

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VOL. XIII

Bogotá, septiembre de 1944

N.º 3

EDIFICIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA.—Apart. 400.—Teléf. 29-95.

CONTENIDO:

(English Summary) (*).

I	NOTA EDITORIAL	217
II	Osteosarcoma costal. Prof. <i>Manuel José Luque</i>	219
III	El Laboratorio de Cirugía Experimental de la Facultad Nacional de Medicina. Prof. Agrdo. <i>Santiago Triana Cortés</i>	226
IV	Algunas anomalías observadas en el anfiteatro de Anatomía de la Facultad Nacional de Medicina Prof. Agrdo. <i>Néstor Santacoloma</i>	238
V	La hipertrofia del timo en el recién nacido. Casos clínicos. Doctor <i>Pedro José Amaya</i>	252
VI	Ciclos evolutivos de <i>Strongyloides stercoralis</i> , <i>Ancylostoma duodenale</i> y <i>Necator americanus</i> . Doctor <i>Alfonso Bonilla Naar</i>	258
VII	Historia de la Medicina Tropical, Parasitología, e Higiene en Colombia (1830-1943). Doctor <i>Alfonso Bonilla Naar</i>	262
VIII	Movimiento Médico-Social	273
IX	Actividad Médica extranjera	281
X	Historia de la Medicina	286
XI	Juntas directivas de las Sociedades Científicas Colombianas.	291
XII	Escuelas de Medicina en América Latina	293
XIII	REVISTA DE REVISTAS	296
XIV	Estado actual de la Biblioteca de la Facultad Nacional de Medicina. <i>J. M. Ramírez Moreno</i>	305
XV	Sección Informativa de la Biblioteca	311
XVI	Bibliografía seleccionada de Parasitología y Medicina Tropical	319
XVII	Correspondencia Nacionales	210

(*) We are indebted to the British Embassy for these translation.

CORRESPONSALES NACIONALES

ANTIOQUIA	Gabriel Toro Villa. (Medellín). Emilio Robledo. (Medellín). Alonso Restrepo. (Medellín). Gil J. Gil. (Medellín). Emiro Trujillo. (Medellín).
ATLANTICO.	Martín Camacho. (Barranquilla). Marcos H. Camargo. (Barranquilla). Manuel Abello Falquez. (Barranquilla).
BOLIVAR.	Francisco Obregón J. (Cartagena). Raúl Bennett y C. (Cartagena). Heraldo Calvo. (Cartagena).
BOYACA.	Juan Clímaco Hernández. (Tunja). Manuel José Rojas. (Tunja).
CALDAS.	Roberto Restrepo. (Manizales). Arturo González Mejía. (Armenia). Hernando Alzate. (Salamina).
CAUCA.	Guillermo de Angulo. (Popayán). Gerardo Bonilla Iragorri. (Popayán).
CUNDINAMARCA.	Abelardo Robledo. (Girardot).
HUILA.	Luis Felipe Blanco C. (Neiva).
MAGDALENA.	Jacobo Tovar Daza. (Santa Marta). E. Lacouture. (Santa Marta).
NARIÑO.	Luis Eduardo Martínez. (Pasto). Julio César Moncayo. (Pasto). Alfonso Portilla. (Pasto).
SANTANDER DEL NORTE.	Alberto C. Suárez. (Cúcuta). Luis Alberto Villamizar. (Cúcuta). Ciro Chacón. (Pamplona).
SANTANDER DEL SUR.	Martín Carvajal. (Bucaramanga). Lope Carvajal Peralta. (Bucaramanga).
TOLIMA.	Eduardo Kairuz. (Ibagué). Jaime Varela. (Ibagué).
VALLE DEL CAUCA.	Mario R. Correa. (Cali). J. J. Escobar. (Cali).

NOTA EDITORIAL

LA ENSEÑANZA CLINICA

La enseñanza clínica en la Facultad de Medicina por lo general no es satisfactoria.

Varios factores intervienen para emitir sin temor este concepto que pudiera considerarse deprimente de nuestro Instituto.

En primer lugar el número de alumnos: alrededor de un techo a cuya cabecera se encuentra el Profesor, es imposible que se agrupen en pie de 40 a 60 estudiantes, en ocasiones un número mayor, para recibir sus lecciones y para comprobar los signos que el maestro describe, sin comprometer gravemente la salud del enfermo. En estas condiciones la enseñanza Clínica, que es la enseñanza práctica de la medicina, es casi completamente teórica.

En segundo lugar, el horario de las clases: clínicas fundamentales como la médica, la quirúrgica, la obstétrica y la pediátrica, son interdiarias autorizando así el gravísimo error de que el estudiante vea su enfermo únicamente cada tercer día, sin darse cuenta del post-operatorio o de la evolución completa de la enfermedad.

En tercer lugar, las faltas de asistencia muy frecuentes en los alumnos, menos aún en el Profesorado y las condiciones anteriores hacen que el número de lecciones clínicas en el año sea escasa, trayendo como consecuencia la deficiente preparación.

Las Clínicas que se llaman accesorias y optionales son ahora semestrales, interdiarias y obligatorias; con las fiestas religiosas y cívicas, los puentes, las faltas de asistencia, no se cuentan más de 24 lecciones en los seis meses.

La reforma se funda en hacer diarias y anuales la Clínica semiológica, la médica, la quirúrgica, la obstétrica y la pediátrica, con dos horas que pueden dividirse a voluntad del Profesor y de acuerdo con las necesidades peculiares de cada servicio, en una hora en que el personal docente auxiliar, Jefes de Clínica e Internos, enseñen por grupos pequeños a los estudiantes la manera de examinar los enfermos, de apreciar los signos que presenten, de guiarlos hacia el diagnóstico y al pronóstico, de instituir un tratamiento apropiado y observar sus efectos; de practicar los exámenes de

laboratorio fáciles y aplicables a la clínica, en una palabra, despertar el interés del alumno por su enfermo, como si se tratara del primer cliente que acudiera a su consulta particular.

En la hora siguiente el Profesor dictará su conferencia o hará la intervención que sea del caso.

Obvio es decirlo que para llevar a cabo esta aspiración es indispensable limitar a 25 el número de estudiantes por Clínica.

Las Clínicas de especialidad semestrales, diarias con 25 alumnos cada una, dispondrían de dos horas que pueden aprovecharse de la manera establecida para las fundamentales.

La enseñanza en ellas debe ser de todo aquello que se le presente al médico general en la provincia y que esté obligado a tratar, más no de los casos de alta especialización, para lo cual, debe recurrirse al técnico en la materia. La Facultad está obligada a hacer médicos generales con la mayor preparación posible; los especialistas se hacen posteriormente de acuerdo con la clientela y con sus inclinaciones.

Todas las clínicas deben tener consulta externa si se desea que la enseñanza en ellas sea completa; al estudiante no sólo se le debe mostrar el enfermo hospitalizado sino aquél que estando con alguna afección acude a la consulta en busca de remedio eficaz. En el consultorio es donde se aprende la parte más importante de la medicina diaria.

Tampoco se descuidarán los cursos para post-graduados; el cuerpo médico capitalino cuenta con especialistas notables cuyos servicios desea aprovechar la Facultad para evitar el éxodo de profesionales al exterior con ánimo de perfeccionamiento.

DARIO CADENA C.

OSTEOSARCOMA COSTAL

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

Historia Clínica.

Servicio del profesor Manuel José Luque. — Sala San Francisco.

Cama N° 19.

Junio, 21|44. — Agosto, 24|44.

Nombre: A. R.

Natural de Ramiriquí —clima templado— (Boyacá).

Procedente de Bogotá donde trabaja desde hace varios años como electricista.

Viene al hospital por un tumor localizado en la región intervertebro-escapular derecha.

Antecedentes familiares.—El padre murió hace 20 años a la edad de 45. Era dado al alcohol y enfermó del estómago a consecuencia de lo cual murió después de 10 años de enfermedad. La madre vive, se conserva bien aunque cuando sufre de ataques periódicos de ictericia; de sus hermanos 4 murieron recién nacidos, los otros 5 que son mayores que él, gozan de buena salud.

Antecedentes personales.—Nacido a término, tuvo las enfermedades propias de la infancia; tifo a los 16 años con convalecencia de dos meses, disentería durante la cual hizo deposiciones blancas con estrías de sangre. Ha tenido dos chancros aparecidos entre dos y tres días después del contacto carnal. Ultimamente ha padecido frecuentes afecciones bronquiales.

Examen clínico. — Raza blanca, tipo longilíneo, constitución asténica, estatura 1,59 cms., peso 110 libras, estado de nutrición bueno.

Aparato circulatorio.—Tensión: Mx 13, Mn 7. Ruidos cardíacos normales, macicez cardíaca normal.

Aparato respiratorio.—Sano. La auscultación del pulmón derecho en sus dos tercios superiores es imposible debido al tumor.

Aparato digestivo.—Dientes en mal estado; lengua átona, húmeda, apetito normal, deposiciones cada tercer día, con frecuencia tiene vómitos a cualquier exceso alimenticio; al examen físico el estómago se encuentra moderadamente dilatado, descendiendo hasta tres dedos debajo del ombligo; dice el enfermo que experimenta dolores en la región epigástrica, que irradian hacia atrás, hacia el sitio del tumor y no tienen relación con las comidas. El hígado, de tamaño normal; el bazo, no es percibible.

Aparato génito-urinario.—Nada anormal; tiene dos hijos sanos que actualmente cuentan 2 y 1 año de edad respectivamente.

Sistema nervioso.—Sano.

Descripción de la lesión.—Se inició hace dos años por una pequeña “bolita” que apareció espontáneamente; en un principio inmóvil, más tarde era posible movilizarla con los dedos. Localizada en la región vértebro-escapular derecha, de consistencia blanda se ponía tensa al inclinar el cuerpo hacia delante manifestándose entonces por ligera sensación molesta. Dadas sus pocas manifestaciones, el enfermo se olvidó de ella hasta que hace tres meses comenzó, por su tamaño, a hacerse visible aún con vestidos y este concepto estético lo obligó a acudir en busca de curación.

Al examen encontramos un tumor del tamaño de una naranja grande, liso, de contornos regulares, del aspecto de un lipoma pero sin las lobulaciones de éste, inmóvil, dando la sensación de estar adherido a la columna vertebral. Los movimientos de la escápula y el hombro no le ocasionan ninguna modificación; la piel, enteramente sana allí, resbala fácilmente sobre él y no existe la llamada “piel de naranja”.

Datos de Laboratorio.

Orina:

Albúmina : No hay

Glucosa : No hay

Sedimento : Leucocitos, células de descamación.

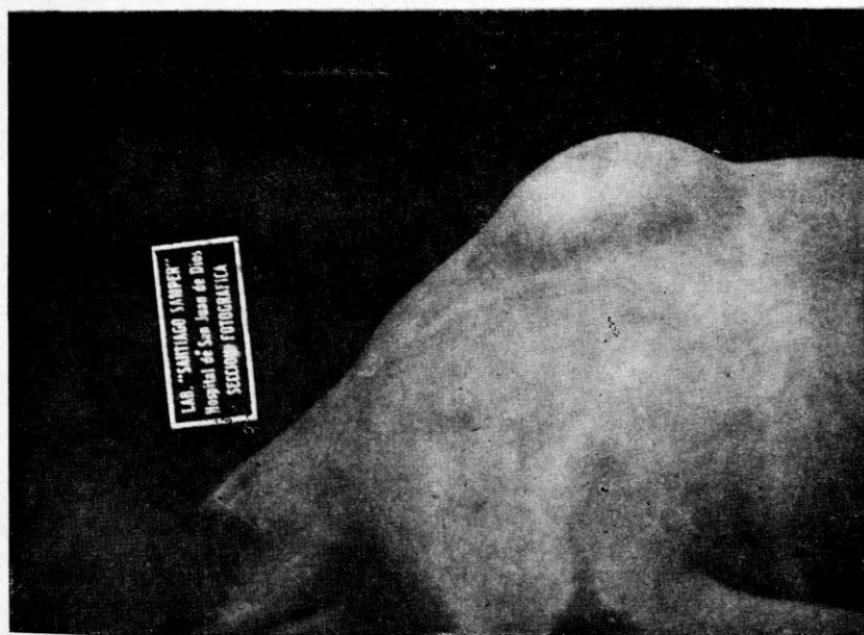
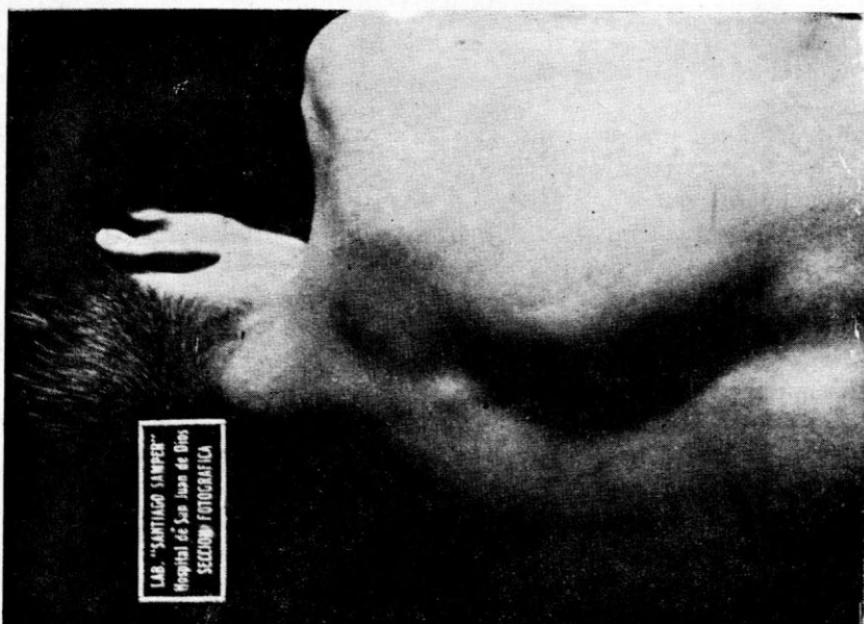
Sangre:

Hematíes : 3.600.000 por mm^3

Leucocitos : 10.800 por mm^3 .

Hemoglobina : 70%

Valor globular : 1.02



A. R. Sarcoma costal. Visto de frente.

A. R. Sarcoma costal. Visto lateralmente.

Fórmula leucocitaria.

Elementos normales:

Polimorfonucleares neutróf.	75%
Polimorfo-nucleares eosinófilos	2%
Polimorfo-nucleares basófilos	0%
Linfocitos pequeños	20%
Linfocitos medios	1%
Reacción de Wassermann y Kahn	(—)

Elementos anormales:

Metamielocitos neutróf.	3%
-------------------------	----

Radiografía. (Examen radiológico N° 1). En el examen radiológico del tórax se observa destruida la parte interna del arco posterior de la VII costilla del lado derecho; a esta misma región corresponde el tumor que presenta el paciente en la espalda y en este tumor aparecen sombras calcáreas. En los campos pulmonares no aparece nada anormal y el corazón y la aorta muestran su configuración habitual.

Por la imagen radiológica hallada considero que se trata de un osteocondroma de la séptima costilla. E. Falla O. (Fdo).

(Examen radiológico N° 2). El estómago es de tamaño y formas normales y no hay ninguna lesión orgánica en sus paredes. La evacuación se inició rápidamente; la imagen del duodeno es normal. E. Falla. (Fdo.).

Diagnóstico clínico.—En presencia del caso descrito y con los exámenes ya anotados hicimos el diagnóstico de:

Osteosarcoma costal.

Se decidió la intervención quirúrgica, y después de preparar al enfermo y hallados aceptables los exámenes de rigor como tiempo de coagulación, recuento globular, etc., se procedió al acto operatorio.

Intervención quirúrgica.

Junio, 16|44.

Tensión arterial: Mx 12 Mn; 8

Pulso: 85 al minuto.

Temperatura: 36,5

Anestesia general con mezcla de Sleich.

Cirujano: Prof. Manuel José Luque.

Primer ayudante: señor Bernardo Montes D.

Descripción del acto operatorio.

Se hizo una incisión circunscribiendo la masa neoplásica en conjunto y dejando el segmento de piel adherido al tumor; en seguida seccionamos las costillas a alguna distancia de él, desinser-tando los músculos intercostales lejos del neoplasma y seccionando igualmente los demás planos musculares que en el sitio indicado formaban la región de la espalda. Por último, desarticulamos las cabezas costales de la articulación costo-vertebral, sacando todo en un bloque.

Sobra agregar que sangró en abundancia y que fue necesario el taponamiento. Cerramos parcialmente con crines, dejando dren de gasa.

Diagnóstico anatomo-patológico.—Enviada la pieza al laboratorio Santiago Samper, la sección de anatomía patológica contestó:

Examen N° 03710. Descripción macroscópica. La pieza se compone de una masa de tejido semi-firme, parcialmente encapsulada. Dimensiones: 10,5 x 8 x 4,3. Al corte la superficie de sección presenta núcleos cartilaginosos; color rojo gris, aspecto granuloso.

Diagnóstico microscópico: Osteosarcoma.

El material enviado para examen muestra un tumor maligno de origen conjuntivo desarrollado a expensas del periostio. El polimorfismo y las variaciones de tamaño de los elementos neoplásicos son poco marcados; ordinariamente predomina la forma alargada. Se observa hiperchromatismo y son escasas las figuras de división indirecta; con frecuencia se confunde el tumor con las paredes de los vasos sanguíneos. Se ven áreas de necrosis hemorragia y edema, (Fdo.) M. Sánchez Herrera.

Post-operatorio. — Primer día. — Durante la intervención quirúrgica el enfermo recibió 300 c. c. de plasma por vía intravenosa, luego se aplicaron 1000 c. c. de suero dextrosado al 5%, gota a gota por vía intravenosa. El pulso fue de 125 por minuto; no hubo hipertermia.

Segundo día.—Lengua húmeda, pulso de 90 por minuto, tensión; 11 y 7, temperatura 38°. Se ordenó suero (500 c. c.). Se permitieron los alimentos líquidos en poca cantidad.

Tercer día. Tensión: Mx 12, Mn 7, orina normal, no ha hecho deposición desde el día de la operación. Se quitan las mechas que ya se habían retirado un poco el día anterior; se ordena un lavado intestinal. En la noche la temperatura ascendió bruscamente hasta 40°, hubo sudor, ansiedad y pulso fuertemente acelerado. Se le aplicaron 500 c. c. de suero y sulfanilamida a la dosis de 3 Gms. en las 24 horas.

Cuarto día. — La temperatura bajó, orina normal, pulso 80, buen apetito, no hace deposición.

Quinto día. — Estado general bueno; el enfermo inicia la alimentación corriente en el hospital.

Sexto día. — Los ganchos de la herida han desgarrado la piel debido a los movimientos del brazo que efectúa el enfermo descuidadamente; por esta razón se resuelve quitarlos y dejar que en las partes donde no se ha alcanzado la cicatrización por primera intención se logre ésta por segunda intención.

Séptimo día y siguientes. — Se continúa haciendo curación todos los días con aplicación local de pental. La cicatrización marcha correctamente.

El 10º día se presenta otro ascenso brusco de temperatura semejante al que hallamos el tercer día, con ansiedad, alteración del estado general, etc. La temperatura dura dos días alta y luego baja espontáneamente.

El enfermo sale del hospital el día 20 de agosto, por curación.

Breves consideraciones.

En clínica se llama comúnmente "osteosarcoma" al sarcoma desarrollado sobre un hueso, aun cuando histológicamente esté formado de células que no sean realmente esqueletógenas (pericondrio, medula ósea, periostio) sino de un tejido conjuntivo de otra naturaleza, como el tejido conjuntivo banal, bien sea fuso-celular o globo-celular.

En nuestro caso, el estudio histopatológico comprobó plenamente el diagnóstico clínico cuando dijo: "El material enviado para examen muestra un tumor maligno de origen conjuntivo desarrollado a expensas del "periostio".

Mas aún: el origen perióstico nos hace pensar en el sarcoma osificante cuyo "polimorfismo y las variaciones de tamaño de los elementos neoplásicos son poco marcados, ordinariamente predomina la forma alargada". (Prof. Sánchez Herrera). "Histológicamente los travces óseos que produce el sarcoma osificante son incompletos, esbozados, pero formados sin embargo según el tipo general de osificación perióstica". (Lecéne). Acuerdo en que se hallan el Prof. Sánchez Herrera y el gran cirujano francés.

El tratamiento de los tumores primitivos del esqueleto del tórax debe ser, en regla general, la extirpación amplia, practicada lo antes posible, pues es ella la que da las mayores probabilidades de curación, o al menos, las más prolongadas sobrevivencias.

El schock, la bronconeumonía, y especialmente la infección pleural son las causas habituales de la muerte después de la operación.

Los resultados lejanos, variables con la naturaleza del tumor extirpado, tratándose de sarcomas, no pueden considerarse como brillantes pues la mayoría de los operados presentan una reincidencia en el curso del primer año que sigue a la intervención. Sin embargo, en el tercio de los casos hay curaciones después de muchos años.

Manuel José Luque

SUMARIO

- I El Prof. Luque presenta la historia clínica, con dos ilustraciones, de un joven con un tumor localizado en la región intervértebro-escapular de recha. Relata el examen de sus aparatos y especialmente describe la lesión, evolución y caracteres. Transcribe los **exámenes de laboratorio** practicados.
- II El examen radiológico (doctor Falla) dio el resultado de un "Osteocondroma" de la séptima costilla. Diagnóstico clínico (doctor Luque) "Osteosarcoma costal".
- III Describe la técnica quirúrgica seguida y el post-operatorio y anota que hubo fuerte hemorragia siendo "necesario el taponamiento".
- IV Diagnóstico anatomo-patológico (doctor Sánchez Herrera). "Osteosarcoma".
- V Finaliza su estudio con unas "Breves Consideraciones", definiendo lo que en clínica se llama "Osteosarcoma", haciendo algunas anotaciones sobre la naturaleza histo-patológica, acuerdo en que se hallan el Prof. Sánchez Herrera y el gran cirujano francés **Lecene**. Da la regla general del tratamiento de estos tumores y el porvenir de los pacientes.

SUMMARY

- I Professor Luque gives the clinical history sheet —with two illustrations— of a young man with a tumour localized on the right of the intervertebral-scapular region. He gives a summary of the examination of the organs and a special description of the lesion, its development and characteristics. The relevant laboratory tests are also given.
- II The radiological examination (Dr. Falla) showed an "Osteo-chondroma" (softening) of the seventh rib. Clinical diagnosis (Dr. Luque) : "costal Osteo-sarcoma".
- III He describes the applied surgical technique and the treatment after performance of the operation and notes that there was an intense haemorrhage which made "plugging (tamponage) necessary".
- IV Anatomical and pathological diagnosis (Dr. Sánchez Herrera) : "Osteosarcoma".
- V He completes his survey with some "Short Observations" defining what in clinical practice is called "Osteosarcoma", making some remarks regarding its histo-pathologic nature, a point upon which both Professor Sánchez Herrera and Lecene, the famous French surgeon, are in agreement. The general procedure applied in the treatment of this kind of tumour and later condition of the patients are set forth.

Translation by Rafael Muñoz D. del C.

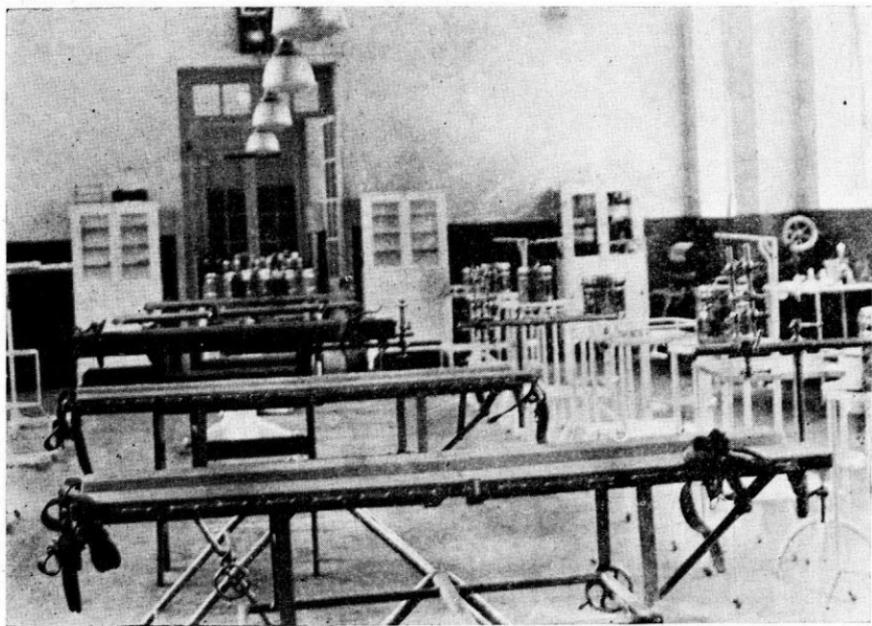
EL LABORATORIO DE CIRUGIA EXPERIMENTAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL

Fundamentos para la creación de un Instituto de Medicina y Cirugía Experimentales.

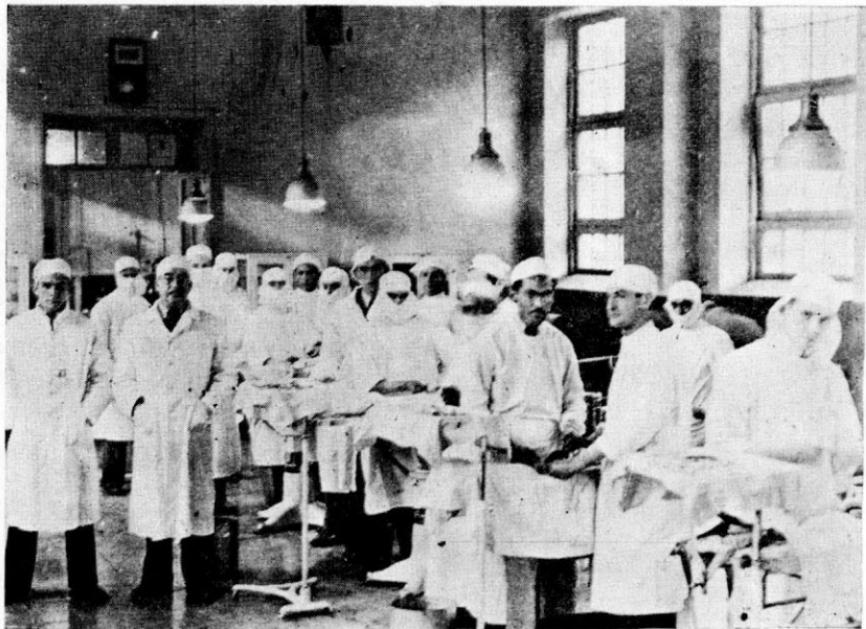
Por el doctor Santiago Triana Cortés, Director del Laboratorio de Cirugía Experimental.

En la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, el hecho de tener que dar instrucción profesional eficiente a un crecido número de alumnos, ha obligado, hasta ahora, a sus directores a descuidar un tanto la investigación científica que constituye, y ésta es verdad de Perogrullo, la esencia, la razón de ser de una Institución que quiera desempeñar airosamente su papel de dar brillo a la Universidad y de cumplir con su deber ante el país. La carencia de centros de investigación en nuestra Facultad fue el motivo por el cual una gran sociedad norteamericana no quiso contribuir con sus dineros a su desarrollo, como lo ha hecho con otras facultades de medicina de países suramericanos, la Universidad de San Marcos, por ejemplo. Pero esta situación se hace insostenible, y ya es tiempo de que la Universidad, con el apoyo del Gobierno, vuelva sus ojos a la Facultad de Medicina, restablezca su prestigio tradicional, lo único que le ha permitido sostenerse hasta ahora con decoro, pero sin mayor beneficio para la ciencia nacional. Es necesario dictar las medidas conducentes para establecer centros de investigación, indispensables, entre otras muchas cosas, para elevar el nivel intelectual del estudiante y despertar en él un aliciente que encance sus naturales inquietudes.

Me cabe el honor de haber fundado, en el año de 1932, con la entusiasta colaboración del entonces Rector de la Facultad Nacional de Medicina, doctor Luis Cuervo Márquez, el Laboratorio de Cirugía Experimental, que en un principio solamente sirvió para dar enseñanza complementaria a los alumnos de Técnica Quirúrgica, pero que andando el tiempo se ha transformado en uno de los pocos centros de investigación, con que cuenta la Facultad actualmente.



Aspecto de la Sala general de Cirugía.



Vista de la Sala de Cirugía general.

La labor allí desarrollada ha sido dispendiosa y erizada de dificultades, aunque quiero reconocer que no me ha faltado el estímulo y la ayuda necesarios, tanto de las Directivas de la Facultad como de las de la Universidad. Gracias a ésto se han podido llevar a cabo en este Laboratorio un buen número de trabajos de tesis de alumnos de medicina, los cuales han sido distinguidos por los señores Jueces de Tesis con las mejores calificaciones. Algunos de estos trabajos versan sobre asuntos originales de investigación quirúrgica, fruto de mis observaciones personales, otros son trabajos de comprobación o de divulgación de temas de cirugía experimental desconocidos entre nosotros; trabajos todos que han transformado el criterio de los alumnos de la Facultad, en relación con el cumplimiento de esta obligación reglamentaria: del trabajo de tesis para optar al título de Doctor. Fuera de ésto, en el laboratorio de Cirugía Experimental se hacen las demostraciones de cirugía en relación con la Fisiología, y las prácticas de Farmacodinamia.

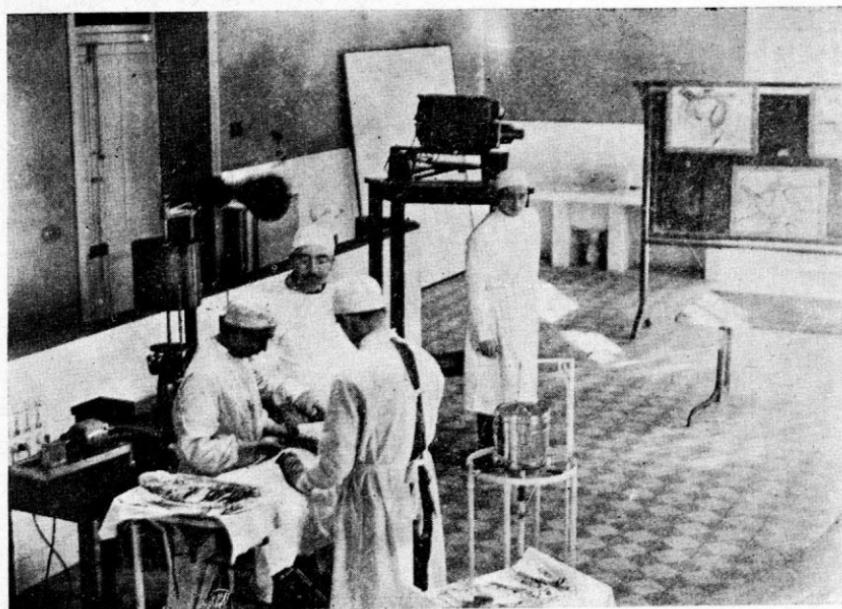
Resumimos a continuación las actividades que por ahora se desarrollan en este laboratorio:

1º Se da instrucción práctica, en un medio rigurosamente quirúrgico, a los alumnos de Técnica Quirúrgica que divididos en grupos de 24, 4 para cada mesa operatoria, ejecutan, bajo la dirección del profesor y de los instructores del curso, las operaciones que previamente habían hecho en los cadáveres del anfiteatro de Medicina Operatoria, y en relación con las cuales el mismo profesor había dictado su clase y hecho la demostración práctica correspondiente. Como por razón del número de alumnos cada grupo no puede hacer más de 12 operaciones en el año lectivo, se aprovecha la práctica de aquella parte de la cirugía de más difícil ejecución (cuello, tórax, abdomen, etc.) con el fin de desarrollar en el alumno, además de la habilidad manual necesaria, otras cualidades indispensables al cirujano, como son: audacia, resistencia nerviosa, presencia de espíritu, y decisión rápida que les permita resolver acertadamente los problemas inesperados que puedan surgir en el curso de una operación delicada. Además, como se le hace responsable del animal que se le ha confiado, adquiere desde el principio la certidumbre de la responsabilidad que le acarrea el desempeño de su profesión.

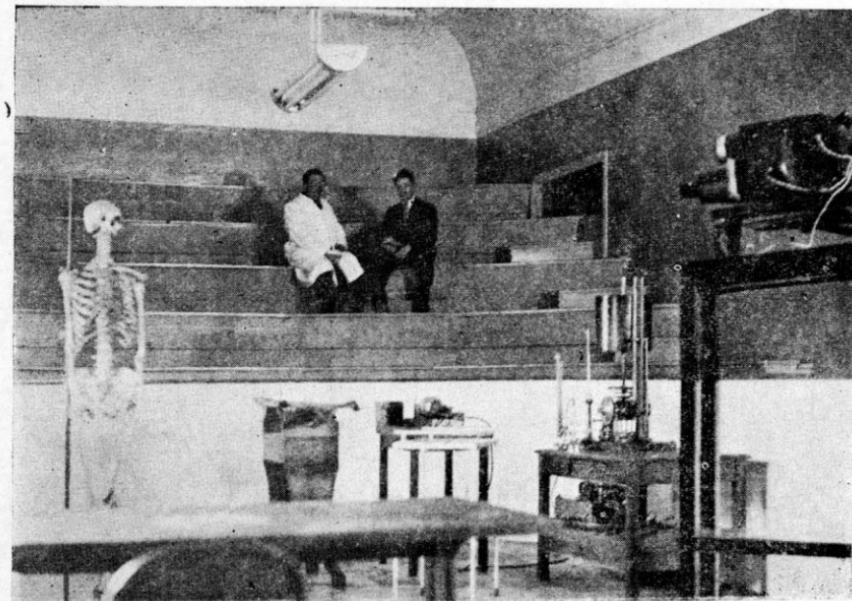
2º Se hacen las demostraciones de Técnica Quirúrgica en relación con la preparación de los animales que han de servir a los alumnos de Fisiología para el estudio *in vivo* de las grandes funciones orgánicas, circulación, respiración, digestión, etc.

3º Se hacen las demostraciones de Farmacodinamia a los alumnos del curso de Farmacología y Terapéutica.

4º Se desarrollan los trabajos de tesis de los alumnos de la Facultad.



Vista parcial del Salón de Conferencias y Demostraciones.



Vista parcial del Salón de Conferencias y Demostraciones.

5^a Se llevan a cabo los trabajos de comprobación experimental de asuntos científicos enviados por los profesores o instructores de otras asignaturas de la Facultad de Medicina.

6^a El Director trabaja en la investigación, sobre temas que le parezcan interesantes y de algún valor científico, de donde han surgido varios de los motivos de tesis aquí desarrolladas.

Consta el laboratorio de las siguientes dependencias:

I. Una sala de cirugía con 6 mesas operatorias, dotadas de los elementos indispensables para el correcto desarrollo de los trabajos prácticos.

II. Una sección de Fisiopatología en donde se pueden realizar todos los trabajos de fisiología y fisiopatología, la mayor parte de los cuales se registra en gráficas tomadas en un polígrafo movido por corriente eléctrica que permite así uniformidad de acción y precisión de las gráficas allí tomadas.

III. Una sala de conferencias y demostraciones provista de un aparato de proyección cinematográfica.

IV. Un laboratorio de Rayos X y un cuarto obscuro para trabajos fotográficos.

V. Un vivero para animales grandes (perros) instalado en un patio contiguo al laboratorio, provisto de 30 casillas de dos pisos que dan alojamiento a 60 perros que viven en las mejores condiciones higiénicas.

VI. Un vivero para animales pequeños (conejos, curíes, ratas, etc.).

VII. Una sala para animales recién operados, con calefacción acondicionada.

VIII. Un cuarto de baño y aseo de animales.

IX. Una cocina de estufa para la preparación de los alimentos de los animales del laboratorio.

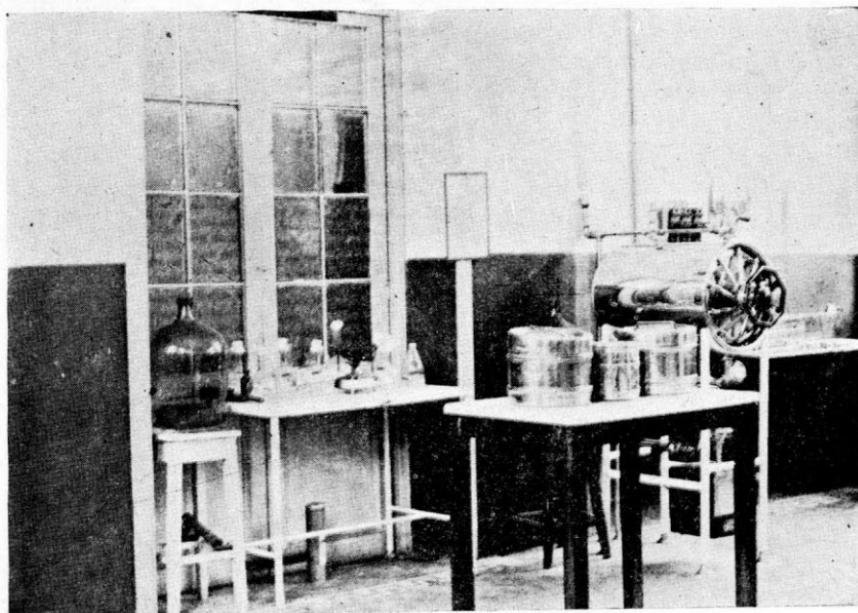
X. Una sala de esterilización con 2 autoclaves e instalación de lavabos con agua esterilizada para el uso de los cirujanos.

XI. Un local donde se guardan las vitrinas y armarios metálicos que guardan las ropas y tarros de esterilización, instrumental quirúrgico y drogas.

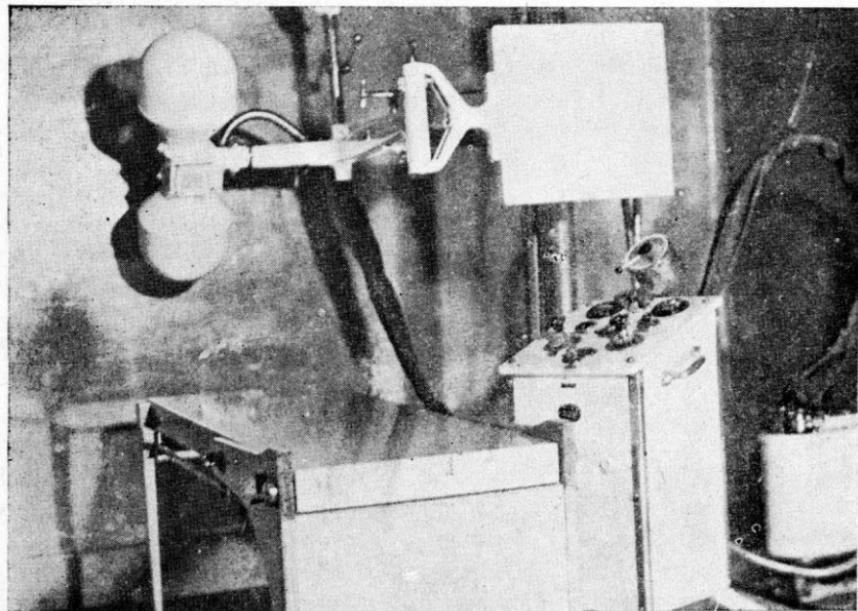
XII. Una oficina del director, provista de anaqueles para archivos y estadística y una pequeña biblioteca.

Personal y Régimen Administrativo.

El laboratorio está a cargo de un Director que como Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica regenta al mismo tiempo la cátedra de Técnica Quirúrgica; cuatro Preparadores, cuatro Monitores, dos sirvientes.



Sala de Esterilización.



Aparato de Rayos X.

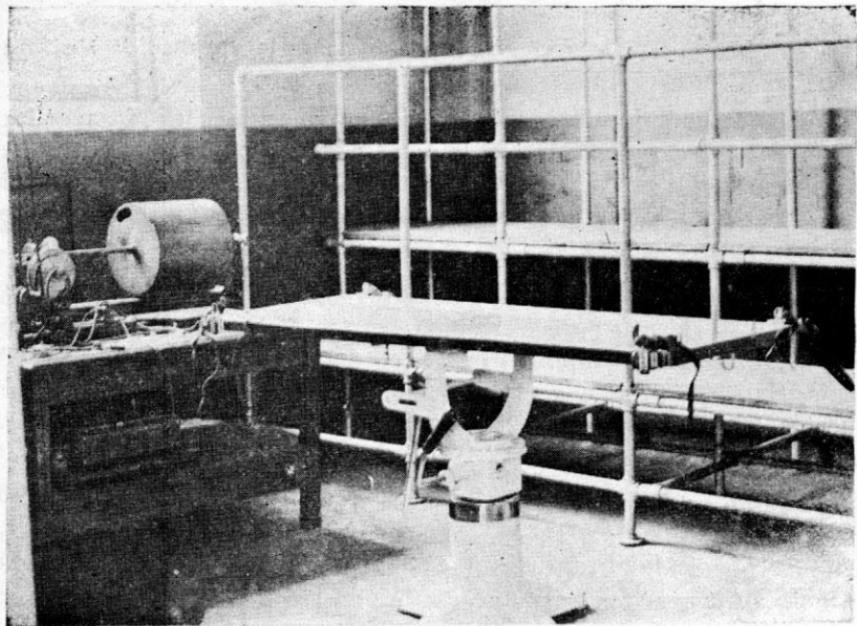
Las actividades del laboratorio se rigen por un reglamento aprobado por el Consejo de la Facultad de Medicina.

Pero además de las labores que aquí se desarrollan he creído que este laboratorio puede dar más rendimiento, y para ello debe ser dotado de una sección de medicina experimental, con el fin de iniciar trabajos en esta vasta y sugestiva rama de la medicina; se daría así mayor importancia al laboratorio de Cirugía Experimental como centro de investigación científica y podría ser el núcleo, el embrión del futuro Instituto de Medicina y Cirugía Experimentales de la Facultad de Medicina.

Para indicar la manera práctica de llevar a cabo esta idea quiero transcribir algunos apartes de un memorial que con fecha 30 de abril de 1944 presenté al Honorable Consejo de la Facultad Nacional de Medicina, memorial que esta entidad ha resuelto favorablemente.

“Se trata de ensanchar el Laboratorio de Cirugía Experimental, actualmente a mi cargo, con la pretensión de hacer de él en el futuro un verdadero Instituto de Medicina y de Cirugía Experimentales, centro científico de investigación, que dará brillo a la Facultad y estimulará a su personal docente y a sus alumnos, hacia este género de disciplinas”.

“Un día llegará en que la creación de este Instituto se haga indispensable. Será naturalmente en un gran edificio dentro del grupo de construcciones de la futura Facultad de Medicina en la Ciudad Universitaria, que cuente con viveros para animales grandes (perros, etc.), viveros para animales pequeños (conejos, curíes, ratas, etc.), construidos en un predio no menor de 400 metros cuadrados de superficie, con material apropiado y con especiales características que permitan mantener a los animales en las mejores condiciones de higiene. Con sala de baño, desinfección y preparación de los animales; sala para post-operatorio, con calefacción para mantener una temperatura constante de unos 22 grados con el fin de evitar las complicaciones pulmonares tan frecuentes en los animales operados; provista de jaulas acondicionadas para cuidar y observar fácilmente a los animales recién operados, y con dispositivos que permitan obtener sin dificultad muestras de orina y materias fecales para su examen. Tendrá ese Instituto su departamento de Cirugía exclusivamente para las prácticas de los alumnos del curso de Técnica Quirúrgica; salas de operaciones para animales grandes y pequeños, exclusivamente para el desarrollo de los trabajos científicos de investigación de Cirugía y Medicina experimentales; sala de esterilización con autoclaves, instalaciones de agua esterilizada para los lavabos; bien dotados laboratorios de análisis, de bioquímica, bacteriología y parasitología; de anatomía patológica, de fisio-patología; una instalación de Rayos X, laboratorio fo-



Sección de Fisiopatología.



Enfermería y
Vivero para
animales grandes.

tográfico y de microfotografía, y cuarto oscuro para desarrollar. Un museo para piezas anatómicas; sala de autopsias; cuarto para el dibujante-pintor; una farmacia y droguería; locales para oficinas para los médicos que trabajan en el Instituto; sala de conferencias y proyecciones, etc.

“Pero no se trata, de la inmediata realización de este proyecto que por el momento parece utópico; se trata de algo más modesto, como lo dije al principio, del ensanche del actual laboratorio de Cirugía Experimental, que estimo como una necesidad urgente para nuestra Facultad”.

“El laboratorio de Cirugía Experimental, prácticamente el único campo de investigación científica y de experimentación personal que hoy por hoy tienen los alumnos de Medicina, ha logrado algunos resultados francamente halagadores, como lo comprueba la mejor preparación, (a pesar de su crecido número) de los alumnos de Técnica Quirúrgica, y la magnífica aceptación que han tenido las Tesis que para optar al título de Doctor, han llevado a cabo en este Laboratorio varios estudiantes, cuyos trabajos han sido, casi todos, distinguidos por los señores Profesores Jueces de Tesis, con altas calificaciones”.

“El Director del Laboratorio ha tenido la satisfacción de oír conceptos elogiosos por la organización y el buen resultado de la labor allí desarrollada, de labios de los anteriores y de los actuales Jueces de Tesis, y de los ilustres Profesores que han visitado nuestra Facultad, doctores Ramón Castroviejo, Manuel Corachán, Alejandro Liptzehutz, José Arce y del doctor Lamber, de la Fundación Rockefeller”.

“Podría hacerse este ensanche con un costo aproximado de ocho a diez mil pesos (en caso de que el Honorable Consejo apruebe esta obra, prometo presentar a la mayor brevedad los planos de su distribución y el presupuesto de gastos más o menos exacto) aprovechando el salón en donde funcionaba hasta hace poco tiempo el Laboratorio de Histología, instalando allí un puesto de Anatomía Patológica, lo mejor dotado posible, para poder adelantar estudios que requieran comprobación anatomo-patológica, y un puesto de Laboratorio Clínico con el mismo fin”.

“La instalación de esos puestos me parece indispensable, porque la experiencia me ha demostrado cuán difícil es conseguir la colaboración de los demás laboratorios de la Facultad, cuando esta colaboración implica un exceso de trabajo para dichos laboratorios. En estos puestos se pueden adelantar, casi hasta su terminación, las manipulaciones necesarias para presentar los productos de examen listos para el diagnóstico, que éste sí podrá o deberá hacerlo

el laboratorio correspondiente, como colaboración indispensable entre las distintas secciones de la Facultad. Será necesario además instalar una sección de fisiopatología, con aparatos para registrar gráficas y con los elementos complementarios para esta clase de estudios”.

“Los elementos necesarios para establecer una Sección de estudios de Anatomía y de Anatomía Comparada podrán ser indicados por el señor Profesor de la materia quien, con escasos elementos y sin local apropiado, adelante interesantísimos trabajos relacionados con esta importante rama de la medicina”.

“Creo que con el personal que tiene actualmente el Laboratorio de Cirugía, se podrían adelantar los trabajos a él encomendados. Solamente sería necesario contratar los servicios de un colaborador más, que convenientemente adiestrado pudiera hacerse cargo de los puestos del Laboratorio Clínico y de Anatomía Patológica”.

“El Laboratorio de Cirugía tiene un Reglamento aprobado por el Consejo, cuyas disposiciones, parece contemplar todas las necesidades para su organización y buena marcha”.

“No quiero terminar sin dejar consignados los siguientes conceptos de un célebre hombre de ciencia y experimentador, conceptos que han ejercido marcada influencia en mí ánimo”.

Dice así el Profesor Guillermo Bosch Arana, Director del laboratorio de Cirugía Experimental de Buenos Aires:

“En el permanente devaneo de la cerebración intelectual de los hombres que acechan a la Ciencia, para descubrir en su enorme abismo los secretos de la naturaleza, debemos dirigir nuestras actividades, y acicatearlas con el aliciente de encontrar nuevos hechos que arranquen las verdades y que sirvan luego para adoptar una conducta en bien de la humanidad, de la sociedad y del individuo”.

“Si las ciencias tienen el valor de existir, no es tan sólo por la finalidad del bien común o del alto exponente de una perfección superior de cultura, sino, también, para que ella sea sobrellevada por el hombre científico con altruismo, con honrosa hidalguía y merecimiento de una convivencia de mutuo respeto y pundonor personal. También las ciencias puras o abstractas tienen el altísimo valor de hacernos agradable la existencia, por el culto a lo sensible y sentimental, a la belleza de las almas y de hacernos vibrar de emoción, despertando lo que nos es más íntimo y querido a nuestra vida”.

“Las Ciencias aplicadas, como la Medicina, nos hacen gustar de los placeres, al penetrar en el intrincado dédalo de los fenómenos de la naturaleza humana, ya descubriendo hechos de correlación funcional o hechos de fisiología patológica y de Cirugía Expe-

rimental. Crea, con sus diversas interpretaciones, las teorías explicativas y llena la necesidad del espíritu, con la inagotable combinación de sus raciocinios, la mejor satisfacción para el hombre dedicado al culto de la ciencia de la vida”.

SUMARIO

- I El Profesor Agregado doctor Santiago Triana Cortés, sostiene que la “carencia de centros de investigación en nuestra Escuela” es actualmente una situación insostenible y que “es tiempo de que la Universidad, con el apoyo del Gobierno, vuelva sus ojos a la Facultad de Medicina y restablezca su prestigio tradicional, lo único que le ha permitido sostenerse hasta ahora con decoro, pero sin mayor beneficio para la ciencia nacional”.
- II Habla de la Fundación del Laboratorio de Cirugía Experimental en 1932 y de sus atribuciones iniciales, agradeciendo el estímulo y la ayuda prestada por las Directivas de la Facultad y de la Universidad, durante sus labores “dispendiosas y erizadas de dificultades”.
- III Resume las labores desarrolladas y las actuales actividades del Laboratorio; cada alumno alcanza a efectuar 12 operaciones bajo la dirección del Profesor y del personal técnico de instrucción. Describe con detalles estas labores y la finalidad perseguida. Se desarrollan demostraciones de Técnica Quirúrgica en relación con la preparación de los animales que han de servir a los alumnos de Fisiología para el estudio de las grandes funciones orgánicas. Se hacen las demostraciones de Farmacodinamia a los alumnos de Farmacología y Terapéutica, lo mismo que se desarrollan trabajos de Tesis de Grados y comprobación experimental de asuntos científicos enviados por Profesores o Instructores de otras dependencias de la Facultad.
- IV Señala las diferentes secciones que comprende el Laboratorio (Salas, aparatos, instrumental, viveros para animales, etc., etc.) lo mismo que del personal y Régimen Administrativo, hace mención.
- V Cree que este Laboratorio puede dar más útil rendimiento, para lo cual transcribe aparte de un memorial por él pasado al Honorable Consejo de la Facultad Nacional de Medicina, el 30 de abril de 1944, aprobado favorablemente, cuya realización cabal no sería otra cosa que El Instituto de Medicina y Cirugía Experimentales. Explica en ese memorial, con detalles, sus ideas al respecto.

SUMMARY

- I Assistant professor Dr. Santiago Triana Cortés, maintains that “the lack of research centres in our Faculty” presents an indefensible situation, and that “it is time for the University, with Governmental support, to cast its eyes over the Faculty of Medicine, and reestablish its traditional prestige, the sole factor which has enabled it to maintain its respected position until the present, though as yet without any remarkable benefit to National science.”
- II He mentions the foundation of the Experimental Surgical Laboratory in 1932 and its initial terms of reference, acknowledging the stimulus and help given by the Courts of the Faculty and of the University during its “costly and difficulty-strewn” labours.

- III He gives a summary of researches carried out and present activities in the laboratory. Each student effects up to 12 operations under the personal direction of the Professor and technical instructors. These tasks and the objectives attained thereby are described in detail. Lectures are given in Surgical Technique for preparation of animals required for students' observation of the main organic workings in the flesh and of pharmaceutical dynamics for students of pharmacology and therapeutics, together with four degree theses.
- Experimental research of scientific questions sent in by professors or instructors of other departments of the Faculty is also dealt with.
- IV The various sections of the laboratory are detailed, e. g. operating theatres, apparatus, equipment, food for the animals, etc., etc. and mention made of the Administrative Staff and regulations.
- V Believing that this Laboratory can have a most profitable outcome, the writer gives extracts of a Memorandum, the objective whereof is the establishment of an Institute of Experimental Medicine and Surgery, set by him to the Court of the National Faculty of Medicine on 30 April 1944 which had favorable reception. In this Memorandum he explains in detail his ideas in that respect.

ALGUNAS ANOMALIAS OBSERVADAS EN EL ANFITEATRO DE ANATOMIA DE LA FACULTAD NACIONAL DE MEDICINA DE BOGOTA

*Por el doctor Néstor Santacoloma, Profesor Agregado de Anatomía,
1er. Curso, de la Facultad.*

He creido de interés reunir en este trabajo, algunas observaciones recogidas en el Anfiteatro de Anatomía de la Facultad de Medicina de Bogotá, durante mi Jefatura de Trabajos prácticos.

Sabido es que en Medicina nada es absoluto, y lo propio podemos decir de la Anatomía. Hay un tipo de disposición de los órganos que se describe por los autores clásicos como normal y constante, y en realidad es el que se observa en la generalidad de los individuos; pero con frecuencia existen disposiciones que difieren notablemente de esta descripción clásica, sin que ello repercuta sensiblemente sobre la salud del individuo y sin que puedan sospecharse por el operador.

Considero que el conocimiento de estas anomalías tiene cierto interés distinto de la simple curiosidad científica, ya que algunas de ellas pueden presentar serios tropiezos al Cirujano. Este, en efecto, al intervenir, espera que la región esté ajustada a la disposición normal; pero suele suceder que encuentre otra cosa distinta, que puede, si no impedir la intervención, sí desorientarlo y quizá hacerle perder un tiempo precioso. Esto no sucederá si la anomalía está ya descrita y prevista por consiguiente en la mente del operador.

Indudablemente, los órganos que presentan mayores anomalías y que con mayor frecuencia se separan del tipo clásico son los vasos, especialmente los del miembro superior. De ahí que mis observaciones se refieran en primer término a las anomalías de las arterias del miembro superior: axilar, humeral, radial, cubital y areadas palmares.

Para mayor orden y claridad, describiré al principio de cada parágrafo la disposición clásica de cada uno de estos vasos.

1—*Arteria Axilar.*

Como distribución clásica se acepta la siguiente: La axilar suministra siete (7) ramas colaterales, así: 1. *Torácica superior*, po-

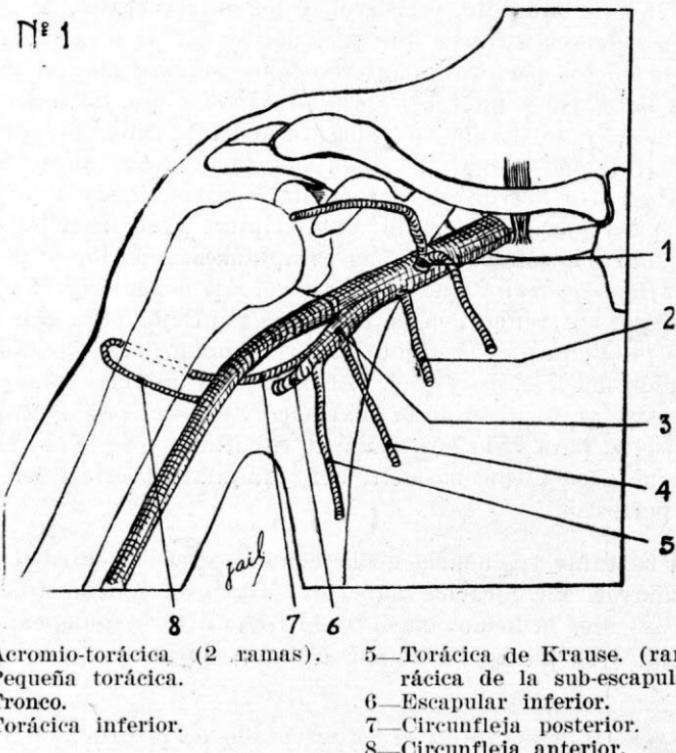
co voluminosa, que nace inmediatamente debajo del subclavio (a veces por un tronco común con la acromio-torácica) y se distribuye a los pectorales y la piel de la región mamaria. 2. *Acromio-torácica* que nace de la cara anterior de la axilar a nivel del borde superior del pectoral menor y se divide en dos ramas: una externa o acromial que se distribuye en el subclavio, pectoral menor, deltoides, ligamentos coraco-claviculares, cápsula articular del hombro y piel deltoidiana, y otra interna o torácica que se distribuye principalmente en el pectoral mayor hasta la vecindad del esternón. 3. *Pequeña torácica* (a veces doble) que nace detrás del pectoral menor, irriga este músculo, el mayor y los intercostales. 4. *Torácica inferior o mamaria externa* que nace detrás del pectoral menor y se distribuye en los pectorales, intercostales, serrato mayor, ganglios, glándula mamaria y piel. 5. *Escapular inferior* que nace a nivel del subescapular y se divide en rama torácica y rama escapular; la primera (torácica dorsal de Krause o torácica larga de Meckel) irriga el serrato mayor, los intercostales, dorsal mayor y piel; la segunda pasa por el triángulo omotricipital y se distribuye en el hombro anastomosándose con las escapulares superior y posterior. 6. *Circunfleja posterior* que nace a nivel del borde superior del redondo mayor, se reúne con el nervio circunflejo, pasa por el cuadríptero de Velpeau y se agota en los redondos, triceps, deltoides, articulación del hombro y piel. 7. *Circunfleja anterior* más pequeña que la posterior, al nivel de la cual nace y a veces por un tronco común con ella, pasa bajo la arcada de Struthers y se agota en el coraco-braquial, corto biceps, deltoides, braquial anterior, serosa capsular y periostio.

Con bastante frecuencia no hemos encontrado esta distribución en el cadáver. La torácica superior falta con mucha frecuencia; muy pocas veces la hemos encontrado como arteria independiente, y casi siempre es reemplazada por la rama torácica de la acromio-torácica.

Un caso interesante es el representado en el grabado N° 1. En el cadáver disecado por los alumnos Naranjo y Ochoa la axilar daba la acromio-torácica y la pequeña torácica según el tipo normal, pero detrás del pectoral menor daba nacimiento a un grueso tronco que pudiéramos llamar "bitóraco-escápulo-circunflejo", del cual nacían de arriba abajo: la mamaria externa con su distribución normal, la rama torácica de Krause también normal (acompañando al nervio de Bell), la escapular inferior constituida únicamente por la rama escapular; el tronco terminaba formando la circunfleja posterior de distribución normal. La circunfleja anterior nacía normalmente de la axilar. Este mismo cadáver presentaba la torácica alaris o cuarta torácica de Soemmering, arteria muy larga y

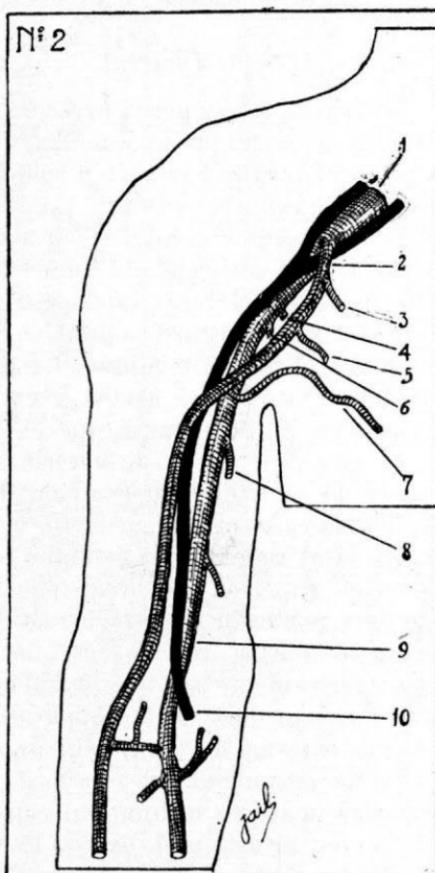
voluminosa que se distribuye en los ganglios y piel de la axila. Nacía de la humeral.

En el grabado N° 2 he representado la más interesante de las anomalías de esta colección, ya que se trata de una reducción excesiva de la axilar en extensión, por bifurcación muy alta en radial y cubital. Este cadáver fue disecado por los alumnos Castaño y Alvarez. La arteria axilar era normal en su porción clavipectoral donde suministraba la acromiotorácica. A nivel del borde superior del pectoral menor, y un poco por encima de la V formada por las raíces del mediano, nacía de su cara interna un grueso tronco arte-



rial que por su trayecto, distribución y terminación correspondía a la radial. Inmediatamente después de su origen, este tronco pasaba por entre las dos raíces del nervio mediano cruzando la cara anterior de la raíz interna; se hacía luego descendente a lo largo del borde interno del biceps, para cruzar después de dentro afuera y de arriba abajo la cara anterior de la humeral y del nervio mediano; al llegar al pliegue del codo y ya muy superficial, cruzaba la cara posterior de la expansión aponeurótica del biceps, llegando a la región antebracial anterior y superior; ya a esta altura (3

centímetros aproximadamente de la interlínea articular) recibía un grueso tronco anastomótico procedente de la cubital, de trayecto ligeramente ascendente y rodeado de una verdadera red de arteriolas. De la cara superior de este tronco anastomótico se desprendía la arteria recurrente radial anterior. En el resto de su trayecto esta arteria radial extraordinariamente larga se ceñía a la descripción clásica. Poco después de su origen esta arteria radial



- 1—Axilar.
- 2—Radial.
- 3—Pequeña torácica.
- 4—Sub-escapular.
- 5—Mamaria externa.
- 6—Tronco de las circunflejas.

- 7—Torácica alaris o 4^a de Soemmering.
- 8—Colateral externa.
- 9—Cubital.
- 10—Mediano.

daba nacimiento a la pequeña torácica; un poco más abajo a la mamaria externa, y más abajo aún, y ya en la región braquial, daba nacimiento a una arteria voluminosa, muy flexuosa, que por un trayecto recurrente se dirigía hacia arriba y adentro para agotarse

en los ganglios axilares y en la piel de la axila y de la región mamaria. En todos sus detalles esta arteria correspondía la descripción de la cuarta torácica o torácica alaris de Soemmering, que ya habíamos encontrado en otro cadáver y que mencionamos atrás. El tronco que continuaba la axilar daba la escapular inferior muy reducida, un tronco común de las circunflejas, y ya convertida en humeral, todas las colaterales de este vaso; del pliegue del codo hacia abajo se convertía en cubital, ciñéndose en un todo a la descripción clásica.

2—Arteria Humeral.

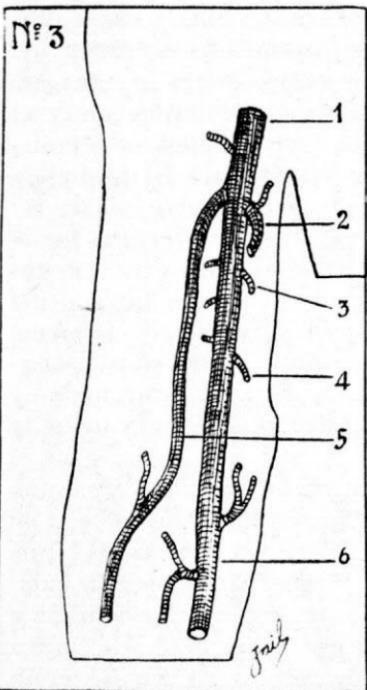
La descripción clásica de la humeral presenta esta arteria como continuación directa de la axilar, extendida desde el borde inferior del músculo pectoral mayor hasta el pliegue del codo, donde termina por bifurcación en radial y cubital. En su trayecto da ramos musculares para los músculos deltoides, biceps, coraco-braquial y braquial anterior, la arteria nutricia del húmero, la colateral externa o humeral profunda, la colateral interna superior y la colateral interna inferior. En su trayecto braquial va acompañada por las venas humerales y por el nervio mediano. La posición de la arteria respecto del mediano es interna arriba y externa abajo, cruzándose los dos órganos en X, de manera que el mediano pasa de fuera adentro sobre la cara anterior de la arteria. Esta relación es constante. Sólo una vez he visto una disposición distinta sobre un número aproximado de 200 cadáveres. En efecto, la arteria humeral en este caso, se enrollaba al rededor del mediano en dos vueltas de espira así: en la porción superior del brazo pasaba la arteria de dentro afuera por la cara posterior del nervio; se dirigía luego adelante y adentro, cruzaba la cara anterior del nervio para contornear su cara interna; nuevamente se dirigía hacia afuera y abajo pasando por la cara posterior del mediano para llegar al pliegue del codo en su posición externa normal. Esta anomalía era unilateral (lado derecho) y fue encontrada en el año de 1937.

La anomalía más frecuente de la humeral consiste en su bifurcación precoz a diferentes alturas del brazo. Esta bifurcación la hemos encontrado con bastante frecuencia, y en todos los casos las colaterales de la humeral eran suministradas por el tronco que se continuaba con la cubital.

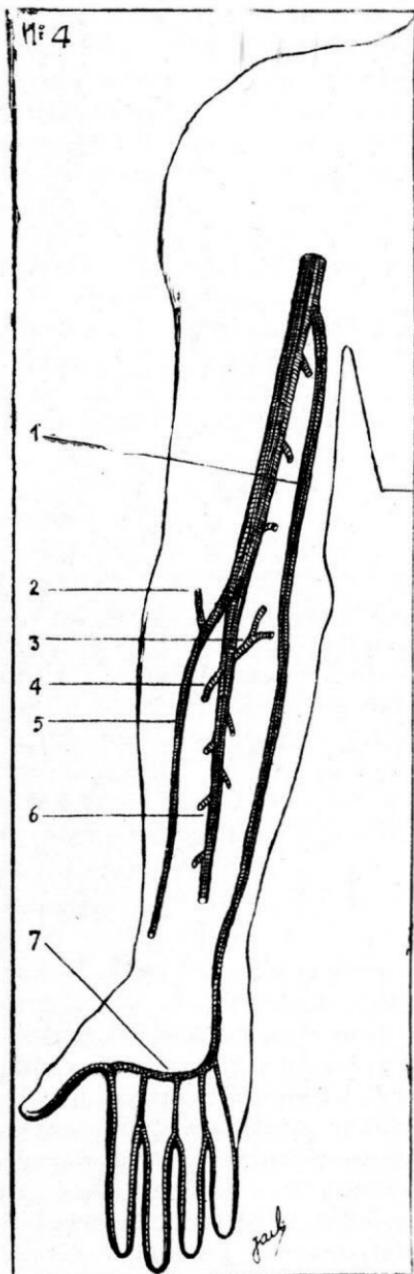
En el grabado N° 3 he representado una disposición especial que fue encontrada en el mes de marzo de este año en el cadáver que correspondió al alumno Bedoya. La arteria humeral, muy corta como tronco único, daba el ramal deltoidiano de calibre normal y se dividía luego en tres ramas de desigual calibre: una externa que penetraba en la gotera radial (humeral profunda) y de cuyo origen se desprendía la nutricia del húmero; una media, más voluminosa, que continuaba el trayecto de la humeral para hacerse cubital.

tal en el pliegue del codo, y otra anterior más superficial y de calibre intermedio a las otras dos que iba a constituir la radial. Las colaterales de la humeral eran suministradas por el tronco medio que se convertía en cubital en el pliegue del codo.

En el grabado N° 4 he representado una disposición que sólo



- 1—Humeral.
- 2—Humeral profunda.
- 3—Colateral interna superior.
- 4—Colateral interna inferior.
- 5—Radial.
- 6—Cubital.



- 1—Cubital.
- 2—Recurrente radial anterior.
- 3—Recurrentes cubitales.
- 4—Interósea posterior.
- 5—Radial.
- 6—Interósea anterior.
- 7—Arco palmar superficial, íntegramente cubital.

una vez he visto en mi práctica de anfiteatro. En el cadáver que correspondió al alumno Saavedra la arteria cubital nacía de la humeral a dos centímetros aproximadamente por debajo del borde inferior del pectoral mayor; inmediatamente después de su nacimiento se hacía superficial caminando sobre el borde interno del biceps, inmediatamente por debajo de la aponeurosis braquial; en el pliegue del codo pasaba por detrás de la expansión aponeurótica del biceps y descendía por el antebrazo colocándose sobre la cara anterior del plano muscular superficial entre el palmar menor y el cubital anterior, inmediatamente debajo de la aponeurosis antebraquial; en el puño daba la cúbito-palmar, y terminaba formando ella sola la arcada palmar superficial sin anastomosarse con la radial. La arteria humeral descendía por el brazo suministrando todas sus colaterales y en el pliegue del codo se bifurcaba en dos troncos: uno externo que era la radial normal y otro interno del cual nacía a nivel de la tuberosidad bicipital el tronco de las recurrentes cubitales, casi inmediatamente después la interósea posterior y por último se terminaba formando la interósea anterior muy voluminosa y que irrigaba todo el territorio correspondiente a la cubital.

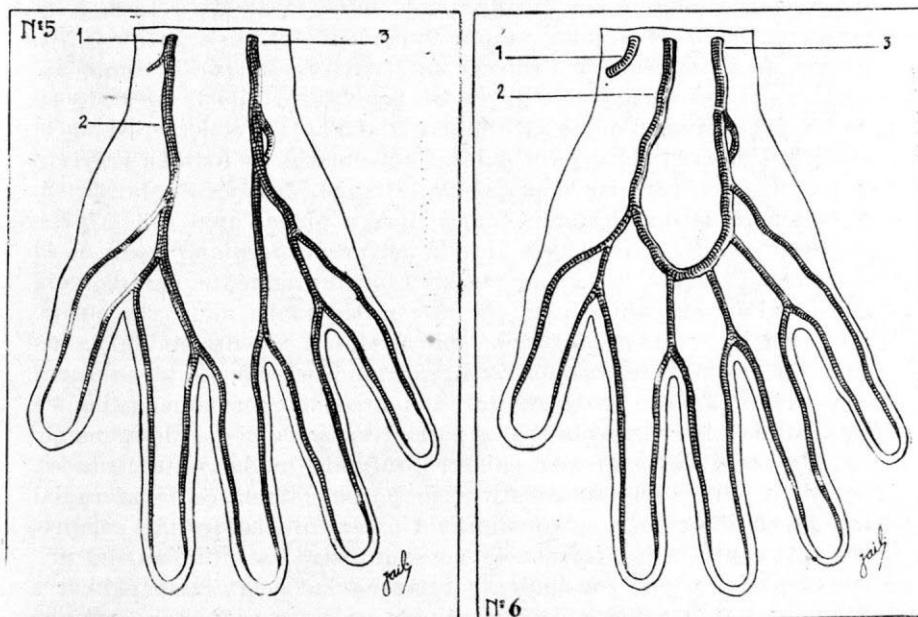
Con relativa frecuencia al disecar el brazo se encuentra una disposición que aparenta corresponder a una bifurcación precoz de la humeral a alturas diferentes; pero al seguir los troncos de bifurcación en el antebrazo se encuentra que la que parecía ser la cubital se divide un poco por debajo del codo en dos arterias (radial y cubital). En la radial, y a una distancia que varía de dos a cuatro centímetros debajo de su origen, desemboca el vaso que se creía fuera la radial, quedando la anomalía reducida a un simple vaso aberrante que une la humeral a la radial por una vía muy larga. Es el tipo de los "vasa aberranta" de Haller, vasos de la red inicial circulatoria que adquieren un considerable desarrollo, supplantando a los que normalmente constituirán los vasos de los miembros.

3—Arterias de la mano.

Afirma Testut, y con él muchos autores, que la arcada palmar superficial resulta de la anastomosis entre la cubital y la radiopalmar, de donde nacen las cuatro arterias digitales. Muy cuidadosamente hemos estudiado la constitución de esta arcada palmar superficial en los cadáveres que llegan a nuestro anfiteatro (aproximadamente 200 en el transcurso de los años 1934, 1937, 1938 y lo que va corrido de 1939), y podemos afirmar que entre nosotros la descripción de Testut constituye una rareza. En efecto, en el mayor número de veces, la arcada está constituida por la arteria cubital sola, así: La cubital, después de suministrar la cúbito-palmar,

se oblicua afuera y abajo para continuarse directamente con la quinta digital (la correspondiente al primer espacio interóseo), recibiendo por su lado externo, a veces, la radiopalmar de la radial; existe, pues, anastomosis por inosculación entre la cubital y la radiopalmar, ya que el calibre de esta última es casi siempre muchísimo menor que el de la cubital, por consiguiente la arcada palmar superficial es íntegramente de origen cubital. En los cuarenta cadáveres que se han disecado en el presente año, solamente dos veces se ha encontrado una disposición como la descrita por Testut.

En el grabado Nº 5 he representado un caso de ausencia de arcada palmar superficial, encontrado una vez sobre 40 cadáveres.



Nº 5
 1—Radial.
 2—Radio-palmar.
 3—Cubital.

Nº 6
 1—Radial.
 2—Arteria del Nervio Mediano.
 3—Cubital.

Se trataba del cadáver que correspondió disecar al alumno Romeo y en el cual las arterias de la mano se disponían de la siguiente manera: La cubital después de dar la cúbito-palmar, se dividía en la palma de la mano en dos troncos; uno interno que a poco trayecto daba la colateral interna del dedo meñique y terminaba en el cuarto espacio interóseo bifurcándose en colateral externa del meñique y colateral interna del anular; y otro externo que terminaba bifurcándose en el tercer espacio interóseo para dar la colateral externa del anular y la colateral interna del dedo medio. La radio-palmar, extraordinariamente voluminosa, suministraba por su lado

externo la colateral externa del dedo pulgar y en el primer espacio interóseo terminaba dividiéndose en dos troncos: el externo que se bifurcaba en colateral interna del pulgar y colateral externa del índice; y el interno que se bifurcaba en el segundo espacio interóseo suministrando la colateral interna del índice y la colateral externa del dedo medio. No se encontraron anastomosis entre estos dos territorios que parecían depender aisladamente de las dos arterias principales del antebrazo, por partes iguales (cinco colaterales de la radio-palmar y cinco colaterales de la cubital).

En el grabado N° 6 he representado una variedad de arcada palmar superficial de la cual dice Fort que es muy frecuente, y que sin embargo en nuestro anfiteatro es muy rara. Me refiero a la constitución de la arcada palmar superficial exclusivamente a expensas de la cubital. El Profesor L. M. Rivas Merizalde anotó haberla visto, pero nada dice de su frecuencia. Yo sólo la he visto en un cadáver (disecado por el alumno Restrepo), y constituida de la siguiente manera: la arteria cubital era normal en todo su trayecto y distribución, pero en la palma de la mano, después de dar la cúbito-palmar, terminaba anastomosándose a pleno canal con la arteria del nervio mediano. Esta arteria del nervio mediano nacía de la interósea anterior, pero era tan extraordinariamente desarrollada que igualaba en calibre a la cubital; acompañaba al nervio mediano hasta la mano pasando por detrás del ligamento anular anterior del carpo y se anastomosaba por inosculación a pleno canal con la terminación de la cubital. Del arco, así formado nacían en su totalidad las diez colaterales palmares de los dedos de la mano.

Respecto de la arcada palmar profunda no he visto nada especial, y parece que su constitución por anastomosis de la radial con la cúbito-palmar es constante. Unicamente he podido comprobar que con relativa frecuencia no suministra la interósea del primer espacio, y por consiguiente tampoco las colaterales palmares del pulgar y la externa del índice, que en estos casos son suministradas por la arcada palmar superficial.

ANOMALIAS MUSCULARES

A—Brazo.

Anotaré algunas encontradas en nuestros cadáveres de anfiteatro. En el brazo solamente he podido observar con relativa frecuencia un tercer haz del biceps braquial, que, cuando existe, nace inmediatamente adelante y afuera de la superficie de inserción humeral del córaco-braquial, para fusionarse con las porciones larga y corta del músculo en el ángulo formado por ellas; recibe irrigación de la humeral e inervación del músculo-cutáneo. Más rara es

la existencia de un cuarto haz muscular del biceps. Yo sólo una vez lo he visto en Bogotá en un cadáver disecado en el año 1934. Este haz nacía del tendón del pectoral mayor, formaba un cuerpo más voluminoso que el humeral y era el último en fusionarse al cuerpo del músculo. El biceps en este caso era, pues, un verdadero cuadriceps.

El Profesor L. M. Rivas Merizalde anotó en 1922 la existencia de un tercer haz en cada biceps de dos indígenas de tierra caliente, pero sin describir la inserción de este tercer haz. Esta anomalía es admitida por Poirier en un 10% de los individuos, pero entre nosotros no parece ser tan elevado el porcentaje, pues sobre 200 cadáveres sólo la he comprobado 12 veces.

En un cadáver disecado este año por los alumnos Baruque y Bohórquez se encontró una inserción anormal del braquial anterior. Además de su tendón coronoidiano había un fuerte tendón externo que era perforado por el tendón del biceps a nivel de la tuberosidad bicipital y que iba a tomar inserción parte en el borde interno del radio debajo de la tuberosidad, parte, en la membrana interósea y parte en el borde externo del cúbito debajo del supinador corto.

B—Mano.

Existe a veces un músculo supernumerario en el dorso de la mano que Poirier ha descrito con el nombre de manio o manioso, y que sería en la mano el homólogo del pedio que existe constantemente en el pie. A pesar de que en otros países y razas parece ser bastante frecuente, entre nosotros es muy raro. Yo sólo una vez lo he visto en un cadáver que disecó el alumno Jacinto Caycedo en 1934. Se trataba de un haz muscular delgado, fusiforme que se extendía del ligamento anular posterior del carpo a la parte posterior e interna de la extremidad superior de la primera falange del dedo anular y al tendón del extensor correspondiente al mismo dedo anular. Dice Poirier que es precisamente este haz del anular el menos frecuente y que sólo se conocía el caso de Kelly. En nuestro cadáver este haz supernumerario estaba inervado por un filete del nervio cubital. Es curioso anotar que este mismo cadáver presentaba otras dos anomalías musculares, una en el pie y otra en la nuca.

C—Pie.

El músculo pedio tenía un haz supernumerario profundo que nacía en la cara dorsal de la tercera cuña y terminaba confundiéndose con el haz o digitación correspondiente al cuarto dedo. Recibía su inervación por un filete del nervio tibial anterior.

D—Nuca.

El angular del omoplato presentaba el haz descrito por Souligoux. Era un pequeño haz carnoso que tomaba nacimiento en la parte posterior del vértice de la apófisis transversa del atlas, se dirigía hacia abajo y hacia adentro para terminar en el vértice de la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical, confundiéndo sus inserciones en este punto con las del pequeño dentelado posterior y superior.

E—Tórax.

En este año de 1939 tuve ocasión de comprobar en el cadáver disecado por el alumno Lara una anomalía muscular muy interesante en la región pectoral, que fue estudiada muy detenidamente, y cuya descripción doy a continuación. Se trataba de un músculo supernumerario que por sus inserciones bien podría denominarse "*costo-dorso-coracoideo*", y de la existencia del músculo *preesternal*. (Fig. 7).

Este músculo "*costo-dorso-coracoideo*" estaba constituido por tres haces carnosos de cuya reunión resultaba la formación de un triángulo: un haz costal, un haz dorsal y un haz extendido entre los dos anteriores.

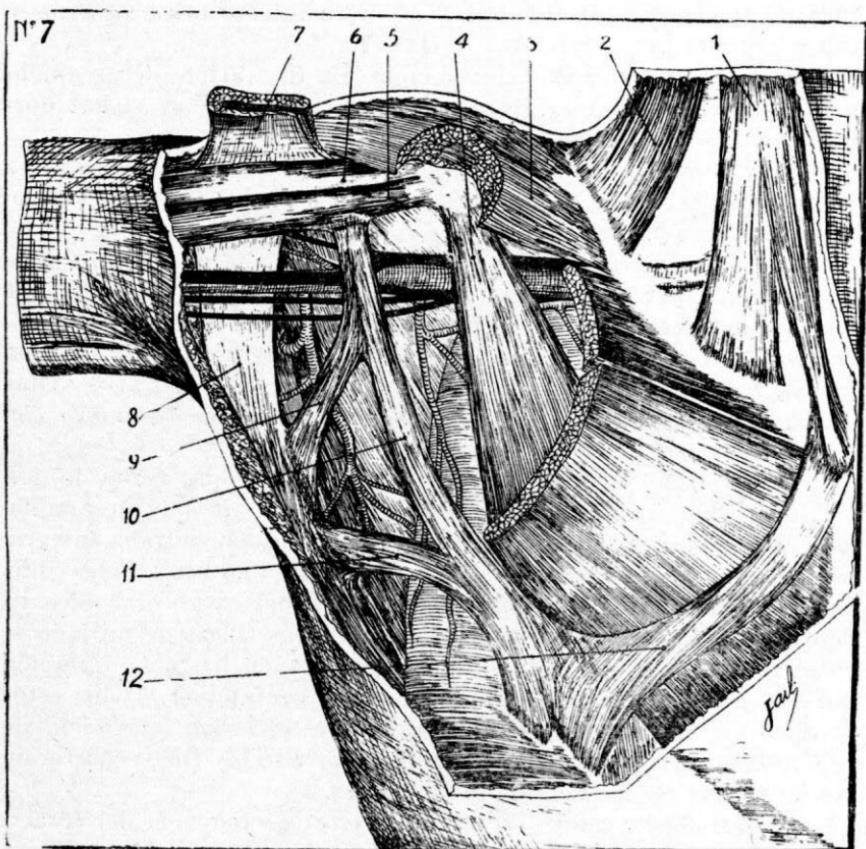
A) *El haz costal*, de situación antero-superior, tomaba su origen: 1º En la porción ósea de las sexta, séptima y octava costillas, adentro del ángulo anterior, en una extensión de 3 a 4 centímetros, por medio de tres lengüetas aponeuróticas entremezcladas con algunas fibras carnosas; 2º En los espacios intercostales sexto y séptimo por fibras aponeuróticas que se confundían con la aponeurosis de los intercostales. A partir de este origen, las fibras musculares se reunían en un grueso cuerpo muscular que se dirigía oblicuamente hacia arriba y afuera a fusionarse con el haz dorsal.

B) *El haz dorsal*, de situación postero-externa, tomaba su origen en las fibras del borde anterior del dorsal ancho; de allí el cuerpo muscular se dirigía oblicuamente hacia arriba, adentro y adelante, para fusionarse con el haz costal. Los haces fusionados continuaban su dirección hacia la axila y se resolvían en un fuerte tendón que terminaba fusionándose con la cara interna del tendón de córaco-braquial, a una distancia aproximada de cinco centímetros por debajo de la inserción de este último músculo en la apófisis coracoide del omoplato.

C) *El tercer haz* constituía un puente carnoso extendido entre el haz costal a nivel de la sexta costilla y el haz dorsal a nivel de su origen en el dorsal ancho.

Relaciones. Las relaciones de este músculo necesariamente eran distintas para cada uno de sus haces constitutivos. A) Haz costal.

Por su cara anterior estaba en relación hacia adentro con la aponeurosis, el tejido celular subcutáneo y la piel; a partir de su tercio medio se ocultaba detrás del pectoral mayor, poniéndose por consiguiente en relación con la cara profunda de este músculo, relación que conservaba hasta su terminación. Por la cara posterior



- 1—Esterno-eleido-mastoideo.
 2—Trapecio.
 3—Deltoides.
 4—Pectoral menor.
 5—Coraco-braquial.
 6—Corto biceps.
 7—Pectoral mayor. (Inserción externa).

- 8—Dorsal ancho.
 9—Haz dorsal.
 10—Haz costal.
 11—Haz anastomótico.
 12—Pre-esternal.
 9-10-11 — Músculo: Costo-dorso-Coracoideo.

se hallaba en relación hacia adentro con las sexta y séptima costillas, el intercostal externo del sexto espacio y la parte más inferior y externa del pectoral menor. B) Haz dorsal. Por su cara su-

perifcial se encontraba en relación con la aponeurosis, tejido celular subcutáneo y piel de la región. Por su cara profunda se aplicaba directamente sobre el serrato mayor. Ya fusionados estos haces cruzaban todo el paquete vásculo-nervioso de la axila. C) El tercer haz o haz anastomótico estaba en relación por su cara superficial con la aponeurosis, el tejido celular subcutáneo y la piel, y por su cara profunda con las costillas y espacios intercostales adentro, y con el serrato mayor afuera.

Inervación. El haz costal recibía su inervación del segundo nervio intercostal por medio de un ramo perforante, y el haz dorsal estaba inervado por el nervio del dorsal ancho.

Irrigación. La irrigación estaba suministrada por la arteria mamaria externa por medio de arteriolas que abordaban el músculo por su cara profunda.

De la descripción que precede se deduce que el haz costal de este músculo parece ser una variedad del músculo descrito por Wood como costo o condro-coracoideo. También el haz dorsal corresponde al costo coracoideo pero sin llegar a la apófisis coracoides. En cuanto al tercer haz parece ser una variedad del arco axilar de Langer, que en lugar de ir al pectoral mayor se fusionaba con el haz costal ya descrito.

En el mismo cadáver que tenía la anomalía que acabo de describir se encontró también el músculo *preesternal* muy desarrollado y bilateral, de tal manera que el esternón se encontraba íntegramente cubierto por formaciones musculares. Las inserciones inferiores se confundían con las del haz costal del costo-coracoideo ya descrito. En el tercio superior del esternón las fibras de un lado se entrecruzaban con las del lado opuesto llegando hasta la inserción del esterno- cleido-mastoideo con el cual se confundían. Todos estos detalles pueden observarse en el grabado N° 7. La inervación de este músculo *preesternal* era suministrada por los filetes perforantes anteriores de los nervios intercostales.

Para finalizar estas observaciones cito la existencia del córaco-braquial largo de Wood, que fue encontrado en un cadáver disecado en el año 1938. Era un haz muscular muy largo y delgado de aspecto fusiforme que se extendía desde la apófisis coracoides, donde confundía sus inserciones con las del córaco-braquial, hasta la epitróclea, donde se implantaba por un tendón redondeado bastante fuerte.

Las observaciones que quedan consignadas en este trabajo se refieren a disecciones estudiadas hasta julio de 1939. De esta fecha en adelante he continuado reuniendo datos que permiten sentar porcentajes de frecuencia y que espero poder ofrecer a los lectores de esta Revista en próximas publicaciones.

SUMARIO

- I El autor, como Jefe de Trabajos Prácticos, observa interesantes anomalías anatómicas, y hace resaltar la importancia de conocerlas —aunque su presencia “no repercuta sensiblemente sobre la salud del individuo— especialmente para el cirujano ya que éste, al intervenir, espera que la región esté ajustada a la disposición normal”.
- II Señala que los vasos son los órganos que “presentan mayores anomalías”, especialmente los del miembro superior.
- III Describe algunas anomalías de las arterias axilar, humeral, radial, cubital y arcadas palmares, acompañándolas al principio de la disposición clásica y completándolas con nítidos dibujos.
- IV Transcribe sus observaciones sobre anomalías musculares del brazo, mano, pie, nuca y tórax, en este último grupo, de un músculo rarísimo, el **pre-esternal**.
Presenta dibujos hechos por el **Preparador** Isaza. Aclara que estos datos hacen relación a disecciones practicadas hasta el año de 1939.

SUMMARY

- I The author, Head of the Practical Work Department, surveys some interesting anatomical anomalies and emphasizes the importance of knowing about them —even though their presence “may not greatly affect the health of the individual”— especially for a surgeon, who, when about to operate, expects to find the region normally adjusted”.
- II He points out that the blood and circulatory vessels are the organs which “present greater anomalies, especially those of the upper limb”.
- III He describes some anomalies of the axilar, humoral, radial and cubital arteries and palmar arches, commencing with the classical arrangement and finishing up with illustrative sketches.
- IV He reproduces his observations on muscular anomalies of the arm, hand foot, neck and thorax and in this last group includes those of the “pre-sterno” which is a very exceptional muscle.
He also gives sketches drawn by Isaza, one of his assistants, and points out that these data relate to dissections conducted in 1939.

Translation by Rafael Muñoz D. del C.

LA HIPERTROFIA DEL TIMO EN EL RECIEN NACIDO.—

Casos Clínicos.

Por el doctor Pedro José Amaya.

La hipertrofia del timo se presenta con alguna frecuencia en el recién nacido y es la causa de un conjunto de síntomas, tales como convulsiones, paroxismos, dispneas, con cuya sintomatología conviene familiarizarse y pensar en esta entidad, cuando se presenta este cortejo de síntomas.

El estudio, materia de este trabajo, me lo ha sugerido un caso cuya historia resumida, es la siguiente:

En el mes de mayo de 1938 fui llamado para ver un niño que presentaba fenómenos asfíxicos muy acentuados. Cuando llegué a la casa del enfermo estaba en ella el profesor Marco A. Iriarte y en compañía de él procedí al examen; se trataba de un niño de 15 días de nacido, en estado de desnutrición, quien había presentado desde hacía unos 10 días accesos paroxísticos, consistentes en convulsiones de tipo eclámptico, acompañados de una dispnea con cornaje intermitente inspiratorio y espiratorio. Habiendo procedido a un examen somático, encontramos sus órganos en estado normal, sólo hallamos aumentada la maciez precordial, lo que nos hizo pensar desde un principio que se trataba de una hipertrofia tímica. Llevado al día siguiente al consultorio y puesto a la pantalla fluoroscópica, se confirmó nuestro diagnóstico. A este caso se refiere la radiografía que acompaña este trabajo. Con las radiografías que se le tomaron y dos exámenes radioscópicos, desaparecieron la dispnea y el estridor.

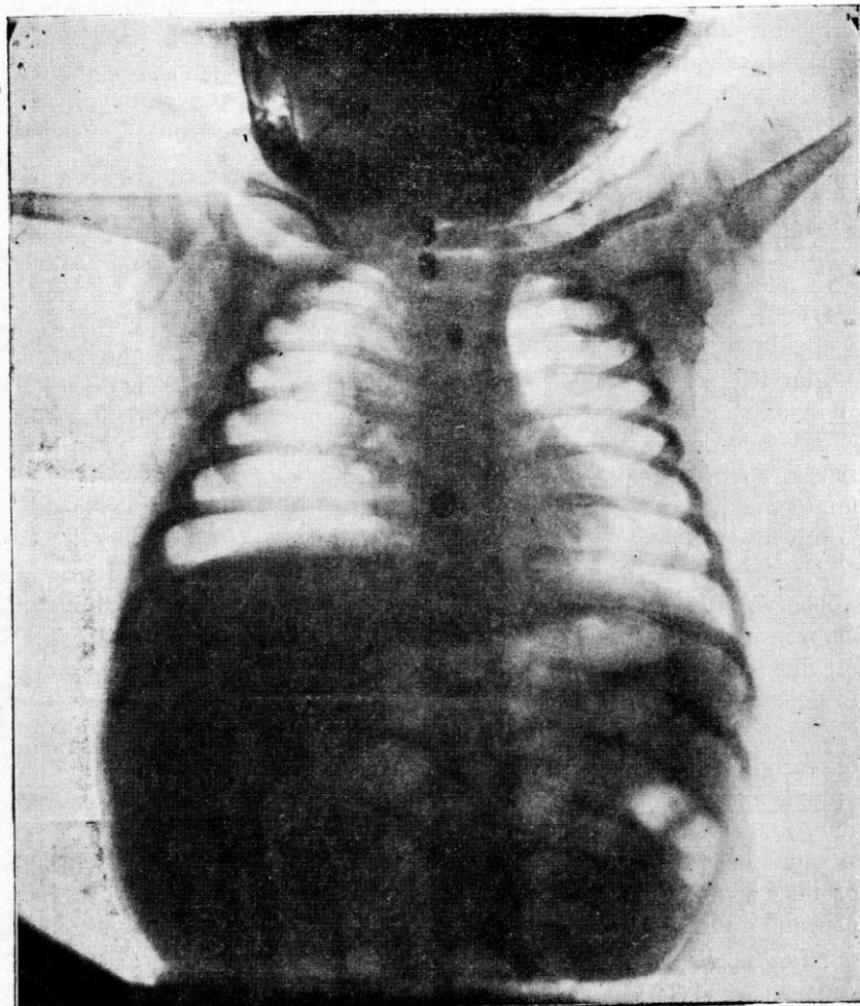
Posteriormente he observado, más o menos acentuados, seis casos más.

Sintomatología.

Siete casos he observado en el curso de 2 años, haciendo sistemáticamente radioscopias a los recién nacidos, pues como he dicho anteriormente, la hipertrofia del timo tiene alguna frecuencia en los primeros días de la vida, y sus síntomas se pueden resumir

así: dispnea, convulsiones, estridor, macicez precordial, cara bulbosa, venas dilatadas.

La Dispnea. Puede ser continua o paroxística: si es continua, se observa que el niño respira mal desde el primer momento y este



Timo hipertrófiado, niño de 15 días de nacido. Radiografía al veintiavo de segundo.

síntoma es observado por la madre quien llama la atención del médico. Cuando es paroxística, se presenta con accesos de sofocación más o menos frecuente, lo que ocurre ordinariamente durante la noche, en forma amenazante: el niño se asfixia y se cianosa, después de algunos momentos la crisis pasa, no dejando ninguna hue-

lla de turbación respiratoria. Estos accesos de dispnea y sofocación son debidos a la irritación del recurrente cuya exitación produce la constrictión de la laringe.

Convulsiones. Estas son frecuentes, sobre todo, van acompañadas de sofocación y parecen atribuirse a una deficiencia en el calcio o hipocalcemia; pues como se ha dicho, este órgano regula el metabolismo del calcio. Las convulsiones son de forma eclámptica.

Cornaje. Se llama cornaje un ruido especial que se oye a distancia producido en un punto estrechado, situado a cualquier nivel del árbol respiratorio.

El cornaje por hipertrofia del timo se puede presentar en formas diferentes: crónica, continua o intermitente; es decir, que el cornaje se presenta por accesos que están separados por períodos de respiración silenciosa; o en forma de un acceso único, mortal.

En la forma crónica se oye el cornaje desde los primeros días del nacimiento, algunas veces pasados tres meses; la característica especial del cornaje tímico consiste en que se oye a la inspiración y a la expiración, pero predomina especialmente en la inspiración.

El cornaje no se modifica por la oclusión de la boca o de las narices, condición que lo distingue del ronquido nazofaríngeo, aun cuando puede existir el caso de que en un mismo niño se encuentre el timo hipertrofiado y vegetaciones adenoides.

Macicez Precordial. En el niño que tiene el timo hipertrofiado se observa una voceladura del manubrio del externón. La percusión muestra una macicez extendida a uno y otro lado del externón, macicez que se nota muy bien cuando la hipertrofia tiene algún desarrollo.

Fenómenos de compresión. Las relaciones anatómicas que hemos estudiado antes, explican por qué en la hipertrofia del timo se puede observar la cara congestionada, las venas del cuello dilatadas, la gran fontanela distendida; la congestión pasiva del cerebro que puede terminar en un estado comatoso; este conjunto de síntomas constituye lo que se llama la forma cianótica de la hipertrofia del timo, y puede presentarse con o sin cornaje.

Signos radiológicos. La radiografía y la radioscopya son los exámenes que vienen a determinar con precisión, si los síntomas anteriormente descritos, pertenecen o no a la hiperplasia tímica; y este solo dato sirve, en el recién nacido, para hacer un diagnóstico diferencial. Cuando se examina en la pantalla fluoroscópica, en insidencia antero-posterior, un niño de pocos días, se observa que la sombra medio torácica del corazón tiene una forma vagamente triangular y está seguida hacia arriba de una banda vertical que corresponde a los gruesos vasos, y que se confunde con la sombra de la columna dorsal, desbordándola ligeramente a uno y otro lado.

En el caso de hipertrofia del timo se nota un ensanchamiento de la sombra mediastínica en su parte superior; más abajo, una deformación de esta sombra que toma un aspecto generalmente característico, de tronco de cono irregular, cuya gran base está hacia arriba. Las costillas que limitan la sombra vertebral son, en general, desiguales, y es ordinariamente hacia la derecha que la forma anormal está más desarrollada. Cuando se hace el examen del tórax en el recién nacido, se nota que la imagen en expiración es muy diferente de la imagen en inspiración y hace aparecer la sombra cardiovascular bajo aspectos susceptibles de hacer creer fácilmente la presencia de una falsa hipertrofia del timo. En la radiografía que acompaña este trabajo, tomada al veinteavo de segundo en inspiración, se ve que la sombra del timo se apodera de gran parte del hemitórax derecho, elevándose hasta el borde inferior de la clavícula, y del lado izquierdo se nota la sombra de los gruesos vasos que sobresalen de la columna vertebral; de manera que no puede pensarse que la sombra derecha sea una torción de la imagen de los gruesos vasos en un corazón normal, tanto más cuanto que la posición del niño es perfectamente antero-posterior.

En un recién nacido en quien se presenta una hipertrofia del timo, puede manifestarse uno o algunos de los síntomas anotados anteriormente; muy rara vez todos en conjunto, pero la observación de alguno de ellos, como la cara cianótica o la dificultad respiratoria, o las convulsiones, deben hacer pensar en buscar esta anomalía.

Muerte repentina, llamada tímica. Von Kundrat ha demostrado que en los sujetos muertos durante la anestesia general, se encontraba el timo hipertrofiado, y ha podido demostrar en 60 observaciones que las tres cuartas partes de los casos correspondían a sujetos de menos de 20 años. Los accidentes se observan con cualquier clase de anestésico y sobrevienen en una faz avanzada de la narcosis; se presentan bajo el tipo de síncope blanco cardíaco, en el cual fracasan todas las tentativas para reanimarlos y se debe probablemente a una compresión mecánica ejercida por el timo, sobre la tráquea y los órganos vecinos.

La muerte repentina en el recién nacido que se presenta generalmente de noche, cuando se halla al niño en su lecho pálido, cianosado, como muerto por asfixia, y que da origen a investigaciones judiciales, son generalmente producidas por el timo, pues a la autopsia sólo se encuentra la hipertrofia de dicho órgano.

La hipertrofia del timo puede obrar como causa agravante en algunas enfermedades torácicas. Es de común observación por ejemplo, que la tos ferina puede presentarse en condiciones de diferente intensidad: en algunos niños los accesos son muy débiles y otros presentan verdadera asfixia con sofocación; ésto, además de la vi-

rulencia del agente infectante, depende del terreno y de las condiciones en que se encuentran los órganos torácicos; un timo desarrollado, o la presencia de ganglios traqueo-brónquicos, influye para que los accesos sean mucho más fuertes. Ahora bien, conocida la susceptibilidad del tejido linfoideo a la acción de los rayos X, unas simples radioscopias en los casos de accesos sofocantes de tos quintosa, pueden hacerlos disminuir en intensidad.

Diagnóstico diferencial. Los síntomas anteriormente enumerados, cuando se presentan en un recién nacido, pueden dar origen a confusión. Las convulsiones, equivocarse con el tétano, en nuestros climas calientes, sobre todo si la herida umbilical está infectada. La dispnea y la cianosis pueden ser debidas a afecciones del aparato circulatorio. (Comunicación interventricular). El cornaje puede ser confundido con papilomas de la laringe, adenopatía traqueo-brónquica. Los fenómenos compresivos pueden ser debidos a un coto congenital, especialmente en las regiones donde existe la endemia del bocio. Pero todas estas afecciones podrán distinguirse en un examen radiológico.

Etiología.

En cuanto a la Etiología del timo hipertrofiado, Marfan y Paltlauf la atribuyen a un estado de raquitismo precoz, y puesto que la sífilis es la causa más frecuente de esta discrasia, en último término se puede decir que la sífilis es la causa de las hipertrofias tímicas.

El tratamiento se deduce de su Etiología y de la constitución anatómica del timo:

- 1) Tratamiento específico.
- 2) Tratamiento anti-raquítico, (calcio, vitamina D).
- 3) Aplicaciones de rayo X: Mil R. (Unas simples radioscopias los mejoran mucho).

Conclusiones.

- a) Es necesario pensar en la hiperfrofia del timo cuando en un recién nacido se presentan dispnea, estridor o convulsiones.
- b) Antes de aplicar la anestesia general a un niño, debe tenerse la seguridad de que el timo no está hipertrofiado.
- c) Los accesos de sofocación en el curso de una tos ferina, pueden atribuirse a timos hipertrofiados.

Bibliografía.

Marfan, Ch. Lenormant, R. Ledoux-Lebard, J. P. Griffith. L. Testut.—*Traité d'Anatomie.*

Pedro José Amaya D.

SUMARIO

- I El doctor Amaya presenta el estudio clínico y radiológico de un recién nacido con hipertrofia del timo. Da los síntomas frecuentes de tal estado y acompaña su relato con una radiografía.
- II Dice haber observado "más o menos acentuados, seis casos más". Describe los síntomas y signos radiológicos de la hipertrofia del timo en el recién nacido, incluyendo la "muerte repentina, llamada tímica".
- III Finaliza su estudio con el **diagnóstico diferencial**, la etiología, el tratamiento, las conclusiones y la bibliografía.

SUMMARY

- I Dr. Amaya gives a clinical and radiological study of a newborn child with hypertrophy of the thymic gland and expounds what are the frequent symptoms of such a state, accompanying his report with a radiograph.
- II He claims to have observed "six cases more or less acute". He describes the symptoms and radiological signs of thymic hypertrophy in the newborn child, including "sudden death termed thymic".
- III He completes his study with **differential diagnosis**, etiology, treatment, deductions and a bibliography of the subject.

Translation by Rafael Muñoz D. del C.

EXPLICACION

(Explanation)

HOMBRE (Generación parásita).

- a) Piel (pies) Accidentalmente la boca (a').
- b) Circulación venosa.
- c) Corazón.
- d) Pulmones.
- e) Arbol respiratorio (Epiglotis).
- e') Esófago.
- f) Estómago.
- g-h) Duodeno e Intestino delgado.
- i) Hembra partenogenética. (Casi siempre).
- j) Huevos embrionados. (Raros en las materias fecales).
- k) Larva rabditoide (225 micras). (A veces se transforma en larva "filariforme" enana (1) **Hi-perinfección** (invadiendo la mucosa del ileum o del colon) o "Autoinfección" (a través de la piel perianal o perineal) Faust.
- l) Larva filariforme enana.
- ll) Venas mesentéricas.
- m) Intestino grueso.
- n) Recto.

FUERA DEL HOSPEDERO. (Generación de vida libre).

CICLO DIRECTO. (Corto).

- A) Larva rabditoide (500 micras). (Esófago dilatado).
- D)—Larva Filariforme Infectante. (Esófago largo).

CICLO INDIRECTO. (Largo).

- B)—Formas Sexuadas. (Macho y hembra).
- C)—Larva Rabditoide. (Muda una vez y da, la larva Filariforme).
- D) Larva Filariforme, infectante.

MAN. (Parasitic Generation).

- Skin (feet) Accidentally mouth.
- Veinous way.
- Heart.
- Lungs.
- Respiratory tree. (Epiglottis).
- Oesophagus.
- Stomach.
- Duodenum, Small intestine.
- Parasitic female.
- Embryonated eggs. (Seldom in feces).
- Rhabditiform larvae. (225 m.) (Sometimes metamorphose into dwarfed filariform larvae (1) **Hyperinfection** (invading the mucosa of the ileum or colon) or "autoinfection" (through perianal or perineal skin). Faust.
- Dawrfed filariform larvae.
- Mesenteric venules.
- Large intestine.
- Rectum.

OUT OF THE HOST. Free-living Generation).

DIRECT CYCLE (Short).

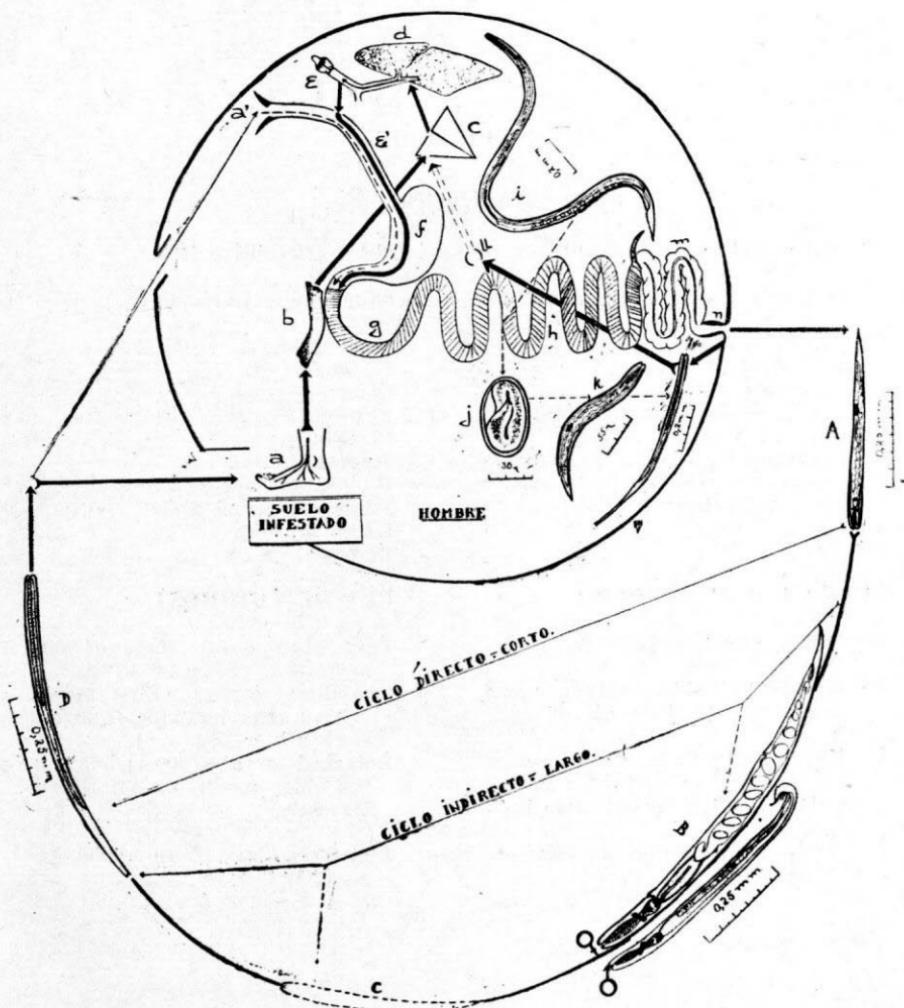
- Rhabditoid larvae. (500 m.). (Club-shaped anterior portion).
- Filariform larvae. Infective stage. (Long esophagus).

INDIRECT CYCLE (Long).

- Sexual form. (Male and female).
- Rhabditoid larvae. (One moult and passes to Filariform larvae).
- Filariform larvae. Infective stage.

CICLO EVOLUTIVO DEL STRONGYLCIDES STERCOLARIS

(Life Cycle Chart of *Strongyloides stercoralis*).



(*) Colección Original del doctor ALFONSO BONILLA NAAR. — Bogotá, Colombia.

(Original collection. All Rights Reserved: The Author and The General Biological Supply House of Chicago.

EXPLICACION

(Explanation)

HOMBRE (Hospedero definitivo).

- a) Piel (pies) Accidentalmente la boca (a').
- b) Corriente venosa.
- c) Corazón.
- d) Pulmones.
- e) Arbol respiratorio (epiglottis).
- e') Esófago.
- f) Estómago.
- g-h) Duodeno e intestino delgado.
- i) Adultos. Macho y hembra.
- j) Intestino grueso.
- r) Recto.

FUERA DEL HOSPEDERO

- A) Huevo (4-8 blastómeros)
60 m. x 40 m.—
- B) Larva rabditoides. (Muda, por primera vez, al tercer día de salida del huevo) 270 m.—
- C) Larva aumentada de tamaño (500 m.) muda al quinto u octavo día, y pasa a "Filariforme infectante".
- D) Larva Filariforme infectante (700 m.).

MAN (Definitive Host).

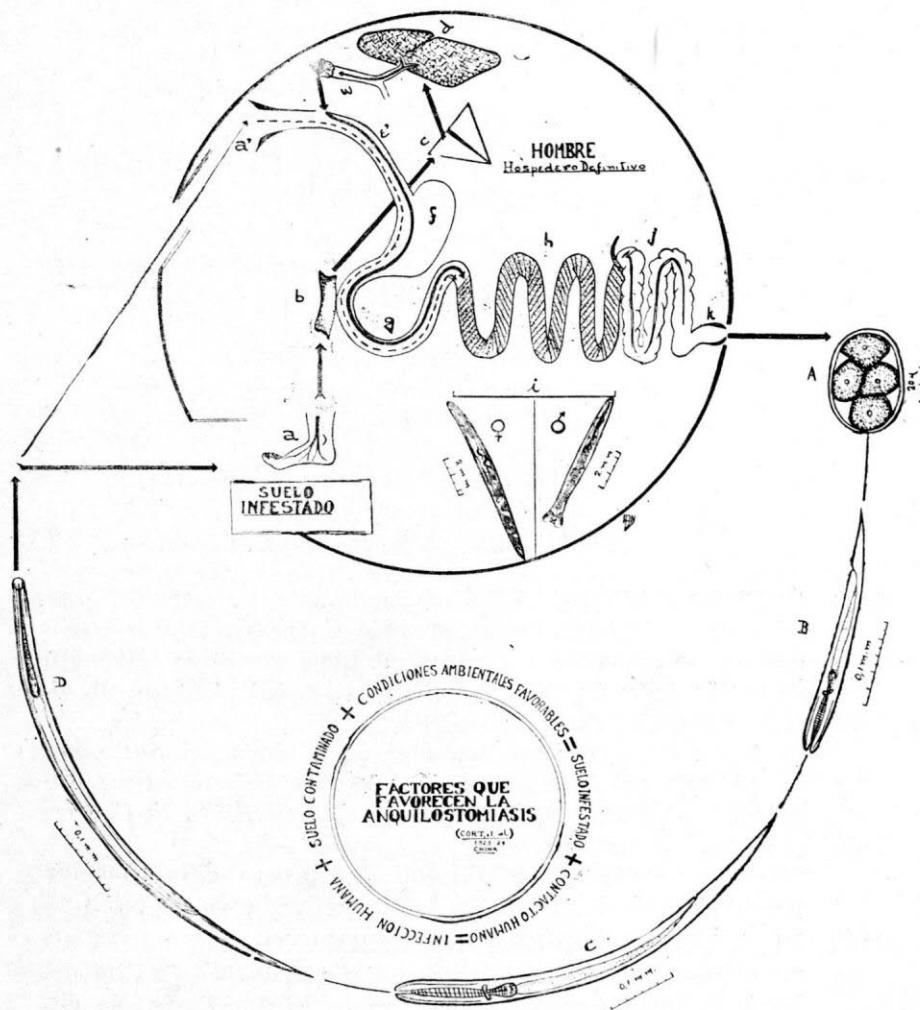
- Skin (feet) Accidentally, mouth (a').
- Veinous way.
- Heart.
- Lungs.
- Respiratory tree. (Epiglottis).
- Oesophagus.
- Stomach.
- Duodenum, Small intestine.
- Adult, male and female.
- Large intestine.
- Rectum.

OUT OF THE HOST.

- Egg. (4-to 8-cell stage of segmentation) 60 m. x 40 m.—
- Rhabditoid larvae. (First moult, 3 days after hatching from the egg) 270 m.—
- Enlarged larvae. (500 m.) 5th or 8th day, moult to Filariform larvae.
- Filariform larvae. Infective stage (700 m.).

**CICLO EVOLUTIVO DEL ANCYLOSTOMA DUODENALE Y DEL NECA-
TOR AMERICANUS (*)**

(Life Cycle Chart of *Ancylostoma duodenale*, and *Necator americanus* (*).)



(*) Colección Original del doctor ALFONSO BONILLA NAAR. - Bogotá, Colombia.

(Original collection. All Rights Reserved: The Author and The General Biological Supply House of Chicago.

(*) Con la excepción de algunas claras diferencias, anatómicas, ambos parásitos siguen un ciclo evolutivo semejante.

(*) Both parasites follow a similar life cycle, although they have some different anatomical structures.

EXPLICACION

(Explanation)

HOMBRE (Generación parásita).

- a) **Piel (pies) Accidentalmente la boca (a).**
- b) Circulación venosa.
- c) Corazón.
- d) Pulmones.
- e) Árbol respiratorio (Epiglotis).
- e') Esófago.
- f) Estómago.
- g-h) Duodeno e Intestino delgado.
- i) Hembra partenogenética. (Casi siempre).
- j) Huevos embrionados. (Raros en las materias fecales).
- k) Larva rabditoide (225 micras). (A veces se transforma en larva "filariforme" enana (1) **Hyperinfección** (invadiendo la mucosa del ileum o del colon) o "**Autoinfección**" (a través de la piel perianal o perineal) Faust.
- l) Larva filariforme enana.
- ll) Venas mesentéricas.
- m) Intestino grueso.
- n) Recto.

FUERA DEL HOSPEDERO. (Generación de vida libre).

CICLO DIRECTO. (Corto).

- A) Larva rabditoide (500 micras). (Esófago dilatado).
- D)—Larva Filariforme Infectante. (Esófago largo).

CICLO INDIRECTO. (Largo).

- B)—Formas Sexuadas. (Macho y hembra).
- C)—Larva Rabditoide. (Muda una vez y da, la larva Filariforme).
- D) Larva Filariforme, infectante.

MAN. (Parasitic Generation).

- Skin (feet) Accidentally mouth.
- Veinous way.
- Heart.
- Lungs.
- Respiratory tree. (Epiglottis).
- Oesophagus.
- Stomach.
- Duodenum, Small intestine.
- Parasitic female.
- Embryonated eggs. (Seldom in feces).
- Rhabditiform larvae. (225 m.) (Sometimes metamorphose into dwarfed filariform larvae (1) **Hyperinfection** (invading the mucosa of the ileum or colon) or "autoinfection" (through perianal or perineal skin). Faust.
- Dawrfed filariform larvae.
- Mesenteric venules.
- Large intestine.
- Rectum.

OUT OF THE HOST. Free-living Generation).

DIRECT CYCLE (Short).

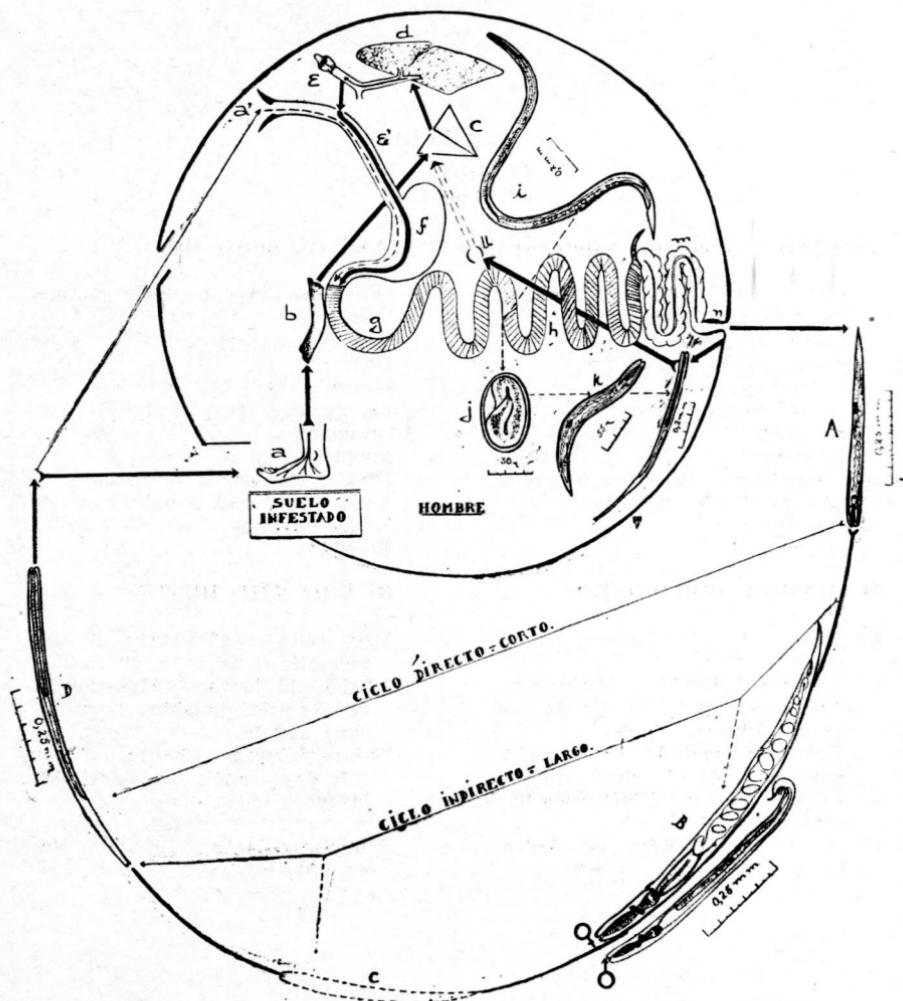
- Rhabditoid larvae. (500 m.). (Club-shaped anterior portion).
- Filariform larvae. Infective stage. (Long esophagus).

INDIRECT CYCLE (Long).

- Sexual form. (Male and female).
- Rhabditoid larvae. (One moult and passes to Filariform larvae).
- Filariform larvae. Infective stage.

CICLO EVOLUTIVO DEL STRONGYLOIDES STERCOLARIS

(Life Cycle Chart of *Strongyloides stercoralis*).



(*) Colección Original del doctor ALFONSO BONILLA NAAR. — Bogotá, Colombia.

(Original collection. All Rights Reserved: The Author and The General Biological Supply House of Chicago.

EXPLICACION

(Explanation)

HOMBRE (Hospedero definitivo).

- a) Piel (pies) Accidentalmente la boca (a').
- b) Corriente venosa.
- c) Corazón.
- d) Pulmones.
- e) Arbol respiratorio (epiglottis).
- e') Esófago.
- f) Estómago.
- g-h) Duodeno e intestino delgado.
- i) Adultos. Macho y hembra.
- j) Intestino grueso.
- r) Recto.

FUERA DEL HOSPEDERO

- A) Huevo (4-8 blastómeros) 60 m. x 40 m.—
- B) Larva rabditoidé. (Muda, por primera vez, al tercer día de salida del huevo) 270 m.—
- C) Larva aumentada de tamaño (500 m.) muda al quinto o octavo día, y pasa a "Filariforme infectante".
- D) Larva Filariforme infectante (700 m.).

MAN (Definitive Host).

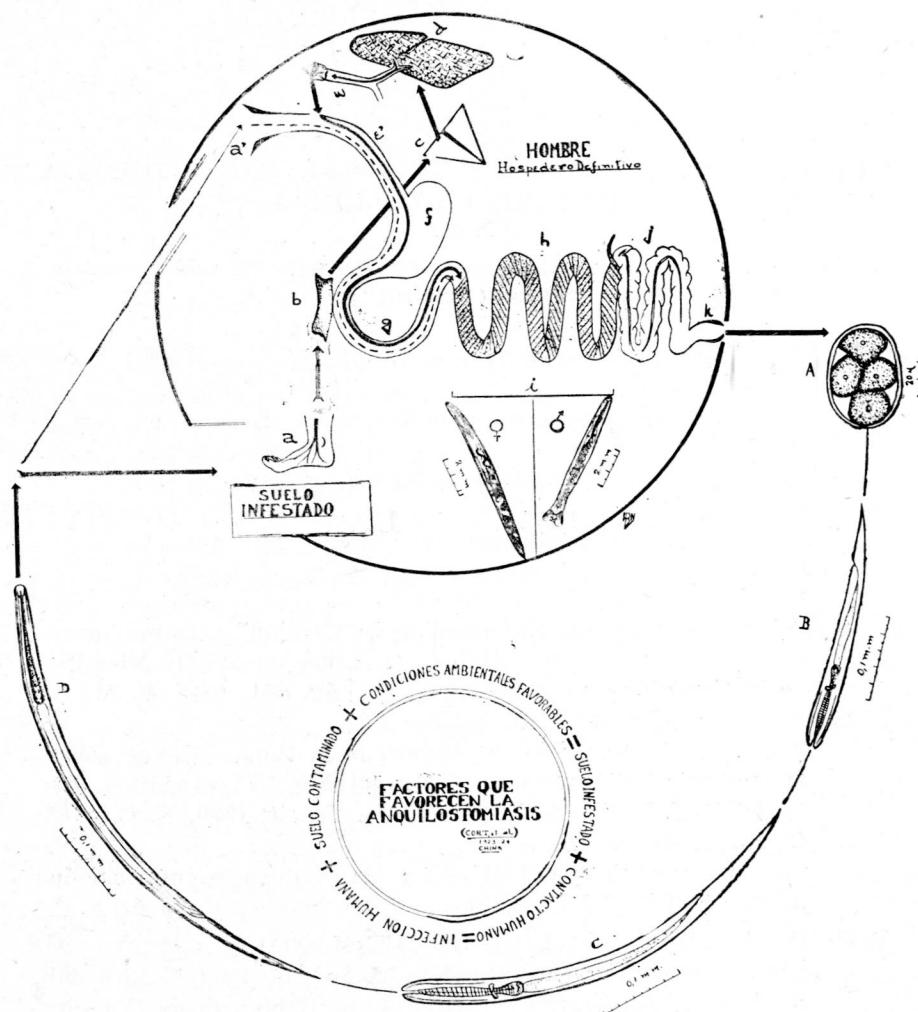
- Skin (feet) Accidentally, mouth (a').
- Veinous way.
- Heart.
- Lungs.
- Respiratory tree. (Epiglottis).
- Oesophagus.
- Stomach.
- Duodenum, Small intestine.
- Adult; male and female.
- Large intestine.
- Rectum.

OUT OF THE HOST.

- Egg. (4-to 8-cell stage of segmentation) 60 m. x 40 m.—
- Rhabditoid larvae. (First moult, 3 days after hatching from the egg) 270 m.—
- Enlarged larvae. (500 m.) 5th or 8th day, moult to Filariform larvae.
- Filariform larvae. Infective stage (700 m.).

CICLO EVOLUTIVO DEL ANCYLOSTOMA DUODENALE Y DEL NECA TOR AMERICANUS (*)

(Life Cycle Chart of *Ancylostoma duodenale*, and *Necator americanus* (*).



(*) Colección Original del doctor ALFONSO BONILLA NAAR. - Bogotá, Colombia.

(Original collection. All Rights Reserved: The Author and The General Biological Supply House of Chicago.

(*) Con la excepción de algunas claras diferencias, anatómicas, ambos parásitos siguen un ciclo evolutivo semejante.

(*) Both parasites follow a similar life cycle, although they have some different anatomical structures.

HISTORIA DE LA MEDICINA TROPICAL, PARASITOLOGÍA E HIGIENE, EN COLOMBIA

Datos bibliográficos correspondientes a 113 años de labores colombianas. (1830-1943).

Por el doctor *Alfonso Bonilla Naar.*

(Continuación).

BARTONELLOSIS

(22 trabajos. 1913-1942).

1923 CUERVO MARQUEZ LUIS.

“Verruga del Perú. Enfermedad de Carrión”. (Datos tomados de las discusiones clínicas en Lima en 1912). Miembro de la Comisión de Colombia. N. C. Pág. 451, 4565, R. M. B.

1938 RUIZ RESTREPO PROSPERO.

“Informe del Ingeniero Visitador de la Zona del Sur sobre la epidemia del Guáitara. Pasto, octubre 15”. (Inédito). Cita del Prof. Patiño C. *Bartonellosis*. Ya cit. 1939. N. C.

1939 GARZON MANUEL.

“Historias clínicas del Hospital de Ancuyá e información personal”. Cita del Prof. Patiño C. *Bartonellosis*. Ya cit. N. C.

1939 PIÑA JULIO (REVERENDO HERMANO).

“Archivos del Asilo-hospital San Rafael, de Pasto”. Cita del Prof. Patiño Camargo. Trabajo sobre *Bartonellosis*. Ya cit. N. C.

1939 PATIÑO-CAMARGO LUIS.

“Nota preliminar sobre un “Nuevo foco de *Bartonellosis* en América”. Boletín de la Unión Sanitaria Panamericana. Wash. Vol. XVIII. N° 4. Abril. (Lista de trabajos del autor, suministrada gentilmente. N. C.).

1939 PATIÑO-CAMARGO LUIS.

“*Bartonellosis* en Colombia”. Comunicación a la Academia de Medicina de Bogotá, el 18 de Abril de 1939. Vol. VII. N° 10. Abril. Rev. Fac. Med.

- 1939 ALMANZAR PEDRO J.
"Informe sobre Bartonellosis". Presentado a la Academia Nal. de Medicina el 23 de Mayo de 1939. Vol. VIII. N° 11. Mayo. Rev. Fac. Med.
- 1939 JARAMILLO J. RAUL.
"Contribución al estudio de la Bartonellosis en Colombia". Tesis. Bogotá. Mención Honorífica.
- 1939 JARAMILLO RAUL.
"Archivos del Hospital de Sandoná e información personal". Cita del Prof. Patiño C. *Bartonellosis*. Ya cit. N. C.
- 1939 PORTILLA MARCIAL.
"Historias clínicas del Hospital de Samaniego". Cita del Prof. Patiño C. *Bartonellosis*. Ya cit. N. C.
- 1939 DIAZ HIGINIO (RVDO. PADRE).
"Archivos parroquiales de Consacá e informaciones personales". Cita del Prof. Patiño C. *Bartonellosis*. Ya cit. N. C.
- 1940 PATIÑO-CAMARGO LUIS.
"La Bartonellosis como problema de salubridad internacional". Cuarta Conferencia Panamericana de Directores de Sanidad, por intermedio del delegado de Colombia, Prof. Jorge Bejarano. Abril. (Lista de trabajos del autor. N. C.).
- 1940 CASTRO S. ALFONSO.
"Dermatosis Bartonélica en el Guáitara". Tesis. Bogotá.
- 1940 PATIÑO-CAMARGO LUIS.
"Estado actual de la Bartonellosis en el Continente Americano". Vol. IX. N° 3. Septiembre. Rev. Fac. Med.
- 1940 PATIÑO-CAMARGO LUIS.
"Informe sobre Bartonellosis o Fiebre Verrucosa del Guáitara". Epidemia de Nariño. Presentado a la III Semana Médica Nal. Med. y Cir. del Atlántico. Vol. VII. N° 4. Abril. Bibl. Fac. Nal. Med.
- 1941 SAMPER BERNARDO, MONTOYA JUAN A.
"Estudios bacteriológicos y experimentales de un germe aislado en una epidemia de Bartonellosis en el Depto. de Nariño". Vol. IX, N° 9. Pág. 657. Rev. Fac. Med.
- 1941 GROOT HERNANDO, MAYORAL PEDRO, MARTINEZ LUIS E.
"Bartonellosis y fenómeno de Mooser". Vol. IX. N° 4. Pág. 545. Rev. Fac. Med.
- 1941 SAMPER BERNARDO, MONTOYA C. JUAN ANTONIO.
"Bartonellosis en el Depto. de Nariño". Vol. IX. N° 4. Pág. 197. Rev. Fac. Med.
- 1941 PORTILLA ALFONSO.
"Bartonella y Verruga". Vol. IX. N° 4. Pág. 240. Rev. Fac. Med.

- 1941 PATIÑO-CAMARGO LUIS, CIFUENTES PLINIO, SANCHEZ HERRERA MANUEL.
"El primer caso de Bartonellosis (Fiebre Verrucosa del Guáitara) en Bogotá". Vol. IX. N° 6. Pág. 351. Rev. Fac. Med.
- 1942 BENAVIDES D. AURELIO.
"Estudio clínico y anatomo-patológico de las Verrugas y nódulos subcutáneos de la Bartonellosis humana o Enfermedad de Carrión". Tesis.
- 1942 DELGADO BEDOYA GABRIEL. (Peruano).
"Verruga Peruana y Malaria asociadas". Vol. X. N° 9. Marzo. Rev. Fac. Med.

BERI-BERI

(9 trabajos. 1887-1940).

- 1887 DIRECCION.
"Origen del Beriberi". Comentarios. Pág. 881, 4520. R. M. B.
- 1887 GARCIA EVARISTO.
"Ensayo sobre el Beri-beri en el Cauca". Pág. 796, 4520. Continúa, 833. R. M. B.
- 1894 GUTIERREZ V. PABLO E.
"El Beri-Beri en Colombia". Tesis. Bogotá.
- 1903 COMISION DE PANAMA. (REPRODUCCIONES).
"Epidemia de Beri-Beri". Informe de una Comisión. Pág. 782. 4557. Abril. R. M. B.
- 1904 PERDOMO ADRIANO.
"Estudio sobre el Beri-Beri". Tesis. Bogotá.
- 1904 URICOECHEA L. J.
"Contribución al estudio del Beri-Beri". Historia. Definiciones. Etiología". Pág. 161, 4567. Continuación, 258, idem, conclusión, 356, idem. R. M. B.
- 1929 CORREA R. BERNARDO.
"Contribución al estudio del Beri-Beri". Tesis de Medellín. Antioquia. Biblioteca Fac. Med.—Medellín, Tomo VIII/2.
- 1935 CONCHA VENEGAS JOSE VICENTE.
"El Beri-Beri". Tesis. Bogotá.
- 1940 HERRERA HERRERA ABEL JOSE.
"El Beri-Beri en Leticia". Tesis. Bogotá.

CARATE

(22 trabajos. 1862-1943).

- 1875 MAYODON JULIO. (Venezolano. Barinas).
"Una terrible Enfermedad. Cromodermis (Carate)". Pág.

208. 5243. R. M. B. (Será este el primer trabajo venezolano? N. C.).
- 1878 PLATA AZUERO MANUEL.
"Observación sobre Carate". Pág. 444. 5241. R. M. B.
- 1878 APARICIO ABRAHAM.
"Para el estudio del Carate". Editorial. Pág. 443. 5241. R. M. B.
- 1879 GOMEZ JOSUE.
"Taches endémic de Cordilleres". These. París. (Cita de Peña Chavarría, 1925. N. C.).
- 1881 GOMEZ JOSUE.
"Del Carate". (Tesis sostenida en París. N. C.) Pág. 226. 8529. Continúa: Págs. 378-424-519. idem. Continúa: Pág. 43. 4763. 1882 y pág. 222. idem. 1882. R. M. B.
- 1882 CASTAÑEDA GABRIEL J.
"Bocio y Carate. Causa y naturaleza de estas afecciones". Pág. 251, 4764, R. M. B.
- 1898 MONTOYA Y FLOREZ J. B.
"Recherches sur les Caratés de Colombia". Tesis. París.
- 1903 URIBE A.
"Observaciones sobre Carate". Anals. Acad. Med. Medellín. Vol. III. Pág. 311. Cita de Peña Chavarría.
- 1923 TRIANA MIGUEL.
"Boletín de la Sociedad Colombiana de Ciencias Naturales". N° 73. Cita de Peña Chavarría. (Carate. N. C. Habla del paso de emigraciones aztecas por Colombia. N. C.).
- 1924 URUETA EDUARDO.
"Pinta or Carate (With special reference to treatment. Conference of health problems in tropical America". United Fruit Co. Pág. 524. (Cita de González Herrejón).
- 1925 MANRIQUE JUAN EVANGELISTA.
"El Carate". Rev. Ilustrada de Bogotá. Pág. 145. Bogotá. Cita de Peña Chavarría.
- 1925 MONTOYA Y FLOREZ.
"Arch. de Parasitologie". Vol. II. Pág. 596. Cita de Peña Chavarría.
- 1925 PEÑA CHAVARRIA A.
"Algo más sobre los carates en Colombia. Pág. 56, 5089. Rev. Med. Quirúrgica de los Hospitales. Continúa Pág. 93, idem. 142, 198, 248. Conclusión: 282, idem.
- 1926 MENK. (UNITED FRUIT. Co.).
"The percentage of Positive Wassermann reactions found associated with various diseases". Reporte N° 15, anual de la United Fruit. Hospital de Santa Marta, Colombia.

- 1928 FOX HOWARD. M. D.
"Caraté (Pinta) as observed in Colombia South America. Archiv of Dermatology and Syphilology. Vol. 18. Nº 5.
- 1930 THONNARD NEUMAN, CAMACHO MOYA, BREWSTER.
"Is Carate (Pinta) a dermatomycosis?". Santa Marta. Reporte Nº 19. United Fruit Co.
- 1936 URIBE ESCOBAR GUSTAVO.
"Serología del Carate". Quinto Congreso Med. Nal. Barranquilla. Tomo I. Pág. 135. Bibl. Federación Med. Nacional. Bogotá.
- 1937 PELAEZ BOTERO JESÚS.
"Mi experiencia personal a propósito del Líquido cefalo-raqüideo. Su estudio en el Carate". Bol. Clínico. Medellín. Año III. Nº 5. Enero. Nº 29. Pág. 289.
- 1938 GONZALEZ HERREJON SALVADOR.
"El mal del Pinto". México. D. F. Edición de la Revista de Información Terapéutica Leverkusen (Alemania).
- 1939 BRUMPT LUCIEN, UCROS GUZMAN HERNANDO.
"Investigaciones sobre Treponema carateum en Colombia. Técnica y resultados". Medicina de Fischer. Bogotá. Pág. 387. Nº 12. Diciembre.
- 1943 BONILLA NAAR ALFONSO.
"Comunidad del origen americano de la Sífilis, las Bubas y el Carate". Colombia Médica, agosto. 1943.
- 1943 BONILLA NAAR ALFONSO.
"Colombia ante el Carate". Dedicado al doctor David R. Iriarte. Rev. Med. de Occidente. Vol. I, Nº 3, mayo, y Boletín Clínico de Antioquia. Año VIII, Nº 12/44.

COLERA NOSTRAS

(3 trabajos. 1886-1925).

- 1886 FONNEGRA LUIS.
"Cólera Nostras". Pág. 145, 4519. R. M. B.
- 1897 FRANCO F. ROBERTO
"Cólera Nostras". Tesis. Bogotá.
- 1925 VILLEGRAS NESTOR, DUQUE LINCE E.
"Cólera Nostras". Pág. 165. 5089. Rev. Med. Quirúrgica de los Hospitales.

COTO

(11 trabajos. 1810-1942).

- 1810 CAMACHO JOAQUIN.
"Memoria Segunda sobre las causas y curación de los Cotos". (En continuación del "Semanario del Nuevo Reino de

- Granada". Bogotá. Imprenta Real). (Cita del doctor Socarrás. *Coto y Cretinismo en Colombia*. 1942. Ya cit. N. C.).
- 1849 DE CALDAS, FRANCISCO JOSE.
"El influjo del clima sobre los seres organizados". (En *Se-
manario de la Nueva Granada*. París, Lassere. Editor). (Ci-
ta del doctor Socarrás. *Coto y Cretinismo en Colombia*. 1942.
Ya cit. N. C.).
- 1849 BOUSSINGAULT M.
"Sobre las causas del Coto en las Cordilleras de la Nueva
Granada (en viajes científicos a los Andes Ecuatoriales)"
Traducción de J. Acosta. París. Lassere, editor. (Cita del
doctor Socarrás. *Coto y Cretinismo en Colombia*. 1942. Ya
cit. N. C.).
- 1849 BOUSSINGAULT M.
"Memoria sobre las salinas yodíferas de los Andes (en via-
jes científicos a los Andes Ecuatoriales)". Traducción de J.
Acosta. París, Lassere, editor. (Cita del doctor Socarrás.
Coto y Cretinismo en Colombia. 1942. Ya cit. N. C.).
- 1882 CASTAÑEDA GABRIEL.
"Bocio y Carate". Causa y Naturaleza de estas afecciones".
Pág. 251. 4764. R. M. B.
- 1887 LOPERA MARCO A.
"Bocio. Desarrollo de esta afección según la temperatura y
situación de ciertas localidades". Pág. 756, 4520. R. M. B.
- 1930 BORRERO HOLGUIN PABLO.
"Los cotos en el Valle del Cauca". Tesis. Bogotá.
- 1931 DEL PORTILLO FARAON.
"Contribución al estudio del Coto Endémico en el Depto. de
Cundinamarca". Bogotá. Librería Nueva. (Cita del doctor
Socarrás. *Coto y Cretinismo en Colombia*. 1942. Ya citado.
N. C.).
- 1935 PATIÑO-CAMARGO LUIS.
"El Coto". Publicaciones de Cultura Aldeana del Ministerio
de Educación. Bogotá.
- 1935 LAVERDE MERCADO LUIS.
"Ensaya de contribución al estudio de la etiología geológica
de los cotos". Pág. 10, 8797. R. M. B.
- 1942 SOCARRAS JOSE FRANCISCO.
"Coto y Cretinismo en Colombia". Anales de Economía y Es-
tadística. Bogotá. Octubre 5. (Este es uno de los trabajos
más completos que se han escrito sobre el particular. N. C.).

DENGUE

(4 trabajos. 1890-1899).

- 1890 GARCIA MEDINA PABLO.
"El *Dengue* y la Grippe.". Pág. 13. 4562. R. M. B.
- 1890 APARICIO ABRAHAM.
"El *Dengue*". Pág. 9, 4562. R. M. B.
- 1890 DIRECCION.
"Naturaleza parasitaria del *Dengue*". Extracto Rev. extranjera. Pag. 60, 4562. R. M. B.
- 1899 CASTAÑEDA GABRIEL J.
"Historia del *Dengue* y la gripe desde 1873 hasta 1899". N. C. Pág. 268. 4554. R. M. B.

DIFTERIA

(8 trabajos. 1887-1931).

- 1887 CASAS ROJAS J.
"Nota del alcalde acerca de la Difteria". Pág. 784, 4520. R. M. B.
- 1897 HERRERA JUAN DAVID.
"Difteria desde el punto de vista bacteriológico y seroterápico". Pág. 35. 4553. Continúa, 78, idem, 97, 138, 227, 257, continúa, 292, (1898), 321, conclusión, 353. R. M. B.
- 1929 BERNAL JIMENEZ ALEJANDRO.
"La inmunidad antidiftérica en Bogotá. Apuntes para un estudio epidemiológico". Tesis. Bogotá.
- 1931 RAMIREZ BERNARDO.
"Contribución al estudio de la receptividad diftérica, en Medellín y su profilaxis por la anatoxina". Tesis. Medellín. Tomo VIII/11.
- 1931 PEÑA CHAVARRIA A., MORENO PEREZ IGNACIO.
"Vacunación Antidiftérica en Bogotá. Resultados de la anatoxina del Instituto Samper-Martínez". Pág. 580, 6457. R. M. B.
- 1931 CADENA C. DARIO.
"Vacunación Antidiftérica". Pág. 356, 6457. R. M. B.
- 1931 PEÑA CHAVARRIA A., MORENO PEREZ IGNACIO. (Director y Epidemiólogo del Instituto Samper-Martínez).
"Consideraciones epidemiológicas de la Difteria en el Trópico. La prueba de Schick y el portador diftérico". Pág. 500, 6457. R. M. B.
- 1931 ALMANZAR PEDRO J.

“Estudio Bacteriológico de una epidemia local de Difteria en el Hospital de San Juan de Dios”. Pág. 777, 6457. R. M.B.

DISENTERIA BACILAR Y DISENTERIAS NO DEFINIDAS

(11 trabajos. 1884-1937).

- 1884 GARCES ALFREDO, PRADOS O. MANUEL.
“Diagnóstico diferencial clínico y anatomo-patológico entre la Fiebre Tifoidea, la Tuberculosis y la *Disentería*”. Pág. 199, 4766. R. M. B.
- 1886 GARCES ALFREDO.
“Disentería”. Pág. 406, 4519, continúa, 435. R. M. B.
- 1889 RICO ABEL DE J.
“Apuntaciones sobre la Disentería de Bogotá”. Tesis. Bogotá.
- 1890 RICO ABEL DE J.
“Apuntaciones sobre la Disentería de Bogotá”. Pág. 792 4558. Febrero. R. M. B.
- 1894 RUEDA A. MIGUEL.
“Diarrea infecciosa complicada de gangrena”. Pág. 38, 4556. (Hay Pág. 38 pero de 1892, en el mismo volumen). R. M. B.
- 1904 GOMEZ S. VICTOR A. (Zapatoca).
“El *Bacillus coli* y las entero colitis epidémicas”. Pág. 327, 4555. R. M. B.
- 1914 GUTIERREZ MANUEL.
“Contribución al estudio de las disenterías en Bogotá”. Tesis. Bogotá.
- 1915 DOMINGUEZ PARRAGA G.
“Contribución al estudio de la disentería epidémica”. Tesis. Bogotá.
- 1916 RIVERA ANGEL ARTURO.
“Apuntes sobre la disentería bacilar epidémica de 1915 en la República de El Salvador”. Tesis. San Salvador.
- 1924 LASERNA VILLEGRAS EMILIANO.
“Contribución al estudio de la disentería bacilar”. Tesis. Bogotá.
- 1937 BONILLA NAAR ALFONSO.
“Precauciones indispensables para un certero diagnóstico de Disentería Bacilar”. Bol. Clínico de Antioquia. Año III. N° 8. Mayo. N° 32. Pág. 458.

ESCARLATINA

(2 trabajos. 1905-1926).

- 1905 MANCERA RAMON.
“La Escarlatina en Bogotá”. Tesis. Bogotá.

1926 GARCIA NESTOR.

"Contribución al estudio de la Escarlatina". Tesis. Bogotá.

ESPIROQUETOSIS BRONQUIAL

(3 trabajos. 1926-1940).

1926 RODRIGUEZ RAFAEL M.

"La Espiroquetosis bronquial (bronquitis sangrante) causa frecuente de error en el diagnóstico de la Tuberculosis". Tesis. Bogotá.

1932 PELAEZ MEJIA ALFONSO.

"Un caso de espiroquetosis bronquial que cede al Neostibosán". Vol. I. Nº 5. Octubre. R. M. B.

1940 PUTMAN TANCO EDUARDO, CHRISTIANSEN JUAN.

"Tres casos de Espiroquetosis broncopulmonar de Castellani. diagnosticados como Tuberculosis Pulmonar". Med. y Cir. del Atlántico. Enero. Pág. 196.

ESTADISTICA

(30 trabajos. 1891-1941)

1889 LONDOÑO JUAN B.

"Datos relativos a mortalidad en 1889, en Antioquia". Boletín Clínico. Pág. 20. Año III. Nº 1. Septiembre. Nº 25. 1936.

1894 ESGUERRA CARLOS.

"Notas epidemiológicas". XVIII. Nº 196. Págs. 15-20. Junio. 4561. R. M. B.

1902 AMAYA ARIAS RICARDO.

"Estadística de mortalidad en Bogotá". Archivos municipales. 1902-1905. (Cita del Prof. Patiño-Camargo. Tesis. 1922. Tomo 4340. Biblioteca Fac. N. C.).

1905 AMAYA ARIAS RICARDO.

"Cuadro de la mortalidad en Bogotá en abril de 1905". Pág. 63, 4561. R. M. B.

1905 AMAYA ARIAS RICARDO.

"Mortalidad en Bogotá en mayo de 1905". Pág. 95 4561. R. M. B.

1905 AMAYA ARIAS RICARDO.

"Mortalidad en Bogotá en junio de 1905". Pág. 127, 4561. R. M. B.

1905 AMAYA ARIAS RICARDO.

"Mortalidad en Bogotá en julio de 1905". Pág. 158, 4561. R. M. B.

- 1905 **AMAYA ARIAS RICARDO.**
 "Mortalidad en Bogotá en agosto de 1905". Pág. 191. 4561.
 R. M. B.
- 1906 **AMAYA ARIAS RICARDO.**
 "Mortalidad en Bogotá en septiembre de 1905". Pág. 223, 4561. R. M. B.
- 1906 **AMAYA ARIAS RICARDO.**
 "Mortalidad en Bogotá en octubre de 1905". Pág. 255, 4561.
 R. M. B.
- 1906 **AMAYA ARIAS RICARDO.**
 "Mortalidad en Bogotá en febrero de 1906". Pág. 383, 4561.
 R. M. B.
- 1906 **AMAYA ARIAS RICARDO.**
 "Mortalidad en Bogotá en diciembre de 1905". Pág. 317, 4561. R. M. B.
- 1906 **AMAYA ARIAS RICARDO.**
 "Mortalidad en Bogotá en enero de 1906". Pág. 351. 4561.
 R. M. B.
- 1906 **AMAYA ARIAS RICARDO.**
 "Mortalidad en Bogotá en noviembre de 1905. Pág. 287, 4561.
 R. M. B.
- 1906 **IRIARTE MARCO A.**
 "Mortalidad infantil en Bogotá". Pág. 325, 4561. R. M. B.
- 1907 **SOLANO CENON.**
 "Estadística de mortalidad de Bogotá". Archivos municipales, desde 1907. (Cita del Prof. Patiño-Camargo. Tesis. 1922. N. C.).
- 1912 **CASTILLA RAUL.**
 "Anotaciones sobre la mortalidad en Bogotá". Tesis. Bogotá.
- 1916 **ARANGO M. MIGUEL.**
 "Salubridad y mortalidad en Barranquilla en 1915". Fragmentos. N. C. Pág. 109, 4570. R. M. B.
- 1918 **CARDONA PEDRO NEL.**
 "Contribución al estudio de la mortalidad infantil en la ciudad de Medellín". Tesis. Tomo V/3.
- 1923 **NIETO RAFAEL GUILLERMO.**
 "Causas frecuentes de la mortalidad en Bogotá". Tesis. Bogotá.
- 1923 **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.**
 "Informe del Contralor". Años 1923-1943. Biblioteca Contraloría. Bogotá.
- 1933 **CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.**
 "Anuario General de Estadística". Años 1933-41. Bibl. Contraloría. Bogotá.

- 1934 ANUARIO GENERAL DE ESTADISTA DE COLOMBIA.
"Imprenta Nacional. Años 1934-35-36 y 37.
- 1935 GUETE SEVILLA NICOLAS.
"Morbilidad y mortalidad en el Hospital de la Misericordia. Análisis Estadístico". Tesis. Bogotá. Meritoria.
- 1936 LLERAS RESTREPO CARLOS, HIGUITA J. DE J., MONTOYA RICAURTE J.
"Anuario General de Estadística de la República de Colombia". (Cita del Prof. Patiño-Camargo "Helmintiasis y Protozoasis en Colombia". 1940. Ya cit. N. C.).
- 1936 RESTREPO ALONSO.
"Informe estadístico del Director del Laboratorio Municipal". Medellín. Boletín Clínico. Pág. 526. Año II. N° 11. Julio. N° 23.
- 1936 CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.
"Boletín de Información Económica y Estadística". Años 1936-38. Biblioteca de la Contraloría. Bogotá.
- 1938 CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA.
"Censo General de Población por Departamento". 16 tomos. Uno de resumen. Bibl. Contraloría. Bogotá.
- 1940 CARRASQUILLA MANUEL E. (Jefe de Estadística).
"Estadística del Hospital de Santa Clara. Cartagena. Resumen de Actividades. Años 1936-37-38". Rev. Med. y Cir. del Atlántico. Pág. 73. Edición extraordinaria. Enero. Dedicada a Cartagena. Col. Bibl. Fac. Nal. Med.
- 1941 BEJARANO JORGE.
"Mortalidad por enfermedades del corazón y por reumatismo en la ciudad de Bogotá". Pág. 189. Vol. IX. N° 4. Rev. Fac. Med.

MOVIMIENTO MEDICO-SOCIAL

BODAS DE PLATA PROFESORALES DEL PROFESOR JULIO APARICIO

1919—Mayo—1944.



Nació en Bogotá el 29 de octubre de 1885.

Bachiller del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.

Doctor en Medicina y Cirugía de la Facultad Nacional el 30 de agosto de 1908. Contribución: *"Investigación sobre la acción de los fermentos metálicos y del colargol en algunas infecciones"*. Fue su

Presidente de Tesis el Profesor Luis Felipe Calderón y Jurados de Calificación: José María Lombana Barreneche, Roberto Franco y Luis I. Uriocoechea.

Médico Jefe del Lazareto de Agua de Dios. 1910.

Viaje de estudios a Alemania. 1911-1913.

Miembro del Consejo Superior de Sanidad. 1914.

Miembro de la Academia Nacional de Medicina. 1915.

Miembro de la Sociedad de Cirugía. 1918.

Profesor de Fisiología. 19 de mayo de 1919.

Rector de la Facultad de Ciencias Naturales. 1922.

Viaja a Francia comisionado para comprar material e instalar el Laboratorio de Fisiología. 1922. (Fundador).

Profesor de Patología Interna. 1924.

Subdirector Nacional de Higiene. 1926-1931.

Presidente de la Sociedad de Cirugía. 1928.

Jefe del Servicio Médico-Escolar del Departamento. 1934 a 1939, 1941-44.

Director del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá. 1939 a 1941.

Profesor de Clínica Médica. 1940, hasta el presente.

Presidente de la Academia Nacional de Medicina. 1942-44.

Decano Interino de la Facultad de Medicina. 1944.

Pocas veces la medicina nacional ha contemplado un caso de tan selectas y numerosas actividades, como las del Profesor Julio Aparicio, realizadas en el sigilo y la modestia, característica de los grandes valores. Su nombre quedará unido perennemente a nuestros centros Científicos y a cátedras fundamentales de la enseñanza médica, como son: la Fisiología, de cuyo Laboratorio fue su fundador y constante animador, la Patología y la Clínica Médicas.

La REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, al felicitar al Profesor Aparicio con motivo de sus Bodas de Plata Profesionales, cumplidas con devoción, singular brillo y dotes de gran caballerosidad, nunca desmentida, hace votos porque sean muchos los años de su existencia para así, al influjo de sus enseñanzas y de sus consejos valiosos, contar con una guía segura en el rumbo de las actividades de la Facultad.

CONDECORADO CON LA CRUZ DE ESCULAPIO EL DOCTOR MARTIN CARVAJAL

Nació en Pamplona en el año de 1882.

Hizo sus estudios de bachillerato en el colegio anexo al Seminario de los Padres Eudistas de aquella ciudad y en el Colegio del

Rosario de Bogotá, bajo la dirección del doctor Rafael María Carrasquilla.

Estudios de Medicina en la Facultad de Bogotá, habiéndose graduado en el año de 1911. Su tesis versó sobre la “*Cirugía de los Ureteres en Bogotá*”. Presidente de Tesis el doctor Guillermo Gómez, y el jurado calificador estuvo compuesto por los doctores Lombana Barreneche, Agustín Uribe y Rafael Ucrós.

Delegado por el Departamento de Norte de Santander al Segundo Congreso Nacional de Medicina reunido en Cartagena en 1918.

Representante al Congreso por el Departamento de Santander en 1925.



Director de Educación del Departamento de Santander en 1927. Fundador y Presidente del Centro de Historia de Santander. 1927.

Encargado de la Gobernación de Santander, 1927.

Fundador de la “Gota de Leche” de Bucaramanga. 1827.

Médico del Hospital de San Juan de Dios de Bucaramanga.

Médico Legista (ad honorem).

Médico de la Sociedad de San Vicente y de los Asilos de niños y ancianos de Bucaramanga.

Delegado de la Academia de Medicina para la Junta de Títulos Médicos.

Delegado por Santander al VI Congreso Médico y I del Niño Enfermo, reunido en Barranquilla en 1936.

Presidente de la Segunda Semana Médica Federativa reunida en Bucaramanga.

Presidente de Colegio Médico de Santander.

Presidente Honorario de la Tercera Semana Médica Federativa reunida en Cartagena en 1940.

Delegado por Santander a la V Semana Médica Federativa reunida en Cúcuta en 1941.

La Federación Médica de Colombia, como un motivo de reconocimiento y distinción a los grandes valores médicos del país, estableció en época reciente la Condecoración de la Cruz de Escalpio, feliz iniciativa de sus Directivas. Oportuna y justa es la actual distinción hecha a uno de sus más altos exponentes, el doctor Martín Carvajal, gran entusiasta de la causa de la Federación, hombre de ciencia, el tipo perfecto del altruista, desvelado servidor de las clases desamparadas, cultivador de la literatura y de la Historia Médica colombiana.

La REVISTA DE LA FACULTAD señala complacida la distinción hecha al doctor Carvajal, y al congratularse con la actitud de la Federación Médica, hace extensiva su complacencia, muy especialmente a sus hijos, los doctores Alonso y Lope Carvajal Peralta.

REANUDA LABORES LA "REVISTA MEDICA", ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Con gran satisfacción vemos la nueva etapa de la Revista de la Academia Nacional de Medicina. Todos aquellos que seguimos su brillante trayectoria no podíamos menos que sentir el silencio de sus páginas, precisamente cuando ellas, durante todo su largo período, fueron el gran centro de información, especialmente en sus primeras épocas, pues era el único órgano informativo, donde confluían todos los trabajos siendo el más fiel portavoz de la cultura médica. Nuestra historia está escrita en ella, a partir de su fundación el día 3 de enero de 1873, en casa del Profesor Abraham Apaicio, de tan grata memoria.

Desde el año de 1936, dejó de publicarse, siendo entonces Órgano de la Academia Nacional de Medicina, la Sociedad de Cirugía, la Sociedad de Pediatría y la Asociación Colombiana de Estudios Médicos, dirigida por los Profesores, José M. Montoya, Julio Manrique, Gonzalo Esguerra Gómez, Agustín Arango Sanín y Darío Cadena. Sus últimas páginas fueron consagradas a la memoria de uno de nuestros grandes cirujanos, el Profesor Guillermo Gómez, quien en 1902, en asocio de Juan E. Manrique, José M. Montoya, Nicolás Buendía, Zoilo Cuéllar Durán, Julio Z. Torres y Eliseo Montaña, fundara "en lo más alto de la colina de "El Campito", la casa de salud que más tarde vino a ser ese magnífico centro de ca-

ridad y de ciencia, el actual Hospital de San José, atinadamente dirigido por la Sociedad de Cirugía.

El Profesor Julio Aparicio, como Presidente de la Academia cúpole la distinción de reanudar las labores de la Revista fundada por su padre, hace 71 años, en asocio de Evaristo García, Leoncio Barreto, Liborio Zerda, Manuel Plata Azuero, Pío Rengifo y Nicolás Osorio, quienes a la vez y como motivo primordial sentaban las bases de la actual Academia creando la "Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá".

Con elegante y sobria presentación, selectos trabajos y gran entusiasmo, apareció el número correspondiente al mes de septiembre, siguiendo fielmente la orientación nacionalista nunca decaída en sus números anteriores.

La REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA felicita a la Academia Nacional de Medicina por la nueva etapa de su Organo informativo, deseándole muchos éxitos y larga existencia.

EL CONSEJO DE LA FACULTAD FELICITA A LOS DIRECTORES DE LA REVISTA "CLINICA" DE BOGOTA

Universidad Nacional de Colombia.—Facultad de Medicina.—Número 0697.—Secretaría.—Bogotá, Colombia.—Apartado 400.

Bogotá, julio 17 de 1944.

Señores Directores de la "Revista de la Clínica de Martínez".—Ciudad.

Me es especialmente grato transcribir a ustedes la PROPOSICION unánimemente aprobada por el H. Consejo de la Facultad de Medicina, en su sesión del día 11 del mes en curso:

"PROPOSICION NUMERO 38. EL CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA felicita, muy cordialmente, a los Directores de la REVISTA CLINICA, órgano de la Clínica de Martínez, por la aparición de su primer número cuya presentación y contenido honran al Cuerpo Médico".

Con sentimientos de alta consideración, me es grato repetirme como su atento servidor,

*Gustavo Esguerra Serrano,
Secretario.*

EL CONSEJO DE LA FACULTAD FELICITA A LAS DIRECTIVAS DE UNA NUEVA REVISTA, "MEDICINA PROVINCIAL", DE ZIPAQUIRA**PROPOSICION NUMERO 42 DE 1944**

(Septiembre 26)

El Consejo de la Facultad de Medicina, felicita efusivamente al personal científico del Hospital de Zipaquirá y a la Sociedad Médico-Quirúrgica de esa ciudad con motivo de la aparición del primer número de la Revista "Medicina Provincial", que constituye un esfuerzo y un valioso aporte a la medicina nacional.

Comuníquese al señor Director del Hospital de Zipaquirá.

Bogotá, septiembre 26/44.

El Decano, Presidente del Consejo,

Dario Cadena C.

El Secretario, *Gustavo Esguerra Serrano*

La REVISTA DE LA FACULTAD se une a la felicitación del Consejo y espera que la obra iniciada tan felizmente, llene a cabalidad su cometido. Desde el primer momento esta Revista estableció canje con la mencionada publicación. Para sus directores, los doctores Luis E. Cárdenas y Alvaro Gaitán y el personal científico del Hospital de Zipaquirá, nuestros parabienes.

"UNIVERSIDADES"

Acaba de salir el primer número de esta hoja periódica universitaria y registramos complacidos su aparición, porque en su cuerpo directivo figuran dos dilectos amigos nuestros y destacados estudiantes de nuestra Facultad. "Universidades" tiene una excelente póliza de seguro de larga vida, mientras que por ella alienten las claras capacidades de Alfonso Magot y de Luis María Borrero.

Aparecer en la palestra periodística, en estas difíciles horas, es una rotunda afirmación de elegante quijotismo intelectual. Es someterse más que a los negros lápices de la censura, que nada tendría que tachar en un limpio periódico puesto exclusivamente al servicio de ideales de acercamiento interuniversitario, a la frialdad de directivas, al afán de ahogar la ignorancia, que caracteriza nuestras juventudes y a duras horas en la búsqueda del anunciador que quiera prestar una muleta a la continuidad de la hoja. En el ca-

so particular de "Universidades" pueda que el más temible adversario sean las directivas de la Universidad o de la misma Facultad, por qué no decirlo, ya que es apenas humano ver con poca simpatía órganos periodísticos que pueden y deben decir las cosas meridianamente, cuando por los ímpetus reformistas y reformadores se tengan que cubrir con velos de ignorancia o de indiferencia algunos revolucionarios golpes de timón en la rutina de la Escuela.

Aprovechamos la oportunidad, para expresar un vivo anhelo: el de que "Universidades" tenga un carácter de Periódico Científico dirigido por estudiantes a la manera de la Revista "Cym" que los muchachos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia han venido atendiendo, dándonos así un bello ejemplo de capacidad estudiantil.

La REVISTA DE LA FACULTAD seguramente establecerá canje con "Universidades" y ofrecerá a sus directores las columnas de la Sección estudiantil que mucho esperan de ellos.

"TRIBUNA MEDICO SOCIAL"

Acaba de salir esta nueva publicación mensual, destinada a defender los intereses del cuerpo médico nacional y a propender por la unificación y engrandecimiento de la profesión, justamente en momentos difíciles, en los cuales reformas sustanciales en diferentes esferas de nuestras actividades se plantean o llevan a efecto.

Es su Director el dinámico profesional doctor Benjamín Otárola, ampliamente conocido en los círculos médicos.

La REVISTA DE LA FACULTAD desea a la nueva publicación toda clase de éxitos en las labores ya iniciadas.

GRADOS

Obtuvieron el Grado de doctor en Medicina y Cirugía en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, en el mes de septiembre, los siguientes estudiantes:

William Bradford Herrera. "Observaciones sobre metabolismo basal".

Gabriel Jiménez Cadena. "Cuerpos extraños del ojo". *Mención Honorífica.*

Félix Eduardo Gutiérrez Nieto. "Algunas observaciones sobre el tratamiento de la insuficiencia cardíaca por la digitalis purpúrea colombiana".

Jaime Cantera Durán. "Contribución al estudio del Forceps por sobre el estrecho superior". *Meritoria.*

Gilberto Castaño Robledo. "La succión gástrica permanente". *Meritoria.*

Hernando Galvis Ordóñez. "Cateterismo y avenamiento en las operaciones sobre las vías biliares". *Meritoria.*

VIAJA A LOS ESTADOS UNIDOS

Para la Universidad de Michigan invitado por la Sociedad Americana de Pediatría, partió en días pasados nuestro apreciado colega el doctor Alfonso Cárdenas Murcia, a quien le deseamos una grata estadía y muchos éxitos en los cursos de postgraduados que seguirá en tan afamado centro norteamericano.

ACTIVIDAD MEDICA EXTRANJERA ARGENTINA

Sociedad de Dermatología y Sifilografía de la A. M. A. (Asociación Médica Argentina).

Sesión del primero de abril de 1944.

Presidencia del doctor Luis Trepat.

Presentación previa de enfermos.

Doctores Marque y Luis Trepat: Angioma plano ozoniforme con hipotrofia de la región afectada, en una niña.

Doctores Antonio A. Fernández y Trepat: Sifilides úlcero-gomosa de la nariz y del esqueleto nasal, en una mujer.

Doctores Gregorio Alvarez y Trepat: Glositis hipertrófica y papilomatosa en un heredo-específico.

Doctor Gregorio Alvarez: Esclerodermia en bandas alternas de los miembros superiores de una joven.

Comunicaciones: Poikilodermia reticular de Petges-Jacobi. Doctores Adolfo H. Muschietti, Félix F. Gunche y Luis Lapalucci. (Resumen y discusión).

Tomado de la Revista de la A. M. A. Tomo LVIII. N° 534. Mayo, 1944.

Homenaje al Profesor de Anatomía, Pedro Belou.

Al terminar su trigésimo año de docencia oficial en la cátedra de Anatomía de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, el mundialmente conocido maestro argentino fue motivo de múltiples manifestaciones de simpatía y reconocimiento por su asombrosa labor investigadora y su loable constancia de enseñar la anatomía durante treinta años consecutivos.

Entre los homenajes sobresale el que le tributaron sus ex-colaboradores y colaboradores, con asistencia de las más destacadas figuras de la ciencia argentina, y llevado a cabo en la biblioteca de su residencia particular. A esta reunión asistió felizmente su primer director, de 1914, el doctor Pedro Jáuregui, hoy eminente cirujano y próximo Presidente de la Academia Nacional Quirúrgica.

Hablaron en este acto, los doctores, Miguel Manzella y Horacio Adolfo Podesta, quienes revelaron las grandes dotes de investiga-

dor y hombre de ciencia del Profesor Belou y de la trascendencia de la labor por él realizada. Finalizó el acto, el conocido Profesor Luis Agota, que lo fue del maestro, quien en sentida improvisación habló del hombre de estudio y de "sus dilectas cualidades espirituales".

Para dar una idea de la sorprendente labor llevada a efecto por el Profesor Belou, y que continúa con todo brío, transcribiremos los siguientes datos, tomados de un reimpreso de la "Semana Médica": "Había publicado numerosos volúmenes y más de 300 trabajos, entre los cuales se destacan sus estudios sobre la anatomía biliar, su revisión anatómica del órgano del oído y su profunda revisión de la morfología del sistema arterial".... "Organizador y Primer Director de la Escuela de Ciencias Médicas de la Plata y Organizador del Museo Anatómico de la Facultad de Medicina".... "Ha sido consejero, vicedecano y decano interino".... "Obtuvo el Primer Premio en el concurso de obras nacionales realizado por la Academia de Medicina de Buenos Aires, en el año de 1920"; "El Premio Testut de la Academia de Medicina de París, en 1931, y el Primer Premio Nacional de Ciencias Aplicadas a la Medicina en 1936".... Es Miembro de importantes Academias e Instituciones Científicas de Argentina y de todo el mundo: "Miembro Titular de la Academia de Medicina de Buenos Aires; Miembro Correspondiente de las Academias de Medicina de Madrid, Barcelona y París; Doctor Honoris Causa de la Universidad de Río de Janeiro; Miembro Honorario, en Chile, Milán, Río de Janeiro", etc., etc. Nos haríamos interminables si tratáramos de decir todas las altas distinciones de que ha sido objeto el gran maestro de la Anatomía argentina.

La REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA ve con singular complacencia los homenajes rendidos al autor de "Revisión de la Anatomía del Sistema Arterial", obra que conservamos orgullosos en los anaqueles de nuestra Biblioteca, y no podemos menos que desearle más éxitos en sus obras próximas a publicar y una larga vida para que tenga oportunidad de ver más frutos de su magnífica labor.

CUBA

Nuevas Directivas de Sociedades Científicas.

Sociedad cubana de Otolaringología:

Presidente, Pedro Hernández González.

Vicepresidente, doctor Reinaldo de Villiers.

Secretario, doctor Abelardo Codinach.

Tesorero, doctor Roberto Machado.

Vocales, doctor René Revuelta y doctor Ramón Hernández E.

Sociedad cubana de Ortopedia y Traumatología.

Presidente, doctor Alberto Inclán.

Vicepresidente, doctor Rafael Peñalver.

Secretario, doctor Luis Iglesias de la Torre.

Vicesecretario, doctor H. Rommey.

Tesorero, doctor Pedro Sánchez Toledo.

Vicetesorero, doctor José I. Tarafa.

La REVISTA DE LA FACULTAD desea a las nuevas Directivas que sus programas sean cumplidos sin contratiempos.

VI CONGRESO PANAMERICANO DE LA TUBERCULOSIS

Su próxima realización en la capital cubana y su razón de ser.

Con espíritu de cooperación, damos aquí cabida a la siguiente noticia y justificación del VI Congreso Panamericano de la Tuberculosis hecha por el doctor Juan J. Castillo, Presidente de la U. L. A. S. T. y de ese Congreso, que se reunirá en el próximo mes de diciembre, en la legendaria Habana, capital de Cuba.

Además de los temas libremente escogidos, habrá las siguientes ponencias oficiales:

Primera: Posición de la Vacuna B. C. G. en la profilaxis de la tuberculosis. Es director de esta ponencia el ilustre tisiólogo Sánchez de Fuentes; Secretario, el doctor José F. Ferrer.

Segunda: Formas de aparición de la enfermedad tuberculosa. Dirige esta ponencia el connotado doctor Juan R. Mencia; Secretario, el doctor Carlos Guerrero.

Tercera: Sistemática del tratamiento de las cavernas. El culto colega doctor Modesto A. Mañas dirige esta ponencia. Secretario, el doctor Nicasio Cárdenas.

Cuarta: Medidas que deben implantarse para evitar la difusión y aumento de la enfermedad durante la guerra y en la post-guerra, asunto que dirigirá el profesor doctor Alfredo Antonetti.

“¿Por qué ha de haber Congresos Panamericanos de Tuberculosis?

¿Es acaso la tuberculosis una enfermedad tan terrible, que se ha enseñoreado del mundo? ¿Por qué siempre que hablamos de tuberculosis decimos que es un mal médico-social universal que necesita y exige el concurso de toda la sociedad para su total exterminación?

Sigamos el anchuroso camino de América y desde Alaska hasta la Tierra del Fuego, pasando por la ciudad más austral del mundo, por Magallanes, vamos a encontrarnos con los mismos ideales, los mismos anhelos, las mismas causas, los mismos propósitos en

los americanos, pero también parecidos destrozos producidos por el mortífero bacilo de la tuberculosis.

280 millones de habitantes tiene América, con 40 millones de kilómetros cuadrados, o sea, cuatro veces la extensión de Europa. El bacilo de la tuberculosis ha penetrado y se ha adentrado en nuestras sociedades, en nuestros pueblos, en nuestras juventudes, existiendo un 70% de infectados por tuberculosis en toda la América. ¿Qué representa ésto? Más de 180 millones de seres ya parasitados, ya infectados, portadores del bacilo de la tuberculosis.

Infección no significa enfermedad, pero sí un peligro para nuestras poblaciones, pues la experiencia y los estudios han comprobado que cada 500 personas infectadas producen un enfermo de tuberculosis, y cada 9 enfermos, un muerto por esta enfermedad.

Con una sencilla operación aritmética traslademos estos datos a la América y veremos entonces el deber y la obligación en que estamos de defender a nuestras juventudes, a nuestros pueblos, a nuestros hermanos, a nuestras esposas y a nuestros padres amenazados por el terrible microbio de la tuberculosis.

Recorriendo las estadísticas, veremos que en Canadá hay 53 muertos por cada cien mil habitantes: Estados Unidos —con la cifra más baja— 47 muertos por cada 100 mil habitantes; Cuba, 100 muertos por cada 100 mil habitantes; Argentina, 101 muertos por cada 100 mil habitantes; México, 125 muertos por cada 100 mil habitantes; Uruguay, 118 muertos por cada 100 mil habitantes; Chile, 250 muertos por cada 100 mil habitantes, etc.

Más adelante todavía, encontramos una cosa terrible, que para pintarla en toda su realidad necesitaríamos pinceles de tragedia: Guayaquil, en el Ecuador, presenta 630 muertos por cada 100 mil habitantes; un poco más bajo en Venezuela, con 361, y Puerto Rico con 260, por cada 100 mil habitantes.

Cifras parecidas hay en Caracas, en Bogotá, en Santiago de Chile, en el Callao y en las principales ciudades de nuestra América.

¿Eso qué quiere decir? En números redondos, más de 180 millones de personas infectadas; medio millón de muertos anuales; cuatro y medio millones de personas enfermas postradas, inválidas, por la tuberculosis.

He aquí las causas, dolorosas y terribles, pero evidentes y ciertas, que obligan a la celebración de Congresos Nacionales y Panamericanos de Tuberculosis, y a la constitución de la "Unión Latinoamericana de Sociedades de Tisiología", que surge, para erradicar la Tuberculosis, para exterminarla, solicitando el concurso de todos los hombres de buena voluntad".

Este Congreso es de puertas abiertas: todos los médicos de las

Américas están cordialmente invitados para que vengan a laborar y a colaborar en toda su magnitud y alcance.

Además de su aporte científico a tan magno asunto, los médicos y las familias que les acompañan, tendrán una oportunidad turística excepcional, ya que les serán ofrecidas todas las facilidades para conocer Cuba, país que por su espíritu de progreso, y por ser el más joven en la fraternidad americana, no deja de ser rico en tradiciones, así como de encantadores lugares.

Para informaciones adicionales y para asegurarse las comodidades adecuadas de hoteles, reducción de tarifas, etc., los interesados deberán dirigirse al señor doctor Juan J. Castillo, Presidente del VI Congreso Panamericano de Tuberculosis, Habana, Cuba.

HISTORIA DE LA MEDICINA

a) *Nacionales.*

LA ANATOMIA PATHOLOGICA EN EMBRION

Los cuatro primeros Profesores, *Rampon, Plata Azuero, Rocha Cos-tilla y Corredor.* (1847-1874)

(Del discurso del doctor Julio Corredor: "A nombre de los premiados en Anatomía Patológica". Tomada de la Revista Médica, Órgano de la Academia de Medicina de Bogotá.

Redactor: Doctor Pío Rengifo. Número extraordinario. Regalo hecho a los suscriptores a la primera serie. Bogotá, abril 15 de 1874, N° 12 bis. Pág. 104).

En este discurso el doctor Corredor resume la historia de la *Anatomía Patológica* en Colombia con motivo de los premios distribuidos entre algunos alumnos de la Facultad.

El autor, inicia su discurso en términos brillantes y emocionados: "Delante de vosotros, señores, se extiende una dilatada cadena de montañas cuyos gigantescos poderosos picos parecen besarse con el cielo. A la derecha enmarañados y seculares bosques, dan eterna sombra al suelo que los sostiene y alimenta, donde las fieras se pasean tranquilas, donde los insectos pululan en continuo y horripilante bulle bulle y bandadas de pájaros de increíble variedad llenan el aire con sus gritos; a la izquierda, desfiladeros y riscos, vertiginosas cimas y oscuros subterráneos, aridez y sequedad, donde no se ve una flor ni algo que pueda halagar la mirada del hombre"....

"Dificultades sin número se han presentado para presentaros esas piezas, fundamento del gabinete anatomo-patológico de Colombia. No han tenido útiles; trabajando sobre asquerosos cadáveres; sin modelos, sin aparatos; pero sostenidos por la fuerza que les comunicara el grande amigo de la ciencia señor doctor Plata (1);

(1) Doctor Manuel Plata Azuero una de las figuras sobresalientes de nuestra medicina. Nació en la antigua provincia de Vélez, Estado de Santander, 1828. Estudió en el Colegio de San Bartolomé. En 1845 la Universi-

mas han sido pagos con munificente mano por aquellos a que aspiraban como mucho honor en complacer: por vosotros. Ellos, por mis labios os dan las más sinceras gracias".... "Ellos, como Jesús en el cuerpo del hermano de Marta le han dado vida al cadáver, porque el espíritu no había muerto. La letra se ha aprendido pero faltaba comprobar la verdad de la teoría en presencia de las piezas"....

"La anatomía patológica era una materia desconocida entre nosotros no hace muchos años, apenas se conocían los ligeros rudimentos que traen los textos de patología; triste es confesarlo, pero es la verdad"....

"Un médico muy notable, cuyos servicios a la patria no le han sido remunerados como se debía si fuéramos gratos, fue el primero que dio lecciones en los años de 47 y 48 sobre esta parte de la medicina, sobre la cual estriban la patología y la terapéutica, la anatomía normal y la histología fisiológica: el eminent doctor Rampon"....

"Partió él y la ciencia volvió a caer en el olvido hasta el año de 1866, en que creada la Universidad Nacional, el señor doctor Rocha (2), cuyos talentos no encomio porque soy enemigo de arrojar alabanzas a los pies de aquellos que puedan oírme, dio de nuevo lecciones en tan difícil estudio. Tocóme el honor de reemplarlo, y yo que no pude hacer adelantos notables con mis discípulos, por mí

dad Central de Bogotá le confirió el título de doctor en Medicina y Cirugía, después de haber sido licenciado en Medicina. Aprobó los exámenes prácticos para la **recepción** de Médicos exigidos por el gobierno. Fue Secretario del Gran Consejo de la Escuela de Medicina, Sub-inspector de la misma y Catedrático sustituto. En 1856 presentó a la Sociedad Anatómica de París una "Memoria sobre la úlcera simple del estómago", y fue nombrado miembro honorario de la corporación. Fue político y como representante se opuso a la administración Mosquera en 1867. Ocupó la cátedra de terapéutica y de materia médica por nueve años. Como cirujano practicó difíciles operaciones: trépano, tallas perineal e hipogástrica, operación cesárea, etc. Fue fundador de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales el día tres de enero de 1873 en la casa del Prof. Abraham Aparicio, junto con Nicolás Osorio, Liborio Zerda, Leoncio Barreto y Evaristo García, y fue su primer presidente provisional y después oficial de la misma entidad.

(2) Doctor Rafael Rocha Castilla, eminent hombre de ciencia fue de los fundadores de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales y su nombre aparece en la primera sesión formal de la Sociedad ocurrida el 9 de febrero de 1873, junto con los nombres de: Aparicio, Barreto, Corredor, Fajardo, García, Gómez, Medina, Montoya, Pizarro, Plata Azuero, Osorio, Rengifo, Rivas Federico, Sarmiento, Ospina y Zerda L.

Listas de los trabajos científicos de nuestros grandes hombres de ciencia serán publicados oportunamente (Aparicio, García, Osorio, Zerda, Esquerre, Lombana Barreneche, Montoya y Flórez, etc., etc.).

conocida insuficiencia, a lo menos contribuí con la obra que premiáis"....

"La pincelada histórica del curso de este estudio que acabo de haceros, no envuelve un reproche, Dios me libre de ésto; ni quiere decir que antes no hubieran existido hombres de la capacidad de erudición de los señores Rampón y Rocha; si tal dijera, se levantarían las venerandas sombras de Merizalde y Vargas Reyes para desmentirme"....

"*Merizalde!* Nombre que mis labios articulan con respeto y con dolor: los afligidos con los dolores del cuerpo y tus viejos discípulos aún te lloran!"....

"*Vargas Reyes!* ¿Dónde encontrar palabras de lúgubre y tierna poesía para encomiar ese genio inagotable, esa lumbre de la ciencia, que hablaba vomitando torrentes de inspiración dejando sus palabras un reguero de luz en su camino? La melancólica aparición de estos dos nombres en mi mente, me ha desviado de la idea que iba desarrollando"....

Hace 50 años murió el *Profesor Rafael Calvo C.* (Cartagena, 1894. 25 de septiembre, 1944).

A la avanzada edad de 75 años dejó de existir este preclaro varón cartagenero, anatómista y hábil cirujano, vinculado estrechamente a la historia de la Medicina en Cartagena. Fue Rector de la Facultad en su segunda apertura, en 1850, siendo Subdirector el doctor Vicente A. García y Tesorero el doctor Manuel Jerónimo Morales. En su 3^a época, reapertura de 1870, ingresó de nuevo como profesor, en compañía de José María Vega, Fernando Escobar, y sus dos anteriores colaboradores de 1850, García y Montenegro.

Su hijo, el Prof. Rafael Calvo ha sabido continuar con brillo la espléndida trayectoria de su padre, y en la actualidad, es considerado como valor indiscutible, viejo maestro querido y admirado por todos.

La REVISTA DE LA FACULTAD, al recordar al maestro desaparecido en esta fecha, hace votos por que esa tradición médica continúe en la familia Calvo para orgullo de la medicina nacional.

b) *Extranjera.*

Hace 50 años murió *Hermann Luis Fernando von Helmholtz* (1894. 8 de septiembre, 1944).

La REVISTA DE LA FACULTAD, en esta fecha, recuerda con singular admiración al cerebro portentoso de este científico

alemán, inventor del oftalmoscopio, eminente anatomista y destacado fisiólogo, quien a la prematura edad de 26 años escribió su revolucionario tratado, "La Conservación de la Energía" y varias obras sobre física del sonido y teorías sobre la percepción auditiva.

CIENTIFICOS VENEZOLANOS

MANUEL NUÑEZ TOVAR

Por el doctor David R. Iriarte.

(Tomado de la Rev. de la Clínica Razetti, Año V, N° 15, Vol. IV. Agosto de 1944).

Núñez Tovar nació en la ciudad de Maturín, capital del Estado Monagas, pueblo rodeado de grandes selvas, amplias sabanas e innumerables caños.

Graduado en 1895, ejerce un tiempo en aquellas regiones y ya desde comienzos de su ejercicio médico se destacan en él dos cualidades: su honradez profesional, puesta de relieve en su carta al Director de El Oriental, y su amor a la investigación, ya que para 1909 encontraba por primera vez en Oriente, los huevos del Anquilstomo duodenal en compañía del doctor César Flamerich.

Tal vez por estrechez de ambiente donde desarrollar sus actividades, busca hacia el centro del país y ya situado en Maracay por el año de 1916, cita "los primeros anofelinos capturados en Aragua".

Deseoso de perfeccionarse y de corroborar sus pesquisas por especialistas reconocidos, establece relaciones en un principio con Newstead y su colaboradora Evans de la Escuela de Liverpool y más tarde con Dyar de Washington.

Con ayuda de los primeros presenta en 1921 su primera monografía de fondo "Insectos venezolanos trasmisores de enfermedades" donde cita especies de Monagas, Carabobo, Aragua y Guárico. Ya para esa fecha miss Evans le hablaba sobre el material remitido de tabánidos, simúlidos, redúvidos, etc.

Si gentiles con nuestro compatriota fueron los sabios de Liverpool, no lo fue menos en los últimos años de su existencia la colaboración desinteresada y decidida de Dyar, como puede traslucirse en el párrafo de una de las cartas "su castellano es muy fácil de leer, y si usted encuentra mi inglés igualmente así, no habrá ningún inconveniente acerca de la correspondencia, que espero será larga y beneficiosa".

A fuerza de constancia Núñez Tovar de un amateur llegó a ser un entomólogo, como lo podemos apreciar por el párrafo siguiente de una carta de Dyar "el fue un entusiasta e infatigable coleccionador y estaba en continuo perfeccionamiento de sus métodos. En los próximos años se habrían visto sus mejores trabajos"; o por la clasificación precisa y documentada de una mosca, que meses antes de su muerte nos hizo "he visto con detención el contenido de su envío, y creo se trate con toda seguridad, de la *Cryssomyia macellaria*, llamada así por Fabricius, y conocida con el nombre de mosca dorada. Este insecto díptero está comprendido, según algunos autores, en el género *Compsomyia*, y según otros, en el género *Lucilia*, al cual pertenecen un gran número de especies que, en concepto de Macquart, viven en sustancias animales o vegetales privadas de vida, siendo esta la que hace excepción a la regla, pues ataca al hombre vivo. Tengo precisamente en mi colección de tipos bien definidos y perfectamente diferenciados, ejemplares determinados en Inglaterra, los cuales corresponden con toda exactitud a los ejemplares enviados por usted".

Sin duda, Núñez Tovar tuvo sedimento de investigador y fue un gran amante de las ciencias naturales, ya que para la época en que actuó y con su amistad con el General Gómez, en vez de despilfarrar su tiempo en la intriga política o en la zalamería cortesana, lo aprovecha en recorridas científicas, muchas de ellas a caballo, que hizo que las gentes del campo lo apellidaran "el hombre del caballo blanco" como dice Carbonell; o en vez de conseguirse un cargo remunerativo convención y conseguía con Gómez, la traída al país del Profesor Lutz y la publicación de sus investigaciones.

Recordamos, por los años 24 y 25 en que éramos estudiante y aprendiz en el Laboratorio de la Sanidad, cómo Núñez Tovar una de sus primeras visitas en los viajes a Caracas era para Tejera, jefe para aquel entonces del Laboratorio, únicamente para cruzar ideas sobre algún problema de patología tropical, hablar sobre la clasificación de tal o cual mosquito o buscar bibliografía para la descripción de alguna especie nueva.

Nosotros consideramos a Núñez Tovar el *iniciador de los estudios entomológicos venezolanos* y cualquiera investigación que se haga en este sentido no podrá prescindir de su nombre, ni de sus enseñanzas.

JUNTAS DIRECTIVAS DE LAS SOCIEDADES CIENTIFICAS COLOMBIANAS Y ORGANOS DE PUBLICIDAD.

SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRIA

Presidente: doctor Jorge Andrade.

Vicepresidente: Prof. Agreg. Jorge Camacho Gamba.

Secretario: doctor A. Mesa.

Tesorero: Prof. Agreg. Julio Araújo.

Secretario Perpetuo: Profesor, Calixto Torres Umaña.

REVISTA COLOMBIANA DE PEDIATRIA Y PUERICULTURA

Organo de la Sociedad.

Director: Profesor, Jorge Bejarano.

Comité de Redacción:

Profesor, Calixto Torres Umaña.

Prof. Agreg. Jorge Camacho Gamba.

Prof. Enrique Enciso.

Doctor Eustacio de Mendoza.

Revista mensual.

REVISTA COLOMBIA MEDICA

Nueva Directiva. (Vol. III, septiembre, Nº12).

Director: Profesor Agustín Arango Sanín.

Subdirector: doctor Luis E. Botero Jaramillo.

Jefe de Redacción: doctor Roberto Arango.

REVISTA DE MEDICINA VETERINARIA

(Organo de la Facultad de Medicina Veterinaria).

Director, Decano de la Facultad: doctor José Velásquez Q.

Secretario de la Facultad: doctor Daniel Pacheco Pérez.

Bogotá, Colombia. *Ciudad Universitaria.*

SOCIEDAD DE AGRICULTORES DE COLOMBIA

Revista Nacional de Agricultura. (Organo de la Sociedad). Fundada el 3 de abril de 1906.

Dirección: Guillermo Santos.

Jefe de Redacción: Luis J. Carvajalino Jácome.

Secretario de Redacción: Miguel Joseph y Mayol.

Carrera 8^a, N° 11-62. Apartado 479.

ESCUELAS DE MEDICINA EN LA AMERICA LATINA (1)

Argentina.

Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina.

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Litoral, Rosario, Argentina.

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina.

Bolivia.

Facultad de Medicina y Ramas Anexas, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia.

Facultad de Medicina, Universidad de Sucre, Sucre, Bolivia.

Facultad de Medicina, Universidad Simón Bolívar, Cochabamba, Bolivia.

Brasil.

Faculdade de Medicina, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Faculdade de Medicina, Universidade de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Faculdade de Medicina, Universidade do Paraná, Curitiba, Brasil.

Colombia.

Facultad de Medicina, Universidad Nacional, Bogotá.

Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica Javeriana, Bogotá.

(1) Información suministrada por la Oficina Sanitaria Panamericana de Washington para esta Revista.

Facultad de Medicina y Ciencias Naturales, Universidad de Antioquia. Medellín.

Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena. Cartagena.

Ecuador.

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.

El Salvador.

Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, San Salvador, El Salvador.

Guatemala.

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional, Guatemala, Guatemala.

Honduras.

Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Central, Tegucigalpa, Honduras.

México.

Facultad Nacional de Medicina y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional Autónoma, México, D. F.

Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Nacional del Sureste, Mérida, Yucatán, México.

Facultad de Medicina, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, México.

Facultad de Medicina, Instituto de Ciencia y Artes de Oaxaca, Oaxaca, México.

Facultad de Medicina, Colegio del Estado de Puebla, Puebla, México.

Facultad de Medicina, Universidad de San Luis Potosí, San Luis Potosí, México.

Paraguay.

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Paraguay, Asunción, Paraguay.

Perú.

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

República Dominicana.

Facultad de Medicina y Ciencias Naturales, Universidad Central de Santo Domingo, Ciudad Trujillo, República Dominicana.

Uruguay.

Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Venezuela.

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

Nicaragua.

Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia de la República, León.

Facultad de Medicina, Granada.

Facultad de Medicina, Managua.

REVISTA DE REVISTAS

a) Nacionales.

UNA NUEVA ESPECIE DE CERCARIA CISTOFORA DE LA SABANA DE BOGOTÁ

Publicaciones del Lab. Cup.

Por el Profesor César Uribe-Piedrahita, Director del Laboratorio CUP.

Junio, 1944 (*)

Cerca del 10% de especímenes de *Planorbis pronus* colectados en varios arroyuelos de la región de Santa Ana al norte de Bogotá y en uno de los tres ejemplares colectados cerca del Estado de la Salle en Chapinero, barrio residencial de la capital, se hallaron parásitados por una nueva Cercaria del grupo que Ssinitzin (1911-20) llamó Cercarias Cistóforas y que están caracterizadas por una cola vesiculosa, provista de apéndices. A esta Cercaria de *Planorbis pronus* hémospo dado el nombre de *Cercaria usaquenensis*, del nombre de la pequeña población de Usaquén en cuya vecindad se encuentra el huésped.

La partenita es una redia incolora y transparente, desprovista de apéndices y de poro de postura. La faringe de esta redia es relativamente corta. El tubo digestivo se extiende a lo largo de los 2/5 de la longitud total de la partenita. El número de cercarias que se encuentran en cada redia varía mucho debido probablemente a la ausencia del poro de postura.

Cercaria usaquenensis es relativamente pequeña. El cuerpo mide de 0.14 a 0.18 mm. de ancho y de 0.17 a 0.22 de largo, según el grado de extensión o contracción. Está prendida a la cola quística por un delgado puente que se rompe con facilidad.

Cuando la Cercaria se libera de sus apéndices caudales, se mueve con facilidad reptando con las ventosas. Mientras está unida a la vesícula, el cuerpo de la Cercaria es muy poco móvil. La

(*) Trae 5 dibujos.

ventosa oral es terminal y está situada hacia la cara ventral y es un poco mayor que el acetabulum.

El tubo digestivo tiene una faringe pequeña. El esófago relativamente corto da nacimiento a las cruras, difíciles de observar debido a la presencia de los cuernos de la vejiga excretora, repletos de granos de excreción y con frecuencia retraídos.

La vejiga tiene forma de Y. los cuernos son muy retráctiles y se extienden detrás de las cruras hasta una altura vecina de la faringe. Las "células en llama" no se pudieron ver en ninguno de los especímenes estudiados.

Los grupos celulares correspondientes a los órganos sexuales futuros no pueden discernirse debido probablemente a su escaso desarrollo.

La cola está altamente diferenciada. Consta de tres partes principales. El quiste o vesícula, la extremidad y el tubo excretor. La vesícula es una formación esferoidal llena de células flojas entre las cuales se ven grandes espacios vacuolares. En el eje longitudinal de esta esfera se distingue un tubo que se continúa hacia atrás, y al través de un agujero del quiste, con una vejiguilla piriforme lateral provista de un pequeño poro terminal. Hacia adelante el canal excretor se continúa con una estructura tubular retráctil que, extendida, mide aproximadamente el doble del tamaño total de la Cercaria. Este tubo excretor está dividido en dos porciones: una próxima de paredes delgadas y llena de gruesos granos refringentes y otra de paredes gruesas y calibre delgado. La extremidad del tubo excretor es piriforme y con frecuencia está repleta de granos gruesos. Un poro terminal da salida a las excreciones que salen de la vejiga al canal excretor y de allí pasan a la vejiguilla piriforme y al tubo excretor.

Por último se encuentra un proceso delgado que sale de la pared quística de la esfera caudal. Este proceso presenta en cada lado unas aletas que dan al conjunto una forma cardioide o de punta de flecha.

El cuerpo de la Cercaria no puede retraerse entre el quiste como sucede en algunas especies de cercarias de este grupo. Como estas Cercariae no tienen glándulas cefálicas ni cistógenas ni arpón cefálico, ni pueden salir de la Redia, parece que el segundo huésped tiene que devorar el molusco, de modo que esta Cercaria no tiene el período de vida libre que tienen la mayoría de las demás Cercarias.

El grupo de las Cercarias Cistóforas es muy pequeño, se conocen algunas especies marinas y otras de agua dulce.

Las principales Cistocercarias descritas en moluscos de agua dulce son: *C. Cystophora*, Wagener (1866) para *Planorbis marginatus*. *C. Yoshidae*. Cort descrita por Yoshidae (1917) en *Melania*

libertina. C. Californiensis, Cort. W. W. y Nichols E. B. (1920). Las cistocercarias marinas son: *C. appendiculata* Pelsener (1906) en *Natica alderi*.—*C. vaullegardi* Pelsener (1906) en *Trochis cinerarius*.—*C. sagittarius*, Ssinitzin (1911) en *Cerithialum exille* y *C. laqueator*, Ssinitzin (1911) en *Rissoa venusta*.

Las descripciones de las cistocercarias mencionadas no corresponden en los detalles esenciales con la encontrada en *Planorbis pronus* en la vecindad de Bogotá.

Resumen: Una nueva especie de Cercaria del grupo de las Cercarias Cistóforas o Cistocercarias se describe en detalle. El nombre de *C. usaquenensis* se propone para este Trematodo larvario.

Bibliografía:

- Pelsener, A. 1906.—Bull. Scien. France et Belg. 40 161-186.
 Ssinitzin D. Th. 1905.—Mem. Soc. Nat. Varsovie biol., 15: 1-210.
 Yoshidae S. 1917.—Dobutzu Jaku Zasshi. Vol. 29. N. 342.
 Cort W. W. & Nichols E. B. 1920.—Journal of Parasitology. Vol. VII. P. 8-15.

Explicación de la plancha:

- 1.—Extremidad caudal de *C. usaquenensis*.
- 2.—Cuerpo de *C. usaquenensis* en extensión máxima.
- 3.—*C. usaquenensis* retráida.
- 4.—*C. usaquenensis* mostrando el tubo excretor.
- 5.—Extrem. anterior de la Redia de *C. usaquenensis*.

B—EXTRANJERAS

PELIGRO DEL TALCO

El doctor M. G. Seelig, Director de Patología del Barnard Free Skin and Cancer Hospital en Saint Louis, Mo. dirigió una carta al "Journal of the American Medical Association" (Vol. 121, N° 16, pág. 1304), en la cual comunica que hace más de diez años, están acumulándose las referencias a granulomas intraperitoneales como consecuencia de la rotura del guante del cirujano durante la laparotomía, rotura ésta que hace llegar a la cavidad abdominal el talco que generalmente se había concentrado en la punta de los dedos del guante.

"Así como los demás cirujanos, dice el doctor Seelig, tampoco

presté mayor atención al trágico significado de esta complicación, hasta que la hallé en el post-operario de mi propio niño".

Después de numerosas observaciones, hechas en cooperación con los doctores Verda y Kidd, según su última comunicación al J. A. M. A. (Vol. 123, Nº pág. 113), pudo afirmar que el *crémor tártero* es un buen sustituto del talco en tales circunstancias y que tiene, además, la ventaja de ser bacteriostático.

Algunos de los mayores hospitales de Saint Louis ya pusieron en práctica la substitución del talco, con entera satisfacción y seguridad.

Con estas cartas, el doctor Seelig anticipa el trabajo completo que va a publicar más tarde, ya que desea que esta información lleve lo más de prisa posible al conocimiento de los cirujanos de las fuerzas armadas.

(Tomado de la Rev. "Médico-Quirúrgica del Atlántico". Vol. XI, Nº 8, agosto, 1944).

HISTOPLASMA Y TOXOPLASMA. (Consideraciones taxonómicas).

Tomado de KEY CATALOGUE OF THE PROTOZOA REPORTED FOR MAN. 1925. Por, C. W. Stiles y Albert Hassall. Hygiene Laboratory Bulletin, Nº 140. Washington. D. C. Treasury Department. United States Public Health Service.

Este Boletín, lo mismo que el dedicado a los Helmintos, es considerado como uno de los más valiosos trabajos taxonómicos de Parasitología.

En los cardinales 90, 181 y 212 se encuentran los datos relativos al **Histoplasma**, y los del **Toxoplasma**, en 89, 179, 180, 181 y 212.

Histoplasma. (Nombre o posición sistemática in **sub judice**). Parásitos cercanos del Toxoplasma, pero con elementos envueltos en una cápsula acromática; parásitos de los leucocitos, células endoteliales, y capilares del hígado, bazo, pulmones, intestinos, y ganglios linfáticos. Mt. **capsulatum** (Mt. significa Monotipo, pues sólo una especie fue citada al tiempo de la publicación original del nombre genérico) DARLING, 1906, J. A. M. A., 1285. Ulteriormente fue considerado como un "protophyte", el *Cryptococcus (sub judice)*. Se denominó Histoplasma; (*Cryptocoecus*). En células endoteliales y epiteliales. Panamá. (Darling).

Toxoplasma. Nicolle y Manceau, 1909. Cras. 369. Cercano de las Leishmanias, pero provisto de una sola masa cromática. Parásitos de los mononucleares y polimórfonucleares del bazo, etc. Tipo, **Leishmania gondii**.

Toxoplasma pyrogenes "Castellani, 1913" un dibujo, 1914, J. T. M. H., 98: **Toxoplasma**, en el bazo en caso de esplenomegalia. Sinhalese, Colombo, Ceilán.

Toxoplasmidae, Franca, 1918. Sin hemozoina, generalmente vive en células blancas de los órganos de vertebrados.

UN ARMA CONTRA LA TUBERCULOSIS

Por Anne Scott-James.

La tuberculosis ya no es una de las enfermedades trágicas incurables porque la ciencia puede vencerla. Pero para que la ciencia pueda salir avante en la batalla, la enfermedad debe ser descubierta y atacada en su primer período; mientras más se descuide más difícil es de curar.

La fotografía es un arma nueva y muy importante en la guerra contra la tuberculosis; no es que la cure pero sí es un medio valioso para conocerla y prevenirla. En Gran Bretaña varios centenares de personas desfilan ante una cámara fotográfica que les toma la radiografía del pecho. Estas fotografías tomadas en una película en miniatura, mostrará los síntomas más leves del bacilo de la tuberculosis.

Esta forma de fotografía —llamada radiografía en masa— está facilitándose más y más a muchos grupos de trabajadores. Ya se está usando en el ejército y en varias fábricas. En Londres, el Consejo Municipal dispone de una unidad móvil para tomar radiografías, la cual viaja de un extremo al otro de la ciudad.

En todos los distritos, los departamentos, oficinas y fábricas se invita a cooperar, a instruir a sus obreros respecto a esta arma moderna y facilitarles el tiempo necesario para hacerse radiografiar.

Esto, naturalmente, no es obligatorio. Son los obreros quienes tienen que decidir si lo desean o no, pero se subraya que todo mundo debe hacerlo si puede. Durante la guerra se ha notado un aumento de enfermos de tuberculosis, enfermedad ésta que ha sido estimulada por las condiciones del obscurecimiento, las largas horas de trabajo, y la falta de aire y ejercicio. Si todo caso nuevo pudiera ser descubierto desde su principio, el número de muertes por esta enfermedad podría ser casi nulo.

Lo único que tiene que hacer todo el que quiere hacerse tomar una radiografía es disponer de 10 ó 15 minutos para ir al centro más próximo. Allí se desnuda hasta la cintura (a las señoras se les da una tela blanca para que se cubran), pasa al salón de registro donde queda registrado el nombre y dirección junto con otros detalles que van a los archivos, y de ahí pasan al salón de los rayos X donde el proceso fotográfico sólo dura un segundo. La persona se para frente al aparato, respira profundamente, oye el disparo del obturador de la cámara de rayos X y asunto concluido.

Estas fotografías son tomadas unas tras otras en una película de 35 centímetros; después son desarrolladas y proyectadas en un telón y pasan por el examen de un especialista. Un 99% de estas

fotografías dan un resultado negativo; no muestran absolutamente ningún signo de enfermedad en los pulmones.

Más o menos un promedio de 1% de las fotografías demuestran algo anormal, y a esas personas se les pide que vuelvan para tomarles una fotografía de tamaño mayor, la cual puede demostrar que no hay nada grave, y que la fotografía en miniatura pudo haber salido defectuosa por el tiempo de exposición. Pero si hay algo grave, se invita al paciente a someterse a un tratamiento gratuito inmediatamente. En el primer período existe siempre la oportunidad de curarse radicalmente.

Para las personas que sostienen su hogar, existe un plan de auxilio económico.

Este ataque simple y directo contra la tuberculosis no sólo debe ir dirigido a descubrir los casos de infección en su etapa primaria, sino que debe ayudar también a disipar el falso temor y horror que muchos todavía sienten por los enfermos.

Muchos clasifican la tuberculosis como enfermedad altamente contagiosa y huyen de las personas afectadas. Los individuos que sospechan la existencia de la enfermedad rehusan visitar al médico y prefieren morir en el mayor descuido antes que dejar traslucir la verdad.

Las radiografías en masa probablemente ayudarán a vencer esta actitud, levantando el velo del misterio y haciendo que los casos sean considerados clínicamente. Después de la guerra habrá muchas unidades que tomen radiografías en masa y se espera que todas las clases de obreros gozarán de este beneficio.

LA MEDICINA Y LA GUERRA

Clorhidrato de Quinacrina (Metoquina) para la Malaria ().*

Bogotá, septiembre 25 de 1944

El 31 de mayo de 1944, la Oficina para la Coordinación de los estudios de Malaria dictó la siguiente resolución concerniente al valor relativo para las Fuerzas Armadas del Clorhidrato de Quinacrina U. S. P. (Metoquina), la Quinina y la Totaquina, U. S. P.

Sobre la base de estudios muy amplios y controlados en civiles y en establecimientos de la Armada y de la Marina, la evidencia actual de la situación justifica la siguiente declaración:

(*) Atención de los Laboratorios Winthrop Limitada.—Bogotá.

1º—En la terapéutica profiláctica de supresión.

La Quinacrina (Metoquina) ha demostrado que tiene todas las propiedades antimaláricas aceptadas para la Quinina en la supresión de la malaria durante y subsecuente a la exposición a mosquitos infectados. La supresión efectiva se puede realizar por largos períodos de tiempo mediante el uso apropiado de la Quinacrina. Una evidencia suficiente indica que este fin puede ser logrado sin peligro para el individuo.

Recientes informes indican la presentación relativamente considerable de molestias gastro-intestinales en ciertos grupos de hombres que reciben la terapéutica supresiva por la Quinacrina. Para los fines prácticos estas reacciones adversas pueden ser ahorradas fácilmente mediante una apropiada administración de la droga. La Quinina, en dosis adecuada para asegurar la supresión de la malaria, en forma equivalente a la producida por la Quinacrina en la dosificación usada corrientemente por las Fuerzas Armadas, produce con mucha frecuencia síntomas de cinchonismo.

La Quinacrina ha demostrado que es apta para prevenir en forma segura el desarrollo del paludismo de falciparum, cuando la droga se administra en dosis apropiadas antes, durante y después de la exposición a la picadura contagiosa.

2º—En la terapéutica del ataque agudo.

La experiencia adquirida en los dos años pasados ha demostrado de manera concluyente que la Quinacrina (Metoquina) cuando se suministra en forma apropiada es tan efectiva como la Quinina para la curación del ataque agudo y tan segura como la misma quinina para el mismo fin. La inyección intramuscular de Quinacrina es altamente efectiva para asegurar una rápida respuesta terapéutica. No tenemos evidencia todavía para decidir sobre los méritos relativos de la Quinacrina administrada intramuscularmente y comparada con la Quinina, por administración intravenosa, en pacientes atacados de paludismo fulminante de tipo cerebral.

3º—En la terapéutica frente al paludismo producido por plasmodium-vivax.

Ni la Quinacrina ni la Quinina pueden curar previniendo recaídas en malaria producida por vivax, como consecuencia a la descontinuación de la medicación. Es evidente que el intervalo entre los ataques, cuando se presenten, es tan amplio si se ha usado Quinacrina como si se ha usado Quinina; así se demuestra en los pronósticos usados corrientemente en las Fuerzas Armadas.

4º—En la terapéutica de paludismo producido por *Plasmodium falciparum*.

Existe evidencia convincente de que la Quinacrina no solamente suprime los síntomas clínicos del paludismo producido por plasmodium falciparum, sino que también cura esta forma maligna.

No hay evidencia concluyente respecto al efecto curativo de la Quinina en los mismos casos.

5º—Totaquina (U. S. P.).

Debido a su contenido en alcaloides cristalizables de la cinchona, la Totaquina (U. S. P.) posee actividad que se aproxima a la de la Quinina y en consecuencia se puede emplear como un sustituto de la Quinina, para la medicación oral. La actividad antimalárica de la Totaquina (U. S. P.), está en proporción con la cantidad de alcaloides cristalizables que se encuentran en la preparación, mucho más que con la cantidad específica de cada alcaloide individualmente. Los disturbios gastro-intestinales se presentan con mayor frecuencia, como consecuencia del uso de la Totaquina (U. S. P.), de lo que ocurre cuando se usa Quinina o Quinacrina.

Sobre la base de las anteriores conclusiones, se resuelve:

1º Que ni ventaja ni posible desventaja se presentan para las Fuerzas Armadas cuando la Quinina o la Totaquina se utilicen para reemplazar a la Quinacrina en el tratamiento supresivo rutinario de la malaria, con fines profilácticos.

2º Que la producción en amplia escala de Quinina o Totaquina no se considera como un punto de importancia para el combate al paludismo dentro del personal del Ejército y la Marina. Es posible que una cantidad de Totaquina amplia en los actuales stocks, se pueda requerir temporalmente para la medicación de la población civil que se encuentre bajo jurisdicción de las Fuerzas Armadas en territorio ocupado, donde no sea practicable fácilmente una información y propaganda suficiente relativa al empleo apropiado de la Quinacrina (Metoquina).

En conexión con ésto, debe mantenerse presente que después de la guerra continuarán siendo grandes las necesidades de drogas antipalúdicas.

Oficina para la Coordinación de los estudios de Malaria, del Consejo Nacional de Investigaciones; R. F. Loab, Cahirman; W. M. Clark; R. G. Coatney, U. S. P. H. S.; L. T. Cogeshall, Comdr. (MC) U. S. N. R. Dieuside, Lieut. Col. M. C., A. U. S.; A. R. Dochez. O. S. R. D.; E. G. Hakansson, Capt. (MC) U. S. M.; E. K. Marshall J. R.; O. R. McCoy, Mayor J. C., A. U. S.; F. T. Norris. Lieut,

Comdr. (MC), U. S. N.; W. H. Sebrell, U. S. P. H. S.; J. A. Shannon, and S. A. Carden Jr., Secretary).

COMENTARIOS DEL JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION A ESTA DECLARACION DE LAS AUTORIDADES MEDICAS DEL EJERCITO DE LOS EE. UU.

“La Quinacrina, (Metoquina), es satisfactoria para el control de la malaria”.

“El informe oficial procedente de la Oficina de Coordinación de los estudios de malaria sobre el empleo de la Metoquina en la prevención y tratamiento de la malaria aparece en nuestra página 977. Responde él a las preguntas que se ofrecen a la mente de muchos médicos, relativas a las ventajas comparativas o a las desventajas existentes de la Quinina, la Totaquina y la Quinacrina (Metoquina).

El mundo de la post-guerra, con el conocimiento adquirido ahora acerca de esta última droga y sobre los métodos de la prevención de la malaria, quedará habilitado para eliminar el paludismo de cada una de las naciones civilizadas. Será este sin duda un gran beneficio que se derivará de la más destructora y costosa de las guerras que la humanidad haya conocido jamás”.

Estos documentos han sido traducidos del Journal of The American Medical Association, volumen 125, Nº 14. Agosto, 5 de 1944.

Laboratorios Winthrop Limitada

ESTADO ACTUAL DE LA BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Por José María Ramírez

Hace pocas semanas, el representante de esta Facultad ante el Consejo Directivo de la Universidad, practicó una visita a esta Biblioteca con el fin de conocer las causas que habían motivado algunas quejas respecto al funcionamiento de la misma.

Dado que uno de los puntos concretos de esas quejas se refería a la clasificación, le hice las explicaciones del caso y me formé el propósito de hacer algunas informaciones escritas en referencia con la Biblioteca.

Días más tarde el propio profesor Decano de esta Facultad, quien desde la iniciación de sus labores viene actuando con evidente actividad, designó al doctor Alfonso Bonilla Naar, médico joven y dinámico para Secretario de la dirección de la Revista con facultades de coordinador en la Biblioteca. En esta forma se viene a suprimir una de las causas más importantes que existían para que la Biblioteca dejara qué desear.

Marcha de la Biblioteca de esta Facultad.

Es la Biblioteca una de las entidades más importantes en la estructura Universitaria. Por medio de ella la Universidad en general y la Facultad en particular, no sólo facilitan al estudiante la consulta de libros indispensables para su cultura, sino que constituye el medio de vinculación más realizador con el movimiento científico mundial.

La Biblioteca que no puede ser en ningún caso un salón de libros con bancas para su lectura, es ante todo el centro del intercambio cultural, y es allí donde las Instituciones científicas, las casas editoras, etc., envían su actualidad productora, haciéndola el organismo coordinador entre la ciencia Nacional y la Extranjera.

Teniendo en cuenta esta importancia la Biblioteca debería ser dentro de la Facultad un Departamento Científico, organizado y provisto al igual que los demás.

El caso concreto de esta Biblioteca.

Cuenta nuestra Biblioteca con 11.284 volúmenes aproximadamente.

Llegan a ella por concepto de envío, canje o suscripción toda clase de publicaciones de Europa, Norte América y Sur América. (Se entiende que por consecuencia de la guerra, solamente se reciben de la Europa no ocupada algunas publicaciones, con las irregularidades de tiempo que esta circunstancia impone).

La Biblioteca adquiere cuando su presupuesto lo permite los tratados de Medicina que a juicio de la Facultad son de mayor provecho y consultan mejor la necesidad de Profesores y estudiantes.

Todo el material científico que llega a la Biblioteca se somete en primer término a un proceso de selección dejando en observación las publicaciones que por razones de tiempo ó índole del contenido no han adquirido suficiente crédito.

Una vez juzgadas y aceptadas, son clasificadas, catalogadas y puestas a la disposición del lector (se sub-entiende la labor de inscripción, ordenación y encuadernación cuando lo requiere).

Al mismo tiempo por conducto de la Biblioteca, la Facultad verifica algún intercambio científico.

Estas actividades son desempeñadas por:

- 1º El Bibliotecario encargado.
- 2º El ayudante del bibliotecario.
- 3º El catalogador.
- 4º El clasificador.

Por qué no se han cumplido a cabalidad estas funciones.

La Biblioteca de la Facultad se inició con un pequeño conjunto de libros franceses, en el viejo edificio de Santa Clara. Fue aumentando poco a poco su haber bibliográfico, pero solamente en el año de 1932 se le comenzó a dar verdadera organización. Fue en el año de 1932 cuando el Profesor Jorge Cavelier recibió el encargo de organizarla para lo cual se le nombró Director Científico de la misma. Médico de aquilatados conocimientos y de imponente capacidad de trabajo; promovió la fundación de la REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, bajo la dirección de la Biblioteca y cuyo primer número apareció en junio de 1932.

El Profesor Cavelier organizó la Biblioteca tal como hoy se encuentra; clasificó su material, promovió su canje, la relacionó con entidades Norte, Centro y Sur Americanas, etc. Permaneció como su director científico hasta el año de 1942, año en que por un nuevo acuerdo se estableció que el Director Científico sería el Decano de la Facultad.

No necesitamos insistir sobre la calidad y la cantidad de actividades que debe llevar a cabo el Director Científico de la Biblioteca, para darnos cuenta que es incompatible físicamente con la ingente labor del Decano, además de que a mi juicio, tal cargo implica una gran cantidad de vocación. El actual Decano, avisor en esto, ha procurado remediar este problema con el nombramiento del doctor Bonilla Naar.

Tenemos por otra parte que nuestra biblioteca no ha contado hasta hoy con personal técnico.

Sus empleados han venido iniciándose sin conocimientos especiales y mediante una práctica de rutina, adquieren al cabo de cierto tiempo las bases indispensables para atender a las necesidades más urgentes del servicio, quedándose por lo tanto muy lejos del nivel de preparación que la calidad de su misión exige.

No es menos interesante el problema económico de la Biblioteca. Todo organismo crece a expensas de la nutrición y la armonía de su crecimiento está inevitablemente regida por su adecuado abastecimiento. La Universidad y con ella todas las dependencias crecen rápidamente; pero las necesidades que este crecimiento engendra no marchan paralelamente con su capacidad económica. La Biblioteca ha funcionado hasta hoy con finanzas precarias en relación con el incremento que debiera dársele. (Puedo afirmarlo por haber participado hace poco tiempo en el estudio y distribución del presupuesto).

La mayor parte de los libros nuevos que ha adquirido desde hace algún tiempo, han venido como obsequiosa atención del "Coordinador de Asuntos Inter-Americanos" por conducto del servicio Cooperativo Inter-Americanos de Salud Pública, así como del consulado Británico, algunas casas editoras y otras entidades.

Un alto porcentaje de los libros con que cuenta la Biblioteca, datan de una fecha que la continua evolución de la ciencia los va dejando revestidos de un mero interés como historia de la Medicina.

Los libros de que se sirve a diario el estudiante van sufriendo notable deterioro y como no existe una partida permanente para su reparación terminan inutilizándose definitivamente.

El caso de la clasificación.

El puesto de clasificador que la Facultad adjudica tradicionalmente a un estudiante cuyas necesidades económicas lo requieran, me fue ofrecido espontáneamente por la Facultad que conocía perfectamente que debido a mis necesidades pecuniarias había tenido que suspender los estudios en el año de 1937 y que sólo los pude reanudar en 1940. Aspiré entonces a una beca de la Facultad, beneficio que no quitaba tiempo a mis estudios pero tropecé con el in-

conveniente de que por entonces hacía parte del Consejo Directivo de la misma y como esta entidad adjudica dichos auxilios hube de prescindir de mi empeño.

Al terminar el período de mi representación, inmerecida distinción que me prodigó el estudiantado, las nuevas directivas me honraron con lujoso concepto escrito, respecto de los sencillo pero honrados servicios que me esforcé en prestar, al mismo tiempo que se me nombraba clasificador de esta Biblioteca. Naturalmente tuve que comenzar por aprender la clasificación, lo que me tomó algún tiempo y como el anterior clasificador dejó una buena cantidad de labor atrasada, ha venido quedando desde entonces un pequeño remanente de labor por terminar tanto en clasificación como en catalogación.

Si el servicio de clasificación estuviera deslindado del servicio de lectura por la noche, no existiría esta deficiencia.

Sin embargo, la clasificación no está mayormente afectada pues de los 11.284 volúmenes que hay en la Biblioteca 11.186 están clasificados y catalogados; quedan por lo tanto 98 libros en cuya clasificación y catalogación se está trabajando teniendo que quitarle tiempo a los estudios, pues durante la noche la atención del servicio no permite la clasificación.

La Biblioteca está clasificando por el sistema universalmente adoptado. . . .

Dispone la Biblioteca de dos textos para la clasificación.

Es el uno LA CLASIFICACION DECIMAL UNIVERSAL texto escrito en francés, dividido en cuatro volúmenes, edición de 1929, publicación de EL INSTITUTO INTERNACIONAL DE BIBLIOGRAFIA instalado en Bruselas y que sigue el método original de MEVIL DEWEY "DECIMAL CLASIFICATION".

El otro texto es el "DEWEY DECIMAL CLASIFICATION AND RELATIVE INDEX" décima tercera edición de 1932, escrito en Inglés, revisado y aumentado por "DORKAS FELLOWS EDITOR" y que es el texto que siguen para su clasificación, la biblioteca Nacional y la Universidad Nacional.

No son pues los dos textos de esta biblioteca, dos sistemas diferentes de clasificación, sino dos publicaciones del mismo sistema hecha la una, bajo la dirección de EL INSTITUTO INTERNACIONAL DE BIBLIOGRAFIA en Bruselas y la otra bajo la dirección de "FOUNDATION FOR EDUCATION, LAKE PLACID CLUB" de los E. U. de Norte América, organismo científico cooperador del citado Instituto.

Tiene por objeto la clasificación decimal, la denominación por

medio de números de todos los elementos de la vida universal, constituyendo en esta forma un inventario clasificado del mundo.

Con las primeras nociones de aritmética se aprende a conocer el sistema decimal de numeración. Sólo este sistema, con su indefinida capacidad de extensión por el valor propio, ordenado y progresivo que adquiere el número de acuerdo con su situación local en el guarismo, podía servir para tan inmenso fin representativo, enumerativo y denominativo.

Es por medio de números ordenados por el sistema decimal de numeración y combinados por medio de signos especiales, como el clasificador en corto espacio de papel resume el libro de acuerdo con su clase, índole, objeto, contenido, forma, puntos de vista, relaciones, lugar, idioma y tiempo.

Clasificación sistemática de las materias y enciclopédica de los conocimientos.

La clasificación Decimal en sus desarrollos científicos tiende a dar un inventario completo de todas las ciencias, de todas las ideas, de todas las instituciones, de todas las actividades y de todos los objetos.

Todos los temas de la ciencia y de las actividades prácticas están dispuestas en un orden sistemático, procediendo de lo general a lo particular, del todo a la parte, del género a la especie.

Ejemplo:

616.89	significa Psicología, Frenopatías.
616.89-008	significa Semiología psiquiática.
616.89-008.1	significa Locura en general.
616.89-008.12	significa Locura y crimen.
616.89-008.12-089.856	significa Esterilización de alienados criminales.

En esta forma la clasificación agrupa materias conexas. No existe diferencia en cuanto a clasificación se refiere entre el texto de Bruselas y el DEWEY Norte Americano; tanto en las nueve clases principales como en las subdivisiones se corresponden regularmente.

El texto de Bruselas es más explicativo en cuanto al estudio de materias y es más rico en signos de combinación. El Texto Norte Americano es más sinóptico.

Creo que la Biblioteca obtiene mejor ventaja con la consulta de los dos textos.

Me parece que en esta forma queda claramente establecido que la Biblioteca de la Facultad de Medicina no está siguiendo un sis-

tema de clasificación distinto del que está universalmente adoptado; que si hay pequeñas deficiencias se está adelantando bajo la Dirección del Decano y animados por el doctor Bonilla Naar, la clasificación y catalogación de un pequeño saldo de labor atrasada.

Me parece también que de las consideraciones anotadas se deduce que a la Biblioteca corresponde una trascendental misión nacional y universitaria y que en consecuencia debe ser objeto de la atención que la importancia de esta misión exige.

José M^a Ramírez Moreno,

Clasificador Científico de la Biblioteca de la Facultad de Medicina
de la Universidad Nacional.

SECCION INFORMATIVA DE LA BIBLIOTECA

Revistas recibidas en el mes de septiembre de 1944.

ANATOMIA

“The American Journal of Anatomy. Vol. 75, N° 1.

BACTERIOLOGIA

“The Journal of Immunology. Vol. 50, N° 1.

CARDIOLOGIA

“Revista Cubana de Cardiología”. Año IV, N° 1.

Sugerimos: La Ganglioectomía Lumbar en el tratamiento de la gangrena por arteritis obliterante. Por el Prof. Francisco Leza y doctor Joaquín Pujol Izquierdo.

CIRUGIA

“Archives of Surgery”. Vol. 48, N° 6.

Sugerimos: Results of Long Term Experimental constriction of the Hepatic Veins in dogs. By: Charles D. Armstrong M. D. and Victor Richards, M. D.

en las fracturas del húmero. Por Oscar R. Marotti.

“Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic. Vol. 19, Nos. 12 a 15.

“Revista de la Academia Argentina de Cirugía”. Tomo XVII, Nos. 8-9-11.

Sugerimos: La neurografía en el estudio de la parálisis radial
Sugerimos:

The non tropical Sprue Syndrome: Report of four cases and of a case which intestinal insufficiency was corrected by operation. By R. M. Wilder, Jr.

Chronic ulcerative colitis with unusual complications: Report of case. By G. A. Peters.

Chronic ulcerative colitis followed by carcinoma. Report of twenty-six cases. By W. G. Saner and J. A. Bargui.

Infections of the urinary tract without demonstrable organisms.
By E. N. Cook.

"Cirugía y cirujanos" Tomo XII, Nos. 2-3-4.

Sugerimos: La técnica de Lattheisen Reich en las hernias inguinales directas: Por Enrique Jolly.

"Current researches in anesthesia".

"Revista Médico-quirúrgica de Patología femenina". Tomo XIII, N° 2.

Sugerimos: Colitis mucosamembranosa. Por Leopoldo Herraiz Ballesteros.

"Revista Mejicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer". Año XII, N° 4.

"Revista de la Sociedad Médico-quirúrgica del Zulia". Año XVIII, Nos. 3 y 4.

"Surgery, Gynecology and Obstetrics". Vol. 79, N° 2.

"The American Journal of Surgery".

"The British Journal of Surgery". Vol. XXXII, N° 125.

Sugerimos: The effect of ligation on infection of the Patent Ductus Arteriosus. By Oswald S. Tubbs.

DERMATOLOGIA

"Archives of Dermatology and Syphilology". Vol 150, N° 1.

Sugerimos: Penicillin Therapy of Impetigo Contagiosus and Allied Diseases: Uses of Penicillin. Innoculated dressing. By Harold M. Johnson, M. D.

Triple Symptom complex of Behcet. Report of a case. By Herman Ephain, M. D.

Treatment of Psoriasis with Sarsaparrilla Compound. By Thomas S. Saundeis, M. D.

Dermatitis due to Nail Polish a study of Twenty-six cases with the chief allergenic component toluene sulfonamide formaldehyde Resin and related substances. By Harry Neil, M. D. and Laird S. Van Dick, M. D.

FISIOLOGIA

"The American Journal of Physiology". Vol. 141, N° 5.

Sugerimos: Some factors affecting the resistance of ejaculated and Epidymal, Spermatozoa of the boar to Different environmental conditions. By John Lasley and Ralph Bogart. Secretion of Pancreatic Juice after cutting the extrinsic nerves By J. O. Crider and J. E. Thomas.

HIGIENE

"American Journal of Public Health". Vol. 134, N° 7.

"Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana". Agosto, 1944.

Sugerimos: Controle de Stegomia, (Aedes Aegypti) nos Portos Brasileiros. Directoria Geral do Departamento Nacional do Saude do Brasil.

“Boletín de la Unión Panamericana”. Agosto de 1944.

“Revista de Higiene”. Vol. III, Nº 5.

“Revista de Higiene de Barranquilla”. Nº 34.

“Oral Higiene”. Julio de 1944.

“Salubridad e Higiene”. Nos. 26 y 27.

Sugerimos: Las campañas antituberculosas. Por Andrés Villegas M.

MEDICINA

“Archives del Hospital Rosales”.

“Archives of internal medicine”. Vol. 137, Nº 6.

Sugerimos: Clinicopathologic Studies of Renal Damage due to sulfonamide compounds: A report of Fourteen cases. By Francisco D. Murphy, M. D.; Joseph E. Kuzma, M. D.; Theodore Z. Pholley, M. D. and John Grill, M. D.

“Asociación Médica Argentina”. Tomo LVIII, Nº 534.

“Boletín Clínico”. Año VIII, Nos 11 y 12.

“Boletín do Instituto Vital Brasil”.

“Bulletin of the New York Academy of Medicine”. Julio de 1944. Agosto de 1944.

“British Medical Journal” Junio 24 de 1944. Julio 1º de 1944. Julio 8 de 1944. Julio 15 de 1944.

“Bulletin of the School of Medicine”. Vol. 29, Nº 1.

“Boletín de los Hospitales”.

Sugerimos: Tratamiento quirúrgico de los Fibromomas Uterinos. Por Salvador Córdoba.

“El Día Médico”. Vol. XVI, Nos. 26 y 27.

“Journal of the National Cancer Institute”. Vol. IV, Junio y Agosto de 1944.

“Jornal of Medicine”. Vol. 44, Nº 4.

“La Prensa Médica Argentina”. Año XXXI, Nos. 24 a 27.

Sugerimos: Nº 24. Tratamiento quirúrgico de la Hipertensión Arterial. La vía tóraco-lumbar transdiafragmática De Smithwick. Contribución técnica. Por Vicente F. Pataro.

Nº 27. Tratamiento de las colecistitis crónicas no calculosa y atonía vesicular. Por Rul R. Perazo.

“Le monde Medical”. Marzo-Abril de 1944.

“Gaceta Médica de Méjico”.

“Revista de Medicina Mejicana”. Tomo XXIV, Nº 462.

“Revista de Medicina y Cirugía de La Habana”. Tomo XLIX, Nº 6.

“Medicina Experimental”.

- “Revista Médica Hondureña”. Año XIV, N° 3.
- “The Journal of the American Medical Association. Vol. 1.125. Nos. 13 a 15.
- “The Lancet”. Nos. 6304-6306-6307-6308.
- “The American Review of Tuberculosis”. Vol. L, Nos. 1 y 2.
- “The American Journal of the Medical Sciences”.
- “The School Science Review”. Vol. XXV, N° 27.
- Sugerimos: The sistolic Murmur. By Wa A. Sodeman, M. D.
- “The Modern Hospital”. Vol. 63, N° 2.
- “The Journal of Experimental Medicine”. Vol. 80, N° 2.
- “The Journal of Laboratory and Clinic Medicine”. Vol. 29, N° 7.
- Sugerimos: The macroscopic determination of Blood Groups A and B, By Capt Lawrence L. Swan, M. C.
- “The American Journal of Pathology”. Vol. XX, N° 4.
- “Villa Clara Médica”. Vol XII, N° 3.

NEUROLOGIA

- “Archives of Neurology and Psychiatry”. Vol. 52, N° 1.
- Sugerimos: The electroencephalogram of Criminals. Analysis of four hundred and eleven cases. By Daniel Silverman. M. D.

ORGANOS DE LOS SENTIDOS

- “Archives of Ophthalmology”. Vol. 32, N° 1.
- “Archives of Otolaringology”. Vol 40, N° 1.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

- “American Journal of Obstetrics and Gynecology”. Vol. 48, N° 1.
- “Obstetricia y Ginecología Latino-americanas”. Vol. 2, N° 5.

PEDIATRIA

- “American Journal of Diseases of Children”. Vol. 67, N° 6.
- Sugerimos: Erythroblastosis fetales. A proposed definition and clarification of the term. By Madge Furlow Mackin, M. D.
- “Anales de la Sociedad de Puericultura”.

QUIMICA BIOLOGICA

- “The Journal of Biological Chemistry”. Vol. 154, N° 2.
- Sugerimos: Investigations of Amino Acids. Protides and Proteins. A source of error in the Manometric Ninhydrin Method for

the Analysis of Amino Acids and its suppression by the use of Hydrazine, By Schott, Hermann F, Rockland, Louis B and Dunn, Max S.

RADIOLOGIA Y FISIOTERAPIA

“Radiología y Fisioterapia”. Vol. XI, N° 4.

“The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy”. Vol. 152, N° 1.

TERAPEUTICA

“Boletín Farmacéutico Colombiano”. Vol I, N° 4.

“Revista Roche”. Vol. II, Nos. 5 y 6.

“The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics”. Vol 81, N° 3.

Sugérimos: Inhibition of Nervous Transmission in Synapses and End Plates by Thiamine. By K. Unna and E. P. Pick.

UROLOGIA

“The Journal of Urology”. Vol 51, N° 6. Vol. 152, N° 1.

Sugérimos: Malaria as a complication in Genitourinary Trac disease. By A. I. Folson and H. A. O'Brien.

J. M. P. S.

Libros adquiridos recientemente por la Biblioteca.

La Dirección de la Biblioteca compró los siguientes libros a través de la Editorial UTHEA y las EDITORIALES UNIDAS, que nos abstendremos de comentar especialmente, por ser textos muy conocidos, deseosos de informar cuanto antes de estas nuevas adquisiciones a los lectores. En próximo número anunciaremos más libros comprados y el pedido de textos norteamericanos, todos de actualidad.

UTHEA

“Tratado de Patología Quirúrgica”. 1942. *José E. Igarzábal*. 4 Tomos. Editorial “Vásquez”, Buenos Aires.

“Clinical Laboratory Methods and Diagnosis”. 1943. *R. B. H. Gradwohl*. Dos tomos. The C. V. Mosby Co. St. Louis. U. S. A.

“Operative Surgery”. Quinta Edición. 1940. *Horsley and Biggar*. Dos tomos. C. V. Mosby Co.

“Ginecología Operatoria”. 1940. *Crossen y Crossen*. 2 tomos. Unión Tipográfica Editorial Hispano-Americana. México.

“Fisiología”. 1938. *Angelo Pugliese*. Dos tomos. UTHEA. México.

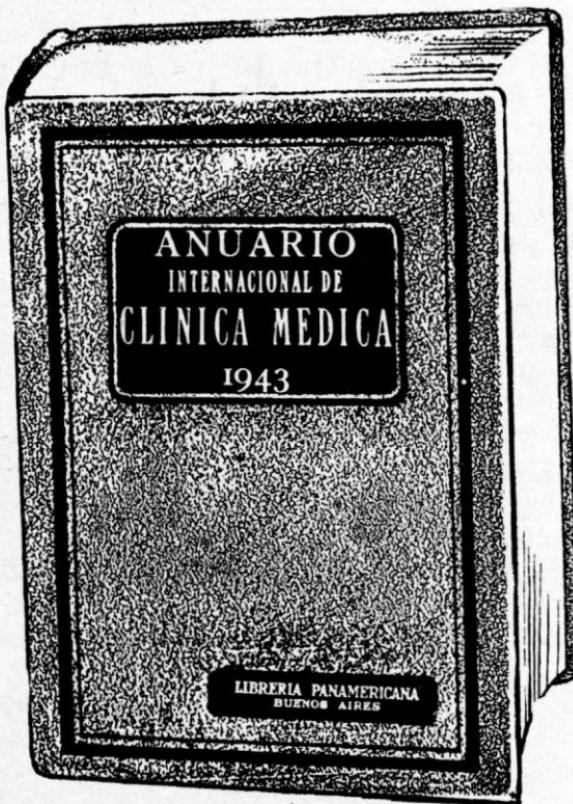
“Diseases of the Skin. Sutton and Sutton, Jr.”. 1939. Tenth Edition. C. V. Mosby.

- “Operative Orthopedic”. Willis C. Campbell. 1939. C. V. Mosby.
- “Experimental Farmacology and Materia Medica”. 1939. *Dennis E. Jackson*. Second Edition. C. V. Mosby.
- “Atlas de Operaciones Quirúrgicas”. 1941. *E. C. Cutler y R. Zollinger*. UTHEA. México.
- “Urgencias de Cirugía”. 1937. *Louis Dambrin*. UTHEA. México.
- “Tratado de Pediatría”. 1943. *L. E. Holt y J. Howland*. Dos tomos. Traducción española de la UTHEA. En el número pasado anunciamos la edición inglesa.
- “Terapéutica Biológica”. 1938. *Gastón Lyon*. UTHEA.
- “Tratado de Clínica.
- Propedéutica Quirúrgica”. 1939. *Miguel López Esnaufrízar*.
- “Bioquímica de la Enfermedad”. 1942. *Bodansky y Bodansky*.
- “Cáncer de la Laringe”. 1943. Estudio Radiológico. *Félix E. Leborgne*. “Casa A. Barreira y Ramos”. S. A. Montevideo. Uruguay.
- EDITORIALES UNIDAS. (Sr. David Ranz Lafuente).
- “Diagnóstico Diferencial y Tratamiento de las Enfermedades Internas”. 1942. Segunda Edición, *Rodolfo Dassen*. “El Ateneo”. Buenos Aires.
- “Clínica Obstétrica”. 1942. *Jaime Moragues Bernat*. El Ateneo. Buenos Aires.
- “Clínica Quirúrgica”. 1938. *Pedro Chutro*. Cuatro Tomos. “El Ateneo”. Buenos Aires.
- “Técnica Quirúrgica”. 1943. *Christmann, Ottolenghi, Raffo, Von Grolman*. Tres tomos. “El Ateneo”. Buenos Aires.
- “Patología Médica”. Tomo I. (Enfermedades del Aparato Respiratorio). *Bisi, Gelaya, Martínez, Casanegra, Ferradas y Pascualini*. T. II. (Segunda Parte). “Enfermedades del Peritoneo. Páncreas, Hígado y Vías Biliares”. (Canónico, Celaya, Del Río Goni Moreno, Gravano y Mortela y Holguín). “El Ateneo”. Buenos Aires.
- “Biblioteca de Semiología”. 1943. Doctores *T. Padilla y P. Cosio*. Tercera Edición, cada tomo escrito por especialistas. *Ocho Tomos de una colección de once*. (Riñón, Bazo y Sangre; Secretiones Internas —Neuro Vegetativo; Laboratorio— Análisis Clínico; Semiología General; Aparato Digestivo; Hígado y Páncreas; Metabolismo y Aparato Respiratorio). “El Ateneo”. Buenos Aires.
- “Terapéutica Clínica”. 1943. Directores, doctores. *César Cardini y Juan José Beretervide*. Cada tomo tiene colaboradores especiales. Adquiridos, mientras llegan los demás de la colección total; I—El Arte de Formular y Aparato Circulatorio; II (Segunda Parte). Sangre y Órganos Hematopoyéticos. Transfusión de Sangre. Pre- y Post-operatorio. III (Primera Parte). Aparato Respiratorio. Editorial “El Ateneo”. Buenos Aires.

Libros recibidos.

- “Anuario Internacional de Clínica Médica”. 1943. (Donativo

de la Librería Panamericana de Buenos Aires). Versión Española de la obra en inglés, publicada bajo la dirección de los doctores: G. F. Diek, G. R. Minot, W. D. Stroud, J. B. Amberson, Jr., W. B. Castle, y G. B. Eusterman. Tiene el mismo sistema de escrupulosa selección del Anuario Internacional de Clínica Quirúrgica, 1944, comentado en el número anterior de esta Revista, y por lo tanto su interés es sobresaliente. Trae los siguientes grandes capítulos, que



traducen la importancia y extensión de esta obra, de 900 páginas, y que confronta 154 estados patológicos, en los cuales se consideran, el Tratamiento, el Diagnóstico y otros datos clínicos.

Parte I.

Enfermedades Infecciosas.

Parte II.

Enfermedades del Tórax.

Parte III.

Enfermedades de la Sangre y de los Órganos Hematopoyéticos.

Enfermedades del Riñón.

Parte IV.

Enfermedades del Corazón y de los Vasos Sanguíneos.

Parte V.

Enfermedades del Aparato Digestivo, del Metabolismo y de la Nutrición.

A. B. N.

CIRCULAR AL PROFESORADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA SOBRE INFORMACION BIBLIOGRAFICA

Muy estimado señor Profesor:

Con el fin de hacer más eficaz nuestra información referente a las revistas recibidas por la Biblioteca de la Facultad, en lo relativo a los artículos que "sugerimos" para su lectura, por considerarlos completos e interesantes, hecho que siempre realizamos teniendo en mente algunas investigaciones o labores de nuestros Departamentos, o trabajos adelantados por colegas colombianos, agradeceríamos a usted se sirva informarnos el o los temas que preocupan a su Departamento por estarlos desarrollando en la actualidad.

Esperando de usted una respuesta a la presente, para tenerlo en cuenta en nuestra Sección Informativa.

De usted atentamente,

La Dirección

BIBLIOGRAFIA SELECCIONADA DE PARASITOLOGIA (*)

(Selected References on Parasitology).

Dividiremos este estudio en las siguientes Secciones:

A)—GENERAL. (*General*) (Textos que consideran toda la materia).

B)—INMUNOLOGIA. (*Immunology*). Sólo los Textos. (Only text books). "210 selected references on Immunity to animal parasites with special reference to Hélmintes", será publicado en la Revista de la Facultad de Puerto Rico. (Will be published by the Puerto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine).

C)—HISTORIA. (*History*).

D)—PROTOZOOLOGIA. (*Protozoology*).

E)—HELMINTOLOGIA. (*Helminthology*).

F)—ANTIHELMINTICOS. (*Treatment of Helminthiasis*).

G)—ENTOMOLOGIA. (*Entomology*).

H)—VARIOS. "TECNICAS Y METODOS DE LABORATORIO". (Laboratory y Methods and Technic). Libros dedicados a varias ramas de la medicina, útiles en estudios de Parasitología.

GENERAL.—(Orden alfabético de Autores). (Alphabetical order).

American Authors. (27).—1944. Clinical Tropical Medicine. Hoeber Inc. New York. London.

Belding, David L.—1942. Textbook of Clinical Parasitology. Appleton-Century.

Blacklock, D. B. and Touthwell, T.—1941. A guide to Human Parasitology for Medical Practitioners. 4th. Edit. Williams and Wilkins.

Brumpt, Emile.—1936. *Précis de Parasitologie*. 2 vols. Masson.

Cable, Raymond M.—1943. An illustrated Laboratory Manual on Parasitology. Burgess Pub.

Cameron, T. W. M.—1940. The Parasites of Man in Temperate Climates. Univ. Toronto Press.

(*) Trabajo efectuado durante un curso de especialización en Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health. Baltimore. 1943-44.

- Chandler, A. C.—1940. Introduction to Parasitology. 6th. Ed Wiley.
- Craig, C. F. and Faust, E. C.—1943. Clinical Parasitology. 3rd. Ed. Lea and Febiger.
- LA MAYORIA DE ESTOS LIBROS NO SE ENCUENTRAN EN LA BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE MEDICINA.
- Culbertson, James T.—1942. Medical Parasitology. Columbia University Press. New York.
- Fantham, H. B., Stephens, J. W., and Theobald, F. V.—1920. The Animal Parasites of Man. William Wood.
- Hegner Robert.—1942. College Zoology. 5th Ed. Macmillan Co. New York.
- Hegner R. W., Cort, W. W. and Root, F. M.—1927. Outlines of Medical Zoology. Macmillan. N. Y.
- Hegner, R. W., Augustine, D. L., Root, F. M. and Huff, C. G.—1938. Parasitology. Appleton-Century.
- Kourí Pedro y Basnuevo José G.—1943. Lecciones de Parasitología y Medicina Tropical. 2^a Edición. Editorial Profilaxis. Habana.
- Manson-Bahr, Philip.—1938. Manson's Tropical Diseases. 10th Ed. William Wood. London.
- Nauss, R. W.—1944. Medical Parasitology and Zoology. Hoeber. N. Y. and London.
- Pearse, A. S.—1942. Introduction to Parasitology. Thomas.
- Quarterly accumulative index medicus.—1944. Published by the A. M. Association. Chicago. 535 N. Dearborn Street. (Bibliografía de trabajos mundiales).
- Rivas de, D. and de Rivas, C. T.—1935. Clinical Parasitology and Tropical Medicine. Lea and Febiger.
- Smith, T.—1934. Parasitism and Disease. Princeton Univ. Press.
- Southwell, T. and Kirchner, A.—1937. A Guide to Veterinary Parasitology for Veterinary Students and Practitioners. Lewis.
- Stitt, E. R., Clough, P. H., and Clough, M. C.—1938. Practical Bacteriology, Haematology, and Animal Parasitology. Blakiston.
- Strong, Richard P.—1943. Stitt's Diagnosis, Prevention and Treatment of Tropical Diseases. 6th. Ed. 2 vols. Blakiston.
- Underhill, B. M.—1920. Parasites and Parasitosis of the Domestic Animals. Macmillan.
- Talice, R. V.—1944. Enfermedades Parasitarias del Hombre y Parásitos de interés Médico. Ed. Cient. Sindicato Médico de Uruguay. Asunción.
- Van Beneden, P. J.—1876. Animal Parasites and Messmates. Appleton.

INMUNOLOGIA. (Immunology). Cronológicamente.

- 1905 Metchnikoff, E.—Immunity in infective diseases. Cambridge University Press.
- 1926 Hegner, Robert W.—The Biology of Host-Parasite relationship among Protozoa living in Man. *Quat. Rev. Biol.* 1, 393-418.
- 1927 Hegner, Robert W.—The host parasite relations between man an his intestinal protozoa. Century Co. New York.
- * 1929 Taliaferro, W. H.—The Immunology of Parasitic Infections. Century Co. New York.
- 1929 Sandground J. H.—A consideration of the relation of host-specificity of helminthes and other metazoan parasites to the phenomena of age resistance and acquired immunity. *Parasitology*, 21, 227-255.
- 1932 Chandler, A. C.—Susceptibility and resistance to helminthes infection. *Jour. Parasitology*. 18, 135-152.
- 1932 Clapham, Phyllis A.—Recent researches on helminth immunity. *Pub. Imp. Bureau Agriculture. Parasitol.* pp. 1-20.
- 1934 Taliaferro, W. H.—Some cellular bases for immune reactions in parasitic infections. *Jour. Parasit.* 20, 149-161.
- * 1935 Perla, D. y Marmorston, J.—Spleen and resistance. Williams Wilkins Comp. Baltimore.
- 1938 Culbertson, James, T.—Recent contributions to the immunology of helminthic infections. *Archv. Parasitol.* 25, 85-117; 256-280.
- 1940 Taliaferro, W. H.—The mechanism of acquired immunity with parasitic worms. *Physiological Reviews*. 20, 469-492.
- * 1941 Zinsser, H., Enders, J. F., Fothergill, Le Roy D. *Immunity. Principles and application in Medicine and Public Health.* Mac Millan Co. New York.
- * 1941 Culbertson, J. T.—Immunity against animal parasites. Columbia University Press. New York.
- 1941 Taliaferro, W. H.—The immunology of the parasitic protozoa. Chap. XVIII. (*Protozoa in Biological Resarch.* Various Authors. Columbia Univ. Press).

(*) Trabajos muy completos.

(Up-to-date Bibliography).

(Continuará en el próximo número).