

Con la mira de hacer conocer por medio de esta publicación los trabajos que se presentan a la Facultad en calidad de tesis de grado, dando una oportunidad a nuestros lectores de apreciar el diario aumento que experimenta el haber científico de la medicina nacional por concepto de tan interesante capítulo, daremos principio a la publicación de las conclusiones a que han llegado los graduandos en sus respectivos trabajos. Dichas conclusiones son, en suma, la síntesis de esos trabajos (1).

“TRANSFUSION DE PLASMA HUMANO”

Por *Oscar Correa Fernández*.

Conclusiones.

- I.—Las transfusiones de plasma humano descritas en las observaciones clínicas no produjeron reacción de ninguna naturaleza.
- II.—El plasma humano es un sustituto eficaz de la sangre total en determinados casos clínicos.
- III.—La preparación del plasma líquido es fácil y rápida.
- IV.—La transfusión de plasma no requiere clasificación de grupos sanguíneos.
- V.—El plasma congelado se puede preservar por tiempo indefinido.
- VI.—El plasma líquido se puede transportar a grandes distancias y en las peores condiciones, sin que sufra alteración de ninguna especie.

(1) Se dará comienzo a esta publicación con las conclusiones de la primera tesis de 1942, las siguientes se irán publicando según su orden cronológico.

“EVOLUCION DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL EN RELACION CON LAS ENFERMEDADES Y ESTADOS ANERGIZANTES”

Por *Alfonso Tafur Herrera.*

Conclusiones.

Primera.—El nombre de enfermedad anergizante dice más relación al estado de flejamiento de las defensas del organismo, que a la negatividad de la reacción tuberculínica.

Segunda.—No podemos establecer siempre claramente la relación de causa a efecto, de las llamadas enfermedades anergizantes sobre el desarrollo y evolución de la tuberculosis en el niño.

Tercera.—Muchas veces se atribuye un brote tuberculoso a una enfermedad anergizante y él se ha iniciado antes de la aparición de ella.

Cuarta.—La varicela no es una enfermedad anergizante. En este concepto están de acuerdo muchos tratadistas de inmunología.

Quinta.—Más que a las llamadas enfermedades anergizantes, debe achacarse a los estados anergizantes, influencia funesta sobre el desarrollo y evolución de la tuberculosis en el niño.

Sexta.—Entre estos estados anergizantes deben colocarse en primera línea los que se relacionan con las secreciones internas, como la pubertad.

Séptima.—El estado de nutrición y las condiciones de vida sí tienen influencia manifiesta en el desarrollo y evolución de la tuberculosis en el niño.

“UN ESTUDIO HEMATOLOGICO EN LA APENDICITIS CRONICA”

Por *Efraim Perry Villate.*

Conclusiones.

- I. De 50 casos observados, sólo 34 son de considerar como apendicitis crónica.
- II. En los casos que no son apendicitis crónica, no hay una fórmula que predomine y hay linfocitosis en un 50% y monocitosis en un 18.76%.
- III. En los casos que son apendicitis crónica, tampoco hay una fórmula que predomine y se encuentra linfocitosis en un 26.52% y monocitosis en un 14.70%.
- IV. En los casos de apéndice normal tampoco hay una Fórmula

- leucocitaria que predomine y encontramos linfocitosis en un 71.42% y monocitosis en 14.25%.
- V. Comparativamente se puede deducir que en ninguno de los grupos anteriores puede darse una fórmula leucocitaria con variaciones en el porcentaje de los distintos elementos que no puede guiar en el diagnóstico de la entidad apendicitis crónica.
- VI. En los casos que hemos visto que no son apendicitis crónica se ha encontrado un 65% en que la sedimentación es normal; 15% retardada y 20% acelerada.
- VII. En las apendicitis crónicas la sedimentación es normal en un 46.52%; retardada en un 29.79% y acelerada en un 23.31%.
- VIII. Al hacer la comparación en uno y otro caso podemos concluir que tampoco hay un tipo de sedimentación característica de la apendicitis crónica.
- IX. La sedimentación está acelerada en las anexitis.
- X. Los casos de sedimentación normal, acelerada o retardada, no coincide con variaciones globulares notorias.
- XI. Por las conclusiones que hemos obtenido de nuestro trabajo, no estamos de acuerdo con las que obtiene el doctor Gómez Arango, y por el contrario, la linfocitosis es mucho más elevada en los casos de apéndice normal.

“OBSERVACIONES SOBRE LA PATOLOGIA DE LA CONCESION BARCO”

Por *Mario Reyes Gutiérrez*.

Conclusiones.

1.—Los terrenos de la Concesión Barco son montañosos en su totalidad y, en algunas partes, bajos e inundables en épocas lluviosas.

2.—El Clima de la Concesión tiene las características siguientes: alta temperatura, alta presión barométrica, alto grado higrométrico y grandes variaciones entre las temperaturas diurnas y nocturnas.

3.—Las especificaciones y situación de los campamentos definitivos y sus dependencias, que construye la Colombian Petroleum Company, lo mismo que el saneamiento del suelo, servicios médicos y hospitalarios, corresponden a la prescripciones legales sobre la materia.

Los Campamentos provisionales y los transitorios, adolecían de algunas deficiencias. Ya se han terminado por completo.

4.—La alimentación que recibe el trabajador es suficiente a las

necesidades del organismo, aumentadas por el trabajo y las condiciones debilitantes del clima.

Las aguas de bebida, potables bacteriológicamente, se encuentran contaminadas desde el punto de vista químico.

5.—El paludismo es la enfermedad dominante en la Concesión. El porcentaje de plasmodium vivax es ligeramente más elevado que el de falciparum. Las formas de paludismo pernicioso son bastante raras.

6.—El porcentaje de individuos infestados por parásitos intestinales, llega al 70,11%, pero las infestaciones intensas son excepcionales.

7.—La úlcera leishmaniásica y el bubón tropical son las enfermedades que dan un promedio mayor de días restados al trabajo, por hospitalización: 22,9 y 22,18 respectivamente.

8.—La tuberculosis pulmonar es en la Concesión, relativamente frecuente: 1,1%. Dominan las formas crónicas, principalmente las fibro-caseosas.

9.—Los accidentes de trabajo son muy frecuentes; 581 en el año, para un personal de 3.200 trabajadores.

10.—La mortalidad de las heridas por flecha llegó al 21,4%. Los tres casos de muerte ocurridos en el año de 1940 se presentaron todos en el sitio del ataque. Las flechas no son envenenadas. La infección de la herida se presenta casi en el 100% de los casos, razón por la cual debe siempre dejarse un drenaje amplio. Al chocar la flecha contra el tejido óseo, casi siempre se rompe, dejando en el sitio gran cantidad de fragmentos madera; en estos casos, sin una exploración y limpieza cuidadosa, la infección se prolonga por mucho tiempo.

11.—La morbilidad y, sobre todo, la mortalidad, son en la Concesión Barco relativamente bajas.

“ESTUDIO DEL INDICE DE CRAMPTON Y SU APLICACION A LOS CASOS QUIRURGICOS”

Por *Rafael G. Becerra Ortiz*.

Conclusiones.

1) El Indice de Crampton es de las pruebas destinadas a medir la resistencia cardio-vascular, la que goza de más ventajas en los casos quirúrgicos.

2)—El Indice de Crampton teine causas de error más o me-

nos importantes, como las tienen todas las pruebas funcionales, y además no puede practicarse en aquellos individuos que están imposibilitados para colocarse en la posición de pies.

3)—En los individuos normales, hemos encontrado un Índice variable, siendo el término medio 76.

4)—En los enfermos del aparato cardio-vascular, el índice está disminuído, pues hemos encontrado un término medio de 49.

5)—En los cardiópatas un índice permanente de 24 o menor de éste, indica pronóstico fatal a corto plazo.

6)—En cuanto al valor del índice como medida de resistencia

operatoria, podemos clasificar 4 grupos:

a)—*Índice bueno*, cuando la cifra está por encima de 65.

b)—*Índice aceptable*, para operaciones que no produzcan gran traumatismo, entre 55 y 65. Este mismo índice es peligroso para operaciones muy traumatizantes.

c)—*Índice peligroso*, aun para operaciones de poco traumatismo, entre 40 y 55. Este índice contraindica operaciones graves, o por lo menos demora la operación, hasta tanto que el funcionamiento cardio-vascular, no haya sido mejorado por tratamiento adecuado.

d)—*Índice malo*, por debajo de 45, en que toda operación debe ser contraindicada, a excepción de las de pequeña cirugía.

“LESIONES OSEAS Y ARTICULARES EN LA LEPROA”

Por *Emilio Acosta V.*

Tesis con Mención Honorífica.

Resumen y conclusiones.

Las lesiones osteo-articulares de la lepra se producen exclusivamente en las secciones distales de las extremidades, no encontramos en huesos de otras regiones manifestaciones patológicas de naturaleza leprótica. Esta es una característica diferencial de singular importancia con el tabes y la siringomielia que afectan comúnmente las grandes articulaciones de los miembros.

* * *

Los diversos temas estudiados en las 532 observaciones que integran este trabajo podemos compendiarlos conforme al siguiente

Cuadro Sinóptico:

	Enfermos	Sosp.	Sanos
1º—Aspecto normal	177	3	30
2º—Reabsorciones	93	1	—
3º—Mutilaciones	41	—	—
4º—Retracciones	13	—	—
5º—Mal Perf. plantar	84	1	—
6º—Panadizos	19	—	1
7º—Fracutras	3	—	—
8º—Lesiones varias	7	—	1
9º—Osificación	46	—	12
	483	5	44 (532)

1º ASPECTO NORMAL: Nos referimos aquí a la apariencia clínica normal en lo que relaciona con la integridad de los huesos, pudiendo tener en cambio lesiones de la piel y aun amiotrofias o retracciones incipientes.

Conforme a la Clasificación de El Cairo estos 177 enfermos de extremidades aparentemente normales, descontados los 46 en quienes estudiamos la osificación, se catalogan así:

TIPO LEPROMATOSO:

L1	34
L2	29
L3	10

TIPO NERVIOSO:

N1	9
N2	6
N3	4

CASOS MIXTOS:

L1N1	26	L2N1	27	L3N1	5
L1N2	4	L2N2	20	L3N2	3
L1N3	—	L2N3	—	L3N3	—

La comparación de este cuadro con el que hicimos al hablar de la clasificación, con un total de 483 enfermos, nos conduce a las siguientes conclusiones:

a) En el Tipo lepromatoso, como es sabido, no hay afección de la integridad ósea:

b) En el Tipo Nervioso el grupo N1 está casi indemne de lesiones macroscópicas, pues tanto de éste como de los lepromatosos, las cifras que faltan están incluidas en osificación, fracturas, etc., etc.

El desastre óseo, si se nos permite la expresión, se hace y en forma bastante acentuada en los dos últimos grupos de este Tipo;

c) En los casos mixtos, aquellos que asocian la lepra nerviosa leve son los menos afectados, los que se combinan con N2 y N3 rinden su tributo a la desintegración ósea en proporción asombrosa. Ninguno de los que tenga lepra neural avanzada presenta sus huesos intactos.

Pero, radiológicamente muy otro es el resultado: en los 73 lepromatosos de apariencia normal encontramos: 35 con descalcificación, 14 con rarefacción y solamente 24 eran radiológicamente normales;

En los 19 nerviosos había descalcificación en 9, rarefacción en 4, hiperostosis en 1, atrofia en 2 y 3 normales;

En los 85 casos mixtos hallamos: descalcificación en 19, rarefacción en 10, atrofia simple en 18, hipertrofia en 5, 4 hiperostosis y 29 normales.

Sintetizando los resultados anteriores tenemos en ese importante grupo de los 177 enfermos tantas veces citados:

Descalcificación	63	. 36%
Rarefacción	28	. 15%
Atrofia... .. .	20	. 11%
Hipertrofia	5	. 3%
Hiperostosis	5	. 3%
Normales Radiolog.	56	. 32%

177

Nos parece inútil insistir por nuestra parte sobre la importancia de la descalcificación y de la rarefacción, pero sí deseamos ceder unas breves líneas a Oberdoerffer y Collier quienes, después de examinar 14 casos de lepra, llegan a las siguientes conclusiones:

“A—En la lepra nerviosa puede haber lesiones unilaterales, en la lepromatosa son usualmente bilaterales y simétricas”.

“B—La característica esencial del disturbio óseo es la rarefacción de la sustancia que da sombra, en la lepra nerviosa y en los casos lepromatosos”.

“C—Los cambios de estructura en los huesos de los leprosos son esencialmente una consecuencia de los disturbios tróficos nutritivos. La nutrición de manos y pies se deriva de dos fuentes principales:

a) Las arteriolas nutricias provenientes de las arterias de la región, irrigan el hueso y comunican con la segunda fuente (b).

Su cantidad de sangre es regulada por las fibras simpáticas

que arrancan del plejo simpático de las arterias grandes y que no tienen conexión directa con los troncos nerviosos espinales. Sus espasmos dan lugar a la "necrosis aséptica" o Enfermedad de Kienbock, en los huesos de manos y pies;

b) Las arterias periósticas que se originan en los vasos que irrigan los músculos y nutren al periostio a través de la inserción muscular.

La cantidad de sangre en ellas depende de la cantidad que irrigue al músculo, la cual es regulada por el nervio motor del mismo. La causa más importante de los cambios tróficos en los huesos del leproso está en la interferencia de las arteriolas nutricias con los vasos periósticos, interferencia que se causa por una mayor o menor destrucción de las fibras del nervio motor que va a los músculos en relación con tales huesos".

"D—Las lesiones de los troncos nerviosos en la lepra neural son bien limitadas y muestran afinidad por algunos sitios: El nervio cubital es más comúnmente afectado frente al codo, una lesión destruirá las fibras situadas por debajo de aquel sitio; el mediano es menos comúnmente afectado, pero si lo está, la lesión se encuentra usualmente frente al puño, donde el nervio penetra al canal carpiano, las fibras nerviosas inferiores a esta área serán destruidas, mientras que las superiores generalmente escapan; el radial es mucho menos frecuentemente afectado en sus tractus motores. En el miembro inferior el nervio peronero juega el papel del cubital, las lesiones se encuentran con frecuencia frente al sitio donde contornea la cabeza del peroné; el tibial posterior es afectado en su camino cerca a la rodilla, las fibras que da por encima escapan y las inferiores son las a propósito para la destrucción; el músculo cutáneo es raramente afectado".

"Conocidas por la anatomía las inserciones de los músculos que estos nervios inervan, nos es fácil explicarnos por qué la rarefacción se hace principalmente en los huesos pequeños de las extremidades".

"En la lepra lepromatosa la afección de los nervios es más difusa, todos están afectados al mismo grado, por consiguiente, las ramas pequeñas para los pequeños músculos sufren más que las grandes".

No deja de ser por demás sugestiva para nosotros la teoría expuesta en 1940 por estos dos investigadores en favor de nuestras aseveraciones y mal podíamos dejarlas pasar por alto.

* * *

2º—LA REABSORCION LEPROSA tiene dos modalidades: reabsorción simple y reabsorción precedida de atrofia. Una y otra principian en la lepra nerviosa moderada (N2), pura o mixta; una y otra encuentran cierta resistencia en las extremidades proximales

de las falanges que, bajo la forma de núcleos aplanados o triangulares condensados como que detienen el proceso un tiempo más o menos largo y luego se dejan invadir ensanchándose transversalmente y desintegrándose.

La reabsorción simple sigue un trayecto continuo de las falanges distales a las proximales, es decir, en forma muy semejante a las alteraciones de la sensibilidad y en su evolución, consecutiva a la onicosis, se observan las siguientes particularidades radiológicas: denteladuras de la extremidad terminal de las falangitas; decapitación en "tajada"; persistencia de la extremidad proximal; su ensanchamiento en el "capuchón para-articular" y la artrosis hipertrofica interfalangiana, para luego seguir un proceso similar en las segundas falanges.

La reabsorción precedida de atrofia adelgaza primero las diáfisis, produciendo la imagen en "diábolo"; luego las secciona, el fragmento distal se reabsorbe y el proximal en forma de "botón de cuello" sufre la misma evolución descrita arriba.

En las falangitas es común ver su minoración total sin destrucción consecutiva. En las formas leves del tipo nervioso puede observarse ya a la radiografía una atrofia incipiente de las falanges del meñique y del anular, dedos éstos que inerva el cubital.

Todas estas imágenes descritas son típicas.

* * *

3º LAS MUTILACIONES corresponden al grado culminante de la reabsorción en cualquiera de sus formas; son los signos característicos de la lepra nerviosa avanzada (N3), a la cual dan su nombre. En la mano no encontramos nunca alteraciones de los huesos del carpo, el proceso se detiene en el tercio superior de los metacarpianos. En el pie se pueden efectuar de dos maneras: extendiéndose más hacia atrás a medida que se acercan al borde externo, dejando entonces al pie triangular o destruyendo por igual a todos los huesos hasta la vecindad de sus articulaciones con el tarso. De esta última región solamente encontramos afectado el cuboides. En el trayecto de la reabsorción quedan fragmentos óseos deformes y aun huesos de aspecto normal, afiliados en múltiples maneras, separados o unidos patológicamente, formando el esqueleto de muñones digitales estrambóticos, con residuos ungüeales en su cima.

Hipertrofia e hiperostosis son dos fenómenos que hallamos en algunos casos que el examen clínico no los sospechaba. La primera se instala en las mismas regiones que enunciamos para la rarefacción; la segunda, en las formas incipientes radica ordinariamente en las falanginas y en las formas avanzadas no importa en cual hueso de la mano o del pie.

* * *

4º LAS RETRACCIONES son producidas esencialmente por la

pérdida del antagonismo muscular fisiológico, debido a la amiotrofia. Muchas formas típicas de las extremidades se describen en la lepra, p. ej.: mano en garra, garra cubital, felina, etc., etc. En ellas podemos encontrar toda la variedad de lesiones óseas que hemos descrito, según el caso.

* * *

5º EL MAL PERFORANTE PLANTAR es primordialmente una lesión trófica cutánea que por su infección secundaria produce alteraciones osteo-articulares y, dada su mayor frecuencia en el saliente antero-interno del pie, su manifestación radiológica ordinaria es la osteo-artritis metatarsofalangiana del primer artejo. Esta, puede avanzar apoderándose de los huesos o cicatrizar por proliferación ósea determinando la anquilosis de la articulación en posiciones anormales del artejo. Puede coincidir esta lesión con aspecto normal de los demás huesos.

Al decir de los dermatólogos se diferencia de la lesión homónima de la sífilis por la zona de anestesia que lo rodea.

* * *

6º EL PANADIZO es, radiológicamente, una osteomielitis que puede iniciarse en el cuerpo mismo del hueso o en sus extremidades articulares. En su fase avanzada es profundamente doloroso. Puede encontrarse en todas las formas de lepra, pero sí es mucho más frecuente en el tipo nervioso y en los casos mixtos, por consiguiente, sólo en los enfermos lepromatosos o en los nerviosos muy incipientes (N1), puede escapar al diagnóstico radiológico de su terreno.

Los 20 panadizos que nosotros examinamos estaban distribuidos así:

- | | | |
|------|---|---|
| L1 | 2 | (no había lesiones típicas de lepra). |
| L2 | 1 | (no había otras lesiones lepróticas). |
| N1 | 2 | (sólo uno se acompañaba, de atrofia en las falanges del quinto dedo). |
| N2 | 3 | (había además reabsorción). |
| L1N1 | 1 | (atrofia en las falanges del meñique). |
| L1N2 | 1 | (se acompañaba de retracciones). |
| L1N3 | 1 | (había reabsorciones varias). |
| L2N1 | 2 | (ambos con otras lesiones lepróticas). |
| L2N2 | 5 | (todos con lesiones en otros huesos, uno doble). |
| L3N2 | 1 | (había también reabsorciones). |
| SANO | 1 | (jovencito de 13 años, nacido en el Lazareto, con un panadizo del dedo medio derecho, en nada diferente de los hallados en los lepromatosos). |

* * *

7º LAS FRACTURAS son frecuentes en la lepra; no solamente las que se producen en la reabsorción con atrofia procedente, sino

las que se hacen en huesos de aspecto normal. Estas últimas sí consolidan mediante callo bien constituído.

* * *

8° LESIONES VARIAS, en este grupo consideramos unas de naturaleza lepromatosa, como las úlceras, y otras que no pertenecen a esa etiología como tumor blanco del cuello del pie, artritis bacilar del puño y el caso de sindactilia hallado en un muchachito sano.

* * *

9° Nuestros estudios comparativos de osificación en sanos y enfermos no mostraron alteración en cuanto al tiempo y modo de producirse en el niño leproso, pero sí hallamos también en él la descalcificación, la rarefacción y la atrofia. Nuestros 46 enfermos para el estudio de la osificación estaban clasificados así:

L1	14	N1	9
L2	8	N2	2
L1N1	9	L2N1	2
L1N2	1	L2N2	1 (46)

* * *

La patología articular de la lepra es muy rica: en el perforante y el panadizo se hacen verdaderas artritis infecciosas; en los demás casos las lesiones articulares son más propiamente artrosis en las cuales predominan las alteraciones tróficas. La hipertrofia de algunas extremidades determina modificaciones articulares características.

Comentario final.

La Radiología reclama su puesto de avanzada en el diagnóstico de la lepra y sus manifestaciones, no solamente porque ella es la única que puede enseñar sobre la extensión y caracteres de las lesiones osteo-articulares, así tróficas como infecciosas, sino que en las formas incipientes establece una presunción en favor del diagnóstico mismo de esta enfermedad. Es claro que para un dictamen de tanta trascendencia no puede tener la pretenciosa aspiración de bastarse por sí sola, en ésta como en todas sus actividades exige la cooperación irrestricta de la clínica.

Conocidas ya las formas de principio, las distintas maneras de la reabsorción, las diversas imágenes que nos dan los huesos antes de que se hayan producido alteraciones ostensibles en las extremidades, puede el radiólogo a la vista de una película de mano o pie sospechosos emitir un concepto en favor de la lepra. Sabido es que la siringomielia y el tabes, para no citar sino dos afecciones nerviosas de profundas alteraciones tróficas, pueden producir lesiones

semejantes pero en primer lugar, ambas determinan lesiones de las grandes articulaciones antes de extenderse al cabo distal de los miembros y luego, son quizás menos frecuentes.

Para concluir debemos decir cómo no fué nuestro interés el llegar a la aseveración de que una simple radiografía de mano o pie fuera suficiente pasaporte para las leproserías, no sería sensato en un diagnóstico tan delicado en el cual tantas veces la clínica y la bacteriología misma vacilan; pero sí era nuestro anhelo conquistar para la Radiología un lugar destacado entre los medios diagnósticos de la lepra e incluir esta fatal enfermedad, por mala fortuna muy arraigada en nuestro país, entre las preocupaciones diarias del radiólogo.

Ya hoy el profesor de Radiodiagnóstico en la Facultad de Medicina y el Laboratorio de Rayos X del Hospital de San Juan de Dios cuentan con algunas corroboraciones clínicas y bacteriológicas a sus diagnósticos de lepra y en un futuro, que deseamos muy cercano, serán objeto de un estudio detenido por parte del primero. Consideramos pues satisfecho aquel nuestro anhelo.

“LA OPERACION DE JACOBEOUS EN LA COLAPSOTERAPIA PULMONAR”

Por *Hernando Mera Tenorio.*

Conclusiones.

- 1 — La operación de Jacobeoús constituye un importante medio complementario del Neumo-Tórax artificial;
- 2 — Es una intervención que permite obtener, en los casos seleccionados, todas las ventajas de la colapsoterapia pulmonar, para el paciente;
- 3 — Operación de relativa benignidad no obstante las dificultades técnicas de su ejecución, debe ser practicada por tisiólogos entrenados en esta clase de cirugía;
- 4 — Los resultados técnicos obtenidos son suficientemente demostrativos, e ilustran sobre los progresos obtenidos en esta rama de la Tisiología.

“19 OBSERVACIONES A PROPOSITO DEL ECZEMA”

Por *José María Osorio A.*

Conclusiones.

1ª Es indudable que existen caracteres clínicos suficientes para aceptar la entidad dermatológica universalmente conocida como ECZEMA.

2ª Hay un terreno eminentemente favorable al ECZEMA DIATÉSICO o ECZEMA ENFERMEDAD.

3ª Las investigaciones anatomo-patológicas no autorizan para concluir que el estado esponjioso es exclusivo del ECZEMA.

4ª Por cuanto su etiología y patogenia son variadas, el ECZEMA debe considerarse como un SÍNDROME.

5ª Aceptamos que existen DERMATOSIS ECZEMATIFORMES o FALSOS ECZEMAS debidos a micro-organismos, hongos, etc.

6ª Los traumatismos despiertan brotes de ECZEMA ENFERMEDAD, como pueden ser causa de FALSOS ECZEMAS.

7ª El pronóstico depende de las causas provocadoras de la afección y de la terapéutica puesta en práctica.

8ª El tratamiento debe encaminarse a modificar el terreno diatésico en el ECZEMA ENFERMEDAD y a combatir la causa del agente provocador en los FALSOS ECZEMAS.

9ª La medicación desensibilante se impone en los Eczemas alérgicos; y

10ª El bromuro de estroncio obra favorablemente contra el síntoma PRURITO.

“LA BILIRRUBINEMIA DURANTE LA GESTACION EN BOGOTA”

Por *José T. Parodi Ovalle*.

Conclusiones.

1ª—El 100% de las mujeres estudiadas durante la gestación presentaron aumentada la bilirrubinemia.

2ª—Durante los dos primeros trimestres de la gestación, el 76.00% presenta una hiperbilirrubinemia de 0.25 miligramos %; el 21.00% una hiperbilirrubinemia que oscila entre 0.30 y 0.40 miligramos %, y el 3% una hiperbilirrubinemia que oscila entre 0.70 y 0.85 miligramos %.

3ª—Durante el tercer trimestre de la gestación el 79.20% de los casos una hiperbilirrubinemia de 0.25 miligramos %; el 18.80% de los casos presenta una hiperbilirrubinemia que oscila entre 0.30 y 0.50 miligramos %, y el 2.00% de los casos una hiperbilirrubinemia que oscila entre 0.70 y 0.85 miligramos %.

4ª—Englobando aún más, sin tener en cuenta el factor edad de la gestación, tenemos: el 78.29% de los casos presenta una hiperbilirrubinemia de 0.25 miligramos %; el 19.43% de los casos presenta una hiperbilirrubinemia que oscila entre 0.30 y 0.50 miligramos %;

y el 2.28% de los casos una hiperbilirrubinemia que oscila entre 0.70 y 0.85%.

5^a—Durante el puerperio, la bilirrubinemia baja a lo normal.

6^a—El posible origen de la hiperbilirrubinemia de la gestación se encuentra en la placenta y en la acción de las hormonas del cuerpo amarillo.

7^a—La edad de la gestación, la edad de la enferma y el número de partos no tienen influencia en la hiperbilirrubinemia de la gestación.

“APUNTACIONES SOBRE LA ETNOLOGIA Y SOCIOLOGIA DE LOS MOTILONES”. — ESTUDIO DE LAS HERIDAS PRODUCIDAS POR SUS FLECHAS

Por *Alfredo Landínez Salamanca*.

Conclusiones.

Primera Parte.

1º La zona plana de la Hoya del Catatumbo es impropia para la colonización.

2º La única fuente actual de riqueza en el Catatumbo son los petróleos.

3º La población actual de indios Motilones alcanza a cerca de cuatro mil almas, en buenas condiciones orgánicas.

4º Los Motilones no han sido vencidos en cinco siglos en defensa de su territorio.

5º La raza de los Motilones es de origen Caribe.

6º Sus costumbres, ética y civilización, son rudimentarias.

7º La nación colombiana tiene en los Motilones, magníficos exponentes de dignidad y rebeldía y debiera asignárseles un territorio como patrimonio exclusivo de ellos, sin que pueda ser enajenado por ningún motivo.

8º Los Motilones, si bien es cierto que usaron en otras épocas flechas envenenadas, en la actualidad no usan el veneno.

Segunda Parte.

1º Las flechas y sus venenos, son usados desde la más remota antigüedad.

2º El Curare es veneno exclusivo de las tribus americanas.

3º La acción paralizadora periférica del Curare, es específica a este veneno.

4º La ingestión del Curare no es venenosa, sino a dosis altas,

produciendo los mismos fenómenos tóxicos que por vía sanguínea directa.

5° El veneno de las serpientes incorporado en la preparación del Curare es inocuo, pues su termolabilidad lo destruye en el curso de la preparación de aquél.

Tercera Parte.

1° Todo herido por flecha, debe ser sometido a un cuidadoso examen clínico preoperatorio, para decidir la conducta operatoria que debe seguirse.

2° Toda herida por flecha de indios, debe ser ampliamente explorada en busca de astillas de macana.

3° Toda herida por flecha de indios, debe ser convenientemente drenada.

4° Todo herido por flecha, debe ser tratado con sueros anti-téticos y anti-gangrenoso.

5° Nunca se debe procurar la cicatrización de las heridas de flecha, por primera intención.

6° La Sulfanilamida o sus derivados, son un precioso elemento en la prevención de supuraciones post-operatorias.

7° La coincidencia del paludismo con los choques psíquicos y orgánicos de los heridos, es de una frecuencia enorme.

8° El período post-operatorio de los heridos en el tórax debe ser seguido cuidadosamente y vigilado diariamente con la Roentgenoscopia.