

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VOL. XIII

Bogotá, diciembre 1944, enero 1945

Nos. 6 y 7

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

CONTENIDO:

(English Summary) (*).

I	Fotografía del Prof. Corpas...	595
II	EDITORIAL. <i>Juan N. Corpas</i> . Consideraciones Biológicas a través de un hombre...	597
III	Siluetas de los Profesores de la Escuela de Medicina. Doctor <i>Juan N. Corpas</i> ...	602
IV	Datos Biográficos ...	603
V	Publicaciones ...	607
VI	Resoluciones de duelo ...	608
VII	Discurso pronunciado en honor del nuevo Decano Prof. José del C. Acosta. Prof. <i>Juan N. Corpas</i> ...	615
VIII	Cotos. Historia Clínica. Doctor <i>Jesús M. Barragán</i> ...	619
IX	Indicaciones y contraindicaciones clínicas de los digitales. Prof. <i>Alfonso Uribe Uribe</i> ...	627
X	Historia de la Medicina Tropical, Parasitología e Higiene en Colombia (1830-1943). Doctor <i>Alfonso Bonilla Naar</i> ...	638
XI	El Hombre y las Enfermedades Tropicales Parasitarias. Doctor <i>Alfonso Bonilla-Naar</i> ...	644
XII	Historia de la Medicina Nacional ...	645
XIII	Actividad Médica Extranjera ...	651
XIV	OBITUARIO. Doctor Rogelio Nader ...	654
XV	REVISTA DE TESIS ...	655
XVI	REVISTA DE REVISTAS ...	660
XVII	Sección informativa de la biblioteca ...	669

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



Prof. JUAN N. CORPAS.

El más sobresaliente de los cirujanos contemporáneos de Colombia, recientemente fallecido.

La REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA dedica este número como un ferviente homenaje a su memoria.

EDITORIAL

JUAN N. CORPAS

Consideraciones Biológicas a través de un hombre.

Las campanas de un país lejano anunciaron una hora nefasta para Colombia el día 18 de diciembre de este año bisiesto de 1944, que como ave agorera posó selectivamente sobre las frentes más altas de nuestra ciencia, anunciándoles la separación inevitable del alma de la materia que vitalizaba....

Un caballero de biotipo inconfundible dobló la esquina definitiva, antes que la campana lo supiera.... Estoicamente, sigilosamente, ante los faroles apagados por el llanto de un corazón traspasado; al rumor del *Proficere anima christiana hoc mundo*, preludio de la vista de Dios; lejos de su patria amada, con las retinas preñadas de imágenes queridas, que como palomas revolotearon en su mente, con alas prestadas a los pañuelos del adiós y que hasta el último instante se asomaron esperanzadas al ventanal de sus pupilas en espera del fenómeno imposible.... Ese caballero de aséptica figura respondía al nombre de Juan N. Corpas.

Si quien muere, "no deja de vivir sino de morir". Si la caída de la relación núcleo-protoplasma, testimonio de senectud, ha sido encontrada en plena vida embrionaria y se ha llegado a la conclusión matemática de que en todas las células, aún en las que están creciendo, los procesos característicos de la muerte corren parejos a los de la vida, yo me atrevería a decir que el Prof. Juan N. Corpas traspasó los umbrales de este mundo, a los 59 años de edad, en plena juventud de muerte!....

El ser unicelular no envejece ni muere. "Su vida no termina con la muerte sino con la división, es decir, la multiplicación".... No necesita el fenómeno de la conjugación.

Cultivos hay de células que sobrepasan el cuarto del siglo. La primera célula sembrada no ha muerto.... "Así, la célula en su esencia es inmortal".... "si por ello entendemos que es apta de multiplicarse sin fin y sin límite"....

Sólo los seres unicelulares gozan de este privilegio y a medida que se avanza en la escala zoológica, hacia seres de estructura más compleja; "a medida que las posibilidades de conjugación disminuyen, la muerte extiende su imperio"....

Organismos multicelulares inferiores, los corales y las hidras, pueden regenerar las partes perdidas, siendo esta capacidad más limitada, tendiendo a la nulidad en los anélidos y en las estrellas del mar.... En los mamíferos y en el hombre, sólo las células sexuales conservan la inmortalidad"....

Los hombres se immortalizan, prolongándose más allá de sí mismos, en los hijos y en los frutos del espíritu.

Así como hay vegetales que desafían la muerte con tres mil años de existencia, como el higo de la Escocia o cincuenta siglos como el árbol célebre de California, el cerebro humano aventaja al vegetal y se iguala al protozooario en inmortalidad, venciendo la senilidad del anónimo y la muerte del olvido. Juan N. Corpas fue ese titán.

Nacido del surco, escaló el pináculo de la fama quirúrgica, sin más panorama que un horizonte ilímite de sangre límpida, sin más armas que una rectitud y una constancia asombrosas, puestas al servicio de una clara, sorprendente y metódica inteligencia y una gran confianza en sí mismo, reflejo de su confianza en Dios....

No dejó obra quirúrgica impresa. Escritor original, su pluma fue un bisturí; su tinta, la roja sangre y el papiro de la carne el papiro de su obra! Sólo dejó signos que el agradecimiento interpreta. Su mejor lector, la salud, del dolor libertada.... Repetía, cortaba, alargaba o pulía sus "capítulos", en las primeras horas del día.... En todas las clínicas había un "escritorio" listo para su obra. No le gustaba la luz solar. Prefería los rayos que no dieran sombras.... Meticuloso al extremo, tomaba la reluciente pluma con finos guantes de caucho, y en imponente ceremonia, forrado de blanco hasta los pies, y sobre su libro dormido, trazaba rayas, intercalaba puntos, secaba la tinta con las compresas.... y así, duró treinta y cuatro años escribiendo su obra, que dejó inconclusa, dispersa por todo el país en hojas sueltas de agradecimiento, grabada para siempre en las retinas de sus alumnos, páginas abiertas de otro libro vital, capítulos perfectos de un hombre que logró vencer a toda costa la senilidad del anónimo y la muerte del olvido.

El Prof. Juan N. Corpas fue indudablemente una figura singular de la cirugía en Colombia. Graduado en 1910 con brillante estudio clínico-experimental sobre la vida en las alturas, comenzó con constancia admirable un plan general de preparación científica como ninguno se ha atrevido a concebir y por ende llevar a feliz

término. Pensó que para ser un buen cirujano, en el sentido exacto de la palabra, se necesitaba ante todo una magnífica preparación teórica y práctica de la medicina general. Así el Prof. Corpas con lujo de competencia pasó prácticamente por casi todos los servicios hospitalarios y tomó parte activa en la enseñanza de las Clínicas básicas de la profesión médica. Fue profesor de Clínica de Patología General en reemplazo del doctor Jorge Vargas Suárez durante varios años, 1922-1925. En este mismo año entró a la cátedra de Clínica Quirúrgica interinamente en reemplazo del Prof. Agustín Uribe y a mediados del mismo se posesionó de la cátedra. Fué su primer Jefe de Clínica el doctor Marco Tulio Aguilera Camacho y en su reemplazo, desde el año de 1926 hasta el año de 1932, le sucedió el doctor Alberto García Maldonado. Interinamente fue también su Jefe de Clínica el doctor Venancio Rueda y le siguieron los doctores Agustín Arango Sanín, César Augusto Pantoja y Hernando Velásquez, actualmente en el desempeño de sus funciones.

Sobra el decir cuál era la calidad de la enseñanza y los métodos desarrollados en su cátedra; lo más selecto de la actual generación de cirujanos, en alto porcentaje, escuchó las sabias enseñanzas del insigne maestro.

Su hoja de servicios en la Facultad es en verdad desconcertante por su calidad y el espacio de tiempo al servicio de la misma. Creo, sin exagerar, que es difícil concebir que haya existido un profesional a quien la Facultad de Medicina le deba más, como profesor durante 30 años, Miembro de su Consejo Directivo en varios períodos, Rector de la Facultad, Secretario tesorero, Secretario perpetuo de la Academia, Miembro Consultivo, Jefe del Departamento Quirúrgico y tantas más actividades por él desarrolladas.

Hasta poco antes de su muerte el Prof. Corpas desempeñaba la jefatura del Departamento Quirúrgico de la Facultad Nacional de Medicina y la Cátedra de Clínica Quirúrgica.

Murió en Rochester a consecuencia de una grave dolencia, inoperable, desencadenada fatalmente en los últimos meses cuando se apreciaba un estado aparente de buena salud. "La frontera entre la salud y la enfermedad es imprecisa, y cuando el mal se manifiesta a nuestros sentidos es cuando esa frontera ha sido ampliamente sobrepasada". Así se expresaba Pierre Mauriac y eso fue lo que aconteció con sorpresa desagradable con nuestro nunca bien recordado maestro.

Monseñor Rafael María Carrasquilla, su tutor espiritual, escribió un emocionado párrafo a la muerte de un grande hijo de la iglesia, tan justo que bien pudiéramos utilizar como fanal a cuya lumbre, la figura inconfundible del maestro permanezca para siempre iluminada. "Cuando sucede una gran desgracia en nuestro ho-

gar, al principio lo acerbo de la pena no permite que le midamos el alcance. Cuando volvamos del estupor que la muerte del Prof. Corpas nos produjo, Bogotá le sabrá mirar como hijo suyo, ilustre al par de los mayores que han visto en ella la primera luz; la sociedad se ufanará de haberlo tenido por médico; Colombia lo mirará como gloria purísima suya; la Facultad Nacional de Medicina que lo crió a sus pechos, añadirá el nombre del Prof. Juan N. Corpas a la lista de los ilustres varones que han salido de su seno". X

ALFONSO BONILLA-NAAR



Abril, 1911.

SILUETAS DE LOS PROFESORES DE LA ESCUELA DE MEDICINA

Doctor *Juan N. Corpas*. Profesor de Clínica Quirúrgica.

(Tomado de "El Diario Nacional". Bogotá, abril 14 de 1928).

Cerrados los ojos, en vida interior, piensa las palabras nuestro profesor. Sí, como lo oyen, no podemos recordar al doctor Corpas sino meditando el discurso, entresacando de su mina espiritual unas veces el ejemplo que aclara, y otras la imagen luminosa y en no pocas ocasiones, la anécdota agradable y precisa. Pero sobre todo es el especialista del buen decir; para él un gazapo hablado o escrito equivale a una neuralgia facial; frunce el ceño y una onda peristáltica recorre al galeno, de la coronilla al pequeño dedo.

Fino, penetrante como espada de Toledo, adivina el intersticio utilizable y por ahí se desliza callada, sutilmente. Nervioso en extremo, detalles insignificantes lo inquietan pero nunca ellos han sido sin fundamento, ni han tenido otro objeto que el de interesar sus enseñanzas.

Como cirujano no es un rutinario a diferencia de otros profesores, conoce todos los métodos y sabe aplicarlos razonablemente. No es el maestro de la rapidez, ni desconcierta su limpieza. Es bastante elegante en el acto operatorio y tiene la virtud de sacrificarlo todo en vista de ulteriores resultados. Cambia el brillo del artista del cuchillo por el bienestar del enfermo. Un tanto meticuloso en los detalles, en ocasiones se hace fastidioso pero, como hemos dicho mira los efectos lejanos y hacia ellos encamina sus maniobras. Para el profesor Corpas la unión descuidada por parte de su ayudante de un bisturí y una pinza es mirada como un incesto; es ordenado.

Hay una característica en el profesor que delineamos, no conoce el egoísmo. Cuando guarda en su interior intelectual lo entrega a sus discípulos; si más supiera más enseñaba. Sus conferencias clínicas son magistrales; todo lo que aprendemos en Quirúrgica se lo debemos a él.

Para dar una idea física de nuestro maestro diremos que no es

una belleza Tomista cerrado, guarda el término medio. No es alto ni pequeño no se deja el bigote a lo Kaiser ni se lo quita del todo, lo usa a "medio pelo", "el ojo vivo y redondo". Los labios son el fuerte del doctor Corpas, tiene una mueca única: los recoge graciosamente y se besa a sí mismo. Pulcro en el vestido, tiene una debilidad... El chaleco de fantasía.

Claudio y Belmonte.

DATOS BIOGRAFICOS

- 1885 Nacimiento. (Guaduas, Cundinamarca).
 1902 Bachiller en Filosofía y Letras del Colegio del Rosario.
 1903 Inspector del Colegio del Rosario.
 1903 Profesor de Castellano.
 1904-10 Profesor del Curso Superior de Aritmética.
 1904 Socio de Número de la Sociedad de Estudiantes de San Juan de Dios. (Secretario Jorge Daniel Rueda).
 1905-10 Profesor del Curso Superior de Francés.
 1906-10 Preparador de Física (Ayudante del doctor Zerda).
 1906-10 Bibliotecario.
 1906-7 Miembro de "La Pequeña Cirugía".
 1907 Ayudante de la Sección de Salubridad y Beneficencia. (Nombramiento de la Gobernación, Decreto).
 1907 Médico del Hospital de "Los Alisos".
 1908 Médico del Asilo de Mendigos.
 1908 Ayudante de la Oficina Médico-Legal.
 1909 Practicante en Paiba.
 1909 Practicante del Hospital de La Misericordia.
 1910 Doctor en Medicina y Cirugía. (26 de noviembre).
 1910 Miembro de la Sociedad de Medicina.
 1910 Miembro de la Comisión de Pedagogos. (Nombramiento del Ministerio de Educación).
 1910 Miembro de la Academia Caro.
 1910 Jefe de Clínica General. (Concurso).
 1910 Jefe de Clínica de Patología General. (Concurso).
 1910-12 Director de Trabajos Prácticos del Laboratorio Santiago Samper.
 1911 Jefe de Clínica Quirúrgica. (Concurso).
 1911-14 Designado por la Junta General de Beneficencia para la compra de elementos de Cirugía.
 1912 Miembro de la Academia Núñez.
 1912 Socio del Club Médico.

- 1912 Profesor de Clínica General.
- 1912-13 Jefe de Clínica de Especialidades. (Concurso).
- 1913-14-15 Director del Laboratorio Santiago Samper. Decreto 657, 22 de julio).
- 1913-15 Médico del Asilo de Indigentes y Mendigos.
- 1913 Miembro de la Comisión de Medicina al Congreso Eucarístico Nacional.
- 1913 Miembro de la Sociedad de Oftalmología y Otorinolaringología de Bogotá.
- 1914-15-16 Director del Laboratorio Municipal.
- 1915 Profesor de Clínica Quirúrgica. Licencia del doctor Pompilio Martínez. (Decreto 803, mayo 6).
- 1915 Miembro activo de la Sociedad de Cirugía de Bogotá.
- 1915-16 Suplente al Congreso por Cundinamarca.
- 1916 Secretario Tesorero de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales.
- 1916-18 Cónsul de la República de Colombia en París. (Decreto Ejecutivo 2.130. Presidente, Marco Fidel Suárez).
- 1919 Tesorero de la Sociedad de Cirugía de Bogotá.
- 1919-24 Profesor de Patología General. (Licencia del doctor Jorge Vargas Suárez. Decreto 398).
- 1920 Miembro del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina.
- 1920 Tesorero de la Sociedad de Cirugía de Bogotá.
- 1920 Miembro de Número de la Academia Nacional de Medicina.
- 1921 Profesor de Clínica Ginecológica. Licencia del doctor Ucrós. Oficio 838.
- 1921 Miembro de la Cruz Roja Nacional.
- 1921 Miembro de la Junta Organizadora del 5º Congreso Médico Nacional.
- 1922 Secretario de la Academia Nacional de Medicina.
- 1922 Miembro de la Junta Consultora del Dpto. de Uncinariasis.
- 1922 Socio Honorario de la Sociedad de Medicina Tropical.
- 1923 Vicepresidente de la Sociedad de Cirugía de Bogotá.
- 1923 Representante principal al Congreso por el Distrito de Bogotá.
- 1923-24 Rector de la Facultad de Medicina. Decreto 5 de enero.
- 1924 Miembro de la Junta Organizadora del Servicio Científico de San Juan de Dios.
- 1924 Miembro de la Sociedad Boliviana.
- 1924-25 Ministro de Educación y Salubridad Públicas. Decreto del 4 de enero. Presidente: Pedro Nel Ospina.
- 1924 Miembro Honorario de la Misión Pedagógica.
- 1925 Miembro principal de la Junta de Saneamiento de Bogotá.

- 1925 Miembro Suplente del Consejo Directivo de Estudiantes Católicos.
- 1925 Asesor ad honorem de la Misión Pedagógica. Decreto Ejecutivo 1.203.
- 1925 Miembro principal de la Junta Organizadora de la Facultad de Odontología.
- 1925 Fellow American College of Surgeons.
- 1925 Presidente Honorario del Instituto Homeopático Luis G. Páez.
- 1925 Presidente de la Sociedad de Cirugía de Bogotá.
- 1925 Jefe de Servicio de la Sala Oriental del Pabellón de La Pola.
- 1925 Miembro de la Sociedad Médico-Quirúrgica de los Hospitales.
- 1925 *Profesor Titular de Clínica Quirúrgica*. Decreto 1829.
- 1926 Miembro Colombiano de la Unión Internacional de Bibliografía y Tecnología Científica de Madrid.
- 1926 Redactor correspondiente de la Asociación Médica Panamericana.
- 1926 Director de la Revista Médica.
- 1926 Miembro de número del Colegio Americano de Cirujanos.
- 1927 Miembro de la Comisión Constructora del Hospital de San José.
- 1928 Vice-presidente de la Academia Nacional de Medicina.
- 1928 Miembro de la Comisión Organizadora del 5º Congreso Médico Nacional.
- 1928 Presidente del Comité de la Unión Panamericana en Colombia.
- 1928 Presidente de la Sociedad Médico-Quirúrgica de los Hospitales de Bogotá.
- 1928 Miembro Honorario de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Atlántico.
- 1928-29 Miembro del Consejo de Jueces de Tesis de la F. de Medicina.
- 1929 Gerente de la Clínica de Marly.
- 1929 Miembro del Consejo Directivo de la F. de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad Nacional.
- 1930 Miembro de la Comisión de Reglamento de la Academia Nacional de Medicina.
- 1931 Representante del Consejo Directivo en la Misión Médica Francesa.
- 1931 Miembro de la Comisión encargada de combatir el Píam en Antioquia.
- 1931 Miembro del Consejo Directivo de la F. de Medicina.
- 1932 Colaborador del "Hospital Argentino" Revista de Ciencias Médicas.

- 1932 Inspector del Asilo de Locas.
- 1932 Inspector del Dispensario de Bogotá y Hospital de Loyola.
- 1932 Miembro principal de la Junta General de Beneficencia.
- 1933 Tesorero de la Sociedad de Cirugía de Bogotá. Hospital de San José.
- 1933 Jefe Consultor del Pabellón La Pola.
- 1933 Miembro Honorario de la Academia de Ciencias de Educación.
- 1934 Miembro del Consejo de Jueces de Tesis de la Facultad de Medicina.
- 1934 Representante en la Junta Organizadora de la celebración del IV Centenario de la Fundación de Bogotá.
- 1935 Miembro del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina.
- 1936 Secretario Perpetuo de la Academia Nacional de Medicina.
- 1936 Regent in the organization of the International College of Surgeons in Geneva.
- 1938 Cruz de Boyacá en la Categoría de Oficial. Decreto 301.
- 1938 Médico de la Caja de Crédito Agrario Industrial y Minero.
- 1938 Delegado a la X Conferencia Sanitaria Panamericana y a la III de Eugenesia y Homicultura. (Decreto 937, 24 de mayo. Ministerio de Educación).
- 1938 Presidente del Dpto. Médico de la Junta Nacional pro-juegos Bolivarianos.
- 1939 Jefe del Dpto. Quirúrgico del Hospital de San Juan de Dios. Resolución 67, abril 20.
- 1939 Presidente Honorario de la Sociedad de Internos de los Hospitales.
- 1939 Miembro Honorario del Colegio Internacional de Cirujanos de Ginebra.
- 1939 Miembro de la Junta Consultiva de la Sociedad de Prevención Infantil.
- 1939 Miembro del Colegio Indo-latino de Cirujanos.
- 1939 Honorary "fellowship". of the International College of Surgeons.
- 1940 Miembro del Comité de Organización y Propaganda para el Congreso Médico Panamericano.
- 1941 Miembro del Consejo de Jueces de Tesis de la F. Nacional de Medicina.
- 1942 Miembro Honorario del Ateneo de Historia de la Medicina de la Universidad de Buenos Aires.
- 1942 Miembro principal de la Directiva Nacional de la Federación Médica Colombiana (IV asamblea general de la Federación reunida en Cúcuta).

- 1942 Co-chairman of the organization Committee for the fourth International Assembly of the International College of surgeons.
- 1943 Miembro del Comité organizador de la IV Asamblea del Colegio Internacional de Cirujanos.
- 1944 Representante oficial de la Facultad Nacional de Medicina en los Estados Unidos.
- Total, 111 posiciones científicas.

PUBLICACIONES

La elección de Rector en el Colegio del Rosario.

"La Renovación", Bogotá, abril 9 de 1910.

La Atmósfera de la Altiplanicie de Bogotá en algunas de sus relaciones con la fisiología y la patología del hombre.

Tesis de Doctorado en Medicina y Cirugía. Noviembre 26 de 1910.

Renuncias de Bibliotecario, Preparador de Física, Profesor de Aritmética y Francés, cursos superiores, en el Colegio del Rosario

Revista del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Volumen VII, N° 62. Pág. 118. Marzo de 1911.

Algunas relaciones entre la presión atmosférica, las articulaciones esqueléticas y el trabajo muscular en Bogotá. Gaceta Médica. Bogotá. Volumen I. Abril de 1911, N° 7. Pág. 156.

La Atmósfera de la Altiplanicie de Bogotá en algunas de sus relaciones con la fisiología y la patología del hombre.

Tesis de Doctorado en Medicina y Cirugía. Nov. 26 de 1910.

Repertorio de Medicina y Cirugía. Vol. II. Abril de 1911, N° 19. Pág. 342.

Repertorio de Medicina y Cirugía. Vol. II. Mayo de 1911. N° 20. Pág. 400.

Repertorio de Medicina y Cirugía. Vol. II. Junio de 1911. N° 21. Pág. 444.

Algunas consideraciones sobre el aspecto médico-social de la sífilis. Gaceta Médica. Bogotá. Volumen I. Junio de 1911. N° 8. Pág. 191.

Sero diagnóstico de la sífilis por el doctor Coriolano Laverde E.

Repertorio de Medicina y Cirugía. Vol. III. Mayo de 1912, N° 32. Pág. 421.

Rafael Ucrós y Juan N. Corpas. Estadística del Servicio de Ginecología en el Hospital de San Juan de Dios en los años de 1912 y 1913.

Revista Médica de Bogotá. Año XXXII. N° 389. Noviembre de 1914.

La incisión de Pfannenstiel en Cirugía Ginecológica.

Revista Médica de Bogotá. Año XXIII. N° 393. Marzo de 1915.

Pompilio Martínez y Juan N. Corpas. Tratamiento de las Heridas del corazón. Informe presentado a la Sociedad de Cirugía.

Repertorio de Medicina y Cirugía. Vol. VII. Septiembre de 1916. N° 84. Pág. 534.

Cáncer del Utero. Necesidad de su tratamiento quirúrgico.

Repertorio de Medicina y Cirugía. Vol. X. Noviembre de 1918. N° 110. Pág. 60.

Reglamento de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales. Resumen Histórico de la Enseñanza de la Medicina....

Revista del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.

Volumen XVII, N° 162. Pág. 89. Marzo de 1922.

Repertorio de Medicina y Cirugía. Vol. XIII. Enero de 1922. N° 148. Pág. 179.

Discurso en honor del doctor José M. Lombana Barreneche.

"El Tiempo" Bogotá, octubre 13 de 1923.

Repertorio de Medicina y Cirugía. Vol. XV. Noviembre de 1923. N° 170.

Discurso en el Banquete de la Facultad de Medicina al doctor Alán Cregg.

"El Tiempo". Bogotá, noviembre 19 de 1923.

"La República". Bogotá, noviembre 19 de 1923.

RESOLUCIONES DE DUELO

Gobierno Nacional.

LA REPATRIACION DE LOS RESTOS DEL PROFESOR CORPAS

*El Gobierno Nacional dicta un decreto de honores a la memoria del
ilustre científico colombiano.*

El Gobierno Nacional dictó ayer un decreto por medio del cual se honra la memoria del doctor Juan N. Corpas, y se ordena la repatriación de sus restos. Este decreto dice lo siguiente:

El Presidente de la República, considerando :

Que ha fallecido en los Estados Unidos de Norte América el señor Profesor Juan N. Corpas, personaje eximio de las ciencias médicas, en cuyo ejercicio alcanzó posición cimera ;

Que su alto y vigoroso espíritu impulsó dichas ciencias y las ilustró haciéndolas aun más eficaces y benéficas ;

Que el señor Profesor Corpas regentó la Facultad de Medicina y desempeñó en ella cátedras de primera importancia, a cuyo influjo las inteligencias y los caracteres de varias generaciones se desarrollaron esclarecidamente ;

Que la gente menesterosa recibió de su mano bienes incontables y por ello le profesaron sentimientos de imborrable gratitud al sabio y hombre generoso que les dió con la salud la prolongación y el goce de la vida ;

Que es un deber de la Sociedad y del Gobierno honrar a aquellos cuyo sentido de lo humano afianza, esclarece, y hace profundamente respetables las relaciones entre unos y otros hombres ;

Que el señor doctor y Profesor Juan N. Corpas desempeñó con especial distinción el Ministerio de Instrucción y Salubridad Públicas y en diversas ocasiones representó distinguidamente en congresos científicos a la República.

DECRETA :

Artículo único: El Gobierno Nacional al lamentar la pérdida de este gran colombiano y miembro principalísimo de la Sociedad, afirma su memoria como ejemplo y modelo de las más nobles y esclarecidas virtudes humanas ; honra su nombre y declara su reconocimiento por los servicios que le prestó a la República y a la Ciencia.

Los restos del sabio varón serán repatriados por cuenta del tesoro nacional, y del propio modo serán cubiertos por la Nación los gastos que ocasionen sus solemnes funerales.

(Firmado). ALFONSO LOPEZ

El Ministro de Relaciones Exteriores,

(Firmado). *Darío Echandía*

El Ministro de Educación Nacional,

(Firmado). *Antonio Rocha*

“El Tiempo”, 27 de diciembre de 1944.

Universidad Nacional.

Bogotá, 20 de diciembre de 1944.

Señora doña Isabel Uribe de Corpas.—E. S. M.

Tengo el honor de transcribir a usted la proposición aprobada por *el Consejo Directivo de la Universidad* en su sesión de ayer, al conocer la infausta noticia de la desaparición del Profesor Corpas:

PROPOSICION:

“El Consejo Directivo de la Universidad Nacional, deplora la desaparición del eminente Profesor Titular de la Facultad de Medicina doctor Juan N. Corpas, quien por más de 30 años prestó a la Facultad su invaluable colaboración en la Clínica Quirúrgica. Y expresa a los suyos su manifestación de sincero pesar”.

De usted, atentamente,

(Firmado). *Otto de Greiff*,
Secretario General.

Señora doña Isabel Uribe Grajales v. de Corpas.—L. C.

Tengo el honor de transcribir a usted para que se sirva informarse, la proposición aprobada por el Consejo Académico en su sesión de hoy:

PROPOSICION:

“*El Consejo Académico de la Universidad Nacional* se asocia al duelo de la ciencia colombiana, con motivo del fallecimiento del ilustre médico y cirujano, doctor Juan N. Corpas, Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, ex-Rector de ella, y valiosísima unidad del cuerpo médico colombiano”.

“Transcribábase a la familia del extinto, a la Facultad de Medicina, y a la Academia de Medicina”.

Con sentimientos de la más alta consideración me suscribo de usted muy atento servidor,

(Firmado). *Otto de Greiff*,
Secretario General.



1903.

Academia Nacional de Medicina.

Bogotá, diciembre 29 de 1944

Señora doña Isabel Uribe v. de Corpas.—Ciudad.

Tengo el honor de transcribir a usted la Resolución unánimemente aprobada por la Academia Nacional de Medicina, con motivo de la nunca bien lamentada muerte del ilustre hombre de ciencia, Profesor Juan N. Corpas:

RESOLUCION NUMERO 1 DE 1944

(Diciembre 26)

Por la cual se honra la memoria de un distinguido científico.

La Academia Nacional de Medicina de Colombia,

CONSIDERANDO:

Que el día 18 del mes en curso falleció en la ciudad de Rochester, el Académico de número Profesor Juan N. Corpas, Secretario Perpetuo de la Academia y uno de sus más altos valores científicos;

2º Que el Profesor Corpas fue al través de su vida profesional un bello exponente de humanitarismo; paladín de la ciencia médica y cifra de celo apostólico;

3º Que el Profesor Corpas contribuyó con las claras luces de su inteligencia a la solución de los problemas médicos que confronta el país;

4º Que el Académico Juan N. Corpas fue como hombre y como profesional un modelo de ciudadano; y

5º Que es deber de la Academia Colombiana honrar la memoria de quienes han colaborado a levantar la ciencia médica colombiana al plano de honor en que hoy se halla,

RESUELVE:

1º Deplorar la muerte del Académico Juan N. Corpas, cuya desaparición priva a la patria y a la ciencia de uno de sus hombres más esclarecidos;

2º Señalar su ejemplo como digno de imitarse a las presentes y futuras generaciones médicas del país;

3º Colocar en el salón de la Academia el retrato del ilustre extinto, en sesión solemne de la Corporación. Por la Presidencia se fijará el día y hora en que deba verificarse y se nombrará el Académico que lleve la palabra en el acto;

4º Transcribase en nota de estilo a la señora viuda y a la familia del extinto por conducto de una comisión que será designada al efecto y publíquese en la Revista de la Academia y por la prensa”.

Aprovecho la oportunidad para expresar a usted que abundo en los sentimientos de condolencia consignados en la resolución antes transcrita,

Abraham Salgar,
Presidente.

Federación Médica.

Bogotá, diciembre 28 de 1944.

Señora doña Isabel Uribe de Corpas.—E. S. M.

Con todo respeto y de manera atenta, me permito transcribir a usted, la siguiente proposición aprobada por la Directiva Nacional:

“*La Directiva Nacional de la Federación Médica Colombiana*, consigna en el acta del día, su más sentida expresión de pesar por la desaparición del eminente médico colombiano, Profesor Juan N. Corpas, gloria de la ciencia nacional y presenta su vida como ejemplo a las futuras generaciones médicas y al cuerpo médico del país”.

De usted atento y s. s.,

Luis A. Urdaneta,
Secretario.

Beneficencia de Cundinamarca.

Bogotá, diciembre 28 de 1944

A la señora doña Isabel Uribe v. de Corpas.—E. S. M.

Cumplo con el deber de transcribir a usted la siguiente proposición, que fue aprobada unánimemente por esta Junta en su sesión última:

“*La Junta General de Beneficencia de Cundinamarca*, registra en el Acta de la sesión de este día, con el más conmovido sentimiento, la desaparición del Profesor Juan N. Corpas, Miembro prestantísimo que fue de esta Corporación, científico de ilustres ejecuto-

rias, decoro de la sociedad en que vivió por los atributos excelsos de su corazón y de su mente, y orgullo legítimo de la patria.

Copia de esta proposición será enviada en nota de estilo, a la familia del señor doctor Corpas”.

Aprovecho esta oportunidad para presentar a usted la expresión de mi personal sentimiento y para ofrecerme como su servidor muy respetuoso,

Roberto Liévano,
Secretario.

LOS ESTUDIANTES RINDEN HOMENAJE POSTUMO AL PROFESOR CORPAS

Los estudiantes del país, por intermedio de la Federación de Estudiantes de Colombia, le rinden homenaje a la memoria del Profesor Juan N. Corpas. El texto de la Resolución es el siguiente:

El Comité Directivo Nacional de la F. E. C.

CONSIDERANDO:

1º Que ha fallecido en Rochester el insigne hombre público e ilustre científico colombiano, Profesor Juan N. Corpas;

2º Que el Profesor Corpas desempeñó con lujo de competencia el cargo de Ministro de Educación, prestándole invaluable servicios al país;

3º Que es un deber de la juventud registrar como pérdida irreparable para la ciencia colombiana el fallecimiento del Profesor Corpas.

RESUELVE:

a) Rendir en nombre de la juventud estudiosa de Colombia un sincero tributo de admiración y respeto a la memoria del Profesor Corpas;

b) Exaltar ante la juventud el nombre del Profesor Corpas, como ejemplo de consagración y esfuerzo personal al servicio de la patria;

c) Pedir al Consejo Directivo de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, que el próximo número de la Revista sea dedicado exclusivamente a honrar la memoria del que fue por muchos años desinteresado servidor y benefactor de esa Facultad.

Copia de esta resolución, en nota de estilo será puesta en manos de la familia del ilustre desaparecido.

Gustavo Hitzig B., Secretario de Cultura.

“El Tiempo, 26 de diciembre de 1944.

LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CLINICA DE MARLY

CONSIDERANDO:

Que ha fallecido en Rochester el doctor Juan N. Corpas, eminente figura colombiana de la ciencia médica.

Que el doctor Corpas fue gerente de esta Clínica en varios períodos y en la actualidad era miembro de la Junta Directiva.

Que el ilustre cirujano prestó en todo momento los más valiosos y eficaces servicios a la institución, la que se honró constantemente con su insuperable colaboración científica.

Que el doctor Corpas es justamente reputado como una auténtica gloria nacional por sus excepcionales prendas intelectuales y morales.

RESUELVE:

Registrar como pérdida infausta para la institución la desaparición del doctor Juan N. Corpas.

Exaltar ante las generaciones venideras la excelsa obra científica del doctor Corpas, modelo de consagración, desinterés y eficacia al servicio de la humanidad.

Designar una representación de la Junta Directiva en las ceremonias fúnebres que se efectuaron en homenaje al insigne cirujano.

Dedicar el próximo número del Boletín de Marly a honrar la memoria del maestro y compañero irremplazable.

Copia de esta resolución, en nota de estilo, será puesta en manos de la familia del ilustre extinto.

Publíquese por la prensa y en el Boletín de la Clínica.

El Presidente, *Gonzalo Esquerro Gómez.*

El Secretario, *Manuel José Navas.*

Os pido que al ratificar esta proposición, y teniendo en cuenta los invaluable servicios prestados a la Clínica por el Profesor Juan

N. Corpas, y el sincero cariño, la admiración y el respeto que le profesábamos todos los colegas de Marly a quien fue el eje y centro de la cirugía colombiana en los últimos años; el mayor ejemplo de pulcritud, decoro y acrisolada honradez en el ejercicio de la profesión, y el prototipo del verdadero y leal amigo, se le dé el nombre de Pabellón Corpas al tramo central del futuro edificio, se coloque su efigie en una de las nuevas salas de operaciones y se disponga que uno de los miembros de la Junta Directiva haga el elogio del Profesor Corpas en esta oportunidad.

Concejo Municipal de San Juan de Río seco.

Señora Isabel Uribe v. de Corpas, e hijas.—Bogotá.

De la manera más atenta tengo el gusto de enviar a ustedes copia de la Resolución N^o 50 de fecha 27 del presente, aprobada unánimemente por el Concejo en sesión extraordinaria de esta misma fecha.

De ustedes muy atento servidor,

Fernando Chabur O., Secretario.

RESOLUCION NUMERO 50

El Concejo Municipal de San Juan de Río seco,

CONSIDERANDO:

1^o Que el día 18 del presente mes, falleció en la ciudad de Rochester (U. S.) el eminente médico, hijo de la ciudad de Guaduas, doctor Juan N. Corpas;

2^o Que con la muerte del doctor Juan N. Corpas, pierde la nación y con especialidad la Provincia de Guaduas, uno de los más altos valores por la excelencia de sus virtudes y por la consagración de su vida y de sus conocimientos al servicio de la humanidad;

3^o Que tradicionalmente han existido vínculos de fraternidad, cariño y amistad entre los dos municipios, a la vez que San Juan de Río seco recibió, tanto del ilustre desaparecido como de sus familiares, importantísimos servicios,

RESUELVE:

Asociarse íntimamente al duelo nacional causado por el fallecimiento del insigne Galeno, doctor Juan N. Corpas, y de manera especial compartir con la ciudad de Guaduas que le sirvió de cuna,

el hondo pesar por la pérdida de tan esclarecido hijo, haciendo propia la pena de su desaparición.

Presentar a su digna compañera, hijas y hermanas la manifestación del mismo sentimiento de pesar.

Copia de esta Resolución será enviada, en nota de estilo al Honorable Concejo Municipal de Guaduas y a la familia del doctor Corpas.

San Juan de Rioseco, 27 de diciembre de 1944.

El Presidente,

Pío Santos R.

Siguen las firmas de los Concejales.

DISCURSO PRONUNCIADO EN HONOR DEL NUEVO DECA-
NO PROFESOR JOSE DEL CARMEN ACOSTA

Por el Profesor *Juan N. Corpas.*

Señor Ministro de Educación Nacional, señor Rector de la Facultad de Medicina, señores.

Nuestra casa celebra hoy fiesta de familia; este hogar, a cuyo amparo ensayó sus primeros pasos el pensamiento médico en Colombia y que, cual jugoso tronco, nutrió de fecunda sabia a tantas generaciones de hombres ilustres, congrega a sus hijos en torno de esta mesa, al conjuro de dos nombres que son orgullo de sus mejores días, los vuestros señor Ministro de Educación Nacional y señor Rector de la Facultad de Medicina, y en señal de regocijo, suelta a los vientos el solemne acento de su campana mayor, ostenta el lujo de sus mejores atavíos y jubilosa rinde un fervido homenaje a estos sus dos hijos preclaros, que enaltecen su nombre y lo glorifican con los honores y prominencias que han conquistado. Los honores de los hijos son orgullo de la amante madre y los que vosotros, doctor Jaramillo Arango y doctor Acosta habéis alcanzado en meritoria lid, llenan de orgullo a nuestro Instituto que os cuenta como destacados hijos suyos, formados al calor de sus doctrinas, aleccionados con sus enseñanzas y edificados con el ejemplo austero de sus maestros fundadores.

Aquí véis unidos en un mismo sentimiento, para celebrar las distinciones que se os han hecho, muchos maestros que desde la Cátedra Universitaria os dieron el tesoro de sus enseñanzas y el ejemplo de su vida; otros que fueron compañeros vuestros en largos años de paciente estudio y los demás, a quienes vosotros, investi-

dos ya de la dignidad profesoral, habéis aleccionado para la ciencia y para la patria; todos, profesores, compañeros de estudio y discípulos de ayer, hemos acudido a esta cita que la Facultad de Medicina acordó para mostraros cuánto orgullo experimenta por vuestros triunfos y cuánto la complacen los honores por vosotros últimamente conquistados.

Nuestra Facultad guardará agradecido recuerdo de vuestra actuación en el rectorado de ella, doctor Jaramillo Arango; vuestra labor constante deja huellas imborrables en todas sus secciones y en las actividades distintas que ejercita, desde el aliento que infundísteis a la Cátedra, y vuestra devoción inmovible a la más estricta disciplina, hasta el bienestar y holgura que obtuvisteis para sus varias dependencias; fuísteis en nuestro Instituto un impulso permanente de progreso, fuerza continua de su avance, vigía de sus necesidades y guardián de sus fueros. A vuestro tesón que no conoció desmayos ni vacilaciones se debe la creación de varias cátedras, desde las cuales profesores de prestigio siembran cada día su ciencia y enseñanzas en mentes que las atesoran; vuestra solicitud proveyó los laboratorios y vuestro empeño dotó a la Facultad de un Servicio completo de Electro-Radiología; consciente del puesto que ella debe ocupar, la hicísteis representar con brillo ante Academias y Congresos y mejorásteis su presentación material con la severa distinción que hoy muestran el Salón de Actos y los que ocupan las oficinas de Gobierno en la Facultad.

Vuestro talento para organizar, vuestro tino para conducir, vuestro celo para conservar, os llevan hoy a un escenario dilatado: del Rectorado de la Facultad de Medicina habéis subido a la mesa del Gobierno Nacional en la Cartera de Educación Pública; bien habéis merecido este honor y bien enmarcan vuestra marcha ascendente los laureles de la ciencia que habéis cultivado y el brillo que la vida pública dará a vuestro ilustre nombre.

Fue primero y principal cuidado del señor Ministro de Educación Nacional elegir un sucesor a quien entregar el inmediato gobierno de nuestra Facultad, y os confió doctor Acosta, el Rectorado de ella. Motivo del más legítimo orgullo debe ser para vos leer en todos los semblantes y oír en todos los tonos la complacencia unánime con que os vemos exaltado a esta suma distinción; pero vuestra ingénita modestia os aleja de aquel sentimiento, mientras nosotros, compañeros vuestros en la Cátedra, lo sentimos muy profundo al contemplaros conduciendo el timón del Instituto.

Meritoria carrera habéis hecho en nuestra Facultad; conocedor como ninguno de sus vitales problemas, vuestro consejo prudente supo darles solución; preocupado siempre por las necesidades de nuestra Escuela, vuestra experiencia supo remediarlas; colabora-

dor de varios Rectores de la Facultad, fuísteis siempre regulador de sus actividades y ordenador de sus iniciativas; no os son pues desconocidas las faenas que os esperan, acostumbrado como estáis a su estudio y solución.

Representante de una estirpe en que el talento es rasgo familiar y educado en un ambiente en que el trabajo es título de orgullo, desde vuestra cátedra universitaria habéis sido conductor y ejemplo de las últimas generaciones médicas; cuán bien enmarcan estas cualidades de Maestro en los laureles honoríficos que hoy se os disciernen.

El Personal Científico de la Facultad de Medicina os saluda en este día, brinda en honor vuestro esta copa que alzamos con júbilo efusivo y os ofrece esta fiesta en que os felicita por el honor a que habéis sido exaltados.

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

Historia Clínica.

(Jesús M. Barragán —Estudiante—. Abril 24 de 1940).

COTOS

Servicio del Prof. Juan N. Corpas.

Nombre: Ana E. Vargas. Edad: 18 años. Natural de: Sucre (Santander). Estado civil: Soltera. Oficio: Negociante (ovejas).

Antecedentes hereditarios. Sin importancia.

Antecedentes personales. No ha tenido tifo, disentería, pulmonía, ni reumatismo. Sus reglas tenían el ciclo 6|30 normales, sin cólicos.

Evolución de la enfermedad. A los cinco meses después de haber cambiado de residencia, hace cinco años, le apareció, dice ella que por el "cambio de agua" una tumefacción en la región derecha del cuello, que desde entonces le ha crecido poco a poco y sin aumentos bruscos. Ha tenido fiebre algunas veces.

Estado actual. Es una enferma bien constituida: física y mentalmente. No puede caminar mucho porque se fatiga y siente que le "chilla".

Aparato digestivo. Lengua limpia. Buen apetito. Una deposición diaria. No ha tenido agrieras ni vómitos. Todo normal.

Aparato circulatorio. Normal.

Aparato respiratorio. Normal.

Aparato urinario. Albuminuria muy ligera.

Sistema nervioso. Normal.

Organos de los sentidos. Normales.

Azohemia. 0,55 ctgs. el 31 de enero de 1940; 0,41 ctgs. el 12 de febrero de 1940.

Coagulación. 10 minutos el 31 de enero y 10 $\frac{1}{2}$ el 13 de marzo.

Radiografía. La placa deja ver una sombra que parece corresponder a una prolongación del cuerpo tiroides.

Examen de la enferma.

Inspección. Se aprecia una tumefacción de la región anterior del cuello, del tamaño de un puño, que va desde el esternón hasta el hueso hiodes; lobulada, con un lóbulo superior más grande y un lóbulo inferior más pequeño. La piel es sana, lisa, sin cambio de coloración. No se aprecia movimiento alguno y sube y baja un poco con los movimientos de la deglución.

Palpación. Tumefacción con los caracteres anotados, regular, lisa e indolora; con piel que desliza sobre ella, y esta a su vez desliza sobre los planos profundos, con movilidad bastante marcada en el sentido transversal y algo limitada en el sentido longitudinal. El lóbulo superior es más movable que el inferior, el cual se hunde detrás del esternón. No se despierta tos ni tiraje por lo cual lo más probable es que no tenga relación alguna con la tráquea. La consistencia es *uniformemente elástica*.

Las tumefacciones de la región del cuello se dividen:

- 1.—Tumefacciones de la región suprahiodeana.
- 2.—Tumefacciones de la región hiodeana.
- 3.—Tumefacciones de la región infrahiodeana.

1.—Estas tumefacciones hacen parte de las del piso de la boca.

2.—Son muy raras y pocas: tumefacciones que se presentan en la línea media y son los quistes mucoides del espacio milohioidiano.

3.—Son, o de la laringe o del cuerpo tiroides. Los primeros son centrales, inmóviles y producen trastornos de la fonación; esto no lo encontramos en el presente caso luego tenemos una *tumoración* del cuerpo tiroides.

Diagnóstico anatómico. Enferma con una tumefacción de la región infrahiodea de la cara anterior del cuello, que corresponde al *cuerpo tiroides*.

Diagnóstico semiológico. Tumor del tiroides.

Teniendo ya el diagnóstico semiológico de *Tumor del tiroides*,

tenemos que descartar las inflamaciones del cuerpo tiroides, ya sean las *agudas* o las *crónicas*.

Las *tiroiditis agudas* van acompañadas de fiebre y escalofríos, de principio brusco y acompañada también de disfagia y algunas veces de disnea. Tiene una evolución esencialmente aguda y la piel está enrojecida.

Las *tiroiditis crónicas* debidas a infecciones crónicas banales tampoco se pueden considerar en el presente caso, pues además de tener sus límites poco netos y de ser rápidamente invasora, tienen una consistencia extremadamente dura (coto de hierro).

Tampoco puede ser una *tuberculosis del tiroides* que simula un tumor maligno, pues crece rápidamente, tiene límites poco netos, tiene adherencias y hay signos de compresión muy marcados, con tendencia a la supuración.

La *actinomicosis* del cuerpo tiroides, es extremadamente rara.

Sífilis del tiroides. Sólo se presenta en el período terciario y la enferma no da antecedentes que puedan referirse a esa enfermedad; además el desarrollo sería bastante rápido, acompañado de disnea y parálisis del recurrente y sería tiempo que en cinco años, alguna goma se hubiera abierto en las partes vecinas, lo cual no ha sucedido.

Ahora bien:

Las tumefacciones del cuerpo tiroides pueden ser *benignas* o *malignas*. En el segundo caso tenemos las distintas variedades de *Cáncer*, el cual puede ser *primitivo* o *secundario*. En los dos casos tienen una evolución aguda, son rápidamente invasores y destructores de los tejidos vecinos, son adherentes e inmóviles, lobulados, de contornos irregulares, se presentan después de los cuarenta años y matan rápidamente por caquexia. Ningún carácter de estos encuadra en nuestra enferma, luego tenemos un *tumor benigno del cuerpo tiroides* o un *coto*.

Diagnóstico nosológico.

Tumor benigno: C O T O.

La clasificación de los cotos se puede hacer *clínica e histopatológicamente*.

La clasificación histológica se basa en los tres tejidos fundamentales que constituyen el cuerpo tiroides. Estos tejidos son: *el vascular*; *el glandular*; y *el conjuntivo*. La hipertrofia de uno de ellos o de todos a la vez ocasionan un aumento de volumen y pueden presentarse clínicamente como cotos.

Cotos que derivan del tejido glandular: Puede haber una hipertrofia o una hiperplasia de toda la glándula o de una parte de ella.

1.—*Coto folicular, carnudo, parenquimatoso y difuso:* de consistencia elástica, y que puede coger toda o una parte de la glán-

dula, por causas desconocidas. Hay hiperplasia de los folículos glandulares.

2.—*Coto nodular (adenoma tiroidiano)* en el cual hay una hiperplasia de un sitio de un lóbulo. En nuestra enferma hay dos nodulos. Es preciso tener en cuenta que todos estos tumores son verdaderos adenomas pero el uso ha hecho que se le dé el nombre de *Adenoma al coto nodular* (*).

3.—*Coto coloide.* En este hay una hipersecreción del tumor pero sin modificación de la secreción. No es el caso presente. Tienen consistencia renitente, corrientemente.

4.—*Coto quístico.* Se presenta cuando el canal excretor de la glándula se oblitera, *atrofiándose el tejido glandular.* Según sea uno solo o varios los canales excretores los obturados, tendremos un coto quístico *unilocular* o *multilocular.* Es de consistencia fluctuante.

Cotos que derivan del tejido conjuntivo.

1.—*Coto fibroso.* De consistencia muy dura. Se producen por una hiperplasia de ese tejido que rodea los canales excretores y los acinos glandulares, haciéndolos desaparecer y remplazándolos.

La consistencia del coto que presenta la enferma hace descartarlo.

2.—*El bocio de Riedel* es una degeneración fibrosa de la glándula que ahoga el tejido linfoide. Hay hipotiroidismo (N. de la R.).

Cotos que derivan del tejido vascular.

Son producidos por una hiperplasia del tejido vascular. Si este tiene por origen los capilares arteriales, tendremos los *cotos arteriales vasculares aneurismáticos*; si el origen está en los capilares venosos, entonces tendremos los *cotos vasculares venosos o varicosos* (*).

Estos cotos vasculares son blandos, de forma regular, parcialmente reductibles, aumentan con los esfuerzos o cuando el enfermo baja la cabeza, tiene batimientos sistólicos y soplos y a veces están dotados de una verdadera expansión. Todos estos caracteres no se encuentran en nuestra enferma, por lo cual los descartamos.

Fuera de esta clase de cotos, hay unos que pertenecen al tejido

(* N. de la R. Histopatológicamente son neoplasias epiteliales pero clínicamente son benignos. Algo semejante ocurre en algunos quistes del ovario que siendo histopatológicamente epitelomas, son tumores benignos.

(* N. de la R. Aquí cabe el bocio linfomatoso o de Hashimoto en que predominan los linfáticos, con signos de hipotiroidismo.

conjuntivo y son los *cotos calcáreos*, que son producidos por depósitos de sales de calcio en el cuerpo tiroides.

De acuerdo con la función.

Hay otras clases de cotos que pueden producir trastornos de la función por *exceso o por defecto*.

Por exceso: produciendo trastornos sobre diversos aparatos y sobre las diversas funciones. Estos son los *cotos tóxicos*, los cuales lo pueden ser, primitiva o secundariamente. Si son primitivos, tendremos la *Enfermedad de Graves-Basedow o coto exoftálmico*.

El *Yod-Basedow* por tratamiento excesivo por el yodo se asemeja al Graves-Basedow aunque la exoftalmía no es tan frecuente. (Kocher).

El adenoma tóxico de Plummer, desarrollado en antiguo adenoma, no cede, sino que se agrava con el yodo y no da la exoftalmía. (N. de la R.).

Si son secundarios tendremos un coto basedowificado. Ninguno de estos entra en el presente caso.

Por defecto. Verdaderamente ya no son cotos pues el tiroides se encuentra atrofiado (mixedema).

Pero ahora tenemos que saber la forma clínica que presenta ese coto y para eso nos valemos de la *inspección* y de la *palpación*.

Inspección.

Hipertrofia difusa { Coto folicular, carnudo, parenquimatoso.
y uniforme. { Coto coloide, quístico, por transformación.

Hipertrofia circunscrita en uno de los { Cotos circunstritos
lóbulos, en los dos o en el istmo (*). { o nodulares.

Nuestro diagnóstico está en los cotos con hipertrofia circunscrita o *cotos nodulares*.

Por la *palpación* obtenemos los signos físicos fundamentales que son los siguientes y con los cuales se puede hacer el diagnóstico clínico.

- 1.—Volumen.
- 2.—Simetría.
- 3.—Movilidad.
- 4.—Consistencia.
- 5.—Lobulaciones.

(*) N. de la R. En la clasificación seguida por el Prof. Agustín Arango, aquí quedarían incluidos, el Adenoma fetal, el Fibroadenoma y las formas mixtas.

Estos signos fundamentales se pueden complementar con otros accesorios como son: *la evolución, la repercusión sobre los órganos vecinos* (aéreos, circulatorios, etc.) y sobre el *estado general*.

Por *el volumen* los cotos pueden ser:

- 1.—Grandes.
- 2.—Medianos. (el caso de nuestra enferma).
- 3.—Pequeños.

Grandes o pendulares.	{	Coloides.	{	Circunscritos.
		Quísticos.		Difusos.

Antes los descartamos ya.

Medianos	{	Adenoma tiroidiano	{	Circunscrito (nodular).
		Vasculares		Difuso (parenquimatoso).

Los vasculares los descartamos antes, y sólo nos queda por el diagnóstico clínico el *Adenoma tiroidiano*.

Pequeños	{	Fibrosos
		Tóxicos

Antes los descartamos también.

Según la simetría.

- 1.—Simétricos.
- 2.—Asimétricos.

1.—Simétricos	{	Vasculares	{	Aneurismales
		Tóxicos		Varicosos
			{	Linfomatosos (Hashimoto)
				(Basedow)

2.—Asimétricos	{	Coloides.
		Quísticos
		Adenoma
		Fibrosos

Según la movilidad.

Todos los cotos son benignos y móviles. La pierden por *estrumitis* o por transformación maligna.

Los cotos pueden ser muy móviles } Quísticos
 } Adenoma tiroidiano

Poco móviles { Coloides
 { Vasculares

Muy poco móviles Fibrosos que envuelven la tráquea.

Según la consistencia.

Elástica } Coto vascular
 } Adenoma (coto nodular)

Leñosa } Coto tóxico (Plummer)
 } Fibrosos. (Con transformaciones óseas y calcáreas)

Fluctuante Quístico { Verdadero (Quiste tiroidiano verdadero)
 { Renitentes Coloide
 { Secundario

El primero resulta de la obliteración por obstrucción del canal excretor y distensión, que lleva a la compresión de los acinos con formación del quiste seroso tiroidiano; pero puede llevar o puede haber una hemorragia por traumatismo ocasionando entonces la formación de un quiste secundario.

Lobulaciones.

Si está localizada en un lado o en ambos, puede ser *multinodular* o *poliquístico*.

Diagnóstico clínico: ADENOMA TIROIDIANO.

No podemos estar seguros, pues hay quistes tiroidianos que tienen una alta tensión en su interior y pueden dar una consistencia diferente: son los *quistes adenomas*.

Según el sitio del cuello se dividen los cotos en

- Cervicales.
- Endotorácicos.
- Aberrantes.

Los cervicales dependen de los lóbulos glandulares y de estos hacen parte aquellos que se hunden con la respiración y son los *Consumidores*.

Los endotóxicos o son aberrantes o están unidos por un largo pedículo y entonces sus signos hacen parte de los del mediastino.

Los aberrantes se desarrollan en el cuello o en el tórax, pero fuera de la glándula y se confunden con los *paratiroidomas aberrantes*.

El nuestro es cervical y en la paciente no se han presentado trastornos orgánicos, funcionales ni sobre la economía.

Tratamiento:

- 1.—Profiláctico.
- 2.—Higiénico y dietético.
- 3.—Medicamentoso.
- 4.—Fisioterápico.
- 5.—Quirúrgico.

El tratamiento medicamentoso del coto obedece al concepto etiológico de él y como hoy se acepta la carencia de yodo, puede encontrar sus indicaciones. Se usa la solución de *Lugol fuerte* de 2 a 5 gotas en cada comida, en leche. La única forma que se beneficia con este tratamiento es la difusa.

El tratamiento fisioterápico se realiza por las irradiaciones, pero lo mejor según Pauchet es no "*irradiar nunca los cotos*".

El tratamiento quirúrgico tiene varias modalidades:

a) Atrofiante, medicamentoso. En desuso por las celulitis difusas del cuello.

b) Atrofiante por ligadura. No sirve por la circulación colateral.

c) Exotiropexia. No se usa por la pésima cicatriz queloidiana.

d) Extirpación. Será total o parcial según la cantidad de glándula que se extirpe. La total no debe practicarse nunca debido a que se produce después del acto operatorio la caquexia estrumiprima y es necesario dejar un quinto a un décimo de la glándula. La parcial es la única que se practica.

La estrumectomía es la extracción de un nódulo dentro del lóbulo, y entonces sólo puede practicarse en las formas de cotos quísticos. Se puede hacer intracapsular y extracapsular. La primera tiene la ventaja de que se trabaja lejos de los vasos, de las paratiroides y de los nervios. La segunda expone a estas contingencias, pero operando con cuidado se evitan esos inconvenientes y *tiene una hemorragia mucho menor* por lo cual es la que se prefiere.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES CLINICAS DE LOS DIGITALICOS

Por el Profesor *Alfonso Uribe Uribe*.

Conferencia dictada en la Cátedra de Clínica Médica el 25 de octubre de 1944.

A pesar del estudio minucioso tanto farmacológico como terapéutico de la Digital, su uso en la clínica se presta a menudo a confusión, porque se han recargado considerablemente el número de indicaciones como el de contraindicaciones. Sin embargo pudiéramos sintetizarlo diciendo que *la Digital sólo tiene una indicación— la Insuficiencia Cardíaca—*; y que todas sus contraindicaciones se reducen también a una sola: *no emplear la Digital cuando no está indicada, es decir cuando no hay insuficiencia cardíaca*. Por simples que parezcan estos conceptos, es lo cierto que resumen en general todo el empleo de la Digital como lo veremos en el curso de esta exposición.

Las Insuficiencias Cardíacas.

Así pues, la primera tarea del clínico a quien se propone el uso de la Digital, debe ser la de comprobar si existe la insuficiencia del corazón. Es decir comprobar la incapacidad del corazón para irrigar *eficazmente* el organismo, y digo eficazmente porque la irrigación siempre existe a pesar de las mayores insuficiencias.

Es menester pues, conocer muy bien los caracteres de la insuficiencia cardíaca, que clínicamente se nos presenta en tres formas: crónicas, agudas y apresuradas. Las dos primeras las conocen ustedes suficientemente.

Concepto de la Insuficiencia Apresurada del Miocardio.

Las *Insuficiencias Apresuradas* son aquellas que ocupan un grado intermedio, que no se instalan tan bruscamente como las agudas, ni tan lentamente como las crónicas. Son las insuficiencias que se observan sobre todo en las enfermedades infecciosas y en

ciertos estados tóxicos. Tienen como características: la *astenia cardíaca* por disminución de la elasticidad, del tono, y de la fuerza de contracción del miocardio, lo cual trae como una consecuencia, una suplencia pulmonar. Esta, por un aumento del número de respiraciones, trata de subvenir o activar la oxidación ya comprometida por la falta de fuerza del miocardio, y entonces aparece la *disnea* no justificable por otras causas, ni aún en el caso de que se trate de enfermedades pulmonares: ella es tan intensa que no guarda relación con los estados infecciosos, aunque radiquen en el pulmón mismo.

Al lado y como consecuencia de la astenia, aparece una deficiencia circulatoria que dificulta la salida del ácido carbónico. De suerte que habrá *cianosis* y también *vaso-constricción periférica*, explicándose de esta manera el tinte pálido y lívido de la piel de estos enfermos. El gas carbónico retenido explica gran parte de la patogenia de estos fenómenos; porque tiende a producir una acidosis, la cual va a obrar como excitante de los diversos centros nerviosos: por excitación de los centros bulbares aumentará la disnea un mecanismo defensivo; excitando los centros vagales ocasionará igualmente *vómitos repetidos*; excitando los centros vasomotores produce la vasoconstricción periférica y vasodilatación central, excitando con hipotensión arterial de máxima y sobre todo de mínima; los medulares sacros, diarrea y atonía de la fibra intestinal y por consiguiente meteorismo, etc. Pero los dos síntomas dominantes son la disnea y la cianosis.

Como *signos cardíacos* se encuentra una disminución de la intensidad de los ruidos; la palpación se hace más difícil. Hay tendencia a la dilatación debido a la hipotonía del miocardio, de suerte que *el área de macidez está aumentada*. A la auscultación, se oye un corazón taquicárdico cuyos ruidos cortos y rápidos tienden a la embriocardia; y con un ritmo que se aproxima o es ya un *verdadero ruido de galope instalado*. En estados más avanzados se encuentran soplos funcionales sobre todo de insuficiencia mitral o también de insuficiencia aórtica, pudiendo coexistir los dos; se descubren *fenómenos de estasis en las bases pulmonares*, que llegan al edema pulmonar; en el encéfalo pequeños edemas, y oliguria.

La falta de fuerza de miocardio se traduce por el descenso paulatino de las tensiones máxima y mínima, habiendo un descenso mucho mayor de la Máxima, de suerte que las tensiones tienden a hacerse convergentes, con una notable disminución de la tensión diferencial.

Tensión Arterial y Suficiencia Cardíaca.

En general las variaciones de la tensión arterial constituyen una excelente guía para juzgar del estado del corazón, sobre todo en tratándose de estados febriles. Hay una regla muy sencilla y de un gran interés para juzgar el estado cardíaco por los datos de la presión arterial: normalmente *el número que expresa la presión máxima en milímetros, es superior al número de pulsaciones por minuto*. Si esta relación se conserva en los estados febriles, podemos asegurar que el corazón no está alterado. Por ejemplo en el caso de que la presión máxima sea de 120 milímetros de mercurio y el pulso de 100 por minuto: sospechamos que el corazón está próximo a la insuficiencia pero todavía es suficiente. No así si las dos cifras se igualan por ejemplo a 100 y, todavía más si baja la cifra de la tensión por debajo de la del pulso, con lo cual se puede estar seguro de la depresión del miocardio.

Desde luego que esta regla tiene sus excepciones, como sucede en el tifo exantemático y aún en la escarlatina, en las que la hipotensión es muy notable sin que verdaderamente esté comprometido el corazón. Pero no por eso se dejan de sacar de ella conclusiones de gran utilidad.

Indicación de los Digitálicos en las Insuficiencias Apresuradas.

Pues bien, en estos casos de insuficiencia está indicada la digitalización, y deben preferirse en ella siempre los digitales *estrofánticos*. Strofantina-Digital lanata por su *prontitud de acción* y su poca acción tóxica sobre la conducción del impulso cardíaco. Se trata de estados en los que es menester intervenir a la mayor brevedad posible porque aquí hasta los minutos cuentan. De ahí que ordinariamente se apliquen los estrofantos por vía venosa; la vía muscular tiene el inconveniente de ser muy dolorosa y de producir necrosis frecuentemente. Bastan dosis de un cuarto ($\frac{1}{4}$) a un octavo de miligramo diluido en cualquier suero (Glucosado o Fisiológico) para conjurar estos peligros. Es esta una gran ventaja que tienen los Estrofantos sobre los otros digitálicos, especialmente sobre la Digital Purpúrea de acción más retardada, que requiere un tiempo largo para su absorción, cuando se la aplica por vía digestiva, para su distribución y fijación; con el inconveniente de que se fija también en otras vísceras, cosa que no sucede casi con los estrofantos por vía venosa.

Ciertamente la capacidad de fijación de las geninas de los estrofantos es inferior a la de la digital propiamente dicha; esta di-

ficultad se obvia repitiendo las dosis de estrofanfo, sin correr mayores riesgos porque esta droga no se acumula.

Pero son otras las ventajas principales del digitálico estrofantina sobre la *Digitalis Purpúrea*: aquella tiene mayor acción tonótrofa e inótrofa (que en las circunstancias que hemos indicado es la que más se necesita), y por otro lado disminuye la excitabilidad y la conductibilidad cardíacas en menor grado que la digital común; de tal manera que el pulso poco o nada se modifica en su ritmo y en su frecuencia y *las posibilidades de bloqueo* son mucho menores porque *alteran menos* la conductibilidad del Fascículo de Hiss.

Pero naturalmente en casos de urgencia se puede emplear cualquiera otro digitálico por vía venosa o muscular, ya sea del tipo del Digaleno, de la digitalina, etc., recordando que su acción, aunque eficaz, es inferior a la del Estrofanfo.

Contraindicaciones.

Las contraindicaciones de los digitálicos en este tipo de insuficiencias apresuradas talvez no comprendería sino una: *la insuficiencia cardíaca de la Difteria*. Allí se encuentran el pulso lento, el ruido de galope, la cianosis, etc., pero sucede que la toxina diftérica, como neurotrofa que es, se localiza en los elementos neuromusculares del Haz de Hiss, alterando en tal forma la conductibilidad que se puede llegar a una verdadera disociación aurículo-ventricular. Se comprende que en este caso la digital, que disminuye la conductibilidad, no haría más que agravar el estado cardíaco. En estas circunstancias al exigir al ventrículo una mayor frecuencia por excitación auricular, se obtendría una acción partida en dos, y así se llegaría fácilmente a la fibrilación ventricular con el consiguiente síncope mortal; este inconveniente parece que tiende a subsanarse por el empleo de la Tiamina asociada a los digitálicos; por lo menos hace mucho menos peligroso su empleo.

Los Digitálicos como preventivos de la Insuficiencia Cardíaca: Neumonía.

El uso precoz de los digitálicos para prevenir la insuficiencia cardíaca, tal como se ha preconizado en ciertos estados infecciosos y como se ha consagrado empleando la digital en la neumonía, parece que no tiene objeto. En efecto, no se ha podido probar la utilidad, como tampoco la nocividad, de la digital como preventivo de la insuficiencia cardíaca, y como "en la duda es mejor abstenerse", creo que esta indicación no debería tenerse en cuenta como uso formal. Clínicamente se puede observar que muchas neumonías evolu-

cionan sin llegar a la insuficiencia cardíaca, pese a la abstención digitálica; de suerte que la complicación circulatoria puede achacarse, ya a demasiada virulencia del germen, ya a una meiopragia cardíaca anterior. Sólo en estos casos debe vigilarse con atención al estado cardíaco para apelar a los digitálicos en cuanto se manifieste la insuficiencia. En estos casos también con la asociación Tiamina-Digital, se obtienen los mejores resultados.

Insuficiencia Cardíaca Izquierda. Aguda.

La insuficiencia cardíaca aguda del corazón izquierdo, se caracteriza por la dilatación brusca del ventrículo izquierdo, que pierde su tono y por consiguiente está en incapacidad de enviar suficiente sangre a través del árbol arterial. Es curioso que el ventrículo derecho, frecuentemente conserva su capacidad funcional, de suerte que continúa enviando sangre a los pulmones; por consiguiente se llega a la estasis pulmonar aguda con disnea, cianosis, estertores en las bases, etc. Pero esta estasis pulmonar tiene varios grados: si llega al máximum, y además está alterada la permeabilidad capilar, se obtiene el *edema agudo*. En otras circunstancias menos intensas, se presenta la estasis sin filtración capilar en forma pasajera y periódica, caracterizándose por crisis de *asma cardíaca*; la que en su aparición es favorecida por la postura, el sueño y tal vez por condiciones ambientales; de ahí el que sea fenómeno casi siempre nocturno.

También puede presentarse la insuficiencia aguda en forma de crisis dolorosas, dando origen a la *angina de pecho*, la que ordinariamente se debe a una fatiga brusca del corazón frente a una resistencia crónica, como se ve en los casos de hipertensión. También se presenta esta fatiga brusca con fenómenos tóxicos o mecánicos como cuando aumenta la toxemia o se suprime un obstáculo mecánico en forma brusca, caso en el cual se podría decir que *el corazón se va de bruces*. Tales son los casos de las mujeres embarazadas que están haciendo una toxemia (fenómenos grávido-cardíacos) y los que ocurren en la supresión brusca de los derrames ascíticos, en la extirpación de los tumores y, en fin, cuando cede la resistencia periférica por el colapso arterio-venoso. Este colapso puede presentarse ya en los estados de *shock*, lo que es raro; ya por las infecciones colapso vascular de las enfermedades infecciosas, lo que es más frecuente, y ocasionalmente por intoxicaciones agudas, como sucede, por ejemplo, con el empleo de los Arsenobenzoles. En casi todos estos casos, la insuficiencia cardíaca se manifiesta por el edema pulmonar.

La angina de pecho, fenómeno como acabamos de ver, que se presenta en las insuficiencias agudas del miocardio, es debida en otras circunstancias a trombosis de las arterias coronarias (infarto del miocardio), o a un simple espasmo, de estas arterias, e igualmente en el curso de estos estados se presenta la insuficiencia aguda.

Los Digitálicos en el Edema Agudo del Pulmón.

En el edema agudo del pulmón, la droga de predilección es también el *estrofanto* y por esto el médico debe tenerla siempre a la mano. Con ella el corazón recobra el tono perdido, y mejora la permeabilidad capilar por una mejor oxigenación de la sangre. Pero son necesarias algunas otras medicaciones sin las cuales no es posible obtener estos efectos; tales como la sangría para aliviar la carga de los dos ventrículos, y el empleo de la morfina. Esta obra por doble acción: merced a su acción vagotropa disminuyendo la permeabilidad de los capilares del pulmón y con ello la exudación y la disnea; así como también acabando con el dolor y la angustia cuando esto existe. La angustia es el mayor síntoma de los enfermos y contribuye a agravar su estado. La morfina favorece también el reposo del corazón, ya que por acción vagal prolonga la diástole. En algunas ocasiones en las que la secreción es muy abundante, tendría indicación la *atropina* como desecante, pero su empleo tiene muchos peligros, de tal manera que no es muy aconsejable.

En el Asma Cardíaca y el Colapso Circulatorio Periférico.

En el asma cardíaca se usa la misma medicación: *estrofanto*, asociada a la morfina; con ella desaparecen muy pronto los accidentes. En este caso no es necesaria la sangría.

En el colapso circulatorio periférico con adinamia, enfriamiento sudores, etc., hay que atender primero que todo al estado vascular, porque de otra suerte es completamente inútil cualquier medicación cardíaca. *Antes que tonificar el corazón, se necesita darle punto de apoyo a la impulsión cardíaca.* Para esto hay que apelar a las drogas simpático miméticas y alejarse en cuanto sea posible de las parasimpático-miméticas: de manera que la Digital y el Estrofanto como excitadores vagales, no se deben aplicar en los primeros momentos. Se usan entonces la *Adrenalina*, especialmente en gotas debajo de la lengua o en el surco gingivo-labial; la *Pituitrina* y los estimulantes del tipo del *Cardiazol*, la *Coramina*, etc. En estos casos son también de enorme utilidad los *süeros hipertónicos*, que

por el desequilibrio osmótico que producen dan una gran repleción circulatoria.

Una vez que se ha restablecido el equilibrio, si se pueden usar, el estrofantó de preferencia, y en segundo lugar la digital.

Tratamiento de las Anginas de Pecho.

En los casos de angina de pecho por *trombosis* (infarto del miocardio), el pulso nos da grandes datos para el empleo de los digitálicos. En efecto: si los períodos diastólico y sistólico están equilibrados; si no hay aceleración; si no hay desproporción entre la tensión arterial y la fiebre, en una palabra *si no hay insuficiencia cardíaca, no hay indicación para el empleo de los digitálicos*. No así cuando el pulso se acelera, cuando la diástole se acorta con respecto a la sístole, etc., pues entonces se impone la aplicación moderada del estrofantó, pero sólo en el primer momento, mientras haya una insuficiencia manifiesta; ya que para el restablecimiento del infarto, como para el restablecimiento de cualquiera úlcera, es menester el reposo.

Es cierto que la digital prolonga la diástole y por lo mismo el tiempo de reposo del corazón; pero si se tiene en cuenta que refuerza considerablemente la sístole, en realidad el trabajo cardíaco aumenta.

Repetimos que en las anginas de pecho no se debe emplear la digital *mientras no se presenten fenómenos de insuficiencia*, y esto no sucede con frecuencia, ya que en muchas anginas no hay insuficiencia; hay en ellas dolor y estado de menor suficiencia, pero no insuficiencia verdadera. En estos casos hay que guiarse también por la disnea, la cianosis, la tendencia al ruido de galope, el edema pulmonar, etc.

En los casos de angina de pecho *por espasmo vascular*, se usan la morfina, la atropina y los analgésicos de la serie del piramidón porque estos tienen una acción leiotropa muy marcada, y obran relajando los vasos coronarios, favoreciendo de esta manera la nutrición del miocardio. Idéntica acción sobre estos vasos tienen los *nitritos*, que obran con mayor rapidez. Buenos resultados da también cualquiera otro antiespasmódico, en especial la papaverina, (0.05 a 0.10 gr. intravenosa). Para distinguir los dos tipos de angina de pecho, tiene gran valor diagnóstico: a) el momento de su aparición: las debidas a espasmo vascular aparecen de ordinario *durante los esfuerzos*, sean ellos musculares, psíquicos, sexuales, digestivos, etc.; en tanto que las debidas a infarto miocárdico aparecen *durante los estados de reposo*, cuando el individuo es ajeno a toda ocupación, digestión o preocupación. b) La presencia de los signos de infarto

(hipotensión progresiva, fiebre, frotos pericárdicos leucocitosis, sedimentación globular aumentada) o su ausencia. c) Las anginas vasomotoras ceden de ordinario al reposo, evacuación intestinal o gástrica, etc., sin secuelas cardiovasculares.

Insuficiencia Cardíaca Crónica. Insuficiencia Auricular.

Dentro de la insuficiencia cardíaca crónica, hay que distinguir tres grandes tipos: insuficiencia auricular pura, insuficiencia ventricular izquierda e insuficiencia ventricular derecha.

La *insuficiencia auricular pura*, es rara; asociada a la insuficiencia ventricular es el caso ordinario; consecutiva ordinariamente a cardiopatías valvulares, mitrales especialmente y entre estas la *estrechez mitral* puede también presentarse en los casos de crisis congestiva pulmonar. Se manifiesta a veces por el *flutter*, lo que es poco frecuente, o por la fibrilación auricular. Hay disnea de esfuerzo pero no hay estasis pulmonar; hay desacuerdo entre el pulso arterial y el del miocardio; el de éste más frecuente; hay irregularidad de las pulsaciones, etc. En tales circunstancias la *Digital* encuentra la mejor de sus indicaciones.

No es común que la insuficiencia auricular aparezca aislada; casi siempre se asocia a las insuficiencias ventriculares, sean ellas derechas o izquierdas.

Insuficiencia Ventricular Izquierda.

La insuficiencia ventricular izquierda se caracteriza por *taquicardia permanente*, que no se explica por factores infecciosos, tóxicos o nerviosos. Esa taquicardia no se modifica con los reflejos posturales de tal manera que el individuo tiene el mismo número de pulsaciones en cualquiera posición. Otra característica de esta insuficiencia es la *disnea de esfuerzo*; en estados más avanzados hay *ruido de galope* y por fin el *pulso alternante*, o de *extrasistolia*. Esta insuficiencia se encuentra en sujetos que *tienen antecedentes de hipertensión*, de nefropatías o de hipertiroidismo. Estos cuatro detalles: taquicardia, disnea de esfuerzo, ruido de galope y pulso alternante, o extrasistolia *junto con el antecedente etiológico*, nos confirman el diagnóstico de insuficiencia del ventrículo izquierdo. la que puede acompañarse o no, de insuficiencia auricular.

En las insuficiencias ventriculares puras y completas, es de elección el Estrofanto con mayor razón si predomina la dilatación y más aún si hay tendencia a la arritmia extra-sistólica. Si el cuadro de la insuficiencia ventricular no es completo, por ejemplo, si sólo hay disnea de esfuerzo y taquicardia, da mejores resultados el

empleo de la digital común, o de drogas que la reemplacen como la Escila y aún mejor el Adonis, a pequeñas dosis y a permanencia *pero dentro del máximo reposo físico, moral, mental y afectivo posible.*

Insuficiencia Ventricular Derecha.

La insuficiencia ventricular derecha se caracteriza sobre todo por *fenómenos congestivos periféricos*: estasis pulmonar, hepática y subcutánea. Estasis encefálica que se manifiesta por cefalea, mareo y tendencia al vértigo. Y con ellas tos, espectoración, oliguria, etc. *En estos casos la Digital Purpúrea es la droga preferida, porque aquí da el máximum de su acción*: disminuye la frecuencia del pulso; regulariza la arritmia cuando ella existe; remueve los obstáculos periféricos mejorando la circulación; aumenta la potencia de la contracción; facilita la circulación; aumenta la potencia de la contracción; facilita la circulación general; aumenta la diuresis; disminuye los edemas periféricos y viscerales, mejorando así la ventilación pulmonar, y en consecuencia, al disminuir el anhídrido carbónico (C.O₂) disminuiría la acidosis, la excitación de los centros vasomotores, etc.

En resumen: *las dos grandes indicaciones de la Digital Purpúrea son la Insuficiencia ventricular derecha y la Insuficiencia auricular*, especialmente aquella en que predomina la arritmia por Flutter o Fibrilación auricular.

La única *contraindicación* evidente de la digital es la *insuficiencia cardíaca con pulso lento y regular*, o donde hay evidencia de bloqueo o disociación aurículo ventricular.

Otras contraindicaciones: Hipertensión Arterial.

La hipertensión arterial figura como una de las *contraindicaciones* para la aplicación de los Digitálicos. Es esta una noción que se cae de su peso, puesto que no estarán indicados si no hay insuficiencia. Mas cuando la hipertensión se asocia, o es causa de la insuficiencia cardíaca izquierda, entonces está indicado el estrofantó. Si la hipertensión coexiste con insuficiencia derecha, es decir en los casos denominados de *hipertensión paradójal* (puesto que en ellos debería haber hipotensión), entonces está indicada la digital. La *contraindicación* no es más que aparente, ya que esa hipertensión es debida, a un exceso de anhídrido carbónico, que va a excitar los centros bulbares produciendo vaso-constricción; la Digital ayuda a la movilización del anhídrido carbónico y por lo tanto baja la tensión.

Otras contraindicaciones.

Con las otras contraindicaciones sucede algo semejante. Así se suele contraindicar la Digital en ciertas lesiones orificiales como son la estrechez mitral y la insuficiencia aórtica: en el primer caso porque apresura la insuficiencia auricular y en el segundo también porque apresura la insuficiencia ventricular, ya que al prolongar la diástole se aumenta el retorno de sangre, y por lo mismo se aumenta el trabajo del ventrículo. Pero aquí también es muy claro que las lesiones orificiales no entrañan necesariamente la insuficiencia cardíaca; *y si ésta no existe no se debe emplear la Digital*. Ella no es un medicamento del órgano anatómico, que vaya a luchar contra esas insuficiencias orificiales; sino que *es una medicación, permítaseme la expresión, del órgano fisiológico*. De suerte que en estos casos sólo se empleará cuando flaqueé la función cardíaca.

De todas las demás contraindicaciones se puede hacer un análisis similar.

La Digital en la enfermedad de Basedow.

Pero hay una indicación importante de la Digital, aparentemente distinta de las cardiopatías puras, que es en la enfermedad de Basedow. En esta enfermedad se debe emplear cuando se compruebe gran enflaquecimiento, fenómenos de avitaminosis, etc., porque se debe suponer entonces que la nutrición cardíaca es deficiente y su función está comprometida. En estos casos la Digital se usa a pequeñas dosis, siendo indispensable su aplicación en los días que preceden a la operación quirúrgica.

Resumen.

En realidad de verdad la Digital no tiene más indicaciones. Podemos resumir las diferentes indicaciones de la digital y de los estrofantos en una frase ya consagrada de Eddis: *“El Estrofanto es el medicamento de la Insuficiencia Cardíaca hipotónica, de la dilatación Cardíaca; la Digital lo es de la Insuficiencia Cardíaca hipomuscular de la hipertrofia insuficiente ya”*.

La *insuficiencia hipotónica* se manifiesta por el ritmo de galope, la dilatación del miocardio, el aumento de la zona de macisez, la presencia de soplos funcionales, la disminución de la impulsión cardíaca con disminución de la presión máxima y sobre todo de la tensión diferencial.

Si hay insuficiencia de la contracción el predominio es de los fenómenos estáticos; con alteraciones del ritmo por mayor excita

bilidad muscular (especialmente en los casos de extrasistolia y Flutter o fibrilación auricular); quiere ello decir que hay una *insuficiencia hipomuscular* caso en el cual la medicación digitálica es superior a la estrofántica.

La Escila y el Adonis Vernalis son muy útiles para iniciar el tratamiento de las pequeñas hiposistolias o para sostener el tratamiento digitálico.

Indicaciones adyuvantes del tratamiento.

Estas medicaciones se deben asociar a un tratamiento sintomático adyuvante, por ejemplo a la Cafeína cuando hay disminución de la eliminación del agua. En este caso son también útiles otros diuréticos como la Teobromina, los mercuriales, etc.

La purgación previa es muy útil cuando hay grandes obstáculos para remover. Lo mismo se dice de la remoción de los edemas periféricos, de las ascitis, etc.; ella facilita un mejor efecto de los digitálicos. La sangría está muy indicada en caso de edema pulmonar, por la insuficiencia aguda del ventrículo izquierdo.

La posición del enfermo tiene importancia: la posición horizontal hace refluir la sangre hacia las venas cavas inferior y superior, de suerte que la contracción del ventrículo derecho queda más recargada. Es lo mejor darle gusto al cardíaco quien prefiere conservar la posición sentado; y es que en ella, merced a la gravedad, se efectúa una verdadera sangría fisiológica hacia los miembros inferiores, que ayuda al ventrículo derecho, aliviándole su carga.

El factor psíquico es de una extraordinaria importancia. No hay peor cosa en los cardíacos que la angustia, y esta se puede calmar con la Morfina, que no tiene ninguna contraindicación, (*salvo cuando hay una grave insuficiencia renal*), y además *ejerce una acción vagotónica* que es útil para el tono del corazón.

El régimen dietético se reduce a disminuir o suprimir el cloruro de sodio en los casos de edema. En cuanto a las albúminas, solamente se deben proscribir cuando hay retención azoada, de otra manera la pérdida excesiva de albúminas que se están eliminando por la orina, en la ascitis y el edema, no haría más que agravar el mismo edema y llevar a la más grave deficiencia orgánica y tisular.

En cambio, en prescribir el reposo, condición *sine quae non*, es donde el médico debe ser más estricto. El reposo del cardíaco debe ser el mayor posible, tanto por lo que se refiere a la actividad física, como intelectual y psíquica en general.

Estas son, a grandes rasgos, las indicaciones principales que se deben tener en cuenta en el tratamiento de las cardiopatías.

HISTORIA DE LA MEDICINA TROPICAL, PARASITOLOGIA
E HIGIENE EN COLOMBIA (1830-1943)

Dr. A. Bonilla-Naar.

Higiene en General.

(31 trabajos. 1886-1942).

- 1886 DIRECCION.
"Juntas de Higiene". Pág. 289, 4519. R. M. B.
- 1890 ARIAS ARGAEZ ISAAC.
"Observaciones sobre la higiene de Bogotá". Tesis. Bogotá.
- 1892 CARLOS MICHELSEN U.
"Higiene". Comentario. Pág. 215. 4556. R. M. B.
- 1894 DIRECCION (REPRODUCCIONES) PROUST A. (REVUE DES DEUX MONDES, TOM. 120, 1º DE DICIEMBRE 1893).
"Epidemias antiguas y modernas. Los nuevos caminos de las grandes epidemias". Pág. 206, 4556. (Continuación) 276-232-301-333-365 (continuación). Pág. 232. (idem). R. M. B.
- 1895 JIMENEZ L. TELESFORO.
"Contribución al estudio de la Higiene Nacional". Tesis. Bogotá.
- 1901 PEREZ DAVID.
"Contribución a la Higiene de las regiones cálidas de Colombia. Tesis. Medellín. Tomo II|11.
- 1903 LOMBANA BARRENECHE J. M.
"Declaración obligatoria de las Enfermedades Infecciosas". Resolución. Pág. 883. 4557. Julio. R. M. B.
- 1907 REPRODUCCIONES.
"X Mandamientos higiénicos del doctor Royo Villanova". Pág. 251. 4563. R. M. B.
- 1912 MANRIQUE JULIO.
"Evolución de la higiene desde sus primeros tiempos. N. C.". Discurso académico. Pág. 200, 4565. R. M. B.

- 1913 BORDA TANCO ALBERTO.
"Conferencia sobre ingeniería sanitaria". Pág. 323, 4565. R. M. B.
- 1914 SAMPER BERNARDO.
"Apuntes sobre higiene de las tierras calientes en Colombia". Tesis. Bogotá.
- 1914 MENDOZA CONTRERAS JESUS.
"Inspección sanitaria de la navegación del río Magdalena". Tesis. Bogotá.
- 1914 Dirección.
"Higiene pública y privada". Ley 48 de 1914. Pág. 678, 4566. R. M. B.
- 1917 LOBO MANUEL N., GARCIA MEDINA PABLO, BUENDIA NICOLAS, BERMUDEZ ANDRES.
"Notas sobre higienización del país en vista de varias epidemias. N. C.". Pág. 224, 4571. R. M. B.
- 1920 VERNAZA FRANCISCO.
"Algo de inspección sanitaria en una región". Tesis. Bogotá.
- 1920 ZEA ROCHA ALEJANDRO.
"Algunas anotaciones sobre el saneamiento del suelo colombiano". Tesis. Bogotá.
- 1921 ACONCHA LUIS E.
"Algunas consideraciones sobre la higiene en Colombia". Tesis. Bogotá.
- 1923 JARAMILLO ARTURO.
"La higiene del hombre de letras". Tesis. Bogotá.
- 1925 FRANCO ROBERTO. (RECTOR FAC. MEDICINA).
"El laboratorio y los problemas sanitarios nacionales". (Discurso pronunciado en la inauguración del busto de Pasteur en el Laboratorio de Bacteriología). Pág. 128, 5089. Rev. Med. Quirúrgica de los Hospitales.
- 1931 DIRECCION.
"A propósito de Higiene y de solidaridad Médica": Editorial sobre destitución de un distinguido higienista. No se toma en cuenta a la Academia de Medicina. N. C. Pág. 117, 6642. Rev. Med. de Colombia.
- 1934 ARDILA GOMEZ LUIS.
"La sanidad pública en Colombia". Rev. Fac. Nat. Vol. II. N° 10. Marzo.
- 1935 DELGADO JORGE E.
"Informe del perito en salubridad (en el Depto. del Huila). Estudio de la Comisión de Cultura Aldeana". Bogotá. Cita del doctor Socarrás. "Coto y Cretinismo en Colombia. 1942. Ya cit. N. C.

- 1937 GOMEZ PINZON FRANCISCO.
 "Informe al Director Nal. de Higiene sobre labores de la Sección 1ª de Sanidad Rural en 1937". Cita del Prof. Patiño Camargo. "Helmintiasis y Protozoosis en Colombia, 1940. N. C.
- 1938 JIMENEZ LOPEZ MIGUEL.
 "Proyecto de Ley, que provee a la salud y regeneración vital de la población campesina y obrera". Presentado a la consideración de la Academia Nacional de Medicina. Pág. 375. Anuario de la Academia Nal. de Medicina. 1938-40.
- 1939 ORDOÑEZ ALFREDO.
 "Los Microorganismos considerados como gérmenes patógenos. (Causas y condiciones de la infección)". Medicina y Cirugía del Atlántico. Vol. VI. N° 7. Julio. Bibl. Fac. Nal. Med. PATIÑO CAMARGO LUIS.
 "Instrucciones para los empleados de Saneamiento del Amazonas, Putumayo y Caquetá, durante el conflicto". Edición oficial del Ministerio de Guerra. (Lista de trabajos del autor, suministrada gentilmente. N. C.).
- 1941 BEJARANO JORGE.
 "Un resumen del movimientos sanitario en Colombia". Rev. Fac. Med. Pág. 151, Vol. IX. N° 3.
- 1941 MORENO PEREZ IGNACIO.
 "Centralización e higiene pública". Rev. Fac. Med. Pág. 532. Vol. IX. N° 7.
- 1942 BRUHN ALFRED H. M. S. (HARVARD UNIVERSITY).
 "Siete Conferencias dictadas para el Curso Superior de Higiene". Rev. Fac. Med. Vol. X. N° 8. Febrero.
- 1942 SANCHEZ Z. JOSE VICENTE.
 "Problemas en torno a la salubridad pública en Colombia. Tesis. Bogotá.

a) — *Alcoholismo y Chichismo.*

(12 trabajos. 1884-1936).

- 1884 OSORIO NICOLAS.
 "Alcoholismo". Conferencia extractada por Manuel Prados O. Pág. 193, 4766. R. M. B.
- 1884 CASTAÑEDA GABRIEL J.
 "Influencia del alcoholismo en el desarrollo de muchos grupos de afecciones cutáneas". Pág. 67, 4766. R. M. B.
- 1903 LOMBANA BARRENECHE J. M.
 "Prevención del Alcoholismo". Pág. 801. 4557. Mayo. R. M. B.
- 1908 MARULANDA JOSE F.

- “Manifestaciones Hereditarias del Alcoholismo”. Tesis Bogotá.
- 1911 GARCIA MEDINA PABLO.
“La alimentación de nuestra clase obrera en relación con el alcoholismo”. Pág. 107, 4564. R. M. B.
- 1916 SESION ACADEMICA.
“Discusión sobre alcoholismo”. (Sesión del 22 de septiembre de 1916, con motivo de un trabajo mandado por el doctor Noguera Oscar A. de Barranquilla. N. C.). Pág. 434, 4570. R. M. B.
- 1916 NOGUERA OSCAR A. (BARRANQUILLA).
“Apuntaciones sobre el alcoholismo”. Pág. 492, 4570. R. M. B.
- 1918 FAJARDO C. BENJAMIN.
“Contribución al estudio del problema alcohólico”. Tesis. Bogotá.
- 1918 VALDIVIESO JULIO.
“Alcoholismo en Colombia”. Tesis. Bogotá.
- 1919 OLOZAGA GABRIEL.
“*Chichismo* y Pelagra”. Tesis. Bogotá.
- 1922 RHENALS SEGURA ALFONSO.
“Alcoholismo y psicosis alcohólicas”. Tesis. Bogotá.
- 1922 TELLEZ M. ULDARICO.
“Ligeros apuntes sobre alcoholismo”. Tesis. Bogotá.
- 1928 PAZ FELIPE S.
“Penalidad y Alcoholismo”. Folletos. (Biblioteca).
- 1930 RENGIFO ILLERA MANUEL.
“Consideraciones sobre la influencia social del Alcoholismo”. Tesis Bogotá.
- 1931 TORRES UMAÑA CALIXTO.
“Ideas generales sobre las condiciones sanitarias en Colombia: Uncinariasis, Paludismo, *Alcoholismo* y *Chichismo*”. Rev. Siglo XX. París.
- 1936 CARVAJAL MARTIN.
“Alcohol y Alcoholismo”. Quinto Congreso Médico Nacional. Barranquilla. Tomo III. Pág. 693. Bibl. Fed. Med. Nal. Bogotá.

b) — *Alimentación, Nutrición y Crecimiento.*

(15 trabajos. 1892-1943).

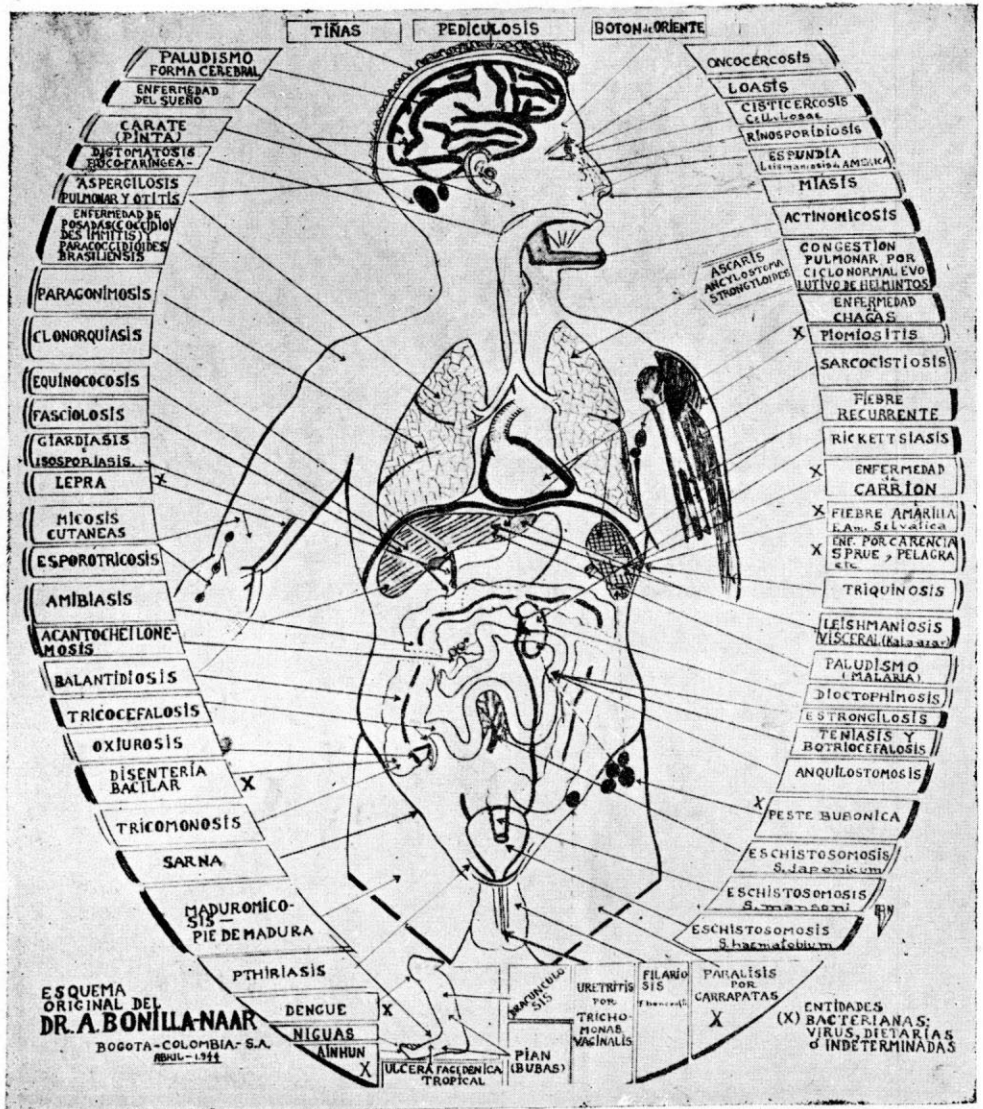
- 1892 GIRALDO ANTONIO MAURO.
“Nota sobre las alteraciones del maíz relacionada con la Patología”. Tesis. Bogotá.

- 1892 JARAMILLO M. J.
"La fecundidad en Antioquia". Tesis. Bogotá.
- 1898 GARCIA EVARISTO.
"El plátano". Boletín de Medicina del Cauca. Nos. 128-129 y 130. Reimpreso en un opúsculo, titulado: "El plátano en Colombia y particularmente en el Valle del Cauca". Imprenta Eustacio Palacios. Dedicado al doctor Manuel Uribe Angel. Cita de García V. en trabajo ya citado. N. C. 1940).
- 1913 BEJARANO JORGE.
"La educación física". Tesis. Bogotá.
- 1925 GARCIA MALLORCA CARLOS.
"Problemas de alimentación en la clase obrera de Colombia". Tesis. Bogotá.
- 1927 IREGUI RUPERTO.
"Anotaciones sobre crecimiento físico y patología dominante en el escolar de Cundinamarca". Tesis. Bogotá.
- 1932 JARAMILLO A. ALFONSO.
"Química sanguínea. Ración alimenticia y metabolismo". Tesis. Medellín. Tomo XI|10.
- 1936 ARANGO M. MIGUEL.
"Algo sobre higiene alimenticia". Boletín Clínico. Medellín. Pág. 69. Año III. N° 2. Octubre. N° 26.
- 1939 SOCARRAS JOSE FRANCISCO.
"Alimentación obrera en Bogotá". Anales de Economía y Estadística. Bogotá. Tomo II. N° 5. (Cita del mismo autor "Coto y Cretinismo en Colombia". 1942. N. C.).
- 1940 SOCARRAS JOSE F.
"Alimentación de los campesinos de Monquirá. Boyacá". Anales de Economía y Estadística. Tomo III. N° 6. Bogotá. Cita del mismo autor. "Coto y Cretinismo en Colombia". 1942. N. C.).
- 1940 SOCARRAS JOSE FRANCISCO.
"Alimentación de la clase obrera en Medellín". Inédito. Bogotá. (Cita del mismo autor. Trabajo ya citado. "Coto y Cretinismo en Colombia". 1942. N. C.).
- 1940 ARANGO M. MIGUEL.
"Notas sobre unas raciones alimenticias". Med. y Cir. del Atlántico. Vol. VII. N° 3. Bibl. Fac. Nal. Med.
- 1940 SOCARRAS JOSE FRANCISCO.
"La alimentación de la clase obrera en Bogotá, según el informe de Londres". Anales de Economía y Estadística. Bogotá. Tomo III. Nos. 7 y 8. Cita del autor. "Coto y Cretinismo en Colombia". 1942. N. C.).

- 1942 BEJARANO JORGE.
"Alimentación y Nutrición en Colombia". Obra.
- 1943 MIRA RESTREPO JORGE.
"La alimentación, los precios y los salarios". Anales de Economía y Estadística". Tomo VI. N^o 11. Junio 5.
- 1944 BELTRAN ANTONIO.
"Problemas nutricionales en la región de Muzo. Hipoalimentación y Guarapo. Tesis. Bogotá.

EL HOMBRE Y LAS ENFERMEDADES TROPICALES PARASITARIAS

The man vs. Tropical diseases.



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

(Original Collection. All Rights Reserved The Author and The General Biological Supply House of Chicago).

Historia de la Medicina Nacional.

PRIMERA LAPARATOMIA PRACTICADA EN COLOMBIA (1)

Fibromioma intersticial. — Histerectomía supra-vaginal. — Muerte por Schock. — Juan E. Manrique y J. D. Herrera (). Junio 6 de 1887.*

La señorita M. R. tiene 27 años de edad. Entre sus antecedentes de infancia no encuentro nada particular que merezca especial mención. Nació en Chocontá, en donde pasó los primeros años de su vida, y después ha vivido indistintamente en Bogotá y en Guatavita. La menstruación principió sin fenómeno morboso a la edad de 13 años, y de esta época en adelante transcurrieron cinco años durante los cuales la señorita R. gozó de buena salud, salvo, un ataque de disentería que le duró dos meses, y dos o tres ataques histero-epilépticos acaecidos con motivo de sufrimientos morales. Cuando vivía su 19º año de existencia, los ataques histero-epilépticos se volvieron más frecuentes y coincidían casi siempre con los primeros fenómenos de la congestión catamenial.

Esta función principió a ser dolorosa hasta el punto de obligar a la señorita R. a guardar la cama, a causa de la intensidad de los dolores lombo-abdomino-genitales que se presentaban durante los dos primeros días de la fluxión ovariana.

Residía entonces en Guatavita, y alguna persona de su familia consultó a algún Profesor de esta Capital, con el objeto de encontrar algún medio de tratar los ataques histero-epilépticos que hasta esa época dominaban la escena morbosa de la señorita R. Por consejo autorizado se trataron desde entonces los ataques histero-epilépticos con el bromuro de potasio, y la compresión ovariana.

(1) En la época prepasteuriana, en 1844 el doctor Quevedo de Medellín, practicó con éxito la 1ª laparotomía para Cesárea. (Doctores Otálora y Calvo).

(*) Datos tomados de la tesis del doctor Manuel Antonio Pérez, "Contribución al estudio de la Cirugía Abdominal en Colombia". Bogotá, 1893. A. Bonilla-Naar. 1945.

Esta última maniobra se hacía bárbaramente por medio de las rodillas de una señora atlética que montaba, por decirlo así, sobre la señorita R. desde que principiaba el ataque, colocando una rodilla sobre cada fosa ilíaca y sólo descendía cuando pasaba el ataque. Naturalmente, después de cada ataque la señorita R. quedaba extenuada y con el vientre tan adolorido que difícilmente soportaba la compresión de los vestidos. Los ataques se fueron alejando hasta el punto que en estos últimos 6 años sólo ha tenido 2 ó 3; pero cosa singular, a medida que se han alejado los ataques, la menstruación ha ido siendo más y más irregular. El espacio comprendido entre cada molimen ovariano se ha ido acortando y la menstruación se ha ido convirtiendo en una verdadera hemorragia (menorragia). Al principio estas hemorragias se calmaban con el reposo en la cama, durante diez o doce días, pero después, estas llegaron a durar hasta 20 días. Los dolores en el bajo vientre y en la fosa ilíaca derecha, como en el muslo correspondiente, se hicieron tan intensos, que la señorita R. no podía caminar cuando los tenía y hasta la acción de coser los despertaba.

Hace cuatro años, poco más o menos, principió a notar "una bola dura" en el hipogastrio, inclinada hacia la fosa ilíaca derecha. Este tumor determinaba dolores violentos en la región correspondiente, con irradiaciones hacia el muslo y hacia los lomos. En el espacio de cuatro años el tumor ha ido creciendo hasta alcanzar el volumen que hoy tiene; (noviembre 3 de 1886). A medida que el tumor ha ido creciendo se han presentado, en diferentes épocas, fenómenos de compresión, tanto en la vejiga, como en el recto, y en el sistema de la vena cava inferior: deseos frecuentes de orinar, iscuria y sedimentos mucosos en la orina; tenesmo rectal, alternativas de diarrea y de constipación, estrías sanguinolentas en las deposiciones y hasta fenómenos de oclusión intestinal (meteorismos, vómitos y violentos dolores intestinales), edemas en los pies.

El estado general de la enferma ha ido languideciendo paulatinamente de cuatro años a esta época. Esta languidez tiene alarmadas a las personas que la rodean. Hoy 3 de noviembre de 1886, primer día de mi observación, la señorita R. me sorprende por su palidez de hoja muerta; las mucosas oculares y bucales están pálidas, las carnes flojas, y mientras la enferma me refiere sus dolencias noto cierta anhelación en su respiración.

Pulso pequeño, frecuente (110) y depresible.

Doble soplo carotidiano, y soplo anémico en la base del corazón.

Color normal, aun cuando la enferma manifiesta enfriarse fácilmente.

Al examinar el vientre, me sorprende su forma irregular:

Del fondo del bacinete se levanta un tumor duro, liso, movable, el cual produce a la palpación, la misma sensación que se experimenta cuando se explora el dorso de un feto a término. Este tumor es más anejo hacia su extremidad superior que hacia la inferior. La parte superior del tumor llega hasta el hipocondrio derecho y el epigastrio, la parte inferior se pierde en la escavación pelviana. Toda la zona ocupada por el tumor es perfectamente mate, y la resonancia intestinal sólo se encuentra en el flanco izquierdo y en el hipocondrio correspondiente. No pude practicar el tacto vaginal ni el tacto rectal porque la enferma no acepta estas maniobras, ni siquiera me permitió introducir una sonda en la vejiga. En este día dominan 3 indicaciones: 1^a Suspender la hemorragia que dura desde el 13 de octubre (20) días y que sólo le ha dejado una tregua para venir a consultarme. 2^a Calmar los dolores lombo-abdomino-genitales; y 3^a Aligerar por algún medio mecánico la acción del peso del tumor sobre los órganos adyacentes.

Para llenar las dos primeras indicaciones aconsejo unas píldoras con ergotina y opio. Para llenar la tercera aconsejo un vendaje hipogástrico. Prevengo a la enferma y a las personas que la acompañan, de la gravedad del caso y le anuncio que la enucleación del tumor por la vía abdominal, será el único medio probable de salvarla.

Transcurrieron dos meses sin que yo hubiera vuelto a ver a la enferma, cuando el 5 de enero de 1887 se presentó en mi consulta, con el objeto de comunicarme la ineficacia de mi tratamiento, su firme resolución de dejarse hacer la operación. De nuevo insistí en los peligros que esta operación ofrecía y la previne de que debía arreglar sus negocios y su conciencia, lo que muy poco impresionó a la enferma quien a todo trance quería libertarse de los sufrimientos materiales, así como de las contrariedades morales que le ocasionaba el crecimiento de su vientre, el cual había dado origen a erradas interpretaciones de parte de las personas que la rodeaban. Anuncié también a la enferma que debía proveerse de un ajuar completamente nuevo y desinfectado por medio de la ebullición en una solución fenicada; y que debía buscar una casa que reuniera todas las condiciones higiénicas para no hacer inútiles el sistema Listeriano.

Después de haber buscado inútilmente una localidad conveniente en la ciudad, determiné visitar su casa de habitación, sobre el río del Arzobispo, y habiendo encontrado las mejores condiciones posibles para una laparatomía, opté por dicha localidad.

En este estado resolví consultar la opinión de mi maestro y amigo, el doctor Juan David Herrera, quien con su habitual benevolencia, se trasladó conmigo a la quinta de la enferma, y después

de detenido examen quiso conducirme a lugar reservado para darme su opinión, no creyendo prudente expresarla delante de la enferma, a lo cual me opuse, pues por una parte la enferma estaba al corriente de todas las opiniones médicas sobre su caso, y por otra parte, yo quería que la enferma oyera de otro colega, todas las contingencias que podía correr. En tal virtud, el doctor Herrera manifestó estar en completo acuerdo conmigo, tanto en el diagnóstico, como en la necesidad de una intervención quirúrgica por la vía abdominal, según los procedimientos modernos, e hizo ver a la enferma los peligros que podía correr. *Desde este momento el doctor Herrera quedó asociado conmigo para organizar todos los numerosos preparativos de la operación, en los cuales estuvimos ocupados cerca de tres meses.* Cuando todo estuvo preparado, sometimos durante 10 días la enferma al tratamiento preparativo que aconseja Spencer Wells (de Londres) en estos casos, al cual creímos conveniente dar la preferencia en el presente.

El día 6 de junio de 1887 nos trasladamos a la quinta de la enferma, acompañados de los doctores José V. Uribe y Carlos Manrique, y de los Practicantes de la Escuela de Medicina señores Ochoa y Urriola.

Distribuido el trabajo y verificados todos los instrumentos y aparatos, procedimos a la operación, la cual fue retardada por la particular resistencia de la enferma a la cloroformización completa. El acto operatorio duró solamente 3 horas y felizmente terminó a la 4 p. m.

Las consecuencias inmediatas de la operación fueron de las más felices.

La enferma despertó alegre y expansiva, tomó unos tragos de champaña y a cada momento se felicitaba de verse viva después de su operación. La temperatura osciló entre 37° y 37,5 G; el pulso entre 96 y 100 pulsaciones. No hubo escalofríos, ni intolerancia gástrica, a pesar de algunos movimientos de vómitos, ocasionados por el cloroformo. La orinación se presentó espontáneamente cuando se preparaba la sonda para practicar el cateterismo. El dolor natural al traumatismo tuvo momentos de exacerbación, que pasaron espontáneamente. La noche del 6 al 7 fue feliz, lo mismo el 7 hasta las ocho de la noche, hora en la cual el pulso se puso pequeño y depresible, la temperatura bajó a 36°, y en media hora la enferma espiró a pesar de todos los cuidados conducentes a levantarla del colapsus en que había caído.

El día 8 de junio a las 3 p. m. el doctor Herrera y yo, procedimos a hacer la autopsia, asistidos por los jóvenes médicos Ochoa y Urriola, quienes nos habían ayudado a asistir la enferma con una consagración digna de todo elogio.

1º Al cortar la sutura abdominal notamos que la reunión por primera intención, principiaba a producirse y que esta estaba más avanzada en la región epigástrica; los labios de la herida estaban ligeramente tumificados, pero no había pus en ninguna parte de la herida.

2º Abierta la cavidad abdominal, notamos que los intestinos estaban en perfecto buen estado, pues no había lesión alguna, traumática o inflamatoria, que pudiera darnos cuenta de la muerte de la enferma. En el fondo del saco de Douglas había una pequeña cantidad de líquido serosanguinolento, que se habría reabsorbido fácilmente, si la enferma hubiera vivido.

3º Tanto la ligadura en costura continua de los ligamentos anchos, como la sutura del peritoneo al nivel del pedículo (método de Leopold) estaban ya envolviéndose en linfa plástica. Después de cortar la sutura del peritoneo al nivel del pedículo, notamos que este no había dejado escapar una sola gota de sangre.

4º La vejiga estaba perfectamente sana, lo mismo que los ureteres y los riñones.

En resumen, la autopsia no nos ha demostrado lesión alguna capaz de explicar la muerte de la señorita R.

I—Los fibro-miomas intersticiales de la matriz, pueden ocasionar accidentes suficientemente graves, para justificar una grande intervención quirúrgica.

II—La operación de Hegar y de Betty, que produce una verdadera menopausia artificial, no puede practicarse con probabilidades de buen éxito: 1º cuando la enferma la rechaza; 2º cuando el tumor engloba toda la matriz y rechaza los ovarios hacia la parte más profunda y posterior de la excavación pelviana, pues en este caso las maniobras necesarias para ir a encontrar los ovarios y a enuclearlos, son tan graves como la histerectomía.

III—El volumen del tumor de la señorita R. y la presencia del himen hacían imposible toda intervención por la vía vaginal.

IV—Los fibro-miomas uterinos deben operarse en las mujeres jóvenes, es decir, cuando faltan muchos años para que se suspenda la fluxión utero-ovariana de la menstruación.

V—El proceder operatorio varía según las indicaciones particulares a cada caso.

VI—En la señorita R. la operación estaba indicada: 1º por la edad (27 años); 2º por el crecimiento rápido del tumor; 3º por los accidentes que este ocasionaba; 4º por la voluntad de la enferma y la de toda su familia, y 5º por las buenas condiciones antisépticas que rodeaban a la enferma.

VII—La señorita R. ha sucumbido al Shock o colapsus, ocasionado por la sustracción de la gran cantidad de sangre que lle-

naba los vasos del tumor, y por la sensación súbita de la compresión ejercida por el tumor sobre todos los órganos abdominales.

Comentarios.

En este caso el enfriamiento del peritoneo y de las vísceras fue considerable: la operación se practicó a la temperatura ambiente de la mañana, que como ya lo dijimos oscila entre 10° y 15° centígrados (1) y por demás el enfriamiento se prolongó durante tres horas. Aun cuando no se dice que los traumatismos fueran considerables, la duración del acto operatorio lo hace suponer.

Contribuyeron a la terminación fatal: la acción prolongada del anestésico (3 horas); la hemorragia inevitable y la cesación brusca de la compresión ejercida por el tumor sobre los órganos abdominales.

ACTIVIDAD MEDICA EXTRANJERA

LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES TROPICALES EN LAS COLONIAS INGLESAS

La malaria.

Esta fiebre intermitente y remitente, producida por los efluvios palúdicos se supone que ha causado más bajas a la Humanidad que cualquier otra enfermedad. Las defunciones debidas a ella se cuentan por millones anuales y además mina la salud de otros millones que no sucumbieron a ella. En los territorios meridionales de los Estados Unidos y de Rusia la malaria es aún un grave problema que preocupa hondamente a las autoridades sanitarias de aquellos países. Una de las aportaciones decisivas al conocimiento de la causa productora de la malaria la realizó el científico inglés Sir Ronald Ross auxiliado por Sir Patrick Manson llamado el "padre de la medicina tropical moderna" y que fue el principal fundador de uno de los centros de investigación de fama universal, la Escuela de Medicina Tropical de Londres.

Después de varios años de agotadora labor en la India y de recopilación y comprobación de antecedentes en Londres, durante los años de 1881 a 1897, Sir Ronald Ross demostró que el origen de la malaria en el hombre se hallaba en una especie determinada de mosquito —de entre las 300 conocidas—: el anopheles y el de la de los pájaros se hallaba en otro mosquito: el culex. De manera concluyente demostró que el parásito de la malaria se encuentra en las glándulas salivales del mosquito y que la inoculación se produce en el momento de la picada. La aplicación práctica del resultado de estos descubrimientos la realizó por primera vez Sir Malcolm Watson en Klan (Malaya). Atacó el anopheles en su zona de cría: los grandes pantanos y lagunas estancadas. Drenó estas y destrozó las larvas con lo cual redujo el número anual de defunciones de 474 a 65, en una sola región considerada como la más adecuada del mundo para la cría del mosquito. Simultáneamente las estadísticas demostraron que en aquella misma zona las defunciones debidas a otras enfermedades descendían verticalmente pues la eliminación de la malaria aumentó la resistencia orgánica de los moradores a la adquisición de otras enfermedades. En las comarcas montañosas

de Malaya donde el mosquito se desarrollaba incluso en aguas corrientes, lo que hacía su persecución más difícil, en el año 1923 los únicos casos de defunción quedaron reducidos a seis. Hoy en día la malaria es también atacada en su causa originaria por pulverizaciones efectuadas desde aviones de la R. A. F. sobre aquellas zonas que de otro modo serían inaccesibles a los medios profilácticos tan eficazmente empleados en otras. Los Ejércitos combatientes que han operado en territorios incluso del Cercano Oriente se han beneficiado de esta campaña contra la malaria, del mismo modo que las zonas habitadas del Imperio Colonial Británico.

Los casos citados respecto a estas enfermedades tropicales demuestran que la Administración Colonial inglesa ha pasado ya de la etapa inicial en materia de Sanidad, pues ha establecido una amplia y complicada organización para suministrar los servicios sanitarios más modernos a las poblaciones indígenas, pues está decididamente resuelta a elevar el nivel sanitario de aquellas —como elevó su nivel económico y social— para colocarlas junto a los pueblos más avanzados, a pesar de la complejidad del problema. Existen más de cincuenta territorios coloniales británicos que se hallan dispersos por todos los continentes y en los cuales habitan millares de tribus cada una con su habla específica y que se hallan en diverso grado de desarrollo con respecto a la civilización mundial, desde las bosquimanas totalmente primitivas a las descendientes de las antiguas civilizaciones hoy dormidas en el esplendor de su pasado. En 1934, Inglaterra unificó sus servicios sanitarios en el Servicio Médico Colonial. Cada territorio colonial cuenta con su Departamento de Sanidad con un Director, hospitales, clínicas, maternidades, etc. Ceylán dispone de 93 hospitales generales sin contar con otro gran número de ellos dedicados a especialidades, 674 dispensarios oficiales y las compañías agrícolas e industriales que tienen un gran número de instituciones sanitarias costeadas por ellas. Nigeria cuenta con 57 hospitales y 337 dispensarios. En la Costa de Oro hay 39 hospitales del Gobierno. En Malaya el Gobierno destinó 186 funcionarios de su Departamento de Sanidad y 176 asiáticos diplomados en la propia colonia. Ceylán cuenta con su propia Facultad de Medicina y Malaya y Hong-Kong dieron gran número de eminentes facultativos para ir poco a poco sustituyendo a los doctores europeos. Lo mismo sucede, aunque en menor escala, en los territorios africanos donde hay dos Facultades de Medicina una en Yaba (Nigeria) y otra en Mulago (Uganda), donde también reciben cursos especiales las enfermeras. Estas obtienen su certificado de aptitud en el Reino Unido.

La primera Escuela de Medicina elemental donde se enseñó a los métodos modernos fue la de Sauva en 1884 y de ella emanaron

todas las demás. La eficacia del sistema quedó demostrada muy particularmente en las Islas Fidji donde el descenso de su población de 200.000 habitantes amenazaba despoblarlas a fines del siglo pasado pues llegó a descender su población hasta 87.000 almas. A partir de la creación de la Escuela de Suva la curva descendente comenzó a iniciar su ruta ascendente en proporciones geométricas.

La aspiración del Departamento Sanitario británico es lograr que los médicos nativos asuman todas las funciones sanitarias en sus respectivos territorios, como el Gobierno británico aspiró a conceder la autonomía administrativa de todos aquellos países que lograron la capacitación necesaria para así formar esa asociación de Naciones basada en su propia libertad y autodeterminación que ha asombrado al Mundo, conocida por Confederación Británica de Naciones.

ROGELIO NADER FERNANDEZ

El día 20 de noviembre del presente se cumplió el primer aniversario de la muerte de este dilecto amigo y esclarecido galeno bolivarensé. La forma trágica e inesperada de su desaparición, acaecida tres días después de haber obtenido brillantemente el título de Doctor en Medicina y Cirugía de la Universidad Nacional, cuando el más lucido horizonte se presentaba a sus juveniles aspiraciones, produjo un conmovido duelo entre sus colegas, coterráneos y familiares que tanto esperaban de sus cualidades de gran caballero, hombre de estudio, hijo amantísimo y gran miembro de familia.

La REVISTA DE LA FACULTAD en su primer aniversario siente un profundo dolor al recordar su trágica muerte y envía su voz de condolencia a sus familiares y en forma especial a su señora madre, doña Rosenda Fernández vda. de Nader y hermanos.

CUERPOS EXTRAÑOS DEL OJO

Tesis de grado aceptada con "Mención Honorífica". 1944. — Presentada por Gabriel Jiménez Cadena.

Esta tesis contiene: 82 páginas. 14 observaciones clínicas. 22 referencias bibliográficas.

Títulos: Externo por concurso de la Clínica de Organos de los Sentidos del Hospital de San Juan de Dios. Profesor Francisco Vernaza. 1941. — Interno de la Clínica de Organos de los Sentidos del Hospital de la Samaritana (nombramiento). 1941. — Interno de la Clínica Santa Fá. (Primer semestre). 1942. — Interno de la Clínica de Organos de los Sentidos del Hospital de San Juan de Dios. Profesor Francisco Vernaza. (Segundo semestre). 1942. — Interno por nombramiento de la Clínica de Organos de los Sentidos del Hospital de San Juan de Dios. Profesor Francisco Vernaza. 1943. — Médico Jefe del Consultorio de Organos de los Sentidos de la Federación Nacional de Ciegos y Sordomudos. 1942 a 1943. — Otorrinolaringólogo del Hospital Sanatorio Santa Clara. 1944. — Miembro de número de la Sociedad Oftalmológica y Otorrinolaringológica Colombiana.

Conclusiones:

(Sobre cuerpos extraños endo-oculares).

1º—La presencia de un cuerpo extraño endo-ocular es sumamente grave y constituye una amenaza permanente para la visión de ambos ojos.

2º—Como regla general puede decirse que todo cuerpo extraño endo-ocular debe ser extraído cuanto antes.

3º—La extracción es tanto más fácil cuanto menor sea el tiempo transcurrido entre el accidente y la intervención.

4º—Sólo se debe contemporizar cuando se tiene una seguridad casi absoluta de que el cuerpo será bien tolerado y esto solamente cuando la intervención tenga muy pocas probabilidades de buen éxito.

5º—La extracción por vía anterior es la más sencilla.

6º—La vía anterior sólo se debe emplear cuando el cuerpo extraño sea de un volumen pequeño.

7º—El pronóstico es grave. Aunque el cuerpo extraño haya sido extraído subsiste la amenaza de la siderosis.

LOS TRAUMATISMOS CRANEO-ENCEFALICOS

Tesis de grado aceptada con "Mención Honorífica". 1944. — Presentada por Ernesto Meléndez Sandoval.

Esta tesis contiene: 84 páginas, 21 observaciones clínicas, 33 referencias bibliográficas.

Conclusiones:

1ª La fractura del cráneo no es más que un elemento del complejo morboso determinado por los traumatismos craneo-encefálicos.

2ª La causa de la muerte en los traumatismos de la cabeza es en la mayoría de los casos un síndrome de hipertensión endocraneana.

3ª Las soluciones hipertónicas, glucosadas o de sulfato de magnesias, deben usarse para combatir la hipertensión del L. C. R. y constituyen un excelente remedio para el edema cerebral.

4ª El hematoma extradural exige tratamiento quirúrgico de urgencia.

5ª La trepanación subtemporal descompresiva está indicada cuando la hipertensión no ha cedido al tratamiento médico.

6ª La punción lumbar es un método terapéutico que tiene indicaciones y contraindicaciones precisas; por lo tanto no puede usarse sistemáticamente en los traumatizados de la cabeza.

7ª Las secuelas debidas a compresión de la corteza ceden muy bien al tratamiento quirúrgico.

8ª La cefalalgia post-traumática mejora con la solución de sulfato de magnesias al 15%, inyectada intravenosamente.

9ª El sulfatiazol aplicado experimentalmente sobre la corteza cerebral de los perros no determina trastornos apreciables.

10ª En hombres y animales se produjo la muerte cuando se aplicó sulfatiazol sobre los centros nerviosos habiendo usado para la intervención anestesia intravenosa por un barbitúrico.

11ª Los traumatismos abiertos no determinan mayor mortalidad que los cerrados.

12ª El absceso cerebral ha disminuído mucho entre nosotros desde el año 39 hasta hoy.

13ª El porcentaje de traumatismos craneo-encefálicos produci-

dos por accidentes automovilarios, es sensiblemente más alto que el debido a accidentes de trabajo.

CATETERISMO Y AVENAMIENTO EN LAS OPERACIONES SOBRE LAS VIAS BILIARES

Tesis de grado, declarada "Meritoria". 1944. — Presentada por Hernando Galvis Ordóñez.

Esta tesis contiene: 65 páginas, 22 observaciones clínicas, 15 figuras, 35 referencias bibliográficas.

Títulos: Interno por nombramiento del Pabellón San Rafael, Hospital de San José. (Pensionados). Diciembre de 1941 a octubre de 1942. — Interno por nombramiento de los Pabellones Machado y Uricoechea, Hospital de San José. (Pensionados). Agosto a octubre de 1942. — Interno por nombramiento del Pabellón Sáenz Pinzón, Hospital de San José. Servicio del doctor Brandon. (Clínica Médica). Noviembre de 1942 a mayo de 1943. — Interno por nombramiento de la Consulta Externa, Hospital de San José. Junio a noviembre de 1943. — Interno por nombramiento de los Pabellones Santa Cecilia y Santa María, Hospital de San José. Servicio del Profesor Anzola Cubides. (Cirugía General). Junio a noviembre de 1943. — Interno por nombramiento del Consultorio Médico Social Universitario. Junio de 1943 a febrero de 1944. Interno por nombramiento del Pabellón San Carlos, Hospital de San José. Servicio del Prof. Rueda Galvis y del doctor R. Fonnegra. (Clínica Urológica). Diciembre de 1943 a marzo de 1944. — Interno por nombramiento del Pabellón Santa Ana, Hospital de San José. Servicio de los Profesores Aguilera Camacho y Arturo Aparicio. (Clínica Ginecológica). Diciembre de 1943 a septiembre de 1944.

Conclusiones:

1. En toda colecistectomía, se debe explorar cuidadosamente el colédoco y buscar la existencia de posibles cálculos.

2. Asimismo, es necesario lavar el colédoco con suero fisiológico, con el fin de arrastrar hacia el duodeno el barro biliar y el pus que se encuentra en dicho canal. La arenilla biliar puede servir de núcleo para la formación de nuevos cálculos, y por esta razón, no debe dejarse en el colédoco.

3. El tubo en T está indicado siempre que se hace coledocotomía por cualquier motivo, en la coledocitis y pancreatitis coexistente y en la angiocolecistitis que no ceden al tratamiento médico.

4. Cuando es difícil extraer los cálculos coledocianos por el muñón del cístico, es conveniente hacer coledocotomía.

5. El lavado coledociano se hace del cuarto día en adelante, con solución de carbonato de sodio al 5% y unas gotas de merthiolate o de otro desinfectante. Aumenta la secreción biliar, fluidifica la bilis, disuelve los restos de barro biliar, arrastra al exterior el pus y desinfecta los canales biliares.

6. Se debe hacer colangiografía cuando se sospecha que existe un obstáculo que estorba el paso de la bilis al duodeno.

7. El tubo de Kehr se saca cuando la bilis salga clara y sin pus, condiciones que se realizan en la mayoría de los casos, a los 10 ó 12 días de la operación. Es necesario estar seguro de la permeabilidad del colédoco, antes de retirar el tubo.

8. Si el colédoco está libre, no hay peligro que se produzca fístula biliar.

9. El enfermo puede salir del hospital, en la mayoría de los casos de los 12 a los 14 días después de la intervención quirúrgica.

10. Los resultados obtenidos con la técnica operatoria que se ha seguido, han sido excelentes.

VALOR RELATIVO DE LOS SULFAMIDADOS EN LA ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS

Tesis de grado declarada "Meritoria". 1944. — Presentada por Alfonso Camacho Forero.

Esta tesis contiene: 81 páginas. 11 observaciones clínicas. 26 referencias bibliográficas.

Títulos: Externo por concurso en la Clínica Quirúrgica, del Prof. Pedro Eliseo Cruz. (1940). — Interno por nombramiento, de la Consulta Externa de Médica del Hospital de San Juan de Dios. (1940). — Interno por concurso en el Servicio Médico Social de la Universidad Nacional. (1941). — Médico Director del Centro de Higiene de Barbacoas. (Nariño). (1942). — Médico Director del Centro de Higiene de Baraya (Huila) (1943). — Médico Director del Centro de Higiene del Sur (Caquetá). (1944).

Conclusiones:

De los casos de psicosis tratados con sulfamidados en el Frenocomio Femenino de Bogotá, he podido sacar las siguientes conclusiones:

1º—Los sulfamidados provocan excitación en los enfermos de Psicosis, es decir, provocan un efecto contrario al que se observa en los individuos mentalmente normales.

2º—La acción de los sulfamidados es más eficaz en los estados catatónicos y de mutismo, provocando una especie de despertar en el "psiquismo dormido" del enfermo.

3º—Son más agradecidos al tratamiento los casos de esquizofrenia recientes en enfermas jóvenes.

4º—Debido a la acción excitante de la droga, ésta no debe administrarse en las formas con agitación y delirio.

5º—Todas las observaciones fueron controladas rigurosamente

por el Laboratorio y en ninguna de ellas se pudo apreciar la más mínima complicación, y esto se debe achacar a la cuidadosa selección de material humano que se hizo antes de empezar el tratamiento.

6º—Las enfermas mentales, cuando no presentan lesiones orgánicas que contraindiquen el empleo de la droga, toleran sin ningún inconveniente altas dosis de sulfamidados.

7º—La vía de administración, oral o parenteral, no tiene ninguna influencia en el efecto excitante del producto.

8º—Por los resultados obtenidos en este ensayo de tratamiento de las Psicosis por los sulfamidados, es de preveer que más tarde otros investigadores, insistiendo sobre esta misma materia puedan tal vez llegar a obtener éxitos más completos; y

9º—Todo parece indicar que los sulfamidados obran relativamente en la Esquizofrenia y otras Psicosis, más que todo por acción bacterioestática.

OBSERVACIONES SOBRE METABOLISMO BASAL

Tesis de grado. 1944. — Presentada por William Brandford Herrera.

Esta tesis contiene: 62 páginas, 162 observaciones clínica, 1 figura, 1 cuadro, 13 gráficas, 20 referencias bibliográficas.

Títulos: Monitor de Fisiología, por concurso. 1939. — Encargado por nombramiento del servicio de Metabolismo Basal en la Clínica de Marly. 1941. Practicante en la Policlínica de la Policía Nacional por nombramiento. 1942. Practicante por nombramiento en la Clínica de Marly. 1943. — Interno por concurso de Clínica Urológica en el Hospital de San Juan de Dios. 1944.

Conclusiones:

1—Con este procedimiento que da una inscripción neumográfica, se puede apreciar no solamente el consumo, sino la forma como se hace. A) recta; B) curva; C) anfractuosa, y una cuarta que es la de los individuos que no consumieron por un tiempo más o menos largo o sea la forma D).

2—Apreciar los tipos de respiración *masculino, femenino* y el de *los niños*.

3—Por ser esta última un carácter sexual secundario, debe tenerse en cuenta y emplearse este sistema porque aporta gran número de datos a la clínica.

4—La cifra del M. B. 10 minutos después del desayuno que se conoce, se eleva alrededor de un 10%.

LA DETERMINACION DE GRUPOS SANGUINEOS

(The Determination of Blood Groups).

Medical Research Council War Memorandum N° 9, 1943.

Este Memorandum ha sido publicado por un Comité de Investigaciones sobre Transfusión de Sangre nombrado por el **Medical Research Council**. Los principios técnicos de la determinación de grupos de sangre a los cuales hay que ajustarse estrictamente si han de evitarse errores en los grupos sanguíneos, se conocen mucho menos extensamente de lo que merecen ser conocidos. Los objetos del Memorandum son: (i) describir métodos que han dado resultados satisfactorios en manos expertas, (ii) recomendar ciertos métodos, y (iii) analizar las posibles fuentes de error inherentes a todas las determinaciones de grupos.

Principios del Diagnóstico de los Grupos Sanguíneos ABO.

Los dos aglutinógenos principales A y B determinan, por su presencia o ausencia en los eritrocitos humanos, el grupo sanguíneo; las aglutininas correspondientes anti-A y anti-B se encuentran en los sueros humanos apropiados. La hemoaglutinación se produce siempre que entran en contacto aglutinina y aglutinógeno homólogos. Por consiguiente, los eritrocitos desconocidos se comprueban para hallar su grupo sanguíneo con sueros anti-A y anti-B conocidos. Sin embargo, para conseguir los resultados más fidedignos, se comprueban no sólo los eritrocitos sino también el suero desconocido, proporcionando esta prueba doble una comprobación de errores técnicos o de anotación.

Los Sub-Grupos de A.

Los sub-grupos A_1 y A_1B y A_2 y A_2B pueden ser reconocidos por el hecho de que los glóbulos de sangres A_2 , y especialmente de A_2B , reaccionan más débilmente que los de A_1 y A_1B con sueros de prueba anti-A. Casi todos los sueros anti-A procedentes de donadores del grupo B y del grupo O, contienen las aglutininas alfa y alfa₁. Las alfa reaccionan con todos los sub-grupos de A mientras que las alfa₁, sólo reaccionan con los subgrupos de A_1 y A_1B . Para comprobar los subgrupos se obtiene alfa₁ libre de alfa, absorbiendo suero anti-A con una cantidad adecuada de glóbulos A_2 . Los sueros de 1 a 2% de personas A_2 y del 25% aproximadamente de las personas A_2B contienen la aglutinina alfa₁. Existe aún otra aglutinina, anti-O (alfa₂) que reacciona con todos los glóbulos O y con la mayor parte de los

A₂. Esto se encuentra muy de tarde en tarde con sueros A₁, B, y A₁B. Un cuadro ilustra los grupos y sub-grupos con sus aglutininas de suero que se presentan de ordinario y las posibles extra-aglutininas.

Métodos.

(1) **Método en Tubo.** 0.08 cm.³ de suero anti-A de título elevado diluido con una cantidad igual de solución salina normal y una cantidad semejante de suero anti-B de título elevado diluido, se hacen pasar mediante pipetas graduadas Pasteur a tubos de ensayo de 2" X 1/4" (aproximadamente 5.0 X 0.6 cm.). A cada tubo se añade 0.08 cm.³ de una suspensión al 5% de la sangre desconocida en citrato de sodio al 3%. Con porta-tubos adecuados y una disposición standard de estos últimos, pueden llevarse a cabo simultáneamente gran número de pruebas. En la misma forma deberán comprobarse, a modo de controles, glóbulos de grupos conocidos A.B y O. Los tubos se agitan y se dejan a temperatura ambiente durante dos horas. El contenido de cada tubo que no muestre entonces aglutinados indudables al tropezarlo con el dedo se examina microscópicamente. Las aglutininas en el suero se prueban con una técnica similar, empleando glóbulos conocidos de A₁ y B. En estas pruebas es importante buscar las reacciones A débiles con suero anti-A y no olvidar que en los sueros de los grupos A₂ y A₂B puede presentarse la aglutinina alfa₁.

(2) **Método en Loseta.** Sobre una loseta plana, blanca, de cristal opalino, calentada, se colocan en el espacio a la izquierda 0.05 cm.³ de suero anti-B de título elevado y una cantidad igual de suero anti-A de título elevado en el espacio a la derecha; a cada uno de ellos se añaden 0.05 cm.³ de la suspensión de glóbulos rojos. La loseta se hace oscilar suavemente para asegurar la mezcla, y se deja reposar durante 10-15 minutos. Al ser agitada, si hay aglutinación podrá observarse fácilmente sobre el fondo blanco. Los sueros desconocidos se prueban del mismo modo con glóbulos conocidos. En lugar de usar sangre diluida, puede asimismo usarse sangre sin diluir a condición de que la cantidad de sangre añadida sea suficiente para colorear la mezcla en un rosa ligero solamente. Con esta técnica debe hacerse la lectura en 2 a 4 minutos. Pasado este tiempo puede producirse pseudo-aglutinación.

Recomendación 1. El método en tubos es más de confianza, pero donde esto resulte impracticable se recomienda una técnica con loseta, utilizando sangre diluida. La sangre sin diluir no deberá ser empleada a menos que los investigadores hayan tenido larga experiencia de la técnica.

Recomendación 2. En el caso de sangre destinada a transfusión, los glóbulos deberán ser examinados en busca de aglutinógenos y el suero en busca de aglutininas. La doble comprobación es esencial.

Contrastación Directa.

La contrastación directa de los glóbulos del donador con el suero del receptor antes de la transfusión es sumamente importante. Sólo deberá ser omitida en casos de suma urgencia. La técnica recomendada es fundamentalmente la misma que ya ha sido descrita.

Propiedades Esenciales de los Sueros de Prueba.

El suero a emplear para la determinación de grupo debe llenar ciertas condiciones. (i) Título elevado. Sólo deberán usarse los sueros de título elevado, de preferencia contrastados con el standard del **Medical Research Council**. Pueden obtenerse standards en forma desecada. (ii) Capacidad de

reaccionar con glóbulos A_2 y A_2B . El suero anti-A deberá ser titulado con el fin de determinar su capacidad de reaccionar con glóbulos A_2B . (iii) Ausencia de aglutininas en frío. (iv) Ausencia de tendencia a producir formación de rouleaux. (v) Que no contengan grasa.

Conservación de Sueros de Prueba.

(i) Temperatura: los sueros de prueba deberán conservarse, a ser posible, congelados sólidos. Si se conservan de este modo su potencia se mantiene casi indefinidamente. Si se conservan a 2-4° C. su potencia se mantiene durante un período variable. (ii) Volumen: el suero deberá conservarse en frascos o ampollas que contengan cantidades adecuadas a las necesidades particulares de los investigadores que han de usarlos. Es más satisfactorio preparar frecuentemente pequeñas cantidades que mucho de una vez. (iii) Asepsia: la esterilidad es importante pero no deberá añadirse antiséptico alguno a los sueros de prueba. (iv) Suero para determinación de grupos desecado: el suero completamente desecado, bien sellado en ampollas bajo nitrógeno, se conservará indefinidamente sin refrigeración.

Posibles Fuentes de Error en las Determinaciones de Grupo Sanguíneo.

(a) Técnicas: los falsos resultados negativos pueden ser debidos a: (i) no haber empleado sueros de título elevado, (ii) no haber usado suero anti-A capaz de reaccionar con glóbulos A_2 y A_2B , (iii) no haber tenido en cuenta el factor tiempo, (iv) el uso de suero infectado. Los falsos resultados positivos pueden ser debidos a: (i) pseudo-aglutinación o formación de rouleaux, (ii) aglutinación en frío, (iii) al empleo de suspensiones de glóbulos infectadas, (iv) al uso de suero infectado. (b) Errores de anotación: estos sólo pueden ser evitados comprobando cuidadosamente en cada momento por aquellos a quienes corresponda hacerlo.

El Factor Rh.

Los eritrocitos humanos pueden contener además de los aglutinógenos A y B una variedad de componentes antigénicos, de los cuales el más importante es el factor Rh. El 15% de los sujetos Ingleses blancos, en cuyos eritrocitos falta este factor están predispuestos a formar una aglutinina contra este aglutinógeno si este se introduce en su circulación. Esto puede ocurrir en el embarazo o con las transfusiones. El ideal sería que las personas Rh-negativas sólo fuesen transfundidas con sangre Rh-negativa. No obstante, en la actualidad, este ideal debe ser considerado como impracticable.

Pruebas para Aglutinógenos y Aglutininas Rh.

Origen de los sueros de prueba: (i) Un animal, de preferencia el cobarca, puede ser inmunizado dándosele una serie de inyecciones de sangre del mono *Macacus rhesus*. (ii) Puede obtenerse suero de un ser humano que haya quedado inmunizado al antígeno Rh. Los sueros animales tienen que ser absorbidos (liberados de otros anticuerpos que actúan sobre los eritrocitos humanos) pero pueden ser producidos a voluntad. Con sueros humanos puede obtenerse una cantidad relativamente grande con poco esfuerzo pero, naturalmente, puede contener aglutininas anti-A o anti-B. De ser preciso, estos sueros humanos pueden ser absorbidos con sangre A o B Rh-negativa o neutralizados con la saliva humana apropiada (que contiene antígenos).

Método.

Un volumen de suspensión de sangre al 2% se coloca con un volumen del suero de prueba en un tubito de 7 mm. de diámetro. Es conveniente com-

probar los glóbulos por lo menos con tres sueros diferentes. Al propio tiempo se contrastarán glóbulos Rh-positivos y Rh-negativos conocidos con el mismo suero para que actúen como controles. Los tubos se dejarán por lo menos una hora y preferiblemente dos horas en un baño de maría o incubador a 37° C. Los sedimentos se examinan entonces con una lupa. Cuando la reacción es negativa, el sedimento se ve que es homogéneo y que tiene un borde circular netamente definido. Cuando la reacción es positiva el sedimento aparece granuloso y el borde dentado. Cuando los tubos han sido así examinados, se retira **delicadamente** un poco del sedimento de cada tubo por medio de una pipeta Pasteur y se extiende **delicadamente** sobre un porta. Se ven aglutinados con aquellas sangres que dan una reacción positiva. En caso de discrepancia entre los aspectos macroscópicos y los microscópicos es aconsejable creer en el resultado microscópico.

Al comprobar suero desconocido para aglutininas anti-Rh, se sigue un procedimiento similar utilizando dos sangres Rh-positivas conocidas y dos sangres Rh-negativas conocidas como glóbulos de prueba.

Algunos sueros que contienen aglutininas anti-Rh presentan "zonas" (cuya intensidad de aglutinación no está en proporción directa con la dilución). Puede ser por tanto necesario hacer pruebas con diluciones en serie del suero frente a sangres Rh-positivas conocidas.

Recomendaciones. (i) Las madres de niños que manifiesten signos de **erythroblastosis foetalis** no deberán recibir transfusiones de sangre a menos que se disponga de sangre Rh-negativa conocida del grupo ABC adecuado. En casos de urgencia, puede usarse plasma o suero en lugar de sangre completa. (ii) Los receptores de uno u otro sexo de los que se sospeche que han sido inmunizados al factor Rh no deberán recibir más transfusiones de sangre completa a menos que se disponga de sangre Rh-negativa de grupo ABO adecuado. (iii) Cuando se administran transfusiones a niños afectados de **erythroblastosis foetalis**, siempre que sea posible, deberá usarse sangre de un donador del grupo O Rh-negativo.

Entrenamiento del Personal.

Todas las determinaciones de grupo sanguíneo sólo deberán confiarse a personal que haya pasado por un período de entrenamiento suficiente en un laboratorio acostumbrado a este trabajo. Se insiste mucho en la necesidad de emplear personal entrenado, ya que hasta la fecha ha existido cierta tendencia a considerar que se puede enseñar a cualquiera a determinar grupos sanguíneos en pocos minutos. Es esencial, si han de evitarse errores, que quienes están haciendo determinaciones de grupos sanguíneos comprendan perfectamente los principios básicos del método.

PRUEBAS EN BUSCA DE FACTOR Rh Y SU ANTICUERPO

(Tests for the Rh Factor and its Antibody)

Por G. L. Taylor, *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 36, 225-226, marzo, 1943.

Este trabajo, que da cuenta de la labor realizada por el autor bajo los auspicios del **Medical Research Council**, en el Equipo Serológico del **Galton Laboratory** de Cambridge, no puede abreviarse mucho y se reproduce a continuación con sólo unas cuantas modificaciones y omisiones.

La presencia de antígeno Rh en los eritrocitos se descubre mediante aglutinación al ser añadido suero que contenga la correspondiente aglutinina anti-

Rh. Los sueros para determinar grupos se obtienen (i) del conejo o cobaya inyectados con eritrocitos de *Macacus rhesus*; (ii) de madres de niños eritroblastósicos o de personas que hayan sufrido reacciones hemolíticas a la transfusión debidas a Rh.

La preparación de sueros animales es difícil. Pocos sueros humanos son bastante fuertes, pero, en opinión del autor, resultarán probablemente los más convenientes y se prepararán de las madres de niños eritroblastósicos.

Descubrimiento de anti-Rh. Se calienta suero durante quince minutos a 56° C. y a continuación se mezcla con glóbulos de dos donadores fuertemente positivos, por lo menos, con glóbulos negativos y con glóbulos del donador del suero; algunos sueros aglutinan sus propios glóbulos y éste es un control necesario. Los glóbulos positivos y negativos conocidos, deberán pertenecer al grupo O para evitar la posibilidad de reacciones debidas al sistema de grupos A-B-O. La mayor parte de las pruebas de determinación de grupos se hace en un porta, loseta o placa, pero para trabajar con Rh hay que usar tubos. Los tubos del autor miden dos pulgadas de largo por un cuarto de pulgada de diámetro (aproximadamente 5.0 X 0.6 cm.) y en ellos se prepara una serie de diluciones crecientes del suero. En el primer tubo el suero está sin diluir; en el segundo, diluido 1:2; en el tercero, 1:4 y así sucesivamente en 6 ó 7 tubos. A cada tubo se le añade un volumen de suspensión de eritrocitos (1 a 2% de sangre completa) de un donador fuertemente positivo. Los glóbulos y el suero se mezclan tomando un tubo y moviendo con el dedo, y en cada tubo se coloca una tapa de cristal para evitar la evaporación y que sirva de lugar para marcar los datos de las pruebas. A otras series idénticas se les añaden glóbulos de un segundo sujeto fuertemente positivo, glóbulos negativos, y glóbulos del donador del suero. Si el donador es la madre de un niño eritroblastósico, y si lo permiten los grupos A-B-O, y si se dispone de glóbulos, el suero se titula asimismo con glóbulos del niño y del padre. Los tubos se conservan a temperatura ambiente y una serie idéntica en la incubadora a 37° C. Algunos sueros humanos anti-Rh reaccionan mejor a temperatura ambiente y otros a temperatura del cuerpo. La inmensa mayoría lo hace mejor a temperatura del cuerpo que a temperatura ambiente.

Al cabo de una hora, o mejor al cabo de dos, se hace la lectura. El carácter del sedimento en el fondo del tubo da una buena idea de si hay grumos o no. Se quita la tapa y se examina el sedimento con una lupa de mano, pero el diagnóstico final se basa en el examen microscópico. Se necesita el mayor cuidado y delicadeza al pasar una parte del sedimento a un porta de microscopio; la más ligera torpeza puede echar a perder algunas de las reacciones más débilmente positivas y registrarse un falso negativo. Las buenas reacciones se ven fácilmente; los glóbulos de reacción débil pueden causar dificultades. Al sedimentarse, los glóbulos se agregan y un principiante puede tomar por una verdadera aglutinación una agregación grumosa de glóbulos; tales agregaciones se van deshaciendo gradualmente. El autor recomienda este procedimiento porque: (i) la titulación indica la concentración de cualquier anticuerpo presente, (ii) un suero, cuando está sin diluir, no reacciona con algunos glóbulos positivos pero, al ser titulado, da reacciones definidas en algunas diluciones.

Cuando las pruebas sugieren que hay anti-Rh, el suero se mezcla con glóbulos positivos de otros cuatro o cinco donadores y con una o dos clases de glóbulos negativos, y si reacciona con todos o con casi todos los positivos y con ninguno de los negativos, parece seguro que existe anti-Rh. Cuando todos los positivos reaccionan y los negativos no, una simple suma da exactamente las probabilidades de que el suero contiene anti-Rh. El autor aconseja esta técnica de titulación en pruebas de compatibilidad directas entre el suero del receptor y los donadores potenciales de glóbulos.

Con buenos sueros, los eritrocitos pueden agruparse para Rh mediante métodos similares a los ya descritos. La titulación no es necesaria y un suero que requiere titulación no se usará. Se mezcla un volumen de suero con un volumen de eritrocitos y para evitar cualquier tendencia a dar falsa aglutinación, se añade un volumen de solución salina. Los tubos de prueba se conservan a temperatura ambiente o a la temperatura de la incubadora, según la que sea mejor para los sueros en uso. Deberá evitarse reunir anticuerpos y antígenos de los grupos A-B-O, ya que de otro modo no puede hacerse la determinación de grupo Rh. Anti-A o anti-B en un suero puede ser absorbido por una mezcla con glóbulos apropiados, por ejemplo, con glóbulos A Rh-negativos se eliminarán los anti-A y quedarán anti-Rh. Mezclando el suero con la saliva de una persona que secrete el antígeno apropiado, también se eliminarán los anticuerpos A-B-O. Alrededor del 80% de las personas secretan en la saliva los antígenos A-B-O presentes en sus glóbulos rojos. Si se dispone de cantidades de sueros Rh de todos los cuatro grupos de sangre, no hay necesidad de la absorción.

No deberán diagnosticarse glóbulos como negativos a menos que hayan sido comprobados con tres sueros anti-Rh fuertes por lo menos. Algunos sueros reaccionan bien con todos menos con algunos glóbulos Rh-positivos. Un suero puede reaccionar bien con los glóbulos de *x* y mal o no reaccionar en absoluto con los de *y*, mientras que otro reacciona bien con *y* y mal con *x*. Si un suero tiende a dar ligeras reacciones positivas falsas, el referido a las reacciones dadas por otros sueros ayudará al diagnóstico.

Las pruebas de Rh son difíciles y necesitan considerable experiencia, pero irá dejando de ser un arte para pasar a ser una ciencia cuando se disponga de buenas cantidades de sueros realmente fuertes, y estos han de venir de los clínicos que tienen a su cargo madres de niños eritroblastósicos.

En el Equipo del autor, se ha examinado sangre de 49 madres de niños eritroblastósicos; 43 fueron Rh-negativas y en los sueros de 37 de ellas se encontró anti-Rh. En una muestra tomada al azar de 49 mujeres sólo es de esperar que haya 7 u 8 Rh-negativas. No hay duda alguna de que el factor Rh desempeña un papel especial en la producción de la mayor parte de los casos de **erythroblastosis foetalis**.

HEMOGLOBINOMETRIA Y EL USO DEL HEMATOCRITO:

Informe presentado al Traumatic Shock Committee del Medical Research Council.

(Haemoglobinometry and the Use of the Haematocrit: A Report to the Traumatic Shock Committee of the Medical Research Council).

British Medical Journal, 1, 209-212, 20-2-43.

Desde hace algunos años se ha renovado el interés por el problema del "shock" por heridas. Con el desarrollo de la técnica de la transfusión de sangre en gran escala, y especialmente con la introducción de la transfusión de plasma, se consiguieron grandes adelantos en el tratamiento de este estado. Era sin embargo evidente que todavía se precisaba mucha labor de investigación, y de acuerdo con ello, el **Medical Research Council** nombró un Comité para el estudio del "shock" traumático. Como quiera que dicho organismo observara en seguida que la falta de uniformidad de métodos para determinar los diversos constituyentes de la sangre estorbaba al progreso de dicho estudio, se nombró un subcomité para que informase sobre el método en uso. En el presente informe se exponen los hallazgos y recomendaciones de dicho sub-comité.

Se estudia primero brevemente la complejidad de la química de la hemoglobina. En la sangre venosa normal, la hemoglobina existe principalmente en dos formas —oxihemoglobina (O_2 -Hb) y hemoglobina reducida (Hb). También puede encontrarse en la sangre normal hasta 3% de metahemoglobina (met-Hb) formada por la reducción del hierro ferroso en O_2 -Hb o Hb. En los habitantes de ciudades o en las personas que fuman mucho también puede existir hasta 3% de carboxyhemoglobina (CO-Hb); ésta es 210 veces más estable que O_2 -Hb y no lleva oxígeno. En el envenenamiento por monóxido de carbono de 20 a 50% del total de Hb puede ser CO-Hb. Durante el tratamiento con ciertos medicamentos, especialmente con sulfanilamida, tanto met-Hb como sulfahemoglobina (S-Hb) pueden hallarse en cantidades apreciables. Ninguno de estos compuestos lleva oxígeno a los tejidos. La presencia simultánea de varios de estos compuestos en lo que da lugar a las dificultades en la determinación de la hemoglobina.

Existen cinco tipos de métodos usados para la determinación de la hemoglobina: (a) aquéllos que comprenden el análisis de gas son seguros en manos experimentadas, pero no son apropiados para uso general. Miden la capacidad de oxígeno de la sangre. (b) Los métodos colorimétricos son aquellos en los cuales el color que aparece en la solución de ensayo se compara con un standard. En (c) los métodos foto-métricos y (d) foto-eléctricos es la cantidad de luz que pasa por la solución lo que se calcula. Ambos tipos se encuentran sujetos a diversas fuentes de error de las cuales es una de ellas el factor humano. Este error se elimina en los métodos foto-eléctricos en los que la cantidad de luz transmitida se mide mediante una célula foto-eléctrica. La célula misma no obstante, introduce nuevos errores.

El quinto tipo consiste en (e) métodos para determinar el contenido en hierro de glóbulos rojos lisados bien lavados. El sub-comité considera que este es el método mejor de comprobar todos los demás y prefiere el método de titulación de hierro férrico con sulfato titanoso (Klumpp, 1934).

Para todas las determinaciones se recomienda tomar sangre venosa sin estasis, aunque si es preciso utilizar sangre capilar se puncionará el lóbulo de la oreja, mejor que la yema del dedo.

Como existiese una falta de estandarización en los instrumentos de que se dispone en el comercio, el sub-comité recurrió a la **British Standards Institution**. En unión de la misma investigación estandarizaron el hemoblobinómetro de Haldane-Gowers, instrumento sencillo y muy conocido en el que se emplea CO-Hb. El sub-comité recomienda el empleo de instrumentos que respondan a su especificación B. S. (Standard Británico) N° 1079-1942. En ella se han definido con exactitud las formas de pipetas, tubos de dilución y tubos de color. Los instrumentos pueden ser comprobados para su conformidad con este standard por el **National Physical Laboratory** (Laboratorio Físico Nacional). Es de esperar que la adopción de este standard pueda conducir a la uniformidad que es esencial si han de compararse los resultados hematológicos. Donde no se disponga de CO, el método de hematina ácida de Sahli puede ser empleado. La **British Standards Institution**, se propone estandarizar asimismo este instrumento. El sub-comité hace notar que el standard que ahora se propone es solamente un standard **interino**, hasta que haya sido definido otro más satisfactorio, relacionado con la hemoglobina total en la sangre humana normal.

El hematocrito se emplea para determinar tanto la proporción relativa de células a plasma como el volumen total de glóbulos rojos en un volumen dado de sangre. Desde aquí, conociendo asimismo el recuento total de hemáties, el volumen corpuscular medio de los mismos puede ser calculado. Se recomienda el método de Wintrobe & Landsberg (1935).

SECCION INFORMATIVA DE LA BIBLIOTECA

BACTERIOLOGIA

The Journal of Immunology. Vol. 49, N° 3.

BIOLOGIA

Revista de la Sociedad Argentina de Biología. Vol. XX, N° 4.
Sugerimos: Variación de colina total en los pulmones durante la absorción de grasas. Por: Cardini, Carlos E.

CARDIOLOGIA

Revista Cubana de cardiología. Año V, N° 2.
Sugerimos: Cardiopatía Reumática en el niño. Por Rodolfo Pérez de los Reyes y Horacio de la Torre.

CIRUGIA

Academia Argentina de Cirugía. Tomo XXVIII, Nos. 18-19.
Asociación Médica Argentina. Año V, Nos. 17-22.
Anales de Cirugía. Vol. X, Nos. 1-2.
Archives of Surgery. Vol. 49, N° 2.
Current Researches in Anesthesia and Analgesia. Vol. 23, N° 5.
Sugerimos: The Revair Aerophore in Curare Paralysis and its possible Sevice in Respiratory Embarrassment due to Poliomyelitis
By: A. H. Maloney, Ph. D.
Proceedings of the Staff Meeting of the Mayo Clinic. Vol. 19, Nos. 18-20.
Revista Brasileira de Cirugía. Año XIII, N° 6.
Revista de Medicina y Cirugía de La Habana. Tomo XLIX, N° 8.
Revista Médico-Quirúrgica de Patología Femenina. Tomo XXIII, N° 5.

Sugerimos: Reacción de Chediak. Por A. Battaglia y M. A. Etcheverry.

The Journal of the International College of Surgeons. Vol. VII, N° 4.

Surgery Gynecology and Obstetrics. Vol. 79. N° 4.

DERMATOLOGÍA

Archivos Mineiros de Leprología. Año IV, N° 1.

Revista Colombiana de Leprología. Vol. I, N° 2.

FISIOLOGIA

The American Journal of Physiology. Vol. 142. N° 2.

Sugerimos: Changes in Phosphate of Muscle during tourniquet Shock. By: Jesse L. Bollman and Eunice V. Flock.

HIGIENE

Arquivos de Higiene. Año 12, N° 3.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 23. Nos. 6-7.

Health Bulletin. Vol. VIII. N° 3.

Bral Higiene. Septiembre, 1944.

American Journal of Public Health. Vol. 34, N° 10.

Revista de Higiene. N° 36.

MEDICINA

Anales de la cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis. Tomo V, N° 1.

Archives of Internal Medicine. Vol. 74, N° 3.

Sugerimos: Clinical significance of the Deeper Anatomic Changes in Lymphoid Diseases. By: Douglas Symmers, M. D.

Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo. Tomo 29, Nos. 1-2-3-4.

Bulletin of the New York Academy of Medicine. Septiembre, 1944.

Boletín Médico Social. Nos. 117-119.

British Medical Journal. Septiembre, 30, 1944.

El Día Médico. Año XVI, N° 37.

Sugerimos: Clasificación de la Hipertensión Arterial Esencial. Por C. Patiño Mayer, L. Lopera y F. A. Pataro.

El tratamiento ambulatorio de la úlcera gástrica y duodenal.
Con hormona folicular.

Hoja Tisiológica. Tomo IV, N° 2.

La reforma Médica. Año XXX, N° 435.

Sugerimos: Tratamiento de la "Fiebre Grave de Carrión". Por
Pedro J. Roca Boloña.

La prensa Médica Argentina. Año XXXI, Nos. 36-37.

Sugerimos: Concepto moderno de la Amebiasis. Por Ernest Car-
roll Faust.

Medicina. (Revista Mexicana). Año XXV, N° 466.

Medicina. (Revista Argentina). Tomo IV, N° 4.

Sugerimos: La Neumonectomía total. Por Mari M. Braa.

O Hospital. Vol. 26, N° 3.

Revista Médica de Chile. Año LXXII, N° 8.

Sugerimos: Estado actual de la investigación sobre el cáncer
y de su tratamiento. Por Leonardo Guzmán.

Revista Médica Brasileira. Tomo XVII, N° 2.

Revista de Medicina y Cirugía. Vol. XI, N° 10.

The American Review of Tuberculosis. Vol. I, N° 3.

The Journal of Laboratory and Clinic Medicine. Vol. 29, N° 10.

The Journal of the American Medical Association. Vol. 126,
N° 7.

The Modern Hospital. Vol. 63, N° 4.

The Lancet. N° 6.318.

NEUROLOGIA

Index de Neurología y Psiquiatría. Vol. 5, N° 1.

OBSTETRICIA

Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos
Aires. Tomo XXIII, N° 9.

Obstetricia y Ginecología Latino Americanas. Año II. Vol. 2.

PEDIATRIA

American Journal of Diseases of Children. Vol. 68, N° 3.

Archivos de Pediatría del Uruguay. Tomo XV, N° 39.

Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección
a la Infancia. Tomo XVIII, N° 3.

QUIMICA BIOLOGICA

Journal of Chemical Education. Vol. 31, N° 10.

The Journal of Biological Chemistry. Vol. 155, N° 2.

TERAPEUTICA

Revista Farmacéutica. Año XXX, N° 358.

UROLOGIA

The Journal of Urology. Vol. 52, N° 3.

Sugerimos: Subtotal Perineal Prostatectomía: Presentation of a New Technique. By: Victor F. Marshall.

J. M. P. S.