

**es
ciencia
y
medicina**

revista **nº 6**

TERCERA ETAPA

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Cuando la salud femenina depende de un agente *progestacional o anovulatorio*...

Ovex

(acetato de megestrol y etinil-estradiol)

RESTABLECE EL RITMO FUNCIONAL DEL CICLO MENSTRUAL FEMENINO EN FORMA MÁS FISIOLÓGICA actúa sobre el endometrio en forma más fisiológica porque la acción de sus componentes es más similar a la de las hormonas ováricas endógenas. Pruebas de laboratorio y comprobaciones clínicas han mostrado las siguientes características de Ovex:

- INTENSA ACTIVIDAD PROGESTACIONAL
- EFECTOS TERAPÉUTICOS PREDICTIBLES Y CONSTANTES
- AMPLIO MARGEN DE SEGURIDAD TERAPÉUTICA
- REACCIONES SECUNDARIAS MÍNIMAS
- FÓRMULA TERAPÉUTICAMENTE ÓPTIMA

Las propiedades progestacionales y anovulotrópicas de Ovex hacen de este medicamento el agente adecuado para el tratamiento de los siguientes trastornos femeninos:

- MENORRAGIA Y METRORRAGIA FUNCIONALES
- DISMENORREA PRIMARIA Y SECUNDARIA
- AMENORREA PRIMARIA Y SECUNDARIA
- ESTERILIDAD IDIOPÁTICA E HIPOPROGESTERONÉMICA
- ABORTO HABITUAL
- ENDOMETRIOSIS
- IRREGULARIDADES DEL CICLO MENSTRUAL
- CONTROL MÉDICO DE LA FERTILIDAD



Mead Johnson
Símbolo de servicio en medicina

MEAD JOHNSON INTERNATIONAL - EVANSVILLE, INDIANA 47721, E.U.A.

VEX-1/965, 64

Cualquier Productor Puede Exportar

A) Financiar sus inversiones a través del Fondo para Inversiones Privadas, con destino a la producción de bienes para

B) Obtener capital de trabajo para producir bienes con destino a la

C) Otorgar plazos a los compradores de sus artículos de

D) Vender en condiciones preferenciales en Argentina, Brasil, Chile, México, Ecuador, Perú, Paraguay y Uruguay sus artículos de

No olvide que usted tiene EXENCION TRIBUTARIA para su renta proveniente de

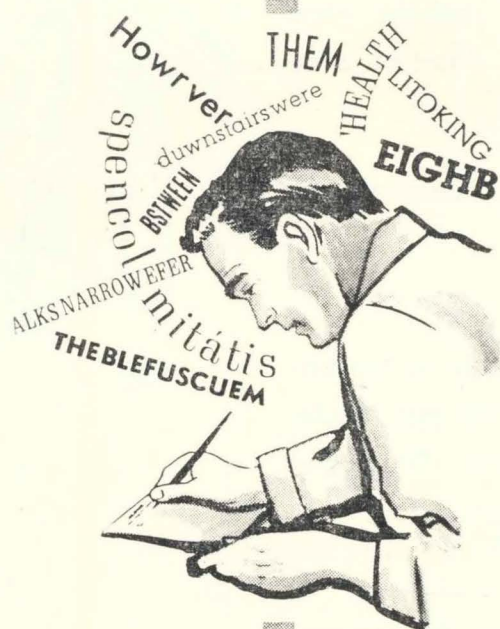
EXPORTACION

Puede obtener Informaciones Adicionales en los Bancos Comerciales, Corporaciones Financieras, Compañías Exportadoras y en el Banco de la República, Departamento de Crédito Externo.

LO QUE FALTA

PARA FACILITAR LA
PRESCRIPCIÓN MEDICA

... y evitar la confusión.



UNIFORMIDAD DE NOMBRE

UN SOLO NOMBRE EN EL LENGUAJE CIENTIFICO



Las Especialidades Genéricas MK
se identifican con un solo nombre;
el nombre oficial.

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

TARIFA POSTAL REDUCIDA - LICENCIA No. 629 DEL MINISTERIO DE COMUNICACIONES

Directores:

**EDMUNDO RICO
JOSE VICENTE HUERTAS**

Dirección editorial

S. T. PLINIO MENDCZA NEIRA

Publicidad

JULIO ALBERTO RUIZ

Impresores

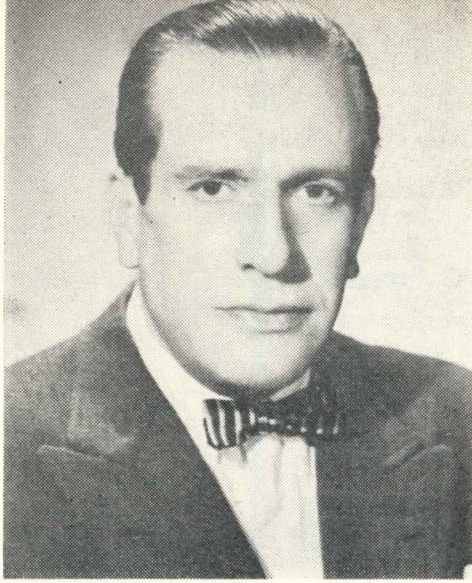
Tipografía PRAG

revista médica

No. 6 TERCERA ETAPA

REPUBLICA DE COLOMBIA BOGOTA, D. E.

ABRIL DE 1966



EL PAIS PIERDE UN
EMINENTE CIENTIFICO

EDMUNDO RICO

Cerrada ya esta edición, con la que reanudábamos las entregas de la REVISTA MEDICA, tan adecuadamente dirigida y orientada por el Profesor Edmundo Rico, nos ha dejado consternados la noticia de su muerte. Este hecho es verdaderamente doloroso. Tanto para el país, que pierde uno de sus más eminentes científicos, como para la medicina, de la que así desaparece uno de sus más brillantes apóstoles. Tanto para el departamento de Boyacá —cuna del Profesor Edmundo Rico— como para sus amigos, para quienes pudimos disfrutar del don maravilloso de su amistad.

El profesor Rico nació en Sogamoso, el 8 de febrero de 1899. En su departamento, y luego en la capital de la República, adelantó sus estudios primarios y de bachillerato, habiendo recibido de la Universidad Nacional el grado en medicina. Hombre acosado por un constante deseo de investigación, fue después a realizar una carrera de especialización en el ramo de la siquiatria, en la Escuela de Medicina de la Universidad de París. Y con un respetable acopio de conocimientos regresó al país, y en él desarrolló a través de varios años su actividad profesional, con una pulcritud y una rectitud verdaderamente ejemplares.

El profesor Edmundo Rico no circunscribió su actitud sólo a la medicina. Pensador y erudito, inquieto y siempre dispuesto a hondar en las profundidades del espíritu, escribió libros de importancia, como "La Rabia en Colombia", "Anales Neurosiquiátricos" y "Felipe II ante la Siquiatria". Fue además un constante colaborador del diario EL TIEMPO, en donde, a través de su columna "Balanza del Caduceo", enfocó los más variados temas, siempre preocupado por la realidad nacional y las posibilidades de su propia tierra.

Fiel exponente del más puro liberalismo, el profesor Rico sirvió al país en varios cargos públicos, y fue representante a la Cámara en el periodo de 1941 a 1943. Ultimamente había colaborado como médico general del ejército, y director del Asilo Neurológico de Mujeres.

Ahora, y por deseo expreso manifestado antes de la sorpresiva enfermedad que terminó con su vida, su cadáver irá a sus campos de Boyacá. Regresará al lugar en donde vio la luz, y se fundirá con la tierra que amó y a la que sirvió con afán a través de su meritoria existencia.

Queden estas emocionadas palabras como un tributo sobre la tumba de uno de los más eminentes científicos de Colombia; queden sobre la tumba de un hombre que fue siempre ciudadano ejemplar e inmejorable amigo.

EDMUNDO RICO |

Por FRANCISCO VERNAZA

Sin llegar a los 70 años, con espléndida apariencia de salud, en pleno vigor intelectual, nos abandona sorpresivamente el profesor Edmundo Rico. En sus funerales, con una concurrencia de más de mil emocionadas personas, en la Capilla de la Clínica de Nuestra Señora de la Paz, Clínica de alienados que regentó hasta última hora, cinco oradores delante del féretro, expresaron su dolor, y delinearon la personalidad del Rico, fueron ellos: Guillermo Uribe Cuellar, en nombre de la Asociación de neuro-psiquiatría y del Instituto de Medicina Lega. Jorge Cavelier, en nombre de nuestra Academia Nacional de Medicina. Humberto Roselli, del Instituto de Neuro-Psiquiatría, Pío Gómez, en nombre personal.

Rafael Peralta, en nombre de la Federación Médica Prada, en nombre de la Asociación y Centro José Asunción Silva, este último en estrofas rimadas, como le correspondía a su poética representación.

Estos oradores trazaron la polifacética y compleja descripción moral, intelectual y material de Rico, sentando las bases casi exhaustivas, de un futuro estudio de su halucinante, á veces contradictorias, pero siempre humana, caballeresca por su raza, maciza personalidad. Agregar algo a las palabras de esos cinco oradores, no es tarea fácil, por eso en estas cortas líneas, para la Revista Médica de nuestra Academia Nacional de Medicina, que él revivió con tanta eficacia, sólo puede hablar mi corazón y mi sentimiento, que es el de todos los Académicos.

Lo considero como un formal obligación, teniendo en mi recuerdo unos debates de la Academia, en que fui su contendor, sin que fueran origen de terno rencor, pues su emotiva y apasionada personalidad, era solo capaz, de pasajeras disonancias. Poco tiempo después, por mi parte se tradujo, en un bello libro de edición numerada, que le obsequié, y él me invitó a almorzar en el Jockey-Club, sitio dilecto de sus simpatías sociales.

Mirando la concurrencia en sus funerales, ví caras de personas de nuestro alto mundo social, que sabía estuvieron expuestas a sombrear en esa muerte en vida, de las enfermedades mentales, y que gracias a él, recobraron el equilibrio, devolviendo a sus angustiados hogares, paz perdida. También había gentes de medios sociales menos altos, que igualmente recibieron del renombrado psiquiatra, ese divino don de la salud mental.

En tantísimos escritos de Rico, en tantísimas conferencias, en las Revistas Científicas que fundó y dirigió, en la Academia Nacional de Medicina, en su balanza de Caduceo de El Tiempo, en su perpetuo afán de divulgación se encuentra, igual que su grande amor por Colombia, el de su segunda patria, la Eterna y Dulce Francia.

Influyeron en su técnica intelectual y moral, la crudeza irónica de Rabelais, la irónica filosofía de Voltaire, la gimnasia y lógica de Descarte, la aparente sencillez pero profunda humanidad de Moliere, las dulces armonías de Racine, la grandeza y sublimidad de Corneille y de Bossuet.

También lo sedujo la exploración de las tierras bajas palúdicas de Gide, la amenidad de Maurois, la división de un cabello en cuatro de los análisis de Produst, y en los autores actuales, de después de la última guerra, el artevimiento y confusión de autores como Jean Genet.

Pero más que todo eso, fué perenne admirador de científicos médicos, como Trousseau, de Clínicos como

Dieulafoy, Chauvard, Vidae, de cirujanos como Jean Louis Faure, el martirizado de Martel, y Lecéne.

Para su especialidad, que fué igual para la Clínica, su permanencia en Francia, y cuyas conexiones conservó hasta el final, fueron como una Biblia las enseñanzas de La Salpetriere, pero mas que todo las de Santa Ana, con un Claude y un Dumas, y con tantos psiquiatras de renombre. Tuvo una predilección por la Enfermería del Demente, hace algo así como dos años, sobre la vida de pósito de la Palicía de París, en donde fué distinguido de manera particular por el profesor Logre.

Entre múltiples recuerdos tengo el de su magistral conferencia sobre Pasteur, y en Alianza Francesa ingualluchas, reveses, esperidades y éxitos del cirujano anatomista Dupuytren. Y con su auspicio, como Presidente de nuestra Academia Nacional de Medicina, aquella magistral noche, en que fué al introductor de la Conferencia sobre Henri Mondor, del entonces Agregado Cultural de la Embajado de Francia, Pierre Garrigues. Mondor el esteta coleccionador de piedras duras y objetos orientales, de Mondor el Miembro de la Academia de Francia, por su trabajos Mallarmé, el pintor genial y delicado de rosas, que una ellas ilustraron la edición de versos, de su admirada amiga Isabel Lleras de Ospina. Mondor el gran profesor, Clínico y novedoso Cirujano.

Uno de sus últimas presentaciones a la Academia de Medicina, fué el trabajo sobre vida y muerte de José Asunción Silva, en que nos presenta a Silva, disecado por su fino historí, analizando la vida, muerte y obra, del poeta del Nocturno, en forma real y novedosa.

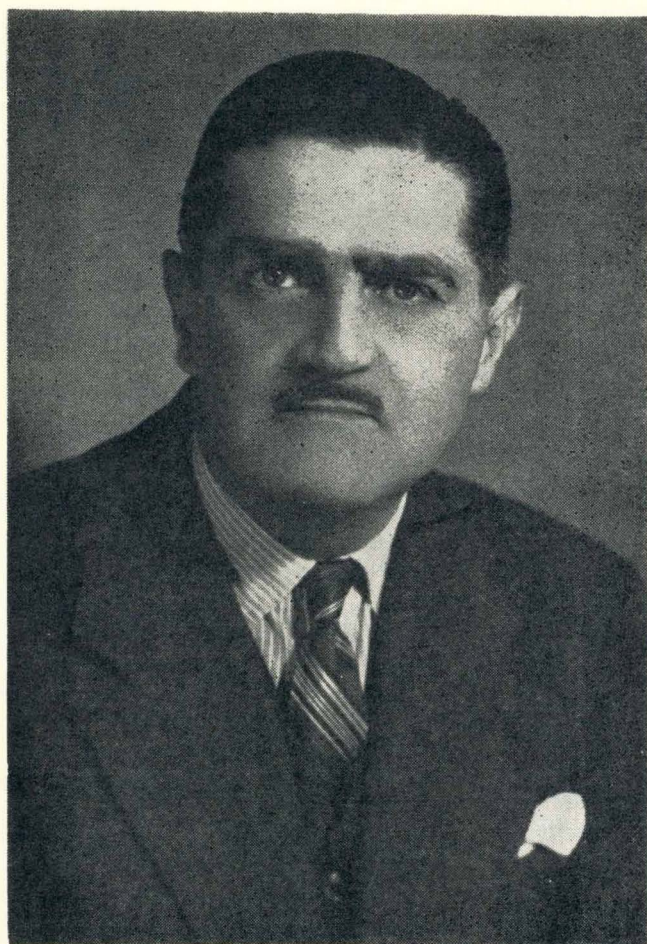
Y a mí me cupo el honor, en la Sección Solemne de la Academia de Medicina, de precederlo, con un escrito méo, sobre el Decano de los Oftalmólogos de Colombia, desaparecido meses antes, Manuel Antonio Cuellar Durán, el caritativo, encantador y bondadoso, Oftalmólogo y Clínico de categoría. El estudio a fondo del doctor Cuellar esa noche, fue de él. Sirviédole además para hablar de la tradición, protesta suave, para quien quisiera así entenderlo, de ese estado de trastorno, aún no calmado, en nuestra Universidad y en nuestra Facultad Nacional de Medicina.

Fué la vida del doctor Rico una inagotable fuente de emociones, placeres y actividades, alternadas de penas y reveses. Le pidió a la vida jugosas experiencias, mismo extrañas, con esa temperamental emoción que siempre fué exagerada, y la vida le devolvió sufrimientos que el recibió con estoicismo.

Por eso al terminar sus funerales, sobrecogidos, vimos partir hacia Boyacá la Carroza Mortuoria conduciendo su cuerpo a la tierra de su padre, don Abel de J. Rico, médico de altruismo, caridad y ciencia, y de su bella madre doña Rebeca Tejada. Así se explica con esos grandes acendientes, la característica de fondo de Rico, de ante todo ser un gran señor de grandísima raza.

Esa Carroza se fué para cumplir su voluntad, de terminar en la tierra, en la pura tierra de su Hacienda de ese bello nombre. "La Esperanza" queda optimismo. La Esperanza en cuya casona guardaba valiosa Biblioteca, objetos de arte, objetos de recuerdos. Y es con esta nota de dulzura, y digamos también de Esperanza que hacemos aquí de él, una última impresionante evocación.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA



INFORME

**DEL
SECRETARIO
BIENAL;**

**ACADEMICO
NUMERARIO:
RICARDO
VARGAS IRIARTE**

Señor Presidente, señores ecadémicos:

Al término de la vigencia de la actual Directiva, cumpla con el mandato reglamentario de rendir el informe correspondiente a las actividades de esta Academia en el período comprendido entre los años de 1963 y 1965.

Sesiones

Se realizaron 6 sesiones extraordinarias y 17 ordinarias, conviene destacar el hecho de que éstas se llevaron a cabo con la más estricta puntualidad y siempre dentro de las fechas reglamentarias.

El día 14 de marzo de 1963 se iniciaron las actividades científicas en sesión solemne que estuvo destinada al cambio de Directivas y a la disertación que el académico de número Edmundo Rico hizo acerca de su trabajo denominado "El mundo de la Neurosis" y que así por la profundidad del tema como por la forma magistral y amena como lo expuso su autor, constituyó el mejor preámbulo de las demás sesiones científicas, que por la diversidad de los temas y por su innegable interés, permitieron que el anhelo del Presidente que hoy entrega su mandato, expresado en su discurso de posesión, tuviera cabal cumplimiento; es así como esta Institución continuó ocupando posición eminentemente destacada en ese aspecto trascendental de su misión, impuesta en el artículo 1º de su reglamento, realizada en forma que a su recinto, a la vez severo y acogedor, tuvieron oportunidad de llegar y de hacerse oír, quienes fueran poseedores de trabajos científicos que marquen avances en nuestra medicina.

Trabajos científicos

Demstración palpable de lo antedicho, constituye la simple enumeración de los trabajos presentados a la Academia en este período, así:

"Tratamiento quirúrgico del síndrome de Stokes-Adams", del académico correspondiente Alberto Vejarano Laverde, en asocio de los doctores Gustavo Restrepo y Hernando Ordóñez Camargo.

"Poliomielitis aguda en menores de 6 años en 1962", del académico numerario Julio Araújo Cuéllar.

"Microglobulinemia", del académico numerario Hernando Ordóñez, en asocio del doctor Alfredo Laverde Laverde.

"El glaucoma en la práctica médica", del académico correspondiente Alfonso Tribín Piedrahita.

"Salmonellosis de los animales domésticos en Colombia", del académico numerario José Velásquez Q.

"Metabolismo del hierro", del académico numerario Jorge Camacho Gamba.

"Casos de cáncer pulmonar observados en el Hospital de San Carlos", del académico numerario Alfredo Artunduaga, en asocio del doctor Pablo García Infante.

"Opoterapia de la Tuberculosis", del académico correspondiente Silvio Luna Prado.

"Efecto de ablaciones en el cuerpo estriado sobre la conducta condicionada e incondicionada en felinos",

"Aldosteronismo, manifestaciones clínicas", del académico numerario Hernando Ordóñez.

"La depresión melancólica en la vida, en la obra y en la muerte de José Asunción Silva", del académico numerario Edmundo Rico.

"Alcoholismo y sub-desarrollo", del académico numerario Jorge Bejarano.

"Vacunación en masa contra la poliomielitis con vacuna oral trivalente de virus vivo", del académico correspondiente Fernando Serpa Flórez.

"Cine-radiografía de las vías digestivas altas", del académico numerario Gonzalo Esguerra Gómez.

"Ilio-cisto-plastia con colgajo sero-muscular invertido-reconstrucción de vejigas funcionantes-", del académico numerario Pablo Gómez Martínez.

"Estudios funcionales del pulmón", del académico correspondiente Silvio Luna Prado.

"Nuevos conceptos sobre shock y su tratamiento", del académico correspondiente Guillermo Lara Hernández.

"Herpes zoster en el padre y varicela en la hija", del académico numerario Julio Araújo Cuéllar.

"Un caso de síndrome en Boueville", del doctor Pablo García Infante.

"Conocimientos actuales sobre vacunación anti-polio", del académico numerario Julio Araújo Cuéllar.

"Anemia hipocrómica y microcítica en niños de país tropical", del académico numerario Jorge Camacho Gamba.

"Lliostomía cutánea tratamiento de vejiga neurógena por meningocele sacro", del académico numerario Jorge Cavelier Gaviria, en asocio del doctor Carlos De Rivero.

"Eso-fagitis péptica por hernia diafragmática", del académico correspondiente Alvaro Caro Mendoza, en asocio del doctor Alberto Torres.

"Cirugía esencial del iris", del académico correspondiente Alfonso Tribín Piedrahita.

"Tratamiento quirúrgico de la insuficiencia aórtica", del académico correspondiente Alberto Vejarano Laverde.

"Agenesia pulmonar", del académico correspondiente Silvio Luna Prado.

Miembros de número

Durante el período que hoy termina, tomaron posesión como miembros de número los doctores: José Velásquez Q. Jorge Cavelier Gaviria, Carlos Arboleda Díaz, Alberto Cárdenas Escovar y Joaquín Grillo, quienes habían sido elegidos como tales en el período anterior y los doctores Pablo Gómez Martínez, Alfredo Artunduaga y Hernando Ordóñez, que lo fueron en el siguiente. En sesiones extraordinarias verificadas con el fin de exaltarlos a su nueva dignidad académica, hicieron ellos en sus respectivos discursos alto elogio de los ecadémicos a quienes han venido a suceder y enriquecieron el acervo científico de la Academia con piezas de elevado interés médico-literario.

Miembros correspondientes

En el mismo período fueron recibidos como miembros correspondientes los doctores: Max Olaya Restrepo, Juan Antonio Gómez, Fernando Serpa Flórez, Alfonso Tribín Pierahita, Silvio Luna Prado y Jorge Segura Vargas.

Miembros correspondientes extranjeros

La Academia discernió esa distinción a los doctores Henri Ey y Guillermo Sánchez.

Bodas de oro profesionales

La Academia registró con la más grande complacencia las bodas de oro profesionales de dos de sus más meritorios y prominentes miembros de número, ex-presidentes de la Corporación, los profesores: Jorge Bejarano y José Vicente Huertas —Secretario Perpetuo—, que se registraron los días 10 de noviembre de 1963 y 29 de octubre de 1964, respectivamente y aprobó con la firma de todos los demás académicos sendas proposiciones en las que dejó constancia de tan faustos acontecimientos.

Académicos fallecidos

La Academia tuvo que registrar con sincero pesar la desaparición de su miembro de número el profesor Manuel José Luque y la de los correspondientes doctores: Julio Pérez Hoyos y Gustavo Esguerra Serrano, cuyo fallecimiento ha constituido pérdida muy deplorable para nuestra Institución y para la medicina patria.

Presidente Honorario

En su sesión del 8 de octubre de 1964 la Academia eligió por aclamación como a su presidente Honorario al Profesor Jorge E. Cavelier. Quiso en esa forma vincularlo en forma permanente a sus destinos desde la Directiva y darle prueba de su reconocimiento por el desvelo e interés con que siempre la ha servido.

Premios

La Academia hizo entrega del premio "Carlos Esguerra" a los alumnos de la Facultad de Medicina que se hicieron acreedores de esa distinción durante los años de 1962, 63 y 64. Fueron los doctores: Roger Torres, Orlando Guardiola y Carlos Romero. En sesión solemne correspondió al académico del número Gonzalo Esguerra por delegación del Presidente entregarle las insignias y los diplomas por ellos obtenidos y exaltar la significación que entraña esa distinción.

Revista Médica

Nuevas entregas de ese órgano del Instituto, reafirmaron la excelencia de esta publicación, que acrecientan la deuda de gratitud que tiene contraída para con su Director, el académico numerario Edmundo Rico, por haber

logrado mantenerla a la altura de las mejores de su misma índole, sin contemplación con las dificultades que para conseguirlo ha tenido que vencer.

Edificio y Finanzas

En este período se han hecho progresos en las obras del edificio de la Academia, que ha convalidado amplio respaldo y autorizaciones a su actual Presidente Honorario, en lo que respecta a futuros proyectos relacionados con el mismo, porque sabe que su indeficiente dinamismo y constante preocupación por los intereses de la Institución y a pesar del estrecho presupuesto con que cuenta, se hallan primordialmente orientados hacia el anhelo de dotarla en un futuro, quizá no lejano, de una sede acorde con su dignidad y categoría.

Otras actividades

La comisión de Reglamento, integrada por los académicos numerarios José Vicente Huertas y José del Carcen Acosta, propuso modificaciones importantes al Reglamento, que fueron aprobadas y que persiguieron actualizar algunas de las prerrogativas académicas y despertar mayor interés por las actividades del Instituto.

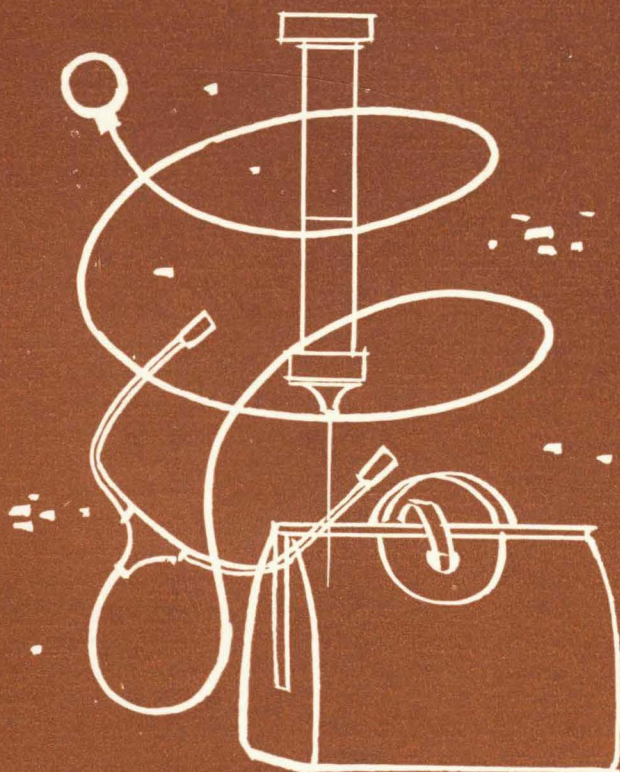
El académico numerario Luis Patiño Camargo, Delegado ante la Comisión de términos técnicos de la Academia Colombiana de la lengua, cumplió labor digna de destacarse y fue muy meritoria la que desempeñó el académico numerario Guillermo Nieto Cano, como representante de la Academia en el Sub-Comité de Drogas y alimentos del Ministerio de Salud Pública y quien después de tesonera lucha en pro del esmero y de la ética con que debe procederse al licenciamiento de las drogas y congéneres, por la importancia que ello tiene para la salubridad pública, tuvo que renunciar a su delegación, como lo hizo también su predecesor, pero no sin que hubieran sabido colocar en posición digna y respetable al Instituto por él representado.

Expreso mis agradecimientos para con el personal auxiliar de la Secretaría y muy especialmente para con su Relator, don Luis Enrique Martínez Cáceres, por la forma tan desinteresada y eficiente como ha prestado su colaboración.

Dejo así resumidas las principales actividades de la Academia en el período que hoy fenece; corresponde a los señores académicos, juzgar si ha cumplido al menos con sus dos prerrogativas fundamentales, a saber: mantener viva la inquietud científica en el orden al progreso de nuestra medicina y prestar, como órgano consultivo del Gobierno, en lo que le compete y hasta donde sus atribuciones llegan, su colaboración que ojalá llegare un día a serle no sólo útil sino indispensable.

Señores Académicos,

Ricardo Vargas Iriarte



medicina

LOS ANTIBIOTICOS

EL uso de antibióticos en nuestros días es el resultado de una larga evolución histórica que comenzó hace más o menos 6.000 años. Atrás en el tiempo el hombre trataba las enfermedades con hechizos, hierbas y metales, con los cuales intentaba atacar el agente casual, considerado entonces como un espíritu maligno, luego como miasma y después como germen. Pasó posteriormente al uso de suero y vacunas para reforzar las defensas humorales naturales; dirigió sus "balas mágicas" contra las bacterias; detuvo su desarrollo "poniéndolas a morir" con las sulfonamidas, habilitando los leucocitos como escoba mágica para destruirlas; trató de interferir el metabolismo de la bacteria lanzando un salto de mono en su maquinaria biológica; cercó la bacteria con el "muro mágico" de la penicilina, y finalmente empleó los antagonismos micribianos con fines terapéuticos.

Los progresos terapéuticos, paradójicamente, sufren retraso en su aplicación clínica. Las sulfonamidas fueron descubiertas en 1908 y sólo fueron empleadas por los elefantes en 1935; la isoniazida fue descubierta en 1912 y sólo empezó a usarse en 1952. Y la penicilina, descubierta en 1928, comenzó a ser útil a la humanidad terapéuticamente en 1941.

Y digo que sólo comenzó a ser útil terapéuticamente, porque los antibióticos están sirviendo al hombre desde el período cenozoico, cuando hipotéticamente comenzó la tarea del hombre sobre la tierra, es decir hace unos 10 millones de años. Ellos fueron multiplicándose a la par de los gérmenes, como verdadero equilibrio biológico de sostenimiento de las especies de aire, mar y tierra, perdiendo por etapas en la lucha, la que permitía a aquellos diezmar la población y mantener así un control demográfico a base de batallas biológicas. Vinieron de la tierra, desde ella servían las especies a medida de las necesidades. Los hombres intuyeron su presencia y hacían uso de múltiples preparaciones que seguramente los contenían en su estado natural; los chinos, hace más de 2.500 años, empleaban emplastos de fríjol soya cuajado para el tratamiento de infecciones de la piel. Y no sólo el hombre adivinó su presencia y utilidad, también los elefantes curan sus heridas cubriéndolas de barro, en donde los estreptomicetos abundan, y los demúridos buscan ciertos tipos de telarañas para cubrir sus heridas.

El descubrimiento de la penicilina hace 35 años y de los antibióticos de amplio espectro hace 15, demarcó la era antibiótica como "Era Axial", como denomina el filósofo Karl Jaspers las grandes etapas de la historia del mundo, porque su significación histórica es grandiosa

en el concierto de los grandes descubrimientos de nuestra era, Así como 500 A. C., cuando simultáneamente China, la India y Grecia brillaban con las palabras de Confucio, Buda y los filósofos griegos, cuando la dignidad y la conciencia humana nacían y comenzaban las grandes religiones del mundo, demarcando una "Era Axial", nuestra época es otra "Era Axial" por los grandes descubrimientos hechos en todos los campos del conocimiento: la física nuclear, la astronomía cósmica, el arte abstracto, la psicología profunda y la investigación de los antibióticos, han señalado brillantemente con su marca nuestro paso por la historia de las civilizaciones. En 30 años los antibióticos han hecho el salto de medicación "heroica" a medicación universal, por la convención que se hizo de ellos de medicación de "emergencia" a medicación de "rutina", tomarlo, no pocas veces, en el lugar del diagnóstico.

El cuadro clínico de las entidades infecciosas se ha alterado lo propio que el ciclo biológico de sus agentes causales, porque el antibiótico terapéutico rompió el equilibrio biológico entre el hombre y germen, ruptura a favor de la cual surgió una nueva patología. La virología se enriquece a diario con nuevos virus, esos nucleótidos ultramicroscópicos, tal vez subproductos de luchas bacterianas, fenómenos telúricos y demás factores determinantes de desarmonía en el equilibrio biológico, que lograron atrás en el tiempo colocar sus mojones en la patología humana, con el sarampión, la viruela, varicela, parotiditis epidémica, poliomielitis y demás entidades virales conocidas, y cuyas nuevas especies no habían podido atacar al hombre ni a las otras especies animales y vegetales, porque su crecimiento y reproducción era inhibido por la flora normal, cuya inhibición y destrucción por el antibiótico les dejó el campo libre para actual y adquirir patogenicidad. Esa flora bacteriana que conviene en toda materia orgánica, menospreciada y olvidada, y que sabemos diferente según las latitudes, condiciones meteorológicas, fenómenos telúricos, agrupaciones étnicas y demás factores de la naturaleza que la hacen ser distinta para poder defender el organismo del cual vive en las diversas condiciones ambientales en donde éste está expuesto a la invasión microbiana. Es que cuando se rompe el equilibrio biológico, las consecuencias son imprevisibles. Como ejemplo, de múltiples citables, el caso de unos algodones fumigados con insecticidas para destruir un coleóptero que amenaza la cosecha, objetivo que una vez logrado hizo posible la invasión de las raíces de las plantas por un bacilo ácidoresistente, cuya reproducción era inhibida por las deyecciones del coleóptero destruido. Tal como ha sucedido en la antibioterapia, a cuyo favor la patología viral contabiliza ya más de 30

y sus Peligros en la Terapéutica Infantil

Por ALVARO NAVIA MONEDERO

representantes, los adenovirus, que apenas comienzan a especializarse en infecciones de los sistemas respiratorios digestivo, nervioso y circulatorio, y de cuyas manifestaciones clínicas se ocupa la literatura médica desde 1950. Y surgen más virus día tras día; ya parece identificado el de la leucemia, y la etiología viral del cáncer comienza a ganar terreno en los laboratorios científicos. Nada tendría de raro que el progreso de las formas clínicas del cáncer en el organismo humano, obedezca a la luctuosa del equilibrio biológico bacteriano provocada por la tentativa de destruir el germen patógeno con el antibiótico, esfuerzo en el cual se aniquila y debilita, así mismo la flora normal del organismo, a cuyo simbiosis quizás debemos la no reproducción ni virulencia de nuevos virus.

Otro subproducto de la antibioterapia, las monilias, otrora sin poder patógeno, después de breve lapso de adaptación en la cavidad bucal pesaron al tubo digestivo, de donde hicieron el tránsito hacia otras vísceras, y es así como hoy pueden producir abscesos del cerebro, del pulmón, endocarditis, habiendo logrado en poco tiempo adaptarse prácticamente a todos los sistemas del organismo, en el cual crearon una nueva patología.

Y bacterias gramnegativas que carecían de poder patógeno, la adquirieron; colis aerogenes, proteus, alcaligenes, klebsiellas, brucellas, algunas cepas de hemophilus y la mayoría de las salmonellas figuran contemporáneamente en primera plana como agentes etiológicos de múltiples manifestaciones clínicas antes exclusivas de los grampositivos.

También la ruptura de integración gene-enzima por el antibiótico es causa de teratomas, y es bueno saber que no solo la talidomida los produce. Ya la acción inhibitoria de la antibioterapia sobre el sistema enzimático del organismo, da como secuelas además, entre otras, la desaparición de secreción láctea por la glándula mamaria, circunstancia que el binomio obstetrapediátrico no puede menospreciar por ningún motivo.

Por otra parte, las resistencias bacterianas se potencializan a diario; el estafilococo dorado es ya el huésped habitual del organismo humano, en donde tiene su medio de cultivo habitual; el treponema pallidum y el gonococo recobraron su superdebilitada patogenicidad, y reaparecieron nuevas formas clínicas de sífilis y blenorragia. Y pensar que con el advenimiento de la penicilina, una dosis de 100.000 unidades eran suficientes para "curar" una uretritis gonococcia, así como 10 aplicaciones de la misma dosis diariamente blanqueaban las manifestaciones luéticas primarias y secundarias. Hoy,

se requieren millones de unidades de penicilina cotidianamente en límites apenas tolerables por el metabolismo, siendo contemporáneamente penicilinoresistentes la mayoría de cepas de treponemas y gonococos.

Igualmente, el clorafenicol en sus comienzos erradicaba una tifoidea, por tóxica, que fuese el agente causal, en un lapso de 4 a 6 días de terapia, y en dosis del gr/día. Actualmente el tratamiento de la tifoidea con clorafenicol es todo un problema terapéutico; precisa administrar el fármaco durante dos septenarios, y sus secuelas tóxicas la hacen peligrosa, el externo de que comienzan a aparecer en la literatura médica mundial tentativas de terapia de la tifoidea con fármacos distintos a los antibióticos. Porque estas drogas paseen demostrada toxicidad sobre todos los sistemas del organismo humano, lo que obliga forzosamente a restringir su prescripción.

Problema aparte es encontrar el antibiótico específico para el germen por atacar, lo que conduce a usar mezclas de antibióticos, no pocas veces inocuas para las bacterias pero sí nocivas para el organismo humano. Aquí es bueno recordar a Osler cuando afirmaba que "los médicos jóvenes comienzan a ejercer su profesión con 20 drogas para cada enfermedad, mientras los médicos viejos llegan al invierno de la vida con una droga para 20 enfermedades".

Sabemos que no sólo contra los antibióticos desarrollan resistencia los gérmenes; basta recordar que cuando se sintetizó la sulfapidina, el neumococo y los gonococos sufrieron un serio impacto en su biología, del cual se repusieron bien pronto; ya a los dos años de circular ésta y otras sulfas había 32 neumococos sulforresistentes, mientras el gonococo hacía intoxicar primero a los pacientes con la ingestión de la droga que ceder en sus manifestaciones clínicas.

Lo propio está sucediendo en nuestros días con la isoniazida, verdadera revelación farmacológica contra el mycobacterium Koch, a cuya aparición debe la lucha antituberculosa en el mundo invaluable servicios, pero a cuya acción tóxica sobre su estructura está oponiendo el bacilo tuberculoso toda su potencialidad biológica. De aquí que los plazos iniciales de terapia, de 3, 4 a 12 meses como máximo, se hayan estirado a 12 meses y 2 años contemporáneamente. A lo cual se suma la constante necesidad de aumentar las dosis para conseguir el objetivo terapéutico deseado, que de 5 mg/kg/día en las primeras informaciones para tratar inclusive granulias bacilares, vamos en 20 a 40 mg/kg/día, debiendo apelar en la mayoría de los casos a asociaciones con otros medicamentos no exentos de toxicidad.

Los médicos de hoy reproducimos con los antibióticos lo que nuestros inmediatos antecesores en profesión hicieron con los arsenicales, bismúticos y mercuriales. Hoy no podríamos entender la falta de sentido común de las campañas antisifilíticas a base de bismuto hebdomario.

Explicable el abuso que hemos hecho de los antibióticos, pues se nos ofrecían como panacea destructora de cuanto germen patógeno conocemos. Y hoy como ayer estamos perdiendo la batalla contra la bacteria, a lo cual se suma la nueva patología comentada y los fenómenos tóxicos de estos fármacos sobre el organismo humano. Es bueno recordar aquí a Bernard Shaw cuando proponía a los médicos "NO TRATAR DE DESTRUIR LOS GERMENES SINO APRENDER A CONVIVIR CON ELLOS, EN UNA POLITICA DE VIVIR Y DEJAR VIVIR".

Por eso los chinos, filósofos tradicionales, se han mostrado reacios a adoptar la medicina alopatrica. Mao Tse Tung ordenó en 1944 la enseñanza de la medicina tradicional en las Facultades médicas chinas, siguiendo así la instrucción de sus consejeros, quienes afirmaban entonces que la adopción de la quimioterapia occidental podría tener consecuencias imprevisibles, que quizás pudiesen ser más dañinas que el mismo mal que trataban de combatir. Y es de anotar que en 1959 más de 2.000 médicos chinos, conocedores de la medicina occidental, tomaban cursos intensivos de la medicina tradicional, entre cuyas armas figuran la acupuntura especialidad que hoy cobra auge inesperadamente en Francia.

Las fuentes de antibióticos son inagotables en la naturaleza. Allí donde ha materia orgánica ellos están en su forma natural, cumpliendo su misión de sostenimiento del equilibrio biológico. Y se indentificarán nuevos antibióticos extraídos del fondo de los océanos y pantanos, que inicialmente parecerán ser los verdaderos agentes que esperábamos para exterminar el germen, pero con ellos como con los nuevos y promisorios derivados de la penicilina semisintética, perderemos bien pronto las ilusiones iniciales y comenzaremos a afrontar sus nuevos efectos colaterales. Porque el ser humano, dice Félix Martí Ibáñez, es una unidad somatopsíquica en movimiento "haciendo su yo en el curso del tiempo". Por lo consiguiente, la enfermedad rompe la armonía del vivir y crea un modo doloroso y anormal, y las infecciones son algo más que una simple reacción entre microorganismos, anticuerpos y fagocitos; la enfermedad es una serie de interacciones entre una causa etiológica y el paciente, y la infección en sí es la secuencia de un germen tiempo atravesando la secuencia del espacio-tiempo.

Según Henri Laborit es más interesante obtener la respuesta total del organismo al ataque mórbido que reducir nuestra acción al ataque mórbido en sí mismo. Es más importante la presencia en la sangre de cantidades adecuadas de properdin y gammaglobulinas como colaboradores del sistema fagocitario, que el ataque terapéutico al agente microbiano. Las drogas del mañana podrán quizás ser empleadas para disminuir la respuesta orgánica excesiva al agente microbiano, tal como las de hoy son usadas para combatir el estímulo combatiente de los gérmenes. Y más si se tiene en cuenta que el organismo humano puede ser una fuente poderosa de antibióticos, a pesar de su pequeñez espacial, con su mar interior intracelular, su humores pueden contener poderes defensivos tan activos como los que quizás se encuentren

en el fondo de los mares. Prueba de esta posibilidad. aparte de muchos ejemplos similares, la reciente información del profesor Deldeck de la Universidad de Hamburgo, según la cual la susceptibilidad del hombre a ciertos virus depende más de la condición psíquica del individuo que de sus condiciones físicas. El profesor comentó el caso de los carteros de Hamburgo, que no sufrieron de la gripa asiática en el invierno de 1957, cayendo la mayor parte de ellos al comenzar el año siguiente; y explicó que para la Navidad los carteros "están muy ocupados", no estando, consiguientemente. "en condiciones psíquicas" de enfermarse, por lo cual "aplazaron" la enfermedad para cuando "pudieran" tenerla.

Y los antibióticos nos rodean por doquier, desde los que están en la naturaleza en su forma primitiva hasta los sintetizados por la industria farmacéutica. Y con ellos tenemos diario contacto aún en ausencia de patología, porque su aplicación a las industrias pecuaria, de enlatados y agrícola así la determina. Para tener una idea de lo que significa la industria farmacéutica contemporánea de los antibióticos, es bueno saber que en 1955 Norteamérica produjo mil doscientas toneladas de antibióticos, con un costo aproximado de mil millones de dólares. Inglaterra, Francia, Alemania y Rusia producen otro tanto anualmente, habiendo aumentado tales cifras considerables en los últimos años.

Absurdo sería pretender ignorar los beneficios que a la antibioterapia debemos, pues la prolongación del índice de la vida y la reducción de la mortalidad infantil, a cifras no sospechadas antes de su aparición, a ellos se deben. Pero también es por lo menos imprudente subestimar el precio tal alto que estamos pagando por este servicio por los obligados corolarios de la antibioterapia, esbozados a la ligera en este ensayo.

El objetivo lógico de la terapéutica debe ser el de buscar armas para vigorizar las defensas naturales del organismo frente a la infección; la medicación inmunobiológica se impone, el perfeccionamiento de los bacteriófagos es una necesidad contemporánea inaplazable; la tecnificación de la asepsia y la antisepsia y de la medicina preventiva una meta impostergable. Tales son las mojoneras sobre los cuales se debe edificar el andamiaje de la lucha contra la infección, y a ello debemos dedicar su potencialidad económica las laboratorios farmacológicos, en la seguridad de obtener luego las mismas fabulosas utilidades que hoy deriban de la fabricación de antibióticos. Si seguimos el ritmo actual de constante rompimiento del equilibrio biológico de los gérmenes, seguramente estemos incubando una epidemia viral cuyos estragos serán dantescos en comparación con los de la epidemia de gripa del 18; si entonces la gripa asiática según la vida de 20 millones de seres humanos en el mundo, la epidemia en potencia podrá ser la hoz de la explosión demográfica contemporánea fabricada por el hombre mismo, subconscientemente tal vez inadvertidamente en apariencia. Prueba de este aserto, la reciente información de una nueva epidemia viral transmitida por el Aedes Aegypti, calificada como fiebre hemorrágica, y que se traduce en ataque súbito de fiebre, vómitos, dolores abdominales, erupciones y hemorragias, siendo fatal en el 20% de los afectados. Esta epidemia comenzó en Manila, pasó al continente asiático y progresivamente ha hecho centenares de víctimas en Tailandia, Vietnam, Malasia y el sur de la India.

VERTIGO: Anotaciones Neurológicas (1)

Por JUAN ANTONIO GÓMEZ (+)

Hess, el famoso neurofisiólogo escribió: "en el curso de movimientos voluntarios consecutivos a acciones musculares resultan ciertas fuerzas reactivas que son compensadas en el organismo normal a través de impulsos suministrados principalmente por los aparatos propioceptivos y vestibular. Esta preparación refleja de la posición inicial suministra lo que podría llamarse el soporte dinámico sobre el cual los movimientos voluntarios se sobrepone. En esta concepción funcional no se hace diferenciación entre la inervación piramidal y extrapiramidal puesto que estos términos se refieren principalmente a relaciones anatómicas. Para subrayar la situación dinámica, el término teleoquinético se ha usado para la face voluntaria del movimiento y el término ereísmático se ha usado para designar la otra face, que proporciona las condiciones básicas para cualquier acción o movimiento preciso". Es importante, pues, aceptar la noción de que el mecanismo equilibratorio no es solo la integración de reflejos vestibulares, propioceptivos y visuales sino que tiene que tener información *previa* de cualquier acto voluntario.

El sistema estatoquinético es responsable de establecer y mantener el equilibrio de la postura activa durante los períodos de vigilia. Como el llamado esquema corporal, el control estatoquinético es un prerequisite para la orientación espacial por medio de los varios sistemas sensoriales y sirve de base para las acciones voluntarias superimpuestas. Los canales semicirculares, los otolitos y los receptores propioceptivos del cuello son los organismos sensoriales más importantes para la estatoquinesia. Los otolitos son responsables de la presencia continua de los reflejos tónico vestibulares que no muestran adaptación ante los estímulos.

El animal descerebrado al nivel intercolicular clásico de Sherrington tiene reflejos laberínticos y tónicos cervicales que le permiten mantener una posición erecta estática. En cambio el animal decorticado (talámico) tiene actividad motora integrada; puede enderezarse, moverse libremente y contrarrestar influencias externas sobre sus movimientos, siempre y cuando la percepción olfatoria y visual no sea necesaria.

Los canales semicirculares suministran al sistema estatoquinético con impulsos que hacen posible la compensación por aceleración pasiva angular. Los otolitos se usan para compensar la aceleración rectilínea y para corregir la postura modificada, al mismo tiempo que los órganos propioceptivos de los músculos y especialmente del cuello, corrigen los cambios de posición de las varias secciones de los miembros en relación con otras partes y con el cuerpo en general. Por lo anterior es fácil entender como el equilibrio corporal es realmente la suma e integración de varios niveles de organización nerviosa que se manifiestan segmentalmente. Así tenemos que la posición del cuerpo y de los miembros está gobernada fundamentalmente por los reflejos tónicos musculares que se originan en los usos musculares y se descargan a través de las motoneuro-

nas alfa, siendo inhibidos por los órganos de Golgi de los tendones, y sensibilizados por la descarga de las motoneuronas gama. La integración de todos estos reflejos tónicos produce, a nivel espinal, la primera estructura de organización cuyos estados patológicos se manifiestan por el shock espinal, la espasticidad o la rigidez. Ascendiendo más en el sistema nervioso central encontramos que en el tallo cerebral y en el cerebelo están representados los principales órganos que intervienen con el balance del cuerpo y que a su vez son influenciados por los inferiores, de tipo espinal, y se ajustan a influencias de tipo más alto. El sistema vestibular permite la orientación del cuerpo con respecto a las fuerzas de gravedad y las aceleraciones y desaceleraciones, como hemos visto anteriormente. De la integración de los impulsos vestibulares con el sistema propioceptivo, la visión y los reflejos tónico-cervicales se llega al balance postural del cuerpo cuya alteración se traduce, ya sea por vértigo, en el caso de disfunción del vestíbulo, ya sea por ataxia, en el caso de lesión cerebelosa, o como ataxia de tipo sensitivo cuando hay interferencia con los sistemas propioceptivos. Más arriba en la organización nerviosa encontramos el diencefalo y el sistema extrapiramidal cuyo funcionamiento forma la base esencial de la "preparación para la acción" o sea la actividad de tipo eurismático. Clínicamente su mal funcionamiento se traduce por coreotetosis, rigidez y balismo. Finalmente se ve el cortical tenemos las actividades de análisis y la organización de la actividad voluntaria, o sea el aspecto teleoquinético de la proyección del organismo hacia el exterior. Bajo el punto de vista subjetivo, el daño a uno cualquiera de estos niveles produce inestabilidad si es a nivel medular, imbalace o vértigo en el caso de las estructuras del tallo cerebral, desmayo cuando se afecta el sistema reticuloactivador, propulsión y movimientos incontrolables si hay patología extrapiramidal y estasia-abasia cuando hay desarreglo funcional. El "transtorno" parece que relaciona con interferencias con el funcionamiento cortical.

REFLEJOS VESTIBULARES EN LA CLINICA PEDIATRICA

Concretándonos al tema del aparato vestibular debemos recordar que los principales reflejos que se originan allí son los siguientes: los reflejos laberínticos tónicos que actúan sobre los músculos esqueléticos, sobre los ojos y sobre unas pocas de las actividades autonómicas. Los reflejos laberínticos de enderezamiento actúan principalmente sobre la cabeza tratándola de llevar a una posición normal si se ha desviado de ella. Los reflejos laberínticos de caída o de ascensión brusca y por último los reflejos laberínticos de aceleración rotatoria que se manifiestan principalmente en el nistagmus de tipo vestibular. Sin embargo debemos recordar que todos estos reflejos actúan con más o menos intensidad sobre el vasto conjunto de la musculatura esquelética y que los últimos producen la reacción que se ha llamado discóbulo por la posición característica que adopta el paciente cuando se estimulan los canales semicirculares con una corriente galvánica o por medio de estimulación calórica. No vamos a detallar los efectos laberínticos sobre la función pu-

(1) Resumen de la intervención del Doctor Gómez en el Simposio que sobre este tema se celebró en la Academia de Medicina.

* Académico correspondiente. Academia Nacional de Medicina.

pilar y su íntima conexión con la actividad intestinal a través del nervio vago.

Todos estos reflejos se han estudiado exhaustivamente en animales de experimentación, pero en el hombre se les puede encontrar, aún rudimentariamente, y tienen utilidad en el diagnóstico neurológico. Por ejemplo el reflejo tónico cerebral de los recién nacidos, que generalmente desaparece alrededor de los 6 meses de edad, se manifiesta cuando la cabeza se voltea hacia un lado lográndose la extensión de los miembros hacia el cual la nariz se desvía y la flexión de los miembros contralaterales. También está el reflejo de enderezamiento al voltear la cabeza que produce una rotación del cuerpo en la misma dirección de la rotación cefálica para poner el cuerpo en línea con ella. Este reflejo debe presentarse únicamente durante el primer año de vida en forma completa y en ninguna manera después de los 5 años.

Cuando se cubren los ojos a un persona y se le inclina hacia adelante, hacia atrás y hacia los lados resulta que la cabeza se rota reflejante para tenerse en una posición erguida permanente a pesar de los movimientos del cuerpo. Este reflejo es mediado a través de los otolitos y se manifiesta desde el segundo mes en adelante y persiste durante toda la vida.

El reflejo de Landau es más claro cuando se examina un niño entre uno y dos años de vida. Se mantiene al infante en decúbito prono mantenido por las manos del examinador. Normalmente el niño extiende la cabeza, el tronco y las extremidades de modo que adopta una posición como de opistótonos. Si la cabeza se mueve por el examinador hacia abajo entonces hay una flexión de los miembros inferiores sobre la pelvis el tronco también se fleja y el niño adopta una actitud de arco con la convexidad hacia arriba.

Los reflejos de caída y de ascenso brusco se producen poniendo las manos del examinador debajo de las axilas del niño y elevándolo o dejándolo caer súbitamente. Cuando el niño sube, la cabeza y el cuerpo se doblan hacia adelante y los miembros superiores se estiran hacia abajo. Cuando el movimiento cesa, la cabeza y el cuerpo se extienden, y los miembros superiores se levantan. Cuando el niño cae la cabeza se extiende y los miembros superiores se levantan. Estos reflejos se encuentran después del sexto mes de vida y persisten a través de toda ella.

También tenemos el reflejo de Moro que se producen en el niño recién nacido por un ruido súbito o por un descenso de su plano horizontal de soporte, todo lo cual produce primero una extensión rápida y simétrica de los cuatro miembros y posteriormente la abducción de los miembros superiores en el llamado reflejo de abrazo.

Es muy útil clínicamente la investigación de los reflejos vestibulooculares o reflejos cefalooculogiros que se buscan al mover la cabeza pasivamente. Los ojos deben permanecer fijos en un punto y desviarse en dirección opuesta al movimiento de la cabeza. ("Ojos de muñeca").

Como puede verse los reflejos posturales que acabamos de describir son generalmente una combinación de los mecanismos propioceptivos tónico cervicales y reflejos vestibulares.

OTROS ASPECTOS CLINICOS

Bajo el punto de vista neurológico es importante distinguir en el síndrome vertiginoso dos localizaciones principalmente: la periférica o laberíntica, y la central. La sensación vertiginosa de origen laberíntico es muy clara y el paciente casi siempre puede describir nitidamente que él, o los objetos, giran a su alrededor en una dirección determinada. También hay la tendencia a caerse y se siente como si una fuerza extraña obrara sobre el cuerpo impulsándolo hacia un lado determinado. En cambio el vértigo de origen central generalmente no tiene una iniciación tan brusca, ni es paroxística; y

su duración puede ser muy corta o muy larga con sensaciones vestibulares. El vértigo central no está bien sistematizado ni localizado, en lo cual sigue la regla general de que la percepción sensorial no se puede producir sino por estimulación de los órganos periféricos y tal vez de la corteza. Sin embargo no deja de ser extraño que la sensación vertiginosa solo se observe en la clínica cuando hay lesión vesde inestabilidad menos precisa que la proveniente de los úrtibular o de la parte inferior de los núcleos vestibulares. Ni siquiera la parte superior de estos mismos núcleos ni las conexiones centrales de ellos, como son el fascículo longitudinal posterior, o la vía vestibulo talámica son capaces de producir una sensación clara de vértigo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Entre las causas neurológicas que producen vértigo encontramos principalmente las lesiones vasculares del tronco cerebral por destrucción o irritación de los centros vestibulares, los traumatismos craneoencefálicos, y especialmente el síndrome post-traumático en el cual es muy frecuente encontrar manifestaciones vertiginosas subjetivas por un largo período de tiempo; los tumores del ángulo pontocerebeloso que frecuentemente producen sensaciones vertiginosas y algunas infecciones que atacan, ya sea los nervios o las estructuras vecinas del tronco cerebral, como son las encefalitis por paperas con su predilección con el VIII par, el síndrome de Granedigo y las meningitis por pneumococos. La neurosífilis, es bien sabido, produce en muchas ocasiones vértigo que puede ser por compromiso directo del vestibulo. Entre nosotros es frecuente encontrar cisticercosis como causa del vértigo. Por último tenemos los síndromes de origen hereditario o congénito como son el síndrome de Cogan, el síndrome de sordera, uveítis y despigmentación cutánea y de cabellos, y la atrofia óptica hereditaria Leber. La siringobulia también es capaz de producir vértigo. La esclerosis en placas puede iniciarse para un síndrome octiginoso.

El diagnóstico diferencial de estas entidades no es difícil puesto que el conjunto de signos y signos que las acompañan son característicos, y pocas veces presentan el vértigo como única manifestación. Así los tumores del cerebro producen más que todo ataxia, adiadococinecia, hipotonía o hiporreflexia y los tumores del cuarto ventrículo generalmente inician su sintomatología por signos de hipertensión endocraneana al ocluir el libre pasaje del líquido cefalorraquídeo. Los síndromes congénitos se pueden excluir y muy fácilmente porque presentan compromiso ocular y la siringobulia por su ataque bilateral a las estructuras centrales respetando las que están hacia la superficie. En las infecciones predomina los síntomas generales y el compromiso difuso del sistema nervioso central, excepto del síndrome de Granedigo que se puede descartar por los signos del facial y del trigémino. Estudiaremos más adelante el diagnóstico diferencial de las lesiones vasculares del tronco cerebral. El síndrome post-traumático es evidente por sus antecedentes. En la epilepsia se produce un tipo de vértigo corto, mal definido, paroxístico y seguido en la mayor parte de los casos por otras manifestaciones generales como son convulsiones tónico-clónicas y pérdida de la conciencia, con amnesia de todo o parte del episodio.

SINDROMES VASCULARES

Por último tenemos el conjunto de los síndromes vasculares de la parte baja del tronco cerebral. El más característico es el síndrome de Wallenberg que se presenta por oclusión de la arteria cerebelosa postero-inferior. El síndrome completo incluye los siguientes signos y síntomas: vértigo, náuseas y vómito tendencia a caer hacia el lado de la arteria ocluida por daño sobre los núcleos vestibulares. Disminución de la sensibilidad del lado ipsilateral de la faringe por daño del núcleo y el tracto solitario. Parálisis de la cuerda vocal del mismo lado y del paladar con disartría y disfagia con destrucción del núcleo ambiguo. Síndrome de Horner ipsilateral por desarreglo de los centros simpáticos en la formación reticular lateral del bulbo. Hipoalgesia o anal-

gesta y disminución de la sensación de temperatura en la cara por destrucción del núcleo y el tracto espinal del trigésimo. Hipotonía y ataxia de los miembros ipsilaterales, especialmente los miembros superiores, por daños sobre los haces espinocerebelosos. Hipoalgesia y disminución de la sensación de temperatura del lado contralateral del tronco por lesión del haz espino talámico. Nistagmus horizontal con el componente rápido hacia el lado de la trombosis por destrucción o injuria de los núcleos vestibulares y del fascículo longitudinal superior.

VARIANTES DEL SINDROME DESCRITO

Raramente se encuentra el síndrome en forma tan completa como lo acabamos de enumerar. El vértigo y la náusea se presentan generalmente en forma transitoria pero la ataxia es un signo mucho más durable. Como variantes del síndrome lateral del bulbo se encuentra aquel causado por oclusión de la arteria vertebral. Este síndrome a menudo ignorado por la tectoclusión de la arteria vertebral. Este síndrome a menudo ignorado por los textos se ha llamado de Cestan-Chenais. Generalmente principia por una pérdida súbita de la conciencia de la cual se suele recuperar el paciente para caer en un segundo o tercer episodio que puede llevar a la muerte. Es más común después de la edad de los 50 años y sobre todo en personas diabéticas e hipertensivas. Sus características clínicas son esencialmente las mismas del síndrome de Walenber^g, con las siguientes adiciones: 1) hemiparesis contra lateral o hemiplejia por destrucción del haz cortico espinal o piramidal. Acúfenos y sorderas del mismo lado de la oclusión pues la arteria auditoria interna nace de las vertebrales en un cerca del 40% de los casos.

Parálisis facial del mismo lado per destrucción de las fibras de ese nervio cerca a su punto de salida del tronco cerebral.

Precisamente por disminuir la irrigación a nivel de la arteria posterior e inferior del cerebelo se pueden producir síndromes parecidos, con algunas pequeñas variantes, si la circulación de las vertebrales en el cuello está comprometida por la presencia de osteofitos. Al voltear la cabeza en estos pacientes hay una disminución significativa del riego sanguíneo lo cual puede hacer bajar la tensión útil en las ramas de la vertebral o de la basilar produciendo vértigo y otras manifestaciones de disfunción de los pares craneanos.

Por razones no bien claras, cuando la oclusión o la insuficiencia de las arterias se produce por encima de la cerebelosa posterior e inferior no se produce vértigo. Por ejemplo, la oclusión total de la basilar generalmente se manifiesta por un cuadro muy agudo y muy grave con rigidez de cerebración, si el paciente vive lo suficiente para poder ser examinado. En la estenosis con baja del riego sanguíneo intermitente se pueden ver hemiplejias o hemiplejias dobles transitorias y recurrentes pero al mismo tiempo hay confusión mental que puede entrar fácilmente en coma. Hay parálisis semilateral o bilateral de los pares craneanos III a XI y sordera en algunas ocasiones. Además hay signos referibles a la falta de circulación a través de las arterias cerebrales posteriores si el círculo de Willis no está patente como es de común ocurrencia en estos pacientes arterioescleróticos.

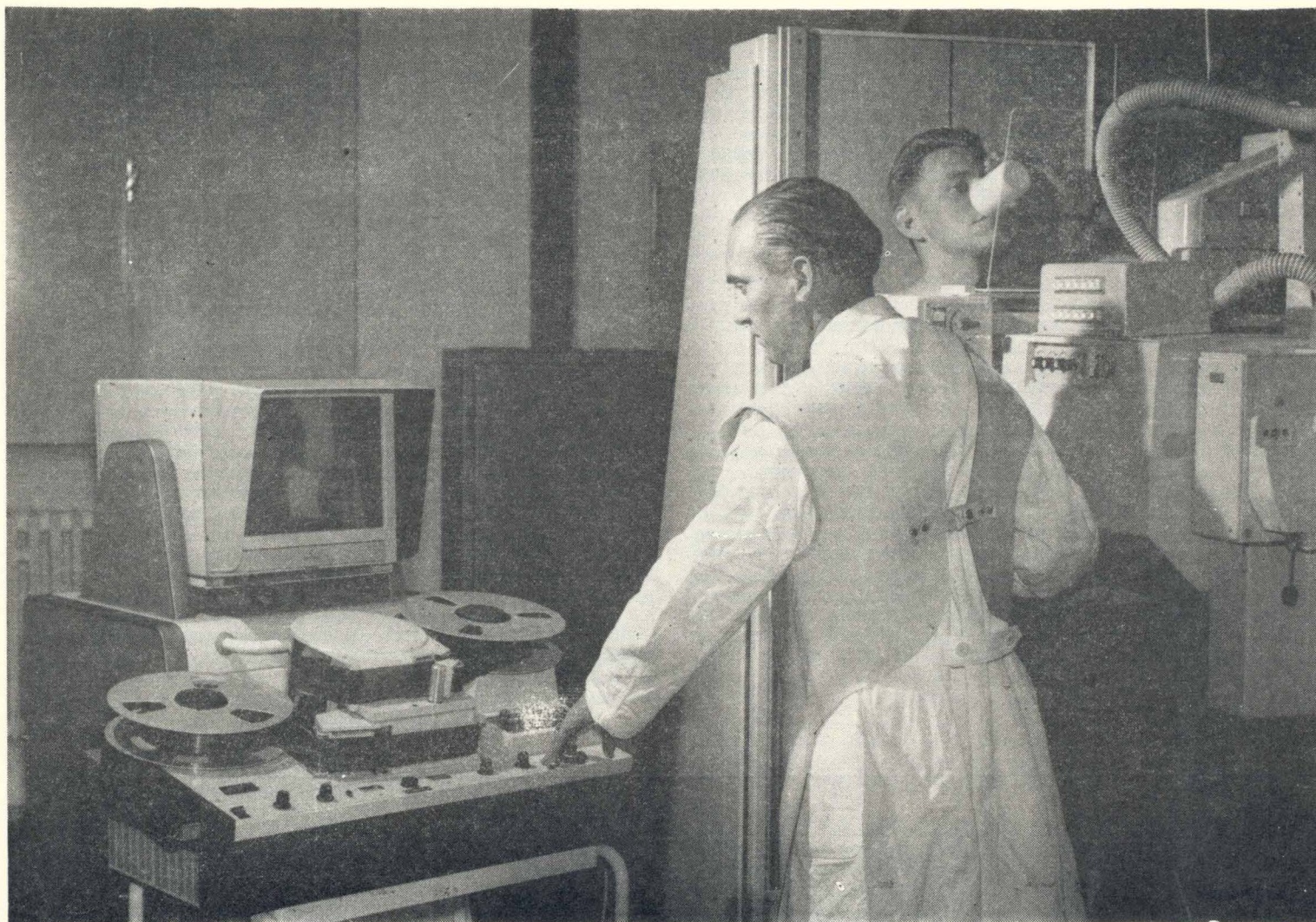
Si la trombosis abarca la cerebelosa postero-inferior se combina con el síndrome lateral del bulbo, ya descrito.

CORTESIA DE INSTITUTO QUIBI Ltda.

BOGOTA - CALI - MEDELLIN - BARRANQUILLA

AVENIDA 1A. No. 17-35 - CONMUTADOR 469606 - 468593

BOGOTA - COLOMBIA



EL GRABADOR DE CINTA MAGNETICA VR 1550

Cuanto más de tallado sea el diagnóstico, tanto mejores serán las posibilidades de éxito para la terapia. El cometido de la medicina y la técnica es aumentar el valor informativo que se obtiene con los actuales equipos de exploración y hallar mejores recursos para el diagnóstico. En los esfuerzos encaminados para lograr este cometido, se ha desarrollado el grabador de cinta magnética para la conservación de las imágenes radiológicas, el cual es un valioso auxiliar para las elevadas exigencias del diagnóstico. La conservación de la imagen radiológica está especialmente indicada

para el diagnóstico de procesos patológicos que son visibles solamente durante corto tiempo.

El contraste, la luminosidad y el poder resolutivo de la imagen radioscópica han sido perfeccionados hoy de tal forma que en numerosos casos ya es posible establecer diagnóstico durante la exploración radioscópica. El único inconveniente que presenta la radioscopia convencional es la imposibilidad de reproducir los exámenes para fines de documentación. Para la documentación de un proceso funcional se disponía hasta hace poco, solamente de la cinematografía y de la técnica

de seriación rápida. Con estos dos métodos, el radiólogo recibe el resultado de la exploración después de un prolongado tiempo de espera motivado por el revelado de la película. En cambio, el grabador de cinta magnética permite "conservar" cualquier imagen que se escoja y observarla como una imagen estacionaria en el mismo receptor de TV o en otro después de haber terminado la exploración radioscópica, lo que abre así nuevas perspectivas al diagnóstico radiológico.

El grabador de cinta magnética VR 1550 ha sido desarrollado según las concepciones más recientes en el cam-

po de la conservación magnética de la imagen de televisión. El mismo ofrece imágenes de excelente calidad y es de fácil manejo. Estas 2 características lo predestinan como el complemento ideal de una eficiente instalación de imagen-televisión.

Este grabador de cinta magnética funciona según el principio de un aparato magnetofónico normal. Una imagen televisiva de la norma de 625 líneas exige, sin embargo, para su transmisión una gama de frecuencias de 25 hasta 5.000.0000 de ciclos. Para la grabación magnética de tan elevadas frecuencias de señal, es necesario que el sistema de banda de la cabeza magnética tenga velocidades de exploración de 20 m/s hasta 30 m/s o sea, una velocidad de más de 100 kilómetros por hora. El grabador de cinta magnética VR 1550 funciona según el sistema "Helical Scan", un sistema de exploración concebido según los últimos adelantos de la técnica. Mediante una correspondiente variación de la velocidad de avance de la cinta magnética, es también posible la observación con marcha lenta o acelera-

da de la cinta.

Paralelamente con la grabación de la imagen se pueden grabar, independientemente entre sí, dos programas de sonido. Una vez efectuada la conservación magnética de la imagen, el médico puede grabar en la cinta el comentario relacionado con el diagnóstico, pudiendo emplear para ello las dos pista de sonido. Las imágenes y las cintas de sonido pueden borrarse una vez utilizadas.

El grabador de cinta magnética VR 1550 puede ser integrado en cualquier equipo de roentgen-televisión sin necesidad de mayores recursos. Para la exhibición de la imagen radioscópica se prestan los receptores instalados en las salas de disertación, o proyectores de televisión, así como los monitores de la instalación de roentgen-televisión.

Resumiendo las experiencias obtenidas con el grabador de cinta magnética en numerosos centros de radiología europeos, llegamos a las conclusiones siguientes: la conservación magnética de la imagen reúne de una manera ideal una serie de ventu-

jas de la fluoroscopia con aquellas de la cinematografía y la seriación rápida. La posibilidad de exhibir en forma sucesiva una determinada fase de fluoroscopia, ofrece al médico una mayor ganancia de información. Mediante la exhibición repetida de una escena determinada, es posible la observación de anomalías de corta duración que el ojo del examinador no puede retener al efectuar la radioscopia. Además, en muchos casos es posible reducir la duración de la exploración radioscópica. También la conservación magnética permite mostrar en cualquier momento al jefe médico o a los especialistas los casos clínicos críticos, lo que favorece de una manera sustancial el intercambio de experiencias.

Finalmente el grabador de cinta magnética se presta para fines de enseñanza en clínicas universitarias y centros radiológicos.

La conservación magnética de exámenes especiales ha demostrado que este nuevo método hallará aceptación en casi todos los campos del diagnóstico funcional radiológico.

CLINICA DE MARLY

CALLE 50 No. 9-67

TELEFONOS: CONMUTADORES: 454-001 Y 521-020

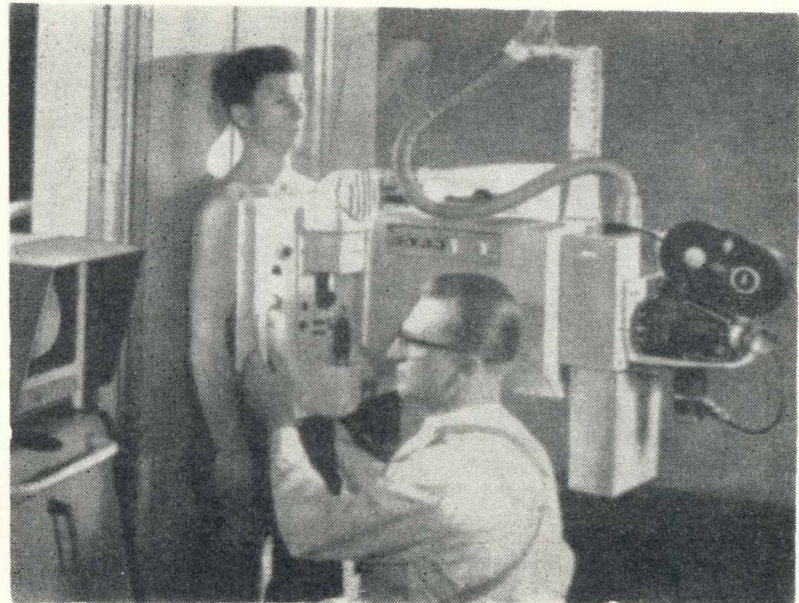
Servicios Médico - Quirúrgicos y Maternidad

Laboratorios: Clínico y de Rayos X

SERVICIOS PERMANENTES DE URGENCIAS Y DROGUERIA



EL NUEVO
SISTEMA
INTENSIFICADOR
DE IMAGEN
DE RAYOS X
CON TELEVISION



La Televisión fluroscópica elimina la necesidad de cuartos oscurecidos, permitiendo completa libertad de movimiento y asegurando contacto normal con el paciente.

Excelente brillantez de la imagen por el aumento miles de veces y control electrónico de contraste.

Bajas dosis para el paciente.

Observación simultánea de la imagen por el médico operador y asistentes en otras salas.

Disponible en dos ejecuciones:

1. Intensificador de imagen con cámaras de televisión incorporada para exclusiva operación fluroscópica.
2. Intensificar con distribuidor de imagen a control remoto para cinematografía y vista simultáneamente en pantallas monitoras.

Tubos intensificadores de 7" o de 9" a elección.

SIEMENS ELECTROMEDICINA LTDA.

BOGOTA D. E.

Cra. 7ª N° 34-17
Tel. 454-070

CALI

Av. de las Américas
N° 18-N-71
Tel. 64-439

MEDELLIN

Cra. 47 (Sucre)
N° 49-66
Tel. 427-345

BARRANQUILLA

Calle 39 N° 41-67
Tel. 19-603

LAS VACUNAS ORALES DEL VIRUS DEL POLIO

**Declaración Suplementaria
del Comité de la
Academia de Pediatría**

(A la luz de nuevos adelantos, la siguiente declaración suplementaria para el Libro Rojo de 1964 fue aprobada por el Comité en su reunión de octubre 25 de 1964 en la ciudad de New York).

En julio de 1964 se reunió un Comité Consultivo Especial sobre Vacunas Orales contra la Poliomielitis con destino al Jefe de Sanidad Militar para discutir la vigilancia de la poliomielitis en los Estados Unidos con particular referencia a posibles casos asociados con la vacuna oral. El informe del Comité fue publicado en "J. A. M. A." (190: 49-51, Octubre 5, 1964) junto con comentarios menores al mismo del doctor A. B. Sabin (Páginas 52-55).

El Comité observó que desde 1961 aproximadamente 100 millones de dosis cada uno de tres tipos de la vacuna oral contra el virus de polio han sido administradas en los Estados Unidos. La vigilancia ejercida por la Subcursal Epidemiológica del Centro del Servicio de Salud Pública sobre enfermedades contagiosas indica que un total de 87 casos de parálisis han sido denunciados siguiendo a un período de treinta días después de haber sido aplicada la vacuna oral ("Henderson, et. al., J. A. M. A. 190:41" Octubre 5, 1964). En base a un cuidadoso examen de los datos epidemiológicos, clínicos, y de laboratorio disponibles, 57 de los 87 casos fueron juzgados "compatibles" con la asociación de vacuna, a pesar de que fue reconocido por el Comité Consultivo Especial que en ninguna instancia fue posible el probar que un caso dado podría ser definitivamente atribuido a la va-

en conjunto de grupo llevaron a la conclusión de que al menos algunos de los clasificados "compatibles" fueron causados por la vacuna. Estos caracteres incluyen: 1) la preponderancia de casos siguiendo a la vacuna Tipo I mientras II; 2) la predominancia de casos en adultos quienes son conocidos como más susceptibles que los niños a las consecuencias de infección por parálisis; 3) y la virtual ausencia de casos de contacto.

El avalúo del riesgo actual reveló ser extremadamente pequeño: por el Tipo I, 1 por 6.25 millones; por el Tipo

II, 1 por 50 millones; y por el Tipo III, 1 por 2.5 millones. De acuerdo con la evidencia disponible se concluyó que el "riesgo es mayor para el Tipo III; menos definido para la vacuna Tipo I. Para la vacuna Tipo II el promedio es tan bajo como sugerir ausencia de riesgo".

Con base en estos hallazgos el Comité Consultivo Especial recomendó: "la continuación e intensificación del programa de inmunización contra la poliomielitis a través de la nación, aunque recalando algunos cambios en el mismo". Estos cambios se relacionan primeramente a los grupos por edad para ser vacunados; sugirió alteraciones en planes de administración y la conveniencia de un vigor más acentuado en la organización y en la realización de programas de inmunización para infantes y para niños. La importancia de la realización de tales programas de inmunización para infantes en su primer año de vida fue nuevamente recalada, y se sugirió a que todas las comunidades que todavía no han organizado tales programas lo hagan prontamente. Aún más, a cualquier comunidad que todavía conducido programas masivos de inmunización se le alentó para hacerlo durante el otoño e invierno de 1964-65. El objetivo de tales vastos programas debe ser la inmunización de niños en período preliminar al colegio, cuya proporción sea tan cercana como sea posible al 100 por 100; tales niños constituyen el grueso de la vulnerabilidad en cualquier comunidad, siendo por consiguiente los más efectivos propagadores del desenfrenado virus del polio cuando estos se introducen dentro del área. Debido a que el riesgo teóricamente muy leve que acompaña a la vacunación oral es principalmente dirigido a los adultos, se recomendó que el límite de edad para vacunación en programas de comunidad sea el de 18 años. Sin embargo, fue recomendada vacunación para adultos jóvenes bajo especiales circunstancias cuando por ejemplo existe aumento de exposición como en el caso de epidemias, entrada al servicio militar, o viajes al exterior.

RECOMENDACIONES DEL LIBRO ROJO REVISADO PARA EL USO DE LA VACUNA ORAL CONTRA EL VIRUS DEL POLIO. NOVIEMBRE 1964

Sobre las bases del informe presentado por el Comité Consultivo Especial del Jefe de Sanidad Militar, y junto con todos los otros datos pertinentes, el uso de la vacuna oral contra el virus del polio (OPV), continúa siendo el óptimo procedimiento de inmunización para la prevención de la parálisis infantil. A pesar de que vacunas inactivas también prueban ser efectivas, la evaluación de las virtudes y limitaciones de las vacunas inactivas y activas contra el polio revela una indiscutible superioridad de la OPV desde el punto de vista de fácil administración, efecto inmune, capacidad protectora, y poderosa para la erradicación de la poliomielitis. Esta es por consiguiente la vacuna de elección para programas de vacunación dentro de amplias comunidades (así como también para inmunización rutinaria en la infancia y en la niñez.

CONTRAINDICACIONES

No existen contraindicaciones de la vacuna oral contra el virus del polio para infantes y para niños. En el pasado se había recomendado que los tres tipos de va-

cunas contra el virus activo —poliovirus oral, sarampión, y vacuna— se han administrado separadamente a intervalos de un mes como mínimo. Existe ahora la evidencia ("S. A. Med. K. 37:513-515 1963") de que se puede lograr seguridad e inmunización satisfactoria con vacuna y con vacuna oral contra el virus del polio cuando los dos son administrados al mismo tiempo, pero hasta tanto no exista dato adicional, la vacuna contra el sarampión y la vacuna oral contra el virus del polio deben continuarse administrando separadamente. Para evitar el peligro de implicación errónea del virus de la vacuna oral contra el polio en enfermedades inconexas sucesivas, así como también para eludir interferencia de desenfrenados interovirus, los programas de comunidad con OPV no deben llevarse a cabo en la estación natural de la poliomielitis. La excepción a esta regla general se obtiene solamente cuando una epidemia de poliomielitis aparece en una comunidad. Esto último constituye una indicación para un programa inmunizante de emergencias en una amplia comunidad con vacuna oral contra el polio (OPV), usando el tipo de virus demostrado que esté causando la epidemia. Electivos T y A pueden ser programados en cualquier tiempo del año en la ausencia de una erupción de poliomielitis en comunidades, que han conducido un programa masivo de inmunización, y en pacientes que hayan recibido OPV.

PROGRAMAS EN AMPLIAS COMUNIDADES

Todas las comunidades que hasta ahora no hayan llevado a cabo programas de vacunación en masa, deben hacerlo en el otoño y en el invierno de 1964-65. La pauta previamente recomendada debe ser seguida, con la excepción de que se debe dar un mayor énfasis en el grupo correspondiente a la edad preliminar del colegio, y el punto de cierre sugerido debe ser el de la edad de 18 años aproximadamente. La última recomendación se basa en cambios en la incidencia nacional de poliomielitis, traída al caso como resultado del buen éxito obtenido en los programas de inmunización, así: 1) En los Estados Unidos el riesgo actual de poliomielitis en adultos contraída naturalmente, ha sido reducido a un nivel tan bajo que la inmunización continua de este grupo de edad no se hace ya necesaria, excepto bajo circunstancias especiales; y 2) continúa inmunización de infantes y de niños en edad pre-escolar, los principales propagadores del desenfrenado virus del polio, protege indirectamente a los adultos susceptibles, al prevenir la circulación del virus, y por consiguiente previniendo la exposición de la infección.

PROGRAMAS SUGERIDOS PARA LA ADMINISTRACION

Campañas en vastas comunidades. - Varios programas son satisfactorios. Se incluyen estos en orden de preferencia, así:

1) - Los tres tipos de vacunas monovalentes deben ser administrados en intervalos de seis a ocho semanas. No es crucial el orden en el cual se administran, pero el plan óptimo corresponde al Tipo, Tipo III, Tipo II. La

ventaja de comenzar con el Tipo I es la de que ésta es la más importante en términos de parálisis; desde que el número de vacunas que se otorgan como primera dosis en campañas de comunidad es siempre más elevado que el número solicitado por dosis subsecuentes, se hace deseable que el Tipo I sea administrado primeramente, siguiendo luego al tipo III y el Tipo II o intervalos aproximados de seis a ocho semanas. No se recomienda para niños el administrar primero el virus Tipo II. En teoría esto tiene la ventaja de que el Tipo II puede suministrar protección cruzada contra los otros dos tipos de virus. Sin embargo, ésta evidencia no es impresionante. Tiene la desventaja de que el virus Tipo II puede interferir con subsecuentes infecciones del Tipo I, y por consiguiente disminuir el porcentaje de recipientes que desarrollan inmunidad al virus Tipo I.

2) - La vacuna monovalente Tipo I sigue al período de seis a ocho semanas después de una dosis simultánea de los Tipos II y III dada en el mismo terrón de azúcar o en la misma cuchara. Esto tiene la ventaja de una cubierta completa para el Tipo I, así como también la simplicidad de dos dosis en una.

3) - Dos veces la vacuna trivalente con intervalos de seis a ocho semanas. Si bien este programa es satisfactorio en niños de edad escolar y para niños de más edad, una tercera dosis adicional para infantes y para niños en edad preliminar a la del colegio suministran una inmunización más segura contra el Tipo I.

INMUNIZACION PRIMARIA PARA INFANTES

Se pueden usar las vacunas monovalentes o trivalentes. En cualquier caso, al programa se pueden integrar inmunizaciones DPT con la primera dosis que se va a administrar a los dos meses de edad aproximadamente. Si se usan las vacunas monovalentes éstas deben administrarse en la forma siguiente: Tipo I, Tipo III, Tipo II con intervalos aproximados de seis a ocho semanas. Si se va a administrar vacuna trivalente, se recomiendan tres dosis de la misma. Cualquiera que se use, monovalente o trivalente en el primer curso, se debe administrar una cuarta dosis de vacuna trivalente a infantes de 12 a 15 meses de nacidos.

INMUNIZACION PRIMARIA PARA OTROS NIÑOS PRE-ESCOLARES

El procedimiento puede conformarse con aquel señalado para infantes con la excepción de que debe omitirse la cuarta dosis; o el primer curso puede consistir en dos con intervalos de seis a ocho semanas, seguido por una tercera dosis la cual debe ser aplicada aproximadamente después de un año.

INMUNIZACION PRIMARIA PARA EL RESTO DE LOS GRUPOS HASTA LOS DIEZ Y OCHO AÑOS DE EDAD.

Si se usan vacunas monovalentes, éstas deben ser administrativas en el siguiente orden: Tipo I, Tipo III, Tipo II. Si se usa vacuna trivalente, serán suficientes dos dosis con un intervalo de seis a ocho semanas.

INMUNIZACION DE TODOS LOS NIÑOS AL ENTRAR AL COLEGIO

Se recomienda una sola dosis de vacuna trivalente para todos aquellos niños al entrar al colegio que hayan sido inmunizados previamente con OPV. Esto con el objeto de rellenar cualquier brecha de un anticuerpo que pueda resultar por la omisión de tomar una vacuna con uno u otro tipo durante el primer curso de inmunización. Si el niño nunca ha recibido la vacuna oral, se le debe administrar un curso completo con vacuna monovalente o trivalente.

PROCEDIMIENTO PARA INMUNIZAR PARCIALMENTE A LOS NIÑOS.

La vacuna oral puede ser ineficaz si no se administran las series completas. A las personas que han recibido una serie parcial o completa de vacuna inactiva cuando fue administrada la OPV, deben recibir una serie completa del virus de la vacuna OPV en cualquiera de sus formas, monovalente o trivalente, tal como se detalla anteriormente. Una vez terminadas las series completas no es necesario administrar vacunas adicionales inactivas.

INMUNIZACION EN CASO DE EPIDEMIA

Se debe identificar el virus responsable, y sobre las bases de aplicación en amplias comunidades, se debe ofrecer a las mismas la vacuna monovalente correspondiente tan rápidamente como sea posible. Todos los grupos por edades, desde los dos meses en adelante, deben ser incluidos.

FORMACION DEL COMITE EN EL CONTROL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Lewis L. Corriell, M. D., Presidente, Floyd W. Denny, Jr., M. D.; Dorothy Horstmann, M. D.; David Karzon, M. D.; George A. McNaughton, M. D.; Frederick Robbins, M. D.; Sarah H. Wood Sell, M. D.; Margaret H. D. Smith, N. D.; Henry B. Streng, M. D.; Franklin H. Top. M. D.; Dwain N. Walcher, M. D.; Robert Ward, M. D.; Clarence H. Webb, M. D., y Thomas H. Weller, M. D.



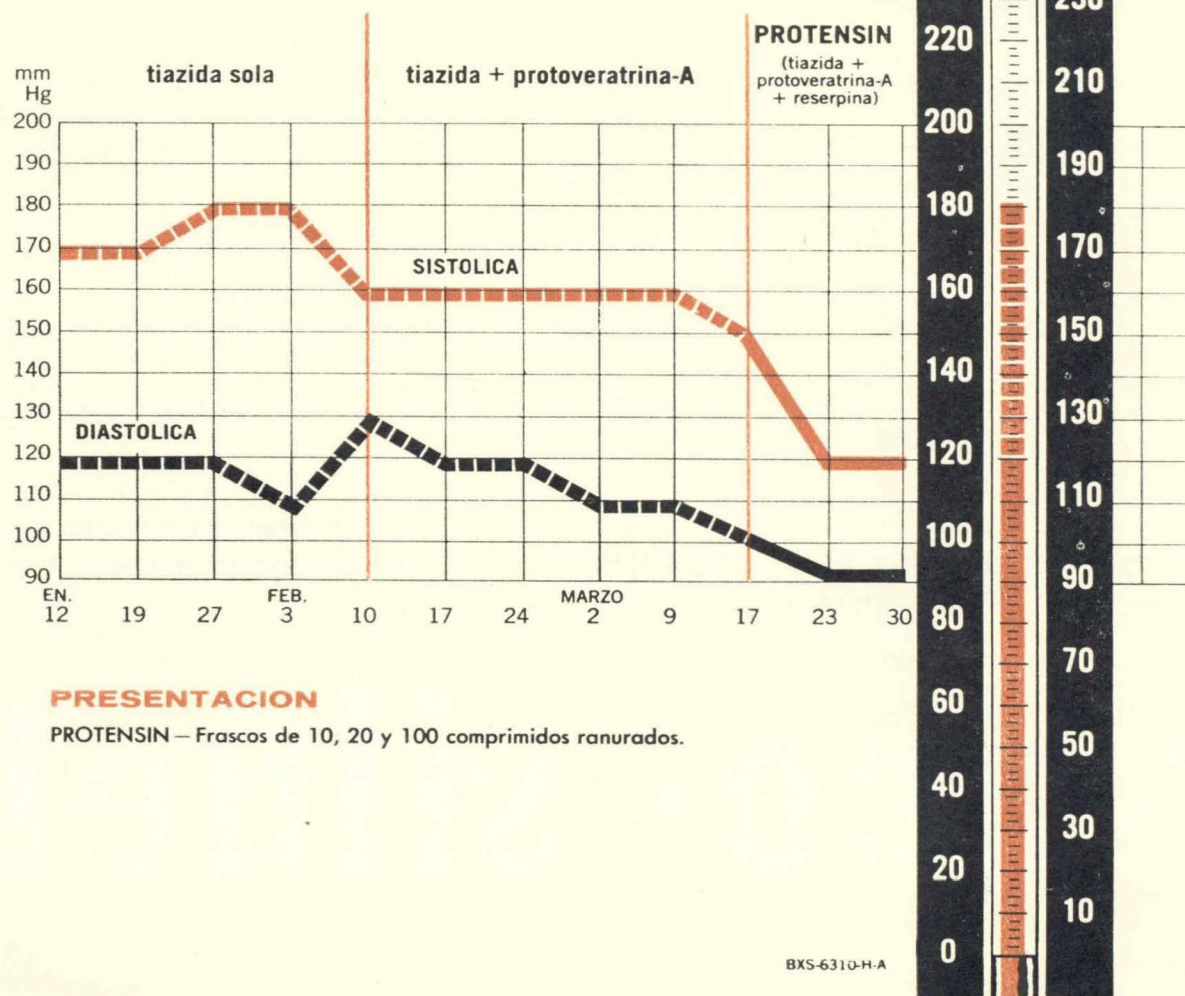
PROTENSIN* =

tiazida
+
proveratrina-A
+
reserpina

El tratamiento moderno de la Hipertensión

PROTENSIN proporciona:

- 1) una terapia antihipertensiva segura
- 2) potente actividad diurética y salurética
- 3) buen efecto tranquilizador
- 4) vasorelajación periférica
- 5) vasodilatación por vía central
- 6) mínimas reacciones secundarias



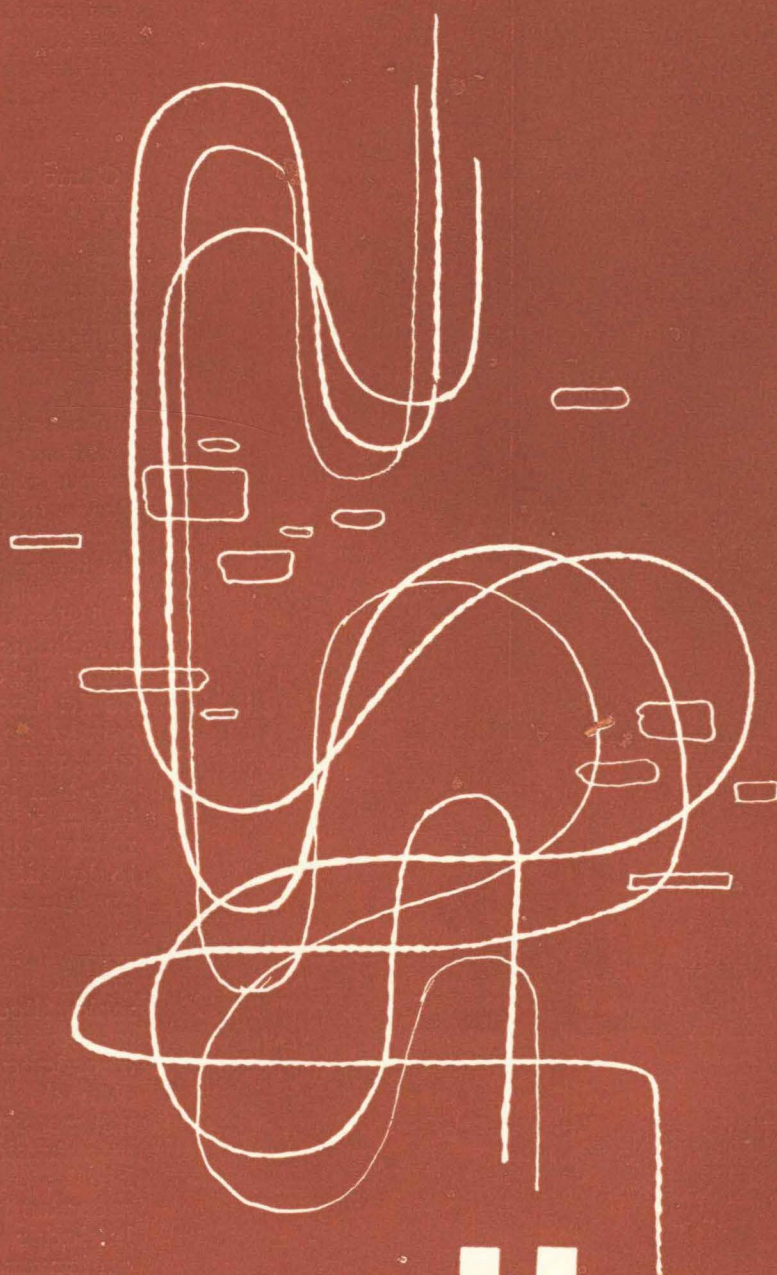
PRESENTACION

PROTENSIN - Frascos de 10, 20 y 100 comprimidos ranurados.

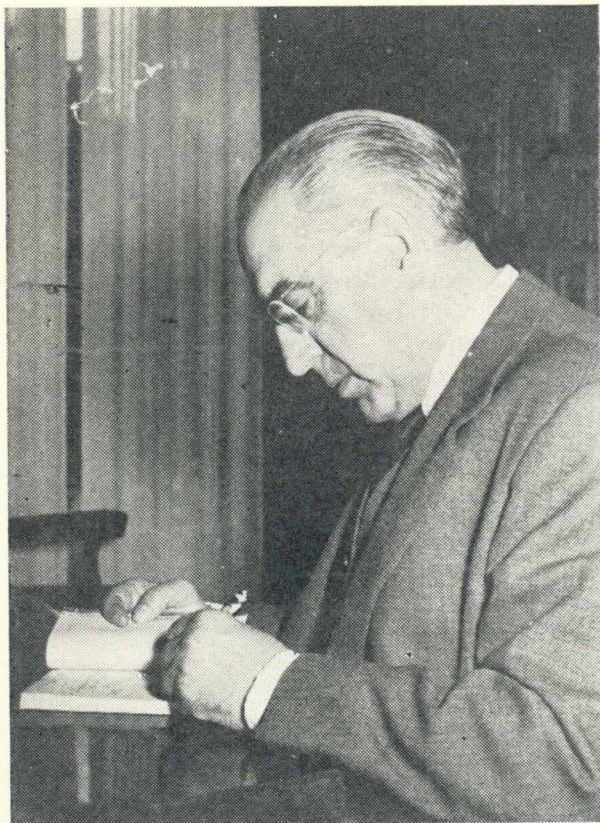


*Marca Registrada

BXS-6310-H-A



psico - siluetas



GREGORIO MARAÑÓN

Por EDMUNDO RICO

Tuvo el honor inmerecido —y lo digo modestamente— de ser apreciado por don Gregorio Marañón. Poseo varias cartas suyas, una de las cuales cedí al doctor José I. Barraquer, como quiera que en ella se hacían el elogio y defensa de tan ecuménico oftalmólogo.

Como el fenecer de Marañón no cabe duda de que se extinguió un ejemplar seductor humano. Médico y biólogo, magnánimo y austero, literato y artista, la suya —sí enaltecida mundialmente— fue figura cimera lo mismo en España como en las Américas latinas.

De estatura algo inclinada pero armoniosa, de sus ojos donde fruía perenne, refinada sensibilidad pulsaba desde luego el fulgor de una inteligencia nutrida dentro de los hontanares de inagotable cerebro.

A don Gregorio Marañón deben, primordialmente, los países de habla hispana, la divulgación, el conocimiento de la Endocrinología en la matizada escala de sorpresas e incógnitas que atesoran aquellas tierras de promisión que son las glándulas de secreción interna, y que él iniciara en sus años mozos, con tenacidad benedictina bajo la tutela de connotados científicos en Alemania.

A la par que caló con donosa elegancia fisio-patológica, a través del melacólico ocaso que acarrea la edad crítica en la mujer y en el hombre, abordaba luminosamente, "La evolución de la Sexualidad y los Estados Intersexuales", sin omitir, por ésto análisis inmisericordemente científico sobre la pesadumbre y tendencias hormonales insatisfechas del legendario y burlador "Don Juan", ni tampoco sus andanzas biológicas en torno a la tragicomedia genésica en cuyos tinglados piruetes de continuo, la impulsiva instintividad del rebaño zoológico...

La intuición casi sobrenatural de Marañón, alertaba singularmente, en aquel olfato u ojo clínico del que suelen burlarse las mediocridades tropicales que nó lo poseen, y cuyo adocenamiento diagnóstico es apenas apto para infatuar el pachocismo de que gozan ciertas eminencias motorizas y proclamados ad hoc.

No así don Gregorio Marañón, clínico de vanguardia, de pupila avizora y corazón comprensiva que en pos de las sangrías —así físicas como morales— en su innumerable clientela buceó siempre con idéntica destreza, en los abismales descabros del cuerpo y del alma.

La pericia médica de este gran señor, vertióse en multitud de obras científicas, difundidas a granel en su "Manual de Medicina Interna" así como en las "Once lecciones sobre el reumatismo", o en "Nuevos rumbos sobre la patogenia y el tratamiento de la diabetes insípida", lo mismo que en ese volumen cumbre que es su "Manual de Diagnósticos Etiológicos".

El Toledo oriental y embrujado, cuyas ásperas rocas serpentea el Tajo, fue casis "hobby" predilecto de Marañón: sobre sus vertientes de granito don Gregorio aspiraba con holgura el oxígeno espiritual que luego habría de tocarse en emoción creadora.

Periódicamente, don Gregorio, había menester de la ciudad imperial como del más premioso estímulo anímico, o apelando a sus mismas frases. "como el amante no solo necesita gozar de la amada, sino verla en efígie, y lleva su retrato sobre el corazón y lo contempla, aunque ella, de carne y hueso esté a su lado así el toledano necesita pasar el río subir la cuesta dura de los cigarales, y desde uno de ellos, mirar

cómo el sol se pone tras las agujas del Alcázar y la torre calcada de la iglesia mayor".

Y, es que Toledo convida —como pocas ciudades de España— hacia las dulcedumbres del corazón. Quizás añorando la abruptez de sus breñas, fue como nuestro bardo, Carlos Torres Durán, hilvanara, nostálgicamente estas estrofas a la Bien Amada:

"Tener un amor secreto,
un amor suave y discreto
a una mujer,
es como tener un nido.
de pasiones escondido,
en nuestro ser".

En la paz recoleta del Cigarral, Marañón planeó, dándole allí a menudo remate, el perdurable almacigo de sus búsquedas históricas. Sus biografías exhiben, bajo conceptuosa reciedumbre, acaso el más atractivo, el más atrayente atributo en la multánime personalidad de este humanista: su tacto psicológico.

Algunos suponen que en el científico español, primaron las dotes literarias artísticas sobre las médicas. Grave inexactitud. Porque cabalmente en aquellos ensayos biográficos; junto con el diáfano engranaje de pulcro estilo, dentro de la mesura y clarividencia del pensador, surgen en cada página —y en íntima armonía— el clínico y el psicológico, cuyas aristas respectivas son, precisamente, las que imprimen solidez, veracidad histórica al personaje así analizado.

Bajo la inspiración de estos moldes o prismas, a la vez clínicos, endocrinológicos, temperamentales e históricos, fueron estructuradas, concebidas, entre muchas otras las biografías de "Tiberio", fundido por igual en resentimiento incoercible, en anomalías genésicas y morales; "Amiel", introverso en

su timidez, egocentrismo y complejos infantiles.

"El Conde-Duque de Olivares", favorito de Felipe IV, altanero y linámico aristócrata pero cuya psicosis ciclótica habilidosamente explotada por Rechelieu, causara funestos estragos a España; "El Greco y Toledo", en donde Marañón, a fuer de biólogo, destaca como erudito intérprete de la llamada pintura ascensional. Y, "Antonio Pérez y su época", el sombrío secretario del no menos taciturno Felipe II, es ensayo conturbador, de ininterrumpido interés y, posiblemente, la más enjundiosa de las obras del médico-literato.

Fascinante resulta don Gregorio Marañón enfocado desde la mente humana. Era bondadoso, caritativo, pródigo y movido siempre por dosis de engénita sensibilidad. Y sobre modo, poseía esa rara, excepcional e independiente virtud que se llama Valor Civil.

No resisto al deseo de copiar aquí, el último párrafo de su postrera epístola, fechada en Madrid, el 27 de septiembre de 1958: "Mil gracias por su juicio sobre "El Greco y Toledo". Siempre estoy deseando ir a ese hermoso país con el que me unen tantas afinidades emotivas y sentimentales. Espero que ese sueño se podrá realizar al-

"Entretanto: "soñáemos alma, soñémos!". Con el mayor afecto ol saluda su buen amigo, **Gregorio Marañón**".

A don Gregorio Marañón, se puede aplicar, sin hipérbole, la misma certeza frace con la que Déjáerrime rubricara la trayectoria vital de eximio Charcot "los grandes hombres expanden en torno suyo unáa luz tan viva y deslumbrante que con su muerte dejan sumida en la sombra a toda una época".
gúná día".

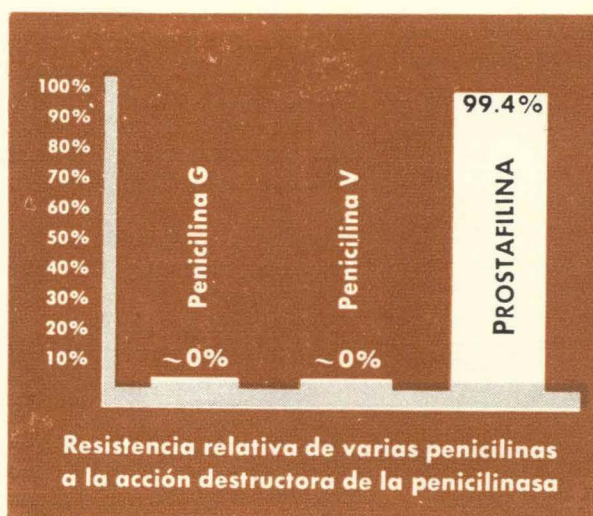
PROSTAFILINA*

(metil-fenil-isoxazolil)—penicilina

ORAL INTRAMUSCULAR

*La primera penicilina
“estáfilocida” integral*

•
*Activa contra otros
gérmenes Gram-positivos,
especialmente estreptococos
y neumococos*



Indicaciones

Gracias a la facilidad y flexibilidad de su administración (por vía oral y por vía intramuscular), la ausencia de toxicidad, la notable tolerancia y ausencia de reacciones adversas, la PROSTAFILINA es el medicamento por excelencia para tratar todas las *estafilococias* — infecciones de piel y tejidos blandos, de vías respiratorias y del sistema urogenital, septicemia, endocarditis bacteriana, osteomielitis, artritis séptica —, así como infecciones producidas por *estreptococos* y *neumococos*.

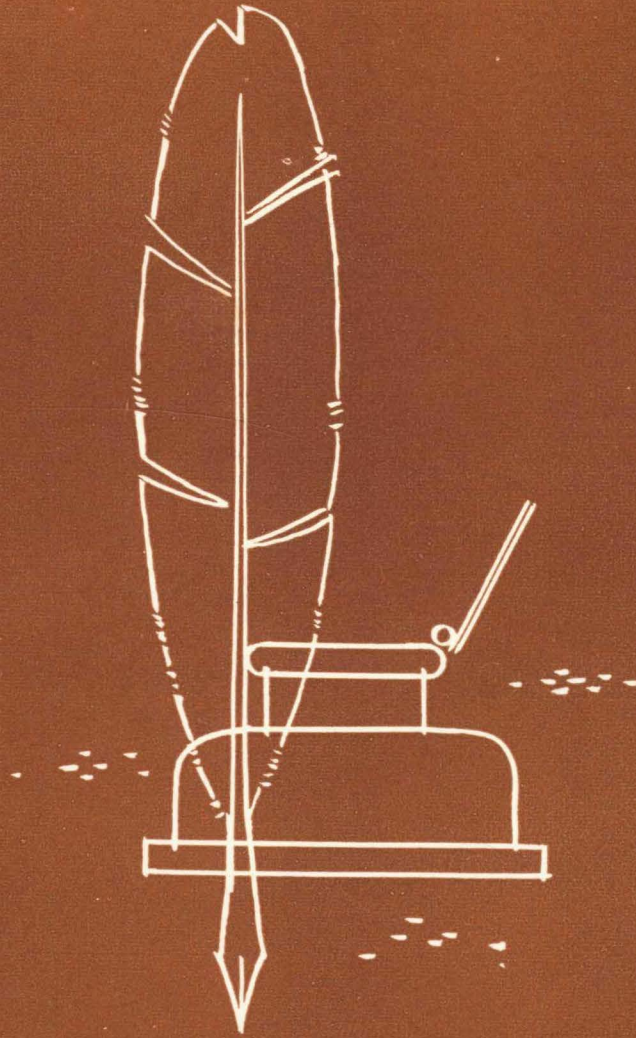
Presentación

PROSTAFILINA Oral: Frascos de 12 y de 100 cápsulas de 250 mg.

PROSTAFILINA Intramuscular: Frascos-ampollas de 250 mg.

OTRA CONTRIBUCION SOBRESALIENTE DE


Bristol



literatura



POMBO

EL HUMORISMO DE DON RAFAEL POMBO CONTRA LA JUNTA CENTRAL DE HIGIENE

Por HECTOR PEDRAZA M.

La Junta Central de Higiene, autoridad máxima en la materia, sesionó en Bogotá el 18 de junio de 1889, convocada por el Ministro de Fomento, para tratar sobre la alcantarilla que la Junta mandó construir en la carrera 11, entre calles 10 y 11 (que formaba el costado occidental de la Plaza de Mercado, La Concepción), y que dió origen al memorial que el señor Rafael Pombo elevó ante el ministerio. El Presidente de la Junta recordó que el art. 8º de la Ley 30 de 1886 dice: "que las resoluciones que las Juntas de Higiene dictaren, tendrán el carácter de actos oficiales obligatorios y serán apoyados por las respectivas autoridades", y que ese despacho ordenó la construcción de la mencionada alcantarilla. El Alcalde, señor Higinio Cualla notificó a los dueños de la casa del citado lugar, empezando por el señor Rafael Pombo a quien lo hizo saber personalmente.

El Ministro propuso decir al Alcalde que se suspendiera la construcción de las alcantarillas, mientras pasaba la epidemia tífica, para continuarla después bajo la dirección de Ingeniero competente. El Alcalde contestó que no puede acceder a esta solicitud porque es orden de la Junta Central de Higiene, que ya se ha celebrado el contrato, primando el interés colectivo y no el del señor Pombo. El Presidente de la Junta visitó la obra en cuestión e hizo algunas observaciones al Alcalde para que notificara al ingeniero Ruperto Ferreira. Posteriormente el Jefe de la Policía Municipal, Aristides Fernández, transmitió el informe técnico del ingeniero a la Junta.

En septiembre, don Rafael Pombo, con bastante terquedad, dirigió un segundo memorial a la Junta solicitándole que revocara la resolución que ordenaba continuar la construcción de la alcantarilla situada en el costado occidental de la plaza de mercado, carrera 11, en donde está la casa del señor Pombo. Por aquella resolución se le obligaba a hacer las obras necesarias, para que sus tiendas o locales comunicaran con la alcantarilla.

En la sesión del 21 de octubre se leyó un 3er. memorial de don Rafael Pombo, en donde hace observaciones a la Junta, sobre los inconvenientes que resultarían, para la salubridad pública, la comunicación de los desagües de los locales con el alcantarillado por medio de tubos. Como se consideraba que el tal memorial nada concretaba, se resolvió pasarlo en comisión respectivamente, esto fue motivo para que el señor Pombo presentara una queja ante el Gobernador de Cudinaamarca, quien tuvo que asistir a la sesión de la Junta el 12 de diciembre de 1883, para explicar el caso, pues él había dictado una disposición ordenando al señor Rafael Espinosa Escallón, para que en compañía del señor Julián Lombana inspeccionara la obra.

El señor Espinosa practicó la inspección ocular y rindió su informe, del cual tomamos una parte: "al trasladarme a la citada cuadra comprendí que se trataba de alguna medida urgente de policía, cual era de eliminar una laguna formada allí por falta de desagüe, en una obra de alcantarilla empezada, y que por alguna causa se paralizó. El agua alcanzaba casi de una ceca a la otra, en extensión de media cuadra, estaba cubierta de una capa de lama; los despojos arrojados allí de las chicherías, sancochorías y tiendas con habitación, algunas pertenecientes a la casa del señor Pombo, y los de acera oriental de la plaza de mercado, formaban un conjunto tan repugnante, que hacían la cuadra intransitable, a la vez que envenenaban el ambiente.

Verdaderamente se necesita un espíritu rencoroso o cierto extravío mental para darle al informe la interpretación que le da el señor Pombo, y para pretender convertir en asuntos de burla aquellos que se deben tratar y discutir seriamente. Porque torturar la dicción, tergiversar el sentido de las frases y disfrazar el significado de las expresiones, son armas vedadas entre gente honrada. Léase con espíritu sereno la nota del señor Secretario de Gobierno, mi contestación y la bufo-

nada del señor Pombo, y verán el sentido común y el sano criterio a fallar en mi favor.

El señor Pombo estuvo varias veces en mi casa, me detuvo otras tantas en la calle, me dijo entre otras cosas, que cierto empleado público era el contratista de la alcantarilla, cosa que nadie cree ni tiene fundamento. Y ahí está el ultraje a que está expuesto un perito; ahí se puede leer en las columnas de La Nación.

El señor Pombo ha venido trabajando con una constancia inquebrantable, con una actividad incansable en contra de la obra, y por consiguiente en contra de la autoridad que, juzgándola necesaria, dispuso que se hiciera; en contra del contratista que obtuvo el contrato en licitación, y ahora habla contra el que cumple un deber informando aquello que su sano juicio le aconseja. Si al señor Pombo le asistiera otra razón que no fuera intezada, habría convencido al público y captado su simpatía.

Dice el señor Pombo que yo veo la calle como está hoy, y no en su excelente disposición anterior u original, trastornada por el actual pavimento; pero es así que el nuevo pavimento ha mejorado la condición de la calle, ¿qué hay pues de malo que yo la vea como está y no como estaba?, y luego, en cuales términos debo dar el informe, en términos de lo que veo o en términos de lo que no veo? o en aquellos en que el señor Pombo quiere que vea. Esta es una de aquellas futilidades con que empalaga y otormenta el señor Pombo y que solo la menciono para que, quienes no la conocen, se hagan cargo de la naturaleza de escrito.

Habla el señor Pombo de una catarata subterránea en la esquina de su casa y al final de la alcantarilla, proveniente de un desagüe que cortó el constructor de ésta. Asegura que los desagües salen de su casa, de suerte que esto y la catarata subterránea son de para arriba. Le propuse que ebrí-

ramos la calle para persuadirnos de este daño y declarar al constructor responsable de los que pidieran más tarde aparecer. Me dijo que últimamente había dejado de oír la catarata, que procedería a hacer romper el pavimento y que me avisaría, lo estoy esperando... y me interesaré para que el señor Alcalde lo exima de pagar lo que le corresponde por parte de esta alcantarilla, para que cese y termine definitivamente asunto tan ingrato".

Pero aquí no termina este chico pleito, porque es señor Alcalde, ya exasperado, dirigió el 21 de marzo de 1890 una comunicación a la Junta Central de Higiene, en donde dice: "en el número 460 de La Nación del 11 de los corrientes, he leído un artículo del señor Rafael Pombo, en el cual afirma que las actuales alcantarillas son cámaras invisibles que alojan el tifo y la tifoidea, y robustece esta opinión con la no menos respetable del señor doctor Policarpo Pizarro quien les da el título de tifo en cartuchos. Yo quiero la opinión de esa H. Junta, para establecer en una de las cláusulas del contrato para la refacción de las calles, que se destapen todas las alcantarillas de la ciudad, siempre que vuestra opinión esté conforme con la de los señores Pombo y Pizarro".

La Junta contestó que considera inútil y perjudicial destapar o destruir todas las alcantarillas y que al contrario, construir todas las que faltan para establecer una red completa de desagües, es una de las medidas más adecuadas y recomendadas por todos los higienistas, para el saneamiento de la ciudad.

El lector habrá podido darse cuenta, que al eximio poeta, gloria de las letras colombianas y de América, autor del "Gato bandido", "Rin-Rin Renacuajo" y "Pobre viejecita" etc., le gustaba también divertirse escribiendo en los periódicos, para mofarse de las autoridades de higiene, enredándolas con el Ministro de Fomento, el Gobernador, el Alcalde y hasta con los peritos.

LA FERIA

Por JORGE CASAS SANZ DE SANTAMARIA

Aunque el diccionario de la Real Academia habla de "Dádivas o agasajos que se hacen por el tiempo en que hay ferias", el pueblo ha convertido la feria en algo más humano, más expansivo más jolgorioso. La mañana

en que se inicia, la feria, es distinta al despertar cotidiano: el mozo de la calle, el señorito de recios abolengos, el comerciantes y hasta "don agio", enemigo de los pobres y a veces también de los ricos, —decimos nosotros— amanecen, todos estos exponentes humanos con el ceño diferente. En el semblante se dibuja una marcada sonrisa rematada en los labios y alumbrada vivamente por la expresión eufórica de los ojos. Por qué?, porque porque... se va a iniciar la feria...

Los pregones, ujieres de la alegría, gritan los bandos en que las dignidades ordenan, guardando la tradición, que habrá continuo y total regocijo en la villa, en el pueblo o en la ciudad. Y se adentra el día solemne de algarrabía; los balcones se atuendan y engalanen y se precipitan por las calles las jacas reluciendo sus mejores atavíos. El varón o mayoral luce su traje corto y sombrero cordobés, lleva en las ancas del brioso a la manola encantada de la copla. El peinetón con la brocada mantilla, le roza a la bella, la recta al del sombrero como para protegerse en él al sentirse argullosa de su dueño.

Las carrozas del Rocío van atestadas de macetas, de ojos morunos, o verdes como la eceituna; y el rojo de los clavetes sobre las matas de pelo negro y encendido, rematan las siluetas de las hermosas que desafían con arrogancia las morenas incitantes del codicioso vulgo.

Y llega la hora de celebrar la fiesta de las fiestas: la fiesta brava; sobre el oro del ruedo resaltan en jirones doradas las siluetas de los toreros que galanados con el capote, van a confiar a la bestia. Se abre la plaza y los sonidos del clarín empiezan a tocar las suertes: como tan bien lo dice Cárdenbal de Castro.

En delantera de grada
está la diosa morena,
el toro escarba la arena
mujiendo al ver la espada;

El matador llega a prisa
brinda a la diosa la suerte
y entre un silencio de muerte
se abre el clavel de una rosa.

Ojos con brillos de acero,
como un estoque de lidia;
qué envidia tuve, qué envidia
del torero.

Cuando aquel toro caía
de un bolavie hasta la taza
se vino abajo la plaza,
en explosión de alegría;

Era el momento cruel,
el placer de los placeres,
había dos mil mujeres
hambrientas del hombre aquel.

Mientras trotan las mulillas
palomas van por los cielos
y gavilanes de celos
se esconden tras las mantillas.

Pero llega la gran hora, la hora de la nostalgia, de la suerte, de la victoria, de la tragedia y de la muerte. La hora que inmortalizó con su fuerte verso Federico García: "Y eran las cosas de la tarde".



Jaqueca

para la profilaxis de la crisis



Deseril[®]
antagonista de la s

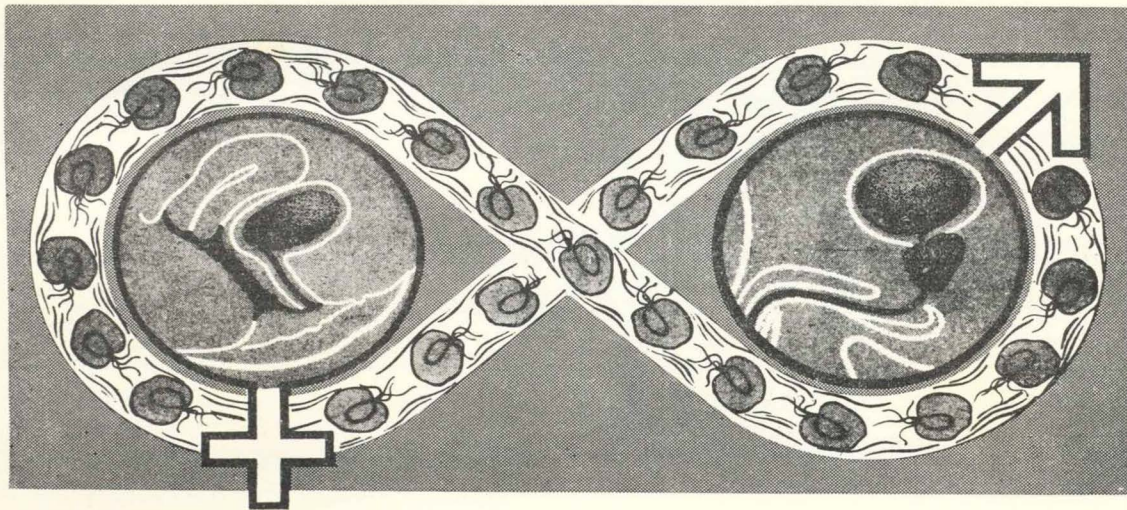
Establecimientos

LAUZIER DE COLOMBIA Ltda

Apartado Aéreo 44-07, BOGOTA

..... En vaginitis y uretritis
por tricomonas
... cuando el diagnóstico
es positivo...

Flagyl es positivo...



En el hombre: Tratamiento oral
En la mujer: Tratamiento mixto (oral y local)

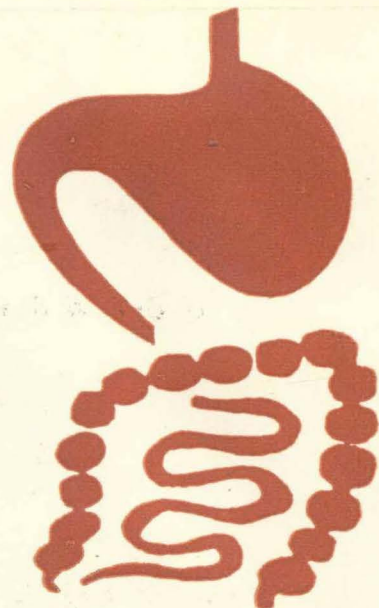
PRESENTACIONES: Comprimidos de 250 mg. (uso oral)
Tabletas vaginales de 500 mg.

Specia
ucursal de Colombia

Para los trastornos digestivos crónicos

DACTILASE

ESPASMOLITICO - DIGESTIVO



COMBINA LA ACCION ANTIESPASMODICA CON LA ANESTESICA-MUCOSAL PARA EL RAPIDO ALIVIO DEL ESPASMO Y DE LOS DISTURBIOS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR



PROPORCIONA NUEVAS ENZIMAS PARA REFORZAR LOS PROCESOS DIGESTIVOS Y REDUCIR LA PRODUCCION EXCESIVA DE GAS INTESTINAL



NO INTERFIERE CON LA ACTIVIDAD SECRETORIA ESENCIAL PARA UNA DIGESTION NORMAL

DESCRIPCION:

CADA TABLETA DE DACTILASE CONTIENE:

DACTIL (CLORHIDRATO DE PIPERIDOLATO).....	50 mg.
ENZIMA CELULOLITICA ESTANDARIZADA.....	2 mg.
ENZIMA AMIOLITICA ESTANDARIZADA.....	15 mg.
ENZIMA PROTEOLITICA ESTANDARIZADA.....	10 mg.
PANCREATINA 3X* (FUENTE DE ACTIVIDAD LIPOLITICA).....	100 mg.
ACIDO TAUROCOLICO.....	15 mg.

* Como gránulos ácido-resistentes equivalentes en actividad a 300 mg. de Pancreatina N.F.

INDICACIONES: INDIGESTION NERVIOSA, DISPEPSIA, INSUFICIENCIA PANCREATICA, COLICO BILIAR, PIROSIS, CARDIOESPASMO, PILOROESPASMO. EL DACTILASE TAMBIEN ES BENEFICIOSO EN TRASTORNOS DIGESTIVOS CAUSADOS POR DIETAS DEFICIENTES, HABITOS DESCUIDADOS EN EL COMER; DISTURBIOS CONSECUTIVOS A POSTCOLECISTECTOMIAS Y A POST-GASTRECTOMIAS.

DOSIS: UNA GRAGEA DE DACTILASE CON O INMEDIAMENTE DESPUES DE CADA COMIDA. LAS GRAGEAS DEBEN TRAGARSE ENTERAS.

PRESENTACION: DACTILASE, FRASCOS DE 20 GRAGEAS.



LAKESIDE LABORATORIES, INC.

MILWAUKEE 1, WISCONSIN, E. U. A.

Concesionarios Exclusivos para Colombia

INSTITUTO BIO-QUIMICO LTDA.

Ap. Aéreo 3726 - Bogotá, Colombia