

# Revista Médica de Bogotá

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Redactores: 1.º, Dr. Carlos Michelsen U.—2.º, Dr. José María Lombana Barreneche.

## SECCION OFICIAL

### ACADEMIA DE MEDICINA

ACTA DE LA SESIÓN DEL DÍA 6 DE AGOSTO DE 1897.

El día 6 de Agosto de 1897, se reunió la Academia Nacional de Medicina en el local de sus sesiones ordinarias, presidida por el doctor Leoncio Barreto.

Llamada la lista respondieron á ella los doctores: Amaya Arias, Barreto, Esguerra, García Medina, Gómez Calvo, Gómez Proto, Herrera (J. D.), Ibáñez, Lombana Barreneche, Manrique, Pardo, Pizarro, Sáenz, Uribe (A.) y Rueda Acosta.

El señor Presidente declaró abierta la sesión; en consecuencia, el Secretario dio lectura al acta de la sesión anterior, la cual fue aprobada sin modificación.

Leída una nota del señor Ministro de Hacienda, en la cual reclama un informe relativo á una muestra de amoníaco ó agua de amoníaco, para su calificación en el pago de los derechos de Aduana, se informó que las muestras no habían sido enviadas á la Academia.

Se dio lectura á una nota del señor doctor Juan de Dios Carrasquilla, por la cual comunica á la Academia que, habiendo tenido á bien el Gobierno nombrarlo delegado oficial á la Conferencia sobre lepra que se verificará en Berlín, recibirá con deferencia las indicaciones que le haga la Academia para el desempeño de su comisión, y ofrece presentar á su vuelta un informe sobre lo que observe digno de llamar la atención.

El señor doctor García Medina presentó la proposición siguiente: "La Academia Nacional de Medicina da las gracias al señor doctor Juan de Dios Carrasquilla L. por su atenta nota del día 6 del presente, y de acuerdo con la oferta que en ella se sirve hacer, esta Corporación se permite indicarle que ella estima de la mayor importancia el estudio de los medios que deben emplearse para evitar, por medio del aislamiento, el contagio y la propagación de la lepra, y las condiciones en que aquél deba efectuarse para que sea eficaz." Puesta en discusión esta proposición, el señor doctor Ibáñez manifestó á la Academia que aquélla era la misión que el Gobierno había confiado al doctor Carrasquilla, quien debe estudiar en Bergen el establecimiento de los Lazaretos. El señor doctor Lombana B. hizo algunas consideraciones relativas al aislamiento absoluto de los leprosos, que cree urgente é indispensable. La proposición fue aprobada, y el señor Presidente ordenó se le comunicara al señor doctor Carrasquilla.

El doctor García Medina presentó un trabajo del señor doctor Lobo y lo propuso como candidato para miembro de número de la Academia. Este trabajo pasó en comisión al señor doctor Gómez Calvo por orden de la Presidencia.

Los miembros de la Comisión que estudia el proceder del señor doctor Carrasquilla para el tratamiento de la lepra, pidieron, y la Academia les concedió, permiso para presentar algunos de los enfermos sometidos á su estudio. Presentes dichos enfermos, fueron examinados por los miembros de la Academia, y se comprobó que su estado actual está de acuerdo con las respectivas observaciones que fueron leídas por el ayudante de la Comisión.

Los señores doctores Esguerra y Uribe presentaron la siguiente proposición: "La Academia Nacional de Medicina lamenta la prematura muerte del distinguido médico doctor D. Heliodoro Ospina L. G. Como miembro de ella, como Presidente de la Comisión que estudia la medicación de la lepra por el suero del doctor Carrasquilla, prestó inapreciables servicios á la ciencia y á esta Academia, y su calidad de profesor deja huella luminosa en la Escuela de Medicina.

"La sesión se levantará en señal de duelo, y copia de

esta proposición será dirigida á la señora viuda del doctor Ospina.”

En la discusión de esta proposición el señor doctor Manrique hizo un merecido elogio del doctor Ospina. La proposición fue aprobada por unanimidad, y en consecuencia se levantó la sesión.

El Presidente, LEONCIO BARRETO.—El Secretario, *Miguel Rueda A.*

---

## TRABAJOS ORIGINALES

---

### DIFTERIA

DESDE EL PUNTO DE VISTA BACTERIOLÓGICO Y SEROTERÁPICO

(Por el doctor Juan David Herrera).

#### I

Una de las conquistas más notables y gloriosas de la seroterapia moderna, ha sido, sin duda alguna, la obtenida por este sistema terapéutico aplicado á la curación de la difteria en sus diversas manifestaciones, sobre todo á la difteria bucal y á la que se manifiesta en las mucosas del árbol respiratorio, formas todas que constituían el pánico de las familias y de las poblaciones, cuando se presentaba, ya aisladamente, ya bajo la forma de epidemia. Este terror, justamente fundado, reposaba sobre el pronóstico casi siempre mortal en los casos graves de difteria bucal y faríngea ó del istmo de la garganta, reagravado en los casos de crup ó difteria laringo-traqueal, y en el carácter evidentemente contagioso de esta afección, produciendo verdaderas catástrofes de mortalidad, de desolación y aun de ruina en las familias que se veían visitadas por semejante azote.

Evidentemente, con los antiguos tratamientos, la difteria formaba el cuadro desolador y más sombrío que se puede

imaginar en un hogar: en pocos días la muerte de uno ó más miembros de la familia, y á continuación el abandono de la casa de habitación con la destrucción de casi todos los enseres indispensables á las primeras necesidades de la vida; ó la perspectiva de la presentación de nuevos casos, cuando las circunstancias pecuniarias de la familia la imposibilitaban para llevar á cabo el aislamiento y la desinfección científica de los objetos y de las habitaciones ó el abandono de la localidad teatro de la catástrofe.

Este cuadro, tenebroso de por sí, se encontraba siempre agravado por la angustia de la familia al solicitar los recursos necesarios entre personas relacionadas y estimadas, á quienes no se oculta el peligro que entraña para sí y para los suyos el entrar en relaciones inmediatas con una familia contaminada por semejante flagelo de contagiosidad irrecusable.

Agréguese á todo esto que cuando la víctima de la difteria —en los casos de crup—se hallaba en el último período, la familia, á quien le es imposible abandonar toda esperanza, optaba, como último recurso, por la grave operación de la traqueotomía, que si en algunos casos contados pudo ser un recurso útil y de espera para continuar el tratamiento, en la mayor parte de ellos no hacía sino prolongar unas pocas horas más la agonía del paciente, y aumentar el acervo de sacrificios y sufrimientos impuestos á la familia y á la infeliz criatura que en su agonía asfíxica y en su impotencia infantil no tiene más recurso que implorar compasión con sus miradas suplicantes, á falta de palabra, aniquilada la voz por la afonía diftérica.

Hay más: recuérdese el espanto y la resistencia de los niños para dejarse hacer las curaciones locales, la atroz limpieza de la garganta con hisopos y pinzas para desprender las falsas membranas que pululan hasta impedir el paso de los alimentos y remedios, y que asfixian la criatura, y después los cauterios llevados sobre esas superficies maltratadas y vivas que dejan á los niños agotados y á las familias consternadas después de cada curación, y en que quizá no se ha hecho otra cosa que agotar las fuerzas del paciente, inflamar ó ulcerar más la boca y la garganta, ó ensanchar la puerta de entrada á la infección ó envenenamiento diftérico.

Y por último, en aquellos casos de curación por los métodos antiguos, no se previenen las consecuencias del envenenamiento diftérico, consecuencias, si en algunos casos pasajeras, en otros gravísimas, como las parálisis permanentes, es decir, una consiguiente vida de sufrimientos, de invalidez, de lesiones renales, terminada al fin por la muerte después de algún tiempo de sufrimientos, causada muchas veces por asfixia debida á la parálisis de los músculos respiradores, etc. etc., y de que todos tenemos conocimiento.

El cuadro anterior, que puede parecer sensacional, es desgraciadamente demasiado real y efectivo para que se pueda borrar de la mente del médico que se ocupa de esta materia, y que al hacerlo se ve precisado á recordar la *Vía Apia*, que tantas veces recorrió. Al bosquejarlo, me guía, sobre todo, el deseo de hacer resaltar el mérito y la gloria de Behring y Roux, quienes al descubrir y perfeccionar el suero antidiftérico, han prestado tal servicio á la humanidad, que casi han borrado el tenebroso cuadro trazado.

Con el suero antidiftérico la curación es segura en casi todos los casos, por no decir en todos, pues tengo la convicción práctica de que si el suero se empleara siempre inmediatamente al principio de la enfermedad, la estadística de mortalidad sería nula. Lo dicho se refiere no solamente á los casos benignos, cosa que no sería meritoria, pues estos casos pudieran pasarse bien sin el suero, bastando los tratamientos antiguos, sino en los casos más graves, aun en los de crup con gran *tiraje*, es decir, en los casos de difteria en que las falsas membranas han invadido casi todo el árbol respiratorio hasta los bronquios, siempre que su empleo sea oportuno y al principio; cuando el envenenamiento producido por la *toxalbumina* diftérica no está avanzado, y siempre que se emplee en suficiente cantidad y llenando los requisitos asépticos y antisépticos requeridos para su empleo.

Los procedimientos de desinfección moderna para las habitaciones, como para las ropas y utensilios contaminados, ahorran la pérdida de éstos, y aquéllas continúan siendo habitables por la familia, evitando los naturales desastres consiguientes al abandono del domicilio y del menaje.

La seguridad en el buen éxito del tratamiento de resultado rápido, aminora la probabilidad del contagio, limitando los casos, y contribuye á disminuir el pánico de las familias y de las poblaciones, desde el momento en que se cuenta con un agente seguro de curación, cuando éste es empleado temprano y sin contemporizaciones ó aplazamientos que son fatales.

La grave operación de la traqueotomía, á la cual se ocurría casi siempre en el crup, y casi siempre sin objeto ni utilidad, entre nosotros, por recurrirse á ella en su último período asfíxico, queda casi abolida con el nuevo tratamiento; y si se llega á practicar, será en casos muy limitados y precisos, y con un fin práctico y de utilidad evidente, como sería el caso raro de invasión brusca de las falsas membranas en la laringe y principio de la tráquea con asfixia inminente del niño. En estos casos excepcionales, pero que se pueden presentar, se procederá, inmediatamente después de aplicar la primera inyección de suero de Roux, á abrir la tráquea para facilitar la respiración y evitar la asfixia inminente, dando tiempo así á la acción curativa del suero y á nuevas aplicaciones de éste. Se comprende que en estos casos excepcionales la traqueotomía puede tener una utilidad incontestable, dando tiempo á la acción específica del suero; no que la traqueotomía sea la que cure en estos casos, sino que aplaza el término fatal asfíxico, durante el cual el suero puede efectuar su acción curativa.

El objeto principal de este trabajo, es el de ocuparme del tratamiento de la difteria, en sus diversas formas, por el suero de Roux, que en mi práctica es al que he dado la preferencia; pero antes de hablar de dicho tratamiento he juzgado conveniente relatar y sintetizar los principales trabajos de bacteriología y seroterapia conducentes á esclarecer la doctrina del tratamiento por el suero, á fin de convencer á los colegas indecisos, sobre todo á aquellos que ejercen ó practican en las poblaciones del país alejadas de los grandes centros, y adonde llegan con más dificultad los medios de poner en práctica los tratamientos útiles modernos. A este respecto, advierto que mi trabajo no aspira á ser original, y me limitaré á ser compilador y coprador de los autores que se han ocupado de la

materia, reservándome el final de él, para relatar el resultado obtenido por mi práctica personal y la de algunos de mis colegas en lo relativo á dicho tratamiento en la ciudad de Bogotá, durante dos años largos, desde que me tocó el doloroso honor de iniciarlo aquí en una de mis hijas, en asocio de mi colega el doctor Aristides V. Gutiérrez.

## II

Todos sabemos, hoy día, que la difteria es engendrada por un microbio especial descubierto por Löffler, y que desde entonces lleva su nombre. Sabemos igualmente que el bacilo de Löffler no engendra la difteria, sino cuando se encuentra en condiciones determinadas, propias para hacerse virulento, es decir, cuando estas condiciones son tales, que le permiten fabricar una toxina especial que introducida en el organismo atacado, produce un cortejo de síntomas especiales, un verdadero envenenamiento, el envenenamiento diftérico. Tampoco ignoramos que este envenenamiento es más ó menos grave en los diversos casos, según que sea simple ó mixto; en otros términos, el bacilo de Löffler puede hacerse virulento y funcionar aisladamente ó asociado á los estreptococos y á otros microorganismos, en cuyo caso los productos tóxicos de estos diversos microbios se juntan, aumentando la gravedad de la infección diftérica. Pero importaba mucho conocer las localidades ó regiones en donde más comunmente habita el bacilo productor de la difteria, con el objeto de premunirse, hasta donde fuere posible, de sus ataques. Esto equivale á ocuparnos del origen, ó mejor dicho, de las fuentes donde puede tomarse la difteria, asunto no esclarecido del todo hasta el presente, pero muy importante desde muchos puntos de vista. A este respecto, tomaré en consideración las opiniones y los estudios experimentales de Gallez y de Barella, estos últimos basados en los trabajos de Dumont y de algunos autores ingleses.

Para Gallez, como para muchos otros, el origen de la difteria es aviario, y según sus experimentos, existe en las aves domésticas una afección denominada en medicina veterinaria *catarro contagioso ó muermo*, caracterizada esencialmente por una secreción viscosa de las mucosas de la boca, de las

fosas nasales y del ojo, por un enflaquecimiento rápido y por la parálisis de las patas; su pronóstico es sumamente grave y su *contagio extremo*. Esta afección es la que puede convertirse en origen de las epidemias de difteria humana.

Como causa primera reconoce un bacilo que difiere del bacilo de Löffler, únicamente en su virulencia mucho menor. Si se aumenta la virulencia de dicho microbio, y si se inocula á dosis elevada á los cobayos, en la proporción de un centímetro cúbico por cien gramos de peso del animal, los mata con gran rapidez y con fenómenos idénticos á los que provoca la inoculación del bacilo de Löffler. Inoculado á las gallinas, reproduce los síntomas del muermo.

No nos dice Gallez si este microbio de Löffler, atenuado, lo ha encontrado siempre aislado en las mucosas de las aves, ó si se encuentra asociado al estreptococo y otros microorganismos, cuestión que sería importante conocer.

El catarro contagioso ó muermo de las aves domésticas parece diferente por sus síntomas y por su etiología de la enfermedad llamada *difteria de las aves domésticas*. Este hecho explica los resultados negativos obtenidos por los autores que han querido hallar en la difteria aviaria el origen de la difteria humana. Entre ambas enfermedades sólo existe probablemente similitud de nombres.

Resulta asimismo de los experimentos de Gallez que no se puede afirmar con toda certeza la acción curativa del suero antidiftérico sino sobre el catarro contagioso. Sin embargo, este modo de tratamiento produce la desaparición de las secreciones morbosas, detiene el enflaquecimiento y, si no cura en definitiva, impide la evolución de la enfermedad mientras dura su empleo.

Sin embargo de lo dicho, no debe perderse de vista que esta diferencia entre las dos difterias, la aviaria y la humana, puede no ser sino aparente; y que en el fondo haya más similitud de la que aparece en el cuadro clínico, una vez que el terreno del cultivo del bacilo varía con la especie zoológica; y que probablemente acontecerá otro tanto en cuanto á la toxalbumina secretada ó fabricada por el bacilo, en cuanto á sus efectos tóxicos.



Dos estudios comparados de los efectos producidos por las inoculaciones del bacilo de Löffler y del bacilo del catarro contagioso, han demostrado á Gallez que estos dos microbios dan lugar á fenómenos de igual naturaleza en las gallinas y en los cobayos.

El bacilo del catarro contagioso de las aves no vendría á ser, por consiguiente, más que un bacilo de Löffler de una virulencia sumamente atenuada. En esta débil virulencia del bacilo del catarro contagioso de las aves, se puede hallar la explicación de este hecho, á saber: que en muchos casos, no en todos, las gallinas atacadas de dicha enfermedad no dan el crup á los niños; pero no por esto es menos positivo el peligro de contaminación.

A este respecto, citaré un caso que no deja de llevar alguna luz sobre el asunto en cuestión, á lo menos por el lazo de unión entre la difteria de las gallinas y la difteria humana, acaecido en una época lejana del descubrimiento de Behring y aun del conocimiento de la verdadera naturaleza microbiana de la difteria; es el siguiente: dos niños, de hogares y habitaciones distintos, jugaban con una gallina enferma, de aspecto triste, encogida, respiración dificultosa y roncante, pico casi permanentemente abierto, lengua visible y ligeramente separada de la mandíbula inferior, mirada turbia, casi permanentemente velada por la membrana guiñante ó tercer párpado; esta gallina estaba, en mi concepto, atacada de difteria (*pepita*). Los dos niños contrajeron simultáneamente la difteria: el de menor edad en la forma de crup, que lo mató en tres días; no obstante la energía del tratamiento y la operación de la traqueotomía, todo fue inútil; el mayor de los dos fue atacado de una verdadera angina diftérica, con falsas membranas características; se vio muy grave, pero se salvó, y en la convalecencia apareció la parálisis del velo del paladar y una placa diftérica de la mucosa anal.

Para Barella, quien ha tenido ocasión de observar gran número de casos de difteria aviaria, existe diferencia entre ésta y la difteria humana; en cambio, para él es cosa probada que los gatos están sujetos á la difteria y que pueden comunicarla á los niños, á otros individuos de la especie felina ó canina, y transmitírnosla así, directa ó indirectamente.

La leche puede también ser vehículo para la transmisión de la difteria, cuando aquélla proviene de un animal atacado por esta afección. En corroboración de ello, citaré el experimento de Klein, quien inoculó con buen éxito productos diftéricos á dos vacas, á las cuales volvió á tomar el virus para inocularlo, también con buen resultado, á dos terneras en la parte contigua al hocico: unos gatos, que habían bebido leche procedente de esas vacas, contraieron la difteria.

Algunos otros han creído observar la difteria en las guacamayas, loros, pericos, canarios y muchas de las aves que suelen servir de recreo ó adorno en las habitaciones de muchas familias, y han creído encontrar un lazo de unión entre ciertas afecciones ó secreciones de las mucosas de estos animales y los casos de difteria contraída por niños que habitan la misma localidad. Si bien es cierto que en muchos de estos casos no ha quedado esclarecido el hecho, no debe perderse de vista la posibilidad de la contaminación.

Por último, no debe buscarse siempre el origen de la difteria humana en organismos de especie distinta á la nuestra, ni en individuos diferentes; su origen puede hallarse, y se halla, en la mayor parte de los casos, *en el mismo individuo atacado*. Sabemos que todas nuestras cavidades revestidas de mucosas, y al estado de salud perfecto, contienen cierto número de microorganismos de naturaleza diferente, los cuales son del todo inofensivos, mientras el terreno donde se albergan conserva sus condiciones fisiológicas y mientras el medio en que se mueven se mantiene sano. En cambio, si ese medio se halla atacado en su vitalidad, el germen animado sufre igualmente y se vuelve nocivo ó patógeno; el bacilo de Löffler—productor de la difteria—segrega entonces, y sólo entonces, una toxina que Roux y Yersin han aislado y á la cual han dado el nombre de *toxalbumina*, y cuya composición ha sido determinada por Brieger y Frankel, como veremos más adelante, y que es la productora del envenamiento diftérico. En otros términos, el microbio de Löffler, que ocupa en tiempo normal la cavidad bucal y faríngea, y que carece de acción mientras no sufre, se vuelve peligroso en un momento dado, cuando el medio en que vive resulta alterado y el mismo ba-

cilo aparece afectado. El mismo Löffler ha encontrado el bacilo que lleva su nombre en bocas perfectamente sanas.

Del conocimiento del origen y fuentes probables de la difteria, se desprenden naturalmente los consejos higiénicos y profilácticos conducentes á evitar lo más posible la aparición de la enfermedad, haciendo nula la acción morbosa del microbio específico.

(Continuará).

---

## LA TUBERCULOSIS EN BOGOTA

(Por el doctor Abraham Aparicio).

En el *Movimiento de población* correspondiente al mes de Septiembre último, dice el señor Alcalde de esta ciudad que hubo veinte casos de muerte por tuberculosis y veinte por viruela.

Sea esto un hecho aislado, una coincidencia, y aun si se quiere una casualidad, es lo cierto que dondequiera que tal dato estadístico se consulta, no se puede menos de concluir que la tuberculosis mata á la par que la viruela; es decir, que en Bogotá una enfermedad de curso lento y de larga duración produce mortalidad igual á otra que se señala como tipo de enfermedades epidémicas, agudas y contagiosas. Semejante conclusión persuade sin dificultad y por modo indiscutible que la suerte futura de la población que se halla en tales condiciones es de suyo mala, malísima, y que ha menester urgentemente de la activa y enérgica intervención de la Higiene pública para salvarse de la ruina que la amenaza.

Y es todavía más alarmante la realidad de tan pavoroso cuadro, si se sabe que la localidad donde tales hechos se cumplen ha sido justamente considerada como el sitio más apropiado para que vivan los tuberculosos venidos de otros puntos, y donde en realidad los hechos así lo han comprobado.

En el Informe que presentó el año pasado el Médico Jefe del Hospital Militar Central, se lee lo siguiente:

“Hoy no es raro, como lo era anteriormente, hallar en las

salas del Hospital Militar ocupadas las camas por individuos enflaquecidos, que van y vienen del cuartel con repetidos ataques de vómito de sangre, y que luégo se agotan y consumen bajo los rigores de la fiebre héctica que acompaña á las pleuresías supuradas, á las diarreas tuberculosas y demás manifestaciones que caracterizan la marcha evolutiva de la tuberculosis. . . .

“La tuberculosis es la enfermedad que, relativamente, ha ocasionado mayor número de defunciones. De las 84 que ocurrieron en el año, 30 fueron determinadas por ella. Ocurren diariamente muchísimos casos de individuos que duran seis meses en el hospital, que hacen luégo una corta salida al cuartel, para volver pronto, empeorados en sus padecimientos, á morir en el Hospital en un tiempo más ó menos largo.”

No es de ahora que se viene observando en los anfiteatros de la Escuela de Medicina que el 50 por 100 de los cadáveres que sirven para el estudio, ofrecen lesiones tuberculosas. Y el hecho de no haberse manifestado durante la vida tales lesiones y permanecer en estado latente ó silencioso, ha hecho decir “que en Bogotá hay mucho tuberculoso y pocos tísicos”; lo que equivale á reconocer que existen las causas productoras de la tuberculosis, y que faltan los elementos apropiados para su fácil y seguro desarrollo.

Los hechos que dejamos consignados vienen ahora á demostrar que estamos yá en posesión de los elementos que antes faltaban para el fácil y seguro desarrollo de la tuberculosis.

El clima de Bogotá ofrece en su temperatura cambios tan notables, que con razón se les ha calificado de terribles: son muy frecuentes los días en que de 20° que marca el termómetro durante el día, baje por la tarde á 8° y aun á 4°. Con razón se ha dicho que esto “es una crueldad atmosférica que queda representada en dolencias, muchas veces de carácter grave.”

En 1890 publicó el señor D. César Medina un notable artículo titulado *Presente y porvenir climatéricos de Bogotá*, del cual copiamos lo siguiente:

“Trayendo á la memoria los recuerdos de nuestra juven-

tud, diremos que, cuando estudiábamos Física, vimos el termómetro casi siempre á 16° por el día, sin contar los días más fríos. Ahora tenemos el cuidado de ver el termómetro constantemente, y podemos asegurar que durante el día parece clavado en 18°, aunque de tarde en tarde baja á 15°. Las lluvias seguían reglas muy fijas, que todos conocían, y llovía de una manera equitativa en los meses del año. Hoy la lluvia imita nuestras costumbres; no sigue regla alguna de conducta. A cualquier persona mayor de cuarenta años, á quien se le pregunte cómo era el clima de Bogotá, contestará que frío y lluvioso, pero igual; y cualquier persona dirá hoy que es seco y muy variable. Es posible que los instrumentos de cobre y vidrio no lo perciban; pero el instrumento construído de nervios y membranas lo estima perfectamente.

“La comparación de las costumbres nos prueba el cambio: en otro tiempo se usaban mamparas para resguardarse de las corrientes de aire frío; hoy se dejan abiertas todas las puertas para no acalorarse; se calentaban los vestidos para mudarse; los hombres se afeitaban con agua tibia, y se tomaban numerosas precauciones para salir de noche á la calle, y nada de esto se estila hoy.

“De unos diez años para acá ha habido en Febrero y Marzo días tan calurosos, que la frente transpira aun sin hacer ejercicio alguno. Plantas que antes no se lograban hacer germinar, ahora se producen con lozanía.

“Hoy por hoy el clima de la ciudad no es mortífero, su mortalidad alcanza á 29 por 1000, guarismo ciertamente un poco alto, debido á la gran mortalidad de niños, lo que si no alcanza á calificarlo de mortífero, sí lo deja ver como malsano. Su insalubridad es evidente: pocas son las personas que conservan completa buena salud; se sufren achaques que, si no reducen á la cama, hacen pesada la existencia. Las variaciones termométricas son verdaderamente terribles: meses hay como Febrero, que, de 20° á medio día, el termómetro baja á 6° á la madrugada. Del medio día á las seis de la tarde se notan diferencias de 4°. No hay lugar en la República que tenga semejante defecto: los climas templados suben á 22° y bajan á 18°; los medios suben á 27° y bajan á 23°; los cálidos suben

á 36° y bajan á 28°; pero esto no de un día á otro, ni en un mismo día, sino de una estación á otra, que es cosa muy diferente. La temperatura de Bogotá sube á 21° y baja, por lo regular, á 8°, que son 12° de diferencia, no siendo muy raro que el termómetro baje hasta los 4°. Si tales cambios no son resistidos por los metales laminados, ¿que será de nuestra delicada organización humana?

“Si un clima cálido varía de 28° á 36°; si uno medio de 23° á 27°; y si uno templado de 18° á 22°, no por eso deja de ser templado, medio ó caliente; pero el cambio de 20°, que es yá templado, á uno de 8°, que puede llamarse helado, es una crueldad atmosférica que queda representada en dolencias, muchas veces de carácter grave.

“Enfermedades no conocidas en la ciudad han hecho su aparición, como las fiebres intermitentes; otras conocidas se han agravado, como la fiebre tifoidea, que en otro tiempo se podía confundir con la remitente; la elefancia no se producía en la ciudad, y ahora hay muchos enfermos; la tisis, aunque no ha aumentado en gravedad, sí ha aumentado en el número de atacados; y las neuralgias reinan en la población. ¿No demuestran estas enfermedades que ha habido cambios muy importantes en el clima?

“.....

“Mientras que el termómetro no marque durante el día más de 18°, se podrá vivir en Bogotá mal que bien; pero ¡ay de ella el día en que marque 19°, y peor si 20°! Entonces yá habrá calor suficiente para que se promueva la supuración tuberculosa, los quistos saldrán del pulmón dejando una caverna que destila sangre. La elefantiasis, la sífilis y la escrófula se agravarán, porque encontrarán un medio apropiado para su desarrollo. La tisis atacará las clases acomodadas y diezmará su juventud, pues yá no bastará el abrigo, porque el aire seco, templado y enrarecido tiene que ser aspirado por todos.

“El clima templado empieza, en esta zona, á los 18°, y cuando está acompañado de un aire denso, de la humedad necesaria, y si no tiene cambios bruscos, es muy agradable y sano;

pero si á esa temperatura se agrega un aire rarificado, seco y sujeto á variaciones repentinas, será malsano, porque irrita los pulmones y acelera la respiración, y porque los tejidos descubiertos por las ulceraciones atraen enfermedades infecciosas con mayor fuerza que los fríos. Y tal tiene que ser el clima de Bogotá, transcurridos treinta años; porque la población crece rápidamente y para entonces alcanzará el guarismo de 150,000 habitantes. El grado diurno tiende á subir, como lo hemos observado; el agua escaseará más y más, y el aire será insuficiente, lo que dará por resultados endemias y epidemias que diezmarán la población.

“La ciudad no tiene elementos climatéricos ni topográficos para sostener un gran número de habitantes; los 100,000 que hoy tiene parece ser el máximum que puede vivir. El aumento de población es, pues, una sentencia de muerte para ella.”

## ESPECIES MEDICINALES

### DE LA FLORA DE COLOMBIA

(Por el doctor Santiago Cortés).

#### SOLANACEAS

Numerosa y útil familia que encierra gran número de especies colombianas. Son herbáceas ó leñosas; las hojas son alternas sencillas y sin estípulas, inermes ó espinosas y de color verde oscuro; las flores están en cimas generalmente terminales, á veces dicótomas y aun en apariencia tricótomas. El cáliz es monosépalo y persistente, corola monopétala tubulosa, campanulácea ó rotácea; los estambres, en número de 5, están adheridos á la corola algunas veces. El fruto es capsular, ó una baya. Las flores son blancas ó moradas.

La mayor parte de las Solanáceas contienen principios narcóticos, alcaloides ó glucosidos venenosos, propios de los diversos géneros. La *scopolamina* (clorhidrato y bromidrato) es un alcaloide muy repartido; tiene las propiedades de la hiosina y de la atropina; es preferible á todos los demás alcaloides de las solanáceas como midriático y antiflogístico, sobre

todo á la atropina; como no aumenta la presión intraocular, no tiene contraindicación en la glaucoma. Las soluciones deben ser de 1 á 2 por 1,000. La midriasis escopolamínica es de larga duración. (*Repertorio de Medicina y Farmacia* de García Medina & C.<sup>a</sup> Bogotá. Número 61).

*Nierembergia spatulata* H. B. K., pequeña plantita de Bogotá, vulgarmente *violeta blanca*.

*Nicotiana tabacum* y variedades, vulgarmente *tabaco*; contienen todas las especies el alcaloide líquido y volátil llamado *nicotina*, preconizado contra el tétano. El tabaco es estupefaciente; se le emplea en lavativas contra la hernia estrangulada, la asfixia y la parálisis; al exterior contra la sarna y la tiña. (Bouchardat). Obra como tóxico peligroso en los enfermos del corazón, y acelera de ordinario el término fatal.

*Datura* Endl. Todas las plantas de este género encierran un principio activo llamado *daturina*. Las raíces, hojas y semillas son venenosas y medicinales; producen vértigos, estupor, dilatación de las pupilas como la belladona, agitación y delirio; á mayor dosis sucede el colapsus, el enfriamiento y la muerte; algunas semillas ocasionan fuertes alucinaciones y aun la locura. Se emplean contra las neuralgias y para calmar los dolores de muchas enfermedades: contra la tos ferina, el asma esencial y para resolver las contracciones espasmódicas de algunos órganos como el útero y la uretra. También se aconsejan para dilatar las pupilas en varias oftalmías y contra la locura, la epilepsia, la corea y el reumatismo articular. (Bouchardat).

*D. stramonium*. Se emplea de preferencia al exterior contra el reumatismo articular; tiene los nombres de *estramonio*, *chamico* en el Cauca, *pedronoche* en Cúcuta y Pamplona, y *yerbagozme* en San Gil.

*D. arborea* L. (*Brugmancia candida* Pers). Crece este arbusto en Bogotá y otros lugares fríos de los Andes; vulgarmente *borrachero blanco*, *floripondio*.

*D. sanguinea* R. et P. (*B. bicolor* Pers.). Muchas historias interesantes hay en el Cauca acerca de este árbol llamado *borrachero* en Bogotá, *tonga* en el Cauca y Tolima. (1)

---

(1) *Kunth Synopsis plantarum, aequinoxialium*, tomus secundus, p. 149, y el *Boletín de Medicina* del Cauca. 1894. n.º 93.





*Las personas que beben Agua de*

# VICHY

harán bien en desconfiar de las substituciones á que se entregan ciertos comerciantes y en designar siempre el Manantial :

## VICHY-CÉLESTINS VICHY GRANDE-GRILLE VICHY-HOPITAL

LAS SOLAS SACADAS BÁJO LA VIGILANCIA DEL ESTADO

*El nombre del Manantial está reproducido sobre la etiqueta y sobre la cápsula.*

*Las solas verdaderas Pastillas de Vichy son las*

## PASTILLAS VICHY-ESTADO

Las solas fabricadas con las Sales realmente extraídas de las Aguas de Vichy de los Manantiales del Estado, en los laboratorios de la Compañía arrendataria vendidas en cajas metálicas selladas:

5 francos, 2 francos, 1 franco.

## SAL VICHY-ESTADO

para preparar el Agua de Vichy artificial

La caja 25 paquetes. . . 2 fr. 50 | La caja 50 paquetes. . . 5 fr.  
(Un paquete para un litro de agua).      EXIJIR Sal Vichy-Estado

## COMPRESIMIDOS DE VICHY preparados con las Sales Vichy-Estado

Precio : el frasco de 96 comprimidos 2 francos.

[ *Physalis peruviana* (Ph. edulis). Semejante en sus propiedades al *alquequenje* de España; se llama *uchuba* en Bogotá. Es comestible el fruto y encierra ácido cítrico que le comunica propiedades diuréticas; es igualmente algo narcótico.

*Ph. faetens* André. Se pueden emplear en el cólera. Se llaman vulgarmente *uvas de perro* en el Cauca, *topetorope* en el Magdalena. (Tr.)

*Capsicum annum* L., vulgarmente *ají*. Las diversas especies son recomendadas para uso externo por el doctor Poulet como revulsivo y epispástico contra el reumatismo articular. Al interior se usa el jugo ó la tintura contra las hemorroides: para este caso debe tomarse preparado *sin vinagre* en las comidas, como lo acostumbran las gentes del campo en todo el país; no hay tratamiento que pueda reemplazar al *ají* para la curación de las almorranas. M. J. Sawyer recomienda la tintura ctérea de los diversos *capsicum* para aplicaciones locales en la gota sub-aguda ó crónica, en los reumatismos articular y muscular y en la bronquitis. Al interior provoca la tintura ó el jugo, un aumento de saliva y de jugo gástrico; activa los movimientos peristálticos de los intestinos y combate la dispepsia atónica y la manía. Netchaef recomienda la tintura en las pneumonías de los alcoholizados: hace la enfermedad más benigna, promueve el apetito y el sueño. (Bocq. Lim.; REV. MED. 1876, Bogotá. Número 39).

*Solanum*. Las especies de este género tienen las propiedades generales de la familia; las bayas ó frutos son narcóticos y venenosos, siéndolo en grado mucho mayor los de las especies arborescentes. Contienen *solanina* (Bardet): alcaloide ó glucosido encontrado primero en las *papas* (*S. tuberosum*); dicha sustancia se presenta en forma de agujas sedosas, blancas, amargas, poco solubles en el alcohol y en el éter, insolubles en el agua. Es narcótico y analgésico, se administra á la dosis de 5 á 30 centigramos por día. Alcaloide descubierto por Desfosses. Se prepara tratando las plantas por el agua caliente débilmente acidulada con ácido sulfúrico, se precipita en seguida por el amoníaco y se purifica el precipitado por el alcohol para separar el alcaloide de otras sales. Cristaliza en agujas finas y sedosas.

Produce la *solanina*: dolor de cabeza, insonmío, agitación, sed, vértigos, cara congestionada, náuseas, cólicos y vómito, sudores profusos, pulso pequeño y frecuente, trismus, temblor de todo el cuerpo, palabra difícil, respiración dificultosa; y en mayores dosis, delirio, convulsiones, contracturas tetánicas, enfriamiento y la muerte.

Combate la gastralgia y tiene una acción semejante á la de la atropina. Las inyecciones del clorhidrato de solanina obran bien en las neuralgias, reumatismos y en la ciática; en la bronquitis calma la tos y produce abundante expectoración. Tiene propiedades antiespasmódicas y analgésicas como la morfina. (REV. MED. Serie XI, página 1053).

Son los *solanos*, como la *yerba mora* (*S. nigrum* L.), anodinos (1) en alto grado, refrigerantes y astringentes.

*S. triste* Jacq. La *Revista Central de Farmacia* de Bogotá, número 11, registra la muerte de un niño de 9 años, á las 5 horas de haberse comido 4 pepas ó bayas de este arbusto, llamado *cucubo*.

*S. betaceum* Cav. (*Cyphomandra* b. Sendt.) de la América intertropical.

*S. lanceaefolium* Jacq. Especie espinosa y trepadora.

*S. juripeba* Rich. Cerca de Cartagena (Fl. Br.)

*S. asperolanatum* R. et P. Se llama *lava platos* en la América Central. Se usa como antisifilítico. (Friedrichsth.).

*S. uchubita* de la Sabana de Bogotá; los frutos son comestibles, y algo narcóticos.

*S. paniculatum* Bardet, de la América ecuatorial. Pinet y Duprat han hecho ensayos fisiológicos sobre las propiedades de este arbusto (Bardet y Delpech, *Les nouv. rem.* París. 1886); pero aún no han sacado conclusiones terapéuticas.

*S. foetidum* R. et P. Se llama *hoja hedionda* y *zapatico* en el Cauca. Tiene este arbusto un olor repugnante que se conserva en la tintura alcohólica. Pasa por febrífugo; Kunth dice que es vulnerario, y sedativo según Triana.

*S. sanctum* Jacq. Arbusto blanquecino y espinoso; *lulo* en Bogotá.

*S. mammosum* André, *rejalgares* en Villeta.

---

(1) MARTIUS. *Syst. mat. med. veg. brasilense.*

*S. oapsicastrum* Link et Decn.

*S. galeatum* André, al Occidente de Cundinamarca, vulgarmente *toronjo*.

*S. melongena* L., vulgarmente *pepinos morados*. Especie cultivada en los jardines de Bogotá, berenjena en España.

*S. grandiflorum*. El doctor Freire (Compt. rend. de l'Acad. des Scienc.) analizó el fruto de este arbusto, que se encuentra en el Quindío, y halló en él un nuevo alcaloide que llamó *grandiflorina*; es blanco, amargo, insoluble en el agua y tóxico en alto grado.

*S. venosum* H. B. K., del Quindío.

*S. tolimense* Wedd. Al pie del nevado del Tolima á 3,900 metros (Linden).

*S. lasiophyllum* H. B. K., en la región fría de los Andes de Pasto.

*Lycopersicum sculentum* Miller. Los frutos llamados *tomates* se emplean para condimentar los alimentos.

*L. humboldtii* Don. Se encuentra en las riberas del Rio Negro, tributario del Amazonas (Wild.)

*Salpichroma diffusum* Tr. (?) Pequeña planta, enredadera, de la Sabaña de Bogotá; se llama *zarcillo de bruja* y *fruta del diablo*; el señor Javier Matiz, dibujante de plantas del sabio Mutis, la llamó *belladona*. El doctor F. Bayón dice que posee propiedades semejantes á las de la verdadera belladona. (*Anales de la Academia de Medicina* de Medellín de 1889, número 2).

*Sarcophysa speciosa* Miers. Planta epifita pseudo-parásita, del Quindío, cerca de la Palmilla, vive entre 2,000 y 3,000 metros de altura. (Triana. Choix de plantes. París, 1858).

*Acnistus cauliflorus* Schott (Cestrum). Arbusto de la altura de un hombre; se encuentra en Cáqueza. Tiene virtudes febrífugas como los *tintos* ó *uvillas* de Bogotá (Cestrum), *jazmín de noche* en Popayán, y como la especie siguiente:

*Chaenesthes lanceolata* Hook. (1). Arbusto pubescente descubierto en el Quindío por Purdie.

---

(1) *Miers. Contrib. to south Amer. Plants, in Hookers. London Journ.*

## PERSONAL

---

### **EL DOCTOR D. NICANOR G. INSIGNARES S.**

Este distinguido médico llegó á Bogotá el día 3 de los actuales. Viene, probablemente, á hacerse cargo del Ministerio de Instrucción Pública.

El señor doctor Insignares, por su vasta ilustración, su cultivado talento, su genial benevolencia y su larga práctica, ocupa uno de los principales puestos entre los miembros del Cuerpo médico de Colombia. En la ciudad de Barranquilla, donde estaba establecido, gozaba, con justicia, de universal estimación.

Si el señor doctor Insignares se encarga del Ministerio á que ha sido llamado por el Excelentísimo Señor Caro, es seguro que el ramo de Instrucción Pública adquirirá extenso y favorable vuelo, debido al ilustrado impulso y á la incansable laboriosidad del nuevo Ministro. La Facultad de Ciencias Naturales y de Medicina, estamos seguros de ello, será uno de los establecimientos que mayores ventajas reportará de la permanencia del doctor Insignares en el Gobierno.

La Redacción de la REVISTA MÉDICA se complace en presentar su muy respetuoso saludo á tan notable huésped; y desea que desempeñe el Ministerio de Instrucción Pública por mucho tiempo, para bien de la juventud y provecho de la Patria.

Septiembre de 1897.

---

## REPRODUCCIONES

---

### **PARAPLEGIA ESPASMODICA INFANTIL**

(Por el doctor *Ciro L. Urriola*).

Guadalupe, hospitalizado en el *Asilo Bolívar*, nació en Panamá el 17 de Diciembre de 1881. Es el segundo de nueve hermanos. Su madre tuvo siete partos y en dos de ellos ha

dato mellizos. Murió de eclampsia después de dar á luz dos mellizas que sólo vivieron pocas horas. De sus otros hijos sólo tres viven aún: Guadalupe y dos mellizos; los demás murieron por diversas causas. La mayor, una niña, murió por consecuencia de un fuerte traumatismo que sufrió al nacer (la madre estaba de pie en el momento en que la sorprendió el parto, y la niña cayó de cabeza al suelo); el tercero, seis días después de nacido, de *tétanos neonatorum*; el cuarto, de dos años y ocho meses, de fiebres intermitentes; y el quinto murió también de *tétanos* en la semana siguiente á la de su nacimiento. Su padre, hoy de sesenta y ocho años, tiene hábitos de intemperancia inveterados. Cuando la concepción de Guadalupe tenía cincuenta y tres años, y la que fue su madre sólo tenía veintiocho. Así es que la diferencia de edad entre ellos era de veinticinco años. Entre los dos no existía lazo de consanguinidad.

En Septiembre de 1881, es decir, cuatro meses antes del nacimiento de Guadalupe, su madre fue profundamente impresionada por un terremoto que experimentó Panamá durante varios días seguidos. El niño nació á término, en estado de muerte aparente, y con el cráneo tan tierno, que se aplanaba cuando la cabeza reposaba sobre la almohada ó cualquiera superficie plana y resistente. No pudo mamar sino hasta los ocho días de nacido, y fue á la edad de dos meses cuando principió á dar los primeros gritos y á llorar á largos intervalos. En esa misma época el cráneo se endureció bastante para conservar de manera definitiva las marcas de deformación que hoy presenta. A la edad de tres meses tuvo fuertes convulsiones que se repitieron durante una hora; pero, desde entonces, ese síntoma no ha reaparecido.

Jamás *gateó*, y hasta la edad de seis años se le conservaba en una silla, amarrado con una tela que le envolvía el tronco pasando por debajo de las axilas. Pasaba en esta posición la mayor parte del día, con la cabeza inclinada sobre el pecho y el tronco hacia adelante; pero desde la edad de seis años comenzó á sentarse solo y á poder sostener el cuerpo y la cabeza en posición vertical.

Sus primeros dientes le salieron á los seis años. Hoy con-

serva su dentición de leche. La implantación de ella es sólida y perfecta, salvo los dos incisivos medios superiores que están ligeramente inclinados para adelante, y los dientes tienen magnífico esmalte. La bóveda del paladar es de forma ojival muy pronunciada.

A los siete años hizo sus primeros ensayos con el modo de locomoción que usa hoy. Sentado sobre las nalgas, con los muslos dirigidos hacia afuera y las piernas para adentro, de modo que los talones se tocan; se empuja con las cuatro extremidades, llevando los talones hasta la raíz de los muslos y dejando detrás de él las manos apoyadas sobre el suelo. Sostenido por las axilas, el tronco se inclina para adelante, los muslos entran en aducción, las rodillas se unen y las piernas se separan dejando entre ellas un espacio triangular cuya base queda abajo; los pies, apoyados sobre el borde interno, se contracturan, como lo revela la flexión de los dedos, sobre todo la del artejo del pie derecho. El pie es plano y tiene los dedos dirigidos para afuera. Cuando lo obligan á dar algunos pasos en esta posición, la marcha se asemeja entonces á la de la *astasia-abasia* (forma paralítica), hasta que llega el momento en que las piernas ceden bajo el peso del cuerpo. Las piernas se conservan siempre frías y están ligeramente atrofiadas.

Los reflejos patelares están exagerados de ambos lados, y el clonus del pie existe. El cremasteriano y el plantal son normales. La sensibilidad es completa en todas sus manifestaciones.

Los testículos bajaron á las bolsas y están del tamaño de una arveja. El penis mide treinta y cinco milímetros y el precucio permite descubrir el glande. Los brazos y las piernas están cubiertos de vello fino.

No existe estrabismo, ni nystagmus, y el fondo del ojo es normal. Es *gateux*, principalmente de noche. Se chupa el índice y el medio de la mano derecha, y la piel de los dedos es blanca y rugosa. Cuando no se chupa los dedos, aprieta convulsivamente, con la mano derecha, los dedos de la izquierda. Casi siempre está con la boca abierta, y la saliva chorrea por las comisuras de los labios.

A los siete años comenzó á decir *papá* y *mamá*; habla con



bastante dificultad y articula tan mal las palabras, que las convierte en sonidos casi ininteligibles; tutea á todo el mundo; no carece de memoria, y es capaz de alguna atención. Su mirada es vaga y poco inteligente. Es analfabético.

Pero, en este caso, lo que más llama la atención son las deformaciones que presenta el cráneo. Como queda dicho, Guadalupe nació con la cabeza tan blanda, que ésta tomaba la forma de la superficie en que se apoyaba. Mas desde la segunda semana después de nacido, el cráneo empezó á endurecer de modo que á los dos meses quedó con las deformaciones que ahora tiene.

El cráneo está aplanado de derecha á izquierda, y dilatado en el sentido opuesto; es, en consecuencia, un cráneo plagiocéfalo ú oblicuo ovalar. En efecto, la región posterior lateral derecha, que comprende una parte del temporal, del parietal y del occipital, en vez de presentar la misma forma redondeada que la región opuesta, está aplanada y reproduce la forma de la almohada sobre la cual se apoyó esa parte del cráneo durante las primeras semanas de la existencia del niño; detrás de la oreja derecha la proeminencia de la apófisis mastoideana no existe, y la curva de la frente, á la derecha, está reemplazada por una superficie plana que se extiende desde las cejas hasta los cabellos, lo que hace que esta parte de la frente sea menos alta que la parte opuesta. El cráneo presenta también otra deformación muy notable, es su inclinación en forma de techo, deformación yá descrita por Foville, y llamada después por Topinard *deformación francesa levanta-da* (1).

La oreja derecha, cuyo lóbulo es adherente, está á nivel más alto que la oreja opuesta y sobre un plano anterior (cinco centímetros más adelante que la izquierda). No hay huellas de fontanelas; los cabellos son abundantes, duros y planos (*Choló*) y forman dos remolinos en la parte posterior de la cabeza. La frente es espaciosa y mide en su parte media cinco centímetros y medio.

El cráneo tiene las siguientes dimensiones:

Circunferencia horizontal, máximum..... 0.<sup>m</sup> 57

(1) *Anthropologie*, página 753.

Semi-circunferencia bi-auricular.....	0. <sup>m</sup>	29
Diámetro oblicuo de la giba parietal posterior derecha al refuerzo frontal izquierdo .....	0.	18
Diámetro oblicuo de la giba parietal izquierda á la giba frontal derecha .....	0.	20
Diámetro oblicuo de la región mastoideana derecha al refuerzo frontal izquierdo.....	0.	16
Diámetro oblicuo de la apófisis mastoideana izquierda á la giba frontal derecha.....	0.	18
Diámetro bi-auricular.....	0.	13
Diámetro bi-temporal.....	0.	145
Diámetro bi-parietal.....	0.	165

Alto del cuerpo, 1 metro 10 centímetros.

En el caso que se ha descrito se ve de una manera evidente la influencia ejercida por el terror experimentado por la madre, en la segunda mitad del embarazo, sobre el desarrollo de la enfermedad con que Guadalupe vino al mundo; y que esta influencia ha prevalecido sobre las otras, que podrían alegarse como productoras de la misma enfermedad, esto es, el alcoholismo del padre, la diferencia de edad entre él y su mujer y el estado de muerte aparente del niño al nacer; esto se prueba por el hecho de que los hijos nacidos en condiciones idénticas antes y después del nacimiento de Guadalupe, no han sufrido de enfermedades cerebrales semejantes á la de éste. Si es cierto que Little daba mucha importancia, en el génesis de la enfermedad que lleva su nombre, á la asfixia de los recién nacidos, no debe considerarse como tal la asfixia que desaparece prontamente, sino aquella que tiene por causa un parto laborioso y una interrupción de la circulación placentar. En el caso de Guadalupe, el parto fue rápido y sin ninguna de las circunstancias que provocan la asfixia grave; es á lo que realmente deben atribuírse los raros signos de vida que acompañaron al nacimiento de este niño; esto es, á las profundas lesiones cerebrales engendradas durante los últimos meses de la evolución de la vida intra-uterina y que conservó consigo al nacer.

Clínicamente hablando, este caso forma parte del grupo variado comprendido hoy bajo la denominación de *encefalo-*

*patías atróficas de la infancia*, en el cual entran la paraplegia espasmódica infantil ó enfermedad de Little, la hemiplegia espasmódica, la diplegia, la athetosis doble, la corea espasmódica y la idiotez; grupo ocasionado por lesiones tan diversas y de localización tan caprichosa, que es imposible al clínico preverlas (1).

(Tomado de los *Archives de Neurologie*, volumen III, número 18. Junio de 1897).

## ETIOLOGIA Y PATOGENIA

### DE LA FIBRE AMARILLA

(Por el profesor Sanarelli).

(Continuación).

A pesar de esto, de acuerdo con la mayor parte de los autores, y basándose, no solamente sobre la frecuencia del resultado negativo del examen bacteriológico practicado sobre las vísceras y la sangre del cadáver, sino también sobre el asiento gástrico de las principales manifestaciones morbosas, Sternberg y la mayoría de los más distinguidos sabios brasileños, entre los cuales recuerdo con placer al doctor De Lacerda, creen que se trata muy probablemente de una infección local, cuya localización principal es el estómago. En este órgano el agente infeccioso, todavía desconocido, elaboraría una sustancia tóxica, que absorbida por medio de la sangre, daría lugar á los síntomas generales característicos de la fiebre amarilla.

Los conocimientos clínicos, etiológicos y epidemiológicos de la fiebre amarilla hallábanse en ese estado, cuando pensé dedicarme á su estudio.

El material de mis estudios pude procurármelo, en parte, en el lazareto de la isla de Flores, donde durante el verano

---

(1) Véanse: una observación de *Paraplegia espasmódica infantil*, por Bourneville, en el número 21 del *Progrès Médical* (1897), y las lecciones del Profesor F. Raymond sobre las *Afecciones espasmo-paralíticas infantiles*, en los números 2, 4 y 6 del mismo periódico (1894), y en la *Semaine Médicale*, del mes de Enero de 1897.

pasado tuve instalado un pequeño laboratorio, destinado á hacer investigaciones sobre los enfermos ó sobre los cadáveres de individuos provenientes de los puertos del Brasil, y enfermos durante el viaje; en parte, en el hospital de San Sebastián, de Río Janeiro, donde, gracias á la amabilidad de su digno director, el doctor C. Seild, y de los eminentes colegas, doctores Fajardo y Couto, pude instalarme convenientemente, y dedicarme durante más de un mes á investigaciones clínicas, anatómicas y bacteriológicas.

Referir la historia de estas investigaciones sería describir un viaje difícil, afanoso y lleno de peligros, al través de un terreno desconocido y rodeado de toda clase de obstáculos.

Puedo asegurar desde ahora, que el reconocimiento y el aislamiento del agente específico de la fiebre amarilla deben ser considerados como una de las empresas más difíciles que se hayan presentado hasta ahora á la paciente investigación de los microbiologistas. Quedan así explicados y justificados los innumerables fracasos de todos los que me han precedido hasta hoy.

Cualquiera que asista á un enfermo de fiebre amarilla, y siga atentamente el desenvolvimiento sucesivo de esa imponente sintomatología, que da á esta enfermedad un aspecto tan típico y tan característico, no puede dudar un instante de que la causa de ese conjunto sea una infección microbiana, absolutamente específica, y por lo tanto fácilmente demostrable en la autopsia.

Sin embargo, en la mayor parte de los casos, el resultado de la investigación bacteriológica más completa y minuciosa, practicada sobre el cadáver, parece hecho á propósito para desorientar completamente al investigador y debilitar la constancia de sus propósitos.

En efecto, los cadáveres de las víctimas del tifus icteroi-de, ó son estériles, ó se hallan totalmente invadidos, á veces en estado de pureza, por ciertas especies microbianas, como el *streptococo*, el *stafilococo pyogenos*, el *colibacilo*, el *proteo*, etc., que no pueden ser considerados como causa de la enfermedad; ó bien, en fin, se muestran invadidos por una mezcla de microbios, cuyo aislamiento, clasificación y estudio exigen

una suma tal de trabajo, que hace imposible toda investigación sistemática y cuidadosa.

Creo ocioso referir ahora por qué vía llegué al reconocimiento del microbio de la fiebre amarilla, sin ocultar, sin embargo, que debo esa suerte al segundo caso de fiebre amarilla que se me presentó en la is'la de Flores.

Este caso, á la inversa del primero, que me presentó una mezcla de varios microbios, ofreció en estado de relativa pureza el microbio específico, al cual dí en seguida el nombre, algo impropio, pero bastante significativo, de *bacilo icteroide*, basándome en que la fiebre amarilla es también conocida bajo el nombre de *tifus icteroide*.

He dicho en estado de relativa pureza, porque la fiebre amarilla es el prototipo de las enfermedades de infección mixta; en las once autopsias que he practicado, no he encontrado nunca el *bacilo icteroide* solo: estaba por lo menos asociado al *colibacilo*, al *stafilococo* ó al *streptococo*. En el segundo caso de la isla de Flores, estaba solamente asociado á una pequeña cantidad de *colibacilo*; y en el octavo, estudiado en Río Janeiro, al *stafilococo aureo*.

En todos los demás casos, ó bien lo he hallado confundido en cantidad relativamente pequeña, entre las numerosas especies microbianas banales, ó bien no he conseguido encontrarlo, por estar el cadáver completamente ocupado por otros microbios, los cuales, después de haber conseguido invadir el organismo, gracias á la acción del *bacilo icteroide*, como lo veremos más adelante, acaban por perjudicar su desenvolvimiento y hasta por hacerlo desaparecer totalmente.

Avanzaré desde ahora que el *bacilo icteroide* debe ser buscado en la sangre y en los tejidos, y no en el tubo gastro-intestinal, donde, contrariamente á lo que podría suponerse *à priori*, no se le encuentra nunca.

En realidad, en la fiebre amarilla, como en la tifoidea, se produce en el tubo digestivo una multiplicación exagerada del colibacilo, que se halla en un estado de pureza casi absoluto.

Basándome en el resultado de mis investigaciones, diré que el aislamiento del microbio específico de la fiebre amari-

lla, no es posible sino en el 58 por 100 de los casos, y que hasta puede practicarse, algunas veces, durante la vida (1).

## PRIMERA PARTE

## I

## Resumen de nuestros actuales conocimientos sobre la etiología y patogenia de la fiebre amarilla. (2)

La fiebre amarilla es una enfermedad reconocida desde hace tiempo como de naturaleza indudablemente específica, pero sobre la cual nuestros conocimientos etiológicos y patogénicos se limitan, hasta ahora, á los resultados de investigaciones científicas insuficientes. La extremada pobreza de tales conocimientos no es debida, por cierto, á falta de notables contribuciones científicas.

La literatura relativa á la fiebre amarilla ocupa yá, en efecto, un lugar importante en la patología médica de los países cálidos.

A pesar de ello, no ha podido nunca salvar, ni interpretar satisfactoriamente las más sencillas observaciones de la clínica, de la anatomía patológica y de la epidemiología.

Esto es debido á varias causas, que quizá están representadas principalmente: 1.º, por la sintomatología, por demás oscura, compleja y proteiforme del cuadro morboso; 2.º, por el resultado infructuoso de las múltiples tentativas hechas por diversos autores para hallar y estudiar el agente específico.

En cuanto se refiere al cuadro clínico, la fiebre amarilla constituye un conjunto de síntomas variadísimos que acompañan más ó menos regularmente y pueden compendiarse en el siguiente tipo nosológico común, que ordinariamente se divide en tres períodos:

PRIMER PERÍODO. — Después de una incubación, que se cree poder fijar entre 2 á 4 días, aparecen los primeros síntomas que, por lo general, se presentan de improviso y violentos. El enfermo, ordinariamente durante el sueño, es presa de un es-

---

(1) Véase la *Semana Médica*, número 178.

(2) *Sinonimia*: vómito negro; *typhus icteroides* (lat.); *typhus amaril* (franc.); *febbre gialla* (ital.); *febre amarella* (port.); *gelbfleber* (al.); *yellow fever* (ing.)

calofrío más ó menos intenso, seguido de una rápida elevación de temperatura (40°-41° C).

Otras veces preceden síntomas que no tienen nada de característico y que figuran en los signos comunes de las infecciones agudas graves: cefalalgia, dolor intraorbitario, cansancio general, dolores musculares, dolor epigástrico, náuseas, vómito y, sobre todo, raquialgia intensa.

En pocas horas el estado general del paciente se pone gravísimo: la piel está unas veces seca y otras cubierta de sudor, la cara y los ojos se inyectan, las pupilas se dilatan y la mirada se pone brillante y asustada como la de un ebrio.

Aparece un insomnio penoso y una agitación indefinible, angustiosa, persistente, acompañada siempre de raquialgia espasmódica—el *coup de barre* de los autores franceses—y de una opresión epigástrica tan molesta, que postran al enfermo en un extremo abatimiento físico y moral.

Una persistente intolerancia gástrica, acompañada de náuseas y sed ardiente, precede de poco tiempo á los desórdenes de las funciones digestivas, que se manifiestan por vómitos, primero alimenticios, después mucosos, y por último biliosos. Rara vez hay diarrea; la regla es la constipación. Además, la lengua está empastada y roja en los bordes, las encías tumefactas y sangrando, la mucosa del velo del paladar y de la faringe congestionada é inflamada. La orina es escasa, muy coloreada y ligeramente albuminosa.

Todos estos síntomas persisten y se agravan en los dos ó tres primeros días, durante los cuales la temperatura llega á su maximum, que es de 40°-41° C., presentando muy débiles remisiones.

En este estado aparecen, por lo general, la ictericia y el llamado *vómito negro*, que es debido á las frecuentes hemorragias gástricas.

SEGUNDO PERÍODO.—Hacia el cuarto día se produce en el estado del enfermo un cambio sorprendente de todos los síntomas.

La fiebre cesa; la cefalalgia, la raquialgia y las mialgias desaparecen al mismo tiempo que la sed y la congestión de las mucosas y de la piel, que se torna suave y fresca.

El paciente experimenta una sensación subjetiva de insólito bienestar; reaparece la alegría y la confianza en una pronta curación. Pero la sensibilidad epigástrica característica y el vómito no desaparecen por completo; así es que si el enfermo no entra en franca convalecencia después de este estado de remisión, que puede durar de algunas horas hasta dos días, entonces se sigue el

TERCER PERÍODO, que se caracteriza, en general, por la ascensión de la temperatura y por una rápida exacerbación de todos los síntomas. Entonces la sensibilidad gástrica y el vómito recrudecen, la ictericia se hace más intensa, el pulso filiforme y la piel es asiento de transpiraciones sumamente fétilas.


El enfermo cae presa de profundo abatimiento, que lo hace inconsciente; las facciones se desfiguran; incesantes hemorragias se presentan por la nariz, los intestinos, los oídos, las conjuntivas, los órganos genitales, etc.; la boca es asiento de una intensa estomatitis, y la anuria se anuncia acompañada por horribles dolores lumbares.

Entretanto los vómitos de sangre extenuan al paciente, quien bien pronto es atacado del delirio que precede al progresivo é irreparable colapso, caracterizado especialmente por el descenso de temperatura y la pequeñez del pulso.

Por último sobreviene el hipo; el vómito se hace casi continuo; el enfermo cae en sopor, y muere en coma ó en convulsiones entre el quinto ó séptimo día de enfermedad, presentando un cuadro final de los más espantosos.

Este es, poco más ó menos, el tipo clínico ordinario de la fiebre amarilla; mas, como sucede en todas las enfermedades infecciosas, este tipo es susceptible de tan infinitas variaciones, de complicaciones tan variadas, que puede decirse que la fiebre amarilla no es nunca idéntica á sí misma.

(Continuará).





# LEY 157 DE 1896

(12 DE DICIEMBRE)

sobre prensa.

[Continuación]

Art. 18. Si la publicación principiare antes de acusarse-recebo ó de vencerse el término señalado en el artículo anterior, el director de ella y el dueño, administrador ó encargado del establecimiento donde se haya editado, serán castigados cada uno con una multa de cincuenta (50) á doscientos (200) pesos.

Art. 19. Toda publicación periódica llevará en su primera plana y en tipo y lugar visibles:

- 1.º Las palabras “ República de Colombia ”;
- 2.º El nombre de la publicación;
- 3.º El nombre del lugar en que se edita y la fecha de su publicación;
- 4.º El nombre del propietario y del director; y
- 5.º El nombre del establecimiento en que se edite, el cual podrá ir en la última plana;

Art. 20. Toda persona, individuo particular, funcionario, corporación ó sociedad, á quien se atribuyan hechos falsos ó desfigurados ó á quien se ofenda con apreciaciones ó conceptos injuriosos, tiene derecho á hacer insertar en el mismo periódico, y de manera gratuita, una rectificación ó aclaración que no exceda del doble del espacio ocupado por el escrito que lo haya motivado.

Cuando se tratare de personas muertas ó ausentes, pueden ejercitar el derecho de que trata este artículo sus herederos y parientes, y al periodista sólo obligará atender el primer escrito que le fuere llevado, y en caso de simultaneidad se atenderá el orden expresado.

Art. 21. Entregado que haya sido en la imprenta el escrito de que habla el artículo anterior, éste será insertado en el número próximo inmediato, bajo la multa de cinco (5) pesos ó arresto equivalente por cada día de demora en su publicación.

Art. 22. Cuando el escrito de que trata el artículo 20 exceda del espacio allí determinado, la inserción será siempre obligatoria, mas la parte excedente se hará á costa del interesado, quien pagará por ella el precio establecido para los comunicados.

Art. 23. La parte del escrito que deba publicarse á costa del comunicante se insertará íntegra, ó á razón de una columna por lo menos en cada uno de los números subsiguientes á aquél en que vea la luz la parte que deba acogerse gratuitamente.

Art. 24. La contravención á lo dispuesto en este artículo será castigada con una multa desde veinticinco (25) hasta doscientos (200) pesos.

Art. 25. El escrito de que hablan los artículos 20 y 22, deberá ser exclusivamente defensivo ó explicativo.

Si el periodista juzga que el escrito enviado es agresivo, se lo manifestará así al remitente, quien, si no conviene en reformarlo, dará derecho al periodista para, bajo su responsabilidad, suspender la publicación, y dando aviso en el periódico de haberla recibido, ocurrirá con copia de lo conducente á la Gobernación del Departamento respectivo.

Art. 26. Recibidos por la Gobernación los documentos de que habla el artículo anterior, ésta designará un censor á quien pasará tales documentos, y el cual, oídas las partes en conferencia verbal, para lo cual las citará, decidirá dentro de tercero día acerca de la forma en que el escrito debe publicarse.

Si el periódico no se editare en la capital del Departamento, la facultad que por este artículo se confiere al Gobernador, se ejercerá por la primera autoridad política del lugar donde se edite el periódico.

Art. 27. Si el periodista suspendió la publicación sin dar el aviso de que habla el artículo 25, ó si el censor declarare que el escrito no fue agresivo, correrá la multa para el periodista, en el primer caso, desde el día en que la explicación debió publicarse, y en el segundo, desde el día de la resolución del censor.

(Continuará).