

ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN I

— MEDELLIN, JUNIO DE 1951

— NUMERO 9

Continuación de «BOLETIN CLINICO» y de «ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA»
Tarifa Postal reducida.—Licencia N° 1.896 del Ministerio de Correos y Telégrafos.
Organo de la Facultad y la Academia de Medicina y de la Asociación Médica Antioqueña.

Editada en la Imprenta Universidad de Antioquia.

CONSEJO DE REDACCION

Prof. Alfredo Correa Henao, M. D.
Director.

Dr. Ignacio Vélez Escobar
Decano de la Facultad de Medicina
de la U. de A.

Prof. Eugenio Villa Haeusler
Presidente de la Academia de Medicina
de Medellín.

Dr. Gabriel Zapata L.
Presidente de la A. M. A.

Dr. Alonso Restrepo

Dr. Marco A. Barrientos M.

Dr. Oriol Arango

Dr. Julio Tobón

Sres. Pelayo Correa V. y

Rodrigo Marulanda, Estudiantes de Medicina.

Margarita Hernández B.,
Administrador.

«ANTIOQUIA MEDICA» solicita el intercambio con revistas nacionales y extranjeras.
Admite y agradece colaboración científica-médica o que se relacione con los intereses
de la profesión.

«ANTIOQUIA MEDICA» publica 10 números anualmente.

Dirección:

«ANTIOQUIA MEDICA»

Facultad de Medicina de la U. de A.
Apartado 20-38
Medellín - Colombia, S. A.



Fuerza Perdurable

... Erigida sobre una Base Sólida

La alimentación correcta del bebé es de *inestimable* importancia en los primeros meses de su vida. Es precisamente durante este período cuando se requiere una base sólida para que el niño se desarrolle fuerte y saludable.

DRYCO ES IDEAL COMO ALIMENTO EN LOS CLIMAS CALIDOS

La tierna criaturita necesita proteínas en cantidades apreciables para llenar las necesidades de su crecimiento muy rápido de la temprana edad, así como para formar sus tejidos. DRYCO, con su alto valor proteico llena estos requisitos. Y el contenido reducido de grasa de DRYCO provee una cantidad adecuada de este elemento, disminuyendo la posibilidad de trastornos digestivos. En los climas cálidos o tropicales ésta es una señalada ventaja.

ESPECIALMENTE ENVASADO PARA RETENER SU FRESCURA

DRYCO es la mejor leche fresca, consistentemente uniforme, fácilmente digestible y enriquecida con vitaminas. Se envasa especialmente en latas cerradas al vacío para asegurar su frescura original y valor nutritivo en cualquier clima.

DRYCO

Para informes detallados, escriba a:

THE BORDEN COMPANY

350 Madison Avenue

Nueva York 17, N. Y., E. U. A.



SUMARIO:

EDITORIAL

Página

Santiago Ramón y Cajal 545

TRABAJOS ORIGINALES

El Problema de los Campos Citoarquitectónicos corticales - Dr. A. P. Rodríguez
Pérez 547

RESUMEN DE CONJUNTO

Tratamiento Médico del Hipertiroidismo. - Dr. Tomás Quevedo G. 553

ATENEO DE NEUMOLOGIA

Alergia Respiratoria. - Dr. Elkin Rodríguez 564

Histoplasmosis Pulmonar (Extracto) - Dr. E. A. M. 569

CASUISTICA

Cálculo Biliar en Fístula. - Dr. Jorge Gómez G. 571

EXTRACTOS Y TRADUCCIONES

Tratamiento efectivo de las Transfusiones Sanguíneas incompatibles. 573

ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

Sesión Solemne en honor de la Misión Francesa 573

Presidente Honorario de la V Conferencia de Tuberculosis 574

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

Boletín N° 5 574

Relación entre la Clínica y el Instituto de Anatomía Patológica. 578

ACTIVIDADES DE LA «AMA»

Resolución de la Junta Directiva 579

NOTICIAS

Profesores H. Vicent y Balthazard 580

Ateneo de Neumología 580

Contestación del Dr. Gregorio Marañón al Rector de la Universidad 581

Proposición de la Convención de Gastroenterología de Bucaramanga 581

Programa de la III Convención de Gastroenterología de Bucaramanga 581

GOTA A GOTA

Rinoplastia en don Pedro de Heredia 584

Homus Paganus 585

CLINICA
DE
NEUROCIROGIA Y PSIQUIATRIA

**NEUROLOGIA — NEUROCIROGIA — ELECTROENCE-
FALOGRAFIA — NEURO-RADIOLOGIA — PSIQUIATRIA.**

Ofrece al Cuerpo Médico del País lo relacionado con la
Especialidad, lo Invita a Visitar los Servicios y a Consul-
tar sus Archivos para fines Científicos.

PERSONAL CIENTIFICO:

Dr. Luis C. Posada G.

Dr. E. Bustamante Zuleta

Dr. Gonzalo Restrepo O.

Dr. Roberto Carmona Arango

Dr. Jorge Delgado Martínez

Dr. J. Betancourt Osorio

Dirección: Calle 49 No. 45-53

(Plazuela San José), Medellín, Col. S. A.

SANDOZ — BASILEA

ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO

DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA,
DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN Y
DE LA ASOCIACION MEDICA ANTIOQUEÑA.

VOLUMEN I

— MEDELLIN, JUNIO DE 1951 —

NUMERO 9

EDITORIAL

SANTIAGO RAMON Y CAJAL

En la 1a. quincena de octubre de 1.889, llega a Berlín para asistir al Congreso de Anatómicos alemanes, un español de 37 años.

Había nacido en Petilla de Aragón el 1o. de mayo de 1.842. Decir aragonés es ya decir algo. El secreto de Aragón son sus ríos, su clima y sus tierras. Los ríos angostos, profundos, hundidos en cauces cortados a pico, mansos aquí y allá torrenciales, desplomándose desde altos desniveles. El clima,—en el alto Aragón sobre todo—, inhospito: cierzo frío, aluviones, tempestades, que siegan las incipientes cosechas y dejan yermo lo que ayer fué fértil. La tierra dura, bravía, agreste, donde el arado no entra y el azadón requiere sobrehumanos esfuerzos. Así han crecido los hombres: audaces para hacer útiles los ríos como caminos que habrán de llevar a los bajos remansos las maderas de sus bosques. Duros, curtidos por el viento la lluvia y el sol. Tenaces, tesoneros para la tierra, para cavar hondo y llegar a la entraña fecunda, para después de cada fracaso recomendar la faena nueva e inaugurar una otra sementera.

Tal es el bagaje de Santiago Ramón y Cajal. Era necesaria audacia para el sólo intento de buscar una ruta por entre los enmarañados cauces de las corrientes nerviosas. Dureza para el fracaso de cada instante en la lucha con un ambiente hostil. Teson, voluntad, tenacidad para seguir la ruta, para cavar hondo, para fecundar lo que parecía estéril.

Y, en el Congreso de Berlín, el español, que al principio pasa desapercibido, es pronto reconocido. Los preparados histológicos que Cajal muestra a los sabios del mundo, evidencian la realidad de sus asertos: La célula nerviosa es una unidad anatómica, funcional y genética. Las redes que en compleja encrucijada, eran admitidas hasta entonces en la textura del Sistema Nervioso, no existen. Más tarde, en aquella serie de riachuelos que marchan por caminos imprecisos, Cajal señala un cauce, una ruta,

un sentido. Nace la Ley de la Polarización Dinámica, principio elemental sobre el cual asientan la Patología y la Clínica entera del Sistema Nervioso.

Kölliker, His, Waldeyer, Van Gehuchten, Retzius y tantos otros ilustres maestros, se inclinan ante la gloria creciente de Santiago Ramón y Cajal. Todos los laboratorios de Europa entran en ebullición y en ellos se confirma lo que había sido conseguido en un medio inhospito, en un pobre laboratorio, en lucha abierta contra el clima y las corrientes de la época, sólo por virtud de la tenacidad de un aragonés.

Llueven los honores. La Sociedad de Biología de París le concede el Premio Fauvelle; la Real Sociedad de Londres le designa para pronunciar el Croonian Lecture. La Universidad de Clack, le invita a unas conferencias. En 1.900, recibe el Premio Moscú, concedido por el Congreso Médico Internacional de París. A ello se agrega pronto el Premio Martínez Molina, y seguidamente una de las más altas distinciones científicas del mundo: la Medalla de oro de Helmholtz, otorgada por la Academia Imperial de Ciencias de Berlín. Y, en fin, el año 1.906 el Premio Nobel. La relación sería interminable. Es nombrado Doctor "Honoris Causa" por casi todas las universidades del mundo.

Se ha hablado mucho del genio rudo, adusto de Cajal. Los que hemos convivido con él los últimos años de su vida, no podemos dar testimonio de esta pretendida rudeza. Don Santiago era jovial, dicharachero, comprensivo y sobre todo bondadoso. Es verdad que su voz era áspera, pero ello era engaño de incautos. Don Santiago fué bondad y aliento para todos: para el que venía accidentalmente en busca de una orientación o para los que teníamos la fortuna de tener cuotidianamente el consejo retumbando en el oído.

Sólo los que han luchado mucho, aquellos para quienes cada paso fué un esfuerzo y un ejemplo de voluntad, son capaces de magnanimidad y de tender la mano a los que más tarde siguen una ruta semejante.

De este hombre Cajal,— tesón y bondad—, de este hombre nuestro, se celebra el 10. de mayo de 1.952 el 1er. centenario de su nacimiento. "Antioquia Médica" espera que cada uno cumpla con su deber.

EL PROBLEMA DE LOS CAMPOS CITOARQUITECTONICOS CORTICALES

— COMENTARIOS A UNA CONFERENCIA DE BAILEY —

DR. A. P. RODRIGUEZ PEREZ

Profesor de Histología y Neuroanatomía.
Académico de Número.

La corteza cerebral aparece dividida en dos zonas de distinta significación filogénica, textural y fisiológica. Una es el cerebro más viejo filogenéticamente, el cerebro primitivo o **archi-pallium**. Su constitución no se amolda al plan general de la corteza y recibe el nombre de **Allo-Corteza**. Queda reducida en el hombre y mamíferos superiores, microsmáticos, a la mayor parte de los integrantes de la **gran circunvolución límbica de Broca**, y a la **hojuela de Zuckerkandl**. Está en relación funcional con la actividad olfatoria.

Toda la superficie cortical restante, la mayor en extensión, es filogénicamente más moderna (**neo-pallium**) y se ajusta, en términos generales, a un plan general de constitución en seis capas: es la **iso-corteza**.

Todavía, en la **iso-corteza** misma, existen una serie de variaciones regionales, es decir pequeñas variantes dentro del plan general de modelación en seis capas. Así, en determinadas regiones corticales existe un predominio de granos y

en otros de pirámides caracterizándose así dos variantes extremas entre las cuales existen todos los tipos de gradación posibles.

Economo, redujo a cinco tipos fundamentales la textura de la **iso-corteza** e interesa recordarlos puesto que constituyen la base a la que frecuentemente hemos de referirnos:

- a) **Tipo I. Agranular o gigante-piramidal.** Caracterizado por el predominio de células gigantes de **Betz** en la quinta capa y el poco espesor de las capas granulosas. Como en su textura se separa bastante del tipo general se la designa **corteza heterotípica**.
- b) **Tipo II. Frontal. Corteza homotípica.** Tiene las seis capas clásicas con discreto predominio de pirámides.
- c) **Tipo III. Parietal. Corteza homotípica.** Esta constituida por las seis capas clásicas con discreto predominio de granos.
- d) **Tipo IV. Polar. Homotípico.** Tiene textura semejante al tipo parietal, del que se diferen-

cia por el menor espesor de cada una de sus capas.

- e) Tipo V. **Granular. Koniocorteza.** Corteza heterotípica. Ausencia de pirámides y predominio de granos en todas las capas.

Las dos regiones heterotípicas I y IV corresponden respectivamente a zonas de proyección motora y sensorial.

El estudio de regiones de textura distinta en la corteza cerebral, tiene tanto más interés y, está plenamente justificado por cuanto era de esperar que, zonas de diferente textura, correspondieran a distintas capacidades funcionales; es decir, buscar campos citoarquitectónicos distintos es, según este principio, indagar centros funcionales de la corteza cerebral. Ello fuera totalmente lógico, si efectivamente estuviera en absoluto comprobado en la corteza cerebral, que a zonas de textura citoarquitectónica distinta corresponden funciones diferentes y, al contrario, a zonas de constitución semejante una función pareja. Así, si conocemos que las áreas sensoriales auditivas tienen en la corteza cerebral una imagen granular, de konio-corteza y por otro lado las áreas de percepción visual y táctil muestran un tipo semejante, parecía lógico en principio esperar que, para otras funciones sensoriales, las gustativas por ejemplo, habrían de corresponder igualmente tipos granulados de corteza.

Así, de una manera paciente, **Vogt, Koskinas, Economo y Brodman**, sobre todo, han ido constru-

yendo mapas de la corteza cerebral donde se representan una serie de variaciones regionales. Más, la parcelación había llegado al infinito; no hay ya un milímetro de la superficie cerebral que tuviera texturas semejantes a otras y así la corteza cerebral ha venido a convertirse en un mosaico de órganos de supuesta función independiente.

Sin embargo, dos críticas fundamentales podrían hacerse a esta excesiva delimitación de fronteras cerebrales: en primer lugar que los métodos más frecuentemente utilizados (**Weigert, Nissl**) proporcionan resultados altamente contradictorios, no siendo superponibles las imágenes de uno y otro. Pero, ni aun con el método de **Nissl** solo, cuyos resultados parecen ser más explícitos, eran homologables los resultados obtenidos por los distintos investigadores. En este sentido **Bailey y Bouin** en el año de 1.941 aportaron una prueba decisiva. Estudiaron ambos, conjuntamente, la corteza cerebral del chimpancé en cortes seriados coloreados por el método de **Nissl**. Cada uno, separadamente, dibujó una carta de la corteza así estudiada, es decir con los mismos cortes microscópicos uno y otro y, los resultados, sobre todo en lo que concierne a las regiones parietal, frontal, temporal y centrales inferiores son totalmente dispares. Ante tales discordantes resultados los mismos autores decidieron estudiar el cerebro más simple de **Macaca mulata** con resultados semejantes. Por otra parte **Lashley y Clark** han repetido la experiencia en el cerebro de **A-**

teles también con resultados discordantes. El otro aspecto crítico se refiere a la significación funcional de las distintas parcelas. **Lorente de No** ya llamó la atención sobre el hecho de que más que el pirenoforo de las células, que es lo que el método de **Nissl** revela, para un juicio de la función, lo que interesaría era una tectonia de los territorios sinápticos, una verdadera **sinaptotectomía**, para el desentrañamiento de la cual se requeriría dejar a un lado los métodos de **Wergert** y **Nissl** y recurrir al de **Golgi**, más, en el adulto las imágenes del método de **Golgi** son tan abigarradas cuando la reacción es buena que no consienten en muchos casos una esquematización.

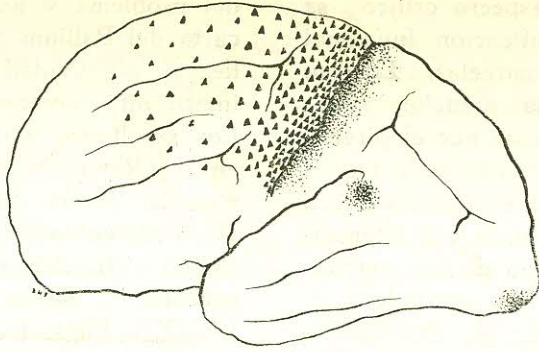
Además, conocido que existen territorios sensoriales de textura no granular como la corteza olfatoria no es absolutamente justo el procedimiento de buscar territorios granulares como sustratum de la función gustativa. Todavía más, la función en el sistema nervioso, más que en cualquiera otro órgano, no es la suma de funciones parciales de un mosaico de órganos independientes, sino precisamente una integración de funciones de territorios en apariencia texturalmente distintos.

Había, como consecuencia, suficientes datos para sentirse excépticos ante la enorme cantidad de aportaciones en torno a la parcelación infinitesimal de la corteza cerebral. En tal estado de cosas hace unos meses, en la inauguración del Curso de Neurología en la Salpêtrière **Percival Bailey** ha hecho una

crítica objetiva del estado actual del problema y ha propuesto una carta del **Pallium** que por su sencillez y objetividad nos ha parecido interesante comentar y divulgar. Los resultados han sido publicados en la **Revue Neurologique**, en el mes de Enero del presente año (**Consideraciones sobre la organización y funciones de la corteza cerebral. Revue Neurologique. LXXXII. Págs. 1 a 80. 1.950**).

En primer lugar, **Bailey** hace un estudio crítico de las aportaciones sobre arquitectonia, refiriéndose expresamente a los datos de **Econommo**, señalando una serie de contradicciones. Un ejemplo afirmará la aserción: dice **Econommo** refiriéndose a la estriación en los lóbulos frontales que es **muy marcada** "hasta el polo del lóbulo frontal". Y, en la pág. 14 él ya había expuesto que no había estriación en el lóbulo frontal, "salvo, puede ser, a nivel del polo frontal". (lo subrayado es nuestro).

El resumen de su estudio crítico puede sintetizarse en las siguientes palabras: "Es necesario admitir que no se gana nada con un parcelamiento sin límites de la corteza como quiere la escuela **Vogt** y que las cartas existentes dan una falsa impresión. La corteza cerebral no es un mosaico de órganos con fronteras limitadas. En 1939 **Winkel** fijó el punto sucintamente escribiendo: "estoy convencido que estas investigaciones están sobre una pista falsa. A mi impresión es imposible determinar áreas corticales cuyo número crece indefinidamente únicamente basándose en su ex-



estructura celular. Junto a ello, es necesario examinar su textura fibrilar, sus relaciones recíprocas y las alteraciones que sufren después de la sección total o parcial de la corona radiada o después de la ablación de otras regiones de la corteza". Se debe ser prudente y no esperar a todo de las revelaciones incompletas que dá el método de Nissl".

Para determinar, exactamente, la importancia en las variaciones de la arquitectura cortical, Bailey ha recurrido a un método, sencillo y de manifiesta objetividad, con cuya ayuda, el autor nos parece que ha contribuído de una manera eficaz y decisiva a este complicado problema. Se toman fotografías, al azar, de cortes seriados de los hemisferios, tomando solo aquellos cortes que están repartidos igualmente en toda la superficie, perpendiculares a la misma y trasversales con relación a un(gyrus). Estas microfotografías, a aumento constante, se pegan sobre cartones y se barajan como si fueran cartas de naipes. Posteriormente se van identificando las áreas y solamente a-

quellas que de una manera constante son reconocidas son utilizadas para la localización de campos.

Basándose en estos datos el autor ha podido reconocer las siguientes variaciones en la estructura de la corteza:

A. Allocortex.

B. Isocortex.

1 — Variantes konicorticales:

- a. estriadas.
- b. supratemporal.
- c. postecentral.

2 — Variantes agranulares:

- a. simples;
- b. gigantopyramidales;
- c. límbica.

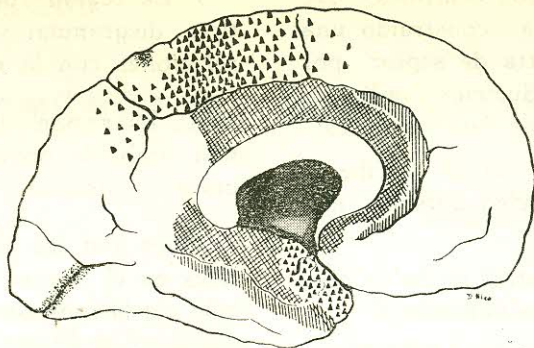
3 — Variantes limítrofes:

- a. juxtallocorticales;
- b. parakonicorticales;
- c. disgranulares.

4 — Variantes regionales "eulaminés":

- a. préoccipitales;
- b. parietales superiores;
- c. temporales inferiores;
- d. frontales inferiores.

Como se observa, la mayor parte de la corteza es la que llama "eulaminada" es decir, lo que co-



responde a la corteza homotípica de seis capas de la clasificación de **Economo**. A partir de la corteza eulaminada surgen dos variantes extremas. Las coniocorticales, correspondientes a los tipos del mismo nombre de **Economo** y, en otro sentido, las agranulares o gigante piramidales. Donde quiera que una región típica, eulaminada está próxima a una región de coniocorteza, de corteza granulosa o de allocorteza surgen una serie de pequeñas variantes regionales que paulatinamente van haciendo la modificación textural en tal sentido.

Para la representación cortical de estas distintas regiones, el autor estima imposible hacerlo solamente con distintos trazos en blanco y negro y para evitar esta dificultad construye una carta en colores, en la que cada color representa una estructura característica definida. Mezclando los colores se va gradualmente pasando del rojo al azul como en la escala del espectro. La allocorteza es representada en azul y en rojo la coniocorteza. La isocorteza eulaminada apa-

rece rosada. En amarillo se representa la zona agranular y las regiones limitrofes en los correspondientes colores resultantes de las mezclas.

Hemos tenido algunas dificultades para la reproducción en colores de las láminas originales de Bailey pero estimamos que es posible una reproducción en blanco y negro, como va en las cartas adjuntas, en la forma siguiente: La corteza eulaminada aparece en blanco. El tipo de coniocorteza granulosa con un fino punteado denso. El tipo agranular, la corteza motora con dibujos de pirámides densamente colocadas. La allocorteza en doble rayado denso. Las regiones limitrofes a la coniocorteza se representa en débil punteado, las zonas disgranulares con débiles pirámides y las yuxta-allocorticales en rayados sencillos. De esta forma ciertamente escapan algunos detalles que no son sustanciales en la localización de la corteza.

Como **Winkler** preconizó, los resultados de los estudios citoarquitectónicos deben ser controlados por el conocimiento de sus relacio-

nes con los núcleos centrales. De esta forma se ha construido una carta, llamada **carta de septor** por **Boin** que reproducimos adjunto. Las conexiones son las siguientes:

1. La región frontal recibe la proyección del núcleo dorsalis medialis.

2. La región central recibe la proyección del núcleo ventral.

3. La región límbica la del núcleo anterior.

4. La región parietal recibe la proyección del pulvinar y del núcleo lateral posterior.

5. La región occipital la del cuerpo geniculado lateral.

6. La región supratemporal la del núcleo geniculado medio.

7. La región temporal carece de conexiones talámicas.

8. La región del hipocampo y del lóbulo piriforme con conexiones olfatorias.

9. La región perifalciforme, de tipo disgranular y de importantes relaciones con la respiración.

10. La región del operculo con una probable proyección de sensaciones gustativas.

Tales son los hechos fundamentales en el terreno de la organización de la corteza cerebral que ha expuesto el Profesor **Bailey** de la Universidad de **Illinois**. Algunas otras consideraciones se agregan en el terreno funcional, pero nosotros limitamos a éstas relaciones estructurales el contenido de nuestras aportaciones.

No es necesario insistir en el interés de los hechos: Por su sencillez y por la objetividad de la crítica nos ha parecido conveniente una divulgación de los conceptos.

Septiembre, 1950.

TRATAMIENTO DEL HIPERTIROIDISMO (*)

DR. TOMAS QUEVEDO G.
Académico Correspondiente.

Trataré de resumir lo más posible los tratamientos usados actualmente para el hipertiroidismo, sus indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas. No se conoce el mecanismo íntimo de la disfunción neuroendocrina y por consiguiente no existe un tratamiento etiológico. El tratamiento ideal no se ha encontrado, el más cercano a éste sigue siendo la tiroidectomía subtotal, aunque en principio es anti-fisiológica como toda amputación. Las drogas usadas solo tienden a disminuir el exceso de producción de la hormona tiroidea. Se subentiende que hablaré del tratamiento médico del bocio difuso tóxico, ya que el adenoma nodular tóxico siempre debe ser tratado quirúrgicamente, entre otras razones por el peligro de degeneración neoplásica. Mencionaré primero el tratamiento general, luego el tratamiento anti-tiroideo propiamente dicho y las drogas usadas: el hipertiroidismo complicado; la tirotoxicosis aguda y el exoftalmos.

Tratamiento general.

Debe éste comprender varios factores:

1o. **Reposo.** Sólo en casos graves es necesario el reposo completo en cama y en general sólo se requiere limitación del ejercicio sin supresión completa de éste para evitar las atrofias musculares, y reposo mental.

2o. **Sedación.** En un 50% de los casos es necesario utilizar sedantes durante el tratamiento médico, y en todos antes de la cirugía. Los indicados son barbitúricos y bromuros.

3o. **Dieta.** La dieta debe contar 4.000 a 4.500 calorías, con 500 a 600 gms., de hidratos de carbono, 80 gms. de proteínas y 200 gms. de grasas.

4o. **Vitaminas.** El complejo D debe usarse siempre y las vitaminas A y C en caso de deficiencia manifiesta.

5o. **Simpaticolíticos** como coadyuvantes. Se usan la ergotina, el gýnergeno la dihidroergotamina, el bellergal.

6o. **Calcio.** La eliminación del calcio aumenta por lo menos un 200%, y descienden los depósitos orgánicos, cuando el metabolismo pasa de más de 20 y debe entonces suministrarse éste en forma de gluconato o de lactato 3 gmos. por día.

(+) Ponencia en el Simposium sobre Hipertiroidismo en la Academia de Medicina. Mayo de 1951.

7o. Mejorar la función hepática con colina, metionina, complejo B., extracto hepático crudo y en casos especiales con Amigen.

8o. Hormonas. Los estrógenos tienen una acción frenadora sobre la tiroides y la hipófisis y en los casos de menopausia una acción de suplencia. La desoxicorticosterona está indicada pues siempre existe simultáneamente una insuficiencia suprarrenal especialmente marcada en los casos intensos de hipertiroidismo. Cuando existe inapetencia y trastornos musculares la testosterona mejora bastante éstos.

9o. Psicoterapia. Conrad afirma que en el 90% de los hipertiroideos existen antecedentes de traumatismo psíquico anterior o simultáneo a la aparición de la enfermedad y que por consiguiente en estos enfermos es necesario un tratamiento psicoterápico para acentuar la independencia de la personalidad que ella cree comprometida por perturbaciones en la relación madre-hijo y por tendencias afectivas previas.

Tratamiento antitiroidiano.

No está ya justificado el uso de medicamentos que se aplicaron antes: electroterapia, eserina, inyecciones de agua caliente, leche de cabras tireoprivas, quinina, digital, antisueros (antitiroidina etc.), tiroglobulina, aminotiazol, thiourea, thiouracilo. Los tratamientos actuales se reducen a: yodo, thiopreparados, radium, roentogénterapia, yodo radioactivo, colina, y A. C. T. H.

Usado en 1.863 por Trousseau equivocadamente en lugar de digital, fue introducido definitivamente en la terapéutica del hipertiroidismo por Plummer de la clínica Mayo.

Sobre su mecanismo de acción existen varias teorías. Marine dice que la acumulación grande de coloide en los folículos impide el paso de éste a la circulación. Mosser, que la producción hormonal disminuye por la compresión del coloide sobre las células. Satler y Lerman que el yodo desvía la reacción reversible mediante la cual se forma la hormona. Robertis que el yodo actúa sobre la enzima proteolítica e inhibe la hidrólisis y el paso de la hormona a la circulación. McGavack que inhibe la producción y acción de la hormona tireotropa hipófisiaria.

El yodo no es un agente potente su efecto es temporal, raramente permanente y por consiguiente falla como tratamiento exclusivo en los casos severos; sólo debe intentarse pues, solo, en los casos benignos. Hay que tener en cuenta que el yodo no impide los aumentos espontáneos de la enfermedad y que sólo trastorna el paso de la hormona a la sangre sin perturbar los mecanismos patogénicos.

Indicaciones. En las recurrencias posoperatorias. Cuando existe intolerancia a los thiopreparados. En la preoperatoria, sea sólo, o mejor asociado a éstos o a la sulfadiazina (8 gms. en las últimas 48 horas). En la posoperatoria en los casos de

intolerancia de los thiopreparados y para evitar la hiperplasia compensadora. En la tirotoxicosis aguda. Durante el embarazo por su menor peligro. En el exoftalmos maligno y en el aumento de éste después de cualquiera de los otros tratamientos.

Preparados y dosificación. La dosis mínima de yodo es de 6 mg. por día y el exceso no lo utiliza la glándula. Se usa el lugol de la farmacopea argentina (yodo metaloide 1 gm. yoduro de sodio 2 gms. agua hervida 20 gms.) del cual una gota equivale a 6 mg., y se acostumbra 5 gotas dos veces por día. También el yoduro de sodio en solución saturada, 5 gotas dos veces por día, y la diyodotiroxina que es un compuesto orgánico no hormonal del tiroides y que actúa sólo por el yodo que contiene, en comprimidos de 0.10 gms., 1 o 2 por día. En los casos benignos puede intentarse como tratamiento exclusivo dándolo por seis meses, chequeando el metabolismo mensualmente, suspendiendo la medicación al aparecer los síntomas y luego haciendo control cada tres o cuatro meses. Si se suspende antes de que los síntomas sean controlados puede sobrevenir una crisis de tirotoxicosis aguda. Algunos acostumbran dar el yodo unido a los thiopreparados comenzando en el momento en que el M. B., descienda a más 20 suministrando una gota diaria por dos meses, y después de suspender los thiode rivados una gota día por medio por tres meses.

Resultados: Los fracasos se presentan en un 50% de los casos, es-

pecialmente cuando el M.B., pasa de más 30; en los viejos en especial los con disturbios cardíacos; en los niños; y en los cotos nodulares tóxicos.

Los efectos del yodo se pueden apreciar desde las primeras 24 horas en especial en el bocio difuso tóxico. Se manifiesta su acción en: mejoría de los síntomas tiroideos: aumento de la consistencia de la glándula, desaparición de la hipertrofia epitelial, borramiento de las papilas, gránulos y vacuolas; aumento del coloide y dilatación de los folículos.

Cuando se da por tiempo prolongado aumenta el tejido fibroconjuntivo. Mejoría de los síntomas metabólicos: Desciende el M. B. $3\frac{1}{2}\%$ por día. En 3.5 a 5% de los casos el M. B., no se modifica. Mejoran: la sensación de calor, la tolerancia a los hidratos de carbono, el peso, la taquicardia, el dermatografismo, el temblor y los síntomas nerviosos, las diarreas y los vómitos. Mejora poco la exoftalmía. Disminuyen el yodo orgánico sanguíneo, la leucocitosis y la monocitosis.

Intolerancia es en general independiente de la dosis y se debe más a idiosincrasia y en casos de sobredosis a yodismo. El yodo-Basedow es negado por algunos y otros sostienen que se requiere un potencial especial de la glándula para producir hormona, el cual es estimulado por el yodo.

Drogas antitiroideas.

Descubiertas en 1.928, usada la thiourea por primera vez en 1.942

por Astwood. Posteriormente se ha usado: aminotiazol, dietil, tretametil, alil y etil thiourea; ácido dietilbarbitúrico; metil, propil e isobutil thiouracilo; mercaptoimidazole y metilmercaptoimidazole (tapazole).

La acción de estas drogas es triple: 1o. impiden que el yodo inorgánico se incorpore a la tirosina, con lo cual resulta imposible la síntesis de la tiroxina y de la diyodotiroxina, 2o. tienen una acción extratiroidea de neutralización de la hormona circulante, de poca intensidad, lo que explica porqué su acción es lenta (3 semanas) cuando se ha dado yodo previo. 3o. Actúan sobre las relaciones interglandulares rompiendo el ciclo.

Producen hiperplasia glandular, desaparición del coloide, aumento de los folículos, las papilas y la vascularización. La hiperplasia se debe a la falta de inhibición de la hipófisis por la tiroxina y se puede evitar dando simultáneamente tiroxina.

La absorción es rápida por el tubo digestivo (15 a 30 minutos máximo), la concentración efectiva llega a su máximo en cuatro a seis horas, desaparecen en 48 horas por eliminación urinaria e inactivación en la luz intestinal por acción bacteriana.

No son como se creyó al principio la panacea para todos los casos de hipertiroidismo y por consiguiente no reemplazan a los otros tratamientos. Sólo puede afirmarse que sirvieron como tratamiento curativo cuando después de administrarlos por un período de seis meses a un año y suspenderlos, no vienen recaídas.

Ventajas: evitan la operación. Curan radicalmente los casos leves. Dan buenos resultados en el hipertiroidismo de la adolescencia. Son útiles cuando existen riesgos operatorios grandes o hay otras afecciones concomitantes. Pueden usarse cuando haya intolerancia al yodo.

Desventajas: es un tratamiento prolongado que requiere vigilancia estricta. En un 15% de los casos hay recaídas. Producen reacciones tóxicas en ocasiones graves.

Indicaciones: casos de hipertiroidismo grave con hipertrofia cardíaca consecutiva. Embarazo, aun cuando es preferible el yodo y si se usan debe aumentarse la vigilancia y si se continúan después del parto debe prohibirse la lactancia. Enfermos de edad avanzada en los cuales sin embargo es más cómodo el yodo radioactivo. En enfermos con afecciones cardiovasculares no tiroideas (hipertensión, miocarditis, arterioesclerosis). En intolerantes al yodo. En enfermos que rehusan operación. En tuberculosos. En recurrencias después de cirugía. En enfermos tratados con largos o malos tratamientos de rayos X que no pueden ser ya operados. En pacientes que tienen sobrevida corta.

Contraindicaciones. Adenoma nodular tóxico. Compresión de las vías aéreas superiores. Polo superior retrolaringeo. Coto intratorácico con hipertiroidismo. Exoftalmia pronunciada. Predominancia de síntomas cardíacos. Cotos difusos de gran tamaño. Intolerancia. Imposibilidad de control de glóbulos blancos. Reacción inflamatoria amigda-

liana. Nefritis. Insuficiencia hepática marcada. Cuando se ha estado dando yodo pues se demora su acción.

Dosis como tratamiento exclusivo. Actualmente no deben ser usados ni la thiourea (2 gms.) ni el thiouracilo (0.40 gms.). Sólo deben usarse el propilthiouracilo, el metilthiouracilo, el mercaptoimidazole y el tapazole, que son productos de muy poca toxicidad y que pueden darse en dosis mucho menores.

Propilthiouracilo. Como tratamiento exclusivo. Unos aconsejan en cuatro dosis día y noche, otros en dos dosis (8 a. m. 8 p. m.), 200, 300 o 400 mg. día por 7 días: 300 mg. por 7 días más: ocho semanas más 250 mg. Sostenimiento por seis meses mínimo 50 a 150 mg. día. Chequeo previo de leucocitos y luego cada dos o tres semanas. Si después de doce semanas de suspender la medicación, reaparecen los síntomas se reinicia el tratamiento o se recurre a la cirugía.

En caso de darlo asociado con yodo hay que tener en cuenta que la concentración óptica del propil en la sangre, dura cuatro horas y durante este tiempo debe darse el yodo para evitar el escape y la recrudencia de síntomas.

Cuando después de tres meses los síntomas y el M. B. no han mejorado debe recurrirse al metilthiouracilo o a la cirugía.

Metilthiouracilo. Tiene acción más potente y más completa y es un poco más tóxico. Dosificación: 7 días 500 mgs. día. 9 semanas más,

400 mgs. día: Dosis de sostenimiento 50 a 200 mgs. por 6 meses a un año.

Mercaptoimidazole. Diez primeras semanas 100 mgs. día. Dosis de sostenimiento 10 a 30 mgs.

Metilmercaptoimidazole (tapazole). Primeras 10 semanas 15 mgs. Dosis de sostén 4 a 10 mgs.

En preoperatoria pueden estos productos usarse solos o mejor en asocio del yodo. Thiopreparados por dos o tres semanas y yodo por 10 días a 2 semanas hasta que la sintomatología rebaje y la glándula esté en óptimas circunstancias.

El tratamiento puede hacerse en la mayoría de los casos ambulatoriamente. El M. B. baja ordinariamente 1% por día, los efectos se observan entre la primera y segunda semanas desde que no haya yodo previo. En ocasiones hay una respuesta disociada en que mejoran todos los síntomas pero el M. B. no baja. Otras veces hay un aumento corto y momentáneo del M. B. al iniciarse el tratamiento. El exoftalmos aumenta en un determinado número de casos.

El 85% de los casos de los tratados se curan, un 10% recaen y en un 5% hay fracaso. El 10% que recae lo hace aproximadamente después de suspendido el tratamiento, debe entonces recurrirse a cirugía repetir el tratamiento o cambiar la droga según el caso. En cirugía bien practicada las recurrencias oscilan entre el 1 y el 19%.

Toxicidad. Los síntomas tóxicos son mayores siempre en la 2a. serie y menores con los últimos prepara-

dos comerciales. Consisten en: Agranulocitosis. Más frecuentes (2%) cuando se usaba thiuracilo (con 0.5% de mortalidad), a veces precoz (3 o 4 días) a veces tardías (un año) la mayoría entre 1a. 2a. y 8a. semana. Con los nuevos productos es supremamente rara (0.7%) y algunos no la han visto. Puede prevenirse con: pentanucleótidos, levadura de cerveza, piridoxina, vitamina C., ácido fólico, extracto hepático crudo, complejo B. Debe tratarse con: penicilina, pentacluneotidos, transfusiones sanguíneas grandes. Leucopenia que aparece principalmente en las cuatro primeras semanas. Fiebre. Reacciones cutáneas. Edemas. Tumefacciones salivares (Miculiez). Adenopatías. Artralgias. Náuseas. Vómitos. Diarreas. Insuficiencia hepática (debe hacerse previamente pruebas hepáticas). Trastornos renales (hematuria, cristaluria, que se previenen con alcalinos). Trastornos nerviosos.

Como dije anteriormente los nuevos productos son cinco a diez veces menos tóxicos que el thiouracilo y sólo en un 3% de los enfermos es necesario suspender el tratamiento, en 2.3% aparecen reacciones tóxicas (0.5% graves). Cuando se presenta intolerancia por una droga puede ésta cambiarse por otro de los thiopreparados.

Yodo radioactivo.

Fue usado por primera vez en 1.941 por Hertz, Roberts y Chapman (Boston) y Hamilton y Soly (San Francisco). Primitivamente

se usaba una mezcla de isotopos (I 130 y I 131). El primero se abandonó porque sólo se conservaba radioactivo por 12.16 horas, mientras que el segundo se conserva ocho días y es así posible transportarlo a cualquier parte del mundo. Se prepara en ciclotrones por bombardeos nucleares de telurium metálico. Actualmente se está experimentado con el I 132 cuya duración es de 2.4 horas, cuyos efectos secundarios son pocos y de corta duración puesto que desaparece 24 horas después, y parece puede reemplazar efectivamente a los anteriores.

Su acción se reduce a irradiación interna por rayos beta de la glándula, debido a la facilidad que tiene el tiroides con hiperfuncionamiento para retener el yodo. La glándula retiene el 50% del yodo radioactivo, el resto se elimina por la orina y cantidades mínimas se fijan en otros tejidos. Estudios experimentales en ratas demuestran que 500 mc. destruyen totalmente la glándula, 250 mc. producen una destrucción relativa, 100 mc. producen un daño grande pero persisten partes poco afectadas que sin embargo raramente vuelven a formar coloide. Aparecen en los acinos células bizarras. Las paratiroides también se afectan notablemente.

Ventajas. La mayor proporción es fijada en el tiroides. No afecta otros órganos casi nunca. Selectivamente se localiza en las regiones más hiperplasiadas. Es fácil de aplicar. Bajo precio. Porcentaje más alto de curaciones. Menor aumen-

to de exoftalmos. Sirve para carcinomas tiroideos con metatasis. Recaídas más demoradas. Mortalidad prácticamente nula.

Desventajas. Dificultad de preparación. No claramente establecidas indicaciones ni contraindicaciones. Duración corta del producto. Dosisificación compleja. Produce en algunos casos fenómenos de irradiación secundaria, especialmente cuando la dosis ha sido alta y en cáncer con metatasis múltiple (en este caso con muertes entre las 24 y 120 horas). No se conoce perfectamente el peligro de carcinogénesis y su acción sobre gonadas, medula y riñón, aun cuando no se ha podido poner en evidencia en pacientes con metatasis de cáncer tiroideo lesiones del riñón con exámenes de sedimento, test de urea de Van Slyke, test de concentración de Addis y Shevky y recuento de Addis a pesar de dosis entre 4 y 360 mc. de I 131. Debe ser suministrado por personal entrenado. Necesita precauciones especiales para proteger de las irradiaciones a los que lo manipulan. La orina debe recogerse en recipientes especiales y mantenerse protegida durante tres o cuatro días mientras la radioactividad se hace mínima. Problemas biológicos, psicológicos y médico legales pueden presentarse a pacientes y médicos ya que el mixedema es frecuente.

Indicaciones. En casos de recurrencia. En casos complicados con otra afección. Cuando ha fallado otro tratamiento. Cuando hay intolerancia a los thiopreparados. En pacientes que rehusan operación. En

viejos. En cáncer tiroidiano con hipertiroidismo. En caso de hipertiroidismo con hiperplasia difusa.

No está indicado. En adenoma tóxico pues es poco efectivo. En hipertiroidismo no complicado en personas jóvenes por su posible acción sobre las gonadas y la medula, y su posible acción carcinogénica. Cuando se ha dado previamente yodo, se ha untado éste en la piel, o se han tomado broncofráficas, colecistografías, o urografías, en cuyo caso hay que posponer su uso por un tiempo que varía entre tres semanas y un año. Cuando se ha dado thiopreparados en que hay que dejar pasar no menos de 24 horas para que el yodo radioactivo se fije en la glándula.

Técnica y dosis. Las dosis no están en la actualidad claramente definidas, cantidades entre 0.05 Mc. por gramo de tiroides son usualmente efectivas. Algunos (Hertz y Roberts) acostumbra una sola dosis y luego suministran yodo común por 6 a 8 semanas. Otros (Chapman y Evans) dosis más altas sin yodo posteriormente. Otros (Soley) aconsejan dosis pequeñas repetidas toda vez que sean necesarias. Cada 10 mc. contienen 0.008 gamas de yodo (0.000.008 mg.).

Como dije anteriormente la dosis se determina de acuerdo con el peso de la glándula y éste se calcula por el tamaño (150 mc. por cada 131 gms. de tiroides). Cuando se usan más de 150 mc. el mixedema es muy frecuente, y cuando se usan menos se requiere generalmente una segunda dosis. La dosis se suministra por vía oral, la cantidad necesi-

ria disuelta en 30 c.c. de agua y encima se suministra más agua para enjuagar el vaso y arrastrar lo que se haya quedado en las vías digestivas altas.

Los efectos. Son notorios en la primera semana y el máximo a las siete u ocho semanas pero puede ser operante hasta tres o cuatro meses. Pasados ordinariamente dos meses si el M. B. no es normal y persisten los síntomas se suministra una segunda dosis acorde con la primera.

Los resultados son bastantes buenos. El 88% se conserva curado hasta hoy. Los fracasos se deben generalmente a la falta de retención del yodo lo que ocurre principalmente en los casos de exoftalmos maligno.

Los peligros se reducen al mixe-dema.

Radium y Radioterapia.

Estos tratamientos han perdido mucho de su antiguo auge y su uso está limitado a casos muy determinados, siendo sus resultados menos satisfactorios que con los tratamientos anteriormente enumerados.

El **radium** es poco usado y generalmente sólo en casos de cáncer con hipertiroidismo que son muy escasos. Se aplican collares a 2 o 3 cm. de la piel con tubos de 5,10 o 15 mg. y filtro de 1 a 1.05 m.m. Se aplica de 1.000 a 2.000 mg. hora por lóbulo, cuando es preoperatorio y 2.000 a 2.500 mg. por 7 a 10 días cuando se usa solo.

Rayos X. Indicaciones. Sólo para coto difuso. Como preoperatorio

en casos de intolerancia a drogas. Cuando haya intolerancia a los thio-preparados y el yodo no sea suficiente. Como paliativo en los viejos. En unión del yodo o de los thio-preparados en casos seleccionados de hipertiroidismo residual o recurrente. Cuando el enfermo rechaza la cirugía o las drogas. Para evitar la hiperplasia excesiva de otros tratamientos.

No está indicado en el adenoma tóxico nodular.

Dosis se usan 250 Kv. mínimo y 2.000 r. a 40 cm. de distancia con filtros de 0.05 m.m. dosis diarias o interdiarias o cada cuatro días de 200 r. por lóbulo. Algunos afirman que estas dosis son inoperantes y que las que podían prestar beneficio (800r.) destruyen la piel.

Los resultados son pocos satisfactorios pues son efectivos en solo 50% de los casos de cotos difusos y solo cura el 30% de ellos.

Colina.

Ultimamente se ha afirmado que una dosis de 2 gms. diarios de colina es suficiente para traer en unas dos semanas una remisión de los síntomas con baja del M. B. Este tratamiento tendría la ventaja sobre los anteriores de su nula toxicidad. No he logrado tener estadísticas en cuanto la efectividad del tratamiento.

A. C. T. H.

Actualmente se ha ensayado el tratamiento con A. C. T. H. especialmente en crisis agudas el cual

parece hacer descender el M. B. y disminuir el exoftalmos. Es un tratamiento que está en fase experimental.

Hipertiroidismo en niños.

Son éstos más reacios al tratamiento médico y no debe usarse en ellos el yodo radioactivo. Toleran muy bien la cirugía, salvo que forman más fácilmente queloides. Tienen muy pocas recaídas.

Hipertiroidismo en viejos.

En estos la mortalidad operatoria que generalmente es de 0.22% (Crile), se sube al 21% y terminan por neumonía, coma y delirio, y por consiguiente debe usarse de preferencia los thiopreparados o el yodo radioactivo.

Hipertiroidismo complicado

En los casos de **Corazón hipertiroideo** el tratamiento debe dirigirse teniendo en cuenta las complicaciones: angina de pecho, fibrilación auricular, flutter (la quinidina sola no es efectiva); insuficiencia cardíaca congestiva, en estos casos la digital obra muy poco, e inclusive se ha afirmado que lo que anteriormente se llamaba insuficiencias cardíacas irreversibles de pulso rápido se deben a fenómenos de hipertiroidismo y esto lo comprueba aun más el hecho de que mejoraban con la tiroidectomía subtotal o thiopreparados. El tratamiento del corazón hipertiroideo se confunde pues con el del hipertiroidismo mismo.

En la **Psicopatías** fuera del tratamiento del hipertiroidismo es necesario también un tratamiento psiquiátrico.

En la **diabetes** el régimen alimenticio debe tener las calorías basales necesarias para un diabético común, más porcentaje correspondiente al exceso metabólico, debe a éstos sumarse el 50% del total de éstos dos valores para llenar los gastos de la actividad muscular, más mil calorías por el mayor desgaste. La insulina debe darse en las dosis necesarias.

Tirotoxicosis aguda.

Estas crisis deben ser tratadas con: tienda de oxígeno: yodo intravenoso (20 c.c. de yoduro de sodio al 5%, o 30 gotas de lugol en 1000 c.c. de suero): glucosa hipertónica; sedación (barbitúricos o pentotal) digital en caso de fallo cardíaco: desoxicorticosterona; A. C. T. H. y transfusiones sanguíneas grandes.

Exoftalmos

Actualmente hay la tendencia a diferenciar dos tipos de exoftalmos: los de origen tiroidiano y los tireotropos de origen hipofisiario por falta de inhibición de la hormona tiroidiana sobre la hipófisis. En éstos tendría factor importante la insuficiencia suprarrenal ya que la acción de la tirotoxina sobre la hipófisis se hace por medio de esta glándula.

El exoftalmos aumenta en el 50 al 66% de los casos tratados por cirugía como en el 30% tratados

con yodo radioactivo, en 20% tratados con rayos X y en el 10% tratados con los thiopreparados. Es importante desde el punto de vista pronóstico hacer el diagnóstico diferencial entre las dos clases de exoftalmo el cual es posible mediante determinados signos, pero bastante difícil.

Se han usado infinidad de tratamientos, ninguno de los cuales da resultados apreciables: yodo, polvo de tiroides, tiroxina, acetilcolina, cloruro de sodio hipertónico, dieta hiporclorurada, diuréticos mercuriales, posiciones especiales de la cabeza, irradiación del timo, de la hipófisis y de la órbita, simpactomía cervical, hormona folicular. El A. C. T. H. parece haber dado ahora últimamente buenos resultados, se explica su acción porque mejora la insuficiencia suprarrenal y al mejorar el catabolismo de las células del mesenquima disminuye su edema, y es éste edema de la órbita uno de los factores que más influyen en el mecanismo de producción del exoftalmos. Al mejorar la insuficiencia suprarrenal permite que la tiroxina inhiba la acción de la hormona tireotropa de la hipófisis. Las operaciones descomprensivas de la órbita son el único y último recurso al que hay que acudir.

Como dato curioso puede anotarse que en casos en que ha sido necesarias lapartomías, la exoftalmia ha mejorado después de éstas.

Resumen

Creo que la clasificación de Criele respecto a indicación del trata-

miento es bastante buena. El clasifica en cuatro grupos:

1er. Grupo: deben ser tratados médicamente por un año y controlarlos si hay remisión prolongada:

- a) cotos pequeños con hipertiroidismo.
- b) los que rehusan operación.

2o. Grupo: deben ser preparados con thioderivados para operar:

- a) cotos difusos grandes con hipertiroidismo.
- b) cotos que aumenten de tamaño con el tratamiento médico.
- c) cotos nodulares de gran tamaño.
- d) pacientes que desarrollan hipertiroidismo en los embarazos.
- e) viejos, con pocos riesgos operatorios y que prefieren la cirugía.

3er. Grupo: pacientes que deben ser preparados con yodo para operar:

- a) jóvenes sin peligro operatorio con cotos difusos que prefieren la cirugía a una improbable cura médica.
- b) cotos nodulares con poco hipertiroidismo.
- c) intolerantes a los thiopreparados.

4o. Grupo: pacientes en quienes la operación está contraindicada y deben ser tratados indefinidamente por medios médicos:

- a) viejos.
- b) pacientes en los que se esperan sobrevida corta.
- c. hipertiroidismos recurrentes en los cuales la técnica operatoria sea difícil.

- American Practitioner.** The Medical grands Rounde Mass. Gen. Hospital. Hyperophthalmopathic Graves'Disease. Vol. 1. 519 Mayo de 1.950.
- Beckman.** Year Book of Drug Therapy. The year Book Publishers Chicago 1.950
- Bartels Eimer.** Present Day treatment of hyperthyroidism. Medical Clinics of N. A. 535 Marzo de 1.950.
- Conn.** Current. Terapy. Saunders Philadelphia. 1.951.
- Cornell. Conferences on Therapy.** Hyperthyroidism. The Mc Millen Co. N. Y. Vol. 4 1.951.
- Crile.** Practical Aspects of Thyroid Diseases. Saunders Co. Ph. 1.949.
- Cantarow and Trumper.** Clinical Biochemistry. Saunders, Ph. 1.950.
- Chapman and Evans.** Treatment of toxic goiters whith radioactive iodine. Medical Clinics of N. A. 1.211. Sept. de 1.949.
- Dassen Rodolfo.** Para qué sirve el thiouracilo y sus derivados afines en el tratamiento del hipertiroidismo?. Prensa médica Argentina. Vol. 35 No. 43. 2.041. Oct. 1.948.
- Edelman A.** Simposium on radio biolgy. Nucleonics. Vol. 8 No. 4 31 Abril. 1.951.
- Goldstein J.** Hypoprothrombinemia in Hyperthyroidism. Medical Clinics of N. A., 615. Marzo 1.951.
- Harrison.** Principles of internal medicine. Blakinston Co. Toronto. 1.950.
- Kyser.** Therapeutics in internal medicine. Nelson N. Y. 1.950.
- Kaplan.** Radiation therapy. Hoeber. 1.949.
- Mc. Gavack,** Hyperthyroidism. Ticcá. Prior Co. 1.950.
- Pascualini Rodolfo.** Terapéutica clínica. T. VI. Ateneo. B. Aires. 1947.
- Pfeiffer.** Thyrotropic exophthalmos. Year book of eye, ear, nose and throat. 1.950.
- Ryan S. H.** Thyroidectomy and Thyrotropic exophthalmos. Review of 1.001 thyroidectomies. Year Book of eye, ear, nose and throat, 1.950.
- Schaposnik.** Progresos en medicina interna durante el año 1.948. Prensa médica Argentina. Vol. 36. 81. Enero 1.949.
- Selye Hans.** Stress. Acta Inc. Medical Publishers. Montreal 1.950.
- Trippel-Sheline-Moe-Clark,** Clinical application of radioactive iodine in diseases f the thyroid. Medical clinica of N. A., 37. Enero 1.951.
- The Merck manual.** Merck Co. Rahway N. J. 8a. Ed. 1.950.
- Waiss E.** Medicina psicosomática. López y Etchegoyen B. Aires 1949.
- Winsche-Stane y Tucker.** Production of Iodine 132. Nucleonics. Vol. 8 No. 15 Marzo 1.951.

ALERGIA RESPIRATORIA (*)

DR. ELKIN RODRIGUEZ

Profesor de Clínica Semiológica.
Académico de Número.

Al neumólogo de mediados del siglo XX en su ya dispendiosa tarea medico-quirúrgica se le ha abierto un nuevo campo. Se trata del problema de la alergia, que viene como un eslabón a estructurar un sin número de conceptos desarticulados e incoherentes, que deambulaban por la patología respiratoria. Sin ser alergista propiamente dicho, el neumólogo está obligado a entender este complejo problema ya que de otro modo su práctica adolecerá de grandes lagunas y en muchos casos el paciente quedará defraudado de sus servicios. No hay que ser pues alergista, ni necesitamos de todo su arsenal, para darnos cuenta de la patología respiratoria y de las múltiples modalidades que el factor alergia imprime al síndrome. Es común denominador que debemos reconocer para evitarnos muchos errores en el diagnóstico de las neumopatías. Queremos en este Ateneo echar una visión panorámica sobre el hecho específico de la alergia respiratoria, no considerando el problema segmentario, sino a la ligera. Es nuestro ánimo definir el clima patológico que la alergia crea en el aparato respiratorio.

La reacción catarral respiratoria, es a su vez, el común denominador en todas las manifestaciones patológicas de los diferentes segmentos del aparato respiratorio. Mc Callum considera esta respuesta como la más elemental, la que a su vez es secundada por la respuesta inflamatoria en sus diferentes grados.

La reacción catarral se caracteriza por tres modalidades que son: la reacción mucosa, la reacción vascular y la reacción motora. Esta última solo aparece en el segmento respiratoria que posee músculos. La respiratoria que posee músculos. La actividad aumentada de las glándulas bajo la influencia del sistema neurovegetativo. Se traduce clínicamente por la secreción más o menos fluida de acuerdo con el segmento donde se origine.

La reacción vascular con su edema e hiperhemia es característica y resiste diferentes grados de acuerdo con la agresión hasta llegar a producir las vegetaciones nasales. En este exudado han encontrado Kahn y Stout algunos caracteres que las identifican con su etiología. Es la eosinofilia que cuando pasa de un 40% permite ha-

(+) Sección a cargo del Instituto del Tórax. Medellín.

blar de la sensibilización a determinadas sustancias. La reacción motora tiene dos fases la de contracción y la de hipertono. Mediante la primera se produce el espasmo del bronquio que de acuerdo con su intensidad llega a producir en los estados agudos catarrales accesos asmáticos. La reacción hipertónica produce la tos espasmódica con su consecutiva asfixia.

Las características de la reacción inflamatoria son de infiltración en el peribronquio con su consecutiva bronquitis crónica. Lo mismo ocurre en la nariz donde aparece una reacción de supuración muy diferente del simple catarro. Estas dos modalidades de reacción cuando se suman producen alteraciones de todo el árbol respiratorio. Así el coriza se transforma en catarro habitual descendente o en la bronquitis de repetición con su reacción asmática y por último el enfisema que es cuando se han fundido todas las estructuras y se llega al pulmón fibroso.

La reacción catarral está condicionada por una manera especial de responder a diferentes agresiones entre las cuales tenemos motivos locales, generales, influencias del medio e influencias alérgicas. Como nuestra finalidad es la alergia pasaremos por alto las demás. Estudiando los catarros primaverales en Inglaterra fue como se obtuvieron los primeros datos sobre la influencia del pólen en su producción. Del pólen se pasó a otras sustancias animales, alimentos, etc., con las cuales se demostró que se podía producir el mismo catarro.

Widal estudió el polvo de las habitaciones y Leewen estudió la influencia de los climas. Fue cuando Lermovez distinguió el coriza periódico del aperiódico con caracteres muy diferentes en cuanto a iniciación. El periódico es de principio brusco con oclusión nasal, estornudos repetidos y abundante hidrorrea que es de origen alérgico y que llamó asma de la nariz. Al aperiódico lo llamó bacteriano.

Más tarde Wolf notando que a la larga interferían los dos cuadros clínicos demostró que el coriza no alérgico o aperiódico se volvía a la larga alérgico por obra de las mismas bacterias que operan como alergenos. La misma clasificación se ha hecho con las bronquitis y traqueitis lo que no es otra cosa que el catarro eosinofilo de que hablaremos más adelante. Es un coriza de bronquiolos y traquea que pudiéramos llamar, en su primer estadio, que se convierte en fenómeno alérgico por obra de la bacteria —alérgeno.

Este proceso alérgico interfiere con el inflamatorio dando cuadros muy complejos que se discriminan merced al hallazgo de polinucleosis y eosinofilia de las secreciones.

Hay una circunstancia muy característica en la aparición de estos síndromes y es el frío. Es tan importante su influencia que en inglés se le llama Cold y en español refriado dando con esto al efecto el nombre de la causa. Como obra el frío? Para unos disminuye las defensas de la mucosa respiratoria mediante la inhibición de los epitelios vibrátiles. Jiménez Díaz habla

de un choque local de origen alérgico —que no es sino la alergia física de Duke— a raíz del cual medrarían las bacterias. Porque hay sujetos sensibles al frío y otros no? Se cree que es una reacción para alérgica en individuos que están demasiado sensibilizados y en los cuales el desencadenamiento puede ser anespecífico.

Muy frecuentemente es a raíz de un catarro infeccioso agudo que no cede dentro de un plazo normal y toma una marcha distinta por aumento de la virulencia de las bacterias. Es cuando nos encontramos en frente de una bronquitis aguda en la cual existen conjuntamente las reacciones catarral e inflamatoria. Esta bronquitis aguda progresa en longitud hasta los bronquios más finos llegando hasta a producir la bronquitis capilar. La gravedad de estos cuadros depende del factor causal, siendo el Pffeifer y el estreptococo los más agresivos pues llegan hasta a producir formas mortales por pases sucesivos en las grandes epidemias. El catarro que ha curado deja una cierta predisposición del aparato respiratorio que hace que el individuo responda a causas mínimas dando el catarro habitual descendente de Jiménez Díaz. Este catarro se caracteriza por su invasión brusca (hidrorrea, estornudo—fase alérgica) luego va descendiendo a la laringe, traquea, bronquios con su correspondiente sintomatología de escozor, tos, sibilancias acompañado de fiebre (fase infecciosa). En pocos días desaparece la fase infecciosa dando campo a la fase a-

lérgica que se acentúa con su reacción exudativa, hiperhémica y motora.

Esta última fase se marca por su espasmo y disnea consecutivos. En cada nuevo ataque predomina más el componente alérgico—pues la reacción febril va siendo mínima— y el individuo acaba por volverse un verdadero asmático. Porque se transforma en asma un catarro descendente? primero: porque las reacciones que produce no son totalmente reversibles, no hay un restitutio ad-integrum y, segundo porque se vuelve alérgico a sus propias bacterias. La sensibilidad bacteriana existe en un 50% de estos casos y la terapéutica raccional y más efectiva son las autovacunas.

El último estado de estos enfermos es el asma bronquial. Esta solamente sería el tema para una larguísima disertación. En su fisiopatología tan compleja juegan cuatro grandes teorías que son la catarral, la congestivas el broncoespasmo y el espasmo de los músculos inspiratorios intrínsecos.

Todas son insuficientes por sí solas para aclarar las génesis de las crisis. Hay una noción que domina actualmente en la patogenia del asma y es la noción de la predisposición mórbida o terreno asmático. No es el asma un acceso paroxístico aislado. El asma es un episodio paroxístico dentro de una enfermedad, o mejor, dentro de un terreno asmático. El asmático, fuera de su ataque es un enfermo. Podemos describir pues el ataque asmático, el equivalente asmático y el terreno

asmático o los estigmas como los llama Jiménez Díaz.

El acceso asmático es la crisis recortada, la crisis aguda de ahogo, de disnea paroxística.

Fuera de este accidente puede existir otro más prolongado al cual propone Sergent se le llame ataque por oposición al primero que sería una crisis. Omitimos la descripción de un ataque con su horario, su disnea expiratoria, su sed de aire, sus accesos de tos seca que lo exacerban, dicha tos se hace productiva muy lentamente al mismo tiempo que aparecen al pulmón estertores subcreptantes que anuncian el fin de la crisis. El enfermo se restablece completamente y al día siguiente está como si nada hubiera ocurrido. Este es el concepto habitual que se tiene del asma. Pero si se diagnosticara como asmático solamente al individuo que presenta este tipo de crisis solamente diagnosticaríamos el 10% de los enfermos. Hay otro tipo el que Sergent denomina ataque de asma que comienza frecuentemente por un catarro cualquiera: obstrucción nasal, estornudo, congestión ocular, laringeo e hidrorrea al cual se agrega el catarro habitual descendente con escozor de garganta, tos, expectoración y sensación de disnea.

Hay una característica de gran valor clínico para el diagnóstico de estos estados: es la desproporción entre los síntomas y los signos clínicos. Gran asfixia, fiebre, tos mortificante y a la auscultación escasos sibilantes. En los esputos se encuentra eosinofilia. La mayo-

ría de los médicos diagnostican una bronquitis.

Los equivalentes asmáticos son de grande importancia. Son las formas abortivas. El lugar de cumplirse el ciclo seco-húmedo de el clásico ataque este consiste solamente en uno de ellos.

En la forma seca tenemos la **traqueitis espástica aguda o catarro seco convulsivo o catarro eosinofilo**. Es una tos seca intensa, convulsiva que llega hasta el mareo, sin fiebre y con la signología mínima de parte del aparato respiratorio que conduce al enfisema en plazo corto. La eosinofilia nos dará el diagnóstico.

La forma húmeda, llamada traqueobronquitis espástica esta caracterizada por la humedad o sea la segunda fase de la crisis clásica. Es una crisis de bronquitis capilar. Tos, ligera temperatura, ligera congestión facial, y fatiga intensa. La auscultación da estertores diseminados. Es pues un cuadro de bronquitis capilar que impone al médico un pronóstico reservado; pero a las pocas horas encuentra que todo ha pasado.

Solamente después de atender a un niño para dos o tres crisis de bronquitis capilar es cuando se convence el médico que está ante un asma infantil. El asma infantil es pues una crisis exudativa. El adulto también hace crisis húmedas con gran secreción y muy poca disnea.

Terreno asmático o estigmas: En este concepto reposa la patogenia actual del asma. El asmático fuera de sus ataques presenta una pre-

disposición a las crisis catarrales. La excitabilidad exagerada de los centros vasoconstrictores pulmonares permite a las excitaciones normalmente ineficaces provocar espasmos severos de los vasos pulmonares acarreando una disminución de la hematosis y un aumento de la trasudación con gran expectoración. La excitabilidad anormal de los centros simpáticos vasoconstrictores se puede encontrar con la prueba llamada Test de la máxima de Santenoise: es un descenso de la presión máxima y elevación de la mínima provocada por una compresión abdominal de dos minutos.

El descenso del poder de destrucción de la acetil colina crea un estado hiperergico parasimpático que facilita el broncoespasmo.

Trastornos de excitabilidad de los centros reflejos. Hay también una actividad disminuída de la sangre para fijar el oxígeno. En vista de estos múltiples factores concluye Santenoise "en el asma el agresor es nada, el mecanismo de su producción es nada, el terreno asmogeno es todo". Este concepto ha disminuído mucho la importancia de los alergenos. No hace asma el que quiere sino el que puede.

El síndrome de la Alergia Respiratoria tiene un signo común de gran utilidad para el diagnóstico: es la eosinofilia. Desde la rinitis, sinusitis, traqueobronquitis, asma y ciertos aspectos del síndrome de Loeffler, a lo largo de todo el árbol respiratorio, el eosinofilo es lo que pudiéramos llamar el signo-celula

para el diagnóstico de la alergia respiratoria.

Para algunos autores el eosinofilo se forma en la medula ósea para otros en el mismo foco de la agresión. En el esputo es frecuente también el hallazgo de monocitos, a veces en cantidades considerables. Greibel ha propuesto que se inyecte extracto de bazo en esos casos y se obtiene el cambio de ellos por eosinofilos. Hemos hecho esta prueba varias veces y no hemos obtenido el resultado de Greibel. La evidencia utilidad del leucograma del esputo es mi concepto la única forma definitiva para un diagnóstico de alergia respiratoria. Ultimamente en nuestra consulta de neumología del ICSS hemos podido inquietarnos en este problema ante la evidencia de los complejos de bronquitis asmática, catarro descendente etc. Así es muy frecuente la ecuación polinucleosis eosinofil" a o la eosinofilia sola según se trate de espina bacteriana o no. El tratamiento nos ha corroborado más de una vez la evidencia de estos hechos.

Pero es tan vasto este campo y tan evidentes algunos hechos de la patología respiratoria que no queremos cerrar este estudio panorámico sin exponer a la ligera el moderno concepto de Selye sobre el síndrome de adaptación. Todo ser viviente se adapta cada instante el medio en que vive. Tiende a neutralizar las causas exteriores cuya acción podía destruir el delicado equilibrio de su medio interno. Los microbios, las toxinas, los elementos vivientes o no de la atmós-

fera, las moléculas ingeridas, que por una u otra razón el organismo no acepta los agentes físicos: frío y calor, las variaciones de la presión atmosférica y las radiaciones cósmicas son todos elementos de los cuales nos debemos defender para supervivir. A todos estos elementos nos adaptamos silenciosamente, inconscientemente, si ruidos. Pero, al contrario, hay un número de individuos en los que esta adaptación es explosiva, ruidosa, brutal.

Esta reacción determinara una cascada de efectos secundarios cuya suma constituyen el síndrome alérgico.

Es la fase de adaptación específica de la cual Selye y su escuela estudian la otra fase, la no específica. Este es un nuevo horizonte

donde se conjugan todas las posibilidades terapéuticas y entra de lleno el factor hormonal.

Conclusiones:

Primera: El cuadro sintomático de la alergia respiratoria tiene rasgos comunes a lo largo de toda su anatomía: edema, hiperhemia, hipersecreción, exudación, hemorragia.

Segundo: Toda la anatomía respiratoria puede participar del síndrome en general o en particular.

Tercero: El leucograma del exudado respiratorio es imprescindible actualmente para hacer diagnósticos y discriminar complejos en esta patología.

BIBLIOGRAFIA

Jiménez Díaz. Varios artículos de su extensa bibliografía al respecto.

Dr. Guido Ruiz Moreno. Asma Alérgica.

HISTOPLASMOSIS PULMONAR

(EXTRACTO)

Hodgson, C. H. Weed, L. A. y Clagett, T. J. A. M. A. 45: 807, 1951.

Hasta el momento de encontrar uno de los casos que se discuten en este artículo, los autores no habían pensado en las histoplasmosis «quirúrgicas». Debido a la tendencia que tiene dicha afección a diseminarse, debe pensarse que pocas son las oportunidades del cirujano de encontrar una exacta localización pulmonar que permita la exéresis conveniente. Por el nuevo interés creado en tal sentido, los autores hacen una síntesis del problema:

Se hace una revisión de la literatura sobre histoplasmosis hasta enero de 1950, y se logra un total de 138 casos, 65 de ellos con evidentes lesiones pulmonares. No se incluye ningún caso que no tenga

prueba patológica o bacteriológica de la enfermedad. De los 138 casos, 92 son hombres y 39 mujeres, entre las 7 semanas y los 77 años, pertenecientes a distintas zonas de Estados Unidos. Es interesante anotar que las pruebas cutáneas con histoplasmina muestran una incidencia mucho mayor en ciertas regiones que en otras, y que coincide exactamente la positividad de tal prueba con el mayor número de casos comprobados.

El diagnóstico se ha hecho de distintas maneras: en 64 casos por necropsia, en 47 por examen microscópico de los productos tomados de distintos órganos; en 16 por cultivo del microorganismo y en 11 por examen de pus, líquido pleural, esputo, sangre periférica etc. Los cultivos dan un alto grado de positividad

para «*Histoplasma capsulatum*». La inoculación al animal es menos segura. La prueba cutánea de la histoplasmina, que fue practicada en 31, fue positiva en 16. Cuando se considera el hecho de que ella da positiva en un gran número de personas normales, y negativa en cerca de la mitad de los enfermos comprobados, se duda de su importancia diagnóstica. La fijación del complemento y las reacciones de precipitinas no tienen un valor comprobado, más que todo por resultar negativas en caso de histoplasmosis comprobada.

La anatomía patológica de la histoplasmosis es interesante de conocer: no existe órgano que no pueda ser afectado, pero lo son en orden de frecuencia, los ganglios linfáticos, hígado, pulmones, bazo, glándulas suprarrenales, intestinos, médula ósea, riñones y orofaringe. La común asociación de histoplasmosis con otras afecciones serias se hace notar, y las principales son: tuberculosis, sífilis, Hodgkin, diabetes, endocarditis mitral, leucemia, carcinoma hepático etc. Existe con mucha frecuencia la lesión de las suprarrenales por el *H. capsulatum*.

El pronóstico de la enfermedad es severo. Existen casos indudables de recuperación, pero la enfermedad sigue casi siempre una marcha grave, aunque la supervivencia es de muchos años.

En lo que se relaciona con la localización pulmonar, los autores relatan 65 casos de lesión comprobada. El criterio para la inclusión en este grupo fue el hallazgo de los organismos de la histoplasmosis en los cortes pulmonares, bronquiales o ganglios peribronquiales; el cultivo de los organismos en el líquido pleural o en lesiones pulmonares; también el cultivo de esputos, líquido gástrico o frotos laríngeos. Los síntomas de la enfermedad son los de cualquier afección pulmonar: tos, disnea, dolor torácico, expectoración, sudores, hemoptisis, cianosis etc. Los resultados del examen físico corresponden a la naturaleza y extensión de la lesión intratorácica, pero es frecuente no encontrar nada anormal. La radiografía torácica, en los

casos de los autores, fue hecha en 48 de los 65, con los resultados siguientes: placa de apariencia normal en ocho casos; de los restantes, treinta y dos con lesiones bilaterales, y ocho con unilaterales. En 22 casos, las lesiones estaban muy diseminadas en ambos campos. Los informes radiológicos, hechos por distintos técnicos, variaron mucho en descripciones e interpretaciones, pero la síntesis de ellos puede ser así: 17 casos catalogados como «bronquitis» o «peribronquial infiltración»; otros 17 con «áreas de infiltración»; en 5 casos, áreas de «neumonitis»; en 4, forma «miliar» y en 4 «nodulosas». En muchos pacientes dichas lesiones se combinan. El aspecto, en muchos casos es el de reinfecciones por tuberculosis, con especial localización en los ápices. En 11 casos se encontraron calcificaciones. En tres casos se visualizaron cavidades. En síntesis, las lesiones pulmonares de la histoplasmosis no tienen característica propia, y su similitud con las de otras entidades es evidente.

Ya no se discute el hecho de que la histoplasmosis pulmonar produce calcificaciones. Los estudios que muestran la correlación existente entre la calcificación pulmonar, la prueba de histoplasmina positiva, y la prueba negativa a la tuberculina, abren un campo precioso para futuras investigaciones. Varios autores han podido mostrar casos evidentes de histoplasmosis que han terminado en la calcificación.

Para el diagnóstico de histoplasmosis pulmonar, debe preferirse el material de cultivos: esputos, secreciones bronquiales, líquido pleural y contenido gástrico, dan un alto porcentaje de positividad. Un cultivo especial es necesario para lograr el crecimiento del *H. capsulatum* y otros hongos, y tal hecho debe ser tenido en cuenta por el clínico, ya que varias micosis pulmonares pueden ser las causantes del estado patológico existente; por tal causa, los cultivos repetidos son necesarios para un lógico aislamiento del agente causal.

El histoplasma puede ser encontrado en el examen microscópico directo del

esputo o del líquido pleural. Como ya se dijo antes, no parece que la investigación clínica pueda tomar en la prueba cutánea un apoyo de valor para las conclusiones.

Por último, los autores relatan dos casos en los cuales se obtuvo una evidente localización pulmonar, y fue entonces posible una resección parcial de los pulmones afectados. Sobra decir que en tales casos la comprobación anatomopatológica reforzó las ideas iniciales.

N. del T.—Debemos crear en nuestro medio la inquietud respecto a la Histoplasmosis pulmonar, y de otros órganos. El hecho de que no se hayan relatado casos en tal sentido sólo se debe a que,

o no hemos pensado en ella, o estamos dominados permanentemente por la presencia de otras patologías —evidentemente más comunes— que nos impiden llegar a útiles discriminaciones. Como tema de meditación, se nos debe ocurrir el siguiente: en todos aquellos casos en los cuales ponemos el rótulo de OBSERVACIÓN, renglón que llenamos a veces con remordimiento, no se encontrarán muchos casos de histoplasmosis pulmonar? En futuras sesiones nos ocuparemos de otras entidades, también desconocidas en nuestro medio, para ir creando paulatinamente la conciencia de que deben existir, o al menos deben ser estudiadas, para descartarlas.

E. A. M.

CASUISTICA

CALGULO BILIAR EN FISTULA

DR. JORGE GOMEZ G.

Dejado después de una colecistostomía.

Bernardo G. M. de 24 años, se presenta a la consulta el 27 de julio. 1950, porque hace cuatro meses tiene una fistula de secreción mucopurulenta que no ha cicatrizado a pesar de aplicaciones locales; localizada en la pared abdominal en el hipocondrio derecho.

En los antecedentes personales encontramos: En su infancia una ictericia sin antecedentes de cólico y una operación quirúrgica hace dos años y medio; por sintomatología vesicular franca y aguda después de tres cólicos. Fue practicada una colecistostomía de urgencia con dre-

naje, por el cual extrajeron durante el post-operatorio siete cálculos. El drén fué retirado a los 18 días.

Al examen presenta buenas condiciones generales, pesa 55 kilos. Pulso 80; P. A. Max: 11, Mn: 6. Temperatura 36,7°.

En la pared abdominal, hipocondrio derecho se encuentra una cicatriz post-quirúrgica retractil y en su tercio superior, presenta una pequeña boca fistulosa, umbilicada por la cual secreta un líquido sero-mucoso mal ligado.

La fistulo-grafia (practicada en el Instituto Radiológico San Rafael 19 de septiembre de 1950) dió el siguiente resultado:

“Después de introducir un cateter por la fistula y en un trayecto de unos tres centímetros se inyectó el medio de contraste el cual vuelve a salir inmediatamente a la superficie. A nivel de la punta de la sonda se ve una imagen que tiene todas las características de un cálculo semi-opaco y en las distintas radiografías tomadas de frente y en oblicuas se ve que éste conserva su relación con el cateter. La señal metálica está colocada a nivel del orificio de la pared abdominal.

Impresión: Fistula de la pared abdominal de unos tres centímetros de extensión, en el fondo de la cual se ve un cálculo semi-opaco”. Operado en el Hospital de San Vicente el 20 de enero de 1951 con anestesia local se resecó la cicatriz retractil en toda su extensión, siguiendo la fistula con un estilete se en-

contró el cálculo a unos tres centímetros y medio de la pared abdominal, en una cavidad amplia con secreción y rodeada de un barro ne-gruzco. A los tres días sale del hospital y ha continuado perfectamente bien.

Conclusiones: En la operación para colecistitis calculosa aguda y operación de colecistostomía de urgencia, al extraer el drén se dejó un cálculo en la mitad del camino, haciendo poco después un proceso inflamatorio y entreteniéndose luego una fistula.

La fistulo-grafia fue definitiva en el diagnóstico causal de esa fistula; medio sin el cual hubiera sido casi imposible el diagnóstico y el tratamiento oportuno.

Medellín 22 de Febrero de 1951

TRATAMIENTO EFECTIVO EN LAS TRANSFUSIONES SANGUINEAS IN- COMPATIBLES

J. H. Varney - J. K. Coker - J. J. Cawley.

J. A. M. A. 145: 978. 1951.

Basados en que las muertes por transfusiones incompatibles son debidas al bloqueo renal producido por los tapones de hematina ácida que se precipitan en los tubos renales, los autores ensayaron un método de tratamiento dirigido a la eliminación de estos cilindros y a la prevención de su formación.

Se trata de un paciente que durante una laminectomía recibió 500 c. c. de sangre grupo A, siendo su verdadero grupo B, por un error de clasificación. Poco después de la transfusión el paciente entró en cianosis intensa, shock y oliguria con hematuria franca. Se trató

inyectando intravenosamente una solución de bicarbonato de sodio, aproximadamente 20 gr. en 1000 c. c. y administrando 4 gr. de bicarbonato por vía oral cada cuatro horas; además se inyectó suero dextrosado en grandes cantidades. En total recibió en las primeras 10 horas siete litros de líquidos intravenosos y tres por vía oral (pero nada de cloruro de sodio). El paciente se recuperó totalmente.

El método tiene por objeto provocar una diuresis tan abundante que elimine los tapones hemáticos, y mantener la orina alcalina para impedir la formación de nuevos cilindros de hematina ácida.

Insisten en que el bicarbonato no debe ser hervido para esterilizarlo.

P. C. V.

ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

SESION DEL 18 DE ABRIL

En esta fecha se reunió la Academia de Medicina de Medellín en sesión solemne, bajo la Presidencia del Dr. E. Villa Haeusler y con asistencia de los señores profesores miembros de la Misión Médica Francesa que nos visita, el excelentísimo señor Embajador de Francia, el señor Gobernador del Departamento Dr. Braulio Henao Mejía y el señor Rector de la Universidad de Antioquia, Dr. Gustavo Uribe Escobar. Asistieron también al acto algunas distinguidas damas. El Dr. A-

lonso Restrepo Moreno, en representación de la Academia de Medicina presentó el homenaje en un magnífico discurso leído en francés. En seguida el señor Presidente en corta improvisación en que hizo un elogio de la medicina francesa entregó a los señores miembros de la misión el diploma que los acredita como Miembros Honorarios de la Academia. Estos son: Paul Harvier, Guillaume Valette, Mac Richard Klein, Joseph Logre y Antoine Remond. En nombre de los señores médicos de la misión contestó en francés el Dr. Logre. En seguida se levantó la sesión.

PRESIDENTE HONORARIO

Medellín, 2 de abril de 1951

Señor Dr.

Eugenio Villa H.

Presidente de la Academia de Medicina.
Ciudad.

Por la presente comunicación tengo el honor de informar a Ud. que el Comité Ejecutivo de la Quinta Conferencia Nacional de Tuberculosis acordó designarlo Presidente Honorario.

El Certamen científico en referencia tendrá lugar en esta ciudad del 1° al 7 del mes de julio próximo y auncuando es de carácter nacional, se han hecho invitaciones a diversas personalidades de otras naciones americanas, sobresalientes en la materia.

Soy de Ud. atto. y ss. ss.,

Luis Carlos Montoya R.

Secretario.

ACTIVIDADES DE LA FACULTAD

BOLETIN N° 5

Actividades para el mes de junio de 1950

Viernes 1°

7½ a 9 a. m. R. C. Q. Reunión de Clínicas Quirúrgicas.

Sábado 2

8 a. m. S. P. C. Conferencia de Patología Clínica en el Anfiteatro de la Facultad. Presentación de un caso visto por el Profesor Harvier.

Proyección de la película «TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA CIATICA».

Lunes 4

6 a 7½ p. m. Iniciación del Ciclo de Conferencias de Instrucción sobre temas Pediátricos, a cargo del Departamento de Pediatría y con la gentil colaboración de la Sociedad de esta especialidad. **Ponente:** Dr. Alberto Uribe Uribe. **Tema:** «LCS PREMATUROS». **Lugar:** Anfiteatro.

6 p. m. Curso de Anestesiología. **Ponente:** Dr. Manuel Silva. **Tema:** «ETER Y ETER DIVILINICO. APLICACIONES. FARMACOLOGIA». **Lugar:** Aula Braulio Mejía.

Martes 5

6 a 7½ p. m. Conferencia de Pediatría. **Ponente:** Dr. Víctor Julio Betancur. **Tema:** «REPERCUSIONES DE LOS TRAUMATISMOS OBSTETRICOS SOBRE EL NIÑO».

6 p. m. Curso de Anestesiología. **Ponente:** Dr. Manuel Silva, quien terminará el tema del día anterior.

Miércoles 6

6 a 7½ p. m. Conferencia sobre Instrucción Pediátrica. **Ponente:** Dr. Jaime Jaramillo Bernal. **Tema:** «FUNDAMENTOS PRIMORDIALES DE LA ALIMENTACION ARTIFICIAL DEL LACTANTE».

6 p. b. Curso de Anestesiología. **Ponente:** Dr. Nacienceno Valencia. **Tema:** «CICLOPROPANO».

Jueves 7

9 a. m. R. C. P. Reunión de Clínicas Pediátricas.

Iniciación de la 3ª Convención Nacional de Gastroenterología en la ciudad de Bucaramanga.

6 a 7½ p. m. Conferencia de Pediatría. **Ponente:** Dr. Julio Calle B. **Tema:**

«CRECIMIENTO Y DESARROLLO».

6 p. m. Curso de Anestesiología. **Ponente:** Dr. Samuel Jiménez. **Tema:** «OXÍGENO NITROSO Y ETILENO».

Viernes 8

8 a. m. R. C. M. Reunión de Clínicas Médicas.

6 a 7½ p. m. Conferencia sobre Pediatría. **Ponente:** Dr. Hernán Pérez R. **Tema:** «ABDOMEN AGUDO EN EL NIÑO».

6 p. m. Curso de Anestesiología. **Ponente:** Dr. Nacienceno Valencia. **Tema:** «CURARE Y SIMILARES».

Sábado 9

8 a. m. Conferencia sobre Deontología Médica. **Ponente:** Dr. Alfonso Uribe J. **Tema:** «EUTANASIA MORTAL Y EUTANASIA PALIATIVA».

Exhibición de la película «REUMATISMO».

10 a. m. Reunión del Consejo Técnico Consultivo de la Facultad.

Lunes 11

6 a 7½ p. m. Ciclo de Instrucción Pediátrica. **Ponente:** Dr. Benjamín Mejía C. **Tema:** «DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL NIÑO».

6 p. m. Conferencia sobre Anestesiología a cargo del Dr. Gabriel Betancur. **Tema:** «ANESTESIA RAQUIDEA».

Martes 12

6 a 7½ p. m. Instrucción Pediátrica. **Ponente:** Dr. Luis Germán Arbeláez, el que presentará como **tema:** «TOXICOSIS».

6 p. m. Curso de Anestesiología. Exposición del Dr. Gabriel Betancur. **Tema:** «RAQUIDEA CONTINUA Y EPIDURAL».

Miércoles 13

6 a 7½ p. m. Ciclo de Pediatría. En esta fecha será **ponente** el Dr. Marco A. Barrientos M. con el **tema:** «ADENOTIS Y AMIGDALITIS EN EL NIÑO».

6 p. m. Curso de Anestesiología. **Ponente:** Dr. Manuel Silva. **Tema:** «ANESTESIA INTRAVENOSA».

Jueves 14

9 a. m. R. C. P. Reunión de Clínicas Pediátricas.

6 a 7½ p. m. Penúltima conferencia sobre Instrucción Pediátrica a cargo del Dr. Rogelio Londoño. **Tema:** «SIFILIS CONGENITA».

6 p. m. En el Curso de Anestesiología el Dr. Manuel Silva termina el tema «ANESTESIA INTRAVENOSA».

Viernes 15

7½ a 9 a. m. R. C. Q. Reunión de Clínicas Quirúrgicas.

6 a 7½ p. m. Terminación del Ciclo de Conferencias sobre Pediatría: **Ponentes:** Dr. Ricardo Callejas, con el **Tema:** «ANTIBIOTICOS EN PEDIATRIA»; y el Dr. Gustavo González Ochoa, con el **tema:** «SINDROME DE HIPERTENSION CRANEANA».

6 p. m. Curso de Anestesia. **Ponente:** Dr. Rubén Zapata. **Tema:** «ANESTESIA RECTAL».

Sábado 16

8 a. m. C. P. C. Conferencia de Patología Clínica.

Charla que harán los Dres. Alvaro Londoño M. y A. P. Rodríguez Pérez sobre «COMO ESTAMOS ENSEÑANDO ANATOMIA (Macro y microscópica, neurológica y topográfica)». El Decano se permite invitar a este acto a todo el Profesorado de la Facultad.

Lunes 18

6 p. m. Curso de Anestesiología. **Ponente:** Dr. Alvaro Londoño. **Tema:** «ANATOMIA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES».

7½ a 9 a. m. Reunión de Internos. **Lugar:** Hospital de San Vicente. **Temas:** a) Presentación de un caso clínico a cargo de los internos de la sala respectiva. b) Exposición de un tema previamente convenido.

Martes 19

6 p. m. Conferencia del Dr. A. P. Rodríguez Pérez en la sala de Histología. **Tema:** «EMBRIOLOGIA DEL CORAZON». Se invita especialmente a la Sociedad Cardiológica de Medellín, al Profesorado de la Facultad y a los estudiantes de 5º y 6º cursos.

6 p. m. Curso de Anestesiología. **Ponente:** Dr. Gustavo Gutiérrez. **Tema:** «ANESTESIA INTRATRAQUEAL».

Miércoles 20

6 p. m. Continuación del Curso de Anestesiología. **Ponente:** Dr. Marceliano Arrázola. **Tema:** «ANESTESIA EN PEDIATRIA».

6 p. m. Reunión de la Academia de Medicina. Se desarrollará el **Tema:** «SYMPOSIUM SOBRE ANEMIA PERNICIOSA» (Primera parte).

Jueves 21

9 a. m. R. C. P. Reunión de Clínicas Pediátricas.

6 p. m. Curso de Anestesiología. **Ponente:** Dr. Gustavo Gutiérrez. **Tema:** «ANESTESIA Y ANALGESIA EN OBS-TETRICIA».

Viernes 22

8 a. m. R. C. M. Reunión de Clínicas Médicas.

6 p. m. Anestesiología. **Ponente:** Dr. Gustavo Gutiérrez. **Tema:** «RECORD ANESTESICO».

Sábado 23

8 a. m. Conferencia sobre Deontología Médica. **Ponente** del día el Dr. Miguel M^a Calle. **Tema:** «SECRETO PROFESIONAL».

Exhibición de una importante película científica.

Lunes 25

6 p. m. Conferencia sobre Anestesiología a cargo del Dr. Marceliano Arrázola. **Tema:** «ELECCION DEL ANESTESICO»: a) Desde el punto de vista del procedimiento operatorio a seguir. b) Desde el punto de vista del estado del paciente.

10 a. m. Reunión del Consejo Técnico Consultivo de la Facultad.

Martes 26

6 p. m. Anestesiología. Conferencia bajo el cuidado del Dr. Hernando Echeverri M. **Tema:** «ANESTESIA LOCAL. ANESTESIAS TRONCULARES».

Miércoles 27

6 p. m. Continuación de la conferencia del Dr. Hernando Echeverri M. sobre Anestesiología. **Tema:** «ANESTESIA REGIONAL. ANESTESIA ESPLACNICA».

6 p. m. Reunión de la Academia de Medicina. Terminación del interesante **Tema:** «SYMPOSIUM SOBRE ANEMIA PERNICIOSA».

Jueves 28

9 a. m. R. C. P. Reunión de Clínicas Pediátricas.

6 p. m. Conferencia del Dr. Gustavo Gutiérrez sobre Anestesiología. **Tema:** «INCIDENTES Y ACCIDENTES ANESTESICOS».

Viernes 29

Receso por motivo de la fiesta de San Pedro y San Pablo.

Sábado 30

«Puente».

INFORMACIONES DEL DECANATO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

1. El Decano registra complacido la incorporación de los siguientes Doctores al cuerpo docente de la Facultad:

Dr. Gustavo González Ochoa, quien ha sido reincorporado a su puesto de Profesor Titular de Clínica Infantil.

Dr. Iván Gil Sánchez, Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica, por concurso.

Dr. Hernando Villegas R., Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica, por concurso.

Dr. Gonzalo Gallego, Profesor Auxiliar de Clínica Quirúrgica, por concurso.

Dr. Mario Montoya Toro, Profesor Agregado de medio tiempo en Técnica Quirúrgica y Cirugía Experimental, por concurso.

Dr. René Díaz C., Profesor Agregado de Clínica Ginecológica, por competencia.

2. En los días 7, 8 y 9 del mes de junio se reunirá en Bucaramanga la Tercera Convención anual de la Asociación Nacional de Gastroenterología bajo la Presidencia del suscrito Decano de esta Facultad. Concurrirán los doctores Alfredo Correa Henao, Hernando Villegas, Iván Gil Sánchez, Gabriel Toro Mejía, Tomás Quevedo, Oriol Arango, A. P. Rodríguez Pérez, Luis Carlos Uribe Botero y los estudiantes Carlos Restrepo A. y Jairo Velásquez Toro. Quienes deseen asistir pueden hacerlo libremente.

3. V CONFERENCIA NACIONAL DE TUBERCULOSIS. Para el 19 de julio se anuncia la instalación de la V Conferencia Nacional de Tuberculosis a la que asistirán

alrededor de cincuenta (50) fisiólogos de la República.

En esta ocasión este certamen será realizado por eminentes figuras de la Tisiología Suramericana. Entre otros vendrán: De la Argentina: Raúl y Oscar Vaccavezza; de Chile: Héctor Orrego Puelma; de Ecuador: Jorge Higgens; de Panamá: Amadeo Mastelari; del Perú: Ovidio García Rossel; de Venezuela: Víctor Giménez y Pedro Iturbe; del Uruguay: Fernando Domingo Gómez y cuatro médicos más de la cátedra de Tisiología. Están invitados, además, los doctores Manuel D'Abreu, del Brasil, y Segismundo Sayajo; pero aún no se tiene respuesta afirmativa de ellos.

Como temas especiales se tratarán: Tratamiento de la Tuberculosis por Antibióticos y Vacunación antituberculosa. También habrá conferencias especiales dictadas por los profesores extranjeros.

En el Hospital de La María se harán demostraciones de Cirugía del Tórax. La sesión inaugural será en el Paraninfo de la Universidad, y las demás en el Anfiteatro de la Facultad de Medicina.

Se invita al cuerpo médico de Antioquia y a los estudiantes de la Facultad de Medicina a concurrir a estos actos.

4. IV CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL EN LA CIUDAD DE MÉJICO. El Gobierno Mejicano se ha dirigido muy gentilmente a este Decanato, con el fin de invitar por este conducto al cuerpo médico de Antioquia, al Profesorado de la Facultad y a los estudiantes más avanzados en su carrera, a asistir al IV Congreso Internacional de Salud Mental que se reunirá en la ciudad de Méjico del 11 al 19 de diciembre próximo.

5. Para pronto estará al servicio el nuevo Laboratorio de Cirugía Experimental, bajo la dirección del Dr. Mario Montoya Toro, con su dotación completa que permitirá ampliar los estudios investigativos y las prácticas de docencia.

6. El Decano se permite citar a todos los Profesores de la Facultad a una reunión general que se efectuará el sába-

do 16 de junio a las 9 a. m. en el Anfiteatro de la Facultad. En esta reunión tendrán oportunidad de oír la interesantísima charla de los doctores Alvaro Londoño y A. P. Rodríguez Pérez sobre «COMO ESTAMOS ENSEÑANDO ANATOMIA».

7. El Decanato se complace en informar que avanzan satisfactoriamente los trabajos de decoración del nuevo Auditorio de la Facultad, con una capacidad de 300 sillas. Este auditorio estará provisto de aire acondicionado, aparato de proyección y amplificador, silletería importada, etc.

8. Se invita a los Profesores y estudiantes a visitar el Instituto de Anatomía Patológica y el Centro de Radioterapia, los cuales avanzan notoriamente en su construcción.

9. ESCUELA DE ENFERMERAS. Los sábados culturales que se iniciaron al inaugurarse las labores de la Escuela han sido un verdadero éxito. Han colaborado como conferencistas algunos destacados miembros de nuestro cuerpo médico, tales como el Dr. Ignacio Vélez, Dr. Bernardo Jiménez, Dr. Miguel Gracián, Dr. Alfredo Correa, Dr. Pedro Nel Cardona, Dr. A. P. Rodríguez Pérez, Dr. Miguel Múnera, Dr. Gustavo Molina, Dr. Eduardo Vasco.

El 30 de mayo se abrirá un ciclo de conferencias sobre NUTRICION que dictará en el local de la Escuela la señorita Conchita Triana, quien visita actualmente la ciudad en misión especial del Departamento de Nutrición del Ministerio de Higiene.

10. Periódicamente se efectuarán dos reuniones mensuales de todos los estudiantes Internos en el Hospital de San Vicente de Paúl, con el propósito de tratar asuntos de importancia para los mismos y para su carrera próxima a terminar. En el presente mes celebrarán la sesión inaugural el 10 de las 7½ a 9 a. m. y tratarán estos dos temas: a) Presentación de un caso clínico a cargo de los in-

ternos de la sala respectiva. b) Exposición de un tema previamente convenido, el que se avisará oportunamente.

11. Los estudiantes de la Facultad efectuarán su fiesta tradicional el jueves 28 de los corrientes. Entre los números programados está el baile tradicional que se realizará de las 9 p. m. en adelante en el lugar que avisarán a su debido tiempo. Como siempre, deseamos que este acto sea un derroche de caballeridad y tenga el esplendor y el solaz de los años anteriores.

12. En el mes de junio habrá veinte (20) días hábiles de trabajo y cuatro (4) mañanas correspondientes a los sábados.

DATOS SUMINISTRADOS POR EL SR. DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL DE SAN VICENTE DE PAUL, DR. ANTONIO OSORIO ISAZA

1. El próximo primero de junio se iniciará en el Hospital la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción, de la Organización Mundial de la Salud (Ginebra, Suiza).

2. Hasta el 28 del mes de mayo se verificaron las siguientes intervenciones quirúrgicas en los servicios del Hospital, correspondientes a este mes:

Cirugía General	85
Urgencias de hombres	64
Organos de los sentidos	55
Neurocirugía	7
Infantil	34
Segunda pensión	77
Primera pensión	60
Maternidad	128
Clínica ginecológica	40

Los anteriores datos indican que en 21 días hábiles del mes se alcanzó un índice de intervenciones quirúrgicas de 28,19.

3. En el Laboratorio Clínico se han llevado a cabo en el mes de mayo 5.047 casos o exámenes repartidos así:

Consulta externa	2.474
Salas	2.393
Urgentes	180
Total	5.047

4. Durante el mes de mayo se han verificado 810 exámenes radiográficos.

5. Hasta este momento, 28 de mayo, la Consulta Externa ha alcanzado la historia 2.360.

6. Ya está en servicio el nuevo comedor para el Internado, el cual será inaugurado en la presente semana por el Director del Hospital y el Decano de la Facultad.

7. La Junta Directiva del Hospital está haciendo las gestiones conducentes para la adquisición de un nuevo aparato de Radioterapia de una potencia de 400 miliamperios.

8. Adelanta activamente la construcción del Instituto del Cáncer, nueva dependencia hospitalaria que posiblemente se dará al servicio el próximo mes de octubre.

9. Como la consulta externa carece de local suficiente, se adelanta la labor de su ampliación en el lugar que actualmente ocupa el Laboratorio Clínico, el cual a su vez será trasladado a otro sitio.

*Dr. Ignacio Vélez Escobar,
Decano de la Facultad de Medicina
de la Universidad de Antioquia.*

RELACION ENTRE LA CLINICA Y EL INSTITUTO DE ANATOMIA PATOLOGICA

Con el fin de mejorar el aspecto científico y docente de estas cátedras, La Reunión de Clínicas aprobó lo siguiente: **Envíos para el Laboratorio de Anatomía Patológica**

A) Especímenes Quirúrgicos.

Todo espécimen quirúrgico debe ser enviado para su estudio anatomopatológico y acompañado de los datos solicitados en la hoja correspondiente.

El encargado de suministrar estos datos pedidos en la hoja debe ser el cirujano que atendió el caso.

Los especímenes no deben ser seccionados, y deben enviarse completos al laboratorio donde se conservan y están a disposición del personal científico interesado en ellos.

Los especímenes deben ser enviados inmediatamente después del acto quirúrgico.

B) Biopsias.

Deben ser tomadas por los profesores, jefes de clínica o internos. Las biopsias serán enviadas en un frasco con fijador, debidamente marcado con el nombre del paciente.

Toda biopsia debe ser acompañada de los datos pedidos en el formulario.

Si la biopsia es de endometrio se aconseja como líquido fijador el alcohol puro.

C) Necropsias.

Todo el personal docente como el docente debe procurar que se practiquen el mayor número de autopsias, aun en los casos cuyo diagnóstico clínico es muy evidente.

El Instituto de Anatomía Patológica está dispuesto a verificar las necropsias en cualquier hora del día o de la noche.

D) Biopsia por congelación.

A ser posible debe anunciarse con anticipación a la operación y enviar algunos datos clínicos concluyentes sobre el caso. Todo esto con el fin de que el diagnóstico sea más rápido.

E) Nota:

No está por demás advertir que un acto quirúrgico sin la comprobación por el estudio histológico no beneficia en nada la enseñanza científica, porque quedaría esta máxima actividad médica reducida a un simple arte.

ACTIVIDADES DEL "AMA"

Sr. Dr.

ANTIOQUIA MEDICA

Facultad de Medicina.

Ciudad.

Muy estimado Sr. Director:

Me permito enviar a Ud. una copia de la Resolución emanada de la Junta Directiva de la «AMA», por cuyo texto se podrá informar de la alta conveniencia que encarna para los intereses y la

ética del H. Cuerpo Médico, cuyos intereses son protegidos por la Asociación Médica Antioqueña.

Le agradecería el favor de publicarla en lugar destacado de su muy importante revista médica.

Sin otro particular, me suscribo del Sr. Director, atto. S. S.,

Elkin Rodríguez
Secretario

RESOLUCION

La Junta Directiva de la Asociación Médica Antioqueña, teniendo en consideración:

Que comienza a ser frecuente en nuestro medio la visita de médicos extranjeros, que sin llenar los debidos requisitos

exigidos por las leyes colombianas, ejercen privadamente la profesión, percibiendo honorarios que no pocas veces son exorbitantes, quizás alentados por la acogida que se les brinda por médicos o Instituciones Médicas;

Que cuando dichos profesionales visitan nuestro país en misión oficial y con carácter universitario, el ejercicio remunerado de la profesión, se hace menos aceptable, no sólo por lo ilegal, sino por lo inelegante, y

Que es deber primordial de la «AMA», salvaguardar el ejercicio decoroso y legal de la profesión,

MANIFIESTA:

1º. Que considera necesario exhortar muy encarecidamente a sus asociados y al Cuerpo Médico en general, así como a las Instituciones médicas privadas y ofi-

ciales, para que no auspicien tales prácticas violatorias de las leyes, que además menoscaban el prestigio científico que ha ganado nuestro Cuerpo Médico a fuerza de dedicación, estudio y práctica honesta de la profesión.

2º. En lo sucesivo y cuando ocurran casos similares a los que se hace referencia, la «AMA» denunciará implacablemente a las autoridades, la violación de las disposiciones legales en vigencia.

Dada en Medellín, el día 11 de mayo/51.

Asociación Médica Antioqueña - A M A.
Medellín, junio 4 de 1951.

NOTICIAS

MUERTE DEL PROFESOR BALTHAZARD

El Profesor Balthazard murió a los 72 años; fue el maestro de la medicina legal de Francia, Miembro de la Academia Nacional de Medicina y estableció el Instituto de Medicina Legal. Publicó numerosos trabajos en su especialidad, entre los cuales están las investigaciones sobre el bióxido de carbono y el alcohol en la sangre, sobre metemoglobina y cianmethemoglobina. Durante la ocupación de Francia por los nazis, el Profesor Balthazard participó en gran parte en la resistencia de los miembros de la profesión médica de Francia.

PROFESOR H. VICENT

Murió el Profesor H. Vicent. Este eminente científico fue contemporáneo de P. Bazy, de Vidal, de Achard, de Richet y de A. Arsonval; por varios años presidió la Academia de Ciencias, fue un gran fisiologista, biólogo y clínico. Sus numerosos trabajos versaron sobre varios temas, tales como el papel del hígado en la producción de alexinas y del pa-

pel antibiótico de la bilis. Sus trabajos sobre hipertermia fisiológica, la cual puede causar la muerte por detención de la respiración, son bien conocidos. Hizo importantes estudios epidemiológicos, y sus trabajos sobre fiebre tifoidea (especialmente en enterotoxinas y neurotoxinas) son clásicos. Son universalmente conocidos los sueros que preparó. Una variedad de angina ulceromembranosa, conocida con el nombre de Angina de Vicent, fue descubierta por él.

ATENEO DE NEUMOLOGIA

*A cargo del Instituto del Tórax de
Medellín*

De este número en adelante se iniciará la publicación de una sección a cargo del Instituto del Tórax de Medellín. Es-

te Instituto cuenta con la colaboración de los distinguidos profesionales doctores Jorge Correa R., Eduardo Abad Mesa, Edmundo Medina M., Alfonso Mejía C., Rafael J. Mejía C., Luis Carlos Montoya y Elkin Rodríguez.

Esta sección contendrá las informaciones que algunos socios presentan sobre lo aparecido en diversas Revistas que llegan al Instituto y una conferencia sobre un tema libre, dictada por otro socio.

Con complacencia aceptamos esta colaboración y esperamos que este ejemplo sea seguido por otras instituciones que de diversa índole médica funcionan en la ciudad.

CONTESTACION DEL DR. GREGORIO MARAÑÓN AL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, A UNA INVITACION QUE SE LE HIZO PARA VISITAR LA FAC. DE MEDICINA

Madrid
Castellana, 59 DPDO.
Marzo 27

Excmo. Sr. Don Gustavo Uribe Escobar.

Mi querido amigo y Rector. No he contestado antes a su muy agradecida carta de diciembre pasado, porque deseaba hacer un esfuerzo para arreglar mis asuntos aquí y poder aceptar la honrosísima invitación que me hace Ud. en nombre de esa Universidad. Desgraciadamente no he podido conseguir el hacer este arreglo por el enorme número de compromisos que tengo que cumplir en estos meses, en España y en otros sitios de Europa.

No pierdo por ello la esperanza de poder estar algún día con Uds. Sería para mí una gran alegría y un gran honor.

Con un cordial saludo a esa Universidad, se lo envía a Ud. muy afectuosamente.

G. Marañón

PROPOSICION DE LA CONVENCION DE GASTROENTEROLOGIA DE BUCARAMANGA

Bogotá - Junio 12 de 1951

Señor Doctor
Ignacio Vélez Escobar
Decano de la Facultad de Medicina
de la Universidad de Antioquia.
Medellín.

Señor Decano:

Tengo el gusto de transcribir a Ud. la

siguiente Proposición aprobada por unanimidad en la sesión del 9 de junio del corriente año:

«La III Convención Nacional de Gastroenterología reunida en la ciudad de Bucaramanga, exalta y proclama como admirable y digna de ejemplo y de elogio, la labor científica y la colaboración prestada en todo momento a la Asociación y al Comité organizador, por la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, y deja constancia de la excelencia de la Delegación enviada por ese Instituto a la III Convención».

De Ud. atentamente,

Fdo. Dr. Carlos E. Camacho R.
Secretario.

III CONVENCION DE GASTROENTEROLOGIA, BUCARAMANGA, JUNIO, 1951

Se desarrolló con el siguiente programa:

Jueves 7 de junio:

De 7 a. m. a 12 m.

Hospital de San Juan de Dios:

Sala 1ª. GASTRECTOMIA. Dr.

A. Bonilla Naar.

Sala 2ª. COLECISTECTOMIA.

J. A. Jácome Valderrama.

Sala 3ª. Iniciación del Cursillo de Endoscopia. Esofagoscopia y Peritoneoscopia. Dres. C. Camacho e Ignacio Vélez Escobar.

Sala de la Dirección: Demostraciones de Casos Clínicos.

Club del Comercio:

Apertura oficial de la Convención, en los salones del Club del Comercio. Palabras inaugurales del Dr.

Mario Acevedo Díaz, Director del Hospital y Presidente del Comité Organizador. Responderá el Dr. Ignacio Vélez Escobar, Decano de la Facultad de Medicina de Medellín y Presidente de la Asociación.

Primeras conferencias médicas. Temario general:

ICTERICIAS

Histología Normal del Hígado. Prof. A. P. Rodríguez Pérez, de la Universidad de Antioquia.

Patología del Hígado. Prof. Alfredo Correa Henao, de la Universidad de Antioquia.

Fisiopatología de las Ictericias. Dr. Francisco Pradilla G., de Bucaramanga.

Pruebas de funcionamiento hepático. Dr. Hernando Vélez Vesga, de Bogotá.

Biopsia hepática por punción. Dres. Luis Carlos Uribe Botero y Alfredo Correa Henao, de la Universidad de Antioquia.

Copa de champaña, ofrecida por el señor Gobernador del Departamento.

Segunda Sesión Médica:

De 4 p. m. a 7 p. m.

Biopsias por laparoscopia. Dr. Carlos Camacho, de Bogotá.

Colecistografía. Dres. Benjamín Pérez y Oriol Arango, de la Universidad de Antioquia.

Epidemiología de la Hepatitis Infecciosa. Dr. Alberto Albornoz Plata, de Bogotá.

Colangiografía operatoria y post-operatoria. Dr. Juan Di Doménico, de Bogotá.

Ictericias pre-hepáticas y post-hepáticas. Dr. Ignacio Vélez Escobar, de la Universidad de Antioquia.

Comida campestre ofrecida por el Cuerpo Médico de Bucaramanga, a

los señores delegados y sus señoras, en la Quinta San Miguel, residencia del Dr. Hermann Trebert Orozco.

Viernes 8 de junio

Hospital de San Juan de Dios: Segunda Sesión Quirúrgica.

7 a. m.

Sala 1ª. HERNIA DIAFRAGMÁTICA. Cirujano: Dr. Iván Gil Sánchez, de Medellín. - Anestesiólogo: Dr. Juan Marín, de Bogotá.

Sala 2ª. COLECISTECTOMIA Y COLANGIOGRAFIA OPERATORIA. Cirujano: Dr. Juan Di Doménico, de Bogotá. - Anestesiólogo: Dr. Armando Mc. Cormick N., de Bogotá.

COLECISTECTOMIA. Cirujano: Dr. J. A. Jácome, de Bogotá. - Anestesiólogo: Srta. Amira Duarte C., de Bucaramanga.

Sala 3ª. ESOFAGOSCOPIA. Dr. Carlos Camacho, de Bogotá.

BIOPSIA DE HIGADO POR LAPAROSCOPIA. Dr. Carlos Camacho, de Bogotá.

Sala 4ª. RECTOSIGMOIDOSCOPIA. Dres. Ignacio Vélez Escobar, de la Universidad de Antioquia, y Ernesto Andrade Valderrama, de Bogotá.

De 10 a. m. a 12 m.

Algunos casos de ictericia crónica familiar. Dr. Tomás Quevedo G., de Medellín.

Tratamiento médico de las ictericias. Dr. Gabriel Toro Mejía, de Medellín.

Consideraciones sobre el tratamiento del prurito en las ictericias. Dr. Max Olaya Restrepo, de Bucaramanga.

Aminofilina endocoledociana de las oditis post-operatorias. Dr. Alfonso Bonilla Naar, de Bogotá.

Hepatitis infecciosa. Dr. William Elasmár, de Bogotá.

El substratum anatómico de las correlaciones somático-neuro-vegetativas. Introducción a la patología psicósomática, con especial referencia al trato gastro-intestinal. Dr. A. P. Rodríguez Pérez, de la Universidad de Antioquia. Discusión.

De 4 p. m. a 6.30 p. m.

Tratamiento quirúrgico de las ictericias. Dr. Lope Carvajal Peralta, de Bogotá.

Ascariasis del colédoco. Dr. Tomás Quevedo G., de Medellín.

Hepático-yeyunostomía, con yeyuno-yeyunostomía. Dr. Aristides García Torres, de Santa Marta.

Soluciones G. y M. endocolédocianas para tratar los cálculos residuales del hepato-colédoco. Dres. Alfonso Bonilla Naar y Francisco Lourido Albán, de Bogotá.

Bibliografía Colombiana sobre el hígado y las vías biliares. Dres. Alfonso Bonilla Naar, Alberto Morales y Rafael Espinel, de Bogotá.

Estudio del Cáncer cardio-esofágico. Dr. Javier Serrano Plata, de Bucaramanga.

Posible Coccidiosis hepática humana. Primeros casos de Colombia. Dr. Alfredo Correa Henao, de la Universidad de Antioquia.

Conferencia de Patología Clínica. Dirección: Dr. Alfredo Correa Henao. Participación de todos los asistentes.

Programaailable en el Club Campestre.

Sábado 9 de junio

Hospital de San Juan de Dios:

7 a 9 a. m.

Sala 1ª. CIRUGIA DEL COLON. Dr. Ernesto Andrade Valderrama, de Bogotá.

Sala 2ª. VESICULA BILIAR. Dr. Adolfo Vélez, de Cali.

Sala 3ª. ENDOSCOPIA: GASTROSCOPIA. Dr. Ignacio Vélez Escobar, de la Universidad de Antioquia.

Sala 3ª. GASTRECTOMIA: Dr. Hernando Gallo, de Cali.

Sala de la Dirección: Casos Clínicos.

Club del Comercio: Temas Libres

9 a. m. a 1 p. m.

Radiología de las Vías Digestivas. Dres. Julio Medina Medina y Alberto Torres Focke, de Bogotá.

Un caso de Enfermedad de Werloff tratado por la Splenectomía. Dres. Elio Orduz C. y Luis Ardila C.

Noticia acerca de la existencia de zonas funcionales especializadas en el lobulillo hepático. Dres. A. P. Rodríguez Pérez y Rodrigo Londoño.

Estudio de autopsias de casos de Hepatitis Infecciosa. Dres. A. Correa Henao, Carlos Restrepo y José Ignacio González, de Medellín.

Cirugía Esofágica. Dr. Augusto Britton, de Bogotá.

Tres casos de Diverticulosis del Colon y algunas consideraciones sobre ellos. Dr. Max Restrepo Olaya, de Bucaramanga.

Estudio estadístico de la Parasitosis Intestinal en Bogotá. Dr. Alberto Albornoz Plata, de Bogotá.

Un caso de Peritonitis de origen biliar. (Coleperitoneo). Dr. Pedro Plata Plata, de Bucaramanga.

La Invaginación Intestinal en el lactante. Historias Clínicas y comentarios. Dr. Gilberto Arias Delgado, de Bucaramanga.

Club del Comercio

4 a 9 p. m.

Reunión de la Asamblea General. Elección de dignatarios. Entrega de diplomas a nuevos socios. Escogen-

cia de la sede y temario para la Cuarta Convención. - Clausura solemne de la Convención por el señor Ministro de Higiene en la Casa de

Bolívar. Discurso del Dr. Martín Carvajal.

Gran Baile de Gala en el Club Campestre.

GOTA A GOTA

RINOPLASTIA EN DON PEDRO DE HEREDIA

PASTOR RESTREPO

Miembro de Número de la Academia
Colombiana de Historia.

El Beneficiado de Tunja, don Juan de Castellanos, en sus *Elegías de Varones Ilustres de Indias*, nos hace la presentación del Adelantado don Pedro de Heredia en la siguiente octava:

Fue de Madrid hidalgo conocido
De noble parentela descendiente,
Hombre tan animoso y atrevido,
Que jamás se halló volver la frente
A peligrosos trances do se vido,
Saliendo dellos animosamente;
Mas rodeándole seis hombres buenos,
Escapó dellos las narices menos.

En esta lucha singular durante su juventud galante y turbulenta pierde don Pedro la protuberancia facial de la cual Cyrano de Bergerac se sentía orgulloso a pesar de su desmesurado tamaño. Pocos años antes de este lance se inició en Italia, originado por Juliacoato según unos, o por un Boyani oriundo de Tropea en Calabria, según otros, el medio de reponer las narices mutiladas valiéndose de la carne del brazo, sistema perfeccionado por el cirujano de Bolonia, Gaspar Tagliacozzi (1546-1599), quien lo describe e ilustra en su tratado publicado en Venecia en 1597, titulado *De curtorum chirurgia per insitionem*, y el cual hoy en día se denomina como "método italiano".

Uno de los más insignes iniciadores de esta técnica fue el doctor Alejandro Benedetti (o Benedicti), natural de Legnano, donde nació a mediados del siglo XV. Nos dice su biógrafo Federico Boerner (*De Alexandre Benedetti V-ensi medicinae post litteras renatas restauratore commentatio-1751*) que de un médico español aprendió y practicó por un procedimiento especial la operación para la cura de la hernia. Es muy lógico suponer que por reciprocidad para con su colega español le hubiese enseñado la nueva técnica sobre rinoplastia y que éste la ejecutara en don Pedro de Heredia, ya que según Castellanos fue el "método italiano" el empleado con él.

Médico de Madrid o de Toledo
O de más largas y prolijas vías,
Narices le sacaron del molledo
Porque las otras se hallaron frías;
Y sin se menear estuvo quedo
Por más espacio de sesenta días,
Hasta que carnes de diversas partes
Pudieron aunar médicas artes.

Es decir, si la parte amputada de la nariz se hubiese podido usar inmediatamente, es probable que se hubiese seguido el "método indio" usado en la península asiática donde para reponer las

narices mutiladas o perdidas por cualquier causa se servían de las que se cortaban a otra persona principalmente a los esclavos.

El tiempo que duró don Pedro unido su antebrazo a la nariz para que el injerto prendiera es casualmente el fijado por Tagliacozzi. Históricamente comprobada, la operación de Heredia es la primera que se verificó en España siguiendo la técnica italiana.

Repuesto del daño sufrido en esa lucha tan desigual, no piensa sino en el desquite, y es así como la vida de tres de sus atacantes es el precio que cobra por la onza de carne de que le privaron seis.

Después desta pasión, en tiempos varios
Como se viese ya con miembros sanos
Teniendo los avisos necesarios
Que suelen tener hombres homicianos,
Mató de seis los tres de sus contrarios
Por no poder haber más a la mano;
.....
.....

Naturalmente que esta operación, iniciación de la cirugía estética que a tan

alto grado de adelanto ha llegado en nuestros días, no podía ser sino muy imperfecta, pero sin embargo para la mayoría era causa de admiración en la época en que fue realizada, o si no oigamos de nuevo al Beneficiado:

A mí se me hacía cosa dura
Creello; pero con estas sospechas
Hablándole miraba la juntura,
Y al fin me parecían contrahechas
Según manifestaba su hechura;
Por ser amoratadas y mal hechas;
Certificábanlo muchos antiguos
Que todos ellos fueron mis amigos.

Tan exótica era esta operación en aquellos tiempos, que aun personas instruidas dudaban que fuese posible; tal el caso de Castellanos, quien francamente confiesa que sólo por los datos fidedignos que tenía por sus amigos y después de observar a don Pedro, se convenció de que era cierta.

(Tomado de «Revista de las Indias»
Nº 116 - Diciembre. 1950).

APUNTACIONES DEL HOMO PAGANUS

DR. F. VELEZ MEJIA

Cuerpo Humano: laberinto biológico, donde luchan tres fuerzas celulares: la conservadora del corazón, la revolucionaria del cerebro y la anárquica del sexo.

△

Médicos: tratad al enfermo como un todo y a la enfermedad como una parte.

△

La Concepción es la síntesis de dos eternidades relativas, operada por la voluntad del hombre.

△

La Muerte es la resultante de dos fuerzas: la Eternidad y la Vida.

El corazón del hombre es un filtro de los dolores humanos que la vida, compasiva, destila en él para purificarlos.

△

El Amor, bien dosificado, es la única vacuna que admite las más altas dosis sin matar el germen.

△

El Sepulturero es el más insigne de los proveedores: tiene a su servicio la Muerte y con sus frutos alimenta la Tierra.

△

El Hombre moderno es una tormenta nerviosa con su epicentro en el estómago.

△

Psicoanálisis: escrutinio imaginario ante el tribunal de la loca fantasía!

△

Lo condicional y contingente de las doctrinas médicas me han llevado al convencimiento de que la Medicina es la ciencia de las verdades individuales, únicamente!

△

La Locura... qué sugestiva normalidad inconcebible!

△

La Vida es la evolución de una interrogación metafísica en un medio biológico.

△

La Humanidad es una masa de células impregnadas de angustia.

△

El Dolor material es la alegría vital de la célula por su capacidad de reaccionar.

△

La Imbecilidad es la fuente donde la humanidad calmó siempre sus ardores.

△

Para mí tengo que el Cerebro es el más fino instrumento de tortura; en su recinto celebran perennemente las neuronas su danza macabra.

△

La Enfermedad es la interferencia de dos evoluciones, o mejor, la fecundación monstruosa de la íntima armonía.

△

La Salud es una perspectiva únicamente visible desde lo patológico.

5 Productos VI-SYNERAL distintos
para **5** diferentes Etapas de la Vida

PARA CADA EDAD

una dosificación diferente
con vitaminas y minerales.



para
**CRIAURAS
y
NIÑOS**



para
**NIÑOS
y
ADOLESCENTES**



para
ADULTOS



para
**SEÑORAS
EN ESTADO
y DURANTE
LA LACTANCIA**



**GRUPO
ESPECIAL**
para
Edad media
y madura

**LAS VITAMINAS SOLAS
NO SON SUFICIENTE**

VI-SYNERAL sumi-
nistro ambas vita-
minas y minerales

VI-SYNERAL
FUNK-BUSH

Preparado bajo la dirección técnica del doctor Casimir Fundk, el creador de la palabra "vitamina".

VITAMINAS A-B. C-D-D — Niacinamida
Pantotenato de Calcio y todas las vitaminas naturales del complejo B contenidas en la Levadura de cerveza.

Minerales: Calcio, Fósforo, Hierro, Yodo
Cobre, Manganeso, Zinc y Magnesio.

**U. S. VITAMIN
CORPORATION**

250 East 43rd Street
New York 17, N. Y.

Distribuidores para Colombia:
Sociedad Importador e Industrial
Medellín.

NORMAS GENERALES PARA COLABORACION EN "ANTIOQUIA MEDICA"

El artículo debe ser escrito a máquina, con doble espacio, con amplias márgenes a derecha e izquierda.

Debe hacerse constar si el trabajo ha sido leído en alguna reunión médica.

El nombre del autor debe llevar el título que actualmente ostenta.

Las fotografías deben estar copiadas en papel brillante y numeradas al reverso.

Los dibujos y gráficas deben ser hechos con tinta china y numerados también al reverso.

En un papel separado irán las leyendas de las fotografías y gráficas; dichas leyendas serán explicativas.

La bibliografía irá colocada al final del artículo, debiendo estar numerada cuando las referencias están numeradas en el texto, y en orden alfabético cuando no van numeradas, según el apellido del autor.

La referencia bibliográfica deberá constar de la siguiente información:

Apellido y nombre del autor, nombre del artículo en el idioma original, nombre o abreviaturas del periódico, volumen, página, (mes) y año.

Ejemplo: Langley, W. D. y Bryfogle, J.; Aureomycin in epidemic parotitis, J. A. M. A. 143: 1333 (agosto) 1950.

Cuando la cita es de un libro, se hará así: Apellido y nombre del autor, Título del libro, cuando sea posible, la página. Editorial y año.

Los extractos tendrán la siguiente presentación: nombre del artículo en castellano (y si se quiere, y entre paréntesis, en el idioma original). Nombre y apellido del o de los autores. Nombre o abreviatura del periódico, Volumen, páginas, (mes) y año.

Serán cortos, tratando de hacer salientes las conclusiones.

Se firmarán con las iniciales del extractor.

“ANTIOQUIA MEDICA”

Tiene el gusto de anunciar a las Casas Comerciales, Laboratorios Clínicas y Centros de Diagnóstico que esta revista es la continuación de “Boletín Clínico” y de “Anales de la Academia de Medicina”, las que se han fusionado.

Es Organo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, de la Academia de Medicina y de la Asociación Médica Antioqueña (AMA).

Se reparte gratuitamente a todo el Cuerpo Médico del país y se tiene canje con todas las publicaciones científicas mundiales que lo desean.

Su tiraje es de 3.000 ejemplares y sus precios para la propaganda son los siguientes:

Página corriente interior	\$ 80.00
Media Página	\$ 45.00
Página sitio de preferencia como frente a las contracarátulas o frente al texto	\$ 90.00
Página de avisos intercalados, (dos caras)	\$ 100.00

Carátula, precio especial.

Los interesados pueden dirigirse a “ANTIOQUIA MEDICA”.

Facultad de Medicina — Medellín — Apartado 20-38

LABORATORIO CLINICO Y DE INVESTIGACIONES MEDICAS

DR. GONZALO ARISTIZABAL M.
de la Universidad de Antioquia.
Estudios en Michigan, Univ., U. S. A.

DR. ALFREDO CORREA HENAO
de la Universidad de Antioquia.
Estudios en John Hopkins University.

DR. ANTONIO RAMIREZ G.
de la Universidad de Antioquia.
Estudios en Louisville University.

SECCIONES — DIRECCION:

CLINICA MEDELLIN. — Calle de Maracaibo. No. 46-60
Teléfonos: 157-71 — 209-00 — Apartados: Aéreo 846 Nal. 493

LABORATORIO CLINICO

Parasitología, Serología, Micología, Bacteriología etc.
ANATOMIA PATOLOGICA—MEDICINA EXPERIMENTAL
Volumen sanguíneo, Balance fluido, Reacciones de degeneración, etc.

INSTITUTO RADIOLOGICO SAN RAFAEL

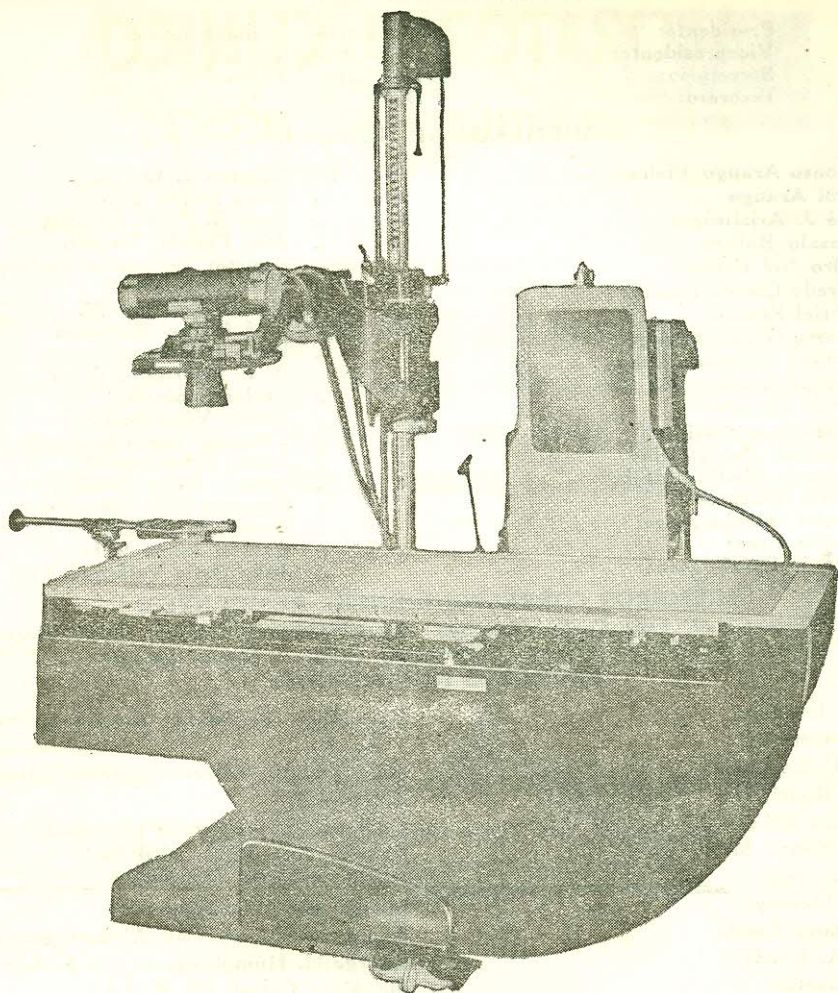
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER

Servicios de Radioterapia, Radium y Radiodiagnóstico:
Este último también se presta a domicilio.

DR. ORIOL ARANGO. — DR. BENJAMIN PEREZ M.

Teléfono: 22.444 — Por Telégrafo: RADIOLOGICO

Calle 56 (Bolivia) Nro. 41-57 — Medellín — Colombia.



Dos modernísimos aparatos de Rayos X Westinghouse modelo DUOFLEX de 200 MA que incorporan los últimos adelantos, tales como tubos de anodo rotatorio para radiodiagnóstico y radioscopia, estratígrafo, seriógrafo 4 en uno etc, han sido instalados en el Servicio de Rayos X del Hospital de San Vicente de Paúl de Medellín.

RAYOS X WESTINGHOUSE
RAMON CUELLAR M.

MEDELLIN: Palacé 52-86 — Teléf. 192-57.

BOGOTA: Av. Jiménez 8-67 — Teléf. 10-150.

CALI: Ed. Botero Salazar No. 3 — Teléf. 23-43.



PERSONAL DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN
— FUNDADA EN 1887 —

Presidente:	Dr. Eugenio Villa Haeusler.
Vicepresidente:	Dr. Alfredo Correa Henao.
Secretario:	Dr. Gabriel Jaime Villa.
Tesorero:	Dr. Edmundo Medina Mejía

MIEMBROS DE NUMERO:

Dr. Alfonso Arango Vieira	Dr. Antonio J. Ospina
„ Oriol Arango	„ Jesús Peláez Botero
„ José J. Aristizábal	„ Juan B. Pérez Cadavid
„ Gonzalo Botero Díaz	„ José Posada Trujillo
„ Pedro Nel Cardona	„ Agustín Piedrahita Restrepo
„ Alfredo Correa Henao	„ Antonio Ramírez
„ Gabriel Franco	„ Alonso Restrepo M.
„ Alberto Gómez Arango	„ José Miguel Restrepo
„ Gustavo González Ochoa	„ Elkin Rodríguez
„ Iván Gil Sánchez	„ A. P. Rodríguez Pérez
„ Miguel Guzmán	„ Carlos Sanín A.
„ Rafael José Mejía	„ Carlos Vásquez C.
„ Benjamín Mejía Cálad	„ Eduardo Vasco G.
„ Edmundo Medina Mejía	„ David Velásquez C.
„ Miguel Martínez E.	„ Ignacio Vélez Escobar
„ Gabriel Noreña Angel	„ Eugenio Villa Haeusler
„ Hernán Pérez	„ Hernando Villegas
„ Antonio Osorio Isaza	„ Gabriel Jaime Villa
	„ Julio Ortiz Velásquez

MIEMBROS CORRESPONDIENTES RESIDENTES:

Alfonso Mejía Cálad, Luis Carlos Montoya, Miguel Múnera Palacio, Darío Sierra L.,
Marcos Barrientos, Ernesto Bustamante Zuleta y Tomás Quevedo G.

MIEMBROS HONORARIOS:

Juan B. Londoño	Heraclides de Souza Araújo (Arauca- Brasil)
Nicanor González	Juan Ramón Beltrán (Buenos Aires-Ar- gentina)
Lázaro Uribe Cálad	Guillermo Uribe Cualla (Bogotá)
Ernesto Rodríguez	Gabriel Toro Villa (Medellín)
Martiniano Echeverri	Emilio Robledo (Medellín)
Braulio Henao Mejía	Miguel M ^o Calle (Medellín)
Emilio Robledo	Edmundo Murray (Bs. Aires-Argentina)
José M. Montoya	George H. Humphreys II (U. S. A.)
Maximiliano Rueda	Mc. Keen Cattell (U. S. A.)
Miguel A. Rueda	Rafael Domínguez (U. S. A.)
Jorge Cavelier	Carney Landis (U. S. A.)
Manuel J. Duque	Salvatore P. Lucía (U. S. A.)
Julio Aparicio	Donovan J. Mc. Cune (U. S. A.)
Gonzalo Reyes G.	Perry P. Volppito (U. S. A.)
Héctor Pedraza	Paul Harvier (París)
Carlos M. Pava	Guillaume Valette (París)
Roberto Franco	Richard Klein (París)
Próspero Villanueva	Joseph Logre (París)
Pedro E. Cruz	Antoine Remond (París)
Bernardo Samper	Gumersindo Sayago (Argentina)
Alfonso Orozco	Raúl F. Vacarezza (Argentina)
Carlos Acosta G.	Héctor Orrego Puelma (Chile)
Tomás Rengifo O.	Ovidio García Rosell (Perú)
Rafael Rengifo O.	Fernando D. Gámez (Uruguay)
Juan Bautista Lastre (Lima-Perú)	José Pablo Leyva (Bogotá)
Francisco Villa García (Lima-Perú)	
Andrés Bianchi (Buenos Aires-Argentina)	
Philliph Harz (Curazao)	

Miguel M. Calle

NOVADONA

EL ESPASMOLITICO DE ELECCION

HIOSCIAMINA

ESCOPOLAMINA

ATROPINA

Proporciones definidas de los alcaloides de la belladona, lo que no ocurre en las preparaciones hechas con la planta. En éstas, además, gran parte de la hiosciamina se transforma en atropina, dos veces más tóxica.



ALIL-ISOPROPIL.

BARBITURICO

Sedante de acción central, dos veces menos tóxico que el fenobarbital y de fácil eliminación.



VEHICULO

Carente de elementos irritantes y suficientemente extenso para darle flexibilidad a la dosificación, particularmente en pediatría.

A large, stylized handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Resco'.

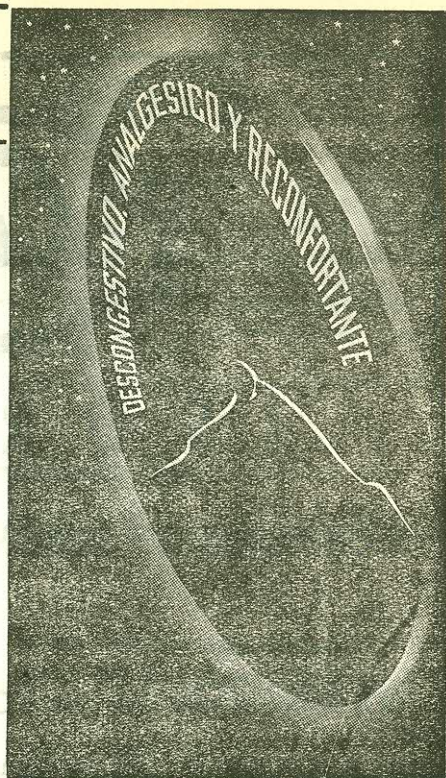
MIEMBROS CORRESPONDIENTES AUSENTES:

Eduardo Cubides Pardo (Bogotá)	José J. Escobar (Cali)
Raúl Villalobos Rojas (Santa Marta)	Bernardo Mejía Jaramillo (Pereira)
Abelardo Arango (Manizales)	César Uribe Piedrahita (Bogotá)
Abraham Afanador Salgar (Bogotá)	Emiliano Vicaria (Tunja)
Mario Bernal Londoño (Bogotá)	Daniel Gutiérrez (Manizales)
Juan Francisco Gómez Gil (Bogotá)	Jaime Mejía (Salamina)
Jorge Llinás Olarte (Bogotá)	Alberto Saldarriaga (Bogotá)
Francisco Gómez Ordóñez (Bogotá)	Gregorio Gómez H. (Envigado)
Benjamín Otálora (Bogotá)	Jorge Castro Duque (Bogotá)
Eusebio Vargas Vélez (Cartagena)	Luis F. Osorio Gil (Manizales)
Arturo Ponce Rojas (Barranquilla)	José Botella Llusía (España)
Kalman Maroy (Bogotá)	Vicente Santí Montagut (España)
Manuel Avello Fálquez (Barranquilla)	Jorge Henao Echavarría (Barranquilla)
Jacinto Echeverri Duque (Bogotá)	Augusto Gast Calvis (Bogotá)
Hernando Anzola Cubides (Bogotá)	Raúl Pinto Fuentes (Uruguay)
Carlos Arboleda Díaz (Bogotá)	Luis Magnani (Uruguay)
Ramón Atalaya (Bogotá)	Cleopatra Epifanio (Uruguay)
Manuel José Baena (Bogotá)	Abelardo Rodríguez (Uruguay)
Jesús Bernal Jiménez (Bogotá)	Aristeo Piaggio (Uruguay)
David Castro Senior (Barranquilla)	Alejandro Artagaveitia (Uruguay)
Mario Correa Rengifo (Cali)	Víctor Giménez (Venezuela)
Guillermo Echeverri (Pereira)	Wenceslao Nowak (Ecuador)
Hernando Latorre (Bogotá)	Amadeo Vicente Mastelari (Panamá)
Carlos Márquez V. (Bogotá)	

DEBER EN LA NOCHE

Manteniendo un calor continuo, la curación húmeda de NUMOTIZINE simplifica el problema del calor externo durante la noche.

En el tratamiento local de inflamaciones superficiales, tales como furunculosis, torceduras, tonsilitis y afecciones ligeras del árbol respiratorio, la acción analgésica y descongestiva de NUMOTIZINE surte sus efectos, sin la pérdida de tiempo, que ocasiona el calentamiento y cambio de curaciones en intervalas frecuentes.

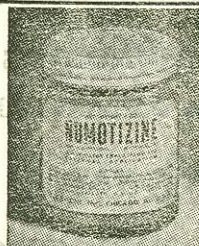


NUMOTIZINE

Analgésico, descongestivo, mitigante

Suministrado en tarros de cristal de 57, 114, 228, 425 y 850 gramos.

NUMOTIZINE, INC., 900 NORTH FRANKLIN ST., CHICAGO 10, ILLINOIS, E. U. de A.



Agentes Distribuidores:
PICOT LABORATORIES OF COLOMBIA, INC.
Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali, Medellín



I S O R E N I N

COMPRIMIDOS SUBLINGUALES

SOLUCION PARA INHALAR

BRONCODILATADOR NO HIPERTENSIVO

- + Es un bronco dilatador 10 veces más potente que la adrenalina.
- + Al contrario de la adrenalina, baja la presión arterial.
- + No tiene acción manifiesta sobre el sistema nervioso central.
- + Posee índices de toxicidad 10 a 15 veces menores que la adrenalina.
- + Es especialmente útil en los estados de asma bronquial asociados a estados de hipertensión.

**ASMA BRONQUIAL — BRONQUITIS CRONICA — ENFI-
SEMA PULMONAR.**

LABORATORIOS "LIFE"

SUCURSAL PARA COLOMBIA:

Bogotá — Medellín — Cali.