

UNIVERSIDAD NACIONAL

Revista

DE LA

Facultad de Medicina

CONTENIDO:

	Pág.
I INFORME SOBRE LA FIEBRE AMARILLA SILVESTRE EN LA REGION DEL META, DESDE JULIO DE 1934 HASTA DICIEMBRE DE 1936 <i>Dr. Jorge Boshell Manrique. Bogotá.</i>	407
II CANCER PRIMITIVO DEL PULMON. <i>Doctor Jorge E. Millán Gutiérrez.</i> MEDICO DE LA FUNDACION ROCKEFELLER. MEXICO D F	428
III EDITORIAL. EL PROFESOR ELISEO MONTAÑA. <i>Prof. Agreg. Carlos M. Pava. Bogotá.</i>	432
IV SECCIÓN OFICIAL	444
V NOTICIAS MÉDICAS.	450
VI BOLETIN BIBLIOGRAFICO.	451

CASA EDITORIAL "CROMOS" - CARRERA 6a., NUMEROS 12-60 a 12-66 - BOGOTA

Suscripción, \$ 3 — Publicación mensual. — Copia sencilla, \$ 0.30
Facultad de Medicina. Bogotá.

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Director, Profesor JORGE E. CAVELIER

VOL. VI

Bogotá, febrero de 1938.

N.º 8

INFORME SOBRE LA FIEBRE AMARILLA SILVESTRE EN LA REGION DEL META, DESDE JULIO DE 1934 HASTA DICIEMBRE DE 1936 (*)

Por *Jorge Boshell Manrique.*

I. HISTORIA

En agosto de 1934 el Padre Francisco Savary, misionero de la Compañía Montfort, da la voz de alarma acerca de unos casos de fiebres que se han presentado en unas veredas del vecindario de Restrepo y cuyo cuadro clínico corresponde al descrito en el capítulo de fiebre amarilla de su Manual de Misionero. Se practica una primera investigación encontrando, en efecto, manifestaciones mórbidas que sugieren fiebre amarilla. El brote presenta una característica extraña que confunde a primera vista la investigación, en un momento en que la noción de la fiebre silvestre, o sea sin *Aedes aegypti*, no está aún generalizada. No se encuentra tal zancudo en la región.

A consecuencia de un informe de la Dirección Nacional de Higiene, el Dr. E. R. Rickard, médico de la Fundación Rockefeller, baja a Villavicencio y me deja instrucciones precisas, con elementos de investigación. En esta época el autor era Director Intendencial de Higiene.

Se toman 30 muestras de sangre distribuidas entre personas convalecientes de ataques de la enfermedad, entre personas que moraban en las casas en que habían ocurrido casos y entre compañeros de trabajo de personas atacadas. De las muestras sometidas a la prueba de inmunidad

(*) Los estudios y observaciones en que se basa este informe se llevaron a cabo bajo los auspicios de la Sección de Estudios Especiales del Departamento Nacional de Higiene de Colombia en cooperación con la División Sanitaria Internacional de la Fundación Rockefeller.

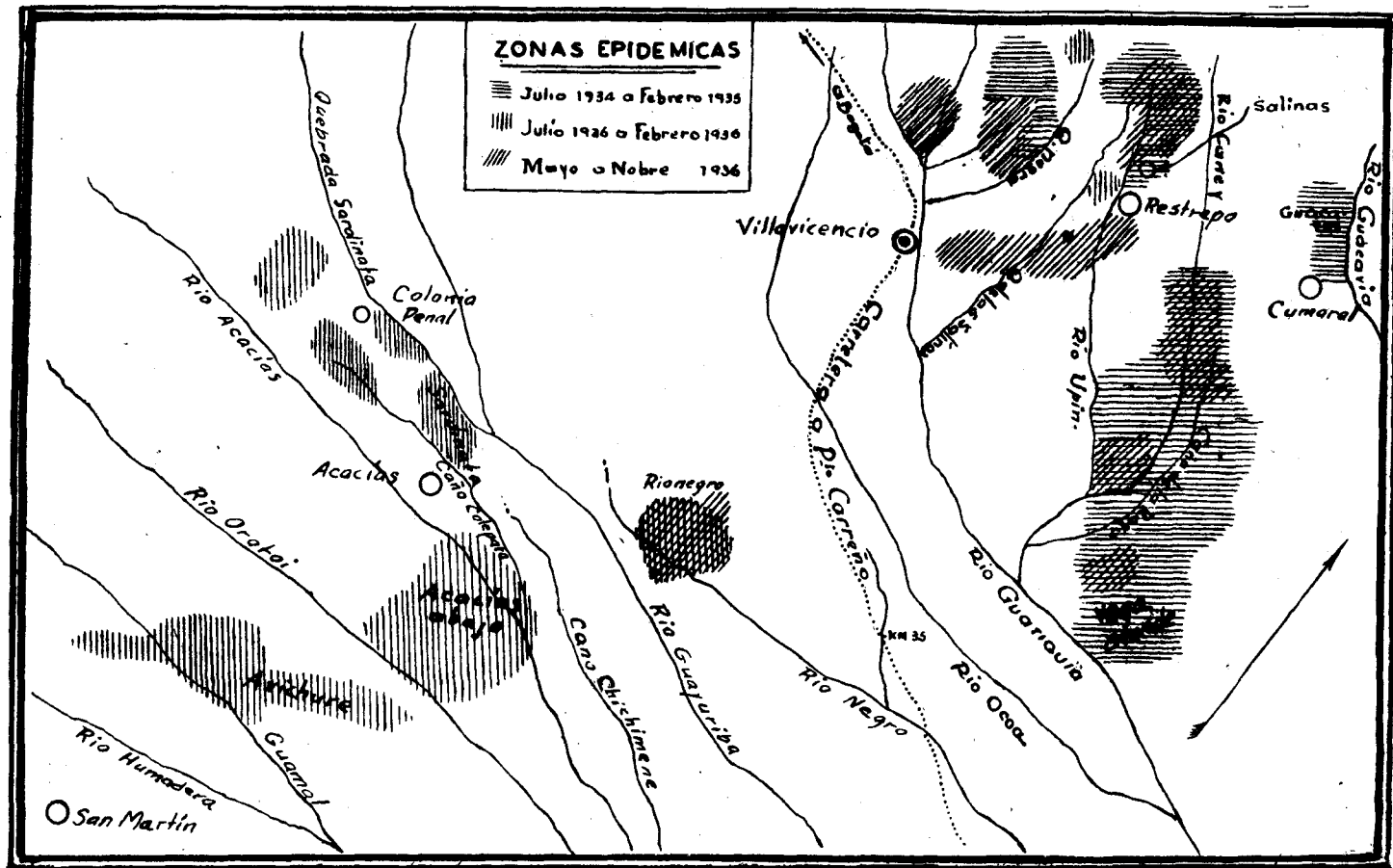
para fiebre amarilla, 20 resultaron positivas, 2 inconclusivas y 8 negativas. Estos resultados traen por consecuencia el establecimiento de una comisión de investigación epidemiológica en la región de Restrepo.

Los trabajos principiaron en octubre de 1934 y aún se encuentran en curso. Han prestado su colaboración los médicos siguientes: Doctores E. R. Rickard, J. H. Paul, J. A. Kerr, L. Patiño Camargo, A. Vergara Uribe, M. Roca García, E. Osorno Mesa, A. Correa Henao y los entomólogos doctor P. A. Antunes, señor W. H. W. Komp y doctor J. C. Bequaert. Los estudios se encuentran bajo la dirección de la Sección de Estudios Especiales del Departamento Nacional de Higiene.

De julio de 1934 en adelante, el orden de los acontecimientos es el siguiente:

La epidemia, localizada de julio a octubre en las orillas del río Caney, caño de la Raya y vereda de Vega Grande, pasa en noviembre al río Guacavía. Así como la primera se pudo llamar epidemia de los cogedores de arroz, la segunda fue la de los cogedores de café, cultivo que prevalece en esa vereda. Esta circunstancia explica quizás la mayor proporción de mujeres y niños que presentaron síntomas en Guacavía, pues en la recolección de café participaron obreros de ambos sexos y distintas edades.

A fines de noviembre y durante los meses de diciembre y enero, tienen lugar las tumbas de bosque en toda la región del pie de la cordillera. Estos trabajos coincidieron con un nuevo brote que se localizó en la región de Vega Grande al suroeste de Restrepo, y en la vereda del Retiro. Abarca ésta una zona comprendida entre 600 y 900 metros de altura en los primeros contrafuertes de la cordillera en la vertiente oriental del valle del Guatiquía. (El mapa adjunto y el Cuadro N° 1 dan una idea gráfica del desarrollo de los acontecimientos).



Croquis de la Zona de la Intendencia del Meta, estudiada entre julio de 1934 y noviembre 30 de 1936.

CUADRO NUMERO I

Casos de fiebre amarilla silvestre diagnosticados en la región del Meta entre julio de 1934 y diciembre de 1936, clasificados por municipios y por mes.

	RESTREPO		VILLAVICENCIO		ACACIAS		Viscerotomías positivas
	Casos	Defunciones	Casos	Defunciones	Casos	Defunciones	
1934							
Agosto.	23	5					
Septiembre . . .	6						3
Octubre.	29	3					1
Noviembre . . .	10	1					1
Diciembre. . . .	15	4	2				1
1935							
Enero	15	4	5	3			6
Febrero	14	2	3				2
Marzo							
Abril.							
Mayo.							
Junio							
Julio			3	1	4	3	1
Agosto.					4	2	1
Septiembre. . . .					7	1	1
Octubre.	1	1			8	4	4
Noviembre			1	1	6	2	1
Diciembre.			1		4	2	5
1936							
Enero			6	5	1	1	5
Febrero							
Marzo							
Abril.							
Mayo.	2	1					
Junio.	22	1	9	1			3
Julio.	29	6	18	3			7
Agosto.	16	1	18	1			4
Septiembre	4		13				6
Octubre	2		5	3	1	1	3
Noviembre	5						2
Total	193	29	84	18	35	16	57

En febrero de 1935 se suspenden las manifestaciones epidémicas en la región de Restrepo, hasta el mes de julio, en que se presentan dos casos esporádicos en la vereda del Retiro (Municipio de Villavicencio). Otro caso, revelado por el servicio de viscerotomía, se registra en octubre en el punto llamado Choopal a una hora de Restrepo, a orillas del camino real de Villavicencio.

En cambio estalló a fines de julio de 1935 en la región de Acacias, situada a cuatro horas al sur de Villavicencio en dirección a San Martín, al pie de la cordillera, una epidemia comparable en todo a la del año precedente en Restrepo. Las manifestaciones se prolongaron hasta enero de 1936. Los casos se localizaron en las vecindades de la Colonia Penal y en las veredas situadas al sur y al oeste del corregimiento, no pasando los límites del río Guamal al oeste y del río Guayuriba al este. A este brote se puede asimilar unos pocos casos que se presentaron en diciembre y enero en las cabeceras del río Negro, municipio de Villavicencio.

En 1936 los casos se han presentado de nuevo desde mayo hasta noviembre 30, fecha que cierra este informe, en número relativamente considerable en las veredas vecinas del pueblo de Restrepo, interesadas en 1934, a saber: Caney, Sardinata, Vega Grande y Retiro. Además, nuevas zonas se ven envueltas en la epidemia, o sean las de La Salina, Tres Esquinas (a un kilómetro de Restrepo), Cairo, municipio de Villavicencio, en la margen izquierda del Guatiquía, y Palmichal, en las primeras pendientes de la cordillera en la margen derecha del mismo río.

En octubre y noviembre dos nuevas regiones se ven envueltas: la primera comprende una zona muy limitada, situada en la estrecha faja de selva del Caño de Quenane, a 35 kilómetros al este de Villavicencio, en el trayecto de la carretera a Puerto Carreño. Los casos se presentan entre los obreros ocupados en la limpia preliminar del bosque y entre los encargados de "mover tierra" en contacto directo con la selva. La segunda en la ribera izquierda del río Guacavía, frente al sitio en donde se registraron manifestaciones en noviembre de 1934.

El Cuadro Nº 1, al resumir la sucesión de las manifestaciones en el curso de los últimos años, pone de relieve dos hechos cuya importancia no se puede desconocer en un estudio epidemiológico.

1. *Extensión de los focos.* Limitada en 1934 a las veredas de Restrepo la epidemia se va desarrollando lenta pero seguramente en los años de 1935 y 1936. No es el número de casos lo que interesa aquí: una epidemia rural en un distrito poco poblado no puede afectar a gran número de individuos y proporcionar cuadros nosológicos impresionantes. El fenómeno que debe fijar la atención es el de la aparición en puntos distantes entre sí, en un lapso de tiempo relativamente corto, de manifestaciones análogas. Estas manifestaciones se hacen más agudas en las épocas que coinciden con la intensificación de trabajos de campo; co-

secha de arroz en julio y agosto, sementeras en octubre y noviembre, derriba de selva en diciembre y enero. No hemos presenciado hasta ahora sino dos períodos exentos de casos: de marzo a junio inclusive en 1935 y de febrero a abril inclusive en 1936. En el resto del año sea en Acacías, Villavicencio o Restrepo la presencia del virus en la selva se ha manifestado continuamente.

2. *Nueva ocurrencia de casos en las veredas ya visitadas por la epidemia.* Tenemos los ejemplos del Retiro, con casos en 1934, 1935 y 1936; Caney con casos en 1934 y 1936; Acacías, con casos en 1935 y 1936. Este fenómeno demuestra la persistencia del virus en las regiones interesadas, independientemente de condiciones de estación. Todo sucede como si la reserva de virus fuera permanente y el accidente infeccioso dependiera de factores inherentes al individuo, o sean su no inmunidad y las condiciones de trabajo que lo exponen a infectarse.

Conviene subrayar también el hecho de que 57 de los 311 casos diagnosticados han sido comprobados por examen anatómo-patológico de muestras de hígado obtenidas por la práctica de la viscerotomía. Esto demuestra que nuestras conclusiones acerca de la extensión geográfica de la fiebre amarilla en el Meta, no se fundan sólo en las observaciones clínicas. Viene además a traer oportunísimas confirmaciones al diagnóstico en una región como ésta, de patología a veces confusa por la analogía y la posible coincidencia de sus manifestaciones morbosas.

Además un buen porcentaje de los diagnósticos de los casos no fatales se halla respaldado por pruebas de protección positivas.

II. DESCRIPCION GENERAL DE LA REGION

La temperatura media es de 22 grados, variable, naturalmente, según la altura. Las tres cuartas partes del año tienen abundantes precipitaciones de lluvia. Los meses de diciembre, enero y febrero, son de verano.

Considerando los caracteres topográficos pueden distinguirse tres tipos de regiones:

1. *Cordillera.*

Municipio:	Villavicencio	Restrepo	Acacías (Cgto.)
Veredas:	Retiro	Santa Lucía	Colonia Penal.
	Bendición	Santa Cecilia	La Loma.
	Palmichal	La Salina	

Esta región está situada entre 600 y 1000 metros de altura y está cubierta de bosque; en medio del cual se encuentran las fundaciones. Está cultivada de pastos, sementeras de maíz, caña y café. La topogra-

fía es accidentada, con valles estrechos, generalmente drenados por un torrente.

2. *Pie de Cordillera.*

Municipio:	Villavicencio	Restrepo	Acacías (Cgto.)
Veredas:	Cairo	Caney	Sardinata.
	Ríonegro	Sardinata	Orotoi.
		Los Medios	Acacías.
		Floresta	Guamal.
		Vega Grande	Colepato.
		Tres Esquinas	Tres Ranchos.
		Guacavía	Los Andes.
		Upín	Piñalito.
			El Miedo.

Esta región comprende la zona selvática que se extiende desde la falda de la cordillera hasta la sabana. La selva, de una anchura de 15 kilómetros, se prolonga en fajas anchas de unos dos kilómetros aproximadamente a lo largo de los ríos Guayuribá, Negro, Ocoa, Guatiquía. Guacavía y Humea, fajas que se van angostando a medida que esos ríos penetran a la sabana al alejarse de las montañas. En medio de la vegetación alta se encuentran fundaciones más o menos antiguas, agrupadas con más densidad en la vecindad de las poblaciones capitales de municipio. En veredas como la de Caney, Upín, Tres Esquinas, colonizadas desde hace 25 a 30 años, existen muy pocas huellas de la vegetación primitiva; ha sido reemplazada ésta por potreros y rastrojos. En cambio, veredas alejadas de los centros, como Vega Grande, por ejemplo, son de más reciente fundación y tienen una mayor proporción de selva.

Las casas se encuentran generalmente situadas a la orilla de algún caño; son de construcción elemental, con paredes de bahareque o de palma picada y techos de paja.

3. *Sabana.* Vasta extensión en su mayor parte desprovista de vegetación alta. Esta se localiza tan sólo a orillas de los caños, formando fajas de anchura irregular. El único punto de la sabana que hasta ahora ha interesado la investigación corresponde al sector de Carretera a Puerto Carreño que atraviesa la faja de bosques del Caño Quenane, distante 35 kilómetros de Villavicencio.

III. METODO DE ESTUDIO

La investigación se organiza en los diversos puntos de interés según normas que se pueden resumir así:

1. Estudio topográfico efectuado por los ingenieros de la comisión. Comprendió en su conjunto parte de los municipios de Restrepo, Villavicencio y Corregimiento de Acacías.

2. Censo. Comprendió las poblaciones de Restrepo, Cumaral, Acacías y las zonas rurales vecinas.

3. Estudio epidemiológico propiamente dicho. Se compone de:

a) Observaciones clínicas de los enfermos.

b) Autopsia de los casos sospechosos.

c) Indagación de historias clínicas de los casos revelados por la autopsia o por los resultados de laboratorio.

d) Estudio de las condiciones generales de vida, de trabajo, y de habitación de los casos registrados y de sus familias.

4. Práctica sistemática de la viscerotomía, o sea de la punción de cadáveres para la obtención de muestras de hígado, con el objeto de revelar los casos ocultos de fiebre amarilla en regiones que, por su situación, ofrecen probabilidades de contaminación.

5. Estudio de la inmunidad entre los niños, agrupados por edades, de los centros urbanos, con el fin de investigar la presencia o ausencia anterior de la fiebre amarilla.

6. Estudio entomológico de las vecindades de las casas y de los bajaderos.

7. Estudio de la fauna mamífera de la región clasificando las especies, estudiando sus reacciones de inmunidad para establecer las especies susceptibles de contraer fiebre amarilla y la eventual coincidencia de animales inmunes a la fiebre amarilla con las manifestaciones epidémicas.

8. Aislamiento del virus de la fiebre amarilla para fines de diagnóstico.

9. Prueba de protección para confirmar los diagnósticos clínicos hechos en casos benignos sin caracteres patognomónicos.

IV. FAUNA ENTOMOLOGICA

Pesquisas repetidas y minuciosas practicadas en los centros urbanos y en las zonas rurales han permitido establecer el hecho de la ausencia de *Aedes aegypti* (antiguamente conocido por el nombre científico de *Stegomyia fasciata*) en la región del Meta.

CUADRO NUMERO II

**Lista de las especies de mosquitos (Orden DIPTEROS, Familia :
Culicídeos) identificados en la región del Meta en el curso
de estos estudios.**

Tribu: SABETHINI

1	K	B	(*)	<i>Sabethes goeldii</i> H. D. & K.
2			A	“ <i>tarsopus</i> D. & K.
3	K			“ <i>schausi</i> D. & K.
4	K	B	A	“ <i>cyaneus</i> Fabricius.
5	K	B	A	“ <i>albiprivus</i> Theobald.
6	K	B		<i>Sabethoides serratoria</i> Dyar & Núñez T.
7			A	“ <i>intermedius</i> Lutz.
8			A	“ <i>imperfectus</i> B. W. & B.
9	K	B	A	<i>Limatus durhamii</i> Theobald.
10	K		A	“ <i>asulleptus</i> Theobald.
11	K			<i>Wyeomyia celaenocephala</i> D. & K.
12			A	“ <i>camptocomma</i> Dyar.
13	K			“ <i>flavifacies</i> Edwards.
14	K	B		“ <i>aphobema</i> Dyar.
15			A	<i>Miamyia hosautos</i> D. & K.
16	K			<i>Dendromyia complosa</i> Dyar.
17	K	B	A	“ <i>aporonoma</i> D. & K.
18	K		A	“ <i>melanocephala</i> D. & K.
19	K		A	“ <i>eloisa</i> H. D. & K.
20	K	B	A	<i>Goeldia longipes</i> Fabricius.
21	K	B	A	“ <i>pallidiventer</i> Theobald.
22	K		A	“ <i>lanei</i> Antunes.
23	K	B	A	<i>Joblotia digitata</i> Rondani.
24			A	“ <i>compresa</i> Theobald.
25	K	B		<i>Psorophora ciliata</i> Fabricius.
26	K	B	A	“ <i>jerox</i> Humboldt.
27	K	B	A	“ <i>cingulata</i> Fabricius.
28	K	B		“ <i>lutzii</i> Theobald.
29	K	B		“ <i>cyanescens</i> Coquillett.
30	K	B		“ <i>confinnis</i> Lynch Arribálzaga.
31	K	B	A	<i>Haemagogus janthinomys</i> Dyar.
32	K	B	A	<i>Aedes leucocelaenus</i> Dyar & Shannon.
33	K	B	A	“ <i>serratus</i> Theobald.
34	K	B	A	“ <i>hastatus</i> Dyar.

CUADRO NUMERO II, Cont.

35	K	B		<i>Aedes angustivittatus</i> D. & K.
36	K	B	A	" <i>crinifer</i> Theobald.
37			A	" <i>arborealis</i> B. W. & B.
38	K	B		" <i>scapularis</i> Rondani.
39		B		" <i>fluviatilis</i> Lutz.
40	K	B	A	" <i>terrens</i> Walker.
41	K	B	A	" <i>dominicii</i> Rangel & Romero Sierra.
42	K	B		" <i>pseudodominicii</i> Komp.
43			A	" <i>whitmorei</i> Dunn.
44	K	B	A	" <i>septemstriatus</i> D. & K.
45	K	B		" <i>sexlineatus</i> Theobald.
46	K	B		<i>Mansonia albicosta</i> Peryassú.
47	K	B	A	" <i>titillans</i> Walker.
48	K	B	A	" <i>arribalzagae</i> Theobald.
49			A	" <i>justamansonia</i> Chagas.
50			A	" <i>fasciolata</i> Lynch Arribálzaga.
51			A	" <i>lynchi</i> Shannon.
52	K	B	A	<i>Lutzia allostigma</i> H. D. & K.
53	K		A	<i>Culex (Carollella) iridescent</i> Lutz.
54	K			" " <i>secundus</i> B. W. & B.
55	K	B		" " <i>metempsychus</i> Dyar.
56	K	B	A	" " <i>urichii</i> Coq.
57	K			" " <i>infolatus</i> B. W. & B.
58			A	" " <i>bihaicolus</i> Dyar & Núñez T.
59	K			" (<i>Mochlostyrax</i>) <i>pilosus</i> D. & K.
60	K			" " <i>taeniopus</i> D. & K.
61	K			" " <i>distinguendus</i> Dyar.
62	K			" " <i>elevator</i> D. & K.
63	K			" " <i>inhibitor</i> D. & K.
64	K			" " <i>bastagarius</i> D. & K.
65	K			" (<i>Melanconion</i>) <i>dunni</i> Dyar.
66	K			" (<i>Microcules</i>) <i>chryselatus</i> D. & K.
67	K			" (<i>Culex</i>) <i>nigripalpus</i> Theobald.
68	K			" " <i>chidesteri</i> Dyar.
69	K	B		" " <i>corniger</i> Theobald.
70	K			" " <i>mollis</i> D. & K.
71	K	B		" " <i>quinquefasciatus</i> Say.
72	K	B		" " <i>coronator</i> D. & K.

CUADRO NUMERO II, Cont.

73			A	<i>Culex (Culex) brevespinosus</i> B. W. & B.
74	K	B	A	<i>Orthopodomyia fascipes</i> Coq.
75		B		" <i>phyllozoa</i> D. & K.
76	K	B		<i>Megarhinus bambusicola</i> Lutz & Neiva.
77	K	B		" <i>trinidadensis</i> D. & K.
78		B		" <i>haemorrhoidalis</i> Fabricius.
79	K	B	A	<i>Uranotaenia geometrica</i> Theobald.

Tribu: ANOPHELINI

80	K	B		<i>Anopheles (Chagasia) fajardoi</i> Lutz.
81		B		" <i>(Chagasia) bonneae</i> Root.
82	K	B	A	" <i>(Nyssorhynchus) bachmanni</i> Petrocchi.
83	K	B	A	" " <i>tarsimaculatus</i> Goeldi.
84	K	B	A	" " <i>darlingi</i> Root.
85	K	B		" " <i>albivarsis</i> Lynch. Arribáizaga.
86	K	B	A	" " <i>argyritarsis</i> Robineau-Desvoidy.
87	K	B	A	" <i>(Stethomyia) nimbus</i> Theobald.
88			A	" <i>(Anopheles) pseudopunctipennis</i> Theobald.
89	K	B		" " <i>gilesi</i> Peryassu.
90	K	B		" " <i>eiseni</i> Coq.
91	K	B		" " <i>perysassui</i> D. & K.
92	K	B	A	" " <i>mediopunctatus</i> Theobald.
93	K	B	A	" " <i>apicimacula</i> D. & K.
94	K	B		" <i>(Kerteszia) boliviensis</i> Theobald.
95	K	B	A	" <i>(Kerteszia) bellator</i> D. & K.
96	K	B		" <i>(Kerteszia) cruzii</i> D. & K.
97			A	" <i>(Lophopodomyia) squamifemur</i> Antunes.

(*) Las letras se refieren a los investigadores que han tomado las respectivas especies. "K" al trabajo publicado por W. H. W. Komp, Proc. Ent. Soc. Wash. Vol. 38: 57-70, 1936. "B" el autor de este informe y "A" al trabajo del doctor P. C. A. Antunes, titulado "Informe sobre una investigación entomológica realizada en Colombia", publicado en la "Revista de la Facultad de Medicina", Bogotá, Vol. VI, No 2, Agosto de 1937.

En el curso de estos estudios, más de 140 especies de artrópodos han sido identificadas. Las 97 especies de mosquitos que han sido identificadas se encuentran en el Cuadro N° 2. Los otros artrópodos hematófagos hallados se dan a continuación:

I. Orden: *Dípteros*

Familia: Tabanideos. Unas 30 especies han sido capturadas y las siguientes especies han sido identificadas por los entomólogos Antunes y Bequaert.

Chrysops leucospilus Wiedemann.

“ *laeta* Fabricius. 1805.

“ *variegata* De Geer.

Diachlorus sp.

Tabanus importunus Wiedemann.

“ *trilineatus* Latrielle.

“ *plagens* Walker.

“ *occidentalis* Linnaeus.

“ *leucaspis* Wiedemann.

“ *quadripunctatus* var. *amabilis* Walker.

“ *infuscatipennis* Surcouf.

“ *xipe* Krober.

Neotabanus spp.

Chlorotabanus inanis Fabricius.

Lepiselaga crassipes Fabricius.

Esenbeckia ferruginea Macquart.

“ *diaphana* Schiner.

Dichelacera marginata Macquart.

Fidena fulvitibialis Ricardo.

Scione maculipennis Schiner.

Familia: Psicodideos (Flebótomos o “jején”).

Phlebotomus panamensis Shannon.

“ *squamiventris*.

“ spp.

Familia: Cetatopogonideos (“jején”?)

Culicoides sp.

Familia: Muscideos (“moscas”).

Stomoxys calcitrans Linnaeus.

Familia: Simulideos. Algunas especies aún no determinadas.

II. Orden: *Hemípteros*.

Familia: Cimicídeos.

Cimex hemipterus (chinche).

Familia: Reduvídeos.

Rhodnius prolixus (pito).

III. Orden *Acaros*.

Familia: Ixodídeos (garrapatas).

Boophilus microplus Can.

Amblyomma cajennense Fabricius.

" *ovale* Koch.

Dermacentor.

Familia: Argasídeos (chinchas).

Ornithodoros venezuelensis Brumpt.

Familia: Trombidiídeos (coloraditos).

Trombicula goldi Oudemans.

" *spp.*

(Varias especies de esta familia han sido halladas en el hombre y en animales silvestres. Merece mención especial la *Trombicula goldi*, hallada en grandes cantidades en el "chacure" (*Dasyprocta variegata*) y en el hombre).

V. MAMIFEROS

Se ha dedicado mucha atención al estudio de los animales mamíferos de la región, no solamente para averiguar cuáles son las especies existentes en la región sino también para determinar su relativa abundancia en estaciones distintas. Además se les ha tomado sangre para someterla a la prueba de protección de la fiebre amarilla.

Las especies animales que han sido recolectadas e identificadas en el curso de este estudio figuran en el Cuadro Nº 3.

CUADRO NUMERO III

Especies de mamíferos que han sido recolectados en el curso de este estudio e identificados por el Reverendo Hermano Apolinar, Curador del Museo del Instituto de La Salle de Bogotá.

ORDEN	FAMILIA	GENERO Y ESPECIE	NOMBRE COMUN
MARSUPIALIA (Marsupiales)	Didelfideos	<i>Metachirus nudicaudatus colombianus</i>	Chucha real
		<i>Didelphis marsupialis</i>	Chucha o fara
		" <i>paraguayensis</i>	" "
	Falangerideos	<i>Cholurimus (=Phylander laniger)</i>	Chucha mantequera o cinco dedos
CHIROPTERA (Murciélagos)	Filostomatideos	<i>Diphylla ecaudata</i>	Chimbilá o vampiro
		<i>Dosmodus rotundus</i>	Chimbilá o vampiro
PRIMATES (Cuadrumanos)	Vespertilionoideos	Varias especies	Murciélagos
	Cebideos	<i>Lagothrix lagotricha</i>	Choyo o churucu
		<i>Ateles barthleti</i>	Marimonda
		" <i>hybridus</i>	Choiba
		<i>Mysotus (=Alouatta) seniculus</i>	Araguato
		<i>Cebus fatuellus</i>	Maicero chudo
		" <i>apella</i>	Maicero común
		" <i>versicolor</i>	" "
		" <i>spp.</i>	" "
		<i>Aotus lanius</i>	Sorbehumo o Maco
	Hapalideos	<i>Callicebus ornatus</i>	Socay
		<i>Saimiri spp.</i>	Tití
EDENTATA (Desdentados)	Mirmecofagideos	<i>Tamandua longicaudata</i>	Oso hormiguero
		<i>Tamandua tetradactyla</i>	Oso hormiguero
		<i>Myrmecophaga jubata</i>	Oso palmero
		<i>Cyclopes didactylus</i>	Marta
	Bradipodideos	<i>Choloepus augustinus didactylus</i>	Perico ligero
		"	" "
	Dasipodideos	<i>Dasypus novemcinctus</i>	Armadillo
		<i>Priodon gigas</i>	Ocarro
		<i>Cabassous hispidus</i>	Armadillo sabanero
RODENTIA (Roedores)	Leporideos	<i>Sylvilagus pungatus</i>	Conejo silvestre
	Ciurideos	<i>Sciureus igniventris</i>	Ardilla
	Murideos	Varias especies	Ratas de monte

CUADRO NUMERO III (Cont.)

ORDEN	FAMILIA	GENERO Y ESPECIE	NOMBRE COMUN
RODENTIA (Cont.) (Roedores)	Eretizontideos	<i>Coendou</i> (= <i>Cercolabes</i>) <i>prehensilis</i>	Puerco espín
	Cavideos	<i>Cavia anolaimae</i>	Curí silvestre
		<i>Dasyprocta variegata</i>	Chacure
	Equimideos	<i>Cuniculus</i> (= <i>Aguti</i>) <i>paca</i>	Lapa
		<i>Hydrochoerus capybara</i>	Chiguero
		<i>Proechimys chrysaolus</i>	Rata de monte, Conato, Ratón conato
		" <i>xanthoeolus</i>	Idem
		<i>Dactylomys dactilinus</i>	Rata de monte
		<i>Cerdocyon thous</i>	Zorro perruno
		" <i>sp. (azarae?)</i>	" "
CARNIVORA (Carnívoros)	Canideos		
	Mustelideos	<i>Lutra colombiana</i>	Perro de agua
		<i>Lutra brasiliensis</i>	Nutria
		<i>Potos flavus</i>	Perro de monte
		<i>Tayra barbara</i>	Ulamá
		<i>Galictis barbara</i>	"
	Procionideos	<i>Nasua candace</i>	(Guache, tejón
		" <i>dorsalis</i>	(Guache perruno
		" <i>sp.</i>	(Guache
		<i>Nasuella olivacea</i>	Cusumbo
	Felideos	<i>Felis tigrina</i>	Gato montés
		" <i>macroura</i>	" "
		" <i>pardalis</i>	" "
		" <i>onca</i>	Tigre o jaguar
PERISSODACTYLA	Tapirideos	<i>Tapirus americanus</i>	Tapir o danta
ARTIODACTYLA			
Suborden: <i>Bunodonta</i> . (Paquidermos)	Tagasuideos	<i>Pecari torbus</i>	Cafuche
		<i>Tayassu sp.</i>	Saíno
Suborden: <i>Pecora</i> (Rumiantes)	Cervideos	<i>Mazama bricenti</i>	Venado o soche
		" <i>spp.</i>	Soche
		<i>Odocoileus campestris</i>	Venado

Además de las especies recolectadas existen las siguientes de que se tienen noticias:

Marsupiales	Didefideos	<i>Marmosa dryas</i>	
		" <i>sobrina</i>	
		<i>Monodelphis adustus</i>	
Roedores	Murideos	<i>Chironectus minimus</i>	
		<i>Oryzomys o'connelli</i>	
		" <i>helvolus</i>	
		" (<i>Melanomys</i>) <i>buenavistae</i>	
		<i>Oecomys bicolor</i>	
		<i>Zygodontomys brunneus</i>	
		<i>Rhipidomys venezuelae</i>	

VI. ANALISIS DE LOS CARACTERES DE LAS DIVERSAS ZONAS EPIDEMICAS

Los estudios mencionados más arriba han permitido establecer comparación entre las condiciones de fauna, de vegetación y de cultivos de las diversas regiones visitadas por la epidemia. Se puede fijar varios tipos de zonas según se considere la fauna, los cultivos, la proporción de la selva virgen, o la antigüedad de la colonización. El cuadro siguiente reúne de un modo bastante sintético cuatro tipos de zona epidémica.

1. Zona de cordillera.

2. Zona de llanura de antigua colonización (región topográfica
(Corresponden a la
("Pie de la Cordillera")
3. Zona de llanura de reciente colonización (mencionada en el Capítulo II.
4. Zona de sabana

1. Zona de cordillera.

Santa Cecilia, El Retiro, Salinas (Restrepo).

Palmichal (Villavicencio).

La Loma, Colonia Penal (Acacías).

a) Caracterizada principalmente por la presencia de vegetación primitiva, aún en las regiones de antigua colonización, la topografía muy quebrada es causa de que permanezcan áreas inaccesibles al cultivo.

b) Fauna mamífera abundante. (Véase Cuadro Nº 3).

c) Fauna entomológica en la cual predominan: 1) las especies que se crían en plantas parásitas de la familia de las *Bromelias*, a saber: *Aedes dominicii*, *Anopheles cruzii*, varias especies de *Sabethini*; 2) una fuerte proporción de especies arborícolas, a saber: *Haemagogus janthinomys* y varias especies de *Aedes* (*terrens*, *septemstriatus*, etc.) Esta fauna es particularmente abundante de mayo a agosto, inclusive, y de noviembre a enero. Existen ácaros en abundancia, especialmente Trombídeos.

d) Principales recursos: Pastos, caña de azúcar, plátano, yuca y café.

2. Zona de llanura de antigua colonización.

Municipio:	Villavicencio	Restrepo	Acacias (Cgto.)
Veredas:	Cairo	Caney	Piñalito
	Ríonegro	Tres Esquinas	El Miedo
		Sardinata	Sardinata
		Upín	
		Los Medios	
		Floresta	

Comprende de un modo general el conjunto de fundaciones vecinas de las poblaciones, incluidas en un promedio de cinco kilómetros de radio. Presenta los caracteres siguientes:

a) Predominio de rastrojos o sea de una forma de vegetación que viene a constituir un sistema de cultivos alternantes; esta región es de procedimientos agrícolas rudimentarios. Los rastrojos varían en edad de 1 a 10 años. Existen sectores de rastrojo más viejo, pero son excepcionales.

b) Desaparición casi completa de la selva primitiva y por consiguiente de la fauna mamífera que la caracteriza (cuadrumanos, rumiantes, carnívoros, paquidermos) no persistiendo sino algunas especies de roedores (paca, aguti, ardilla, rata de monte, y de marsupiales ("fara") etc.

c) Fauna entomológica en que predominan aquellas especies de mosquitos que se crían en receptáculos vegetales como el platanillo (*Heliconia*), o sea los mosquitos de la tribu *Sabethini*: en los meses de lluvias abundantes se aumenta esta fauna con las especies que se crían en charcos barrialosos temporales, o sea varias especies de *Psorophora* y algunas de *Aedes*. Acaros abundantes en los rastrojos y en el bosque, especialmente trombídeos y garrapatas (*Amblyomma*).

d) Principales recursos: Arroz, para cuyo cultivo se intensifican los trabajos en los meses de diciembre y enero (derribas de rastrojo o selva y siembras) y en julio (cosechas).

3. Zona de llanura de reciente colonización.

Municipios:	Restrepo	Acacias (Cgto.)
Veredas:	Guacavía	Guamal
	Vega Grande	Tres Ranchos
	Mata de Guadua	Orotoi
	Balcones	Los Andes

Mucho más vasta que la precedente, con gran extensión de bosque.

a) Comprende pequeñas fundaciones enclavadas en medio de la selva primitiva, formadas por reducidas áreas desmontadas, algunas de rastrojo joven, potreros de pequeña extensión, cultivos escasos.

b) Posee toda la gran variedad de fauna de mamíferos enumerados en el Cuadro N° 3.

c) En cuanto a la fauna entomológica, comprende toda la variedad de las especies arborícolas como el *Haemagogus janthinomys* y diversas clases de *Aedes*, así como las enumeradas más arriba en el párrafo 1. Esta fauna es particularmente abundante en noviembre y a principios de diciembre. Acaros en abundancia, especialmente trombídeos y garrapatas (*Amblyomma*).

d) Principales recursos: Arroz. (Véase el párrafo 3, d).

4. Zona de sabana.

a) Caracterizada por la disposición de la selva a lo largo de los caños, en fajas de anchura variable. Estos caños son tributarios de alguno de los ríos Guayuriba, Ríonegro, Guatiquía o Guacavía. La floresta que los bordea entra en contacto con la selva que les corresponde a esos ríos y forma por consiguiente un solo sistema análogo por sus condiciones de fauna. En cambio los bancos de sabana son prácticamente desiertos, exceptuando el caso de la colonización pecuaria.

b) Fauna entomológica, variable según se considere las zonas de monte o la sabana propiamente dicha. La primera comprende especies enumeradas más arriba. La segunda se distingue por su gran abundancia de especies pertenecientes a la tribu de los anofelinos y de especies pertenecientes al género *Mansonia*. Las dos zonas tienen en común una excepcional abundancia de ixodídeos, especialmente de los géneros *Amblyomma* y *Boophilus*. En cuanto a los ácaros de la familia de los trombídeos, infestan con intensidad las fajas de monte.

c) Principales recursos: Ganadería, pequeñas plantaciones a la orilla de los caños.

VII. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El estudio de la fiebre amarilla en el Meta abarca el pasado, el presente y el porvenir de esa región. Existen presunciones acerca de manifestaciones anteriores a 1934, pero solamente desde el mes de julio de ese año se estableció la observación metódica de los casos.

Ha quedado demostrada en forma perentoria y definitiva la existencia de una endemia silvestre amarílica en los primeros contrafuertes de la Cordillera Oriental y en la zona de llanura adyacente. Esta demostración se apoya:

1. En las demostraciones clínicas.

2. En el examen histopatológico de material proveniente de la autopsia y viscerotomías. Las piezas anatómicas, examinadas en Nueva York, Río de Janeiro y Bogotá, han establecido la presencia constante de las lesiones hepáticas específicas, a saber: el conjunto de degeneración grasa, necrosis salpicada del parenquima hepático más pronunciada en la parte media del lobulillo y degeneración hyalina de las células hepáticas necróticas. (Cuerpos de Councilman).

3. En las pruebas de inmunidad efectuadas en ratón blanco. Los resultados de esas pruebas han establecido:

a) La especificidad de infecciones debidas al virus de la fiebre amarilla, por la comparación del poder protector del suero de enfermos en el primer período de enfermedad y en la convalecencia, siendo nulo el primero y positivo el segundo.

b) La extensión de la fiebre amarilla en los distritos rurales; los sueros de numerosos convalecientes y de sus relacionados y parientes que han proporcionado pruebas de inmunidad específica positivas.

c) La ausencia de fiebre amarilla en los centros urbanos; ninguna de las pruebas de protección efectuadas en sueros de niños raizales ha dado resultado positivo.

4. En el aislamiento del virus de la fiebre amarilla por inoculación de suero de casos incipientes en cerebro de ratón. Seis cepas han sido aisladas por ese método, distribuidas así: dos en la región de Acacias, dos en la región de Restrepo y una en las de Villavicencio y Medina, respectivamente.

La especificidad de todas las cepas de virus aislado ha sido demostrada por lesiones específicas provocadas en el mono (*Macacus rhesus*) o por los cambios serológicos específicos determinados en el suero de los monos inoculados.

La cuestión de la identidad del virus de la fiebre amarilla selvática con el de la fiebre amarilla urbana está demostrada en forma indiscutible para que sea necesario volver sobre este punto (*).

(*) Soper, Fred L.—Fiebre amarilla rural, fiebre amarilla de la selva, como problema nuevo de sanidad en Colombia. Revista de Higiene (Bogotá). Vol. 4: 47-87, mayo de 1935.

Soper, Fred L. Febre amarella silvestre, novo aspecto epidemiológico da doença. Revista de Higiene e Saude Publica (Rio de Janeiro). Vol. 10: 31-70, febrero de 1936.

Conviene sin embargo, insistir sobre el problema que plantea en Colombia esa identidad y sobre todo la facultad que tiene nuestro virus selvático de ser transmitido por el *Aedes aegypti*. Viene a precisarse un peligro cuya importancia se sale de los límites de las manifestaciones locales y las hace parecer secundarias, por dolorosas que sean, para interesar la Higiene y la Economía Nacionales.

Las vías de comunicación actuales, sean carreteables, ferroviarias o aéreas ponen a distancia de contagio las reservas selváticas de virus con nuestros puertos fluviales y marítimos, los cuales tienen, con muy pocas excepciones, índices estegómicos deplorables. Los cuadros nosológicos adjuntos a este informe demuestran hasta qué punto la fiebre amarilla afecta a las poblaciones rurales en lucha contra la selva. El brote epidémico de 1936 ha venido a demostrar la repetición de manifestaciones en regiones afectadas previamente. Estas zonas constituyen por consiguiente reserva permanente, verdadera espada de Damocles suspendida sobre otros sectores, expuestos a accidentes por sus condiciones geográficas e higiénicas. No están aún tan alejadas las trágicas epidemias del siglo pasado y del principio del presente para que sea necesario insistir sobre este peligro, preocupación obligatoria de todos los que tienen el privilegio de velar por los destinos nacionales.

Una palabra para terminar, sobre la transmisión y la reserva del virus de la fiebre amarilla selvática.

Del conjunto de observaciones epidemiológicas, del estudio de la fauna entomológica y mamífera, han surgido varias hipótesis acerca de ciclos evolutivos quizá más complejos de los que nociones anteriores hacían prever.

Por un lado nos hallamos en presencia de una fauna artrópoda vasta y variada, que cuenta entre sus filas vectores eficaces de varias enfermedades infecciosas. Su clasificación fue obra de autoridades en la materia y constituye una labor de vastas proyecciones no solamente en el dominio de la fiebre amarilla sino en la de toda nuestra patología tropical.

Por otra parte el estudio de la fauna mamífera y de sus posibilidades serológicas ha venido a demostrar la existencia de especies susceptibles, cuyos individuos pueden acarrear el virus en su circulación periférica. Los fenómenos epidemiológicos no se hallan, por consiguiente, circunscritos al hombre. Otras especies animales hacen parte de los portadores de virus. De éstas, ¿cuáles constituyen reserva accidental y transitoria, como el hombre, y cuáles pueden, a un momento dado y debido a condiciones biológicas especiales, llegar a constituir una reserva permanente? ¿Qué artrópodo hematófago viene a servir de eslabón entre las unas y las otras?

Podemos decir que la acumulación de observaciones realizadas, ha despejado hasta cierto punto el terreno. La investigación se encuentra

satisfactoriamente orientada. No entra en el plano de este informe el enumerar las hipótesis viables ni precisar el programa de los trabajos en proyecto. Basta decir que el estudio de las manifestaciones epidémicas en los Llanos Orientales ha concluído la primera fase de las indagaciones preliminares para entrar en la segunda, mucho más vasta y más compleja, de la experimentación.



CANCER PRIMITIVO DEL PULMOM

Por el doctor Jorge E. Millán Gutiérrez, médico de la Fundación Rockefeller, México, D. F.

Sin duda alguna uno de los diagnósticos más importantes que existen en Medicina, es el Cáncer Primitivo del Pulmón. Hace varios años que la confusión era completa, cuando se trataba de elucidar una afección pulmonar que no se acompañaba de una temperatura constante, o bien hética y era entonces cuando el médico internista, tenía en consideración cierto número de afecciones que, como la gangrena, varios aspectos atípicos de la tuberculosis y aun mismo el kiste hidático del pulmón, le parecían la clave de la Patología Respiratoria. Raro era, en efecto el galeno que pensaba en el Cáncer primitivo del Pulmón y la mayor parte de las veces se dejaba evolucionar, con un abandono verdaderamente criminal; un proceso que llevaba poco a poco a la caquexia y a la muerte.

El Cáncer Primitivo del Pulmón no es excepcional; se encuentra frecuentemente en los servicios hospitalarios y de cuyo diagnóstico precoz depende la vida del enfermo. La etiología es completamente desconocida, y sólo se sabe que es más frecuente en el hombre, debido, tal vez, a las condiciones de vida y de trabajo (tabaco y trabajo con ciertos productos en fábricas mal ventiladas) y la edad interviene en gran parte, pues es excepcional, el Cáncer Primitivo del Pulmón en las personas jóvenes, anotándose su frecuencia a partir de los 50 años. También tenemos que considerar la sífilis y los traumatismos torácicos, los cuales pueden influenciar su desarrollo. Sobre las cicatrices sifilíticas dejadas en el pulmón, se puede desarrollar el cáncer.

ANATOMIA PATOLOGICA:

Desde el punto de vista Anatómo-patológico, se conoce una categoría de tumores, en donde la célula de origen mesodérmico, constituye el elemento esencial de la neoplasia, como en el Sarcoma, el Angio-

ma, el Fibroma, y los tumores del sistema nervioso. En todos los tumores los diferentes elementos neoplásicos se encuentran acompañados de un estroma conjuntivo-vascular, y parece que éste sea necesario a la nutrición y al crecimiento del tumor. Sin embargo en los neoplasmas epiteliales y sobre todo en los malignos, la cantidad de tejido conjuntivo es mínima con relación al elemento epitelial, debido, más que todo, al crecimiento anárquico y abundante de éste, que se hace predominante en corto tiempo. El Cáncer Primitivo del Pulmón, es un cáncer epitelial y la célula en el nivel alveolar, presenta una facultad notable de hiperplasia en el caso de encontrarse atacada por alguna sustancia irritante. Es sin duda, en esta parte donde comienza el Cáncer a desarrollarse. Roussy considera tres formas microscópicas: La circunscrita, la difusa y la nodular, en esta última forma existe un nódulo de mayor volumen que los otros y que representa el tumor original.

El Cáncer Primitivo del Pulmón es difícil de diagnosticar, a causa de que es imposible hacer una biopsia y que la radiografía puede por otra parte presentar aspectos que se confunden con diversos procesos crónicos. Sin embargo, en el caso de diagnóstico diferencial, entre metastasis pulmonar, y cáncer primitivo, hay que tener en cuenta que en las metastasis si la infección se hace por circulación el aspecto radiográfico muestra la localización cancerosa en forma de "piezas de moneda" de manera neta, habiendo ausencia del nódulo de mayor volumen que caracteriza la forma nodular. En el caso en que las metastasis se hagan por continuidad, existe entonces una infiltración continua peribronquial que diferencia ésta infección secundaria del Cáncer primitivo del Pulmón.

SINTOMATOLOGIA

La sintomatología no es muy rica y los signos funcionales existen en muchas afecciones de las vías respiratorias.

Signos funcionales.

(1) El dolor. Es un síntoma que se encuentra con bastante frecuencia y que se caracteriza por sus irradiaciones a derecha y a izquierda; algunas veces en el plejo braquial y con un máximo de intensidad en la parte enferma.

(2) La disnea. Casi siempre es una disnea moderada y solamente llega a ser interesante cuando se acompaña de CORNAJE.

(3) La tos. Cuando la tos es ladrada, es entonces característica del C. P. y por lo tanto viene a ser un síntoma precioso para el diagnóstico; ordinariamente es quintosa y no trae sino muy poca expectoración.

(4) La expectoración. Puede verse una expectoración mucosa, muco-purulenta o bien compuesta de sangre. La expectoración "geleé de groseille" jalea de grosellas es rara y puede encontrarse en otras afecciones que no son cancerosas como en la tuberculosis y en la apoplejía.

(5) El derrame pleurético. En ciertas ocasiones el derrame pleurético acompaña el C. P. Hay una forma sero-fibrinosa y otra hemorrágica. El examen microscópico es negativo.

Signos Físicos.

(1) Inspección. La retracción es más frecuente que la curvatura.

(2) Palpación. Las vibraciones son variables.

(3) Percusión. Macidez en la parte enferma.

(4) Auscultación. Signos de condensación o de derrame pleural o bien los dos. Cuando los signos de derrame se encuentren debajo de una región que muestra los signos de condensación, entonces tenemos un síndrome—ESTENOSIS-BRONQUIAL, indicación importantísima para el diagnóstico.

Signos generales.

Caquexia. La caquexia se encuentra sobre todo en los últimos estados de la enfermedad.

Compresión. La compresión del mediastino es un signo importante, pero existen otros tumores situados en el mediastino que dan los mismos signos de compresión.

Sangre. Aumento de los polinucleares y eosinofilia.

Signos radiológicos.

Son sin duda los más importantes; se deben distinguir:

(1) Los signos propios. En la pantalla radiográfica, se ve una sombra bastante homogénea, sola o acompañada de otras imágenes de absceso o de gangrena.

(2) Cuando la sombra característica del C. P. es poco visible, pueden verse los signos de estenosis bronquial: retracción, inmovilidad completa del hemitórax, sombra homogénea de toda la parte que corresponde al bronquio en estado de estenosis, atracción de la tráquea hacia el lado enfermo.

Pronóstico.

Es fatal el pronóstico. La muerte llega con:

a) Asistolia.

- b) Infección secundaria.
- c) Hemorragia.
- d) Caquexia.

Tratamiento.

Cuando el diagnóstico se hace al comienzo el mejor tratamiento es el quirúrgico.

Cuando el diagnóstico se hace un poco tarde, el tratamiento por el Radium produce una ligera mejoría y no más. Entonces se reduce a un tratamiento sintomático de la tos, dolor, disnea, etc., empleando todos los medicamentos calmantes que se conocen.

Jorge Millán Gutiérrez



NOTA EDITORIAL

EL PROFESOR ELISEO MONTAÑA

Profesor Agregado, Carlos M. Pava.

Inmensamente doloroso es para el discípulo escribir sobre el Maestro desaparecido, porque la pena que embarga el corazón no lo deja quizás apreciar en toda su amplitud los grandes merecimientos y virtudes que lo adornaban; pero a pesar de ello trataré de esbozar, aun cuando sea a grandes rasgos, la vida científica y social de quien por espacio de más de treinta años regentó la cátedra de Histología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional con altruismo de miras, y una consagración que se podría llamar ejemplar, si otros profesores de su mismo temple y condiciones no lo hubieran precedido y acompañado, pues algunos de ellos todavía actúan en nuestra Facultad para orgullo y esplendor de la enseñanza médica colombiana.

El fue de aquellos que con José María Lombana Barreneche, Juan David Herrera, Roberto Franco, Pompilio Martínez, Luis María Rivas, Joaquín Lombana, Luis Felipe Calderón, Julio Manrique, Pablo García Medina, Manuel Cantillo, Carlos Esguerra, Zoilo Cuéllar Durán, José Ignacio Uribe, Luis Zea Uribe, Federico Lleras Acosta, Miguel Rueda Acosta, Hipólito Machado, Nicolás Buendía y muchos más cuyos nombres se me escapan por el momento, formaban el brillante elenco del profesorado de la Facultad de Bogotá, regida casi siempre por alguno de los ya nombrados, y que formó la actual generación médica que hoy los sustituye en todas las manifestaciones de la vida científica nacional.

Nació el doctor Montaña el 30 de abril del año 1862 en la población boyacense de Paipa cercana al risueño y fértil valle de Bonza que

está al pie del Pantano de Vargas donde en 1819 se dio la célebre batalla que fue como el prólogo de la epopeya de Boyacá; era hijo del señor Antonio Montaña y de doña Jacoba Granados, padres que supieron formar un hogar modelo pues fué del doctor Eliseo, de quien me



PROFESOR, ELISEO MONTAÑA

† Diciembre 24 de 1937.

ocupo, tuvieron otros hijos entre los cuales me fue dado conocer a los siguientes: al doctor Francisco Montaña, eminente juriconsulto, uno de los abogados más inteligentes y mejor preparados que haya ejercido su profesión en Bogotá, donde era generalmente conocido por cuantos tuvieron que ver con el foro, y aun por las personas que como yo, oíamos de labios de todos los ciudadanos el elogio fervido, la admiración sincera y la simpatía que sabía despertar en cuantos lo trataban, no sólo por su vasta ilustración jurídica, sino también por su privilegiada inteligencia que exhibía aun fuera de las disciplinas jurídicas en el trato familiar; al doctor Samuel Montaña, médico eminente, leal, afable y cariñoso con todos los que tuvimos la fortuna de tratarlo, como el

Dr. Eliseo socio fundador de la Sociedad de Cirugía y uno de sus miembros más activos, solícitos e interesado por ella, quién murió hace ya más de doce años; al doctor Marcelino Montaña, distinguido ingeniero, miembro de la Sociedad Colombiana de Ingenieros, persona distinguidísima que actualmente ejerce su profesión en esta ciudad, y la señorita Angelina Montaña, prez y adorno de la sociedad bogotana.

Muy joven entró el doctor Montaña a hacer sus primeros estudios en el tradicional e histórico Colegio de Boyacá de la señorial ciudad de Tunja, de donde pasó al de San Bartolomé de esta ciudad regido por ese entonces por el doctor Antonio Vargas Vega, educador de gratísima memoria que dejó huella indeleble de su paso por el viejo claustro, dando germen a una generación ilustre de hombres ya casi desaparecida del escenario nacional, y cuya biografía habría de trazar el discípulo con mano maestra muchos años después cuando la Academia Nacional de Medicina le abrió sus puertas para honrarse a sí misma acogéndolo en su seno.

Terminados sus estudios de cultura general y literatura tuvo la fortuna de ingresar al célebre Instituto Nacional de Agricultura de la Huerta de Jaime donde hoy asienta sus bases el monumental edificio de la Facultad de Medicina, regentado por esa época por el ilustre sabio que en vida llevó el nombre de Juan de Dios Carrasquilla, y de quien fue uno de sus discípulos más aventajados. Repetidas veces me habló el doctor Montaña de su estadía en ese humilde templo del saber donde el sabio maestro doctor Carrasquilla llevaba a cabo por entonces sus famosas investigaciones sobre serología antileprosa, trabajos seguidos con inmenso interés por el mundo científico de entonces y que hoy no han perdido todavía su actualidad e importancia; el doctor Montaña, según le oímos de sus propios labios trabajó en el famoso Instituto de la Huerta de Jaime con un entusiasmo tan grande y con una fe tan constante en el éxito de las labores emprendidas por el sabio Carrasquilla, que le sucedió con frecuencia el caso de olvidar salir en busca de su diario alimento por no interrumpir un trabajo cuya suspensión hubiera dilatado una esperanza.

Por mala fortuna una de nuestras frecuentes guerras civiles del siglo pasado hizo que se suspendiera el Instituto Nacional de Agricultura que había sido fundado en 1879, y el edificio, laboratorio de ensayos que quizás hubiera dado espléndidos resultados debido a la consagración y asiduidad de su ilustre jefe y sus discípulos, cerró sus puer-

tas a fines del año de 1884, es decir cinco años después de su fundación, para ser convertido en cuartel, destino que yo le alcancé a conocer en mi niñez. Entonces el doctor Montaña se vio precisado a pasar a la entonces Facultad de Medicina donde acabó sus estudios, siendo de notar que las asignaturas cursadas bajo la dirección del doctor Carrasquilla le fueron aceptadas en la Facultad, exigiéndole solamente las que le faltaban; de este modo el doctor Montaña coronó su carrera médica recibiendo el respectivo grado en el año de 1891 a los 29 de edad.

Era costumbre entre los recién graduados de entonces (hoy por mala fortuna no es así generalmente), que el joven médico saliera de la capital hacia las provincias a buscar sus primeros enfermos y ejercer la profesión en un medio menos competido, al mismo tiempo que más dilatado por nuestra inmensa variedad patológica: allí el joven galeno hacía como si dijéramos una gimnasia médica por espacio de varios años, para luego regresar a Bogotá a ponerse al frente de una clientela más culta y más exigente pero que remunera mejor no sólo materialmente, sino en lo tocante a la necesidad que tiene el que ejerce en estas condiciones de dedicarse más asiduamente al estudio y la experimentación. El Doctor Montaña apenas graduado se estableció en Santa Rosa de Viterbo (Boyacá), muy cerca de su tierra natal donde ejerció su profesión por espacio de tres años con opimos frutos y mucho provecho dadas sus grandes capacidades de clínico sagaz que muchas veces admiré en él.

En el año de 1894 se trasladó a Francia, radicándose en París en cuya facultad permaneció hasta 1899, entregado al estudio, especialmente a la ginecología, con los grandes maestros de entonces como Pozzi, Legueu, Doyen, Le Dentu, Segond, Quenu, Terrier, Faure y muchos otros; a Deulafoy, Widal, Roux siguió paso a paso sus enseñanzas del entonces famoso Hotel-Dieu, pues estos últimos acababan de recibir la herencia de manos de Bretonneau, Laenec, Trousseau, Peter, Jaccoud y Potain, quienes por espacio de cerca de un siglo habían luchado contra la famosa teoría de la inflamación de Broussais. Cerca de seis años permaneció el doctor Montaña en Francia donde recibió un segundo grado de doctor en Medicina de la facultad de París que orgullosamente ostentaba, y con mucha razón, entre sus títulos, para luego regresar al país, al que encontró en la guerra de los mil días: sus primeras clínicas fueron las ambulancias de su viejo y querido partido liberal, al cual sirvió por ese tiempo hasta casi el final de la revolución. Terminada

ésta en 1902, abrió su consultorio en esta ciudad y desde entonces ejerció aquí su profesión con lisonjero y brillante éxito.

Pero el año de 1902 es una fecha imborrable en la vida del viejo Profesor; porque en socio de su hermano Samuel, de los dos Manriques, Juan Evangelista y Julio, de Hipólito Machado, de Andrés Bermúdez, Julio Z. Torres, Zoilo Cuéllar Durán, Nicolás Buendía y otros cuyos nombres se me escapan por el momento, funda la Sociedad de Cirugía, meritoria institución que poco tiempo después echa los cimientos de la enorme fábrica que es hoy orgullo de Bogotá y que se llama Hospital San José, el que sin duda ninguna marcó una etapa fundamental en las construcciones hospitalarias de Colombia, puesto que algunos años más tarde el viejo Hospital de San Juan de Dios, acicateado por este estímulo se trasladó de su viejo caserón al edificio monumental que hoy ocupa, y que con el magnífico Hospital de San Vicente de Medellín, son hoy de los mejores de América, y poco o nada tienen que envidiar a los más modernos del mundo.

Eran de ver entonces las actividades desplegadas por los socios fundadores de la Sociedad de Cirugía para arbitrar recursos con el fin de rematar la obra empezada: bazares, misas campales, funciones de beneficio en el Teatro de Colón, petición de auxilios al Congreso Nacional, y todos los medios lícitos con que pudieran allegar fondos para no interrumpir la construcción; y entre ellos sobresalía el doctor Montaña, con un entusiasmo y una decisión de que yo mismo fui testigo: casi diariamente lo acompañaba desde el viejo edificio de Santa Inés hasta la Plaza de España, allá por los años de 1911, 1912, 1913, 1914 y 1915, a observar el estado de los trabajos, su progreso, la mejor ubicación de los servicios, tarea en que no desmayaba nunca y que consideraba como cosa propia. Muchas veces nos sorprendieron los terribles aguaceros que suelen caer en esta ciudad, en el edificio en construcción y no nos quedaba más recurso que guarecernos al pie de los paredones inconclusos y esperar allí pacientemente por varias horas hasta que pasaba el chubasco. Hermoso ejemplo el del doctor Montaña en que a la vez demostraba su interés por la obra de su gran cariño, daba lugar al progreso de la medicina nacional y de la ciudad en que se había radicado definitivamente.

Terminada la construcción de la parte norte del edificio y que se dio al servicio público hacia el año de 1920, el doctor Montaña comenzó en el Hospital San José una nueva labor: la de tomar a su cargo

gratuitamente el servicio médico del pabellón "Sáenz Pinzón" debido a la generosidad y altruismo del meritorio ciudadano cuyo nombre lleva; allí, podría decir que estableció cátedra de Clínica Médica de la cual fui asiduo asistente, y entonces tuve ocasión de apreciar en todo su valor al clínico eminente, que fríamente analizaba todos y cada uno de los síntomas de su paciente, examinaba concienzudamente, buscaba los signos más insignificantes, hacia las relaciones de causa a efecto, y con este acervo de datos, unido a su admirable capacidad clínica, realizaba desconcertantes diagnósticos, que pocas horas después confirmaba el laboratorio, o en un espacio de tiempo mayor el anfiteatro de Anatomía Patológica. Este, sin duda, fue para mí uno de los mayores atractivos del profesor Montaña; no podía yo menos de entusiasmarme al seguirlo paso a paso a la cabecera de sus enfermos pobres del Hospital San José; allí solíamos pasar las mañanas estudiando los diferentes casos, analizando uno por uno los síntomas y signos, especialmente los de aquellos que pertenecían estrictamente al dominio de la Clínica Médica, donde era de ver la filosofía, el sentido práctico y el consumado conocimiento de la enfermedad que poseía el profesor Montaña. En estas sesiones recordaba al sabio, al insuperable maestro profesor José María Lombana Barreneche que aún dictaba sus lecciones en el Hospital de San Juan de Dios y con el cual era casi contemporáneo el doctor Montaña; volvía yo a revivir en mi memoria la vida estudiantil cuando como simple alumno primero y después como interno y Jefe de Clínica del maestro Lombana Barreneche escuchaba de sus labios elocuentes aquellas disertaciones clínicas no igualadas, mucho menos superadas, que aún parecen vibrar en las salas vacías del viejo caserón que fue el antiguo Hospital de San Juan de Dios.

El doctor Montaña era de esa misma generación de clínicos, la que aprendió a hacer el diagnóstico únicamente con su propio y personal esfuerzo, y para la que el laboratorio que vino en su ayuda cuando estaba en plena florecencia, era considerado solamente como confirmación o infirmación del brillante esfuerzo analítico y de deducción que en ese entonces implicaba la Clínica; al pie del enfermo aprendía el alumno de los labios elocuentes del maestro el modo de hacer un examen concienzudo, un análisis completo, para llegar a concluir en un diagnóstico, e imponer luego un tratamiento que generalmente era el que le daba la razón o se la negaba al que se entregaba a esta admirable gimnasia de la inteligencia y del razonamiento, un poco descuidada

hoy para pedirle a los diversos auxiliares como son el laboratorio y los rayos X la solución de muchos problemas que ellos en su rigidez técnica y en sus inflexibles conclusiones tampoco pueden dar de una manera absoluta. Repetidas veces tuve ocasión de admirar los diagnósticos del doctor Montaña en casos en que los datos eran absolutamente insuficientes por el estado del enfermo, por lo inadecuado de los medios o por la incapacidad del paciente para suministrarlos, y que el tratamiento por él instituido era la mejor confirmación de su veracidad, cuando no el laboratorio o los rayos X, especialmente en patología cardio-pulmonar en que era excepcionalmente hábil e intuitivo; sus disquisiciones sobre hidráulica circulatoria, sobre conexiones cardio-hepato-renales eran a veces tan exactas o tan lógicas como las del maestro Lombana Barreneche.

Hasta hace pocos años el doctor Montaña atendió su clínica de San José, y sólo la prescripción médica logró separarlo de ella, no sin que protestara por la falta de lo que para él era la gimnasia del médico y recurso para no abandonar los conocimientos que se hacen gratos a la mente y al corazón; quizás estas sean las razones por las cuales el viejo profesor en los últimos años de su vida aceptó el cargo que el Municipio de Bogotá lo llamó a desempeñar en la medicina escolar y ejerciéndolo le sorprendió la muerte.

Pero ya es tiempo de que hable del doctor Montaña como maestro y profesor.

El 15 de febrero de 1904 la Facultad lo nombró profesor de Histología en reemplazo del anterior catedrático doctor Durán, quien por su estado de salud se excusó de seguir regentando la cátedra. Entonces podría yo asegurar que empieza una etapa nueva en la vida del doctor Montaña, pues las disciplinas del profesor forman en él una nueva personalidad que va mostrando sus múltiples facetas en los 33 años no interrumpidos sino por un leve espacio de tiempo hacia 1915 en que una parálisis facial a frígore le impidió continuar labores temporalmente.

El doctor Montaña encontró en el año de 1904 una cátedra de Histología completamente desamparada, pues a pesar de los esfuerzos del anterior profesor para conseguir algunos elementos, nada obtuvo, y cuando empezó a dictar la asignatura tuvo que atenerse a hacerlo de modo teórico y conformarse con recurrir a las figuras del texto y a mostrarles a los alumnos los microscopios en el mismo texto o en los catálogos de las casas fabricantes, como pasa todavía hoy en el laboratorio

con elementos indispensables para el estudio de la Histología con algunos aparatos como los de microdissección, de dibujo y de cultivo de los tejidos que aún no posee el laboratorio de Histología de la Facultad. Ardua tarea para quien deseaba sacar esta importantísima materia del estado embrionario en que se hallaba, y que el doctor Montaña se impuso hasta lograr conseguir lo que hacia el año de 1911 conocí con el pomposo nombre de laboratorio de Histología: 6 microscopios de fabricación francesa, un micrótomos de deslizamiento de Thoma, unos cuantos reactivos colorantes y una imperfecta estufa para inclusiones en parafina para poder hacer cortes de tejidos; era poco sin duda, pero era algo, y ese algo se debía a los constantes esfuerzos del nuevo profesor que no desmayaba un momento en la tarea de convertir la antigua enseñanza puramente teórica en lo práctica que fuera posible. Desde el año de 1912 tuve el honor de acompañarlo como su preparador, y pude observar que entonces redobló el doctor Montaña sus esfuerzos para dotar mejor el destartado laboratorio: conseguimos del rector de la Facultad doctor Luis Felipe Calderón la apropiación de una partida de alguna consideración y se logró hacer un pedido de material que llegó en tiempo del rectorado del doctor Hipólito Machado y que consistía en unos cuatro microscopios más para los alumnos, un gran microscopio Zeiss (el primero que llegaba al país de esta marca) con objetivo de inmersión, un micrótomos Minot para cortes en serie (también el primero que se introducía al país y que aún existe en el laboratorio), y cosa extraordinaria, un aparato para microfotografía, también de la casa Zeiss, que después lo adapté para microproyección, naturalmente muy deficiente porque tal no era su objeto; en dicho pedido llegaron los primeros bloques de celoidina y con ellos pude hacer las primeras inclusiones que se hacían en el país en esta sustancia, porque antes por la deficiencia de los medios y los conocimientos sólo se hacían en parafina; también adquirió el laboratorio una colección de preparaciones histológicas de la casa Adnet de París, las que se agregaron a unas magníficas hechas por el profesor Rafael Urcés durante su estadía en Francia; se obtuvieron colorantes nuevos, se renovaron los antiguos, se adquirieron reactivos y otros elementos indispensables en la manipulación de los tejidos y se instaló el servicio de agua corriente en el laboratorio que por entonces no lo tenía. Ya se podía hacer un curso medianamente práctico de Histología, ya podía el profesor poner a los alumnos a preparar por sí mismos los tejidos que en las conferencias

les explicaba, y se sacaban de ellos microfotografías que servían para ilustrar los trabajos que se emprendían.

Vino luego el traslado de la Facultad a su nuevo edificio, el que ocupa hoy, donde antes se levantaba el Instituto Nacional de Agricultura regentado por el sabio investigador doctor Juan de Dios Carrasquilla, y allí el laboratorio de Histología fue instalado en un local apropiado, muy superior al del edificio de Santa Inés, pero por mala fortuna calculado sólo para trabajar 20 estudiantes a la vez y que hoy es absolutamente insuficiente para cursos como los actuales de más de 200 educandos.

El campo se le ampliaba al viejo profesor; de los años de absoluta escasez pasaba a una relativa holgura, y empezaba a cosechar los frutos de la simiente que había regado: había quien se interesara por la Histología, los estudios eran ya algo prácticos, y en el laboratorio había algunos elementos para emprender investigaciones, cosa que ha sido excepcional en nuestra patria y cuya causa es sobrado conocida de todos.

Por algún tiempo el ejercicio de la profesión me alejó del laboratorio de Histología hasta el año de 1930 en que fui llamado a desempeñar la cátedra como profesor auxiliar debido al gran número de alumnos matriculados: de nuevo vuelvo a tener contacto estrecho con el profesor Montaña que por entonces estaba en el año 26 de su profesorado cumpliendo con la ardua tarea que desde el principio se había impuesto y que soportaba a los 68 años de edad. Ya sus fuerzas se habían minado, pero el entusiasmo no le decaía y siempre se consideraba orgulloso de ser el titular de la cátedra en la vieja Facultad; desde entonces mi colaboración con él fue más estrecha porque desde 1931 fui su Jefe de Trabajos y en 1935 uno de los agregados de la cátedra por curso.

El número de alumnos que cada año se va matriculando en nuestra Facultad es mayor constantemente, y por lo tanto el Consejo Directivo de la Universidad en vista de que era indispensable fraccionar la cátedra para poder atender aunque fuera medianamente a la enseñanza de la materia, resolvió con mucha justicia nombrar al viejo maestro "Profesor Emérito" que por ese hecho pasaba a una decorosa jubilación en el año de 1937, después de 33 años de profesorado.

Después de este acto de estricta justicia el doctor Montaña recordaba diariamente su cátedra y siempre quería estar informado del curso

de la enseñanza, añorando los tiempos idos y con constantes proyectos para el porvenir; fue entonces cuando deseó más ardientemente poderse dedicar a la investigación, especialmente por el reciente método de microdissección y por el de cultivo de los tejidos que tan admirables resultados ha dado en manos de su autor el eminente profesor Alexis Carrel, de quien era ferviente admirador el doctor Montaña. Pero por mala fortuna la escasez crónica de recursos de la Facultad ha impedido que el laboratorio de Histología haya podido adquirir estos elementos indispensables de investigación que yo he venido pidiendo desde el año de 1931 con insistencia rayana en terquedad: sin duda ninguna, si el viejo profesor hubiera podido disponer de ellos, se hubiera dedicado a estas apasionantes investigaciones y quizás hubiera logrado obtener interesantes datos y adquisiciones para nuestra incipiente Histología nacional tan carente en la actualidad de trabajos genuinamente originales debido a la falta de elementos para poder trabajar.

Un año escaso estuvo el profesor Montaña fuera de su cátedra de Histología porque un artero y traidor síncope cardíaco de origen aterosomatoso probablemente acabó con esta bella existencia el 23 de diciembre de 1937 cuando contaba 75 años de una vida llena de merecimientos, dedicada al bien y alivio de la humanidad, no sólo como profesional médico por la mucha caridad que practicó, sino principalmente por la activa parte que tomó como miembro de la Sociedad de Cirugía en la organización y construcción del Hospital San José. Las actuales generaciones médicas desde el año de 1904 le deben el bien inapreciable de haber formado parte del acervo de sus conocimientos desde la cátedra de Histología, y a muchos de esos médicos les sirvió de apoyo y de guía en sus estudios.

Era el doctor Montaña hombre sumamente bondadoso y afable, de modestia que no reconocía límites pues siempre esquivaba hablar de sí para ir a buscar los méritos de los demás; durante el largo período de su vida que tuvo la fortuna y el honor de ser primero su discípulo, luego su colaborador y finalmente su colega en la enseñanza, jamás oí salir de sus labios un solo reproche, ni una expresión que se pudiera pensar aludía en contra de alguien; la misma bondad de su carácter le impedía juzgar mal de los demás y le hacía tener la convicción de que siempre todas las personas obraban con las mismas buena fe y lealtad con que él procedía en todos los actos de su vida. Tuvo verdadera pasión por el magisterio al cual le dedicó la mejor parte de su activa vida lle-

nando sus deberes con el cumplimiento y la honradez más estrictos; le cabe el honor de haber sido el iniciador de los estudios prácticos de Histología en Colombia y de haber contribuido a formar médicos eminentes que hoy honran al país y a nuestra Facultad. Jamás buscó el lucro y la mejor prueba de ello es que murió pobre y trabajando hasta su muerte; formó un hogar modelo con la distinguida dama doña Fanny Cuéllar Durán, la cual murió primero que él, y soportó el golpe con espartana estoicidad para dedicarse a sus cuatro hijos que son el doctor Diego Montaña Cuéllar que ha figurado con bastante brillo en la política nacional, don Francisco Montaña Cuéllar aventajado estudiante de medicina, doña Manuelita Montaña de Bayón y doña Fanny Montaña Cuéllar, que hoy son sus auténticos representantes por poseer las mismas virtudes de su padre.

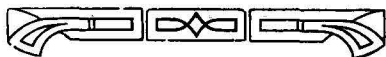
La vida científica del doctor Montaña podría resumirse así: en primer lugar sus esfuerzos y colaboración decidida en la construcción y terminación del Hospital San José, su clínica en el mismo Hospital, y el profesorado en la cátedra de Histología de la Facultad durante 33 años; el resto se puede dividir entre los honores científicos que muy justamente le fueron dispensados y los trabajos de que fue autor:

Entre los primeros podemos anotar: Profesor Interino de Clínica Interna (1905), Profesor Interino de Clínica Tropical (1906), miembro del Consejo Directivo de la Facultad (de 1910 a 1913), Profesor de Bacteriología y Parasitología en reemplazo del profesor Luis Zea Uribe (1913-1914), Profesor Interino de Ginecología (1920), Profesor Interino de Clínica Tropical (1923), Catedrático del Instituto Nacional de Agricultura y Veterinaria (1915), Miembro Honorario de la Sociedad de Medicina, Miembro de la Academia Nacional de Medicina, Profesor Emérito de la Universidad Nacional, Médico de Higiene Municipal (1933-1936), Médico Escolar de Cundinamarca, Miembro de la Sociedad de Pediatría (1921-1937), Miembro del Consejo Superior de Sanidad, Miembro de la Junta de Beneficencia de Cundinamarca y Médico del Dispensario del mismo Departamento.

Entre los trabajos científicos por él publicados tengo noticia de los siguientes: "La lucha antialcohólica; el alcoholismo en Colombia y medios de combatirlo" (1921), "Lucha antivenérea (Repertorio de Medicina y Cirugía)", "El doctor Antonio Vargas Vega" trabajo magistral de biografía para su ingreso a la Academia Nacional de Medicina (1928), "El doctor Juan de Dios Carrasquilla" "admirable trabajo de

biografía científica del sabio director del antiguo Instituto Nacional de Agricultura presentado con ocasión de la sesión solemne de la Academia Nacional de Medicina para celebrar el primer centenario del natalicio del ilustre hombre (1933), "Consideraciones sobre hospitales en Bogotá" (Gaceta Médica-1910), y "Lepra en Colombia".

Profesor Agregado, Carlos M. Pava.



SECCION OFICIAL

RESOLUCION NUMERO 1 DE 1938

(Enero 10)

“Por la cual se hacen algunos nombramientos de personal en la Facultad de Medicina”.

El Decano de la Facultad de Medicina,
en uso de sus atribuciones legales,

Resuelve:

Primero: A partir del 1º de Enero de este año, hácense los siguientes nombramientos de personal en la Facultad de Medicina:

a) Interno de Clínica Médica, Profesor Trujillo, sala de Hombres: concédese licencia al interno titular de este servicio, señor Guillermo Umaña Rocha, por 30 días y nómbrase en su reemplazo al señor José Vicente González.

b) Interno de Clínica Infantil Médica. Acéptase la renuncia presentada por el señor Oscar Peláez Mejía y nómbrase en su reemplazo por el resto del período reglamentario, al señor Pío Gómez Moreno.

c) Interno de Clínica Urológica, sala de hombres, del Profesor Rueda: Acéptase la renuncia que de este cargo presenta el señor Víctor Gabriel Caicedo y nómbrase para reemplazarlo, por el resto del período reglamentario, al señor Marco A. Zambrano.

d) Interno de Clínica Dermatológica-Sala de Mujeres, del Profesor Reyes García: Acéptase la renuncia que presenta el señor Carlos R. Marulanda y nómbrase en su reemplazo, por el resto del período reglamentario, al señor Alfonso Sierra.

e) Preparador del Laboratorio de Clínica Infantil: acéptase la renuncia que de este cargo presenta el señor Julio Medina y nóbrase en su reemplazo al señor Víctor Gabriel Caicedo.

f) Interno de Radiodiagnóstico: Nóbrase para este cargo que estaba vacante en virtud de la Resolución No 92 del año pasado, al señor Julio Medina.

g) Interno del consultorio Externo-Servicio Médico: Acéptase la renuncia que presenta de este cargo el señor Román Posada y nóbrase en su reemplazo, por el resto del período reglamentario, al señor Gustavo Ramírez.

h) Interno de la Clínica de Ortopedia y Cirugía de Urgencia: sala de hombres. Profesor Leyva Pereira: Acéptase la renuncia que de este cargo presenta el señor Tomás Uribe Bernal y nóbrase para reemplazarlo, por el resto del período reglamentario, al señor José Pablo Leyva.

i) Interno de Clínica de Organos de los Sentidos, sala de mujeres, del Profesor Vernaza: Acéptase la renuncia que de este cargo presenta el señor José Pablo Leyva y nóbrase para reemplazarlo, por el resto del período reglamentario, al señor Luis Ospina Cabal.

j) Interno de Clínica Obstétrica—sala de asépticas—del Profesor Acosta: Acéptase la renuncia que de este cargo presenta el señor Luis Díaz Rivera y nóbrase en su reemplazo, por el resto del período reglamentario, al señor Justiniano Gutiérrez.

k) Interno del consultorio externo-servicio médico; acéptase la renuncia que de este cargo presenta el señor Nicolás J. Dumar y nóbrase en su reemplazo, por el resto del período reglamentario, al señor Antonio Acosta Pinzón.

Segundo: Declárase insubsistente, a partir del 1º de enero, del presente año, el cargo de Monitor de Histología, desempeñado por el señor Pío Gómez Moreno.

Sométanse estos nombramientos a la aprobación del señor Rector de la Universidad Nacional y comuníquese a los interesados.

Bogotá, enero 10 de 1938.

El Decano,

JUAN PABLO LLINAS

El Secretario,

Eudoro Martínez G

RESOLUCION NUMERO 2 DE 1938

(Enero 20)

(Por la cual se acepta una renuncia y se hace un nombramiento).

El Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional,
en uso de sus atribuciones legales,

Resuelve:

Aceptar la renuncia que del cargo de practicante interno de la Clínica de Enfermedades Tropicales—Sala de Hombres—presenta el señor Eduardo Victoria y nombrar en su reemplazo al señor Guillermo Jiménez B.

Comuníquese este nombramiento al señor Rector de la Universidad y a los interesados.

Bogotá, enero 20 de 1938.

El Decano de la Facultad,

JUAN PABLO LLINAS

El Secretario,

Eudoro Martínez G.

RESOLUCION NUMERO 3 DE 1938

(Enero 20)

(Por la cual se concede licencia al Director del Laboratorio "Santiago Samper").

El Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional,

Considerando:

Que el doctor Alfonso Rueda Herrera, Director del Laboratorio "Santiago Samper", ha solicitado licencia para separarse de su cargo a partir del 1º de febrero, por el término de 60 días y recomienda para que sea nombrado en su reemplazo el nombre del doctor Roberto Sammartín,

Resuelve:

Conceder licencia al doctor Alfonso Rueda Herrera para separarse del cargo de Director del Laboratorio "Santiago Samper" por el término de 60 días y nombrar en su reemplazo al doctor Roberto Sanmartín.

Sométase este nombramiento a la aprobación del señor Rector de la Universidad Nacional y comuníquese a los interesados.

Bogotá, enero 20 de 1938.

El Decano de la Facultad,

JUAN PABLO LLINAS

El Secretario,

Eudoro Martínez G.

RESOLUCION NUMERO 4 DE 1938

(Enero 20)

"Por la cual se nombran los Jurados Examinadores y se fijan los días y horas para la verificación de los exámenes nuevos en el presente año".

El Decano de la Facultad de Medicina,

en uso de sus atribuciones legales,

Resuelve:

Nómbrense los siguientes Profesores para que integren los Jurados Examinadores y fíjense los días y horas que a continuación se expresan para que se verifiquen los exámenes nuevos de la Facultad de Medicina en el presente año:

JURADOS	EXAMENES NUEVOS - MES DE FEBRERO DE 1938:					EXAMINADORES
	MATERIAS	EXAMEN ESCRITO		EXAMEN PRACTICO		
		Días	Horas	Días	Horas	
I	Anatomía primera Anatomía segunda Anatomía topográfica Medicina operatoria	El 2	9-11 a. m.	3 al 8	9 a 11 a. m.	Profesores: <i>Cadena</i> <i>Luque M. J.</i> <i>Uribe (A)</i>
II	Farmacia y Mat. Médica Física médica Fisiología	El 4	4 6 p. m.	El 5	10-12 m.	Profesores: <i>Luque (A)</i> <i>Barriga V.</i> <i>Trujillo G.</i>
III	HISTOLOGIA Y EM- BRIOLOGIA	El 5	10-12 m.	El 7	10-12 m.	Profesores: <i>Llinás J. P.</i> <i>Convers</i> <i>Pava</i>
IV	CLINICA SEMIOLO- GICA CLINICA DERMATO- LOGICA			El 4	10-12 m.	Profesores: <i>Huertas</i> <i>Llinás P. A.</i> <i>Reyes G.</i>
V	DIBUJO ANATOMICO	El 3	10-12 m.			Profesores: <i>Llinás J. P.</i> <i>Martínez G.</i> <i>Díaz</i>
VI	CLINICA OBSTETRI- CA OBSTETRICIA			El 2	10-12 m.	Profesores: <i>Acosta</i> <i>Rodríguez</i> <i>Mojica</i>
VII	CLINICA INFANTIL			El 3	10-12 m.	Profesores: <i>Iriarte</i> <i>Montoya</i> <i>Torres Umaña</i>
VIII	Introducción al estudio de la medicina Patología interna	El 7	10-12 m.			Profesores: <i>Manrique</i> <i>Aparicio</i> <i>Cavelier</i>
IX	Medicina legal Higiene Patología tropical	El 8	10-12 m.			Profesores: <i>Bejarano</i> <i>Patiño</i> <i>Uribe Cualla</i>

Los alumnos deben hacer la correspondiente solicitud el día 1º de febrero.

El acta final de los exámenes (teóricos y teórico-prácticos), se hará en la Secretaría antes del día 10 de Febrero. El Presidente del Jurado determinará el día y la hora.

Bogotá, enero 20 de 1938.

El Decano,

JUAN PABLO LLINAS

El Secretario,

Eudoro Martínez G.

RESOLUCION NUMERO 5 DE 1938

(Enero 24)

"Por la cual se conceden unas licencias y se hacen unos nombramientos".

El Decano de la Facultad de Medicina,

en uso de sus atribuciones legales,

Resuelve:

Conceder licencia por el término de sesenta días renunciables al señor Luis Hernando Cuéllar, para separarse del cargo de Interno de Clínica Semiológica, sala de mujeres, del Profesor Huertas.

Nombrar interinamente en su reemplazo al señor Alfonso Gálvez, en conformidad con las disposiciones reglamentarias.

Este nombramiento empezará a regir con fecha 1º de enero, en virtud de que el señor Gálvez, según informa el Director del Hospital desde esa fecha se encuentra desempeñando el cargo.

Sométase este nombramiento a la aprobación del señor Rector de la Universidad Nacional y comuníquese a los interesados.

Bogotá, enero 24 de 1938.

El Decano,

JUAN PABLO LLINAS

El Secretario,

Eudoro Martínez G.

NOTICIAS MEDICAS

DEBERES DEL MEDICO PARA CON SUS COLEGAS EN RELACION CON EL PUBLICO

Artículo 32—Es un acto de concurrencia desleal el establecer o aceptar tarifas de honorarios inferiores a las usuales en la localidad. El médico BARATON conspira contra la dignidad profesional, perjudica los intereses de su gremio, desprecia el valor de su propio trabajo, se prepara un mal porvenir económico y es víctima de un error social que el público aprovecha eventualmente; pero en definitiva desdeña y reprueba.

Conviene distinguir entre una tarifa intencional y estrictamente baja y el deber humanitario del médico y conexos de ceder eventualmente parte de sus honorarios al enfermo con un fin de beneficencia discreto y bien comprendido.

Artículo 38—Todo convenio de honorarios debe ser sobre base de contado. La defensa del cirujano consiste en hacerse pagar por adelantado el trabajo quirúrgico, cuya extensión puede prever. La experiencia enseña que la buena disposición del cliente para el pago de honorarios en la hora de las angustias se convierte en apatía, en renuncia y hasta en mala voluntad para el médico.

Artículo 39—No es deshonesto para un cirujano, visto lo anterior, el asegurar sus intereses en lo humano y decorosamente posible. Al deber incondicional que la sociedad le exige, debe corresponder el deber de remunerarle sus servicios eminentes y oportunos. Toda presión decorosa en este sentido hacia familiares capacitados económicamente, es lícita y no puede menos que ser apoyada por este Código.

Conviene advertir que este derecho económico del médico no reza para los casos bien conocidos por él, en que la gravedad y el cumplimiento del deber exigen su intervención incondicional. La sistematización de la conducta en este punto expondría tanto la dignidad del gremio y el decoro del médico, como los intereses clínicos del cliente.

Extracto del proyecto del CODIGO DEONTOLOGICO del Sindicato de los Médicos y Profesionistas Conexos de Tampico, México, presentado por el doctor Alfonso G. ALARCON.



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 8 a 12 de la mañana, de 2½ a 7 de la tarde y de 8 a 11 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).

BACTERIOLOGIA Y LABORATORIO

The Journal of Laboratory and Clinical Medicine. St. Louis.
Vol. 23. Nº 3. Diciembre, 1937.

BIOLOGIA

Comptes Rendus des Séances de la Société de Biologie. Paris.
Tomo CXXVI, Nos. 31-32. 1937.

COMPTES RENDUS DES SEANCES DE LA SOCIETE DE
BIOLOGIE. — Tomo CXXVI., Nº 32. 1937.

Microdosage de la Glucosa en el Líquido Cefalorraquídeo.

Por Dumazert y Donnat.

M. Perrier ha aplicado con éxito desde 1917, el dosage de las aldosas por el yodo en medio alcalino, al dosage de la glucosa en el líquido cefalorraquídeo, ayudado de una técnica que exige una muestra o toma de ensayo de cinco centímetros cúbicos. Algunos de nosotros, agrega el articulista, ha propuesto un microdosage yodométrico de las aldosas aplicable al dosage de la glicemia sobre un centímetro cúbico de sangre. Sabemos que el líquido cefalorraquídeo, es mucho menos rico en proteínas que la sangre, y para obtener resultados satisfactorios es menester y conveniente diluir el reactivo empleado (mercurio-cádmico). La finalidad de esta técnica, practicada hoy en algunos laboratorios de París, es aplicarla al dosage de la glicorraquia obrando sobre un centímetro cúbico de líquido cefalorraquídeo.

V. M. M.

CIRUGIA

The American Journal of Surgery. New York.
Vol. XXXVIII, Nº 3. Diciembre. 1937.

Archives of Surgery. Chicago.
Vol. 35, Nº 6. Diciembre, 1937.

The British Journal of Surgery. Londres.
Vol. 25, Nº 98. Octubre, 1937.

Journal de Chirurgie. Paris.
Tomo 50 Nº 5. Noviembre, 1937.

Mémoires de L'Académie de Chirurgie. Paris.
Tomo 63. Nos. 28-29-30-31. Noviembre, 1937.

Boletín de la Sociedad de Cirugía de Montevideo.
Tomo VIII. Nº 5. 1937.

Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer.
Año V, Nº 11. Noviembre, 1937.

DERMATOLOGIA

Archives of Dermatology, and Syphilology. Chicago.
Vol. 36 Nos. 5-6. Noviembre-Diciembre, 1937.

FISIOLOGIA

The American Journal of Physiology. Baltimore.
Vol. 120, Nº 4. Diciembre, 1937.

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

American Journal of Obstetrics and Gynecology. St. Louis.
Vol. 34, Nº 6. Diciembre, 1937.

HIGIENE

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington.
Año 16, Nº 12. Diciembre, 1937.

Revista de la Cruz Roja Guatemalteca.
Vol. III, Nº 11. Noviembre, 1937.

American Journal of Public Health. New York.
Vol. 27, Nº 1, Enero, 1938.

Revista de Educación Sanitaria. Caracas.
Año I. Nº 9. Diciembre, 1937.

Revista de Higiene. Bogotá.
Año XVIII, Nº 11. Noviembre, 1937.

La Prophylaxie Antivénérienne. Paris.
Año 9, Nº 11. Noviembre, 1937.

LA PROPHYLAXIE ANTIVENERIENNE. — 9º año, Nº 11. Noviembre 1937.

Cuán grande es la importancia que se da en la totalidad de los países europeos a la lucha antivenérea, que el mismo parlamento francés se ocupa en varias de sus sesiones, de acuerdo con el ministro de Salubridad Pública que allá existe, de tratar ciertos puntos al respecto, en cuanto a Francia se refiere. En la totalidad de la revista podemos observar en todos sus capítulos la diversidad de leyes, ordenanzas, etc., del gobierno francés, encaminados a luchar enérgicamente contra las enfermedades venéreas. Así por ejemplo en uno de sus artículos se dice: "Es obligación del médico de una sección determinada, de cumplir y de hacer cumplir rigurosamente las prescripciones dictadas por las convenciones del servicio sanitario marítimo que a esa sección corresponde". Todas estas leyes no sólo son cumplidas por los empleados del gobierno sino que el mismo pueblo está educado y las cumple, porque sabe cuán provechosas son para la protección de su familia, de su raza y de su nación.

V. M. M.

HOSPITALES

The Modern Hospital. Chicago.
Vol. 49, Nº 6. Diciembre, 1937.

LEPRA

International Journal of Leprosy. Manila.
Vol. V, Nº 4. Diciembre. 1937.

MEDICINA GENERAL

La Presse Médicale. Paris.
Nos. 91-92-93-94-95-96-97-98-99-100. Noviembre-Diciembre, 1937.
Le Scalpel. Bruselas.
Año 90, Nos. 47-48-49. Noviembre-Diciembre, 1937.
Paris Médical.
Año 27, Nos. 49-50. Diciembre, 1937.

Journal de Médecine de Lyon.
Año 18, Nº 429, Noviembre, 1937.

Revue de Médecine. Paris.
Año 54 Nº 8. Octubre, 1937.

Le Sang. Paris.
Año XI Nos. 8-9. 1937.

Archives Internationales de Médecine Expérimentale. Lieja.
Vol. XII, Fasc. 4. Noviembre, 1937.

Nutrition. Paris.
Tomo VII, Nº 3. 1937.

El Día Médico. Buenos Aires.
Año IX. Nos. 49-50-51. Diciembre, 1937.

La Prensa Médica Argentina. Buenos Aires.
Año 24, Nos. 49-50. Diciembre, 1937.

Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades. Montevideo.

Tomo XI, Nº 5. Noviembre, 1937.

Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo.
Tomo XXII, Nos. 8|10. 1937.

La Reforma Médica. Lima.
Año XXIII. Nos. 272-273. Diciembre, 1937.

Boletín Clínico. Medellín (Colombia).
Año 4, Nº 3. Diciembre, 1937.

Boletín de los Hospitales. Caracas.
Año XXXV. Nº 12. Diciembre, 1937.

Revista de la Asociación Médica Argentina. Buenos Aires.
Tomo LI, Nº 379. Diciembre, 1937.

Medicina. (Revista Mexicana).
Tomo XVII. Nº 305. Diciembre, 1937.

The Journal of The American Medical Association. Chicago.
Vol. 109, Nos. 19 a 25. Noviembre-Diciembre, 1937.

British Medical Journal. Londres.
Nos. 4004 a 4012. Octubre-Noviembre, 1937.

The Lancet. Londres.
Nos 5960-5961. - 5964. Noviembre-Diciembre. 1937.

The British Journal of Experimental Pathology. Londres.
Vol. XVIII, N° 5. Octubre, 1937.

Proceedings of The Staff Meetings of The Mayo Clinic. Rochester.
Vol. 12, N° 48. Diciembre, 1937.

The Journal of Experimental Medicine. Baltimore.
Vol. 66. Nos. 5-6. Noviembre-Diciembre, 1937.

LA PRESSE MEDICALE. — N° 100. 15 Diciembre, 1937.

Apnea y la Anestesia por el Eter.

Por Jean Berger y Delahaye.

En un trabajo original los mencionados doctores presentan las importantes alteraciones del ritmo respiratorio que suelen sobrevenir durante la narcosis, anotando entre ellos, a la Apnea, como quizás el más frecuente. Según Sheldon los "pequeños accidentes respiratorios", (cianosis pronunciada, tos frecuente e intensa, etc.), deben su valor clínico al hecho de que una anomalía cualquiera en la anestesia, se acompaña siempre de una modificación del ritmo respiratorio. Mackenzie insiste sobre las relaciones íntimas anatómicas y fisiológicas referentes a la respiración, de ahí que en estudios recientes para la localización anatómica de los centros respiratorios, nos permiten una explicación mejor y más completa. Se conocen las modificaciones actuales de la respiración en el curso de la anestesia por inhalación. Flag agrupa los caracteres sucesivos de la anestesia de la manera siguiente: a) Respiración acelerada sacudida ligeramente o superficial, al principio, en el período de inducción. b) Respiración amplia pero con corta suspensión al final de la inspiración, o fase de anestesia incompleta. c) Respiración regular, automática o anestesia confirmada. Shields ha establecido gráficamente la respiración en éste tercer período de la narcosis, en la que a su vez distingue tres fases: una primera, durante la cual la espiración y la inspiración son igualmente profundas y sin pausa; una segunda, en la que la respiración es lenta y ligera, con pausa espiratoria neta, inspiración más corta que la espiración; y una tercera, en fin, en la que reaparece el ritmo automático, pero más rápido y más ligero hasta llegar a la irregularidad, signo precursor del síncope siempre y cuando que se continúe la anestesia. La Apnea no siendo más que el aumento en tiempo de la pausa espiratoria, es posible encontrarla en todos los estados de la anestesia, pero siempre es índice de anormalidad. Además existen en la narcosis, diferentes Apneas; tales son la Apnea refleja, la Apnea de compensación y la Apnea tóxica. Afirman los profesores Berger y Delahaye, que los factores más seguros para la regularidad en

el ritmo respiratorio normal, son: el neumogástrico, el oxígeno y el anhídrico carbónico. Según este estudio concluimos, que es preferible usar con prudencia los narcóticos preoperatorios y entre ellos el éter, puesto que aunque gozan de algunas ventajas tienen también sus contraindicaciones.

V. M. M.

LE SANG. — 2º año. N. 9. 1937.

Paul Chevallier y Francois Moutier en su trabajo original llamado "La Gastroscoopia en las enfermedades de la sangre" estudian entre sus diversos capítulos y apartes, una entidad nueva que denominan, Enfermedad BIERMER. La describen como caracterizada por una anemia crónica, cuya evolución es maligna y progresiva, más o menos netamente interrumpida por algunas remisiones; los enfermos tienen una palidez especial que es aumentada por una traza de sub-icteria, sin tendencia a las hemorragias (salvo la fase agónica) y cuyo cuadro sanguíneo es hipercrónico y megalocítico (estados éstos, definidos por Naegeli). Caracterizada además la enfermedad de Biermer por: 1º Aclorhidria que es clásica, 2º Atrofia gástrica que se reconoce únicamente en la autopsia, 3º Anorexia que existe sin dolor gástrico ni turbación estomacal, y 4º La lengua es lisa, luciente y como barnizada. Estudio muy reciente y de actualidad, en la sociedad de Gastroenterología de París.

NUTRITION. — Tomo VII. N° 3, 1937.

Maurice Looper y H. Flurin, asociados en sus largos estudios sobre el Metabolismo del azufre y sus diferentes síntesis y análisis intra-orgánicos, demuestran en detallados capítulos, tres observaciones de gran valor a saber: 1º Que el azufre es elemento indispensable para el organismo. 2º Que el azufre desempeña un papel activo, dinámico y regulador de primera importancia en las óxido-reducciones y 3º Que el azufre tiene por finalidad sufrir oxidaciones sucesivas dentro del organismo. Es indiscutible que existe en el organismo humano un equilibrio permanente en azufre, y que las turbaciones que se suelen presentar se han logrado medir con técnicas relativamente simples. Ello se demuestra considerando las relaciones sulfuradas urinarias, es decir la relación por ciento del azufre ácido, completamente oxidado, al azufre total, cuyas variaciones miden el coeficiente de las putrefacciones intestinales, y también, por la relación por ciento del azufre neutro incompletamente oxi-

dado, al azufre total, cuyas variaciones miden el coeficiente de oxidación del azufre. Parecidas y casi exactas relaciones han sido establecidas para la sangre. Desafortunadamente la pérdida del azufre tomado por los huesos es notable y la cantidad introducida por la piel, es casi mínima. Es imprescindible investigar muchos puntos sobre el metabolismo del azufre ya que es muy sabida la importancia que él tiene en la nutrición de nuestros tejidos.

V. M. M.

REVISTA DE LA ASOCIACION MEDICA ARGENTINA. — Tomo LI.
Nº 379. Diciembre, 1937.

Hepatitis crónica y brotes agudos con Ictericia, por Amibiasis.

Los doctores Patiño, Mayer y F. Patarro, presentan un caso interesante y casi excepcional en la literatura médica sobre un enfermo estudiado detalladamente en su práctica hospitalaria y seguido minuciosamente durante cuatro años. En su largo y profundo trabajo sobre hepatitis crónica amibiana con ictericia, concluyen diciendo: 1º Se trata para nuestro paciente, de un proceso crónico de cuatro años, con largas e intermitentes remisiones de aparente salud, que se ven interrumpidas por episodios agudos con ictericia e hipertrofia hepática, regresiva ésta última, durante los intervalos. 2º Dentro de las complicaciones más habituales, en la hepatitis amibiana, no se ha dejado de presentar, primero una complicación pulmonar con abertura bronquial y luego, en su último episodio una pulmonar y pleural con derrame sero-fibrinoso. 3º Se trata de una hepatopatía, por hepatitis y hepatosis, las cuales desaparecen por el tratamiento emetínico; vale decir, hepatitis amibiana, clínicamente intermitente, sin disentería y con ausencia de amibiasis intestinal a los exámenes repetidos y hepatosis por acción tóxica amibiana o de influencia amibiana. 4º El presente caso prueba una vez más lo inconsistente que es negar el diagnóstico de amibiasis por exámenes negativos varias veces, en las deyecciones. Procesos congestivos, inflamatorios o supurantes del hígado por ejemplo, mejorados o curados por la emetina, deben hablar en favor de la etiología amibiana. 5º Las hepatitis amibianas no cauécticas con ictericia, no son frecuentes y 6º Nuestro caso único en la bibliografía Argentina, constituye una forma de "hepatitis amibiana necrobiótica" crónica, intermitente, de episodios agudos, y con una "hepatosis amibiana icterígena".

V. M. M.

MEDICINA LEGAL

Annales de Médecine Légale. Paris.
Año 17 Nº 9. Noviembre, 1937.

MEDICINA TROPICAL

The South African Journal of Medical Sciences. Witwatersrand.
Vol. II Nº 4. Octubre, 1937.

OFTALMOLOGIA

Archives of Ophtalmology. Chicago.
Vol. 18, Nos. 4-5. Octubre, Noviembre, 1937.

Annales D'Oculistique. Paris.
Año 99 Nº 10. Octubre, 1937.

OTO-LARINGOLOGIA

Archives of Otolaryngology. Chicago.
Vol. 26, Nº 5. Noviembre, 1937.

Les Annales D'Oto-Laryngologie. Paris.
Nº 10. Octubre, 1937.

LES ANNALES D'OTO-LARINGOLOGIE. — Nº 10. Octubre de 1937.

En un caso de Synequia Congenital de los pilares posteriores del velo del paladar, los doctores Coraciu y Vasiliu, hacen un trabajo original demostrativo y claro sobre la rareza de esta anomalía, ya que, en los tratados clásicos de anatomía francesa y alemana, nunca hacen mención de ella. En cambio las synequias velo-faríngeas de origen traumático, no son raras, sobre todo después de operaciones como amigdalectomías y adenodectomías. Se cree que ésta anomalía del niño, sea de nacimiento, aunque no se presenten signos de heredo-sífilis. Ejemplos hay que nos lo demuestran. Por la importancia del sitio de localización de la synequia congenital, colocada entre las dos vías más importantes para la vida, como son la respiración y la deglución, los mencionados expe-

perimentadores se oponen decididamente a no efectuar la sección de ella por la diatermo-coagulación. Esta intervención sería conveniente y hasta imprescindible en casos de synequias localizadas en sitios de menor importancia para la vida del niño.

V. M. M.

PARASITOLOGIA Y ENTOMOLOGIA

The Review of Applied Entomology. Londres.
Vol. 25, Serie B. Part. 11. Noviembre, 1937.

TUBERCULOSIS

Revue de la Tuberculose. Paris.
Serie 5, Tomo 3, N° 9. Noviembre, 1937.

REVUE DE LA TUBERCULOSE. — 5ª serie, tomo 3. N° 9. Noviembre 1937.

Van Den Eeckhout médico de uno de los dispensarios de Francia, expone maravillosamente en un bellissimo artículo, la primo-infección tuberculosa entre el pueblo escolar y la manera conveniente y los medios apropiados para su desarrollo. Diversos trabajos, numerosos por cierto, efectuados en los últimos años, tanto en Alemania como en Suiza, y en la actualidad adelantados por la escuela francesa, tienden a demostrar la disminución progresiva de la primo-infección tuberculosa en el niño. Es menester sin embargo advertir que éstas experiencias han sido hechas, continuadas y cotroladas en los diversos hospitales, y en la clientela de los dispensarios antituberculosos, como también en las escuelas de los grandes centros urbanos. No están de acuerdo las estadísticas de los diferentes experimentadores sobre la disminución progresiva de las cuti-reacciones positivas en la infancia. Unos dicen que existe un porcentaje de 7.29|100 de cuti-reacciones positivas en jóvenes menores de 18 años. Otros, y entre ellos Pirquet, en sus estudios en el hospicio de niños, asegura, que es de 37.9|100. Estas cifras en verdad muestran la disminución constante y anual del contagio tuberculoso. El autor de este bellissimo trabajo saca conclusiones interesantes que podríamos sintetizar así: 1ª En la campaña en condiciones variadas de higiene, el porcentaje de cuti-reacciones positivas es notablemente inferior a la mayor parte de las estadísticas conocidas. 2ª La profesión de los padres y la

higiene familiar, ejercen una influencia notable sobre el contagio infantil de la tuberculosis. 3ª En una misma familia, la alergia, en vez de ser un hecho raro se presenta muy frecuentemente. 4ª El grupo sanguíneo no influye en la primo-infectibilidad y no modifica en nada la sedimentación y 5ª En la campaña antituberculosa hay que emplear medios audaces, lucha contra las habitaciones antihigiénicas de manera rígida, reglamentar las profesiones de por sí insalubres y multiplicar los dispensarios en todos los pequeños centros humanos donde ellos no existan.

V. M. M.

