

# REVISTA MEDICA

## DE BOGOTA

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

PUBLICACION MENSUAL

Redactores { DR. J. OLAYA LAVERDE  
DR. Z. CUÉLLAR DURAN

Dirección telegráfica: ACADEMIA

Director Administrador: J. OLAYA LAVERDE

La correspondencia y los canjes deben dirigirse así: *Revista Médica*—Bogotá—Colombia.

Los anunciadores europeos se dirigirán por ahora al Dr. *Olaya Laverde*. Bogotá.

Adresse pour la correspondance et les échanges: *Revista Medica* - Bogotá Colombia.

Les annonceurs européens sont priés de vouloir bien s'adresser au Dr. *Olaya Laverde*—Bogotá.

### CONTENIDO

	Págs.
Sección oficial—Academia Nacional de Medicina—Acta de la sesión del día 3 de <b>Marzo</b> de 1911. ....	163
Sesión del día 17 de <b>Abril</b> de 1911.....	165
Segundo Congreso Médico de Colombia.....	166
Acuerdo sobre Congresos Médicos Nacionales é Internacionales.....	168
Temas que recomienda la Comisión Organizadora del Segundo Congreso Médico de Colombia, que se reunirá en Medellín el 20 de Julio de 1912	169
<b>Trabajos originales</b> —Hígado tropical, por el Dr. A. Gaitán U....	173
Algunas observaciones sobre los resultados del <i>Salvarsán</i> , por el Dr. José Manuel Vásquez.....	183
Informe relativo al trabajo del Dr. José Manuel Vásquez, por el Dr. Federico Lleras A.....	191
Algunas consideraciones sobre la tuberculosis renal, por el Dr. Z. Cuéllar Durán..	194
Necrologías, por el Dr. J. Olaya Laverde.....	215
Bibliografía.....	221

El estado de debilidad general del organismo por la edad, enfermedades anteriores, excesos de todo género, el embarazo y el puerperio y todas las causas que favorezcan las infecciones ascendentes, agravan considerablemente el pronóstico. Como es natural, son sobre todo las alteraciones hepáticas anteriores las que más directamente contribuyen á dar á las infecciones intestinales un alto grado de gravedad.

Hacemos mención especialísima, y muy merecida, del estado general, y hepático particularmente, creado por el alcoholismo como causa predisponente de complicaciones graves. Bueno es que sepan los que pretenden excusar su escasa fuerza de voluntad diciendo que el alcohol da vigor al organismo, que es precisamente en el momento de luchar contra las infecciones, de cualquier origen que sean, cuando, puesta á prueba la resistencia orgánica de los alcoholizados, se hacen patentes los efectos funestos del alcohol facilitando la tarea de los agentes destructores de la vida, entregándoles un organismo maniatado por los estragos hechos por la bebida.

Pero nada, tal vez, que modifique más el pronóstico de una infección de origen intestinal que el tratamiento que se instituya. Si desde un principio, en los casos no rápidamente complicados á causa de una predisposición especial del individuo ó de una virulencia enorme del germen infectante, se instituye un tratamiento adecuado, el pronóstico es benigno, por intensas que sean las primeras manifestaciones. Puede decirse que en un individuo en buena salud anterior, convenientemente tratado, no habrá lugar á complicación ninguna, y la enfermedad curará con seguridad. Pero si el tratamiento se instituye tardíamente ó no se continúa con perseverancia y actividad, habrá complicaciones fácilmente mortales.

En capítulo aparte trataremos de las complicaciones hepáticas á que pueden dar origen las infecciones intestinales y que tanto hacen cambiar el pronóstico de éstas.

#### § VI—*Profilaxis.*

Es verdaderamente lastimoso que sea el hombre el animal que más necesita que se le enseñen reglas para vivir en los distintos climas, cuando por instinto no más debiera conocer las necesidades que en el vestido, la alimentación, las costumbres, etc. le impone cada clima. Pero á fuerza de contrariar el instinto y las inclinaciones y exigencias naturales, á fuerza, si se quiere, de racionalizarse, ó por no tener el valor ni la costumbre de contrariar hábitos adquiridos, ó por servil aceptación de imposiciones de la moda, ha llegado á formarse hábitos y costumbres abiertamente en pugna con sus necesidades orgánicas, sacrificando así su salud.

No es por reglas especiales de higiene como se evitan las infecciones intestinales; en la mayoría de los casos es por medio de reglas de higiene general; y no de higiene pública, sino de higiene individual y privada.

El vestido propio de los climas cálidos debe ser un vestido que facilite la transpiración y atenúe la acción de los rayos solares. Las telas de origen vegetal (lino, algodón) son preferibles á las de origen animal (lana y seda); las de esta clase deben ser delgadas. Las telas vegetales gruesas y tupidas, al mismo tiempo que abrigan absorben el sudor y facilitan su evaporación. En los climas húmedos es conveniente la ropa interior de lana, lo mismo que para los individuos débiles y predispuestos á los enfriamientos.

El sombrero de paja es uno de los mejores por su frescura. Si se usan de otra clase (de corcho ó de fieltro), deben estar provistos de orificios que permitan la ventilación, estableciendo un tiraje. Corre, citado por Le Dantec, ha encontrado que la temperatura era de 35°6 bajo un sombrero de medula de aloe, cuando era de 37°5 bajo uno de paja, ambos con cubierta blanca; de 39° bajo un qnepis con orificios ventiladores; de 40° bajo un gorro de marinero, enfundado, y de 41° bajo un casco marintero sin funda.

No es tánta como se cree la influencia del color de las telas sobre el calor; si el color negro absorbe y el blanco refleja la casi totalidad de los rayos luminosos, no sucede lo mismo con los químicos y caloríficos, cuya absorción é irradiación dependen más de la composición ó naturaleza de la tela y de las sustancias empleadas para darle color.

En los climas cálidos el organismo mismo hace sentir por medio de la anorexia su menor necesidad de alimentos. Teniendo que luchar menos contra la temperatura ambiente, necesita una menor cantidad de hidrocarburos particularmente; y la ingestión de ellos debe restringirse, sobre todo la de las grasas, que necesitan más que los demás alimentos de la bilis que favorezca la acción de la lipasa pancreática y que impregne el epitelio para facilitar la absorción. Ya, á propósito de los climas cálidos y de su acción sobre el organismo, hablamos de los azúcares y de porqué su ingestión es apetecida en los climas cálidos y aun conveniente. Respecto á los albuminoides, su cantidad debe moderarse de acuerdo con la anorexia y la poca actividad digestiva. Son peligrosos, más que todo, por la facilidad con que la mayor parte de ellos se alteran bajo la influencia del calor (carne, huevos, leche, queso, leguminosas), dando origen á intoxicaciones y autointoxicaciones que solas ó asociadas á las autoinfecciones producen turbaciones graves.

Nada más absurdo que tratar de combatir la anorexia por medio del alcohol, picantes, condimentos y toda esa serie de venenos llamados *aperitivos* (de la sepultura?) Con ellos no se consigue el efecto buscado sino irritando la mucosa digestiva y llevando al hígado sustancias que lo congestionan, y al tubo digestivo perturbadores de las funciones digestivas.

No es tomando agua como se calma la sed que se siente de ordinario en los climas cálidos y que en ocasiones se hace un verdadero tormento. La ingestión de grandes cantidades

de agua calma por el momento la sed, pero ésta vuelve poco después; y en cambio dilata á la larga el estómago y mantiene el hígado en estado de congestión. Agréguese la influencia que puede tener la mala calidad de las aguas por la cantidad de seres organizados y de sustancias orgánicas ó minerales perjudiciales, ó por la falta de otras benéficas. Debe buscarse agua potable y corriente y hervir toda agua sospechosa, aireándola después.

Las frutas ácidas, las bebidas gaseosas ó aciduladas y alcoholizadas ligeramente, son preferibles, porque excitando las secreciones, aumentan la humedad de las mucosas. Las naranjas, piñas, lulos, etc., son excelentes. Es un error creer que las frutas son perjudiciales á los recién llegados á climas cálidos; si lo son, es porque se abusa inmoderadamente. Por el contrario, como digestivas y calmantes de la sed, son muy recomendables.

Un medio cómodo y saludable de calmar la sed consiste en tomar una bebida aromática caliente, azucarada ó nó, como té, agua de yerbabuena, de naranjo, etc. Es medio utilísimo especialmente para calmar la sed de los hiperclorhídricos y los dilatados del estómago, tan comunes en los climas cálidos.

El alcohol en bebida concentrada (aguardiente, brandy, whisky, ron) adormece, en cierto modo, la mucosa y produce un aumento de la secreción del mucus, con lo que calma momentáneamente; pero bien pronto determina gastritis, dispepsias y congestiones ó degeneraciones hepáticas, con todas sus consecuencias inmediatas y remotas. Las bebidas alcohólicas diluídas, como la cerveza, obran bien por el agua, por el alcohol y por los principios amargos y aromáticos que pueden tener. Moderadamente pueden usarse en lugar de agua.

Hay la creencia general de que el *sereno* es especialmente nocivo en los climas cálidos. Las gentes se figuran que el sereno es un agente meteorológico especial que puede graduarse, que tiene su constitución y modalidades propias y que da lugar á enfermedades especiales. El tal sereno no obra sino por intermedio del descenso de temperatura que sobreviene después de la puesta del sol, cuando la tierra irradia más calor del que recibe, y por la facilidad de contraer en esos momentos las enfermedades de estegomias y las enfermedades de anófelos, pues es precisamente entre la puesta y la salida del sol cuando aquellos insectos salen de sus retiros y pican.

Los enfriamientos, las insolaciones, los excesos físicos, genésicos é intelectuales, las impresiones morales, en una palabra, toda causa de debilitamiento, son circunstancias que favorecen el desarrollo de las fiebres autoinfecciosas, y deben evitarse, particularmente por los recién llegados, individuos cuyos órganos no se han acostumbrado suficientemente al nuevo medio.

Otra creencia errónea y muy esparcida es la de que el baño general es perjudicial en los primeros días de la llegada á una tierra caliente. Esta creencia no tiene fundamento ra-

cional ninguno; es hija de la tendencia humana á confundir las relaciones de simple coincidencia ó de casualidad con las de causalidad, ratiocinando *a priori*, como consecuencia de una ignorancia inconscientemente soberbia, que no se resigna á reconocer su impotencia para explicar un hecho, y lo explica aunque tenga que apelar á lo sobrenatural ó á otras explicaciones absurdas, en contra de toda observación y de toda ley natural. El baño tomado en las condiciones higiénicas ordinarias, no estando el cuerpo demasiado agitado, acalorado ó sudando, y tomado á distancia conveniente de las comidas, es, por el contrario, higiénico y sumamente benéfico. La hora del baño no tiene influencia directa nociva; si es malo tomado durante la tarde ó la noche, es por la facilidad de ser picado por los mosquitos, por la proximidad de las comidas, por la falta de ejercicio y de sol que ayuden á la reacción, por la temperatura demasiado fría del agua en relación con la del cuerpo, etc.

El ejercicio moderado á pie ó á caballo es conveniente para ayudar á la digestión y para abrir el apetito. Deben dominarse la negligencia y postración que se sienten ordinariamente; pero no es dañoso satisfacer parcialmente la necesidad de sueño que se experimenta después del almuerzo.

La constipación es una de las cosas que deben combatirse con más empeño, pues es particularmente favorable á las autoinfecciones y autointoxicaciones. Igualmente debe procurarse el curso corriente de la bilis, pues el retardo en su excreción es circunstancia que predispone á su infección. Se pueden emplear todos los medios preconizados actualmente; pero es preferible recurrir á aquellos medicamentos que agregan á su acción laxante una acción colagoga.

Lo mismo que la constipación, debe cuidarse escrupulosamente toda dispepsia y lesión gastrointestinal, sobre todo las ulcerativas, y toda lesión hepática, por insignificantes que sean.

En una palabra, la profilaxis de estas infecciones está directamente subordinada á su patogenia y etiología.

#### § VII—*Tratamiento.*

A tres puntos puede reducirse el tratamiento de las infecciones de origen gastrointestinal: 1.º, suprimir todo alimento que pueda favorecer el desarrollo de los gérmenes nocivos ó aumentar la toxidez del contenido del tubo digestivo; 2.º, evacuar continuamente el contenido del intestino y la bilis; 3.º, desinfectar las vías digestivas y biliares.

La dieta láctea llena la primera indicación; pero puede suceder que haya necesidad de recurrir á la dieta hídrica, sobre todo si se nota que á la ingestión de la leche corresponde una exacerbación febril. La dieta hídrica puede sostenerse por uno ó más días.

Por regla general, en toda enfermedad febril aguda, el tratamiento debe empezar por un purgante; se elimina así

una causa posible de error en el diagnóstico; se combate el embarazo gástrico que acompaña de ordinario á todo estado febril; se disminuyen las probabilidades de una complicación antiofensiva, y se pone á los órganos gastrointestinales en mejores condiciones para absorber fácil y rápidamente los medicamentos ingeridos. Con mayor razón se hace indispensable comenzar por un purgante el tratamiento de estados febriles que, como los que estudiamos, obedecen á una causa que tiene su sitio en el intestino.

Pero no basta administrar un purgante ó dos, aun cuando con ellos se obtenga un gran efecto evacuante ó purgante. Es preciso purgar mientras haya fiebre, aun cuando no se obtenga últimamente efecto apreciable. Los microbios se desarrollan incesantemente en el intestino, y es preciso expulsarlos incesantemente. Y cuántas veces se observa que después de varios días de medicación purgante con resultado escaso, sobreviene una gran evacuación de excrementos de extraordinaria fetidez, á pesar de la dieta rigurosa á que se halla sometido el enfermo, y á pesar de haber obtenido efectos considerables con uno ó varios de los primeros purgantes. Los purgantes tienen, además, la ventaja de que excitan las funciones intestinales (secreción, contractilidad, etc.), generalmente adormecidas en estas infecciones. Ejercen pues una acción desinfectante y una acción fisiológica.

Agréguense como ayuvantes el aseo de la boca con soluciones antisépticas y alcalinas y los grandes lavados intestinales con sonda, con agua hervida, fría ó una solución antiséptica débil.

El embarazo gástrico febril esencial, es decir, que aparece independientemente de todo otro estado patológico concomitante, desaparece con la sola administración de un purgante y la dieta láctea. Como se trata de obtener una evacuación abundante y una excitación, aunque sea ligera, de las funciones motrices y secretoras del intestino, debe preferirse el sulfato de soda. Una onza ó más, en ciento ó ciento veinte gramos de agua fuertemente acidulada con zumo de limón ó de limonada cítrica, en una sola toma ó por cucharadas cada cuarto de hora ó media hora. También puede hacerse uso de una mezcla de polvos de jalapa y de escamonea con calomel (0 aa gramos 80 centigramos, en cápsulas.)

Si la fiebre persiste después del primer purgante, pueden seguirse alternando el sulfato de soda, el calomel y los drásticos á dosis purgante ó simplemente laxante, única ó fraccionada, solos ó asociados entre sí y con el benzoato, el salicilato ó el bicarbonato de soda á la dosis de 3 á 4 gramos por día, en cucharadas con agua cloroformada y agua de menta ó en obleas para distribuir en las veinticuatro horas. En algunos casos de forma bilioséptica no he vacilado en administrar 1 gramo de calomel cada seis ú ocho horas, hasta dar 3 gramos, administrando, junto con la última toma, una dosis purgante de jalapa ó de escamonea, ó dos horas después 1 onza de sulfato ó de aceite de ricino.

Podemos resumir como sigue la posología de los medicamentos mencionados. Sulfato de soda: 5, 10 ó 30 gramos en vehículo adecuado, en una sola toma ó fraccionado por cucharadas cada quince ó treinta minutos, ó cada dos ó tres horas. Benzoato, salicilato y bicarbonato de soda: de cada uno 3, 4 ó 5 gramos repartidos en el día, no dándolos más de tres días seguidos, para evitar la irritación del riñón. Jalapa y escamonea en polvo: 80 centigramos á 1 gramo en una sola toma, ó 30 centigramos en tomas de á 5 cada dos horas. Calomel: 1 gramo en una sola toma, repetido cada ocho horas hasta dar 3 gramos, haciéndolo seguir de otro purgante; 80 centigramos á 1 gramo cada tres ó cuatro días, en una sola toma ó en cuatro tomas con dos horas de intervalo entre cada una; 30 centigramos diarios durante dos días, en tomas de 5 centigramos cada dos horas.

Hago uso en ocasiones raras de los antisépticos intestinales: salol, naftol, benzonaftol. También he recurrido al colargol en ingestión: 50 á 80 centigramos por día y al electrargol en inyección intramuscular ó subcutánea: 5 á 10 gramos durante varios días. Otras veces he tenido necesidad de la inyección de suero artificial y de los tónicos ó estimulantes cardíacos: caféina, aceite alcanforado y éter sulfúrico.

Contra el vómito hágase uso de todos los medios ordinarios, menos de la cocaína, que aumenta la atonía intestinal, ni de la morfina, que además de esto disminuye las secreciones.

Si la fiebre llega á ser un síntoma alarmante por su intensidad, pueden darse lociones con agua, alcohol y vinagre, cada dos horas; ó envolver al enfermo en sábana humedecida en agua fría y renovada cada media hora ó dos horas; ó baños tibios ó calientes (dos á cuatro por día), de diez á quince minutos de duración. Si estos medios fracasan y no dan resultado satisfactorio, adminístrense los antitérmicos químicos: piramidón, fenacetina y antipirina asociados; es fórmula excelente.

Cuando se notan signos de congestión hepática debe administrarse la ipecacuana á dosis vomitiva: 60 centigramos á 1 gramo, que puede repetirse con ocho á veinticuatro horas de intervalo. La ipecacuana es también útil á la dosis de 30 á 40 centigramos fraccionada por tomas de 5 centigramos cada dos horas para activar las funciones intestinales.

Si la albuminuria es muy marcada, ventosas ó sangría local sobre la región renal, sobre todo si existe dolor apreciable en dicha región, indicio de congestión del riñón.

En la biliosa recurrente ó de recaída, el tratamiento de cada acceso no difiere en nada del de la forma que lo constituye, tomada aisladamente. Como la recurrencia puede ser causada por un estado congestivo del hígado, está indicado dar ipecacuana á dosis vomitiva durante cuatro á ocho días seguidos ó cada tercer día.

En la biliosa intermitente, como no se puede purgar al enfermo indefinidamente, además de una dieta moderada (leche,

café, sopas ligeras, sagú), adminístrese todas las mañanas una papeleta con 60 centigramos de salicilato de soda y de sulfato de magnesia, 1 gramo de sal de Vichy y 4 gramos de sal Glauber; y por la noche una píldora de formula semejante á la siguiente :

R. Polvo de goma guta. . . . .	} <i>a a</i>	0 gr. 10 centigr.	
Extracto blando de belladona ó de	}		
beleño. . . . .	}		
Calomel. . . . .	} <i>a a</i>		
Polvo de aloes. . . . .	}	0 gr. 30	,,
Polvo de ipecacuana . . . . .	}	0 gr. 75	,,
Extracto blando de ruibarbo ó jabón			
amigdalino, O. S.			
pafa H. S. A 10 píldoras.			

Si estas píldoras producen alguna irritación intestinal, se pueden sustituir durante una ó varias noches por una lavativa de medio litro de agua hervida fría. Baño frío y corto todas las mañanas. Ejercicio moderado al aire libre.

Los accesos febriles de la biliosa de largas intermitencias se tratarán según la forma que afecten y de acuerdo con las prescripciones anteriores. En los intervalos prescribese el régimen lácteo vegetal, las duchas frías ó compresas sobre el hígado y las píldoras de la fórmula anterior, durante dos á tres meses. En lugar de estas píldoras, ó alternando con ellas, pueden administrarse las sales de Carlsbad (una cucharadita todas las mañanas durante quince días). También puede administrarse el calomel solo por el método de Sacharijin (tres á cinco papeles de calomel, de 5 centigramos, todos los días, durante varios días).

Raro sería que aplicando rigurosamente las indicaciones hechas, la infección intestinal se complicara de infección hepática. Al menos desde que procedo de acuerdo con estas indicaciones, he dejado de ver las formas graves degeneradas en ictericia grave ó en angiocolitis. Pero si en virtud de una gran virulencia del agente infeccioso ó de una gran predisposición del individuo infectado, la complicación aparece, el tratamiento será el de aquellas afecciones, que desgraciadamente es muy poco eficaz.

Al hacer la descripción de las formas de infección intestinal hicimos notar que solía suceder que después de desaparecer todos los demás síntomas de la enfermedad, quedaba, no obstante el tratamiento mejor conducido, una fiebre pequeña, de 37°5 á 38°, para curar la cual bastaba tratar al enfermo como convaleciente. En estos casos vuélvase al enfermo poco á poco á su régimen ordinario; adminístresele una alimentación más sustanciosa y variada, que excite las funciones intestinales y hepáticas, adormecidas por el régimen lácteo; prescribáse baños fríos y ejercicio prudente y graduado al aire libre, y todo entrará en orden. En una palabra, basta tratar al enfermo como convaleciente y volverlo poco á poco á lo que era su vida de alentado.

Neiva, 1911.



## PRODIGIOS QUIRURGICOS

EN PRESENCIA DE UN GRAN CONGRESO DE CIRUJANOS EN 1911

## I

La eficacia de la cirugía moderna acaba de comprobarse en Filadelfia, de una manera brillante.

Cosa evidente es que nunca en ninguna otra ciudad del Nuevo Mundo se han visto antes juntos tantos y tan eminentes cirujanos como los que concurrieron á la segunda sesión anual del Congreso Clínico de Cirujanos de Norte América. En la Dirección General del Congreso, en el hotel de Bellevue-Stratford, más de tres mil concurrentes dejaron inscritos sus nombres. Los más de ellos trabajaban desde las ocho de la mañana hasta cerca de media noche. En veinte ó más hospitales las clínicas comenzaban á funcionar temprano, á las ocho de la mañana, y apenas, con cortísimas interrupciones, duraban hasta las cinco de la tarde. Pasada la hora de comer, leíanse ante numeroso concurso estudios diversos en los *auditoriums* de los distintos colegios médicos, siguiéndose allí mismo la discusión de esas lecturas. Casi todos los males del dominio de la cirugía, peculiares á la naturaleza humana, fueron tomados en consideración en las clínicas y en las sesiones nocturnas, siendo de notarse que en Filadelfia hay más hospitales y más Escuelas de Medicina que en ninguna otra ciudad del mundo, sea la que fuere su población. Parecerá á muchos exagerada esta afirmación; la aceptamos, sin embargo, sin titubear y seguros que ningún residente de Filadelfia pueda contradecirla con éxito, y precisamente por contarse con esos institutos pudo haber cincuenta ó más clínicas diarias. En cada una de ellas era examinada media docena de enfermos ó más, ú operados; y habiéndose ejecutado esta labor, sin interrupción durante nueve días, estimábase en dos mil quinientos ó en tres mil el número de personas asistidas en esta coyuntura por los más reputados cirujanos del Canadá y de la Unión Americana.

Cuando abrió las sesiones el doctor Albet J. Ochsner, de Chicago, ni el Estado de Pensilvania ni la ciudad misma de Filadelfia llegaron á penetrar la importancia real que de esa reunión pudiera derivarse. Sin embargo, ha sido un hecho que la propia ciudad no ha tenido disponible material clínico bastante para ofrecer á los expertos en las diversas ramas de la cirugía, oportunidad de demostrar sus peculiares procedimientos en beneficio de la especie humana. El Congreso despachó en todas direcciones, y á la mayor distancia posible, invitaciones, y con esto más de un médico de los que practican en distritos rurales se halló en capacidad de lograr gratis, para sus clientes, los servicios de los mejores cirujanos del mundo; sin tal ocasión estos enfermos habrían tenido que continuar viviendo con el mal de que adolecían, faltos de las operaciones indispensables para su rehabilitación física. Desde luego que ante la presencia de sus colegas de profesión, cada cirujano se

esmeró en demostrar su pericia. Dignos de notarse fueron los resultados de las operaciones más raras y más nuevas que se ejecutaron, y la circunstancia particular característica ha sido la demostración con ejemplos del éxito y la eficacia de la moderna medicina operatoria. A pesar de todo, no se ha singularizado el Congreso con innovación ninguna ni con reforma radical tampoco de los métodos quirúrgicos bien aceptados ya, á excepción de una ó dos operaciones hechas por mera experimentación, y cuya acogida no está resuelta. Uno de los cirujanos más prominentes ha resumido la labor hecha, en estas frases lacónicas:

“Estamos simplemente ejecutando un gran número, no acostumbrado, de operaciones idénticas á las que, ya en éste, ya en el otro punto del globo, se ejecutan diariamente.

“Podemos asegurar aquí que exceptuando el corazón, durante el Congreso no quedó órgano ni tejido del cuerpo humano que no fuese sometido al bisturí en uno ú otro momento.”

Antes de tomar en consideración las minuciosidades de lo que se ha hecho debemos trazar en pocas palabras la historia del Congreso Clínico de Cirujanos. Fue el año de 1910 cuando celebró la primera sesión anual en Chicago. Sólo unos trescientos ó cuatrocientos cirujanos concurren; habiendo corrido la fama de la corporación, su popularidad la ha testificado por el número y el entusiasmo en esta reunión de Filadelfia. Se ha convenido en tenerla aquí mismo la tercera vez, el año de 1912; así puede tenerse ya el Congreso como una institución establecida definitivamente y sin rival en el mundo.

El doctor J. M. Body, de Filadelfia, miembro del *Comité de Preparativos*, ha asegurado que el número de concurrentes ha sido, como no se creyera, de tres mil; pero que á un tiempo no se hallaron juntos más de mil.

Parece indiscutible que las clínicas más concurridas fueron: la del doctor John B. Deaver, cuya fama de operador diestro corre de uno á otro polo; las de los doctores J. M. Baldy y John H. Gibson, y la del doctor W. Wayne Babcock, que ha tenido éxito completo operando bajo la influencia de la anestesia medular producida por estovaina.

## II

Al inaugurar el Congreso en el gran salón del hotel *Be llevue*, pronunció su Presidente, el doctor Ochsner, un brillante discurso, que le imprimió carácter especial á aquella reunión de sabios que más viven para el bien de la humanidad que para el suyo propio:

“Hemos de trabajar—dijo—por la absoluta libertad de los métodos clínicos, sin egoísmos ni reservas innecesarios, despojándonos de prevenciones, de regionalismos y hasta del amor propio, no siempre generoso ni desinteresado. Nuestra lucha ha de ser ante todo por la eficacia de esos métodos. Así como los comerciantes, los industriales y los financieros consiguen maravillosos efectos prácticos sacrificando su vanidad perso-

nal ante el interés común de sus respectivos asociados, así también los conseguiremos los médicos y los cirujanos cada vez que con igual sacrificio trabajemos por la salud del paciente, sin pensar en el renombre del operador. Es demostración espléndida de la tesis que sostengo el feliz éxito con que se inicia este Congreso, que ante todo se debe al altruismo de Filadelfia para entregar sus hospitales, sus anfiteatros y sus laboratorios al espíritu investigador de los tres mil hombres de ciencia que aquí se reúnen hoy, sin haberse conocido antes la mayor parte de ellos y aun sin saber de la existencia de los que viven en los campos humildemente ignorados en su modesta labor de hacer el bien. Confíemos, de hoy más, en que ni el egoísmo profesional, ni el amor extremado al sitio en que trabajamos, lugareñismo que la civilización rechaza, podrán estorbar en lo sucesivo los progresos de la ciencia.

“Para concluir—agregó el doctor Ochsner—y como el mejor medio de realizar la idea que informa este Congreso, permitidme aconsejaros que destinéis algo de vuestro tiempo á visitar las diversas clínicas del país, y que organicéis en todas partes Clubes de Cirujanos, en donde puedan reunirse á menudo todos los de la localidad, y comparar sus notas y discutir sus observaciones. Procediendo así, será inmenso el estímulo de todos para perfeccionar sus trabajos, y cuando volvamos al próximo Congreso, todos quedaremos sorprendidos de la labor realizada por el esfuerzo individual para formar la masa de la labor común de la Asociación”

Inaugurado así el Congreso por el Presidente Ochsner, tomó la palabra el Profesor William Mayo, de Rochester, Minnesota, cuya fama, así como la de su hermano, ha llegado á dondequiera que se habla de cirugía, y leyó un estudio magistral sobre el cáncer del estómago y su curación quirúrgica.

Quantos abrigaban la esperanza de oír del sabio especialista precisas conclusiones sobre el difícil tópico iniciado, no sufrieron desengaño; lejos de eso, oyeron precisas opiniones, que marcan claro derrotero y fueron vivamente aplaudidas:

“No deja todavía el cáncer de ser un problema—comenzó diciendo el doctor Mayo—y no conocemos hasta ahora un caso auténtico de cáncer estomacal curado con medicinas. A pesar de esto, sigue el tratamiento de esta enfermedad exclusivamente en manos de los médicos, y raro es que caiga en las de los cirujanos. Sin embargo, esta forma del cáncer es la que había de ponerse directamente al cuidado del cirujano. En cambio, numerosos casos de apendicitis son enviados al cirujano por los médicos, cuando en las más de las veces esta dolencia podrían curarla otros métodos distintos de los quirúrgicos, y esto á pesar de que no son más difíciles las operaciones quirúrgicas en las vías digestivas que en otro cualquier órgano, y de que ha menguado mucho la mortalidad á causa de ellas.”

En el curso de su exposición se apoyaba el doctor Mayo en la estadística, y de vez en cuando exhibía números, probando con éstos que el 90 por 100 de los enfermos soportan bien

las operaciones contra el cáncer estomacal; de éstos, más del 36 por 100 se mantiene curado durante tres años, mientras que más del 25 por 100 no tienen recaída en cinco años.

El expositor hizo minuciosa descripción de los métodos mejor aceptados para hacer un diagnóstico del mal muy á su principio, y con empeño sostuvo que cuando se recurre á la intervención de la medicina operatoria tan luégo como se establece el diagnóstico, hay tantas probabilidades de buen éxito como tratándose del cáncer de otro punto del cuerpo.

Después hablaron el doctor John B. Murphy, el primer cirujano de Chicago y Presidente de la *American Medical Association*, y el eminente Abraham Jacobi, que será sucesor de aquél en el mismo puesto, sobre los adelantos de los tratamientos de las aneurismas y los notabilísimos métodos que se han adoptado en los últimos años para tratar de curarlas.

La aneurisma es la dilatación de un vaso sanguíneo en algún punto debilitado de su estructura, que pierde su elasticidad y va gradualmente ensanchándose hasta adquirir á veces una amplitud enorme. Las paredes del vaso se aflojan, como sucede con una manga ú tubo de caucho usado y envejecido, y pueden reventarse de un momento á otro, estando el paciente en incesante peligro de muerte, pues al romperse el frágil vaso la circulación de la sangre se interrumpe y la muerte sobreviene con rapidez incalculable.

El sitio más frecuente de la aneurisma es la arteria aorta, principal conductor de la sangre cuando ésta sale del corazón. El método de alivio de esta dolencia estriba en darle resistencia á las paredes de la arteria debilitada. Poco tiempo há descubrióse que con un finísimo alambre de plata ú oro, que sin daño era posible introducir en la arteria, y replegar en seguida en la cavidad aneurismal, había mejorado en más de una ocasión el estado del paciente, pues impelida á la arteria la sangre por el corazón, parte de la fuerza del líquido se amortigua al chocar contra el forro metálico que forma la espiral de alambre, y de hecho es menor el golpe que sufren las paredes del vaso.

El doctor Carlos H. Frazier manifestó que había ensayado con buen éxito la operación á que se refieren sus colegas de Chicago, y que próximamente practicaría una en el Hospital de la Universidad en presencia de los miembros del Congreso. En efecto, dos días después practicó en un paciente varón que padecía aneurisma de la aorta, muy avanzada, la incisión necesaria para realizar sus propósitos, é introdujo en el saco aneurismal, sirviéndose de un aguja hueca, un alambre de oro de seis pies de largo, y para estimular la contracción de las paredes de la arteria y cooperar á la coagulación de la sangre en torno de los repliegues del alambre y de las paredes en contacto con éste, reforzándolas así materialmente, hizo pasar por el alambre una corriente eléctrica adecuada al efecto. Con esto dió por terminada la operación, y el paciente comenzó á sentir notable mejoría, que se acentuaba día por día, sin lugar á complicación alguna.

En el *Egyptian Hall* del Wanamaker Building leyó el doctor Maurice H. Richardson un estudio sobre el tratamiento quirúrgico del páncreas, que llamó vivamente la atención de sus sabios oyentes, por lo que no es sino hasta ahora que este delicado asunto ha venido á llamar la atención científica, interesando á la generalidad de los cirujanos. Al discutirse el estudio del doctor Richardson, el doctor Deaver dijo:

“Es indispensable que convengamos de una vez en la necesidad de la intervención quirúrgica sin retardo alguno cuando se trata de la inflamación del páncreas, sin aplazarla, como generalmente sucede, hasta que los ensayos del laboratorio justifiquen el diagnóstico del cirujano, y no es que yo dude de la pericia de los químicos analistas y de los reales servicios que en muchas ocasiones prestan, sino que cuando el mal afecta el páncreas, cosa fácil de fijar por el diagnóstico clínico, es una iniquidad dejar que el enfermo agonice en espera de un dictamen químico que no es absolutamente necesario. La gente leiga piensa que el cirujano viene generalmente dispuesto, demasiado dispuesto, al empleo del bisturí. Esto no es cierto; lo que hay es que cuando se aplaza una operación claramente indicada, ya sea por miedo del paciente ó de sus allegados, el mal avanza día por día y puede llegar á un estado en que ya sea inútil toda operación..... En la inflamación del páncreas debe tenerse en cuenta que no es natural una indigestión aguda en una persona sana, y que la dolencia pára en cáncer mientras el cirujano aguarda á persuadirse de si es ó nó maligno el carácter del mal que trata de curar. De igual modo debe ser atacada la diabetes antes de que se desarrolle.”

Después leyó el doctor J. F. Binnie, de Kansas City, un interesante estudio sobre la *Patología quirúrgica del estómago y del duodeno*, y el doctor George E. Brewer, de Nueva York, Cirujano del Roosevelt Hospital, otro no menos importante, sobre la *Cirugía del hígado y de los conductos biliares*. Estos tres estudios sobre el páncreas, el estómago y el duodeno y el hígado y los conductos biliares fueron calurosamente aplaudidos por la docta asistencia, y seguramente serán preciosos auxiliares para la intervención quirúrgica en estos delicados órganos.

El doctor Deaver leyó la descripción de los experimentos sorprendentes ejecutados en el Instituto Rockefeller para investigaciones médicas, por el doctor Alexis Carrel, durante los cuales trasladáronse varios tejidos y órganos de cuerpos de algunos animales á los de otros, donde quedaron llenando sus funciones normales, como si la naturaleza misma los hubiese puesto en este último sitio. Trasplantar después tejidos óseos y musculares, y porciones de vasos sanguíneos, se ha convertido en procedimiento quirúrgico clásico en el cuerpo del hombre. Con todo, ninguna prueba se había ensayado para trasladar al cuerpo humano un órgano entero extraído de otro cuerpo humano—por lo menos hasta la reunión del Congreso quirúrgico de Filadelfia. Esta operación fue practicada por el doctor

L. H. Hammond, Jefe del Episcopal Hospital, y consistió en la extracción de un órgano entero, una de las glándulas ductless, de un paciente varón, y en su reemplazo con otro órgano sano tomado en otro cuerpo.

Esta última glándula se había tomado de una persona sana que esa misma mañana había perecido en el accidente desastroso de un automóvil; oportunidad aprovechada por el doctor Hammond para realizar su ideal. Al paciente se le sujetó previamente á la anestesia, y fue presenciada la operación por un buen número de cirujanos que habían concurrido á la clínica. Para su éxito la operación demandaba mucha habilidad y mucha precaución, pues se requería la más delicada conexión de los vasos sanguíneos y tejidos, cosa que era indispensable para establecer una circulación conveniente. El doctor Hammond declaró que esto se había logrado de modo satisfactorio, y sesenta horas después le decía á un repórter de *The Times*, que abrigaba positivas esperanzas de un éxito completo en el resultado final de la operación.

Asistiendo en persona el doctor Carrel á una de estas reuniones científicas, habló sobre su más reciente trabajo quirúrgico en el sistema de los vasos sanguíneos, é ilustró esa disertación con delicadas fotografías. Luégo hizo el doctor Deaver la importante afirmación que millares de párvulos perecían por recetarlos los médicos como para enfermedades del estómago ú otras dolencias infantiles, cuando realmente sufren de tumores en el píloro, punto éste que sirve de paso entre el estómago y los intestinos. El doctor Charles L. Scudder, de Boston, leyó su exposición sobre *Estenosis pilórica de la infancia y su tratamiento quirúrgico*, y demostró, con datos estadísticos, que desde que ahora poco tiempo fue determinada esta condición patológica, y que se le ha aplicado el procedimiento quirúrgico á propósito, habían disminuído las defunciones causadas por ella, las cuales según su experiencia propia no pasan hoy de un 7 por 100. Dijo, además, que el cirujano debía tomar el caso á su cargo, tan pronto como se estableciese el diagnóstico, adelantándose así al decaimiento del niño, y empleando el procedimiento oportuno antes que los órganos se debiliten demasiado y no puedan resistirlo.

Para concluir, ya que nos es imposible dar cuenta del inmenso trabajo del Congreso, nos limitaremos á copiar estas interesantísimas palabras sobre *Estética quirúrgica* del Profesor A. M. Orispin:

“Hemos visto que hay en la cirugía todos los elementos de las *bellas artes*, sin contar sus grandes tendencias. No cabe duda de que es utilitarista esencialmente, pues que se empeña en aumentar la felicidad individual, en remediar las deformidades, en realzar la hermosura, en economizar vida ó prolongarla. Y la hallamos superior á las demás artes por cuanto su objeto no sólo es en bien de la persona, sino que viene á dar mayor importancia todavía al mejoramiento de la especie.”

DR. J. OLAYA LAVERDE

CUADRO de la mortalidad en Bogotá en el mes de Mayo de 1911

ENFERMEDADES					TOTAL													
	HOMBRES	MUJERES	NIÑOS	NIÑAS		SAN PEDRO	LAS NIEVES	LAS CRUCES	LAS AGUAS	SAN VICTORINO	SAN PABLO	SANTA BÁRBARA	EGIPTO	CHAPINERO	H. CARIDAD	H. MILITAR	ASÍLOS	DCIÓN. DESCONOCIDA
Fiebre tifoidea.	14	6	3	3	23	3	2	3	2	2	2	1	10					
Paludismo.....	1				1								1					
Tos convulsa.....		2	3	5	5	3	1	1										
Difteria		1	1	2	2			2										
Gripe	1			1	1				1									
Disentería.....	1			1	1								1					
Tuberculosis meningea.		1		1	1								1					
Tuberculosis pulmonar..	6	3		9	9	1		1	1	1			5		1			
Tuberculosis abdominal.	3	1		4	4					1			3					
Tuberculosis generaliza- da	2	3		5	5							1	4					
Sífilis (adultos).....	1			1	1	1												
Sífilis (hereditaria).			3	1	4								4					
Cáncer del aparato diges- tivo	3	2		5	5	1				1			3					
Cáncer del útero y del ovario.....		2		2	2					1								
Cáncer cutáneo y gene- ralizado ..	3			3	3	1							2					
Diabetes .....	1			1	1	1												
Enfermedad de Adisson.	1			1	1								1					
Alcoholismo .....	1	3		4	4					1						3		
Encefalitis		1		1	1			1										
Meningitis .....	2		4	2	8	1	1	1			1	1	1	1	1			
Mielitis ..	1			1	1								1					
Congestión y hemorragia cerebral	2	2		4	4			1		1								1
Reblandecimiento cere- bral..	1	1		2	2			1					1					
Epilepsia..	1	1		2	2											2		
Polineuretis.....	1			1	1								1					
Bubón de Vélez.....	1			1	1								1					
Pericarditis..	1			1	1								1					
Insuficiencia mitral.....	3	3		6	6					1	1		4					
Insuficiencia aórtica...	3			3	3			1			1		1					
Afección cardíaca no de- terminada ..	3	3		6	6	2	2	1									1	
Arterioesclerosis .....	2			2	2								1					
Laringitis .....			1	1	1		1											
Bronquitis capilar ..	1	1	2	4	4			3			1							
Bronconeumonía .....	1	5	6	15	16	6	1	2	1		3	2						
Neumonía.....		5	3	3	11	1	3	1			1	1	4					
Pleuresía .....	1			1	1	1												
Congestión pulmonar ..	2		1	1	4	1							2					1
Gangrena pulmonar ..		2		2	2						1	1						
Pasan.....	56	52	21	20	149	20	14	18	6	4	11	8	3	53	8	1	2	

ENFERMEDADES																			
	HOMBRES	MUJERES	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	SAN PEDRO	LAS NIEVES	LAS CRUCES	LAS AGUAS	SAN VICTORINO	SAN PABLO	SANTA BARBARA	EGIPTO	CHAPINERO	H. CARIDAD	H. MILITAR	ASILOS	DESCONOCIDA	FUERA DE LA CIUDAD
Vienen . . . . .	56	52	21	20	149	1	20	14	8	6	4	11	8	3	5	3	8	1	2
Enfisema pulmonar		1			1					1									
Gastroenteritis (menores de dos años) . . . . .			19	11	30		9	5	4	3		3	3	3					
Gastroenteritis (mayores de dos años) . . . . .		4			4		1					1						2	
Úlcera del estómago . . . . .	2				2				1										
Oclusión intestinal . . . . .		1			1					1									
Cirrosis hepática . . . . .	2	1			3				1	1					1				
Hepatitis . . . . .	5	1			6		1		1			1			3				
Peritonitis . . . . .	3	1			4				2	1					1				
Nefritis supurada . . . . .		1			1			1											
Mal de Bright . . . . .	4	6			10				1			1			8				
Prolapso uterino . . . . .		1			1										1				
Infección puerperal . . . . .		2			2										2				
Insuficiencia de desarrollo . . . . .			7		7			1	1			2	1	1	1				
Asfixia de los recién nacidos . . . . .			1		1			1	1										
Nacidos muertos . . . . .			15	6	21	1	5	1	1	2		3		1	6				
Debilidad senil . . . . .	1	1			2	1									1		1		
Herida del cráneo . . . . .	1				1														
Asfixia (por submersión) . . . . .	1				1				1									1	
Septicemia . . . . .		2			2										2				
Enfermedad mal determinada . . . . .	1	1		2	4			1	3										
Totales	76	75	56	46	253	2	36	24	35	15	4	22	12	3	79	12	2	2	2

Bogotá, Mayo de 1911.

El Director de Higiene y Salubridad, MANUEL N. LOBO

*República de Colombia—Cundinamarca—Dirección de Higiene y Salubridad—Número 626—Bogotá, Agosto 10 de 1911.*

Señor doctor don Rodrigo Chacón - Presente.

Habiendo presentado usted su diploma de médico graduado, he ordenado que sea usted inscrito en la lista que se publique próximamente como que tiene diploma de una Facultad distinta de la Universidad Nacional y no en la sección de *Tolerados*, como erradamente fue puesto por uno de mis antecesores en esta Dirección.

Queda usted facultado para hacer la corrección en las listas de médicos que se han fijado en las farmacias. He ordenado que se haga igualmente en las que reposan en esta Oficina.

Dios guarde á usted.

MANUEL N. LOBO



# FARMACIA Y DROGUERIA

DEL DOCTOR LUIS CUERVO MARQUEZ

309, 311, calle 12—Bogotá.

Tiene un surtido permanentemente renovado de drogas y medicinas importadas de las mejores Casas y Laboratorios europeos y americanos.

LA MEJOR CALIDAD, EL PRECIO MAS BAJO  
EL EMPAQUE MAS CUIDADOSO

Apartado 423—Telégrafo, CUMAR.

---

## Droguería Internacional

PRIMERA CALLE REAL—BOGOTA

El secreto de nuestro negocio consiste en vender buenos productos sin abusar del dinero del público : por eso vendemos más.

Nuestros Farmacéuticos han recibido diploma de la Sociedad Central de Farmacia.

Las medicinas que usamos para el despacho de fórmulas son de Casas tan genuinas como E. Merck.

Despachamos facturas al contado con 5 por 100 ó más de descuento, según la cuantía del pedido.

SERRANO & C.<sup>a</sup>

# REVISTA MEDICA DE BOGOTA

---

Organo de la Academia Nacional de Medicina

REDACTORES

DR. J. OLAYA LAYERDE—DR. Z. CUELLAR DURAN

---

## SECCIÓN OFICIAL

---

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

---

ACTA DE LA SESIÓN DEL DÍA 3 DE MARZO DE 1911

(Presidencia del Dr. P. García Medina)

Se abrió la sesión á las nueve p. m., con asistencia de los Dres. Aparicio, Gómez Calvo, Franco, García M., Ucrós, Lleras y Muñoz. Se excusaron los Dres. Michelsen y Uribe.

En vista de que el señor Secretario no estaba presente se nombró por la Presidencia para que actuara como tál al Dr. Rafael Muñoz. No existiendo sobre la mesa el acta de la sesión anterior, no se le dio lectura.

El señor Presidente hizo leer la nota número 356 del Ministerio de Gobierno, en la cual el señor Ministro da las gracias á los miembros de la Comisión encargada de visitar el Lazareto de Agua de Dios y promete á la Academia poner en práctica las conclusiones de la Comisión.

Tomó la palabra el Dr. Ucrós para informar á la Academia de su comisión ante el Gobernador, en cuanto á las medidas que se debían tomar para la vacunación. Pidió además que se diera lectura al informe que el Dr. Llinás presentó á la Gobernación por creerlo de importancia.

Tomó en seguida la palabra el Dr. Gómez Calvo para poner en consideración de la Academia sus opiniones sobre la disposición de la Municipalidad sobre canales. Manifiesta ser antihigiénica y por creerla peligrosa porque la capacidad

de las alcantarillas es insuficiente para contener las aguas lluvias. La Presidencia ordenó tomar nota de las observaciones del Dr. Gómez Calvo para pasarlas á la Junta Central de Higiene.

Acto continuo presentó el mismo Dr. Gómez el Informe sobre el trabajo enviado por el Dr. Robledo, y el cual termina así: 1.º Dense las gracias al Dr. Emilio Robledo por su importante comunicación sobre bubón climatérico. 2.º Inscríbase al Dr. Emilio Robledo en la lista de Miembros Correspondientes de la Academia. 3.º Publíquese el trabajo del Dr. Robledo en la *Revista Médica*. Puesta en discusión la proposición del Dr. Gómez Calvo, pidió la palabra el Dr. Franco F. para que se diera lectura al trabajo del Dr. Robledo por no ser conocido por él y por algunos otros miembros de la Academia. Una vez terminada la lectura del citado trabajo, volvió el Dr. Franco á hacer uso de la palabra para encomiarlo.

El Dr. Ucrós habló en el mismo sentido y manifestó que algunos casos que había observado en Marly se parecían en mucho á los observados por el Dr. Robledo, y creía que pudiera tratarse del bubón climatérico.

Pidió la palabra el Dr. R. Muñoz y después de felicitar al Dr. Gómez Calvo por su informe, dijo que á pesar de su poca práctica había observado en el año pasado en el Colegio del Rosario, tres casos que presentaban el cuadro clínico descrito por el Dr. Robledo: uno de éstos fue tratado por él hasta que llegó á la supuración y cree haber estado en presencia de la entidad llamada *Pestis minor* ó *Bubón climatérico*. Cerrada la discusión se aprobó la primera parte de la proposición con que termina el informe. Conforme lo ordena el reglamento se votó secretamente la segunda y los escrutadores Dres. Aparicio y Lleras informaron que había sido aprobada por unanimidad. Puesta en discusión la tercera parte, el Dr. Ucrós la adiciona así: Publíquese el trabajo del Dr. Robledo con el informe del Dr. Gómez Calvo en la *Revista Médica*.

Cerrada la discusión, fue aprobada.

Siendo avanzada la hora y no habiendo otro asunto de que tratar, se levantó la sesión.

El Presidente,

P. GARCÍA MEDINA

El Secretario, R. A. Muñoz.

## ACTA DE LA SESIÓN DEL DÍA 17 DE ABRIL DE 1911

(Presidencia del Dr. P. García Medina)

Se abrió la sesión á las ocho y media p. m. con asistencia de los Dres. Herrera Juan David, Gómez Calvo Antonino, Martínez Pompilio, Lleras Federico, Muñoz Rafael, Ucrós Rafael y Camacho Martín. Dejó de asistir con excusa el Dr. Guillermo Muñoz. Leída el acta de la sesión anterior fue aprobada por unanimidad sin ninguna modificación.

El Dr. Gómez Calvo Antonino pide la palabra para poner en conocimiento de la Academia el movimiento de locas en el Asilo de Bogotá del cual es médico jefe. Durante el año de 1910 entraron al Asilo de locas 136 enfermas que el Dr. Gómez Calvo clasificó en varios grupos é hizo las aclaraciones del modo como las había dividido. Hizo notar la ausencia de parálisis general en el Asilo de locas, debido á que los factores principales que desarrollan esta enfermedad no se observan en el personal de enfermas del Asilo. Hace igualmente notar que en la estadística que presenta hoy, figuran tres casos de demencia precoz, hecho que resalta con la ausencia en estadísticas anteriores de esta entidad.

El Dr. Camacho felicita al Dr. Gómez Calvo por haber presentado á la Academia la estadística del Asilo de locas. Dada la importancia que tiene actualmente el estudio de las psicopatías y vesanias es en extremo satisfactorio ver que hay miembros de esta Corporación que se preocupan por formar estadísticas de afecciones cerebrales, que son base indispensable para estudios científicos posteriores. El Dr. Camacho se permite hacer algunas observaciones á las clasificaciones que acaba de leer el Dr. Gómez Calvo; tal vez los casos descritos como manía aguda y melancolía no son sino faces de la locura circular.

Llama igualmente la atención sobre la importancia del estudio de la demencia precoz según las nuevas concepciones de Kroepelin y hace notar que en las tres grandes formas de esta afección la hebefrénica, cacatónica y paranoide, pueden clasificarse hoy la mayor parte de los delirios sistematizados, y el mismo delirio crónico de Magnan, que no há mucho se consideraban como afecciones perfectamente independientes. Insiste sobre las fugas como síntoma importante para el diagnóstico de la enfermedad de Kahlbaum y refiere un caso de hebefrenia en el cual el primer síntoma fue una fuga y meses más tarde aparecieron todos los síntomas de una demencia precoz confirmada.

El Dr. Herrera Juan David hace algunas observaciones

sobre el estudio de la psicopatía en medicina judiciaria y llama la atención de la Academia sobre la necesidad urgente de que se dicte en la Facultad de Medicina un curso completo de psicopatía. Termina felicitando al Dr. Gómez Calvo por su trabajo y excitando á todos los Miembros de la Academia á hacer comunicaciones sobre estos importantes estudios.

El señor Presidente levantó la sesión á las diez p. m.

El Presidente,

P. GARCÍA MEDINA

El Secretario, *M. Camacho.*

---

## SEGUNDO CONGRESO MEDICO DE COLOMBIA

La Comisión organizadora de este Congreso ha dirigido á los médicos, naturalistas, veterinarios y dentistas del país la circular que verán á continuación nuestros lectores, la cual va acompañada del programa de dicho Congreso. Allí se hallan señalados los principales temas relacionados con la higiene y la medicina que más interesan á nuestro país, y es de esperarse que el ilustrado Cuerpo Médico de Colombia responda á este llamamiento no solamente enviando su adhesión al Congreso, sino preparando trabajos sea relacionados con esos temas ó referentes á otros asuntos que se pueden elegir libremente.

Por el éxito que tuvieron las sesiones científicas del Centenario puede juzgarse la importancia que puede tener ese Congreso si todos nos apresuramos á prestarle nuestra cooperación. En efecto. Aquellas sesiones fueron en realidad un pequeño Congreso preparado apenas con unos dos meses de anticipación y en que sólo pudieron tomar parte los Profesores más cercanos á la capital; y sin embargo, como puede verse en el primer volumen que ya se ha publicado, referente á los trabajos que se presentaron, sus resultados serán provechosos para el progreso de la medicina en Colombia.

La Academia espera que con los auxilios á que le da derecho la ley, y que sin duda le reconocerá el actual Congreso, y con los auspicios de los Gobiernos departamentales, se logrará realizar la reunión del Congreso el 20 de Julio de 1912, en la bella ciudad de Medellín.

*República de Colombia—Junta Organizadora del 2.º Congreso Médico de Colombia—Bogotá, Julio de 1911*

Señor Doctor :

En las sesiones científicas que, iniciadas por la Academia nacional de Medicina, tuvieron lugar en esta capital con el objeto de contribuir á celebrar el primer centenario de nuestra independencia, se acordó promover la reunión periódica de Congresos médicos en Colombia, internacionales ó nacionales. En las mismas sesiones se nos honró designándonos para formar la Junta organizadora del próximo Congreso médico, á la cual corresponde también resolver si éste debe ser internacional ó colombiano. Estudiado este punto se resolvió que el Congreso sea nacional y que se reúna en la ciudad de Medellín, como para este caso está dispuesto en el Acuerdo que insertamos ó continuación.

El segundo Congreso médico de Colombia tendrá pues lugar el 20 de Julio de 1912: é invitar á usted á tomar parte en él es el objeto de la presente circular, que seguramente será acogida con la buena voluntad que es de esperarse de su patriotismo y de su reconocido amor á la ciencia. Por demás está encarecer á usted los beneficios que la Nación en general y la medicina en nuestro país pueden recibir si todos nos decidimos á poner nuestro esfuerzo al servicio de esta idea, que no solamente contribuirá á estrechar más los vínculos que mantienen la unidad de la patria, sino que acrecentará la solidaridad de los que nos hemos dedicado al estudio de las ciencias médicas y naturales.

En el programa adjunto hallará usted enumerados los puntos que la Junta organizadora ha creído conveniente recomendar de un modo especial á quienes se inscriban como miembros del Congreso, pero todos ellos quedan en la libertad de presentar trabajos sobre cualesquiera otros asuntos. El estudio de los climas de Colombia hará conocer en el exterior la bondad de nuestras más fértiles regiones; mostrará que las enfermedades tropicales no tienen aquí la intensidad ni la extensión que se les atribuye; que las grandes epidemias como el cólera y la peste bubónica no han llegado á nuestros puertos; que la fiebre amarilla no ha devastado las poblaciones de nuestros climas cálidos; lo cual será de grande utilidad para nuestra vida internacional y económica. Las obras de salubridad de nuestras principales ciudades y de nuestros puertos reclaman imperiosamente nuestra atención, así como los demás problemas de la higiene pública y privada, sin la cual no se concibe la civilización. A la vista tenemos problemas importantes relacionados con la medicina legal y con la neuropatología. Inédita está aún nuestra riquísima flora, fuente segura de elementos de salud. La higiene, así como la agricultura y la industria pecuaria, bases principales de nuestra riqueza, necesitan el concurso de la medicina veterinaria. La odontología reclama también el estudio de varios de sus ramos. Hé ahí por qué la Junta organizadora del Congreso ha recomen-

dado los temas mencionados en el programa, y porque aguarda que usted no vacilará en contribuir á la reunión de este Congreso inscribiéndose oportunamente.

Al buen éxito de este segundo Congreso médico de Colombia contribuirá decididamente la feliz idea de haber sido elegida para las sesiones la floreciente y bella ciudad capital del Departamento de Antioquia, centro social y científico que hace honor al país y donde hallaremos fraternal acogida y eficaz apoyo en el ilustrado Cuerpo Médico que representa la Academia de Medicina de Medellín.

Nos suscribimos sus muy atentos y seguros servidores,

**Pablo García Medina**, Presidente—**Eliseo Montaña**, Vicepresidente—**Roberto Franco F.**, **Carlos Michelsen U.**, **Federico Lleras A.**, **Sebastián Carrasquilla**, Tesorero—**Martín Camacho**, Secretario.

**NOTA**—Las inscripciones deben hacerse antes del 1.º de Mayo de 1912, dirigiéndose al Secretario y acompañando la solicitud de inscripción de la cantidad de \$ 5 oro.

## ACUERDO SOBRE CONGRESOS MEDICOS NACIONALES E INTERNACIONALES

Los Profesores concurrentes á las Sesiones científicas del Centenario

### ACUERDAN :

Art. 1.º Promover y fomentar, por todos los medios posibles, la frecuente reunión de Congresos Médicos nacionales é internacionales.

Art. 2.º Elegir con este fin una Comisión organizadora y de propaganda, compuesta de siete miembros principales y siete suplentes, así: cuatro médicos, un dentista, un naturalista y un veterinario.

Art. 3.º La Comisión residirá en Bogotá y tendrá las siguientes atribuciones :

- a) Organizar y reunir por lo menos cada dos años un Congreso Médico nacional ó internacional;
- b) Entenderse con el Gobierno Nacional, con los gobiernos extranjeros, con las diferentes corporaciones científicas del país ó fuera de él, para solicitar su concurso y adhesión para el próximo Congreso;
- c) Invitar igualmente á todos los médicos, dentistas, naturalistas, veterinarios é ingenieros sanitarios del país á tomar parte en el próximo Congreso;
- d) Nombrar en las capitales de los Departamentos y países

extranjeros las Comisiones respectivas para que cooperen en la realización del Congreso;

- e) Fijar los temas que deban tratarse especialmente y nombrar los relatores que estudien estas cuestiones para informar sobre ellas; estos temas deben ser de preferencia los siguientes: medicina tropical, legislación sanitaria nacional é internacional, higiene, lucha contra el alcoholismo, la sífilis, la tuberculosis, la lepra, el cáncer, la mortalidad infantil, enfermedades contagiosas, higiene dental escolar, climatología, farmacología, epizootias y policía veterinaria;
- f) Formar el programa y reglamento del Congreso; recibir, clasificar y publicar los trabajos que se presenten;
- g) Fijar la cuota de inscripción y recabar del Gobierno los recursos necesarios para los gastos del Congreso.

Art. 4.º El Congreso tendrá dos sesiones en Asamblea General: la de inauguración para proclamar los Presidentes honorarios y personal directivo, y la de clausura, para fijar el lugar y fecha del próximo Congreso, temas especiales y elegir relatores y nueva Comisión organizadora.

Art. 5.º El próximo Congreso Médico se reunirá el 20 de Julio de 1912 en Medellín, si fuere nacional, ó en Bogotá si fuere internacional.

Parágrafo. El Comité queda facultado para hacerlo nacional ó internacional.

Bogotá, Agosto 2 de 1910.

Los Presidentes,

ABRAHAM APARICIO—ELISEO MONTAÑA

El Secretario, *Ricardo Lleras Codazzi.*

Temas que recomienda la Comisión Organizadora del Segundo Congreso Médico de Colombia, que se reunirá en Medellín el 20 de Julio de 1912

#### PRIMERA SECCIÓN

##### *Ciencias físicas y naturales.*

- I. Plantas medicinales que se usan popularmente en Colombia.
- II. Aguas minerales de Colombia.
- III. Animales ponzoñosos. (Ofideos, aragnideos etc).
- IV. Climas de Colombia.
- V. Paragenesis de los minerales de Colombia.
- VI. Regiones geológicas de Colombia.



## SEGUNDA SECCIÓN

*Parasitología—Microbiología—Anatomía patológica.*

I. Parásitos: *a)* Parásitos accidentales y parásitos permanentes.—*b)* Endoparásitos y ectoparásitos.—*c)* Parásitos cutáneos; sarcoptes, actinomiasis, tricomiasis, sporothricon, aspergillus.—*d)* Colecciones de parásitos.

II. Estudio microbiológico de las enfermedades reinantes en Colombia (paludismo, fiebres tropicales, disenterías) y de la sífilis, bubas y lepra.

III. Anatomía patológica: fiebre amarilla, afecciones hepáticas, leucemias, coto, lepra, tuberculosis.

## TERCERA SECCIÓN

*Medicina interna.*

I. Enfermedades tropicales: *a)* Anemia tropical. Lucha antianémica.—*b)* Diarreas crónicas (Psilosis?); disenterías (amébicas, bacilares y de protozoarios).—*c)* Tricocefalías y enfermedades verminosas.—*d)* Abscesos hepáticos.—*e)* Fiebres: palúdica, espiroquetal, amarilla, dengue, fiebres tropicales de naturaleza indeterminada (Kala-Azar (?) triponozomiasis), fiebre tifoidea en las altiplanicies y en las regiones calientes.—*f)* Actinomicosis, sporotricosis, carates, leucodermias.—*g)* Bubas.—*h)* Coto y cretinismo.—*i)* Estudios patológicos de la lepra y el cáncer.—*j)* Tuberculosis: su frecuencia y formas clínicas más comunes.—*k)* Geografía médica de Colombia.—*l)* Tratamiento de la sífilis por el dioxidiamidoarsenobenzol y sus resultados.—*m)* Filaria.

## CUARTA SECCIÓN

*Cirugía general.—Ginecología y Obstetricia.*

I. Cirugía del cáncer en general y del cáncer del útero en particular; resultados.

II. Cirugía abdominal: pilorectomías y gastroanastomosis oclusiones intestinales.

III. Raquianestesia: resultados obtenidos en Colombia.

IV. Valor comparado de los diversos procedimientos para los desalojamientos del útero.

V. Cirugía de la tuberculosis de las vías urinarias.

VI. Influencia del paludismo en el embarazo. Anemia tropical en las embarazadas.

VII. Frecuencia de los abortos por acción de la sífilis.

VIII. Albuminuria y autointoxicación gravídica.

IX. Distosias óseas en Colombia.

X. Indicaciones de la operación cesárea y resultados obtenidos en Colombia.

## QUINTA SECCIÓN

*Higiene—Medicina legal—Toxicología.*

I. Saneamiento de las principales ciudades de Colombia. Provisión de aguas, excusados, baños públicos, lavaderos, alcantarillas.

II. Desinfección municipal.

III. Asistencia pública; asilos, hospitales, hospicios.

IV. Servicios de higiene urbana: a) mataderos, plazas de mercado, lecherías etc.—b) Habitaciones para obreros.

V. Saneamiento de nuestros puertos, establecimiento de estaciones sanitarias. Policía sanitaria internacional.

VI. Profilaxis de la lepra en Colombia. Medidas adoptadas en Colombia y sus resultados.

VII. Profilaxis de la tuberculosis: medidas que deben emplearse.

VIII. Profilaxis del paludismo y de la fiebre amarilla; lucha antipalúdica en el país.

IX. Higiene escolar.

X. Responsabilidad legal de los enajenados.

XI. Leyes relativas al ejercicio de la Medicina, la Farmacia, la Dentistería y las Comadronas.

XII. Responsabilidad médica.

XIII. Leyes sobre los enajenados y reglamentación de los asilos.

XIV. Infanticidios en Colombia.

XV. Criminalidad en Colombia.

XVI. Locura y alcoholismo.

XVII. Envenenamientos accidentales.

## SEXTA SECCIÓN

*Medicina veterinaria.*

I. Estudio de las tuberculosis animales, en especial de la tuberculosis bovina. Profilaxis de estas tuberculosis.

II. Fiebre carbunclosa y carbón sintomático; medios de propagación; vacunación; resultados obtenidos con las diferentes vacunas.

III. Diarreas de los terneros.

IV. Piroplasmosis bovina.

V. Tripanosomiasis animales; renguera.

VI. Policía sanitaria veterinaria: inspección de carnes, de leches y de víveres.

VII. Enfermedades del cerdo transmisibles al hombre; investigación de la triquinosis.

CUINTA SECCIÓN  
SÉPTIMA SECCIÓN

—Odontología.—

- I. Prótesis y Ortodoncia.—Trabajos de corona y puente. Estudio crítico acerca de los diversos sistemas de ortopedia dental.
- II. Operatoria dental.—Incrustaciones de oro y de porcelana.
- III. Patología.—Sinusitis maxilares y su tratamiento. Piorrea alvéolar.
- IV. Higiene. Higiene dental infantil. Higiene dental escolar.

Relatores

PRIMERA SECCIÓN

- 1.º Climas de las principales regiones de Colombia :  
Dr. Julio Garavito, de Bogotá.  
Dr. Evaristo García, de Cali.
- 2.º Aguas minerales de Colombia :  
Dr. Francisco Montoya, de Bogotá.  
Dr. Ricardo Lleras Codazzi, de Bogotá.

SEGUNDA SECCIÓN

- 1.º Fiebre amarilla en Colombia :  
Dr. Gabriel Toro Villa, de Medellín.  
Dr. Lorenzo Insignares, de Barranquilla.

TERCERA SECCIÓN

- 1.º Sífilis y dioxidiamidoarsenobenzol.—Resultados.  
Dr. Luis Zea Uribe, de Bogotá.

CUARTA SECCIÓN

- La Cirugía en Antioquia.  
Dr. José Vicente Maldonado, de Medellín.
- La Cirugía en el Cauca.  
Dr. Pablo García A., de Cali.
- Tratamiento quirúrgico de la apendicitis y sus resultados en Colombia.  
Dr. Pompilio Martínez N., de Bogotá.
- Tuberculosis renal y su tratamiento.  
Dr. Z. Cuéllar Durán, de Bogotá.
- Indicaciones y resultados de la operación cesárea en Colombia.  
Dr. Miguel Rueda A., de Bogotá.
- Cáncer del útero.  
Dr. Rafael Ucrós, de Bogotá.

## QUINTA SECCIÓN

- 1.° Estaciones sanitarias y saneamiento de nuestros puertos.  
Dr. Julio Vengoechea, de Barranquilla.
- 2.° Profilaxis de las enfermedades infecto contagiosas y proyecto de ley de Policía sanitaria.  
Dr. Manuel N. Lobo, de Bogotá.  
Dr. Ricardo Amaya Arias, de Bogotá.
- 3.° Profilaxis de la lepra en Colombia.  
Dr. J. B. Montoya y Flórez, de Medellín.  
Dr. Miguel Canales, de Bogotá.
- 4.° Responsabilidad legal de los enajenados.  
Dr. Gabriel Camargo, de Bogotá.

## SEXTA SECCIÓN

- 1.° Estudio de las tuberculosis animales.  
Dr. Claudio Vericel, de Bogotá.

## SÉPTIMA SECCIÓN

- 1.° Higiene dental.  
Dr. Paulo E. Herrán, de Bogotá.

---

## TRABAJOS ORIGINALES

---

Neiva, Julio 11 de 1911

Sr. Dr. Zoilo Cuéllar Durán—Bogotá.

Muy estimado colega y amigo:

La *Revista Médica* de que hoy es usted digno Redactor en asocio del Dr. Olaya Laverde, comenzó á publicar un artículo mío titulado *Hígado tropical*, que fue suspendido porque los originales se traspapelaron en uno de los cambios de Dirección. Con motivo de la reciente epidemia en Bucaramanga, he creído conveniente insistir en aquella publicación, pues precisamente quedó pendiente al entrar á tratar del estado del hígado en la fiebre amarilla. Con tal objeto le acompaño el capítulo que debió publicarse como VI; y le seguiré enviando el resto á medida que vaya teniendo tiempo de escribir.

Sírvase excusar y mandar á su afectísimo amigo y colega que le anticipa sus agradecimientos,

A. GAITÁN U.

## HIGADO TROPICAL (1)

(Continuación)

## CAPITULO VI

## EL HÍGADO EN LA FIEBRE AMARILLA

«El grado de instrucción del médico ejerce una grande influencia sobre la frecuencia del diagnóstico de *sordera nerviosa*,» ha dicho Von Tröelsch. Lo mismo podemos decir á propósito de los diagnósticos de fiebre amarilla y de paludismo. A estas enfermedades se les han atribuído injustamente muchas muertes de que no son responsables. Supongamos un individuo residente en un lugar donde ha habido fiebre amarilla; después de un fuerte escalofrío presenta elevación considerable de la temperatura, cefalalgia, raquialgia y vómitos; al cabo de dos ó tres días se pone amarillo y tiene hemorragias gástricas é intestinales, albuminuria y finalmente anuria; y muere á los tres ó cuatro días de enfermedad. Cuán pocos médicos vacilarían en hacer un diagnóstico de fiebre amarilla poniendo en alarma á toda una comarca y perjudicándola en sus intereses! Y sin embargo, aquél cortejo de síntomas puede no ser otra cosa que una atrofia amarilla del hígado producida por causas que, siendo enteramente individuales, no dan lugar á epidemia ni á contagio.

Hay todavía más. El caso puede no ser aislado y varios individuos llegan á ser atacados de iguales síntomas, como consecuencia de una epidemia de icteria infecciosa degenerada en icteria grave. Este carácter epidémico no dejaría para muchos duda de la naturaleza amarilla de la afección.

Tomando *ad pedem litteræ* las denominaciones de *fiebre amarilla* y de *vómito negro*, no se exige en una fiebre más síntomas que la icteria y la hematemesis para calificarla de amarilla. Es preciso saber que la fiebre amarilla puede no distinguirse de la icteria grave (llamada por esta razón *fiebre amarilla nostras*), más que por un signo que actualmente nos es imposible averiguar: la presencia del *invisible amarillo* en la sangre del enfermo; y por otro que sería inaplicable y tardío: la producción de la fiebre en otro individuo por inoculación del suero sanguíneo del enfermo ó por la picadura de un mosquito que lo haya picado en los tres primeros días de enfermedad.

La fiebre amarilla es producida por un microbio hasta hoy invisible, probablemente vecino del hematozoario y que,

---

(1) Véase la *Revista Médica* número 337 (Mayo—1909).

como éste, necesitaría de un huésped, el hombre, para su faz asexual; y de otro, un mosquito, para su faz sexual.

Las investigaciones de la comisión americana en Cuba y de la comisión Pasteur en Río Janeiro, parecen no dejar duda de que un mosquito del género *Stegomyia* (*S. fasciata*), es el vehículo transmisor de la fiebre amarilla del enfermo al sano. El enfermo no es peligroso sino porque puede infectar al mosquito; y esto sólo en los tres primeros días de enfermedad. Los objetos inanimados transportados, navíos, ropas, cajas de mercancías, son peligrosos solamente por llevar consigo el mosquito infectado ó su larva.

Para que haya fiebre amarilla se necesita, según esto, la presencia del germen y del mosquito que requieren determinadas condiciones para vivir y desarrollarse. La temperatura más favorable para el desarrollo de la fiebre amarilla es la de 30° á 32°; puede observarse, como límites extremos, en temperatura de 16° á 38°. Entre más continua sea la temperatura favorable, más endémica se hará la enfermedad. Todas las circunstancias que contribuyan, pues, á producir y mantener una temperatura elevada, favorecen la endemidad.

Geográficamente, los límites de la enfermedad hasta hoy observados, se extienden hasta los 44° de latitud norte y los 35° sur, para América; y los 51° norte para Europa y 9° sur para Africa. (Le Dantec). Mosny da límites más reducidos.

Una alta presión atmosférica, que favorece la actividad del estegomia, es favorable á la aparición de la fiebre amarilla, que disminuye de frecuencia con la altura. Sin embargo, se citan casos á alturas hasta de 2,300 metros (Manson). La humedad es necesaria para la vida del estegomia, lo mismo que el calor. El suelo rico en materias orgánicas vegetales y más especialmente animales, es un medio favorable.

Según estas condiciones podemos explicarnos la endemidad y epidemidad de la fiebre amarilla. Hoy está reconocido que el Golfo de Méjico y las Grandes Antillas son los focos de origen de la infección. Allí, en efecto, se reúnen las mejores condiciones: temperatura media de 30°, proximidad al Ecuador y bajo nivel con relación al mar. Como estas condiciones se reúnen en varios lugares donde la enfermedad no es endémica, debe haber otras que influyan sobre la endemidad, aunque acaso por intermedio de las ya mencionadas. Creese que no es del todo indiferente la influencia del Gulf-Stream que contribuye á mantener la igualdad de la temperatura.

Cuando el estado permanente de oportunidad cósmica se agrava por una estación de lluvias moderadas que au-

mentan el calor y la humedad, y por los vientos calientes procedentes del Ecuador, habrá una recrudescencia de la endemia; recrudescencias que varían naturalmente con la variación de las circunstancias que las favorecen. Así se explica la diferencia de intensidad de las distintas epidemias y endemo-epidemias.

Hay lugares que pueden hacerse focos endémicos secundarios, *endemicidad adquirida ó por importación ó propagación*, porque contienen permanentemente mosquitos y reúnen condiciones favorables para la actividad de éstos. Basta que á tales lugares llegue un enfermo que infecte los mosquitos, para que la enfermedad se haga endémica con epidemia cada vez que la estación y los vientos ecuatoriales calientes aumenten las circunstancias favorables. Si por alguna circunstancia (aclimatación ó inmunización de todos los habitantes, cambios meteorológicos) la epidemia y endemia desaparecen, no volverá á haber en este lugar casos de enfermedad mientras de un foco de origen no se vuelvan á importar mosquitos infectados ó enfermos que infecten los mosquitos de la localidad.

Las circunstancias favorables al desarrollo de la fiebre disminuyen de las costas al interior, y disminuyen con la temperatura y la altura. En los climas templados donde hay estegomias, puede desarrollarse una epidemia durante las estaciones calientes, á la llegada de enfermos que contaminen los estegomias; pero como éstos desaparecen en las estaciones frías ó disminuyen considerablemente en número y actividad, no habrá lugar á endemicidad. Los lugares donde no hay estegomias, están exentos hasta de la más ligera epidemia.

De una manera general puede decirse que para hacerse endémica la fiebre amarilla, necesita una temperatura media de  $28^{\circ}$  por lo menos; y de  $24^{\circ}$  para hacerse francamente epidémica. A temperaturas más bajas, hasta  $16^{\circ}$ , la extensión es muy difícil y restringida. A menos de  $16^{\circ}$  es imposible.

Entre nosotros esta enfermedad ha hecho grandes estragos en varios puntos del litoral y del interior, en distintas épocas. Pero lo que prueba que dichos puntos no son focos endémicos es que, sin haber tomado en ellos medidas efectivas, para evitar la propagación, ni siquiera para evitar la importación, la enfermedad ha disminuído ó desaparecido desde que medidas sanitarias energicas han sido tomadas en los focos primitivos endémicos: las costas del Golfo de Méjico y las de Cuba. No olvidemos que entre los casos aislados ó esporádicos que se citan, puede haber muchos, si no todos, que no son sino icterias infecciosas simples ó icterias graves no específicas.

Comúnmente se reconocen á la fiebre amarilla dos períodos: el primero, *inflamatorio ó congestivo* y el segundo ó *adidnámico*, separados á veces por una remisión que en los casos mortales se ha llamado *mejoría de la muerte*. Yo creo que el período congestivo es el único verdaderamente amarillo, el que coincide con la presencia del microbio en la sangre. Pasados los tres días de este período, está demostrado por la observación y experimentación que la enfermedad no es contagiosa; los mosquitos que pican al enfermo no se infectan. El segundo período es un período de complicaciones, en que dominan las hepáticas, renales y nerviosas, consecutivas todas á las alteraciones sanguíneas que la enfermedad engendra.

Con mucha razón dicen Gilbert y Fournier que «la fiebre amarilla es una ictericia grave de microbio especial»; pero esta interpretación es aplicable especialmente al segundo período, el de la ictericia, las hemorragias y la anuria. Este período puede ser realmente considerado como una ictericia grave hétero-infecciosa por acción de la toxión amarilla que obraría como perturbador de la función celular hepática; ó auto-infecciosa por infección biliar ascendente que obra aumentando, y finalmente, aniquilando la reacción defensiva del hígado.

Veamos cómo se explican así todos los hechos observados. Es posible que el microbio amarillo, como el hematozoario de Laveran, viva en la sangre á expensas de los glóbulos rojos y que sus toxinas, como se cree de las del hematozoario, contribuyan á producir las manifestaciones mórbidas. En todo caso, lo primero que la infección produce es una discrasia sanguínea: destrucción de glóbulos y de fibrina como lo demuestra el hecho de que la sangre del febricitante amarillo contiene en abundancia hemoglobina en disolución y es más difícilmente coagulable que la sangre normal y el cuajo es más blando y difuente.

Esta sangre alterada é intoxicada produce una turbación vaso-motriz, como la produce toda causa de fiebre. Pero la toxina amarilla debe tener además una acción específica sobre los vaso-motores, que aumenta las turbaciones circulatorias y produce congestiones en varios órganos. Esta acción vaso-dilatadora, más marcada en ciertos órganos, es producida tal vez, más bien por parálisis de los vaso-constrictores que por excitación de los vaso-dilatadores. Se explican así las congestiones de la cara, de las conjuntivas y de la faringe. La hiperhemia de las meníngeas espinales explica los dolores raquíalgicos y la de las meníngeas cerebrales, la cefalalgia. La sensibilidad gástrica, *emetismo*, y las pulsaciones epigástricas no serían sino el resultado del aflu-



jo de una mayor cantidad de sangre al tronco celiaco y de una circulación facilitada por la vaso-dilatación, que puede llegar hasta engendrar un pulso venoso directo.

Como consecuencia de la gran cantidad de hemoglobina disuelta en la sangre de manera casi repentina y que debe ser eliminada por la bilis, el hígado aumenta la producción biliar. Si la célula basta á transformar toda la hemoglobina y la bilis así formada es eliminada en totalidad, no habrá ictericia. Si el exceso de bilis normal no es eliminado, hay reabsorción y por consiguiente ictericia bilifeica. Este paso de bilis á la sangre por falta de eliminación ó excreción, puede ser debido á la compresión de los canalículos biliares por los capilares sanguíneos congestionados; á la obstrucción de los mismos canalículos por una angiocolitis concomitante. Si la célula no alcanza á hacer la transformación completa de la hemoglobina en pigmentos normales y hay reabsorción biliar, habrá ictericia hemafeica. Se sabe que la inyección en la sangre de una solución de hemoglobina, ó lo que equivale á lo mismo, una inyección de agua pura que disuelve los glóbulos, ó de sangre desfibrinada, se acompaña de un aumento de producción de bilis que puede ser causa de ictericia.

La ictericia puede ser á la vez bilifeica y hemafeica, pues al lado de la bilis normal puede formarse bilis de pigmentos anormales. La presencia, en la orina, de pigmentos normales, es de un pronóstico favorable, pues indica que hay aún células hepáticas sanas que secretan bilis normal.

Las hemorragias de este período se deben á la fluidez de la sangre y á la hiperhemia de los órganos; causas á las cuales se agregarán otras (degeneración de los vasos y obstrucciones á la circulación de vuelta) para producir las hemorragias del segundo período. La taquicardia es producida por la presencia de bilis en la sangre; la bilis obra como retardante del pulso, por acción directa de los pigmentos normales y más aún de los modificados, sobre los ganglios cardíacos.

El riñón, obligado á eliminar una gran cantidad de toxinas y materias extractivas, se congestiona y luego se inflama. Aparece la albúmina en la orina. *El anillo de Vidai-let*, que se forma en la orina amarilla tratada por el ácido nítrico nítrico y sobre cuya naturaleza no hay acuerdo completo, es signo de la mayor parte de las afecciones hepáticas. No es característico de la fiebre amarilla.

En el curso de este primer período el enfermo puede morir sin que á la autopsia se encuentre otra manifestación que el hemoferismo y las alteraciones sanguíneas. Todos los

demás órganos parecen sanos. El individuo ha muerto propiamente de fiebre amarilla sin complicaciones; ha muerto en medio de la violenta reacción determinada por la infección amarilla.

Una sangre empobrecida, alterada y cargada de toxinas microbianas y ptomainas ó despojos orgánicos incompletamente oxidados, es la causa de las complicaciones del segundo período, en el cual pueden aparecer también infecciones sobreagregadas. El estado de agotamiento nervioso, el delirio, la adinamia extrema, son el resultado de una deficiente y defectuosa irrigación sanguínea del sistema nervioso central. El exceso del trabajo de eliminación y la intoxicación sanguínea inflaman el riñón y dan lugar á una nefritis parenquimatosa como consecuencia de la cual sobrevienen la albuminuria y la anuria. Puede haber hemorragias sub-capsulares.

La espantosa virulencia del germen amarillo provoca una reacción proporcional y una turbación vaso-motriz que alteran profundamente la nutrición. La sangre se carga en abundancia de materias extractivas tóxicas que se acumulan porque la célula hepática no alcanza á transformarlas en úrea, ni el riñón basta á eliminarlas. Estas sustancias extractivas azoadas tienen la propiedad de ser más fácilmente transformables en grasa que los demás albuminoideos; lo que añadido á las turbaciones de nutrición y á la fatiga funcional de los órganos, particularmente del hígado, que poseen normalmente la propiedad de formar y almacenar grasa á expensas de las materias azoadas, da lugar á la infiltración grasosa ó adiposis.

Este es el modo de desarrollarse la degeneración grasa del hígado ó atrofia amarilla aguda que se observa en el segundo período de la fiebre amarilla y que en nada se distingue anatómo-patológica ni sintomáticamente de la degeneración grasosa determinada por el fósforo, las infecciones ascendentes, etc. Es posible que la toxina amarilla obre también específica y directamente, aunque en grado reducido, sobre la célula hepática turbando su nutrición, como obran el fósforo, el veneno de las serpientes, etc. y que la haga sufrir así la degeneración grasa propiamente dicha ó por turbación nutritiva.

Pero si este último fuera el único ó el principal mecanismo de producción de las complicaciones hepáticas en la fiebre amarilla, ¿por qué en casos en que la infección es tan violenta que produce la muerte en pocos días, no se encuentra á veces la más ligera huella de alteración hepática? ¿Por

qué en unos individuos aparece esta complicación y en otros no? La sola predisposición hepática no sería suficiente para explicar la absoluta indemnidad en los unos y la alteración profunda en los otros, aunque sí tiene una grande influencia como en toda lesión hepática. La presencia en la sangre de un individuo, de una dosis determinada de fósforo ó de veneno de víbora, produce fatalmente la degeneración grasa del hígado, sea cual fuere el estado de la célula hepática. Es porque estas sustancias sí poseen una acción verdaderamente específica.

Tenemos, pues, que admitir otro mecanismo en que, sin desconocer la influencia de la predisposición celular ni alguna predilección de la toxina por la célula, se conceda mayor participación á las circunstancias accidentales: agotamiento, alcoholismo, embarazo y especialmente infecciones ascendentes asociadas.

El segundo período amarillo no tiene realmente síntomas de especificidad; sus caracteres son los de las complicaciones principales: insuficiencia hepática por ictericia grave ó insuficiencia renal por glomérulo-nefritis. Si las hemorragias son más frecuentes y abundantes que en el primer período, es porque las causas de hemorragia se agravan y se complican en el segundo, con la degeneración grasa de las paredes vasculares y con el obstáculo que la alteración hepática opone á la circulación de vuelta. El vómito, que en el primer período fue mucoso ó bilioso, se hace francamente hemorrágico. Puede también haber hemorragias intestinales.

La ictericia aumenta con la congestión y alteración del hígado. A medida que la alteración se acentúa, van predominando los caracteres de la ictericia hemafeica, hasta hacerse exclusiva; la orina no revelará sino pigmentos modificados, que con el ácido nítrico dan color rojo moreno ó caoba oscuro pasando por matices verdosos.

Cuánta influencia tienen en la etiología de la ictericia grave del segundo período de la fiebre amarilla las infecciones ascendentes y las auto-intoxicaciones de origen intestinal, lo prueban los benéficos resultados de los tratamientos que se proponen disminuir esta fuente de complicaciones. Tales son la medicación purgante moderada y regulada por el hemetismo y por la tendencia á las hemorragias; la dieta hídrica establecida durante los tres primeros días de enfermedad; y el tratamiento de Sternberg por el bicloruro de mercurio y el bicarbonato de soda administrados dando cada hora 50 gramos de una solución de 2 centigramos de bicloruro y 10 gramos de bicarbonato en un litro de agua hervida. Agreguemos la circunstancia de que un exceso ó sim-

ple cambio de régimen puede hacer recaer al enfermo; recaída que no será otra cosa que una fiebre por infección intestinal.

De todo lo expuesto se deduce que el período congestivo de la fiebre amarilla es el único que tiene un origen específico, duración definida y síntomas propios. La enfermedad puede reducirse á este período que por sí solo la constituye y confiere la inmunidad. Es el período durante el cual existe en la sangre el agente productor de la enfermedad y durante el cual hay contagio.

Terminado este período congestivo después de tres á cinco días por defervescencia en lisis, el enfermo, convaleciente ya de su fiebre amarilla, queda en estado de inminencia mórbida ó trae ya en evolución las lesiones que constituyen el llamado segundo período, que pueden ser muchas. Todos los gérmenes banales pueden aprovecharse del debilitamiento del organismo y dar lugar á enfermedades asociadas no específicas.

Por esta razón los síntomas de este período tienen duración y caracteres muy variables. La temperatura puede llegar hasta 40°, pero puede también haber hipotermia. ¿No será ésta debida á una complicación por colibacilos, que son agentes hipotermizantes? Entre estos extremos puede haber todos los intermediarios, pues las complicaciones posibles no son únicamente la icteria grave y la nefritis. Puede haber todas las formas de inflamación hepática (vascular, biliar ó parenquimatosa) y de inflamación renal más ó menos profunda y extensa. Pueden desarrollarse parotiditis y disenterías.

La misma degeneración grasosa puede presentar grados variables; puede ser completa y generalizada y por consiguiente mortal; ó pueden quedar porciones de glándula sanas que bastan para asegurar una curación. De acuerdo con el grado y localizaciones de la infección secundaria estarán los síntomas observados.

Asimismo varía la duración de este período, que puede ser de cuatro á cinco días ó durar semanas enteras. En otras ocasiones se observan hasta tres accesos febriles de dos á tres días de duración con remisiones de igual duración.

Cuando debido á la violencia de la infección y á la predisposición individual, sobre todo á la predisposición hepática ó biliosa, la célula se hace insuficiente desde el principio de la invasión, la complicación hepática y la renal pueden aparecer en el curso del primer período con sus síntomas de vómito negro, icteria más ó menos intensa, hemorragias, albuminuria y anuria; y la muerte es rápida

(*forma fulminante*). Si los síntomas de la complicación aparecen en el momento mismo en que termina la evolución cíclica del germen amarillo y con él los síntomas propiamente específicos, la remisión faltará y la fiebre será continua.

La forma é intensidad de las supuestas recaídas serán también distintas según la localización, intensidad y causa de la infección que se desarrolle á favor del estado de inminencia en que queda el organismo y bajo la influencia de las causas ocasionales de la recaída (cambio de régimen, enfriamiento, etc.)

La única medicación directa que podría emplearse sistemáticamente en el primer período como curativa y más aún como preventiva de las complicaciones, sería la balneación caliente que obra como descongestionante, como diurético, como sedativo, como excitante cutáneo y como aumentador de la coagulabilidad de la sangre y excitador de la nutrición. Tres baños diarios de 38° á 40°, durante 10 á 15 minutos, con compresa fría en la cabeza, serían muy provechosos, aunque constituirían medicación complicada y difícil de establecer para todos los enfermos. El baño frío no debe administrarse; puede determinar ó agravar las congestiones viscerales. Si los síntomas que deben combatirse no exigen una medicación recargada, podría emplearse el benzoato de soda como oxidante (2 á 4 gramos).

El aceite de ricino y los purgantes salinos pueden administrarse siempre que sean tolerados y que no aumenten el vómito ni sean contraindicados por la hemorragia. El citrato de magnesia efervescente tiene la ventaja de no ser nauseoso como los salinos y el aceite. El calomel merece mención especialísima para prevenir ó combatir la infección general y la complicación hepática. Puede emplearse á dosis de 1 gramo repartido en cuatro tomas, que se darán de hora en hora; á dosis de 30 centigramos repartidos en cinco tomas que se darán de dos en dos horas; ó finalmente dando 1 gramo cada seis á ocho horas, hasta administrar 3 gramos y dar en seguida un purgante salino ó de aceite.

Los grandes lavados intestinales están indicados.

La dieta hídrica durante el primer período es recomendada por Manson y parece indicación útil.

Para el vómito se administrarán los medicamentos ordinarios: poción de Riviere, limonadas, mentol, agua cloriformada, champaña helado, hielo, etc. La compresa húmeda fría permanente sobre el epigastrio, será conveniente.

Si hay mucha albúmina, se debe recurrir á las ventosas ó á la sangría local sobre la región renal.

Contra las hemorragias se pueden usar la adrenalina al milésimo, la gelatina al 2 por 100, el cloruro de calcio, la ergotina.

Se debe ser muy prudente en la administración de toda droga que pueda irritar el riñón.

La convalecencia debe vigilarse cuidadosamente.

## ALGUNAS OBSERVACIONES

### sobre los resultados del "Salvarsán"

Han sido tantos los estudios que se han hecho sobre el *Salvarsán* y sus resultados en el tratamiento de la sífilis, que me relevan de hacer una monografía sobre este precioso agente terapéutico.

Hasta hace poco tiempo el mercurio y el yoduro de potasio eran los dos únicos medicamentos considerados como específicos de la sífilis y con razón merecen este calificativo, pues su acción sobre el agente infeccioso es incontestable y con un tratamiento bien dirigido se puede considerar en muchos casos como curada una sífilis. También el arsénico figuraba en la terapéutica de la sífilis y varios medicamentos fueron preparados en Francia y se hicieron varios estudios con el objeto de combatir el mercurio, pero ninguno pudo rivalizar esta droga. Toca la gloria al ya célebre Profesor alemán, el sabio Ehrlich, haber conseguido preparar, después de concienzudas investigaciones, una fórmula con la cual se puede introducir al organismo una fuerte cantidad de arsénico, sin que produzca efectos tóxicos y suficiente para matar los parásitos.

No podemos hasta el presente afirmar que el *Salvarsán* cura definitivamente la sífilis, pero sí podemos asegurar que sus efectos son infinitamente superiores á los del mercurio en muchos casos, sobre todo en aquellas terribles y tenaces manifestaciones cutáneas de la sífilis secundaria, tan comunes en nuestros climas cálidos; en aquellas manifestaciones ulcerosas de la sífilis terciaria y en la sífilis nerviosa reciente.

Es cierto que en algunos casos puede ser nula su acción específica, como también pasa con el mercurio; pero debemos también tener en cuenta la malignidad de ciertas sífilis, malignidad que se debe ya á propiedades especiales del agente infeccioso, ya á las condiciones especiales del terreno. También debemos tener en cuenta la forma de las lesiones di-

versas que crea la sífilis, como la esclerosis y las lesiones de los vasos.

Las observaciones que van en seguida, confirman la eficacia del *Salvarsán* en los casos que he dejado apuntados.

#### OBSERVACIÓN I

N. N., sirio, 24 años, 54 kilos de peso.

Hace cuatro meses le apareció un chancro en el glande, se descuidó en el tratamiento, y en la actualidad ha invadido todo este órgano destruyendo parte de la uretra cerca del meato y parte del surco balano-prepucial. Tiene adematizado todo el pene, dolores osteótepos principalmente marcados en los miembros inferiores que no lo dejan dormir, los ganglios inguinales infartados, inapetencia absoluta, fiebre vespéral, ligera roséola y agotamiento, de tal suerte que la marcha no le es posible sin compañero. Hice el examen bacteriológico y encontré el trepinema. A pesar del estado de agotamiento no vacilé en aplicarle una inyección intravenosa de *Salvarsán* de 0.40 centigramos, previo el examen de los órganos, el día 20 de Mayo. A la media hora tuvo violento calofrío, acompañado de vómitos, turbaciones de la inteligencia, consistentes en delirio; á este período siguió fiebre de  $38\frac{1}{2}^{\circ}$ , que le duró seis horas, y después una abundante sudación. La noche fue buena. La primera después de veinte que no podía dormir, y no tuvo dolores. Permaneció tres días en cama por prescripción hecha, atendido el estado de debilidad. Ha tenido algo de diarrea con ligeros dolores intestinales y al cabo de estos tres días le apareció una ictericia que le duró poco tiempo, debido al tratamiento. El edema del pene desapareció, la úlcera chancrosa marchó rápidamente á la cicatrización, los dolores terminaron, el apetito y el sueño reaparecieron y hoy se encuentra en un estado de salud muy satisfactorio, de tal suerte que ha aumentado 7 kilos de peso. El 4 de Julio le puse otra inyección intravenosa de 0.50 centigramos. La reacción fue pasajera.

#### OBSERVACIÓN II

N. N., natural del Guamo, 18 años, y 49 kilos de peso.

Hace ocho meses le apareció un chancro en el reborde balano-prepucial, que le desapareció después de veinte días de tratamiento apropiado. Tres meses después se le presentaron varias manifestaciones de sífilis secundaria, como roséola generalizada, placas mucosas del velo del paladar, dolores osteótepos en los miembros inferiores y fiebre vespéral. Con

tratamiento mercurial y yodurado desaparecieron las dos primeras manifestaciones, pero persisten las dos últimas y hoy tiene además insomnio, agotamiento y algunos ganglios infartados. El 29 de Mayo le puse una inyección intravenosa de 0.50 centigramos de *Salvarsán*. A la hora tuvo calofrío con vómitos, seguido de fiebre de  $38^{\circ}$ , y sudor. Tuvo también mucho sueño. Le prescribí tres días de reposo, al cabo de los cuales, tanto los dolores como la fiebre y el insomnio desaparecieron. Hoy el estado general es muy bueno, ha aumentado 3 kilos en su peso.

## OBSERVACIÓN III

N. N., cigarrera, natural del Espinal, 36 años de edad, y con 42 kilos de peso.

Hace ocho años se le presentaron las primeras manifestaciones de una infección sifilítica que fue tratada por el mercurio y obtuvo la desaparición de las manifestaciones externas. Cuatro años más tarde notó alguna novedad en la garganta y volvió á tomar Jarabe de Gibert, pero en esta vez las novedades aunque mejoraron no desaparecieron. Con algunas alternativas ha llegado al estado actual, que es el siguiente: basta ulceración que interesa el velo del paladar con destrucción de la úgula, y la porción visible de la faringe. Al tomar los líquidos los devuelve por las narices. Sobre el reborde orbitario izquierdo otra ulceración de unos 5 centímetros de longitud y otra redondeada sobre el mento. En la parte interna del ala de la nariz del lado izquierdo principia una ulceración que se extiende hacia arriba. Hecho el examen de todos sus órganos, procedí el 31 de Mayo á aplicarle una inyección intravenosa de *Salvarsán* de 0.40 centigramos. A la hora le dio un ligero calofrío con vómitos, seguido de fiebre de  $38\frac{1}{2}^{\circ}$ , y sudación. Permaneció tres días acostada por prescripción y á régimen lácteo, terminados los cuales le aparecieron cólicos intestinales y diarrea que le duraron pocos días. Las úlceras cicatrizaron á los ocho días y hoy puede pasar los alimentos perfectamente y su salud es muy satisfactoria.

## OBSERVACIÓN IV

N. N., sirio, 25 años, 59 kilogramos de peso.

Tuvo un chancro hace dos años y cinco meses, después le aparecieron manifestaciones cutáneas en la palma de la mano, planta del pie y espacios interdigitales y una ulceración en la cara interna del ala de la nariz. Con tratamiento



de inyecciones mercuriales desaparecieron casi todas las manifestaciones, menos las sífilides córneas que ocupaban el espacio interdigital del pequeño dedo y parte de la planta de los pies. Además siendo muy doloroso hasta el punto de no permitirle casi andar calzado. En vista de esto resolví el 31 de Mayo ponerle una inyección intravenosa de *Salvarsán* de 0.60 centigramos. A las dos horas, ligero calofrío, seguido de fiebre de 38°, sudación y mucho sueño. Permaneció tres días acostado y á régimen lácteo. Al quinto día no se veía ya sino una superficie lisa cicatricial en los puntos ocupados por las sífilides y hoy ha ganado 2 kilogramos de peso y su salud es magnífica.

El 3 de Julio le puse otra inyección de *Salvarsán*, no tuvo calofrío, sino fiebre de 38°, y ligera sudación. Por la tarde le principió bastante vómito y trastorno, que le desaparecieron al siguiente día y hoy se encuentra con salud completa.

#### OBSERVACIÓN V

N. N., natural del Guamo, 25 años, y 59 kilogramos de peso.

En el mes de Octubre del año pasado tuvo un chancro muy pequeño en el glande y pocos días después una roséola generalizada y sífilides pústulo-crustáceas en el cuero cabelludo, palma de las manos, planta de los pies y sífilides ulcerosas de marcha rápida en el conducto auditivo externo izquierdo, tabique y alas de la nariz. Sufría de dolores internos en los lugares ocupados por las sífilides, de tal suerte que le impedían dormir, fiebres vesperales y temblor de las manos con adormecimiento de las extremidades tanto superiores como inferiores. Desde la aparición de la roséola se le sometió á un tratamiento de inyecciones de biyoduro de hidrargirio, de calomel y de yoduro de potasio al interior. Se hacía la curación de sus manifestaciones cutáneas con Licor de Van Swieten y cauterizaciones con nitrato de plata. Al cabo de siete meses de este tratamiento, con ligeros intervalos de reposo, se consiguió la desaparición del temblor y el adormecimiento de las extremidades, de las sífilides de las manos y de los pies, pero persisten con tendencia á destruir los tejidos, las del conducto auditivo y las de las alas de la nariz, cuya supuración es abundante y fétida, á pesar de su constante aseo. Hice el examen bacteriológico y en varias preparaciones encontré el *Treponema*. El 1.º de Junio le inyecté por la vía intravenosa, 0.60 centigramos de *Salvarsán*. La reacción fue muy ligera, pero permaneció siempre dos días

acostado y á régimen lácteo. Seis días después apenas se podía notar el lugar ocupado por las sifilides. El 2 de Julio le puse una segunda inyección, la reacción febril fue muy pasajera; solamente le sobrevino náuseas, estado vertiginoso y dolores musculares que le desaparecieron al siguiente día. Su salud hoy es satisfactoria.

## OBSERVACIÓN VI

N. N., natural de Ibagué, 20 años, y con 50 kilogramos de peso.

Hace tres años tuvo su infección sifilitica, que no se trató. En Noviembre del año pasado principió á sentir dolores fuertes al nivel de las vértebras lumbares; trascurrió algún tiempo sin que tuviera otra manifestación, cuando bruscamente un día al levantarse, el miembro inferior izquierdo se encontraba paralizado é insensible y había aturia intestinal y vesical. Fue tratado por inyecciones mercuriales y puntas de fuego y mejoró completamente. Hace un mes le reapareció el dolor lumbar, se presentó completa insensibilidad de todo el miembro inferior derecho, fuertes dolores de cabeza, sobre todo de noche, y varias ulceraciones del tamaño de una libra esterlina en ambos miembros inferiores. El 12 de Junio le apliqué el *Salvarsán* en inyección intravenosa, de 0.50 centigramos y le produjo una fuerte reacción consistente en calor, fiebre y sudación. Al tercer día habían desaparecido por completo los dolores de cabeza y lumbares y había aparecido la sensibilidad del miembro afectado. Las ulceraciones cicatrizaron al séptimo día. El 4 de Julio le puse una segunda inyección, también de 0.50 centigramos é intravenosa y la reacción fue muy pasajera. Hoy se encuentra con buena salud.

## OBSERVACIÓN VII

N. N., sirio, 30 años, y 59 kilogramos de peso.

Dice haber tenido un chancro hace algunos meses, y habérsele presentado después varias manifestaciones, como roséola, placas mucosas y sifilides en la palma de las manos. No se ha tratado con fundamento y hoy le han aparecido dolores osteócopos en los miembros inferiores y superiores, que no lo dejan dormir. El 13 de Junio le apliqué una inyección intravenosa de 0.50 centigramos de *Salvarsán* y la reacción fue muy pasajera. Los dolores le desaparecieron por completo y se ha robustecido bastante.

## OBSERVACIÓN VIII

N. N., natural de Ibagué, 35 años, y 52 kilos de peso. Hace dos años le apareció un chancro en el glande, el cual desapareció á los pocos días, debido al tratamiento que se hizo. A los pocos meses se le presentó la roséola y sífilides córneas y pústulo-crustáceas en los dedos y palma de las manos, dedos y planta de los pies, grandes sífilides papulosas de color rojo jamón en la nuca, frente y espalda y una sífilides pústulo-crustácea que invade todo el tragus izquierdo. Con un tratamiento prolongado de inyecciones de biyoduro y yoduro de potasio al interior, desaparecieron casi todas las manifestaciones, menos las de los dedos de las manos, la del tragus y una que ocupa el espacio interdigital del pequeño dedo del pie izquierdo é invade parte del dorso avanzando en profundidad. En el mes de Marzo se le aplicó en Bogotá una inyección intramuscular de *Salvarsán* de 0.50 centigramos, y hoy no persiste sino la sífilides que invade el tragus y una del dedo índice de la mano derecha. El 14 de Junio le apliqué una inyección intravenosa de 0.50 centigramos, y la reacción fue muy pasajera. Hoy han desaparecido por completo estas últimas manifestaciones.

## OBSERVACIÓN IX

N. N., natural de Neiva, edad 35 años, y peso 60 kilos. En Junio del año pasado le apareció un chancro que fue seguido bien pronto de varias manifestaciones cutáneas, como roséola, sífilides pústulo-crustáceas en la frente y sífilides córneas en la palma de las manos y planta de los pies, estas últimas eran muy dolorosas. Sometido á un tratamiento de inyecciones mercuriales desaparecieron todas, menos las de las plantas de los pies, que aún persisten, aumentando en extensión, muy dolorosas hasta el punto de impedirle caminar. En ese estado resolví aplicarle una inyección intravenosa de *Salvarsán* de 0.50 centigramos, el 19 de Junio, y á la hora vino la reacción febril, que fue pasajera. Al siguiente día le sobrevino diarrea y cólicos intestinales, lo cual desapareció pronto. Al décimo día la planta del pie se encontraba casi lisa, todas las sífilides desaparecieron y hoy está entregado nuevamente á sus ocupaciones.

## OBSERVACIÓN X

N. N., natural de Medellín, 31 años de edad, y 69 kilos de peso.

Hace veinte meses le apareció un chancro en el glande, que le desapareció con tratamiento apropiado. Tres meses después se presentó la roséola generalizada, placas mucosas en la garganta y fuertes neuralgias localizadas en la nuca, cabeza, espaldas y miembros inferiores. Tratado en Bogotá por inyecciones mercuriales, desaparecieron la roséola y las placas, pero las neuralgias no cedían. Por prescripción médica salió á clima cálido con la esperanza de ver desaparecer sus sufrimientos, pero á pesar de nuevas series de inyecciones mercuriales, su estado no mejoraba de una manera apreciable, y el 20 de Junio le apliqué una inyección intravenosa de *Salvarsán* de 50 centigramos. La reacción fue ligera y al tercer día las neuralgias desaparecieron totalmente y hasta hoy no han reincidido.

## OBSERVACIÓN XI

N. N., de Purificación, 33 años, y 54 kilos de peso.

Hace trece años, estando en Bogotá de estudiante le apareció un chancro en el prepucio, que se lo hizo desaparecer con tratamiento apropiado. No recuerda haber tenido roséola, ni otras manifestaciones. Hace ocho años que sufre de violentos dolores de cabeza que no lo dejan en reposo sino cuando más un día. Para esto ha tomado todas las drogas conocidas, y se ha tratado el paludismo, pero todo fracasó. Hace unos dos años un colega le aplicó diez inyecciones de biyoduro de mercurio y mejoró, pues duró tres meses sin que los dolores aparecieran. No quiso dejarse aplicar más inyecciones; además, sus ocupaciones no le permitían someterse á ningún tratamiento y pronto volvió á encontrarse en el mismo estado que al principio, pues los dolores de cabeza reaparecieron con la misma frecuencia y con mayor intensidad. En vista del buen efecto que habían producido las diez inyecciones mercuriales, no vacilé en proponerle la aplicación de una inyección de *Salvarsán*, y una vez aceptada y hecho el examen de todos sus órganos, el diez de Junio le apliqué 0.50 centigramos en inyección intravenosa. A las dos horas le sobrevino calofrío, acompañado de vómitos, fiebre y sudación. Permaneció tres días acostado y á régimen lácteo. El segundo día tuvo una fuerte diarrea, acompañada de cólicos intestinales, que le duró unos cuatro días, y regresó al lugar de su residencia. En carta de 8 del presente, me dice: «Creo que mi mal marcha hacia la curación y que usted ha dado en el clavo. Hasta hoy no he vuelto á tener dolores de cabeza fuertes, me vienen algunas veces, pero muy pasajeros. Confío en que me pondrá otra inyección, con la cual creo curarme.»

## CONCLUSIONES

1.ª Debe preferirse en todo caso la inyección intravenosa á la inyección intramuscular, tanto por su inocuidad como por su fácil aplicación. Teniendo cuidado en la preparación y la técnica, no hay ningún peligro. Además otra de las ventajas es su máximo de acción sobre los parásitos y su mínimo de acción sobre el organismo en razón de la rápida eliminación del arsénico. La intramuscular produce casi siempre neuralgias en la pierna del lado donde se pone la inyección, neuralgias que persisten varios meses y que desesperan á los pacientes.

2.ª El *Salvarsán* es superior al mercurio en el tratamiento de las manifestaciones cutáneas y de las mucosas de la sífilis secundaria; en las vastas ulceraciones de la sífilis terciaria y en la sífilis nerviosa reciente. En algunos de estos casos su acción puede considerarse como maravillosa, por la rapidez con que desaparecen, sobre todo estas sífilides pústulo-crustáceas de la cara que tanto desesperan á los enfermos y que los obligan á vivir aislados.

3.ª La reacción que sobreviene después de la inyección es siempre tolerable. En algunos casos es bastante fuerte, sobre todo cuando el organismo está agotado por la infección. No hemos visto subir el termómetro á 40°, casi nunca ha pasado de 38½°.

4.ª La eliminación del arsénico por las vías digestivas produce vómitos, cólicos intestinales y diarrea, abundante en algunos casos. Todos estos fenómenos los hemos observado frecuentemente en nuestros pacientes y sobre todo los vómitos casi nunca faltan. Aunque algunos autores opinan que estos accidentes no se presentan sino cuando se inyectan los 0.60 centigramos de *Salvarsán*, nosotros los hemos observado con dosis pequeñas. Hemos observado también neuralgias y vértigos ligeros, algunas horas después de la inyección.

5.ª La inyección intra-venosa se presta mejor para un tratamiento prolongado. Varios Profesores creen que debe reservarse únicamente para los casos de sífilis grave y alternarse con la intramuscular. Nosotros opinamos en vista de los resultados obtenidos, de lo indolora y de lo inofensiva de la inyección, que debe preferirse en todos los casos y principiarse por dosis pequeñas y á ciertos intervalos.

6.ª Debe hacerse un examen completo de todos los órganos antes de aplicarse la inyección. Algunas de las contraindicaciones anotadas por varios autores nos parecen exageradas.

7.º Opinamos que todavía es conveniente, después de un tratamiento por el *Salvarsán*, una cura por el mercurio, mientras los posteriores experimentos y resultados no confirmen de una manera definitiva que es el verdadero específico de la sífilis, y

8.º Además de la acción específica sobre la espiroqueta, el *Salvarsán* es un gran tónico que modifica de una manera apreciable estos organismos agotados por la anemia y el paludismo tan comunes en nuestros climas cálidos.

Girardot, Julio 24 de 1911.

Dr. JOSÉ MANUEL VÁSQUEZ

---

## INFORME

relativo al trabajo del Dr. José Manuel Vásquez

Señores Académicos:

Es tiempo ya de que nuestros diversos experimentadores hagan conocer los resultados obtenidos con el nuevo agente terapéutico de la sífilis, tan en boga hoy en el mundo científico. Entre nosotros continúa aplicándose el *Salvarsán* con buenos resultados en la generalidad de los casos. El Sr. Dr. José Manuel Vásquez nos remite un trabajo titulado *Algunas observaciones sobre los resultados del Salvarsán*, y solicita el puesto de miembro correspondiente á esta Academia.

El señor Presidente me ha hecho el honor de confiarme este trabajo para rendir el informe reglamentario, y he procurado cumplir la comisión hasta donde me ha sido posible.

Principia el Dr. Vásquez por hacer un breve recuento de la acción maravillosa del *Salvarsán*, en el tratamiento de algunas manifestaciones sifilíticas y de reconocer la superioridad de este nuevo agente sobre el mercurio y el yoduro de potasio; luégo trae una serie de once observaciones, de sífilis en período de generalización, de sífilis secundarias casos y secundo-terciarias y algunas de sífilis nerviosa incipiente.

Llama la atención en las observaciones del Dr. Vásquez, el hecho de haber comprobado el diagnóstico, siempre que le ha sido posible, con la investigación bacteriológica del *treponema palidum*.

Desde el memorable descubrimiento de Chaudin, cuenta el médico con un precioso medio de confirmar de una

manera precisa sus diagnósticos de sífilis, y en muchos casos de establecer un diagnóstico precoz, imposible con los solos recursos de la clínica, y de incalculable trascendencia para el porvenir del enfermo. Hemos tenido ocasión de examinar preparaciones de treponema, hechas por el Dr. Vásquez, que revelan cuidadosa técnica y conocimientos no comunes en bacteriología.

El día en que se vulgarice más el uso del microscopio, sobre todo entre los médicos de nuestros climas cálidos, serán grandes las ventajas que obtengan y de seguro se llevarán á cabo interesantes investigaciones sobre nuestras enfermedades tropicales.

En todos los casos de sífilis tratados por el Dr. Vásquez, el resultado ha sido completamente satisfactorio.

La vía que ha escogido el Dr. Vásquez para la aplicación del medicamento ha sido la intravenosa y cree que es ésta la que debe preferirse siempre. Aunque el Dr. Vásquez opina, y con mucha razón, que con la inyección intravenosa se obtiene el máximum de acción sobre los parásitos y el mínimum de acción tóxica sobre el organismo, en razón de la rápida eliminación del arsénico, con todo el respeto que me merece su autorizada opinión, me atrevo á exponer el juicio que me he formado después de haber intervenido en la aplicación de más de cuatrocientas inyecciones de *Salvarsán*.

Si la inyección intravenosa es cierto que obra con más rapidez, también su acción tiene que ser fugaz en razón de su rápida eliminación, y creo que hay casos en que está formalmente contraindicada esta vía; por ejemplo cuando existen lesiones cardíacas ó vasculares que hagan peligroso un aumento de la tensión sanguínea.

He visto aplicar el *Salvarsán* por vía intramuscular, sin el menor accidente, en un individuo que tiene un gran aneurisma de la aorta, cuando por vía intravenosa hubiera seguramente tenido consecuencias fatales.

Sin desconocer las ventajas de la inyección intravenosa, como son la ausencia de dolor, la mayor rapidez en la preparación etc., creo que la inyección intramuscular, en razón de su lenta absorción y eliminación, tiene que ser de efectos más sostenidos y duraderos.

Siguiendo una técnica irreprochable en la preparación de la inyección, los peligros son nulos tanto en la una como en la otra. Si la suspensión para inyectar por vía intramuscular se neutraliza exactamente, se atenúa en gran parte el dolor. Además hemos observado últimamente que preparando la inyección en 10 c. c. de líquido, la reacción dolorosa es muchísimo menor que cuando se prepara en 15 c. c.

Tal vez los casos en que he visto obrar el *Salvarsán* de una manera más eficaz y sin recidivas hasta ahora, han sido aquellos en que se han combinado ambas vías, aprovechando primero la acción rápida de la inyección intravenosa y sosteniéndola luego con la lenta de la intramuscular.

Hace notar el Dr. Vásquez que aunque la reacción que sobreviene después de la inyección es siempre tolerable, en casi todos sus enfermos ha visto aparecer algunas horas ó algunos días después trastornos gastro-intestinales como vómito, diarrea, cólicos acompañados en algunos casos de vértigos y neuralgias. Estos trastornos de las vías digestivas parecen traducir la intoxicación arsenical, y es seguro que á medida que se vaya experimentando más el nuevo medicamento, se fijarán de una manera más precisa las dosis y el intervalo que deba mediar entre una y otra aplicación.

Termina el Dr. Vásquez sus conclusiones aconsejando que aunque el efecto del *Salvarsán* es maravilloso en gran número de manifestaciones específicas, no está el médico autorizado todavía para prescindir del clásico tratamiento por el mercurio y el yoduro de potasio, hasta tanto que no se demuestre que el *Salvarsán* es el verdadero específico de la sífilis.

Es probable que muy pronto tengamos esta demostración, pues habla en favor de la acción específica del medicamento, la circunstancia de que forma en los tejidos productos que pueden considerarse como verdaderos anticuerpos. En apoyo de esta teoría cita el Profesor Ehrlich los ensayos en las nodrizas, llevados á cabo por Taeye y Duhot, que demuestran que en los niños de pecho heredo-sifilíticos, cuyas madres habían sido inyectadas con el arsenobenzol, desaparecieron rápidamente todos los síntomas específicos. Como por la leche no se elimina el arsénico ó se elimina en cantidad inapreciable, hay que suponer que la curación es debida á la acción de las antitoxinas. Otra prueba más evidente es la mejoría observada en niños y aun en adultos con inyecciones de suero sanguíneo de enfermos tratados con el 606.

El Profesor Neisser que se ocupa en la investigación de esta clase de anticuerpos, opina que la existencia de ellos debe depender de que las espirillas han muerto en bloque, determinando el *ictus inmunizador*.

Sin duda con el descubrimiento del sabio Ehrlich se han abierto nuevos y vastos horizontes en el estudio experimental y en la terapéutica de la treponemiasis humana.

El radio de acción del nuevo preparado se extiende también á otras espiroquetosis del hombre y de los anima-



les, como la fiebre recurrente, la espirilosis de las aves etc., en las cuales parece, según los más notables experimentadores, que se ha realizado la aspiración del sabio alemán, esto es, la *terapia estirilisans magna*.

Parece que el *Salvarsán* tiene también efectos bienhechores en el tratamiento de las fiebres palúdicas. Sería de desearse que trabajadores científicos y laboriosos como el Dr. Vásquez emprendieran investigaciones en este sentido.

Termino felicitando al Dr. Vásquez por sus importantes observaciones y sometiendo á la consideración de la Academia la siguiente proposición:

Nómbrese al Sr. Dr. José Manuel Vásquez miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina, y publíquese su trabajo en la *Revista Médica*.

FEDERICO LLERAS A.

La Academia aprobó por unanimidad la proposición con que termina este informe, y dispuso, además, que éste se publicara en la *Revista Médica* con el trabajo del Dr. Vásquez.

## Algunas consideraciones sobre la tuberculosis renal (1)

POR EL DR. Z. CUÉLLAR DURÁN

La frecuencia de la tuberculosis renal entre nosotros; el polimorfismo de los síntomas con que ella se inicia en los primeros meses y aun en los primeros años de su existencia; la necesidad urgentísima de llegar á un diagnóstico exacto y precoz de la lesión, y el conocimiento preciso de la unilateralidad ó bilateralidad de ella, me han movido á presentar algunas consideraciones sobre dicha enfermedad, basándome en el estudio de tres observaciones referentes á tres enfermas afectadas de tuberculosis renal, terminadas todas tres por la Nefrectomía y cuyo excelente resultado terapéutico prueba que está en un todo de acuerdo con los datos suministrados por la Clínica, por la separación de orinas y por el análisis químico bacteriológico y microscópico de ellas.

Generalmente los primeros signos que aquejan al enfermo que padece de tuberculosis renal, se localizan del

(1) Trabajo presentado á las *Sesiones Científicas del Centenario*.

lado de la vejiga, bajo la forma de cistitis, cistalgia, piuria y polaquiria. La cistitis, con la frecuencia de las micciones, los dolores finales, el pujo y el tenesmo, atormentan especialmente al enfermo y lo obligan á consultar al médico desde muy temprana fecha. La cistalgia ó dolor vesical se presenta también casi al mismo tiempo que el síntoma anterior y se caracteriza por dolores vesicales que existen en el intervalo de las micciones, pero que acusan su máximo de intensidad al final de ellas, y que se irradian hacia la raíz de los muslos, hacia el recto, y que aumentan notablemente por el ejercicio.

La piuria ó la presencia de pus en la orina es el signo á que se debe dar mayor importancia en el estudio de toda afección del aparato urinario, pues la abundante cantidad de pus debe siempre hacer sospechar una lesión de origen (?) tuberculoso. En efecto: es carácter peculiar del bacilo de Koch, producir una reacción purulenta muy abundante y en el caso particular ésta se manifiesta por una orina turbia y muy sedimentosa. Dejándola reposar en un vaso se forma en el fondo un depósito de pus y la parte superior no se aclara completamente, sino que siempre se muestra bastante turbia, pues este es uno de los caracteres de la piuria de origen renal.

La polaquiria es otro de los signos reveladores de la tuberculosis renal; es variable y caprichosa en su presentación, pues las micciones pueden aparecer cada dos ó tres horas, cada media hora y muchas veces cada cuarto de hora. Su carácter distintivo,—y en esto se diferencia de las cistitis simples y calculosas,—es que no se modifica por el reposo y que generalmente es más acentuada por la noche, signo de polaquiria nocturna, descrito por Bazzi.

Los dolores de la tuberculosis renal se localizan en la vejiga, en la región lumbar correspondiente al riñón afectado, y en diferentes puntos del trayecto uretral. Como ya hemos hablado de los caracteres de los dolores vesicales, nos limitaremos á señalar las diversas modalidades con que el riñón manifiesta el síntoma dolor: á veces la región lumbar se encuentra ligeramente adolorida, y por intervalos el enfermo acusa grandes dolores semejantes en un todo al cólico nefrítico, dolores conocidos con el nombre de cólicos ureterales, y que corresponden á pequeñas retenciones que se forman al nivel del cáliz ó en la luz misma del uretere. El riñón generalmente es indoloro á la palpación y por lo regular se encuentra de volumen normal, es decir, no alcanza á sentirse por el baloteo, excepto en los casos en que hay pio-

nefrosis ó, en el momento mismo del cólico, pues entonces se hace muy sensible y se encuentra aumentado de volumen.

La *hematuria* es un síntoma de grandísima importancia y por el cual sólo puede hacerse el diagnóstico de la tuberculosis renal; pero es muy inconstante en su aparición, y en nuestro estudio particular solamente la hemos encontrado en su forma total, en dos casos, uno de los cuales se refiere á una tuberculosis ya muy avanzada del aparato urinario en un hombre de cincuenta años, en quien las lesiones parecen bilaterales y que se han extendido ya á los órganos genitales, epididimos y vesículas seminales, y por lo tanto inoperable. El otro caso se refiere también á un hombre de treinta y dos años de edad, que he venido siguiendo desde hace ocho años. Con antecedentes blenorragicos muy acentuados del lado de la uretra, estrecheces, gota militar, orina muy turbia y cólicos uretrales que se han presentado desde hace tres años, durante los cuales la orina es perfectamente pura, para enturbiarse después de pasado el dolor cuando desaparece el obstáculo uretral. Desde entonces he hecho el diagnóstico de una lesión renal izquierda de naturaleza probablemente tuberculosa, razón por la cual no he vacilado en proponerle la intervención quirúrgica como único medio de salvación, pero por desgracia ha sido rechazada sistemáticamente por el paciente.

Desde hace quince días se han presentado hematurias totales, espontáneas, sin relación alguna con el ejercicio, y luégo el examen bacteriológico de la orina reveló la existencia del bacilo de Koch, confirmando así, por primera vez, mis sospechas anteriores.

Las grandes hematurias precursoras de cualquier otro signo, son raras entre nosotros, pero sí se observan frecuentemente las hematurias microscópicas; tanto las primeras como las últimas, necesitan diferenciarse de las producidas por los neoplasmas del riñón, de las que acompañan á las nefritis mismas y de las debidas á la litiasis renal.

#### EXAMEN DE LA ORINA

Sin el examen completo de la orina, el diagnóstico de la tuberculosis renal (como de toda infección de las vías urinarias) estará rodeado de grandísimas dificultades y en la mayor parte de los casos será completamente imposible. Con los perfeccionamientos de la técnica química, microscópica y bacteriológica, el estudio especial de las vías urinarias ha adquirido gran preponderancia; y es á estos nuevos métodos de investigación á los que se deben los grandes

progresos que esta rama especial de la Cirugía ha alcanzado en los últimos años. Es, pues, indispensable conocer el resultado del análisis químico de la orina de veinticuatro horas: la cantidad de orina, su reacción, su densidad, la cantidad de úrea, de cloruros y de fosfatos, dan á conocer en globo el estado funcional de los riñones. Los exámenes microscópico y bacteriológico indican la existencia de los glóbulos rojos, de los leucocitos y de las células renales y del bacilo de Koch, que en el caso particular, arrojan una gran luz en el diagnóstico.

Adquiridos ya estos conocimientos, falta saber con exactitud si la lesión es unilateral ó bilateral; y en el primer caso, precisar el riñón afectado, conocer luego el estado funcional del riñón supuesto sano en relación con el enfermo, y tener el conocimiento del perfecto estado fisiológico del riñón sano, para proceder luego á la extirpación del enfermo, no sin haber practicado antes la nefrotomía para seguir la línea de conducta generalmente aceptada y para ponerse á salvo de toda objeción ya fundada, ya gratuita, único medio seguro de obtener una curación completa.

A estos resultados no se puede llegar sin el recurso de la separación de orinas, sirviéndose de los separadores endovesicales, que debe, siempre que esto sea posible, ser controlada por el cateterismo uretral y por los otros medios de exploración de las funciones renales: prueba del azul de metileno, de la floridicina, de la crioscopia, etc.

Este derrotero he seguido en las observaciones que tengo el honor de presentaros, acompañadas de las piezas anatómicas, que podéis estudiar y que están marcadas con los números 1, 2 y 3, correspondientes á las observaciones respectivas. Ellas os harán ver que los métodos de separación de orinas de que nos hemos servido han sido tan precisos como era de desearse y han hecho ver que el riñón afectado de tuberculosis presenta desde el principio un funcionamiento defectuoso.

NOTA—Hago constar que todo el estudio de las observaciones que hoy presento á vuestra consideración, ha sido hecho en colaboración con el Sr. Emiliano Torres L.

#### OBSERVACIÓN I

Nieves González, natural de Fontibón, de treinta años de edad y de profesión doméstica.

*Antecedentes hereditarios*—Carecen de importancia.

*Antecedentes personales*—Sarampión, tos ferina, varicela y gripas. Llama la atención sobre un traumatismo que sufrió en la región dorsal.

*Pasado genital*—Sus reglas le aparecieron á los catorce años sin ningún fenómeno patológicamente importante, y sin dejar de presentar en lo sucesivo los caracteres de la función catamenial normal. A los veintidós años tuvo un hijo á término, robusto y bien conformado; su embarazo evolucionó sin complicación alguna, pero el parto le produjo una desgarradura perineal. Ni ésta, ni su puerperio fueron atendidos debidamente, pues obligada por su penuria se levantó precozmente y principió á entregarse á sus quehaceres. Poco tiempo después comenzó á experimentar fiebre, ligeros dolores localizados en las partes pelvianas y á aparecer un flujo abundante é intermitente; dolor y flujo que aumentaban por el ejercicio. Durante mucho tiempo estos fenómenos permanecieron estacionarios.

*Enfermedad actual*—Hace unos cinco años le principió por micciones frecuentes, abundantes y siempre turbias, sobre todo por la mañana; por dolores que localizados primitivamente y durante mucho tiempo en la vejiga, se irradiaron luégo hacia la región lumbar izquierda, al rededor de la cintura, hacia los miembros inferiores, pero sobre todo al miembro izquierdo; dolores sobre los cuales ejercían considerable influencia el ejercicio y los esfuerzos; por edemas parpebrales y maleolares. El flujo mencionado en ocasiones se hacía más abundante, á veces se atenuaba ó desaparecía. Durante mucho tiempo estos fueron los fenómenos de que la enferma hace especial mención; pero más tarde nota ó más bien describe períodos de poliuria que alternan con períodos de marcada oliguria, coincidiendo siempre ésta con violentos dolores vesicales, y entonces principia á darse cuenta que la orina colocada en el vaso deja un sedimento abundante y espeso. Sostiene también que su región lumbar derecha nunca ha sido afectada por el menor dolor.

Andando el tiempo, este cuadro sintomático se hace más complejo, aparecen fenómenos que llaman la atención sobre sus órganos pelvianos, pero que ocultan ú oscurecen los fenómenos por los cuales se inició la enfermedad primordial y que probablemente evolucionan en algunos de los órganos que hacen parte del aparato urinario. Consultado un cirujano, hace seguramente con razón el diagnóstico de salpingitis y practica la *histerectomía* vaginal; operación y cuidados post-operatorios que lleva á cabo sin complicaciones. A esta operación, que conjuró sin duda el inmediato peligro pelviano, no se le podía exigir que ejerciera influencia sobre el lejano peligro renal, y si en los primeros días que siguieron á esta operación las micciones se hicieron menos frecuentes y los dolores se atenuaron, la orina conti-

nuó siempre turbia y sedimentosa, y pocos días después aquellos períodos de poliuria y de oliguria ya mencionados se hicieron más frecuentes é intensos, y los dolores con sus primitivas localización é irradiaciones adquirieron mayor intensidad. Los fenómenos vesicales exasperan á la enferma y llaman la atención del cirujano, quien los trata, entre otros medios, por instilaciones de nitrato de plata, pero bien pronto tiene que desistir, pues esta sustancia lejos de aliviar al paciente aumenta sus padecimientos. Otros médicos hacen también esfuerzos para obtener á lo menos alguna mejoría, pero los tratamientos mejor dirigidos no dan resultado, todo medio terapéutico fracasa.

Bien pronto su estado general se afecta y principia á experimentar anorexia y sed intensas, diarreas, escalofríos fugaces é intermitentes en su presentación, oscurecimiento de la vista, zumbidos de oído, adormecimiento de los dedos, frecuentes epistaxis matinales, sacudidas nocturnas, cefálea que más tarde fue reemplazada por una cefalalgia intermitente y matinal; los edemas parpebrales y maleolares ya mencionados principian á invadir las regiones vecinas y á la enferma le llama la atención el aspecto como de lavadura de carne, según su expresión, que ha presentado en unas dos ocasiones su orina fuera de los períodos menstruales.

Ultimamente los dolores en vez de tener su primitiva localización vesical, se hacen simultáneamente vésico-renales, seguidos de sus viejas irradiaciones y presentándose bajo la forma de cólicos ureterales que duraban ya ocho ó diez horas, ya simplemente de una á dos horas, acompañados de oliguria y precedidos por ella de micciones muy frecuentes é imperiosas; durante la evolución de éstos la orina se aclara y presenta un aspecto sanguinolento, para volverse turbia y espesa tan pronto como los dolores se atenúan y la enferma goza de relativo bienestar.

Y esta enferma agotada profundamente, torturada por sus padecimientos y alarmada por su visible y progresiva denutrición, vence la desconfianza que le inspiran los pasados tratamientos y se pone bajo nuestro cuidado.

*Estado actual*—La enferma se presenta á mi consultorio en el mes de Septiembre de 1909 y después de referir la historia de su enfermedad y de completarla yo por un examen subjetivo cuidadoso, procedo á examinar el aparato urinario, sobre el cual recaían todos los signos acusados por la enferma. El tacto vaginal indica la presencia de un moñón bien cicatrizado, no doloroso, reliquia de su intervención anterior. La palpación vesical por la vagina es muy dolorosa, sobre todo en algunos puntos bien localizados y que

corresponden al lado izquierdo y sobre todo al uretere. La exploración de la vejiga por los instrumentos adecuados es apenas ligeramente sensible, y lo que más llama la atención es dolor á la distensión, cuya capacidad alcanza á 120 c. cs., la palpación renal ligeramente dolorosa del lado izquierdo, y algunas veces se alcanza á tocar la punta de ese riñón. El uretere izquierdo sensible á la presión en su parte inferior. Nada anormal del lado de los pulmones ni de los ganglios.

La lengua es saburral y la enferma se queja de sed, anorexia, enflaquecimiento y de excitación nerviosa.

La orina muy turbia es analizada en el laboratorio del Profesor Lleras y da el siguiente resultado:

#### ANÁLISIS GLOBAL

##### *Caracteres generales.*

Aspecto.....	Turbio.
Color.....	Amarillo pálido.
Olor.....	Sui-géneris.
Consistencia.....	Fluida.
Sedimento.....	Blanco, abundante.
Reacción.....	Acida.
Densidad.....	1.010

##### *Elementos normales.*

Urea.....	6.65 por litro.
Acido úrico.....	0.20
Acido fosfórico.....	0.50
Cloruros.....	4.40

##### *Elementos anormales.*

Albúmina.....	0.50
Glucosa.....	No hay.
Pigmentos biliares.....	No hay.
Urobirina.....	No hay.
Indicán.....	No hay.
Pus.....	Sí hay.
Sangre.....	No hay.

#### EXAMEN MICROSCÓPICO

Células de la vejiga, abundantes glóbulos de pus, **estreptococo** y diplo-bacilos se encontró el bacilo de Koch. La investigación del microbio de Neisser dio resultado negativo.

El 14 de Noviembre fue practicada la separación endovesical por el Profesor ya mencionado, y dio el siguiente resultado:

RIÑÓN DERECHO

*Caracteres generales.*

Cantidad.....	20 c. cs.
Aspecto.....	Ligeramente turbio.
Color.....	Amarillo rojizo.
Olor.....	Sui-géneris.
Consistencia.....	Flúida.
Sedimento.....	Rojizo.
Reacción A.....	Acida.

*Elementos normales.*

Urea.....	13.30
Acido úrico.....	No pudo determinarse.
Acido fosfórico.....	1.50
Cloruros.....	10

*Elementos anormales.*

Albúmina.....	Sí hay.
Glucosa.....	No hay.
Pigmentos biliares.....	No hay.
Urobilina.....	No hay.
Indicán.....	No hay.
Pus.....	No hay.
Sangre.....	Sí hay.

EXAMEN MICROSCÓPICO

Abundantes glóbulos rojos y muy pocos glóbulos blancos, no hay microbio de Neisser.

RIÑÓN IZQUIERDO

*Caracteres generales.*

Cantidad.....	10 c. cs.
Aspecto.....	Turbio.
Color.....	Amarillo rojizo.
Olor.....	Sui-géneris.
Consistencia.....	Flúida.
Sedimento.....	Rojizo.
Reacción.....	Ligeramente alcalina.



*Elementos normales.*

Urea.....	1.90 por litro.
Acido úrico.....	No pudo determinarse.
Acido fosfórico.....	0.30
Cloruros.....	4

*Elementos anormales.*

Albúmina.....	Sí hay.
Glucosa.....	No hay.
Pigmentos biliares.....	No hay.
Urobilina.....	No hay.
Indicán.....	No hay.
Pus.....	Si hay.
Sangre.....	Sí hay.

## EXAMEN MICROSCÓPICO

Abundantes glóbulos rojos, abundantes glóbulos blancos, células pequeñas al parecer renales, no hay bacilos específicos.

Algunos días después practiqué el cateterismo ureteral, y dio el siguiente resultado: que vino á confirmar los datos obtenidos por la separación endo-vesical de las orinas, pero por ser muy penoso para la enferma no pudo obtenerse suficiente cantidad de orina para efectuar un análisis tan completo como era de desearse. El examen microscópico reveló en la orina del riñón derecho algunos glóbulos rojos y un pequeño número de glóbulos blancos. En la orina del riñón izquierdo, abundantes glóbulos de pus y abundantes glóbulos rojos.

A pesar de que los datos obtenidos por la separación endo-vesical y por el cateterismo ureteral indicaban que el riñón izquierdo estaba gravemente lesionado, quisimos acumular las mayores pruebas con respecto á la permeabilidad renal y apelamos á la prueba del azul de metileno. Practicada ésta con todas las reglas técnicas, indicó que la permeabilidad renal es suficiente, pues la aparición del primer tinte verdoso, la hora en que éste adquirió su máximum de intensidad, la disminución progresiva de esta coloración, la presencia del cromógeno de eliminación y, en fin, el tiempo durante el cual dicha sustancia se reveló en la orina, corresponden á los principios establecidos por la teoría.

Convencido hasta la evidencia, que las lesiones del riñón eran muy avanzadas no vacilé en proponerle á nuestra

enferma la operación como el único medio de prolongar su vida. Aceptada la operación, la practiqué el 3 de Diciembre de 1909, sin ningún accidente digno de mención.

No practiqué la nefrotomía previa como es de regla en tales casos, porque las lesiones macroscópicas llevaron á nuestro ánimo el íntimo convencimiento de que estábamos en presencia de un riñón en alto grado anatómo-patológicamente afectado, pues la superficie del riñón estaba á trechos tapizado de pequeñas granulaciones y de distancia en distancia se encontraban algunas placas equimóticas.

Su coloración era en partes grisosa y revelaba en ciertos puntos la congestión, en otros la isquemia. La abertura del riñón demostró que sí estábamos autorizados para practicar dicha operación, por las grandes cavernas y granulaciones que en él se encontraron.

Se termocauterizó el cabo renal del uretere y se ligó el pedículo con seda. En nuestro concepto, el haber apelado á la seda como hilo de ligadura fue la causa de que la supuración se hubiera prolongado, pues algunos meses después se encontraron ansas de esa misma sustancia. Hoy está la enferma completamente curada.

#### OBSERVACIÓN II

Adriana Touzet, de treinta años de edad, natural de Bogotá, casada, y modista de profesión.

*Antecedentes hereditarios*—Una hermana murió á consecuencia de una peritonitis tuberculosa.

*Antecedentes personales*—En su niñez tuvo sarampión, varicela y paperas; más tarde, tifoidea, enteritis y paludismo. Sufrió un traumatismo.

*Enfermedad actual*—Hace dos años comenzó á sentir un dolor localizado en la región lumbar del lado derecho, dolor que se presentaba intermitentemente, acompañado de deseos frecuentes de orinar, con micciones dolorosas, y desde entonces observó la enferma que la orina era abundante durante los accesos dolorosos, un poco turbia y que dejaba un sedimento en el fondo del vaso. El aspecto de la orina se modificaba tan pronto como terminaban las crisis dolorosas, de tal manera que la enferma observaba que la orina era mucho más limpia en los intervalos de relativo bienestar. Poco á poco los dolores se hicieron más frecuentes, la necesidad de la micción más imperiosa, el aspecto turbio de la orina fue observado ya por la enferma constantemente y de cuando en cuando le parecía que éste se hacía ligeramente rosado y presentaba cierta fetidez. La enferma hace

notar que las micciones eran mucho más frecuentes en la noche que en el día, de manera que esa polaquiuria nocturna le impedía casi completamente el sueño. El dolor, localizado al principio en el flanco derecho, se irradiaba luego hacia el vientre y á la pierna derecha; y cuando se presentaban los ataques dolorosos se irradiaba hacia la vejiga siguiendo la dirección de uretere, cólico ureteral que se presentaba con largas intermitencias. Con respecto á la cantidad de orina la enferma hace notar que aquélla ha sido siempre muy abundante durante toda la enfermedad. Se queja la enferma de meteorismo, anorexia, polidipsia, insomnio, constipación, y llama la atención con insistencia sobre su enflaquecimiento progresivo y sobre la diaforesis que experimenta siempre que duerme. Sufrió algunas veces de vértigos, cefalalgias matinales, calambres en las pantorrillas, dolores articulares en los pies, adormecimiento en los dedos de las manos, enfriamiento en las extremidades inferiores, sobresaltos en la cama, zumbidos de oídos, oscurecimiento en la vista, edema de los párpados por las mañanas y epistaxis frecuentes.

Reglada por primera vez á los catorce años, sus reglas han sido en lo general normales, salvo en los últimos años en que dice que se hicieron poco abundantes, dolorosas, de corta duración y acompañadas de escalofríos. Casada á los dieciocho años ha tenido tres hijos, de éstos el primero en un parto prematuro. En su último parto tuvo una retención placentaria que necesitó la extracción artificial; y ha sufrido desde el principio de su matrimonio de un flujo vaginal amarillo y poco abundante.

*Estado actual*—El aspecto general de la enferma no revela en ella sufrimiento alguno, pues su nutrición se conserva bastante bien y ella atiende á sus ocupaciones domésticas con bastante regularidad. Se queja de micciones frecuentes, dolorosas, y que se hacen más frecuentes por la noche y con el ejercicio. La orina tiene un aspecto francamente turbio, y por el tacto vaginal, combinado con la palpación bimanual, se observa que la vejiga se vacía completamente, no es dolorosa en ninguna de sus partes, así como tampoco los ureteres se hacen notar por sensibilidad alguna. El examen físico de los riñones no revela en ellos alteración anormal digna de mención, sino es que el derecho está un poco sensible á la maniobra del baloteo renal. Sus otros órganos, especialmente los pulmones, los ganglios y el peritoneo examinados con mucho cuidado, no revelan alteración digna de mención. Como por el examen clínico de la enferma, sospecháramos la existencia en ella de una tuberculosis urinaria, hicimos practicar el análisis de la orina por el Dr. Federico Lleras, cuyo resultado fue el siguiente:

## ORINA GLOBAL

*Caracteres generales.*

Cantidad.....	No hay dato.
Aspecto.....	Turbio.
Color.....	Amarillo pálido.
Olor.....	Sui-géneris.
Consistencia.....	Fluída.
Sedimento.....	Nebuloso, abundante.
Reacción.....	Acida.
Densidad.....	1.020

*Elementos normales.*

Urea.....	9.50 por litro.
Acido úrico.....	0.35 por litro.
Acido fosfórico.....	1.20 por litro.
Cloruros.....	11.30 por litro.

*Elementos anormales.*

Albúminas.....	Huellas.
Glucosa.....	No hay.
Pigmentos biliares.....	No hay.
Urobilina.....	No hay.
Indicán.....	No hay.
Pus.....	Sí hay en abundancia.
Sangre.....	No hay.

*Examen microscópico.*

Células vaginales, abundantes células de la vejiga, algunas células pequeñas al parecer renales y abundantes glóbulos de pus.

Examen bacteriológico: existe el bacilo de Koch en abundancia.

Este análisis positivo desde el punto de vista de mis sospechas, fue practicado el día 5 de Febrero de 1910 y el 12 del mismo mes de Febrero procedí á hacer la separación de las orinas sirviéndome del separador endo-vesical de Luys y dicha separación me dio el resultado siguiente:

## RIÑÓN DERECHO

*Caracteres generales.*

Aspecto.....	Transparente.
Color.....	Amarillo claro.
Olor.....	Sui-géneris.

Consistencia.....	Fluída.
Sedimento.....	Nulo.
Reacción.....	Neutra.
Densidad.....	No pudo tomarse.

*Elementos normales.*

Urea.....	3.23
Acido fosfórico.....	0.40
Cloruros.....	8.00

*Elementos anormales.*

Albúmina.....	2.00
Glucosa.....	No hay.
Pigmentos biliares.....	No hay.
Urobilina.....	No hay.
Indicán.....	No hay.
Pus.....	Sí hay abundante.
Sangre.....	No hay.

Examen microscópico: Abundantes glóbulos de pus, algunas células pequeñas al parecer renales.

Examen bacteriológico: No pudo ponerse en evidencia el bacilo de Koch.

## RIÑÓN IZQUIERDO

*Caracteres generales.*

Aspecto.....	Turbio.
Color.....	Amarillo pálido.
Olor.....	Sui-géneris.
Consistencia.....	Fluída.
Sedimento.....	Nebuloso, poco abundante.
Reacción.....	Acida.
Densidad.....	No pudo tomarse.

*Elementos normales.*

Urea.....	3.55
Cloruros.....	29.00

*Elementos anormales.*

Albúmina.....	4.00
Glucosa.....	No hay.
Pigmentos biliares.....	No hay.
Urobilina.....	No hay.
Indicán.....	No hay.
Pus.....	NO HAY.
Sangre.....	SÍ HAY.

Examen microscópico: Abundantes glóbulos rojos, RAROS LEUCOCITOS.

Examen bacteriológico: No se encontró el bacilo de Koch.

El cateterismo ureteral practicado pocos días después por el Dr. Cuéllar Durán vino á confirmar los resultados obtenidos por la separación de orinas; y por ser aquél muy doloroso para la enferma no pudimos obtener orina en cantidad suficiente para practicar un análisis completo de las orinas, pero el examen microscópico reveló una gran cantidad de pus en la orina del riñón derecho y muy escasos leucocitos en la orina vesical correspondiente al riñón izquierdo. Tampoco se pudo determinar la presencia del bacilo de Koch en estos depósitos, á pesar de la centrifugación.

Aunque el análisis de las orinas recogidas por la separación demostraran claramente que la lesión pertenecía al riñón derecho y que la permeabilidad fisiológica del riñón izquierdo era satisfactoria, quisimos acumular mayor número de pruebas favorables á esta permeabilidad y con tal fin sometimos á la enferma á otras pruebas cuyos resultados fueron los siguientes:

#### INVESTIGACIÓN DE LA PERMEABILIDAD POR EL AZUL DE METILENO

El 7 de Abril, á las tres de la tarde, se le puso una inyección intramuscular de un centímetro cúbico de una solución de azul de metileno al 1 por 20, previo vaciamiento completo de la vejiga; y se le dieron á la enferma las indicaciones del caso para que recogiera en espacios de tiempo indicado la orina y la colocara en vasos rotulados para el efecto. El tinte verdoso de la orina se apreció media hora después en la primera orina recogida; el máximum de intensidad de la coloración se presentó en la orina de las micciones correspondientes á la sexta, séptima y octava horas; luégo fue disminuyendo gradualmente en las seis horas siguientes, más ó menos, para volver á acentuarse más tarde y debilitarse pocas horas después. La eliminación del azul duró setenta horas. De aquí concluimos en una eliminación suficiente, porque la primera coloración apareció media hora después de practicada la inyección y porque el máximum de intensidad de la coloración y la duración de ésta se presentaron dentro de los límites fijados por la teoría. Teniendo en cuenta las oscilaciones de la coloración, concluimos que se trata de una eliminación intermitente.

## PRUEBA DE LA ALBUMINURIA EXPERIMENTAL

El 18 de Marzo por la mañana, se hizo tomar á la enferma fuera de su alimentación habitual, seis claras de huevo y se le ordenó que desde entonces recogiera la orina en una vasija apropiada. Practicado luégo el análisis no se encontraron sino huellas de albúmina, cantidad que se encontró varias veces en la orina global antes de esta prueba. Por este resultado concluimos, según la teoría, que por lo menos un riñón funciona normalmente.

PRUEBA DE LA INFLUENCIA DEL REPOSO Y DEL EJERCICIO  
SOBRE LA CANTIDAD Y LA CALIDAD DE LA ORINA

Para evitar la influencia que la alimentación tiene sobre la orina considerada cuantitativa y cualitativamente, se sometió la enferma á un régimen determinado desde de cuarenta y ocho horas antes. Se hizo acostar la enferma durante seis horas, sometida al mismo régimen alimenticio, y se le ordenó recogiera la orina durante este tiempo. Luégo se le hizo levantar y hacer ejercicio durante seis horas, sometida al mismo régimen alimenticio, y se le ordenó recogiera la orina durante este lapso de tiempo. El análisis de esta orina dio el siguiente resultado:

*Orina durante el periodo de reposo.*

Cantidad.....	550 c. c.
Reacción.....	Alcalina.
Densidad.....	1.019
Aspecto.....	Turbio.
Color.....	Amarillo pálido.
Sedimento.....	Nebuloso, abundante.
Cloruros.....	5.50
Urea.....	4.18
Fosfatos.....	0.16

*Orina durante el periodo de ejercicio.*

Cantidad.....	240 c. c.
Reacción.....	Neutra.
Densidad.....	1.204
Aspecto.....	Turbio.
Color.....	Amarillo pálido.
Sedimento.....	Nebuloso, poco abundante.
Cloruros.....	3.75
Urea.....	2.37
Fosfatos.....	0.25

De este resultado se deduce, según la teoría, el buen funcionamiento por lo menos de uno de los dos riñones.

Establecido, pues, el diagnóstico de una tuberculosis renal derecha con la integridad funcional del riñón izquierdo, aconsejámos la extirpación inmediata del riñón derecho y aceptada la nefrectomía por la enferma, practiqué en asocio del Dr. Miguel Canales esta operación el 19 de Mayo, haciendo una nefrotomía previa que me indicó la presencia de una caverna tuberculosa situada en la sustancia medular del riñón y al nivel del polo inferior, como podéis verlo en la pieza anatómica que tenéis presente y está marcada con el número 2. Confirmado plenamente mi diagnóstico por la lesión macroscópica y en un todo de acuerdo con los datos suministrados por el estudio clínico de la enfermedad, extirpé el riñón haciendo la hemostasis del pedículo con un clamp, resecano el uretere en una extensión de seis centímetros, termocauterizando su abertura libre y fijándola por un hilo de catgut á los músculos lumbares. Extirpé completamente la grasa perirrenal con el fin de evitar alguna posible inoculación del bacilo de Koch, y la operación se terminó sin accidente alguno, y fue ejecutada en veinte minutos.

Las consecuencias post-operatorias han sido completamente normales y tres semanas después la enferma pudo levantarse y desde el segundo día de operada los fenómenos de cistitis han ido desapareciendo hasta el punto que hoy las micciones se hacen cada tres ó cuatro horas y la orina tiene un aspecto limpio y no deja sedimento alguno.

### OBSERVACIÓN III

Eloísa Tobar de Matallana, natural de Chía, de treinta y cinco años de edad, casada.

*Antecedentes hereditarios*—No hay nada digno de mención.

*Antecedentes personales*—Pulmonía, disentería, fiebre tifoidea, gripa y viruela. Sus reglas aparecieron por primera vez á la edad de quince años; y han sido siempre dolorosas, poco abundantes é irregulares en su presentación. Ha tenido seis embarazos de los cuales cinco se terminaron con nacimientos á término y uno por un aborto.

*Enfermedad actual*—Hace unos quince años principió á sentir dolores localizados en la región lumbar izquierda: continuos, fuertes, que le aumentaban de intensidad por el ejercicio; cuando los dolores se hacían más intensos tenía polaquiuria y desde entonces principió la orina á enturbiarse y á dejar un sedimento blanco en el fondo del vaso. To-



dos estos fenómenos venían como por crisis: se presentaban con grandes intervalos de silencio, de bienestar, de tal manera que en una ocasión sus sufrimientos le dieron tregua para gozar de buena salud durante tres años. En estos últimos seis años, esas crisis dolorosas se han hecho más frecuentes, presentándose cada año ó cada seis meses; y desde hace unos seis meses sus sufrimientos se han hecho continuos con exacerbaciones que la hacen sufrir intensamente por espacio de veinticuatro á cuarenta y ocho horas. El dolor principia en la región lumbar izquierda, se extiende al rededor de la cintura y al miembro inferior izquierdo en toda su extensión. El elemento dolor en todas estas crisis es acompañado de escalofríos á veces fuertes y prolongados, á veces fugaces y repetidos, siendo siempre más frecuentes por la tarde; fiebre caprichosa en su presentación é intensidad: ya fuerte y continua durante tres días, ya ligera pero generalmente de carácter vespéral; en ocasiones diurna, ó con intermitencias más prolongadas, y terminada por una abundante diaforesis, revistiendo por estas razones el carácter de un acceso de fiebre urinosa. Todos estos fenómenos están acompañados de micciones frecuentes y dolorosas, con tenesmo vesical muy acentuado, disminución notable de la cantidad de orina, vómitos rebeldes, constipación, cefalalgia y ligeras convulsiones en los brazos y en las piernas. La enferma hace notar que desde los primeros meses de su enfermedad la orina principió á enturbiarse y que ha permanecido siempre turbia; y que ha presentado oscilaciones en su cantidad, haciéndose menos abundante y más fétida y turbia durante los accesos dolorosos; que tanto los escalofríos como la fiebre, los sudores, los dolores, las micciones y los vómitos, siguen en su presentación é intensidad una marcha paralela. En los períodos de calma, padece de zumbidos de oídos, vértigos, cefalalgias, enfriamiento de las extremidades, calambres, hormigueos en las manos y en los pies, sacudidas y ligeras convulsiones. La orina se hace más abundante, un poco menos fétida y las micciones se efectúan con menos frecuencia.

*Estado actual*— Vista esta enferma por primera vez en el consultorio, en el mes de Noviembre del año de 1909, me llamó la atención su mal estado general: muy enflaquecida, de un color amarillo terroso, los pómulos enrojecidos, la piel seca, los ojos hundidos en sus órbitas, todos estos signos revelaban un estado de profundo sufrimiento.

*Aparato digestivo*— Aliento fétido, lengua seca y saburral, anorexia y sed intensa acompañada de una constipación habitual, interrumpida por ataques de diarrea sangui-nolenta con tenesmo rectal y dolores abdominales.

El examen de sus aparatos respiratorios y circulatorios y de los sistemas nervioso y ganglionar, no reveló nada digno de mención.

*Aparato genital*—Presenta todos los signos subjetivos y objetivos de un embarazo en el sexto mes de su evolución.

*Aparato urinario*—La orina sumamente turbia, fétida, se separa en el vaso en dos capas de las cuales la inferior está formada por un sedimento espeso y muy abundante y la superior bastante turbia sin lograr aclararla por un reposo prolongado. Se queja de micciones frecuentes y dolorosas, tanto en la noche como en el día. La palpación bimanual de la vejiga no fue dolorosa en ninguno de sus puntos, como tampoco al nivel de los ureteres. Capacidad vesical, 250 c. c. Por la palpación renal, el riñón derecho se tocaba grande y un poco sensible, mientras que el izquierdo ni era doloroso á la palpación ni se podía apreciar por la manobra del baloteo renal.

Por el aspecto de la orina, por los fenómenos de cistitis acusados por la enferma, por la integridad de la vejiga revelada por la buena capacidad vesical, por los signos dolorosos y el aumento de volumen del riñón derecho, por la forma de las crisis dolorosas y febriles, descritas más arriba, y por el estado de denutrición y adinamia profundas, sospeché la existencia de una infección renal con fenómenos de retención, que podía ser ocasionada por el bacilo de Koch. Pero teniendo en cuenta el avanzado estado de gestación en que se hallaba, estimé prudente esperar la terminación de su embarazo, para hacer las exploraciones que debían guiarme á un diagnóstico seguro de la afección.

Verificado normalmente el parto á fines del mes de Enero, se procedió á practicar el análisis de la orina de las veinticuatro horas, el día 11 de Marzo, en el laboratorio del Dr. Federico Lleras. El resultado fue:

*Caracteres generales.*

Cantidad en 24 horas.....	No hay datos.
Aspecto.....	Turbio.
Color.....	Amarillo pálido.
Olor.....	Amoniaca.
Consistencia.....	Siroposa, filante.
Sedimento.....	Nebuloso, abundante.
Reacción.....	Francamente alcalina.
Densidad.....	1.022.

*Elementos normales.*

Urea.....	13.30
Acido úrico.....	0.40
Fosfatos.....	1.90
Cloruros.....	6.40

*Elementos anormales.*

Albúmina.....	Huellas.
Glucosa.....	No hay.
Pigmentos biliares.....	No hay.
Urobilina.....	No hay.
Indicán.....	No hay.
Pus.....	Sí hay abundante.
Sangre.....	No hay.

*Examen microscópico.*

Células vesicales, glóbulos blancos, cristales de fosfato-amoniaco-magnésiano.

*Examen bacteriológico.*

Estreptococos y bacilos banales. No pudo determinarse el bacilo de Koch.

Practicada la separación de orinas con el separador endo-vesical de Luys, el día 15 de Abril, dio el siguiente resultado en un lapso de tiempo de una hora:

## RIÑÓN DERECHO

Cantidad.....	90 c. cs.
Aspecto.....	Transparente.
Color.....	Amarillo pálido.
Olor.....	Sui-géneris.
Sedimento.....	Nebuloso, escaso.
Densidad.....	1,012

*Elementos normales y anormales.*

Urea.....	11.40
Acido úrico.....	0.25
Acido fosfórico.....	0.60
Cloruros.....	3.12
Albúmina.....	1
Pus.....	Sí hay poco.

*Examen microscópico.*

Orina centrifugada: Glóbulos rojos abundantes, glóbulos de pus poco abundantes, cilindros hialinos y abundantes células vesicales.

*Examen bacteriológico.*

Estreptococos, bacterias banales abundantes. No pudo determinarse el bacilo de Koch.

## RIÑÓN IZQUIERDO

Cantidad en el mismo lapso de tiempo.....	}	12 c. cs.
Aspecto.....		
Color.....		Turbio.
Olor.....		Amarillo pálido.
Sedimento.....		Fétido, de maceración.
Reacción.....		Nebuloso y abundante.
		Alcalina.

*Elementos normales y anormales.*

Urea.....	5.70	}	No pudo dosarse, pero más abundante que la del riñón izquierdo.
Cloruros.....	8		
Albúmina.....			Abundantísima.
Pus.....			

*Examen microscópico.*

Glóbulos de pus en cantidad muy considerable, glóbulos rojos, células vesicales y células al parecer renales.

*Examen bacteriológico.*

Numerosas bacterias y estreptococos. No pudo determinarse el bacilo de Koch.

## EXAMEN DE LA PERMEABILIDAD RENAL POR EL AZUL DE METILENO

El 11 de Junio se le puso una inyección intramuscular de un centímetro cúbico de la solución al 1 por 20 de azul de metileno, después de haberle extraído la orina inmediatamente antes; se le dieron las prescripciones del caso para que recogiera la orina á horas determinadas y la colocara en frascos previamente rotulados.

Apreciando el tiempo en que apareció por primera vez la coloración verdosa de la orina, la hora á que apareció el máximo de intensidad de esta coloración, sus modificaciones sucesivas, la presencia de los cromógenos de eliminación y de fermentación, el tiempo que ese tinte verdoso persistió, podemos deducir, según los principios establecidos por la teoría, que la permeabilidad renal es más ó menos suficiente.

Teniendo por el estudio de esta observación la convicción de que el riñón izquierdo está gravemente lesionado bajo el punto de vista funcional; que dicha lesión, según los datos suministrados por la clínica, es probablemente de naturaleza tuberculosa; y que el riñón derecho posee una eliminación suficiente bajo el punto de vista de la defensa del organismo, no vacilé en aconsejar la nefrectomía como único tratamiento racional y curativo en este caso. Aceptada la operación, la practiqué el 17 de Junio en la Casa de salud denominada *El Campito*, y extraje el riñón que tenéis á la vista, marcado con el número 3, y que presenta la particularidad de ser muy pequeño, y de contener una caverna en la sustancia medular que se encontró llena de un pus caseoso y en el cual tampoco se pudo determinar el bacilo de Koch. La sustancia cortical presenta un aspecto arrugado y la cápsula le adhiere íntimamente y en el corte parecen observarse algunas pequeñísimas granulaciones. La grasa perirrenal era muy poco abundante y estaba muy adherida al tejido propio del riñón, de tal manera que la enucleación de este órgano se hizo muy laboriosa. El bacinete enormemente dilatado se continuaba con un uretere de paredes muy espesas y de una luz muy estrecha, lo que explica claramente el síntoma dolor bajo la forma de cólicos intermitentes que dominaban la escena clínica de la enfermedad.

Como la existencia del bacilo de Koch no pudo demostrarse en este caso ni en el pus de la orina ni en el *frotis* de la caverna, supliqué á mi amigo el Dr. Llerás que me hiciera unos cortes microscópicos con el fin de ver si las lesiones reveladas por ellos estaban de acuerdo con las lesiones francamente tuberculosas reveladas por la anatomía patológica macroscópica y por los datos suministrados por la química. El resultado del estudio microscópico corresponde á una lesión de origen probablemente tuberculoso.

## CONCLUSIONES GENERALES

1.ª Entre las tuberculosis viscerales, ocupa un lugar preferente la tuberculosis renal, por la gravedad de la lesión que abandonada á sí misma produce rápidamente accidentes de insuficiencia renal y más tarde la muerte del individuo.

2.ª La existencia del bacilo de Koch en la orina, debe despertar la idea de una tuberculosis renal, hasta prueba de lo contrario.

3.ª Toda tuberculosis renal es generalmente de origen hematógeno, y en su principio, siempre unilateral.

4.ª La unilateralidad de la lesión debe comprobarse tan pronto como se haya hecho el diagnóstico de ella, con el fin de obtener un dato seguro del estado funcional del riñón supuesto sano, dato que sólo puede suministrarlo la separación de orinas y el cateterismo de los ureteres.

5.ª El único tratamiento racional y por consiguiente el que ofrece la garantía de la curación es la extirpación del riñón enfermo; y

6.ª La nefrectomía debe ser practicada inmediatamente que se hayan adquirido los datos de la buena permeabilidad del riñón supuesto sano, extirpando al mismo tiempo la grasa perirrenal y la mayor extensión del uretere posible.



## Necrologías

---

### Dr. Cayetano Lombana

No fue estéril la vida secular (que tal puede calificársela, puesto que alcanzó á la avanzada edad de noventa y seis años, según entendemos) del venerable anciano y médico distinguido que llevó este nombre y cuya muerte,—lamentada justamente por varios órganos de la prensa cotidiana,—tuvo lugar en Ambalema el 29 de Julio último.

Fue al contrario, fecunda en bien para sus semejantes, que le hallaron siempre presto á darles el auxilio de sus conocimientos y de su probada experiencia.

Inoficioso sería ahora entrar en una minuciosa consideración de la vida del Dr. Lombana, lo que estará muy bien en una biografía suya que esperamos se haga para honrar

dignamente su memoria y para ejemplo de las nuevas generaciones de médicos á quienes serviría de estímulo su incansable laboriosidad, y para todo hijo de Colombia como buen ciudadano que fue, con generoso interés empeñado constantemente en el progreso del país. Ni podía ser de otro modo en quien si no había participado de las escenas que siguieron de cerca á 1810, escuchó su relación elocuente de labios de muchos actores de ese drama de gloria, de honor, de patriotismo inmortal. Al calor de esos sentimientos, del recuerdo de tantos ánimos esforzados, aprendió á amar la república, la verdadera república, única fuente de equidad y de paz para esta América infortunada, que aún no ha soltado de sus feroces garras el despotismo, la usurpación no saciable y la audaz impostura. Reliquia de aquella juventud de 1830 que hizo frente, decidida, á los primeros amagos de estas funestas reacciones que han continuado haciendo del Nuevo Mundo un campo de martirio hasta hoy ¡cuánto no habrá sido su dolor al contemplar todavía semejante espectáculo al exhalar su último aliento!

Era el Dr. Lombana de la generación á que pertenecieron Vargas Reyes, cuya reputación inspira sano entusiasmo científico á toda joven inteligencia que se dedica al arte de curar; Andrés Pardo, Bernardo Espinosa, Manrique, Grau, Vicente Lombana, Royo y Uribe Angel, nombres que resplandecen con brillo inagotable en el horizonte del progreso nacional.

De largos años atrás había fijado el Dr. Lombana su residencia en esa misma ciudad de Ambalema donde ha fallecido, y allí y en toda la comarca vecina fue estimado altamente de las gentes que fiaban en su pericia médica la curación de las dolencias que las aquejaban. Tierra esa esencialmente palúdica, las enfermedades peculiares de esta condición climática son en ella endémicas, y no escasas veces epidémicas hasta la desolación que consterna á los pueblos. A remediar estos males contrajo su atención el Dr. Lombana, puso á prueba su entereza de ánimo y en ejercicio feliz la habilidad que una práctica ilustrada le hizo adquirir, y vino á ser, como pocos, entendido y diestro en el tratamiento de esta clase de perturbaciones orgánicas. Fue de maravillar que ya anciano y ciego, en 1881, cuando la fiebre amarilla arropó con su manto de muerte las antes alegres tierras del Alto Magdalena, de Honda á La Plata, que en esa época aciaga se hiciese trasladar á Neiva para auxiliar con el fruto de su sabiduría á sus afligidos moradores, ¡Cuán grande no sería la satisfacción de aquel generoso anciano hallando que no había sido en vano su esfuerzo!

Como Hipócrates, el padre de la Medicina, prefirió á todo, los peligros acudiendo á su patria diezmada de una epidemia, para prodigarle, abnegado, el auxilio de su saber; así el Dr. Lombana sólo escuchó la voz de su afecto por Neiva que le había visto nacer, por Neiva que había sido escenario de sus impresiones infantiles, de los encantados sueños de su adolescencia, y que guardaba el recuerdo de seres que le habían sido queridos, para acudir en su ayuda á la hora del duelo y de la consternación. Es así como se cumple con el deber de buen ciudadano, de médico honorable, de amor por sus semejantes.

Debemos también recordar otro episodio glorioso de la vida del Dr. Lombana. En época remota, al empezar su carrera, le tocó asistir á la epidemia de cólera asiático que devastó á la entonces floreciente ciudad de Santamarta. Vió-sele luchar allí contra el flagelo, y aunque sus colegas cayeron víctimas del cólera, continuó con valerosa abnegación prestando sus servicios, lo que le valió el justo renombre á que desde entonces se hizo acreedor.

Sea esa abnegación fecunda lección para la juventud de su patria y de la América misma, y motivo de modesta satisfacción para la numerosa familia de que hacía parte, tan extensamente relacionada en el país. Rogamos á su venerable viuda, la distinguida Sra. D.<sup>a</sup> Rosa Barreneche de Lombana, que acepte la expresión de pena que experimentamos con su infortunio; lo mismo que á su hijo el Dr. José María Lombana Barreneche, nuestro eximio colega y amigo muy distinguido.

---

### Juan N. Fernández

La Sociedad de Farmaceutas de esta capital ha tenido también que lamentar, como el Colegio de Médicos, sensibles desgracias: tál ha sido la muerte del Sr. Fernández, uno de sus miembros fundadores y activo y entendido colaborador, acaecida á principios del presente mes de Agosto.

La íntima relación de la Medicina y de la Farmacia forma entre los que ejercen las dos profesiones un lazo de simpatías y sentimientos de fraternidad, que interesa á la una en todo acontecimiento que afecte á la otra. Por eso consagramos aquí un recuerdo al Sr. Fernández, modelo de consagración al trabajo, á sus deberes domésticos, y que ganaba siempre por su trato cordial el aprecio de las personas que solicitaban sus servicios.

Reciban su afligida esposa é hijos y demás miembros



de la familia, el tributo del pesar sincero que nos causa su desgracia; y la Sociedad de Farmaceutas, sus compañeros y amigos que no pueden olvidarlo, crea que nos asociamos en su duelo.

---

### Rufino José Cuervo

¿Qué colombiano de mediana cultura no ha estado familiarizado con este nombre, desde ahora cincuenta años y desde los bancos de la escuela, como lo ha estado con el de Bello, con el de Lino de Pombo, el de Caldas, y con los de otros ingenios ilustres que se han ocupado en aumentar la cultura intelectual de este país, y no sólo de él, sino también de la América toda? La juventud presente y los que ya declinan en la senda de la vida, todos, unos y otros, han aprendido en las obras de diversos géneros que dio á luz este insigne hablista, doctrinas que serán mucho tiempo norma de nuestra lengua; que han pulido su uso hasta en labios del vulgo mismo, sensible también al deseo del lucimiento. Y ese fruto, que á todos es notorio, ha resultado de la más acendrada labor de un hombre que desde su temprana juventud tuvo á empeño realizarla; ese hombre fue RUFINO JOSÉ CUERVO.

No es, sin embargo, lo único que admira de él su paciente aplicación, ni su constancia, ni su olvido de los goces de la vida social, de que no era desdeñoso, sino aquella flexibilidad que dio á su inteligencia para aunar como término final de sus observaciones los principios filosóficos más profundos, las más finas abstracciones, con la regla sencilla, el precepto claro, y, en fin, con el ejemplo oportuno y atinado, accesible á todas las capacidades. Estos rasgos son característicos y los más salientes de los trabajos didácticos del Sr. Cuervo, cuya consideración no pretendemos profundizar aquí. A pesar nuestro tampoco podemos tomar en cuenta sus condiciones de historiador que ejercitó también en homenaje á la memoria de su padre, que llevó el propio nombre que él y le dio lustre también como hombre de letras eximio y estadista eminente, influyendo en los destinos del país durante la primer mitad del siglo XIX. Esa obra, diremos de paso, sin embargo, además de su valor puramente literario, tiene otro no menos importante: pone ante nuestros ojos escenas interesantísimas del drama de nuestra agitada vida nacional en sus primeros años, y retrata á más de un personaje descollante, á más de un actor en aquel drama. Pero sería largo tomar en consideración detenida este asun-

to, y no compete precisamente á nuestro propósito: baste, pues, lo dicho.

El punto de vista desde el cual esta *Revista*, por su especialísimo carácter, quiere contemplar la vida del preclaro varón de quien venimos ocupándonos, es otro, es su alteza de miras como benefactor, como filántropo, acto póstumo que es el monumento que mejor honra su memoria, monumento que el tiempo destructor no quebrantará fácilmente, y que será rótulo grabado, no en deleznable mármol, sino en el corazón grato de cada favorecido, y en todo ánimo generoso, sensible por lo mismo á cada nuevo esfuerzo que apriete los lazos del humano linaje. El acto á que aludimos es la donación testamentaria que distribuye la cuantiosa fortuna del Sr. Cuervo en diversas porciones, destinadas al alivio de infortunios en que por desgracia no paramos atención los más. Sabemos que una de ellas se encamina al servicio, tan deficiente en estos momentos, del Hospital de San Juan de Dios de esta capital; otra, á mandas benéficas (¡Dios lo quiera, y la vigilancia pública lo haga efectivo! que no acaezca lo que en lo antiguo acaecía, que el rendimiento de ese género de mandas, tan dignas de ser cumplidas y tan necesarias, corría fuera de su verdadero cauce, como lo dice el historiador Plaza, apoyado en relaciones de mando de Virreyes y otras autoridades coloniales, para ir á perderse en usos sólo convenientes á corporaciones ó á individuos que lo manejaban, sin ser, como importaba, invigilado reservadamente por su verdadero dueño, el vecindario del distrito). Una tercera, y no citaremos más, porque en ella culmina con todo esplendor la bien meditada determinación del donante, va no sólo á regocijar un hogar quizá, sino á promover en los obreros para quienes se destina, honorable estímulo en perfeccionar su arte, y á premiar su labor silenciosa, pero fecunda, y no estimada en todo su valor por los mismos que de él derivan provecho pecuniario, ó nombradía, ó satisfacción de llevar á otras inteligencias sus ideas, á otros corazones sus sentimientos. Esto, en que muestra la experiencia que nadie se detiene á pensar, debió de impresionar la sensible naturaleza del Sr. Cuervo; á él, que no desaprovechaba ocasión de ejercitar la beneficencia, debió de inclinarlo á un acto saludable, al olvidado tipógrafo, al discípulo de Guttenberg, al auxiliar del pensador que encomienda al impreso la idea, esa idea, ese *quid divinum* del universo, que aplicado será hecho y origen de nuevas ideas progresivas, fuerza esencial y única de la especie humana.

¡Cuántas veces no reflexionaría el inolvidable Sr. Cuervo en el contraste de la situación del tipógrafo y la del em-

presario que lo ocupa y la del autor que puede hacer valer el fruto de su propio trabajo, y librarse de la avidez del segundo ó de la tiranía del librero! Mucho debía de padecer sin duda su corazón humanitario contemplando la triste realidad de esta situación, débil línea apenas en el perfil espantoso de la general de nuestros obreros, abatidos todavía como en el estado colonial, vejados y desdeñados á cada paso, perfectamente aislados é indefensos. ¡Cuántas veces no hubiera querido disponer de una fortuna bastante para remediar esa desgracia, ese *vicio social* en que, ó no han querido sus compatriotas poner los ojos, ó, de haberlos puesto, sólo lo han mirado para encogerse de hombros, con la resignación egoísta de la indiferencia! No es arbitrario este modo de apreciar los sentimientos íntimos del Sr. Cuervo: confórmase con la práctica de toda su vida, se ajusta á sus finales disposiciones, y, en fin, lo confirma lo que el Sr. Nieto Caballero, uno de sus panegiristas, acaba de publicar: él dice que uno de sus últimos generosos pensamientos fue insinuar á cierto amigo suyo de este país la fundación de una sociedad para remediar vicios sociales. Magnánima concepción que no pudo ver iniciada siquiera, pero que realizarán las gentes que aún no se han encogido de hombros al ver lo que padece la sociedad colombiana por su propio abandono, los que no están resueltos á descuidar los intereses públicos yéndose á engrosar las estériles cofradías, y con sus bienes y su inteligencia á labrar, como los españoles del siglo XVI y sus descendientes del siglo XVII, la cadena de miserias y de oprobios que ha comenzado á torturar ya á Colombia, á depravar sus costumbres, á entregarla al menosprecio de los demás pueblos.

El acto de filantropía que venimos encomiando no debe tener el limitado tributo de gratitud del gremio de tipógrafos, á quienes se consagran particularmente sus beneficios; la comunidad de obreros ha de comprender el aprecio que él entraña para todos ellos, el efecto que está destinado á producir en la futura dirección del sentimiento público. ¡Lado sea, pues, por sus labios, el nombre ilustre y puro de RUFINO J. CUERVO, que en sus faenas materiales aprendió no á desdeñarlos, sino á mirar con fraternal piedad sus penalidades! Que trasmitan á sus hijos ese honorable sentimiento que los enaltece, y que en el corazón de cada uno de ellos tenga su memoria un templo indestructible, digno de sus virtudes.

J. OLAYA LAVERDE



## BIBLIOGRAFIA

**Tratado Internacional de Psicología patológica**

Redactor, Dr. A. Marie, con la colaboración de los Profesores Bechterew, de San Petersburgo; Clouston, de Edimburgo; Déjerine, de París; Grasset, de Montpellier; Lugaro, de Módena; Magnan, de París; Pilcz, de Viena; Raymond, de París, y Ziehen, de Berlín. Tomo 2.º, Psicopatología Clínica—1 volumen in—8, de xxiii—1,000 páginas, con 341 grabados en el texto. Precio, 25 Fr.—Paris—Librería Félix Alcan.

Esta importante obra, que no vacilamos en recomendar á todos los médicos de Colombia, es sin duda la mejor que nos ofrece la literatura médica moderna en lo relacionado con la Patología mental, cuyo estudio será cada día más necesario. Como obra de consulta, no sólo para los especialistas, sino también para los que no se hayan dedicado preferentemente á estos estudios, nada más apropiado que este interesante libro, en que colaboran los más eminentes neuropatologistas de Europa.

El primer volumen de esta obra, eminentemente práctica, se consagró íntegramente á la Psicopatología general; el segundo, que acaba de imprimirse, á la Psicopatología Clínica; el tercero y último de la obra, comprenderá el estudio de la Mentalidad mórbida desde el punto de vista de la psicopatología, de la terapéutica mental y de la asistencia comparada.

El segundo volumen, que hemos leído y al que nos referimos hoy, principia por un estudio magistral del nunca bien lamentado Profesor Raymond sobre las neurosis y las psiconeurosis, completado con el trabajo del Profesor Bechterew, relativo al estado psicopático en las afecciones orgánicas nerviosas y cerebrales. Sobre las parálisis generales hay un importante capítulo debido á la pluma de los Dres. Marie y Lhermitte.

Después de haber consagrado el Dr. Marie varios capítulos á la exposición descriptiva, muy metódica, de las manifestaciones debidas á alteraciones somáticas bien definidas y establecidas, coloca en la obra, al lado de las perturbaciones mentales de origen tónico ó infeccioso, los estados cíclicos y confusionales (confusión mental), por los Dres. Pilcz, Bagenoff, Regis, Hesnard, Marie y Riche; y de las manifestaciones delirantes degenerativas, fugaces ó crónicamente degenerativas, por los Dres. Magnan, Serieux y Capgras. Termina este volumen con capítulos referentes á las demencias, paráliticas ó no—comprendiendo la demencia precoz—y las detenciones en el desarrollo del encéfalo, con sus manifesta-

ciones clínicas y psicopáticas. Estos capítulos son debidos á los Profesores Zihen, Pick (de Praga), Sollier, Rubinowich, Colin, Bourilhet, Deny y Lhermitte.

Por esta rápida enumeración del contenido de este volumen se puede juzgar de la grande importancia de la obra que presentamos hoy á nuestros lectores y que les prestará grandes servicios facilitándoles el estudio de asuntos de la mayor trascendencia.

### Sesiones científicas del Centenario—Trabajos presentados en esas sesiones

Bogotá—Imprenta Nacional—1911

Ha salido el primer volumen, de 380 páginas, que contiene los estudios correspondientes á las cuatro primeras secciones en que se dividieron los trabajos que se presentaron á este que podremos llamar Congreso Médico, reunido por iniciativa de la Academia Nacional de Medicina el 26 de Julio de 1910, para contribuir así á las solemnidades con que se festejó en la capital el primer Centenario de nuestra Independencia.

El libro viene ilustrado con varios fotograbados y planchas en colores y está impreso con esmero y corrección.

Contiene las actas de las sesiones y las discusiones á que en éstas dieron lugar los diversos trabajos presentados y las conclusiones científicas que propusieron los Profesores que concurren á esas sesiones; y como segunda parte, los trabajos *in extenso*, á todos los cuales llamamos la atención por su importancia, pues todos ellos se refieren á asuntos del mayor interés para Colombia y en general para la medicina tropical y la higiene del país.

Está en prensa el segundo volumen, que será tan interesante como el primero; conocemos la mayor parte de esos estudios y así no nos engañamos en juzgarlo tan importante é instructivo como el primero.

Esta obra hace honor á la literatura médica del país y es una muestra del éxito que tendrá el próximo Congreso de Medicina de Colombia, al cual se presentarán sin duda estudios quizá más importantes y útiles que los que tuvimos ocasión de ver en una reunión científica que se llevó á cabo en pocos días y sin tiempo siquiera para aprovechar el concurso de todo el Cuerpo médico de Colombia, lo cual no sucederá respecto al próximo Congreso Médico.

**YA LLEGARON**  
**LAS**  
**Píldoras Colombianas**

Reconocidas en todo el país y en el exterior desde hace más de 25 años

**COMO LA MEJOR PREPARACION**

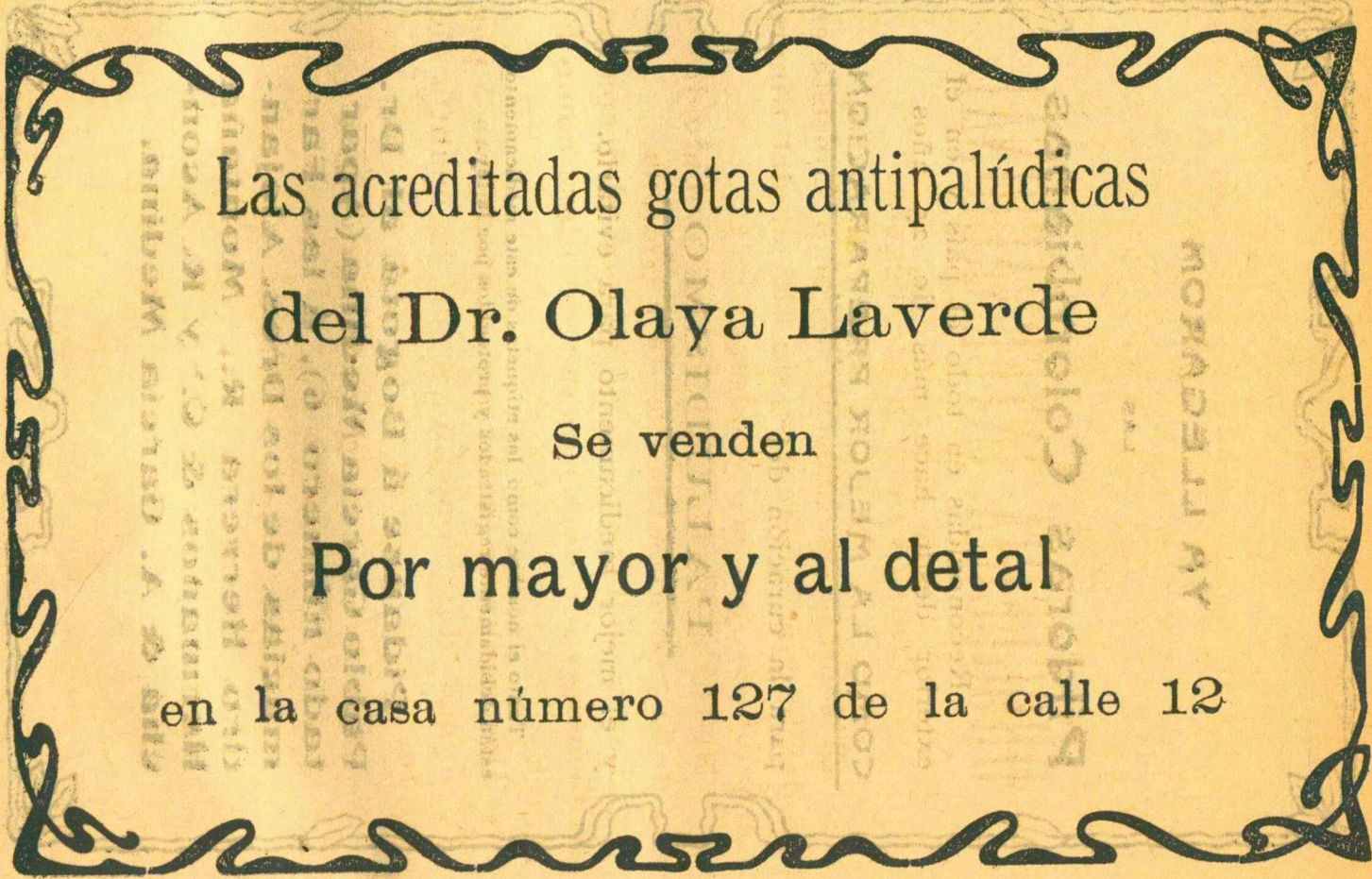
para la curación del

**PALUDISMO**

y el mejor medicamento para evitarlo.

Tanto el nombre como las etiquetas de este medicamento están debidamente registrados y protegidos por la ley.

**Pídanse á Bogotá al Dr. Pablo García Medina (Apartado número 6), á las Farmacias de los Dres. Alejandro Herrera R., Montaña Hermanos & C.<sup>a</sup> y R. Aconcha & A. García Medina.**

A decorative border with a repeating, stylized floral or scrollwork pattern, rendered in a dark ink or color, framing the central text.

Las acreditadas gotas antipalúdicas  
del Dr. Olaya Laverde

Se venden

Por mayor y al detal

en la casa número 127 de la calle 12

# DROGUERIA INTERNACIONAL

Primera Calle Real—Bogotá

El secreto de nuestro negocio consiste en vender buenos productos sin abusar del dinero del público: por eso vendemos más.

Nuestros Farmacéuticos han recibido diploma de la Sociedad Central de Farmacia.

Las medicinas que usamos para el despacho de fórmulas son de Casas tan genuinas como E. Merck.

Despachamos facturas al contado con 5 por 100 ó más de descuento, según la cuantía del pedido.

Serrano & C.<sup>a</sup>



# FARMACIA Y DROGUERIA

DEL DOCTOR

**Andrés Bermúdez**

CALLE 12, NUMERO 178, ANTIGUA LIBRERIA COLOMBIANA

---

Ha puesto especial esmero en que sus drogas, medicinas patentadas y demás artículos de su especialidad sean de calidad intachable.

El establecimiento se complace en ofrecer al Cuerpo Médico grande interés en el correcto despacho de las fórmulas, y atender muy debidamente las fórmulas difíciles que requieren técnica y cuidado especiales.

---

---

## Farmacia y Droguería

del Doctor

**Luis Cuervo Márquez**

309, 311, calle 12—Bogotá

---

Tiene un surtido permanentemente renovado de drogas y medicinas importadas de las mejores Casas y Laboratorios europeos y americanos.

La mejor calidad. El precio más bajo.

El empaque más cuidadoso.

Apartado 423—Telégrafo, CUMAR