una mañana yerma, casi a finales de 1931, Rendón, víctima de un raptus ansioso, sufrió algo así como un eclipse, como un vértigo mental.

Aún le contempla mi retina, allá en el desaparecido e histórico albergue de “La Gran Vía”, de codos sobre la mesa, con el tajante mentón entre las manos, mientras su típica silueta —encogida y plegada cual bandoleón marchito— en plena fuga ansiosa, se engolfa, cara a cara, con “la meditación de la muerte”.

Sigámoslo hasta el fin. Un desdoblamiento de su personalidad se produce en Rendón: “otro extranjero”, enteramente distinto del caricaturista de antaño, surge en él. Es el demonio de la angustia que en menos de segundos lo domina, le fractura los valladares del instinto de vida, destruyendo, llevándose, de paso, su cerebro genial.

*“Ricardo Rendón,  
víctima  
de su personalidad psicopática,  
se ahogó dentro de la  
melancolía ansiosa. Es el  
demonio de la angustia que en menos de  
segundos lo domina, le fractura  
los valladares  
del instinto de vida,  
destruyendo,  
llevándose,  
de paso,  
su cerebro genial”.*



# El suicidio de Marilyn

Hay pueblos mucho más cultos, más ricos y más civilizados que el nuestro. Casi todos, para ser sinceros. Empero, ninguno puede salirnos adelante porque aquí, afortunadamente y por un privilegio especial de la Divina Providencia, sabemos, aún sin conocerlas, dónde ponen las garzas. Este es un país, como lo dijo un notable hombre público recientemente, en donde las cosas que no sabemos las adivinamos. ¡Viva Colombia!

La prueba más palmaria de esto la tenemos en el éxito extraordinario que tuvo la mesa redonda que se celebró en el Teatro Odeón, acerca de las causas que llevaron al suicidio a Marilyn Monroe. Don Hernando Salcedo y el profesor José Francisco Socarrás disertaron sobre este tema casi con tanta propiedad como lo hubiera hecho la linda occisa.

El primero en pasar el bate fue don Hernando. Don Hernando explicó con gran sentimiento y fluidez lo duro que es llegar a ser estrella de cine. Las empresas son insaciables, y si una actriz tiene éxito desnudándose completamente gracias a sus hermosos molletes y redondeces, la obligan a que se desvista más. Don Hernando hizo luego una descarnada y conmovedora sinopsis de la vida de Marilyn y terminó poniendo paz para su tumba. Fue muy aplaudido y todas las señoras asistentes empezaron a parar los ojos.

La parte psiquiátrica, que vino luego, estuvo a cargo del profesor Socarrás. Este contó cómo las frustraciones habían principiado para Marilyn en la cuna. No tenía aún doce días de nacida, cuando fue menester retirar al futuro budín del seno materno y pasarla a tetero. Es posible, agregó él, que esto creara en la subconciencia de la pequeñita un complejo especial de superación pectoral y de grandiosidad torácica que, con el tiempo, tuvo la más entera y satisfactoria culminación. En efecto, ya formada,

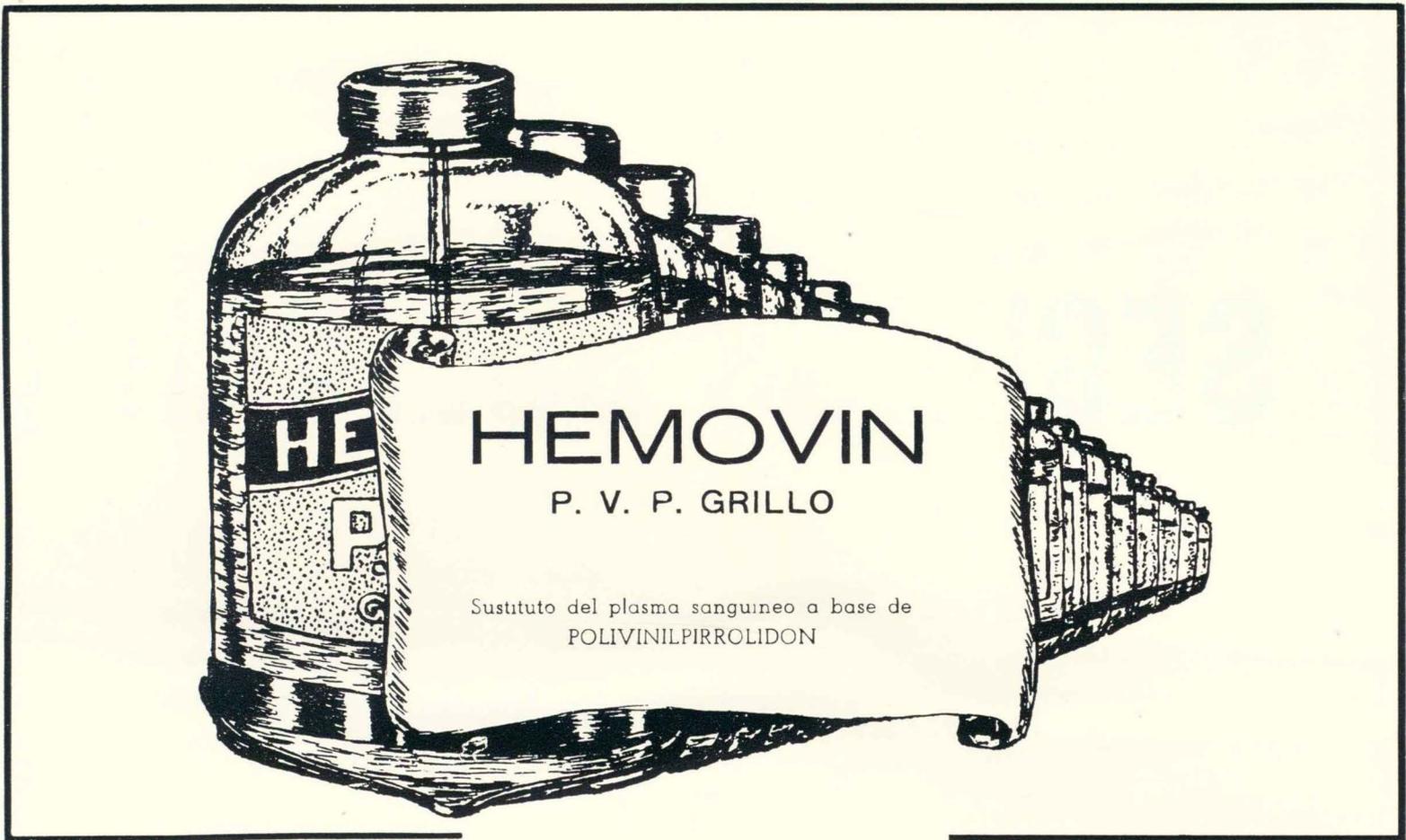
Marilyn ostentó todo el seno de que había carecido en su infancia. Lo tuvo por las dos, es decir, por ella y por su madre enferma.

El auditorio se sorbía las palabras del profesor Socarrás, el cual, sintiéndose estimulado, hizo una revelación sensacional. En realidad, dicha revelación es algo que a nadie se le había ocurrido. "Marilyn —dijo— descubrió a los doce años que a medida que su formación física iba alcanzando su plenitud despertaba mayor atracción entre sus compañeros de escuela..." ¡Cosa rara!

¡Marilyn nunca fue objeto de verdadero amor!, agregó el profesor José Francisco. Nadie la amó por el espíritu, sino por lo que iba fuera del espíritu. No por el alma sino por el 38-26-38 que tenía de busto, caderas y cintura. ¡Pobre niña!, continuó el profesor: fue siempre sola por la vida, al contrario de quienes salían con ella, que iban siempre tan bien acompañados! Buscó un alivio para esto en los barbitúricos y últimamente no había noche en que no se tomara veinte o veinticinco seconales. Hace algunos días exageró la dosis, aumentándola con la lectura de El Revés y el Derecho, y Marilyn se nos fue. El profesor José Francisco, visiblemente conmovido, concluyó diciendo que la niña en rigor murió de soledad y que, en lugar de Marilyn, ha debido llamarse más bien Solita Monroe. ¡El Odeón era un solc sollozo!

Entre tanto, en los Estados Unidos se esfuerzan por averiguar las causas que condujeron al suicidio a Marilyn, sin encontrarlas. Es satisfactorio que aquí, en cambio, las conozcamos tan perfectamente gracias a don Hernando Salcedo y al profesor Socarrás, cuyo mayor mérito al hablar de Marilyn consiste en haberlo hecho "sin conocerla y sin tener el honor de haberla sometido al psicoanálisis".

**Por Klim**



#### QUE ES EL HEMOVIN?

HEMOVIN es un sustituto del plasma sanguíneo normal a base de POLIVINILPIRROLIDON en una solución cristalóide que tiene la misma presión oncótica de la sangre.

#### POR QUE HEMOVIN?

Debido a su índice osmótico y a su presión oncótica, HEMOVIN constituye el único sustituto del plasma que garantiza éxito en el tratamiento y la prevención del shock debido a hemorragias, quemaduras, traumatismos, cirugía, etc. Puede usarse como único líquido de reposición en las hemorragias graves, siempre que la pérdida de sangre no exceda de treinta y cinco por ciento.

#### CUANDO USAR EL HEMOVIN

Al primer signo de colapso circulatorio, al descenso de la presión arterial, el HEMOVIN aumenta el volumen circulante, impide los cambios irreversibles y controla el estado de shock.

#### VENTAJAS DEL HEMOVIN

HEMOVIN es una solución estéril, apirógena, carente de propiedades antigénicas y alergénicas. No se almacena por largo tiempo en ningún órgano. HEMOVIN es compatible con todos los grupos sanguíneos; no transmite enfermedades a virus (hepatitis); se mantiene estable a cualquier temperatura y por consiguiente, puede usarse en cualquier momento. El HEMOVIN posee marcadas propiedades anti-tóxicas y anti-infecciosas.

#### PRESENTA- CION

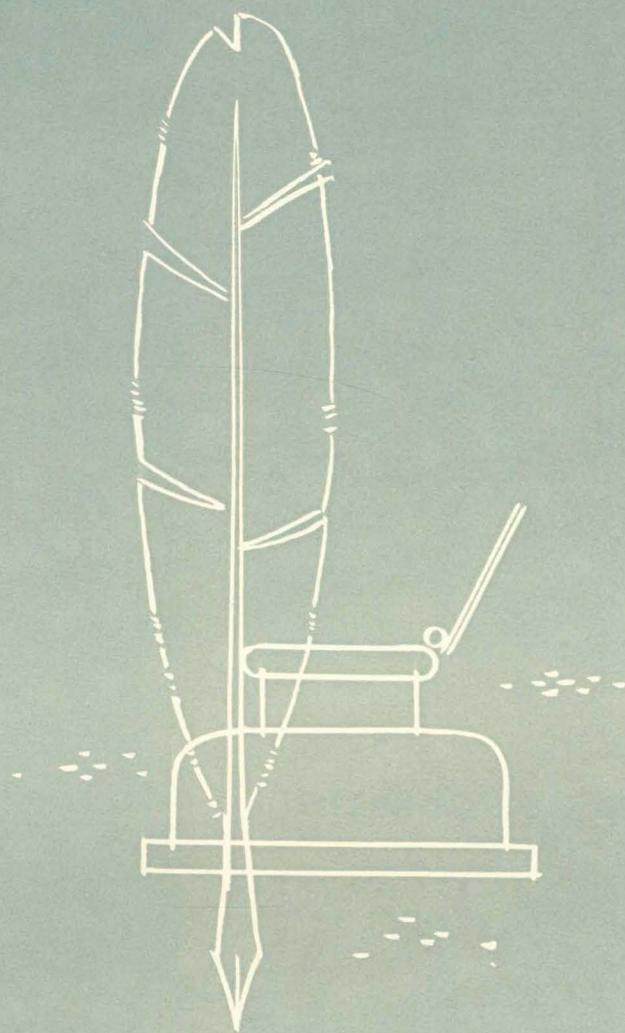
El HEMOVIN se presenta, en frascos-ampulas de 250 y de 500 c.c. listos para la administración inmediata.

# **SEGUROS BOLIVAR**

*La Mayor Organización de Seguros  
y Capitalización en Colombia*



***Sucursales y Agencias en Todo el País***



**literatura**

# El Archipiélago Mágico

Poesía de René Char

Por

Helena Araujo de Albrecht



“Avanzábamos al encuentro del amor y del deseo, no buscábamos lecciones, ni la amarga filosofía que se exige a la grandeza”, dice Albert Camus en NUPCIAS, definiendo un primer intento de llegar al corazón del mundo. Esta avidez afectiva, esta conmovedora humildad, parece resucitar en el lenguaje de su amigo y contemporáneo René Char, cuya ideología ostenta cierta similitud al idealismo temprano de Camus. Poeta desde su juventud, Char lleva publicados cerca de una decena de volúmenes que señalan su peregrinaje a través de un laberinto de simbolismos y densidades líricas, hacia un estilo puro, acendrado en el silencio, en la meditación, y en el ejercicio intelectual que hace de él un poeta metafísico. Inmune al sentimiento verlainiano, a la cristalina voz de Apollinaire, al influjo verbal de Aragón, se ciñe más bien al tono elegíaco de Rilke y, con mayor precisión, al aforismo de los poetas del Nilo, recreándose a menudo en la cándida simplicidad de los trovadores chinos. Cierta culteranismo aún vigente en rebuscamientos, parece exigir el equilibrio de vocablos sapienciales, de metáforas sobrias. Inspirado por un fervor ablucionista, Char se asemeja a un joyero solitario cincelando la gema del hostil cantero roqueño. A medida que el tiempo pasa, aspira a más luminosidad, a más pureza, en un ámbito humilde, natural, humano.

En su última obra, LA PALABRA EN ARCHIPIELAGO. “La Parole en Archipel” — René Char — GALLIMARD — París - 1962. Char surca las aguas de un mar imaginario, contorneando insulas cuya topografía sugiere la incertidumbre del hombre ante un

*Una feminidad en permanente curiosidad intelectual y en constante relación de conocimiento y de crítica con lo mejor de la literatura contemporánea. Moderna, deportiva, inteligente, Helena Araujo de Albrecht es una linda muchacha de nuestro tiempo y de nuestro medio, a quien no escapan ninguno de los sucesos culturales de este mundo actual, que ella observa, mide y pesa, a través de una penetrante crítica literaria.*

mundo que antepone arte, música, amor, alegría, belleza, al misterio absurdo de la muerte. La primera escala es Lascaux. Allí, en el santuario pre-histórico, alborea la humanidad. En el cazador rapaz, en el bisonte, en el ciervo, en el reno, en el caballo salvaje, en el tropel que galopa sobre el primitivo llano, Char cree ver el destino de los siglos, la Madre Sabiduría “con los ojos llenos de lágrimas”. La línea simbólica del ofidio, de la trucha, del toro, de la perdiz, será heredera del vigor milenario, rúbrica de una civilización arcaica tras la cual ha de surgir la perenne incógnita del Dios y de la muerte. La respuesta, nunca ofrecida, será la esencia misma del corazón humano. Los elementos más humildes de la naturaleza: tallos, hierba, flores silvestres, han de guiar al poeta hacia el amor, y al perderse éste en las tinieblas, hacia la verdad de su misión lírica.

Ocho años dará Char componiendo este ramillete de máximas, sentencias, rimas, que constituyen un credo ideológico y poético. A pesar de haber sido escritas en diferentes momentos de su vida, de reflejar una fugaz variante de su estado de alma, son concepto unívoco de su pensamiento. Como los fragmentos de la obra del sabio de Efeso, como los versos parmenideanos, que gestaron la filosofía occidental, poseen una integridad implícita que deslumbra, que fascina, que pasma. Cada isla del Archipiélago de Char, es una isla mágica.

## **El Hombre**

*"A veces recife, a veces desolada roca, ligero abrigo, tal es el hombre, el bello hombre desconcertante"* (Poemas de 2 años).

*"El hombre no es sino una flor del aire sostenida por la tierra, maldita por los astros, respirada por la muerte; el hábito y la sombra de esta coalición a veces le incorporan"*. (Los compañeros en el jardín).

*"El hombre fué seguramente el más loco deseo de las tinieblas; por eso somos tenebrosos, envidiosos y dementes bajo el poderoso sol"*. (Abandonar).

*"El hombre del espacio, cuyo natalicio celebramos, será un millón de veces menos luminoso y revelará un millón de veces menos misterios que el hombre pétreo, recluso y relegado de Lascaux, con los enjutos miembros purificados de la muerte"*. (Abandonar).

*"Se nace con los hombres, se muere, en desconsuelo entre los dioses"*. (La Biblioteca en fuego).

*"La tierra que recibe la semilla es triste. La semilla que tanto va a arriesgar, es feliz"*. (La Biblioteca en fuego).

## **Dios**

*"¿No será la búsqueda de un Ser, más que la presión del presente sobre un porvenir de libertad? Vastos son los amanezcos intangibles. La divinidad se encuentra donde no se oye el crujir de nuestros goznes"*. (Poemas de dos años).

*"Rechazar el ingrato cúmulo de existencia y encontrar una vez más aquella mirada que la amó tanto en un principio como para estructurarla..."* (Poemas de dos años).

*"La luz posee al tiempo. La noche no lo posee. ¿Pero cuál fue el Instante que dio principio a todo?"* (La Biblioteca en fuego).

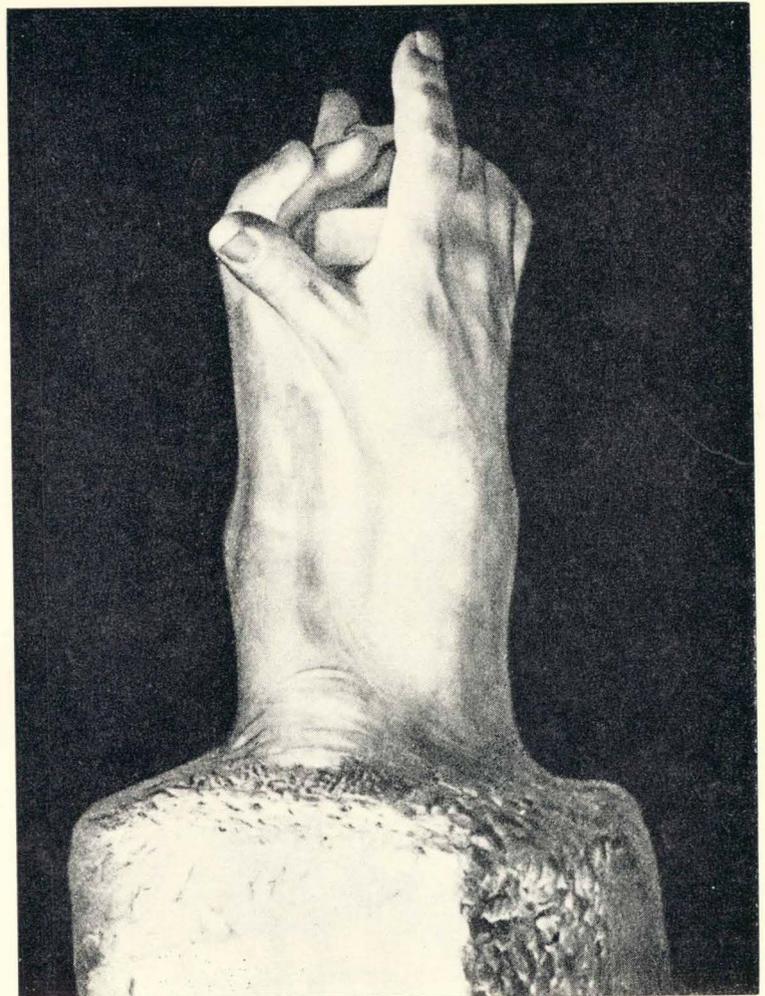
## **El Amor**

*"Noche y luna, sós un mastín de negro terciopelo, aldea, en la vigilia de mi amor"*. (Lettera amorosa).

*"Si el aire que hace falta a tantos seres, te transpasase, tendría la profusión y la holgura de centellas"*. (Lettera amorosa).

*"Eres placer con cada oleaje separado del siguiente. En fin, todos al tiempo cambian. El mar se funde, se inventa. Eres placer, coral de espasmos"*. (Lettera amorosa).

*"No he llorado, en realidad, más que una vez. El sol, al desaparecer raptó tu rostro. Tu cabeza rodó en la fosa del cielo y yo dejé de creer en el mañana"*. (Poemas de dos años).



*"Manos, tiempo sublime, que el aire funde con el arco; Ofrendas fragantes del iris del pantano a mi opacidad, Una tarde de bruma, cerca a ellas"*.

(París, Museo Rodin).



## ***El Poeta y la Poesía***

*“La poesía raptará mi muerte”. (La biblioteca en fuego).*

*“No se puede iniciar un poema sin una parcela de error respecto a sí o al mundo, sin un brote de inocencia en los primeros vocablos”. (La biblioteca en fuego).*

*“Un poeta ha de dejar huellas a su paso, no evidencias. Tan sólo las huellas incitan al ensueño”. (Los compañeros en el jardín).*

*“Si ante él se invocan los astros, el poeta responde que es del país ‘vecino’, del cielo que ha desaparecido”. (Poemas de dos años).*

*“Escribir un poema es tomar posesión de un más allá nupcial que se encuentra en esta vida, se apeg a ella, y sin embargo está próximo a las urnas de la muerte”. (Abandonar).*

*“Ha de ubicarse el poeta fuera de sí mismo, a la orilla de las lágrimas y en la órbita del hambre, si se desea que algo extraordinario se produzca, algo que no existe sino para él”. (Abandonar).*

*“Poesía, única aspiración del hombre, que el sol de los muertos no puede ensombrecer en la perfección del infinito y del burlesco”. (Abandonar).*

*“La única firma sobre la vida blanca es la poesía que traza. Siempre entre nuestro corazón roto y la cascada naciente...” (Abandonar).*

*“Hablaban las aguas al oído del cielo.  
Ciervos, habéis recorrido milenios,  
de tinieblas de roca a caricias de viento.*

*Del cosario que os guía, del genio que os contempla,  
la pasión he admirado desde la inmensa vera,  
y si tuviese sus ojos mi momento de espera?”*

*(Lascaux. “Los ciervos negros”).*

*“Bienestar matinal de los hombres. En el murmullo del delirante aire, me incorporo, me oculto, insecto febril, perseguidor y perseguido”.*

*(A Georges Braque)*



QUIMICA SCHERING COLOMBIANA LTDA.

REPRESENTANTES DE

SCHERING A G. BERLIN



Fabricación y Distribución de  
PRODUCTOS FARMACEUTICOS

Bogotá

Calle 18-A No. 33-15

Teléfono: 47 84 15

Apartado Aéreo 3559 Nacional 147

LA REVISTA MEDICA anuncia en sus páginas —exclusivamente— aquellos productos que por su bondad y por merecer la plena confianza del cuerpo médico nacional pueden ser recomendados al público. Los editores y agentes de publicidad tienen orden de consultar al director de la revista todo el material de publicidad antes de darle cabida en la respectiva edición.

# LABORES DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA EN EL AÑO DE 1961 HASTA JULIO DE 1962

## SESIONES ORDINARIAS:

**Marzo 9/61.** — Acta de posesión de la nueva Junta Directiva.

**Abril 13/61.** — “DOSIS DE RADIACIONES RECIBIDAS POR LAS GONADAS DE LA POBLACION COLOMBIANA CON MOTIVO DE EXAMENES RADIOLOGICOS PRACTICADOS EN EL AÑO DE 1958”. Dr. Mario Gaitán Yanguas.

**Mayo 12/61.** — “TUBERCULOSIS URO-GENITAL”. Dr. Jorge Cavellier Gaviria.

**Junio 22/61.** — Disertación presentada por el Ministro de Salud Pública Dr. Alvaro de Angulo sobre los fundamentos de la estructura orgánica del Ministerio; el camino a seguir en las campañas sanitarias y la necesidad de adelantar nuevos programas de salubridad.

“FUNDAMENTOS DE LA ESTRUCTURA ORGANICA DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y DEFINICION DE LOS CENTROS DE SALUD COMO CELULAS VITALES”. Dr. Alfonso Mejía.

“CAMPAÑA DE ERRADICACION DEL PIAN”. Dr. Gerardo López Narváez.

“CAMPAÑA DE ERRADICACION DE LA VIRUELA”. Dr. Jaime Pérez Archila.

“CAMPAÑA DE ERRADICACION DEL PALUDISMO”. Dr. José A. Concha Vanegas.

**Julio 13/61.** — Concepto solicitado a la ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA por el H. Representante Dr. Enrique Lleras Restrepo sobre el PROYECTO DE LEY POR EL CUAL SE DICTAN NORMAS RELATIVAS AL EJERCICIO DE LA MEDICINA Y CIRUGIA, que fuera presentado por el Gobierno Nacional y aprobado por el Honorable Senado de la República; para el cual fue designado Ponente, en primer debate, por la Presidencia de la Comisión Quinta Constitucional permanente de la Cámara de Representantes.

**Septiembre 21/61.** — “HISTORIA DE LA ORGANIZACION NACIONAL DE LA HIGIENE EN EL SIGLO XIX”. Dr. Héctor Pedraza.

**Octubre 26/61.** — “RELACION DE LA CONTRACCION PROSTENICA CON LOS PARAMETROS DE LA EXITABILIDAD ITERATIVA INDIRECTA”. Dr. Hernando Ordóñez.

**Noviembre 23/61.** — “UN CASO DE BLASTOMICOSIS PULMONAR”. Dr. Ricardo Vargas Iriarte.

**Febrero 22/62.** — Informe del académico Ricardo Vargas Iriarte sobre su renuncia motivada como representante de la Academia Nacional de Medicina en el Control de Drogas del Ministerio de Salud Pública.

**Marzo 22/62.** — “ESFINTEROTOMIA” Simposio presentado por los Académicos Dres. Gonzalo Esguerra Gómez y Hernando Anzola Cubides en colaboración con los Dres. Mario Negret, Alberto Escallón y Alvaro Caro Mendoza.

**Abril 26/62.** — LA T.B.C. UROGENITAL Y SU CLASIFICACION, ESTUDIO DE 410 CASOS DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE BOGOTA”. Dr. Pablo Gómez Martínez.

**Mayo 24/62.** — “CONSIDERACIONES SOBRE PATOGENESIS DE LAS ESTAFILOCOCIAS”. Dr. Joaquín Grillo.

**Mayo 24/62.** — Informe presentado por el Académico Jaime Jaramillo Arango sobre el trabajo biográfico realizado por el Dr. Max Olaya Restrepo, atinente al médico español don Gregorio Marañón y su obra.

## SESIONES SOLEMNES:

**Mayo 25/61.** — Se otorgó el título de SECRETARIO PERPETUO HONORARIO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA al Académico Profesor LUIS LOPEZ DE MESA.

**Agosto 17/61.** — Posesión para MIEMBROS DE NUMERO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA de los doctores MARIO GAITAN YANGUAS y JORGE CAMACHO GAMBA.

**Julio 5 de 1962.** — “MEDICINA Y LITERATURA EN FRANCIA, DE RABELAIS A MONDOR”. Dr. PIERRE GARRIGUE, Consejero Cultural de la Embajada de Francia en Colombia.



LARGO ACTIL

---

## NUEVO HOSPITAL NEUROPSIQUIATRICO DE LA BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA

La Beneficencia de Cundinamarca está adelantando la construcción de un nuevo Hospital Neuropsiquiátrico para mujeres, en la localidad de Sibaté con cupo para 1.200 camas.

Esta obra —talvez la de mayor trascendencia en el campo asistencial que se ha proyectado en los últimos años— se inició el 8 de octubre de 1960 y su construcción se adelantará en 2 etapas. En la primera, cuya perspectiva muestra la fotografía, se incluyen los servicios de cocina, lavandería, sala múltiple, pabellones para asiladas, niñas y pensionadas, dormitorios de servicio y enfermeras, con un área aproximada de 18.000 metros cuadrados. El área total de la construcción es de 30.741 metros cuadrados con un presupuesto total de 11.300.000 incluyendo la dotación.

---

**REVISTA MEDICA** iniciará desde su próximo número la presentación —mediante reportajes gráficos y escritos, moderna y atrayentemente realizados— de los mejores laboratorios del país. **LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA**, de la cual es órgano esta revista, espera que, para el efecto, se contará con la colaboración eficaz de los laboratorios que se elijan y, desde luego, con la ayuda técnica de los científicos que se encuentran actualmente al frente de ellos.

Con estos reportajes se propone la revista demostrar el alto grado que está alcanzando entre nosotros la producción de drogas, muchas de las cuales nada tienen qué envidiar a sus similares extranjeras ni por su presentación ni por la esmerada técnica seguida generalmente para su elaboración.

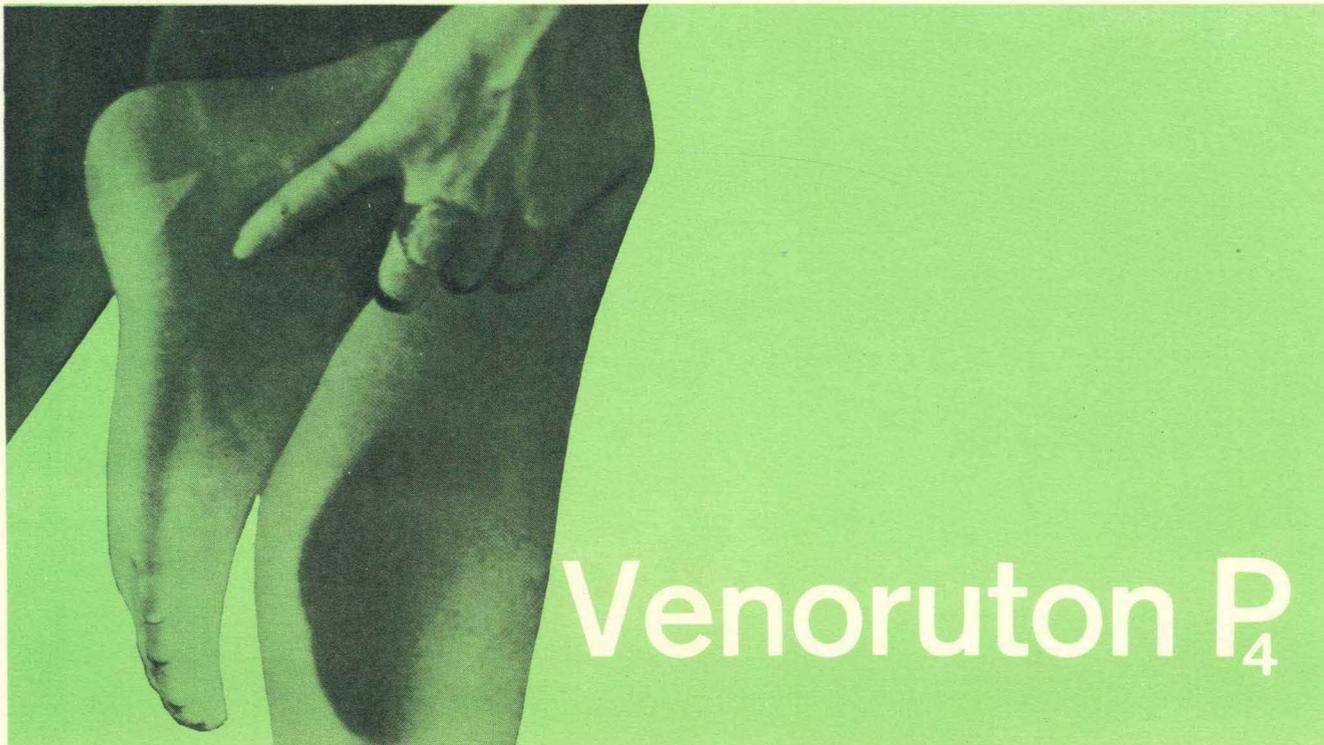
Para todo lo relacionado con la publicidad en esta revista, puede llamarse al teléfono 34-73-79, o dirigirse a la calle 15, N° 10-26, oficina 204. (S. T. Empresa editora de esta revista, de Lámpara, Nuevo Boyacá, y de otras varias publicaciones).

**REVISTA MEDICA** prepara actualmente una Edición Extraordinaria que principiará a circular en toda la nación en los últimos días de Diciembre o primeros de Enero. En ella, a más de publicar excelentes colaboraciones de orden científico, literario y artístico —siguiendo la moderna orientación que a esta revista se ha dado en su tercera etapa— se incluirá un balance de los acontecimientos de carácter médico ocurridos en el presente año y una reseña de los progresos logrados en el campo de la ciencia y de la técnica en Colombia, y en el mundo. Será, pues, un número de excepcional interés no solamente para el cuerpo médico nacional, sino también para una gran cantidad de público, de Colombia y del exterior.

Revista Médica se distribuye gratuitamente a Médicos, Hospitales, Laboratorios y en general a las personas interesadas en recibirla.

# Nuevo..!

## Insuficiencia capilar ?



REGULADOR SELECTIVO  
DE LA FUNCION CAPILAR

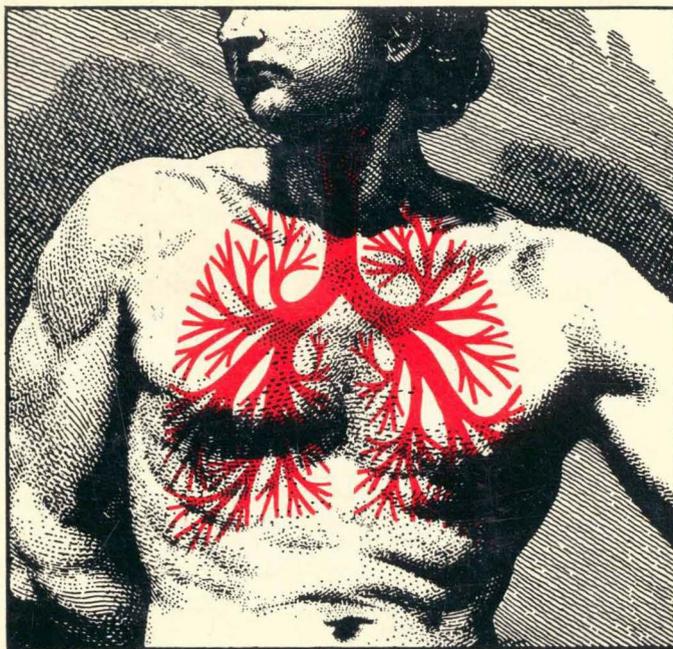
**GOTAS**

Frascos de 23 cc

**Zyma S A Nyon/Suiza**

FABRICADO EN COLOMBIA POR  
**INSTITUTO BIOQUIMICO LTDA.**  
APARTADO AEREO - 3726      BOGOTA - COLOMBIA





para librar al paciente asmático de su  
penosa sintomatología

# Celestone\*

(BETAMETASONA)

el nuevo corticosteroide mejorado

el  
corticosteroide  
número

**1**

en los tres  
requisitos  
básicos

mayor actividad • mejor tolerancia • menor costo

Presentación:  
Tabletas de 0,5 mg.



SCHERING CORPORATION U.S.A.

\*MARCA DE FABRICA

CE-546-J