

Año V No. 100.—Agosto de 1939 — No. 597

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: 2.700 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:

- RESTREPO José Miguel — Apuntes y Comentarios Clínicos.
- BETANCUR B. V. Julio — Para una Campaña de Protección a la Infancia.
- ARGÜELLES CASALS Darío — Psoriasis y Síndrome Hepato-Suprarrenal.
- DE LA FACULTAD — Informes sobre Tesis de Doctorado.
- ALVARADO Carlos Alberto — La lucha contra el Paludismo en la Argentina.
- DE LA FACULTAD — 2ª Bolsa Viajera de la Casa Specia.
- Biblioteca de la Facultad.
- Correspondencia.
- Necrología.

CLOR - CAL

Elixir 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

Reconstituyente URIBE ANGEL

Cada copita contiene:

<i>Glicerofosfato de sodio.</i>	<i>0,35</i>	<i>gms.</i>
<i>Glicerofosfato de Calcio.</i>	<i>0,16</i>	<i>“</i>
<i>Glicerofosfato de Hierro.</i>	<i>0,03</i>	<i>“</i>
<i>Glicerofosfato de Manganeso.</i>	<i>0,02</i>	<i>“</i>
<i>Clorhidrato de Quinina.</i>	<i>0,005</i>	<i>“</i>

Es un vehículo de sabor excelente.

Astenias - convalecencias.

Una copita antes de cada comida.

Licencia No. 4.785 de la C. de E. F.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali
COLOMBIA

UROSALINA

En granulado efervescente de
solubilidad completa y rápida

NUEVA FORMULA

Sitro-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

FORMIAQUINA

FORMIATO BASICO 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. No. 4.965 de la C. de E. F.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

COLOMBIA

Biblioteca de la Facultad

- 1.—CLEMENT SIMON.
Cartas a un médico práctico sobre la Dermatología y la Venereología.
- 2.—BROUARDEL L.
La Responsabilidad Médica y el Secreto Médico.
- 3.—DUCHESNE G.
Elementos de Deontología Aplicada.
- 4.—SARDA G.
Principios de Deontología Médica.
- 5.—OMBREDANNE Y MATHIEU.
Tratado de Cirugía Ortopédica. 5 vols.
- 6.—AMBARD, FONTES.
Conferencias de Fisiología Médica sobre cuestiones de actualidad.
2 vols.
- 7.—EDWARD WESTERMARCK.
El origen y el desarrollo de las ideas morales. 2 vols.
- 8.—HARET, QUENU Y DARIAUX.
Atlas de Radiografía Osea. Esqueleto Normal.
- 9.—HARTMANN.
La Radiografía en Oftalmología.
- 10.—HAIMOVICK.
Las embolías arteriales de los miembros.
- 11.—LERICHE Y STRINKER.
La Arteriectomía en las arteritis obliterantes.
- 12.—BECLERE C.
La permeabilidad y las obturaciones tubarias.
- 13.—NEMOURS A.
Radiología de la Vesícula Biliar.
- 14.—SANTOS REYNALDO.
Arteriografía de los miembros y de la aorta abdominal.
- 15.—LERICHE R.
Cirugía del Dolor.
- 16.—CUSHING H.
Tumores intracraneanos.
- 17.—BEIRARD L.
La Fren'ectomía.
- 18.—LE PLAY A.
Técnica Operatoria Fisiológica.
- 19.—MAREY E. J.
El método gráfico en las ciencias experimentales y particularmente
en Fisiología y en Medicina.
- 20.—CRACIUM E.
El cultivo de los tejidos en Biología experimental.
- 21.—LIVON.
Manual de Vivisecciones.

- 22.—FREDERICQ L.
Manipulaciones de Fisiología. Guía para los trabajos prácticos.
- 23.—MAGNIEN V.
Los misterios de Eleusis.
- 24.—RONDE ERWIN.
El alma.
- 25.—BRUNET P. y MIELI A.
Historia de las Ciencias antiguas.
- 26.—THOMSON A.
La Herencia.
- 27.—MAURIZIO A.
Historia de la Alimentación Vegetal.
- 28.—CHODAT R.
La Biología de las Plantas.
- 29.—YUNG E.
Tratado de Zoología de los Animales Invertebrados.
- 30.—ACHALME.
Los Edificios Físico-Químicos. 3 vols.
- 31.—BROOM R.
Los orígenes del hombre.
- 32.—BUYTENDIJK J.
Psicología de los animales.
- 33.—CAULLERY M.
El problema de la Evolución.
- 34.—DANTZIG TOBIAS.
El número, lenguaje de la ciencia.
- 35.—DUPRE E.
Patología de la imaginación y de la emotividad.
- 36.—FREUD S.
Introducción a la Psicoanálisis.
- 37.—FREUD S.
Ensayos de Psicoanálisis.
- 38.—HENRICH FERDINAND.
Las Teorías de la Química Orgánica.
- 39.—HESNARD A.
Tratado de Sexología.
- 40.—HINGSTON.
El problema del instinto y la inteligencia de los insectos.
- 41.—JUNG C.
La inconsciencia en la vida psíquica normal y anormal.
- 42.—LARGUIER DES BRONCELS.
Introducción a la Psicología. El Instinto y la Emoción.
- 43.—MONTANDON GEORGES.
La Raza. Las Razas.
- 44.—MONTANDO G.
Tratado de Etnología.
- 45.—OFSTERREICK J. K.
Los Poseos.
- 46.—POISSON G.
Los Arios.
- 47.—RETTNERER.
Histología. Estructura y evolución de la materia viva.

Apuntes y Comentarios Clínicos

I

ALGUNOS APUNTES SOBRE LACTANCIA

Con el nombre de DISTELACIA se designa en general toda dificultad o ineptitud para el amamantamiento, aunque este vocablo significa únicamente mala conformación del pezón que impide o estorba el acto de mamar. Las perturbaciones de secreción se denominan: *agalaccia* o *agalorrea* que es la carencia absoluta de leche; y *oligogalaccia* o *hipogalorrea* que es la disminución láctea en las mujeres que crían. La falta absoluta desde el principio es tan rara que prácticamente no existe, siendo el porcentaje a lo sumo del uno al tres. La disminución puede recaer ya sobre el lactoplasma o parte líquida del suero o bien sobre cada uno de sus componentes. El análisis de la leche da este resultado—centigramos más, centigramos menos—sobre mil: agua 862,70; materias albuminoideas 29,50; grasa 53,70; azúcar 51,30; sales 2,20, y vitaminas cantidades variables. El examen debe hacerse en estas condiciones: se toma la primera parte de la primera mamada de la mañana, la segunda de la del medio día y la última de la mamada de la tarde, se juntan y sobre esta mezcla se hará el análisis cualitativo y cuantitativo.

Estos defectos de secreción pueden ser primitivos, es decir sin causa aparentemente determinable o secundarios, cuando dependen o se relacionan con factores o circunstancias fáciles de precisar. Ocurren desde la subida láctea la cual tiene lugar desde el tercer día del puerperio en adelante que es la época en que comienza el período lactógeno, y en que con frecuencia aparecen las infecciones puerperales que tan funestamente repercuten sobre la función mamaria que por lo general se interrumpe o se hace insuficiente; pero por lo común los trastornos de lactancia se presentan en los primeros meses del amamantamiento.

FRECUENCIA.—La acrinia o hipocrinia láctea se observa muy a menudo en las mujeres urbanas en las cuales puede afir-

marse que de cada diez que dan a luz dos o tres por lo menos tienen que apelar a la lactancia artificial comoquiera que la leche es escasa o falta por completo desde los primeros días o semanas consecutivas al parto. En los campos al contrario, sin distinguir de edades, de razas ni condiciones se observa que por lo general tienen leche suficiente para subvenir a las necesidades del niño desde la subida láctea hasta la dentición y comúnmente hasta el año. La carencia absoluta es muy rara porque siempre en los primeros días se produce una escasa secreción. En Francia de 100 mujeres bien sanas 70 son hábiles para nodrizas, en las 30 restantes 10 no sirven y las otras apenas son regulares; y entre nosotros el porcentaje de ineptitud es talvez un poco mayor.

ETIOLOGIA

Hay que distinguir las causas que influyen en la secreción o función propiamente dicha de la glándula y las que dificultan el acto de mamar que son causas locales dependientes ya de la conformación anatómica de la mama o ya del niño por debilidad en la musculatura destinada a la succión.

ANATOMIA DE LA MAMA.—Normalmente consta de tres partes: *primera*, la glándula propiamente dicha, glándula en racimo de secreción holo-merocrina, es decir, formada en parte por la fusión de la porción apical de la célula que se destruye completamente dejando intacta la porción basal que regenerará aquélla; está constituida por acini numerosos reunidos en lobulillos y éstos en lóbulos de donde parten los conductos galactóforos que en número de 10 a 16 para cada glándula van a abrirse sin anastomosarse en el pezón; *segunda*, una cubierta cutánea cuya periferia contiene glándulas sudoríparas, folículos pilosos y más profundamente una zona areolar en la cual se halla el músculo subareolar cuya acción fisiológica probable se ejerce en el período de lactancia sobre los conductos galactóforos haciéndoles expulsar la leche hacia el área cribosa; además se encuentran glándulas sudoríparas, sebáceas y mamarias accesorias; *tercera*, una zona mamilar compuesta de piel, fibras musculares horizontales y verticales que forman el músculo mamilar cuya acción es igual a la del músculo subareolar y consiste en comprimir los conductos galactóforos para expulsar la leche o servir de esfínter de dichos conductos; en la misma zona y más profundamente se halla una cubierta de tejido célulo-adiposo; de modo que la glándula propiamente dicha está encerrada entre dos capas celulo-gra-

osas: una anterior superficial, pre-mamaria; otra posterior, profunda, retromamaria en cada una de las cuales se pueden localizar procesos supurativos.

Toda enfermedad cuyas lesiones repercutan o se asienten en el seno puede modificar la estructura normal de la glándula; la atrofia del seno es consecutiva a la mastitis del recién nacido o en relación con la sífilis hereditaria, las paperas, malformaciones congénitas del aparato útero-anexial, infantilismo, etc. Los procesos de supuración o inflamación sufridos por la mama como abscesos, galactoforitis, degeneraciones adiposas, grietas y eczemas del pezón, malformaciones de éstos por flogosis antiguas o las congénitas que los hacen aplanados y discoideos y por ende impropios para mamarlos, hacen que la función secretoria no pueda cumplirse completamente o sea imposible.

Entre las causas que influyen sobre la excreción de la leche se encuentran la debilidad de los músculos que actúan en la succión, que dificulta la mamada de un pezón demasiado ancho o provoca el cansancio y la fatiga al extraer el alimento de un canalículo excesivamente estrecho que hacen que a la larga la glándula se canse, su función se amengüe y más pronto ocurra la acrinia o hipocrinia láctea.

CAUSAS GENERALES QUE INFLUYEN SOBRE LA GALACTOPOYESIS

Son muy variadas y dependen de la constitución, del temperamento, de las circunstancias mesológicas en que vive la mujer como son el clima, la alimentación, condiciones sociales, etc.; de las medicaciones propinadas en ocasiones después del parto con el fin de combatir los dolores de entuertos o provocar la exoneración intestinal como son la antipirina, el yoduro de potasio, el alcanfor, los analgésicos y antitérmicos de la serie aromática, la belladona y sus derivados, las fuertes purgas salinas, etc., sustancias todas en cuyo haber fisiológico está el poder de disminuir las secreciones brusca o paulatinamente. Hay casos de agalaccia psíquica por temor al dolor, por falso pudor, lo cual no tiene nada de raro porque las emociones producen reflejos que paralizan o suprimen las secreciones.

Es un hecho conocido de todos los médicos que las mujeres del campo poseen por lo general mamas funcionalmente superiores a las de las mujeres de ciudad siendo en aquéllas excepcional la alimentación artificial; parecen responsables estas circunstancias: las mujeres de ciudad o poblado consagradas hasta los

quince años al trabajo intelectual derivan así en provecho de su sistema nervioso central cierto número de elementos que hubieran servido para el desarrollo de otros aparatos o sistemas, sobre todo del genital; existe una especie de compensación entre el desarrollo de las funciones cerebrales y de las funciones sexuales, de manera que lo que se haga en beneficio de las unas va en detrimento de las otras; otra circunstancia desfavorable es la costumbre establecida por madres de muchos compromisos sociales de no alimentar personalmente los hijos sino entregarlos a lactancia artificial (que entre nosotros aún no ha entrado la mercenaria) con lo cual los pechos corren la suerte reservada a los órganos que no funcionan, disminuyendo su volumen y entrando su fisiologismo por caminos de regresión; en la misma circunstancia están las madres que por concurrir a la fábrica, oficina o taller no pueden dar el pecho a su hijo sino una o pocas veces al día, pechos que terminan por perder la porción noble o secretora y atrofiarse al fin.

La compresión fuerte y casi continua por corpiños o corsés influye poderosamente en el desarrollo de los senos, haciendo que sobre el elemento epitelial predomine el tejido célula-adiposo; la observación enseña que dejados a libre crecimiento sus aptitudes funcionales alcanzan a ser suficientes para atender a la alimentación del niño. En esta costumbre se podría explicar la variabilidad de las mamas según las razas y el medio en que se viva; las campesinas y especialmente las negras y las indias que casi nunca apelan a indumentos compresores tienen mamas bien desarrolladas y de buen rendimiento en leche por lo cual es en ellas muy común que la lactancia dure 12 o más meses; algunos autores—Huschke entre otros—dicen que son más voluminosas en los climas cálidos que en los fríos, más en las regiones pantanosas y en los valles que en las secas y montañosas; entre nosotros esto no es cierto ya que las variaciones parece que dependieran de causas distintas como las antes anotadas y sobre todo y especialmente de factores de orden humoral en relación con las glándulas de endo-secreción.

PAPEL DE LAS GLANDULAS DE SECRECION INTERNA

Uno de los casos demostrativos de la sinergia de las glándulas de secreción interna es el que se ofrece en la función de la galactopoyesis la cual muestra la influencia recíproca de las hormonas de origen ovariano, hipofisiario, placentario, tiroidiano, no sólo en la producción de la leche sino también en el desarrollo

de la glándula mamaria de cuya atrofia y de cuya hipocrinia la deficiencia o perversión de aquéllas es la responsable, responsabilidad prevista hace muchos años por Ancel y Bouin, quienes supusieron que trastornos de orden endo-humoral hacían desaparecer o estorbaban actuar a la hormona *crisógena* la cual al verterse en la sangre activaría o iniciaría la producción de leche.

CUERPO AMARILLO Y GLANDULA MAMARIA.—Antes de aislar con precisión las hormonas del ovario se sostenía que el cuerpo amarillo influía grandemente sobre la glándula mamaria; 'ésta es un órgano sometido al cuerpo amarillo que condiciona su desarrollo no solamente durante el embarazo sino aparte de él, que provoca en ella los brotes congestivos de la pubertad, los que preceden y acompañan cada menstruación y cada preñez'; se sostenía que dicho cuerpo contenía una substancia esencialmente cinetógena para la mama pero incapaz por sí sola de hacer aparecer la secreción láctea. Sin embargo la hormona luteínica o progestina que es la que produce el cuerpo amarillo no influye sobre la glándula mamaria y su papel lo ejerce principalmente en la gestación en los fenómenos de nidación y conservación del huevo. El influjo del ovario sobre los senos lo ejerce mediante la hormona del folículo primordial o sea la foliculina.

FOLICULO PRIMORDIAL Y GLANDULA MAMARIA.—La hormona que secreta el folículo en vía de crecimiento y maduración es la foliculina, substancia que en sinergia con la secreción antehipofisiaria entra como actor en los fenómenos de la pubertad, de la menstruación, de la preñez, del parto, de la lactancia y de la menopausa, es decir, rige la vida genital de la mujer y por lo tanto su salud, está presente en todos los procesos que modifican la glándula mamaria, preside la noble función de reproducción para el cumplimiento de la cual exige la armonía de otras endo-secreciones como las del cuerpo amarillo, algunas de la hipófisis y también de la placenta considerada hoy como glándula de secreción interna.

HORMONAS Y PUBERTAD.—El desarrollo de los senos coincide con la entrada en actividad del ovario, en el cual—por causas que aún se desconocen—empiezan a crecer los folículos primordiales, crecimiento muy lento y acompañado de una pequeña producción de foliculina que actúa en el aumento y modificación anatómica del útero, en el aumento progresivo de las mamas, en la formación de los depósitos de grasa característicos del cuerpo femenino, preside la aparición del sistema piloso, la modificación de la voz, la aparición del instinto sexual, la senti-

mentalidad, la líbido y todos los caracteres sexuales secundarios que delatan la pronta instauración de la pubertad. El fenómeno primitivo de la pubertad es la puesta en circulación de gonado-estimulina en la sangre siendo secundario el crecimiento del ovario; esta gonado-estimulina es inactiva durante el tiempo que el organismo está saturado de hormona somatotropa en que el crecimiento es muy rápido; retardado éste y disminuía en la sangre la hormona somática, el estímulo madurativo hipofisiario entra en actividad y empiezan los procesos de la vida sexual femenina.

Es observación común que entre nosotros existe una precocidad en el desarrollo mamario llamando la atención que niñas de 11 a 12 años, todavía sin los acúmulos de grasa en determinadas regiones que dan la morbidez de las formas, ofrezcan unos pechos de tamaño suficiente para sospechar que en ellas ya se han iniciado los ciclos menstruales; éstos se establecen en edades variables, generalmente de los 13 a los 15 años.

Todavía, empero, se ignoran las causas que entre nosotros influyen para que en los pechos se mezclen en proporciones desiguales e indefinidas los elementos esencial y accesorios, es decir, para que predominen sobre el tejido epitelial los acúmulos de grasa o los de tejido conjuntivo; y tan sólo es admisible imaginar que defectos de funcionamiento de las glándulas macizas de orden tiroidiano, hipofisiario, ovariano o suprarrenal, quizás bajo el influjo de carencias alimenticias o avitaminosis, repercutan sobre la mama atrofiando en ella el elemento noble con incremento de los accesorios, los cuales aprisionan en su magma los acini secretores. La vitamina A influye sobre los epitelios y por lo común se encuentra asociada a la vitamina D, y ambas influyen sobre la sinergia endo-humoral con lo cual pudiera explicarse la acción de los recalificantes y de algunas substancias ricas en factores accesorios nutritivos A, B, D y E, reputadas como galactógenos.

PAPEL DE LA HIPOFISIS EN LA SECRECIÓN LACTEA

Después de pruebas clínicas y fisiológicas y comprobaciones de autopsia se admite que la glándula que desencadena la producción de leche es la pituitaria o hipófisis cuyo lóbulo anterior secreta una hormona que hoy denominan prolactín; las células que la originan se llaman células de preñez, de protoplasma débilmente acidófilo, que no se ven en dicho lóbulo sino durante la gestación y la lactancia y patológicamente en algunas lesiones

de la glándula; en puridad de verdad son células eosinófilas que han perdido sus granulaciones.

Durante la gestación la hormona primordial del ovario prepara la hipófisis y la adapta a una intensa secreción de prolactín, como aumenta también el potencial secretorio de la glándula mamaria determinando una hiperplasia progresiva de este órgano por proliferación de los canales galactóforos y de los acini glandulares; tales transformaciones ocurren cuando la foliculina llega a estar en exceso en la sangre; dicha hiper-foliculinemia es la responsable también de las modificaciones histológicas que ocurren en la antehipófisis durante el embarazo siendo consecuencia indirecta de estos cambios las modificaciones funcionales de la glándula mamaria durante el amamantamiento.

En el curso del embarazo no hay secreción de prolactín por causa de una inhibición hormono-nerviosa que se debe a la foliculina gravídica y a la distensión uterina; pero ocurrido el parto y suprimidas estas dos condiciones o sea eliminación rápida de la hormona folicular e involución del cuerpo del útero, la glándula pituitaria empieza a secretar prolactín con el cual se desencadena la producción láctea; una vez aparecida la leche aquella secreción se mantiene por un estímulo nervioso de punto de partida mamelonar que es entretenido por la succión que realiza el recién nacido en el acto de mamar.

AGALACCIA DURANTE LA PREÑEZ.—La secreción láctea no tiene lugar en el curso del embarazo porque la foliculina posee acciones inhibitoras indirectas sobre la mama y directas sobre la hipófisis, es decir, impide que se forme prolactín y que éste influya sobre la glándula mamaria para que retarde su funcionamiento; son acciones que se efectúan siempre que hay exceso de foliculina o un tenor muy alto; la leche disminuye en las nodrizas cuando les reaparecen las reglas que es un período fisiológico en que hay aumento de esa hormona; la hipofoliculinemia produce al contrario aumento de leche; es lo que se observa después de la ovariectomía. Cabe suponer aquí que la deficiencia o supresión funcional del ovario que trae consigo su inflamación explique el signo de la leche al ordeñar el seno correspondiente que describió el insigne maestro profesor Montoya y Flórez.

Sin embargo, no puede negarse el papel del sistema nervioso en la no producción de leche durante la gestación ya que la repleción uterina inhibe por vía refleja la secreción del prolactín por las células de la ante-hipófisis como lo demuestra la expe-

riencia siguiente: si se extrae por cesárea en un conejo el feto y los ovarios e inmediatamente se pone una inyección intrauterina de parafina que impida la involución de la matriz no hay subida láctea; la misma explicación tiene la acrinia que acompaña la infección puerperal por retención de membranas o cotiledones placentarios, que es síntoma de mucho valor diagnóstico.

Experiencias hechas en animales han demostrado que la administración de foliculina después del parto impide la subida de leche; y que dosis grandes aminoran o agotan la secreción ya establecida; en cambio la inyección de prolactín en animales a los cuales se les ha impedido la subida láctea por fuerte inyección de hormona folicular vuelven a tener secreción lo que indica que la inhibición de esta substancia recae sobre la hipófisis pero es incapaz de impedir la secreción mamaria porque interviene entonces el sistema nervioso contrarrestando la acción folicular.

GALACTORREA PATOLOGICA.—La clínica ha comprobado el signo de galactorrea en el curso de afecciones del sistema hipofiso-mesocefálicos que hacen que las células del lóbulo anterior tomen las características de las células de preñez y por lo tanto, produzcan el principio estimulante de la galactopoyesis; así ocurre en la acromegalia, en la siringomielia alta y en algunos síndromos infundíbulo-tuberianos. Las galactorreas que a veces se observan en las muchachas denuncian la existencia de un adenoma hipofisiario cuya radiografía es positiva mostrando la dilatación de la silla turca; y tal secreción puede ser el síntoma más notorio o el único en algunos casos de acromegalia como en los descritos con el nombre de acromegalia fugitiva de Cushing a la autopsia de los cuales se han encontrado células de preñez, lo que viene a confirmar que el prolactín es producido exclusivamente por las células que llevan tal denominación.

SINTOMATOLOGIA.—Por parte de la madre lo primero que llama la atención es la modificación en la consistencia de las mamas que de renitentes, pesadas, con sensación de llenura que da la acumulación de leche en los alvéolos y conductos excretores, se vuelven vacías, blandas y flácidas con pezones semiretraídos. Por parte del niño se observa que aunque mama con fuerza, la succión es insuficiente para extraer el alimento necesario a satisfacerlo, se agita, llora, y termina por cogerle aversión; aquí empieza la alimentación artificial que si no basta y es adecuada se manifestará unas veces porque las curvas ponderales no corresponden al desarrollo normal, el niño se enflaquece, la fontanela anterior se hunde y se deprime haciéndose muy visible, las

facciones se estiran, vienen las perturbaciones gastro-intestinales, en una palabra, la atrepsia o la hipotrepsia queda constituida según el grado de desnutrición a que se hubiere llegado. Cosa de leche que tienen manifiestan que es tanta que se les sale espontáneamente y sin embargo la criatura al mamar no alcanza a extraer nada o muy poco.

TRATAMIENTO.—Ante todo hay que persuadir a las madres sobre la conveniencia de alimentar personalmente a su hijo puesto que la superioridad de este modo de lactancia no admite discusión; no fatiga ni debilita siempre que sea bien dirigida; y no importa que la leche que pueda ofrecerle al nene sea poca puesto que el déficit se suple con alimento artificial y frecuentemente acontece que exigua al principio aumenta poco a poco hasta poder dar abasto a las exigencias del niño; precisa inculcar a las madres que conviene que se sacrifiquen con abnegación en aras de la salud de sus hijos, pues tan sólo las enfermedades graves y de larga duración las eximen de este deber, como son la tuberculosis, las cardiopatías, la fiebre tifoidea, la difteria, la fiebre puerperal grave, etc.

Cuando se trate de pezones mal formados deben utilizarse los aparatos sacaleche y dársela al niño, pues cualquier cantidad de alimento materno es superior a otro que se recomiende. Una alimentación substancial y nutritiva que contenga los elementos necesarios para atender a las múltiples necesidades de la madre, que lleve consigo las vitaminas que se ha comprobado intervienen en la galactopoyesis, los recalcificantes como glicerofosfatos, lactofosfatos, gluconatos, etc., presta magnífica ayuda; la harina de semillas de algodón, la galega, la ortiga, el hinojo, han sido en toda época reputadas como capaces de aumentar la leche; igual cosa se dice de la malta y del lúpulo. La terapéutica popular atribuye acciones semejantes a las grandes infusiones o cocimientos de papayo, quiebrabarrigo y a la mancha de plátano; valdría la pena de hacer estudios en este sentido a fin de comprobar tal creencia, pues no hay que olvidar que la fitoterapia ha empezado casi siempre con las observaciones del vulgo.

Hoy gozan de preeminencia las preparaciones opoterápicas a base de placenta sin duda porque este órgano es una glándula de secreción interna que contiene gran cantidad de prolactinas que reemplazan a las gonado-estimulinas que secreta la hipófisis en proporción considerable durante los primeros meses de la gestación, los cuales posiblemente pueden estimular las células de



DR. JOSE MIGUEL RESTREPO

Profesor de Clínica Terapéutica.

preñez y por lo mismo activar la producción de prolactín. Las preparaciones comerciales como el lactagol, el nutrolactis y tantas otras son compuestos en que entran plantas de acción galactógena; hoy día los compuestos polihormonales y pluvitamínicos se están imponiendo. Pero de todas las terapias la mejor por ser fisiológica parece ser la hecha con prolactín que es un lactagogo soberano que determina rápidamente la secreción láctea; 150 unidades el primer día, 100 el siguiente han sido suficientes para desencadenar una copiosa secreción; no obra por vía oral, pero es muy bien tolerado por vía parenteral.

La autogalactoterapia usada en los casos de exigua secreción ha sido ensayada, dicen que con buenos resultados; pero la experiencia no tiene un buen número de observaciones suficientes para ensalzar este método.

La alimentación materna ha sido en todo tiempo la preocupación de los puericultores para quienes la artificial constituye un verdadero problema de higiene social y cuya solución contribuiría sobremanera a disminuir la mortalidad infantil, ya que las enfermedades gastro-intestinales tienen casi siempre su origen en una alimentación defectuosa. Es muy difícil para la mayoría de las gentes propinar al nene un alimento cuyos componentes reemplacen en valor fisiológico los de la leche humana y por lo tanto vendrán las distintas dispepsias o por sales o por

hidrocarbonados o por exceso de caseína o por falta de grasa o de vitaminas, etc., que anualmente dan un óbito que iguala o supera al de muchas entidades infecciosas.

CONCLUSIONES

De lo que antecede podemos concluir lo que sigue:

PRIMERO.—Los defectos de secreción láctea son unos de origen anatómico por malformaciones o enfermedades anteriores de la mama; y otros funcionales en relación con la estructura histológica, pero dependientes de trastornos de endosecreción.

SEGUNDO.—Entre nosotros la agalaccia y la hipogalaccia son muy frecuentes y quizás dependan de insuficiencias glandulares y posiblemente de avitaminosis.

TERCERO.—Las perturbaciones de la hipófisis y del ovario son las que presiden la secreción láctea y contribuyen a las modificaciones anatómicas de la glándula mamaria.

CUARTO.—Es una función regida muy de cerca por la folliculina—hormona del folículo de Graaf—en sinergia con la secreción hipofisiaria.

QUINTO.—Una de las hormonas del lóbulo anterior de la hipófisis secretada por las células denominadas de preñez, es el *prolactín* cuyo papel fisiológico es el de desencadenar la galactopoyesis.

SEXTO.—No hay en las medicaciones químicas y vegetales ninguna substancia que pueda reputarse de verdadero lactagogo, pues las reputadas como tales son estimulantes de las glándulas y quizá ricas en algunas vitaminas indispensables para el cumplimiento de esa función.

SEPTIMO.—La fuente lactagoga hay que buscarla en los compuestos hormonales de hipófisis, ovarios y placenta y en las vitaminas A, D y E.

OCTAVO.—Parece que el prolactín esté llamado a gran papel en la secreción láctea como autorizan a creerlo su acción fisiológica y el resultado experimental de su aplicación.

NOVENO.—La alimentación artificial seguirá siendo responsable en muchos sectores sociales—que no se acomodan a las exigencias higiénicas—de la gran mortalidad infantil.

José Miguel RESTREPO

BIBLIOGRAFIA

RIVOIRE (R.).—Les Acquisitions nouvelles de l'endocrinologie. 3^e édition. Masson et Cie. Paris.

LANGERON (L.) et R. DESPLATS. Leçons cliniques sur les affections hypophysaires. Masson et Cie. Paris.

SIMONNET. L'hormone folliculaire normal et pathologique. Etude expérimentale, clinique et thérapeutique. 1937. Masson et Cie. Paris.

PAUL SAVY. Traité de Therapeutique clinique. 1936. Masson et Cie. Paris.

II

HEMORRAGIA GASTRO-INTESTINAL DEL RECIEN NACIDO

Se debe generalmente a la congestión, a ulceraciones o a erosiones de las mucosas del estómago, el duodeno o intestinos; sobrevienen en el curso de asfixia, de malformaciones del corazón y de la vena porta; el enfriamiento progresivo del cuerpo es una causa predisponente y aun a veces determinante de la hemorragia.

La manifestación clínica más común es la intestinal o sea la *melena* que unas ocasiones tiene nacimiento en el propio intestino y otras ésta es la expresión inicial de una hemorragia gástrica que desgraciadamente para la salud o vida del recién nacido pasa inadvertida, confundándose con la expulsión de meconio; otras veces—las menos—el niño sufre un enfriamiento, se palidece y estalla en llanto continuo que no se explica o en un gemido que no le permite dormir; la causa permanece oscura y el médico se queda perplejo mientras no vengan los dos síntomas que esclarecen el diagnóstico: hematemesis intermitente alternada con hipo o con respiración suspirosa.

El pronóstico es muy variable pues las hay que no tienen día siguiente, en otras hay repetición con síntomas de anemia, desnutrición muy notoria y meteorismo abdominal. Aparecen por lo común en las primeras 24 horas; son más benignos los casos en que no hay más que la melena, muy severos cuando concurren con la hematemesis; cuando éste es el único síntoma es muy difícil hacer un diagnóstico causal.

Entre las causas se sindicán las toxinas microbianas banales o sifilíticas sobre todo que lesionan las paredes vasculares;

otros opinan que obran en su producción las embolias o las trombosis o las heredo-distrofias por procesos desconocidos, tal vez tuberculosos o sifilíticos.

Las lesiones semejan arañazos y se hallan sobre todo en la primera porción del duodeno en la vecindad de la ampolla de Vater; raras veces se encuentran en el estómago.

Hans Hogler examinando las heces del recién nacido ha encontrado sangre oculta en el 64% de niños sanos; considera tal hallazgo como un fenómeno fisiológico que empieza al tercer día del nacimiento favorecido por la irritación de la mucosa digestiva, por la flora bacteriana de la alimentación y por el brusco aumento de la presión sanguínea en los capilares poco resistentes y realizada por el cambio de régimen circulatorio en el momento de la sección del cordón; de modo que entre la hemorragia oculta y la melena no hay sino diferencias de grado o intensidad.

El tratamiento se hace con suero salino o glucosado por vía hipodérmica, hemoterapia paterna o materna de 5 a 10 c. c., cloruro de calcio y ergotina en ingestión, lavativas de agua fisiológica a dosis de 10 a 100 c. c., pequeñas cantidades de sangre por vía rectal, suero de caballo, transfusión. Hay que sostener el estado general, sostener la temperatura con calentamiento artificial y obrar sobre el proceso hemorrágico.

La siguiente historia clínica pone de presente el cuadro descrito con variantes que son de difícil explicación. Veamos: niño nacido a término en parto normal sin ningún incidente, 20 horas después se enfría considerablemente, empieza a vomitar sangre viva en medio de esfuerzos de vómito, que lo cianosan y llora continuamente; en el examen compruebo hipotermia, presencia la expulsión de la sangre por vía gástrica y a poco rato por vía intestinal. Como hay deshidratación aplico 60 c. c. de suero fisiológico por vía hipodérmica y cantidad igual por vía rectal, 10 gotas de ergotina y 0.50 gramos de cloruro de calcio; el vómito se calmó con pequeñas dosis de citrato de soda; los síntomas amainaron por espacio de 18 horas y en seguida volvió la hemorragia tan intensa como antes; acompañada ya de una alza de temperatura que alcanzó 40° y de una deshidratación considerable; muerte al día siguiente.

Los padres no acusaron en la encuesta hecha ningún dato que autorizara a sospechar una sífilis o una tuberculosis; el embarazo no tuvo ninguna complicación; era el décimo del matrimonio de manera que la causa determinante permanece en la oscuridad. Este caso ofreció además un síntoma particular que tam-

poco tiene una explicación satisfactoria: la fiebre; ésta ciertamente es muy rara en el recién nacido aunque sí se observa el mismo día del nacimiento cuando depende de una infección amniótica siendo entonces de pronóstico muy grave.

El recién nacido después de 10 a 40 horas alcanza su uniformidad en la temperatura: 37°; es monotermino; cuando se altera se comprueban alzas febriles inexplicadas que se han designado con el nombre de *fiebre aséptica*; empieza generalmente el segundo o tercero día después de una fase silenciosa en que no hay ningún síntoma anunciador. La temperatura rectal es de 39 a 40° y es descubierta por casualidad; hay agitación, gritos y desasosiego que persisten todo el día y toda la noche; la boca y la lengua están secas, la fontanela es deprimida; la curva de peso se modifica sin haber necesariamente concordancia entre el alza térmica y la merma ponderal aunque sí a mayor elevación corresponde mayor disminución en el peso. Esta fiebre dura muy poco, dos o tres días, a lo sumo cinco, a veces, 36 a 48 horas.

Este cambio térmico se lo explican de diversa manera: Waitz, dice que obedece a traumatismos obstétricos que producen edema agudo de las meninges o una meningitis aséptica; para otros obedecería al microbismo latente debido a la transformación de la flora intestinal al principio de la alimentación láctea; para Balard y para Bouc la fiebre sería producida por una verdadera red tisular por causa de la privación del agua que es un medio poderoso de mantener el equilibrio térmico; el niño tiene que vivir sus primeros días a expensas de sus propias albúminas; y la caída del peso produce una deshidratación rápida de sus tejidos.

José Miguel RESTREPO

III

AINHUM

AINHUM en dialecto nago significa cortar o aserrar. Esta enfermedad fue descrita en 1852 por Da Silva Lima y está caracterizada por un estrechamiento circular de la base del artejo que se va acentuando progresivamente hasta terminar en la amputación espontánea; existe en Africa, Asia, Oceanía, América del Sur, sobre todo en el Brasil; entre nosotros se han observado muy pocos casos, aunque sí los suficientes para haber iniciado un estudio detenido porque hasta hoy no se sabe en seguridad cuál es su etiología. Lo común es que se localice en el 5º artejo aunque puede interesar varios; es raro, si se quiere excepcional, que sea bilateral en sus comienzos. Su historia evolutiva es la siguiente: un surco en la cara plantar que se propaga circularmente alrededor del artejo; su sitio es la base y a medida que el surco crece en profundidad el artejo aumenta de volumen y es dislocado hacia afuera pudiendo dar la impresión de ser un tumor pediculado en la base artejal; es enfermedad poco dolorosa, mortificante por el estorbo que pone a la marcha, dura muchos años, ocho, diez o más; prefiere las razas de color en los hombres que viven descalzos, es muy raro en las mujeres y en los niños.

Su naturaleza se ignora: que es manifestación mutilante de lepra dice Zambaco Pacha, opinión que no se ha confirmado por la presencia del bacilo en la lesión; pero debe recordarse que la lepra da manifestaciones mutilantes que simulan el ainhum; otros dicen que es debida al traumatismo inicial entretenido crónicamente por la marcha descalza que favorece una cicatrización viciosa y la formación de un anillo escleroso, teoría que hace poca fuerza pues el traumatismo siendo más común en el dedo gor-

do ahí debería asentarse la lesión; que es manifestación de una esclerodermia o una trofoneurosis o el resultado de la constricción por ligaduras o anillos intencionales opinan muchos.

Se conocen casos de ainhum hereditario o familiar aún sin explicación satisfactoria. Lo común es el ataque del quinto artejo; el asiento en varios y la bilateralidad es una excepción según Joyeux.

El caso que sirve de base a estos comentarios data de 10 años; empezó en el quinto artejo derecho sin estorbo de ninguna clase; fue estudiado por el doctor Dionisio Arango Ferrer en una sesión de la Academia de Medicina; posteriormente el proceso atacó el cuarto artejo del mismo pie; y últimamente, en los meses de junio y julio se ha iniciado en el quinto artejo izquierdo por un pliegue dorsal y externo que semeja la huella de una cuerda atada con fuerza; en el examen se comprueba: temperatura local inferior a la de los tegumentos vecinos, ligera cianosis en los dedos y partes cercanas, pequeña transpiración cutánea; dice el enfermo que como anda descalzo en los días de intenso calor en que se calienta el asfaltado los dolores son muy intensos y le dificultan la marcha hasta impedirle el trabajo.

El quinto artejo del lado derecho tiene una constricción que casi completa la amputación; en el cuarto del mismo lado el proceso está menos avanzado, siendo el surco más profundo por fuera y en el dorso; en el pie izquierdo apenas se inicia la lesión. Este caso ofrece tres características: *ser bilateral, atacar dos artejos en el mismo pie y tener el surco inicial en la cara dorsal*; actualmente el lado plantar está indemne de modo que la constricción está ocurriendo a expensas de la cara dorsal.

La nota radiográfica dice: la falange del quinto artejo izquierdo está muy adelgazada; la del quinto artejo derecho presenta un poco de irregularidad en el contorno; la del cuarto artejo derecho igualmente adelgazada presenta también una solución de continuidad; no se observa descalcificación.

Serología: Wassermann, negativo; Kahn ++, es decir positivo. El informe anatómo-patológico dice: se aprecia una capa córnea muy pigmentada; el dermis presenta grandes digitaciones, se ven unas escasas venillas abiertas y capilares arteriales con marcado proceso de endarteritis que muestran núcleos agrupados. El tejido esquelético conjuntivo está muy degenerado; sólo se aprecian unos pocos núcleos en la proximidad del dermis en forma de arborizaciones. En algunas preparaciones se encuentran pequeños focos inflamatorios con marcada linfocitosis. En

conclusión: lo que predomina como patológico es el tejido conjuntivo que está muy degenerado y en disposición arboriforme, resultado de una marcada isquemia por endoarteritis.

El tratamiento que se le hizo consistió en la amputación de los artejos cuarto y quinto derechos y en la sección del pliegue de constricción del quinto artejo izquierdo. Por ser un terreno sifilítico se le aplicaron unos quince centímetros cúbicos de casbis y se le recalcó sobre la conveniencia de hacerse tratar como sifilítico.

José Miguel RESTREPO

Para una Campaña de Protección a la Infancia

(HOSPITALES DE NIÑOS)

Cuando en buena hora se agita el problema de la protección infantil, creo de utilidad consignar las anotaciones que sobre organización y funcionamiento de hospitales para niños, pude conseguir en visitas a instituciones similares en Berlín, París y Munich.

Indudablemente, en esta tarea de engrandecimiento de la nación, que es la protección a la Infancia, es punto vertebral, al lado del funcionamiento de las Salas de Maternidad, el de Hospitales para Niños.

Un hospital moderno para la infancia no será simplemente un asilo para calmar dolencias y reparar lesiones y buscar la cura de enfermedades, sino que irá en su tarea más lejos tratando de proteger los organismos de los infantes contra todo trastorno nutritivo y todo retraso en el buen desarrollo corporal.

Propender por el desarrollo y funcionamiento normal de los organismos sanos, y curar los organismos enfermos, esa es la labor con la cual debe llenarse el deber de humanidad y patriotismo, que es la asistencia a los niños.

El personal médico y de asistencia será idóneo tanto desde el punto de vista moral como científico, y en lo que respecta a la salud estará sometido rigurosamente a examen médico frecuente.

A las condiciones arquitecturales y topográficas que la higiene de las construcciones hospitalarias exige, hay que agregar en el caso de los niños una condición especial, la de mantener—dentro del aislamiento del caso—en contacto directo e indirecto a los niños entre sí y con la naturaleza.

Al decir los pediatras que un hospital de niños deberá ser un bello palacio de cristal, diseñan de una vez esa condición y al efecto todo paredón innecesario será retirado o substituído por un vidriado. Así la visión del paisaje y el contacto mediato de los niños entre sí y con el personal de servicio, les crea un ambiente de interés y alegría distinto del pesado de los paredones y la soledad, todo lo cual contribuye al bienestar y mejor desarrollo tanto físico como psíquico de los niños.

Las secciones de un tal hospital pueden ser para niños sanos, servicio de alimentación, con buen personal de nodrizas y cocina técnica para la alimentación artificial; y también servicio de cultura física y gimnasia apropiada para niños sanos. La sección para enfermos se referirá especialmente a servicios para trastornos y enfermedades nutritivas, pabellón para enfermedades infecciosas, servicio para cirugía y medicina ortopédica y anexo a todos ellos los servicios de fisioterapia, salón de gimnasia, laboratorio servicio de radiología sin faltar la atención por los juguetes para los niños y un cuidado más notable aún por las flores y las frutas.

SERVICIO DE POLICLINICA.—Común para todo hospital, dotado de instrumental para exploración clínica general, e inclusive de un aparato radioscópico, prestará servicio para consulta externa y dirección de tratamientos ambulatorios, y ahí se hará la distribución para los otros servicios. La estadística general corresponde a este pabellón.

SERVICIO DE LACTANTES. Y PARA ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DE LA NUTRICION.—Debe ser el servicio más amplio del hospital y debe ocupar un 65% de los puestos para niños; en esta sección colocaránse no menos de cuatro incubadoras para prematuros, un buen número de cunas para lactantes, y algunas camitas para niños no mayores de 12 años. Un personal de nodrizas, y aprovechamiento de la leche de las madres de los niños que las tengan fuera del hospital, y un servicio de alimentación artificial y dietética completan esta sección.

SECCION PARA ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS.—Es el servicio de cuarentena, muy especialmente estará destinado a los enfermos declarados, pero no faltará en el hospital una sección para los sospechosos, o positivos portadores de gérmenes. Un personal distinto, se encargará de este servicio, la construcción especial en lo que se refiere a sistema de puertas

dotadas de un servicio de lavabo, y vestuario especial, para las personas que entran y salen, completan las medidas profilácticas, que el contacto con estos enfermitos exige al médico. Entre nosotros por fortuna esta clase de enfermedades es más bien limitada. Un 5% de los puestos del hospital deben estar destinados a esta clase de enfermos. La mitad de cunas y la otra mitad de camitas para niños hasta de 12 años. Es natural que la sección de laboratorio tendrá especial vinculación a este servicio.

SERVICIO DE MEDICINA TROPICAL.—Es natural que dentro del interés científico y el espíritu de investigación, sea necesaria una sección para los niños afectos de endemias tropicales; quizá el ideal en este sentido será el establecimiento del Instituto de Patología Tropical de la Facultad de Medicina de la U. de A., que es en verdad la necesidad más comprensiva de la medicina local. El parasitismo intestinal, y el paludismo...

SERVICIO DE CIRUGIA Y DE ORTOPEDIA.—Esta sección es de grande importancia, especialmente en lo que se refiere al estudio y tratamiento quirúrgico de las deformaciones adquiridas o congénitas en los niños, pues dentro de las condiciones psicológicas, y por el valor social del individuo bien conformado, la ortopedia ha llegado hoy a preocupar seriamente la medicina moderna. El sinnúmero de caderas deformadas, de columnas vertebrales ídem, los pies deformes, las secuelas de fractura y luxaciones mal tratadas, con la osteomielitis y la tuberculosis ósea, hacen de este aspecto, problema serio que agregar al del raquitismo que existe como ninguno otro dentro de nosotros. No por falta de sol sino por carencia.

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.—Otro porcentaje, no pequeño, de los puestos en un servicio hospitalario para niños, estará destinado a las enfermedades internas de los niños. Sólo el estudio muy detenido, y el empleo de todos los medios clínicos de exploración (hematología, rayos X, electrocardiografía) dan el preciso dato sobre las lesiones de los distintos órganos internos en los niños, que las más de las veces se desconocen. Sobrecomentar la utilidad del servicio de estudio anatomopatológico, en la medicina infantil.

SALA DE GIMNASIA.—Este nuevo aspecto de servir a la infancia, parecerá extraño, pero en verdad, si se tiene en cuenta la importancia del vigor físico, no sólo en la lucha contra las enfermedades, sino el valor de la célula social que es el hombre sa-

no y robusto; y si se observa la importancia que el cuidado por el buen desarrollo físico del niño, tiene en los países más civilizados, se podrá comprender la utilidad de un servicio de gimnasia médica para niños enfermos, y normal para niños sanos y de retraso en el desarrollo físico. A esto se agrega el servicio de Fisioterapia.

SERVICIO DE COCINA.—Este aparte merece una atención especial; una cocina debe ser un laboratorio destinado a suplir en parte la naturaleza. Un menú que cada día se elabora conforme la necesidad del servicio completará la asistencia en la alimentación artificial y en la dietética. Un personal idóneo y selecto estará encargado de esta sección.

LABORATORIOS.—Serán necesarios laboratorios de Radiología, de Química y de Bacteriología.

LA FARMACIA.—Ocupa un lugar importante: las drogas de primera instancia se refieren a la clase de alimento, los sueros y la transfusión de sangre son sin duda el primer medio terapéutico, con que se tiene que contar en un servicio hospitalario moderno después de la dietética. Las madres y parientes de los niños serán buenos dadores de sangre para las transfusiones. Servicio de anatomía patológica y de investigaciones sobre enfermedades tropicales deben complementar los estudios patológicos regionales.

LOS JUGUETES.—Son para el niño el mayor atractivo y en la labor pedagógica, que no hay que descuidar aun durante las enfermedades de los niños, desempeñan siempre el papel de centros de interés y de enseñanza objetiva, que bien dirigidos ayudan en el desarrollo mental de los niños, por el espíritu de observación y de iniciativa que les infunde.

LAS FRUTAS.—En la alimentación del niño y el problema de las vitaminas las frutas son primordiales. Propinarlas a los niños, oportunamente y en abundancia, es la primera necesidad; por fortuna entre nosotros tienen un precio reducido.

Son éstas, líneas generales que al menos deben tenerse en cuenta en la organización de un centro hospitalario para niños.

Medellín, julio 17 de 1939.

V. Julio BETANCUR B.

DEL DR. DARIO ARGÜELLES CASALS
(De la Habana)

Psoriasis y Síndrome Hepato-Suprarrenal

Para BOLETIN CLINICO

La psoriasis, dermatosis de observación frecuente en nuestro medio, ha dado lugar, sobre todo en los últimos años, a múltiples e interesantes trabajos. Diversas hipótesis han sido emitidas para explicar su etiología y su patogenia.

Lesiones de los nervios periféricos, principalmente vasomotores, y lesiones tronculares, y de la medula, han sido invocados, sin fundamento alguno a nuestro entender, en la etiopatogenia de la enfermedad.

El origen parasitario o microbiano es defendido desde antiguo por algunos autores (Lang). Y recientemente Lindenberg (12), autor brasileño, considera la psoriasis como una enfermedad infecciosa ocasionada por un virus que circula en la sangre. Otros piensan que para que el agente patógeno se desarrolle es necesario un terreno especial, una predisposición (Samberger, Chauffard, Jausion, Lobe y Rosenfeld).

Por último, según las ideas aceptadas actualmente por gran número de investigadores, los trastornos del metabolismo juegan en la génesis de la psoriasis un papel de primordial importancia (2 y 11). Para algunos la retención azoada es la causa de la enfermedad (Besnier, Schamberg); para otros, se debe acordar a los trastornos del metabolismo de las grasas y del colesterol un rol patogénico importante (Gate, Granial, Vallet y Humbert).

La intervención de los factores endocrinos, principalmente del tiroides, del timo, de la hipófisis o de la córtico-suprarrenal, ha sido defendida también recientemente. Kissmeyer, en el Congreso de Budapest, insiste sobre la influencia de la córtico-suprarrenal en el proceso psoriásico (6).

El caso clínico que motiva este trabajo apoya la teoría suprarrenal de la afección.

HISTORIA CLINICA

Enfermo número 2362: Conrado V., treinta y cuatro años; blanco, natural de la Habana; se casó a los veinticinco años, y tiene un hijo saludable. Es enfermero.

Ha padecido en la niñez sarampión y paperas. Hace diez años tuvo blenorragia complicada de orquitis, y posteriormente de estrechez uretral. Fue operado de apendicitis, de urgencia, en 1926. Varias veces ha tenido dolores en el hipocondrio derecho, acompañados de hipertrofia hepática, y en una ocasión, de ictericia. Padece una psoriasis rebelde desde el año 28.

Esta psoriasis, y una astenia profunda con agotamiento muscular rápido, acompañada de hipotensión arterial—85-55 con el aparato de Vaquez—y de adelgazamiento, es lo que lo induce a consultar.

Según cuenta, padece con frecuencia crisis de mareos, con sudores, palidez intensa y astenia, síntomas que desaparecen rápidamente al ingerir un jugo de naranjas o cualquier otro alimento azucarado (crisis de hipoglucemia). Estas crisis son sobre todo frecuentes en las épocas en que la psoriasis es más intensa.

El enfermo es de constitución asténica, y moderadamente pigmentado; es además, hipervelludo, carácter que consideramos como de origen sexual, constitucional, no directamente dependiente del factor córtico-suprarrenal.

La exploración clínica permite apreciar lesiones típicas de psoriasis diseminadas por el cuerpo, sobre todo en los muslos y en las piernas; algunos elementos existen en los brazos, principalmente en los codos; otros, en la región sacra, y en la cabeza, detrás de las orejas, y en las regiones maseterinas y genianas. Además, hecho bastante raro, en el escroto y en la región inguino-crural hay placas psoriásicas, no escamosas, intensamente maceradas.

En el tórax y en los miembros se pueden observar manchas

pigmentarias, residuos evidentes de lesiones típicas de psoriasis. En la cara existe un cloasma de tipo mixto: ráfagas de pigmento ocupan la frente, la nariz y las regiones infra-orbitarias, temporales y maseterinas. En la mucosa bucal no hay pigmentaciones.

La exploración del corazón pone en evidencia ruidos cardíacos muy apagados. Y la presión arterial oscila, según el estado del enfermo, entre 80-50 y 100-80.

El hígado está ligeramente aumentado de volumen, y es doloroso a la palpación. El aparato pulmonar es normal.

En la orina no hay azúcar ni albúmina. La urea sanguínea es de 43 miligramos, la glucemia de 87 y el colesterol de 187.

La prueba de la insulina da el resultado siguiente: en ayunas 87 miligramos de glucosa. A los 30 minutos de la inyección de insulina, 76 miligramos; a los 60 minutos, 66 miligramos; y a los 120 minutos, 87 miligramos. Todo esto sin reacción alguna.

Las reacciones serológicas de la sífilis son negativas.

Como vemos, se trata de un caso de psoriasis en un enfermo que sufre de una evidente insuficiencia suprarrenal; en él, la pigmentación, exclusivamente de la piel, no tiene, en absoluto, las características de la insuficiencia córtico-suprarrenal, sino las de un cloasma. El enfermo presenta, además, una insuficiencia hepática manifiesta. Y, hecho esencial, estos síntomas hepáticos y suprarrenales coinciden, por lo común, con la acentuación del proceso psoriásico.

Sobre esta asociación de las manifestaciones suprarrenales y hepáticas o síndrome hepato-suprarrenal, ha insistido recientemente Parturier (5). Este autor estudia especialmente los cuadros clínicos en que el hígado y las suprarrenales mezclan sus síntomas y su desequilibrio, a tal punto que el diagnóstico puede vacilar en la atribución de los trastornos mórbidos, y que la terapéutica no puede ser exclusivamente suprarrenal o hepática, sino que debe responder a las dos indicaciones.

La ligera tendencia a la hipercolesterinemia que presenta el enfermo, insuficiente córtico-suprarrenal notorio, puede ser explicada, a nuestro ver, por la psoriasis, o por los trastornos hepáticos concomitantes.

A este propósito hemos de consignar dos hechos de primordial interés: la hipercolesterinemia es frecuente en el cloasma, por lo menos en lo que atañe a Cuba, y nosotros, en algún próximo trabajo nos proponemos insistir sobre este hecho interesante; además, esta cifra alta de colesterol la atribuimos al factor hepá-

tico, que existe, según nuestra estadística, en un número crecido de casos de cloasma (1).

A este factor hepático, tan frecuente en Cuba, atribuimos igualmente la cifra alta de colesterinemia encontrada por nuestro compañero Villaverde, en su trabajo reciente sobre la colesterinemia en nuestro país (3).

Por razones ajenas a nuestra voluntad, no nos fue posible instituir, desgraciadamente, el tratamiento lógico en nuestro caso: hormona córtico-suprarrenal y extracto hepático.

A pesar de ello, el interés del caso es evidente. Es un hecho más, en favor de la teoría córtico-suprarrenal del proceso psoriásico.

Darío ARGÜELLES CASALS

9 (entre 6 y 8) La Sierra - Habana - Cuba.

BIBLIOGRAFIA

- (1) ARGÜELLES CASALS (D.). — Arch. de Med. Interna. Vol. IV, N° 2, 1938.
- (2) GATE (J.), CHANIAL (G.), VALLET (A.) y HUMBERT. — Ann. de Derm. et Syph., Tomo 9, N° 6, 1938.
- (3) VILLAVERDE (M.). — Soc. Estudios Clínicos, Sesión 13-IV-39.
- (4) MARGAROT (J.). — Nouvelle Pratique Dermatologique, Tomo VII, 1936.
- (5) PARTURIER (G.).—Les syndromes hepato-endocriniens, París, 1935.
- (6) KISSMEYER, CHROM y JACOBSON.—IX Congreso Internacional de Budapest, 1935.
- (7) SAMBERGER.—Acta Dermato-Venereológica. 1921; citado en Ann. Derm. et Syph., 1923.
- (8) LORTAT-JACOB y PELLISSIER.—Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph., 11 de febrero de 1926.
- (9) BENEDEK.—Arch. für Derm., Tomo 155, 1927.
- (10) GRUTZ.—Arch. für Derm., Tomo 170, 1934.
- (11) WEISSENBACH (R. J.), MARTINEAU (J.) y BOUWENS (G.).—Bull. Soc. Fr. Derm. N° 1, 1938.
- (12) LINDENBERG (A.).—Ann. Derm. et Syph., Tomo 9, Nos. 11 y 12, 1938.

Informes sobre Tesis de Doctorado

Medellín, julio 28-1939.

Señor Decano de la Facultad de Medicina.

E. S. D.

Señor Decano:

El señor Ernesto Toro Ochoa, ha escrito un trabajo sobre "VITAMINA B1 Y ESTADOS POLINEURITICOS EN LOS PALUDICOS", el cual merece ser conocido de todos los que nos interesamos por estas cuestiones. Tema oportuno, útil y práctico; por tanto sobra recomendarlo como trabajo de tesis, merecedor de publicidad.

Al estudiar el problema general de las polineuritis, Toro Ochoa muestra un aspecto especialmente importante para el país, en relación con los manoseados e irresueltos problemas palúdico y alimenticio, fundamentales en nuestra Patria y tranzado este último en forma peligrosa para la salud del jornalero, cuando al cuadrar sus entradas en las épocas de carestía, que son también de hambre, se sacia con artículos de poco precio, pero de gran volumen y escaso valor nutritivo y pecuniario, o equilibra su presupuesto aclarando la *aguadulce* o mermando la *arepa*, todo con detrimento del poder nutritivo y del equilibrio de su ración. Se aplica a sí mismo, él, famélico en inanición, aquellas famosas curas que empleamos en los obesos, pletóricos y glotones.

En la tragedia económica del campesino, sal de la patria, a quien la moral religiosa, felizmente conservada, salva de caer en el abismo de la desesperación; este campesino, *el patojo* de la familia colombiana, apenas empieza a ser comprendido y socorrido en sus necesidades vitales: jornales, alimentación, vivienda, vestido y educación. Es justo reconocer que el programa y las actuaciones del actual Presidente de la República, empiezan a traducir en obras la secular literatura preeleccionaria, que ha sido muchas veces una ecuación cuya suma de engaños es igual al número de promesas hechas, en nombre de la tan decantada sensibilidad social.

Destaca Toro Ochoa en su tesis ese estado de precarencia vitamínica, esa hipovitaminosis a mínima, permanente, que puede explicar en parte la pereza, la apatía y aun ciertas perturbaciones tan notorias y frecuentes entre nosotros.

A medida que los estudios de bioquímica y microbio-patología progresan, se ha podido comprobar la influencia decisiva de las vitaminas, especialmente del complejo B, sobre el aparato endocrino y sobre el sistema nervioso, en su anatomía y fisiologismo sensitivo-motor, y también la frecuencia de las perturbaciones psíquicas en las carencias vitamínicas.

Estudios como el de Toro Ochoa demuestran que hay campo extenso y fértil de observación y de trabajo en los hospitales y en los campos, en los pueblos y en las minas, lejos de este paraíso de los roedores que es la ciudad y su rico presupuesto; y que es allá donde hay que completar la acción médica higienizante, social y moralizadora, una de las necesidades mayores del país.

Faltan médicos: Esta idea la debemos elevar a la categoría de verdades primeras; no hay tal plétora profesional, ni tal proletariado intelectual; éstos son errores convencionales, mentiras que no resisten ningún análisis. Faltan médicos: lo dice el censo y esta necesidad se palpa todos los días y en todas partes. Nuestros grandes problemas biológicos, están apenas esbozados; sólo alcanzamos a atender las necesidades más apremiantes; hace falta más personal. Esto hay que pedírselo a las Facultades médicas del país urgentemente. Estas representan una montaña de esfuerzos y de energías, de trabajo y de sacrificios de profesores y estudiantes, un desvelo tan constante del Gobierno, un consumo pecuniario tan grande, que están obligados a mayor rendimiento cualitativo y numérico.

Por esto, a semejanza de los hogares nuestros cuando nace un hijo, debiera considerarse justamente como día de fiesta de gala universitaria, aquél en que un alumno de las condiciones intelectuales y morales del Sr. Toro Ochoa, culmina su carrera y se le otorga su título, bautizo de Doctor y confirmación de competencia, título que es síntesis del trabajo rendido en el mejor tiempo de la vida.

Del señor Decano muy atentamente,

David VELASQUEZ C.

Profesor de Terapéutica.

Señor Decano de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales.

Presente.

El Sr. José Domingo Vargas me ha hecho el honor de nombrarme presidente de su Tesis de Doctorado, titulada "FRAC-
TURAS. CIRUGIA ARTICULAR".

Siento un vivo placer al presentarle el citado trabajo, fiel reflejo del espíritu inquieto, investigador y ordenado del señor Vargas.

Hace en él el estudio general de las fracturas, a la luz de los modernos conocimientos, que modifican en sus grandes líneas lo que los libros clásicos de enseñanza traen como hechos averiguados e incontrovertibles o como la mejor línea de conducta en ideas incompletas o falsas.

Y nuestros textos de enseñanza sólo dan—a ese respecto—cada caso.

Estoy convencido de que a ese vacío se debe en gran parte el fracaso del médico práctico, con el consiguiente prestigio de las "componedoras", con todo y sus fatales consecuencias: nuestros médicos generales desconocen el tratamiento racional de gran número de fracturas y están desprovistos de aparatos eficientes y sencillos para tratarlas. Y eso hace el presente trabajo: llenar ese vacío. Dar la mejor línea de conducta y mostrar el aparato más eficiente, cómodo y barato, al alcance de los no especializados, poniendo así al médico en condiciones de llenar su función a cabalidad. Su divulgación hará que muchos traumatizados que hubieran quedado inútiles para la lucha por la vida, queden curados con restablecimiento total de sus funciones, escapando así de ser mítica carne de asilo o improductiva carga para el Estado o sus familiares.

Ha sido la Ortopedia una rama casi completamente descuidada entre nosotros; aparte pequeños esfuerzos en la Clínica Noel y en nuestra Clínica Quirúrgica—y esto en muy reducido número de afecciones—nada se ha hecho por la recuperación funcional de nuestros lisiados.

Eso está en el ambiente. Y por ello, nuestros anquilosados, nuestros fracturados con mala consolidación, nuestros deformes congénitos, arrastran resignados su impotencia, como un mal irremediable y definitivo.

Eso otro hará el trabajo del Sr. Vargas: con sus observa-

ciones sobre Plastias articulares y corrección de deformaciones óseas, tomadas del archivo del Servicio de Urgencia y Ortopedia que tengo el honroso placer de dirigir: inquietar el ambiente médico en esta materia y hacer saber que muchos de nuestros obreros inhábiles pueden reintegrarse a la vida productiva y mucha mujer reincorporarse a la vida social, curados de la lesión que los deprimía e imposibilitaba.

En resumen: el citado trabajo llena ampliamente las condiciones exigidas para una Tesis de Grado y su divulgación—por conducto de la Universidad—sería en extremo conveniente para nuestro medio.

Con toda consideración quedo del Sr. Decano

Atto. servidor,

Joaquín ARISTIZABAL,

Profesor de Clínica Ortopédica y de Urgencias.

Medellín, julio 15-1939.

Señor Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.—E. L. O.

Sr. Decano:

Pocas veces he cumplido con tanta satisfacción el deber de informar sobre un trabajo de tesis como en el caso presente. Y es que un estudiante de las altas cualidades de inteligencia y consagración, de claro sentido clínico y de devoción al trabajo que adornan al Sr. D. Hernando Villegas, no se encuentra en las escuelas médicas sino como tipo de excepción. Si a lo dicho se agrega la caballerosidad, la conciencia de una ética profesional ajustada a los más estrictos principios y el continuo desvelo por el enfermo, queda completa la figura de quien es médico por vocación y ya docto por el estudio.

Fruto de una intensa labor en el Servicio de Urgencia del Hospital de San Vicente es la monografía que presenta como Tesis para el examen final de grado y que titula FRACTURAS DEL CRANEO. Las doctrinas científicas que expone están basadas sobre un gran número de observaciones seguidas personalmente, hora a hora y día a día, con amplio criterio científico y encomiable paciencia.

No pretendo hacer un análisis de tema tan interesante ni menos con menos brillo las doctrinas expuestas magistralmente en multitud de obras clásicas. Baste decir, como síntesis, que el gran problema práctico se reduce a decidir la oportunidad del tratamiento quirúrgico en cada caso particular, y que a una decisión acertada no se llega sino por la observación continua y metódica del lesionado. Tan expuesto es para éste un criterio exclusivamente intervencionista como la abstención sistemática de la terapéutica quirúrgica. Y quien se afilia a una u otra corriente cometerá con seguridad errores que tendrán consecuencias funestas para el traumatizado, y dejarán en la conciencia del médico la huella torturante de un remordimiento.

Cuando teóricamente se puedan sentar reglas generales en presencia de grupos de síntomas, y reducir los cuadros a esquemas que faciliten la solución de los problemas de diagnóstico y tratamiento, en la práctica y a la cabecera del lecho del enfermo, se esfuma la facilidad de la teoría y se multiplican las dificultades para llegar a una conclusión acertada; por esto, sólo un espíritu ecléctico y la observación pormenorizada hasta del más pequeño detalle, pueden llevarnos a la verdad de un diagnóstico y a la clara indicación operatoria. Y de allí la importancia de la expectativa armada en todo traumatizado, especialmente en los del cráneo y el abdomen. Expectativa, no abstención sistemática; es decir, observación con el más amplio y desprevenido criterio clínico para llegar a la indicación precisa en cada caso.

Aparte de la doctrina científica que descubre una inteligencia ya madura, es para mí de gran mérito el talento de agudo observador que se aprecia en la Tesis del Sr. Villegas. Resultado del análisis de cada síntoma, es la importancia que le da al pulso de los traumatizados del cráneo y el estudio detallado que le consagra en capítulo especial. El signo de la *Instabilidad bradicárdica conmocional* que presenta como conclusión es digno de mayor estudio, pues su comprobación ayudaría decididamente a aclarar situaciones difíciles.

Termino, Sr. Decano, con el concepto de que la Tesis *Traumatismos craneales* que presenta el Sr. D. Hernando Villegas para el examen final de grado, y que me honro en patrocinar, reúne los requisitos reglamentarios y merece ser publicada.

Del Sr. Decano atento servidor,

Gil J. GIL, M. D.

Profesor de Clínica Quirúrgica.

Correspondencia

EL PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD CUBANA DE DERMATOLOGIA Y SIFILOGRAFIA

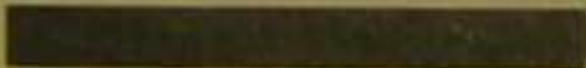
Tiene el honor de saludar a usted muy cordialmente, al propio tiempo que se complace en informarle de la nueva Junta Directiva que ha sido electa para regir los destinos de esta Sociedad durante el año 1939.

Presidente: Dr. Enrique Río León.—Vicepresidente: Dr. Oscar Romero.
Secretario: Dr. Jorge Pina.—Vicesecretario: Dr. Manuel Alonso Pérez.
Tesorero: Dr. Juan J. Mestre.—Vicetesorero: Dr. Juan Grau Triana.

El Dr. Enrique Río León, aprovecha esta oportunidad para suscribirse de usted con la consideración más distinguida.

Al Sr. Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

La Habana, febrero 16 de 1939.



NECROLOGIA

BOLETIN CLINICO lamenta la desaparición de los distinguidos médicos doctores Marco Aurelio Botero Uribe, de Sonsón, y Vicente Duque, de Medellín, ocurrida en el presente mes, y envía a las familias de los finados sus expresiones de condolencia.

DEL DR. CARLOS ALBERTO ALVARADO
Director General de Paludismo del Departamento
Nacional de Higiene de la Rep. Argentina.

La Lucha contra el Paludismo en la Argentina

El Sr. Dr. Ricardo Uribe Escobar, Ministro de Colombia en la Argentina, tuvo a bien enviarnos el siguiente artículo aparecido en la prensa de la capital del Plata.

Para 'La Nación'

Buenos Aires, mayo de 1938.

En un reciente editorial de "La Nación", se expresaba la necesidad de que la autoridad encargada de la lucha contra el paludismo en el país hiciera conocer o divulgara su plan de acción contra esta endemia.

En algunas comunicaciones y en varios documentos oficiales se ha hecho referencia a las características especiales de nuestro problema palúdico y a los procedimientos con que debía abordárselo. Hacer una referencia sucinta a estos dos aspectos del problema es el propósito de estas líneas.

Es costumbre objetivar la epidemiología del paludismo por una cadena de tres anillos: hombre enfermo—mosquito—hombre sano. Esta cadena puede romperse teóricamente en cualquiera de los tres anillos, pero en la práctica sólo es posible abordar con éxito el del medio, el mosquito. De los tres anillos hay dos que son "agredidos" (hombre) y uno que es el "agresor" (mosquito). Cualquier acción sobre los agredidos no puede ser sino de carácter defensivo, y la defensa es siempre una actitud con

un minimum de recursos capaces de decidir la victoria. La acción contra el agresor es en cambio más decisiva. La experiencia de las campañas antipalúdicas demuestra que esta figura es un hecho real y por ello tienen fundamental importancia el conocimiento del teatro de operaciones y la conducta del agresor, vale decir la zona de endemia en su aspecto físico y demográfico y los hábitos y costumbres del mosquito transmisor.

Nuestra zona endémica difiere fundamentalmente en su aspecto geográfico de lo que es clásico denominar "zona palustre"; en efecto, el paludismo en nuestro país existe al pie de las montañas, y a veces entre ellas mismas, donde la "palude" como expresión hidrográfica y biológica de criadero no existe. En cambio, donde la "palude" encuentra en nuestro país su definición más acabada, y hasta diremos refinada, el paludismo no se conoce, como en Formosa, cuyos esteros alcanzan leguas de extensión; lo mismo en el Chaco y Corrientes (*) y hasta Santa Fe y Provincia de Buenos Aires, cuyos bañados hacen pensar con pavor en lo que serían esas regiones de haber sido colocadas por la fatalidad en el índice de malaria.

La explicación de este aparente contrasentido está en los hábitos de la fauna anofélica de cada región. En toda la zona tropical, subtropical y templada del globo existen anofeles y, por lo general, de varias especies, pero sólo una o muy pocas de estas especies o razas tienen inclinación a picar al hombre, y sólo ésta o éstas transmiten el paludismo y son las únicas que por consiguiente tienen valor sanitario; las otras, de hábitos agrestes, zoófilas, sólo molestan a los animales. En el litoral existen especies zoófilas únicamente y por eso no hay paludismo; son típicas regiones de anofelismo sin malaria. En el Norte, en cambio, hay una especie cuya atracción por la sangre del hombre es impresionante: el *Anopheles pseudopunctipennis* (en adelante abreviado A.pp.) y es la única, positivamente demostrado, difusora del paludismo en el país. Hay también otras especies de anofelinos en el Norte, pero su indiferencia por el hombre es tal que carecen de importancia sanitaria. Para dar una idea del poco interés que las otras especies sienten por el hombre baste lo siguiente: el

(*) En Corrientes, y con más frecuencia en Misiones, se observan cada cierto número de años, brotes de paludismo vinculados a la zona de endemia del Alto Paraná, en el Brasil. Estos brotes se han extinguido siempre espontáneamente sin haber creado ningún estado endémico.

Anofeles más difundido en el Norte es el *A. Argyritarsis*, especie zoófila cuyos criaderos son aproximadamente el doble de los *A. pp.*; a pesar de ello sólo se captura un *argyrotarsis* por cada 10.000 *A. pp.* en las habitaciones humanas.

El éxito obtenido por la escuela italiana con el saneamiento del suelo, allá donde la especie transmisora, el *A. Maculipennis*, se cría principalmente en aguas quietas, sombreadas y llenas de vegetación, imponía con el ejemplo, y los programas llamados "bonificas" (hidráulica, agrícola, integral) se invocaban en todas partes como la solución para el magno problema. Nuestro país siguió esa ruta y durante muchos años ha concentrado sus afanes en el avenamiento de pequeñas ciénagas, pantanos y lodazales.

El éxito no acompañó esos esfuerzos y el "saneamiento del suelo", la "redención de la tierra "palustre" sólo trajo un mejoramiento de orden agrícola con un mediocre rendimiento sanitario. En 1933 y 34, estudios realizados por la Dirección Regional de Paludismo en Jujuy dieron la explicación de estos fracasos. Las ciénagas, pantanos y lodazales no eran los criaderos preferidos por el *Anofeles pp.* sino por las especies agrestes, inofensivas para el hombre. El vector del paludismo en el Norte prefería las playas de los ríos y arroyos, llenas de aire y de sol, y en cuyas aguas movidas prolifera una alga que es indispensable para la nutrición y abrigo de las larvas. Las vertientes que afloran en el amplio cauce de estos ríos y arroyos de montaña y las márgenes de los brazos débiles son sus criaderos naturales, pero él se reproduce también dondequiera que el hombre haya producido artificialmente las condiciones naturales de las playas, vale decir agua que corre a cielo abierto y sin vegetación marginal suficiente.

Casi todos los avenamientos con que antes se pretendió eliminar unos presuntos focos de paludismo (que probablemente no lo eran) son ahora criaderos peligrosos, y tanto más terribles cuanto mejor es la calidad del avenamiento; y es razonable, ya hemos dicho que el *A. pp.* necesita de una alga (*spirogirae*) para la nutrición y abrigo de sus larvas; esta alga es un vegetal inferior muy sensible a la concurrencia de otros vegetales mejor organizados; por eso las aguas de las playas sin vegetación están cubiertas de esta alga; tan pronto como la fertilidad y consistencia del terreno permiten la subsistencia de una vegetación lacustre y semilacustre de tipo superior, el alga es dominada y desaparece, y al desaparecer ésta, desaparece la posibilidad de que

ese ambiente hídrico se convierta en criadero del *Anopheles pseudopunctipennis*. Los canales de riego en tierra natural se llenan de esta alga en los primeros tiempos, hasta que sus riberas se cubren de plantas; entonces el alga desaparece. Por eso aquellos canales revestidos en piedra o portland donde no hay posibilidad de vegetación lacustre y sobre todo semilacustre se convierten en dominios permanentes del alga y su protegido, el *A. pp.* Ya volveremos sobre esto de la competencia biológica entre las especies y la importancia que ello tiene para nuestro problema.

En la memoria oficial del año 1935 el D. N. H. enunció estas conclusiones, que podemos considerar como los postulados de la lucha contra el paludismo en nuestro país:

I.—La aplicación literal en nuestro territorio de métodos de éxito en otras partes del mundo es no sólo ineficaz sino que puede convertirse en inconveniente y hasta perjudicial.

II.—Hasta ahora, entre nosotros, hemos estado combatiendo contra especies de anofeles agrestes e inofensivas, sin importancia alguna en la endemiología del paludismo.

III.—La lucha debe orientarse contra la única especie de anofeles positivamente reconocida como peligrosa en nuestro país; el *Anopheles pseudopunctipennis*, dejando de lado la lucha contra otras especies de anofeles que sólo hacen la comparsa a la primera: esto es lo que se llama saneamiento específico.

IV. El *A. pseudopunctipennis*, transmisor indiscutido del paludismo en el norte argentino, produce tres clases de criaderos:

1º. Criaderos primitivos o de elección (en la playa de ríos y arroyos); son los que dan los primeros brotes de anofeles y los que siguen contribuyendo con el grueso de la producción. Son a su vez los criaderos invernales donde la especie se conserva bajo su faz de huevo o larva, de un verano al otro.

2º. Criaderos secundarios y de expansión; canales de riego, ciénagas, vertientes de campo; con las consecuencias de:

a) Alteraciones artificiales del medio (limpieza, etc.).

b) Un exceso de producción en los criaderos primitivos.

c) De la distancia entre el criadero primitivo y el lugar donde el mosquito encuentra el alimento.

3º. Criaderos terciarios o de excepción: los que sólo por ley de casualidad pueden infectarse (pantanos propiamente dichos, lodazales, recipientes artificiales).

V.—Encontrándose los criaderos principales en la playa abierta de los ríos y arroyos (vertientes de playa o brazos débiles) y no en terrenos laborables, los términos de terreno insalubre y

bonífica tiene escasa aplicación práctica en nuestro ambiente, y la lucha sobre los campos incide sobre el excedente de la producción y no sobre su masa.

VI.—Como la destrucción de la vegetación, la rectificación de los bordes y el asoleamiento de las aguas convierten un ambiente hídrico hasta entonces desfavorable al A. pp. en un ambiente favorable, debe procurarse que la obra del hombre no destruya el balance biológico establecido por la naturaleza, dando lugar a la formación de criaderos artificiales.

VII.—Como hoy por hoy no es posible hacer obra definitiva en el lecho de los ríos que sea capaz de resistir la avenida estival, la acción de ellos debe reducirse a los siguientes términos:

1º. Favorecer su transformación biológica haciéndolos inadecuados para el A. pp.

2º. Contra los ambientes naturales inmodificables (que son la mayoría), la policía de focos.

VIII.—La acción de la policía de focos no produce resultados acumulables para otros años.

IX.—La policía de focos está basada en la ejecución solidaria y en la suma de los rendimientos individuales. Una falta repercute, pues, sobre el éxito del conjunto; su realización debe ser militarmente concebida y militarmente ejecutada.

Evitar la formación de criaderos artificiales es un problema, más que nada, de comprensión y buena voluntad. En las playas los grandes enemigos son las extracciones de ripio y las tomas de agua para canales de riego, y sobre el terreno los rebalses en campos abiertos y el excesivo celo en la limpieza de dichos canales, cuando no su tipo especial de construcción (piedra). Es interesante destacar que los canales construidos y a cargo de instituciones públicas (direcciones de irrigación) son más peligrosos que los de particulares, pues en los primeros el mejor cuidado (desbrozo de la vegetación marginal y rectificación de los bordes) favorece la instalación del A. pp. Sobre si algunos cultivos como el arroz aumentan la producción anofélica, cómo y cuándo y dónde, no estamos habilitados todavía para expedirnos.

Todos los criaderos "artificiales" están vinculados a intereses de otro orden que deben contemplarse sin duda (v. g., agua de riego), pero es fácil conciliar una necesidad con otra, igualmente de bien público. Como no siempre ha sido posible encontrar esa comprensión y buena voluntad, será necesario contar con una legislación precisa al respecto.

La transformación biológica de los ambientes naturales que

dan criaderos primitivos es uno de los métodos más sugestionantes; ella plantea el problema de la lucha biológica entre las especies por el predominio en el medio. Ya hemos dicho que las larvas del *A. pp.* necesitan de una alga y que la vida de esta alga se hace imposible en una sociedad vegetal superior. Producir voluntariamente esa incompatibilidad es un recurso de considerable valor. Nuestras observaciones nos han permitido establecer que, por ejemplo, el berro (*cardamina flaccida* Chament Spal.) y el lampazo (*Sevecio cremeiciplorumniattf*) excluyen de su vecindad, cuando dominan en el ambiente, la proliferación de la *spirogirae* y como éstas hay seguramente otras especies que en mayor o menor grado producen el mismo efecto. Siendo el lecho de los ríos el criadero principal, lo ideal sería convertir estos lechos en viveros de dichas especies, pero ello presenta dificultades insalvables en el estado actual de nuestros conocimientos, una de las cuales es principalmente el efecto destructivo que sobre estas plantas, de arraigo superficial tiene el embate de las crecidas. Es sabido, sin embargo, que sólo excepcionalmente las crecidas arrasan con la totalidad de lo que hay en la amplia cuenca de los ríos del Norte. Siempre existen porciones de playa que son respetados durante tres, cuatro o más años. Esto nos ha llevado a clasificar la playa (para nuestro gobierno) en cuatro categorías: llamamos playa A, a aquella que no presenta ninguna vegetación; es la que ha sido barrida por las crecidas del verano anterior, y la que llena el 'optimum' de condiciones para el desarrollo del *A. pp.*, pues el alga no encuentra allí ninguna concurrencia que limite su expansión; ésta da el 60% de la producción aproximadamente. Llamamos playa B, a aquella que no ha sido arrasada en los dos o tres últimos años y donde ya se observa el desarrollo de ciertas especies acuáticas o subacuáticas, que tienden a consolidar el terreno; ésta es responsable del 30% de la producción. Llamamos playa C a aquella que por lo menos no ha sido tocada en cinco años, y donde se observa el desarrollo más abundante de arbustos y de vegetación común, donde ya tiende a desaparecer el carácter de plaga del suelo, pues la arena se ha consolidado; y por último, llamamos playa D a aquella en que durante muchos años el río no ha pasado, donde existen ya árboles y donde la calidad del suelo por la acción de varios años de modificación del terreno, por la vegetación que ha permanecido fija, le ha dado ya condiciones aptas para la agricultura. Esta playa D ya no sería más playa en realidad y entraría dentro de la denominación de campo. Estas figuras son aplicables a todos los

ríos de las provincias de Salta, Jujuy, Catamarca y del norte de Tucumán y también en la parte sur de ésta última, aunque no con características tan netas, pues los ríos en el sur de esta provincia no presentan playas tan dilatadas con respecto al cauce normal, como los ríos del Norte.

Dentro de estos conceptos puede organizarse una acción con tres propósitos: *primero*, reducir la superficie de la playa A; *segundo*, acelerar la transformación de la playa A en B, C y D sucesivamente, ya que la aptitud de éstas para dar criaderos disminuye con su categoría; y *tercero*, crear en la mayor extensión posible la concurrencia biológica que haga incompatible el desarrollo del alga. Para lo primero y segundo, creemos que el procedimiento más ventajoso es el de la siembra artificial de árboles que por sus características de crecimiento rápido y de adherencia al suelo fijen, levanten y hagan laborable el terreno en que se asientan. Si se pudiera realizar una reforestación intensa de todas las playas se llegaría a la vuelta de algunos años a limitar considerablemente la superficie de las playas A, la más anofelígena. Y es posible que a este mejoramiento sanitario acompañe un mejoramiento económico, porque estas líneas de bosques artificiales pueden ser sabiamente explotadas, y quién sabe también si el mejoramiento no es más amplio por la acción modificadora de los bosques sobre las condiciones meteorológicas, favoreciendo la precipitación pluvial, por ejemplo.

El desarrollo de este plan no está al alcance de la autoridad sanitaria; la parte vegetal escapa a su capacidad y competencia, por lo que los estudios para su realización, estando ya terminados, se encaminarán hacia el Ministerio de Agricultura.

Hemos dicho que contra los ambientes naturales inmodificables, y en general contra todos los criaderos con producción actual, no hay más que un recurso: la policía de focos.

La "policía de focos" no es un procedimiento, es un programa de acción; ella permite alcanzar en un año un ciento por ciento de protección de una área limitada, si es bien conducida. Para aplicar este programa se procede en la siguiente forma: Se levanta un mapa escala 1 por 20.000 de la localidad que se quiere proteger, se circunscribe dentro de un círculo la planta urbana y los alrededores inmediatos y bien poblados; a este círculo llamamos área A, de protección absoluta (en las zonas rurales este programa no es aplicable). Con un radio de dos kilómetros ma-

por del primer círculo se traza una segunda circunferencia; el espacio comprendido entre ésta y la primera se llamará área B o de protección relativa, y por último se hace otra circunferencia dos kilómetros afuera de la segunda, la que a su vez circunscribe una área llamada C, de media protección. Los cuatro kilómetros que hay desde el área de protección absoluta al último círculo corresponden a la distancia máxima "práctica" de longitud de vuelo del *Anopheles pseudopunctipennis*. Destruídos sistemáticamente todos los criaderos existentes dentro de las áreas A, B y C y por consiguiente no habiendo producción "interna", los mosquitos transmisores tendrán que venir de afuera, pero su vitalidad no les permitirá sobrepasar los cuatro kilómetros de las áreas B y C; por eso se denomina a la área A: de protección absoluta, dentro de ella no podrán encontrarse anofeles sino por excepción y no deberán observarse infecciones primitivas autóctonas. En el área B se obtiene un 75 por ciento de protección y en la C un 50 por ciento.

Volvamos al mapa primitivo donde por supuesto están bien dibujados los ríos y arroyos y otros ambientes que puedan dar criaderos primitivos. De todos éstos (en la parte incluida en los tres círculos) se hacen relevamientos a escala 1 por 5.000. Sobre estos nuevos mapas se ubican minuciosamente todos los criaderos de A. pp. que se encuentran en un prolijo estudio que se lleva a efecto recorriendo el terreno palmo a palmo. Concomitantemente se capturan alados (anofeles adultos) en las casas vecinas, para obtener el índice anofélico. Por otro lado se sacan muestras de sangre a un número X de niños menores de dos años (habitualmente 100 por cada área) para el índice hematológico. Con los resultados de estos índices y el mapa de los criaderos se obtiene un panorama bastante completo del cuadro endemiológico de esa localidad y al mismo tiempo las cifras iniciales sobre las que las homólogas sucesivas dirán de los progresos de la campaña o de su fracaso.

Como el tiempo de evolución del mosquito, de huevo a adulto (pasando por estados de larva y ninfa) es de diez días término medio, un hombre que pase sistemáticamente por cada criadero dentro de ese tiempo podrá interrumpir la evolución y evitar que nazca el mosquito. Conociendo, pues, la superficie ocupada por los criaderos y sabiendo lo que un hombre es capaz de recorrer en una ronda semanal, es perfectamente fácil y matemático determinar la cantidad de hombres necesaria para cubrir toda la superficie anofelígena. Sobre los mapas de 1 por 5.000 se determi-

nan los límites de estas unidades de trabajo, llamadas "secciones", que se entregan al cuidado y responsabilidad de un hombre al que se instruye y equipa con todos los elementos necesarios a su trabajo. La misión de este hombre es evitar que en su porción nazcan y vuelen mosquitos adultos. Para la destrucción de un criadero aplicará cualquiera de los procedimientos comunes (petróleo o verde de París) y en muchos lugares procurará evitar su formación eliminando el alga con cepillos de piazabal y otros procedimientos que sería largo enumerar y describir. Cada cinco secciones forman una zona, que tiene su jefe, cuya misión es dirigir y, sobre todo, controlar el trabajo de los encargados de sección. Estos jefes de zona dependen a su vez del jefe de saneamiento. Todas las operaciones se contabilizan en forma minuciosa a fin de permitir un control riguroso; las faltas son castigadas severamente porque, como ya se dijo: "La policía de focos está basada en la ejecución solidaria y en la suma de los rendimientos individuales; una falta repercute, pues, sobre el éxito del conjunto; su realización debe ser militarmente concebida y militarmente ejecutada".

Se dijo que al realizar el estudio inicial, se hacían capturas de mosquitos adultos en los domicilios para establecer el índice anofélico; esta operación permite al mismo tiempo determinar lo que se designará como "estaciones de captura", que son simplemente aquellas casas que dieron mayor número de anofeles y que ofrecen las mejores condiciones para su captura. Estas casas, en adelante "estaciones de captura", serán visitadas sistemáticamente todas las semanas con el fin de capturar los mosquitos adultos, no persiguiendo un fin de exterminio sino de investigación y control. Si el trabajo en las secciones es perfecto, las estaciones de captura del área A darán cero, o inversamente la cantidad de anofeles existentes dirá de la proporción o magnitud de la falla en la extinción de los criaderos; y más aún, por la orientación y posición de las casas positivas es posible determinar la dirección del criadero descuidado y a veces hasta su distancia. La captura de adultos es, podría decirse, "el balance de caja" de cada ciclo de operaciones (una semana).

Dos veces por año se hace un balance general para conocer las ganancias o pérdidas de la empresa. Este es el índice hematológico de los niños menores de dos años nacidos y criados en la localidad; su comparación con la cifra inicial y las inmediatamente posteriores dirá de los resultados obtenidos. Daremos un ejemplo: Monteros, Tucumán; cuando se reorganizó ese servi-

cio a mediados de 1936, se levantó un índice hematológico entre la población de cero a dos años del área protegida. El índice tipo endémico o preepidémico, levantado en octubre de 1936 sobre 200 preparados del área A, dio un 14,5 por ciento de positivos. El índice tipo epidémico levantado con la misma técnica en abril de 1937, es decir a continuación de la época epidémica (noviembre-abril), dio cinco por ciento, y la última investigación en octubre próximo pasado ha arrojado 1,5 por ciento; vale decir que en un solo año se ha obtenido una reducción del 90 por ciento de la incidencia malárica.

Este es, a grandes rasgos, el programa llamado "policía de focos". Presumiendo que la organización inicial para cada caso haya sido bien proyectada, la realización eficaz dependerá exclusivamente de la calidad del elemento humano que la ejecute y de la escrupulosidad con que se cumplan los puntos del programa operativo, vale decir disciplina en el trabajo. Es fácil comprender el grave daño que se infiere al sistema y a sus resultados cuando en la selección del personal o en sus promociones o castigos se interponen influencias ajenas a los méritos intrínsecos de los sujetos.

El costo de un programa de "policía de focos" para mantener indemne una comunidad X puede calcularse con la misma meticulosidad que una obra de ingeniería o arquitectura (¡de las bien calculadas!). Conociendo el número de habitantes de esta comunidad se determina el costo "per capita per annum". Así, por ejemplo, proteger a los 16.000 habitantes de Jujuy cuesta 3,37 pesos por individuo y por año. Sólo el mantenimiento de las mentadas obras de saneamiento del canal de Panamá cuesta dos dólares "per capita per annum".

Es importante tener una base para saber cuándo un programa de lucha antianofélica debe considerarse financieramente realizable. Esto no es fácil de determinar y varía para cada país; deben calcularse, conociendo la magnitud del estado endémico y sus recrudecimientos: el gasto de medicamento antipalúdico como curativo, asistencia médica, pérdidas de vida por paludismo, pérdidas de vida indirectamente imputables a paludismo (debilitamiento orgánico), pérdida de días de trabajo, y por último, depresión social y económica; asignando un valor a cada uno de estos elementos se establece el importe del daño causado por la endemia; esa suma más un tanto por ciento más por "derecho de salud" es lo que puede o debe gastarse en evitar el flagelo. Para sus colonias los ingleses propusieron la suma de

cuatro chelines "per capita per annum" para considerar financieramente realizable una campaña antipalúdica. Esta cifra es baja para nuestro medio, por lo que consideramos provisionalmente aceptable la de cinco pesos de nuestra moneda; y así el programa de la ciudad de Jujuy es no sólo financieramente realizable, sino económico, y más aún el de la ciudad de Salta (menos de 1,50 pesos).

¿Cuál sería el plan desarrollable en el país? Proteger con servicios de "policía de focos" todas las poblaciones afectadas por el paludismo, y cuyo costo esté dentro de la base establecida. ¿Cuánto es necesario para todo esto? No lo sabemos aún; los estudios se van realizando paso a paso, por la escasez de personal especializado para estas tareas. Aun sabiendo lo que sería necesario, no podría emplearse honradamente todo lo que se diera si se concediese de golpe; la formación de jefes de saneamiento y ayudantes y personal no médico, requiere tiempo; el país no cuenta, tampoco, con suficientes médicos sanitarios para jefes de servicio, y para el estado mayor se requiere una vasta organización, como es ya y lo serán más aún, la Dirección General de Paludismo. La especialidad de médico sanitario ("public health officer") sólo tiene aplicación como médico oficial; si no hay perspectivas de estabilidad y adecuada remuneración, no hay estímulo para perfeccionarse en una especialidad tan aleatoria. De diez o doce facultativos que el Departamento Nacional de Higiene mandó a Italia a estudiar paludismo años atrás, sólo dos están en funciones en la fecha. Además, la atención de estos problemas necesita de toda la energía y preocupación de sus funciones y ello no es posible cuando el profesional, por la exigüidad de su sueldo, debe ser profesor normal, médico de hospital, de sociedades mutualistas y atender su consultorio. Es mucho mayor la calidad y la cantidad de trabajo en un profesional en "full-time" remunerado, por ejemplo, con 1.200 pesos, que de tres que ganen 400 pesos cada uno.

Queda el problema de las áreas rurales donde no es posible aplicar programas de ataque; sólo queda el recurso de pertrechar a sus habitantes para la defensa; primero, con una provisión suficiente de medicamentos antipalúdicos, que no impiden la infección pero que limitan y corrigen sus estragos; segundo, con la aplicación juiciosa de la protección mecánica (mosquiteros, cunas a prueba de mosquitos) y tercero, una adecuada educación sanitaria que haga factible la aplicación oportuna y correcta de los dos procedimientos anteriores. De lo contrario las erogaciones

serán siempre superiores a los resultados y el gasto efectuado habrá sido una mala inversión.

La lucha contra el paludismo es larga y difícil; la endemia es un complejo "organizado" por la naturaleza, y lo que ésta organiza no es desbaratable con buenas intenciones. Es un error creer que con mucho dinero es posible destruir y eliminar ese complejo rápidamente; se requiere más que nada estudio, organización y tiempo. A un proceso organizado sólo puede hacerse frente con una organización igualmente perfecta, y las organizaciones, donde el factor humano es lo primordial, no se improvisan. El exceso de dinero disponible favorece el derroche, lo que termina desprestigiando a la institución y, sobre todo, corrompe el concepto de sobriedad administrativa de los funcionarios.

La lucha contra el paludismo necesita, más que grandes sumas iniciales, aumentos progresivos y sostenidos, y en forma integral, que no resientan el equilibrio y la armonía de la organización. No basta aumentar las partidas para drogas si no se provee a su vez de los elementos adecuados (personal y material) que permitan asegurar su distribución donde y como corresponde. No basta aumentar tampoco los gastos generales y los ítem de jornales si no se aumenta al mismo tiempo el personal técnico superior con que asegurar la eficacia del excedente.

Lo que se ha expuesto en estas líneas es lo único "realizable" en el país, dentro de lo que se conoce hasta ahora, pero así como observadores argentinos han puesto en evidencia la modalidad peculiar de nuestro problema palúdico y han encontrado ya soluciones técnicas y administrativas que permiten abordarlo con éxito dentro de ciertos límites, es lógico admitir que mañana descubrirán nuevas posibilidades que hagan más perfectos y económicos los programas de lucha antipalúdica. Para ello es preciso excluir de la dependencia sanitaria la gravitación de cualquier factor extraño a la misma.

Carlos Alberto ALVARADO

2a. Bolsa Viajera de la Casa Specia (1)

Por conducto del distinguido caballero Sr. Le Floic, Doctor en Ciencias y Miembro muy destacado de la Dirección científica de la Casa Specia (Rhône-Poulenc) de París, ésta ofreció gentilmente a la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, una beca de estudios cuya adjudicación reglamentó el Consejo Directivo de la Universidad en la siguiente Resolución:

“El Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia,

CONSIDERANDO:

1º—Que la Casa Specia ha ofrecido una bolsa de estudios, para adjudicar en el año de 1939 a un médico graduado en la Facultad de Medicina, bolsa que consiste en un pasaje de primera clase de ida y regreso, entre Puerto Colombia y El Havre en un barco de la Compañía General Trasatlántica y en un auxilio de 15.000 francos para que el favorecido permanezca en París durante 3 meses.

2º—Que en el año de 1938, ha sido concedida a la Universidad Nacional una bolsa similar.

3º—Que el Sr. Ministro de Educación Nacional, ofrece auxiliar al favorecido con una suma que le permita prolongar su permanencia en París; y

4º—Que la Casa Specia exige que el agraciado además de ser alumno sobresaliente de la Facultad, tenga buenos conocimientos de francés;

RESUELVE:

1º—Aceptar el gentil ofrecimiento hecho por la Casa Specia y expresarle los agradecimientos por esta valiosa donación, que

(1) La primera fue adjudicada a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional en 1938.

da a un alumno de la Facultad de Medicina, la ocasión de hacer estudios de perfeccionamiento en París.

2º—Establecer para la adjudicación de la bolsa en referencia, las siguientes bases:

a) El agraciado deberá haber obtenido en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, su título de Doctor en Medicina y Ciencias Naturales, entre el 1º de julio de 1937 y el 30 de junio de 1939.

b) Los nombres y las tesis de los alumnos graduados en la época fijada, que aspiren a obtener la bolsa viajera citada, serán sometidos a un jurado compuesto por profesores designados por el Decano de la Facultad de Medicina, jurado que escogerá entre ellos, los más brillantes y los someterá a la consideración de un segundo jurado compuesto por un profesor de la Facultad de Medicina, nombrado por el Decano, un representante del Sr. Ministro de Francia en Colombia y un representante de la Casa Specia.

Este jurado designará el agraciado teniendo en cuenta que éste debe poseer buenos conocimientos de francés, condición indispensable para que pueda aprovechar convenientemente su permanencia en Francia.

3º—Solicitar del Ministerio de Educación Nacional, la apropiación de la suma de \$ 1.000-00, para que el favorecido pueda prolongar su permanencia en París.

4º—Según deseos de la Casa Specia, el agraciado deberá dedicar el tiempo que permanezca en Europa, a estudios de especialización en Dermato-venereología.

5º—El médico favorecido con esta bolsa viajera, deberá presentar a la Facultad de Medicina a su regreso, certificados de los diferentes cursos que haya seguido y un trabajo científico relacionado con los estudios que haya hecho”.

Medellín, agosto 31/1938”.

Cumplido el plazo estipulado, para integrar el primer jurado, designó el Decano de la Facultad a los profesores doctores Gil J. Gil, Miguel M. Calle y Rafael Arango Restrepo, quienes pasaron las siguientes notas:

“Medellín, julio 8/1939.

Señor

Decano de la Facultad de Medicina.

E. S. D.

Distinguido colega:

En cumplimiento de la comisión que Ud. se ha servido con-

fiarnos, hemos estudiado las tesis de los cuatro graduados en el período del 1º de julio de 1937 a 30 de junio de 1939, que se han inscrito para el concurso de la bolsa viajera ofrecida por la Casa Specia.

Después de un estudio meditado hemos considerado que por su valor científico, por el trabajo práctico que representan y por la doctrina que sostienen, estas tesis quedan clasificadas en la siguiente forma:

Primer puesto, la tesis titulada: "Fracturas. Cirugía articular" (1).

Segundo puesto, la tesis titulada: "Traumatismos craneanos" (2).

Tercer puesto, la tesis titulada: "Estudio de la velocidad circulatoria en los estados normal y patológico" (3).

Cuarto puesto, la tesis titulada "Cirrosis" (4).

Queda así cumplida nuestra comisión, y quedamos siempre a las gratas órdenes del Sr. Decano.

Attos. colegas y servidores,

(fdo.), Gil J. GIL, M. D.

(fdo.), Miguel M^o CALLE.

(fdo.), Rafael ARANGO RESTREPO.

"Medellín, julio 18/1939.

Señor

Decano de la Facultad de Medicina.

E. S. D.

Señor Decano:

Para ampliar nuestra nota de 8 de julio del pte. año, en la que hicimos la clasificación de las Tesis presentadas para el concurso de la Bolsa Viajera de la Casa Specia y de acuerdo con el ordinal b) del Art. 2º de la Resolución del Consejo Universitario

(1) Autor, Dr. Vargas J. Domingo.

(2) " Dr. Villegas Hernando.

(3) " Dr. Name José A.

(4) " Dr. Jaramillo Gómez Jorge.

de 31 de agosto de 1938, que reglamenta la adjudicación de dicha Bolsa, manifestamos a Ud. muy atentamente que, estudiadas las respectivas hojas de servicios, en la Facultad de Medicina y en el Hospital de San Vicente, de los distintos aspirantes y habida la consideración de la finalidad práctica de las diversas Tesis, hemos llegado a la conclusión de que son los nombres del Sr. Dr. José Domingo Vargas y del Sr. Dr. Hernando Villegas, los que debe tener en cuenta el segundo jurado de que trata la antes mencionada resolución.

Del Sr. Decano Attos. Ss. Ss.,

(fdo.), Gil J. GIL, M. D.

(fdo.), Miguel M^o CALLE.

(fdo.), Rafael ARANGO RESTREPO.

El segundo Tribunal encargado de la adjudicación de la Beca, se integró luego por los Sres. Dr. Alonso Restrepo, Decano de la Facultad, Sr. Fernand Peters, Agente Consular de Francia en el Departamento de Antioquia, y el Sr. D. Raymond Passega, Representante en Medellín de la Casa Specia, quienes llenadas las prescripciones estatuidas por la Resolución Universitaria, levantaron el Acta que se transcribe a continuación:

“AGENCE CONSULAIRE
DE FRANCE

A

Medellín

(Colombie)

ACTA

En la ciudad de Medellín, departamento de Antioquia, el día once de agosto de mil novecientos treinta y nueve, se reunieron en las Oficinas de la Agencia Consular de Francia de esta ciudad, los señores Fernand PETERS, el Sr. Dr. Alonso RESTREPO, y el Sr. Raymond PASSEGA, Agente Consular de la República Francesa, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, y Representante de la Casa SPECIA, respectivamente, constituidos en Tribunal definitivo para juzgar los conocimientos en francés de los candidatos presentados por el primer Tribunal que estudió los trabajos y los antecedentes de los aspirantes.

Dichos candidatos fueron los Sres. Dres. José Domingo Vargas y Hernando Villegas, quien no se presentó al examen a pesar de habérselo solicitado repetidas veces el Sr. Decano de la Facultad de Medicina y el Sr. Representante de la Casa SPECIA.

En consecuencia se procedió al examen del Sr. Dr. VARGAS para estudiar este último requisito y los suscritos declaran que dicho doctor tiene suficientes conocimientos de francés para entender y hacerse entender, para aprovechar las enseñanzas de los maestros franceses y para presentarse a la Casa SPECIA.

En virtud de lo cual el Jurado declara al Dr. José Domingo Vargas acreedor a que se le adjudique la beca ofrecida por la Casa SPECIA.

El Decano de la Facultad de Medicina deja constancia una vez más en nombre de la Universidad de Antioquia, de su agradecimiento por esta galante atención que se ha servido hacer la Casa SPECIA a dicha Universidad obligándola a intensificar sus conexiones con la Centenaria y muy ilustre Ciencia Médica Francesa.

Hecho en Medellín el 11 de agosto de 1939.

(Fdo.) *Fernand PETERS*

Agente Consular de Francia en Medellín.

(Fdo.), *Raymond PASSEGA,*

Representante de la Casa SPECIA.

(Fdo.), *Alonso RESTREPO,*

Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia."

El Decano de la Facultad gestiona actualmente con el Ministerio de Educación la consecución de la suma ofrecida para que el beneficiado pueda prolongar y ampliar mejor sus estudios en la capital de la República Francesa.

BOLETIN CLINICO felicita cordialmente a su colaborador y amigo doctor Vargas, y a la vez se complace en registrar el acto de apoyo decidido y de colaboración científica que la muy reputada casa SPECIA, presta a las entidades docentes de Colombia.

OVARIOGEN

Enfermedades de la mujer

Preparación a base de Hidrastis, Hamamelis, Piscidia, Viburnum, y Acido Acetil-Salicílico.

Ovariogen es un preparado de indicaciones precisas en la Congestión Uterina Primitiva y un poderoso auxiliar en el tratamiento de las Congestiones Secundarias. Combate los dolores y las pérdidas profusas.

De grande utilidad en los espasmos uterinos y en los dolores del ovario.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

COLOMBIA

GLUCALCION

Gluconato de Calcio Granulado

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

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

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

GLICEROFOSFATOS

COMPUESTOS URIBE ANGEL

Tónico de sabor agradable.
Espléndido reconstituyente en
las convalecencias, agotamien-
to nervioso por toda clase de
excesos y especialmente los de
trabajo.

Cada 100 c. c. contienen:

Glicerofosfato de Estrienina	0.013 gm.
Glicerofosfato de Cal	1.728 gm.
Glicerofosfato de Sodio . . .	3.506 gm.
Glicerofosfato de Hierro . . .	0.328 gm.
Glicerofosfato de Quinina . .	0.109 gm.

Cuando la astenia se acompañe de
trastornos digestivos, úsese de pre-
ferencia nuestro ELIXIR DE GLI-
CEROFOSFATOS PEPSINADOS.

LABORATORIOS
URIBE ANGEL
Medellín - Barranquilla
Cali.



Muy distinguido señor doctor:

La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y los Laboratorios Uribe Angel, deseosos de servirle puntualmente las ediciones de BOLETIN CLINICO, le ruegan de la manera más encarecida devolver con su dirección exacta el cupón adjunto.

A la vez le agradecerían agregar las direcciones de los médicos amigos suyos que no reciban la revista.

BOLETIN CLINICO

Dr. _____

Dirección: _____

Población _____

Departamento _____

República de _____

Otras direcciones: _____

Rogamos llenar este cupón también a los señores médicos de Medellín, para poner en regla nuestros ficheros.

TREPONIOL

Para el tratamiento de sostenimiento en la Sífilis, en los intervalos de las tandas de inyecciones, y de ataque en las personas refractarias a los medicamentos inyectables.

A base de Mercurio, Arsénico, Yoduro, Zarparrilla, Opio y Belladona.

El Treponiol no es un preparado puramente comercial, sino un verdadero agente terapéutico de propiedades efectivas.

LABORATORIOS URIBE ANGEL

Medellín — Barranquilla — Cali

Colombia