

REVISTA MEDICA.

ÓRGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES

Redactor — **NICOLAS OSORIO.**

SERIE XI. } Bogotá, Agosto 20 de 1887 } NÚMERO 117.

SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES DE BOGOTA.

ABCESOS HEPATICOS.

SU TRATAMIENTO POR LAS GRANDES INCISIONES.

SEGUNDO ARTÍCULO.

En el número 86 de la serie octava de 'La Revista médica' publiqué, con fecha 12 de Marzo de 1883, mi primer artículo sobre el tratamiento de los *abscesos hepáticos* por el procedimiento de los médicos de Shanghai.

En aquel artículo me esforcé en comparar el resultado del tratamiento de estos abscesos por la aspiración y por el procedimiento de las grandes incisiones y probé, clínicamente según mi práctica, las ventajas de éste sobre aquél; hoy traigo dos hechos más tomados en mi clientela civil, para apoyar las ideas que he sostenido, hechos que relataré minuciosamente pues ambos son de grande importancia.

El 23 de Abril de 1884 fuí llamado, en consulta, por mi colega el doctor Velásquez para ver un enfermo que él trataba desde algún tiempo antes; este enfermo era un hombre de 34 años; natural de Boyacá; casado; temperamento nervioso, y agricultor; hasta la época en referencia había disfrutado de buena salud, salvo accesos de fiebres intermitentes contraídas en su finca donde el paludismo es endémico. Refiere el paciente

que hace un mes vino á solicitar los cuidados de un médico, porque estando con intermitentes desde algunos días antes, principió á sentir un fuerte dolor en el hipocondrio derecho, dolor que se irradiaba al hombro del mismo lado, este dolor era constante, estaba acompañado de movimiento febril y de algunos trastornos del lado del aparato digestivo, como lengua pastosa, inapetencia; evacuaciones líquidas y amarillosas. Su médico de cabecera diagnosticó entonces una hepatitis aguda y la trató racionalmente, lo que, no obstante, no fué suficiente para hacer terminar la inflamación por resolución; lejos de ésto, la enfermedad siguió agravándose más y más, hasta llegar al estado en que por primera vez vi al paciente; en este día presentaba los siguientes síntomas: cara pálida y muy demacrada; color icterico, voz débil, lengua seca y sarrosa, inapetencia casi absoluta, pulso frecuente y débil (108), temperatura $39\frac{1}{2}$, respiración frecuente, ruidos respiratorios más fuertes en todo el pulmón izquierdo y en la cima del derecho, casi nulos en la base de este último; matitez muy notable en esta misma región.

Descubriendo la región hepática se la nota aumentada de volumen; su piel de color normal con excepción de un punto rojo que existe al nivel de la parte anterior del 8.º espacio intercostal; dolor marcado en este punto é irradiándose á toda la región; la amplitud de los espacios intercostales es mayor que la normal; matitez en toda la región, desde el 5.º espacio intercostal hasta tres centímetros abajo del reborde costal, donde se nota claramente el borde del hígado; edema, más notable en el 8.º espacio intercostal; tos sin expectoración; sudores abundantes y calofríos nocturnos. En vista de esto y de acuerdo con el médico de cabecera diagnosticué un absceso del lóbulo derecho del hígado.

Al día siguiente después de habernos provisto de todo lo necesario para poner el procedimiento de desinfección de Lister en todo su vigor, hice una incisión de cinco centímetros al nivel

del 8.º espacio intercostal, punto que elegí por ser donde creí notar fluctuación, ser el más culminante de la bosaladura, el más doloroso y estar allí roja la piel; esta incisión interesó todos los tejidos inclusive el hígado hasta llegar al foco, de donde se escapó un torrente de pus fétido, espeso, mezclado con quimos sanguinolentos y cuya cantidad, por no haberse podido recoger, fué apreciada en 1500 gramos; exprimí el foco hasta que salieron las últimas partículas de pus, lavé muy bien su interior con una solución anticéptica, coloqué un grueso drenaje dispuesto en ansa é hice que se adaptara á toda la pared del foco y cubrí la región con un vendaje de cuerpo. Durante los 5 días siguientes la supuración fué abundante y fétida, no obstante haber ordenado dos lavados anticépticos diariamente en el interior del foco; pulso en el mismo estado; el termómetro marcaba 39º por la mañana y 39½ por la tarde; la lengua seca y el estado general malo. Observé entonces que el tubo de drenaje que había colocado era muy grueso y había estrangulado la herida operatoria, lo extraje y coloqué en su lugar otro de menor diámetro.

Al día siguiente la situación había mejorado notablemente: la lengua se humedeció; el pulso bajó á 90 y el termómetro á 38º; la supuración continuó con abundancia y el estado general mejoró.

Sometí al paciente á una medicación tónica y reconstituyente; continué haciendo dos lavados diariamente y á los 25 días después de la operación la supuración había cesado, el tubo fué arrojado lentamente por el trabajo de cicatrización del foco. A los 40 días mi enfermo completamente restablecido se ocupaba nuevamente en sus faenas de campo.

Mi segundo caso se refiere á un niño de 4 años, natural de esta ciudad, robusto, temperamento sanguíneo, ha disfrutado de una salud completa y no tiene en sus ascendentes antecedente diatésico alguno.

Hace ocho meses que sin causa apreciable, principió á quejarse de un dolor en el hipocondrio derecho : examinado entonces por un médico, éste notó la existencia, en dicho punto, de un tumor alargado, dirigido oblicuamente de arriba hacia abajo y de derecha á izquierda, paralelo á la dirección del cordón espermático ; dicho tumor era indoloro, algo elástico, mate, irreductible y no había cambio de coloración en la piel que lo cubría ; el paciente tuvo vómito pero no hubo reacción febril ni manifestación alguna de importancia. La aplicación al principio de algunos revulsivos locales seguidos de unciones con pomada napolitana fué el tratamiento puesto en práctica y el tumor desapareció á los quince días. El diagnóstico no se estableció.

El 24 de Marzo fuí llamado, en consulta, para ver este mismo enfermo en asocio de mi colega el doctor Velásquez. Hacía algunos días que el niño se quejaba de dolor y peso en la región hepática y sus padres aseguraban que por la noche le daba fiebre ; por lo demás, el estado general era muy bueno, había buen apetito y el paciente dormía bien.

Al examinar la región hepática noté que había allí aumento de volumen ; las falsas costillas muy prominentes ; espacios intercostales más amplios que lo normal ; aumento de calor en la región ; rubefacción de la piel al nivel del reborde costal ; el borde del hígado se nota á dos centímetros abajo de la última costilla, y por la percusión se ve que llega hasta la 6.^a costilla ; no se nota aumento en el diámetro trasverso del órgano ; hay dolor á la presión, y al nivel del 7.^o espacio intercostal se percibe una fluctuación profunda ; el dolor no se irradia hácia el hombro ; por la auscultación no se nota nada anormal en la región, mas por la parte posterior se encuentra el ruido respiratorio oscuro en ambos tiempos ; por lo demás los órganos respiratorios funcionan muy bien ; aparato digestivo en su estado normal, lo mismo que el urinario. En vista de ésto diagnosticué un abce-

so del lóbulo derecho del hígado y propuse una punción exploratriz para corroborar el diagnóstico. Esta fué hecha inmediatamente con un aspirador de Potain y produjo la salida de pus bien ligado y sin olor alguno desagradable. Creyendo que el foco no fuera muy considerable y teniendo ya la cánula del aspirador en él, creímos conveniente tratar de vaciarlo completamente lo que efectuamos extrayendo unos 100 gramos de pus; cubrimos la piel, en el punto puncionado, con un pedazo de esparadrapo, aplicamos un vendaje ligeramente compresivo y aconsejámos que se tuviera el niño en su cama. (En el pus no se encontró resto alguno que indicara la existencia de un quiste hidático).

En la noche del mismo día de la operación hubo el primer calofrío y por la mañana el pulso era febril (90) y el termómetro marcó 38°, y la lengua estaba seca. Por la tarde el pulso subió á 100 el termómetro á 38½, había dolor en la región hepática y la boseladura había disminuído notablemente.

Durante los ocho días siguientes, continuaron repitiéndose los calofríos nocturnos y persistieron los demás síntomas enunciados ya; el dolor en la región aumentó y la boseladura se hizo tan notable como anteriormente, lo que indicaba que el foco purulento había vuelto á llenarse y en consecuencia su nueva evacuación estaba claramente indicada. De acuerdo con mi colega opté entonces por operar nuevamente al paciente, no ya por la aspiración, procedimiento infiel, sino por el de las grandes incisiones con amplia abertura del foco.

El día 1.º de Abril practiqué la nueva operación siguiendo el procedimiento indicado; hice en el 8.º espacio intercostal una incisión de 3 centímetros, ayudándome del procedimiento de desinfección de Lister en todo su rigor, evacué el contenido del foco, el que dió 250 gramos de pus bien ligado é inodoro; lavé muy bien el foco, coloqué un tubo de drenaje y apliqué un vendaje apropiado.

Las consecuencias de la operación fueron de las más simples: al tercer día los síntomas infecciosos habían desaparecido completamente y la supuración estaba casi agotada. Quince días después el tubo había sido expulsado por el trabajo de cicatrización del foco, y el niño, con su herida cicatrizada ya, se entregaba á su vida habitual. Hoy la curación es completa y únicamente se nota una ligera deformación de la región, debida al descolocamiento que sufrieron las falsas costillas.

Estos dos nuevos casos son una prueba clínica concluyente en favor de lo que sostuve en mi artículo del año de 1883, á saber: que el tratamiento de los *absesos hepáticos por el procedimiento de las grandes incisiones* es salvador, mientras que la aspiración aplicada á esta misma lesión es un procedimiento pernicioso, y que debe relegarse al olvido por estar condenado por la Clínica. Examínese si no con atención mi última observación y se verá en ella una prueba palpable en pro de lo que vengo sosteniendo. En dicha observación se ve claramente que un absceso hepático en un niño que se hallaba en las mejores condiciones deseables para ser operado, y que lo fué por el procedimiento de la aspiración, lejos de tender á la curación, se acompañó de síntomas infecciosos graves, y no tardó ocho días en estar el foco nuevamente repleto, mientras que este mismo niño, tratado luégo por el procedimiento de las grandes incisiones, se restableció inmediatamente, no obstante el relativo mal estado en que se hallaba para ser operado. ¿Podrá esto ser imputable al procedimiento ó nó? Que el buen sentido clínico de todo cirujano responda.

Este caso es también digno de anotarse desde el punto de vista etiológico. En los antecedentes de este enfermo no se halló ni disentería, ni paludismo, ni traumatismo local, ni nada á que la lesión pudiera adherirse; el primitivo tumor que se notó en el hipocondrio ocho meses antes, y que juzgo que haya podido ser un flecmón de la pared abdominal que terminó por resolución,

no tiene, como antecedente etiológico, significación alguna; y no habiendo antecedente diatésico alguno, ni hereditario ni adquirido, forzoso es admitir la espontaneidad del absceso.

Concluyo este trabajo llamando la atención de mis cofrades hacia este punto. En nuestro país son sumamente frecuentes las hepatitis que terminan por supuración, debido quizá á lo frecuentemente que nos vemos acometidos por las epidemias de disentería, y á que el paludismo reina endémicamente casi en todo el país, y á la vez son pocos los cirujanos que tratan los abscesos hepáticos por el procedimiento que he aconsejado. El temor de abrir la cavidad peritoneal detiene la mano del cirujano, y en este caso esta aprensión es quimérica, pues no es á esta cavidad á donde nuestra cuchilla va á penetrar, sino á una celdilla, por decir así, celdilla perfectamente limitada y circunscrita por las adherencias que el trabajo fisiólogo-patológico ha efectuado.

Pero todavía voy más allá y concedo que dicho trabajo no se haya efectuado, y que para dar salida al pus de uno de estos abscesos haya necesidad de penetrar en plena cavidad peritoneal; ¿podrá escudarse con este problemático temor la responsabilidad del cirujano, y condenar así al paciente á una muerte casi segura? Creo que nó, y en apoyo de esta opinión apelo á los nuevos horizontes que la cirugía contemporánea abre á la terapéutica de la peritonitis por medio de la intervención quirúrgica. En el número 144, año 59 de la *Gaceta de los Hospitales*, ha publicado el profesor H. Turc de Montpellier un largo y concienzudo artículo sobre los resultados obtenidos en el tratamiento de la peritonitis por medio de la intervención quirúrgica, y las indicaciones en que debe emplearse este procedimiento, deducidas de la etiología.

Hoy, pues, la abertura del peritoneo no debe asustar á ningún cirujano, y mucho menos si se escuda con el procedimiento de desinfección con que Lister ha dotado la Cirugía; hagamos que nuestra arte transite por las amplias vías que nues-

tros maestros le abren; aprovechémonos de los datos que nuestra propia estadística puede suministrarnos; juzguemos las cuestiones científicas con nuestro propio criterio y habremos formado así una cirugía nacional.

J. T. HENAO.

Manizáles, Junio 20 de 1887.

LECCIONES DE FITOGRAFIA

LECTURAS A LOS ESTUDIANTES DE BOTÁNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL.

Continuación. Véase el número 116. *

El número de familias conocidas hasta el día pasa de doscientos cincuenta, comprendiendo cerca de ocho mil géneros y más de cien mil especies determinadas.

En unas, los géneros que las componen guardan cierta concatenación y recíproca relación que demarca los caracteres generales de la familia: en otras, estas relaciones están interrumpidas por faltar alguno ó algunos de esos caracteres. Las que se encuentran en el primer caso son las más naturales, las que mejor se pueden reconocer por la inspección de cualquiera de sus especies; pero al mismo tiempo, las que más dificultad dan á la delimitación de los géneros, y más aún á la determinación de las especies en particular. Las dificultades que oponen las que se encuentran en el segundo caso, se remedian dividiendo cada familia en tribus y elevando á la categoría de de éstas, cada género anómalo ó cada grupo de géneros disidentes. Cuando las complicaciones exigen que las divisiones se extiendan, se establecen otras entre tribus y géneros, llamadas *subtribus*.

* En el número 116 página 713, líneas 7 y 8 dice "la cual es invariable en una misma familia aunque varíe el número de aquellos." Suprímase esto.

En la línea 27 dice *de léase en*.

Los caracteres que ponen en relación unas familias con otras ó los géneros entre sí, se llaman *afinidades*. Estas pueden consistir en la estructura, forma ó disposición de alguno ó algunos de sus órganos concurrentemente con los caracteres esenciales.

Las familias que se relacionan por más puntos de contacto, son las más afines, y las que deben elegirse para el estudio sistemático; á menos que otras consideraciones como la de conocer las que encierran especies más interesantes por sus aplicaciones obligue á seguir un distinto rumbo.

En tanto que estas dos condiciones son compatibles, guardaremos en lo posible el orden de afinidades seguidas por Decandalle; pero antes de entrar á describir cada una de ellas en particular conviene exponer las bases de la nomenclatura de las familias.

En casi todas hay siempre una especie típica que da el nombre, no sólo al género á que pertenece, sino á toda la familia á la cual sirve de radical con la desinencia en *ácea*, común á las más de ellas. Así de los nombres *Malva*, *Lobelia*, *Primula*, *Campanula*, *Tilia*, *Papaver*, constituídas en géneros se derivan los de *Malvácea*, *Lobeliácea*, *Primulácea*, *Campanulácea*, *Tiliácea*, *Papaverácea* &c., con que se designan las familias respectivas. Pero si el nombre latino de donde trae el suyo la familia, terminase en *is* ó *ix*, y el genitivo en *icis* ó *idis*, la desinencia será en *íceea*, *ídea* ó *ínea*, como *Salicínea* de *Salix*, *Berberídea* de *Berberis*, *Tamaricínea* de *Tamarix*, *Orquídea* de *orchis*. La terminación en *ea* adoptada para las tribus, se aplica á las familias que tienen por radical un nombre de muchas sílabas, como *Dipterocárpea* de *Dypterocarpus*, *Lentibulárea* de *Lentibularia*. Respecto á las antiguas familias de *Crucíferas*, *Leguminosas*, *Gramíneas* &c., se conservan sin alteración como excepciones sancionadas por el uso.

PAPAVERACEAS.

Esta familia, según está constituida en el día, consta de veintiun géneros distribuidos en cuatro tribus ó series, que son: *Papavereas*, *Eschoscholtziceas*, *Platistemoneas*, y *Fumarieas*.

Los caracteres generales están repartidos en las tribus que la componen.

SERIE I.

PAPAVEREAS.

Los géneros que corresponden á esta serie son diez; á saber: *Papaver*, *Meconopsis*, *Argemona*, *Cathcartia*, *Stylophorum*, *Sanguinaria*, *Bocconia*, *Chelidonium*, *Glaucium* y *Roemeria*. Tienen los caracteres comunes siguientes: Pétalos conformes, iguales: estambres libres hipogíneos en número indefinido: estigματο disciforme, radiado, con los lóbulos alternando con los trofospermas: fruto capsular abriéndose por poros.

Papaver. Género compuesto de plantas herbáceas anuales ó perennes, glaucas, glabras ó hispídas, de jugo lechoso, con hojas generalmente lobadas ó divididas. Flores terminales, pedunculadas, inclinadas antes de la expansión: sépalos caducos; corola trespétala, decídua, de prefloración torcida, corrugada en el extremo: estambres numerosos; anteras basifijas, extrorsas: ovario cortamente estipitado, generalmente unilocular, con un número variable de tabiques incompletos; estígmatos disciformes: cápsula de forma variable coronada por los estígmatos, abriéndose por valvas poricidas entre los trofospermas; granos reniformes escrobiculados: embrión endospermico, más ó menos arqueado.

Las catorce especies de este género son exóticas. Sólo dos se cultivan en el país como plantas de ornato; y son, el *Papaver somniferum* con algunas de sus variedades de flores dobles,

y el *Papaver Rhoeas*. El látex concreto de la primera, del cual hacen un gran comercio los orientales, constituye el opio, uno de los más poderosos agentes terapéuticos.

Argemona. Plantas herbáceas, difusas, de látex amarillo, con hojas sinuadas, generalmente espinoso-dentadas ó incisopennatifidas. Flores terminales semejantes á las del *Papaver*. Estígmato deprimido, de 4—6 lóbulos radiados. Cápsula oblonga, erisada, abriéndose por la cima y conservando los estígmato adheridos á los trofospermas nerviformes.

Las seis especies que encierra este género son americanas. La más común es el *Argemona mexicana*, muy extendida en todo el país. Sus granos, aun en dosis pequeñas, son emético-catárticos.

Bocconia. Plantas fruticosas de látex amarillo oscuro, con hojas grandes lobadas ó enteras. Flores pequeñas, apétalas, en espigas ó grandes cimas. Estambres numerosos. Ovario unilocular; estígmato lineares, divergentes alternando con los trofospermas, ó conniventes. Cápsula elíptica, estipitada, de pocos granos, ó con uno sólo arillado.

De las tres especies conocidas, dos americanas habitan los climas fríos de Colombia, y son; el *Bocconia frutescens* y el *Bocconia integrifolia*. Úsanse como antisépticas, vermífugas y purgantes.

Los géneros restantes abrazan plantas exóticas sin representantes en el país.

SERIE II.

SCHOSCHOLTZICEAS.

Corola y andróceo como en el *Papaver*, pero perigíneos. Ginecio bicarpelado, semi-ífero: divisiones estígmáticas en número variable. Cápsula oblonga, estriada longitudinalmente con los trofospermas sobre los bordes de las valvas.

Comprende esta serie dos géneros: *Dendromecon* y *Eschosholtzia*.

Eschosholtzia. Plantas herbáceas, glaucescentes, glabras, de hojas alternas muy divididas. Flores regulares: Perianto y andrócco perigíneos. Cáliz de tres sépalos, deciduos coherentes, desprendiéndose generalmente en forma de capucha, corola grande, tetrapétala. Ovario unilocular terminado por cuatro estígmato desiguales, lineares, divergentes, con dos trofospermas nerviformes. Cápsula linear con diez surcos.

Las cinco especies que componen este género son de la América boreal. Sólo una de éstas se cultiva en los jardines de Bogotá, el *Eschosholtzia californica*.

Dendromecon. Comprende una sola especie de California.

SERIE III.

PLATISTEMONEAS.

Pétalos semejantes: estambres libres hipogíneos en número indefinido. Divisiones estigmatíferas libres, divergentes y alternas á los trofospermas. Fruto capsular.

Consta de tres géneros: *Platystemon*, *Platystigma* y *Romneya*, sin especies conocidas en el país.

SERIE IV.

FUMARIEAS.

Pétalos desemejantes. Estambres en número defnuido. trofospermas nerviformes.

Corresponden á esta serie seis géneros: *Hypecoum*, *Dicentra*, *Adlumia*, *Corydalis*, *Sarcocapnos* y *Fumaria*.

Fumaria. Plantas herbáceas, ramosas, glaucas, de hojas divididas en menudos segmentos. Flores en espigas ó racimos terminales ú opuestas á las hojas: Corola irregular con el pétalo exterior giboso ó espolonado en la base. Seis estambres en dos andróforos. Fruto drupáceo.

De las cuarenta especies referidas á este género, sólo el *Fumaria officinalis* se cultiva en los huertos de los climas fríos del país, á causa de la antigua reputación de esta especie como depurativa, antisórica y estomática.

Los demás géneros no están representados en el país.

AFINIDADES. Las más estrechas, las tiene esta familia con las *Ranunculáceas*, las *Berberídeas*, las *Crucíferas* y las *Caparídeas*. Los géneros que más directamente las aproximan, son : el *Papaver* á las *Ranunculáceas* y *Berberídeas* ; el *Eschscholtzia* y *Fumaria* á las *Crucíferas* y *Caparídeas*. Las relaciones más remotas con otras familias son también más numerosas, pero menos definidas.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA. Las ciento sesenta especies de esta familia están distribuídas con mucha desigualdad en la superficie del globo. Las del género *Papaver* se hallan estendidas en Europa, Asia, Africa y Australia subtropical ; las del *Argemona*, en ambas Américas ; la del *Cathcartia* en Himalaya ; las del *Meconopsis* en Europa occidental, América boreal y la Himalaya ; las del *Stylophorum* en el Asia y la América boreal ; las del *Sanguinaria*, en la América boreal ; las del *Bocconia* en ambas Américas y China ; la del *Chelidonium* y las del *Glaucium* y *Roemeria*, en Europa Asia y Africa ; las del *Dendromecon* y *Eschscholtzia* en la América del Norte ; las del *Hypecoum* en Europa, Asia y Africa ; las del *Dicentra*, en la América del Norte y el Asia ; las del *Adlumia*, en la América del Norte ; las del *Corydalis* en Europa, Asia y Africa ; las del *Sarcocapnos* en España y Africa ; las del *Fumaria*, en Europa, Asia, Africa, América y Australia.

RESÚMEN DE LAS ANALOGÍAS Y DIFERENCIAS DE FORMAS QUE PRESENTAN LOS ÓRGANOS DE LA FRUCTIFICACIÓN ENTRE LOS GÉNEROS DESCRITOS.

- Inflorescencia terminal, flores regulares, solitarias : *Papaver Eschscholtzia*.
- En racimos ó cimas : *Bocconia*.
- Irregulares en racimos ó espigas : *Fumaria*.
- Cáliz disépalo : *Papaver, Argemona, Bocconia*.
- De sépalos coherentes, calitriiformes : *Eschscholtzia*.
- Apétalas : *Bocconias*.
- Estambres hipogíneos en número indefinido : *Papaver, Argemona, Bocconia*.
- Perigíneos en número indefinido : *Eschscholtzia*.
- Soldados en número definido : *Fumaria*.
- Ovario súpero : *Papaver, Argemona, Bocconia*.
- Ovario seme-infero : *Schscholtzia*.
- Estigματο disciforme, radiado : *Papaver, Argemona*.
- Lóbulos estigmatosas lineares y divergentes : *Bocconia Schscholtzia*.

— — —

MICROBIOLOGIA.

RESUMEN DE LOS DIARIOS EXTRANJEROS POR GABRIEL J. CASTAÑEDA.

INCERTIDUMBRE RESPECTO DEL MICROBIO DE LA SÍFILIS.—Los profesores Disse y Taguchi han encontrado *esporos* en la sangre de los sífilíticos, y *esporos* y *bacilos* en los chancros. Se han podido cultivar estos microorganismos y con el producto de los cultivos se han inoculado animales (conejos, ratones, ovejas, perros) cuya sangre ha presentado bacilos absolutamente semejantes á los primeros.—Dos conejos han presentado gomas viscerales que contenían también bacilos. Estos se encontraron igualmente en las orinas y en la serosidad del pericardio. Los bastoncillos tienen 0,0018 de longitud; presentan dos extre-

inidades arredondeadas y un centro claro que les da el aspecto de un punto doble; forman masas ó cadenillas; los *esporos* tienen 0,0008 de diámetro; los bastoncillos están provistos de una envoltura que se rompe á veces. Estos bacilos difieren absolutamente de los bacilos de Lustgarten. Se asemejan más á los que Aufrecht describió en 1881, y Birch-Hirschfeld en 1882.

Eve y Lingard han llegado á demostrar la presencia de un bacilo en doce casos de chancro indurado primitivo, en tres casos de adenopatía, en dos casos de goma y en dos casos de placas mucosas. Han podido, en fin, cultivar el bacilo y reproducirlo con sus caracteres constantes. Estas investigaciones las han hecho de la manera siguiente: toman sangre de un individuo en plena erupción de roseola, y por otra parte cortan una pápula hasta el tejido subdérmico. Después de poner en cultivo estos elementos, han encontrado sobre la sección de la pápula numerosos bacilos diseminados en los espacios del tejido conjuntivo del corión desigualmente coloreados; lo mismo en los cultivos de la sangre y ganglios sífilíticos.

El bacilo en cuestión es polimorfo y consiste en pequeños bastoncillos más ó menos largos con extremidades redondeadas y á veces claviformes. Ellos se colorean desigualmente y parecen divididos en muchos segmentos (de á 3 8 y 5 ordinariamente). Los más cortos parecen constituídos por dos masas de protoplasma, alargadas y ovals, separadas por un espacio claro. Se presentan ya aislados, ya en grupos, en las mallas del tejido conjuntivo en la base del chancro indurado; menos numerosos en el tejido granuloso y casi nulos en el pus y en los leucocitos. Ellos abundan en general en los espacios linfáticos, en los vasos y en los ganglios linfáticos; en las gomas ocupan en general la periferia del neoplasma, allí donde la vitalidad del tejido específico es más activa: los autores mencionados no consideran idéntico este bacilo con el que han hallado en el *esmegma* prepucial los Doctores Alvare y Tavel.

Desde el punto de vista de la técnica histológica, aconsejan colorear la preparación con una solución de *sosa* Humboldt, aceite de anilina y alcohol, procedimiento superior á la coloración por el método de Gram.

Hasta ahora los autores no han logrado inocular la sífilis con el producto de los cultivos microbianos.

Doutrelepont, ha reconocido que no es posible en realidad distinguir el bacilo de Lustgarten del que han hallado en las secreciones de la mucosa de los órganos genitales externos, los Doctores Alvarez y Tabel.—En la discusión Lichtheim declara que su preparador, Giacomi, había descubierto antes de Alvarez y Tabel el nuevo micro-organismo en cuestión, y que se diferencia del bacilo sífilítico por su más grande resistencia á la acción de los ácidos minerales, y del bacilo de la tuberculosis por su mayor sensibilidad en presencia del alcohol.

Karsowitz y Hocheinger han encontrado un *streptococo* en cinco individuos muertos de sífilis hereditaria; de donde concluyen que este microorganismo juega un papel importante. Sin embargo, Chotzen no es de esta opinión y cree que la presencia de este *streptococo* era accidental y que podía provenir del coriza y haber pasado al intestino. Neisser juzga que dichos parásitos no eran accidentales sino más bien la causa de una septicemia concomitante.

Sea lo que fuere de estas explicaciones, es únicamente en los intestinos en donde Cholzen lo ha encontrado en grande abundancia. Además no ha encontrado *streptococos* en el examen que ha hecho de un fragmento de piel cubierto de pápulas que había quitado á un niño atacado de sífilis hereditaria.

Después de sus primeros estudios, Doutrelepont ha reconocido que existe una diferencia entre los bacilos del esmegma y los de la sífilis. Los primeros soportan mal el alcohol y bien los ácidos; los últimos, al contrario, se decoloran por los ácidos, mientras que el alcohol los altera poco. Otra diferencia

se desprende de las experiencias de Bienstock quien ha confirmado la justicia de la idea de Mettertock acerca del papel importante que desempeña el suelo alimenticio para las reacciones coloreadas. Además, Gottstein ha podido llegar á concluir que, mientras que la reacción de los bacilos del esmegma está en una relación causal íntima con el suelo alimenticio, los bacilos sífilíticos poseen ya su reacción en los tejidos.

Doutrelepont estima que mientras no se haya llegado á hacer cultivos puros é inoculaciones, no puede decidirse la cuestión, y es por ésto que él habla no de bacilos sífilíticos, sino de bacilos en la sífilis.

Ferrari cree que el bacilo de Lustgarten se confunde con los bacilos del esmegma de Alvarez; no obstante él ha observado micrococcus y streptococcus que le hacen admitir la existencia de parásitos patógenos en la sífilis. Admite tambien comunicaciones vasculares directas entre el feto y la madre y no una simple nutrición osmótica. Los exámenes histológicos le han demostrado la existencia de micrococcus y de bacterias en la sangre y en las vellosidades placentarias. Para la trasmisión de la sífilis distingue una forma verdaderamente hereditaria transmitida por el acto de la fecundación y una forma congénita producida por contagio ulterior de la madre. Este autor admite el origen paternal después de haber demostrado en el esperma los microbios precitados; según su opinión la mujer, en este caso, queda infectada siempre. Estos microbios se localizan especialmente en los leucocitos que pasan del feto á la madre ó de la madre al feto por las comunicaciones vasculares demostradas por Tafani y Currie. La inmunidad maternal es siempre imposible, pero la sífilis es verdaderamente atenuada por una especie de vacunación intra-uterina.

CHANCRO SIMPLE. El profesor Luca ha podido cultivar la secreción de un chancro simple observado en una mujer. El cultivo obtenido en gelatina esterilizada, fué inóculado con

éxito y el pus de la inoculación fué de nuevo cultivado y presentó colonias grises, amarillo-verdosas, amarillo-rosadas y blancas. Los parásitos son cocci muy pequeños de 0,50 *u.* á 0,60 *u.*, aislados ó reunidos en *zoogleas* ó á veces en cadenillas y en diplococcus; son los cultivos blancos los que dan regularmente resultados positivos. El micrococcus del chancre simple se desarrolla bien en la gelatina y mejor todavía en el suero sanguíneo; es aerobio y se desarrolla á la temperatura ordinaria entre 28 y 38°. Los parásitos de los cultivos grises ó amarillos contienen bacilos, el *stafilococcus aureus* y el *streptococcus*.—El micrococcus especial del chancre simple explica la necrobiosis molecular progresiva del tejido que limita la úlcera; los otros parásitos explican el estado agudo que acompaña el desarrollo de la úlcera y en particular el desarrollo del bubón. Este es simplemente inflamatorio si sólo han emigrado allí estos parásitos; será chancroso si hay á la vez migración del micrococcus del chancre simple. Como este microbio es aerobio manifiesta especialmente sus propiedades patógenas cuando el bubón está abierto.

ETIOLOGÍA DE LOS ABCESOS MÚLTIPLES EN LOS NIÑOS DE PECHOS.—Como esta afección aparece especialmente en los niños de pechos tuberculosos ó caquéticos, se ha querido considerarlos como una localización de la tuberculosis ó de alguna otra diátesis grave, del mismo modo que los abscesos fríos múltiples que acompañan á la escrófula en una edad más avanzada. Esta enfermedad ha recibido muchas denominaciones: inflamación del tejido celular, dermatitis foliculosa ó flegmonosa, &c. Como se ha reconocido que la inflamación principia por los folículos sebáceos y sudoríparos, se la ha atribuído también á una diátesis análoga á la forunculosis.

El examen del pus ha revelado la presencia de coccus agrupados por 2, 4 y 16; por el cultivo se han obtenido los *staphylococcus pyogenus*, *albus* y *aureus*. Desde luégo no puede

atribuirse ya á una localización de la tuberculosis ó de cualquiera otra enfermedad infecciosa. La enfermedad se desarrolla especialmente en los niños tuberculosos ó mal nutridos, porque la piel presenta en ellos una puerta de entrada favorable, y no se podría atribuir á un transporte de coccus por la sangre. Los gérmenes penetran bajo la piel por el orificio de las glándulas ó de los folículos, y particularmente en las regiones en que el tejido adiposo es poco abundante como el cuero de la cabellera. Esta afección infecciosa merece, pues, el nombre de *forunculosis cachecticorum* ó de *folliculitis abscedens infantum*, que propone el doctor Escherich. La profilaxia y el tratamiento se desprenden de la misma naturaleza infectiva de la afección. El autor citado es de opinión de no aguardarse á la abertura espontánea del absceso ni emplear los madurativos, sino hacer, á buena hora, incisiones y después lociones sobre todo el cuerpo con la solución de sublimado al 1/1.000.

(*Revista de las Ciencias Médicas* por Hayem).

ANTIFEBRINA.—El Doctor Krilger hace el elogio de la antifebrina después de haberla ensayado en 18 casos de enfermedades febriles: 4 de tifo abdominal, 3 de fiebres intermitentes, 3 de neumonía, 2 de pleuresía serosa, 3 de reumatismo poliarticular agudo, 1 de difteria y uno de fiebre puerperal. La defervescencia fué más rápida en los casos de fiebres paludosas que en los de neumonía y pleuresía y la dosis cotidiana se elevaba á un gramo.

El autor atribuye á la antifebrina un poder antiséptico comparable al del ácido salicílico; bajo la forma de tópico pulverulento ó en solución en el colodión, las úlceras ó soluciones de continuidad cubiertas por esta sustancia, curan por primera intensión.

(*Gaceta Hebdomadaria.*—París, Abril 8 de 1887.)

B O C I O .

Señor Presidente de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales.—Bogotá.

May señor mío : hace algún tiempo deseaba dirigirme á usted á fin de someter al estudio de ese ilustrado cuerpo un concepto, que no es mío, * pero me ha tocado corroborarlo con la observación de más de cinco años en diversos pueblos del Departamento del Tolima, acerca de la dolencia física conocida con el nombre científico de *bocio*, ó el vulgar de *coto*.

Como no poseo conocimientos médicos de ninguna especie, me dirijo á la Sociedad con temor, movido sólo por el deseo de contribuir en algo al descubrimiento de la causa originaria del *bocio*.

*
* * *

PRIMERO.—En los pueblos situados sobre el río Magdalena (en el valle del Tolima), retirados de ambas cordilleras, donde la temperatura es caliente y uniforme, no se desarrolla ó no se conoce el *bocio*.

SEGUNDO.—En los pueblos situados sobre las cordilleras, retirados del valle, donde la temperatura es fría y uniforme, tampoco se conoce el *bocio*.

TERCERO.—En los pueblos del valle, situados al pie de las cordilleras, donde la temperatura es caliente, pero modificada bruscamente del día á la noche por la brisa fría de aquéllas, es donde predomina generalmente el *bocio*.

CUARTO.—En los pueblos de las cordilleras, pero tan cerca del valle que puedan recibir de éste las brisas calientes, se desarrolla el cretinismo acompañado por lo común del idiotismo.

QUINTO.—No son las aguas salobres, sulfurosas ó minerales, en general, ni los alimentos, lo que produce el *bocio*; pues si

* A nuestro amigo y colega señor don José del C. Acosta debemos la indicación primera, en 1883.

así fuera, *todos* los individuos de una misma localidad lo sufrirían, y esto no sucede.

SIXTO.—El preventivo eficaz en los pueblos de los puntos tercero y cuarto consiste en no recibir á cuello descubierto las brisas del anochecer y del amanecer, especialmente las últimas. En realidad, las personas acomodadas, que pueden guardar la cama hasta después de la salida del sol, no sufren por lo regular el bocio.

Ibagué, Junio 30 de 1887.

Soy de usted muy respetuoso servidor,

MARCO A. LOPERA G.

ESTUDIO

SOBRE ALGUNAS FORMAS DE TUBERCULOSIS EN EL INTERIOR DEL PAIS.

Observaciones.—Servicio del Hospital.

Véase el número 116.

LA TUBERCULOSIS EN LAS ALTURAS.

Establece Jourdanet, médico francés, que ejerció su profesión por largo tiempo en la ciudad de Méjico, que desde 200 metros sobre el nivel del mar, la tuberculosis en Méjico es rara y tal vez se puede decir que no existe. Esto parece cierto para los extranjeros de aquella nación, así como para los habitantes de todas las razas allí radicadas. La práctica civil de 4½ años le facilitó el examen de 30,000 enfermos y de éstos hubo seis tuberculosos ; con razón podría objetarse que se trataba de una clientela formada de gente rica ó acomodada ; pero Jiménez, médico del hospital de la ciudad de Méjico, sostiene que en 11,963 enfermos, cuidados en su servicio durante 14 años, no hubo sino 143 tuberculosos.

En 1.862, Guilbert, médico francés, residente en Bolivia, sostenía: 1.º ausencia de la tisis pulmonar en los indígenas de la cordillera, como también para todos los europeos allí establecidos ; y 2.º curabilidad de esta misma afección por la permanencia en las colinas de los Andes, casi sin excepción. Lugares favoritos de residencia : Quito, Bogotá, Antizana, &c.

El doctor Toner, U. S. of A., sostiene que la frecuencia de la tuberculosis disminuye con la elevación. Hé aquí su estadística oficial.

Lugares.	Elevación en metros.	Tuberculosos, por ciento, muertos.
Arizona.....	1.980	2.52
Colorado.....	2.146	7.59
Idaho.....	1.915	10....
Montana.....	1.426	9.18
Nevada.....	1.786	8....
New Méjico.....	1.750	3....
Utah.....	1.800	6.25
Werming.....	2.370	5.40

Por comparación.

Connecticut.....	20	por ciento.
Columbia.....	21	id. id.
Maine.....	26	id. id.
Massachusets.....	22	id. id.
New Jersey.....	22	id. id.
New York.....	27	id. id.

En Africa, Abisinia, &c., Antoine Abadie, sostiene que la tisis no existe.

En el Asia central los hermanos Schlaginlweit, dicen : “ en cuanto á las enfermedades crónicas del pecho, no hemos tenido ocasión de observarlas en los Tebecios.”

En Europa la inmunidad para la tisis se obtiene á alturas variables ; en Suiza, entre 1,300 á 1,400 metros sobre el nivel del mar, y según Muller de 1868 á 1869 metros habría un (1) tuberculoso por mil habitantes.

Hilton Fagge en su obra, nos enseña : “ La América en sus cordilleras ofrece montañas en las que los tuberculosos obtienen grandes beneficios sin exponerse á la acción de los fríos extremos. Esto fué señalado hace mucho tiempo por el Dr. Archibald Smith, quien ejerció por muchos años su profesión en el Perú ; además, esto parecía, desde tiempo inmemorial, familiar á los peruanos mismos, quienes consideran los valles de los Andes, desde 8,000 hasta 10,000 piés sobre el nivel del mar, casi como omnipotentes en la prevención y curación de la consunción ; como regla general, se puede decir que mientras más se aproxima al

Ecuador mayor es la elevación que se hace necesaria en las montañas para obtener más ventajas de salubridad en tales casos. Los lugares por excelencia parecen ser Huanuco y Tanja. El Dr. Walshe recomienda como más accesible la altiplanicie de Santafé de Bogotá, en Nueva Granada. La mejor recomendación de este lugar es la igualdad de su clima en las diferentes estaciones, la temperatura media de cada trimestre es de uno á dos grados de 86°, Fahr. Los otros lugares de envío de tuberculosos son : San Paulo, cerca de Santos ; las colinas de Guatemala y de Méjico, y Manitoba en Colorado.”

Se señala, además, como resultado de la permanencia en los lugares elevados :

I. El aumento de la nutrición y de las funciones inmediatamente conexas con aquélla ;

II. El aumento de todos los diámetros del pecho en los puntos de los pulmones no invadidos por los tubérculos ;

III. El desarrollo en todos los puntos no enfermos de tubérculos, de un enfisema vesicular ó patológico, como resultado del aumento en el trabajo de la inspiración ;

IV. El aumento de los diámetros del tórax en todos los habitantes de la Sabana, altiplanicie de Anahuac, superior á la media normal (Jourdanet), y

V. La gimnasia pulmonar tiende á desarrollarse, como preservativo de la tuberculosis, en las personas de pulmones no invadidos por los tubérculos, un enfisema vesicular.

Y para agotar lo que nos viene de ultramar sobre los tubérculos en relación con la elevación de nuestra cordillera como preservativo y agente de curación de la tisis tuberculosa, copiamos lo que nos trae “The Lancet” de 7 de Agosto de 1886, en su editorial : “ La curación de la tisis por el aire de las montañas se ha establecido como un progreso de terapéutica genuina. Aun se ignoran las clases de casos susceptibles de este tratamiento, aunque un progreso notable se ha realizado en esta dirección, no se ha determinado con precisión el grado de eficacia de este tratamiento ; con todo, es verdad que en un número de casos considerable ó reducido, su valor es indisputable. Consideremos, por un momento, las razones de su curación y emitamos las opiniones en armonía con lo que la experiencia demuestra.

“ La tisis es por excelencia una enfermedad de la respiración, la condición fundamental de su curación reposa en el estado favorable del aire que el paciente respira. El buen aire no representa la suma y el total de la terapéutica de la tisis, pero sin él todas las otras medidas son, casi seguramente, ineficaces. La atmósfera de las grandes alturas posee tres grandes caracteres : la pureza, la rarefacción y el frío. Todos los observadores modernos convienen en que el aire puro es el requisito más esencial en el tratamiento de esta calamidad nacional y aun no siendo realmente así, queda poderosamente reforzado al aceptar las nociones de Koch acerca de la parte importante que el *baccillus* del tubérculo desempeña en su etiología. Que el aire impuro sirva como *nidus* ó asiento del virus peculiar de la enfermedad, ó que obre nocivamente al facilitar la putrefacción de la expectoración y aumenta la intensidad del trabajo activo que constituye el proceso de la ulceración en los pulmones, ó en fin, que simplemente disminuya el apetito y perturbe la nutrición, aceptando alguna ó todas estas teorías, sus perniciosas influencias son incuestionables y muy fácilmente explicables. El aire puro no se encuentra en las inmediaciones de los grandes centros de población, como tampoco en los lugares declives ; para conseguirlo en completa perfección, tenemos que buscarlo hácia el océano, el desierto ó hácia las grandes alturas. En cualquiera de estas localidades hemos abandonado las fuentes ordinarias del contagio atmosférico;—es innecesario tratar de asignar precedente alguno patológico en estas localidades, quedando en todo caso establecido que la pureza atmosférica es allí absoluta.

“ El carácter del aire de las grandes alturas que viene después del precedente es el más esencial, la rarefacción, la que guarda relación con la elevación. De un modo general, la rarefacción es casi inapreciable debajo de 2,000 pies, pero se hace muy sensible por cada ascenso de mil pies sobre el nivel anterior. Los lugares favoritos de Suiza para curar la tisis, como Davos, St. Moritz, Samaden, Pontresina, &.^a tienen como elevación de 5,000 pies para arriba. En los Andes los mismos lugares de curación de la tisis son mucho más elevados; Bogotá, Arequipa, &.^a están de 9 á 10,000 pies sobre el nivel del mar. El primer efecto del aire enrarecido sobre los pulmones es el de provocar respiraciones profundas y amplias, promoviendo la expansión pulmonar, ofreciendo así las condiciones indispensables para la absorción de los depósitos mórbidos. Es evidente que tales condiciones deban ejercer una influencia favorable

sobre la tisis; el hecho de que los tubérculos tengan preferencia en su depósito sobre las cimas de los pulmones, la parte de éstos que funciona con ménos actividad, es una insinuación para nosotros de que en el tratamiento de esta enfermedad debemos buscar la actividad y no el reposo en los órganos de la respiración. La gran dificultad, sin duda, son los casos hemorrágicos; se aconseja, con razón, el reposo cuando existe la hemorragia, ó cuando se teme esta, pero es tambien no menos cierto que el depósito del tubérculo es favorecido por una vida inactiva y sedentaria.

“En Davos los tuberculosos que han sufrido de hemoptisis, después de algún tiempo, son admitidos en el patineo, en el juego de la pelota y en otras entretenciones al aire libre, y la estadística demuestra que casi jamás hay accidentes desfavorables de esta práctica.

“La libre circulación de la sangre al través de todo el sistema circulatorio, acarrea una vigorosa irrigación á lo largo de los vasos de los pulmones, sin olvidar la importante ventaja de que así se previenen las éxtasis y congestiones pulmonares. Por mucho tiempo se creyó que el aire enrarecido facilitaba las hemoptisis y hemorragias en general, y en corroboración se han historiado casos de epístasis y de accidentes melánicos en el trabajo de trepar montañas. No hay necesidad de discutir la exactitud de estos hechos, pero cuando se hacen para demostrar que las hemorragias de los tuberculosos son favorecidas por la atmósfera de las grandes alturas, se ha olvidado que la presión de la sangre en los lugares de las hemorragias señaladas antes, es diferente de la que predomina en los órganos interiores de los tuberculosos. La congestión de la superficie del cuerpo debe estar acompañada de una anemia proporcional en los órganos internos y entre éstos los pulmones. De aquí que la rarificación del aire lejos de ser nociva en los casos de hemorragias pulmonares, ofrece un medio de alivio y de contrarrestarlas.

“Es el frío el tercer importante carácter del aire de las alturas. Por mucho tiempo se creyó que el calor por sí tenía una influencia favorable sobre la tisis, pero esta teoría se ha abandonado hoy completamente. El tubérculo es mucho más común en las regiones tropicales, mientras que es extremadamente raro en las latitudes polares. El calor, no hay duda, influencía favorablemente el catarro de los bronquios que acompaña generalmente la tisis, pero no tiene acción benéfica ninguna sobre el depósito tuberculoso; afortunadamente el aire de las grandes alturas es no solamente muy frío sino muy seco, y esta combinación de condiciones

tiende á disminuir las secreciones anormales, y al mismo tiempo promueve el apetito y los ejercicios físicos. Esto último es de mucho valor.

“Ningún clima puede ser benéfico al tuberculoso, á menos que mejore las funciones de nutrición, y es éste uno de los mejores atributos de los climas de las grandes alturas en pro de los tuberculosos,— con excepción de aquellos que no poseen suficiente energía vital para reobrar en presencia del estímulo causado por el frío,— que adquieren durante su residencia en las altas montañas un grande aumento en el apetito y en el poder de la digestión.

“Por hoy nos contentamos con explicar simplemente el *modo racional* de curación de los tuberculosos en las grandes montañas; que encalle á menudo, es un hecho, pero también es cierto que hay crecido número de casos poderosamente beneficiados por aquellos climas. La experiencia dictará los límites de su utilidad y asignará en otros los límites de su aplicabilidad.”

Hoy podemos hacer el balance de este estudio comparativo, *afirmativamente*:

1.º No ponemos en duda la exactitud de los hechos historiados en cuanto al buen resultado del tratamiento de los enfermos tuberculosos enviados á los climas de las montañas de Suiza, como tampoco negamos que un crecido número de tuberculosos enviados de Europa á nuestro continente experimentan una mejoría marcada en su enfermedad, señalada en unos por la disminución y en otros por la supresión del trabajo de la tuberculosis pulmonar. Basta pasear las calles de la ciudad de Bogotá para aumentar las pruebas de lo que acabamos de exponer: vienen á Bogotá y encuentran en la atmósfera todas las condiciones climatéricas ya apuntadas, excepto la de la pureza del aire, y la afección pulmonar entra en un período de verdadera latencia y con una duración de carácter indefinido, en el mayor número de casos;

2.º Á nuestra enorme elevación sobre el nivel del mar, se reúnen condiciones en el acto de la respiración, que forzosamente exigen de los pulmones mayor trabajo mecánico para hacer efectiva nuestra hematosi; al mismo tiempo hay menos pedido de combustiones orgánicas, por ser menor el desarrollo del calor animal, de acuerdo con las condiciones del medio en que vivimos; de aquí que en la clase medianamente acomodada,

la tuberculosis pulmonar en *estadística* general es mucho menor comparada con la de la Zona media; señalamos especialmente esta conclusión porque la práctica civil aumenta palpablemente las pruebas en su favor;

3.º En los enfermos enviados á Suiza se ha observado el desarrollo del enfisema en las porciones de pulmones no invadidos por el tubérculo, con una exageración en los diámetros del tórax sobre los puntos así enfisematosos, lo que indirectamente previene el depósito de tubérculos en aquellas secciones de pulmones, &.^a Anotamos con mucho cuidado esto porque se trata de individuos llenos de atributos generales de vitalidad, con porciones de pulmones inhabilitados para la respiración por el depósito de tubérculos, pero con otras restantes no sólo sanas, sino susceptibles de reacción: testigos los trabajos de congestión, de inflamación, de reblandecimiento, &.^a, que se pasan en contorno de los tubérculos para expulsarlos. Una vez separados los enfermos del medio común y colocados en otros que ponen en receso el trabajo de la tuberculosis, es natural que las porciones de pulmones sanas, en plena aptitud funcional, no sólo trabajen sino que se dilaten en sus vesículas y ensanchen la armazón del tórax en sus puntos correspondientes. Es seguro que lo mismo suceda en los europeos radicados en las faldas de nuestras tres gigantes cordilleras. Actualmente hemos observado un francés, que confirma puntualmente cada uno de los hechos que acabamos de anotar; y

4.º De modo que la experiencia médica es unánime en todas partes acerca de la influencia benéfica que ejercen las condiciones atmosféricas de las grandes alturas sobre el nivel del mar en el tratamiento de las tuberculosis comunes, tal como nos vienen descritas clásicamente en los tratados europeos; y nosotros no sólo las confirmamos sino que declaramos categóricamente que las cordilleras de nuestros Andes son lugares si nó de curación de las tuberculosis comunes, al menos favorecen el establecimiento de un período de latencia en la enfermedad de carácter indefinido.

De lo que hemos expuesto y de la lectura de las observaciones que á continuación siguen, podemos en los puntos en litigio concluir, *negativamente*:

1.º Las aserciones de Jourdanet,—ausencia de la tuberculosis en Méjico desde 200 metros para arriba sobre el nivel del mar; de Guilbert,

Bolivia, ausencia de la tuberculosis en los habitantes indígenas de las Cordilleras; de Toner,—disminución de la tuberculosis con el aumento de la elevación sobre el nivel del mar en los Estados Unidos del Norte; de Abadie, etc., de acuerdo con nuestras observaciones son completamente inexactas entre nosotros. Excusable Jourdanet por haber cuidado una clientela rica, no lo es Jiménez, quien asegura que sobre 11,963 enfermos de Hospital no encontró sino 143 tuberculosos en Méjico.

Los tuberculosos del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá, son de Bogotá y de los pueblos de toda la Sabana, con una elevación sobre el nivel del mar desde 2,611 metros para Bogotá, hasta 2,829 ó sea la elevación máxima de los últimos. Son y en mucha abundancia de Tunja, á 2,660 metros y de los pueblos inmediatos; de otros, como Venta-quemada, á 2,600 metros; Leiva, á 2,147 metros; Santa Rosa de Viterbo, á 2,671 metros, etc.

También los hay de algunos puntos cercanos á la Sabana de Bogotá: Caqueza á 1,683 metros, Tena á 1,350 etc, etc.;

2.º En cuanto al aumento de los diámetros del tórax en nuestros indios alentados, como debía suceder de acuerdo con las observaciones de Jourdanet en los indios de la Sabana de Anahuac, por encontrarse en igualdad de circunstancias topográficas, es completamente inexacto entre nosotros. La capacidad respiratoria de nuestros indios tuberculosos es sumamente reducida, después de una amplia inspiración con la mejor voluntad, alcanzan á contar hasta el número 7, cuando nosotros alcanzamos hasta el número 70;

3.º Los diámetros del tórax de nuestros indios tuberculosos son muy pequeños, no hay desigualdad en la conformación exterior del pecho que pudiera referirse á un esfuerzo de ampliación de las partes de los pulmones sanos, en favor del aumento de la extensión de la superficie de la respiración. Hay enfisema vesicular en las partes exentas de depósitos tuberculosos, pero en nuestros enfermos es la expresión de otro mecanismo anatómo-patológico: es la manifestación de la deficiencia, de la decadencia vital del órgano; no hay lesión alguna que permita establecer la menor sospecha de la existencia de reacción vital ninguna, todo lo contrario, las hay de muerte local anticipada; y

4.º Podemos asegurar, sin riesgo de equivocación, que en todos los lugares que se dicen exentos de tuberculosis en general, incluida en ésta

la clase inválida, es tan frecuente la tuberculosis como entre nosotros, y aún á alturas mayores de las ya señaladas.

Abrigamos la pretensión de que algo nos corresponde en la tarea de haber anotado los caracteres propios de anatomía patológica y de sintomatología de una variedad de tuberculosis, especial entre nuestros indios, que se caracteriza por la regresión *in situ* del tejido normal, por el silencio de los desórdenes funcionales, y que conduce irremisiblemente al sepulcro nuestros enfermos, con las manifestaciones propias de una inanición por causa mórbida.

JOSUÉ GÓMEZ.

(Continuara).

REVISTA TERAPEUTICA.

LECHE. El doctor Paul Hélot da el siguiente procedimiento rápido para conocer la buena calidad de la leche de una nodriza. Ha demostrado que bajo el mismo volumen y en un mismo cuenta gotas, la leche debe suministrar treinta y cinco gotas cuando el agua destilada da, á 15 grados, treinta gotas. El autor aconseja la jeringa de Pravaz porque ella está en todas las manos. Para servirse de la jeringa se quitará la aguja y se colocará verticalmente haciendo jugar el émbolo de tal modo que las gotas salgan una á una.

MENTA. La fórmula siguiente es un buen calmante de las neuralgias dentarias: esencia de menta 2 gramos; bicarbonato de soda 50 centigramos; agua destilada 50 gramos. Para aplicar tópicamente en las encías.

La esencia de menta piperita aplicada por medio de un pincel en las quemaduras de primer grado, calma inmediatamente el dolor é impide la formación de escara.

Se asocia la esencia de menta á la parafina previamente fundida y se cuele en moldes en forma de lápiz y se la cubre con papel de estaño para conservarla. Este lápiz hace desaparecer el dolor de cabeza con solo pasarlo sobre la frente y las sienes una ó varias veces.

OXÍGENO. Las inhalaciones de oxígeno á la dosis de 6 litros por día, tienen una influencia favorable contra los desarreglos digestivos que sobrevienen al principio del embarazo, tales como los vómitos frecuentes, estado saburral, pérdida del apetito, cefalalgia etc.

La inhalación debe durar por lo menos media hora.

Según Kimberger, estas inhalaciones retardarían las alteraciones mórbidas que se observan en la leucemia y la pseudo-leucemia.

PARALDEHIDE. Este medicamento es un hipnótico poderoso que presta grandes servicios en los enajenados, á los cuales se ha dado á la dosis de cuatro á seis gramos en una poción endulzada con jarabe de vainilla, de menta etc.

Se ha usado también por la vía rectal en la forma siguiente; paraldehyde cuatro gramos; agua de malvavisco ciento cincuenta gramos.

Inyección hipodérmica: agua destilada diez y seis gramos; agua de laurel cerezo cuatro gramos; paraldehyde cuatro gramos; se puede inyectar una jeringa de Pravaz.

En los enfermos atacados de cólicos nefríticos ó hepáticos, el paraldehyde es absolutamente impotente durante las crisis pero en el intervalo de los accesos dolorosos determina un sueño tranquilo y prolongado.

En los morfiomaniacos es de grande utilidad porque combate la manía habitual de hacerse dormir que domina en ellos.

PERMANGANATO DE POTASA. El doctor Stanislas Martín da la formula siguiente contra el sudor de los piés: permanganato de potasa un gramo; agua destilada cien gramos; timol treinta gotas. Mójese en esta mezcla papel de filtro ú otra tela cualquiera que pueda cortarse en plantillas y déjesela secar. Cada día puede ponerse un nuevo par de plantillas en el calzado.

PILOCARPINA. Por numerosas esperiencias, el doctor Galezonski concluye, que la pilocarpina es frecuentemente preferible

á la esrina porque es menos irritante, calma más pronto y más fácilmente los dolores y la fatiga que experimentan los enfermos atacados de glaucoma simple. Es difícil determinar previamente á cual de los dos mióticos se debe recurrir en un caso dado; por tanto, el autor prescribe al principio la instilación alternativa de estas dos sustancias. Frecuentemente el uso alternativo de una y otra procura mayor alivio; en otros casos hay necesidad de escojer, ya la pilocarpina, ya la eserina sola.

HIPNONA.—Se llama hipnona, como nombre que pudiéramos decir de guerra, pero que ha recibido como nombres químicos *aceto-fenona*, *fenil-metil-acetona*, *metil-benzoilo*, *acetil-fenilo*, *acetil-bensol-fenil-metil-Ketona*, Bourgoin Friedel, en carta á Dujardin Beaumetz y Berdet dice que debe llamarse *fenil-metil-carbonila*.

Este producto fué descubierto por Friedel en 1857 y es el tipo de una numerosa clase de acetonas mixtas que tienen por forma general $C^{2n} H^{2n-8} D^2$ y que derivan de dos ácidos orgánicos, uno perteneciente á la serie grasa y el otro á la serie aromática; de aquí el nombre de acetonas aromáticas que se da también á este grupo de cuerpos. Su fórmula atómica es $C^8 H^8 O$.

Se obtiene sometiendo á la destilación una mezcla de benzoato y de acetato de calcio. Se presenta á la temperatura ordinaria en estado líquido, pero basta bajar la temperatura 4° ó 5° para que este cuerpo tome forma cristalina; es líquida, incolora, móvil, muy refringente y que hierve á 198° . Es todavía la hipnona un producto de laboratorio que viene á costar 200 francos el kilo.

Limousin dice que no es soluble en el agua ni en la glicerina, pero que es muy soluble en el alcohol, el eter, cloroformo, benzina y esencia de trementina. Un centímetro cúbico pesa unos 6 gramos. El cuenta-gotas titulado de Lavaigne da por cada centímetro cúbico de hipnona de 39 á 40 gotas, de manera que cada gota pesa próximamente $2\frac{1}{2}$ centigramos. Es un cuerpo

de reacción neutra, irritante y cáustico, y aplicado en las mucosas, provoca dolor y comezón muy vivos. Su olor es muy persistente y parecido al del heno, el muguet ó el agua de laurel cerezo.

Puede darse en jarabe, elixir y looc, pero según Dujardín Beaumetz y Bardet, la mejor forma de dar la hipnona son las cápsulas Clertan de esta sustancia, que cada una contiene de 5 á 10 centigramos de hipnona.

Administrada en el hombre sano, hé aquí los efectos que han observado Dujardín Beaumetz y Bardet. Dada bajo la forma capsular y á dosis de 20 centigramos, en el momento de romperse la cápsula en el estómago se siente un calor regular y eruptos del olor penetrante de la hipnona, síntomas propios de las cápsulas de esta sustancia al éter y muy poco marcados cuando son al aceite; de veinte minutos á tres cuartos de hora viene el sueño y se cierran los ojos, sueño tranquilo, bastante profundo, de despertar fácil sin náuceas ni inapetencia, como sucede al despertar del cloral ó del paraldehido; en algunos casos hay al despertar el ligero dolor de cabeza que no falta casi nunca cuando el sueño ha sido medicamentoso; la respiración, la circulación y la sangre quedan normales despertando en algunos casos el apetito.

No son constantes sus efectos, y el agente más parece que favorece el sueño que le provoca; según los experimentos de Dubois y Bidot, la hipnona aumenta en notable proporción los efectos anestésicos del cloroformo.

Bajo el punto de vista de su acción analgésica, es inferior que el cloral, no produce el sueño en los insomnios provocados por la tos frecuente, pero en cambio es igual ó superior á los demás hipnóticos cuando se trata de provocar el sueño en el insomnio alcohólico ó en el provocado por el exceso de trabajo intelectual.

No debe pasarse de 50 centigramos y administrarse en una

dosis, y en el momento que deseamos provocar el sueño, porque de lo contrario, nos exponemos á no obtener éxito alguno.

El trabajo que hemos extractado termina con las siguientes conclusiones :

1.° La hipnona es una acetona mixta de la serie aromática.

2.° Esta acetona es tóxica, y su mayor ó menor fuerza parece tener una acción notable sobre su acción nociva.

3.ª La hipnona ó dosis tóxica produce en los animales sueño, analgesia, anestesia y disminuye la neurilidad de los elementos nerviosos ; baja considerablemente la presión sanguínea, modifica la respiración y altera la composición de la sangre.

4.ª De una vez la hipnona á dosis de veinte á 40 centigramos, solo produce en el hombre el sueño ; es un hipnótico que combate sobre todo el insomnio nervioso, el producido por los excesos alcohólicos y el dependiente de trabajos intelectuales muy prolongados.

JUNTA CENTRAL DE HIGIENE.

REGLAMENTO.

Art. 1.° El objeto de esta Junta es presentar al Poder Ejecutivo los datos científicos que necesite para resolver las cuestiones que se rocen con la salubridad pública.

Art. 2.° Para llenar su objeto y estudiar los asuntos que ella quiera iniciar, relacionados con la Higiene, la Junta se dividirá en comisiones y entre ellas, á la suerte, se repartirán las materias en que deba ocuparse.

Parágrafo. Los miembros tienen derecho á presentar trabajos de Higiene sobre el tema que elijan, aunque éste no les haya correspondido en la distribución.

Art. 3.° Cada miembro, en su respectiva comisión, presentará un programa ó lista de los puntos de Higiene más importantes para el país. Estos programas servirán para los trabajos

originales que debe presentar cada miembro durante el año y para indicar á las Juntas Departamentales los asuntos en que deben ocuparse.

Parágrafo. Los trabajos de las comisiones se distribuirán de modo que cada mes se pueda remitir al Gobierno uno original.

Art. 4.º Cuando haya necesidad de estudiar fuera de la capital un punto importante de Higiene pública, uno ó más de los miembros de la Junta, por disposición de ésta, podrá trasladarse al lugar donde debe de hacerse el estudio para practicarlo en asocio de los médicos ó personas competentes que el Gobierno tenga á bien nombrar.

Art. 5.º También podrá la Junta, llegado el caso, para hacer el estudio de que trata el artículo anterior, nombrar las personas que deban ocuparse en él, en reemplazo de sus miembros.

Art. 6.º La Junta discutirá sus trabajos y los que les remitan las Juntas de Higiene Departamentales y los remitirá al Gobierno con las modificaciones que en ellos introduzca.

Art. 7.º En las resoluciones se considerará como concepto de la Junta la opinión que adopte la mayoría de los miembros presentes en la sesión.

Art. 8.º Las sesiones ordinarias de la Junta tendrán lugar el lunes de cada semana, á las cinco y treinta minutos de la tarde. Las sesiones extraordinarias tendrán lugar cuando la Junta se convoque á ellas y en el lugar, el día y la hora que se designe en la convocatoria.

Art. 9.º En caso de aparición de epidemia grave, la Junta dictará las medidas profilácticas y las reglas de tratamiento curativo más sencillas para que el público las ponga en práctica.

Art. 10. De acuerdo con lo que ordena el artículo 8.º de la ley 30 de 1886, cuando por motivo de la salubridad pública, la Junta dicte medidas de policía y aseo, estas medidas tendrán

el carácter de actos oficiales obligatorios, y las respectivas autoridades tienen el deber de apoyarlas y darles ó hacer que se les dé cumplimiento.

Art. 11. La Junta Central vigilará la conservación y propagación del virus vacuno.

Art. 12. Los empleados de la Junta serán un Presidente, un Secretario y un Escribiente.

Art. 13. El Presidente de la Junta es S. S. el Sr. Ministro de Fomento. Cuando éste no pueda concurrir á las sesiones, lo reemplazará el Jefe de la Sección del Ministerio de Fomento que tenga á su cargo el Ramo de higiene, á falta de éste, un miembro de la Junta por orden alfabético.

Art. 14. Las funciones del Presidente son: presidir las sesiones; dirigir la discusión; citar para sesiones extraordinarias, cuando lo juzgue necesario; y hacer cuanto esté á su alcance para que los trabajos de la Junta tengan buen éxito.

Art. 15. Las funciones del Secretario son: llevar el libro de las actas y demás libros auxiliares que la Junta determine, concurrir los días no feriados á la Oficina de la Junta, durante una hora, para despachar los negocios, atender á los asuntos que se presenten y hacer lo que la Junta le ordene.

Art. 16. Las obligaciones del Escribiente son: permanecer tres horas diarias en el local de la Junta, asistir á las sesiones, poner en limpio con cuidado y esmero los trabajos de los miembros, formar el archivo, cuidar de él y de la biblioteca de la Junta, repartir las comunicaciones, y citar á las sesiones cuando lo ordene el Presidente.

Art. 17. Cuando los trabajos en que esté ocupándose la Junta le den el carácter de Junta Departamental de Higiene de Cundinamarca, puede citar y deberá concurrir á sus sesiones Usía el Gobernador del Departamento de Cundinamarca; en su defecto el Sr. Secretario de Gobierno del Departamento;

á falta de éste, el Sr. Prefecto general de la policía; y en su defecto el señor Alcalde.

Parágrafo. Cuando la Junta Central tome el carácter de Junta Departamental, suministrará á las autoridades del Departamento los datos científicos que éstas le pidan.

Art. 18. En sus discusiones, la Junta se regirá por la táctica parlamentaria usada en los Cuerpos Legislativos.

Art. 19. Los honorarios de los empleados y los gastos que exija el servicio de la Junta serán estipulados de acuerdo con S. S. el Ministro de Fomento.

Dado en Bogotá, á 14 de Marzo de 1887.

El Presidente, C. MICHELSEN U.—El Secretario, *Gabriel Durán Borda*.

Ministerio de Fomento, Marzo 21 de 1887.

Aprobado.

Por el Excelentísimo señor Presidente de la República,
El Ministro de Fomento, J. CASAS ROJAS.

ACUERDO NÚMERO 1.º sobre distribución de los asuntos de que se ocupará la Junta Central de Higiene.

La Junta Central de Higiene ACUERDA: Art. 1.º Con el fin de dar cumplimiento al artículo 2.º del Reglamento de la Junta Central de Higiene, y para facilitar la distribución y el estudio de los asuntos en que deba ocuparse, forma las cuatro Comisiones siguientes que tendrán más especialmente á su cargo los negocios indicados en cada una de ellas.

Primera Comisión.—1.º Policía médica y farmacéutica ó cuestiones relativas á la calidad de los alimentos, condimentos, bebidas y medicamentos dados al consumo.

2.º Aguas minerales del país.

Segunda Comisión.—1.º Saneamiento de las ciudades y de las habitaciones.

2.º Salubridad de las escuelas, talleres, hospitales, asilos, edificios públicos &., y de los grandes trabajos de utilidad pública en sus relaciones con la higiene general.

3.º Condiciones sanitarias de las poblaciones agrícolas y medios que deban emplearse para mejorarlas.

Tercera Comisión.—1.º Industrias peligrosas, insalubres ó incómodas é higiene de las profesiones.

2.º Epizootias y enfermedades de los animales.

3.º Conservación y propagación de la vacuna.

4.º Organización de la asistencia médica para los enfermos indigentes.

Cuarta Comisión.—1.º Medidas que deben tomarse para prevenir, detener y combatir las enfermedades endémicas, epidémicas y contagiosas (cuarentenas, lazaretos, &.^a)

2.º Cuestiones de higiene pública relativas á los recién nacidos, á los expósitos y al servicio de nodrizas.

3.º Mortalidad y sus causas. Movimiento de la población. Topografía médica. Estadística médica.

Art. 2.º Si se presentare alguna cuestión dudosa acerca de la Comisión á que deba corresponder su estudio, la suerte decidirá cuál deberá ocuparse en ella.

Art. 3.º No obstante la distribución anterior, cualquiera de los socios podrá, cuando lo tenga á bien, entregarse á estudios de los señalados á las otras Comisiones.

Dado en Bogotá, á 28 de Marzo de 1887.

El Presidente, C. MICHELSEN U.—El Secretario, *Gabriel Durán Borda.*

CUADRO que comprende las cuestiones que deben contestar los señores Médicos encargados del estudio de la fiebre amarilla en Colombia.

ANTECEDENTES, PRODRAMAS Y PRIMER PERÍODO.

Hubo fiebres palustres ?

Hubo prodromos ?

¿ En qué fecha principiaron ?

Fué brusca la invasión ?

Exprésense las circunstancias de la invasión.

En qué fecha ocurrió la invasión ?

Qué grados marcó el termómetro en la primera visita ?

Qué número de pulsaciones halló en la primera visita ?

Hay depresión de las fuerzas ? Desde qué fecha ? Cuál es el estado de las fuerzas físicas y morales ?

Hay pérdida del apetito ? Desde qué fecha ?

Hay pesantez de cabeza ? Desde qué fecha ?

CUADRO que comprende las cuestiones que deben contestar los señores Médicos encargados del estudio de la fiebre amarilla en Colombia.

Hay dolor de cabeza? En qué regiones? Desde qué fecha? Es intenso ó moderado?

Hay vértigos? Desde qué fecha? La cara está inyectada? Desde cuándo?

Los ojos están rojos y húmedos? Hay epístaxis? La mirada es brillante y vidriosa como la del ebrio?

Hay náuseas? Desde cuándo? Hay vómitos? Desde cuándo? De qué color. Precise todos sus caracteres.

Hay sed? Es moderada ó intensa? Hay opresión? Desde qué fecha?

Hay sensibilidad en la región gástrica? Desde cuándo? Es exagerada ó leve?

Hay diarrea ó estreñimiento? Desde qué fecha?

De qué color son las evacuaciones? Cuántas por día? Precise todos los caracteres de ellas.

Las orinas son normales? En qué cantidad diaria? De qué color?

CUADRO que comprende las cuestiones que deben contestar los señores Médicos encargados del estudio de la fiebre amarilla en Colombia.

Rojo oscuro? Tienen albúmina ó azúcar?

Hay dolor en la región lumbar? Desde cuándo? Precise su lugar y sus irradiaciones.

El enfermo está indiferente ó inquieto? Desde qué fecha?

Cuánto han durado los síntomas anotados en las casillas anteriores?

Indique la temperatura tomada por la mañana, al medio día y por la tarde.

SEGUNDO PERÍODO (DEPUÉS DEL 3.º ó 4.º DÍA DE LA INVASIÓN) CASOS GRAVES PRIMER DÍA.

Hay mejoría? Dolor de cabeza y miembros? Manifiesta el enfermo satisfacción y esperanza de curación?

Dé la temperatura y pulsaciones.

Ha desaparecido la rubicundez de la piel y conjuntivas?

Piel húmeda? Hay sed? Hay dolores gástricos? Hay evacuaciones

CUADRO que comprende las cuestiones que deben contestar los señores Médicos encargados del estudio de la fiebre amarilla en Colombia.

biliosas y un poco de ictericia? (Convalecencia).	
Cuánto tiempo ha durado esta me- joría?	
—Duración de 1 á 3 días—	
Hay ictericias y hemorragias? De qué órganos y partes?	
Hay sensibilidad é intolerancia del estómago para la ingesta?	
Hay orines colorados por la bilis?	
Cómo se presenta el pulso?	
Hay abatimiento y estupidez?	
Cuánto duran estos síntomas? Ha durado 1, 2, 3 días?	
Aumentan los dolores gástricos? La lengua saburral y seca?	
Hay sed intensa? Hay eruptos? Se han repetido los vómitos ácidos y sanguíneos?	

CUADRO que comprende las cuestiones que deben contestar los señores Médicos encargados del estudio de la fiebre amarilla en Colombia.

Hay sensación de angustia y ansiedad precordial ?

La apatía es considerable ? Están intactas las facultades intelectuales ?

Hay delirio ? Los rasgos de la cara están descompuestos ?

Hay vómitos negros y abundantes ? Evacuaciones sanguíneas en abundancia ?

Hay hemorragias en diferentes órganos ? Diga en cuáles.

Se hace más intensa la coloración de la piel ? Toma el tinte de caoba ?

Hay estado semi-comatoso con agitación ? Eruptaciones, hipo, vómitos frecuentes ?

La piel está fresca ?

Es pequeño el pulso ?

Expresa todas las circunstancias de la muerte.

Cuánto ha durado este período ? 2, 3 ó más días ?

CUADRO que comprende las cuestiones que deben contestar los señores Médicos encargados del estudio de la fiebre amarilla en Colombia.

DATOS ESPECIALES.

La fiebre es de carácter continuo, remitente ó intermitente ?

Sube el termómetro el 2.º día á 40º y cae luégo ?

Hay sudores calientes y abundantes ?

Se sospecha que esté ligada la fiebre con el elemento palustre ?

Hágase el trazado termométrico durante toda la enfermedad.

Ha habido exantemas en el curso de la enfermedad ? Diga cuáles.

Ha habido roseola ? Cuáles han sido sus caracteres ?

Ha sido neutra la reacción del vómito ?

Qué día ó días se ha presentado la lengua roja ?

Ha habido dolores en el esófago y en la garganta ?

La lengua ha estado dolorosa ?

CUADRO que comprende las cuestiones que deben contestar los señores Médicos encargados del estudio de la fiebre amarilla en Colombia.

¿ Se han presentado vómitos sin esfuerzo y con erupros ?

Se ha presentado el vómito negro el 4.º ó el 5.º día ?

El vientre ha estado blando, sin nutorismo ó sensible al epigastrio solamente ?

¿ En qué período de la enfermedad ha estado más doloroso el epigastrio ?

Las evacuaciones han presentado caracter disintérico ?

La ictericia ha sido poca al principio ?

La ictericia ha afectado la esclerótica ?

Ha ensayado las orinas todos los días ?

Han presentado éstas materia colorante, albúmina ?

La orina ha sido poca ó abundante ?
¿ Mezclada de sangre ?

Ha habido anuria ?

CUADRO que comprende las cuestiones que deben contestar los señores Médicos encargados del estudio de la fiebre amarilla en Colombia.

Ha habido parálisis vesical ?

Ha habido dolores lumbares comparables al golpe de barra ?

Ha habido retracción de algunos de los testículos ?

Ha habido estupor ?

Ha habido convulsiones ?

Ha habido dolores en las extremidades inferiores ?

Ha desaparecido la albúmina en las orinas ?

Precise la época.

Ha habido hemorragias nasales, bucales, uterinas, pulmonares, en las serosas ó en algún otro órgano ó tejido ?

Ha habido algún dolor fuerte ó leve con latidos en la frente, las sienas ó las órbitas ?

Ha habido dolores nerviosos de los miembros ?

CUADRO que comprende las cuestiones que deben contestar los señores Médicos encargados del estudio de la fiebre amarilla en Colombia.

Ha notado debilidad en algún período de la enfermedad?

Ha habido agitación que disminuye ó desaparece con la fiebre?

Ha habido hebetamiento? Delirio?

La pupila se ha dilatado?

Ha observado desarrollo ganglionar en alguna región del cuerpo?

Ha habido furúnculos?

Caracteriza como leve ó grave esta fiebre?

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Cuál es el aspecto general del cuerpo después de la muerte?

Dé los caracteres de la ictericia que se presenta en el cadáver (anaranjado, moreno).

Hay hipostasis cadavéricas, petequias, líneas equimóticas, coloración y lesiones de los músculos?

CUADRO que comprende las cuestiones que deben contestar los señores Médicos encargados del estudio de la fiebre amarilla en Colombia.

Hay apoplejía meníngea ó pulmonar?

Hay equimosis pleurales ?

Cuál es el estado del corazón ?

Hay equimosis en el pericardio ?

Cuál es el estado de la sangre ?

Describa el contenido del estómago y diga si existen erosiones hemorrágicas y cuál es el estado de la mucosa.

Cuál es el estado del esófago ?

Indique el estado de los intestinos y de su contenido.

Indique el estado de la mucosa y glándulas del intestino y nuserio.

Indique el estado del hígado (color, volumen, consistencia, aspecto icterico, congestivo ó anémico).

Indique el examen microscópico del hígado y la bilis.

CUADRO que comprende las cuestiones que deben contestar los señores Médicos encargados del estudio de la fiebre amarilla en Colombia.

Diga el estado de la vesícula biliar y de su contenido.

Coloración y consistencia del bazo, y su volumen exactamente.

Color y consistencia de los riñones.

¿Hay equimosis en ellos?

Caracteres histológicos del riñón.

Diga el estado de los cálices y bacinetes.

Diga el estado de la vejiga, de su contenido y de la mucosa vesical.

CONTENIDO DEL NÚMERO 117.

ABCESOS HEPÁTICOS.—Su tratamiento por las grandes incisiones.— <i>Doctor José Tomás Enao</i>	738
LECCIONES DE FITOGRAFÍA.—Papaveráceas.—Schoscholíceas.—Platistemóneas.—Fumáricas.—Distribución geográfica.— <i>Doctor W. Sandino Groot</i>	744 á 750
MICROBIOLOGÍA.—Microbios en la sífilis.—Chancro simple.—Etiología de los abscesos múltiples en los niños de pechos.—Propiedades microbicidas ó antisépticas de la antifebrina.— <i>Doctor G. J. Castañeda</i>	750
BOCIO.—Desarrollo de esta afección según la temperatura y situación de ciertas localidades— <i>Dr. Marco A. Lopera G.</i>	756
TUBERCULOSIS.—Estudio sobre algunas formas de tuberculosis en el interior del país.— <i>Doctor J. Gómez</i>	750
REVISTA TERAPÉUTICA.—Leche.—Menta.—Paraldehida.—Permanganato de potasa.—Pilocarpina.—Hipnóna....	765
JUNTA CENTRAL DE HIGIENE.—Reglamento.—Acuerdo sobre distribución de los asuntos de que se ocupará esta Junta.—Cuadro que comprende las cuestiones que deben contestar los médicos encargados del estudio de la fiebre amarilla en Colombia.....	764 á 784