

Año VI Nro. 30. — Enero de 1939 — Nro. 51

BOLETIN CLINICO

— REVISTA MENSUAL —

ORGANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS
NATURALES DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.
- MEDELLIN - COLOMBIA -

DIRECTOR:

DR. ALONSO RESTREPO

DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA.

COMITE DE REDACCION:



DR. HERNAN POSADA

Director de Educación Pública de Antioquia y
Profesor de Clínica semiológica médica.

DR. EUGENIO VILLA HAEUSLER

Director Departamental de Higiene y
Profesor de Terapéutica.

DR. JOAQUIN ARISTIZABAL

Médico Director del Hospital de San Vicente y
Profesor de Clínica ortopédica y de urgencias.

DR. PEDRO NEL CARDONA C.

Profesor de Clínica ginecológica.

DR. JOSE MIGUEL RESTREPO

Profesor de Clínica terapéutica.



Editado y distribuido por cuenta de los

LABORATORIOS URIBE ANGEL.

TIRAJE: 2.500 EJEMPLARES

Tarifa red. en el Servicio Postal Interior.—Registro No 152.

Correspondencia y canjes:

“BOLETIN CLINICO”

Apartado 205 - Medellín - Antioquia - Rep. de Colombia.

PERMANENTE:

BOLETIN CLINICO ofrece una libertad de exposición absoluta, pero las ideas emitidas pertenecen a sus autores, y el hecho de su publicación no implica que la Facultad o el Comité de Redacción las acepten.

CONTENIDO:

Dr. Emiliano Henao M.

A la memoria del Dr. Emiliano Henao.

A la memoria del Dr. Andrés Posada Arango.

PELAEZ Juan de J.—Cómo puede organizarse la campaña antivenérea en Antioquia.

MEJIA JARAMILLO Bernardo—Serorresistencia en la sífilis.

POSADA Hernán.—Homenaje a la memoria del Dr. José V. Maldonado en el Pabellón de Clínica Interna del Hospital de San Vicente.

Semana Médica Colombo-Venezolana.

OROZCO Alfonso.—Una cruzada cultural.

GUZMAN A. Miguel.—Antivirusterapia tífica. Comentarios, técnica y conclusiones.

BOTERO GUERRA Marco A.—Precocidad sexual
Correspondencia.

Del Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia.

Resolución N° 144, del Decano de la Facultad de Medicina.

Biblioteca de la Facultad.

Del Consejo Directivo

de la Universidad de Antioquia

(Sesión del 24 de Noviembre—1938)

“El Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia, velando por la buena marcha de la organización del Instituto hace saber a los estudiantes de las Escuelas y Facultades, que está resuelto a no prorrogar el plazo para la presentación de los exámenes nuevos y supletorios, los cuales deben verificarse de conformidad con el reglamento entre el 20 de enero y el 28 de febrero de cada año”.

CLOR-CAL

Elíxir de Cloruro de Calcio estabilizado, y dosificado a razón de $\frac{1}{2}$ gmo. por cucharadita cafetera (0.50 gms. x cada 5 c. c.)

INDICACIONES:

HEMOSTÁTICO: en toda clase de Hemorragias.

DECLORURANTE y DIURÉTICO: en las Nefritis hidropígenas, Edemas y Ascitis de origen circulatorio.

RECALCIFICANTE: En el Embarazo, la Lactancia, el Crecimiento y la Espasmofilia.

ANTI-ANAFILÁCTICO: en la Urticaria y los Accidentes Séricos.

LABORATORIOS URIBE ANGEL
Medellín — Barranquilla — Cali
Colombia

Resolución No. 144

El Decano de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad de Antioquia, en uso de sus atribuciones reglamentarias,

RESUELVE:

Los exámenes supletorios se verificarán en el mes de febrero del año 1939, de la siguiente manera:

MIERCOLES 1º DE FEBRERO

Química general y
Física general (del año Preparatorio)

Jurado examinador:
Dr. Emilio Jaramillo

JARABE PECTORAL L. U. A.

Cada cucharada contiene:

Lacto-fosfato de Calcio	0,367	gms.
Codeína	0,0051	„
Creosota de Haya	0,0612	„
Alcoholatura de Acónito	0,0294	„

Afecciones Crónicas de las Vías
Respiratorias.

Adultos: Tres cucharadas al día.
Niños: Como lo ordene el médico.

Licencia No 126 de la C. de E. F.

LABORATORIOS URIBE ANGEL
Medellín — Barranquilla — Cali
Colombia

Dr. Alberto Alvarez Uribe
Dr. Carlos Madrid

Anatomía patológica
Histología

Jurado examinador:

Dr. Jorge Castro Duque
Dr. Luis Roldán
Dr. Rafael Arango R.

Anatomía curso 1º
Medicina operatoria

Jurado examinador:

Dr. Horacio González D.
Dr. Ernesto Peña Q.
Dr. Alfonso Mejía C.

Reconstituyente Uribe Angel

Cada copita contiene:

Glicerofosfato de sodio	0,35	gms.
Glicerofosfato de Calcio	0,16	"
Glicerofosfato de Hierro	0,03	"
Glicerofosfato de Manganeso	0,02	"
Clorhidrato de Quinina	0,005	"

En un vehículo de sabor excelente.

Astenias - Convalecencias.

Una copita antes de cada comida.

Licencia N° 4.785 de la C. de E. F.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia

JUEVES 2 DE FEBRERO

Introducción al estudio de la Medicina
Patología interna
Patología externa

Jurado examinador:

Dr. Jorge E. Delgado U.
Dr. Samuel Uribe E.
Dr. Juan B. Isaza M.

Medicina legal
Clínica obstétrica

Jurado examinador:

Dr. Ernesto Rodríguez
Dr. Carlos Fernández Q.
Dr. Luis Abad C.

UROSALINA

**En granulado efervescente de
solubilidad completa y rápida**

NUEVA FORMULA

Citro-tartrato de Sodio, Carbonato de Litio y Hexametilente tramina.

Urosalina, a sus condiciones de una sabia combinación de alcalinos, reúne las ventajas de su solubilidad y de su sabor agradable.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia

VIERNES 3 DE FEBRERO

Fisiología humana
Terapéutica
Patología tropical

Jurado examinador:

Dr. Eugenio Villa H.
Dr. Jorge Delgado G.
Dr. Miguel Martínez

Clínica sifiligráfica
Clínica neurológica y psiquiátrica
Clínica de órganos de los sentidos

Jurado examinador:

Dr. Lázaro Uribe C.
Dr. José Posada T.
Dr. Carlos Vásquez

FORMIAQUINA

Formiato básico de quinina inyectable

— INDOLORO —

Cada ampolla contiene 0,50 gms. de la Sal en
3 c. c. de vehículo.

Paludismo agudo en todas sus formas.

Lic. N° 4.965 de la C. de E. F.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia

Clínica semiológica médica

Jurado examinador:

Dr. Miguel M^o Calle

Dr. Hernán Posada

Dr. Miguel Guzmán

LUNES 6 DE FEBRERO

Química biológica

Bacteriología

Parasitología

Jurado examinador:

Dr. Jesús Peláez Botero

Dr. Luis Enrique Arango

Dr. Alonso Restrepo

Dada en Medellín, a 12 de diciembre de 1938.

Alonso RESTREPO

Decano.

El Secretario de la Facultad,

Alonso MADRIÑAN

ANTIPLASMODIO

Cada pastilla contiene 0.25 gms. de Clorhidrosulfato de quinina y 0.01 de Arrhenal, en excipiente colagogo.

Antipalúdico (preventivo y curativo).

Destruye los agentes productores del paludismo. Evita la anemia. Previene los accidentes conocidos con el nombre de Hígado Palúdico. Sirve como preventivo de las fiebres en las regiones invadidas por el zancudo.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia



DR. EMILIANO HENAO M.

A la Memoria del Dr. Emiliano Henao

Ferrocarril de Antioquia.—Medellín, agosto 1º de 1938.
Señor
Presidente de la Academia de Medicina de Antioquia.
Presente.

Tengo el gusto de acompañar a Ud. la Resolución N° 258, de 26 de los corrientes, dictada por la H. Junta del Ferrocarril de Antioquia, y la Superintendencia General, por la cual se deplora el fallecimiento del eminente médico Dr. Emiliano Henao M.
De Ud. Atto. S. S.,

Julio Luis RESTREPO

RESOLUCION N° 258

La Junta del F. C. de Antioquia y la Superintendencia General,

CONSIDERANDO:

1º.—Que el día 24 de los corrientes falleció en esta ciudad el señor Dr. Emiliano Henao M., médico eminente y profesional distinguido, quien prestó importantes servicios a esta Empresa por un lapso mayor de 45 años;

2º.—Que en el ejercicio de su profesión el Dr. Henao M. se dedicó con todo su entusiasmo a luchar con desvelado empeño contra las endemias tropicales, aplicando en la Empresa las más eficaces concepciones de higiene y profilaxia, estableciendo con acertada visión bases de verdadera medicina social; y

3º.—Que las dotes de profesional sobresaliente y caballerosidad que adornaron la vida del finado Dr. Henao, merecen ser exaltadas, especialmente por la Empresa del Ferrocarril, a la cual prestó tan buenos servicios,

RESUELVE:

a).—Presentar a la familia del extinto y al Cuerpo Médico

del país, los sentimientos de pesar por la desaparición de tan preclaro ciudadano e ilustre hombre de ciencia;

b).—Disponer la colocación de un retrato al óleo del finado Dr. Henao, en una de las salas del Hospital Central del Ferrocarril, como recuerdo a su memoria;

c).—Sufragar por cuenta de la Empresa los gastos que ocasiona el sepelio; y

d).—Enviar la presente resolución en edición de lujo y en nota de estilo a sus hijos D. Emilio y D. Germán, a su hermano D. Jesús, al Municipio de Amalfi, donde nació, y a la Academia de Medicina de Antioquia, de la cual fue miembro honorario.

El Presidente de la Junta,

G. JARAMILLO M.

El Superintendente General,

Emilio MONTOYA

El Secretario,

Julio Luis RESTREPO

A la Memoria del Dr. Andrés Posada Arango

Colombia.—Antioquia.—Asamblea Departamental.—Medellín, 22
de julio de 1938.

Señor

Presidente de la Academia de Medicina.

Ciudad.

Me es placentero dirigirme a esa honorable entidad con el fin de enviar copia auténtica de la Ordenanza N° 62 de este año, por la cual se conmemora el primer centenario del nacimiento del doctor ANDRES POSADA ARANGO.

Soy del señor Presidente y de cada uno de los miembros que componen tan alta entidad, atento y seguro servidor,

Jaime DE GREIFF, Secretario.

ORDENANZA N° 62

“por la cual se conmemora el primer centenario del nacimiento del doctor ANDRES POSADA ARANGO”.

La Asamblea Departamental de Antioquia, en uso de sus facultades legales, y

CONSIDERANDO:

1°—Que el doctor Andrés Posada Arango nació en Medellín el 11 de febrero de 1839. Fue bautizado al día siguiente en la iglesia parroquial de Medellín por el Pbro. Francisco de P. Benítez, Cura entónces. Fueron sus padres D. Joaquín Posada y Dña. María Eulalia Arango;

2°—Que desde muy niño mostró grande afición por las ciencias, y al lado del ilustre médico Dr. Manuel V. de la Roche adelantó estudios de ciencias médicas y naturales hasta presentarse a optar al título de doctor en medicina y cirugía, grado que le

fue otorgado en la Universidad Tomística de Bogotá, presidida entónces por el venerable decano Dr. José Félix Merizalde, en el año de 1859; a la edad de veinte años fue proclamado excelente;

3º—Que en el ejercicio de la profesión de médico se distinguió por la originalidad en los procedimientos, la humanidad en el trato de los enfermos y la eficacia terapéutica;

4º—Que siendo muy conocido en Europa, donde vivió varios años, por sus publicaciones en las más sabias revistas de la época, a su regreso de allá publicó su primer libro llamado “Viaje de América a Jerusalén”, notable por la sagacidad de sus observaciones;

5º—Que en 1871 dio a la imprenta un “Ensayo etnográfico sobre los aborígenes del Estado de Antioquía”;

6º—Que cuando adelantaba dos obras notables llamadas “Geografía de las plantas” y “Diccionario de Historia Natural”, el terrible incendio ocurrido en esta ciudad en el año de 1921 destruyó junto con su casa de habitación aquellos preciosos manuscritos, que ya por la edad no pudo reconstruir;

7º—Que fue colaborador en el “Diccionario Enciclopédico de Ciencias Médicas de París” y como autoridad médica citan su nombre, entre otros, Dechambre, Jacooud y Littré;

8º—Que el doctor Posada Arango perteneció a las siguientes sociedades científicas:

Botánica	de Francia
De Antropología	de Francia
De medicina práctica	de Francia
De medicina legal	de Francia
De antropología experimental	de Londres
De medicina	de Argentina
Académica del Loira inferior Zoológica	de París
De medicina y ciencias naturales	de Bogotá
Academia internacional de Geografía y Botánica de Francia Colombiana de ciencias naturales	de Bogotá
Academia médico-quirúrgica matritense	de Madrid
Academia de Medicina	de Medellín
Academia de Historia	de Medellín

9º—Que murió en Medellín el 13 de marzo de 1923, a la edad de 84 años;

10º—Que la memoria del maestro se perpetuó en la Botánica en la planta llamada con el nombre de tarralí, conocida científicamente con el de “*Posadea-spherocarpa*”, en su honor;

11º—Que el pueblo, a quien sirvió con mucha caridad le conocía con el diminutivo cariñoso de doctor Andresito, tal como al doctor Manuel Uribe Angel con el de doctor Manuelito y al doctor Francisco A. Uribe Mejía con el de doctor Pachito y que sus grandes conocimientos lucieron en el profesorado de la Universidad de Antioquia; y

12º—Que dejó el recuerdo de un sabio y virtuoso varón, digno de la simpatía y veneración de los colombianos,

ORDENA:

Art. 1º—La Asamblea Departamental de Antioquia, al cumplirse cien años del nacimiento del sabio y filántropo doctor Andrés Posada Arango, le rinde respetuoso y admirado recuerdo de gratitud y exalta su memoria como digna de imitarse por las presentes y venideras generaciones.

Art. 2º—Copia de esta ordenanza, en edición de lujo, se enviará a la municipalidad de Medellín, a sus hijos, a la Academia de Medicina, a la de Historia y a la Universidad.

Art. 3º—Esta ordenanza regirá desde su promulgación.

Dada en Medellín, a 28 de junio de 1938.

El Presidente,

Jesús TOBON QUINTERO

El Secretario,

Jaime DE GREIFF

Medellín, 7 de julio de 1938.

Publíquese y ejecútese.

Alberto JARAMILLO S.

El Secretario de Educación Pública,

Joaquín VALLEJO

El Secretario de Higiene y Asistencia Social,

Arturo ROBLEDÓ

Cómo puede Organizarse

la campaña antivenérea en Antioquia

La higiene es la ciencia de la salud; tiene como objetivo la conservación del individuo y la perduración de la especie en el tiempo, haciendo al primero vigoroso, útil, sano, capaz de defenderse del medio, de las enfermedades y en potencia de ser un buen genitor.

Para llenar su cometido la higiene cuenta con elementos materiales destinados a destruir las fuentes de peligro para la salud del hombre, con medios para hacer más robusto el sujeto y por lo tanto más capaz de defenderse, puede acrecentar sus defensas orgánicas, dar al organismo elementos de ataque y puede curar para que ese enfermo no contamine. Educa e instruye para que cada uno se defienda y por ese medio precave a los demás.

El higienista tiene como meta la salud previniendo, el médico la tiene igualmente pero atacando la enfermedad. Las funciones del uno y del otro son absolutamente diferentes: Las del primero son preventivas, las del segundo curativas.

Por defectos de educación, de medio y de recursos esas dos funciones se han confundido torpemente entre nosotros y se han fusionado, creando un caos en la acción sobre todo en lo que toca al higienista. De ahí que el público y el Estado, por boca de los gobernantes y de los cuerpos legislativos, consideren que el higienista debe curar como función primordial, lo que entraña un absurdo.

Las campañas higiénicas miran a la raza para defenderla y mejorarla, en tanto que la asistencia social tiene como objetivo al enfermo para tratarlo; es un socorro o una ayuda que se da al pobre para aliviarlo, mejorarlo, o siquiera consolarlo. Es ésta

una encarnación de la caridad, mientras que la higiene es una imposición social, resultante de las exigencias de la vida en común y de las necesidades mismas de los pueblos para conservarse.

Las campañas higiénicas desplazan en mucho el limitado campo individual; sus linderos abarcan la raza y la especie.

Esas nociones generales tienen aplicación rigurosa en cada una de las campañas higiénicas. Desde que tuve el honor de llegar al Instituto Profiláctico Central quise ponerlas en acción en lo que hace a la antivenérea, sosteniendo de manera tesonera que su objetivo es social, de conjunto, se dirige a la raza y que sus medios de acción deben ser preventivos. Si busca al sujeto enfermo y lo trata es porque es dañino, perjudicial socialmente hablando.

Un sifilítico que sufre una lesión inicial u otro que presenta lesiones cutáneas o mucosas abiertas debe ser tratado del punto de vista higiénico, no por lo que toca al enfermo mismo, sino para defender a los sanos; se trata para que no esparza el mal; no se hace obra de caridad, se hace social. Es ese justamente el campo de la llamada profilaxis por tratamiento y que debe llevarse —como campaña higiénica—solamente hasta el punto de hacer al sujeto no peligroso, no infectante; lo que sigue debe corresponder a la asistencia pública, cumpliéndose en los consultorios externos de los hospitales o en los hospitales mismos según el caso.

Para algunos esta delimitación es caprichosa y no responde a los objetivos de la lucha por tres razones principales:

PRIMERA: ser difícil fijar el límite de contagiosidad o en otros términos, haber confusión en el campo que corresponde a la higiene y en el que toca a la asistencia pública.

Yo no lo creo: en la sífilis, el chancro blando, el bubón climático y los papilomas venéreos es sencillo, es fácil saber clínicamente cuando un enfermo no es infectante. Basta con que no tenga lesiones externas abiertas y si las tiene internas, que sean cerradas. En los sifilíticos podría fijarse como límite artificial la negativación de las reacciones serológicas.

Se objeta aún que en éste la esperma y la saliva pueden ser peligrosas. Yo respondo diciendo que se trata de una mera suspicacia científica, ya que la esperma y la saliva no son infectantes en sujetos de reacciones negativas, sin focos glandulares o testiculares.

Se rearguye aún que el sifilítico en tal caso pudiera engendrar hijos sifilíticos al través del organismo de la madre, lo que niego si ésta está sana.

En cuanto a la blenorragia el cuadro cambia, pues si no se ha sorprendido en los dos primeros días y hecho abortar, el paso a la cronicidad es la regla y será infectante, especialmente para la mujer, mientras exista el gonococo por más atenuado que esté en su virulencia. Yo propondría que la blenorragia aguda y subaguda cayeran bajo la acción de la higiene, y la crónica y sus complicaciones correspondieran a la asistencia pública.

SEGUNDA: aparición de nuevos brotes o nuevas manifestaciones o complicaciones si el enfermo se abandona antes de estar curado.

Se me replica que hoy no existe ese servicio y por eso la curación debe pesar sobre la higiene. Nó, respondo; es preciso crear la necesidad—que está creada—y ampliar los servicios antivenéreos en los hospitales.

TERCERA: Delimitando la acción de la higiene y la de la asistencia social, la carga pecuniaria será mayor para el Estado. Puede ser, pero es eso una imposición social o una resultante de la obra misma que es más perfecta.

Para evitar un mayor gasto en locales, mobiliario, material y personal puede aceptarse, en las pequeñas poblaciones, que los dos servicios se cumplan en el mismo local y por un mismo personal, pero conservando su individualidad absoluta.

ORGANIZACION DE LA CAMPAÑA

Líneas generales.

CORRESPONDE A LA HIGIENE:

1º.—La profilaxis corporal individual, que es común a todas las enfermedades venéreas.

2º.—La profilaxis por tratamiento, así:

Sífilis fácilmente infectante: hasta negativar las reacciones serológicas.

Chancro blando, Bubón climático, Papilomas venéreos: hasta su curación.

Blenorragia: tratamiento de las formas aguda y subaguda.

CORRESPONDE A LA ASISTENCIA SOCIAL:

Sífilis: formas nerviosas y viscerales no tratadas; tratamientos de consolidación y de seguridad en los tratados.

Bubón climático: complicaciones ano-rectales.

Blenorragia: tratamiento de la forma crónica y de todas sus complicaciones.

Papilomas venéreos: formas gigantes.

CONDICIONES:

Para que la campaña dé los resultados que de ella se esperan se exigen dos condiciones principales: es la primera que sea generalizada, es decir que abarque el territorio todo del Departamento para evitar la irradiación de contagio proveniente de zonas abandonadas, y es la segunda que sea continuada, pues si se interrumpe, automáticamente se pierde lo hecho.

Con esas dos condiciones la lucha será fructífera en resultados.

El servicio de profilaxis antivenérea será obligatorio para todos los municipios.

RECURSOS:

Dada la organización actual del país, los gastos de la campaña antivenérea deben ser sufragados por la nación, los departamentos y los municipios.

La Nación costeará la sección correspondiente en la Dirección Nacional de Higiene y visitadores, que tendrán tan sólo una función de inspección y de control, respetando en todo caso la autonomía departamental ya que cada región tiene especiales características. Los dineros que destine a la lucha, que deben ser suficientes, serán repartidos a los departamentos en proporción a su población; debe contribuir a la lucha con el 1,50% del presupuesto.

El Departamento costea la sección antivenérea dependiente de la Secretaría de Higiene y los visitadores departamentales encargados de uniformar la lucha, inspeccionar y controlar el trabajo y los gastos de los puestos profilácticos municipales. De su cargo serán los instrumentos, material, aparatos y drogas de esos mismos puestos; auxilia a cada municipio en proporción a su población, repartiendo entre ellos lo que reste de las sumas votadas para la campaña.

Sostiene el Laboratorio Departamental.

El Municipio costea el personal de los puestos, las enfermeras visitadoras, la policía sanitaria, la Oficina de Control de Mujeres públicas, sufraga los gastos de hospitalización, locales y mobiliario. Dedicará un cuatro por ciento de su presupuesto a la campaña antivenérea.

De la parte de la campaña que corresponda a la beneficencia o asistencia social no me ocupo; me basta decir que lo que a ella corresponde, se toma de los fondos propios, cualquiera que sea la entidad que sostenga el hospital. Los hospitales no oficiales no

pueden recibir auxilio alguno del Estado si no poseen servicio antivenéreo controlado.

Para lograr alguna economía, el Almacén Departamental hará la provisión de drogas, material, instrumentos y utensilios a precio de costo.

ESQUEMA DE FUNCIONAMIENTO

DIRECCION NAL. DE HIGIENE

Sección Antivenérea.

Visitadores.

SECRETARIA DE HIGIENE

Sección Antivenérea.

Visitadores.

LABORATORIO DEPARTAMENTAL

ASISTENCIA SOCIAL

HIGIENE

Trat. formas R. V.

Sífilis

Trat. Consl. y Seg.

CONSULTORIO EXTERNO

Puestos Profilácticos

Blen. crónica y compl.

Prof. corp. individual

Compl. Bubón.

Prof. de tratamiento

Control de Prostitución

Aisl. de venéreas inf.

en cada uno

Salas de Hospital

Servicio de hombres

Trat. de compl.

Servicio de mujeres

Control de prostitución

PERSONAL:

Médico

Enfermero

Enfermeras visitadoras

Control y policía sanitaria.

Las campañas higiénicas deben tener unidad; esa unidad la dará a la Antivenérea en la República la sección correspondiente de la Dirección Nacional de Higiene, la que ejerce un control directo por medio de visitadores. Si se expide ley que la regule, debe hacerle en términos generales para dar la mayor elasticidad posible a la campaña.

En el Departamento la Dirección corresponde a la Secretaría de Higiene, que tiene como instrumentos inmediatos la Sección Antivenérea y los visitadores. Las normas de acción en todos los ramos serán dadas por la Secretaría, que dirige, ordena y controla, por más que haya empleados que no sean nombrados por ella, y sobre los cuales tendrá una acción directa.

Los puestos profilácticos existirán en todos los Municipios, en los corregimientos, en las fábricas, empresas industriales y agrícolas que tengan un personal permanente de trabajadores que pase de cincuenta, en las cárceles, casas de corrección, cuarteles, prostíbulos y casas de lenocinio—cada entidad sostendrá los que a ella corresponde—.

Los Puestos Profilácticos Municipales encarnan la unidad de acción del punto de vista higiénico; en cada uno habrá una sección para hombres, otra para mujeres y otra encargada del control de la prostitución. Como personal mínimo tendrá:

Un médico que puede ser el municipal.

Un enfermero, que puede desempeñar en el Municipio las funciones de Inspector de sanidad.

Una enfermera visitadora, que puede encargarse de la estadística.

Policía sanitaria, al menos en los Municipios que pasen de veinte mil habitantes.

En los Municipios y Corregimientos que carezcan de médico, el puesto puede estar servido por un enfermero competente. En ellos la acción de los visitadores tiene que ser más cuidadosa.

En las poblaciones grandes debe existir un puesto por cada veinte mil habitantes y deben localizarse en barrios diferentes.

En Medellín debe existir un Instituto Central Municipal, dotado de Laboratorio, con una organización semejante al Departamental de hoy y puestos profilácticos en cada uno de los barrios y fracciones. Se subentiende que su sostenimiento corresponde al Municipio.

El Laboratorio Departamental continuará con la organización de hoy y prestará sus servicios gratuitamente a todos los puestos del Departamento.

A LA ASISTENCIA PUBLICA O BENEFICENCIA corresponde:

La instalación, dotación y conservación de un **CONSULTORIO EXTERNO** antivenéreo que se encargará del tratamiento de los sifilíticos no infectantes que no hayan sido tratados en los puestos y de los tratamientos de consolidación y de seguridad de

quienes lo fueron; del tratamiento de la blenorragia crónica y de todas sus complicaciones; de las complicaciones ano-rectales del bubón climático, y del tratamiento de los papilomas venéreos grandes que no respondan a los medios simples de los puestos.

El consultorio externo debe existir en todos los Hospitales.

Dispondrá, en los mismos hospitales, de salas para el aislamiento y tratamiento de los venéreos altamente infectantes, muy especialmente de las mujeres públicas, para las cuales la hospitalización será obligatoria.

Tendrá camas en número suficiente para atender las complicaciones que requieran hospitalización por no poder ser tratadas en los consultorios externos de manera ambulatoria.

AYUDA DEL ESTADO:

La campaña será universal, pero no gratuita para todos.

En los puestos costeados por el Estado la profilaxis corporal individual será gratuita para todos, lo mismo ocurrirá en los que sostienen otra clase de entidades, exceptuando las casas de lenocinio las que pueden cobrar una pequeña suma—veinticinco centavos—con el fin de que mantengan los puestos bien tenidos y bien dotados.

El tratamiento será de cargo del enfermo si devenga un sueldo o jornal mayor de setenta y cinco pesos o posee una entrada bruta mensual no menor de esa suma; partida entre la empresa y el enfermo si el sueldo o jornal fluctúa entre cincuenta y cinco y setenta y cinco pesos; de una tercera parte para el empleado u obrero si el sueldo o jornal es mayor de treinta y cinco pesos y menor de cincuenta y cinco; gratuito si el sueldo o jornal es inferior a treinta y cinco pesos.

Empleado u obrero que no se trate puede ser despedido por esa causa si es peligroso o puede ser una carga tardía para el Estado o para la empresa en que sirve. En ningún caso será despedido un empleado u obrero por el solo hecho de sufrir una enfermedad venérea, pero está obligado a tratarse.

Para las prostitutas el tratamiento será gratuito y obligatorio mientras sean infectantes; las renuentes pueden ser castigadas. En las sifilíticas no infectantes y en las sanas, será de rigor un tratamiento preventivo o profiláctico.

ACCION PREVENTIVA Y PROPAGANDA

Corresponden en general al ramo de higiene. Pueden cumplirse:

PRIMERO: por la acción del Estado, que tiene obligación

de velar por la salud de los asociados, por la conservación y el mejoramiento de la raza. La legislación debe ser apropiada, cumplirse rigurosamente y para esto contará con medios adecuados.

SEGUNDO: por el cuerpo médico, encargado de destruir los focos individuales de contagio y de difundir las medidas profilácticas.

TERCERO: por sociedades y ligas antivenéreas o secciones especiales dentro de las instituciones existentes, a las que corresponde muy especialmente la profilaxis moral, por la cual trabajan sin descanso el clero y las comunidades religiosas.

CUARTO: por la instrucción, que debe ser obligatoria en todos los establecimientos de segunda enseñanza. Ella descorre el velo de la ignorancia que algunos confunden torpemente con la inocencia, destruye ancestrales prejuicios, contribuye eficazmente a la defensa del individuo y de la raza y responde a una imperiosa necesidad actual.

QUINTO: por la profilaxis corporal individual, que comprende el conjunto de medidas de rigor que se deben tomar antes y después de efectuar un coito sospechoso o inseguro del punto de vista de las enfermedades venéreas.

SEXTO: por el tratamiento de los sujetos infectantes.

SEPTÍMO: por el certificado antivenéreo, que debe ser obligatorio para empleados, obreros, sirvientes, nodrizas, etc., antes del ingreso y renovarse dos veces cada año. En este punto encuadra el certificado prenupcial.

OCTAVO: por la propaganda que instruye y defiende por ese medio. Debe ser intensa y continuada. Se cumple por medio de conferencias, hojas sueltas, folletos, ilustraciones, cinematógrafo, por el radio y por la prensa.

NOVENO: por la denuncia de todo enfermo infectante a las autoridades de higiene.

DECIMO: por la prohibición terminante de la incitación callejera a la prostitución, bajo la acción de penas severas de fácil aplicación. Castigar severamente a las alcahuetas. Prohibir la introducción, circulación y venta de impresos pornográficos y de representaciones cinematográficas y teatrales del mismo género.

UNDECIMO: por el castigo de contaminación.

PROSTITUCION

Aunque se considera fuera de lugar y por la relación íntima que tiene con la campaña, debo hacer algunas ligeras observaciones sobre prostitución.

Se debe considerar como prostituta a toda mujer que habitualmente practica el coito con varios hombres indistintamente, con o sin retribución, trabaje o no, tenga recursos para vivir.

Considero que la prostitución debe ser tolerada, pero intervenida o reglamentada por el Estado. La prohibición es ilusoria: puede acabar con la prostitución pública, pero estimula la clandestina, que en concepto de muchos es la principal fuente de diseminación venérea, de donde concluyo en sana lógica que prohibiendo la prostitución legalmente, se multiplican las enfermedades venéreas.

Las prostitutas deben ser vigiladas por la policía sanitaria de manera permanente.

Deben ser examinadas periódicamente, no menos de tres veces en el mes. A las pudientes y dóciles puede permitírseles el examen por médico particular, siendo entendido que el certificado correspondiente debe enviarse oportunamente a la oficina de control.

Las que ofrezcan peligro fácil de contaminar deben ser hospitalizadas; el aislamiento en la casa no da seguridad.

En ellas debe establecerse formalmente un tratamiento preventivo o profiláctico antiespecífico. No se tratarán las blenorragias crónicas, sobre todo las que sólo presenten no graves lesiones cervicales, pues me inclino a creer que eso las defiende de nuevos brotes agudos y que difícilmente infectan al hombre.

Las casas de citas, los pequeños hoteles y los reservados de cafés, hoteles, etc., deben prohibirse en absoluto bajo fuertes sanciones, ya que son especiales vehículos para la prostitución clandestina.

Todo cambio de habitación debe ser avisado a la oficina de control con anticipación y el de domicilio autorizado con permiso escrito que debe refrendar el alcalde de la nueva localidad. No se permitirá a las prostitutas ejercer en hoteles, pensiones, casas de familia, etc.

Sobre la profilaxis corporal individual deben ser instruídas cuidadosamente por las enfermeras visitadoras, como también sobre las exigencias higiénicas que deben hacer a los hombres.

En todo prostíbulo y casa de lenocinio debe establecerse el puesto profiláctico ordenado por la Dirección Nacional de Higiene, siendo inflexibles las autoridades.

Las enfermeras visitadoras tratarán de inducir por todos los medios a su alcance a las prostitutas, especialmente a las recientes, a que abandonen la vida que llevan y se regeneren.

Las prostitutas menores de diez y seis años serán sometidas a la acción de los jueces de menores y reclusas en casas de corrección.

Todas las autoridades del ramo venéreo deben tener facultades para castigar a las prostitutas, esa facultad debe llevarse hasta treinta días de arresto según la categoría de la autoridad. Si no hay sanciones, las prostitutas indóciles se burlarán día a día de las autoridades. Las incorregibles, higiénicamente hablando, deben poder ser castigadas en las colonias penales de seis meses a cuatro años.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Las enfermedades venéreas son evitables y se evitan si el Estado lo quiere y pone en acción medios adecuados.

SEGUNDA: La campaña en la forma esbozada es realizable en Antioquia.

TERCERA: Bien vale nuestra raza el sacrificio de un esfuerzo para defenderla y mejorarla; sobre ella descansa la nacionalidad.

Juan de J. PELAEZ

Serorresistencia en la SIFILIS

Trabajo presentado a la Segunda Semana Médica Nacional.—Medellín.

Uno de los puntos más importantes de la sífilis en los actuales momentos es sin duda la serorresistencia de ésta a los tratamientos y la conducta que debe tomar el médico práctico en tales casos.

Debe entenderse por serología resistente la persistencia positiva de las reacciones de floculación y desviación del complemento en los sifilíticos que han sido tratados en forma correcta, es decir, de conformidad con los tratamientos actuales y que puede clasificarse así: Todo enfermo cuya sífilis es tratada antes de 2 años de su infección primitiva y que recibe un tratamiento continuo, alterno y mixto durante 6 meses si su serología permanece positiva, debe considerarse como resistente. 2º Si llega a tratarse después de que su infección lleva más de dos años y su serología resulta positiva después de un año de tratamiento en las condiciones ya anotadas, se trata también de un serorresistente.

Esta clasificación ha sido adoptada por tener un fin práctico a pesar de que sólo es aproximada, pero en todo caso permite hablar en una forma más precisa de lo que se entiende por serorresistencia.

Trataremos primero las principales causas de error, es decir, los casos de serorresistencia que pueden presentarse y que no corresponden a enfermos de sífilis, las condiciones especiales que hoy se conocen por las cuales se hacen las reacciones serológicas irreductibles en la sífilis, algunas observaciones sobre el hemograma de los serorresistentes y por último la conducta que debe tomarse en tales casos.

CAUSAS DE ERROR

Carate.—Esta enfermedad tiene dos características especiales que la semejan a la sífilis, su serología positiva y la mejoría de las manifestaciones externas por medio de los arsenicales, bismúticos y mercuriales. Bajo el punto de vista clínico no presenta ningún carácter especial común con la sífilis, ni aun en su aspecto exterior o sea las alteraciones de la piel que lo caracterizan.

El carate como enfermedad distinta de la sífilis ha sido observada especialmente por el Dr. Uribe Escobar y posteriormente el Dr. Alfonso Jaramillo Arango y yo, hemos estado completando un trabajo en el cual mostramos, primero: individuos atacados de carate, con serología positiva, en los cuales no hay antecedentes específicos y posteriormente la presencia en estos mismos enfermos de lesiones primarias de sífilis (chancro característico sifilítico). También presentamos algunos casos de líquido céfalo raquídeo en caratejos que presentan todas las manifestaciones clínicas de lues nerviosa y en los cuales se encuentran las reacciones de Wassermann, Pandy, etc., positivas, en oposición o mejor en forma distinta a los estudios muy interesantes presentados por el Dr. Jesús Peláez en los cuales nos muestra que el líquido céfalo raquídeo de los caratejos cuyos antecedentes clínicos no demuestran la lues, no presenta alteración ninguna apreciable cualquiera que sea el tiempo, condición y duración de la enfermedad.

Como decíamos antes, uno de los caracteres comunes del carate con la sífilis es su serología positiva y su principal característica es serlo siempre fuertemente positiva. Durante toda la vida del enfermo y a pesar de los tratamientos arsenicales, bismúticos o mercuriales los cuales hacen desaparecer las lesiones externas o mejor, aquellas en las cuales no ha habido una lesión definitiva de la piel, y la curación definitiva al menos en su aspecto exterior en aquellos individuos en los cuales la enfermedad apenas comienza.

En nuestro Instituto tenemos algunas historias clínicas de caratejos que han sido tratados durante largo tiempo, que han mejorado de sus manifestaciones externas y cuya serología ha permanecido resistente. Sería muy importante que en las clínicas o entidades que disfrutan de mayores medios económicos pudieran continuarse estudios especiales para ver y estudiar más a fondo este asunto.

Segundo.—*El Pian.*—Esta enfermedad que presenta también una serología positiva puede también presentarse resistent-

te y debe también tenerse en cuenta en las regiones donde puede presentarse el error por sus caracteres especiales que pueden confundirlo con la sífilis.

Tercero.—Una enfermedad intercurrente en un sifilítico puede también ser una causa de error respecto a la serorresistencia en sifilíticos ya curados. Pueden dar frecuentemente serología positiva la fiebre recurrente, la lepra, la escarlatina, la úlcera tropical, las septicemias y piohemias, el paludismo y el bubón tropical. (Este último hasta por tres años). Pueden presentar serología positiva en forma ocasional el chancro blando, el lupus eritematoso, las leucemias, la anemia perniciosa, la micosis fungoide, otras lesiones tuberculosas de la piel, el suero tomado a un enfermo febril, el suero tomado bajo anestesia, el suero tomado después de la muerte. Las causas discutidas que pueden dar serología positiva sin sífilis son: la tuberculosis, especialmente en la forma glandular, el cáncer, las psoriasis, el pénfigo, la enfermedad de Basedow, la diabetes, la eclampsia, la leishmaniosis y la preñez (Jadassohn y Houdluch).

Cuarto.—El laboratorio puede darnos también grandes causas de error cuando no está manejado por manos expertas, pues bien sabido es que una mala titulación de antígeno, un descuido en la técnica, puede presentar una falsa serología positiva; por lo tanto, de gran importancia, repetir los exámenes serológicos en distintos laboratorios, siempre que la clínica pueda darnos alguna duda sobre la posibilidad de un error.

Las técnicas serológicas deben tenerse también en cuenta, y así, podemos ver que los métodos o técnicas actuales son más sensibles. Si se toman, por ejemplo, 100 resultados positivos hechos con las técnicas modernas (Wassermann, Kolmer) sólo 27 de ellos resultarían positivos con la técnica primitiva de Wassermann (Eagle y Harry-Laboratory Diagnosis of Siphilis St. Louis).

CAUSAS DE SERORRESISTENCIA EN LA SÍFILIS

Primero.—*Tratamientos inadecuados.*—Se puede considerar que aparte de la enfermedad misma, una de las principales causas de serorresistencia es el de los antiguos tratamientos espaciados de dosis insuficientes en los cuales nunca se alternaban y combinaban los medicamentos, ni se tenía en cuenta la acción de los mismos. Los tratamientos continuos, intensivos, y alternos han disminuído notablemente el porcentaje de la serorresistencia, especialmente en la sífilis reciente y precozmente tratada. Presentamos a continuación el porcentaje de serorresistentes que

nos da a conocer el Grupo Cooperativo Clínico de Estados Unidos en individuos de sífilis reciente tratada precozmente en forma alterna, continua y plurimedamentosa, en comparación con otros tipos de tratamientos. En la forma correcta 12% de serorresistencia; en el tratamiento intermitente, 38%; en el tratamiento irregular e intermitente 68% de resistencia.

Segundo.—*Con respecto a la combinación de las drogas empleadas.*—Sobre este asunto la escuela francesa es la que nos presenta las observaciones más importantes en individuos serorresistentes a una cura arseno-bismútica o arseno-mercurial y combinando las tres drogas, o alternándolas, o usando dos de ellas que no habían sido usadas en conjunto, hacen la serología negativa en poco tiempo en enfermos en los cuales, se había perdido ya toda esperanza. Presentan también numerosos casos, especialmente R. Dergos, en los cuales un tratamiento cotidiano de pequeñas dosis de cianuro de mercurio (150 inyecciones y más) han hecho negativo el Wassermann que se había presentado como irreductible. Haciendo notar además la gran tolerancia de los enfermos en la mayor parte de los casos, teniendo cuidado especial de la limpieza de la boca.

Tercero.—*Con respecto al tipo de sífilis que se presenta al tratamiento.*—Presentamos a continuación el porcentaje de serorresistencia según el tipo de sífilis teniendo en cuenta que han llevado un tratamiento completo:

Sífilis reciente	12%	de serorresistencia
Sífilis reciente innata	15%	de serorresistencia
Sífilis latente	30%	de serorresistencia
Meningo-vascular	45%	de serorresistencia
Cardio-vascular	50%	de serorresistencia
Visceral y ósea	55 a 60%	de serorresistencia
Tardía innata	75%	de serorresistencia
Demencia paralítica	80%	de serorresistencia

(Joseph Earle Moore y Paul Padget, Baltimore).
 Cuarto.—*Con relación al líquido cefalo-raquídeo.*—Sifilíticos con líquido cefalo-raquídeo normal, 15% de serorresistencia. Sifilíticos con líquido cefalo-raquídeo que presenta más de 6 células, 18%. Sifilíticos con líquido cefalo-raquídeo que presenta más de 5 células e índice proteico alterado, 25%. Sifilíticos con líquido cefalo-raquídeo que presenta reacción de Wassermann positiva u otras, 45% de serorresistencia. Sifilíticos con líquido cefalo-raquídeo que presenta curva parética coloidal, etc., 45%.—
 (Tomado del Grupo de Cooperativa Clínica).

Por lo anterior vemos la importancia que tiene el examen de líquido cefalo-raquídeo en todos los individuos que presentan una serología resistente y que más que todo puede orientarnos sobre la posibilidad de una lues nerviosa, pues el porcentaje de seroresistencia en individuos de líquido cefalo-raquídeo normal es de una proporción mínima con respecto a los que presentan alteraciones de él.

Quinto.—*Seroresistencia debida a las recaídas.*—Debemos entender por recaída la presencia de un Wassermann positivo en individuos tratados, cuya serología anterior había resultado negativa y que suspendieron su tratamiento después de este resultado o lo continuaron en una forma irregular. Este es un factor de gran importancia en el tratamiento futuro de la sífilis y de gran influencia en la seroresistencia futura ya que su alto porcentaje se presenta por igual en la sífilis reciente como en la sífilis tardía. Los datos presentados por Moore y Padget al respecto dan un 25% de seroresistencia y un 10% de no resistentes en la sífilis temprana o recientemente tratada. Sin embargo no conocemos el número de casos por ellos estudiados. En nuestra clínica tenemos sobre 92 casos de recaídas, 52% de resistentes y 48% de no resistentes. Sería muy importante conocer en tan importante asunto las estadísticas de las demás clínicas antivenéreas del país para así poder llegar a tener un porcentaje conocido de la lues entre nosotros. Hacer Cooperativa de Clínicas y Laboratorios.

Sexto.—*El factor terreno.*—Uno de los asuntos menos estudiados hasta hoy, ha sido el factor terreno, en el cual obra la sífilis. Los estudios comparativos sobre los diferentes pueblos y razas, las condiciones climatéricas sanitarias, etc., en que tales individuos viven y el estudio personal, pues es indudable que la enfermedad obra y se conduce de una manera parecida tratándose de individuos de una misma familia, de una misma raza y que han recibido la enfermedad de una misma fuente de infección. Las enfermedades endémicas de los países tropicales, tienen que influir de manera definitiva sobre la posible curación. El papel de la altura parece tener influencia sobre la lues nerviosa.

Séptimo.—*El factor humoral.*—Numerosos estudios se han hecho a este respecto especialmente el de la hipercolesterinemia que tiene sin duda gran influencia en la seroresistencia, como lo han demostrado experimentalmente Louste y Montlaur haciendo la serología negativa en un seroresistente después de haber bajado la colessterina en la sangre. Tenemos en cuenta que sus ob-

servaciones no han sido influenciadas por tratamiento alguno específico y que la serología vuelve a hacerse positiva cuando el colesterol vuelve a aumentar en la sangre. Según estas observaciones podría pensarse que la hipercolesterinemia influyó en tales casos como causa de error para apreciar la serorresistencia de la sífilis. Estos casos y muchos más podrían darnos en el estudio de los estados humorales una explicación sobre serorresistencia cuyo origen nos había sido desconocido hasta hoy.

Octavo.—*La inmunidad.*—El fenómeno de inmunidad que se presenta con frecuencia en individuos que han sufrido una enfermedad como por ejemplo, la reacción de Widal positiva en la fiebre tifoidea y que con frecuencia puede permanecer positiva durante largo tiempo después de haber pasado la enfermedad. Los casos de reacción de tuberculina positiva en individuos que posiblemente fueron tuberculosos en su infancia han hecho pensar que con respecto a la sífilis puede presentarse un fenómeno análogo y que sería en muchos casos causa de serorresistencia que no puede explicarse por la clínica.

Noveno.—*Un estado alérgico.*—Este es quizás uno de los puntos menos estudiados y que sólo pueden presentarse como hipótesis, pero que en todo caso pueden tenerse en cuenta en los futuros estudios de serorresistencia.

Hemos presentado hasta aquí las causas conocidas hasta hoy de serorresistencia en la sífilis y también las causas de error de la misma. Presentaremos en seguida la conducta aconsejada después de eliminar todas las causas posibles que correspondan al individuo y a los tratamientos mal llevados.

Primero: Recurrir a los tratamientos antiespecíficos conocidos pero cambiando la técnica como lo hemos ya dicho antes, es decir, combinando dos antiespecíficos que antes no habían sido empleados de conjunto. Aplicar también un tratamiento prolongado, poniendo por ejemplo, cianuro de mercurio diariamente hasta llegar a 150 inyecciones y no pasando de 0.01 ctgmo. por dosis. Se tolera muy bien según R. Dergos de París.

Los americanos aconsejan la introducción en la asociación de los tratamientos arsénico bismútico mercuriales, el yoduro de potasio por ingestión por períodos de 15 a 20 días seguidos de descanso por un tiempo igual.

Es bien conocida de nosotros la leucocito reacción que se presenta poco tiempo después de la aplicación de un antiespecífico que indudablemente indica la influencia de él sobre el organismo enfermo y que si se estudia mejor podría orientarnos sobre el tipo de droga que todo específico debiera recibir y que nos

evitaría aplicar drogas a las cuales el organismo no contesta en forma apreciable.

Los tratamientos no específicos pueden tener su importancia respecto a la mejoría clínica, pero muy poca influencia tienen sobre la serorresistencia; según las observaciones de Frank R. Menagh, M. D. Detroit, la serología del tabes por ejemplo, permanece positiva cuando los síntomas clínicos han mejorado notablemente y el enfermo presenta una aparente curación tratado por medios no específicos. (Malarioterapia, etc.).

La modificación del terreno tiene a nuestro modo de ver una gran importancia y debe tenerse en cuenta antes de empezar el tratamiento de un específico que puede ser mañana un serorresistente. Debe por lo tanto hacerse un examen completo y tener en cuenta muy especialmente las enfermedades anemizantes que son casi todas nuestras enfermedades tropicales.

La aplicación de la vitamina antineurítica debe tener una grande influencia en la serorresistencia de las lues nerviosas pues es sorprendente la mejoría de los enfermos cuando al tratamiento antiespecífico se agrega la vitamina B1; sin embargo su aplicación es de muy reciente data y no tenemos suficientes observaciones que nos permitan llegar a alguna conclusión.

PRONOSTICO

Presentamos a continuación un cuadro sobre la fórmula leucocitaria de enfermos serorresistentes que han sido sometidos a tratamientos completos y bien llevados y que a pesar de ello su serorresistencia es manifiesta. Algunos de los casos como podrán observarlo, tienen una serología negativa pero fueron resistentes durante un tiempo mayor al indicado como suficiente para poder hablarse de serorresistencia. Hemos procurado reunir el mayor número de datos posibles como son la edad, la profesión, el tiempo de tratamiento, la fórmula leucocitaria, el tipo de enfermedad y el examen coprológico de cada uno. Nos ha llamado la atención la eosinofilia del 95% de los casos presentados que si bien es cierto el 68% están parasitados, el 35% están indemnes y la eosinofilia también se presenta en forma muy alta; además ninguno de ellos presenta en conjunto una fórmula leucocitaria normal, en el 35% presentan una linfocitosis menor de 24 e invertida en un 10% de los casos.

Muchas son las teorías presentadas hasta hoy para explicar la eosinofilia, pero ninguna de ellas puede explicar su papel especial. En el caso especial de los parásitos intestinales dicen algunos que se debe al efecto directo de la toxina y que en los ni-

ños obra en una forma más activa, lo que explicaría el número mayor de estos en personas menores de 15 años. E. Massobrio y P. Maranzana de Turín han observado una gran eosinofilia en pacientes que han ingerido hígado crudo, tratándose de personas normales; manifiestan además que en los casos de anemia perniciosa que son tratados de la misma manera cuando la eosinofilia se presenta, es un índice de que el enfermo no tendrá un efecto favorable por el tratamiento de hígado. Parece pues, según ellos, que el organismo desarrolla una acción alérgica con el hígado crudo y que por lo tanto hace que el organismo no aproveche su acción. La esplenectomía que se ha hecho en algunos de estos casos no ha disminuído la eosinofilia.

Pregunto pues si la eosinofilia en los casos de serorresistencia puede ser un índice de alergia y por lo tanto de dificultad para la curación y que sea debida tal vez a alguno de los medicamentos antiespecíficos empleados.

Las observaciones sobre fórmulas leucocitarias en 100 escolares de Pereira que se han escogido siendo el 100% parasitados presenta una gran eosinofilia cuyo promedio es de 10% y una linfocitosis cuyo promedio es de 37% o sea eosinofilia y linfocitosis que está de acuerdo con los estudios hechos por el Dr. Alfredo Correa Henao en el mismo sentido. Fórmulas éstas que son bien distintas a las que encontramos en los serorresistentes.

Bernardo MEJIA JARAMILLO

NOTA: Las necesidades de composición tipográfica, nos obligaron a dividir en dos partes los interesantes cuadros del Dr. Mejía Jaramillo. Para facilitar su consulta repetimos en los datos hematológicos y coprológicos, los ordinales de los serológicos.—(L. R.)

SERORRESISTENCIA DE LA SIFILIS

OBSERVACIONES SEROLOGICAS

Nº orden	Nº historia	Nombre	Edad	Oficio	Tiempo de tratamiento	Primera		Ultima	
						K	W reacción	K	W reacción
1	8558	P. S.	49 añ.	Carp.	2 añ.	4+	3+	4+	4+
2	8722	D. O.	28 añ.	Obr.	2 añ.	3+	3+	4+	3+
3	215	M. M.	25 añ.	Of. Dom.	3 añ.	3+	3+	2+	+
4	9182	P. D.	26 añ.	Polic.	2 añ.	3+	4+	3+	3+
5	3153	Ch. J.	27 añ.	Camp.	1½añ.	4+	3+	4+	4+
6	5526	L. A.	40 añ.	Of. Dom.	2½añ.	3+	2+	3+	3+
7	5572	P. B.	28 añ.	Of. Dom.	2½añ.	2+	—	2+	—
8	6622	M. J.	20 añ.	Of. Dom.	1½añ.	2+	+	—	—
9		S. S.	30 añ.	Of. Dom.	1½añ.	4+	4+	4+	4+
10	4537	M. M.	43 añ.	Of. Dom.	2 añ.	4+	4+	4+	4+
11	8623	J. J.	37 añ.	Of. Dom.	2½añ.	4+	4+	+	+
12	9824	S. E.	24 añ.	Of. Dom.	2 añ.	4+	4+	4+	4+
13	83	A. R.	38 añ.	Polic.	2 añ.	3+	2+	2+	2+
14	8328	M. M.	59 añ.	Obr.	1½añ.	4+	4+	4+	4+
15	724	V. S.	30 añ.	Obr.	2 añ.	4+	4+	2+	4+
16	5027	A. A.	24 añ.	Obr.	1½añ.	3+	2+	2+	2+
17	10166	R. A.	21 añ.	Emp.	1 añ.	4+	4+	2+	2+
18	6026	M. M.	20 añ.	Of. Dom.	2 añ.	2+	—	2+	2+
19	2024	S. J. A.	40 añ.	Obr.	2½añ.	3+	3+	2+	2+
20		E. T.	30 añ.	Of. Dom.	1 añ.	2+	3+	3+	3+
21		R. A.	35 añ.	Obr.	1 añ.	2+	2+	—	—
22	8495	S. J.	19 añ.	Obr.	1 añ.	4+	4+	3+	3+
23	9277	C. M.	35 añ.	Pol.	1½añ.	3+	2+	4+	4+
24	8703	B. A.	30 añ.	Pol.	1 añ.	4+	4+	3+	3+
25	9776	B. J.	56 añ.	Agr.	1 añ.	4+	3+	3+	2+
26		P. J.	50 añ.	Agr.	1½añ.	4+	4+	4+	4+
27	9218	R. J.	29 añ.	Pol.	1½añ.	4+	4+	+	+
28	8480	R. C.	32 añ.	Pol.	1½añ.	3+	2+	2+	3+
29	11075	B. D.	33 añ.	Agr.	1 añ.	4+	4+	—	—
30	955	C. L. J.	24 añ.	Pol.	1 añ.	4+	4+	+	—
31	9003	C. J. S.	39 añ.	Pol.	1 añ.	—	2+	—	2+
32	10597	S. M.	28 añ.	Of. Dom.	1 añ.	2+	—	—	—
33	10738	S. R.	33 añ.	Empl.	1 añ.	4+	4+	3+	2+
34	10473	A. E.	añ.	Of. Dom.	1 añ.	4+	+	°—	+
35	8570	S. M.	30 añ.	Cost.	1½añ.	3+	3+	2+	+
36	588	P. D.	25 añ.	Of. Dom.	2 añ.	2+	2+	2+	+
37	378	R. A.	25 añ.	Of. Dom.	1 añ.	°+	+	°—	+
38		S. R.	28 añ.	Camp.	2 añ.	+	+	—	—
39	11	M. L.	23 añ.	X.	2 añ.	3+	3+	+	+

Nº orden	Nº historia	Nombre	Edad	Oficio	Tiempo de tratamiento	K Primera	W reacción	K Ultima	W reacción
40	3070	S. J.	30 añ.	Agr.	1 añ.	3+	3+	4+	3+
41	109	M. J. J.	45 añ.	Agr.	2½ añ.	+	+	2+	2+
42	11075	B. D.	22 añ.	Pol.	1 añ.	—	3+	+	+
43	9556	S. S.	40 añ.		1½ añ.	3+	2+	2+	3+
44	8655	M. M.	34 añ.	Cost.	1½ añ.	4+	4+	4+	4+
45	11945	F. F.	añ.		1 añ.	2+	2+	+	+
46	10562	B. S.	22 añ.	e.	1 añ.	4+		4+	
47	11473	A. J. A.	18 añ.	Agr.	1 añ.	3+	3+	3+	3+
48	6517	M. Q.	20 añ.	Of. Dom.	1½ añ.	3+		—	—
49	11066	B. B.	35 añ.	m.	1 añ.	3+	4+	—	—
50	11693	R. B.	añ.	Of. Dom.	1 añ.	2+		+	
51	11051	S. M.	40 añ.	Obr.	½ añ.	3+		3+	
52	10861	H. M.	25 añ.	Of. Dom.	½ añ.	2+	+	+	
53	10822	Q. D.	20 añ.	Obr.	½ añ.	3+	3+	3+	3+
54	10951	S. T.	20 añ.	Of. Dom.		2+	2+	—	+
55	9259	L. M.	30 añ.	Agr.	2 añ.	3+	3+	2+	4+
56	9801	P. J. J.	40 añ.	Of. Dom.	1 añ.	3+	3+	3+	4+
57	10557	S. M.	22 añ.	Of. Dom.	1 añ.	2+	2+	—	+
58	8722	O. B.	40 añ.	Of. Dom.	2 añ.	4+	4+	3+	3+
59	10277	B. C.	25 añ.	Of. Dom.	1 añ.	4+	4+	—	—
60	8325	F. M. A.	25 añ.	Herr.	3 añ.	4+	4+	3+	3+
61	8654	B. J. V.	30 añ.	Camp.	1½ añ.	3+	3+	3+	3+
62	10476	S. M.	18 añ.	Of. Dom.	1 añ.	3+	3+	—	—
63	10419	B. J. N.	20 añ.	Obr.	1 añ.	3+	3+	3+	3+
64		F. M.	19 añ.	Of. Dom.	2 añ.	3+	3+	2+	3+
65	4587	D. E.	20 añ.	Obr.	½ añ.	Ult. posit.		3+	3+
66	8387	H. L. D.	25 añ.	Obr.	2 añ.	3+	3+	3+	2+
67	10929	S. M.	27 añ.	Obr.	1 añ.		3+	+	+
68	11414	V. J.	22 añ.	Camp.	½ añ.	3+	3+	+	+
69	8556	R. N.	40 añ.	Obr.	2 añ.	3+	2+	2+	2+
70	297	B. A.	15 añ.	Est.	2 añ.	+	+	+	+
71	10359	C. S.	23 añ.	Of. Dom.	1 añ.	+	+	+	+
72	12403	S. M.	28 añ.	Of. Dom.	1½ añ.	2+	2+	+	+
73	10167	S. A.	25 añ.	Empl.	1 añ.	4+	3+	3+	3+
74	11411	B. C.	30 añ.	Of. Dom.	1½ añ.	2+	2+	—	2+
75	11440	O. V.	28 añ.	Camp.	1½ añ.	3+	3+	—	—
76	11625	B. O.	22 añ.	Obr.	½ añ.	3+	—	+	+
77	4386	R. O.	32 añ.	Of. Dom.	½ añ.	2+	2+	3+	2+
78	11392	R. J. H.	22 añ.	Obr.	½ añ.	3+	2+	2+	2+
79	10515	C. C.	añ.	Obr.	1 añ.	4+	4+		2+
80	206	F. O.	45 añ.	Zap.	2 añ.	4+	4+		2+

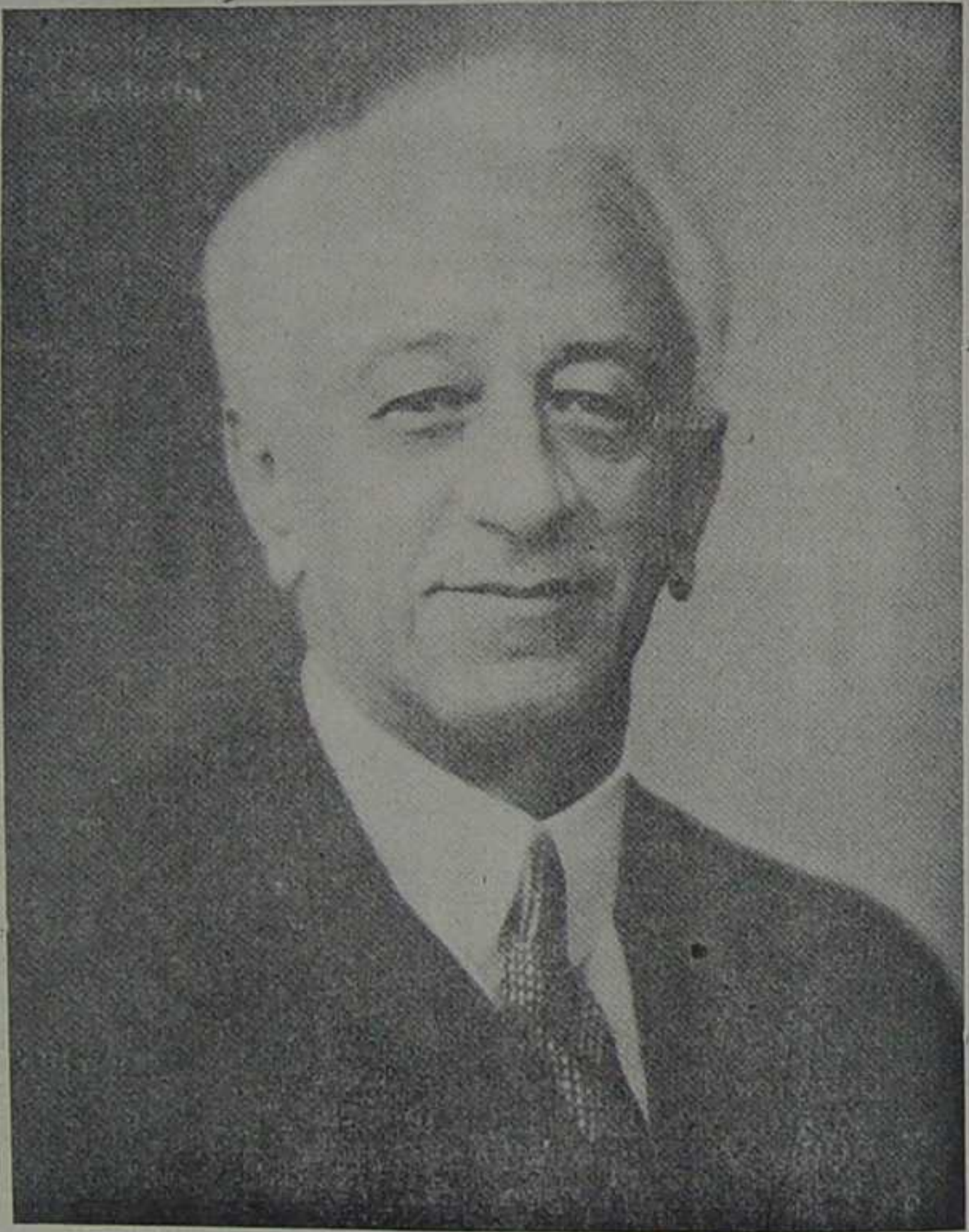
SERORRESISTENCIA DE LA SIFILIS

OBSERVACIONES HEMATOLOGICAS Y COPROLOGICAS DE LOS
CASOS ESTUDIADOS EN EL CUADRO ANTERIOR

Nº orden	Eosinófilos	Neutrófilos	Linfocitos	Basófilos	Grandes Monon	Formas Trans.	Ascaris	Tricocéf.	Anquilost.	Anguilulas	Tipo de sífilis
1	15	40	33	0	11	2	+	+	0	0	Secund.
2	30	53	10	0	6	1	+	0	0	0	Secund.
3	1	68	20	0	6	2	+	2+	0	0	Secund.
4	14	53	27	0	6	0	+	0	0	0	Secund.
5	14	55	30	0	2	0	0	+	0	0	Secund.
6	3	72	17	0	9	0	2+	0	0	0	Secund.
7	13	54	17	0	3	0	0	0	0	0	Terciar.
8	15	50	30	0	5	0	2+	0	0	0	Secund.
9	6	52	37	0	5	0	+	0	0	0	Secund.
10	12	65	21	0	2	0	+	0	0	0	Secund.
11	7	60	20	1	11	1	2+	+	0	0	Secund.
12	12	69	12	2	6	0	+	0	0	0	Secund.
13	20	52	19	0	9	0	+	0	0	0	Secund.
14	8	60	19	0	9	0	0	0	0	0	Secund.
15	10	71	15	0	14	0	0	0	0	0	Secund.
16	15	68	15	0	3	0	+	0	0	0	Secund.
17	14	53	22	0	11	0	0	0	0	0	Secund.
18	7	72	12	0	10	0	0	0	0	0	Secund.
19	20	40	35	0	5	0	2+	+	0	0	Secund.
20	10	52	35	0	2	1	+	0	0	0	Secund.
21	24	45	27	3	1	0	+	0	0	0	Terciar.
22	20	57	32	0	1	0	0	0	0	0	Secund.
23	15	50	23	0	10	4	0	2+	0	0	Secund.
24	15	56	27	1	0	0	+	0	0	0	Secund.
25	17	56	23	1	0	3	0	2+	0	0	Secund.
26	20	50	28	0	2	0	+	0	0	0	Secund.
27	6	54	36	0	2	2	0	0	0	0	Secund.
28	6	61	28	0	3	1	+	+	0	0	Secund.
29	11	68	21	0	0	0	+	+	0	+	Secund.
30	5	59	34	0	1	1	0	+	0	0	Secund.
31	10	58	33	0	1	2	0	0	0	0	Secund.
32	8	58	34	0	0	0	+	0	0	0	Secund.
33	11	58	26	1	2	2	+	0	0	0	Secund.
34	12	54	30	3	0	1	3+	+	0	0	Innata
35	2	68	28	1	0	0	+	0	0	0	Secund.
36	10	56	31	1	1	1	0	0	0	0	Terciar.
37	9	57	30	1	2	2	0	0	0	0	Secund.
38	8	66	25	0	0	1	3+	2+	2+	0	Secund.
39	8	66	24	0	0	2	+	0	0	0	Secund.

Nº orden	Eosinófilos	Neutrófilos	Linfocitos	Basófilos	Grandes Monon	Formas Trans.	Ascaris	Tricocéf.	Anquilost.	Anguilulas	Tipo de sífilis
40	15	54	30	0	1	0	+	+	0	0	Secund.
41	13	59	28	0	0	0	2+	3+	2+	0	Secund.
42	11	68	21	0	0	0	+	+	2+	0	Secund.
43	12	67	19	0	1	1	0	+	0	0	Secund.
44	12	63	21	0	1	4	3+	0	0	0	Secund.
45	2	74	22	0	0	2	0	+	0	0	Secund.
46	9	67	24	0	0	0	2+	+	0	4+	Secund.
47	7	64	27	0	1	1	2+	0	0	0	Secund.
48	9	44	46	0	1	0	+	+	0	0	Secund.
49	2	43	55	0	0	0	2+	0	0	0	Secund.
50	17	50	32	1	0	0	2+	2+	0	0	Secund.
51	8	67	23	0	0	2	0	0	0	0	Primar.
52	17	52	25	2	2	2	+	+	0	0	Primar.
53	24	49	22	1	2	2	0	0	0	0	Secund.
54	24	53	21	0	2	0	+	0	0	0	Secund.
55	23	40	37	0	0	0	0	0	0	0	Secund.
56	23	57	17	0	1	2	0	+	0	0	Secund.
57	10	56	34	0	0	0	0	0	0	0	Secund.
58	26	40	29	3	1	1	+	0	0	0	Terciar.
59	10	60	28	1	0	1	+	0	0	0	Nerv.
60	27	40	26	3	1	1	0	0	0	0	Nerv.
61	31	40	22	4	2	1	2+	+	0	0	Secund.
62	11	48	38	0	1	2	3+	2+	0	0	Secund.
63	19	56	23	1	1	0	0	+	0	0	Secund.
64	27	29	43	0	1	0	0	+	0	0	Primar.
65	4	51	45	0	0	0	+	0	0	0	Secund.
66	10	64	26	0	0	0	0	+	0	0	Secund.
67	9	57	30	1	0	3	0	+	0	0	Secund.
68	7	44	45	0	0	4	2+	0	+	+	Secund.
69	11	53	36	0	0	1	0	+	2+	+	Secund.
70	12	64	24	0	0	0	0	2+	0	+	Secund.
71	18	56	25	1	0	0	+	0	0	0	Secund.
72	16	54	28	1	0	1	0	0	0	0	Secund.
73	22	48	29	0	0	1	0	0	0	0	Secund.
74	12	51	35	1	0	0	+	0	2+	2+	Secund.
75	11	73	16	0	0	0	3+	2+	+	0	Primar.
76	8	50	42	0	0	0	0	+	0	+	Primar.
77	14	53	33	0	0	0	0	2+	0	0	Secund.
78	14	50	32	3	1	0	2+	+	0	+	Secund.
79	17	15	67	1	0	0	0	0	0	+	Secund.
80	24	30	43	1	0	2	0	0	0	0	

Bernardo MEJIA JARAMILLO



DR. JOSE VICENTE MALDONADO

Homenaje a la memoria del Dr. José V. Maldonado

en el Pabellón de Clínica Interna del
Hospital de San Vicente

PALABRAS DEL DR. HERNAN POSADA

Hace un mes apenas, muchos de los que nos hallamos hoy aquí presentes, nos congregamos emocionados en el Aula Máxima de nuestra Universidad para rendir homenaje ante los despojos mortales del egregio varón, prez de la ciencia, honor de la profesión y paradigma de la hidalguía, que a lo largo de toda su dilatada carrera encarnó tan amplia, tan vigorosa, tan ejemplarmente las virtudes cívicas y privadas prescritas por el código hipocrático, y fue, con unánime acatamiento, reconocido y venerado como el maestro indiscutible, el mentor sagaz, el consejero ecuánime y abierto, el amigo leal, el compañero generoso y franco de todo el cuerpo médico antioqueño que en él tenía y veía un ejemplo constante y seguro de pulcritud mental, de decoro personal y de ética profesional. Porque esto fue ante todo y por sobre todo el Profesor José Vicente Maldonado.

Otros mejor que yo están capacitados para hacer el digno elogio de su vastísima ciencia, de su profunda versación clínica, de su ansia insaciable de conocimientos, de la precisión de sus diagnósticos, de la elegancia y sobriedad de su impecable técnica quirúrgica; ni faltará seguramente el que, con verbo autorizado, nos edifique con el relato de los últimos años del maestro y nos enseñe cómo, sometido su cuerpo a la enfermedad, sofrenada su indomable energía por la invalidez que él sentía avanzar día a día, implacablemente, mantuvo siempre erguida e incólume la

entereza de su ánimo y con clásico estoicismo soportó varonilmente, sin lamentarse nunca y sin dejar caer jamás de sus labios aquella enigmática sonrisa suya, a la vez bondadosa y volteriana, todos los dolores y las miserias todas de la larga dolencia que ocupó más de un tercio de su vida. Pero por encima de todos estos merecimientos, quiero yo contemplar ahora como una antorcha jamás extinta, como un índice siempre enhiesto y vigilante, la integérrima pulcritud, la inmaculada claridad de su vida y la intransigente austeridad a que mantuvo ceñido estrictamente el ejercicio de su noble profesión.

"Caballero desde la planta de los pies hasta la coronilla de la cabeza" llamó en ocasión reciente uno de nuestros sabios colegas al Profesor Maldonado. Y así lo fue, en verdad, mas no sólo en cuanto hombre, pero sobre todo en cuanto médico. En la cátedra, junto a la mesa de operaciones, en los salones de las academias, a la cabecera del enfermo, en su gabinete de consulta, en todos los momentos de su fecunda actividad, que agotó hasta las últimas posibilidades, y luégo en su silla de inválido, convertida por él en mesa de estudio, se mantuvo siempre fiel a las más rígidas normas de la moral médica y de la caballerosidad personal. Y es por ello que ahora, sobrecogidos aún por el dolor de su desaparición, venimos a rendir a su memoria este sencillo homenaje, simbolizado en esa efigie suya que, colocada en sitio de honor en la sala de conferencias de Clínica Médica, habrá de servir de estímulo vivo y perdurable para maestros y discípulos y presidirá, de hoy en adelante, con el mismo decoro con que rigió en vida la vieja clínica inolvidable de San Juan de Dios, la enseñanza del nobilísimo arte de los Dieulafoy y de los Trousseau de que él fue cultivador tan afortunado y tan apasionado cortejador hasta los últimos momentos de su vida.

Que su sombra augusta y veneranda nos sea propicia.

Hernán POSADA

Semana Médica Colombo-Venezolana

Gobernación Cúcuta.

Dr. Alfonso Orozco, Gerente Federación Médica.

Número 1.071.—Prepárase este Departamento para conmemorar solemnemente Centenario muerte General Santander y Junta respectiva cree oportuno, aprovechando reunión ustedes ésa, insinuarles iniciar trabajos fin efectuar Semana Médica Colombo-Venezolana esta ciudad durante mes mayo de 1940.

Junta considera hay buen ambiente y facilidades esta ciudad para tal reunión. Agradeceríamosle respuesta favorable fin contribuir propaganda necesaria.

Gobernador LINDARTE

Gobernador Lindarte.—Cúcuta.

Refiérome suyo ayer. Federación Médica Colombiana, recoge complacida patrióticos anhelos ilustre mandatario Santander Norte, aprovechar Centenario conmemora desaparición "hombre de las leyes", para estimular en movimiento científico cultural con nuestra hermana República de Venezuela preciosos vínculos históricos que ambos gobiernos tienen obligación aquilatar.

Estamos convencidos que una gran confederación de gremios profesionales en América tendría fuerza suficiente para oponerse vigorosamente todo intento perturbador amistad estos pueblos bolivarianos. Complacidos, honrados, aceptamos oportunidad ofrécenos para contribuir acrecentar fraternidad Indoamericana.

Servidor,

Alfonso OROZCO, Gerente Federación.

Una Cruzada Cultural

En medio del desconcertante resurgimiento que en nuestro país se está verificando en todas las esferas de la actividad, preséntase hoy ante el escenario patrio un espléndido y consolador ejemplo para los gremios profesionales y para todos los que busquen en el colectivismo el ideal de sus conquistas económicas y espirituales, un vigoroso, un fraterno aglutinamiento de los discípulos de Hipócrates, que con patrióticos anhelos y con fe inquebrantable en el porvenir, esperan con la Federación Médica Colombiana cooperar con el Estado en la solución de los grandes problemas higiénicos y asistenciales, provocar en todos los sectores una provechosa discusión accesible a la rústica mentalidad del hombre de la calle, invitar a que el esfuerzo sindical se encauce y coloque en primera línea entre sus aspiraciones la de velar antes por el bienestar común que por la solución de los problemas clasistas, estudiar en fin, dentro de la realidad económica que vivimos, las cuestiones atañederas a la defensa del capital humano.

Y han acudido a la gran Cruzada de la Cultura y de la Ciencia, prestigiosos valores que en el estudio de sus bibliotecas, en el secreto de los laboratorios, en la preocupación torturante de las Salas hospitalarias y en la severidad augusta de las Academias, con avidez y con paciencia a un mismo tiempo, fortalecen su espíritu y nutren de conocimientos su cerebro, para desparramarlos luego con prodigiosa generosidad sobre un pueblo enfermo, carente de higiene y cuyos presupuestos no han permitido apropiaciones que guarden proporción con la magnitud de los flagelos que lo inferiorizan.

Sin el estiramiento de los clásicos Congresos científicos en que las grandes mentalidades, en alardes diplomáticos, con gestos meditados y con sonrisas recortadas pretenden llegar a con-



El Dr. José M^o Montoya, Presidente del Comité Nacional, y el Dr. Alfonso Orozco, Gerente de la Federación Médica Colombiana, entregan a la señora viuda del Dr. José Antonio Camacho el valor de la primera cuota extraordinaria decretada y cubierta rápidamente por los médicos federados de la República.

clusiones en medio de grandes reservas mentales, surge hoy el estimulante espectáculo de los médicos nacionales que en sencillas asambleas y Semanas Médicas, en cordial camaradería y en oportuna emulación, dan motivo a que el profesional de los más apartados rincones exponga ante los científicos, ante el pueblo y ante los dirigentes, la angustia en que viven sectores de población que hoy enferman y mueren sin la protección debida del Estado. Provócase en esta forma una democratización sanitaria que corre pareja con la democratización del crédito y con la de la cultura que todos los días se pregona; porque es una verdad irrefutable: en la vereda y en la choza del campesino a estas horas de la vida se vive una existencia miserable y todo un núcleo de seres fuertes que podrían ser las reservas del porvenir se debilitan, se anemian y sucumben en lucha tenaz en la insalubridad

de los medios en donde actúan, en la ignorancia de las nociones de higiene, en la carencia de una alimentación apropiada en cantidad y en calidad para el esfuerzo que realizan y en el abandono impiadoso de una sociedad que se tilda de humanitaria y cristiana y de un Estado que dice interpretar los anhelos de las masas trabajadoras.

Para la educación popular, qué provechoso sería que estas reuniones de profesionales sin viáticos y sin burocracia, acudieran con sus propios recursos y con patriótico entusiasmo a la discusión de intrincadas cuestiones que en los organismos legislativos sufren la natural deformación del ambiente político, del interés creado y del agresivo perturbador criterio partidista que a través de las actividades parlamentarias de nuestra República han hecho cometer tremendos errores que apenas estamos tratando de enderezar y cuyas consecuencias pesarán todavía sobre muchas generaciones.

Podrían los abogados, por ejemplo, estudiar con criterio estrictamente jurídico y de conveniencia colectiva anteproyectos que luego aprovecharían concejos, asambleas y cámaras, sobre reformas en el campo constitucional, en el penal, en el civil, en el administrativo y en todas las demás ocurrencias que pudiesen transformar nuestra fisonomía que aunque democrática, está todavía viciada de una legislación frondosa, caótica y ambigua que a través de incisos y párrafos dan oportunidad a que abogados y tinterillos sin conciencia y sin ética, entorpezcan indefinidamente la aplicación de la justicia y desacrediten las instituciones creadas para salvaguardar los altos intereses de la sociedad.

Así también los ingenieros, podrían estudiar los planes viales, la construcción de acueductos y de alcantarillados proyectados con miras al futuro desarrollo de las ciudades, el planeamiento de locales escolares, el aprovechamiento de las caídas de agua y el estudio concienzudo de un desarrollo industrial que enriquezca la economía y nos permita esperar la independencia de la tutela de otros pueblos que hoy se aprovechan de nuestra incapacidad y de nuestra imprevisión.

Por último, los agrónomos podrían discutir los problemas del campo, los cultivos, las buenas semillas, el análisis sencillo de las tierras, los métodos de laboreo, las irrigaciones, los drenajes y todas las demás circunstancias que hicieran fácil, eficaz y económico la mejor utilización de las tierras y más halagador el porvenir del hombre que consume sus energías con empirismo y sin orientación en la dura brega del surco.

Alfonso OROZCO

Correspondencia

Medellín, septiembre 27 de 1938.

Señor Dr.

ALONSO RESTREPO M.

La Ciudad.

Mi querido doctor y amigo:

Excúseme que hasta hoy no le haya escrito para darle las gracias muy rendidas por sus bellas y elogiosas palabras para este su viejo admirador, pronunciadas por usted el 2 de septiembre con motivo del Homenaje que la Academia de Medicina de Medellín hubo de rendirnos a mi estimado colega Dr. Juan Bautista Londoño y a mí; pero bien sabe usted que mi salud no me lo había permitido y que sólo ahora, que empiezo a recuperarme, lo hago con todo gusto.

Siempre Ud., mi querido Alonso, se ha distinguido por su gentileza para conmigo y especialmente por la forma benévola y generosa como ha querido relieves las humildes virtudes o méritos que me atribuye, gentileza, benevolencia y generosidad que le agradezco infinitamente, y por lo cual tendrá en todo momento el reconocimiento sincero de los míos y el de este su servidor y amigo.

Le encarezco hacer llegar a cada uno de los Honorables Miembros de la Academia y a los demás Colegas que, en una u otra forma me han hecho manifiesta su simpatía, mi cordial saludo y mi expresión de sincera gratitud.

Reciba mi estrecho abrazo y mande a su afectísimo amigo
y S. S.,

Julio RESTREPO A.

Antivirusterapia Tífica

Comentarios, Técnica y Conclusiones

Todos los tratamientos usados hasta hoy para combatir la fiebre tifoidea, se han basado más en la inocuidad de las drogas empleadas que en la acción de ellas sobre el bacilo tífico.

Ahora me explico el por qué uno de los más ilustres profesores de la Facultad nos decía un día: "En la tifoidea el mejor tratamiento lo constituye el ningún tratamiento". Tenía razón: la urotropina sin ninguna acción específica; la limonada láctica y el agua cloroformada con un debilísimo poder desinfectante; la plata coloidal con su choque hemoclásico; la septicemina tan socorrida en algunos casos de tifoideas altamente tóxicas, ect., constituyen un conjunto vago, sin más fundamento científico que la carencia de algo mejor. Es que efectivamente, ante una fiebre tifoidea grave, el médico se siente completamente desarmado cuando para atacarla no encuentra sino sustancias indiferentes para la enteritis tífica. Y digo indiferentes porque ninguno de los tratamientos conocidos tiene una eficacia marcada sobre la enfermedad.

En el caso de la antivirusterapia tífica son varios los factores que intervienen en la curación de la enfermedad.

Un factor puramente específico (el antivirustífico). Es na-

tural que aplicándole a éste la doctrina sabiamente expuesta y demostrada por Besredka, su acción consiste en impedir al virus al ponerse en contacto con las células receptoras sanas, se deja absorber por ella y así las hace invulnerables ante el virus atacante. Acción preventiva esta última que sumada a la acción depurativa sobre el virus, explica en gran parte el proceso curativo. Esto sería completamente aceptable siempre que el enfermo estuviera sometido a grandes dosis. Pero un décimo, un quinto, un cuarto, medio y un centímetro, son dosis cuyo principio activo es poco para producir un efecto tan rotundo como el que producen las dosis enumeradas. A esto último podría argüirse el tratamiento del chancro blando por D'Melcos. Pero hay que tener en cuenta la semejanza de los productos:

Filtrado de un cultivo es el antivirius, y un cultivo atenuado el D'Melcos. Además la lesión chancrosa es localizada como la que más; y la tifoidea está generalizada a lo largo del intestino.

Productos tan heterogéneos por su preparación, su principio biológico y su acción (local y general), tienen sin embargo una afinidad en cuanto al choque. Y aquí es oportuno anotar el segundo factor que a mi modo de ver obra en este tratamiento: el factor choque hemoclásico. Este es absolutamente inevitable en el tratamiento y está siempre en razón directa de la dosis inyectada. Pero el choque es asunto secundario, ya que varios casos tratados con leche sólo han dado un resultado mediocre; y el caldo peptonado estéril,—inyectado a 3 enfermos—no ha modificado en lo más mínimo la marcha de la tifoidea ni ha despertado ninguna reacción de choque.

Es cierto que la escuela alemana trató los estados tíficos con la proteínoterapia. Pero obtuvo ella un resultado tan espléndido como el que se obtiene con el antivirius? Revolucionó ella el concepto clásico que sobre los ciclos evolutivos de la tifoidea escribieron Carnot y tantos otros? Absolutamente nó.

En materia tan nueva y tan compleja sería audacia imperdonable querer decir la última palabra en cuanto a la manera íntima como obra el antivirius a dosis tan pequeñas como las empleadas en los casos aquí extractados.

VENTAJAS DE LA ANTIVIRUSTERAPIA TIFICA

1º.—Acorta enormemente la evolución: De los 548 casos tratados hasta hoy, el 26,92% han evolucionado en 2 días; el 21,15%

en 4 días; el 28,85% en 6 días; el 13,46% en 8 días; el 5,76% en 10 días; el 1,92% en 12 días; el 1,92% en 14 días.

O sea:

Con 1 inyección	149,02 casos
Con 2 inyecciones	115,39 „
Con 3 „	158,09 „
Con 4 „	73,26 „
Con 5 „	31,36 „
Con 6 „	10,42 „
Con 7 „	10,46 „

Total 548,00 casos

2ª.—No hay edad que la contraindique. Lo mismo he inyectado el Antiv. a niños de 9, 11 y 12 años como a varios ancianos de 50 hasta 70 años. (caso mío en la clientela particular).

3ª.—Los síntomas que más atormentan al enfermo, como la cefalalgia, la lengua y los labios secos, ceden rápidamente, hasta el punto de observar en muchos casos que un enfermo con una cefalea intensísima, no sienta nada al día siguiente de la inyección. La lengua se humedece y se limpia paulatinamente. Algunos estados de franco peritonismo como se lee en la observación N° 22, ceden rápidamente, dejando en el ánimo del observador una natural sorpresa.

4ª.—No hay estado patológico que lo contraindique: Miocarditis (Nros. 2 y 29), enormes congestiones pulmonares (N° 39), nefritis crónicas con hipertensión arterial (N° 40), parotiditis, epistaxis rebelde (N° 10), etc., son estados que de ninguna manera se oponen a la antivirusterapia tífica.

5ª.—La convalecencia es rápida y benignísima, debido sin duda a que el enfermo se debilita poco.

Tiene otra ventaja en mi concepto: Enfermos que nunca han tenido manifestaciones palúdicas o que se lo han curado aparentemente, desde mucho tiempo atrás, presentan, a partir de la 2ª o 3ª inyección, un acceso francamente palúdico.

6ª.—Además de su valor curativo, el antivirustiene un precioso valor diagnóstico: enfermo tífico o paratífico, forzosamente debe presentar el choque hemoclásico—20 a 40 minutos—después de la inyección. Si el cuadro clínico no es debido a esta infección, la inyección no producirá la más mínima reacción. A este respecto, tengo 8 observaciones contundentes. Una de ellas: Enfermo de 32 años, con bradipsiquía, fiebre continua, lengua tífica, cefalea, etc., es inyectado con antivirustiene con reacción nula. Al

tercer día, doble dosis sin reacción. En vista de esto, examen de sangre, el cual da falciparum en gran cantidad.

Hay un caso en el cual la reacción no es específica: La granulosa; es la única excepción.

Resumiendo:

Todo estado febril que después de una inyección de antivirius, presente choque hemoclásico, se debe a una tifoidea o paratifoidea. Unica excepción, el estado febril de las granulias.

7º.—Los paratifos son los más beneficiados con la antivirius-terapia.

DESVENTAJAS

Una sola existe en este tratamiento: el choque.

Este es seguro siempre que se inyecta el antivirius. Es un verdadero choque hemoclásico con su leucopenia, su calofrío, su cianosis, su taquicardia, su elevación de temperatura.

PELIGROS

Ninguno.

En 1.644 choques observados por mí desde el año 33 hasta hoy, ninguno ha tenido un desenlace fatal. Me han inquietado 4 o 6 casos en los cuales se produjo una hipotermia (35º) después de la hipertermia del choque. Tal hipotermia se debió en el 70% a una dosis muy alta: 1/2 cc. en el caso N° 29; 4/10 cc. en el caso N° 28. Todas las he combatido con altas dosis de aceite alcanforado y tonicardíacos. Y hecho curioso, estos casos han sido los de una evolución más bella.

A la hipotermia están más expuestos los enfermos de 50 años en adelante que los jóvenes.

Los impugnadores del antivirius esgrimen contra él un caso desgraciado ocurrido a uno de los señores médicos en Medellín a fines del año 33.

Fue verdaderamente desgraciado: la enferma fue inyectada a las 3 de la tarde y a las 8 murió.

Sin hacer comentarios, indebidos bajo todo punto de vista, me limito a observar que el antivirius empleado por el médico tratante hacía parte del lote usado por mí desde agosto hasta fines de septiembre del mismo año.

Qué indica este hecho lamentable? Que el antivirius es producto activísimo; que su dosificación constituye el problema ca-

pital frente al enfermo; que cuando el médico quede intranquilo o poco seguro con respecto a la dosis inyectada, debe vigilar su enfermo y de ninguna manera abandonarlo.

Las dosis altas son peligrosas por muchos motivos: calofrío, probables hipotermias, arritmias. (En 2 casos—el N° 45 por paso de 1/5 a 1/2 cc., y el N° 43 por inyección diaria a pesar de la primera haber producido una reacción fuerte). Pero estas arritmias ceden completamente a la digitalina.

En 2 casos (uno en mi clientela particular) se ha presentado una menstruación extemporánea.

Cuando a fines de 1932 inicié mis observaciones, se dijo que yo había convertido el hospital en corral de conejos. Pero aunque la antivirusterapia tífica es terapéutica desconocida en Colombia y quizá en Suramérica, en el año de 1932 aparecieron dos trabajos en La Prensa Médica, en los cuales me basé para perfeccionar la antivirusterapia.

Los profesores atenienses S. G. Livierato y M. S. Vagliano hicieron un estudio comparativo sobre la antivirusterapia tífica intravenosa (método de Besredka) y las vacunas calentadas intravenosas. Concluyeron: "En el 2° caso, (22 tratamientos) los resultados netos fueron de un 31% y los dudosos de un 69%. En 28 casos tratados con antivirustero de Besredka los resultados fueron netos en 65% y discutibles en 35%". (La Prensa Médica - Miércoles 20 de enero de 1932). En 1933, G. Haslé presentó 15 observaciones a la Sociedad de Biología de París.

Paul Claisse publicó otro artículo el sábado 27 de febrero de 1932 en "La Presse Medicale" sobre la vacunoterapia tífica. Después de exponer algunas reglas que en su concepto deben guardarse con relación al tratamiento, motivo de su trabajo, concluye: "Es preciso reconocer que la vacunoterapia subcutánea no puede suministrar normalmente curvas que rivalicen con las que Livierato y Vagliano han obtenido por el antivirustero de Besredka en inyecciones intravenosas".

Ignoro a que se debe el éxito muy superior de la antivirusterapia tífica aquí en Medellín, comparándola con el que obtuvieron los profesores atenienses. Lo cierto es que el 96,16% de los casos tratados, se curaron entre 2 y 10 días (1 a 5 inyecciones).

Aunque el Hemocultivo positivo es un poderoso elemento de diagnóstico, el Hemocultivo negativo no excluye de ninguna manera la fiebre tifoidea.

Casi todos los enfermos se hospitalizan después del 7° día.

Quizá se debe a esta circunstancia el alto porcentaje de Hemocultivos negativos.

Parece que los franceses tropiezan con las mismas dificultades, puesto que de los Hemocultivos hechos por los profesores ya citados, resultaron negativos un 50%.

Pero todas las tifoideas—con Hemocultivos positivos o negativos—han evolucionado idénticamente.

La doctrina hasta ahora confirmada de las enfermedades cíclicas sufre una reforma total ante este nuevo producto biológico que día a día invadirá más el arsenal terapéutico y se abrirá paso firme entre la numerosa lista de productos más o menos eficaces.

TECNICA para el tratamiento y para combatir el choque.

Como dije en otra parte, el éxito de la antivirusterapia tífica está subordinado a la dosificación del antivirius.

De 548 casos tratados he concluído:

DOSIFICACION

Niños de 10 a 15 años	1ª Dosis 1/20 cc. antivirius
Ancianos hasta 65 años	2ª Dosis 1/10 cc. antivirius
	3ª Dosis 1/10 cc. antivirius
	4ª Dosis 1/9 cc. antivirius
	5ª Dosis 1/9 cc. antivirius
	6ª Dosis 1/9 cc. antivirius
De 20 a 40 años	1ª Dosis: si la constitución es fuerte
	1/10 cc. antivirius
	2ª " 2/10 cc. antivirius
	3ª " 2/10 cc. antivirius
	4ª " 3/10 cc. antivirius
	5ª " 3/10 cc. antivirius
	6ª " 3/10 cc. antivirius

Se usa una jeringa graduada en veinteavos. El antivirius debe diluírse siempre en un centímetro de suero fisiológico.

Las inyecciones deben sucederse cada 48 horas. En ocasiones se alarga el tratamiento porque se inyectan cada tres o cuatro días, y es natural que en tales circunstancias la infección recobra parte de su virulencia. Diaria, debilita mucho al enfermo.

Antes del antivirius, se inyecta 10 cc. de aceite alcanforado.

La inyección debe practicarse por la mañana, pues por la tarde tiene el inconveniente de los sudores profusos en el curso de la noche.

El calofrío empieza entre 15 y 40 minutos después de la inyección; dura de un cuarto a media hora; en ocasiones, 10 minutos. Pasado el choque, se instala el sudor profuso. Durante el choque, se presenta este cuadro: palidez, cianosis (en ocasiones), calofrío intenso, sed muy frecuente; la cefalalgia se exacerba (con furia en ocasiones), los ojos se enrojecen, el pulso se acelera (hasta 140, 150), la temperatura sube por término medio $1\frac{1}{2}$ grados. En algunos casos a $41,7^{\circ}$. Para combatir la hipertermia he usado las fricciones con agua y alcohol a partes iguales. A las 2 horas, la hipertermia empieza a bajar paulatinamente (como en el N^o 31). La leucopenia no falta; la tensión arterial se modifica un poco. A las 10 horas, la temperatura baja hasta 4 grados. Si por error, por impericia o por mucha familiaridad con el antivirius, el médico tratante inyecta una dosis alta y se instala una arritmia, abandonar el tratamiento o usar dosis muy pequeñas vigilando siempre el corazón.

El niño tolera mucho mejor el antivirius que el adulto y el anciano. Este se expone más frecuentemente a las hipotermias.

Con excepción de unos pocos casos, la fiebre tifoidea evoluciona en crisis sucesivas, provocadas por las inyecciones.

A las 5 horas después de la inyección, el cuadro clínico se modifica en gran parte: la cefalalgia por intensa que sea, cede rápidamente; el pulso se normaliza; la lengua se humedece, los estupores se transforman en lucideces increíbles; las bradipsiquias ceden el campo a la normalidad intelectual.

En total: De 548 casos tratados, una sola muerte; el 96,16% se curaron en 10 o menos días (1 a 5 dosis). Anoto por último que el antivirius usado como simple medicación de choque es absolutamente indiferente. Tres enfermos inyectados en el manicomio con tal fin, no presentaron la más leve reacción febril.

No se debe suspender el tratamiento por el hecho de que al día siguiente de la primera inyección, la temperatura esté lo mismo que se encontraba:

Un tratamiento con antivirius evoluciona así (con ligeros variantes en la curva térmica):

Ejemplo: Temperatura matutina 39° ; 95 pulsaciones; aceite alcanforado 10 cc.; en seguida $1/10$ cc. antivirius. A la media hora, calofrío, temperatura 40 a $40,5^{\circ}$, 110 a 120 pulsaciones y de-

más síntomas de choque. A la hora y media aproximadamente empieza a sudar copiosamente 2 a 3 horas. A las 5 horas la temperatura baja 2 grados más o menos y sigue bajando en lisis progresiva. Ese enfermo que se inyectó a las 8., tendrá a las 5 de la tarde alrededor de 36,5°; estará un poco debilitado y pos-trado. A las 8 del día siguiente puede tener 39° y las 5 del mismo día 39,6 a 40°.

Tercer día, segunda inyección.

Cuarto día, temperatura matutina 38, vespéral 38,3°.

Quinto día, 37,8, id. 37,5°.

Dos cuadros adjuntos mostrarán la evolución durante el tratamiento. (1)

En los 548 casos tratados por mí, he tenido 3 fracasos: tres enfermos en quienes 6 dosis sucesivas de antivirius no han combatido el estado tífico.

MIS CONCLUSIONES

El mejor tratamiento hasta hoy para combatir los estados tíficos y paratíficos es la antivirusterapia tífica intravenosa:

1°.—Porque el 96,16% han evolucionado en 10 o menos días; una muerte en 548 casos.

2°.—Porque la sintomatología más ruidosa ha cedido desde la 1ª o 2ª inyección.

3°.—Porque el enfermo experimenta una completa euforia desde que se instala el tratamiento.

4°.—Porque aleja las posibilidades de complicaciones serias originadas en el curso de evoluciones largas.

5°.—Porque la convalecencia es feliz.

6°.—Porque ninguno de los tratamientos conocidos ha podido yugular una forma gravísima en 10 días.

7°.—Porque es el más científico, el más razonable y el más lógico de todos, ya que se funda en principios biológicos universalmente admitidos en la actualidad.

Medellín, junio 7 de 1938.

Miguel GUZMAN A.

(1) Por no haber llegado en condiciones adecuadas para la elaboración de clisés, no fue posible insertar los gráficos del Dr. Guzmán. Pedimos excusas.—L. R.

Precocidad Sexual

Nuestro distinguido amigo D. Benigno A. Gutiérrez, autor de la excelente colección de literatos autóctonos que tituló "Antioquia Típica", investigando ahora páginas inéditas y mal conocidas del Indio Uribe, para un nuevo libro que prepara, tropezó, copió y puso en nuestras manos la siguiente observación, que cuenta ya sus años:

("El Trabajo", de Medellín, N^o 30, de julio 16 de 1884. Periódico dirigido por el General Rafael Uribe Uribe).

"A continuación insertamos un artículo que llamará sin duda la atención de todos nuestros lectores de dentro y fuera del país, ya por lo fenomenal del caso, ya por lo bien relatado científica y literariamente hablando.

El carácter timorato de nuestra prensa, reflejo talvez del de muchos de nuestros lectores, hará quizá que se nos tache la publicación de esta pieza, pero rogamos que se considere: 1^o—Que el fenómeno es rarísimo, que merece ser conocido y que es la prensa antioqueña la que debe publicarlo; 2^o Que para esto se necesita una descripción exacta, lo cual no es posible sin emplear el lenguaje desnudo e impasible que habla la ciencia en tales casos; 3^o Que nuestros abonados varones pueden muy bien no dejar leer el número a quien quieran ocultarlo y, 4^o Que siendo nuestro periódico industrial y *científico* no le cuadra mal nada que tenga esos caracteres.

CASO NOTABLE DE DESARROLLO PRECOZ

Medellín, 10 de julio de 1884.

Sr. Director de "El Trabajo".

Por mis muchas ocupaciones y por inconvenientes domés-

ticos que no me permitieron algunos momentos de tranquilidad para hacerlo, he retardado hasta hoy la publicación de un caso de desarrollo precoz que observé en el paraje denominado "Posadas", jurisdicción del Municipio de Angostura, pues aunque remití al Sr. Dr. Uribe Angel una breve noticia sobre el asunto, y dicho señor me anunció que lo enviaría a la redacción de la *Revista Médica*, para su publicación, ésta no se ha hecho hasta hoy. Probablemente por circunstancias inherentes a la verificación de su viaje a Europa, el Dr. Uribe no remitió mi escrito.

En el punto indicado, ("Posadas", jurisdicción del Municipio de Angostura), viven José Hincapié y María de Jesús Vanegas, padres de una niña llamada Zoila Rosa, que en la fecha en que hice la observación (agosto de 1883) tenía tres y medio años de edad. María de Jesús manifestó en ese tiempo a unas vecinas suyas que su hija demostraba un desarrollo completo, y que esto la traía inquieta y afligida.

Acompañado de los Sres. Manuel A. Rivera, Jesús M. Orrego y Baudilio Villegas, vecinos de Yarumal, fui al paraje de "Posadas" con el fin de examinar la niña. En mi calidad de médico y previo el consentimiento de la madre procedí al examen.

La niña Zoila Rosa medía, cuando la vi, 92 centímetros de estatura. Su color era moreno; su fisonomía dulce y expresiva. Tenía ojos negros, boca bien delineada, cara llena y pelo abundante. Contestaba por monosílabos, pero se le notaba viveza e inteligencia relativamente despejada. Sus miembros *torácicos* y *abdominales* y su cabeza bien configurada, guardaban proporción armónica. Las *mamas*, eran elásticas, llenas y provistas de un mamelón y de una aureola en la relación común con el volumen de la glándula. Puede decirse que había adquirido el desarrollo que tendrían, en una púber. Pasando al examen de los órganos *genito-uritarios*, observé mejor lo raro del caso. Presentaba un *penil* cubierto de vellos abundantes y sedosos; los *grandes labios* llenos y medio abultados, formando una línea intermedia por su contacto inmediato. Entreabiertos éstos, se veían las *ninfas*, el *clítoris*, el *meato urinario* y el *himen*, como pudieran observarse relativamente en una joven de 16 años. El *bacinete* era bien desarrollado y las caderas contribuían a formar con mucha gracia y perfección, esa *curva de Venus* que realza tan elegantemente la esbeltez del bello sexo.

A la edad de 8 meses empezó la función menstrual, que continuó regularmente con sólo algunos trastornos, debidos quizá al *temperamento linfático* de la niña. El flujo menstrual duraba

tres o cuatro días, acompañado de malestar y de los síntomas inherentes a dicha función; lo que prueba la existencia de los órganos internos de la generación en completo desarrollo y actividad fisiológica. Dedúcese de aquí que esta niña es apta para la concepción: podría fecundar un óvulo y de esta fecundación y de su desenvolvimiento ulterior, podría resultar un nuevo ser que indudablemente guardaría relación, por su volumen, con el órgano en donde se efectuara su desarrollo.

Como este caso puede dar lugar a estudios serios, lo someto, Sr. Redactor, por medio de su importante periódico, al sabio dictamen de mis ilustrados coprocesores, quienes podrán hacer acertadas e importantes consideraciones sobre el fenómeno en sí mismo o sobre las causas que lo hayan determinado.

En este caso extraordinario no hay nada de monstruosidad. La estatura regular, las formas proporcionadas, los órganos completos y las funciones de acuerdo con la perfección de éstos, hacen, a mi modo de entender, absurda la idea de que esta niña no pueda llegar al estado que generalmente define la pubertad.

¿Esta niña es apta para la copulación? Sí: la regularidad y el desarrollo de sus órganos, permitirían fácilmente la copulación, siempre que fueran proporcionales las partes que funcionan en el acto.

¿Tendrá aptitudes para el trabajo del parto? Si se supone en esta niña la suficiente *fuerza vital* para este laboriosísimo trabajo, contesto afirmativamente la pregunta.

¿Qué clase de seres podrá engendrar? Tan perfectos, tan bien configurados, como los que engendra una mujer cualquiera.

"El Pbro. Mariano de Jesús Euse, Cura propio de esta parroquia, certifica: Que en el libro 7º de bautismos de esta iglesia parroquial, a la página 160 se halla la partida que sigue: "En la iglesia parroquial de Angostura, a 29 de febrero de 1880, yo, el Cura excusador que suscribe, bauticé solemnemente a una niña de cinco días de nacida, a quien nombré Zoila Rosa, hija legítima de José Hincapié y María de Jesús Vanegas de este vecindario. Abuelos paternos: Nepomuceno Hincapié y Martina Rojas. Maternos: Antonio Vanegas y Fernanda Alvarez. Fueron sus padrinos Francisco Tobón y María Antonia Vanegas, a quienes advertí el parentesco y obligaciones. Doy fe.—José Jacobo Quiceno.—Angostura, septiembre 17 de 1883.—Mariano de Jesús Euse, Cura".

Marco A. BOTERO GUERRA

Correspondencia

República Argentina.—Departamento Nacional de Higiene.—
Buenos Aires, 24 de noviembre de 1938.

Señor Doctor Restrepo.—Medellín.

Mi estimado colega y amigo:

Desde hace un mes estoy nuevamente reintegrado a mis funciones conservando vivo el recuerdo, por demás amable, de mi estada en su hermoso país del cual he hecho y continuo haciendo urbi et orbi el más caluroso elogio de su riqueza y su cultura. Mi permanencia en Medellín y las delicadas atenciones recibidas me hicieron vislumbrar lo que podrían ser las excelencias de las personas y cosas de Antioquia convirtiéndome casi en un antioqueño en el sentido de la profunda simpatía con que me informo, en los pocos libros que traje de Colombia del carácter de los hijos de esa fuerte e inconfundible región.

GLUCALCION

Gluconato de Calcio Granulado
y al 10 % en ampollas inyectables

Recalcificante en el embarazo, la lactancia, el crecimiento, los trastornos de la dentición, la tuberculosis, el raquitismo, la escrofulosis.

Hemostático en las hemorragias de causas variadas: genitales, hemoptisis, hematemesis, melenas, púrpuras, epistaxis, etc.

Desequilibrio Vago-simpático, enfermedad de Basedow, urticarias, trastornos de la menopausa.

Ciertas dermatosis: Eczema, pruritos, etc.

LABORATORIOS URIBE ANGEL
Medellín — Barranquilla — Cali
Colombia

Le mando para la biblioteca que dirige la colección del "Boletín Sanitario" de nuestro Departamento y 4 tomos que la Comisión Nacional de Climatología y Aguas Minerales, que presido, ha publicado hasta la fecha; a medida de las nuevas apariciones irán las remesas; el "Boletín Sanitario" que se publica mensualmente le llegará con regularidad, así al menos son los propósitos.

Ud. no se imagina cómo estoy agradecido al trato gentil que me dieron ustedes y cuánto bien me ha hecho el conocer su país; adquirí nuevas experiencias que dilataron las mías anteriores, y sobre todo, traje noticias a mis paisanos sobre tierras lejanas llenas de simpatía por nosotros que como no se las frecuenta nadie anota los sentimientos comunes que nos vinculan.

Ruégole quiera presentar mis saludos al señor Decano y a los colegas que me recuerden. De Ud. muy afectuosamente, su colega y amigo,

Miguel SUSSINI

LIMO-LAX

**Purgante que se toma
como si fuese una de-
liciosa limonada.**

Solución de Citrato
de Magnesia en agua
carbonatada, de ac-
ción purgativa ideal.
No estríñe. Descon-
gestiona el hígado.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia

Biblioteca de la Facultad

ESPAÑA

La Clínica. Calle Mallorca. 218. Barcelona.

XIII 6

FRANCIA

Clinica y Laboratorio. Julio y agosto de 1937.	VI	7-8
Le Monde Medical.	48	911
Paris Medical.	18	16
Umfia. Unión Médica Latina.	14	124-125
Revista Moderna de Medicina y Cirugía. Marzo de 1938.	36	3
L'Esprit medical. Artistique et litteraire. Paris.		
Clinique et Laboratoire. Marzo de 1938.	17	3
L'Information Medicale.	20	2
Umfia. Paris. Unión Médica Latina.	14	125
Le Monde Médical. París. Ed. española.	47	910
Paris Medical.	28	19-20
Le Scalpel. Mayo de 1938.	91	22-23
Paris Medical. Mayo de 1938.	28	22-24
Le Scalpel. Junio de 1938.	91	24

ELECTROGENO Agua Oxigenada

Con 3.60 por ciento de peso (doce volúmenes) en Oxígeno.

Antiséptico, Hemostático, Desodorizante.

Heridas, Escoriaciones, Quemaduras, Gargarismos, Pulverizaciones, Desinfección Bucal.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia

Paris Medical.	28	25-26-27
Le Scalpel. Journal Belga des Sciences Medicales.	91	26-27-28
Le Monde Medical. Paris. Enero y Febrero. 1938.	XLVIII	920-921
Le Scalpel. Journal Belga des Sciences Medicales.	91	29-30-31-32-33-34
Paris Medical.	28	28-29-30 31
Umfia. Unión Médica Latina.	14	126
La Voz de los Estudiantes. (Masson & Cie.)	4º	3-4

ITALIA

L'Ospedale Maggiore. Milano. Italia. Marzo y Abril. 1938.	XXVI	3-4
Rassegna Clinico-Scientifica. Milano 15. Maggio de 1938.	XVI	5-6-7-8
Archivio dello Istituto Biochimico Italiano. Abril de 1938.	X	I-II
L'Ospedale Maggiore. Milano. Mayo de 1938.	XXVI	5-6

PERU

Revista Médica Peruana. Asociación Médica Peruana. Abril 1938.	X	112
Revista de Neuro-Psiquitria. Lima. Perú.	I	2

SAN SALVADOR

Prensa Médica Salvadoreña. Organó oficial de la Soc. Médica M. E. Araújo	I	1
--	---	---

VITAEMULSION

Alimento-Medicina

Vitaminas, Lecitinas, Fósforo y Cal, elementos indispensables para la nutrición tisular.

INDICACIONES:

Estados de desmineralización, Raquitismo, Linfatismo, Convalecencia de las enfermedades de las vías respiratorias.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia