

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VOL. XIII

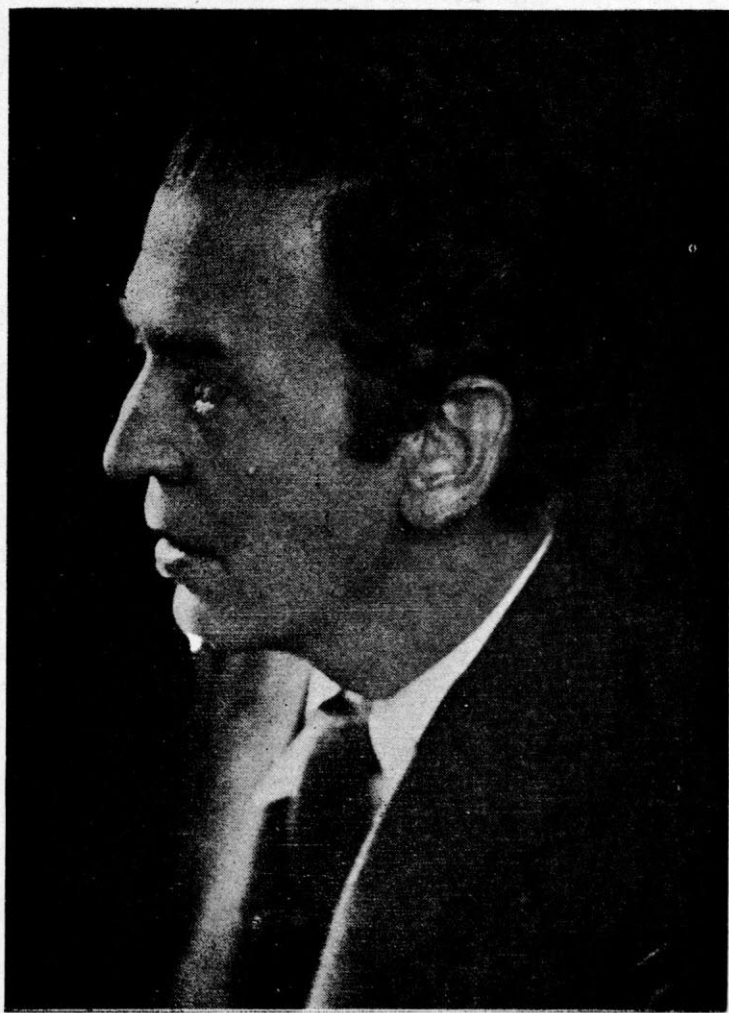
Bogotá, mayo y junio de 1945

Nos. 11 y 12

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

CONTENIDO:

I	Profesor Uribe Piedrahita..	1003
II	EDITORIAL	1005
III	A propósito de las estenosis neoplásicas del colon. Extirpación del colon derecho. Curación. Dr. <i>Manuel José Luque</i>	1010
IV	Técnica de parasitología en la enseñanza y en la práctica. (Texto en preparación). Dr. <i>A. Bonilla-Naar</i> ...	1041
V	Ciclo evolutivo de la <i>Giardia intestinalis</i>	1058
VI	Sífilis y Penicilina. Dr. <i>Rafael Peralta</i>	1064
VII	Historia de la Medicina tropical. Parasitología e Higiene en Colombia. (Continuación). Dr. <i>A. Bonilla-Naar</i>	1067
VIII	Historia de la Medicina Nacional y Extranjera	1081
IX	Movimientos médico-social	1086
X	Obituario	1091
XI	Actividad médica extranjera	1095
XII	Revista de Revistas	1101
XIII	Sección informativa de la Biblioteca	1103
XIV	Índice del Volumen XIII de materias y de autores	1105



Profesor César Uribe Piedrahita.

EDITORIAL

CESAR URIBE PIEDRAHITA

Bodas de Plata Profesionales.

El día 16 de marzo de 1920, en la Universidad de Antioquia, César Uribe Piedrahita obtenía el título de doctor en Medicina y Cirugía, con un original estudio, "Apuntes para la Geografía Médica del Ferrocarril de Urabá", sobre patología regional de su departamento. Fue su presidente de Tesis el eminente maestro antioqueño doctor Gabriel Toro Villa, uno de los precursores de la medicina tropical en Colombia.

*Desde esa época comienza a perfilarse en él, un gran sentido de observación, una sed inaplacable de sensaciones y de sabiduría: patología regional, pian o bubas, paludismo, disenterías producidas por protozoarios o bacterias, venenos usados por los indios Catíos en sus mortíferos dardos (veneno de Niaara) el veneno de la rana *Dendrobates chocoensis*, los pelos urticantes de los gusanos y arañas, plantas de propiedades medicinales, el zumbido de las abejas... todo! inquietudes ya esbozadas cuando estudiante, desde que, entre lo infinitamente pequeño y su retina insaciable, se interpusieron las lentes microscópicas... Así, descubrió para nosotros, el hematozoario de las aves, un buen día al ver erizados y enfermos los "copetones" del parque de Medellín, tumbados por los dardos intraglobulares de los plasmodios... No creo que la avidez enfermiza de *Leeuwenhoeck*, a través de sus lentes de aumento superpuestos, fuera superior a la de este hombre de cabellos rojos, verdaderos filamentos de asbestos encendidos por un cerebro en permanente combustión!*

De allí en adelante, multiplicándose cada vez más, en ritmo que supera al plasmoidal, es imposible seguirle con cuidado y juzgar a cabalidad su mentalidad proteiforme. Y así, lo vemos partir con su microscopio al hombro por las tierras del Chocó, Bolívar o Atlántico, siempre al servicio de la comunidad, en contacto con los desamparados, codo a codo con el campesino o los indiecitos, siempre

listo a servir con desinterés y alto espíritu científico a su pueblo y a su ciencia.

Pero él no anda solo. En su largo peregrinaje, primero por el país y después, por casi todas las zonas del planeta, ha sido su compañera inseparable, parte de su ser, su esposa, doña Lucrecia Uribe Lince, "eje científico y escudo espiritual y moral del parasitólogo", dama por múltiples razones superior. Ella, fue algo así como un núcleo salvador, cargado de purísima cromatina, que en buena hora entrara a formar parte vital y directriz, de un estupendo ser unicelular (único) de extrañas complacencias, dispuesto a surcar todas las aguas, a llegar al estado ínfimo, con tal de vivir, no importa cómo, por el sólo ideal de ser primo de la Arcella de ojos escarlata.... "íntimo" de las algas, permanente admirador y compañero del infusorio sorprendente, que realiza el milagro de la vida con sólo dos núcleos.... de ver bien de cerca y tocarle el "hombro blando" a la amiba que esconde el secreto de su reproducción a los hombres "curiosos", que se han superado hasta ponerse córneas de aumento para observar el espectáculo de los seres que no mueren.... De encontrar el secreto de la materia que se desintegra y desentrañar el fenómeno fantástico de los coloides que se organizan y viven!....

"Ven, sal de allí", parece que le hubiera dicho una voz misteriosa.... Y él obedeció.... "Considera al ser multicelular, el hombre, como una unidad. Al medio líquido donde viven tus "amigos", los protozoarios, como el ambiente donde se mueve el Homo sapiens.... No olvides que fuimos infusorios y anélidos.... El hombre, en su afán de superación en su evolución ontogénica, recuerda "subconscientemente" todo lo que fué y lo repite! Fíjate que no hacemos más que copiar sus organizaciones.... Vivimos en sociedad, nos agrupamos en colonias, nos distribuimos el trabajo.... ni más ni menos que los rizópodos primitivos! Vivimos los unos a expensas de los otros. Somos parásitos, comensales o patógenos! De algunos no sabemos cómo viven, de otros que han azotado la humanidad con el "flagelo" de la guerra.... Nota cómo se "enquistan" los usureros, y se fragmenta "eschizogónicamente" el dadivoso... Y conserva el honrado, ante el ácido de la maledicencia, su "periplasto" intacto y el "axostilo" de su moral, como un escudo transparente.... La noche interminable de aquel ambiente, iluminada a ratos por microorganismos fosforescentes o por la linterna rojiza de las arcellas, también la encontrarás en nuestros polos, en sus incadescencias boreales.... La clorofila vivificante de las algas, aquí también, cantando en todas las hojas, dispersa sobre la faz de la tierra. No hay comparación, entre una flor sumergida y la arrogancia esplendorosa de una rosa o la candidez imponente de una orquídea.... Toma

una cuchilla grande y corta la tierra. Verás cuántas cosas interesantes vas a encontrar. La arqueología te seducirá, tanto, como un cementerio de foraminíferos.... Ven, mira hacia arriba y hacia abajo. Sé espectador de esta tierra maravillosa"....

Y se hundió en la Naturaleza, "Cuna y sepulcro eterno de las cosas". Y fué formidable observador. Incansable investigador. Ya, con las lentes que agigantan los objetos. Metido en los pasadizos oscuros de la prehistoria. Sobre el dorso arremolinado de ríos tormentosos, en un pedazo de madera, como vértebra dislocada.... Con los "indiecitos, sus "compas", sus amigos de siempre. Con el sol a la espalda o sobre las espaldas del sol! En la fastuosa Universidad o en la humilde institución. En las Deltas del Nilo, en las costas del Mediterráneo o del Darién. En la ciudad Luz o en las tierras teutonas. En las selvas del Africa o en las petroleras venezolanas. En la quietud abacial de los monasterios; en el ruido estridente de los cabarets bostonianos (donde bailó un día la canción del hambre!). Aislado del torbellino humano; enrolado en sus aguas de revolución, siempre con su compañera, Uribe Piedrahita ha vivido la vida en toda su plenitud. Diríase que "vitalmente" ha sobrepasado el siglo y vive todavía, lleno de energías y optimismo, para dicha de sus amigos, bien de la sociedad y orgullo de su pueblo.

Delicado y fuerte como el ala de un díptero, Uribe Piedrahita, el "mono César", ha buscado lo imponente, lo bello, y lo fantástico, y lo ha encontrado! En la mitosis de una amiba o en la floración de una orquídea. En el registro de su flauta en la hora en que se amortiguan los sonidos.... En el traquido de las "tambochas" que se devoran la selva! En la quema de los montes. El aullido de los animales salvajes. La silueta de una garza en el pantano. El pececillo de color que besa mil veces el agua.... Un tren iluminado por la espesa montaña. Una balsa, apagada, río abajo.... El atardecer en el Caribe; el despertar del alba en los Llanos.... La "Boca del Monte". Una bandada de guacamayos.... El galope de un potro salvaje, o un funeral indígena....

El egoísmo, no conoce su morada. No se contenta con gozar solo todo lo que sus sentidos han grabado a través de sus peregrinajes. Este espíritu sensible, capta lo bello y lo sublime y los interpreta y reproduce originalmente. Antes que la nota se apague, y el color y la forma se disuelvan en lo etéreo o en la degradación de la materia, ya él los ha "fijado" con el bicloruro de mercurio de su sensibilidad artística (como presuroso fija el frágil rizópodo antes que desaparezca....) y entonces, las notas maravillosas del ave revivirán para solaz de los que no fueron a la selva, tan pronto sus labios humedezcan la boca de madera de su flauta.... y el atarde-

cer y las orquídeas, renacerán para siempre en la policromía de sus acuarelas que no mienten. Y lo que no alcanza a caber en los trazados elegantes de su pincel, en la escala de su flauta, lo escribe! "Mancha de aceite", concebido en las petroleras de Venezuela y "Toá", vivido y soñado en la manigua colombiana, libros de una vasta difusión, son clara muestra de sus aptitudes literarias. Por eso, Uribe Piedrahita, es músico, dibujante, acuarelista, tallador de madera, escritor, poeta y maestro!!

El ramo médico de su predilección lo es la Parasitología y en especial la Protozoología. Su nombre está unido a grandes contribuciones, especialmente a la biología de la *Endamoeba histolytica*,

A su regreso de Harvard fue encargado de la dirección del Instituto Nacional de Higiene Samper Martínez y luego, invitado por el Decano de la Facultad de Medicina, fundó la Cátedra de Parasitología y la regentó brillantemente por espacio de 14 años. Por razones que no es el caso comentar, presentó renuncia de su cargo, y después de un largo período de separación de su Escuela, ha sido de nuevo llamado por el actual Decano, y aquí lo tenemos con sus grandes conocimientos, dispuesto a servir y enseñar a sus muchachos. En la actualidad se acaba de fundar, por su iniciativa, el Departamento de Parasitología, contando entre su profesorado, a su discípulo, amigo predilecto y eminente entomólogo, el doctor Ernesto Osorno Mesa.

Uribe Piedrahita ha representado en forma sobresaliente a nuestro país en Congresos científicos y Universidades, poniendo en alto la ciencia médica colombiana. En el Congreso Indigenista de Méjico, recientemente, su trabajo sobre la patología chibcha recibió Mención de Honor, siendo en la actualidad considerado como autoridad en la materia. El rey Faruk lo distinguió con un pergamino.... Harvard lo trató como a niño mimado.... Washington, Nueva York, El Cairo, han escuchado sus disertaciones y ha presidido sus sesiones científicas....

Ultimamente, en un máximo esfuerzo económico e intelectual, logró fundar los Laboratorios Cup, prestigiosa casa de productos farmacéuticos y biológicos, honra de nuestra medicina nacional, del más alto sentido ético, que por el alcance de sus labores de investigación, en el ramo de la Farmaco-dinamia, especialmente sus brillantes estudios sobre digitálicos colombianos, *Nerium Oleander*, etc., bien puede ostentar el título de Instituto Científico CUP.

Sólo me resta desearles, a este hombre singular y a su compañera inseparable, muchos años de vida y el deseo ferviente ya manifestado por alguno, de que alcancen a festejar sus bodas de oro conyugales, sincrónicas con su profesión.

ALFONSO BONILLA-NAAR

TRABAJOS CIENTIFICOS

Los siguientes trabajos hechos en Harvard y en gran parte citados en textos norteamericanos, distinguen al Profesor Uribe Piedrahita y honran a nuestra ciencia:

"Nuclear division in the trophozoites of *Endamoeba histolytica*". Depto. de Patología comparada en la Universidad de Harvard. Reimpreso del National Academy of Sciences. Vol. XII. N^o 5. Mayo. Biblioteca de la Facultad de Bogotá. Folletos, 7536.

"A common infusión flagellate occurring in the cecal contents of the chicken". Reimp. del Journ. of Parasitology. Dic. Vol. VIII. Biblioteca de Bogotá. Folletos. 7536.

"Observations on the development of *Heterakis papillosa* Block in the chicken". Harvard Med. School. Journal of Parasitology. June. Vol. VIII. Bibl. Fac. Bogotá. Folletos 7536.

"*Alaria arisaemoides*. N. S. P. A. trematode from *Vulpes Fulva*". Parasitology. Vol XIX. N^o 2 August. Cambridge at the University Press. Bibl. Bogotá. Foll. 7536.

"On the biology and life history of *Rhodnius Prolixus* Stahl" Reimp. Journal of Parasitology. Dic. Vol. XIII. Bibl. Fac. Bogotá. Foll. 7536.

"Infección del *Rhodnius Prolixus* Stahl por el *Tripanosoma cruzi* y el *Tripanosoma rangeli*". Minerva. Bogotá. Reproducido en la Rev. Med. Quirúrgica de los Hospitales. Bogotá. Noviembre, 1929.

"Notas sobre un tripanosoma de los bovinos de Colombia". Revista Médica de Colombia. Pág. 701. Vol. Bibl. 6457.

"Una nueva especie de cercaria cistófora de la Sabana de Bogotá". Publicaciones del Laboratorio Cup. Junio. 1944.

En preparación, actualmente:

"Informe preliminar sobre el veneno Niaara, usado por los indios Catíos para envenenar dardos".

"El veneno de la Rana *Dendrobates Chocoensis*, usado por algunas tribus indígenas de Antioquia para envenenar dardos.

"Las flechas Rayas de los indios guajiros".

"Anotaciones morfológicas sobre *Prowazekella lacertae*". Una especie de *Mixobolus* (*M. pfeifferi*?) en la vesícula biliar de la Rana Palmipes de los llanos orientales de Colombia".

"*Trichomonas* parásito en el intestino de una lagartija".

"Estudio sobre: *Alaria* Sp. parásito del intestino de un *Ibideo Phimosus berlepschi*. Llanos Orientales de Colombia".

A PROPOSITO DE LAS ESTENOSIS NEOPLASICAS DEL COLON

Extirpación del Colon derecho. Curación (1).

Por el Prof. *Manuel José Luque.*

Queremos hablar hoy de tres historias clínicas, referentes a estenosis del colon. Las enfermas llegaron al Pabellón Sta. Helena y ocuparon nuestro servicio del Hospital de San Juan de Dios, en donde se hizo el correspondiente estudio. Uno de los casos en cuestión fue operado. Salió por curación, continuó después en perfecta salud y se controló recientemente, radiológica y clínicamente, ratificando el concepto de sus funciones absolutamente normales. Los otros dos, no operables, continuaron agravándose progresivamente y terminaron por la muerte en un tiempo más o menos lejano.

Vamos a considerar, en primer término, estos últimos con el ánimo de establecer una comparación que nos llevará necesariamente a la diferenciación del diagnóstico con la estenosis izquierda del colon. Finalmente nos proponemos presentar, sin mayor comentario, la historia clínica de la enferma curada a fin de que el lector puede deducir por sí mismo los efectos de la colectomía hecha en oportunidad. Y deseamos insistir especialmente en el hecho de que durante dos años se siguieron, de una en una y en todos sus detalles todas sus manifestaciones y su evolución, hasta alcanzar el resultado que hoy publicamos.

PRIMERA HISTORIA

“Clínica quirúrgica”.

Prof. Manuel José Luque.

Historia Clínica del alumno Miguel A. Tello.

Iniciales del nombre de la enferma: L. O.

Edad: 55 años.

(1). Conferencia dictada en el curso del Prof. Manuel José Luque. Clínica Quirúrgica. Hospital de San Juan de Dios.

Profesión: oficios domésticos.

Natural de Sopó.

Estado civil: soltera.

Procedencia: Bogotá.

Entró al servicio el 15 de abril de 1941 en el Hospital de San José.

Pasó al Hospital de San Juan de Dios el 7 de junio de 1941.

Antecedentes hereditarios: sin importancia; la madre sana. El padre falleció a causa de un traumatismo. No recuerda más.

Antecedentes personales. Muy joven tuvo viruela y fiebre tifoidea. Hace tres años le apareció un reumatismo; de resto ha sido sana. Bebedora habitual de chicha. Ha sufrido varios golpes y ha tenido numerosas caídas probablemente a causa de su oficio, que es el de cargar canastas y valijas.

Antecedentes genitales. El período menstrual comenzó entre los 13 y los 14 años sin turbación alguna. Continuó cada mes, en ocasiones cada 15 días, de 2 a 3 días de duración, pero nunca tuvo alteraciones como cólicos, hemorragias excesivas, etc. Hace 10 años se suspendió sin accidente alguno y desde entonces no ha tenido hemorragias genitales ni ninguna turbación. No ha tenido embarazos. Examinada por nosotros en el Hospital de San José, obtuvimos lo siguientes datos:

Evolución de la enfermedad. Cinco meses antes de hospitalizarse, empezó a sufrir dolores abdominales tolerables, localizados en el epigastrio y tuvo vómitos. Después de las comidas sentía pesantez abdominal y ruidos al parecer del intestino. Tomó algunas medicaciones y el vómito, que aparecía sobre todo después de comer, se le suspendió. Los dolores, que continuaron no muy intensos, le permitía trabajar, pero persistió la pesantez abdominal post-prandial y hubo además, cierta constipación intestinal. En este estado, con alternativas de recrudecimiento y mejoría, siguió hasta principios de abril en que habiendo hecho un grande esfuerzo en un día por la mañana, en las horas de la noche sintió un gran dolor en el abdomen que irradiaba a la región dorso-lumbar con sensación de desgarramiento del pecho, (como "alambres" dice la enferma) más la impresión de que todos los órganos abdominales se salían por el periné. Apareció abundante vómito que persistió por un día y una noche, en especial al ingerir alimentos o agua, y diarrea sanguinolenta. Los pies se edematizaron ligeramente, tuvo palpitations y angustia acentuadas al comer o al caminar. Todos estos síntomas se intensificaron en forma tal que la obligaron a hospitalizarse. En ningún día hubo fiebre. Orinas turbias. Y, repetimos, la mortificaba un gran peso abdominal, especialmente después de las comidas.

Estado general de la enferma. Primer examen; (a principios del mes de mayo de 1941). Dice la enferma que no tiene vómito ni diarrea y que hace deposición diaria, en ocasiones hasta dos y tres veces. Goza de apetito pero no puede comer nada con sal, por que siente náuseas y llenura. Refiere que tiene una masa en el lado derecho del abdomen, un tanto dolorosa, que en esa región experimenta un marcado malestar después de las comidas. No tiene palpitaciones ni angustia. Los pies, en el momento no están edematizados.

Inspección general. Es persona de aspecto esquelético, normal. Piel y conjuntivas pálidas y en la cara empieza a aparecer un tinte amarilloso, no francamente icterico. No está demasiado enflaquecida. Permanece acostada más frecuentemente sobre el lado izquierdo y siente molestias abdominales al sentarse en la cama.

Aparato digestivo. Lengua limpia y de humedad normal. Dentadura en mal estado. Amígdalas sanas. Abdomen de paredes flácidas, un tanto meteorizado, especialmente en el lado derecho. La palpación profunda despierta dolor que localiza exactamente en la fosa iliaca derecha, en donde se percibe una masa dura del tamaño de un huevo de gallina, adherente a la pared posterior de la fosa iliaca. El hígado baja un poco del reborde costal. Bazo no perceptible. Después de la palpación abdominal experimenta gran malestar en la fosa iliaca derecha. Deposición dura, en ocasiones estriada con sangre. Al tacto rectal, no hay hemorroides.

Aparato urinario. No hay dolor en los puntos renales ni ureterales. Cuando hace mucho frío dice sentirlo en la región lumbar. La orina, turbia, en ocasiones.

Aparato respiratorio. No se encuentran alteraciones ni a la auscultación ni a la percusión. Cuando entró al servicio se quejaba de ligero dolor en la espalda.

Sistema linfático. No hay infartación ganglionar en ninguna parte del cuerpo.

Aparato genital. Vulva sana. Himen desgarrado. Matriz pequeña al tacto vaginal y exploración bimanual. Vagina normal y fondos de saco libres.

Sistema nervioso y Organos de los sentidos. Reflejos y equilibrio, normales. Las sensaciones dolorosas ya citadas. Es de anotarse que la enferma tiene un temperamento un tanto irritable.

Temperatura. La curva térmica oscila entre 36° y 36°5.

Exámenes de laboratorio. Orinas. (Abril 18 de 1941). Albúmina, huellas. Glucosa, acetona, pigmentos biliares e indican, no hay. Urobilina, normal. Reacción ácida. Como sedimento se encuentran glóbulos de pus, glóbulos rojos y células vesicales.

Materias fecales. Negativo para parásitos.

Examen radiológico. (Abril 29. Hospital San José). En la ra-

diografía de la pelvis no se aprecian signos visibles que indiquen una deformación osteosarcomatosa del hueso coxal derecho. Hay una sombra opaca del tamaño de un huevo, en la región del ciego y que parece debida a una sustancia opaca. (Bario, coprolito?).

Nuevo examen radiológico. (Mayo 6). "En el examen pielográfico con uro-selectan, descendente, los riñones con sus cálices y pelvis renales presentan un aspecto normal en su forma, tamaño, posición, funcionamiento y no hay cálculos en los parenquimas ni en los ureteres. Hay una pequeña pelvis supernumeraria del lado derecho. Persiste la sombra opaca en la fosa ilíaca derecha, la cual es independiente del uretere y de la vejiga".

Hemos dicho que esta enferma entró al Hospital de San José en el mes de abril. Al mes siguiente observamos una sintomatología semejante en su aspecto general, pero acentuada en determinados síntomas. Es decir: había pesantez abdominal después de comer; "molestia" que ella señalaba con la mano, en la fosa ilíaca derecha, ligero soplo sistólico. Pero encontramos además, que el tinte amarillo especial de la cara y el tumor abdominal iban en aumento. Especialmente éste, que crecía hacia el flanco derecho formando una masa alargada, dura en el centro, ligeramente móvil en el sentido lateral y algo sensible a la palpación.

Veamos otros exámenes.

Sangre. (Mayo 12/41).

Numeración globular.

Glóbulos rojos	2,280,000
Glóbulos blancos	6,640

Fórmula leucocitaria.

Linfocitos	20%
Monocitos	5%
Polinucleares	74%
Eosinófilos	0%
Metamielocitos	1%

El día 7 de junio del mismo año (1941) la enferma se trasladó al Hospital de San Juan de Dios, a nuestro servicio, donde se observó diariamente y en donde le fueron practicados varios análisis.

En la nueva exploración clínica hallamos:

Inspección general. Enferma enflaquecida y debilitada. Piel amarilla especialmente en la cara. Conjuntivas muy pálidas.

Aparato digestivo. Disfruta de apetito y come cuanto se le da, pero siente llenura y malestar después de la ingestión de alimentos. Peso y molestia en el lado derecho del abdomen en el cual se pre-

sentan dolores, más o menos tolerables. Deposición normal y diaria. Ni diarreas ni vómitos. Lengua limpia como lavada. Dentadura en mal estado. Abdomen de paredes flojas, algo saliente, levemente meteorizado y doloroso a la palpación derecha e indoloro a la izquierda. Se percibe un tumor, ya mucho más grande, en la fosa iliaca derecha que sigue el flanco y el hipocondrio de ese lado y parte de la región umbilical: fijo, doloroso al palparlo y al percutirlo, duro en el centro, de dirección hacia abajo y hacia adentro. Hígado y bazo normales.

Aparato urinario. Orina turbia en ocasiones. No hay trastornos miccionales, ni dolor en los puntos ureterales ni renales. En las orinas existen alteraciones sin importancia.

Aparato circulatorio. Pulso irregular e hipotenso. Taquicardia (100 pulsaciones). En el cuello, hay "danza arterial". Ventrículo izquierdo ligeramente dilatado. Punta del corazón en su lugar normal. Sopló sistólico ligero en el orificio aórtico que se propaga a la clavícula derecha e invade el foco pulmonar. En este sitio pueden percibirse ruidos, velados por el sopló descrito, especialmente sistólicos. Normales los ruidos del foco tricuspideano. Tenemos la impresión de que el sopló sistólico pudiera ser anémico.

Tensión arterial. (Aparato de Vaquez). Brazo izquierdo: Max 12,2— Mn. 4,8. Brazo derecho: Max. 12— Mn. 4,5.

No existen várices, ni edemas, ni hemorroides.

Aparato respiratorio. No hallamos alteración alguna. Al examen radioscópico está normal. 18 respiraciones en el minuto.

Sistema nervioso y órganos de los sentidos. Sin alteraciones.

Aparato genital. Conserva los mismos caracteres que en el primer examen.

Temperatura. Raramente ha tenido ligeros ascensos de 37.—37° 4.—37° 6. En general, oscila entre 36 y 37.

Otros exámenes de laboratorio. Practicados en el Hospital de San Juan de Dios. (Junio 16 de 1941).

Sangre.

Hematias	1,680.000
Leucocitos	5.400
Hemoglobina	40%
Valor globular	1,06

Azohemia.

0,30 por litro. (U. de Montoya).

Glicemia.

1 gramo por litro.

Tiempo de coagulación.

6 minutos (Howell).

*Materias fecales.*Quistes de *E. histolytica*.Quistes de *E. coli*.

Sangre positiva.

Orina.

Albúmina: ligeras huellas.

Glucosa: no hay.

Pus y sangre: no hay. Sedimento: bacterias; células de descomposición.

Diagnóstico positivo. (Hecho por un alumno).

“Parece tratarse de un tumor canceroso del ciego y del colon ascendente por estas razones:

“1ª: Por la edad de la enferma: 55 años”.

“2ª: Por los paroxismos dolorosos que hubo en diciembre pasado y en abril del año en curso: reemplazados en el intervalo de tiempo que transcurrió entre ambos, por sensación de plenitud postprandial, pesantez, malestar en la fosa iliaca derecha, síntomas estos que han persistido después de abril.

“3ª: Por los dolores a distancia: epigástrico, región lumbar y por fenómenos también a distancia, de orden reflejo como el vómito.

“4ª: Por la diarrea, signo extraordinariamente significativo en las afecciones cancerosas del colon derecho.

“5ª: Por la melena que acompañó a la diarrea, síntoma especialmente importante, ya que no existe en la enferma otra lesión que la haya producido. Pues, si bien es cierto, que en recientes exámenes se hallaron quistes de *E. histolytica*, debemos recordar que en las primeras investigaciones los resultados fueron negativos, no obstante haber sido verificados poco después de la diarrea.

“6ª: Por la presencia de un tumor en la fosa iliaca y en el flanko derechos; vertical, que sigue la dirección del colon respectivo y del ciego, duro en el centro, móvil, en un principio y posteriormente adherente, doloroso a la palpación; que ha tenido la tendencia a crecer cada vez más y más, en espacio de tiempo relativamente corto.

“7ª: Por el estado general que se ha agravado, como los demuestran la anemia indicada en la fórmula y la numeración globulares. Como lo prueba la clínica por la palidez cada día más mar-

cada, por el tinte pajizo canceroso de los tegumentos, el debilitamiento general, el soplo, anémico, etc.

Comparemos ahora las fórmulas sanguíneas en fechas distintas:

Mayo: hematíes...	2,280,000
Junio: hematíes...	1,680,000

“8º: Por los informes radiológicos que confirman el diagnóstico. Estos son: “Junio 16. Hospital de San Juan de Dios. En el examen radiológico del colon hecho por medio de enema opaco, y también con insuflación de aire, después de la evacuación del bario, no se encuentra nada patológico en el colon sigmoide, el descendente y el transversal. Tanto el aire, como el bario se detienen bruscamente hacia la parte media del colon ascendente y no se logró llenar la primera parte de esta porción ni del ciego. La detención de la sustancia opaca se hizo bruscamente, formando una línea nítida y de concavidad inferior”.

“*Diagnóstico diferencial.* En un principio, cuando el tumor no llegaba al flanco derecho, pensamos en varias entidades, de posible localización en la pared posterior de la fosa iliaca. Son las siguientes:

“I—Exostosis, que es indolora, sin fenómenos digestivos, salvo que sea de gran tamaño y sea vista a la imagen radioscópica. En nuestro caso, no hay dolor; existen las turbaciones digestivas y la radiografía de la pelvis fue negativa.

“II—Un osteosarcoma. Es doloroso, se presenta en los jóvenes con predilección; no tiene fenómenos digestivos salvo invasión que ocurre, no al principio de su desarrollo y que presenta fenómenos compresivos, como neuralgias, edemas, etc. Aquí el dolor no ha sido intenso ni continuo y carece de los demás caracteres. Radioscopia negativa.

“III—Osteitis. Cualquiera que ella sea, no hay fenómenos dolorosos.

(Fdo.) M. A. Tello”.

SEGUNDA HISTORIA

“Clínica Quirúrgica.

Prof. Manuel José Luque.

Historia Clínica del alumno Santiago Rengifo Salcedo.

Iniciales del nombre de la enferma M. R.

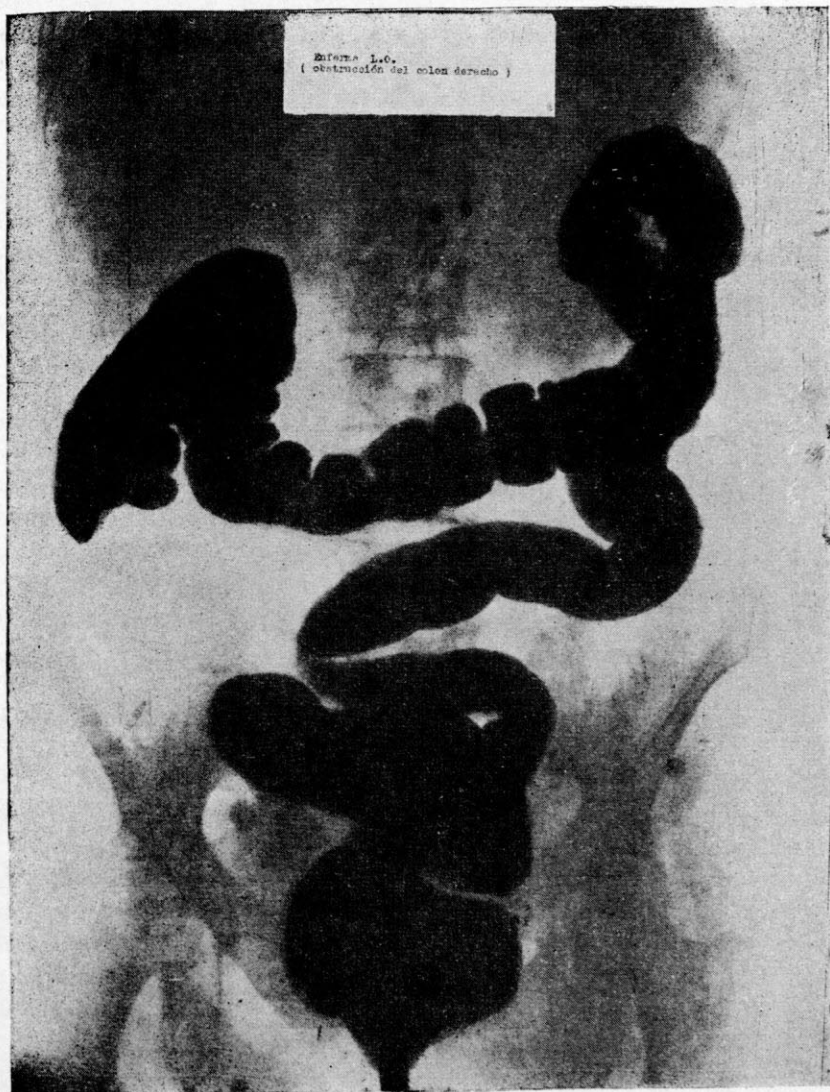
Edad: 46 años.

Natural de Mariquita.

Procedencia: Puerto Salgar.

Profesión: Ordeñadora.

Enfermo L.O.
(obstrucción del colon derecho)



Fecha de entrada al Hospital de San José: junio 20 de 1941.

Fecha de entrada al Hospital de San Juan de Dios: junio 25 de 1941.

Antecedentes familiares. Los padres, ambos alcohólicos. El padre falleció a edad avanzada, de gota, y sufrió durante muchos años de ciática. La madre, de 60 años, tiene una úlcera en la pierna derecha. La paciente que estudiamos tuvo seis hijos nacidos a término: 2 hombres y 4 mujeres. El segundo murió a las dos semanas. Una de sus hermanas tiene una úlcera en el dorso del pie derecho, que apareció después de su segundo parto. Parece que hay atrofia muscular de la región correspondiente. Uno de los hermanos tiene un labio leporino incompleto y bilateral. Una de sus hermanas tiene 4 hijos, tres mujeres y un hombre, este con pies chapines.

Antecedentes personales. Ha sido palúdica constante. Sufrió de neumonía hace 4 años, que evolucionó en 15 días. Tres meses después tuvo otra, con igual duración y, cuatro meses más tarde, una tercera con el mismo tiempo de enfermedad. Estas afecciones pulmonares las sufrió en "La Victoria", Caldas, clima medio.

Sarampión hace 20 años. Viruelas hace 17. Reumatismo hace 6. Catarros frecuentes. De joven tomó casi diariamente "guarapo" y aguardiente.

Enfermedad actual. La enfermedad que la obligó a hospitalizarse se originó cuando vivía en "La Fé" (Caldas) hace 10 años. Los primeros síntomas fueron agrieras después de las comidas, pérdida del apetito, deposiciones diarreicas en ocasiones, sanguinolentas, glerosas, hemorrágicas especialmente cuando tomaba bebidas heladas. Constipación, las más de las veces, permaneciendo hasta tres y cuatro días sin hacer deposición.

Dolor espontáneo en la fosa iliaca izquierda, con los caracteres siguientes: tenue, un poco más intenso en las noches, permanente uno, dos y tres meses; con períodos de calma que llegaron a ser hasta de 2 años. Hace mes y medio, después de un período de dos años de alivio volvió a aparecer el dolor, más fuerte que antes, constante y en el mismo sitio anotado; dolor que, con los caracteres de las crisis anteriores, irradia hacia la parte izquierda y media del hipogastrio y hacia el gran labio de ese lado.

Aparato urinario. Polakiuria diurna y nocturna. Disuria en ocasiones. Orina clara. Cantidad de cien C. C. aproximadamente, por micción.

Antecedentes ginecológicos. Menstruación a los 18 años. Ciclo de ella: 4/28 y 4/15, con los caracteres de abundante, dolorosa y con coágulos. Se suspendió hace tres años y medio. De esa época en adelante, le aparecen manchas equimóticas de unos dos centíme-

tros de diámetro localizadas indistintamente pero siempre en los miembros inferiores.

Hace tres años y medio flujo vaginal amarillo, fétido, cáustico y que manchaba las ropas. Se le suspendió hace un año después del tratamiento que le hicieron para eso en el Hospital de Honda. Ningún antecedente sifilítico.

Vulva de aspecto normal, vagina ligeramente granulosa. Cuello uterino de múltipara, desgarrado. Movilidad de la matriz normal a la palpación bimanual. Tamaño, forma, posición absolutamente fisiológica.

Piel: Sana.

Corazón y vasos: normales.

Bazo y ganglios: bazo percutable en una zona de tres centímetros de diámetro. No hay ganglios.

Organos de los sentidos: Sólo es de anotar que siente dolor en los ojos al leer, pero usa anteojos indicados y comprados por ella, al azar.

Sistema nervioso: normal.

Tubo digestivo:

Dentadura: artificial desde hace 15 años.

Lengua: limpia, algo seca.

Al examen del abdomen se observa:

Inspección: paredes flácidas.

Palpaciones: se encuentra en el colon iliaco una pequeña masa desalojable. Espontáneamente también se mueve.

Percusión: timpanismo exagerado en el ciego y el colon ascendente. Macidez en la masa anotada.

Rectoscopia: No hay hemorroides. Ano normal. Ampolla rectal también sana. A 9 centímetros se halla una masa poliposa que obs-

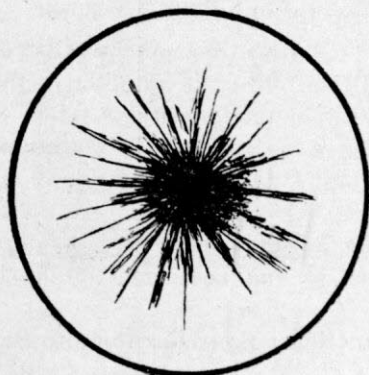


Fig. I.

ABO.

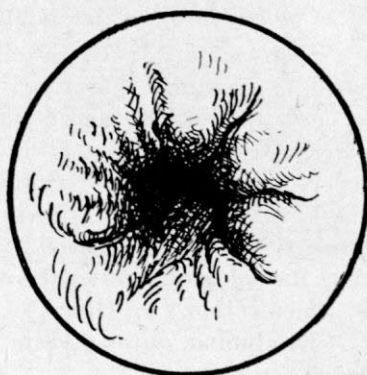


Fig. II.

A cuatro centímetros sobre el ano.

truye, de coloración roja encendida, sanguinolenta, que hace contraste con la coloración rosada de la mucosa sana. Sangra cuando se le toca, es dura e impide el paso del rectoscopio.

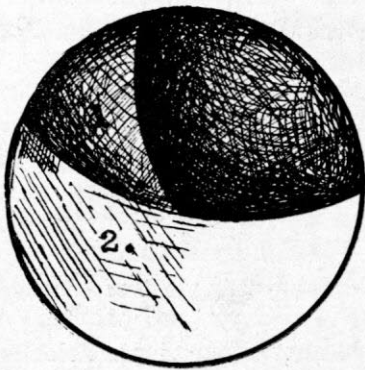


Fig. III.

A siete centímetros encima del ano.

1. Válvula sagrada inferior.
2. Válvula de Nelaton.



Fig. IV.

NEOPLASMA (entre 9 y 10 centímetros).

Exámenes de laboratorio.

Materias fecales: huevos de uncinaria —sangre oculta, no hay.

Blanca	4,000
Roja	2,620,000
Hemoglobina	80%

Junio 27/41.

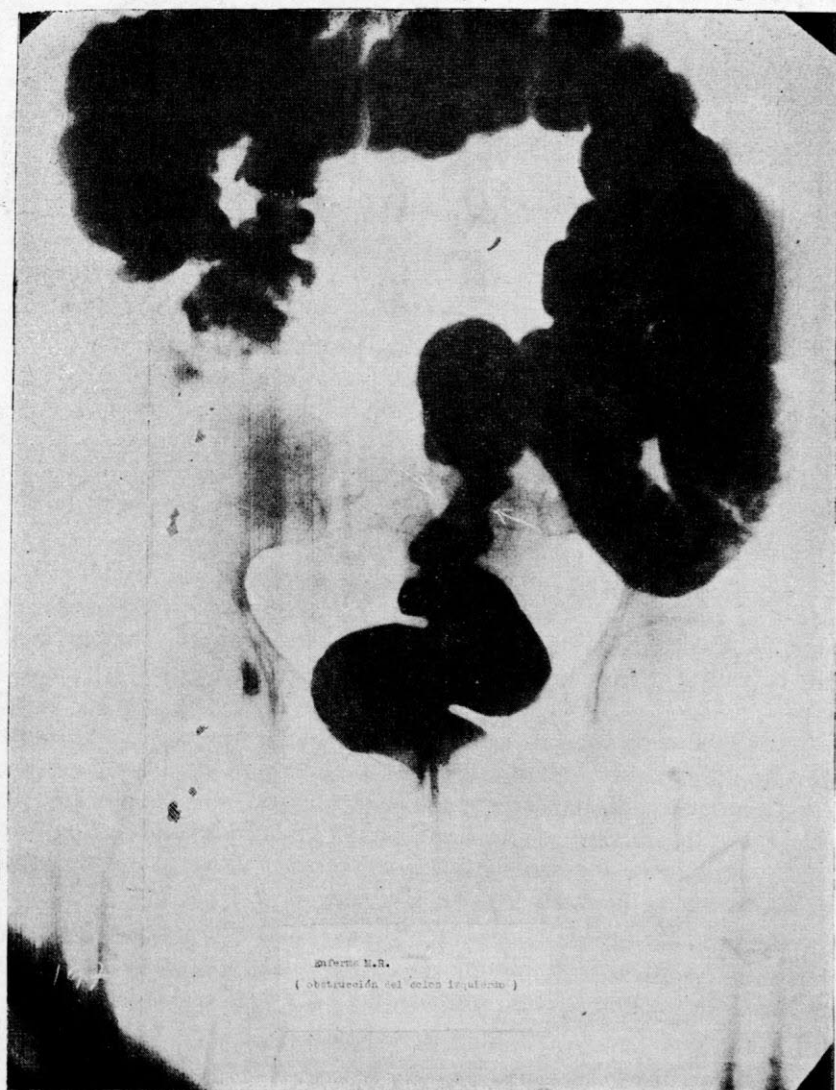
Tiempo de coagulación: 14 minutos (Howell).

Cuadro térmico. La temperatura oscila entre 36°4. y 36°8.

Radiografía. M. R. En el examen del intestino con lavativa de bario, la sustancia opaca penetra sin dificultad en la ampolla rectal, la cual presenta un aspecto normal. En la parte inferior de la S. iliaca el calibre del intestino se reduce y las paredes presentan un aspecto pseudo-lagunar con sensibilidad a la palpación, pero sin que haya obstáculo al tránsito del bario. El resto del cuadro cólico presenta un aspecto normal, salvo una acodadura del ángulo derecho. Radiológicamente parece tratarse de una neoformación de la S. iliaca. (Fdo.) E. Otero”.

El alumno, autor de esta historia (Fdo.) Santiago Rengifo Salcedo”.

Descrietas las historias anteriores, hagamos un comentario de ellas.



paciente M.R.
(obstrucción del colon sigmoidee)

Intencionadamente, y en gracia a la brevedad de la exposición, dejo de lado todas aquellas entidades, posibles, sin duda, pero que por su situación merecen que se les consideren como poco probables. Y queremos referirnos entre estas, por ejemplo, a las neoformaciones de la pared abdominal colocadas sobre el flanco o sobre la fosa iliaca, netamente de origen parietal. Igualmente rechazamos las tumefacciones que se sitúan en la pared posterior de la fosa iliaca: ya sobre el hueso mismo, (exostosis, osteitis, osteomas, osteosarcomas, etc.) ya colocadas en las partes blandas que recubren a éste, como las adenitis, los sarcomas músculo-aponeuróticos, los aneurismas de la arteria iliaca externa, los quistes de origen Wolfianò. Formaciones, todas ellas, que tienen signos particulares, demasiado conocidas, inútiles de describir ahora y que no corresponden, en manera alguna, a las historias clínicas que consideramos.

Con todo, tocando de paso y como simple alusión, se me ocurre que, pudiendo tener un origen parietal, también pueden ser determinadas cuando la fascia iliaca ha sido alcanzada por supuraciones pericólicas o por cáncer ceco-cólico en un período avanzado de su evolución; mas, carecemos de la flexión irreductible del muslo sobre el abdomen, que es el signo que indica la invasión o el desalojamiento del psoas.

Me es sinembargo imposible pasar en silencio una entidad, frecuente si las hay; el absceso pótico. Nacido de una osteitis tuberculosa de las últimas vértebras dorsales o de las primeras lumbares, sigue la vaina del psoas y, verdadero absceso migrador, viene a colocarse en la fosa iliaca. Especialmente en el adulto, donde el mal de Pott es monosintomático, la tumefacción iliaca es el sólo síntoma clínico evidente de ataque vertebral. Así, es de buena clínica, palpar la otra fosa y buscar signos locales en la columna lumbar o dorsal en presencia de una tumefacción fija y profunda de la fosa iliaca, cualquiera que sea su tamaño. Felizmente, en el caso presente, la investigación vertebral ha sido negativa.

Sentado lo anterior, como si dijéramos en abstracto, ahora, en concreto, estudiemos detenidamente uno a uno todos los síntomas en busca de un diagnóstico positivo.

Refiere la observación de la primera enferma, que tuvo un fuerte dolor abdominal irradiado a la región dorso-lumbar seguido de diarrea con sangre en la deposición. El análisis de estas circunstancias tiene un gran valor. Hubo sin lugar a duda, una crisis cólica; una obstrucción incompleta y pasajera, que concluyó, como todas las crisis, por diarrea en este caso teñida de sangre. Pues bien; la oclusión intestinal, de tanta frecuencia en las obstrucciones del colon, está siempre precedida de turbaciones en la función

cólica. Y estas crisis, que se presentan en todas las afecciones ulcerosas del grueso intestino, no son sino fenómenos reflejos partidos de una lesión localizada. La opinión clásica de Mikulicz entre otros, de que el cáncer cólico se revela siempre por una complicación, frecuentemente por un ileus completo, dista mucho de estar en acuerdo con la realidad. Ese ileus completo de que se habla; ese ileus agudo, ordinariamente por no decir siempre, está precedido de oclusiones incompletas, como la que sufrió nuestra enferma.

Pero analicemos, aún más, el síntoma dolor. Cuenta ella que antes de hospitalizarse, empezó a tener dolores abdominales relativamente tolerables y que luego, continuaron tan poco intensos que le permitían el desempeño de sus ocupaciones. Con alternativas de recrudecimiento y mejoría, transcurrió un tiempo, pasado el cual, tuvo el pseudo-cólico que hemos mencionado y es interesante advertir que por aquella época después de las comidas, sentía pesantéz y ruidos.

Justamente, los verdaderos cólicos intestinales son raros. Los enfermos experimentan en el cáncer cólico en evolución, más bien una sensación de impedimento, de incomodidad, fenómenos estos que se anotaron al comenzar la enfermedad y que persistían en las semanas que siguieron cuando hablaba de "pesantéz" con sensación de "malestar". Posteriormente continuó refiriéndose a la "pesantéz" y al "malestar" en el lado derecho del abdomen, sensaciones tolerables pero continuas; y, observación más interesante aún colocaba la mano en el lugar adolorido de la fosa iliaca, en donde se producía el "gargoteo".

"La túnica muscular del intestino lucha contra el obstáculo; el espasmo determina el cólico, el gargoteo lo sigue y sucede el alivio. Es en este punto donde se halla la lesión; es allí de donde parten y donde terminan las contracciones, es también el sitio de la dificultad, que todavía permite el escape de los líquidos y de los gases.

Mas, si el dolor espontáneo y fijo tiene una gran significación en el diagnóstico, existen otros dolores que se sitúan a distancia del neoplasma y determinados por contracciones cólicas empeñadas en vencer la resistencia que origina la obstrucción del conducto. Son estos los "alambres" las "torsiones" los "calambres" que aludía nuestra enferma, que nacen en un punto cualquiera y se propagan inmutables, siempre en la misma dirección cesando exactamente en el lugar de la estenosis. Esta forma de dolor, descrita tan vivaz como detalladamente por los clásicos, no es lo común, casi es la excepción; basta poner atención a las historias leídas para encontrar bellos ejemplos. Impresionémonos más que por lo que dicen los libros, por lo que refieren nuestros enfermos, si queremos ha

cer medicina colombiana. En resumen, el dolor agudo no es lo habitual; es el peso, la mortificación, el fastidio. *El cáncer se revela pues, funcionalmente por dolores tolerables y por crisis de suboclusión; objetivamente por la presencia de una masa, algunas veces perceptible a la palpación.*

¿Cómo es esta masa, donde se sitúa y qué caracteres tiene? El tumor del cáncer ceco-cólico se encuentra habitualmente en plena fosa iliaca derecha; algunas veces más arriba, frecuentemente más abajo. Y es clásico describir, al principio de la enfermedad, *una faz ascensional* que tiene cierto valor para el diagnóstico. En nuestra enferma, en los primeros exámenes, empezó a anotarse una masa pequeña en el lado derecho del abdomen, ligeramente sensible, que le producía malestar después de las comidas. En el Hospital de San Juan de Dios, como dice la historia, “se percibe ya mucho más grande un tumor que parte de la fosa iliaca derecha, sigue hacia el flanco y el hipocondrio de ese lado, e invade la región umbilical. De dirección oblicua hacia abajo y hacia adentro, cuyo centro es duro, doloroso al palparlo y percutirlo”. La historia no trae la determinación exacta del neoplasma pero, en lo común, tiene límites netos hacia abajo y hacia afuera, perdiéndose insensiblemente hacia adentro y hacia arriba.

Si el síntoma tumor para el diagnóstico de cáncer ceco-cólico es de los más precisos, por desdicha carece de especificidad y es inconstante. ¿Quién, ante una masa colocada en esa región, podrá decirme si es un tuberculoma ileocecal, una acumulación de materias fecales, una pericolicitis, o un cáncer? Y esta percepción es también contingente porque son numerosos los neoplasmas que conducen a la muerte, sin que la más meticulosa palpación, haya permitido sentir la menor induración.

Lenormant, en sus lecciones sobre diagnóstico quirúrgico trae estas palabras: “El tumor es habitualmente móvil, más móvil aún que la tuberculosis cecal”. Cómo me mortifica separarme del maestro! No; los neoplasmas desarrollados en los segmentos fijos del colon son de conjunto inmóviles. El colon ascendente, el colon descendente y el colon ilíaco son los segmentos fijos. Los tumores del colon transversal y del colon pelviano, al contrario, tienen un período siempre largo de completa movilidad y así, en ocasiones, en las ptosis del transversal, pueden hallarse en la pelvis y se pueden confundir con neoformaciones de esa región. Y son estos, los móviles, justamente los tumores “intermitentes” que se disimulan, se ocultan, entre las diferentes formaciones abdominales.

Autores como Jaboulay admiten que por la influencia del peso del tumor, los mesos se alargan y por esa causa adquieren los tumores fijos una relativa movilidad. Muy al contrario; en cambio

del alargamiento de los mesos se observa no sólo la retracción de ellos sino la de los tejidos pericólicos, ya sea por linfangitis cancerosa, bien por linfangitis séptica.

Estudiemos en seguida un tercer síntoma: la diarrea y la constipación. *La diarrea es producida por los cánceres del colon derecho: en cambio, hay constipación cuando aquéllos se encuentran en el colon izquierdo.*

“En el embrión, el pequeño intestino, forma el segmento destinado a recibir la nutrición (esófago y estómago); el intestino medio forma el órgano que digiere y absorbe (intestino delgado y colon derecho); el intestino posterior forma la porción cólica que almacena los deshechos y los expulsa (colon izquierdo y recto). Mientras que la función del intestino delgado es absorber la alimentación sólida, la del ciego y la del colon ascendente es absorber el 90 por ciento de los líquidos; el hambre se apaga pues con el delgado y la sed con el grueso”, si hemos de emplear las palabras de Moynihan. Pero las materias sólidas han menester de agua para que sean vehiculadas en el intestino delgado y de ahí su presencia en él. Y, además, para favorecer la absorción las válvulas conniventes, que se hallan animadas de movimiento de vaivén, presentan al quimo, ya una de sus caras, ya la otra. Si por un momento supusiéramos que los líquidos fueran absorbidos por el estómago o por el duodeno, sin duda que el tránsito de los alimentos sería abolido o, por lo menos retardado.

Las neoformaciones colocadas en el ciego o en el colon ascendente comunmente obturan la luz de estos, al menos parcialmente. En tales circunstancias el intestino situado antes de la estrechez se contrae para lanzar con violencia las materias en él contenidas, y siendo ellas líquidas, se produce diarrea. El simple fenómeno de retención con absorción de los líquidos, ocurrido en las estenosis del colon izquierdo, explica la constipación.

Analizados ya los síntomas y signos, dolor, tumor, constipación, y diarrea, veamos a continuación un cuarto síntoma: las hemorragias y las secreciones.

Acabamos de decir que el aspecto de las materias fecales es variable en su consistencia, según que el colon estrechado sea derecho o izquierdo. Cualesquiera que sea su forma, pueden venir ellas acompañadas de gleras cuya eliminación se verificará en el momento de las deyecciones o mucosidades fuera de ellas. La sangre puede mostrarse, ya en la forma de coágulos: ya, como pinceladas sobre las materias; ya, en fin, con el aspecto de filamentos que nadan en el moco. Las hemorragias llamadas “ocultas” habitualmente se ponen de presente por los métodos químicos. Con nuestras enfermas se ha presentado un fenómeno curioso: en el caso del

cáncer del colon izquierdo en que debiera existir la sangre de manera notoria, fue negativo el informe del laboratorio; en la otra enferma, con neoplasma del ciego, que raramente determina sangre fecal, los informes fueron positivos. En este último caso es muy explicable la información, si reflexionamos que las investigaciones microscópicas se realizaron en las deyecciones de una enferma parasitada, con amibas en las deposiciones. Y pensamos en una equivocación de cualquier especie que ella sea, en la estenosis izquierda, pues se puede poner de presente la hemorragia, tantas veces cuántas queramos. Ahora, de la misma manera que estamos en el derecho de pensar en un cáncer del estómago siempre que presenciemos una hematemesis; con ese mismo hecho podemos juzgar que exista un cáncer del colon cuando hay hemorragias ocultas. En las diverticulitis son casi nulas. En ciertos casos de hemorragias ocultas, ignoradas, repetidas, especialmente frecuentes en el cáncer del colon derecho, pueden verse muy graves anemias determinadas por esa causa. Recordamos además, que para la prueba de sangre oculta, un *mínimum* de 3 días *sin comida de carnes* debe presidir a la prueba.

Estudiemos en seguida las contracciones del intestino: si en algunas ocasiones ellas se manifiestan sin maniobra alguna, también existen enfermos en los cuales es necesario determinar su aparición. A fin de percibir las debe hacerse un masaje suave, por unos pocos minutos, cuatro o cinco y esto es suficiente para que la mano paseada suavemente se dé cuenta de las contracciones en cuestión y del órgano que las ha producido. Porque ellas difieren en su aspecto, según se trate del ileón o del colon. En el primero de éstos los movimientos del intestino se adivinan bajo la piel en forma de ondulaciones; el grueso intestino es tenso, endurecido, como una manguera inflada, como un útero en trabajo, y de manera lenta y durable. El ciego puede estar dilatado, distendido, cualquiera que fuese el lugar del neoplasma aun cuando sea lejano, como en el asa sigmoide por ejemplo.

Otro método de investigación de gran valor es la endoscopia rectocólica. Por desdicha, los datos que suministra son forzosamente limitados por la longitud de los aparatos de exploración. El cáncer sigmoideano puede ser reconocido por ella, la cual sólo permite explorar hasta 25 ó 30 centímetros del ano, a lo más.

En el caso que consideramos encontramos:

El ano. En seguida y hasta cuatro centímetros, arriba de éste, hallamos el aspecto general de la región esfinteriana; después vimos la ampolla rectal distendida, sin nada de patológico; luego, continuando la investigación, a siete centímetros encima del ano, aparecieron dos válvulas cruzadas en ángulo recto de las cuales, la

inferior, no era otra que la llamada de Huston, de Nelatón, o válvula coccigiana; y la superior, la conocida con el nombre de válvula sagrada inferior. Finalmente, entre 9 y 10 centímetros, se hallaba la lesión, constituida por una masa yemosa, sanguinolenta, que obstruía el conducto e impedía el avance del rectoscopio. Pensamos en una neoformación cancerosa por los caracteres siguientes: A)—Por la forma en masa roja, bien circunscrita, resaltando sobre la mucosa vecina que conservaba su coloración normal. B)—Por que sangraba espontáneamente. C)—Porque también sangraba cada vez que se tocaba y porque la salida de sangre persistía y los taponos sucesivos que la enjugaron se manchaban indefinidamente. D)—Por la consistencia dura del neoplasma, de la cual nos dimos cuenta tocando con una sonda e impulsando con el mismo rectoscopio. E)—Por la detención del instrumento en la progresión y la resistencia que oponía haciendo imposible franquear el obstáculo.

Interesante sería hacer un diagnóstico diferencial rectoscópico con las entidades con las cuales se pudiera confundir la lesión: colitis mucomembranosa; disenterías; tuberculosis; sífilis, etc., pero no podríamos, en el momento, detenernos en ese estudio, largo de suyo, a pesar de su grande importancia.

Veamos ahora los signos suministrados por la radiografía.

Los Rayos de Roentgen se suelen emplear con resultados muy interesantes. Sus enseñanzas positivas son de utilidad suma. Mas, hay que tener presentes los casos negativos, los cuales no tienen ningún valor: *30% de los cánceres del colon no dan signos radiológicos*. Entre estos, que recuerde como ejemplos, podría citar el de un tumor del colon que operé hace ya largos años en compañía de mi interno entonces, hoy Profesor Daniel Brigard, y que resultó ser microscópicamente un "cáncer medular del intestino". Igualmente viene a mi memoria un neoplasma cólico derecho que operé en la Clínica de Marly con el Prof. Juan N. Corpas con investigación radiológica negativa.

Para terminar con el diagnóstico positivo, pensemos que la laparotomía de precisión tiene su más perfecta indicación.

El diagnóstico precoz, que es el fundamento mismo del éxito inmediato y lejano, suele ser en no pocas ocasiones de extraordinaria dificultad. Nuestros medios de certidumbre son frecuentemente insuficientes. Mas, la sola suposición del cáncer es un motivo suficiente para abrir el abdomen. Uno solo de los síntomas ya citados impone la laparotomía. Cuando ha existido una oclusión o una suboclusión; y con más razón si ellas existen todavía, hay que abrir el vientre. Siempre que por una razón de urgencia se ha hecho un ano cecal, sin exploración, es necesario después de la "debacle", aún cuando el estado general sea completamente satisfactorio, también

hacer la laparotomía. Pero debe explicársele al paciente la razón de esa conducta; abstenernos de ello por temor a impresionarlo, callar el consejo para evitar inquietudes, es exponerlo a la muerte por la reserva del médico.

Enumerando ahora las adherencias que se suelen presentar y en el orden de su frecuencia, tenemos:

Epiplón.

Asas delgadas.

Hígado y vesícula para el ángulo hepático.

Pancreas para el ángulo esplénico.

Vejiga para el colon pelviano.

Refiriéndonos en seguida a la frecuencia del cáncer del grueso intestino podríamos decir, también en orden de frecuencia:

Recto.

Colon pelviano.

Colon transverso.

Colon ascendente.

Colon descendente.

En estos segmentos también existen lugares de predilección así:

Ciego.

Angulo hepático.

Extremidad derecha del colon transverso.

Mitad del colon transverso.

Angulo esplénico.

Colon descendente.

Ampolla rectal.

En mi hábito de sentar, a manera de postulados, los hechos de mayor interés, creo del caso antes de referirme al diagnóstico diferencial, dejar estas constancias:

1º Los tumores de los segmentos fijos se propagan rápidamente a la pared.

2º Los tumores del colon son circulares o laterales; estos, muy raros, salvo en la terminación del colon pelviano y en el segmento recto-sigmoideano.

3º La forma anular es más frecuente, (encefaloide o esquirro).

4º La mucosa es el punto de partida de los epitelomas.

5º El espesamiento de la pared, siempre inflamatorio, no es invasión.

6º La ascitis es excepcional. De mayor frecuencia es la invasión descendente.

7º La oclusión aguda será tanto más frecuente cuanto el neoplasma se halle en un sitio más bajo.

8^o En el diagnóstico de cáncer cólico son posibles las más grandes dudas. Las dificultades clínicas legitiman la laparotomía.

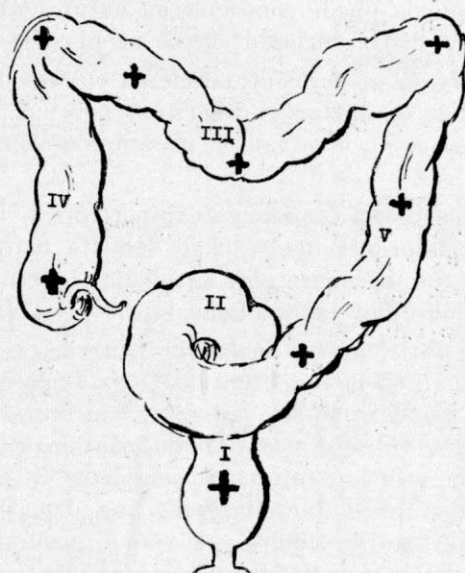


Fig. V.

Los números romanos significan el orden de frecuencia del cáncer en los cólones.

Las cruces se refieren a los lugares donde habitualmente se desarrolla el cáncer en cada uno de los segmentos cólicos.

Consideramos ahora el diagnóstico diferencial.

Recordemos que se piensa siempre en las diverticulitis y en la tuberculosis cuando se trata del diagnóstico diferencial del cáncer del colon.

Las diverticulitis, que pueden colocarse en las formas de origen inflamatorio, son, por decirlo así, hernias de la mucosa producidas a través de las fibras intestinales de origen muscular. De esta suerte, bajo la serosa, aparecen divertículos salientes, del tamaño de una arveja o poco más, en donde se suelen acumular las materias fecales. Si estas son estériles (esterilidad relativa, se entiende) quedan cálculos o coprolitos absolutamente inofensivos. Mas, si llegan a infectarse, entonces aparece la diverticulitis de que tratamos y que da lugar a perforaciones, peritonitis, abscesos, o tumores inflamatorios. Son la sigmoide y el colon descendente los lugares de elección de las diverticulitis y son en estos sitios donde comunmen-

te se presentan los abscesos y los pseudo-neoplasmas. El primero de ellos fácilmente simula la apendicitis, es la "apendicitis izquierda"; los segundos, son en nuestro parecer, indidiagnosticables. Solamente con la histología puede conocerse su naturaleza pues no tienen caracteres para distinguirlos de otros neoplasmas.

La tuberculosis del ciego, confundible en el caso de la enferma L. O. (la primera de las historias descritas) por tener predilección por el segmento íleo-cecal, bien vale la pena de detenernos unos instantes.

La tuberculosis cecal, comunmente hipertrófica, fue estudiada primero por Hartmann y Pillet y luégo descrita maravillosamente por Dieulafoy en sus lecciones de Patología Interna, y fue este quien le dio el nombre de "tuberculoma hipertrófico del ciego".

Comienza por turbaciones funcionales sin mayor significación. Dolores que se sitúan en la fosa ilíaca derecha, constipación, ligera contractura de la pared; todo esto tolerable, sin impedir al enfermo su vida ordinaria. A veces se acentúan los síntomas y la constipación llega hasta la oclusión intestinal completa, de la misma manera que se pueden presentar diarreas. Las deposiciones suelen contener ligera cantidad de sangre y el estado general queda satisfactorio. Después de un tiempo, siempre largo, dos, tres o más años, aparece un tumor que se puede palpar, colocado en la fosa ilíaca derecha; es bocelado, vertical, irregular, firme, ligeramente doloroso, mate en el centro y rodeado de una zona menos oscura. En este estado hay acentuación de los signos anotados; el estado general comienza a alterarse poco a poco, aparece la fiebre y el paciente sucumbe con los progresos de la caquexia tuberculosa.

Como para hacer contraste con el cáncer, *en la tuberculosis ileocecal el estado general se conserva muy bien, por largo tiempo; no hay enflaquecimiento*. Este carácter es muy importante y tiene un valor semiológico tal que constituye un signo distintivo de gran significación entre las dos entidades. Los contornos del neoplasma canceroso, en general son más netos y se aprecian mejor que en la tuberculosis. Ella, siempre móvil, algunas veces muy móvil, no se adhiere jamás a la fascia ilíaca, y la movilidad, marcadamente acentuada en el sentido transversal, lo es mucho menos verticalmente. En el cáncer la melena es mucho más frecuente y las deposiciones son característicamente fétidas. La alteración rápida y profunda, la anorexia, el enflaquecimiento en la neoplasia.

Hemos querido colocar dos casos característicos de cáncer derecho y de cáncer izquierdo del colon, para presentar la comparación entre ellos, así:

Enferma L. O. Colon derecho.

Tumor grande.
Tumor fijo.
Diarreas.
Pocas oclusiones.
Poca sangre fecal.
Tumor vegetante.

Enferma M. R. Colon izquierdo.

Tumor pequeño.
Tumor móvil.
Constipación.
Muchas oclusiones.
Sangre fecal abundante.
Tumor esquirroso.

Respecto del pronóstico en general de estos cánceres, yo soy de los que creen que estas neo-formaciones, como las de los labios y como las del fondo de la matriz son "buenos cánceres". Y pensamos que el cáncer cólico no tiene la malignidad de otros lugares porque su evolución es muy lenta. Por lo tardía de la invasión ganglionar. Porque los ganglios atacados, que encontramos en el acto operatorio, son únicamente la primera hilera. Por que la forma esclerocicatricial, la que obstruye, la que hallamos habitualmente es sin lugar a duda la más benigna.

Largo sería referirme en seguida a todas las modalidades del tratamiento quirúrgico: ya de la oclusión aguda, ya de la crónica, ya del cáncer derecho, ya del izquierdo, del cáncer sigmoideano, etc. Igualmente me abstengo de considerar todas las indicaciones y hacer sus análisis. Pero, de modo general, podríamos afirmar que la colectomía en un tiempo, u operación de Reynbart, da un 46% de mortalidad; en dos o más tiempos, desciende a 13%.

Bloch exterioriza el tumor, reseca el segmento neoplásico y más tarde cierra el "fusil de dos cañones" que ha dejado formado con los cabos del colon en la primitiva intervención. Miculicz en un primer tiempo hace un ano cerca del tumor; en uno segundo reseca ano y tumor completando con una colorrafia. Wolfler hace un ano; pasado cierto tiempo quita el tumor y sutura el colon; finalmente, cierra el ano como tercer tiempo de la intervención. Pero también existen, desde luego, las operaciones paliativas: ano contra-natura; anastomosis intestinales, cortos circuitos, exclusión del segmento neoplásico.

Respecto del acto operatorio queremos recalcar en que no es necesario reseca todos los ganglios linfáticos. La invasión de estos se hace sucesivamente en el orden siguiente: 1º ganlios yuxtacólicos. 2º ganglios que acompañan las gruesas arterias cólicas. 3º ganglios preaórticos. Y es un hecho de observación corriente que casi siempre, sólo la primera serie está cancerizada, los demás ganglios solamente están inflamados.

Debemos insistir en que aquí, como en el cáncer del seno, es de

moderna cirugía extirpar en un solo bloque el neoplasma con las porciones vecinas y con el grupo ganglionar indicado.

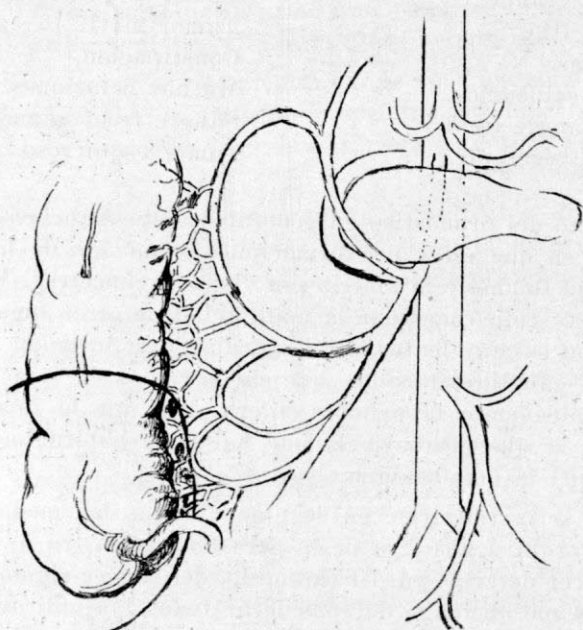


Fig. VI.

Esquema que representa la nutrición del colon ascendente.

Línea que indica los elementos que se deben quitar en bloque: ciego, apéndice, ganglios. Respetando la arteria marginal.

TERCERA HISTORIA

Extirpación parcial del colon, por cáncer del ángulo cólico derecho
Curación.

Historia Clínica.

Hospital de San Juan de Dios. Bogotá.

Clinica Quirúrgica. Servicio del Profesor Manuel José Laque.
Sala Santa Elena (Mujeres). Cama N^o 23. Historia Clínica N^o
42335.

Iniciales del nombre de la enferma: M. del C. J.

Edad: 37 años.

Estado civil: soltera.

Lugar de origen: Chía (C.).

Procedencia: Bojacá (C.).

Profesión: Oficios domésticos.

I—*Causa de entrada al Hospital.* La enferma llegó al Hospital por primera vez, el día 3 de octubre de 1942, con el objeto de solicitar tratamiento para un fuerte dolor abdominal que venía sufriendo desde hacía algún tiempo, acompañado de fenómenos dispépticos.

II—*Antecedentes familiares.* El padre de la enferma murió de una neumonía hace ya muchos años, y poco tiempo después, falleció la madre a causa de una lesión cardíaca. De dos hermanos que tuvo, uno de ellos murió sin que se sepa la causa, y el otro vive, pero padece de cólicos abdominales periódicos.

III—*Antecedentes personales.* a) *Patológicos.* La enferma dice haber gozado anteriormente de buena salud, y sólo recuerda de una fiebre tifoidea y de un ataque de viruelas que sufrió en los primeros años de su vida.

b) *Ginecológicos.* Menarquia a los 13 años. Reglas normales con ausencia de flujos patológicos.

c) *Obstétricos.* Negativos.

d) *Traumáticos.* Hacía diez meses que había sufrido un fuerte traumatismo sobre el abdomen, motivado por una caída accidental.

IV—*Enfermedad actual.* Cuando nuestra paciente vino al Hospital por primera vez, hacía ocho meses que había comenzado a sentir dolor, sobre todo post-prandial, que se iniciaba en el hipocondrio derecho, para irradiarse luego al epigastrio, al flanco y a la fosa ilíaca del mismo lado, y por último, generalizarse a todo el abdomen. Simultáneamente fueron apareciendo otros fenómenos patológicos, tales como inapetencia, náuseas, vómitos y diarreas paroxísticas, sanguinolentas en algunas ocasiones. Todos estos síntomas se iban haciendo cada vez más intensos, hasta el punto que el dolor llegaba a privar a la enferma del conocimiento, quedando postrada, pálida y bañada en sudores fríos.

El cuadro clínico descrito, fue produciendo un estado de desnutrición muy marcado, que se manifestaba por el gran enflaquecimiento y pérdida de fuerzas que acusaba la enferma.

V—*Examen de la enferma.* a) *Inspección general.* La paciente, de raza mestiza, se presenta muy enflaquecida, deprimida, en estado asténico general.

b) *Piel y mucosas.* La piel presentaba algunas cicatrices de las antiguas viruelas, seca, de tinte sub-ictérico, sin pániculo adiposo. Pálida lo mismo que las mucosas bucal y conjuntival que demostraban un estado anémico, aunque no muy acentuado. El cuadro térmico era irregular, con febrícula cotidiana.

c) *Aparato circulatorio.* Pulso débil, hipotenso, de una fre-

cuencia de 100 pulsaciones por minuto. La tensión arterial Mx. era de 100 mm. de mercurio y la Mn. de 50 mm. Ruidos cardíacos atenuados.

d) *Aparato urinario.* Las orinas habían sido escasas y densas, quizás por los vómitos y la diarrea. A la palpación del abdomen se percibía en la región del hipocondrio derecho y parte alta del flanco del mismo lado, un tumor de contornos imprecisos, doloroso, moderadamente desalojable, de consistencia firme, que hacía pensar, entre otras cosas, en un tumor renal.

e) *Aparato digestivo.* Lengua saburral, dentadura incompleta y en mal estado. La inspección del abdomen no informaba sobre ningún dato especial. A su palpación se descubría el tumor a que ya hicimos referencia. La percusión era más timpánica del lado izquierdo, como si en esta zona se hubiese colectado gran cantidad de gases intestinales.

Los demás órganos y aparatos no presentaban anormalidad apreciable.

VI—*Exámenes de Laboratorio.* El día 14 de octubre se le practicaron exámenes de orina, sangre y materias fecales, cuyos resultados son los siguientes:

Orina: Albúmina, no hay.

Glucosa, no hay.

Sedimento, nada especial.

Sangre: Numeración globular y fórmula leucocitaria:

Hematías, 3.660.000 por mm³.

Leucocitos, 11.400 por mm³.

Polimorfonucleares neutrófilos, 60%.

Eosinófilos, 5%.

Linfocitos pequeños, 24%.

Grandes mononucleares, 4%.

Mielocitos neutrófilos, 7%.

Azohemia, 0,22 grs. por mil.

Glicemia, 1 gr. por mil.

Tiempo de coagulación (Lee y White), 10 minutos.

Materias fecales: *Parasitismo* intestinal, negativo en la muestra examinada.

Sangre oculta, *Positivo intenso.*

Por haber tenido fundamentos para sospechar un tumor renal, el día 17 de octubre, la enferma fue enviada al Laboratorio de Rayos X, con el diagnóstico clínico de "Tumor del riñón derecho". El informe del examen radiológico practicado en la fecha, y marcado con el N° 37297, dice así: "En las placas radiográficas de la región renal, practicadas 5, 10, 20 y 25 minutos después de la inyección

intravenosa de 20 c. c. de Uroselectan, se ve la sombra del riñón derecho de tamaño, forma y posición normales; los cálices, bacinete y uretere se inyectan bien y la eliminación se hace regularmente. La vejiga muestra gran cantidad de líquido opaco. No aparece ninguna sombra que muestre tumor del riñón derecho.

Fdo. *Falla Orozco*"

El 19 de noviembre, la enferma fue enviada nuevamente para examen a los Rayos X, esta vez con diagnóstico clínico de "Carcinoma del ángulo cólico derecho. Este segundo informe marcado con el N° 37416, dice así: "En el examen radiológico del colon, hecho por medio de un enema opaco y por insuflación de aire, se encuentra una disminución del calibre del intestino, que interesa la extremidad derecha del colon transverso, el ángulo hepático y la extremidad superior del colon ascendente. Los contornos de este sitio son irregulares y la mucosa está completamente alterada. Este examen demuestra la presencia de un carcinoma del ángulo hepático del colon.

Fdo. *Francisco Convers*".

VII—*Diagnóstico*. El diagnóstico clínico de carcinoma del ángulo cólico derecho, que encuadraba en los síntomas y signos cardinales presentados por la enferma, fue ratificado por el examen radiológico del colon, cuyo resultado hemos transcrito.

Sentado en el diagnóstico positivo, se procedió a preparar la enferma inmediatamente, con medicaciones antianémica, antitóxica, tónica y estimulante general, para intervenir con la mayor celeridad. El día 3 de diciembre de 1942 se trató el caso quirúrgicamente.

VIII—*Intervención quirúrgica*. Anestesia general. Laparotomía infra-umbilical pero siguiendo el borde externo del músculo recto anterior derecho. Extirpamos en bloque, ciego, apéndice, colon derecho y mitad derecha del colon transverso con sus ganglios. Cerramos sin drenaje.

IX—*Post-operatorio*. La enferma fue sometida a un tratamiento a base de las mismas medicaciones que se habían empleado en el pre-operatorio, aunque en forma más intensa y multiplicando los cuidados de vigilancia. Dentro de los nueve primeros días que siguieron a la operación, la temperatura osciló entre 37 y 38 grados, y el pulso entre 100 y 115 pulsaciones por minuto, para regresar después de este tiempo, al estado normal. Por infección de la herida abdominal, se formó una fistula que fue desapareciendo lentamente, hasta extinguirse por completo dos meses más tarde.

La pieza extirpada fue remitida al Laboratorio de Anatomía Patológica el mismo día de la operación, es decir, el 3 de diciembre, con el diagnóstico clínico de "Carcinoma del ángulo cólico derecho". El 31 de diciembre fue enviado el informe N° 28667 correspondiente al examen practicado a nuestra pieza operatoria por dicho Laboratorio, y que a la letra dice: "*Descripción macroscópica:* La pieza se compone de la parte derecha del colon que comprende el ciego, apéndice y colon ascendente. La consistencia es blanda, excepto en la parte media de la masa, en donde se aprecia una zona dura, nodulosa, de bordes difusos, mal limitados. La pieza en conjunto mide: 19 por 9 por 3.5 cms. La superficie está recubierta por serosa, en donde se aprecian algunas adherencias. Color gris rosado. El corte practicado sobre la zona dura, descrita antes, presenta cierta resistencia al cuchillo. Las paredes son gruesas, de superficie lisa unas veces y finamente granulosa, otras. La luz del intestino está reducida y deja escapar un líquido viscoso de color chocolate.

Diagnóstico microscópico: Adenocarcinoma del colon. Los cortes muestran intestino grueso. Hay un neoplasma maligno, desarrollado a expensas de la capa interna. El poder de infiltración es muy moderado. El epitelio de los fondos de saco glandulares presenta hiperplasia. Las células son polimorfas, muy ricas en cromatina, de tamaño variado y con abundantes figuras de división indirecta. Se ven áreas de necrosis. En las capas muscular y serosa hay reacción inflamatoria con edema y abundante infiltración leucocitaria poli y mononuclear. No hay evidencia de invasión a los ganglios linfáticos. Apéndice normal. El Jefe de la Sección,

Fdo. M. Sánchez Herrera"

La enferma salió del Servicio, por curación, el día 26 de febrero de 1943.

Ocasionalmente nos la encontramos de nuevo el día 13 de septiembre de 1944, y le rogamos el favor de hospitalizarse para poder controlar el caso, clínica y radiológicamente. Atendiendo nuestra exigencia, reingresó al Servicio en la fecha indicada.

Al interrogarla sobre su estado general, nos confiesa cómo los síntomas tan variados y mortificantes que le indujeron a acudir al Hospital hace dos años, han desaparecido por completo después de la operación, pudiendo gozar desde entonces de un excelente estado de salud, que le ha permitido regresar a sus quehaceres habituales.

El examen físico demuestra una mujer robusta, de magníficas condiciones fisiológicas, en quien toda la economía funciona normalmente. Sobre el abdomen sólo se aprecia la cicatriz consecutiva

a la intervención quirúrgica, sin que a la palpación profunda se descubra tumor ni dolor provocado alguno, en ningún punto de la cavidad abdominal en particular, ni del organismo en general.

El 15 de septiembre se le practicaron los siguientes exámenes de Laboratorio:

Orina: Densidad, 1020.
Albúmina, no hay.
Glucosa, no hay.
Células de descamación, ++.
Bacterias, +.

Sangre: Numeración globular y fórmula leucocitaria:
Hematíes, 5.100.000 por mm³.
Leucocitos, 6.400 por mm³.
Polimorfonucleares neutrófilos, 66%.
Eosinófilos, 1%.
Linfocitos pequeños, 27%.
Grandes mononucleares, 5%.

Azohemia, 0.30 grs. por mil.

Glicemia, 1 gr. por mil.

Tiempo de coagulación (Lee y White), 6.5 minutos.

Materias fecales: Parásitos intestinales, negativo en la muestra examinada.

Sangre oculta, negativo.

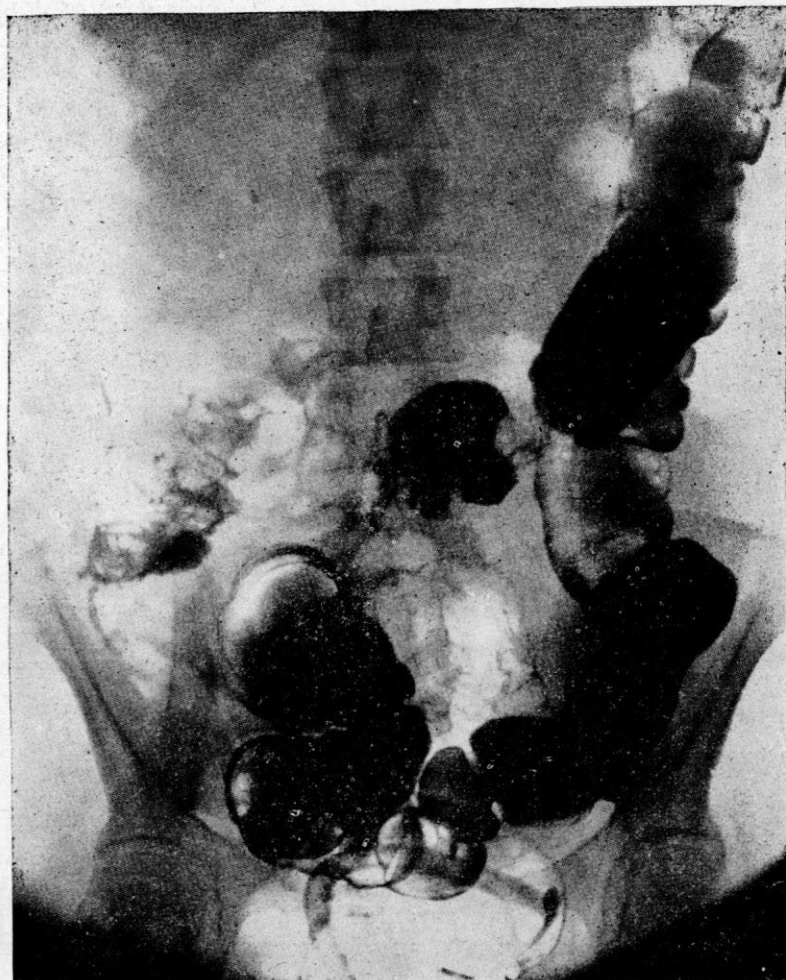
El 25 del mismo mes se llevó a efecto el primer examen radiográfico de control, con diagnóstico clínico de "Colectomía parcial derecha", del que se obtuvo el siguiente resultado: "En el examen fluoroscópico del tórax no encontré nada patológico.

El estómago es de tamaño y forma normales y no se ve ninguna deformación en sus paredes. La evacuación gástrica se realiza normalmente. La imagen del duodeno es normal. En el yeyuno solamente señaló la presencia de un áscaris. El recorrido del bario en el yeyuno y en el íleon es normal y desemboca en el colon transverso.

Fdo. *Francisco Convers*".

Esta placa está marcada con el número 40478.

Por último, la enferma acudió con el mismo diagnóstico clínico, a un segundo examen radiológico de control, el 28 del citado



Enferma M. del C. J.

Radiografía tomada antes de la intervención. (19 de noviembre de 1942). "Este examen demuestra la presencia de un carcinoma del ángulo hepático del colon". (Fdo.) Francisco Convers.



Enferma M. del C. J.

Radiografía tomada dos años después de la intervención. (28 de septiembre de 1944). "El recorrido del bario en el yeyuno y en el ileon es normal y desemboca en el colon transverso". (Fdo.) Francisco Convers.

mes de septiembre, en el que se obtuvo una segunda placa, señalada con el mismo número de la anterior, que puede apreciarse en la figura N° 2, y cuyo informe dice así: "Se hizo un examen por medio de un enema opaco que llenó este conducto hasta la parte derecha del colon transversal; de aquí el bario pasa a las ansas del íleon y no se nota ninguna irregularidad.

Fdo. *Francisco Conyers*"

Una vez practicados estos exámenes de control, y convencidos del estado enteramente normal de nuestra paciente después de dos años de operada, se le dio de alta el día 6 de octubre de 1944.

Universidad Nacional.—Facultad de Medicina.—Departamento de Parasitología.

TECNICAS DE PARASITOLOGIA EN LA ENSEÑANZA Y EN LA PRACTICA

(Texto en preparación).

SOLUCIONES, REACTIVOS Y COLORANTES (*)

Por el doctor *Alfonso Bonilla-Naar* (1).

Accite de Cedro.

Se consigue en el comercio. Hay que especificar si se desea para aclarar tejidos o para objetivos de inmersión. En este uso ha sido desplazado actualmente por el Nujol. (Crown Immersion Oil). Véase letra C. (Crown Immersion Oil).

(*) En el caso de soluciones simplemente técnicas y cuando las cantidades pasen del 10%, es necesario hacer las pesadas con cuidado y agregar el solvente hasta llegar a 100. Ej., KOH al 25% (KOH 25 gms. y agua 75 c. c.). Hay que anotar que algunas soluciones originales se conservan idénticas, la mayoría y modificadas, de acuerdo con la finalidad perseguida. Por esto, no están acordes los textos conocidos; aún en el caso de la solución salina normal, unos citan, 7%, otros 8.5% ó 9%. En este capítulo se dirá, en todo caso, lo estrictamente necesario. Sus usos se especificarán en los capítulos correspondientes. En esta lista alfabética prima el nombre propio de los autores. (Ej.: **Giemsa**, colorante de).

Capítulo publicado especialmente para los estudiantes del Curso de 1945. PROHIBIDA LA REPRODUCCION TOTAL. SIN LA AUTORIZACION EXPLICITA DEL DEPARTAMENTO DE PARASITOLOGIA.

(1) El Autor, Ex-Preparador de Parasitología de Clínica Tropical, **Concurso**, 1939; Ex-Preparador de Parasitología de la Facultad de Medicina de Bogotá, **Concurso**, 1942; Jefe de Trabajos de Parasitología, **Nombramiento**, 1941-42, **Concurso**, 1945; Profesor Encargado de Cátedra, Parasitología, de Técnicos de Laboratorio Clínico, 1941-42, **Nombramiento**; Mjembro de la Sociedad de Biología y Medicina Tropical "Carlos Finlay", de La Habana, de la National Malaria Society, American Society of Parasitologists, etc. Estudios de especialización en Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, Baltimore.

Alcoholes. (Etilico, metílico, absoluto. etc.)

Aunque realmente el alcohol etílico comercial es de 96% para los efectos de la práctica se puede considerar de 95%.

Preparación de diferentes grados de alcohol a partir de alcohol de 95.

El principio es sencillo. Es un método aproximado, pero efectivo en las labores de la práctica diaria. Poner en la bureta graduada, alcohol de 95% hasta el número que corresponda al grado del alcohol deseado; agregar agua destilada hasta la marca 95. Ejemplo: Se quiere preparar un alcohol de 40%. Alcohol hasta la marca 40 c. c. agua destilada hasta 95.

¿Cómo hacer cuando se tengan alcoholes de diferentes grados? Tenemos un alcohol de 95 y otro de 75 y deseamos preparar alcohol de 80.

95% a 80% = 15 de diferencia. 15 volúmenes de 75 ó 3 partes.

FINAL (Se cruzan).

75% a 80% = 5 de diferencia. 5 volúmenes de 95 ó 1 parte.

Preparar para el uso corriente, alcoholes de 30, 50, 70 y 80%, en cantidades de 250 c. c.

Alcohol absoluto. No tiene prácticamente agua. Es un reactivo caro.

El Squibb es de 99.8%. Guyer recomienda el siguiente método para prepararlo en el laboratorio: Cristales de sulfato de cobre *se calientan* hasta que pierdan toda su agua de cristalización, quedando reducidos a un polvo blanco. Este es agregado en pequeñas cantidades al alcohol de 96%. El agua del alcohol se une a la sal y la vuelve de color azulado. El sulfato de cobre debe ser agregado hasta que no se note el cambio de coloración, lo que indica que toda el agua del alcohol ha sido absorbida. El alcohol es filtrado y guardado en un frasco bien seco, con tapa de vidrio segura. De la humedad, debe ser protegido, untando vaselina a la tapa.

Alcohol ácido.

Generalmente se obtiene la acidificación con el ácido clorhídrico. Hay diferentes fórmulas:

Guyer:

Alcohol al 35%	50 c. c.
Acido clorhídrico puro	3 gotas

Peacock:

Alcohol al 70%	100 c. c.
HCl. concentrado	0.5 c. c.

Este es el que venimos usando.

Alcohol alcalino.

Agrear unas gotas de bicarbonato de sodio al 0.1% alcohol de 70%.

Peacock recomienda :

Alcohol de 90%	99.5 c. c.
NH ₄ (OH)	0.5 c. c.
(Grav. Sp. 0.880).	

Alcohol metílico.

Es llamado alcohol de madera. Es venenoso y debe manejarse con cuidado. Tiene alrededor de 90 grados.

En caso de que no se conozca el grado de un alcohol, o se desee rectificar su %, se usará el alcoholímetro, que es una especie de densímetro que subirá o bajará en el alcohol de acuerdo con el poder del mismo (gravedad específica).

Alcohol-éter.

Alcohol absoluto y éter sulfúrico a partes iguales. Tapar firmemente.

Albúmina de huevo.

Clara de huevo	50 c. c.
Glicerina	50 c. c.
Salicilato de soda	1 gmo.

La clara se bate y se le quita la espuma. El salicilato puede ser reemplazado por un cristal de timol. Preservado con timol hemos usado como pegante la albúmina de huevo para colorear amibas de los cultivos, que necesitan material adhesivo. De lo contrario se cae el material puesto en la lámina durante el proceso de coloración por la hematoxilina férrica u otros procedimientos.

Aceto-carmín.

Acido acético glacial	45 c. c.
Agua destilada	55 c. c.
Carmín en polvo	En exceso.

Disolver el carmín en el ácido acético, calentar sin ebullición, enfriar y filtrar.

Bouin (fijador picro-formol-acético).

Acido pícrico, sol. acuosa saturada	75 partes
Formalina (Formol comercial 40%)	25 "
Acido acético glacial	5 "

(Agregar Ac. Acét. en el momento de preparar el fijador).

Berlesse, líquido. (Peacock).

Hidrato de cloral	160 gms.
Goma arábica	15 gms.
Jarabe de glucosa	10 c. c.
Acido acético	5 c. c.
Agua destilada	20 c. c.

La División de Malariología de Venezuela (Cova-García) usa la siguiente fórmula, para montar larvas de anopheles:

Hidrato de cloral.	100 gmos.
Goma arábica en polvo.	60 gmos.
Glicerina	40 gmos.
Agua destilada	100 gmos.

Bórax-Carmín, alcohólico. (Grenacher).

Bórax.	4 gmos.
Carmín	3 gmos.
Agua destilada	100 c. c.
Caliéntese y agréguese:	
Alcohol de 70%	100 c. c.

Dejar reposar por *dos días*. Filtrar.

Bálsamo del Canadá. (En xilol o benzol).

Aunque se consigue siempre en el comercio, se puede preparar en el laboratorio así:

Caliéntese la resina hasta que al enfriarse se vuelva frágil, quebradiza. Se disuelve en xilol hasta que se obtenga una solución no muy espesa. Para prevenir su acidificación, se le agrega un poco de mármol en fragmentos o en polvo y se filtra. Colocar el filtrado en una llama no muy fuerte y dejar evaporar hasta obtener la consistencia deseada. (Al producto comercial para evitar que se acidifique echarle mármol. Así, no se destiñen las preparaciones permanentes).

Carbol-xilol.

Fenol, cristales	1 gm.
Xilol.	3 gms.

Carnoy, Líquido fijador. (Peacock).

Alcohol etílico (100%)	75 c. c.
Acido acético glacial	25 c. c.

Justin Andrews da una variante de la fórmula anterior:

Según el War Department, así:

Acido acético glacial. 1 parte.	} 10 c. c. antes de usar.
Alcohol absoluto . . . 6 partes.	
Cloroformo 3 partes.	

"Crown Immersion Oil". (Reemplazo del aceite de cedro).

Distribuido por Techni-Products Co. Buffalo, N. Y., tiene por base un aceite mineral fino, el Nujol, llevado a un índice de refracción de 1.51 aproximadamente, por la adición de alpha-brom-naphtalina. En estudios hechos en la Universidad de Michigan se encontró que 82 partes de Nujol necesitaban de la otra sustancia 18 partes. Para probar la mezcla se recomienda introducir una varilla de vidrio. En buenas condiciones la varilla no debe verse. Si se ve, corregir el índice de refracción con la adición de uno de los componentes. (Wilcox).

Cementos.

Para sellar frascos de vidrio; impermeable. Existen muchas fórmulas comerciales.

Cemento de Apathy. (Peacock).

Bálsamo del Canadá	1 parte
Cera de parafina. (Derretida)	1 parte

Calentar en un recipiente de porcelana hasta que no produzca vapores de trementina y la mezcla se vuelva color de oro. Antes de aplicarlo, calentar la mezcla usando una espátula.

Cemento de Murray, C. H.

Se consigue ya preparado y con el nombre comercial de Murrayita. (A. H. Thomas). Hemos usado este cemento con buenos resultados para jarras de museo. Cajas de Petri, etc.

Damar. (Resina de. Disuelto en Xilol).

Esta resina disuelta en xilol o benzol es de color blanco transparente muy fácil de manejar. Se usa para montaje permanente como el Bálsamo del Canadá. Se encuentra en el comercio con el nombre de "Balsam Damar" (Coleman and Bell) distribuido por A. H. Thomas.

Se puede preparar disolviendo resina Damar, blanca, en un exceso de xilol hasta formar una solución fluida. Se deja en reposo por varias horas, se filtra por papel de filtro humedecido con Xilol. Se cubre el filtrado con papel de filtro y se deja evaporar lentamente, a la temperatura ambiente o en la estufa, hasta obtener la consistencia deseada. El recipiente debe estar siempre bien tapado.

Delafield. (*Hematoxilina*)—Guyer).

Sulfato de alumbre amoniacal	20 gmos.
Agua destilada	100 c. c.
(Sol. acuosa saturada).	

Disolver 1 gramo de hematoxilina férrica en 10 c. c. de alcohol absoluto (10%) agregar gota a gota a la primera solución. Exponer esta mezcla al aire y a la luz por varias semanas o meses; aún en dos meses no se ha "madurado", es decir que la hematoxilina por oxidación se trasforme en *hemateína*. Aconsejan para rápida maduración agregar sustancias oxidante como agua oxigenada neutralizada o exponer la solución a los rayos ultravioletas por 20-30 minutos a una distancia de dos pies. Ya "madura", filtrarla y agregarle, 25 c. c. de glicerina y 25 c. c. de alcohol metílico.

Modificación de Harris.

Guyer y colaboradores han encontrado la siguiente modificación tan buena como la anterior en trabajos de rutina:

Disolver 1 gmo. de hematoxilina en 10 c. c. de alcohol absoluto y agregarlo a una solución caliente de alumbre al 10% (20 gmos. en 200 c. c.). Llevar la mezcla al punto de ebullición y agregarle 0.5 de óxido mercúrico. Después de un minuto meter el frasco en agua fría y terminar de enfriarlo en un chorro de agua continua. Poco antes de usarlo, agregarle 4% de ácido acético. *El óxido de mercurio favorece la oxidación inmediata de la hematoxilina*, condición sin la cual, como se dijo, no colorea la solución. Para obviar el inconveniente de tener que madurar la hematoxilina, es prudente tener de antemano una buena cantidad de la solución "madura".

Sólo se necesitará agregarle los otros componente, glicerina y alcohol metílico.

Erlich, Hematoxilina-Acida. (Cable).

Mezclar 10 c. c. de ácido acético glacial a 25 c. c. de alcohol absoluto. Agregar 2 gramos de hematoxilina cristalizada. Cuando esté bien disuelta, añadir 75 c. c. de alcohol absoluto y 100 c. c. de glicerina. Calentar 100 c. c. de agua destilada y agregarle 10 c. c. de alumbre de potasio. Ya disuelto el alumbre y aún caliente, mezclar esta solución con la de hematoxilina, agitando constantemente las soluciones. Dejar "madurar".

Errecart, sol. de. (Para deshemoglobinizar gotas gruesas de T. Cruz. 1941).

Formol al 40%	1 c. c.
Acido Acético	0.2 c. c.
Sol. Salina fisiológica	100 c. c.

Formalina. (Formol).

El formol comercial es una solución saturada acuosa de formaldehído (gas) y contiene aproximadamente 40% de formaldehído en peso. Esta solución es considerada como 100% de formalina y se le diluye cuando determinadas concentraciones de formalina, que no de formaldehído, son deseadas. (Cable).

Giemsa, Colorante de.

Se consigue en el comercio en Solución Madre, que hay que diluir de acuerdo con la clase de coloración, ya sea rápida o prolongada. Menos solicitado es el colorante en polvo, también distribuido en el comercio. Hemos encontrado muy bueno el Giemsa preparado en el laboratorio, siguiendo las indicaciones de Craig.

Azur II-eosina (Grubler)	3 gms.
Azur II (Grubler)	0.8 gms.
Glicerina pura (Merck)	250 c. c.
Alcohol metílico (Merck)	250 c. c.

Disolver el Azur II-eosina y el Azur II en la glicerina a una temperatura de 60°C (140°F). Agitar el frasco constantemente. Ya disueltos los colorantes, agregar el alcohol, que ha sido *calentado a*

la temperatura de la mezcla. Agitar y dejar en reposo a la temperatura del laboratorio por 24 horas. Filtrar en un frasco de tapa hermética, estéril, de coloración oscura. Esta es la sol. madre. Durante la filtración es importante tener cubierto el embudo con papel de filtro, por ser la mezcla higroscópica. Si al ensayar el colorante se notan precipitados, filtrar hasta que estos desaparezcan.

Uso: Una vez fijado el frote de sangre (hay que fijarlo con alcohol metílico absoluto Merck, preferible) o con mezcla de alcohol y éter, partes iguales, o alcohol-acetona; estos últimos, no son frecuentemente usados. Por un tiempo de 10-15 minutos, está listo para la tinción. Generalmente una gota de la Sol. Madre para 1 c. c. de agua destilada, neutra, pH. 7.0 a 7.2 da buen resultado. Sin embargo, el mejor criterio lo dará la relación de las gotas por c. c. y el resultado de la coloración. En ocasiones hay que usar 2 gotas por cada c. c. Depende de la calidad del colorante que se usa. Si se quiere obtener una coloración más intensa, Graig aconseja, y hemos probado sus buenos resultados, agregar por cada 10 c. c. de colorante listo para su uso, una gota de una solución de bicarbonato de potasio al 1%. Es conveniente preparar previamente 4 c. c. de colorante por cada lámina por colorear. En caso de que se derrame algo por ligero desnivel de las láminas no habrá que preparar cantidades adicionales. Con esta cantidad queda cubierta completamente la lámina con el colorante. 20-30 minutos serán suficientes. Si se desea más intensa coloración (Leishmanias) dejar por mayor tiempo, o diluir más el colorante, una gota para cuatro o cinco c. c. y colorear por 24 horas. (Coloración lenta). Técnica de ahorro de colorante será descrita en el capítulo de Paludismo.

Goma Formolada, 5%.

Goma arábica en polvo	60 gms.
Formalina 5%	10 c. c.
Para conservación de huevos de mosquitos.	

Glicerina Gelatinada.

Colocar 6 gms. de gelatina granulada en 40 c. c. de agua destilada. Dejar embeber por 15 minutos. Licuar a una temperatura nunca superior a 75°C en el baño de María y filtrar varias veces con tela porosa o gasa embebida con agua caliente. Disolver 1 gmo. de fenol en 50 c. c. de glicerina y agregar a la gelatina.

Gram, colorante de (método).

Aunque su uso es rutinario en bacteriología, puede necesitarse

en Parasitología. Tomamos de War Departament. Technical Manual TM 8-227 la siguiente fórmula:

Reactivos: 1) *Colorante primario*.

Cristal violeta-oxalato de amonio en solución.

1) Cristal violeta, Solución Madre (Stock sol.) 5 c. c.:

Alcohol de 95%... .. 5 c. c.

Mezclar y agregar:

Oxalato de amonio, sol. acuosa al 1%... .. 40%

2) *Solución Yodoyodurada:*

Yodo... .. 1 gmo.

Yoduro de potasio... .. 2 mgs.

Agua destilada... .. 300 c. c.

(o, Agua dest. 240 c. c. Bicarbonato de sodio, sol. acuosa al 5%.

60 c. c.).

3) *Decolorante:*

Alcohol etílico de 95%, o acetona, o alcohol-acetona a partes iguales.

4) *Colorante de contraste.*

Cualquier colorante simple (Sol. Madre 10 c. c. en 90 c. c. de agua destilada). Más usados: fuchina básica, safranina, etc.

Técnica:

a) Se hace un frote delgado del material y se seca al aire. Se fija a la llama. Se controla la intensidad del calor colocando la lámina con frecuentes intervalos sobre el dorso de la mano. (Evítese el exceso de calor).

b) Colóquese sobre la lámina la sol. de cristal violeta durante un minuto. Derrámese el exceso de colorante.

c) Aplicar la solución yodada por un minuto y lavar con chorro de agua.

d) Decolorar con el alcohol de medio a un minuto, en una o dos aplicaciones, hasta que no salgan trazas de colorante primario. Lavar con agua.

e) Aplicar (p. ej.) la safranina por medio minuto. Lavar. Dejar secar al aire. Cuando se tiene alguna práctica, no hay necesidad de estar pendiente de tiempos precisos.

Resultados:

Se llamarán *Gram positivos* a aquellos elementos bacterianos que se tiñen en violeta. *Gram negativos*, los que toman un color rojo, y "Gram-ambophilos", los que dan resultados variables.

Preparación de una Solución Madre, o "Stock Solution".

Una sol. Stock consiste en la solución *saturada alcohólica* del colorante. Se usa el alcohol de 95%. De antemano se conoce el grado de solubilidad de los colorantes por cada cien centímetros cúbicos de alcohol. Así: Para 100 c. c. de alc. de 95%:

Cristal violeta	13.87 gms.
Fuchina básica	8.16 gms.
Azul de metileno	1.48 gms.
Safranina	3.41 gms.

La cantidad dada, o un poquito más, disuelta en alcohol, agitada con frecuencia por uno o dos días y filtrada es el proceso recomendado. El llamado Colorante, *Solución Simple*, se obtiene disolviendo 10 c. c. de la Sol. Madre en 90 c. c. de agua destilada.

Heidenhain, Hematoxilina férrica. (Véase coloración de Protozoarios Intestinales. Sección Amibas).

Hayem, Solución de.

Cloruro de sodio	1 gmo.
Sulfato de sodio	5 gms.
Cloruro mercuríco	0.5 gms.
Agua destilada	200 c. c.

Hollande, Solución pícrica de,

Acido pícrico	4 gms.
Acetato de cobre	2.5 gms.
Formol	10 c. c.
Ac. Acético Glacial	1.5 c. c.
Agua destilada c. s. p.	100 c. c.

Jugo Gástrico Artificial. (Cable).

Es una solución de pepsina en ácido clorhídrico. Aunque las cantidades varían según los autores, una solución de pepsina al

eosina, en un recipiente de boca amplia, reposar por 6 a 12 horas, agitándolo a intervalos.

4—Colectar el precipitado por filtración hecha en papel de filtro pequeño, y lavarlo por pasada de agua destilada hasta que el color del agua sea ligeramente azul. El precipitado puede ser quitado con una espátula del papel de filtro y luego secado en el horno, o el todo, papel de filtro y precipitado, llevarlo al horno. El precipitado ya seco, se guardará en una botella seca, de color oscuro. De allí se tomarán las cantidades necesarias para preparar la solución definitiva.

5—El Colorante se preparará disolviendo 0.15 gms. del polvo seco en 100 c. c. de alcohol metílico (Merck's Reagent).

Método de coloración:

Es muy sencillo. No hay necesidad de fijar previamente la extensión de sangre o de cualquiera otra naturaleza (leishmanias) pues el colorante contiene suficiente cantidad de alcohol. No hay necesidad de diluir, como el Giemsa, la solución preparada como se dijo. Colocar el colorante en el frote por dos a tres minutos. Contar las gotas usadas. Para evitar evaporación, es aconsejable cubrir las láminas con una tapa de vidrio. No es imperioso. Trascorrido los tres minutos —tiempo al parecer standard— se le agregará a la preparación, *sin derramar el colorante*, unas gotas de agua destilada neutra en número igual al del colorante usado. En este momento es cuando el colorante actúa por ionización. Dejar por 8-15 minutos. Usamos siempre: 3 minutos para la fijación, y 8 para la coloración, en coloraciones rutinarias. Otras usan 1 y 4 minutos, respectivamente. Si se desea más intensidad, prolongar el segundo tiempo. Lavar con agua corriente. Dejar secar al aire o con la ayuda de un ventilador o el aire de una pera de caucho. Colocar las láminas en dispositivos de madera, con ranuras que le den inclinación; así el agua se escurrirá. El sistema de iluminación del microscopio da un color suficiente para secar las láminas rápidamente. No dejarlas sobre él mucho tiempo.

El colorante de Leishman se encuentra en el comercio en forma de polvo —el mejor para usar— o de solución. Si se compra el polvo comercial, disolverlo como se dijo anteriormente.

Mac Neal tetracromo, colorante de.

Disolver 1 gmo. del colorante en polvo en 50 c. c. de glicerina

pura mezclada con 50 c. c. de alcohol metílico absoluto (libre de acetona). Dejar reposar por 1-2 días y filtrar.

Mayer, Paracarmin de.

Acido carmínico	1 gmo.
Cloruro de aluminio	0.5 gms.
Cloruro de calcio	4 gms.
Alcohol etílico 70%	100 c. c.

Ringer, Solución de.

Cloruro de sodio	8 gms.
Bicarbonato de sodio	0.2 gms.
Cloruro de potasio	0.2 gms.
Cloruro de Calcio (anhid).	0.2 gms.
Dextrosa (puede omitirse)	1 gmo.
Agua destilada	1000 c. c.

Roudabush, Hemateína, Método de. (Cable).

Disolver 25 gms. de alumbre de potasio en 500 c. c. de agua destilada. Mezclar en un mortero $\frac{1}{2}$ gmo. de Forbes y MacAndrews Hemateína (color index N° 1246) con 10 c. c. de alcohol de 90%. Agregar poco a poco a la solución de alumbre, agitando la mezcla. Finalmente, lavar bien el mortero con parte de la sol. de alumbre y el todo agitarlo por varios minutos. Dejar en reposo por media hora y filtrar. Usar la solución a los dos meses.

Quensel, colorante de.

Coloración vital de trofozoitos de amibas. (Véase Amibas).

Schaudinn, Fijador de. (Andrews) Cifras iniciales.

Cloruro mercúrico. Sol. Acuosa. Sat. 6 $\frac{1}{2}$ partes ó 2 partes (200 c. c.)
(Bicloruro de.)

Alcohol etílico 95% 33 partes 1 parte (100 c. c.)

Mezclar y

Agregar antes de usar:

Acido acético glacial (2-5) partes. (Cable usa 12-15)

De acuerdo con la finalidad perseguida, los autores recomiendan dife-

rentes porcentajes de ácido acético. Véase especificación en el capítulo de coloración de Protozoarios intestinales, Hematoxilina férrica. (Amibas).

SOLUCIONES

Normal, Molar, etc. Véase capítulo correspondiente. (Preparación, etc.).

Hidróxido de Sodio, Sol. para Método de Stoll.

NaOH. (Hidróxido de sodio)	4 gms.
Agua destilada	1000 c. c.

Dicromato de Potasio, grav. esp. 1.35. Solución de.

Disolver 40 gramos de dicromato de potasio en agua destilada hasta hacer 100 c. c. Comprobar la densidad con un densímetro antes de usar. Esta solución se usa en el aislamiento de huevos de helmintos de la tierra (flota por su gran grav. específica).

Sulfato de cobre Amoniácal. (Para filtro de luz en lámparas de microscopio).

Colocar en el balón de vidrio 40 c. c. de amoniaco q. p. y añadir 12 gotas de la siguiente solución:

Sulfato de cobre q. p... ..	1 gmo.
Agua destilada	5 c. c.
H ₂ SO ₄ q. p.	2 gotas.

Glóbulos blancos, solución para contaje de.

Acido acético glacial	0.5 c. c.
Agua destilada... ..	99.5 c. c.

Este líquido puede colorearse, para identificación, con azul de metileno o violeta de genciana, con una gota de la sol. al 1% de la última. Debe ser preparada cada dos semana.

Cloruro de sodio, Solución normal o fisiológica.

Hay dos fórmulas:

NaCl... ..	7 gms.
Agua destilada... ..	1000 c. c.

NaCl... ..	8.5 gms.
H ₂ O	1000 c. c.

Esta última, 8.5%, es la más comúnmente usada.

Azúcar, solución concentrada de.

Para flotación de quistes de amibas, etc. Se puede usar como sustituto del sulfato de Zinc (Faust) 20 gramos de azúcar de caña en 100 c. c. de agua destilada. grav. esp. 1.080. (Hegner).

Sulfato de zinc, solución de. (Grav. esp. 1.18).

Para la técnica original de Faust o sus Modificaciones (Otto, etc.).

ZnSO ₄ ·7H ₂ O. U. S. P. Merck.	331 gms.
Agua destila	1000 c. c.

—O—

Sulfato de Zinc	371 gms.
Agua corriente	1000 c. c.

Fórmulas de acuerdo a Otto et al.

Yodoyodurada, solución. (Quistes de protozoarios, huevos de helmintos).

Existen muchas fórmulas al respecto. La más precisa es la de D'Antoni, estandarizada. Es dispendiosa su preparación. (Véase Craig, Laboratory Diagnosis of Protozoan Diseases, pág. 44). Magníficos resultados se obtienen con las soluciones de Lugol. Sólo que se deterioran rápidamente. Hay que estarlas preparando constantemente. Craig da la siguiente fórmula que hemos usado:

Yodo cristalizado	5 gms.
Yoduro de potasio	10 gms.
Agua destilada	100 c. c.

Disolver el yoduro de potasio en un frasco limpio con agua destilada. Agregar poco a poco los cristales de yodo agitando hasta solución completa. Filtrar y guardar en un frasco de tapa segura. Debe conservarse en la oscuridad y distribuirse en los frascos goteros comunes de laboratorio. Qjalá cada 15-20 días se prepare la solución. Otros autores recomiendan soluciones débiles de yodo 1% y de yoduro de 2%. La solución se puede hacer más débil o más fuerte de acuerdo con los resultados, si colorea demasiado o poco los huevos o quistes de parásitos. La mezcla de yodo y eosina preconizada por Donaldson no la hemos encontrado ventajosa. Se pretende buscar un fondo rosado, de contraste.

Tintura de Yodo. (Antiséptico, desinfección de la piel, operaciones, etc.).

Yodo metálico	10 gms.
Yoduro de Potasio	4 gms.
Alcohol de 95%	136 c. c.

Wright, Colorante de.

Es muy semejante a la preparación del Leishman. Craig lo considera insuperable, tan bueno como el Giemsa, siempre que se prepare en el Laboratorio, con material de primera calidad o venga de reconocida casa de productos. Preparación: Disolver 0.5 gms. de bicarbonato de sodio en 100 c. c. de agua destilada. Agregar lentamente, agitando, 1 gmo. de Azul de metileno (Grubler o National Aniline Co. U. S. A.). Calentar esta solución por una hora en un esterilizador de Arnold. Dejar enfriar. Casi nunca se alcanza a disolver el azul de metileno completamente. Después, se le agregará a esta solución, otra de eosina, de las mismas casas de productos, conteniendo 1 gmo. de la sustancia para 1000 c. c. de agua destilada. No agregar esta solución hasta que la otra no esté perfectamente enfriada y haya sido puesta en un platón de porcelana. Entonces, hacerlo, lentamente, agitando la mezcla, hasta que un definido precipitado se forme y un color verde metálico se aprecie en la superficie de la mezcla. Un buen criterio para saber cuando suspender la adición de la eosina, dice Craig, es poner un poco de la mezcla en un pedacito de papel de filtro. Se formará una mancha azul intenso, en el centro con un halo rojo en la periferia. Cuando esto acontezca, se dejará en reposo la mezcla por 15 minutos y se filtrará luego en papel de filtro pequeño. Se procederá a la obtención del polvo colorante de igual manera como se dijo para el Leishman, llevando al horno a 60°C. Guardar en frasco seco y oscuro.

Preparación: de la solución colorante: 0.30 gms. para 100 c. c. de alcohol metílico de buena calidad (Merck's Reagent). Agitar enérgicamente y filtrar. Llevar con alcohol metílico al volumen inicial de 100 c. c. El método seguido para el Leishman es aplicable para el Wright. Sólo que hay que tener especial cuidado por la evaporación. Si se quiere ahorrar colorante, bastará delimitar la zona de acción del colorante con lápiz de cera. El tiempo inicial de fijación con el colorante no deberá pasar de 3 minutos. Después agregar agua neutra, el mismo número de gotas usadas del colorante, como para el Leishman, y dejar por un tiempo de 5 a 20 minutos. Tiempo corriente, 8 minutos.

Zenker, Fijador de.

Zenker-acético. (War Department. TM-8-227).

Zenker-formol. (Helly).

Bicromato de potasio. 2.5 gms.
 Sublimado corrosivo. . . . 5.8 gms.
 Agua destilada 100 c. c.
 Acido acético (antes de
 usarlo). 5 c. c.

Lo mismo que la fórmula anterior, con el cambio del ácido acético por formalina, 5 a 10 c. c. antes de usarlo.

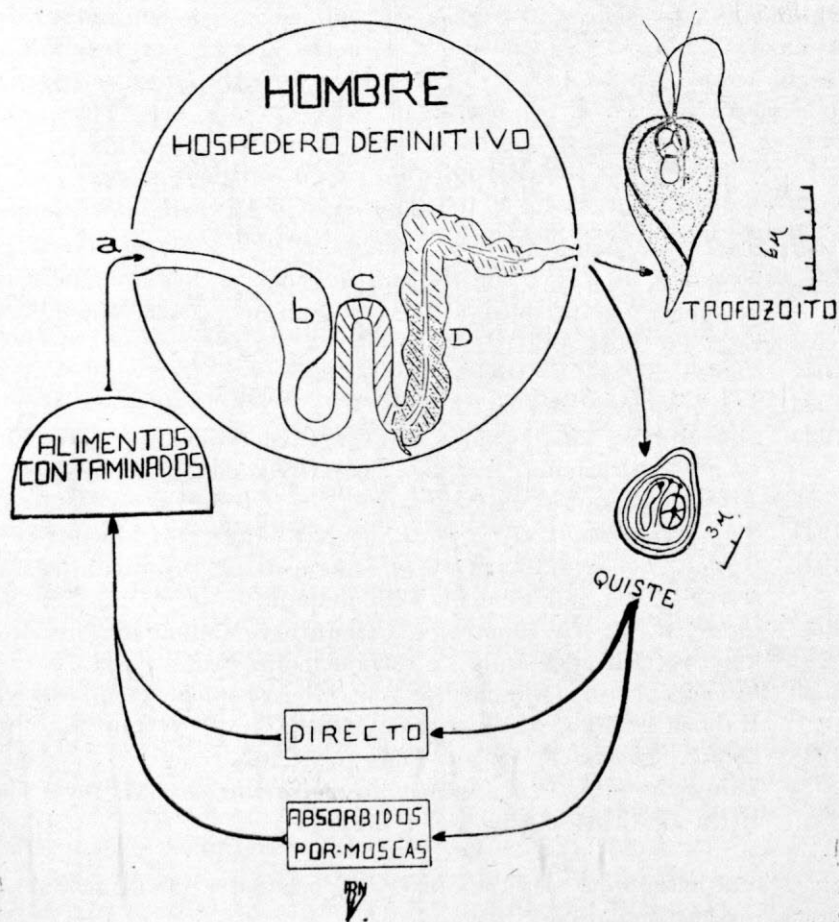
Bibliografía (*).

- 1930 *Hegner, R. and Andrews, Justin.* Problems and methods of Research in Protozoology. (Contribución de varios autores). 466. Macmillan Co. New York.
- 1931 Thomas, A. H. Ya citado. Reagents.
- 1935 *Peacock, H. A.* Ya cit. 132.
- 1939 *Cora-García, Pablo.* Notas sobre los Anofelinos de Venezuela y su identificación. Pág. 29. Pub. División. Malariología. N^o 2. Caracas.
- 1941 *War Department.* TM. 8-227. Ya cit. Págs. 147-148-408.
- 1942 *Craig, Charles F.* Laboratory Diagnosis of Protozoan Diseases. 145. Lea and Febiger. Philadelphia.
- 1942 *Cable, R. M.* An Illustrated Laboratory Manual of Parasitology. 98. Burgess. Pub. Co. Minneapolis. Minn.
- 1943 *Wilcox, Aimee.* Manual for the Microscopical Diagnosis of Malaria in Man. National Inst Health. Bull. N^o 180. Pág. 24.
- 1943 *Guyer, Michael F.* Ya cit. Págs. 7 y 230.
- 1944 *Talice, Rodolfo V.* *Enfermedades Parasitarias.* 557. Ed. Científica sindicato médico del Uruguay.

(*) El número que sigue al título de la publicación corresponde al capítulo o página consultados.

CICLO EVOLUTIVO DEL CHILOMASTIX MESNILI

(Life Cycle Chart of *Chilomastix mesnili*) (*).



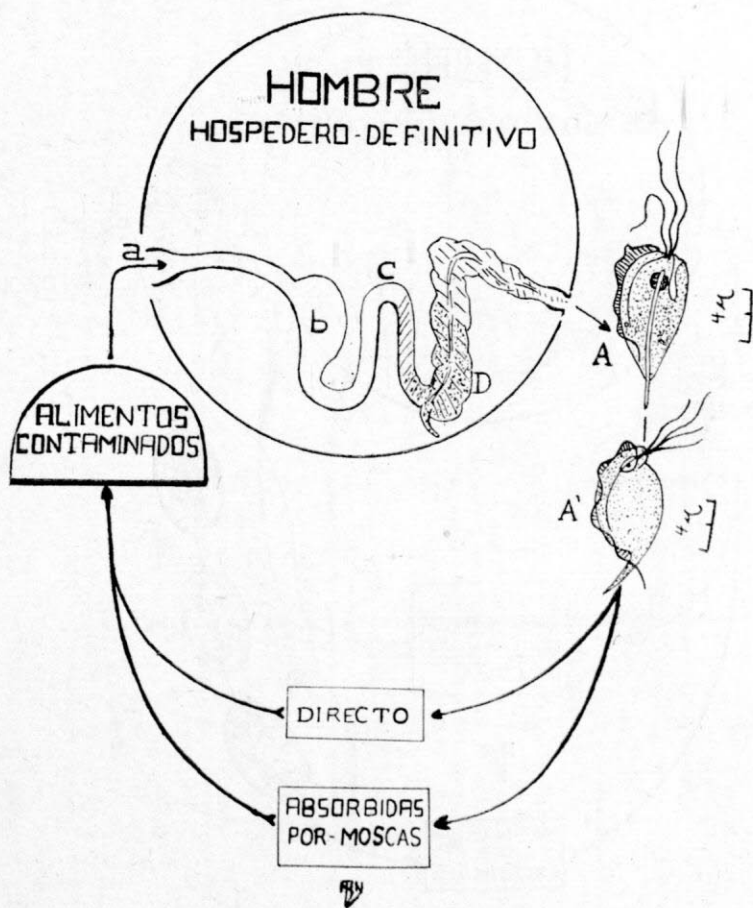
(*) Colección original del doctor ALFONSO BONILLA-NAAR. — Bogotá, Colombia.

(Original Collection. All rights Reserved. The Author).

Trofozoito y quiste según Faust.

CICLO EVOLUTIVO DEL TRICHOMONAS HOMINIS

(Life Cycle Chart of *Trichomonas hominis*) (*).



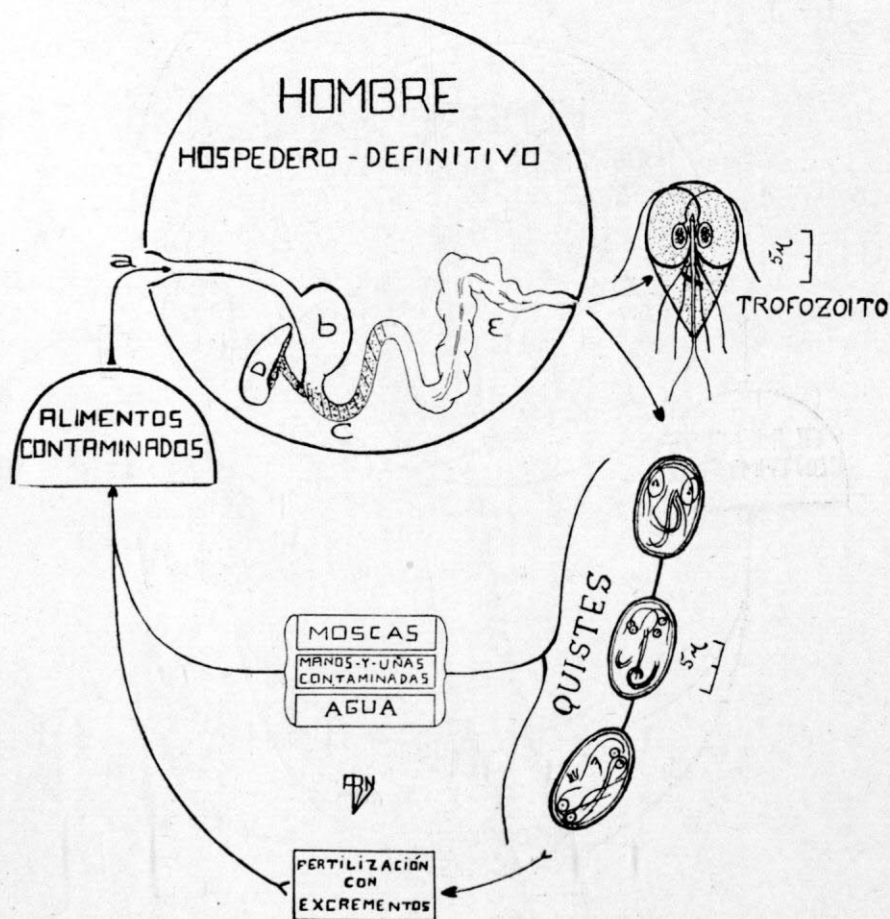
(*) Colección original del doctor ALFONSO BONILLA-NAAR. — Bogotá, Colombia.

(Original Collection. All rights Reserved. The Author).

Trofozoitos (A) según Faust y (A') según Wenyon.

CICLO EVOLUTIVO DE LA GIARDIA LAMBLIA

(Life Cycle Chart of Giardia lamblia) (*).



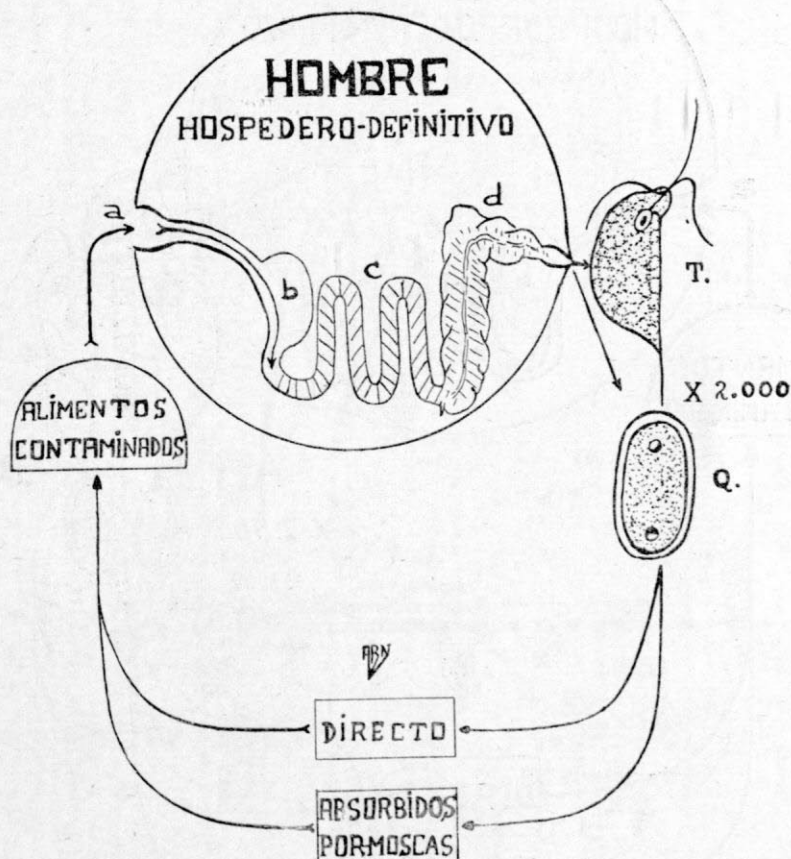
(*) Colección original del doctor ALFONSO BONILLA-NAAR. — Bogotá, Colombia.

(Original Collection. All rights Reserved. The Author).

Quistes, según Wenyon.

CICLO EVOLUTIVO DE LA ENTEROMONAS HOMINIS

(Life Cycle Chart of Enteromonas hominis) (*).



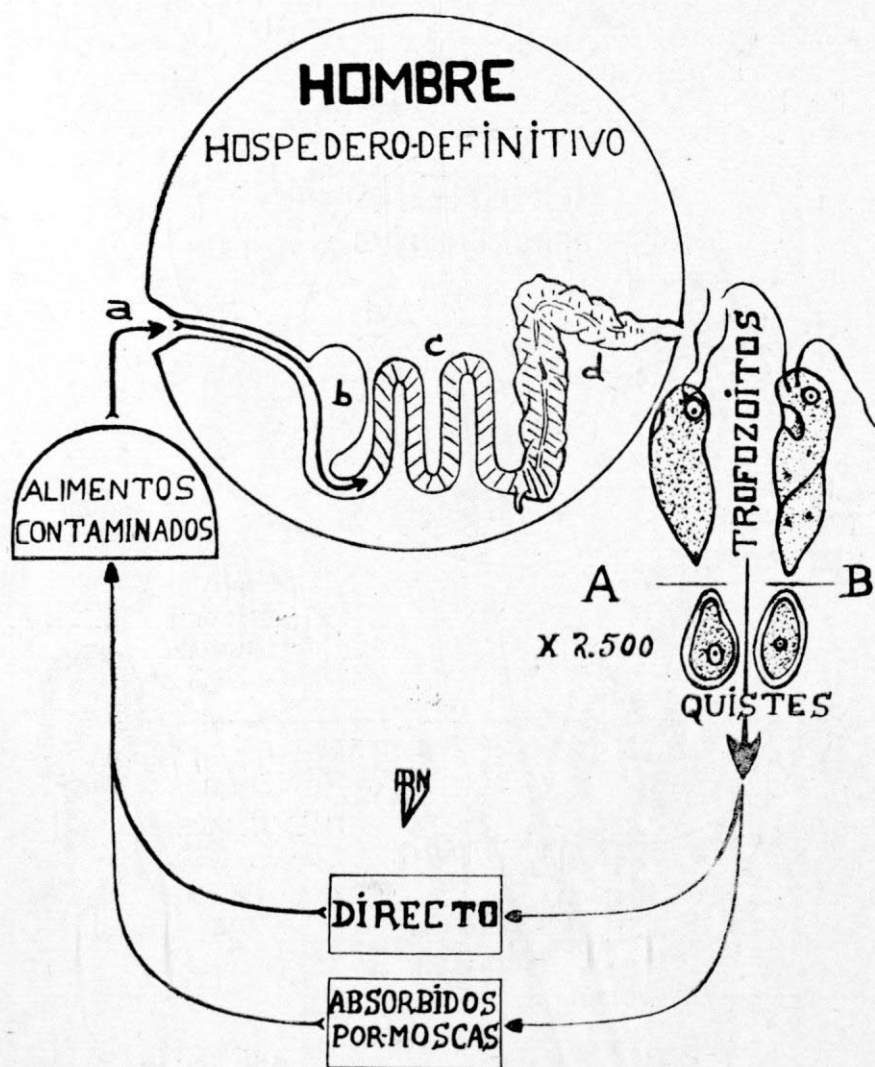
(*) Colección original del doctor ALFONSO BONILLA-NAAR. — Bogotá, Colombia.

(Original Collection. All rights Reserved. The Author).

T., trofozoito, y Q., quiste de *Enteromonas hominis*, según Faust, modificado de Wenyon y O' Connor.—X, 2.000.

CICLO EVOLUTIVO DE LAS EMBADOMONAS (intestinalis y sinensis)

(Life Cycle Chart of *Embadoomonas intestinalis* and *sinensis*) (*).



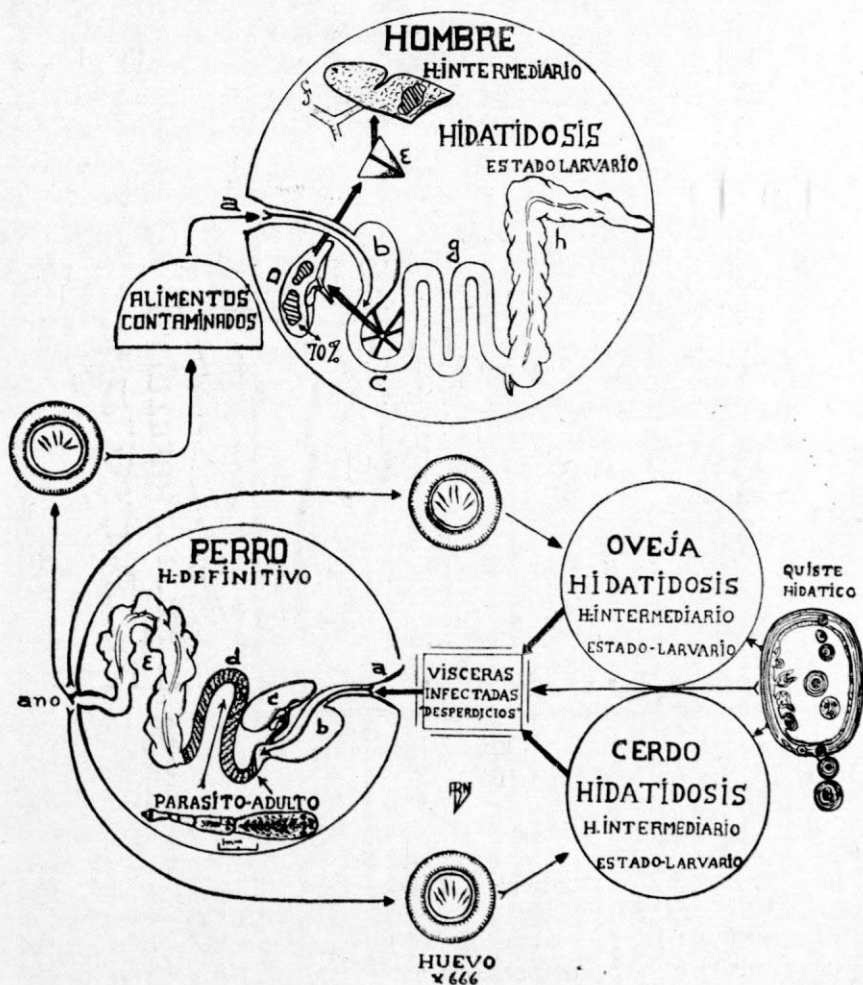
(*) Colección original del doctor ALFONSO BONILLA-NAAR. — Bogotá, Colombia.

(Original Collection. All rights Reserved. The Author).

A, Trofozoito y quiste de *E. intestinalis*. B, Trofozoito y quiste de *E. sinensis*. Según Faust. X 2.500.

CICLO EVOLUTIVO DE LA TAENIA ECHINOCOCCUS GRANULOSUS

(Life Cycle Chart of Taenia Echinococcus granulosus) (*).



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

(Original Collection. All rights Reserved. The Author).

Huevo, según Faust. Adulto, según dibujos de Kouri y L. M. Alonso. Quiste, según Leukart.

SIFILIS Y PENICILINA

Por el doctor *Rafael Peralta C.*

EXPERIMENTACION CLINICA DE 500.000 UNIDADES OXFORD DE PENICILINA LAKESIDE Y DE 300.000 UNIDADES OXFORD DE PENICILINA HEYDEN.

(Complementadas con trescientas mil unidades de Penicilina Parke Davis).

Dr. Rafael Peralta C.

(Ensayo clínico verificado por orden de la Comisión de Especialidades Farmacéuticas de Colombia al Miembro de ésta, doctor Rafael Peralta C., Ex-Jefe de Clínica Obstétrica del Hospital San Juan de Dios de Bogotá).

Historia N° 547 de 1945. Clínica Obstétrica. Servicio Prof. Mónica. (Sépticas *Diagnóstico*: Primípara. Aborto completo de 4½ a 5 meses, en el Hospital. Cefálica. Femenino. SIFILIS SECUNDARIA. PENICILINOTERAPIA.

Descripción clínica.

Mayo 2. Aborto normal y completo. Se hace el diagnóstico de Sífilis secundaria con cuatro placas mucosas inconfundibles: sífilides pápulo-erosivas, dolorosas, de color jamón, del tamaño de una moneda de 1 centavo, localizadas en la región vulvo-perineal, tres en el gran labio izquierdo y una en el gran labio derecho; por relación de contagiosidad una lesión derecha resultó frente a una lesión izquierda y la más inferior de este lado interesaba la zona perineal.

Mayo 4. Reacciones de Wassermann y Kahn: POSITIVAS TOTALES (++++).

Mayo 5. Se aplica 914 de 0,30 grms.

Mayo 11. Con las lesiones en el mismo estado y con el deseo de ensayar la Penicilinoterapia en la Sífilis, se resuelve escoger y

aprovechar la presente observación y se inició el tratamiento con la siguiente técnica: Solución con 20 c. c. de Suero Hayen esterilizado en cada frasquito de 100.000 Unidades de Penicilina, o sea a la concentración de 5.000 U. por c. c.; aplicar la primera y segunda inyecciones a la dosis de 5.000 U. (1 c. c.) cada una y con intervalos de 3 horas; luego desde la tercera inyección poner 20.000 U. cada 3 horas; seguir la vía intramuscular, aplicar en total un millón cien mil unidades (1.100.000 U.).

Comentarios.

Se cumplió la técnica preconizada y en el curso de unos 7 días se completó la dosis total de 1.100.000 Unidades Oxford de Penicilina. Esta fue fácilmente soluble, dio color amarillo claro y la tolerancia en la enferma fue satisfactoria. Se anota que no se cumplió con precisión matemática *la ley de la hora de aplicación* y que hubo involuntarias y adjetivas interrupciones debido al trabajo que tienen que desarrollar en el Servicio las Enfermeras encargadas de inyectar la Penicilina. Las primeras 500.000 U. que se aplicaron correspondieron a la marca LAKESIDE, las 300.000 U. siguientes a la marca HEYDEN y estas 800.000 U. pertenecían al ensayo ordenado por la Comisión de Especialidades Farmacéuticas; las 300.000 U. restantes correspondieron a la marca Parke Davis y pertenecían a la existencia de Penicilina en la Sala de Maternidad.

La evolución de las lesiones con control médico directo más el interrogatorio a la enferma, indicó cierta modificación favorable al tercer día de tratamiento porque había disminuído el síntoma dolor, pero ninguna modificación en los caracteres físicos de las placas mucosas; al quinto día el color y tamaño de ellas traducían mejoría notoria, al décimo día se pudo decir que "la cicatrización avanzaba bastante" y el día de la salida de la enferma del Hospital, (no fue posible que permaneciera mayor tiempo) a los 13 días del principio del tratamiento, el último examen demostró la cicatrización de las lesiones.

Las Reacciones de Wassermann y Kahn en la sangre tomada el 23 de mayo dieron la misma Positividad de mayo 4.

Como se deduce, clínicamente hubo mejoría porque las lesiones abiertas se cerraron y además cedieron las características del período de actividad sifilitica, pero en un tiempo mayor al acostumbrado con los modernos tratamientos antilúeticos masivos, y si por ejemplo en vez de Penicilina se hubiera aplicado Mafarside o Arseclor, la cicatrización de las placas mucosas habría sido más rápida. Eso sí, la "modesta" inyección de 914 no favoreció la cicatrización y ni siquiera intervino en ella ya que a los 6 días de aplicada, fecha en que se comenzó la Penicilinoterapia, las lesiones estaban en el mismo estado del día 2 de mayo en que se diagnosticaron y

por el contrario, esos 0,30 grms. de 914 mejor hicieron una "reactivación". Mas serológicamente ocurrió lo que era de esperarse: *las mismas cuatro cruces* (++++) que existieron antes de la aplicación de Penicilina, y era de esperarse así ya que si con el Mafarside, por ejemplo, sucede idéntico resultado en los 2 a 6 meses que siguen a la iniciación del tratamiento porque en dicho lapso el organismo aún tiene "anticuerpos" o "reaginas" defensivas que en el mecanismo íntimo (teórico o no) de la reacción biológica explicaría la Positividad de ésta, no obstante la acción definitiva que hoy tiene el arsenical trivalente para *cadaverizar* al treponema, con mayor razón tiene que ocurrir con la Penicilina que biológica y etiológicamente ejerce una acción bacteriostática contra los cocos y no espirocheta contra el treponema.

A la presente enferma habrá que observarla todavía y para ello se utilizaron los mejores medios para no desvincularla del Hospital; habrá que repetirle las reacciones serológicas y si llegare el momento en que hubiere que tratarla con Arsenicales, lo seguro, racional y científico, será no vacilarlo.

La Comisión de Especialidades Farmacéuticas de Colombia tendrá en cuenta las reflexiones anteriores; ante ella no puede informar de eficacia o ineficacia terapéuticas absolutas, sino que se trataba de Penicilina, que hay que esperar para tener un criterio de certeza porque hasta ahora se asiste a una experimentación, y propongo los tipos de AUTOS ya conocidos para el Licenciamiento de Penicilinas.

BIBLIOGRAFIA

Terapia "Life". Noviembre-Diciembre, 1944. Penicilino-Terapia de Sífilis.

Notas Terapéuticas Parke Davis, Vol. XXXVII. Núm. 6-1944. Número especial dedicado a la SIFILIS y su Tratamiento.

J. Darier. *Precis de Dermatologie*. Quatrieme edition.

Hermann Rein. *Fisiología humana*. Cuarta edición.

PARASITOLOGIA. TRABAJOS AISLADOS. (TREMATODES-ARTROPODOS)

Por el doctor *Alfonso Bonilla-Naar*.

(*Continuación*).

(29 trabajos. 1888-1944).

- 1888 PROTO GOMEZ y G. DURAN BORDA.
"Estudio sobre la causa de la muerte de las moscas en Bogotá". Pág. 65. Junio. 4559. R. M. B.
- 1906 FRANCO ROBERTO.
"Apuntes sobre el *Argas reflexus* de Bogotá". Pág. 103. 4563. R. M. B.
- 1907 URIBE BOTERO, A.
"El *Argas reflexus*, parásito del hombre". Pág. 199, 4563. (Se habla del primer hallazgo del Prof. J. E. Manrique. Traducción de la *Semaine Medicale*). N. C.
- 1913 LLERAS ACOSTA FEDERICO.
"Informe sobre la extinción de la langosta por el procedimiento D'Herelle". Sección de Guaduas. Pág. 351. 4565. R. M. B.
- 1914 ANZOLA PEDRO PABLO.
"Garrapatas". Pág. 298. 4566. R. M. B.
- 1917 GONZALEZ RINCONES R.
"Sobre la existencia posible de *habronema* muscae en las moscas de Barranquilla y Caracas". Pág. 267, 4571. R. M. B.
- 1919 MOLANO DE LA TORRE DANIEL.
"Mosca doméstica, su peligro, medios más fáciles para destruirla". Tesis. Bogotá.
- 1925 URIBE PIEDRAHITA CESAR.
"Notes of two Venezuelan xiphidocercariae". Reimpreso del J. Of. Parasitology. March. Vol. 11. p-p. 125-134. Bibl. Folletos. 7536.

- 1929 DUNN L. H.
"Notes on some insects and others arthropods affecting man and animals in Colombia". Am. Trop. Med. Vol. IX.
- 1930 DIRECCION.
"Notas sobre algunos insectos y otros artrópodos nocivos para el hombre y los animales en Colombia". (Reproducido del American Journal of Trop. Med. Vol. IX. N° 6). Pág. 321, 6457. Rev. Med. de Colombia.
- 1933 VELASQUEZ Q. JOSE.
"Algunas indicaciones sobre la garrapata". Publicación aislada. Manizales. (Cita del mismo autor en su trabajo sobre Piroplasmosis. Acad. Nal. Med. N. C.).
- 1937 BOTERO JARAMILLO LUIS Y RODRIGUEZ ESTRADA F.
"Evolución del *Ornithodoros talaje*". Bol. Clínico Antioquia Pág. 376. Año III, N° 6. Marzo.
- 1937 ANTUNES P. C. A.
"Informe sobre una investigación entomológica realizada en Colombia". Rev. Fac. Nal. Vol. VI. N° 2. Agosto.
- 1939 BRUMPT EMILE.
"Braconidos del algonodero". Honroso concepto del autor al trabajo del doctor Luis M. Murillo, en carta al doctor López Ruiz. Medicina y Cirugía del Atlántico. Vol. VI. N° 11. Noviembre.
- 1939 FRANCO F. ROBERTO.
"Informe sobre el trabajo del doctor Ernesto Osorno Mesa, titulado: "Las Garrapatas de la República de Colombia", presentado el 14 de noviembre de 1939". Anuario de la Acad. Nal. de Med. 1938-40. Pág. 430.
- 1939 OSORNO MESA ERNESTO.
"Las garrapatas de la República de Colombia. Comunicación a la Academia Nacional de Medicina, el 14 de noviembre de 1939. Anuario de la Acad. Nal. de Med. 1938-40.
- 1941 BONILLA NAAR ALFONSO.
"Trabajos prácticos de enseñanza. *Suprafamilia Ixodidae*. (Seis especies colombianas. N. C.). Rev. Lombana. Vol. VI. N° 4. Diciembre.
- 1941 PATIÑO CAMARGO LUIS.
"Artrópodos hematófagos de la fauna colombiana". Rev. Fac. Med. Pág. 23. Vol. IX. N° 1.

- 1941 BONILLA NAAR ALFONSO.
"Programa de los Trabajos Prácticos del Curso de Parasitología". Fac. Nal. de Medicina. Desarrollado como Jefe de Trabajos. 1941-42. Bogotá. En mimeógrafo.
- 1941 BONILLA NAAR ALFONSO.
"Conferencias de Parasitología". En máquina de escribir, dictadas al Curso de Técnicos de Laboratorio Clínico. 1941-42. Profesor Encargado de la Cátedra.
- 1941 DIRECCION. (NOTAS).
"Código Internacional de Nomenclatura zoológica". Rev. Fac. Med. Pág. 582. Vol. IX. N° 8.
- 1942 BOSHELL JORGE, KERR J. A.
"Veinte y cinco especies de Trombidiídeos de Colombia", Rev. de la Academia Colombiana de Ciencias Exactas, Físico-químicas y Naturales. (Publicación del Ministerio de Educación Nacional). Vol. V. N° 17. Enero-Junio.
- 1942 BONILLA NAAR ALFONSO.
"Notas de Parasitología". Una nueva especie de Trematode encontrada en Colombia. El Profesor Brumpt la cita en su texto. N. C. Bol. Clínico de Antioquia. Año 8. N° 5. Septiembre-Octubre.
- 1943 MURILLO LUIS MARIA.
"El sentido de una lucha biológica". Trabajo de entomología vegetal. Dos ediciones. (Segunda).
- 1943 BATES MARSTON.
"Mosquitoes as vectors of Dermatobia in Eastern Colombia". Annals of the Entomological Society of America 36; 21-24, 1943.
- 1944 BATES MARSTON.
"Observations on the distribution of diurnal mosquitoes in a tropical forest". Ecology 25; 159-170, 1944.
- 1944 KUMM HENRY W., OSORNO MESA ERNESTO, BOSHELL MANRIQUE JORGE.
"Studies of mosquitoes of the Genus Haemagogus in Colombia". (Diptera, Culicidae)". En prensa para American Journal of Hygiene.
- 1944 OSORNO MESA ERNESTO.
"Organización de una colonia de Haemagogus equinus. Theobald". Caldasia 3; 39-45, 1944.
- 1944 URIBE PIEDRAHITA, CESAR.
"Una nueva especie de cercaria cistófora de la Sabana de Bogotá. Publicaciones Lab. CUP.

P)—PARASITOSIS INTESTINALES

(60 trabajos, 1876-1942).

- 1876 GARCIA EVARISTO.
"Tratamiento de la Tenia". (Desde París. N. C.). Pág. 287, 5243. R. M. B.
- 1882 CASTAÑEDA GABRIEL J.
"Descripción suscinta de los Microzoarios". Pág. 39, 4764. R. M. B.
- 1889 CAICEDO CRISTOBAL.
"Ladrería en el hombre". Tesis. Bogotá.
- 1890 REPRODUCCIONES. NOTAS BIBLIOGRAFICAS.
"El coco como tenífugo". Pág. 767. 4558. Enero. R. M. B.
- 1891 ANDRADE JOSE LUIS.
"Estudio sobre la diarrea endémica de los países cálidos". Tesis. Bogotá.
- 1899 DE LAVALLE R. MANUEL.
"Vermes intestinales". Tesis. Cartagena. Bibl. Fac. Med. Medellín. Tomo XIV. 12.
- 1901 LOMBANA BARRENECHE J. M.
"Absceso de la pared abdominal con eliminación de dos lombrices". Pág. 206. 4557. Octubre. R. M. B.
- 1909 POSADA ARANGO ANDRES.
"Estudios Científicos". Medellín. Imprenta Oficial. Cita del doctor A. Restrepo. N. C.
- 1910 ABELLO VICTOR M.
"Algo de coprología". Tesis. Bogotá.
- 1911 POSADA BERRIO LISANDRO.
"Anemia y *Diarreas Verminosas*". Anales Academia Medellín. N° 12. Agosto.
- 1911 CALLE MIGUEL MARIA, URIBE C. LAZARO.
"Tricocefalosis y su tratamiento con jugo de higuera (ficus labrata)". (Primera publicación colombiana. N. C.). Pág. 303, 4564. R. M. B.
- 1911 AGUIRRE PLATA CARLOS.
"Tricocéfalos y balantidiums". (Infección doble, estudio comprobado por el Laboratorio. N. C.). Pág. 343, 4564. R. M. B.
- 1911 TORO VILLA GABRIEL.
"Infección por tricocéfalos". Repertorio de Medicina y Cir. N° 22. Vol. II. Julio. Bogotá. Cita del doctor Alonso Restrepo. N. C.

- 1912 AGUIRRE PLATA CARLOS.
"El Higuerón". (Tricocefalosis, habla de. N. C.). Pág. 36, 4565. R. M. B.
- 1915 GOMEZ H. DAVID. (PEREIRA).
"Geofagia infantil como patognomónico de parásitos intestinales". Pág. 158, 4572. R. M. B.
- 1916 VILLA ALVAREZ ALEJANDRO.
"Tricomonosis intestinal". Tesis. Bogotá.
- 1916 ZULOAGA JULIO.
"Balantidiosis". (Descripción en fresco y biología del parásito. N. C.). Pág. 18, 4570. R. M. B.
- 1916 ALVAREZ R. ELISEO.
"La Morfina como auxiliar de la teniasis intestinal". Tesis. Bogotá.
- 1916 HENAO EMILIANO, TORO VILLA GABRIEL.
"Parasitismo intestinal". Revista Clínica de Medellín. Entrega 2ª Septiembre. Cita del doctor Alonso Restrepo.
- 1918 DOMINGUEZ P. RAFAEL.
"Parásitos intestinales (Estadística) en Pereira, y sus inmediaciones". Rev. Med. Bogotá. Nos. 429 a 432. Abril-Julio. Cita del doctor Alonso Restrepo.
- 1920 GARCIA D. RUBEN A.
"Algunos datos sobre coprología clínica". Tesis. Bogotá.
- 1922 HENAO TORO FELIX.
"Trastornos nerviosos de origen vermicular". Tesis. Bogotá.
- 1924 ESGUERRA SERRANO GUSTAVO.
"Síndrome Psicoparasitario". Tesis. Bogotá.
- 1924 MEDINA CARRILLO J. A.
"Tricocefalosis en los niños de Bogotá". Tesis. Bogotá.
- 1925 FRANCO CARLOS (SAN GIL).
"Contribución al estudio del jugo de higuerón en el tratamiento de la Tricocefalosis". Pág. 161, 5089. Rev. Med. Quirúrgica de los Hospitales.
- 1926 GOMEZ ARTURO.
"Contribución al estudio de la Tricocefalosis y su tratamiento". Tesis. Bogotá.
- 1927 PATARROYO BARRETO JORGE.
"Algunas enfermedades parasitarias que se tratan en la campaña antianémica". Tesis. Bogotá.
- 1927 LACOUTURE JOSE S.
"Algunas consideraciones sobre el valor semiológico de las diarreas". Tesis. Bogotá.

- 1928 VELANDIA L. RAFAEL.
"Contribución al estudio del tetracloruro de carbono, su valor como tenífugo". Tesis. Bogotá.
- 1928 ACHURY ABSALON.
"El Parasitismo Intestinal en Patología Infantil". Tesis. Bogotá.
- 1928 ARCHIVOS.
"De los Laboratorios de San Juan de Dios, San José e Infantil de la Misericordia. (Hospitales) y del Laboratorio particular del Prof. Federico Lleras Acosta, años 1928-37. Citas del Prof. Patiño C. "Helmintiasis y Protozoosis en Colombia". 1940. Ya cit. N. C.).
- 1929 GONZALEZ S. PEDRO M.
"Apendicitis parasitarias". Tesis. Bogotá.
- 1929 RODRIGUEZ G. CARLOS A.
"Fiebres Verminosas". Tesis. Bogotá.
- 1930 MEJIA JARAMILLO RICARDO.
"Tricocefalosis, su tratamiento por la Leche de Higuerón". Tesis. Bogotá.
- 1930 GONZALEZ DELGADO HORACIO.
"Apuntes sobre Lambliasis en los niños". Tesis. Medellín. Cita del doctor Alonso Restrepo. N. C.
- 1930 GABALDON ARNOLDO.
"Nota sobre distribución de Protozoos intestinales basada en el examen de 2.000 muestras". Tesis. Caracas.
- 1931 GARRIDO JOSE MANUEL.
"Algunas consideraciones sobre Helmintiasis y sus asociaciones". Tesis. Medellín. Tomo X/2.
- 1931 ARANGO AGUSTIN.
"Colitis parasitarias e infecciosas". (Sección Terapéutica razonada). (Lambliasis, Tricomonirosis, disenterías bacilares y parasitarias, Tricocefalosis, Temiasis, etc. N. C.). Pág. 811, 6457, Rev. Med. de Colombia.
- 1932 BEVIER JORGE.
"Studies on cases of anthelmintic intoxications". (Inédito). Bogotá. Cita del Prof. Patiño C. "Helmintiasis y Protozoosis en Colombia". 1940. N. C.).
- 1933 VELEZ VELEZ GABRIEL.
"Patología verminosa del Municipio de Girardota (Antioquia)". Tesis. Bogotá.
- 1934 BORRERO DURAN ELIAS.
"Tratamiento de las Helmintiasis por la leche del Manzanillo. Tesis. Bogotá.

- 1935 RESTREPO JOSE MIGUEL.
"Perturbaciones endocrinas de origen parasitario". Boletín Clínico. Antioquia. N° 16. Octubre. (Cita del doctor M. Visbal. Tesis de grado. Ya cit. N. C.).
- 1936 CHAMAT ABADIA ANTONIO.
"El parasitismo intestinal en el Hospital de la Misericordia". Tesis. Bogotá.
- 1936 RESTREPO JOSE MIGUEL.
"Ascariidiosis de forma Tifoidea. (Fiebre enteriforme de Manson-Bahr)". Boletín Clínico. Año II. N° 11. Julio. Cita del doctor Alonso Restrepo. N. C.
- 1938 LONDOÑO JUAN B.
"Helmintología". Boletín Clínico de Antioquia. Nos. 45-46. Julio. (Cita del doctor Visbal Mauricio. Tesis de grado. Ya cit. N. C.).
- 1938 MOYA P. ERNESTO.
"El Hexylresorcinol como antihelmíntico inocuo y eficaz. Contribución a su estudio". Tesis. Bogotá.
- 1938 SALGADO GUTIERREZ CARLOS.
"La tricomoniasis vaginal y su tratamiento por los derivados del ácido fenil arsénico". Tesis. Bogotá.
- 1938 RESTREPO JOSE MIGUEL.
"Manifestaciones aberrantes de las verminosis". Rev. Fac. Nal. Vol. VII. N° 4. Octubre.
- 1938 GROOT HERNANDO.
"Frecuencia con que se encuentran los huevos infecundos de *Ascaris Lumbricoides*". Rev. Fac. Nal. Vol. VII. N° 4 Octubre.
- 1939 ANZOLA CUBIDES HERNANDO.
"Duodenitis parasitaria como factor etiológico del síndrome "Cólico Hepático". Páginas Médicas. N° 2. Octubre. Cita del doctor Alonso Restrepo. Cita del Prof. Patiño C. "Helminthiasis y Protozoasis en Colombia". Febrero, 1940. N. C.
- 1939 CARDONA L. ALFONSO.
"Apendicitis y Apendicopatía de origen parasitario". Tesis. Medellín. Cita del doctor Alonso Restrepo.
- 1940 MUÑOZ LAURENTINO.
"Endemias Tropicales". Capítulo de su trabajo titulado "Trabajo, Educación y Justicia". Med. y Cir. Edición extraordinaria. Enero. Pág. 70, conclusión 77. idem. Bibl. Fac. Nal. Med.
- 1940 BONILLA NAAR ALFONSO.
"Dos temas de Parasitología". Boletín Clínico. Antioquia. Año 6. Nos. 3 y 4. Febrero-Marzo. 1940. (recuento sencillo de

- huevos de Parásitos. Técnica de L. Brumpt. y Poder Eléctrico de los hematozoarios? N. C.).*
- 1940 ALMANZAR PEDRO J., SANCHEZ CLAUDIO.
"Un nuevo tipo de uretritis en Bogotá". Comunicación a la Academia de Bogotá. 1940. Rev. de la Clínica de Marly. Vol. II. N° 3. Septiembre. 1940.
- 1940 PATIÑO CAMARGO LUIS.
"Helmintiasis y Protozoosis en Colombia". Rev. Fal. Vol. VIII. N° 8. Febrero.
- 1941 AFANADOR SALGAR ABRAHAM.
"El primer caso de Quiste Hidático en Colombia". Trabajo de Agregación para la Cátedra de Clínica Trop. Fac. Nat. Med. Publicado en la Rev. Fac. Nat. Vol. X. N° 4. Octubre. 1941.
- 1941 GROOT HERNANDO.
"Observaciones sobre el tamaño del *Balantidium coli*". Rev. Fac. Med. Pág. 634. Vol. IX. N° 9.
- 1941 RESTREPO ALONSO.
"Contribución al estudio de las parasitosis intestinales en el valle de Medellín. Estadística y comentarios clínicos". (Hay abundante bibliografía. N. C.). Boletín Clínico de Antioquia.
- 1942 VISBAL P. MAURICIO A.
"Apuntes sobre Parasitosis Intestinal y Diarreas parasitarias". Tesis. Cartagena. Junio.

P)—*Patología Regional.*

(44 trabajos. 1880-1943).

- 1880 BAYON B. JOSE F.
"Observaciones sobre la higiene en los Llanos de Casanare y San Martín". Pág. 475. 5241. R. M. B.
- 1890 GARCES A.
"Fiebres del Patía". Pág. 285. 4562, continúa, 342, 408. 467. R. M. B.
- 1897 CASTAÑEDA GABRIEL J.
"Patología de Colombia". Rev. Med. Bog. XX. N° 223. Pág. 109. Noviembre.
- 1898 CASTAÑEDA GABRIEL J.
"Patología de Colombia". R. M. B. XXI. N° 26. Pág. 128. Noviembre.
- 1898 CASTAÑEDA GABRIEL J.
"Patología de Colombia". (Continuación). Pág. 125, 4560. (Continuación). Pág. 172. (idem. R. M. B.).

- 1899 CASTAÑEDA GABRIEL J.
"Patología de Colombia". Pág. 109, 4553, 1897, continúa. 204, 267, 4554. R. M. B.
- 1898 CASTAÑEDA GABRIEL J.
"Patología de Colombia". Continuación. Pág. 172. 4554. Continúa. R. M. B.
- 1899 CASTAÑEDA GABRIEL J.
"Patología de Colombia". Conclusión. Pág. 267. 4560. R. M. B.
- 1919 VEGA EMIRO
"Apuntaciones sobre las enfermedades reinantes en la región de Icononzo". Tesis. Bogotá.
- 1921 MERIZALDE BERNARDO P.
"Estudio de la costa colombiana del Pacífico". (Cita del doctor Vargas Cuéllar en su tesis de grado. Ya cit. N. C.).
- 1923 VELASQUEZ MEJIA ELISEO.
"Apuntes para la Medicina de Urabá". Tesis. Medellín. Tomo IV/13.
- 1926 MARTINEZ E. LUIS.
"Apuntes sobre Medicina Tropical". Tesis. Medellín. Tomo VI/9.
- 1927 RAMIREZ GAVIRIA EDUARDO.
"Sanidad del Ferrocarril Troncal de Occidente. Patología de la región Bolombolo-Antioquia". Tesis. Bogotá.
- 1932 CAMACHO GAMBA JORGE.
"Estudio sobre la Patología del Caquetá". Rev. Lombana Barrereneche. N° 3. Septiembre.
- 1932 VALENZUELA JOSE IGNACIO.
"Patología del Caquetá". Comentarios a una publicación. Rev. Fac. Nal. Vol. I. N° 7. Diciembre.
- 1933 FRANCO ROBERTO.
"Higiene de la colonización de las regiones amazónicas". Rev. Fac. Nal. Vol. I. N° 8. Enero.
- 1933 VELEZ VELEZ, GABRIEL.
"Patología verminosa del Municipio de Girardota (Antioquia)". Tesis. Bogotá.
- 1933 GAMBOA AMADOR ALFONSO.
"Anotaciones sobre la Patología Médica del alto Putumayo". Rev. Fac. Nal. Vol. II. N° 6. Noviembre.
- 1933 CAMPO POSADA ARTURO.
"Iniciación al estudio de la patología del alto Putumayo". Tesis. Bogotá.

- 1934 VALBUENA MARTINEZ JOAQUIN.
"Notas sobre la patología de la región del Carare". Tesis. Bogotá.
- 1934 GOMEZ PINZON FRANCISCO.
"Estudio de la Patología y condiciones higiénicas de Viotá". Rev. Fac. Nal. Vol. II. N° 8.
- 1935 VALENCIA H. FERNANDO.
"Inspección sanitaria (apuntes sanitarios respecto al Municipio de Une y a la epidemia que actualmente la azota)" Tesis. Bogotá.
- 1935 RESTREPO JOSE MIGUEL.
"Apuntes sobre patología de Barrancabermeja y regiones vecinas". Rev. Fac. Nal. Vol. II. N° 8. Febrero.
- 1935 RUIZ MORA JUAN C.
"Contribución al estudio de la climatología y patología de las regiones del Putumayo, Caquetá y Amazonas colombianos". Tesis. Bogotá. Mención Honorífica.
- 1935 LLORENTE MAX.
"Piomiosistis Tropical". (Entidad rarísima, sólo citada por Joyeux. Etiología desconocida. 200 casos. Comentarios, sin citar historia clínicas. N. C.). Boletín Clínico. Año II. N° 1. Junio.
- 1935 SASTRE CASTILLO HUMBERTO.
"Pénfigus contagioso en la región del Putumayo". Tesis. Bogotá.
- 1936 RESTREPO JOSE MIGUEL.
"Piomiosistis". Descripción clínica. Comentarios. (El doctor A. Restrepo y Uribe Misas encontraron estafilococos dorados, de vénulas de Tumaco. Doctor Max Llorente las mandó. N. C.). Boletín Clínico. Medellín. Pág. 15. Año III. N° 1. N° 25. 1936.
- 1936 RESTREPO ALONSO.
"Apuntes, notas y algunos comentarios del médico de la Comisión de Cultura Aldeana que visitó el Depto. de Nariño. Colombia". Anales Academia de Medicina. Medellín. Segunda época. Año II. Entrega N° 29. Septiembre. Cita del mismo autor. N. C.
- 1936 LAMUS GIRON RAFAEL.
"Observaciones sobre el estado sanitario de la comisión colombiana de límites con Venezuela". Tesis. Bogotá.
- 1936 GAMBOA AMADOR ALFONSO.
"Patología del Alto Putumayo". Para el premio Manuel Fofero. Pág. 253, 8797. R. M. B.

- 1937 PATIÑO ROMULO.
"Algunas observaciones sobre la patología en el Sur. Puerto Boy". Tesis. Bogotá.
- 1937 MUÑOZ RIVAS GUILLERMO.
"Los gallinazos como transmisores de enfermedades". Bol. Clínico. Medellín. Pág. 122. Reproducción de un folleto del autor. Ibagué. 1936. Año IV. N° 3. Diciembre. N° 39.
- 1938 OSPINA ANTONIO JOSE.
"Sanificación del Valle de Aburrá". Bol. Clínico. Medellín. Pág. 354. Año IV. Nos. 11-12. Agosto-septiembre. Nos. 47-48.
- 1938 SORZANO ORDOÑEZ ALFREDO.
"Consideraciones sobre el estado sanitario de San Vicente (Santander)". Tesis. Bogotá.
- 1938 BEVIER JORGE A., GAST GALVIS AUGUSTO, MORENO PEREZ IGNACIO.
"Condiciones sanitarias de Leticia". Informe al señor Presidente de la República.
- 1939 AVENDAÑO JOSE MANUEL.
"Contribución al estudio de las endemias tropicales propias de la zona Bananera en un dispensario del Centro Mixto de Salud". Tesis. Bogotá.
- 1939 NIETO MELENDEZ JOSE DEL C.
"Algunas observaciones sobre el estado sanitario de la población de Garagoa". Tesis. Bogotá.
- 1940 DE IGUALADA FRANCISCO.
"Estado de la Misión del Caquetá, en 1940". En Amazonía Colombiana Americanista. Vol. I. N° 2. Sibundoy. Putumayo. (Cita del doctor Socarrás. Coto y Cretinismo en Colombia. 1942. Ya cit. N. C.). Pasto.
- 1940 URIBE PIEDRAHITA CESAR.
"Boceto para la introducción de la Patología indígena de Colombia". Congreso Indigenista. Méjico. Trabajo distinguido en ése certamen.
- 1941 DOMINGUEZ HERNANDO.
"Contribución al estado sanitario de Puerto Acandí (Chocó)". Tesis. Bogotá.
- 1942 MAYORAL PEDRO.
"Los monos de Colombia como portadores de gérmenes de Enfermedades Tropicales". Rev. Med. y Cir. del Atlántico. Vol. IX. N° 2. Febrero.
- 1942 REYES GUTIERREZ MARIO.
"Observaciones sobre la Patología de la Concesión Barco". Tesis. Bogotá.

- 1943 ACEVEDO HECTOR.
 "Estudio sobre el estado sanitario del sur de Colombia y especial del Puerto de la Pedrera". Tesis de grado. Bogotá. Rev. Med. de Bogotá.

Pelagra.

(5 trabajos. 1884-1925).

- 1884 BONSSINGAULT. (REPRODUCCION).
 "El maíz". Pág. 127, 4766. R. M. B.
- 1887 CASTAÑEDA GABRIEL J.
 "La bacteria de la Pelagra". Comentarios a trabajos extranjeros. Pág. 677. 4520. R. M. B.
- 1890 URIBE R. EDUARDO.
 "Pelagra en Colombia". Tesis. Bogotá.
- 1919 OLOZAGA GABRIEL.
 "Chichismo y *Pelagra*". Tesis. Bogotá.
- 1925 GAVIRIA JUVENAL.
 "Contribución al estudio de la Pelagra en Colombia". Tesis. Medellín. Tomo VI/7.

Peste Bubónica.

(12 trabajos. 1899-1915).

- 1899 MAURANGE GABRIEL. (TRADUCCION DE LINO J. MOLANO).
 "Algunas nociones sobre la Peste". Pág. 518. 4554. R. M. B.
- 1900 GOMEZ PROTO.
 "La Peste Bubónica". Pág. 561. 4554. R. M. B.
- 1902 LOMBANA BARRENECHE J. M.
 "Peste Bubónica". Pág. 321, 4593. R. M. B.
- 1903 DIRECCION DE LA REVISTA.
 "Prevención de la Peste Bubónica". Pág. 148. 4557. Noviembre. R. M. B.
- 1903 DIRECCION.
 "Prevención de la Peste Bubónica, por destrucción de las ratas en los buques por medio del ácido carbólico líquido". Pág. 148, 4567. R. M. B.

- 1904 DIRECCION. (REPRODUCCION).
 "Medidas higiénicas y profilácticas que se deben tomar contra la Peste Bubónica". (Sociedad de Medicina del Cauca) Pág. 272, 4567. R. M. B.
- 1905 SOCIEDAD DE MEDICINA DEL CAUCA.
 "Instrucciones para prevenir la peste bubónica en Buenaventura". Pág. 339, 4555. R. M. B.
- 1905 DIRECCION DE SALUBRIDAD. (REPRODUCCION).
 "Instrucciones contra la Bubónica". (Lima). Pág. 275, 4555. R. M. B.
- 1914 LLERAS ACOSTA FEDERICO.
 "Diagnóstico bacteriológico de la Peste". Relacionada con una epidemia en Santa Marta. Pág. 236, 4566. R. M. B.
- 1914 GARCIA MEDINA PABLO.
 "La epidemia del Departamento del Atlántico". Pág. 301 4566. Continúa: 413, ídem. R. M. B.
- 1914 LLERAS ACOSTA FEDERICO.
 "La epidemia del Departamento del Atlántico". Pág. 325, 4566. R. M. B.
- 1915 DIRECCION. (REPRODUCCION).
 "Protección contra la Peste". Aparato de Marot. Doctor Luis M. Conley. (Rev. de Med. y Cir. de La Habana). Pág. 337, 4572.

Pian o Bubas.

(16 trabajos. 1910-1943).

- 1910 TORO VILLA GABRIEL.
 "Bubas. (Framboesia Tropical)". Pág. 328, 4564. R. M. B.
- 1921 VELASCO C. BENIGNO.
 "Contribución al estudio clínico del Pian". Tesis. Bogotá.
- 1921 DIAZ P. GREGORIO DE J.
 "Buba y Sífilis. Su diagnóstico diferencial". Tesis. Cartagena. (Cita en su Tesis, del doctor Vargas Cuéllar).
- 1922 ARANGO T. ERNESTO.
 "Pian". T. Medellín. Tomo XVII/10.
- 1925 VASCO G. EDUARDO.
 "Espiroquetosis cutánea (Pian)". Tesis. Medellín. Tomo VI/8.
- 1925 ALBORNOZ RUEDA FRANCISCO.
 "Pian o Polipapiloma tropicum". Pág. 63, 5089, Rev. Med. Quirúrgica de los Hospitales.

- 1928 DELGADO URIBE JORGE E.
"Nota sobre el Pian". Tesis. Bogotá.
- 1929 ANACHURI VERBEL JULIO H.
"Lesiones post-piánicas observadas en el distrito de San Onofre y su tratamiento. Tesis. Cartagena.
- 1930 GONZALEZ GARCIA LUIS A.
"El Pian en Florencia (Caquetá)". Pág. 299, 6457. Rev. Med. de Colombia.
- 1931 SILVA MANUEL JOSE.
"Framboesia Trópica". (El caso clínico del mes). Pág. 454, 6457. Rev. Med. de Colombia.
- 1936 RODRIGUEZ R. ANTONIO J.
"El Pian en Colombia". Quinto Congreso Med. Nal. Barranquilla. Tomo I. Pág. 165. Bibl. Fed. Nal. Med. Bogotá.
- 1938 KAIRUZ EDUARDO.
"Contribución al estudio del Pian". Tesis. Bogotá.
- 1939 RODRIGUEZ R. A. J.
"El Pian en Colombia". Medicina y Cirugía del Atlántico. Vol. VI. N° 9. Bibl. Fac. Nal. Med.
- 1941 VARGAS CUELLAR PEDRO IGNACIO.
"El Pian en la geopatología de la costa del Valle del Cauca". Tesis. Bogotá. Meritoria.
- 1942 GUERRA A. GONZALO. (BARBACOAS) NARIÑO.
"El Pian en el Litoral del Pacífico colombiano". Boletín Clínico de Antioquia.
- 1943 BONILLA NAAR ALFONSO.
"Comunidad del origen americano de la Sífilis, *Las Bubas* y el Carate". Rev. Colombia Médica. Vol. II. Nos. 10 y 11.

HISTORIA DE LA MEDICINA

a)—*Nacional.*

Un homenaje a la memoria del Profesor Juan E. Manrique.

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina.

Muy estimado señor:

En vista de que hoy en sesión especial de la Academia y por iniciativa suya se discutirá extensamente el trabajo del Profesor Barriga Villalba, sobre Mecánica cardio-vascular en las alturas, me voy a permitir distraer la atención de esa docta Corporación, presentando a su consideración como una insinuación dos hechos: uno, en relación directa con el tema discutido; otro sobre la personalidad del Maestro aludido con el cual está en mora la Academia Nacional de Medicina desde hace más de treinta años. Ambos hechos como un gesto de reconocimiento a las labores de un gran científico. Se trata de la eximia figura del Profesor *Juan Evangelista Manrique*.

1º Desde el año de 1884, es decir, hace 61 años y en la *Sociedad de Biología de París*, un colombiano esbozaba por primera vez el mayor funcionamiento del corazón en las alturas. Hay una correspondencia de esa ciudad, para la *Revista Médica de Bogotá*, Órgano de la Academia Nacional de Medicina, resumiendo el trabajo, y que aparece en la página 451 del volumen N° 4765, del año mencionado. El trabajo completo desgraciadamente no he podido localizarlo.

2º En el año de 1914 el Congreso de Colombia, a la muerte del Maestro, dictó una Ley de honores. El artículo segundo de la Ley 31, no se ha cumplido y creo que es oportuno recordarlo a ustedes para llevarlo a feliz término.

Dice así: “En la Academia Nacional de Medicina o en el Salón Rectoral de la misma Facultad se colocará un retrato al óleo del doctor Manrique costeadó con fondos del Tesoro Público”.

HISTORIA DE LA MEDICINA

a)—*Nacional.*

Un homenaje a la memoria del Profesor Juan E. Manrique.

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina.

Muy estimado señor:

En vista de que hoy en sesión especial de la Academia y por iniciativa suya se discutirá extensamente el trabajo del Profesor Barriga Villalba, sobre Mecánica cardio-vascular en las alturas, me voy a permitir distraer la atención de esa docta Corporación, presentando a su consideración como una insinuación dos hechos: uno, en relación directa con el tema discutido; otro sobre la personalidad del Maestro aludido con el cual está en mora la Academia Nacional de Medicina desde hace más de treinta años. Ambos hechos como un gesto de reconocimiento a las labores de un gran científico. Se trata de la eximia figura del Profesor *Juan Evangelista Manrique*.

1º Desde el año de 1884, es decir, hace 61 años y en la *Sociedad de Biología de París*, un colombiano esbozaba por primera vez el mayor funcionamiento del corazón en las alturas. Hay una correspondencia de esa ciudad, para la *Revista Médica de Bogotá*, Órgano de la Academia Nacional de Medicina, resumiendo el trabajo, y que aparece en la página 451 del volumen N° 4765, del año mencionado. El trabajo completo desgraciadamente no he podido localizarlo.

2º En el año de 1914 el Congreso de Colombia, a la muerte del Maestro, dictó una Ley de honores. El artículo segundo de la Ley 31, no se ha cumplido y creo que es oportuno recordarlo a ustedes para llevarlo a feliz término.

Dice así: “En la Academia Nacional de Medicina o en el Salón Rectoral de la misma Facultad se colocará un retrato al óleo del doctor Manrique costeadó con fondos del Tesoro Público”.

Dejo a su atinada elección la vía o manera de redactar sendas proposiciones que consideren estos puntos que creo sean de algún interés.

Del señor Presidente S. S.

A. B. N.

Bogotá, mayo 23 de 1945.

b) *Extranjera.*

AL MARGEN DEL PROGRESO TERAPEUTICO

100 años de fundación los Laboratorios Sharp and Dohme.

"La vida es un préstamo momentáneo que debemos conservar íntegramente si queremos ser honrados". Doctor Saltsrain (uruguayo).

La admonición de esta sentencia, extendida a quienes por la índole de su profesión o sus negocios, comparten responsabilidades en cuanto concierne a la salud y la vida de los demás, nos lleva a considerar la obra del Laboratorio Farmacéutico y Biológico, como una de las más nobles, por su sentido profundamente humano.

El laboratorio científico, en su acepción ética, es un baluarte de la salud y la vida humanas: basta contemplar la trascendencia de su acción en la guerra, tanto como en la paz. Es en los resultados donde habla la obra callada del laboratorio científico, no en la investigación paciente, oculta, tenaz; no en la experimentación penosa y sin fruto, muchas veces; emocionante, heroica, triunfadora en otras: que estudia los procesos de un mal; busca, descubre, combina, prueba sustancias; perfecciona métodos; y entrega la droga, el compuesto, que, en manos del médico ha de rendir los resultados que dedujo la fría lógica científica.

El mismo ingenio, la misma inspiración e idéntica devoción que el artista pone en su obra, lo empeña también en la suya el hombre que prepara la dosis que ha de salvar una vida o ha de mitigar un dolor: en la estructura y en el acabado de su obra hay tendencias de perfección: por eso es noble y es grande su labor. Por eso es emocionante en toda su sencillez, la historia de una empresa de laboratorio que nació modesta, y a través de una centuria de vida ha llenado una brillante hoja de servicios, en el campo médico y farmacéutico, en favor de la humanidad. Su nombre es Sharp & Dohme.

El primer personaje, su fundador, es un joven cuáquero oriundo de Winchester, Virginia, E. E. U. U.; de moral rígida y espíritu

abierto, con grandes ambiciones legítimas, que está determinado a realizar. Va a la escuela, estudia, se especializa, y es la primicia del Colegio de Farmacia de Maryland, el año 1842 en que se gradúa.

Tres años más tarde, —hace justamente una centuria—, planta su tienda en Baltimore, donde abre un modesto establecimiento sobre cuya entrada cuelga este rótulo: ALPHEUS PHINEAS SHARP-FARMACEUTICO. Con lo que coloca la primera piedra de la hoy mundialmente conocida firma SHARP & DOHME.

Al par que atendía el negocio de botica propio de aquellos tiempos, Mr. Sharp despachaba también recetas; y es aquí donde su capacidad, sus conocimientos y su integridad le grangearon la confianza y el respeto de la profesión médica y de sus colegas farmacéuticos, y de donde arranca la trascendencia de la empresa.

Bien dirigida la farmacia, iba afirmándose sólidamente. Corría el año 1852 y un buen día se presentó ante Mr. Sharp en demanda de la plaza de aprendiz, un muchacho como de 15 años, fuerte y despierto. Al patrón le agradó la apariencia enérgica e inteligente del joven, y lo admitió sin reparo; iniciándose a continuación una cordial amistad que había de culminar más tarde en perdurable unión comercial; el muchacho se llamaba Louis Dohme.

Admitido Dohme con un salario de \$ 3.00 semanales, amén de casa y sustento, su trabajo comenzaba con la aurora para terminar a media noche; él aseaba el almacén, ayudaba en las tareas a su dueño, llevaba el mercado la cesta de la señora Sharp, comía con la familia, dormía en el mismo almacén, y llueva o no llueva, concurría religiosamente al Colegio de Farmacia de Maryland, en donde su maestro doctor Luis Steiner, le inculcó la convicción de que la química es la base de la verdadera farmacia. Graduóse en 1857 y entonces ascendió al cargo de primer oficial en la farmacia. Tres años más tarde, Mr. Sharp asociaba a su ya bien acreditada empresa a su joven dependiente que, con análogas disposiciones e igual vocación, aportaba fuerzas de inteligencia, espíritu de trabajo, integridad moral y disciplina, constituyéndose comercialmente la Compañía bajo la razón social de SHARP & DOHME

Los negocios fueron creciendo en tal forma, que en 1865 tuvo la firma que adquirir el edificio contiguo al almacén y empezó a elaborar en mayor escala sus preparados farmacéuticos. Entre tanto había ingresado también a la Sociedad, Carlos Dohme, hermano menor de Luis, quien igualmente cursó, y se graduó en Farmacia en el mismo Colegio de Maryland en 1862. Por aquella época, colaboraba con Sharp & Dohme el sabio Carlos Caspari, Jr., que vino a ser insigne figura en la farmacia de su país. Un hijo de Carlos, el doctor Alfredo R. L. Dohme, incorporado a la firma más tarde, llegó a presidirla y todavía forma parte del Directorio actual de la

misma. Todos estos personajes ocuparon puestos prominentes en diversas entidades científicas y academias del país.

Al ritmo que prosperaban los negocios de Sharp & Dohme, crecía también su prestigio, a tal punto que, a partir de 1885, fue estableciendo importantes sucursales en las principales ciudades de la Unión. En 1929 se refundieron en la Compañía Sharp & Dohme los Laboratorios Biológicos Mulford, cuya historia de 55 años corre parejas con la propia, por lo sugestiva e interesante. El primer producto biológico fabricado en E. E. U. U., la famosa Antitoxina Diftérica, salió (1894) de los Laboratorios Mulford; y este fue el comienzo de los resonantes triunfos que han cosechado los sueros y vacunas Mulford, que desde aquella época, vienen salvando cientos de miles de vidas en todo el mundo. Luégo vino la vacuna contra la viruela (1898), cuyos métodos de preparación se siguen hoy día en todas partes; de entonces acá, los Laboratorios Mulford han preparado esta vacuna en cantidad suficiente como para cien millones de vacunaciones.

Durante los últimos 15 años, la empresa Sharp & Dohme ha registrado su mayor desarrollo, habiendo doblado en extensión y volumen respecto a toda su época anterior. Para dar mayor énfasis a la investigación, ha ampliado sus Laboratorios con nuevos edificios terminados en 1943, y ha acrecentado su cuerpo de técnicos con un selecto personal especialmente entrenado para este fin. Actualmente trabajan en la firma más de 2.500 personas.

Entre las innovaciones de Sharp & Dohme, merece mencionarse en particular el método de *liofilización* de ciertos preparados biológicos que ha revolucionado la terapéutica de varias enfermedades y estados patológicos, hasta ayer de difícil tratamiento. Constituye un positivo triunfo del sistema, el Plasma Sanguíneo LYOVAC, que ha prestado y sigue prestando incalculables beneficios en los hospitales militares y civiles.

Consecuentemente con sus normas cooperativistas, la casa Sharp & Dohme se ha empeñado siempre solícitamente en participar a la profesión médica y farmacéutica, los últimos descubrimientos y progresos en el terreno terapéutico, poniéndolos a su inmediato alcance. Basta recordar al respecto que Sharp & Dohme ofrecieron de preferencia al profesorado médico Centro y Sud Americano, sus mejores primicias terapéuticas, como las Serobacterinas (Vacunas Bacterias Sensibilizadas), Antitoxina Diftérica, Hexilresorcinol en sus diferentes formas: i. e. Antiséptico S. T. 37, CRYSTOIDS, SUCRETS, CAPROKOL, etc., y de modo particular las Sulfadrogas, como la SULFAMERAZINA y la SULFASUXIDINA, descubiertas y sintetizadas en dichos laboratorios, y que

han demostrado su valor excepcional en el tratamiento de los procesos infecciosos.

Tal es, a grandes rasgos, la historia de la Compañía Sharp & Dohme que este año cumple una centuria de vida. Volviendo la mirada al camino recorrido, puede notarse que no hay interrupciones en la línea de reciedumbre, integridad y superación que le imprimieron sus fundadores, y se descubren a menudo hechos gloriosos en su vida fructífera, consagrada a la noble misión de perfeccionar armas de defensa para la salud y la vida.

(Tomado de "Compendio Médico". P. O. Box 7259. Philadelphia, E. U. A.).

*Cincucutenario de la Fundación del "Instituto Médico Sucre"
de Bolivia.*

El día 3 de febrero de 1895, fue fundado este importante centro de estudios médicos de la república de Bolivia, por el doctor Armando Solares Arroyo, médico eminente, hombre de estudio y propulsor de la ciencia médica en ese país.

La REVISTA DE LA FACULTAD, con motivo de este aniversario, expresa a su actual directiva, y a los colegas del país hermano, viva complacencia por haber cumplido cincuenta años de labores, y les desea muchos años de existencia y muchos triunfos, por cierto merecidos.

LA EMBAJADA INTELECTUAL FRANCESA (1)

Inmediatamente después que Francia sacudió el yugo que a su cabeza ciñeron los germanos durante los largos años de esta guerra, sus ojos se volvieron hacia esta América Latina, a ella vinculada tan estrechamente por la raza y sobre todo por razones ideológicas.

La embajada que nos ha enviado, presidida por uno de sus más positivos valores, el Profesor Pasteur Valery Radot, nos ha venido a decir que la Universidad de Francia tiene de nuevo sus puertas abiertas para recibir, como antaño, a todos los que de estas tierras quieran acudir en busca de la ciencia gala.

Nos ha dicho más: aspira a formar un comité de altos estudios colombo-francés para establecer un intercambio científico más estrecho entre nuestra Universidad y las de ellos, para lo cual propone un intercambio periódico de profesores y alumnos.

Nuestra Escuela de Medicina, nuestros viejos maestros, nuestros libros, todos tenían hasta hace poco impresos el sello de la procedencia francesa.

En estos últimos años, cerradas por la guerra las puertas de Francia, nuestros estudiantes y profesionales comenzaron a viajar en busca del perfeccionamiento de sus estudios a los Estados Unidos de América; el inglés, a causa del cual nos habíamos mantenido bastante alejados de ese país en tiempos pasados, es al menos traducido hoy día por casi todos nuestros estudiantes; los libros americanos de medicina y sus autores nos son actualmente familiares a todos.

Al llegar a los Estados Unidos los médicos colombianos han tenido una grata sorpresa. Los profesores americanos, aun los más eminentes, no son como los que conocieron en Francia, semidioses

(*) Tomado de "Colombia Médica". Vol. IV. Nº 6. 1945.

enorgullecidos que desdeñaban arrojar al pobre médico sudamericano el mendrugo de su salud.

El profesor americano es sencillo, modesto y casi campechano, mira al profesional sudamericano como un colega, como un viejo amigo y no desdeña oír su concepto.

En el libro americano no se ve por ninguna parte nacionalismo científico. No se busca forzosamente en todo descubrimiento de importancia al precursor nacional que ya había muchos años antes que el extranjero entrevisto el asunto.

Quiero decir con esto que no debemos volver a Francia. Nó, mil veces nó. Francia es la madre de la clínica, dama que ha sido vergonzosamente postergada en Norte América y que nosotros debemos reverenciar como reina y señora de nuestra profesión. Norte América sólo nos ha dado y nos puede dar excelentes cirujanos y laboratoristas; pero clínicos, que tanto necesitamos, sólo Europa nos los ha dado y nos los puede dar hasta ahora.

Lo que queremos con estas líneas es llamar la atención a los franceses como buenos amigos y discípulos que somos, sobre la realidad que estamos viviendo. Si ellos quieren un amplio y fraternal cambio de ideas, si quieren intercambio de profesores y alumnos, si quieren que sus libros llenen de nuevo nuestras bibliotecas, la campaña tienen que hacerla no tanto aquí sino allá, porque es allá donde se encuentra el escollo que puede hacer fracasar tan bellos y simpáticos propósitos.

Agustín Arango S.

Viaja a los Estados Unidos el Decano, Profesor Darío Cadena.

Por gentil y obligante invitación de la Rockefeller, por intermedio del doctor Lambert, muy conocido en nuestros círculos por sus conocimientos y especial deferencia por nuestro país, partió en estos días para Nueva York, en gira de estudio y observación, por los primeros centros médicos del país del norte, el Decano de nuestra Facultad, doctor Darío Cadena.

Esperamos que su estadía le sea placentera, y no dudamos de los benéficos resultados de su gira, en estos momentos en que la Facultad recibe un fuerte timonazo en sus destinos, en cuanto a organización y futuro de ella se refiere, en el cual, el nuevo Decano ha tomado parte prominente asesorado por un Consejo justo lleno de entusiasmo por el adelanto de nuestra Institución.

Nuevo Decano, el Profesor Eudoro Martínez.

Durante la ausencia del doctor Cadena, ha quedado, por designación unánime, regentando a la Facultad, el Ex-Secretario, y Profesor de Clínica Infantil, doctor Eudoro Martínez, ampliamente conocido por el estudiantado y elemento distinguido del cuerpo médico. El 26 de mayo le fue ofrecida una elegante comida para felicitarlo por la merecida distinción de que ha sido objeto.

La REVISTA DE LA FACULTAD, felicita al doctor Martínez por la nueva posición y se permite manifestarle su satisfacción por la forma como ha actuado en el corto período de sus labores.

INTERCAMBIO CULTURAL COLOMBO-MEJICANO

Distinguidos higienistas mejicanos nos visitan.

Por la vía de Medellín, llegaron a Bogotá el 17 de mayo los científicos mejicanos, doctores Félix Leycegui, cirujano dentista sanitario, Manuel Márquez Escobedo, director de la estación de entrenamiento de Tacuba; Adán Ronelas Hernández, jefe de los servicios coordinados de salubridad y asistencia pública del Estado de Morelos, y Guillermo Román y Carrillo, epidemiólogo, contratados por el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, para que colaborasen en nuestras campañas sanitarias y de protección materno infantil, en vista del desarrollo que estas ramas vitales de la medicina, en sus manos, han tenido en Méjico. Magnífica iniciativa del doctor Alfonso Orozco, ex-secretario del Ministerio, pues Méjico presenta las mismas condiciones climatéricas nuestras, y ha sido sorprendente como ellos han aclimatado en su medio, los grandes adelantos de sus vecinos, los norteamericanos, cuyos centros son visitados frecuentemente por los de Méjico.

Esta visita de mejicanos fue precedida por el viaje de varios miembros sobresalientes de nuestra higiene a centros de ese país, donde recibieron toda clase de finas atenciones y mucha utilidad en el estudio de sus centros de salubridad, modelos en el continente.

La REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, da la bienvenida a tan distinguida misión y espera confiada en que sus labores serán de gran utilidad para nuestra ciencia. Felicita al doctor Alfonso Orozco por la acertada iniciativa, a la vez que agradece la forma tan gentil como se portaron los dirigentes de la Salubridad de Méjico, al conseguir que fuera posible el viaje de sus hi-

gienistas, y en especial, al Ministro de Salubridad Pública, doctor Baz, a la par que se congratula con las diligencias efectuadas por el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, y la forma deferente como a ellos se les ha atendido, esperando que a su regreso, lleven la misma impresión de complacencia que nuestros coterráneos trajeron de su visita al país hermano.

Delegación de la Universidad Nacional al Ecuador.

Una vez más, nuestra Universidad es invitada cordialmente por el país vecino, a quien nos une vínculos fraternales. En esta ocasión, con motivo del 123º aniversario de la Batalla de Pichincha. Entre los diversos actos del programa, figuró una conferencia de universitarios, gran-colombiana.

La Universidad designó a un Profesor y a cinco alumnos para tal conmemoración. La Facultad de Derecho designó al doctor Raimundo Rivas, quien viajó como jefe de la delegación. Por Ingeniería, Ignacio Umaña de Brigard; Química, Jaime López; Odontología, Carlos Pérez Martínez; Farmacia, Alvaro Fernández y Medicina, Darío Ramírez.

La delegación colombiana fue, como siempre, atendida deferentemente, con singular hidalguía, y el Gobierno ecuatoriano los declaró huéspedes de honor.

La REVISTA DE LA FACULTAD, agradece a la Universidad Central de Quito y al gobierno del Ecuador, las manifestaciones de que fueron objeto sus delegados y felicita a los organizadores de este certamen de acercamiento cultural.

Se inaugura el curso de Cancerología en el Instituto Nacional de Radium.

El día 16 del presente, a las cuatro de la tarde, fue inaugurado oficialmente el curso de cancerología, de trascendental importancia para nuestra ciencia, en el Instituto Nacional de Radium, único en el país, y de los primeros en el continente.

Asistió gran parte del personal docente y gran número de estudiantes. Abrió la serie de conferencias, el doctor Alfonso Méndez Lemaitre, Jefe del Depto. de Anatomía-Patológica, elemento distinguido de la nueva generación, recientemente llegado de los Estados Unidos, donde siguió por dos años, cursos de especialización. Su disertación versó sobre "Definición del Cáncer".

Este curso, bajo la dirección de los Profesores. César Augusto Pantoja y Alfonso Esguerra Gómez, y con la colaboración del personal científico del Instituto, además de conferencias pertinentes al tema, desarrolladas por profesores de la Facultad y de distinguidos especialistas, comprende los siguientes capítulos:

I—Lecciones de Patología y Anatomía-patológica, dictadas por el doctor Alfonso Méndez Lemaitre, Jefe de la respectiva Sección del Instituto. Estas lecciones serán ilustradas con proyecciones de láminas originarias del Instituto Nacional de Radium de la Universidad de París, facilitadas por nuestro asesor técnico profesor Alfonso Esguerra Gómez.

II—Lecciones sobre cáncer de la piel y afecciones similares, dictadas por el profesor titular de enfermedades dermatológicas, doctor Manuel José Silva.

III—Lecciones de Radioterapia y Radiumterapia. Principios generales, métodos de aplicación, resultados y acción terapéutica sobre el cáncer y sobre las afecciones similares, dictadas por los doctores Alfonso Esguerra Gómez y Roberto Restrepo, con la colaboración de sus asistentes para las demostraciones prácticas.

IV—La plastia y sus aplicaciones en los casos difíciles del cáncer de la cara, por el doctor Alfonso Esguerra Gómez.

V—La cirugía del cáncer con demostraciones clínicas e intervenciones quirúrgicas, por el doctor César A. Pantoja.

VI—Además el curso será ilustrado por casos clínicos en todas las manifestaciones de la enfermedad, por conferencias clínico-patológicas, proyecciones cinematográficas y por la intervención de algunos especialistas cuya colaboración ha sido solicitada por ellos, y entre los cuales figuran el doctor Gonzalo Esguerra Gómez, para las demostraciones de radio-diagnóstico, el doctor Francisco Vernaza, en socio del doctor Octavio Archila, en órganos de los sentidos y el doctor Jorge E. Cavalier en socio del doctor Pablo Gómez Martínez, quienes discutirán casos de patología de vías urinarias.

En el curso de Cancelorogía se inscribieron muchos alumnos de último año de la Facultad de Medicina, algunos que ya han terminado estudios y varios profesionales. La inscripción para este curso ya ha sido cerrada, por haber llegado ya a sesenta el número de inscritos, que corresponde al cupo máximo que puede tener la sala del Instituto.

La REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, sabe, con sobradas razones, que la iniciativa tomada por la dirección del Instituto redundará en bien de todos.

Doctor Ernesto Díaz Ruiz.

Cuando aún estaba fresca la tinta de la prensa científica, anunciando su lucida tesis de grado, sus altas dotes de estudioso, su partida a los Estados Unidos, donde iba a perfeccionarse en cirugía, impresa en caracteres subidos de entusiasmo, hena de optimismo, recibíamos el mensaje lacónico de su muerte trágica. Las letras que se secan, saludan al amigo que se va. Las que humedecen lágrimas, hablan del que nunca volverá....

Su muerte prematura, inesperada, a los veinte y cinco años de edad, recientemente graduado, después de una lucida carrera, produjo una fuerte conmoción entre condiscípulos, maestros y amigos. Ernesto Díaz Ruiz fue un tipo humano poco común en nuestro medio. Despertaba la envidia de los mediocres, que no alcanzaban a comprender sus grandes arranques de insatisfecho científico y la admiración y el estímulo de los selectos, por encima de consideraciones mezquinas. Siempre fue un hombre discutido. Era imposible que todos estuvieran de acuerdo con su personalidad atrayente.

Unía a su capacidad intelectual, una constancia hipertrofiada, un anhelo de superación incontenible, gran deseo de servir y serle útil a la sociedad, una honradez y una caballerosidad intachables. Prueba de ello, sus calificaciones cuando estudiante, las posiciones científicas que ocupó por concurso, el cariño que le profesaban sus pacientes y la estimación y aprecio que él despertó en los centros donde le tocó actuar, especialmente en la Clínica de Marly, donde fue interno.

Su tesis de Grado, "Anotaciones sobre Anestesia y Cirugía", calificada como "Meritoria", es una muestra más de sus aptitudes. Allí, con lujo de pormenores, hizo su "autobiografía quirúrgica", en donde sorprende, la fruición, pudiéramos decir, con que anotaba sus participaciones, como ayudante y como primer cirujano, desde la pequeña intervención quirúrgica, hasta la colectomía. Su meticulosidad llegaba al extremo de medir en horas y segundos sus actuaciones como anestesista! "En total, 335 casos de Anestesia General

que comprenden 12.389 minutos, es decir, 206 horas, 29 minutos de anestesia continua". . . . Ese es el hombre, que ha partido para siempre dejando una estela imperecedera en la Facultad y un vacío difícil de llenar.

La REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, en esta hora de dolor, rinde un homenaje a su memoria. Presenta a las generaciones actuales y venideras, su nombre como un estudiante modelo, y se asocia al duelo que apesadumbra a la familia Díaz Ruiz, especialmente a sus respetables padres y a su hermano, colega muy apreciado.

José Cogollo Duque.

En la población de Arjona, Departamento de Bolívar, a consecuencia de una grave enfermedad, falleció este distinguido hijo de Bolívar, clínico de grandes capacidades, mentalidad inquieta, quien en asocio del doctor Tarrá, nos brindó páginas interesantes sobre medicina tropical y en especial sobre patología de su región.

La REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, se asocia al duelo de la medicina bolivarenses y presenta su condolencia a sus familiares y a la población de Arjona, que siempre lo consideró como hijo sobresaliente, honra de su tierra.

Fernando Troconis.

La ciencia médica colombiana acaba de perder a uno de sus más altos valores, el doctor Fernando Troconis, iniciador de los estudios modernos sobre fisiología en Colombia. Su labor fue fecunda y el país y la ciencia nacional, siempre le quedarán agradecidos. Su nombre pasará a ocupar el molde de oro de nuestros grandes precursores. No habrá ocasión histórica en que al mencionar la fisiología no brote su nombre, paralelo.

La REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA, de la cual él fue sobresaliente Secretario durante el rectorado del gran maestro, Carlos Esguerra, al hacer suyas las sentidas palabras del Profesor Gonzalo Esguerra Gómez, en seguida transcritas, presenta su expresión de condolencia, a sus hijos, don Francisco y don Fernando, doña Beatriz de Duplat, doña Matilde, doña Margot; a su hermano el reverendo padre Troconis, a sus cuñadas, doña María Barco de Pinzón, doña Ida de Escobar, doña Alicia de Ordóñez y demás deudos.

Palabras del Prof. Esguerra Gómez, en nombre de la Academia Nacional de Medicina.

Una amistad que no sólo permanece inalterable en el curso de la vida sino que cada día se acrecienta y fortalece más y más, es de aquellos enviados tesoros que, por ser en esta época privilegio exclusivo de unos pocos, deberían prolongarse espiritual y materialmente más allá de la muerte. Tal amistad reclamo de Fernando Troconis y por eso su desaparición ha sido para mí de aquellas penas que verdaderamente confunden y anonadan.

Ha querido el señor presidente de la Academia Nacional de Medicina que en nombre de dicha corporación diga yo el último adiós a quien supo honrarla con su ciencia, talento y caballerosidad. Claro está que al apresurarme a cumplir tan ponderoso encargo lo hago si nó con la maestría que tan preclaro nombre merece, al menos con el más sincero cariño y la más devota admiración al ilustre médico y al gran caballero que supo recibir los triunfos y los goces de la vida con el mismo señorío con que sobrellevó en los últimos años las injustas penalidades afectivas y físicas que quiso depararle la suerte.

El recuerdo de Fernando Troconis cuando, después de un prolongado viaje de estudio a los países europeos a raíz de los triunfos obtenidos en el ejercicio de la medicina en la ciudad de Cúcuta, lugar de su nacimiento, llegó a esta capital, no se podrá borrar en muchos años de la mente de los que tuvieron el privilegio de conocerlo.

Era el académico que presentaba a la consideración de los colegas los primeros resultados del tratamiento de las lesiones pulmonares por el neumotórax artificial en la ciudad de Bogotá.

El representante al congreso que luchaba ahincadamente y con argumentos sociales y científicos incommovibles por un cambio en la orientación de la campaña antituberculosa en Colombia, y el que más tarde inició la organización que hoy tenemos en la lucha contra esta enfermedad.

El que inauguraba en la Clínica de Marly el pabellón de maternidad, obra de su iniciativa y de su esfuerzo.

El miembro de la Sociedad de Cirugía de Bogotá que impulsaba y hacía progresar entre nosotros la entonces incipiente cirugía ósea.

El brazo derecho, como secretario de la Facultad de Medicina, en la lucha emprendida por el rector doctor Carlos Esguerra para reformar los estudios médicos.

Y el hombre de hogar, casado con una mujer tan hermosa como inteligente, amigo de sus amigos y mimado de la sociedad.

Y si en los últimos años de su vida se alejó de las actividades profesionales, no por eso dejamos de admirar al hombre ecuánime y de visión clara, al patriota preocupado por los problemas de su tierra, al padre de familia y al verdadero cristiano que supo ayudado por el cariño y la comprensión de sus hijos, hacer de la resignación su más excelsa virtud.

La obra de Fernando Troconis en el campo científico no podrá olvidarse. A él se deben iniciativas fecundas, realizaciones tangibles y trabajos perdurables de investigación. Como colegas discutámonos ante esa obra y como compañeros lloremos en silencio la desaparición de un verdadero amigo.

Luis Carlos Neira Cadena.

De manera repentina, dejó de existir el doctor Luis C. Neira, médico boyacense, quien se distinguió especialmente en el campo de la Higiene, como Director Departamental, como médico del lazareto y de la Sociedad de San Vicente de Paúl, durante toda su vida.

La REVISTA DE LA FACULTAD, deplora la muerte del doctor Neira Cadena, y expresa su condolencia, especialmente, a su señora esposa, doña María del Carmen Archila, y a sus hijos, Luis Carlos, José Antonio, Blanca, Carmenza, Virginia y Cecilia Neira Archila.

ACTIVIDAD MEDICA EXTRANJERA

LA PARTICIPACION DE LA GRAN BRETAÑA EN EL PROGRESO FARMACEUTICO MUNDIAL

D. D. T.

En D. D. T. encontramos otra arma que se ha desarrollado durante la guerra con una rapidéz asombrosa, para ser usada en el combate contra las enfermedades, pero no es un arma terapéutica. Es un arma que eventualmente puédesse que nos ayude a ejercer un dominio estricto sobre los insectos, los cuales, en cuanto se refiere a muchas especies, constituyen un suplicio para la humanidad. debido a las enfermedades que transmiten.

Como es natural, desde hace mucho tiempo, se conocen los insecticidas y por lo menos dos han sido empleadas con algún éxito. Ellos son el piretro y el rotenone. Pero ambos son productos naturales que se obtienen de países enemigos o bien de países conquistados o dominados por el enemigo. El piretro se obtenía de una especie de crisantemo que se cultiva en el Japón; el rotenone se obtiene de las raíces de ciertas plantas leguminosas tales como derris.

Pero desde el punto de vista de un insecticida ideal, ambas sustancias tenían sus defectos. El primero, que por lo general se empleaba en la forma de un rocío de piretro kerosén, tiene lo que en círculos técnicos se llama un efecto devastador rápido, transformando en inofensivo el insecto antes de que pueda transmitir enfermedades, pero su eficacia dura tan sólo por un período de tiempo corto, además de lo cual no es adecuado para su aplicación en la piel humana. Por otra parte, el rotenone, que es de cualidades más duraderas, tiene un efecto devastador más lento y tan sólo puede ser usado en forma de polvo.

* * *

Hacia mucho tiempo que muchas casas se dedicaban a la búsqueda de un substituto sintético adecuado para estos preparados compuestos, habiéndose ensayado algunos con más o menos éxito. Sin embargo, no es de extrañar el que no saliera a luz nada muy

notable, especialmente al tener en cuenta el número casi infinito de variedades de compuestos orgánicos. Se habían ensayado muchísimos miles con resultados negativos cuando ocurrió el milagro. Se llamó la atención del Gobierno de la Gran Bretaña sobre la sustancia Dichlor Diphenyl Trichlorethane o D. D. T., en su expresión abreviada, y ciertos ensayos rápidamente llevados a cabo les permitió darse cuenta de que desde hacía unos setenta años existía encasillado un remedio posible y eficaz.

El dichlor-diphenyl-trichlorethane no es una preparación nueva. Fue originalmente preparado en el año de 1874 por un químico alemán que trabajaba en Estrasburgo, pero parece que se le pasó inadvertido hasta que uno de los investigadores de la gran casa suiza Geigy de productos químicos descubrió que tenía ciertas propiedades insecticidas bien definidas, y fue a base de sus investigaciones que dicha casa sacó patentes inglesas en el año de 1942, cubriendo el uso de D. D. T. —comprendiendo insecticidas. Cuando la sucursal inglesa de la casa Suiza fabricante de D. D. T. llamó la atención del Gobierno Británico, se comenzó una investigación preliminar, la cual pronto dio por resultado que la sustancia fuera sometida a investigaciones y experimentos científicos llevados a cabo a pasos agigantados por biológicos, químicos y médicos especialistas en fiebres palúdicas, tanto en el laboratorio como en casos prácticos. Su dictamen fue lo suficiente favorable para justificar el comienzo de una manufactura en una escala grandemente aumentada.

En el mes de mayo de 1943 se inició su manufactura en la América del Norte, y ahora hay no menos de cuatro casas dedicadas a su producción. Aún no se ha divulgado la cuantía de su producción en la Gran Bretaña, pero se está destinando la producción total para el uso de las fuerzas armadas, para combatir el piojo común, y hasta el presente son muy pequeñas las cantidades que han sido destinadas para usos agrícolas u hortícolas, una situación que probablemente persistirá hasta que termine la guerra.

* * *

Como insecticida la principal singularidad de D. D. T. es su notable persistencia. Cuando es rociado en paredes a una concentración conveniente, mueren todas las moscas que puedan reposar en las paredes durante un período de tiempo de tres semanas, una característica de valor evidente en edificios tales como hospitales, que las moscas frecuentan tanto y que son tan peligrosas. Una cama rociada con D. D. T. es fatal al chinche común por un período de trescientos días y para las autoridades sanitarias de ciertos distritos estas cualidades serán de una ayuda milagrosa. La ropa espolvoreada con polvo que contenga D. D. T. queda inmune contra el piojo común por espacio de un mes, aún después de que haya sido

lavada varias veces; puede aplicarse el polvo sopládolo dentro de las mangas o del cuello de la ropa, un método que fue adoptado para dominar la irrupción de tifus en Nápoles a principios del año de 1944.

Un tal método es rápido y permitió que las autoridades de Nápoles pudieran dar dicho tratamiento a un máximo de 73.000 personas en un solo día —un resultado que no podía ser igualado por ningún otro método. Otro método de usarlo consiste en impregnar la ropa interior con una solución que contenga D. D. T. y se reivindica que tales prendas de vestir protegerán a las personas que las llevan puestas por un período de tres a cinco semanas sin lavar la ropa. Si se lava la ropa una vez por semana, la protección dura de dos a tres semanas, o de cinco a seis semanas si se emplea una solución más fuerte. Soluciones aún más concentradas proporcionarán protección aún después de nueve lavadas semanales. Para las tropas se ha recomendado una solución que proporciona protección contra seis a ocho lavadas semanales y se han tomado disposiciones necesarias para el tratamiento en gran escala de tales prendas de vestir.

Estas precauciones han servido para mantener a las fuerzas armadas británicas en casi completa inmunidad contra el tifus y la fiebre de trincheras y aún contra el mismo piojo, y contrastan fuertemente con el laborioso trabajo de despiojamiento que ello traería consigo. Si a todo esto se añade el hecho de que hasta hace muy poco no se conocía ningún insecticida que mantuviese a una persona libre del piojo común y por consiguiente, libre de los peligros del tifus por un espacio de tiempo de más de unos dos días, será posible darse cuenta cabal de lo mucho que el D. D. T. ha contribuido al bienestar de la humanidad.

* * *

Mientras que la notable persistencia de la potencia insecticida del D. D. T. es muy superior a la del piretro o del rotenone su efecto devastador es menos rápido que el primero de estos dos. Esto es importante tratándose, por ejemplo, del control de los mosquitos y en estos casos, y en otras aplicaciones, puede ser necesario lograr dicha cualidad mezclándolo con piretro. Sin embargo, para impedir la fiebre palúdica se están preparando emulsiones de D. D. T., las cuales son rociadas sobre las aguas donde se hallan las larvas (la larva del mosquito es acuática y pasa su vida en aguas muertas y estancadas). Pero dicho método, si bien es seguro, no ofrece protección contra el mosquito adulto que ya tiene sus alas. Por lo tanto, se han adoptado métodos aéreos de rociado, mediante los cuales se pueden inmunizar superficies extensas antes de llevar a cabo operaciones militares. Si bien de momento las necesidades

de las fuerzas armadas tiene prioridad, son enormes las posibilidades de esta nueva arma contra la fiebre palúdica en la post-guerra, y se abriga la esperanza de que al fin hemos hallado un medio de extirpar por completo su medio portador, el mosquito.

“CONSULTA MEDICO-QUIRURGICA” (*)

El dolor, medicamento?

Doctor *Gabino Mora Angarita*. El Cocuy. Boyacá.

Si el mote con el cual se encabezan estas líneas no expresa bien lo que queremos decir, en el curso de ellas trataremos de explicarlo. Pero es el hecho que ya en numerosos casos hemos podido apreciar y comprobar si se quiere, que el elemento dolor físico, no ya el color psíquico o sufrimiento moral, presta pudiéramos decir, servicios en el tratamiento de algunas afecciones. El dolor moral también presta y muy grandes no solo al individuo sino a la humanidad. Y así vemos como aquilata al espíritu e impulsa al hombre a la superación y a la grandeza. Con efecto, si no hubiera sido por la persecución a los primeros seguidores de Jesucristo, no se habrían tenido tantos y tan grandes héroes y mártires del cristianismo, ni Miguel de Cervantes Saavedra en la cárcel, poseído por el genio, hubiera escrito su obra inmortal, ni en toda la literatura encontraríamos con tanta frecuencia vivos ejemplos ni tan palpables hechos. Pero no nos vamos a referir al sufrimiento anímico o dolor moral el cual encuadra mejor una obra o artículo literario solamente que no en una publicación científica. Entonces dejamos a los puros literatos ese tema y nos adentramos pues con natural timidez dado lo escabroso del punto por esta espinosa senda del dolor físico o fisiopatológico propiamente.

Y decimos que es escabrosa también la cuestión por que toca por una parte con la fisiología y la fisiopatología y muy complejas en las cuales no presumimos de expertos, menos de autoridades o maestros. Y de otro lado, alcanzamos a percibir claramente que al enunciar este asunto así sea con interrogación o algo dubitativamente es para prevenirnos contra las críticas sensibleras más que todo, que sin duda se alzarán para anatematizarnos como a indivi-

(*) La Redacción de la Rev. verá gustosa y publicará las respuestas que quieran dar los lectores de esta Sección. Ojalá no exceda de 6 páginas a doble espacio.

duos bárbaros, casi sin ninguna sensibilidad humana y hasta sin asomos de piedad. De ahí por que, sirvan estas palabras de un ángulo para correr traslado a los verdaderos biólogos y fisiopatologistas de la adecuada interpretación de los hechos que vamos a enunciar, y del otro ángulo, para descargar nuestra conciencia supra-sensible o no con no menor grado de sensibilidad que la de cualquier otro médico y al menos inmunizarnos contra críticas y ataque de femeninas sensiblerías. Así que no cuentan pues aquí ni la filosofía epicúrica ni el cursi o falso sentimentalismo.

Con las observaciones vamos a entrar ya en materia. Claro que no es posible citar los nombres de las personas o sus iniciales siquiera como se acostumbra, por que puede llegar a su conocimiento y ello equivaldría a malas interpretaciones y no agradecerían el bien que se buscó y se obtuvo con tales tratamiento. Mas, si podemos citar en su defecto los nombres de los colegas con quienes se han hecho las observaciones en cuestión y se han podido apreciar sus benéficos resultados. Son ellos los doctores Antonio M^a Pérez Gómez Julio Aponte y Carlos H. Moreno M. Con el primero particularmente fue con quien por primera vez comprobamos el hecho el cual nos llamó profunda y poderosamente la atención.

Se trata de que en no contadas ocasiones hemos podido ver que el dolor físico provocado combate eficazmente entre otras afecciones la histeria, las neuralgias, y sobre todo el síncope, particularmente en la anestesia. Y muchos médicos habrán practicado estos tratamientos sin detenerse a reflexionar, meditar o considerar siquiera por que entonces "su exquisita sensibilidad" les habría impedido hacer este tratamiento con nítido perjuicio para el enfermo, nos atrevemos a creerlo.

Mas es lo cierto que en el hospital de San Juan de Dios, se venían practicando tratamientos similares —y creo que se continúan aún— desde tiempos inmemoriales tales como el de una inyección de éter para las enfermas de histeria que llegan con los ataques. Y la acción del éter es bien sabido que es tonicardiaca, especialmente, acción que no juega papel en estos casos puesto que lo que está enfermo no es propiamente el aparato cardio-vascular. Entonces creemos que *es el intenso dolor* producido por la inyección el que actúa u obra favorablemente en tales estados.

En las neuralgias, sobre todo en las formas rebeldes y tenaces se ha empleado con frecuencia y con notorios éxitos tratamientos como los puntos de fuego y las inyecciones de veneno de abeja, "Locus dolenti", para curar o por lo menos aliviar esas molestias y también nos atrevemos a creer como en el caso anterior, que es el elemento dolor especialmente el que obra por un oscuro e inextricable mecanismo sedando esas perturbaciones.

Y por último en el síncope, sobre todo en la anestesia, se beneficia enormemente como lo hemos podido comprobar repetidas veces con el tratamiento a que venimos refiriendo. En efecto, hemos podido observar que en los síncope de la anestesia las inyecciones de cafeína, cardiazol, coramina y, aún de adrenalina poco y casi nada obran. Entonces es cuando el dolor se manifiesta en su forma más apreciable. Así, continuando la respiración artificial del sincopado por una parte y por la otra la intervención sin ninguna clase de anestesia, hemos podido comprobar verdaderas resurrecciones las que no nos explicamos completamente.

La explicación como hemos dicho, no nos atrevemos a darla ni siquiera en forma de teoría o de suposición, menos, de una manera erudita con abundancia de razonamientos que satisfagan al espíritu. Será la superposición de dos sensaciones, la desviación de la sensación anterior, la sugestión o un aflujo provocado de secreción adrenalínica por el dolor que reactiva enérgicamente como en otros casos este mismo fenómeno obró sedándolo? Así como hay la cirugía del dolor de Lerich, pueda que también haya el dolor como remedio! Tienen la palabra los autorizados en la materia.

NOTA: No hacemos bibliografía porque no hemos tomado ni consultado nada de ninguna obra.

El Cocuy, 1945.

Gabino Mora Angarita

**EL METABOLISMO CELULAR DE LOS PARASITOS DEL PALUDISMO
EN RELACION CON EL MODO DE ACCION DE LOS MEDICAMENTOS
ANTIPALUDICOS**

(The Cell Metabolism of the Malaria Parasite in Relation to the Mode of Action of Antimalarial Drugs).

Por S. R. Christophers, *Transactions of the Faraday Society*, 39, 333-339, Diciembre, 1943.

El autor, Sir Richard Christophers, F. R. S., es bien conocido por su importante labor sobre paludismo en la India. Desde su regreso a Inglaterra ha trabajado sobre dicho tema en Londres y en Cambridge.

Las investigaciones sobre el metabolismo de los parásitos del paludismo se comenzaron por Christophers & Fruton (1938) y sus resultados han sido después confirmados y ampliados por diversos investigadores Norteamericanos. La mayor parte del trabajo se ha llevado a cabo con *Plasmodium knowlesi*, parásito que es virulento para determinados monos, pero también se han empleado plasmodia de las aves. Puede usarse toda la sangre de un mono o ave fuertemente infectado, o pueden separarse los parásitos de los glóbulos sanguíneos y obtenerse sin gran deterioro en estado libre. Los parásitos, o la sangre parasitada, se colocan en un manómetro diferencial de Barcroft, y se mide el consumo de oxígeno en la forma acostumbrada. Por este medio ha quedado establecido que:

- i. Las suspensiones de parásitos consumen oxígeno a gran velocidad, mucho más rápidamente (p. e. x 300) que la sangre normal.
- ii. El consumo de oxígeno está en proporción con el número de parásitos que existen y con su fase de desarrollo.
- iii. El consumo de oxígeno es mucho mayor (x 10) con las formas grandes del parásito que con las pequeñas.
- iv. El consumo de oxígeno puede quedar inhibido incluso por vestigios minúsculos de determinados medicamentos.

El consumo de oxígeno es de alrededor de 2-17 ml. por 10^{10} parásitos por hora; ésto corresponde a alrededor de 1/8 del consumo de oxígeno de los tripanosomas, que, sin embargo, son mucho mayores. Se utiliza glucosa, pero el consumo de oxígeno de los parásitos palúdicos no depende tan estrechamente de la glucosa como el de los tripanosomas. Los parásitos palúdicos emplean glucosa en la proporción de 18 mg. por 10^{10} parásitos por hora, y se usa una molécula de oxígeno por cada molécula de glucosa consumida. La mitad de la glucosa que se destruye se convierte en ácido láctico y la otra mitad se oxida incompletamente. Además de glucosa, los parásitos pueden usar levulosa, mal-

tosa, manosa, glicerol y lactato, pero no otros azúcares. El cociente respiratorio es de alrededor de 0.78-0.86, lo que demuestra que gran parte de la energía se deriva de la oxidación de hidratos de carbono. Esto se halla en contraste con el cociente respiratorio de los tripanosomas, que es sólo de 0.2, lo que indica que mucho de su metabolismo es anaeróbico. Los plasmodia liberan ácido hasta un punto variable. El proceso de oxidación puede ser inhibido por cianuro, y es probable que intervenga un sistema enzimático que contenga hidrogenasa y citocromo.

La acción de los medicamentos que matan a los parásitos depende probablemente de su interferencia con los sistemas enzimáticos; en todo caso ésto constituye una buena hipótesis de trabajo. Los medicamentos antipalúdicos tales como la quinina, atebrina y plasmuquina inhiben activamente el consumo de oxígeno del *P. knowlesi* del mismo modo que ejercen una acción terapéutica sobre el paludismo *in vivo*. La sulfanilamida, el sulfafiazol de sodio y la sulfapiridina de sodio son tan activos para inhibir el consumo de oxígeno *in vitro* como son activos para curar la infección *in vivo* (Coggeshall & Maier, 1941).

Estas investigaciones no es probable que conduzcan al descubrimiento de ningún medicamento antipalúdico, de manera breve y sencilla; pero tienen importancia especial porque pudieran demostrar cual es el eslabón particular en el mecanismo respiratorio celular que se rompe mediante cierto tipo de medicamento inhibidor, p.e. quinina, atebrina, etc. Si ésto se descubriese, el quimioterapeuta biológico se encontraría en mejor situación para colaborar con el químico orgánico en su síntesis de nuevos compuestos antipalúdicos. Todos los medicamentos no actúan probablemente de la misma manera, pero la quinina, la mapacrina (atebrina) y la plasmuquina probablemente actúan todas ellas en la forma descrita. El rasgo más sobresaliente de estos tres compuestos es que se trata de bases orgánicas complejas. La disminución de sus grupos básicos disminuye su actividad terapéutica. Las constantes de disociación (pK) y la solubilidad de los compuestos determinan la mayor parte de las reacciones de cualquier base dada en el tubo de ensayos. El autor considera que posiblemente los efectos inhibitorios y antipalúdicos de estos compuestos son un efecto indirecto de su carácter básico más que un resultado directo de su estructura molecular.

Bibliografía.

- Christophers, S. R. & Fulton, J. D. (1938) *Ann. trop. Med. Parasit.* 32, 43.
Coggeshall, L. T. & Maier, J. (1941). *J. infect. Dis.* 69, 108.

SECCION INFORMATIVA DE LA BIBLIOTECA

Libros recibidos.

TEMAS DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA. (Segunda Edición)

Homenaje del Laboratorio Cup, S. A. Doctor César Uribe Piedrahita.—Bogotá. Colombia.

A la memoria del doctor Francisco Gómez Pinzón.

Agradecemos la gentileza de los Laboratorios Cup y los felicitamos por la grata iniciativa de honrar la memoria del insigne psiquiatra colombiano muerto prematuramente, cuando la ciencia médica colombiana y la patria esperaban de ese hijo dilecto, más lustre y gloria para su nacionalidad.

MEDICINA LEGAL Y PSIQUIATRIA FORENSE. Por el doctor Guillermo Uribe Cualla.

Hemos recibido la cuarta edición del libro de Medicina Legal, del Profesor Uribe Cualla, texto de estudio de las Universidades Nacional y Javeriana, que galantemente nos ha enviado su autor.

Damos las gracias por tan valioso obsequio y nos congratulamos con el doctor Uribe Cualla por el éxito de su brillante obra.

Hemos recibido los siguientes libros obsequiados galantemente por THE BRITISH COUNCIL.

Agradecemos altamente tan valioso obsequio y tenemos el gusto de comunicarles que sobre la obra titulada "Fractures and Joint Injuries by R. Watson Jones, oportunamente un Profesor de nuestra Facultad hará el comentario científico correspondiente. De igual manera las demás obras serán comentadas por nuestros especialistas. Así lo esperamos.

THE SURGERY OF REPAIR INJURIES AND BURNS. By D. N. Matthews.

Blackwell Scientific Publications LTD. Oxford. 1943.

Contiene: 386 páginas. 197 grabados. 24 referencias bibliográficas.

THE HISTORY CAESAREAN SECTION. By J. H. Young. H. K. Lewis & Co. Ltd. 1944. London.

Contiene: 254 páginas. 46 referencias bibliográficas.

REVELATION OF CHILDRITH THE PRINCIPLES AND PRACTICE OF NATURAL CHILDBIRTH. By Grantly Dick Read. Second Edition Illustrated.

William Heinemann. Medical Books. Ltd. 1943. London.

Contiene: 246 páginas. 3 grabados.

THE QUEEN CHARLOTTE'S TEXTBOOK OF OBSTETRICS. By The Members of the Clinical Staff of the Hospital. Sixth Edition.

J. & A. Churchill Ltd. 1943. London.

Contiene: 577 páginas. 290 grabados.

STRUCTURE AND FUNCTION AS SEEN IN THE FOOT. By Frederic Wood Jones.

Bailliere, Tindall And Cox. 1944.

Contiene: 329 páginas. 150 grabados. 9 referencias bibliográficas.

A HANDBOOK OF OPHTHALMOLOGY. By Humphrey Neame, F. R. C. S. and F. A.

Williamson. Noble, F. R. C. S. J. & A Churchill Ltd. 1944. London. Fifth Edition.

Contiene: 333 páginas. With 12 Plates, containing 46 Coloured Illustrations and 189 Text Figures.

THE ESSENTIALS OF MODERN SURGERY. By R. M. Handfield-Jones. M. C., M. S., F. R. C. S. and A. E. Porritt M. A., M. Ch., F. R. C. S. Second edition.

Edinburgh. E. & S. Livingstone. 1943.

Contiene: 1204 páginas. With 624 Illustrations of which many are in Colour.

THE RADIOLOGY OF BONES AND JOINTS. By James F. Brailsford M. D. F. R. C. S.

Third Editions. J. & A. Churchill Ltd. 1944.

Contiene: 440 páginas. With 404 Illustrations.

La REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA agradece profundamente la especial deferencia de los autores con nuestra Facultad y les da las más sinceras gracias por tan valiosos obsequios.

INDICE DE AUTORES

A

	Nº	Pág.
Amaya Pedro José	3	252

B

Barragán Jesús M.6 y	7	619
Bejarano Jorge.....	1	46
Belding David	1	67
Bonilla Naar Alfonso	2	145
Bonilla Naar Alfonso	2	164
Bonilla Naar Alfonso	2	180
Bonilla Naar Alfonso	3	258
Bonilla Naar Alfonso	3	286
Bonilla Naar Alfonso	3	262
Bonilla Naar Alfonso	3	319
Bonilla Naar Alfonso	4	403
Bonilla Naar Alfonso	4	438
Bonilla Naar Alfonso	4	418
Bonilla Naar Alfonso	4	472
Bonilla Naar Alfonso	5	502
Bonilla Naar Alfonso	5	531
Bonilla Naar Alfonso	5	560
Bonilla Naar Alfonso6 y	7	638
Bonilla Naar Alfonso6 y	7	644
Bonilla Naar Alfonso6 y	7	645
Bonilla Naar Alfonso	8	714
Bonilla Naar Alfonso	8	723
Bonilla Naar Alfonso	8	745
Bonilla Naar Alfonso	9	793
Bonilla Naar Alfonso	9	831
Bonilla Naar Alfonso	9	862
Bonilla Naar Alfonso	10	910
Bonilla Naar Alfonso	10	944
Bonilla Naar Alfonso	10	957
Bonilla Naar Alfonso	10	972
Bonilla Naar Alfonso11 y	12	1041
Bonilla Naar Alfonso11 y	12	1005
Boshen Manrique Jorge	2	122
Botero Luis E.....	10	910
Bugher John C.....	2	122
Bugher John C.....	5	510

C

Corachán García Manuel	2	100
Corpas Juan N.....6 y	7	602
Corpas Juan N.....6 y	7	615

E

Esguerra Gómez A.....	1	85
-----------------------	---	----

G		Nº	Pág.
García Torres Aristides		4	348
Gast Galvis Augusto		5	510
L			
Landis Eugene M.		10	933
Luque Manuel José		1	9
Luque Manuel José		2	100
Luque Manuel José		3	219
Luque Manuel José		4	335
Luque Manuel José		5	492
Luque Manuel José	11 y	12	1010
M			
Mariño Zuleta Miguel		8	686
Matallana Alfonso		1	35
Méndez Ferro Luis		8	703
Mera Samaniego Benjamín		5	523
Mera Samaniego Benjamín		8	699
Montes Gonzalo		1	35
N			
Navarro Uribe Miguel		9	826
O			
Oliver González José		1	67
Osorno Mesa Ernesto		2	122
Otero Silva José		4	398
P			
Patiño-Camargo Luis		1	18
Peralta C. Rafael	11 y	12	1064
R			
Ramírez Moreno J. M.		3	305
Roca García Manuel		2	122
S			
Salgar Abraham		9	793
Sánchez Herrera Manuel		1	18
Santacoloma Néstor		3	238
Sarmiento L. Guillermo		9	816
T			
Triana Cortés Santiago		3	226
Trujillo Jáuregui Hernando		4	380
U			
Uribe Cualla Guillermo		10	918
Uribe Uribe Alfonso	6 y	7	627
Urueña Carlos A.		10	931

INDICE DE MATERIAS

A

	Nº	Pág.
Actividad médica extranjera	2	170
Actividad médica extranjera	3	281
Actividad médica extranjera	4	442
Actividad médica extranjera	5	564
Actividad médica extranjera	6 y	7
Actividad médica extranjera	8	749
Actividad médica extranjera	9	866
Actividad médica extranjera	10	970
Actividad Médica extranjera.	11 y	12
Algunas anomalías anatómicas observadas en el anfiteatro de anatomía de la Facultad Nacional de Medicina... ..	3	238
Atlas humano. — Radiografías normales del adulto en bajo relieve	4	398
Adenoma tiroideo con sospecha de degeneración maligna... ..	5	492
A propósito de las estenosis neoplásicas del colon. Extirpación del colon derecho. Curación	11 y	12
Alergia y parasitosis intestinal	10	931

B

Bases fisiológicas experimentales para el estudio de la patogenia de los temblores en la enfermedad de Parkinson	1	35
Bibliografía seleccionada de Parasitología y medicina tropical.	3	322
Bibliografía seleccionada de Parasitología y medicina tropical.	4	472

C

Colitis ulcerosa idiopática	1	18
Comunicaciones académicas..	1	60
Cuadros científicos colombianos en el exterior	1	67
Corresponsales extranjeros de la REVISTA	2	90
Ciclo evolutivo de la Endamaeba histolytica..	2	164
Ciclos evolutivos de Strongyloides Stercoralis. — Ancylostoma duodenale y necatur americanus..	3	258
Ciclos evolutivos de taenia solium y T. saginata... ..	4	418
Ciclos evolutivos de trichinella spiralis. Trichocephalus trichinurus. — Ascaris lumbricoides. Enterobius vermicularis..	8	723
Ciclo evolutivo de Plasmodios. T. cruzi y Balantidium coli	9	862
Ciclos evolutivo de los mosquitos y de las garrapatas	10	957
Ciclos evolutivos de Chilomastix mesnili Trichomonas, Embadonfonas, Giardia lamblia Echinococcus granuloso y Entoromonas	11 y	12
Corresponsales nacionales	3	322
Corresponsales extranjeros	4	326
Comisión de estudios sobre bartonellosis..	5	523
Corresponsales nacionales	5	482
Cotos. Historia clínica	6 y	7
Consideraciones médico sociales sobre la blenorragia y la sífilis.	8	703
Consulta médico quirúrgica. El dolor como medicamento? 11 y	12	1098

D

	Nº	Pág.
Dos casos de cirugía del recto por prolapso... ..	1	9
De la historia de nuestra medicina... ..	2	180
Datos biográficos. Juan N. Corpas	6 y 7	663
Discurso pronunciado en honor del nuevo decano Prof. José del C. Acosta	7	615
Discursos pronunciados en el sepelio del Prof. Abraham Salgar.	9	808

E

Editorial	1	7
Editorial	2	97
Editorial	3	217
Editorial	4	333
Editorial	5	489
Editorial... ..	6 y 7	597
Editorial	8	683
Editorial	9	781
Editorial	10	907
Editorial	11 y 12	1005
Extirpación perineal del recto con conservación del esfínter...	2	100
El Instituto de Cirugía Experimental de Caracas	2	106
Epidemiología de la fiebre amarilla selvática en Colombia durante los últimos años	2	122
El Laboratorio de Cirugía Experimental de la Facultad Nacional de Medicina... ..	3	226
Escuelas de Medicina en América latina	3	293
Estado actual de la biblioteca de la Facultad Nacional de Medicina.	3	305
El hombre y las enfermedades tropicales parasitarias	6 y 7	644
Exploración del mediastino anterior por herida con arma de fuego en la región precordial. Tóraco-laparotomía mediana (esterno y pericardiotomía). Historia Clínica de un caso	10	910
El curso de fisiología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard	10	933

H

X Historia de la Medicina Tropical, Parasitología e Higiene en Colombia (1830-1943)	2	145
X Historia de la Medicina Tropical. Parasitología e Higiene en Colombia... ..	3	262
X Historia de la Medicina Tropical. Parasitología e Higiene en Colombia... ..	4	403
X Historia de la Medicina Tropical. Parasitología e Higiene en Colombia	5	531
X Historia de la Medicina Tropical. Parasitología e Higiene en Colombia	6 y 7	638
X Historia de la Medicina Tropical. Parasitología e Higiene en Colombia	8	714
X Historia de la Medicina Tropical. Parasitología e Higiene en Colombia	9	831
X Historia de la Medicina Tropical. Parasitología e Higiene en Colombia	10	944

Historia de la Medicina Tropical. Parasitología e Higiene en Colombia11 y	12	1071
Historia de la Medicina	3	286
Historia de la Medicina. (Nacional-Extranjera)	4	438
Historia de la Medicina (Nacional-Extranjera)	5	560
Historia de la Medicina Nacional... ..6 y	7	645
Historia de la Medicina Nacional	8	745
Historia de la Medicina Nacional	9	793
Historia de la Medicina (Nacional y Extranjera)	10	972
Historia de la Medicina (Nacional y Extranjera)11 y	12	1081

I

Indicaciones y contraindicaciones clínicas de los digitálicos. 6 y	7	627
Informe sobre una epidemia en el Municipio de Guachucal en el Departamento de Nariño	8	699
Influencia de los colágenos en el proceso hemocoagulatorio ..	9	826

J

Juntas directivas de las sociedades científicas colombianas y extranjeras	2	182
Juntas directivas de las sociedades científicas colombianas. ..	3	291
Juntas directivas de las sociedades científicas colombianas y órganos de publicidad... ..	4	450

L

La hipertrofia del timo en el recién nacido	3	252
La eficacia de la vacunación en la prevención de la fiebre amarilla en Colombia.	5	510
Las reacciones impulsivas en la embriaguez aguda. El delirio onírico y su interpretación adecuada... ..	10	918

M

Movimiento Médico Social	2	166
Movimiento Médico Social	3	273
Movimiento Médico Social	4	422
Movimiento Médico Social	5	537
Movimiento Médico Social	8	727
Movimiento Médico Social	9	868
Movimiento Médico Social	10	960
Movimiento Médico Social11 y	12	1086

N

Nociones de Medicina Legal Práctica. La autopsia Médico Legal.	9	861
--	---	-----

O

Osteosarcoma Costal.. ..	3	217
Obituario	1	71
Obituario	5	559
Obituario... ..6 y	7	654
Obituario11 y	12	1091

P

	Nº	Pág.
Pequeña y útil modificación a la técnica de Dawbarn para la apendicectomía	5	502
Prof. Juan N. Corpas	7	597
Periarteritis nudosa. Estudio clínico y anatomopatológico de un caso	8	686
Prof. Abraham Salgar	9	779
Prof. César Uribe Piedrahita	12	1003
Prof. Juan N. Corpas	7	597

R

Revista de Tesis	1	75
Revista de Tesis	2	186
Revista de Tesis	4	452
Revista de Tesis	5	569
Revista de Tesis	7	655
Revista de Tesis	8	752
Revista de Tesis	9	874
Revista de Tesis	10	974
Revista de Revistas	1	79
Revista de Revistas	2	190
Revista de Revistas	3	296
Revista de Revistas	4	458
Revista de Revistas	5	573
Revista de Revistas	7	660
Revista de Revistas	8	759
Revista de Revistas	9	886
Revista de Revistas	10	981
Revista de Revistas	12	1101
Resoluciones de duelo	9	789

S

Sección informativa de la biblioteca	1	82
Sección informativa de la biblioteca	2	200
Sección informativa de la biblioteca	3	311
Sección informativa de la biblioteca	4	466
Sección informativa de la biblioteca	5	579
Sección informativa de la biblioteca	7	669
Sección informativa de la biblioteca	8	765
Sección informativa de la biblioteca	9	890
Sección informativa de la biblioteca	10	986
Sección informativa de la biblioteca	12	1103
Siluetas de los Profesores de la Escuela de Medicina	7	602
Sífilis y Penicilina	12	1064

T

Técnica de la apendicectomía	4	335
Trabajos de estudiantes	4	348
Técnicas de Parasitología en la enseñanza y en la práctica. (Solución y colorantes)	12	1041

V

Vida y obra de Carlos Finlay	1	46
--	---	----