
UNIVERSIDAD NACIONAL - FACULTAD DE MEDICINA - BIBLIOTECA

BOLETIN BIBLIOGRAFICO

La Biblioteca de la Facultad de Medicina de Bogotá es una institución de carácter científico, destinada al servicio del Profesorado, de los alumnos de la Facultad, de los profesionales en general y del personal docente y alumnos de las escuelas dependientes de la Facultad de Medicina (Odontología y Farmacia).

Estará abierta todos los días no feriados y de vacaciones que establece el Reglamento de la Facultad, de 10 a 12 de la mañana, de 2½ a 6 de la tarde y de 8 a 10 de la noche. Los sábados por la tarde y noche no habrá servicio de Biblioteca.

Cuando se desee llevar un libro a domicilio, aparte de la papeleta de petición, se consignará en la Secretaría de la Facultad un depósito superior al monto del valor que tenga el libro en el mercado.

Los libros llevados a domicilio deben ser devueltos en un término máximo de diez días; pasados éstos se dispondrá del depósito para reponerlo, y el solicitante no tendrá derecho en lo sucesivo a hacer uso de este servicio de la Biblioteca.

Establécese en la Biblioteca el servicio de Canjes de las obras duplicadas. Dichos canjes deben llevar la aprobación del Director de la misma.

(Del Reglamento orgánico de la Biblioteca).

LA PRACTICA MEDICA ILUSTRADA (1933)

Directores: E. Sergeant, R. Mignot, R. Turpin.

Junio 20 de 1933

Sr. Director de la Revista de la Facultad de Medicina.—E. L. C.

He leído con todo cuidado el folleto sobre "Tratamiento del reumatismo crónico de las articulaciones" de que es autor el médico francés Sr. F. Coste y que Ud. se sirvió enviarme en solicitud de mi opinión sobre su valor científico.

Volumen I—Nº 12—Mayo, 1933.

El estudio en cuestión me ha satisfecho plenamente, pues dentro de los reducidos límites que la dirección de la “Práctica Médica” ha impuesto a su autor, es lo más completo que puede desearse sobre métodos curativos de aquella tenaz afección. Partiendo de un ensayo afortunado de clasificación etiológica, Coste hace un análisis crítico de las diversas drogas aconsejadas contra el reumatismo crónico y los resultados que le han dado en su práctica. Este trabajo orienta bastante al profesional y lo sería muy útil para el que tenga que hacer frente a una enfermedad que, como el reumatismo crónico, desafía la paciencia de pacientes y de médicos.

Por otra parte el trabajo está escrito con claridad y elegancia, cualidades ambas de los médicos franceses que tan amena hace la lectura de sus obras y que tanto las recomiendan desde el punto de vista didáctico.

Con esta carta devuelvo a Ud. el folleto en cuestión y me suscribo muy atto. servidor y amigo,

Julio APARICIO

LIBROS LLEGADOS A LA BIBLIOTECA EN EL MES DE MAYO DE 1933

Traitement du Rhumatisme chronique des Jointures. F. Coste. (La Práctica Médica Ilustrada, Doin, París).

Reports of the Council on Pharmacy and Chemistry of the American Medical Assn. Años: 1910, 1911, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, 1922, 1924, 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, 1931, 1909.

Annual Reports of the Chemical Laboratory of the American Medical Association.

Vol 7. Enero-diciembre, 1914.

Vol. 8. Enero-diciembre, 1915.

Vol. 9. Enero-diciembre, 1916.

Vol. 10. Enero-diciembre, 1917.

Vol. 11. Enero-diciembre, 1918.

Vol. 12. Enero-diciembre, 1919.

Vol. 13. Enero-diciembre, 1920.

Vol. 14. Enero-diciembre, 1921.

Vol. 15. Enero-diciembre, 1922.

Vol. 16. Enero-diciembre, 1923.

Vol. 17-18. Enero 1924, diciembre 1925.

Vol. 19-20. Enero 1926, diciembre 1927.

Las crueldades de los Peruanos en el Putumayo y en el Caquetá. Vicente Olarte Camacho, 3ª edición. Imprenta Nacional. Bogotá, 1932.

Revista de la Facultad de Medicina—Bogotá.

Congrés Internationale de la Lithiase Biliare. Vichy, 1932. Tomos I y II

Nostrums and Quackery. Vol. 1. Vol. 2. Arthur J. Cramp. American Medical Association. Chicago, 1921.

Handbook of Physical Therapy. American Medical Association. Chicago.

The Propaganda for Reform in Proprietary Medicines. Vol. 1. Vol. 2. American Medical Association. Chicago.

General Surgery. Evarts A. Graham. Chicago, 1932.

Obstetrics-Gynecology. J. De Lee. J. P. Greenhill. Chicago, 1932.

Formulario Dental. Hermann Pinz. Madrid, 1932.

Collected Papers of the Mayo Clinic and the Mayo Foundation. XXIII. 1931-1932.

Enfermedades Tropicales. Felipe Manson-Bahr. Barcelona, 1924.

Boletín de la Dirección General de Sanidad. (1931 y primer semestre de 1932). República de Bolivia. La Paz, Bolivia.

Physiologie Experimentale. Travaux du Laboratoire de M. Marey. Año 1875. Tomo 2º Año 1876. Tomo 3º Año 1877.

Segundo Congreso Nacional de Medicina. Actas y Trabajos. Tomo 6º Bibliografía de Hidatidosis. Buenos Aires, 1927.

Primer Congreso de Medicina y Cirugía Naval y Militar de Chile. Antecedentes, actas de sesiones y trabajos. Valparaíso. 6 al 9 de enero de 1929.

TESIS

La Dentistería Preventiva y sus relaciones con la Salud General. Tesis de Grado en Odontología de Vicente M. Fortich. 1932.

Tratamiento Quirúrgico de algunas lesiones periapicales. Tesis de Grado en Odontología de José Rafael González S. 1932.

Estudio sobre algunas anormalidades en la erupción del tercer molar inferior. Tesis de Grado en Odontología de Josué Alvarez Corradine. 1932.

Indicaciones y Contraindicaciones de la Avulsión Dentaria. Tesis de Grado en Odontología de Antonio J. Fallon Chiari. 1932.

Caries de Cuarto Grado y sus complicaciones. Tesis de Grado en Odontología de Carlos A. García Herreros. 1932.

Estudio de la Infección Focal. Tesis de Grado en Odontología de Rafael Antonio Plata Z. 1932.

El tercer Molar inferior incluído. Tesis de Grado en Odontología de Alberto Barriga Giordano. 1932.

Anestesia en Cirugía Dental. Tesis de Grado en Odontología de Ramón Gutiérrez Mejía. 1932.

Anestesia Conductiva. Tesis de Grado en Odontología de Guillermo Pereira Harker. 1932.

Reglamentación de la Profesión Odontológica en Colombia. Tesis de Grado en Odontología de Rafael Eduardo González C. 1932.

FOLLETOS LLEGADOS A LA BIBLIOTECA DURANTE EL MES DE MAYO DE 1933

Escuela de Odontología. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Reglamento para 1933—Bogotá—Colombia.

The Relation of the anterior pituitary hormones to the development and secretion of the mammary gland. C. W. Turner y W. U. Gardner. Universidad de Missouri. Agosto, 1931.

A consideration of the malignant prostate and associated obstructive manifestations. J. McCarthy y S. E. Kramer. New York City. Febrero, 1933.

Sobre la Predeterminación experimental de los sexos. Clímaco Alberto Vargas. Bogotá, enero, 1933.

Tuberculosis Quirúrgica. J. J. Sánchez y T. de Mendonca. Guayaquil, noviembre, 1931.

Informe rendido al señor Ministro de Industrias sobre la necesidad y conveniencia de crear la marina mercante nacional en Colombia. Ministerio de Industrias. Colombia. 1933.

La movilización de la nación en vista de la guerra. Capitán A. E. M. Dendal. Bogotá, Colombia, 1933.

Boletín de la Biblioteca Nacional de El Salvador. Enero, 1933. San Salvador.

ANATOMIA PATOLÓGICA

Annales d'Anatomie Pathologique et d'Anatomie Normale Médico-Chirurgical.

Tomo 10. Nº 2. Febrero de 1933. París.

Tomo 10. Nº 3. Marzo de 1933. París.

The American Journal of Pathology.

Vol. 9. Nº 1. Enero de 1933. Boston. E. U. A.

Vol. 9. Nº 2. Marzo de 1933. Boston. E. U. A.

ANNALES DE ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Tomo X. Nº 2. Febrero, 1933.

Las formas anatómicas de la tuberculosis pulmonar. Ensayo de clasificación por: F. Bezancon, G. Roussy, Ch. Oberling y J. Delarue.

En el presente artículo se hacen algunas consideraciones sobre las clasificaciones actuales de la tuberculosis pulmonar, ya sea desde el

Revista de la Facultad de Medicina—Bogotá.

punto de vista de la parte del pulmón atacado; la extensión de las lesiones en el parenquima pulmonar o clasificación de Turban; las ideas directivas para una clasificación anatomo-clínica, etc. En seguida viene un estudio sobre la clasificación de Aschoff y Nicol Casada en la forma histológica de las lesiones, los cuales las agrupan en: lesiones foli-culares o productivas y en lesiones circunscritas.

Comentan luego las dificultades que presenta una clasificación anatomo-clínica y explican el por qué sobre el terreno de la Anatomía Patológica y fuera de toda consideración clínica o patogénica, han ensayado hacer una clasificación de las lesiones pulmonares producidas por el virus tuberculoso. En seguida dan las bases para esta clasificación, explican detalladamente cada uno de los diferentes procesos, dividen las formas anatómicas de la tuberculosis en simples y complejas, explican sus subdivisiones y por último concluyen que este ensayo de clasificación es hecho sobre todo con un fin didáctico.

Alfonso GUTIERREZ R.

BACTERIOLOGIA Y LABORATORIO

Annales de L'Institut Pasteur.

T. L. Febrero, 1933. Nº 2. París, Francia.

Nº 3. Marzo, 1933. París.

The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.

Vol. 18. Nº 5. Febrero, 1933. San Luis. Estados Unidos de América.

Vol. 18. Nº 6. Marzo, 1933. San Luis.

Vol. 18. Nº 7. Abril, 1933.

ANNALES DEL INSTITUTO PASTEUR. Nº 3. MAYO DE 1933.

A. Calmette. Sobre la vacunación BCG por vía bucal en los adolescentes y los adultos no alérgicos.

Es sabido que para el Prof. Calmette es ya un hecho indiscutible el éxito de la vacunación BCG en el recién nacido, aprovechando *la misma vía por la cual se realiza frecuentemente la infección natural*: “ella contribuye a suprimir casi totalmente la mortalidad tuberculosa y a reducir a importantes proporciones la mortalidad general infantil.” Pero trata el Prof. de extender la vacunación a los adolescentes y adultos indemnes de tuberculosis y *no alérgicos*, es decir, que no reaccionan a la tuberculina, pues se sabe que más del 95% de los habitantes de las ciudades *de vieja civilización* reaccionan a la tuberculina. Para hacer la vacunación es necesario además asegurarse de que los bacilos-vacuna vivos son realmente absorbidos; de que son capaces de multiplicarse en los órganos linfáticos y de determinar la “*Becegetitez*”,

Volumen I—Nº 12—Mayo, 1933.

micropoliadenitis generalizada que dura cuatro a cinco semanas y que termina por conferir la inmunidad antituberculosa. Cita el autor los trabajos de otros experimentadores que han obtenido la vacunación usando las vías subcutánea, intramuscular e intradérmica, y se muestra partidario de la vía digestiva, como para el recién nacido, a fin de evitar la picadura, rechazada sobre todo por los niños de las escuelas, entre los cuales sabemos que el 65% más o menos no está aún en estado de alergia. Asegura que puede comprobar que el intestino de todos los animales, aún el de los rumiantes, es permeable a los bacilos tuberculosos vivos, con tal de que se conserven por algún tiempo los animales de experiencia a fin de permitir la evolución de la infección tuberculosa de origen digestivo. El autor se dirige para sus experiencias al Africa ecuatorial, puesto que en las ciudades de vieja civilización es casi imposible experimentar por los motivos anotados: usando, *per os*, la misma dosis, (3 centigramos), que para el recién nacido, obtiene una cifra de individuos alérgicos, a los tres meses de vacunados, superior en un 10% a la que se obtiene usando la vía subcutánea. De los individuos vacunados sólo un 65% manifestaron su estado de inmunidad a los tres meses, los demás han necesitado de nuevas vacunaciones; y si no todos llegaren a reaccionar a la tuberculina no se podría concluir que no han adquirido la inmunidad; ésto sólo se podría asegurar si uno de ellos contrajera la tuberculosis en el futuro. Por lo demás, se puede ensayar la vacunación con dosis superiores, pues está demostrado que el individuo adulto puede ingerir, sin el menor peligro, hasta un gramo de BCG en una sola vez.

Termina el Prof. Calmette recomendando que esta vacunación, lo mismo que la vacunación contra la viruela, la difteria y la fiebre tifoidea, se haga rigurosamente obligatoria para el personal de los servicios hospitalarios especialmente para los estudiantes de medicina; así como también para las comunidades religiosas. Claro está que la vacunación sólo se haría para aquellos individuos que no estuvieran en estado de alergia.

J. T. D.

BIOLOGIA

Revista de Biología e Higiene.

Vol. 3. Diciembre de 1932. Fascículos 3 y 4. Sao Paulo. Brasil.

Archives de Biologie.

Tomo XLIV. Fascículo 1-10. Enero, 1933. París, Francia.

Acción vicoriente durable del injerto intraocular de tiroides recién nacido sobre el desarrollo de la rata blanca etiroidiada. Por Raoul M.

Revista de la Facultad de Medicina—Bogotá.

May. (Laboratorio de Histología Comparada, Colegio de Francia y Laboratorio de Fisiología, Instituto Pasteur, París).

Fuera de la técnica apropiada, dos son las condiciones requeridas para producir un buen injerto tanto en el reino animal como en el vegetal: 1º debe provenir de individuos filogenéticamente enlazados. 2º el injerto ha de estar constituido por tejido embrionario o muy joven.

P. Bert hizo los primeros ensayos con tejidos muy jóvenes en mamíferos de la misma especie. Mas tarde Carrel provocó injertos durables por medio de la auto-transplantación en mamíferos adultos; experiencias desfavorables en los homo y hetero-transplantaciones por la reabsorción tisular. Los ensayos de injerto de testículo de mono en el hombre han sido infructuosos; apenas se observa un estímulo orgánico lento y prolongado. Para las glándulas tiroides y paratiroides únicamente los autoinjertos, en los adultos, tienen acción vicariante durable; acción similar pero no tan eficaz en los singenesio-injertos paratiroidianos en las ratas. (H. Cristiani) y tiroidianos en el curí (Loeb). Con tejido embrionario o de recién nacido Cristiani y Ferrari observaron que el tejido tiroidiano evolucionaba hacia el estado adulto y que el paratiroidiano permanecía francamente estacionario.

Verdaderamente sorprendente por sus efectos ha sido el injerto de tejido cerebral de ratón recién nacido en la cámara anterior del ojo de la rata adulta. Los neurocitos implantados conservaban la misma estructura de las células normales. Este experimento dió origen a los ensayos que forman la base de este artículo.

Método. Se disea un lóbulo tiroidiano con la paratiroides correspondiente de un ratón nacido el mismo día de la experiencia y se aspiran con una pipeta de 10 cms. de largo cuya extremidad cilíndrica se cierra con un tapón de algodón. La pipeta se sumerge luego en líquido de Locke a 38º. El ojo izquierdo de una rata blanca de 4 semanas es lavado con una solución de Na Cl al 14 por mil. Se le hace luego un entable en la córnea, cerca al iris, por medio de una aguja de paracentesis y se le introduce en la cámara anterior, por esta abertura, el contenido de la pipeta. 24 horas después de la intervención la herida corneana ha cicatrizado. Esta operación se practica en numerosos animales del mismo sexo y de la misma edad. Una semana después se extirpaban completamente las tiroides y paratiroides de estos animales, así como la de otros de la misma edad y sexo, no operados, que servirían de control. La alimentación de estos animales estaba constituida por carne, legumbres y fruta. Se pesaban continuamente y se vigilaban por espacio de seis meses.

Resultados experimentales:

La mayor parte de las ratas tiroidectomizadas y no injertadas morirían algún tiempo después de la operación y la gran mayoría de las

ratas etiroidiadas pero portadoras de injertos tiroidiano y paratiroidiano sobrevivían indefinidamente.

Se deduce, pues, de todo este trabajo, que la tiroides y la paratiroides de un ratón recién nacido implantadas en el ojo de una rata joven se desarrollan como lo harían *in situ*, y que pueden asumir las funciones de los tejidos parecidos del porta-injerto si éstos experimentalmente llegaren a faltar.

L. Bravo.

CIRUGIA

The American Journal of Surgery.

Vol. 19. Nº 2. Febrero, 1933. Nueva York.

Vol. 19. Nº 2. Marzo, 1933. Nueva York.

Vol. 20—Nº 1—Abril, 1933—Nueva York.

Bulletin de l'Association Francaise pour l'étude du Cancer.

Año 26. Tomo 22. Nº 1. Enero de 1933. París.

Bulletins et Memoires de la Societe des Chirurgiens de París.

Tomo 24. Nº 17. 16 de diciembre de 1932. París.

Tomo 25. Nº 1. 6 enero de 1933.

Tomo 25. Nº 2. 20 de enero de 1933.

Tomo 25. Nº 3. Febrero 3, 1933.

Tomo 25. Nº 4. Febrero 17, 1933.

Tomo 25. Nº 5. Marzo 17, 1933.

Bulletins et Memoires de la Societe Nationale de Chirurgie.

Tomo LIX. Nº 1. 14 enero de 1933. París.

Tomo LIX. Nº 2. 21 enero de 1933.

Tomo LIX. Nº 3. 28 enero de 1933.

Tomo LIX. Nº 4. 4 febrero de 1933.

Tomo LIX. Nº 5. 11 febrero de 1933.

Tomo LIX. Nº 6. 18 febrero de 1933.

Tomo LIX. Nº 7. 25 febrero de 1933.

Tomo LIX. Nº 8. 4 marzo de 1933.

Tomo LIX. Nº 9. 11 marzo de 1933.

Tomo LIX. Nº 10. Marzo 18, 1933. París.

Tomo LIX. Nº 11. Marzo 25, 1933.

Tomo LIX. Nº 12. Abril 1º, 1933.

Tomo LIX. Nº 13. Abril 8, 1933.

Tomo LIX. Nº 14. Abril 15, 1933.

Revue de Chirurgie.

52 Année. Nº 1. Enero, 1933. París.

52 Année. Nº 2. Febrero, 1933. París.

Revista de la Facultad de Medicina—Bogotá.

Año 52. Nº 3. Marzo, 1933. París.

Año 52. Nº 4. Abril, 1933. París.

Journal de Chirurgie.

Tomo XLI. Nº 2. Febrero, 1933. París.

Tomo XLI. Nº 4. Abril, 1933. París.

Journal de Chirurgie et Annales de la Societe Belge de Chirurgie.

31º Annee. Nº 1. Enero, 1933. Bruselas.

Lyon Chirurgical.

Tomo 30. Nº 2. Marzo-abril, 1933. Lyon.

Journal de Chirurgie et Annales de la Societe Belge de Chirurgie.

Nº 2. Febrero, 1933. Bruselas.

Archives of Surgery.

Vol. 26. Nº 4. Abril, 1933. Chicago.

The Journal of Bone and Joint Surgery.

Vol 15. Nº 2. Abril, 1933. Boston.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

Vol. LVI. Nº 4. Abril, 1933. Chicago.

He leído cuidadosamente un importante estudio sobre la extirpación de los ganglios simpáticos lumbares y torácicos, el cual, a título informativo, me permito resumir así:

I.—La ganglionectomía, tanto lumbar como torácica, ha sido ejecutada en las siguientes enfermedades:

a) *Enfermedad de Raynaud.*

En este, como en los demás casos, se hizo la operación de acuerdo con la técnica de Adson, que consiste en hacer una incisión postero-mediana entre la última vértebra cervical y la primera dorsal (en casos, claro está, de ganglionectomía, cervicotorácica), seguida de la resección bilateral de las apófisis transversas y una parte de la primera y segunda costillas para permitir el acceso al mediastino posterior y al tronco simpático buscado. Para llegar al tronco simpático lumbar se hace una incisión mediana abdominal (laparotomía) y una incisión transperitoneal bilateral. Generalmente se extirpan, en la misma sesión, el 2º, 3º y 4º ganglios simpáticos lumbares de ambos lados.

A veces se encuentran en el abdomen grandes nódulos linfáticos que impiden la exposición de la cadena simpática y hay necesidad de disecarlos y cortarlos para que la operación pueda continuarse. En el mediastino posterior no se encuentran estos nódulos de linfa, pero aquí la dificultad depende de adherencias provocadas por pequeñas medias-tinitis.

Las formas benignas de la enfermedad de Raynaud pueden curarse cambiando de ocupación y de clima. Pero cuando esto no es posible y la enfermedad se agrava, hay indicación neta de operar. En la mayor parte de los casos operados el dolor cesa casi instantáneamente, la cianosis desaparece, la piel se hace caliente, rosada y seca, las úlceras sanan, las uñas vuelven a crecer normalmente y el paciente es restaurado a su salud normal.

b) *Trombo-arteritis obliterante.*

En este caso, como en la enfermedad de Raynaud, cuando la forma no es muy severa, puede obtenerse la curación, si las condiciones económicas del paciente lo permiten, disminuyendo las horas de trabajo diario, reposo en cama, aplicaciones calientes en las extremidades y administración de vacunas por vía intravenosa. De este modo se obtiene, en veces, la organización de los coágulos intravasculares y el restablecimiento de la circulación.

Sin embargo, algunos pacientes se ven obligados a trabajar, exponiendo sus manos y pies a traumatismo constante, favoreciendo así el desarrollo más o menos rápido de úlceras sumamente rebeldes a todos los tratamientos. Estas úlceras pueden propagar la infección a los tejidos adyacentes, aparecen fenómenos de trombosis y gangrena que exigen amputación inmediata.

Hay entonces necesidad, o al menos está grandemente indicada, la operación en el sistema simpático, la cual alivia profundamente el espasmo vasomotor de los vasos colaterales, así como la infección y la gangrena y abrevia la curación de las úlceras existentes. Por otra parte, la operación puede prevenir la gangrena y la extensión del proceso a la extremidad opuesta, la cual generalmente es invadida más lentamente que la extremidad responsable de los síntomas.

La eficacia de la ganglionectomía del simpático está demostrada por el dato estadístico siguiente:

En los casos de tromboarteritis obliterante no sometidos a la extirpación de los ganglios simpáticos correspondientes, la necesidad de la amputación se impone en un 25% de los casos. Y cuando se practica la mencionada operación, sólo hay que intervenir para mutilar en algo menos del 5% de los casos.

c) *Artritis crónicas infecciosas.*

Las artritis crónicas infecciosas son bastante rebeldes a los tratamientos habituales. La inmovilización, masaje, ejercicio, tienen poca influencia sobre el curso de la enfermedad, que sólo se mejora sintomáticamente por la aplicación de varios tipos de calor.

En los casos sometidos a la ganglionectomía simpática, se observa una supresión casi completa de los síntomas y restablecimiento de la circulación con vasodilatación consiguiente. La piel se hace calien-

te y seca, los dolores desaparecen, la sensibilidad y la hinchazón disminuyen notablemente.

Cuando se administra por vía intravenosa, cierta dosis de vacuna tífica, se observa en los enfermos con artritis crónica infecciosa, un ascenso considerable de la temperatura, particularmente en la superficie de las extremidades. Si no se anota este ascenso térmico, o siquiera una mejoría de los síntomas después de la inyección de proteínas, la operación no está indicada.

d) *Escleroderma.*

En esta enfermedad hay una decoloración de la piel, con espesamientos o atrofiaciones que invaden generalmente los dedos y los artejos. La invasión esclerodérmica puede difundirse o al contrario limitarse a los pies y a las piernas. Cuando se extiende, puede invadir las manos, brazos, cara, cuello, y aun la parte superior del tórax. Los músculos y los huesos pueden también ser invadidos por el proceso atrófico y degenerativo. La enfermedad progresa lentamente casi siempre y se presenta en personas de cualquier sexo y edad, pero con más frecuencia en las mujeres jóvenes. No siempre la causa depende de alteraciones en el sistema nervioso simpático y probablemente esto explique el fracaso muy común de la ganglionectomía, la cual, por otra parte, ha dado numerosos éxitos en muchos casos.

En los casos avanzados no hay mejoría marcada porque los cambios patológicos ya se han localizado en los vasos, la piel y el tejido subcutáneo y es muy difícil hacer regresar estas alteraciones.

Hay que operar, pues, al iniciarse la enfermedad. El resultado inmediato se manifiesta por mejoramiento de la circulación, la piel se afloja y se hace tenue en todas las partes afectadas. La piel y los músculos de la cara pierden su grotesca expresión, la boca puede abrirse ampliamente y la lengua echarse fuera.

Como ya dijimos, en los casos avanzados la operación no da ningún resultado, porque ya el espesamiento de la piel y la dureza de los músculos han venido a ser extremados y definitivos. Por lo tanto, repetimos, la operación debe practicarse tan pronto como se reconozca la enfermedad para lograr, por lo menos, detener su avance, porque si se la deja continuar, pueden aparecer dolores tenaces, deformaciones, e invalidez total.

II.—Del examen histológico de los ganglios extirpados se deduce que no hay razón alguna que explique las perturbaciones vasculares. Igualmente el estudio comparativo de dichos ganglios con otros normales ha resultado completamente negativo, pues las pequeñas modificaciones anotadas en algunos de ellos se han hecho dentro de los límites normales y podrían, además, justificarse por la edad avanzada de varios de los enfermos sometidos a la operación. Por otra parte, no se encuentra ninguna diferencia entre los ganglios extirpados en las cuatro

enfermedades mencionadas a pesar de la enorme discrepancia de éstas en sus manifestaciones clínicas. A esto debemos agregar que la sangre de los ganglios extirpados por enfermedades vasculares, no participa de las modificaciones sanguíneas en las extremidades enfermas.

En resumen: las diversas observaciones sacadas del estudio histológico y comparativo de los ganglios resecados, vienen, en definitiva, a reforzar la conclusión, tantas veces emitida, de que el agente nocivo, responsable de las enfermedades vasculares, para cuyo tratamiento se ha establecido la ganglionectomía, *no radica en los ganglios resecados*. Y, puesto que la extirpación de dichos ganglios permite el progreso y la mejor circulación de la sangre en los miembros afectados, parece racional suponer que tales ganglios obran simplemente como centro de estaciones para impulsos venidos desde centros más elevados y que constituyen probablemente el sitio donde radica el origen de la enfermedad.

Aristóbulo ORREGO D.

Bogotá, julio 4/33.

DERMATOLOGIA Y SIFILOGRAFIA

Acta Dermatológica.

Vol. 20—Fasc. 3-4—1932—Kyoto, Japón.

Vol. 20—Fasc. 5, 6—1932—Kyoto.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Tomo 4º—Nº 1—Enero, 1933—París.

Archives of Dermatology and Syphilology.

Vol. 27—Nº 1—Enero, 1933—Chicago.

Vol. 27—Nº 2—Febrero, 1933.

Vol. 27—Nº 3—Marzo, 1933—Chicago.

Vol. 27—Nº 4—Abril, 1933.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Nº 1—Enero, 1933—París.

Nº 3—Marzo 1933—París.

Señor Director de la Revista de la Facultad de Medicina.—E. S. D.

Hemos leído el Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Sifilographie et de ses Filiales: Les Réunions Dermatologiques de Strasburg, de Nancy et de Lyon; Nº 3 de marzo de 1933, y hemos encontrado bellas anotaciones y nos llamó preferentemente la atención la comunicación de los doctores MM. Lauste et Juster sobre el vilitigo, entidad que tratan con éxitos alagadores, por medio de los rayos ul-

Revista de la Facultad de Medicina—Bogotá.

travioletas y la esencia de bergamota; al respecto le podemos manifestar que en varios casos tratados por nosotros en el Servicio de Dermatología, Sifilografía y Fisioterapia del Hospital de San Juan de Dios, a cargo del profesor Dr. José Ignacio Uribe, hemos empleado los rayos y la bergamota; protegiendo la piel sana con una pomada a base de sulfato o clorhidrato de quinina que detiene los rayos, impidiendo que al mismo tiempo que se quiere pigmentar la acromia por el efecto irritante de los rayos, se produzca quemadura de la piel sana; así tratados nuestras pacientes por espacio de dos meses no obtuvimos sino una ligera coloración rosada de las placas, así han permanecido posteriormente, por lo que no nos ha satisfecho dicho tratamiento debido a que no hemos podido sino volver rosada una placa blanquecina. No obstante, felicitamos a los doctores Lauste et Juster, quienes han sido favorecidos con dicho tratamiento que a nosotros no nos produjo los éxitos que a ellos.

Del Sr. Director, cordialmente,

Carlos MARQUEZ VILLEGAS

Bogotá, junio 24|33.

ESTOMATOLOGIA

Oral Hygiene.

Vol. 23—Nº 4—Abril, 1933—Pittsburgo.

FISIOLOGIA

Annales de Physiologie et de Physicochimie Biologique.

Tomo 8º—Nº 5—1932—París.

Journal de Physiologie et de Pathologie Generale.

Tomo 30—Nº 4—Diciembre, 1932—París.

The American Journal of Physiology.

Vol. CIII—Nº 2—Febrero, 1933—Baltimore.

Vol. CIII—Nº 3—Marzo, 1933.

Herberts S. Gasser and Helen Tredway Graham. Potenciales producidos en la medula espinal por excitación de las raíces posteriores.

Am. Journ. Phye. 1933. CIII. 303. Obtienen varias ondas al excitar las raíces posteriores. La primera, que llaman "spike", consideran que es igual al potencial de acción de las fibras. Esta onda es trifásica y varía con la posición de los electrodos.

Después de un intervalo de 2.2º, término medio, aparece el potencial intermediario constituido por una onda negativa seguida de una onda positiva, lo cual consideran como característica de la actividad

Volumen I—Nº 12—Mayo, 1933. —

de la medula. La duración de la onda negativa está comprendida entre 7 y 16° y la de la onda positiva alrededor de 80°.

La onda negativa desaparece con la asfixia de la medula, es casi insensible a la narcosis, y el enfriamiento de la medula la prolonga. Si un raíz recibe dos excitaciones sucesivas, y si son muy cercanas una de otra, desaparece la onda negativa correspondiente a la segunda excitación. Si se divide una raíz en dos partes y si se excitan, cada una dá una onda submáxima; pero si se excitan simultáneamente, la onda producida es menor que la suma de las anteriores.

Creen que la onda negativa es originada en los neuronas intermedios entre el primer neurona (el de la raíz) y el tercer neurona (el de las células motoras).

J. Hernando ORDOÑEZ

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Gynecologie et Obstetrique.

Tomo 26—Nº 6—Diciembre, 1932—París.

Tomo 27—Nº 1—Enero, 1933.

Tomo 27—Nº 3—Marzo, 1933—París.

Bulletin de la Société de Obstetrique et de Gynecologie.

Nº 10—Diciembre, 1932—París.

Nº 1—Enero, 1933.

Nº 2—Febrero, 1933—París.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Vol. 25—Nº 2—January, 1933—San Luis, E. U. A.

Vol. 25—Nº 3—Marzo, 1933—San Luis.

Vol. 25—Nº 4—Abril, 1933.

Japanese Journal of Obstetrics and Gynecology.

Vol. 15—Nº 6—Diciembre, 1932—Kyoto.

Vol. 16—Nº 1—Febrero, 1933—Kyoto, Japón.

Revista de Ginecología y Obstetricia.

Enero de 1933—Nº 1.

Utilización de la Raquianestesia en obstetricia operatoria. Por Paul Delmas, Profesor de la Facultad de Medicina de Montpellier.

En el presente artículo el autor se propone demostrar la utilidad de la raquianestesia para las intervenciones obstetricales, durante el parto, en las presentaciones distócicas.

Comienza el autor por fijar la época del embarazo distócico en que debe recurrirse a la raquianestesia, para lo cual recalca que sólo

Revista de la Facultad de Medicina—Bogotá.

debe aplicarse en la segunda mitad del tercer trimestre y únicamente en obstetricia operatoria; y aduce como argumentos, en primer lugar, que es inoficioso en los casos normales, en segundo que antes de esa época las reacciones funcionales del útero no han llegado a su término, en tercer lugar, que anatómicamente el futuro canal cérvico-segmentario no se ha beneficiado de una suficiente imbibición tisular, y por último que la región ítmica no cede sino al empuje de la presentación.

I) Luégo considera los diferentes tiempos del parto fisiológico.

II) En seguida considera la fuerza activa fisiológica, del útero sobre el huevo, y la resistencia fisiológica que oponen los tejidos del periné, aumentada esta resistencia por causas fisiológicas especiales, como el desarrollo de la musculatura, por el sport; o por causas patológicas como el edema, cicatrices, esclerosis y neoplasias.

III) En esta tercera parte, anota que la contractilidad del útero se encuentra sustraída a la acción de la medula y que está sometida únicamente a la inervación ganglionar intra-mural, y trae como ejemplo la experiencia de "Whitehouse", que si se practica una histerectomía, durante el trabajo, a una coneja parturienta, el útero continúa contrayéndose, el cuello se abre y el huevo es expulsado, y, como al practicar la raquianestesia, no se produce la inhibición medular del útero sino la sección fisiológica de las raíces; la raqui no modifica la contractilidad del útero, sino que produce una analgesia y una aquinesia baja de los centros anatómicamente en causa, y con este fin se pueden practicar dos especies de raquianestesia. La primera con dosis de 0,05 centigramos de SCUROCAINA disueltos extemporáneamente en líquido de la paciente, con lo cual se produce una pequeña raquianestesia, que determina una analgesia y aquinesia baja sobre el piso estriado de la hilerla perineal, tanto superficial como profunda, que permite las maniobras de extracción.

El empleo, en las mismas condiciones, de 0,10 centigramos de SCUROCAINA, produce la gran raquianestesia; a los resultados precedentes, se añade la inhibición relativa del segmento uterino. Sin duda la contracción no es tocada, puesto que ella depende del Simpático, pero la contractura desaparece hasta el punto de permitir hacer versiones hasta ese momento imposibles.

Se asegura, además, por ese procedimiento, una hemostasis completa de los vasos intrauterinos, lo que permite las operaciones cesáreas en blanco.

IV. Luégo trae la técnica que sigue y aconseja el autor. Esta técnica no tiene nada de particular, solamente aconseja hacer la dilución con el mismo líquido de la enferma, no debe sacarse la aguja, mientras se hace la dilución, "la velocidad de la inyección debe ser igual

a la de la salida del líquido”, y debe hacerse la inyección en el espacio lombo-sagrado.

Aconseja el autor luchar contra la anemia del bulbo con inhalaciones de nitrito de amilo; para prevenir la atonia vascular debe emplearse la ergotina, dos horas después.

Conclusiones: La raquianestesia no modifica las contracciones uterinas normales, pero sí vence la contractura y permite las versiones, etc.

Produce la hemostasis de los vasos uterinos.

Produce analgesia y aquinesia baja, y evita el obstáculo por acción defensiva de la hilera perineal, facilitando así la abertura bulbo-vaginal.

Observaciones: No debe practicarse la raquianestesia, sino en el momento del trabajo.

No debe practicarse cuando hay obstáculo anatómico, como edemas, cicatrices, fibromas o cánceres.

Para las versiones y otras maniobras intra-uterinas debe intervenir en el momento de la ruptura de la bolsa de las aguas, porque más tarde la presentación descende y queda aprisionada por el cuello.

A. GOMEZ B.

HIGIENE

Revista de Higiene.

Año 14—Vol. 2—Nº 1—Enero, 1933—Bogotá.

Año 14—Vol. 2—Nº 2—Febrero, 1933—Bogotá.

Annali d'Igiene.

Año 12—Nº 9—Setiembre, 1932—Roma.

Año 12—Nº 10—Octubre, 1932.

Año 12—Nº 11—Noviembre, 1932.

Año XLII—Nº 12—Diciembre, 1932—Roma.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Año 12—Nº 2—Febrero, 1933—Washington.

Año 12—Nº 3—Marzo, 1933.

Año 12—Nº 4—Abril, 1933—Washington.

Revue d'Hygiene et de Medecine Preventive.

Tomo LV—Nº 2—Febrero, 1933—París.

Tomo LV—Nº 3—Marzo, 1933.

Año 55—Tomo LV—Nº 4—Abril, 1933—París.

American Journal of Public Health.

Vol. 23—Nº 1—Enero, 1933—Nueva York.

Vol. 23—Nº 2—Febrero, 1933.

Vol. 23—Nº 3—Marzo, 1933.

Vol. 23—Nº 4—Abril, 1933.

Revista de la Facultad de Medicina—Bogotá.

Salud y Sanidad.

Año II—Nros. 13 y 14—Febrero, 1933—Bogotá.

Boletín de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja.

Vol. 14—Nº 1—Enero, 1933—París.

Vol. 14—Nº 2—Febrero, 1933.

Vol. 14—Nº 3—Marzo, 1933.

Vol. 14—Nº 4—Abril, 1933—París.

The American Journal of Hygiene.

Vol. 17—Nº 2—Marzo, 1933—Lancaster, E. U. A.

DE COMO HA SIDO ORGANIZADA LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS EN DINAMARCA

Por Pierre Vasseur.

(De la Revue de Hygiène et de Médecine Préventive. Nº 3,
de marzo de 1933).

El autor, que acaba de hacer un viaje por Dinamarca, estudia la organización sanitaria de aquel país en lo tocante a la lucha antituberculosa. Encuentra muy dignas de alabanza la campaña cultural de la Asociación Médica Danesa, y la de la Asociación Nacional para la Lucha contra la Tuberculosis, la que obtuvo en 1905 del Rigsdag la aprobación de las famosas leyes danesas contra este flajelo, inspiradas en la comunicación del profesor Knud Faber.

Contienen esas leyes puntos tan interesantes como la declaración de todo caso de tuberculosis, por parte de los médicos; el derecho del tuberculoso a la protección del Estado, tanto para su tratamiento como para el sostenimiento decoroso de su familia; la creación de establecimientos adecuados para los tratamientos, etc.

Hace luego un recuento de la gran obra llevada a cabo en Dinamarca, comparándola con la lucha antituberculosa de Francia, de lo que resulta que —a pesar de la enorme eficacia de la campaña francesa— la gran república tiene mucho qué aprender del pequeño país escandinavo, que ha logrado reducir la mortalidad por tuberculosis de 30 por 10.000 habitantes, en 1890, a 7,5 por 10.000 que sufre hoy, mientras que Francia sólo ha logrado reducirla de 36 por 10.000 en 1890, a 16,5 por 10.000 que presenta actualmente.

Como causas de esta desigualdad, anota el autor principalmente lo estricto de leyes y decretos daneses sobre higiene y la eficacia de su cumplimiento por parte de las autoridades, pero sobre todo la educación popular, que le llama mucho la atención, lo mismo que las bellas condiciones de higiene general, encontradas en aquel país, cuyas ciudades cuentan con jardines públicos por todas partes y cuyas es-

Volumen I—Nº 12—Mayo, 1933.

cuelas, hoteles, casas de alimentación, etc., son objeto de constante vigilancia por parte de un “Estado-Providencia”, que ha logrado hacer llegar a todas partes su influencia bienhechora.

Luis CAMACHO RUEDA

HOSPITALES

The Modern Hospital.

Vol. XL—Nº 2—Febrero, 1933—Chicago.

Vol. XL—Nº 3—Marzo, 1933.

MEDICINA EXPERIMENTAL

Archives Internationales de Medecine Experimentale.

Vol. 7—Fasc. 4—Diciembre, 1932—Lieja.

Vol. 8—Fasc. 1—Marzo, 1933—Lieja.

The British Journal of Experimental Pathology.

Vol. 14—Nº 1—Febrero, 1933—Londres.

The Journal of Experimental Medecine.

Vol. 57—Nº 2—Febrero, 1933—Baltimore.

Vol. 57—Nº 3—Marzo, 1933.

Vol. 57—Nº 4—Abril, 1933—Baltimore.

ROENTGENTERAPIA DE LA AMIGDALA

En la página 65 (Vol. VIII, Fasc. 1) de los “*Archivos Internacionales de Medicina Experimental*”, correspondiente al mes de marzo de 1933, que reposa en la Biblioteca de la Facultad, publica el doctor Georges Cambrelin, de la Universidad de Bruselas, un detallado estudio experimental sobre Roentgenterapia Amigdaliana, en el cual analiza las consecuencias hematológicas de esta terapéutica y las aplicaciones que en la clínica posee.

Este estudio de las reacciones radiobiológicas de la amígdala humana es un valioso aporte a la medicina experimental, si se tiene en cuenta el escaso arsenal que existe hasta hoy sobre trabajos completos de la índole, desde los puntos de vista histológico y radiobiológico.

El trabajo del doctor Cambrelin ha consistido esencialmente en escoger amígdalas hipertrofiadas en niños y adultos, de los que ha hecho previamente la numeración globular y la fórmula leucocitaria para compararlas luego con las que resultan después de las irradiaciones; en aplicar sobre esas amígdalas Rayos X a intensidades diversas; en instituir para cada intensidad una serie de experiencias; en hacer de esas piezas anatómicas irradiadas, en intervalos de tiempo variables, 7.000 cortes histológicos, en series.

Revista de la Facultad de Medicina—Bogotá.

En el capítulo referente a la “amígdala irradiada”, realiza concienzudas investigaciones tendientes a demostrar el efecto curativo de las irradiaciones, practicando para ello biopsias de la amígdala. Labor es ésta demasiado ímproba (el material de experimentación es todo humano), ilustrada con numerosas gráficas y llena de interesantes resultados.

El autor llega a la conclusión de que no ha encontrado inconvenientes ni peligros en el tratamiento de las amígdalas por los Rayos X y que, por el contrario, le parece ventajoso.

En cuanto a las indicaciones, pueden resumirse las que expone, así:

Se deben emplear los Rayos X:

a) —Sistemáticamente, en todos los casos en que esté contraindicada la intervención operatoria: hemofilia, diabetes, tuberculosis, cardiopatía nefritis, artritis grave, bocio exoftálmico, edad avanzada, etc.;

b) —En la primera infancia, cuando el estado de sufrimiento del órgano necesita una intervención;

c) —En la edad adulta, la exéresis quirúrgica debe ceder su puesto a las irradiaciones;

d) —En los niños de más de cinco años, en caso de insuceso de la amigdalectomía total.

El trabajo experimental del doctor Cambrelin es, pues, una obra de mérito, llena de utilidad práctica, coronada por éxito brillante, y su texto, escrito con un sobrio espíritu científico, se halla todo sembrado de gran número de enjundiosas consideraciones.

Efraim SILVA REBOLLEDO

Bogotá, junio de 1933.

MEDICINA LEGAL

Annales de Medecine Legale.

Año 13—Nº 2—Febrero, 1933—París.

Año 13º—Nº 4—Abril, 1933—París.

CONSIDERACIONES TOXICOLOGICAS SOBRE LA CONSTATAION DEL BARBITAL EN LAS VISCERAS HUMANAS

(Por el Dr. C. Strzyzowski, Profesor de Toxicología en la Facultad de Medicina de Lausana).

(Extracto)

Las dificultades con las cuales tropieza el experto en el curso de una manipulación para demostrar la presencia del barbital en los órganos cadavéricos, son generalmente tres.

Volumen I—Nº 12—Mayo, 1933.

La 1ª es causada a menudo por la exigüidad del hipnótico aislado.

La 2ª reside en la dificultad de obtenerlo en estado de pureza.

La 3ª consiste en que aunque haya sido posible aislarlo completamente puro, no se conocen reacciones de coloración lo suficientemente buenas para identificarlo, o por la casi imposibilidad de hacerlas con la cantidad tan exigua que se logra aislar.

Para obviar estas dificultades, el Profesor Strzyzowski, experto en estos asuntos, aconseja seguir una técnica cuyo extracto es el siguiente:

En la demostración del barbitál hay dos procesos principales que son, uno de purificación, y otro de identificación. El primer proceso hecho perfectamente es condición indispensable para los buenos resultados del segundo.

1º La *purificación* se consigue por disolución del residuo impuro en 10 c.c. de agua hervida, alcalinización con unas gotas de lejía de soda al 20%, enfriamiento seguido de filtración, agitación por tres veces con 12 a 24 c.c. de éter cada vez, decoloración en frío con unos centigramos de carbón Merck, maceración durante 12 horas, filtrado, acidificación con ácido clorhídrico, purificación por agitación repetida con 10 a 20 c.c. de éter.

Mezcladas y filtradas estas extracciones, dejan después de evaporación espontánea sobre un vidrio de reloj, cristales que deben ser incoloros. Obtenidos éstos se pasa al segundo tiempo, que es el de la

2º *Identificación*. Esta puede verificarse:

- a) Por sublimación en el vacío;
- b) Por demostración microcristalográfica;
- c) Por la reacción de coloración violeta-dalia;
- d) Por el nitrato mercurioso y el mercuríco;
- e) Por la constatación del nitrógeno según Lassaigne;
- f) Por la determinación del punto de fusión.

El primer procedimiento es el más delicado, pero también el más precioso; su técnica resumida es la siguiente: en un tubo-probeta, de 9 centímetros de largo por 8 milímetros de ancho, se introducen 2 a 3 miligramos de los cristales en cuestión. Colocado a la llama, se estira el tubo hasta obtener un capilar de 2 milímetros de ancho por 6 centímetros de largo; se aboca el orificio del tubo a la trompa del vacío, y mientras que se sumerge la porción inferior que contiene los cristales, en un baño de glicerina calentada entre 120º a 130º se hace funcionar la trompa durante 30 minutos. Con una microllama se divide el tubo en dos partes de las cuales la inferior encierra los cristales que se subliman un poco en el curso de esta operación; calentándolos más, se subliman en ese vacío elevado sin fundirse, y aparecen bajo forma de bellos prismas del sistema monoclinico.

Por este sistema, y por los otros atrás enumerados, se logran identificar pequenísimas partículas de barbitál (hasta de diezmiligramos).

El punto capital es separarlo de la orina o de las vísceras en estado de pureza. Cuando falta la orina se busca en los riñones y el hígado, de los cuales es preciso quitar un kilogramo por lo menos, para encontrar el barbitál o uno de sus numerosos derivados.

(Tomado de los "Annales de Médecine Légale de Criminologie et de Police Scientifique", Nº 2, del año de 1933).

MEDICINA TROPICAL

Bulletins de la Société de Pathologie Exotique.

Tomo 26—Nº 1—1933—París.

Tomo 26—Nº 2—Febrero, 1933—París.

The Journal of Tropical Medicine and Hygiene.

Vol. 36—Nº 2—Enero 16, 1933.

Vol. 36—Nº 3—Febrero 1, 1933.

Vol. 36—Nº 4—Febrero 15, 1933.

Vol. 36—Nº 5—Marzo 1º, 1933.

Vol. 36—Nº 6—Marzo 15, 1933.

Vol. 36—Nº 7—Abril 1º, 1933.

Tropical Diseases Bulletin.

Vol. 30—Nº 2—1933—Londres.

Vol. 30—Nº 3—Marzo, 1933—Londres.

The American Journal of Tropical Medicine.

Vol. 13—Nº 1—Enero, 1933—Baltimore.

Memorias do Instituto Oswaldo Cruz.

Tomo 26—Fasc. 3—Río de Janeiro.

BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ DE PATOLOGIE EXOTIQUE

Tome XXVI—11 Janvier, 1933—Nº 1.

Classification biologique des syndromes de la lepre.—J. Tisseuil.

Sus observaciones clínicas y exámenes de leprosos hacen pensar a Tisseuil, y propone que el ciclo evolutivo de la lepra sea dividido en cuatro períodos, a los que él llama sindromes, así:

1º *Período primario* o macular.

2º *Período secundario* o de infiltración dérmica.

3º *Período terciario* o *nodular*, y por último,

4º *Período cuaternario* o trofo-neurótico.

Concluye el autor que una tal clasificación permite seguir la evolución de la enfermedad a través de cada uno de estos períodos.

Su comentador M. Leger expone las ideas por las cuales no participa de la opinión de Tisseuil.

Volumen I—Nº 12—Mayo, 1933.

Nosotros jamás hemos creído que ninguna enfermedad, así sea la sífilis, la tuberculosis o cualquiera otra de aquellas cuya evolución se ha clasificado por períodos determinados, presente, en la generalidad de los casos, su evolución, dentro de un cuadro sistemáticamente delimitado y por lo tanto no encontramos ventajosa la clasificación de Tisseuil.

Augusto FERNANDEZ C.

NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

Archives Internationales de Neurologie.

Tomo 10—Vol. 20—Serie 25—Marzo, 1933—París.

Archives Internationales de Neurologie.

Tomo 2º—Vol. 16—Noviembre, 1932—París.

Tomo 2º—Vol. 17—Diciembre, 1932.

Tomo 2º—Vol. 19—Febrero, 1933.

Archivos Argentinos de Neurología.

Vol. 7—Nº 6—Enero, 1933—Buenos Aires.

L'Hygiene Mentale.

27º Annee—Nº 10—Diciembre, 1932—París.

L'Encephale.

Año 27—Nº 10—Diciembre de 1932.

S. NACHT. LA ESTRUCTURA INCONSCIENTE DE ALGUNAS PSICOSIS.

(De L'Encephale. Diciembre, 1932).

Si es cierto que el psicoanálisis ha permitido profundizar cada día más y más en el terreno de la neurosis, no podemos afirmar lo mismo respecto a la psicosis. A pesar de todo, la psiquiatría ya debe bastante al psicoanálisis: ayuda a comprender el contenido de la locura; y de esta ciencia antes enjuta y sólo descriptiva, hace algo más viviente al dirigir sus investigaciones hacia las capas inconcientes del psiquismo.

Las principales deducciones del trabajo son:

El alienado como el neurótico, ponen un sentido en el síntoma que presentan; por lo tanto la enfermedad mental en sí, no debe considerarse como un conjunto de incoherencias, sino como un fin perseguido por el psiquismo colocado en determinadas condiciones. Este fin, cuando lleva a la psicosis, aparece como tentativa de escape al sufrimiento: el psiquismo trata de sustraerse a él, por la fuga en la enfermedad, como dice Freud, y en muchos casos lo alcanza. Y esto también en la patología general, pues dice que un estado delirante representa la de-

Revista de la Facultad de Medicina—Bogotá.

fensa del psiquismo, del mismo modo que una enfermedad infecciosa, la reacción contra la enfermedad microbiana. Luego intenta buscar el fundamento de los delirios de persecución, celos y erotomanía; trata la parte que la libido tenga en la esquizofrenia y la melancolía; y concluye con unos cuantos interrogantes dignos de estudio.

Carlos F. BUENO P.

OFTALMOLOGIA

CONTENIDO DE LA REVISTA DE "ARCHIVOS DE OFTALMOLOGIA", DE BUENOS AIRES.

Número 3, del mes de marzo de 1933.

I.—Dr. Ricardo Morea. Tratamiento quirúrgico de la atrofia papilar.

Contiene: La técnica de la trepanación craneana, previa ventriculografía con sol, de Lipiodol, abertura de las membranas, incisión de la cisterna periquiasmática formada por la aracnoides, liberación de los nervios ópticos y sutura de los diferentes planos.

Conclusiones: Detención del proceso atrófico y mejoría de la visión. Trae adjuntas muchas y muy importantes observaciones clínicas.

II.—Estado actual del tratamiento de la miopía. Doctores Adrogué, Sená, etc. Contiene:

Observaciones de pacientes tratados sin aplicación de lentes. Observaciones de pacientes con aplicación de lentes.

Conclusiones: Todas en favor de este último tratamiento.

III.—Blefarochalasis y Secreciones endocrinas. Doctora Satanowsky. Contiene:

Comunicación de un caso de Blefarochalasis en que hace el estudio de la relación estrecha que hay entre los trastornos del funcionamiento del C. Tiroides y la aparición de esta enfermedad.

Conclusiones: Eficacia del tratamiento por los extractos tiroidianos y por el yodo en la curación de esta entidad. (Lleva adjuntas algunas observaciones importantes).

H. M. RUIZ PINEDA

Archivos de Oftalmología de Buenos Aires.

Tomo 7º Nº 12.—Diciembre, 1932.—Buenos Aires.

Tomo 8º Nos. 1-2.—Enero-Febrero, 1933.

Tomo 8º Nº 3.—Marzo, 1933.

Archives of Ophthalmology.

Vol. 9º Nº 4.—Abril, 1933.—Chicago.

Anales d'Oculistique.

95º Annee.—Enero, 1933.—París.

95º Annee.—Febrero, 1933.—París.

Volumen I—Nº 12—Mayo, 1933.

ORTOPEDIA

Revue d'Ortopédie.

Tomo 20. Nº 2.—Marzo-Abril, 1933.—París.

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS ÓSEA Y ARTICULAR POR EL EXTRACTO ESPLÉCNICO.

Thomas F. Wheeldon, Richmond, Virginia.—The Journal of Bone and Joint—Surgery—Tomo 15—Nº 2—Abril, 1933.

El autor cita 17 casos de tuberculosis ósea y articular, tratados por el extracto acuoso esplécnico con resultados admirables y que le han permitido llegar a las siguientes conclusiones:

1ª La mejoría se traduce en la caída de la fiebre, en el crecimiento, peso, color, apetito, reacciones locales, composición de la sangre, tendencia a la corrección de las deformidades, aleja o mejora las complicaciones.

2ª El tratamiento por el extracto esplécnico es de gran utilidad en aquellos pacientes que por cualquier causa no puedan someterse al tratamiento ideal antituberculoso cual es la helioterapia, reposo, alimentación adecuada, aereación, etc., etc.

3ª El extracto acuoso se ha empleado también con buenos resultados en la osteomielitis aguda y crónica y en las fracturas.

4ª Obtención fácil del extracto esplécnico.

El autor prepara el extracto acuoso despojando el bazo de las fibras y proteínas, y el residuo se evapora in vacuo hasta obtener una pasta semejante a una sopa condensada. Una onza de este extracto acuoso representa una libra de bazo crudo. Administra una cucharadita dulcera tres veces por semana; una vez que se ha comprobado la tolerancia del paciente se aumenta la cantidad a una cucharada de sopa tres veces al día. Tal dosis contiene de una a una y media libra de bazo crudo; se da en sandwich, caldo, jugo de naranja o de tomate o en salsa. Los niños lo toman sin repugnancia.

El autor pregunta si la mejoría es producida por el control del bacilo de Koch o por la estimulación reparadora del hueso a través de la sinovial o de la medula o por la mejoría en la composición de la sangre o por efecto sobre otros órganos o tejidos como estimulante bioquímico u hormonal.

A. MEISEL

PARASITOLOGIA Y ENTOMOLOGIA

The Review of Applied Entomology.

Vol. 21—Serie B. Parte 1—Enero, 1933—Londres.

Vol. 21.—Serie B. Parte 2.—Febrero, 1933.—Londres.

Vol. 21.—Serie B. Parte 3.—Marzo de 1933.—Londres.

Revista de la Facultad de Medicina—Bogotá.

Parasitology.

Vol. 24.—Nº 4.—Enero de 1933.—Londres.

Vol. 25.—Nº 1.—Febrero de 1933.—Londres.

La transmisión experimental de la Anaplasmosis por "Dermacentor Andersoni". Por Carlos W. Rees, Ph. D.

En un artículo admirablemente documentado, el autor expone los experimentos que ha llevado a cabo para infectar bovinos sanos por medio de *Dermacentor Andersoni*, que se hayan alimentado con sangre de animales infectados por *Anaplasma*. De sus bien conducidas experiencias deduce: Tanto el *Dermacentor* adulto como la larva y la ninfa, son transmisores de la Anaplasmosis, pero a condición de alimentarse con sangre de animales infectados. La ninfa infectada puede dar origen a un animal adulto también infectado. Dice que las condiciones de transmisión son las mismas para el *Dermacentor Andersoni* que para el *D. Cariabilis*, pero no hace referencia a esas condiciones.

Comentado por Luis Felipe Osorio Gil.

PEDIATRIA

Archives de Medecine des Enfants.

Tomo 36.—Nº 4.—Abril, 1933.—París.

The British Journal of Childrens Diseases.

Vol. 30. Nos. 349-351.—Enero-Marzo, 1933.—Londres.

Vol. 30. Nros. 349-351.—Enero-Marzo, 1933.—Londres.

American Journal of Diseases of Children.

Vol. 45. Nº 4.—Abril, 1933.—Chicago.

Revista Mexicana de Puericultura.

Tomo 3º Nº 26—Diciembre, 1932.—Ciudad Méjico.

Archivos del Hospital de Niños "Roberto del Río".

Año 3º Nº 3.—Septiembre, 1932.—Santiago de Chile.

Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia.

Tomo 6º Nº 3.—Enero, 1933.—Montevideo.

Archives de Medecine des Enfants.

Tomo 36. Nº 3.—Marzo, 1933.—París.

Tomo 36. Nº 4.—Abril de 1933.

El artículo de heredo-sífilis nerviosa que se me ha encomendado al estudio es de gran importancia. Trae a cuento una serie de observa-

Volumen I—Nº 12—Mayo, 1933.

ciones clínicas muy bien documentadas que demuestran la etiología heredo específica de algunos síndromes de orden nervioso, tales como la hemiplegia infantil. La enfermedad de Little, la epilepsia, la corea aguda, los trastornos auditivos, visuales, psíquicos. En todas estas afecciones se ha encontrado la reacción de Wassermann positiva en ocasiones; en otras la heredo-sífilis ha sido sospechada por los antecedentes y los estigmas habituales que ocasiona.

Conclusión: El autor Mr. Babonniex no sostiene la exclusividad heredo-específica de los síndromes citados, pero sí llama la atención, sobre la poca importancia que se le concede en los tratados clásicos. Este artículo se encuentra en la Revista Archivos de Medicina Infantil, N° 4, de abril de 1933.

Bogotá, junio 25|33.

Ramón FREYLE

QUIMICA

Bulletin de la Societé de Chimie Biologique.

Tomo 15. N° 1.—Enero, 1933—París.

EXPERIMENTOS SOBRE LA TOXICIDAD DEL ALCOHOL ETILICO

*Por Mme. S. Lallemand.—Memoria presentada a la sesión del
18 de octubre de 1932.*

La autora ha querido establecer un método susceptible para conocer la toxicidad de los venenos para la célula, por medio de un estudio comparativo de su acción. Ha querido eliminar la toxicidad especial de cada veneno para no dejar aparecer sino la “*Toxicidad fundamental*”. Este método consiste en colocar huevos de gallina, que no estén incubados, en recipientes donde se someten a la acción de los vapores o gases de la sustancia que se va a estudiar, después de determinado tiempo se les lleva a la incubadora, donde se les deja por 48 horas, tiempo al cabo del cual se les examina para ver si están en vía de desarrollo.

De estos trabajos la autora ha podido deducir que hay sustancias como el óxido de carbono, que no es un tóxico fundamental para la célula, pero en cambio hay otras, el alcohol y el cloroformo, que sí lo son. En un estudio hecho recientemente por la autora demostró que la dosis tóxica de cloroformo para el huevo de gallina era de 2 gramos con 60 centigramos por gramo de huevo, o sea de 3, 10 gramos para la célula germinativa. La técnica para practicar el método es la siguiente: Los huevos previamente pesados se colocan en una campana de 900 c.c., al lado se coloca un cristallizador pequeño de 65 c. c. que contiene el alcohol de 99,5 grados, los huevos son dejados durante tiempos diferentes a la temperatura del laboratorio o sea entre 16 y 19 grados.

Revista de la Facultad de Medicina—Bogotá.

En seguida que se retiren viene la determinación del tiempo tóxico; para esto se colocan los huveos en la incubadora y se dejan a 39 grados durante 48 horas para que incuben; al cabo de este tiempo se sacan, se rompe la cáscara, se separa el albumen y la yema se coloca en agua a 39 grados y entonces se puede apreciar el embrión que, si es normal, presenta un corazón animado de movimientos regulares, el sistema vascular comunica con el área vascular cardiaca, pudiéndose decir que está establecida la circulación embrionaria; el sistema nervioso ya es reconocible; la mitad superior del cuerpo está recubierta por el capuchón cefálico del amnios, y finalmente la evolución del blastodermo indica que el huevo iba en camino de desarrollo.

Determinación de la cantidad de alcohol que penetró en el huevo:

La técnica seguida por la autora es la de NICLOUX; comprende dos operaciones, a saber: La separación del alcohol del huevo, y su dosificación.

Determinación del alcohol que penetró en el huevo. El huevo cuyo peso se había determinado antes de someterlo a los vapores del tóxico se retira y se sumerge en una solución saturada de ácido pícrico, excepción de la cáscara que es lavada con agua y rigurosamente pesada. Una vez que se obtiene el huevo en esas condiciones, se lleva al aparato destilador de Schloesing-Aubin, el destilado se recoge en un frasco que contiene el cuarto de volumen de la masa total (huevo más líquido).

Dosaje del alcohol. El destilado se ataca por el líquido sulfo-crómico hecho en tubos de 20 mm. de diámetro y rigurosamente cerrados, a 5 c.c. de destilado se le añaden un exceso de una solución de bicromato de K. a 21, 31 por litro y 2,5 c. c. de ácido sulfúrico a 66,6 por 100 en volumen, los tubos se dejan una hora en baño de maría a 85 grados por una hora para que se verifique la oxidación del alcohol. El exceso de bicromato se avalúa por medio de una solución de sulfato de hierro Amoniacal (Sal de Morh) a 17,027 por litro; queda un pequeño exceso que se avalúa por medio de una solución de permanganato de K. en solución equilibrada.

De la cantidad de bicromato de K utilizada se deduce la cantidad de alcohol que existe en el tubo tomado.

Conclusiones: Determinación del tiempo tóxico. Después de 9 horas de permanecer en los vapores de alcohol y llevándolo luego a la incubadora durante 48 horas, el desarrollo del embrión no se efectúa.

Determinación de la cantidad de alcohol que penetra en el huevo, en relación con el tiempo a que estuvo sometido: El alcohol, lo mismo que el cloroformo, para atravesar la cáscara, tiene que estar sometido a la fórmula que se deduce de la ley de GRAHAM, que es:

$$dm = KA \sqrt{\frac{3}{p}} \left(P_0 - P_1 \right) dt$$

dm = masa difusa durante un tiempo muy corto; dt

A = área del difusor (el huevo).

S = densidad del gas bajo la presión p

P₀. — P₁. = diferencia de presiones

K = un coeficiente de proporcionalidad que depende en particular del grosor de los poros de huevo.

Conclusiones: El huevo de gallina, después de 48 horas de incubación, no es capaz de desarrollarse si antes se coloca en una atmósfera de alcohol a 18 grados.

2ª La penetración del tóxico se hace siguiendo ciertas leyes.

3ª La dosis tóxica para las células indiferenciadas de huevo de gallina es de 4 miligramos por gramo de huevo, en tanto que para el cloroformo es de 2,mg,6.

RADIOLOGIA

Acta Radiológica.

Vol. 14—Fasc. 1—Marzo 15, 1933—Estocolmo.

Archives d'Electricité Medicale.

Año 40—Nº 582—Diciembre, 1933—París.

Año 40—Nº 583—Enero, 1933.

Journal de Radiologie et d'Electrologie.

Tomo 17—Nº 2—Febrero, 1933—París.

Tomo 17—Nº 3—Marzo, 1933.

Archives d'Electricité Medicale.

Nº 580—Octubre, 1932—París.

No. 581—Noviembre, 1932.

The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy.

Vol. 29—Nº 1—Enero, 1933—Springfield.

Vol. 29—Nº 2—Febrero, 1933.

Vol. 29—Nº 3—Marzo, 1933.

Vol. 29—Nº 4—Abril, 1933—Springfield.

LA RONTGENTERAPIA DE LA ENFERMEDAD DE BASEDOW Y LAS HIPERTIROIDES

Por A. Rosselet.

Acta Radiológica—Vol. 14—Fasc. 1—Nº 15—Marzo, 1933—Nº 77.

En este artículo el autor llama más la atención sobre los problemas de Radiobiología planteados por la Rontgenterapia de la enfer-

Revista de la Facultad de Medicina—Bogotá.

medad de Basedow que sobre los resultados terapéuticos por ella obtenidos.

Muestra que la destrucción de las células del parenquima tiroideo no puede explicar las curaciones obtenidas por los Rayos X, pues esta destrucción no parece realizarse con las dosis terapéuticas. Y las dosis muy altas provocan la aparición del mixedema y aun de la muerte.

El autor busca entonces demostrar que la razón de la eficacia de los rayos X se debe a una modificación del medio humoral y vascular, por acción sobre el sistema nervioso neuro-vegetativo.

En resumen, la Rontgenterapia parece superar el tratamiento médico, pero resulta inferior al quirúrgico; y en ciertos casos especiales, asociar la rontgenterapia preoperatoria al tratamiento quirúrgico; y para terminar, deduce el autor que la rontgenterapia de la enfermedad de Basedow y las hipertiroides, parece reposar sobre la noción de la separación de las radiosensibilidades celulares, que es lo que constituye la Radiobiología.

Alfonso CASTELBLANCO ACEVEDO

Bogotá, junio 27/33.

TERAPEUTICA Y FARMACIA

Bulletin General de Therapeutique.

Tomo 183.—Nº 10.—Diciembre, 1932.—París.

Tomo 184. Nº 2.—Febrero, 1933.

The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics.

Vol. XLVII.—Nº 2.—Febrero, 1933.—Baltimore.

Vol. XLVII.—Nº 3.—Marzo, 1933.—Baltimore.

Vol. XLVII.—Nº 4—Abril, 1933.—Baltimore.

Revista de Organoterapia.

Tomo 17.—Enero-Marzo, 1933.—Nº 1.—Estados Unidos.

Tomo 17.—Abril-Junio, 1933.—Nº 2.—Estados Unidos.

O Farmaceutico Brasileiro.

Nº 28.—Diciembre, 1932.—Río de Janeiro.

Annales E. Merck. Tercera Parte, 1932.—Darmstadt.

Revista de Información Terapéutica.

Nos. 3-4.—Marzo-Abril, 1933.—Alemania.

Nº 5—Mayo, 1933.

Revista del Centro de Estudiantes de Farmacia y Bioquímica.

Año 22.—Noviembre-Diciembre, 1932.—Nos. 6-7.—Buenos Aires.

Año 22.—Enero, 1933.—Nº 8.

Volumen I—Nº 12—Mayo, 1933.—8

HECHOS ACTUALES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA ESENCIAL

Por Paul Michón (Bulletin general de Therapeutique. Tomo 183. Nº 10).

Admite el autor la antigua división de epilepsia esencial y sistemática, considerando ésta como manifestaciones reflejas de una entidad mórbida o de origen tóxico y aquellas, como resultados de probables irritaciones corticales difíciles de precisar o de perturbaciones del sistema neuro-vegetativo o de las glándulas endocríneas, o en fin, de modificaciones humores químicas o biológicas.

Con la base de esta etiología tenemos lo siguiente:

I—Medicaciones cerebrales.

a) *Tratamiento de la supuesta lesión cerebral.*—Este comprenderá especialmente el tratamiento específico, pues es la sífilis antigua y más aún, la heredosífilis, la causa de un porcentaje mayor de tal lesión; esto último se ha comprobado por el hecho de que después de una reactivación, ha encontrado positivas las reacciones de Calmette, Masol y Jacobthal. Se recomienda el tratamiento por el bismuto y por el mercurio en forma de supositorios de Ungüento Napolitano.

b) *Medicamentos sedativos.*—Al tratamiento anterior es necesario agregar sustancias frenadoras de la actividad cortical, y tenemos en primer lugar el Gardenal, que da mejores resultados a dosis diarias de 0.05 centigramos en el adulto y 0.01 en el niño; el Rutanol a dosis diarias de 0.60 centigramos y que es muy recomendado en las manifestaciones psíquicas; los Bromuros a dosis diarias de 1 a 2 gramos y que es necesario cambiarlos al régimen declorurado.

c) *Medicación cerebral dinámica.* — La isquemia cerebral, por angioespasmo que se ha reconocido durante la crisis, ha hecho emplear con buen éxito la acetylcolina a la dosis de 0.20 centigramos. También se usa durante el ataque el nitrito de amilo.

II.—Medicaciones sobre el sistema neurovegetativo.

Las perturbaciones de este sistema son evidentes durante la crisis: palidez, exoftalmia, midirasis; y después: cialorrea, dermatografismo, sudación, bradicardia. De ahí el empleo de medicaciones inhibidoras del parasimpático y entre éstas la mejor, la iocamina levógira a dosis terapéuticas.

III—Medicaciones que obran por medio de las glándulas endocríneas.

Según Loewestein la relativa frecuencia de los síntomas hipofisarios y aún de lesiones anatómicas de esta glándula, justifica el tratamiento por la Opoterapia o por las Irradiaciones.

Las glándulas genitales y principalmente el ovario, influyen seguramente las crisis comiciales; debemos, pues, considerar ésto en el tratamiento.

El Tiroides no parece tener influencia alguna.

IV.—Medicaciones que obran sobre el terreno humoral.

Por el hecho de que el Calcio se encuentre modificado en su metabolismo en los epilépticos (Hipocalcemia) y este elemento sea moderador de la excitabilidad de la corteza, debemos tener en cuenta el tratamiento de Calcificación combinado con la Opoterapia Paratiroidiana.

El equilibrio ácido-básico es en los epilépticos muy inestable, encontrando generalmente una alcalosis Ph. 7,4); por esto es conveniente el tratamiento acidificante por medio del ácido fosfórico oficial.

V.—Medicación de Chock.

Algunos hechos clínicos demuestran claramente la intervención de la Anafilaxia en las crisis comisiales; no los debemos despreciar y prescribir las medicaciones convenientes, tales como la Peptona y la Autohematoterapia.

En resumen: lo mejor es la medicación asociada y el estudio de cada enfermo.

R. LAMUS GIRON

TUBERCULOSIS

Revue de Phthisiologie Medico Sociale.

Año 14.—Nº 1.—Enero-Febrero, 1933.—París.

The British Journal of Tuberculosis.

Vol. 27.—Nº 1.—Enero, 1933.—Londres.

Revista de Tuberculosis del Uruguay.

Tómo 2º Nº 6.—Noviembre-Diciembre, 1932.—Montevideo.

LA VACUNACION PREVENTIVA ANTITUBERCULOSA, POR EL B. C. G.

Hemos leído en el *British Journal of Tuberculosis* del mes de enero de 1933 un artículo del profesor Calmette, del Instituto Pasteur de París, acerca de la vacunación preventiva contra la tuberculosis por el B. C. G. practicada por algunos médicos en sus propias familias.

El profesor Calmette, descubridor de la vacuna, en asocio del profesor Guérin, cita en su interesante artículo las opiniones de más de doscientos ochenta médicos franceses que han practicado sistemáticamente la vacunación Antituberculosa en sus propios hijos y han llegado a vacunar más de 514 niños, de los cuales seis han muerto de diferentes enfermedades: Bronconeumonía, invaginación intestinal, disentería bacilar, etc., y uno solamente de tuberculosis.

Hay, pues, un saldo de 507 niños, que se encuentran en perfecto

Volumen I—Nº 12—Mayo, 1933.

estado de salud e indemnes de toda infección tuberculosa, según el profesor Calmette, en favor de la vacunación por el B. C. G.

De esta interesante estadística deduce el profesor Calmette las siguientes conclusiones para ponderar la eficacia de la vacunación: 1º La perfecta eficacia del B. C. G. ha sido confirmada. 2º La vacunación preventiva por el B. C. G. disminuye notablemente la mortalidad infantil. 3º Los niños vacunados inmediatamente después del nacimiento, resisten mejor que los no vacunados, a las diferentes enfermedades de la infancia (infecciones neumocócicas, enteritis, sarampión, etc.) 4º La inmunidad causada por el B. C. G. dura por lo menos cinco años. Esta inmunidad es susceptible de cambiar y es recomendado revacunar periódicamente a diferentes edades. Estas revacunaciones deben ser hechas “per os”, como la primera, por la mejor absorción intestinal. 5º Ha sucedido más de una vez que dosis formidables fueron inyectadas por vía subcutánea en un niño, o por vía intravenosa en un adulto, sin ningún accidente a causa de este error.

Dada la autoridad científica de quien emite estas opiniones, dignas por esta razón de entero crédito, creemos que entre nosotros, como se hace en Francia y en otros países, donde la higiene y la protección infantil han alcanzado incalculable desarrollo, debiera ensayarse la vacunación por el B. C. G. en niños nacidos en hogares sospechosos de infección bacilosa. De esta manera, lucharíamos más eficazmente contra una enfermedad que produce tan alto grado de mortalidad.

Bogotá, 27 de junio de 1933.

Antonio CHAMAT

UROLOGIA

Journal d'Urologie.

Tomo 34.—Nº 6.—Diciembre, 1932.—París.

Tomo 35.—Nº 2.—Febrero, 1933.

The Journal of Urology.

Vol. 29.—Nº 2.—Febrero, 1933.—Baltimore.

Vol. 29.—Nº 3.—Marzo, 1933.

Vol. 29.—Nº 4.—Abril, 1933.

LAS VESICULITIS CRONICAS EN LA INTOXICACION ORGANICA

(Journal d'Urologie.—Tomo 35, Nº 2.—Febrero, 1933).

Las vesiculitis crónicas causadas en su mayor porcentage por el gonococo y en su menor escala por el colibacilo estafilococo, pseudo-diptéricos estreptococo, pueden venir a ser fuente de intoxicación general del organismo. Estas toxinas van a obrar sobre la célula nerviosa, sobre la masa sanguínea, produciendo las más diversas manifesta-

Revista de la Facultad de Medicina—Bogotá.

ciones clínicas de las cuales la más característica es el color de cera sucia que presentan tales intoxicados, pérdida de la memoria, inaptitud para el trabajo, fatiga, enflaquecimiento, turbaciones nerviosas pasajeras como irritabilidad constante o graves crisis de neurastenia. El examen de los enfermos en quienes se encontraron estos síntomas mostró unas vesículas aumentadas de volumen, infiltradas y dolorosas. Sometidos al tratamineto indicado curaron definitivamente. En estos casos las vesículas obran como focos de infección local favorecidos por lo poco accesibles a la acción antiséptica de los medicamentos. Otra circunstancia que favorece esta intoxicación es la rica vascularización y el gran adelgazamiento de las paredes vesiculares que permiten fácilmente el paso de las toxinas y aun de los gérmenes para ir a localizarse a los diferentes tejidos del organismo y producir las diversas manifestaciones clínicas que acabamos de enumerar.

A los síntomas propios de las vesiculitis crónicas se agregan perturbaciones funcionales y manifestaciones dolorosas diversas y alejada que se explican por la inervación de las vesículas, base de gran cantidad de anastomosis que ponen en comunicación dichos anexos con diferentes partes del organismo. Tales anastomosis son: con el plejo lombo-aórtico, el simpático sagrado, los nervios sagrados y ramales que parten del plejo hipogástrico.

Las manifestaciones dolorosas pueden localizarse en la región de las vesículas bajo la forma de sensación de pesantez o de picadura de aguja, en el testículo donde pueden ser uni o bilaterales, en los ureteres con propagación hacia el riñón, en la uretra y cuerpos cavernosos, en los muslos, dolores reumatoides alejados de forma articular ósea y muscular, dolores lumbares, dolores irradiados hacia la base de la vejiga, etc., ataques de orqui-epididimitis de repetición, reumatismo y artritis localizadas en la rodilla.

Las perturbaciones funcionales son las que se relacionan con la eyaculación y de las cuales unas van unidas al acto eyaculatorio mismo, y otras al líquido eyaculado. Las primeras pueden consistir en una eyaculación muy rápida o al contrario muy demorada, eyaculaciones seguidas de hemorragias benignas o abundantes, eyaculaciones dolorosas en las que se observa una variación graduable desde el simple ardor hasta el dolor agudo que hace temible el coito. Las segundas o sean las que se refieren al líquido eyaculado pueden manifestarse por una gran abundancia o al contrario por mucha escasez, por una modificación de la calidad haciéndolo muy espeso, grumoso, o al contrario, muy líquido y en fin, por la presencia en él de sangre constituyendo la hemo-espermia. Las perturbaciones genitales que resultan de las vesiculitis crónicas y que van unidas a lesiones prostáticas se manifiestan por modificaciones de la erección que pueden ser pasajeras o llegar hasta la impotencia completa, por disminución del deseo sexual y por

disminución del placer en el acto del coito, que puede ser parcial o total.

Félix M. HERNANDEZ

VARIOS

Anales de Ingeniería.

Vol. XLI—Nº 475—Marzo, 1933—Bogotá.

Revista de la Universidad de Guayaquil.

Año 3º—Nº 2—Julio-diciembre, 1932.

Investigación y Progreso.

Año 8º—Nº 4—Abril, 1933—Madrid.

MEDICINA GENERAL

Revista de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Zulia.

Año 6º—Diciembre de 1932—Nº 12—Maracaibo.

Medicina.

Año 4º—Nº 2—Febrero, 1933—Madrid.

Año 4º—Nº 4—Abril, 1933—Madrid.

Revista Médica de Málaga.

Año 10—Nº 99—Diciembre, 1932—Málaga.

Año 11—Nº 100—Enero, 1933.—Málaga.

Año 11—Nº 101—Febrero, 1933.

Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades.

Tomo 2º—Nº 1—Enero, 1933—Montevideo.

Tomo 2º—Nº 2—Febrero, 1933.

Tomo 2º—Nº 3—Marzo, 1933—Montevideo.

Medicina y Cirugía.

Vol. 1—Noviembre y diciembre, 1932—Nros. 5 y 6—Bogotá.

Revista Médica Latino-Americana.

Año 18—Nº 207—Diciembre, 1932—Buenos Aires.

Año 18—Nº 208—Enero, 1933.

Año 18—Nº 209—Febrero, 1933.

Gaceta Médica de México.

Tomo LXIII—Nº 11—Noviembre, 1932—Ciudad de Méjico.

Tomo LXIII—Nº 12—Diciembre, 1932.

Tomo LXIV—Nº 1—Enero, 1933.

Tomo LXIV—Nº 2—Febrero, 1933—Méjico.

Revista de la Facultad de Medicina—Bogotá.

Revista Médica Germano-Ibero-Americana.

Año 6—Nº 1—Enero, 1933—Hamburgo.

Año 6—Nº 2—Febrero, 1933.

Año 6º—Nº 3—Marzo, 1933—Hamburgo.

Año 6º—Nº 4—Abril, 1933.

Acta Médica Latina.

5º Année—Fasc. 30—Noviembre-diciembre, 1932—París.

Medicina Latina.

Año 6—Enero, 1933—Madrid.

Año 6º—Nº 60—Marzo, 1933—Madrid.

Policlínica.

Vol. 15—Fasc. 7—Nº 169—Noviembre-diciembre, 1932—Valencia.

Archivos Médicos del Hospital Ramos Mejía.

Tomo 14—Nros. 2-3—Septiembre-diciembre, 1932—Buenos Aires.

Revista Sud Americana de Endocrinología-Inmunología-Quimioterapia.

Año 16—Nº 2—15 febrero, 1933—Buenos Aires.

Año 16—Nº 3—2 marzo, 1933.

Revista de Medicina y Cirugía de La Habana.

Año 37—Diciembre 31, 1932—Nº 12—La Habana.

La Clínica.

Año 10—Nº 1—Enero, 1933—Barcelona.

Medicina.

Tomo 13. Enero 25, 1933—Nº 188—Ciudad de Méjico.

Tomo 13. Febrero 10, 1933—Nº 189.

Tomo 13—Febrero 25, 1933—Nº 190.

Tomo 13—Año 13—Nº 192—Marzo 25, 1933.—Méjico.

Tomo 13—Año 13—Nº 193—Abril 10, 1933.

El Día Médico.

Año 5—Nº 28—Febrero 6, 1933—Buenos Aires.

Año 5—Nº 29—Febrero 13, 1933.

Año 5—Nº 30—Febrero 20, 1933.

Año 5—Nº 31—Febrero 27, 1933.

Año 5—Nº 32—Marzo 6, 1933.

Año 5—Nº 33—Marzo 13, 1933.

Año 5—Nº 34—Marzo 20, 1933.

Año 5º—Nº 35—Marzo 27—Buenos Aires.

Año 5º—Nº 36—Abril 3, 1933.

Año 5º—Nº 37—Abril 10, 1933.

El Siglo Médico.

- Tomo 91—Nº 4131—Febrero 11, 1933—Madrid.
- Tomo 91—Nº 4132—Febrero 18, 1933.
- Tomo 91—Nº 4133—Febrero 25, 1933.
- Tomo 91—Nº 4134—Marzo 4, 1933.
- Tomo 91—Nº 4136—Marzo 18, 1933—Madrid.
- Tomo 91—Nº 4138—Abril 1º, 1933.
- Tomo 91—Nº 4140—Abril 15, 1933.

Gaceta Médica de Caracas.

- Año 39—Nº 21—Noviembre 15, 1932—Caracas.
- Año 39—Nº 22—Noviembre 30, 1932.
- Año 39—Nº 24—Diciembre 31, 1932.
- Año 40—Nº 1—Enero 15, 1933.
- Año XL—Nº 2—Enero 31, 1933—Caracas.
- Año XL—Nº 3—Febrero 15, 1933.

Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades.

- Tomo 36—Nº 5—Febrero 4, 1933—Madrid.
- Tomo 36—Nº 6—Febrero 11, 1933.
- Tomo 36—Nº 7—Febrero 18, 1933.
- Tomo 36—Nº 8—Febrero 25, 1933.
- Tomo 36—Nº 9—Marzo 4, 1933.
- Tomo 36—Nº 10—Marzo 11, 1933.
- Tomo 36—Nº 13—Abril 1º, 1933—Madrid.
- Tomo 36—Nº 14—Abril 8, 1933.

Le Monde Medicale.

- Año XLII—Nº 854—1º.15 diciembre, 1932—París.
- Año XLIII—Nº 855—1º.15 enero, 1933.
- Año XLIII—Nº 856—1º febrero, 1933.
- Año XLIII—Nº 857—15 febrero, 1933.
- Nº 858—Marzo 1º, 1933.
- Nº 859—Marzo 15, 1933—París.

Le Sang.

- 7º année—Nº 1—1933—París.
- 7º année—Nº 2—1933.
- 7º année—Nº 3—1933.

Archives des Maladies du coeur des vaisseaux et du Sang.

- 26º année—Nº 2—Febrero, 1933—París.
- Año 26—Nº 3—Marzo, 1933.—París.

Marseille Medicale.

- 69º année—Nº 33—25 noviembre, 1932—Marsella.
- 69º année—Nº 35—15 diciembre, 1932.

Año 70—Nº 1—Enero 5, 1933—Marsella.

Año 70—Nº 2—Enero 15, 1933.

Revue Sud-Americaine de Medecine et de Chirurgie.

Tomo 4º—Nº 1—Enero, 1933—París.

Revue Belge des Sciences Medicales.

Tomo 4º—Nº 9—Noviembre, 1932—Bruselas.

Tomo 5º—Nº 1—Enero, 1933—Bruselas.

Tomo 5º—Nº 2—Febrero, 1933.

Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et des Maladies de la Nutrition.

Tomo 23—Nº 1—Enero, 1933—París.

Tomo 23º—Nº 3—Marzo, 1933—París.

Tomo 23º—Nº 4—Abril, 1933.

La Presse Medicale.

Nº 5—18 enero, 1933—París.

Nº 6—21 enero, 1933.

Nº 7—25 enero, 1933.

Nº 8—28 enero, 1933.

Nº 9—1º Febrero, 1933.

Nº 10—4 febrero, 1933.

Nº 11—8 febrero, 1933.

Nº 12—11 febrero, 1933.

Nº 13—15 febrero, 1933.

Nº 16—25 febrero, 1933.

Nº 17—1º marzo, 1933.

Nº 18—4 marzo, 1933.

Nº 19—8 marzo, 1933.

Nº 22—Marzo 18, 1933—París.

Nº 23—Marzo 22, 1933.

Nº 24—Marzo 25, 1933.

Nº 25—Marzo 29, 1933.

Nº 26—Abril 1º, 1933.

Nº 27—Abril 5, 1933.

Nº 29—Abril 12, 1933.

Nº 30—Abril 15, 1933.

París Medicafe.

23º année—Nº 3—21 enero, 1933.

23º année—Nº 5—4 Febrero, 1933—París.

23º année—Nº 6—11 febrero, 1933.

23º année—Nº 7—18 febrero, 1933.

23º année—Nº 8—25 febrero, 1933.

Volumen I—Nº 12—Mayo, 1933.

23 année—Nº 9—4 marzo, 1933.
 23º année—Nº 10—11 marzo, 1933.
 23º Année—Nº 11—Marzo 18, 1933.—París.
 23º Année—Nº 13—Abril 1º, 1933.
 Año 23—N. 14—Abril 8, 1933—París.
 23º Année—Nº 15—Abril 15, 1933.

Journal de Medicine de Lyon.

Nº 312—5 enero de 1933—Lyon.
 Nº 315—20 febrero, 1933.
 Nº 316—Marzo 3, 1933—Lyon.
 Nº 318—Abril 3, 1933—Lyon.

Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia.

Vol. 24—Nº 6—Diciembre, 1932—San Pablo.
 Vol. 25—Nº 1—Enero, 1933.

Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic.

Vol. 7, No. 45. Noviembre 9 de 1932 - ROCHESTER

LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DEL CANCER EN LA CLINICA MAYO

ÓRGANOS AFECTADOS	Porcentaje de en- fermos que viven después de:	
	3 AÑOS	5 AÑOS
Estómago . .	795 pacientes observados después de re- sección	
		24
Colon y recto.	602 pacientes observados después de re- sección	
	47	33
Cuerpo útero .	Lesiones apropiadas para escisión e irradiación	
	37	31
	Lesiones apropiadas para escisión únicamente	
		53
Cuello útero .	1.001 Inoperables y tratados por irradia- ción	
	26	13
	1.001 pacientes observados:	
	Operables	
		75
Senos . . .	En el límite de operabilidad . . .	
		62
	Inoperables	
		21
	Modificados por tratamiento previo.	
		25
Senos . . .	1.859 operados:	

Revista de la Facultad de Medicina—Bogotá.

		Con invasión linfática	42	26
		Sin invasión linfática	80	67
Riñones	256	operados e irradiados		43
Vejiga	600	operados quirúrgicamente e irradiados		28
Próstata	900	pacientes observados:		
		164 pacientes prostatectomizados		
Esófago	228	pacientes tratados. Todos mueren.		
Tiroides	204	pacientes operados.	32	
		87 pacientes observados después de operación e irradiación		71
		71 pacientes observados después de irradiación		24
Cara	250	casos:		
		Sin invasión al cartílago ni al hueso.		93
		Con invasión al cartílago y al hueso.		78
Párpados	251	casos		43
Oído externo . .	56	pacientes tratados	47	20
Antro de Highmore	27	pacientes con tumor primitivo del maxilar		30
		70 pacientes con tumor primitivo del antro		16
Boca		Extirpación quirúrgica precoz		35
		Irradiación únicamente		15
Faringe y base de la lengua.	89	pacientes observados	16	
		Carcinoma grado 2	71	
		Carcinoma grado 3	65	
		Carcinoma grado 4: todos mueren.		
Pulmón	42	pacientes tratados con irradiación: se les prolonga la vida.		
Vesícula biliar.	30	casos estudiados	3	
Apéndice	37	pacientes observados: no mueren de carcinoma.		

Vol. 8—Nº 2—Enero 11, 1933—Rochester.
Vol. 8—Nº 3—Enero 18, 1933.
Vol. 8—Nº 4—Enero 25, 1933.
Vol. 8—Nº 5—Febrero 1, 1933.
Vol. 8—Nº 6—Febrero 8, 1933.
Vol. 8—Nº 7—Febrero 15, 1933.

Vol. 8—Nº 8—Febrero, 22, 1933—Minnesota.
Vol. 8—Nº 9—Marzo 19, 1933.
Vol. 8—Nº 10—Marzo 8, 1933.
Vol. 8—Nº 11—Marzo 15, 1933.
Vol. 8—Nº 12—Marzo, 22, 1933.—Minnesota.
Vol. 8—Nº 13—Marzo 29, 1933.

Bulletin of the New York Academy of Medicine.

Vol. 9—Nº 1—Enero, 1933—Nueva York.

The American Journal of the Medical Sciences.

Vol. CLXXXV—Nº 730—Enero, 1933—Filadelfia.
Vol. CLXXXV—Nº 731—Febrero, 1933.
Vol. CLXXXV—Nº 732—Marzo, 1933.
Vol. CLXXXV—Nº 733—Abril, 1933.

The Cadiceus.

Vol. 11—Nº 3—Agosto, 1932—Hong Kong.

The Journal of Medicine.

Vol. 13—Nº 12—Febrero, 1933—Cincinnati.
Vol. 14—Nº 1—Marzo, 1933.
Vol. 14—Nº 2—Abril, 1933—Cincinnati.

The Journal of the American Medical Association.

Vol. 100—Nº 3—Enero 21, 1933—Chicago.
Vol. 100—Nº 4—Enero 28, 1933.
Vol. 100—Nº 5—Febrero 4, 1933.
Vol. 100—Nº 6—Febrero 11, 1933.
Vol. 100—Nº 7—Enero 18, 1933.
Vol. 100—Nº 8—Febrero 25, 1933.
Vol. 100—Nº 9—Marzo 4, 1933.
Vol. 100—Nº 10—Marzo 11, 1933.
Vol. 100—Nº 11—Marzo 18, 1933—Chicago.
Vol. 100—Nº 12—Marzo 25, 1933.
Vol. 100—Nº 14—Abril 8, 1933.
Vol. 100—Nº 15—Abril 15, 1933.
Vol. 100—Nº 16—Abril 22, 1933.
Vol. 100—Nº 17—Abril 29, 1933.

Revista de la Facultad de Medicina—Bogotá.

La Tribuna Médica.

Año 7º—Nº 193—Febrero 28—La Habana—1933.

Año 7º—Nº 195—Marzo 30—La Habana—1933.

Archivos de los Hospitales de la Sociedad de Beneficencia de la Capital

Año 6º—Diciembre, 1932—Nº 12—1932—Buenos Aires.

The British Medical Journal.

Nº 3757—Enero 7, 1933—Londres.

Nº 3758—Enero 14, 1933.

Nº 3759—Enero 21, 1933.

Nº 3760—Enero 28, 1933.

Nº 3761—Febrero 4, 1933.

Nº 3762—Febrero 11, 1933.

Nº 3763—Febrero 18, 1933.

Nº 3764—Febrero 25, 1933.

Nº 3765—Marzo 4, 1933.

Nº 3766—Marzo 11, 1933.

Nº 3767—Marzo 18, 1933.

Nº 3768—Marzo 25, 1933.

Nº 3769—Abril 1º, 1933.

Nº 3770—Abril 8, 1933.

Revista Médica Latino Americana.

Año 18—Nº 210—Marzo, 1933—Buenos Aires.

Revue de Medecine.

Año 50—Nº 2—Febrero, 1933.

Año 50—Nº 3—Marzo, 1933—París.

The Lancet.

Vol. CCXXIV—Nº 5708—Enero 21, 1933—Londres.

Vol. CCXXIV—Nº 5709—Enero 28, 1933.

Vol. CCXXIV—Nº 5710—Febrero 4, 1933.

Vol. CCXXIV—Nº 5711—Febrero 11, 1933.

Vol. CCXXIV—Nº 5712—Febrero 18, 1933.

Vol. CCXXIV—Nº 5713—Febrero 25, 1933.

Vol. CCXXIV—Nº 5714—Marzo 4, 1933.

Vol. CCXXIV—Nº 5715—Marzo 11, 1933.

Vol. CCXXIV—Nº 5716—Marzo 18, 1933.

Vol. CCXXIV—Nº 5717—Marzo 25, 1933.

Vol. CCXXIV—Nº 5718—Abril 1º, 1933.

Vol. CCXXIV—Nº 5719—Abril 8, 1933.

Vol. CCXXIV—Nº 5720—Abril 15, 1933.

Volumen I—Nº 12—Mayo, 1933.

Revista de la Asociación Médica Argentina.
Tomo XLVII—Nº 321—Marzo, 1933—Buenos Aires.

Revista Médica Germano-Ibero-Americana.
Año 6º—Nº 2—Febrero, 1933—Leipzig.

Revista Española de Medicina y Cirugía.
Año 16—Nº 177—Marzo 1933—Barcelona.

Archives of Internal Medicine.
Vol. 51—Nº 4—Abril, 1933—Chicago.

Revista de Medicina Veterinaria.
Año 5º—Nos. 38-39—Enero-Febrero, 1933—Bogotá.

Archivos Americanos de Medicina.
Tomo 9—Nº 2—1933—Buenos Aires.

Archivos Latinoamericanos de Cardiología y Hematología.

OTOLARYNGOLOGIA

Les Annales d'Oto-Laryngologie.
Nº 2—Febrero, 1933—París.

Archives of Otolaringology, Irrigation of the ear in acute otitis
Vol. 17—Nº 3—Marzo, 1933—Chicago.

OTO-RINO-LARYNGOLOGIA

Les Annales d'Oto-Laryngologie.
Nº 12—Diciembre, 1932—París.

Archives of Otolaringology. Irrigation of the ear in acute otitis media. Por David Shapiro. Vol 17, Nº 3. Marzo, 1933.

¿Puede el lavado del oído en la Otitis media supurada propagar la infección a las células mastoidianas?

Hay hábito de tratar las superficies infectadas por medio de lavados con soluciones antisépticas. Algunos autores tratan de hacer un paralelo entre las comunicaciones de la cavidad uterina con la cavidad peritoneal, y las comunicaciones entre el oído medio y el antro y las células mastoidianas. Esta comparación no tiene razón de ser, porque, en el primer caso, está establecida comunicación por canales elásticos, y en el segundo, tanto la caja del tímpano como el Aditus ad Antrum son óseos, y por consiguiente, sin elasticidad ninguna; además, la caja

Revista de la Facultad de Medicina—Bogotá.

está llena de aire, condición que ayuda a impedir la entrada de líquido en el antro.

Shapiro ha hecho la experiencia en cinco casos de mastoiditis, operados por él; de inyectar en el oído una solución de azul de metileno al 1%, poniendo en un bock un litro de la solución indicada, a una presión de 60 cm. Ha practicado este lavado una hora antes de la operación y luego inmediatamente antes de hacer la incisión de la piel inyecta con una jeringa poderosa la misma solución, haciéndole una gran presión. Al quitar la tabla externa del hueso, descubriendo las primeras células mastoidianas, no ha encontrado en ellas el menor vestigio de la solución colorante; como dijimos antes, ilustra su muy acertada investigación con cinco observaciones de operación de mastoides, tratadas con la solución de metileno y detalla en ellas los incidentes operatorios sin encontrar jamás el menor vestigio del azul en las células mastoidianas.

Zoilo CUELLAR CALDERON

