



Revista Médica

de Bogotá

Organo de la Academia Nacional de Medicina

PUBLICACION MENSUAL

REDACTORES:

DOCTOR ROBERTO FRANCO F.

Miembro de número de la Academia Nacional de Medicina. Profesor de Clínica de Enfermedades Tropicales de la Facultad de Medicina de Bogotá. Ex-Presidente de la Junta Central de Higiene. Miembro del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina.

DOCTOR MARTÍN CAMACHO

Miembro de número de la Academia Nacional de Medicina. Ex-Director del Laboratorio Bacteriológico *Santiago Samper*, de la Facultad de Medicina. Profesor de Patología especial y antiguo Rector de la Facultad Dental de Bogotá. Médico Jefe del Ejército de Colombia.

DOCTOR RAFAEL UCRÓS

Miembro de número de la Academia Nacional de Medicina. Profesor de Clínica ginecológica de la Facultad de Medicina de Bogotá. Ex-Profesor de Clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de Bogotá. Cirujano honorario del Hospital de La Misericordia.

DOCTOR PABLO GARCÍA MEDINA

Presidente del Consejo Superior de Sanidad. Miembro de número y ex-Presidente de la Academia Nacional de Medicina. Profesor de Fisiología de la Facultad de Medicina de Bogotá. Secretario perpetuo de la Academia Nacional de Medicina.

BOGOTA

IMPRENTA NACIONAL

1914

CONTENIDO

	Págs.
Convocación del tercer Congreso Médico de Colombia.....	97
TRABAJOS ORIGINALES—Estadística de las afecciones tratadas en el Asilo de Locas de Bogotá durante el año de 1913, por el doctor Antonino Gómez Calvo.....	104
Tratamiento de la disenteria amibiana por inyecciones hipodérmicas de clorhidrato de emetina, por el doctor Julio Zuloaga (de Salamina).....	106
Informe sobre el trabajo del señor doctor Jesús María Pulecio, titulado <i>Observaciones sobre rabia</i> , presentado a la Academia Nacional de Medicina por el doctor Julio Manrique.....	122
El 606 y el 914 en Chiquinquirá, por el doctor Jorge D. Rueda.....	125
Informe relativo al trabajo del doctor Jorge D. Rueda.....	136
Consejo Superior de Sanidad.....	140
La cafeína, traducido y extractado por el doctor Manuel Rueda Acosta.....	144
Sociedad Terapéutica de París, tratamiento del bocio exoftálmico por la quinina a dosis elevadas, por el doctor R. Gaultier.....	150
VARIEDADES. Enfermedades de las mujeres.....	153
Desigualdad pupilar y afecciones pleuropulmonares.....	154
La locura de don Quijote, por el doctor J. Durand.....	156
NOTAS.....	160

La correspondencia y los canjes deben dirigirse así: *Revista Médica*—Bogotá—Colombia—Apartado número 6.
 Los anunciadores europeos se dirigirán al doctor *P. García Medina*, Bogotá—Apartado número 6.

Adresse pour la correspondance et les échanges: *Revista Médica*—Bogotá—Colombia—Apartado número 6.
 Les annonceurs européens sont priés de vouloir bien s'adresser au docteur *P. García Medina*, Bogotá—Apartado número 6.



Valor de la suscripción de una serie de 12 números, \$ 1-50 oro.
 Dirección telegráfica: **ACADEMIA**

REVISTA MEDICA DE BOGOTA

Organo de la Academia Nacional de Medicina

REDACTORES

Doctor Roberto Franco F.
Doctor Martín Camacho.

Doctor Rafael Ucrós.
Doctor Pablo García Medina.

Convocación

del Tercer Congreso Médico de Colombia

La Junta que el Segundo Congreso Médico y la Academia Nacional de Medicina nombraron para organizar el Tercer Congreso Médico Nacional, ha dirigido a los médicos, naturalistas, veterinarios, ingenieros, sanitarios y dentistas del país, la siguiente circular por medio de la cual los convoca a este Congreso y les pide el contingente de sus trabajos científicos. Es de esperarse que en vista del buen éxito que se obtuvo en el Segundo Congreso reunido en Medellín, cuyos trabajos están ya publicados, se corresponda a esta invitación oportunamente y con entusiasmo.

Pocos fueron, relativamente, los médicos que se inscribieron para tomar parte en el Congreso Médico de 1913, pero aun así el éxito que se obtuvo es honroso para las letras y las ciencias en Colombia. Ojalá que en esta ocasión nuestros colegas, alentados por el ejemplo que han recibido, acojan con más interés la circular de la Junta organizadora del Tercer Congreso, y se apresuren a elaborar trabajos científicos para concurrir así a dar ma-

yor brillo a esta Asamblea científica que se reunirá en Cartagena la Heroica, en la época en que se cumple un siglo desde que tuvo lugar la histórica resistencia al sitio de 1815.

Hé aquí la circular:

Bogotá, marzo 10 de 1914

Señor doctor....

El Segundo Congreso Médico Colombiano, reunido en Medellín en enero de 1913, nos hizo el honor de designarnos para formar la Junta organizadora del Tercer Congreso Médico Nacional.

En este carácter, nos es altamente honroso dirigirnos a usted para excitarlo a que con su presencia y con su colaboración científica contribuya a la realización de este importante designio.

No tenemos para qué hacer resaltar ante el ilustrado criterio de usted la necesidad de proseguir la labor iniciada por los dos primeros Congresos Médicos Nacionales. Merced a ellos el país empieza a conocer y a apreciar sus inmensas riquezas naturales de los tres reinos y los recursos que de ellos puede derivar para el tratamiento de las enfermedades y también para el fomento de nuestros ramos de industria y de comercio. El cambio de ideas entre los profesionales de las diferentes localidades ha contribuído al mejor conocimiento de las enfermedades de cada zona; a propósito de varias de ellas se han producido estudios originales y profundos que no sólo honran la ciencia nacional, sino que son un positivo contingente de nuestra Patria en el movimiento científico universal. El grave problema de las enfermedades infectocontagiosas que

afligen a varias de nuestras comarcas ha sido en dichos Congresos el objeto de seria consideración, fecunda en conclusiones de orden profiláctico que exigen ser llevadas adelante e inspirarse en los datos cada día más numerosos que la investigación descubre. En la higienización de sus puertos y de las ciudades más importantes también se han hecho esfuerzos entre nosotros por seguir las corrientes de la ciencia moderna; y en la lucha contra los incontables enemigos naturales de la labor humana, en las regiones cálidas y montañosas, Colombia debe trabajar de consuno con los otros pueblos situados bajo el trópico, para eliminar el viejo prejuicio que ha tenido a la zona tórrida como inhabitable para las razas superiores. En una palabra: en cada ramo de las Ciencias Naturales, de la Medicina, de la Cirugía, de la Higiene, de la Odontología, de la Zootecnia, de la Ingeniería sanitaria, el país se ha puesto en marcha, y la obra hasta hoy consumada traza apenas los grandes lineamientos de la ciencia nacional, que deben ser precisados y ensanchados de día en día.

Tal es el fin para el cual pedimos a usted su importante cooperación.

En el programa que oportunamente le remitiremos hallará usted vasto campo de investigaciones, las que, por lo demás, podrán orientarse por todas aquellas vías que no hayan sido previstas por nosotros.

Contribuye a dar prestigio y atractivo a este Tercer Congreso Médico el haberse designado para su reunión la histórica y gentil Cartagena, y el celebrarse el 11 de noviembre del ²⁹ año de 1915, fecha clásica de la Ciudad Heroica, lo que hará de él a la

vez un acontecimiento científico y una solemnidad patriótica.

Somos de usted atentos, seguros servidores y compatriotas,

El Presidente, CARLOS CUERVO MÁRQUEZ—El Vicepresidente, POMPILIO MARTÍNEZ—El Secretario, *Luis Zea Uribe*—El Tesorero, *Federico Lleras A.*—Los Vocales, *Miguel Jiménez López, José María Montoya, Delfín Restrepo, Cristóbal Bernal.*

COMISIONES DEPARTAMENTALES DEL TERCER
CONGRESO MÉDICO

Antioquia.

Presidente de la Academia de Medicina, Tomás Quevedo Alvarez; Juan B. Montoya y Flórez, Lisandro Posada Berrío, Alejandro López, Fernando Restrepo, Andrés Posada Arango.

Atlántico.

Presidente de la Academia de Medicina, Nicanor G. Insignares; Miguel Arango, Julio A. Vengoechea, Antenor Moreno, Ingeniero doctor Villa.

Bolívar.

Presidente de la Sociedad de Medicina, Rafael Calvo; Manuel F. Obregón, Manuel H. Pájaro, Constantino Pareja, Ingeniero Municipal de Cartagena.

Boyacá.

Apolinar Cárdenas, Pedro José Acebedo, Manuel R. Vásquez, Jacinto Caicedo, José Gregorio Flórez.

Caldas.

José Tomás Henao, Emilio Robledo, Gonzalo Hoyos, Angel M. Duque, Ingeniero Oficial.

Cauca.

Alfredo Garcés, Juan N. Wills, Domingo Arboleda, Luis D. Velasco.

Cundinamarca.

Rafael Ucrós, Luis Cuervo Márquez, Ricardo Lleras C., Sebastián Carrasquilla, Felipe Zapata, Francisco Montoya

Huila.

Luis L. Cabrera, Anselmo Gaitán, Pedro P. Anzola, Eduardo Trujillo.

Magdalena.

Luis Salcedo, Manuel Cotes, Miguel Valencia, Lázaro Espejo.

Nariño.

José María Bucheli, Buenaventura Paz, Fortunato Pereira Gamba, Julio Moncayo, Ulpiano Hincastro, Enrique Puertas.

Norte de Santander.

José María Forero Cote, Miguel Villa Mora, Juan Moreno Díaz, Víctor Julio Cote, Alberto Camilo Suárez, J. Ordóñez Sanjuán.

Santander.

David Mc. Kormic, Alejandro Peña Solano, Enrique Sánchez, Víctor Touzet.

Tolima.

Joaquín Castilla, Claudio Rengifo, Santos Palma, José María Iriarte R.

Valle.

Evaristo García, Pablo García Aguilera, Miguel García Sierra, Jorge Vernaza, Régulo Rengifo.



El Departamento de Bolívar ha prestado decidido y patriótico apoyo al Tercer Congreso Médico Nacional. Su Asamblea dictó una ordenanza en este sentido, y, en desarrollo de ella, el Gobierno Departamental ha dictado el siguiente Decreto, que publicamos con gusto:

DECRETO NUMERO 525

(22 DE ENERO DE 1914)

en desarrollo de la Ordenanza 6ª de 1913.

El Gobernador del Departamento,

en uso de sus facultades legales, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 3º de la Ordenanza 6ª del año pasado faculta a la Gobernación para constituir la Junta que habrá de entenderse en la preparación del Tercer Congreso Médico Nacional que se reunirá en esta capital el 11 de noviembre de 1915, a cuyo cargo queda la percepción e inversión de los fondos destinados para este objeto por la misma Ordenanza,

DECRETA:

Artículo 1º Nómbrase una Junta compuesta de los doctores Rafael Calvo C., Manuel F. Obregón, Antonio R. Blanco, Teofasto A. Tatis, Manuel Pájaro H., Camilo S. Delgado y Miguel A. Lengua, la cual se entenderá en la preparación del Tercer Congreso Médico Nacional que se reunirá el 11 de noviembre de 1915.

Artículo 2º La expresada Junta que, como todas las de su género, gozará de completa autonomía, nombrará sus dignatarios y percibirá por conducto de su Tesorero la suma de \$ 2,000 oro, que corresponden al primer año, como cuota parte de la de \$ 6,000 oro votada por la Ordenanza citada.

Artículo 3º El Tesorero que se nombre, que podrá ser del seno de la Junta o de fuera de ella, rendirá, a su debido tiempo, al Tribunal de Cuentas del Departamento, la cuenta comprobada de la inversión que haya dado a los fondos, y quedará sujeto a todas las obligaciones que le imponga el Presidente de dicha Junta.

Comuníquese y publíquese.

Dado en Cartagena a 22 de enero de 1914.

J. A. GÓMEZ RECUERO

El Secretario de Gobierno, *Miguel F. Gómez F.*

El Secretario de Hacienda, *F. Franco N.*



TRABAJOS ORIGINALES

Estadística

DE LAS AFECCIONES TRATADAS EN EL ASILO DE LOCAS DE BOGOTÁ DURANTE EL AÑO DE 1913

Por el doctor ANTONINO GÓMEZ CALVO

Convencidos de la importancia que tiene la estadística en todo lo que se relacione con la clínica, deseamos hacer conocer el movimiento científico del Asilo en el año de 1913, no sin hacer notar una vez más la dificultad proveniente de la diversidad de las clasificaciones.

Las afecciones tratadas fueron las siguientes:

VESANIAS O LOCURAS PROPIAMENTE DICHAS

Manía aguda	19
Manía crónica.....	9
Melancolía.....	6
Demencia precoz.....	7
Confusión mental.....	4
Locura transitoria.....	12
Locura circular	4

DELIRIOS SISTEMATIZADOS CRÓNICOS

Delirio de persecución.....	4
Manía religiosa.....	2

LOCURAS IMPULSIVAS

Cleptomanía.....	1
------------------	---

LOCURAS TÓXICAS E INFECCIOSAS

Alcoholismo.....	42
Delírium trémens.....	1

Locura del embarazo	2
Locura puerperal	7
Locura infecciosa consecutiva a fiebre tifoidea	1

NEUROSIS

Histeria	13
Locura histérica	14
Epilepsia	7
Locura epiléptica	3
Hemiplejia histérica	1

ESTADOS CONGENTALES

Degeneración mental	7
Locura hereditaria congenital	2

AFECCIONES DE ORIGEN CEREBRAL

Demencia senil	2
Tumor cerebral	2
Reblandecimiento cerebral	1

AFECCIONES DIVERSAS

Miseria fisiológica	1
Arterioesclorosis	1
Indeterminados	4
Sin enfermedad	13

En 1º de enero del año mencionado había en el Asilo 237 enfermas, una gran parte de las cuales por afecciones incurables, y entraron en el curso del año 192, lo cual forma un total de 429. De este número salieron por curación completa, 108; por mejoría, 23; por haberlas sacado sus familias, 19; por fuga, 1, y por muerte, 31. Total, 182.

Hemos dicho al principio que una de las mayo-

res dificultades que se presentan al hacer la estadística de afecciones mentales es la divergencia de opiniones de los que se han ocupado en clasificarlas. Así, por ejemplo, la hipocondría es considerada por Dagonet y algunos otros como un episodio de la melancolía; mientras que Regis opina que *en algunos casos* pudiera ser considerada como una forma de delirio sistematizado. Por nuestra parte no hemos vacilado en considerarla como tál en uno de los casos que figuran en el cuadro precedente. También existe alguna divergencia en lo que se relaciona con la confusión mental y la melancolía que la teoría moderna tiende a considerar como la consecuencia de una autointoxicación, generalmente de origen gastrointestinal. Si esto se demuestra, dichas afecciones pasarán a figurar al lado de las otras locuras infecciosas.



Tratamiento de la disenteria amibiana

POR INYECCIONES HIPODÉRMICAS DE CLORHIDRATO
DE EMETINA

Por el doctor JULIO ZULOAGA (de Salamina).

(Trabajo presentado a la Academia Nacional de Medicina de Colombia).

Después de varios meses de larga espera llegó a nuestras manos, en junio del año pasado, la droga que las publicaciones científicas que nos vienen del Exterior anunciaban desde los primeros meses del año, como el remedio verdaderamente curativo de la *disenteria amibiana*.

Nos encontramos en una región en donde la amibiosis, por la frecuencia con que se asocia a otras infecciones parasitarias y por lo rebelde que se suele

mostrar a todo tratamiento, hace pensar en estados intestinales o hepáticos de naturaleza distinta a la verdadera.

Cuando nos llegó el clorhidrato de emetina, teníamos algunos enfermos, en quienes habían sido impotentes todos los tratamientos conocidos para obtener una curación radical, tratamientos que apenas lograban mejorías pasajeras, seguidas fatalmente de desesperantes recaídas. Fueron estos pacientes los que reservábamos para la emetina, pues la mayor parte de los disentéricos que hemos encontrado se curan, con más o menos rapidez, con los procedimientos empleados hasta hoy.

Algunos de estos enfermos fueron tratados hace más de cuatro meses por inyecciones hipodérmicas de clorhidrato de emetina, y es el resultado obtenido en ellos y en otros medicados posteriormente, el que vamos a exponer sumariamente en los párrafos que siguen.

OBSERVACIÓN 1.^a—F. Duque. Hacía más de ocho años que venía padeciendo, con intervalos de mejoría más o menos largos, de manifestaciones disentéricas, que cedían siempre a la medicación en los primeros seis años, pero que en los dos últimos se habían mostrado tan tenaces y continuas que lo tenían reducido al último estado de caquexia. Fue el señor Duque uno de los primeros que golpearon las puertas de nuestra oficina cuando anunciábamos tener abierto nuestro consultorio médico.

El enfermo estaba en el más lastimoso estado de agotamiento, sin color y sin carnes; hacía en el día y en la noche varias deposiciones sanguinolentas unas, mucosas otras. En algunos períodos la diarrea era fecaloide, y entonces la sangre, en cantidad mínima, venía en la última porción de materias expulsadas;

en otras, éstas tenían color moreno uniforme, lo cual, unido a los sudores nocturnos, debidos quizá a la morfina, a que el paciente se había acostumbrado, nos hicieron pensar en tuberculosis intestinal, aun cuando nuestras investigaciones de laboratorio en ese particular fueron negativas.

Este enfermo venía sufriendo, hacía más de un año, de asfixia de un pie, con gangrena consecutiva y eliminación de la extremidad de los dedos. El miembro inferior de ese lado estaba atrofiado y el paciente no podía utilizarlo para la marcha.

En las heces fecales pusimos de manifiesto algunas raras amibas disintéricas, y sospechando estar en frente de una infección mixta, instituímos la medicación antidisintérica, la cual, ayudada de un sostenido tratamiento general, fue venciendo lentamente y en varios meses la enfermedad. El miembro afectado recobró paulatinamente su estado normal, sin medicación especial.

Varias veces creímos al señor Duque curado; pero con la menor separación del régimen dietético y alimenticio, o sin causa apreciable, las recaídas se presentaban.

Al terminar el mes de junio asistimos a una nueva recrudescencia: encontramos amibas, y en los primeros días del mes de julio empezamos a aplicarle una inyección diaria de clorhidrato de emetina, de cuatro centigramos cada una. A la quinta inyección sólo persistía una ligera diarrea fecaloide, la cual no había desaparecido del todo a la duodécima, en que suspendimos la medicación; pero que, una vez terminada ésta, desapareció por completo, quedando el enfermo curado al parecer.

Pasaron tres meses de aparente curación, y al empezar el cuarto, nuestro paciente hacía de vez en cuando dos deposiciones diarreicas en el día, en algu-

nas de las cuales apareció *pinta de sangre*; encontramos amiba *histolytica* y amiba *coli*; aplicámos seis inyecciones de cuatro centigramos, y el enfermo volvió a quedar curado.

OBSERVACIÓN 2.^a—G. Gutiérrez G. Hacía también ocho años que estaba enfermo. Cuando lo vimos, en julio del año pasado, tenía signos de anemia tropical y de disenteria amibiana. Practicado el examen coprológico encontramos huevos de anquilóstomo, de tricocéfalo y de ascáride; anguilula intestinal, *trichonomas vaginalis* y amiba disentérica. En los intervalos de los antihelmínticos dimos ipeca en dosis altas, a pesar de lo cual el enfermo no mejoró. Inútilmente acudimos a todo remedio que en estos casos puede dar algún resultado favorable. Ninguno pudo detener la marcha de la enfermedad, pues cuando menos lo esperábamos se presentó una peritonitis localizada, ocasionada, sin duda, por una perforación de la mitad superior del colon ascendente. En este punto se formó una tumefacción dolorosa, la cual llegó hasta el borde anterior y la cara inferior del hígado.

Salvado de esta complicación, el enfermo tuvo sus épocas de calma transitoria. Las recaídas continuaron sucediéndose, las deposiciones volvían a ser sangui-nolentas y mucosas o de color moreno, y la tumefacción del nivel del colon crecía y se hacía dolorosa.

Este paciente, desde entonces, adquirió un color icterico muy pronunciado, debido quizá a compresión de los conductos biliares por adherencias.

Varias veces dudámos del diagnóstico, y cuando el enfermo se creyó tuberculoso, no tuvimos argumentos satisfactorios para sacarlo de la duda.

Considerábamos al señor Gutiérrez como candidato obligado para la emetina, y antes de empezar el tratamiento, en los primeros días de julio, repetimos

el examen coprológico y encontramos rarísimas amibas y *trichonomas vaginalis* en regular cantidad. Pusimos doce inyecciones, cada una de cuatro centigramos. Desde la cuarta los signos anormales empezaron a disminuir, y al terminar, el enfermo estaba curado, hasta donde es posible asegurarlo. El color icterico fue desapareciendo poco a poco, y en el punto en donde se localizó la peritonitis apenas queda una tumefacción indolora, huella imborrable de la temible infección parasitaria.

Han pasado cuatro meses y medio sin que se presente el más ligero signo que haga sospechosa la recaída.

Al terminar las inyecciones repetimos el examen coprológico y no encontramos amibas, pero persistían los *trichonomas*. Un mes más tarde una nueva investigación microscópica fue también negativa en este enfermo.

OBSERVACIÓN 3.^a—O. Arango, niño de siete años. Desde la edad de siete meses empezó a sufrir de una diarrea disenteriforme, que ningún tratamiento había logrado dominar. Encontramos *entamoeba histolytica*; aplicamos una inyección diaria, de a dos centigramos cada una, durante diez días; desde la tercera desaparece la sangre, las mucosidades disminuyen y el número de deposiciones se reduce. Al terminar, el niño estaba curado, y en cuatro meses que han transcurrido no hemos visto ningún signo que haga sospechar la vuelta de la enfermedad.

OBSERVACIÓN 4.^a—H. Mejía, de cuatro años. Hace dos años tiene diarrea disenteriforme y signos intermitentes de rectitis; los antihelmínticos le han dado mejorías pasajeras; la medicación antidisentérica lo ha curado aparentemente, a lo más por un mes; las lavativas de colargol le han dado alivio en las recaídas, en que lo hemos visto casi morir; ha pre-

sentado reacciones febriles y congestiones hepáticas repetidas; vistos los fracasos, le aplicámos suero anti-disentérico, el cual lo tuvo aparentemente curado durante mes y medio. Varias veces la investigación de las amibas fue negativa y sólo una vez positiva.

En la primera semana de agosto empezámos a aplicarle emetina, seguros de que en este enfermo había una rectitis u otra infección cuya naturaleza se nos escapaba, asociada a una infección amibiana. Inyectámos diez y seis centigramos, repartidos en nueve picaduras. Al terminar, persistían las deposiciones sanguinolentas y mucosas, aun cuando su número había disminuído, por lo cual, desconcertados, nos retirámos en mal disimulada derrota.

No habían pasado doce días cuando el padre del niño nos dio cuenta de que la mejoría se había presentado franca y rápida y que el paciente estaba curado. En tres meses que han corrido se ha sostenido la curación, y el enfermito está actualmente en estado de salud floreciente envidiable.

OBSERVACIÓN 5.^a—F. T. tiene hace cuatro años disenteria crónica; las mejorías han sido de pocos meses. Cuando nos consulta, la diarrea es fecaloide y no encontrámos amibas en la prueba microscópica. Esperamos una recaída la cual se presenta con la suspensión del régimen lácteo a que el enfermo estaba sometido. Entonces el resultado bacteriológico fue positivo, y en los primeros días de agosto aplicámos doce inyecciones. Los signos locales disminuyeron y desaparecieron rápidamente, y en pocos días el estado general del paciente fue mejor que el alcanzado en otras ocasiones. Hace tres meses suspendí el tratamiento, y este enfermo puede considerarse definitivamente curado.

OBSERVACIÓN 6.^a—Señora N. de D. Está enferma hace seis meses, se encuentra muy agotada y ha to

mado mucho remedio. Encontrámos amibas, y como apenas poseíamos la cantidad suficiente de emetina para los enfermos que teníamos en tratamiento, prescribimos dosis altas de ipeca durante nueve días. Como persistiesen todavía algunos signos, aplicámos diez y seis centigramos de clorhidrato de emetina que nos quedaban, en cuatro inyecciones, y creímos curada nuestra enferma. Dos meses más tarde se presentaron algunas deposiciones diarreicas y otras en forma de *esputo rectal*. Encontrámos amiba disentérica y amiba *coli*; aplicámos diez inyecciones de la misma dosis en los primeros días de noviembre, y dejámos a la enferma en expectativa, porque es en ella en quien el estado general no ha sido tan satisfactorio como en los otros enfermos, aunque los fenómenos disenteriformes desaparecieron por completo y rápidamente. Hacemos notar que en esta última vez hicimos arrojar las ascárides que habíamos descuidado en la primera.

OBSERVACIÓN 7.^a—S. Ceballos tenía, cuando se presentó en nuestra consulta, signos de anemia y de disenteria crónica, de seis meses de duración la última. Le administrámos antihelmínticos, y en los intervalos le dimos ipeca. Mejoró un poco, y en octubre volvieron los fenómenos disenteriformes con cortejo sintomático alarmante. Encontrámos amibas y dimos en todo el mes un riguroso tratamiento, el cual disminuyó los primeros fenómenos locales, pero no impidió las complicaciones. El hígado se congestionó, se hizo grande y doloroso, al tiempo que la fiebre ascendía. Aplicámos diez inyecciones de a cuatro centigramos en los primeros días de noviembre, y pronto calmaron todos los signos anormales y el hígado volvió a su estado fisiológico.

OBSERVACIÓN 8.^a—E. Cardona. Nos consultó hace un año para una vieja diarrea fecaloide, acompañada

de diarrea sanguinolenta en ocasiones. Dimos antihelmínticos, y el enfermo se retiró con sus mismas manifestaciones intestinales. En octubre nos consultó de nuevo. Lo encontramos en el más lamentable estado de agotamiento y con signos de rectitis y de tuberculosis intestinal. El tratamiento mejoró los signos locales, pero el estado general se hizo cada vez más grave. Con la esperanza de estar equivocados en el diagnóstico, y recordando las deposiciones sanguinolentas de tiempo atrás, aplicamos veinte centigramos de clorhidrato de emetina en siete inyecciones. El enfermo soportó sin la menor alteración el tratamiento; transitoriamente calmó la diarrea, pero cada día es peor el estado de agotamiento.

OBSERVACIÓN 9.^a—N. Mejía, de cuatro años, tuvo su primera manifestación disenteriforme hace un año, la cual cedió fácilmente; meses después el primer estado se volvió a presentar, sin que se lograra una mejoría transitoria. Fuimos llamados a practicar el examen coprológico, y como encontrásemos amibas, inyectamos diez y seis centigramos de emetina, en diez inyecciones. La mejoría se mostró inmediatamente, y antes de terminar el tratamiento el niño estaba curado.

OBSERVACIÓN 10 —Para terminar la enumeración de los pacientes en quienes hemos empleado el nuevo remedio, mencionaremos una enferma que venía padeciendo de una úlcera del estómago con hematemesis repetidas y abundantes. De repente se presentó una violenta hemoptisis, que no pudimos contener definitivamente con ningún remedio, y que se repitió varias veces. Ya habíamos visto en periódicos extranjeros observaciones de hemoptisis tratadas por emetina. Aplicamos a nuestra enferma una inyección de cuatro centigramos, en el momento de una hemorra-

gia pulmonar asociada a una hemorragia estomacal. La enferma no sintió ninguna alteración que la intranquilizara; calmó pronto y definitivamente la hemoptisis, y sin nosotros esperarlo, asistimos, al mismo tiempo, a la suspensión de la hemorragia del estómago. Podemos asegurar que nuestros diagnósticos eran irrefutables en la paciente a que nos venimos refiriendo.

La Presse Médical, del 24 de septiembre del año pasado, trae la estadística de unas veinte observaciones de hemoptisis tratadas brillantemente por un nuevo agente terapéutico. Insiste en que la emetina no produce en estos enfermos ni angustia, ni malestar ni disnea, ni vértigos, ni náuseas, ni vómitos, ni palpitaciones, y aconseja que si la hemoptisis es rebelde, se sostenga al enfermo bajo la influencia del remedio, repitiendo las picaduras hipodérmicas.

Nosotros, dada la eficacia de la emetina sobre las hemorragias, y vista la acción inofensiva de la droga, creemos que se debe emplear no sólo en la hemoptisis sino en las hemorragias del estómago y en las enterorragias, aun en las mismas de la fiebre tifoidea.

El clorhidrato de emetina se disuelve fácilmente en el agua. Nosotros acostumbramos disolver dos centigramos en un centímetro cúbico de agua esterilizada. La inyección, que practicamos en la región glútea, no provoca dolor inmediatamente; pero éste aparece después en algunos enfermos, acompañado de sensación de quemadura, con ligera tumefacción en los tejidos, todo lo cual desaparece pocos días después de suspender el tratamiento.

La emetina se absorbe rápidamente. En ninguno de nuestros enfermos produjo náuseas, ni vómitos, ni depresión, ni hipotensión manifiesta, ni alteración

alguna que se le pudiera atribuir. Los enfermos que se encontraban en estado de trabajar, no necesitaron suspender sus ocupaciones.

Empleamos la vía subcutánea, por creerla más práctica que la ingestión, para la cual es necesario tener al enfermo sin darle alimentos algunas horas antes y después de administrar la dosis prescrita. La observación de Chauffarn, en la cual la emetina provocó la aparición de fenómenos disenteriformes, habla en contra de la vía rectal. En ninguno de nuestros pacientes juzgamos necesaria la inyección intravenosa.

La dosis diaria no pasó, en nuestras observaciones, de cuatro centigramos para adultos, y de dos, o algo menos, para niños. Pusimos inyecciones de nueve a doce días consecutivos, en lo cual pasamos del número de días que han necesitado los autores extranjeros. Nos decidió a prolongar el tratamiento la circunstancia de que dos de nuestros pacientes tuvieron deposiciones ligeramente diarreicas y pastosas y alguna sanguinolentas, aun después de terminada la serie. Ya anotamos que al suspender las inyecciones, la mejoría continuó hasta quedar curados los enfermos.

Réstanos saber si ese síntoma que se prolongó en los enfermos citados, demuestra que la curación no se había obtenido aún, pues fue precisamente en dos de ellos (observaciones 1.^a y 6.^a) en quienes volvieron a empezar los fenómenos disenteriformes; o es signo de intolerancia del organismo por el alcaloide, o la última manifestación de que, esterilizado el organismo del protozoo, las ulceraciones cicatrizan lentamente. Fue esta última la interpretación que dimos a la observación 4.^a, pues este niño había presentado síntomas de rectitis, con ulceraciones extensas.

Hemos empleado la emetina para la amibiosis intestinal y hepática (observaciones 4.^a y 7.^a); no hemos

tenido enfermos para apreciar el valor de nuestro agente terapéutico en abscesos hepáticos operados o abiertos en los bronquios.

La emetina nos salvó de dudas en cuatro enfermos (observaciones 1.^a, 2.^a, 4.^a y 8.^a), en quienes considerábamos que al lado de la infección parasitaria, que creíamos secundaria, había una infección tuberculosa o de otra naturaleza, la cual favorecía las recaídas disenteriformes y colocaba el organismo en incapacidad de defenderse de los ataques del protozoario. Hoy estamos seguros de que tres de estos pacientes eran disentéricos y el otro tuberculoso (observación 8.^a). El emetodiagnóstico, como dice el Profesor Rogers, es para nosotros, a pesar de nuestras pocas observaciones, el mejor reactivo para diferenciar la amibiosis intestinal de las colitis disenteriformes, de las rectitis de otra naturaleza y aun de la misma tuberculosis intestinal (1).

El tiempo dirá si con la emetina son tan frecuentes las recaídas como con los otros tratamientos. En nuestra observación 1.^a hemos visto que el enfermo tratado por doce inyecciones tuvo una recaída a los tres meses, y en la 6.^a, a los dos meses, después de nueve días de ipeca y cuatro de emetina; vimos cómo ambos enfermos curaron nuevamente, el primero, con seis inyecciones, y el segundo, con diez, número que creímos conveniente.

Quizá en el tratamiento por la emetina sea necesaria una dosis mayor que la que nosotros usamos, sobre todo en algunos días. Por nuestra parte pensamos continuar aplicando ocho centigramos en dos picaduras, en los tres o cuatro primeros días, y rebajaremos el número de días a diez, o algo menos.

(1) Las amibas no se encuentran constantemente ni fácilmente en las viejas disenterias.

No es probable que la hora de administrar el remedio tenga influencia sobre su acción oportuna. Quizá el tratamiento deba continuarse algunos días más, o deba repetirse después de alguna interrupción; o el enfermo necesite régimen especial; tal vez nuestra amiba, probablemente de especie distinta de la de otros continentes, haga necesaria alguna modificación en el tratamiento. Creemos que la emetina es un específico poderoso, pero no aseguramos que, como se emplea hasta hoy, esterilice el organismo de la infección amibiana en todos los casos.

En nuestros dos enfermos en quienes volvimos a encontrar amibas, no hay motivo suficiente para creer en una nueva infección, sino en el despertar la vieja.

Señalaremos un signo que está en favor de la acción admirable de la emetina, y es la rápida y franca mejoría del estado general de los enfermos, superior a la que se obtiene con otros tratamientos, y el hecho de que las curaciones alcanzadas en varios de nuestros pacientes han sido de duración mayor a la que antes habíamos logrado con otros procedimientos. La emetina no tiene acción tan marcada sobre la amiba *coli*, pues en dos de nuestros enfermos la hemos encontrado en el curso y después del tratamiento. Su acción sobre los *trichonomas* nos parece lenta, y no sabemos si segura.

Señalaremos aquí lo conveniente que es, en nuestro concepto, el tratar oportunamente las otras infecciones parasitarias, para cerrar las puertas al protozoario y colocar el organismo en mejores condiciones de defensa.

No hemos sometido a régimen alimenticio a nuestros enfermos, y a los que lo venían observando los hicimos abandonarlo del tercero al cuarto día, de modo que todos ellos, al terminar la medicación, ingerían toda clase de sustancias, sin experimentar al-

teración notable. Creemos que para remedios comola emetina el asunto régimen es secundario. Por la misma razón no prescribimos medicación adyuvante. Quizá hoy seamos demasiado optimistas con el remedio nuevo; pero repetimos que reservamos para tratar con emetina enfermos en quienes muchos meses de concienzudo batallar y de continuos fracasos, nos es taban obligando a preparar la retirada.

No dejaremos de anotar aquí, ya que en nuestras observaciones hemos hablado de otros tratamientos, los remedios que nos han parecido de más valor: la vieja medicación por la ipeca, dada a dosis altas y durante varios días, ha curado el mayor número de disentéricos que hemos encontrado; las lavativas de bicarbonato de soda, primero; de nitrato de plata, segundo, y sublimado de bismuto, tercero, dan curaciones durables, no sabemos si definitivas, pues las hemos asociado a otros remedios; el colargol, en lavativas, da alivio rápidamente, y en los niños, mejorías de alguna duración; tiene acción rápida y eficaz, pero no definitiva.

La emetina cura la amibiosis hepática en estado presupurativo (observaciones 4.^a y 7.^a); pero no debemos olvidar la acción poderosa de la ipeca en los mismos casos, siempre que se administre diariamente en vomitivos, sin timidez y con constancia.

Y ya que de infecciones amibianas venimos hablando, no terminaremos sin observar que la mayor parte de los anémicos, en quienes se presentan signos disenteriformes, hemos encontrado amibas, por lo cual, en los intervalos del timol, damos ipeca con resultado satisfactorio, y que como no se puede saber de antemano cuáles de estos estados resistirán y se harán rebeldes, sería conveniente suplir la ipeca por la emetina.

Queremos también dejar constancia de que las complicaciones hepáticas en la disenteria amibiana son más frecuentes en los primeros ataques de la enfermedad que en los que se suceden en años más tarde, y que también las manifestaciones febriles se observan con mayor constancia en las disenterias amibianas recientes que en las que cuentan años de duración. En nuestros enfermos (observaciones 1.^a, 2.^a y 5.^a) las recaídas venían sin fiebre, y éstos eran los que en peor estado se encontraban y en quienes la infección era más vieja.

Para terminar diremos que, en nuestro concepto, el clorhidrato de emetina es superior a cualquier otro remedio conocido hasta hoy para tratar la infección amibiana: da alivio más pronto; se administra rápidamente y no produce ningún signo que mortifique al enfermo; cura radicalmente y da mejorías más firmes y durables.

La terapéutica ha hecho una de sus más grandes conquistas. La emetina debe figurar en primera línea, al lado de los remedios admirables, y los disentéricos de los trópicos deben recordar el nombre del Profesor LEONARD ROGERS, de Calcuta, que enseñó a los médicos a curar en diez días la disenteria amibiana.

Salamina, diciembre de 1913.

Creemos conveniente informar sobre el estado actual de los pacientes, objeto de las anteriores observaciones sobre tratamiento de la disenteria amibiana por inyecciones hipodérmicas de clorhidrato de emetina.

De la fecha en que escribimos esas observaciones hasta hoy, han corrido dos meses y medio. En los

ocho pacientes en quienes encontramos amiba disenterica, la curación se ha sostenido; todos están entregados a sus labores, en estado completo de salud, sin presentar ningún signo que haga temer la recaída. Algunos de ellos tienen ya siete meses de curación. Es digna de notarse la desaparición por completo del color icterico del enfermo en la observación 2.^a, tinte que nosotros atribuíamos a adherencias peritoneales que comprimían los conductos biliares.

El enfermo de la observación 8.^a, que fue el único que no benefició de la emetina y que desde el principio creíamos bacilar, murió con todos los signos clínicos de tuberculosis intestinal.

Calmada la hemorragia intestinal en el enfermo de la observación 10, vino la suspensión del vómito tenaz, con lo cual se facilitó el tratamiento, dando por resultado la cicatrización de la úlcera.

Demasiado interesante nos parece esta observación, y hoy creemos positiva la acción favorable de la emetina en casos semejantes, por haber encontrado, posterior a la nuestra, en la prensa parisiense, dos observaciones de graves hemorragias estomacales consecutivas a lesiones hepáticas curadas por la emetina.

Nuestra enferma tampoco volvió a presentar hemoptisis, por lo cual, con la calma consiguiente, puede intuírse el tratamiento clásico de la tuberculosis.

Los autores extranjeros vienen diciendo que con la emetina suelen también presentarse algunas recaídas en la disenteria amibiana, sin señalar el tiempo que pueda durar el estado aparente de curación.

Nos hablan también de la impotencia de la emetina contra el síndrome disenteriforme de otra naturaleza que la amibiana; de su acción poco eficaz en las hepatitis supuradas, y de la rapidez con que éstas

se curan, una vez operadas e instituido el tratamiento de la emetina.

Hemos continuado tratandó con inyecciones de emetina muchas disenterias amibianas, y hemos obtenido en todas ellas resultado tan satisfactorio como en las primeras. Aplicamos dosis de 35 centigramos, así:

Primero y segundo días, una inyección.

Tercero, cuarto y quinto, dos inyecciones.

Séptimo y octavo, una inyección.

Creemos obtener mejor éxito con el tratamiento instituido de esta manera, porque la mejoría se presenta desde el segundo o tercero día, la curación es aparente desde el cuarto o quinto y disminuye el número de días que dura la medicación.

A pesar de la desaparición de los signos anormales, completamos la serie de diez inyecciones con la esperanza de que de esa manera la curación sea más duradera, si no radical.

En los enfermos tratados del mes de noviembre hasta hoy, tampoco se han presentado recaídas. No hemos encontrado hasta hoy contraindicaciones para el empleo de la emetina.

Una enferma que tuvo disenteria bacilar, solía presentar, de cuando en cuando, signos de colitis disenteriforme.

Dos investigaciones microscópicas fueron negativas respecto a las amibas, a pesar de lo cual aplicamos emetina, sin resultado muy satisfactorio.

Por equivocación aplicámos a un niño de cinco años una inyección diaria de cuatro centigramos, durante cuatro días, sin notar ningún signo alarmante. Quizá una dosis más alta que la que generalmente se acostumbra, si es inútil, no sea tóxica.

Hay diarreas crónicas de la naturaleza amibiana,

en las cuales la sangre y las mucosidades desaparecen durante largos períodos, resultando difícil encontrar el protozooario en las heces fecales. Generalmente aconsejando al enfermo separarse del régimen que observa se presentan poco después los elementos sangre y mucosidad, en los cuales abundan las amibas.

De nuevo decimos que para nosotros el clorhidrato de emetina es superior a cualquier otro remedio para curar la disenteria: es de administración fácil, con la cual se evita al paciente la ingestión de medicamentos desagradables, razón que impide en muchos la constancia en el tratamiento y mucho más si el remedio causa depresión o provoca malestar, estados que no se observan con el tratamiento nuevo; suprime la aplicación de tratamientos adyuvantes, como los enemas; da curaciones rápidas en todos los enfermos; expone menos a las recaídas, y, ventaja de inapreciable valor, no necesita seguir régimen alimenticio especial.

J. Z.

Salamina, enero 28 de 1914.



Informe

SOBRE EL TRABAJO DEL SEÑOR DOCTOR JESÚS MARÍA PULECIO, TITULADO «OBSERVACIONES SOBRE RABIA,» PRESENTADO A LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA (1)

Por el doctor JULIO MANRIQUE

La Presidencia de la Academia me honró con la misión de informar sobre el trabajo del doctor Jesús María Pulecio, presentado por mí a esta honorable corporación en la sesión del 26

(1) El trabajo del doctor Pulecio está publicado en el *Repertorio de Medicina y Cirugía* de Bogotá.

de noviembre del año próximo pasado. Gustoso cumplo mi cometido.

Antes que todo hay que considerar en el trabajo del doctor Pulecio estos conceptos que encierran una gran verdad y sobre los cuales quiero llamaros la atención muy especialmente:

«La indiferencia con que nuestros Gobiernos han mirado siempre la higiene pública, como si la salud del pueblo no fuera el exponente de su riqueza y de sus progresos, hace que carezcamos de los más indispensables medios de defensa contra enfermedades que hoy no son temidas en las naciones civilizadas, y que en vez de médicos hagamos en muchas ocasiones el papel del más ignorante espectador a la cabecera de algunos enfermos, por más que tengamos la convicción de que los podríamos salvar con sólo tener a nuestro alcance algunos elementos, que apenas suponen un pequeño gasto.»

Y más adelante agrega el autor del trabajo sobre el cual estoy informando:

«La rabia es quizá el azote de nuestro pueblo que se ha mirado con mayor indiferencia, y salvo algunas observaciones publicadas últimamente de algunos artículos del distinguido Director de Higiene y Salubridad de Bogotá, doctor Manuel N. Lobo, no he podido encontrar trabajo nacional sobre la materia. Indiferencia inexcusable si se tiene en cuenta que la rabia declarada se considera incurable y que se poseen medios eficaces, relativamente sencillos y económicos, con los cuales es posible evitar sus estragos.»

Evidentemente los hechos apuntados por el doctor Pulecio son así e indican el estado de atraso en que estamos en cuestiones de higiene pública. ¡Cuántos años hace que se ha demostrado hasta la evidencia la eficacia de la vacunación preventiva contra la rabia, y qué de miles de personas se han salvado en el mundo entero gracias a la aplicación oportuna de este sencillo método! y no se diga que entre nosotros la rabia es escasa: en el Distrito de El Guamo, que tiene, según censo reciente, 14,600 habitantes, el autor ha observado veinticuatro casos de rabia humana y ha tenido noticia de muchos más en el transcurso de catorce años y ha hecho el cálculo de que durante los meses de verano el 10 por 100 de los numerosos perros del Distrito son

mordidos por otros perros rabiosos, lo que quiere decir que continuamente se mantiene vivo en esa region el germen de la rabia; y si por cualquier circunstancia el desarrollo de la industria pecuaria, por ejemplo, que necesita del concurso de muchos perros, el número de estos animales aumenta, aumentará necesariamente el número de animales mordidos, y por consiguiente, proporcionalmente aumentará también el número de personas infectadas. Ahora bien: es de suponer que lo que pasa en el Distrito de El Guamo a este respecto, pase en los Distritos de idéntico clima y análogas costumbres, como lo son todos los comprendidos en la inmensa hoya del río Magdalena, y así se comprenderá fácilmente que la rabia es una enfermedad muy frecuente entre nosotros, y que por el hecho de no haber institutos en los cuales se pueda tratar oportunamente a los mordidos de perros rabiosos, éstos están fatalmente sentenciados a una muerte segura; y si aquí hubiera estadística, si siquiera se publicaran estos casos en los periódicos políticos o en los científicos, en los oficiales o en los particulares, se vería que la mortalidad por rabia en el país alcanza anualmente a una cifra bastante elevada, y estas consideraciones que hacemos respecto de la rabia, podrían hacerse también respecto de muchas otras causas de muerte que apenas han preocupado a uno que otro médico, y estoy seguro de que si se pudiera saber el número exacto de personas que mueren anualmente víctimas de las mordeduras de ofidios venenosos, resultarían números insospechados para los que ejercen la medicina en los centros populosos. Si los médicos de Provincias quisieran, en bien de la comunidad, publicar sus observaciones a estos respectos, ¡cuánto bien podrían hacer! y si no solamente se limitaran a la narración de lo que han visto, sino que siguiendo el laudable ejemplo del ilustrado colega, cuyo trabajo analizo, compilaran los hechos observados y trataran de sacar conclusiones, el estudio de nuestra patología especial ganaría inmensamente y la expresión desnuda de nuestras necesidades haría surgir el remedio en la forma de institutos apropiados a la fabricación de sueros y vacunas preventivos y curativos.

La parte clínica del trabajo del doctor Pulecio es muy interesante; con sencillez describe lo que ha visto, y de las veinticuatro observaciones que hay en su escrito saca las conclusiones muy

importantes que tuve el honor de leerlos en una de las últimas sesiones del año pasado.

Para terminar, vuestra Comisión os propone:

Nómbrese al señor doctor don Jesús María Pulecio miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina.

Publíquese el trabajo del doctor Pulecio en el periódico oficial de la Academia.

Señor Presidente.

JULIO MANRIQUE

Bogotá, febrero 24 de 1914.

NOTA—La Academia aprobó por unanimidad la proposición con que termina este informe.



El "606" y el "914" en Chiquinquirá

POR EL DOCTOR JORGE D. RUEDA

Trabajo presentado a la Academia Nacional de Medicina.

El estudio del 606, desde su memorable descubrimiento, hecho por el sabio Ehrlich en 1910, ha apasionado al público médico de las cuatro partes del mundo, lo mismo que al público no médico de todo el hemisferio; y no sin razón, puesto que con esa droga, cuya fama ha sido pregonada a todos los vientos, se esperaba, y se ha logrado, la curación del terrible flagelo que inmisericorde ha azotado a la humanidad, desde remotas épocas, persiguiéndola más allá de las entrañas maternas.

Tenemos noticia de las grandes discusiones que el uso de tan preciosa sustancia ha suscitado en las Academias y Sociedades científicas del mundo entero. Sabemos que en París—madre intelectual nuestra—tan interesante asunto ha apasionado de tal manera, que el sabio Profesor Gaucher, del Hospital San Antonio, ha llegado hasta negar la más pequeña utilidad a la droga; aún más: ha atacado de manera tan vehemente al 606 en la tribuna de la Academia de Medicina, en la cátedra y en la prensa, que no sólo ha negado sus virtudes, sino que con saña inmerecida ha acusado al salvarsán de haber causado la muerte muchas veces o accidentes graves, como cegueras, parálisis, sorderas,

afecciones meningíticas, etc., etc. Nunca hemos logrado explicarnos satisfactoriamente la tan terrible oposición del eminente Profesor de enfermedades cutáneas y sifilíticas al producto de Ehrlich. Hasta hemos pensado que el insigne maestro ha jurado guerra al producto alemán, por patriotismo que pudiéramos llamar quijotesco por lo exagerado, tal vez recordando la catástrofe que, en mala hora, a Francia costara la Alsacia y la Lorena....

En cambio ha tenido en las mismas Academias y Sociedades científicas, en la cátedra y en la prensa, expertos inteligentes y sabios defensores también. A las escasas, apasionadas y deficientes estadísticas de Gaucher, Hallopeau, etc., etc., Netter, Millian, Leredde, Ravault y la escuela de Fournier han opuesto estadísticas aplastantes por sus cifras y por la alta imparcialidad y competencia científica de sus autores. Estos maestros concienzudos han oído las acusaciones, las han analizado, han dado su parte de responsabilidad a la droga, al mal estado del paciente, al progreso de la enfermedad, a su forma y, sobre todo, a la técnica empleada por quienes, en lugar de éxitos, cosecharon fracasos.

Nosotros, a quienes sobremanera ha interesado desde un principio tan extraordinario descubrimiento y cuya aplicación principiámos en Bogotá, en nuestro consultorio en el Asilo de Locos, del que fuimos médicos, en reemplazo de nuestro distinguido colega doctor Enrique Franco; en Zipaquirá, donde lo aplicámos por primera vez en esa ciudad, en asocio del mismo apreciado médico, hemos querido informar a esa honorable Academia el resultado de nuestras observaciones en esta ciudad, donde ejercemos la profesión médica desde hace dos años.

En nuestra primera época—podemos llamarla así—aplicámos en Bogotá el medicamento en inyección intramuscular, con sorprendente resultado en algunos casos, como el del señor Angulo, del Asilo de Locos, caso del cual tienen conocimiento varios honrables académicos, y muy parecido al que en su clientela civil, por esa época, tuvo el Profesor Martín Camacho, vuestro sabio compañero.

En esta ciudad hemos empleado desde diciembre de 1911 las inyecciones intravenosas, por su técnica sencilla, su rapidez de absorción y especialmente porque no producen dolor alguno. Hemos empleado el aparato del doctor Azúa, de vidrio y sin

óxidos metálicos, graduado, con índice de cristal, para precisar por la salida de la sangre cuándo la aguja está en plena vena, con aguja corta y de platino iridado. Hemos empleado al principio suero de Hayem, fresco, preparado por nosotros; más tarde, una solución salina al 7 por 1,000, fresca, y finalmente el 914 lo hemos aplicado en solución de agua fresca, muy pura, hervida y filtrada. Alcalinizábamos las soluciones de 606 con soluciones de soda cáustica, de título variable, hasta pasarlas de neutras a ligeramente alcalinas. Creemos que a esta precaución debemos, lo mismo que al empleo de agua fresca, el no haber tenido accidente alguno en la aplicación de esta tan desacreditada droga, por quienes, ayunos de técnica cuidadosa, cosecharon fracasos y los atribuyeron erróneamente a la toxicidad del arsenobenzol. El 914 lo hemos empleado, como ya lo dijimos, disolviéndolo directamente en el agua fresca, hervida y filtrada, sin adición alguna, por su completa solubilidad, cosa que facilita considerablemente la técnica de la aplicación.

A continuación relatamos varias observaciones, algo detalladas para fijar más las formas de sífilis en que ha triunfado con más facilidad el nunca bien ponderado producto del sabio Ehrlich:

OBSERVACIÓN 1.^a—Señor P. M. Q., de treinta y cinco años, natural de Chiquinquirá. Hace varios años contrajo la *verole*; tuvo, según manifestó, chancro único, roséola, placas mucosas, etc., etc., manifestaciones que cedieron al yoduro de potasio, combinado con el biyoduro de hidrargirio. Ultimamente tuvo, durante más de un año, lesiones terciarias en las comisuras labiales y en el mentón, lesiones rebeldes que no cedieron a varias series de inyecciones mercuriales, aplicadas por nuestro inteligente colega doctor P. J. Pérez, quien tuvo la amabilidad de enviarnos el cliente para que nosotros fijáramos la necesidad y posibilidad de inyección intravenosa de 606. Después de confirmar el diagnóstico de especificidad de las lesiones, fijámos hora para la inyección, la que aplicámos en nuestro consultorio en presencia del apreciable colega doctor J. E. Santos, pues al señor doctor Pérez no le fue posible asistir.

Con la técnica indicada practicámos el día 14 de diciembre de 1911 al señor Q. una inyección intravenosa de 50 centigra-

mos de salvarsán. Terminada la inyección, sin accidente alguno, nuestro enfermo se dirigió, apoyado en un amigo, a su casa de habitación, situada a cuatro cuadras de nuestro consultorio. Tuvo calofrío y pequeño ascenso térmico por la noche; ligera ansia y moderada diarrea al día siguiente. Prescribimos tres días de quietud y de dieta láctea, cuidado que hemos tenido siempre y que nos permitimos recomendar a los principiantes. Olvidaba decir que hemos acostumbrado purgar la víspera a los enfermos con una onza de sulfato de soda y aplicar la inyección en ayunas.

Al tercer día de aplicada la inyección tuve ocasión de ver en el consultorio al señor Q., afeitado—operación que le estaba vedada desde hacía varios meses—desaparecidas completamente las tan tenaces lesiones, y de rozagante aspecto. Esta observación es meritoria para nosotros, no sólo por lo rebelde de las lesiones y por la rapidez con que obró la preciosa droga, sino porque era la primera inyección de salvarsán que se practicaba en la ciudad y la primera que por vía intravenosa aplicaba el suscrito. Si hubiera ocurrido un fracaso, habría claudicado en el lugar la droga, y quien esto escribe de seguro se habría visto obligado a plantar sus toldas en lugares más propicios. Hasta hoy, octubre de 1913, no han reaparecido en Q. lesiones sifilíticas.

OBSERVACIÓN 2.^a--Señor M. R., talabartero de profesión, de treinta y ocho años, natural de esta ciudad. Hace varios años contrajo una sífilis, la que ha sido tratada por el yoduro de potasio y por el biyoduro de mercurio. Algún colega de la ciudad hace pocos meses había intentado aplicarle una inyección de salvarsán, intramuscular, de manera reñida con la técnica más elemental, lo que dio por resultado que la solución no pasara al través de la aguja, a pesar de los grandes esfuerzos del médico y de atroces sufrimientos para el paciente.

Cuando éste vino a nuestro consultorio presentaba placas mucosas faringianas y laríngeas que determinaban afonía completa. Además sufría de fuertes dolores osteócopos en las piernas y en la cabeza y presentaba una erupción papulosa en ambas pantorrillas. Previo examen del corazón, del hígado, de los riñones, orina, etc., etc., determinámos la aplicación del 606,

la que llevamos a cabo en nuestro consultorio el día 10 de junio de 1912. Con la técnica descrita y en asocio de nuestro distinguido colega doctor Rómulo Páez, inyectámos por vía intravenosa 50 centigramos de salvarsán. No hubo sino un ligero calorífico vesperal, seguido de pequeña reacción térmica. Dos días después abandonó la cama nuestro enfermo, quien tuvo copiosos sudores y micciones abundantísimas. Las manifestaciones en la piel desaparecieron rápidamente, lo mismo que los dolores esteócopos y las placas faríngeas. La voz se aclaró un tanto y fue mejorando lentamente hasta dos meses después, en que apenas se notaba ligera alteración de la fonación. Hasta hoy no han reaparecido en nuestro enfermo manifestaciones específicas de ninguna clase.

OBSERVACIÓN 3.^a—X. F., natural de Caldas, tuvo hace varios años un chancro sifilítico; posteriormente placas mucosas, roséola, dolores esteócopos y ulceraciones en la laringe. Durante largo tiempo se trató con yoduro de potasio y sales mercuriales. Por entonces el inteligente médico doctor Pedro J. Herrera le aplicó algunas inyecciones de aceite gris, las que mejoraron el estado del paciente hasta evitarle la traqueotomía que pensábamos practicarle en vista de las crisis de asfixia, que con frecuencia presentaba el enfermo.

Ultimamente la situación de éste había desmejorado tanto que resolvimos acudir sin tardanza al arsenobenzol, por vía intravenosa. En asocio del señor doctor Pérez practicámos el día 6 de junio de 1912 una inyección de 45 centigramos de 606, la que determinó ligera reacción febril y sudación abundantísima. La voz aclaró algo, se desprendieron bastantes costras de la nariz y desapareció la fetidez de éstas.

Dos meses después aplicámos al mismo paciente una segunda inyección intravenosa de 50 centigramos de salvarsán; se acentuó la mejoría y desaparecieron las crisis de asfixia.

Quince días después pusimos al mismo paciente una tercera inyección de 60 centigramos de 606, la que dio por resultado acentuarse la mejoría del estado general, y aclararse aún más la voz. Aconsejámos por entonces a nuestro enfermo se hiciera ver en Bogotá de un especialista que le practicara un examen completo de la laringe, y al efecto escribimos recomendádoselo a

nuestro apreciado y competente condiscípulo doctor M. A. Cuel­lar Durán, quien amablemente nos hizo conocer su ilustrada opinión. Después de felicitarnos por el tratamiento y de aconsejarnos instilaciones de cloruro de cinc, que él practicó en Bogotá en febrero de 1913, nos manifestaba haber encontrado en el enfermo una rinitis atrófica, con laringitis seca y ligera deformación de la epiglotis, sin grandes lesiones de las cuerdas vocales.

Para nosotros el 606 en este enfermo obró admirablemente, como que desaparecieron las placas mucosas que vimos, aclaró bastante la voz, desaparecieron las crisis de asfixia, y las lesiones laríngeas, según el dictamen del distinguido especialista, no eran grandes. Posteriormente hemos tenido ocasión de ver a F. sin que su estado haya vuelto atrás.

OBSERVACIÓN 4ª.—Heliodoro Peña, natural de Chiquinquirá, ha vivido durante varios años en climas calientes; no hay antecedentes específicos. Ha sufrido de várices y posteriormente hace tres años ha tenido ulceraciones en la pierna y pie izquierdos, bajo la forma de cráteres, de bastante profundidad, que supuraban mucho, arrojando al principio un líquido ambarino; tan tenaces y extensas lesiones motivaron un largo tratamiento del doctor Jesús Mejía, quien llegó hasta practicar un raspado a Peña. Inútil todo; reaparecieron las lesiones, después de ligera mejoría, en mayor extensión y peores caracteres. Hace año y medio vino a esta ciudad y se puso en manos del señor doctor P. J. Pérez, quien ensayó varios tratamientos, como yoduro de potasio al interior en dosis suficiente, azul de metileno, yodoformo y otros desinfectantes al exterior. Durante dos meses siguió el tratamiento instituido bajo tan inteligente dirección, pero tuvo que regresar a San José de Pare, su residencia habitual, en el mismo deplorable estado.

En los primeros días de agosto de 1912 fue llamado uno de sus allegados urgentemente; se le pedía llevara cloroformo. Se me explicó que un colega de Monquirá, que por entonces trataba a Peña, juzgaba indispensable una intervención quirúrgica. Sugerimos al allegado que intentaran una aplicación de 606 antes de la operación. En ese mismo mes trajeron a Peña a esta ciudad y se nos llamó para que lo tratáramos.

Hallámos el pie y la pierna en un estado lamentable, tanto por la extensión y profundidad de las ulceraciones, como por la

inflamación de la región enferma. Por lo demás, no había antecedentes específicos, ni hereditarios, ni adquiridos, los que buscamos con especial cuidado e interés. Practicamos un raspado con alambre de platino iridado, previamente llevado al rojo; hicimos sobre láminas de vidrio algunos frotos; coloreamos por los métodos de Giemsa, Leischman, y apenas encontramos espirilas comunes y no las de Schaudinn o de Castellani. Porque pensamos que ya que no había antecedentes específicos, podría tratarse de una espiroquetosis, como bubas, frambuesia, o pian, etc. etc. El encuentro de espirilas comunes nos dejó perplejos, pues no pudimos asegurar si alguna de las observadas era específica de una entidad clínica y, por consiguiente, productora de las lesiones que presenciábamos, o si se trataba únicamente de espirilas tan frecuentes en lesiones de la piel, análogas a éstas. Pensamos igualmente se pudiera tratar de una esporotricosis de las descritas últimamente por Beurman y Gouguerot, pero el tratamiento por el yoduro a que fue sometido por el doctor Pérez, cinco meses antes, nos hizo desechar tal idea. Además, desprovistos como estábamos de gelosa Saboureaud, no pudimos controlar científicamente nuestras dudas. Antes de aplicar el 606 por vía intravenosa, resolvimos hacer una prueba con el medicamento aplicado localmente en polvo o incorporado a la vaselina, e hicimos aplicaciones en las lesiones más recientes y menos profundas. Con gran sorpresa encontramos al día siguiente marchitas y secas esas pequeñas ulceraciones donde habíamos puesto el arsenobenzol, lo que nos decidió a practicar al día siguiente la inyección intravenosa.

El 29 de agosto, asociados a nuestro colega el doctor Pérez, y siguiendo nuestra técnica antes descrita, aplicamos la inyección de 50 centigramos de salvarsán. Ligera congestión de la cara durante la inyección, calofrío y ascenso térmico de 38° algunas horas después y ansia pasajera, fueron las consecuencias inmediatas de la inyección. Al día siguiente el enfermo estaba calmado y agradablemente sorprendido del rápido resultado de la inyección. Evidentemente, observamos disminución en la supuración, menos inflamados el pie y la pierna, menos calor local, bastante marchitas las lesiones, y el enfermo se nos manifestó complacido, pues le habían disminuído notablemente los dolores. Advertimos que la inyección fue practicada en su domicilio. Día por

día el enfermo, el suscrito y las personas de la casa del paciente observámos, gratamente sorprendidos, los extraordinarios progresos que hacía la mejoría.

«Aquello, decían, parecía hecho como con la mano.»

Así transcurrieron varios días, hasta el 18 de septiembre en que resolvimos, en vista de la tenacidad de algunas ulceraciones de la región plantar, aplicar una nueva inyección intravenosa de salvarsán. Al día siguiente la practicámos en el otro brazo, cuya mano tenía imposibilitada nuestro enfermo a consecuencia de un balazo sufrido en la guerra de 1885, balazo que debió interesar el nervio cubital o una de sus ramas principales. El efecto de los 60 centigramos que inyectámos en esta ocasión fue terminante, concluyente, como que tres días después se hallaban completamente cicatrizadas las ulceraciones que resistieron a la primera inyección. Y cosa rara e inexplicable, el enfermo recuperó en parte la movilidad en los dedos de la mano hasta entonces abolida desde 1885.

Un mes después de pasear por la población se fue nuestro enfermo a su residencia de tierra caliente, radicalmente curado; curación que hasta hoy—escribimos en octubre de 1913—perdura, a pesar del clima caliente, del ejercicio hecho por Peña, ejercicio en ocasiones fuerte, pues nuestro cliente es cazador empedernido.

OBSERVACIÓN 6.^a—J. Cuervo, natural de Simijaca, de veinticinco años. Hace dos años tuvo chancro duro único, roséola, placas mucosas, dolores esteócopos, rinitis, lesiones que fácilmente cedieron al tratamiento mixto. Perdimos de vista por dos años a nuestro enfermo, y posteriormente volvió a nuestro consultorio con una perforación, del tamaño de una libra esterlina, en el velo del paladar, con dolores reumáticos, mal olor en las narices, debido a la rinitis específica, congestión del hígado, etc., etc., y muy enflaquecido. A tal situación lo había llevado el abandono en el tratamiento de su enfermedad, el abuso del cigarrillo y el uso de la chicha, licor por el cual profesaba nuestro enfermo especial predilección.

El 25 de noviembre practicámos en nuestro consultorio y ayudados del doctor Rómulo Páez, una inyección intravenosa de 50 centigramos de arsenobenzol, usando nuestra técnica acostumbrada. Antes de terminar la inyección y ya cuando ésta concluía, nuestro enfermo palideció ligeramente, manifestó tener ansia y

tuvo vómito de un color amarillo, idéntico al líquido que inyectábamos. Terminámos la inyección y aplicámos compresas empapadas en éter sulfúrico sobre el epigastrio. Este ligero accidente pasó en corto tiempo y permitió al paciente irse por sus pies a su casa de habitación. Tal vez la congestión del hígado y la plétora de bilis fue la causa de los vómitos francamente biliosos. Tres días permaneció acostado; al cabo de una semana había aumentado su peso y desapareció el mal olor de las fosas nasales, lo mismo que los dolores osteócopos y la congestión del hígado. La perforación había palidecido bastante, pero no disminuyó en tamaño. Veinte días después, a petición del enfermo, practicámos una segunda inyección, la que pasó sin percance alguno y que disminuyó ligeramente el orificio de la perforación.

En vista del resultado casi nulo del salvarsán aconsejámos al enfermo ir a Bogotá a hacerse poner una pieza en la perforación. Hace seis meses no vemos a este enfermo ni sabemos nada de él.

OBSERVACIÓN 7.^a—X. X., natural de Simijaca. Hace quince días contrajo un chancro, el que nos pareció duro, con infarto ganglionar ligero. Advertidos de la importancia de la pronta intervención por medio del salvarsán, de acuerdo con las indicaciones de Jeanselme y Vernes, aplicámos una inyección de 40 centigramos de arsenobenzol, la que produjo la cicatrización en ocho días del chancro y la desaparición de los ganglios. Diez días después aplicámos una segunda inyección de 60 centigramos. Han transcurrido desde entonces seis meses sin que hasta hoy se hayan presentado nuevas manifestaciones específicas.

OBSERVACIÓN 8.^a—Abdón Simón, armenio. Tuvo un chancro duro, que fue tratado en un principio por inyecciones mercuriales, a las que renunció por dolorosas y por haberle ocasionado síncope en alguna ocasión. Hallámos erupción papulosa en la región frontal y en los muslos, dolores articulares y placas mucosas bucoaríngeas. En enero de este año practicámos una inyección intravenosa de 606, previo examen del corazón, del hígado y los riñones. Inyectámos 50 centigramos de salvarsán, sin que se produjera el más ligero accidente después de su aplicación. En ocho días desaparecieron las placas, las manifestaciones en la piel y los dolores osteócopos. Un mes después contrajo matrimonio sin que hasta hoy hayamos tenido conocimiento de sus consecuencias.

OBSERVACIÓN 9.^a—X. Páez, natural de Chiquinquirá, de veintidós años de edad. Hace algunos años tuvo varios chancros contraídos en Bogotá. Posteriormente asistió al consultorio del doctor Salgado, quien instituyó un tratamiento mixto, el que mejoró un tanto al paciente. En seguida sufrió de reumatismo, que cedió al salicilato de soda y al yoduro de potasio. Actualmente presenta una erupción generalizada, que da un aspecto de tigre a la piel del enfermo. El señor doctor Pérez, a quien consultó, tuvo a bien enviárnoslo, y determinamos la aplicación, por primera vez, del neosalvarsán o 914.

El 1.^o de marzo, en su domicilio, y acompañados por el colega doctor Pérez, practicámos una primera inyección de 60 centigramos del nuevo producto de Ehrlich. Nos llamó la atención la completa y fácil solubilidad de la sustancia y la ninguna necesidad de adicionar soluciones, ni ácidas, ni alcalinas. Las consecuencias de la inyección fueron felices: ni ascenso térmico, ni ansia, diarrea u otra manifestación de intolerancia. Palideció bastante y desapareció en parte la erupción. Ocho días después practicámos una segunda inyección de 914, la que hizo desaparecer completamente lo que restaba de erupción.

Hemos tenido ocasión de ver al enfermo, y nos dice que las lesiones no han reincidento, que el apetito ha aumentado y que ha ganado en peso.

Estas son, señores académicos, las observaciones personales que tenemos el honor de someter a vuestra alta ilustración científica. Aun cuando no se trata de una estadística de centenares de casos, sí encontramos en ellas la sífilis en su proteica forma y en sus distintos períodos. Los resultados de la droga en todos nuestros enfermos nos demuestran de una manera incontrovertible la indiscutible acción del arsenobenzol sobre las lesiones específicas en cualquiera de sus períodos. Nos hacen ver que lejos de ser transitorios y fugaces sus efectos, como sus gratuitos detractores lo han proclamado, son durables las curaciones obtenidas con el remedio. Tenemos entre las observaciones citadas casos en que después de casi dos años, año y medio y un año, en los cuales no sólo se obtuvo con una o dos dosis suficientes de 606 la desaparición completa de lesiones que hasta entonces habían

resistido a los tratamientos mejor instituidos con el mercurio y el yoduro de potasio, sino que en el lapso transcurrido sin tratamiento alguno, no han vuelto a aparecer ni las mismas ni nuevas manifestaciones específicas.

No somos de los que se van tras el brillo más o menos durable de un naciente sol; de ahí que jamás por nuestra mente haya pasado la idea de abandonar esos antiguos baluartes de la terapéutica llamados mercurio y yoduro de potasio, a los que desde lejanísimas épocas el arte de curar y la humanidad deben tanto. Nó; lejos de eso, su nunca desmentida eficacia hacen que tales sustancias sean, por decirlo así, el «pan y carne» de nuestro diario en el ejercicio de la profesión, sin que hasta hoy hayamos tenido que renegar de su uso.

Esto no quiere decir que, aferrados a la tradición, hagamos a un lado los adelantos que la civilización y el progreso, por conducto de la ciencia, hacen diariamente, sin averiguar si tales innovaciones proceden de la raza latina, de la sajona, de la mongólica o de la negra, pues creemos sinceramente que la ciencia y el progreso no tienen, ni deben tener fronteras.

Por otra parte, creemos con Millian que muchos de los accidentes y fracasos hasta hoy cosechados y atribuidos erróneamente al 606 o al 914, son hijos de una técnica defectuosa en la preparación de la droga, o en la cantidad de ésta, o debidos a negligencia en el examen que previamente debe hacerse de la integridad funcional de los órganos más importantes como el riñón, el hígado, el sistema nervioso, la aorta y los órganos de los sentidos, examen sin el cual jamás debe ningún médico que se precie de honrado practicar una inyección de 606 o de 914.

Creemos, honrada y conscientemente, que ciñéndose a una técnica escrupulosa, el salvarsán y el neosalvarsán están llamados a perdurar eternamente, como a pesar de la humana inconstancia y de la volubilidad de los hombres han perdurado hasta hoy el mercurio y el yoduro de potasio.

Para terminar me permito ofrecer a esa docta corporación enviar pronto dos trabajos más sobre *tricocefalosis* y su tratamiento, el uno, y el otro sobre *anquilostomiasis* en la Provincia de Occidente de Boyacá.

Chiquinquirá, octubre 12 de 1913.

Informe

RELATIVO AL TRABAJO DEL DOCTOR JORGE D. RUEDA

Señores académicos:

En la última sesión del año pasado se me encargó de estudiar un trabajo científico del doctor Jorge D. Rueda, graduado de la Facultad de Medicina de esta capital, y que ejerce su profesión en la ciudad de Chiquinquirá, trabajo que lleva por título *606 y 914 en Chiquinquirá*. El envío de esta comunicación a la honorable Academia tiene por objeto cumplir una formalidad de su reglamento en el puesto de miembro correspondiente, que es el deseo del doctor Rueda, inteligente y distinguido colega.

En el mencionado trabajo el doctor Rueda hace al principio un estudio de la historia del salvarsán; refiere las discusiones apasionadas en todas las sociedades médicas, en las Academias y entre el mismo público; trata del asunto desde el punto de vista de las indicaciones y contraindicaciones del 606.

Da a conocer el doctor Rueda en su interesante trabajo sus observaciones personales desde la época en que fue médico del Asilo de los Locos, hasta los casos que trató en Zipaquirá y Chiquinquirá. Antes de relatar sus observaciones, explica la técnica que ha seguido; él emplea el aparato del doctor Azúa, de vidrio, graduado con índice de cristal, aguja corta y de platino iridado; usa suero de Hayem fresco. El 914 lo aplica en solución de agua fresca pura, hervida y filtrada; alcaliniza las soluciones del 606 con soluciones de soda cáustica de título variable hasta pasarlas de neutras a ligeramente alcalinas. El doctor Rueda juzga que a esta precaución y al uso de agua fresca debe el no haber tenido accidentes.

En la primera observación refiere el caso de un hombre de treinta y cinco años, natural de Chiquinquirá, quien tuvo manifestaciones primarias, secundarias, roséola, placas mucosas y signos terciarios en la comisura de los labios y en el mentón; lesiones rebeldes que no cedieron a las aplicaciones de inyecciones mercuriales ni a éstas combinadas con la administración de yoduro de potasio. El doctor Rueda, siguiendo la técnica rigurosa, le

aplicó una inyección intravenosa de 50 centigramos de salvarsán el día 14 de diciembre de 1911; tres días después observó el doctor Rueda, con agradable sorpresa, desaparecer las manifestaciones de la cara que habían impelido al paciente a vivir oculto. Esta observación es interesante por lo rebelde de las lesiones al tratamiento específico que le aplicaron en varias ocasiones, por la rapidez con que obró la inyección, la precisión del diagnóstico, los rigurosos cuidados en la técnica, pues era la primera inyección intravenosa que se aplicaba en la Provincia. En la segunda observación se trata de un individuo de treinta y ocho años, quien tuvo manifestaciones secundarias e intermedias apreciables, faríngeas y laríngeas, que determinaron afonía completa; acompañaban a estas lesiones dolores osteócopos y una erupción pupulosa en ambas pantorrillas. Este paciente ya había sido tratado por las inyecciones mercuriales y el yoduro de potasio sin resultado favorable. Previo examen del enfermo y en asocio del doctor Rómulo Páez, el doctor Rueda le aplicó una inyección intravenosa de 50 centigramos de salvarsán; los resultados no se hicieron esperar: las lesiones fueron desapareciendo hasta dos meses después, en que el enfermo se sentía completamente restablecido, y apenas se le notaba una ligera alteración de la fonación.

En esta observación llama la atención la manera como obró el salvarsán en la laringitis, pues muchos de vosotros habéis notado en vuestra práctica profesional lo rebelde de esta lesión al tratamiento específico, al extremo en muchos casos de haber ensayado un tratamiento científico sostenido sin resultado alguno, quedando áfonos de por vida; esta observación viene a corroborar lo ya observado por el doctor José Tomás Henao, de Manizales, quien en su memoria al Congreso Médico reunido en Medellín, dice hablando del salvarsán:

«De mi experiencia puedo decir que las manifestaciones que con mayor rapidez ceden, son las que se localizan en la faringe y en la laringe.»

En la tercera observación se refiere a un hombre, natural de Caldas, con antecedentes sifilíticos, que presentaba en el momento de tratarlo manifestaciones secundarias, especialmente ulceraciones laríngeas, que ocasionaban al enfermo crisis de asfixia,

que hicieron pensar en practicar la traqueotomía. Este enfermo había sido tratado por un distinguido colega por inyecciones mercuriales y el yoduro de potasio, con lo cual obtuvo alguna mejoría. El doctor Rueda le aplicó tres inyecciones intravenosas de salvarsán, la primera de 45 centigramos, la segunda de 50 centigramos, y la tercera de 60 centigramos, y obtuvo una mejoría tan marcada en su estado general, que apenas se notaba una ligera alteración de la fonación. En esta observación, lo mismo que en la anterior, obró eficazmente el salvarsán sobre las lesiones laríngeas.

La cuarta observación es muy interesante por lo grave de las lesiones que presentó el enfermo, por no haber antecedentes específicos, por no haber cedido al tratamiento médico instituido en varias ocasiones, porque el examen bacteriológico hizo pensar en otra enfermedad, y por la manera rápida y eficaz como obró el salvarsán.

Se trata de un individuo natural de Chiquinquirá y que había vivido varios años en tierra caliente. Carecía de antecedentes sífilíticos; presentaba ulceraciones en la pierna y pie izquierdos, profundas, bajo la forma de cráteres de bastante profundidad, que supuraban mucho; este enfermo fue sometido a un raspado sin resultado alguno. Atendido por el doctor Rueda, hizo un análisis bacteriológico previo; valiéndose de un raspado con alambre de platino iridado, previamente llevado al rojo, encontró espirilas comunes, y no las de Shaudinn o de Castellani.

Antes de aplicar el 606 por vía intravenosa resolvió el doctor Rueda hacer una prueba aplicándolo en polvo en las lesiones más recientes y menos profundas. Las pequeñas ulceraciones no tardaron en secarse. En vista de este cuadro y de lo observado con la aplicación local del salvarsán, resolvió inyectarlo por la vía intravenosa. En asocio del doctor P. J. Pérez le aplicó 50 centigramos. Los resultados fueron sorprendentes: disminución de la supuración, menos inflamados el pie y la pierna, marchitas las lesiones, y los dolores habían desaparecido; diez días después le aplicaron nueva inyección, lograron conseguir la desaparición de todas las ulceraciones; además, recuperó la movilidad de los dedos de la mano hasta entonces abolida desde la guerra de 1885, en que sufrió un balazo que debió interesar el nervio cubital.

La quinta observación se refiere a un joven de veinticinco años, natural de Simijaca; trae en su historia patológica accidentes primario, secundario y terciario, manifestándose especialmente una perforación del paladar del tamaño de una libra esterlina, rinitis, congestión hepática y extremo enflaquecimiento; a esto se agregan hábitos alcohólicos y abuso del cigarrillo. El doctor Rueda le aplicó el salvarsán en inyección intravenosa, en asocio del doctor Rómulo Páez; pocos días después se notó aumento de peso, desaparición del mal olor nasal y de los dolores osteócosos. Veinte días después le practicó nueva inyección, con la cual logró que disminuyera el tamaño del orificio de la perforación. Ya bien restablecido se le aconsejó se hiciera poner una pieza en la perforación. En esta observación llama la atención la manera rápida como obró el salvarsán sobre la caquexia sifilítica y los demás fenómenos secundarios.

En la sexta observación se trata de la aplicación de 40 centigramos en inyección intravenosa, a un enfermo que tenía un chancro duro e infarto ganglionar. Se obtuvo la cicatrización a los ocho días; una segunda inyección de 60 centigramos restableció por completo al paciente.

La séptima historia clínica la refiere a un individuo a quien le trataron sus accidentes primarios con inyecciones mercuriales y luego fue atendido por el doctor Rueda para manifestaciones secundarias, erupción papulosa en la región frontal y en los muslos; placas mucosas bucofaringeas y dolores articulares. Inyección de 50 centigramos de salvarsán; ocho días después hubo desaparición total de todas sus manifestaciones sifilíticas. Un mes después contrajo matrimonio, sin que hasta la fecha en que el doctor Rueda escribe su observación haya notado en su cliente manifestación alguna.

La octava observación se refiere a un joven de veintidós años; accidentes primario y secundarios, reumatismo articular agudo y una erupción generalizada y confluyente que daba a la piel el aspecto de tigre. Ensayados sin resultado el salicilato de soda y el tratamiento mixto, el doctor Rueda aplicó por primera vez a este enfermo el 914 en la cantidad de 60 centigramos, en inyección intravenosa, y obtuvo un resultado satisfactorio; ocho días después practicó una nueva inyección, y desapareció por completo la erupción.

Estas observaciones que el doctor Jorge D. Rueda somete a vuestra consideración, revelan el juicioso criterio en los casos clínicos de sífilis en sus diversas manifestaciones que se le han presentado por su tratamiento; la técnica rigurosa que ha seguido para las aplicaciones del salvarsán y del 914 por vía intravenosa, y el feliz éxito obtenido; si a esto se agrega que en pocos años de ejercicio profesional, ha alcanzado merecida reputación como médico distinguido, en justicia es acreedor a que esta corporación le señale un puesto como miembro correspondiente.

Por lo tanto, vuestra Comisión tiene el honor de proponer:

Primero. Publíquese el trabajo del doctor Jorge D. Rueda, titulado *El 606 y el 914 en Chiquinquirá*, en la *Revista Médica*.

Segundo. Nómbrase al doctor Rueda miembro correspondiente.

Vuestra Comisión.

TIBERIO ROJAS

La Academia aprobó por unanimidad esta proposición, en la sesión del 25 de febrero último.



Consejo Superior de Sanidad

Esta corporación ha estado funcionando con regularidad, y sus labores han sido bien activas. Entre las diversas disposiciones que ha dictado, mencionaremos las siguientes, en que se ocuparon sus sesiones de enero y febrero últimos:

Ha señalado los diversos asuntos en que principalmente habrán de ocuparse las Juntas Departamentales de Higiene y sobre los cuales enviarán al Consejo informes y estudios especiales. Para dotar a esas Juntas de libros y periódicos de higiene y otros elementos, el Consejo señaló en su presupuesto la cantidad de \$ 300 oro, para cada una de ellas.

El Consejo ha pedido al Exterior los aparatos y elementos más necesarios para dar principio a la formación de un laboratorio bacteriológico y químico, destinado a la higiene y que dependerá del Consejo. El pedido se ha hecho de acuerdo con las indicaciones de los Profesores F. Montoya M. y Federico

Lleras A., miembros de aquella corporación. Se solicitará del Gobierno que dé principio a la construcción de un local apropiado, el cual, así como el laboratorio, puede irse ensanchando hasta llegar a formar un verdadero instituto, de acuerdo con los recursos de la Nación.

Ha solicitado el Consejo que el Gobierno establezca laboratorios bacteriológicos en los puertos marítimos ahora, y más tarde en los puertos fluviales, con lo indispensable para que los Médicos de Sanidad puedan emprender ciertos estudios que necesitan de laboratorio.

Al Ministerio de Gobierno y a la Comisión Central para la extinción de la langosta ha presentado el Consejo un proyecto de organización de una Comisión científica, o más de una, si fuere necesario, para poderse hacer científicamente y bajo la dirección del Consejo o de la respectiva Junta Departamental de Higiene, estudios del procedimiento de D'Herelle. Así podrá llegarse a saber el valor efectivo de este procedimiento y se harán los ensayos con economía. Para los estudios de esta clase que en Bogotá hará el Consejo, el Profesor Lleras A. ha ofrecido gratuitamente su laboratorio, entretanto llega y se instala el que se pidió a Europa.

Por indicación del Ministerio de Gobierno, el Consejo ha estudiado un plano para la construcción de un mercado cubierto en el Lazareto de Agua de Dios, con el objeto de que las transacciones se hagan sin que los vivanderos sanos se pongan en contacto con los leprosos del Lazareto. El Consejo aprobó el plano, con algunas modificaciones. El Ministro comunicó que por no haber en el Presupuesto partida para esta obra, se había adaptado un local espacioso para el mercado, provisionalmente.

Ha pedido el Consejo que se restablezcan los puestos de piloto y remeros destinados al servicio de sanidad de Buenaventura, a fin de vigilar mejor el puerto. También ha pedido que se aumente cuanto fuere posible el personal de la Policía sanitaria de Tumaco, para la vigilancia de ese puerto, y especialmente para impedir el contrabando por embarcaciones menores, que pueden traer la peste de Limones y demás puertos ecuatorianos infectados.

Para defender esos puertos de la invasión de la bubónica que está en el Ecuador, apenas a veinte leguas de Tumaco, pidió

el Consejo que se enviara dinero suficiente a fin de que las autoridades sanitarias puedan dar cumplimiento a los acuerdos y decretos de sanidad, y además dictó una Resolución especial para este caso, que fue aprobada por el Gobierno. Dispone esta Resolución, entre otras cosas: construir hospitales o lazaretos de observación y de aislamiento por si llegare el caso de invasión de peste, y que serían provisionales entretanto se construyen las estaciones sanitarias proyectadas; dar recursos para emprender la destrucción de las ratas; enviar suero antipestoso; nombrar, de acuerdo con la Ley 33 de 1913, Comisiones sanitarias en los puertos de Buenaventura, Tumaco y Guapi; exigir patentes de sanidad, no solamente a las embarcaciones mayores, sino a las menores; nombrar un Médico Inspector de Sanidad de los puertos del Pacífico, encargado de vigilar por el cumplimiento de todas las medidas de profilaxis, y nombrar en Guapi un Médico de Sanidad y establecer en este puerto Policía suficiente; continuar aplicando con rigor las disposiciones sobre recibo y entrega de la correspondencia a cierta distancia de los puertos, y no recibir pasajeros ni carga de los puertos del Sur sino al regreso, después de haber sido desinfectados los buques en Panamá; esto hasta cuando lleguen los grandes aparatos de desinfección con sus lanchas, que están pedidos a Nueva York. El Ministerio de Gobierno ha dado las órdenes para que se cumplan inmediatamente todas estas disposiciones.

Ha pedido el Consejo de Sanidad al Ministro de Relaciones Exteriores que ordene a los Cónsules de Colombia en los puertos del Ecuador y del Perú que envíen por telégrafo informes semanales, por lo menos, a los Médicos de Sanidad del Pacífico y a las Juntas Departamentales de Higiene de Pasto, Popayán y Cali, relativos al estado sanitario de los respectivos puertos, especialmente con referencia a la peste bubónica.

El Consejo dirigió una nota a todos los Médicos de Sanidad de nuestros puertos en que les recuerda la importancia que tiene el cumplimiento de las disposiciones referentes a sus funciones y les encarece que pongan el mayor cuidado en observarlas. Ha pedido a las Juntas Departamentales de Higiene que inspeccionen ese servicio y den cuenta al Consejo de cualquiera irregularidad u omisión que noten.

Tanto de Tumaco como de Buenaventura se ha pedido vi-

rus Danysz para matar ratas; y aunque se dispuso que se pidiera al Exterior y se enviara a esos puertos, el Consejo de Sanidad comunicó al Ministerio de Gobierno que en atención a que dicho virus pierde fácilmente su actividad, debía pedirse al Instituto Pasteur de París, para traerlo a esta capital, donde el Consejo se ocuparía en mantener su virulencia y distribuirlo luego a los puertos constantemente. De este modo es más eficaz su aplicación.

Dictó el Consejo de Sanidad una Resolución, que fue aprobada por el Gobierno Nacional, en que se dispone que se ensanche y se organice el Hospital de Los Alisos, destinado para viruela, que hoy está en pésimas condiciones y sin recursos. También se dispone que se construyan pabellones para enfermos de tuberculosis, a fin de separarlos de los demás enfermos. Estas medidas son de mucha importancia y es de esperarse que las autoridades las pongan en práctica.

El Consejo hizo una minuciosa visita al Parque de Vacunación de esta ciudad, donde se cultiva la linfa de ternera para la vacunación antivariolosa, y que está bajo la dirección del Profesor Jorge Lleras. El Consejo presentó un informe en que hace justicia a la importante labor del Profesor Lleras y a la manera satisfactoria como tiene organizado el establecimiento, e indicó las obras más urgentes para terminar la construcción del edificio y los aparatos necesarios para completar el laboratorio. El Ministerio de Gobierno autorizó esos gastos y dispuso dar principio a las obras.

En la última quincena de febrero y en la primera de marzo el Consejo ha recibido del Director del Parque de Vacunación vacuna (*cow-pox*) para más de cincuenta mil personas; en vista de la aparición de viruela en algunos Departamentos, ha ordenado el Consejo que se active la vacunación y la revacunación y distribuido la vacuna a las Juntas Departamentales de Higiene y a varias autoridades. El Consejo ha quedado encargado de recibir y distribuir toda la vacuna.

Expidió el Consejo el Acuerdo número 4, «sobre profilaxis de la viruela en la República,» que fue aprobado por el Poder Ejecutivo, como lo dispone la ley. En este importante Acuerdo se han reunido todas las disposiciones que sobre el particular estaban vigentes, modificadas y adicionadas como lo exigen las

circunstancias. Allí se ha señalado la conducta que deben seguir las autoridades y los particulares, así como el papel de los médicos, cuando aparezca la viruela en algún Municipio.

El Consejo ha solicitado que el Ministerio de Gobierno presente a la próxima Legislatura un proyecto de ley sobre inmigración, y le ha ofrecido su cooperación en todo lo que se relacione con las medidas basadas en la higiene. Aplicando las disposiciones que en la materia contiene un Acuerdo de la Junta Central de Higiene, las autoridades sanitarias del Atlántico han podido detener cierta inmigración «no deseable,» entre la cual figuraban chinos y jamaicanos procedentes de Panamá, así como gitanos y otros que venían en malas condiciones de higiene. Esto demuestra que la ley tendrá eficacia.



La cafeína

TRADUCIDO Y EXTRACTADO POR EL DOCTOR MANUEL RUEDA
ACOSTA

Tomamos de la *Revista Terapéutica*, de diciembre de 1913, el siguiente estudio fisiológico y clínico de la cafeína, que creemos de bastante importancia.

La cafeína—aparte del té y del café—es el principio activo de toda una serie de sustancias medicinales que deben *a ella sola* sus propiedades fisiológicas y terapéuticas. Fue hallada en 1820 por Rundge en el café. En 1824 Oudry la descubría en las hojas del té y le daba el nombre de teína; pero Mulder y Yodst, en 1838, demostraron que teína y cafeína eran productos idénticos. Dumas y Pelletier hicieron, tres años después de haber sido descubierta, el análisis de la cafeína y demostraron que es una trimetilxantina.

En 1840 Martin descubrió la cafeína en los frutos de la *paulinia sorbilis* (el guaraná). Stenhouse, en 1843, la descubrió a su vez en el té del Paraguay o mate, de la familia de las aquifoliáceas. Ha sido encontrada igualmente en las nueces de *gourou* o de kola.

Los alcaloides que en otro tiempo se distinguían con los nombres de cafeína, teína, guarina, etc., son hoy reconocidos como idénticos y designados con el nombre genérico de *cafeína*.

Cada una de las sustancias cafeínicas posee evidentemente su sabor y su forma particulares, que en la vida común hacen preferir las unas a las otras, según las costumbres y los gustos. Sin embargo, cuando se trata de algo más importante que la mera satisfacción del paladar, es decir, de responder a una indicación terapéutica a menudo imperiosa, hay que acordarse de la recomendación de G. Séé, que decía: «hay que dejar a un lado todas esas preparaciones y optar por la cafeína, única que permite al médico saber lo que hace y lo que prescribe.»

Cristalizada, la cafeína se presenta en forma de finas agujas, prismáticas y sedosas; contiene una molécula de agua de cristalización, o sea 8,4 por 100; tiene un sabor muy amargo; calentada a 159° no pierde completamente su agua; funde a 178° y se sublima, sin descomposición, a 185°.

Es soluble en sesenta partes, poco más o menos, de jugo gástrico (Leblond), en dos partes de agua hirviendo (Husemann). La solución saturada se convierte en papilla por el enfriamiento; se necesitan noventa partes de agua, nueve partes de cloroformo, cincuenta partes de alcohol y mayor cantidad de éter para disolverse.

Su fórmula es $C^8 H^{10} AZ^4 O^2$.

Las propiedades alcalóidicas de la cafeína—dice Fauret—son muy débiles. No siendo alcalina, es incapaz de neutralizar la más pequeña cantidad de ácido, y si forma sales con ciertos ácidos, esas sales distan de ser tan estables como las de mayor parte de los otros alcaloides.

Según dicho autor, las sales orgánicas no forman sales definidas con la cafeína. Con los ácidos minerales se pueden obtener sales perfectamente definidas, pero son poco estables y se descomponen en el agua y al aire libre.

En cambio, Fauret ha notado que en contacto con el benzoato, con el cinamato, con el salicilato de sosa, la cafeína se disolvía en muy poca agua y formaba de este modo sales dobles muy solubles y muy ricas en cafeína.

Nos proponemos pues abandonar las pretendidas sales de caféina obtenidas por el ácido cítrico y valerianico, etc., para no servirnos sino de la caféina pura o bien de la sal doble: el salicilato de sosa y de caféina.

Las *propiedades fisiológicas* esenciales de la caféina, aquellas en las cuales están basadas sus aplicaciones terapéuticas, propiedades que conviene recordar a menudo al médico, a fin de que no olvide sus indicaciones, son las siguientes:

Posee una acción estimulante sobre el sistema nervioso, tanto desde el punto de vista de las funciones intelectuales como del conjunto de las funciones nerviosas de la vida animal.

Facilita el trabajo muscular de una manera especialísima, y permite continuarlo durante mucho tiempo sin esfuerzo y sin fatiga. Por sus propiedades sobre los sistemas nervioso y muscular, posee una acción tónica, en cierto modo electiva, sobre el corazón, cuya actividad funcional realza y sostiene de un modo notable.

Esas mismas propiedades nerviosas y musculares hacen de ella un agente muy eficaz contra la sofocación.

Por último, sobre la nutrición, la caféina actúa: 1.º, suprimiendo la sensación de hambre y la depresión nerviosa, que es su consecuencia; 2.º, sosteniendo intacto, durante cierto tiempo, fuera de toda alimentación, el vigor muscular; 3.º, pudiendo suplir esa misma alimentación durante un tiempo más o menos prolongado.

Al mismo tiempo que un tónico del corazón, es también un reconstituyente general y un estimulante del sistema nervioso. Posee una acción especial sobre el sistema nervioso central, lo mismo desde el punto de vista del conjunto de las funciones nerviosas de la vida orgánica y de la vida animal, que desde el punto de vista de las funciones intelectuales. Es un medicamento maravilloso por lo mucho que facilita la elaboración de los trabajos mentales.

Pero aparte de ese poder excitante sobre las células que presiden a la función intelectual, la caféina posee sobre el sistema nervioso otra acción que no le cede en nada en cuanto a utilidad, y que hasta le es superior desde el punto de vista general de la práctica médica: nos referimos a su acción sobre los

centros bulbares, cuyo poder excitomotor ella despierta, conserva y aumenta.

Esto hace que sea un medicamento precioso en todas las adinamias.

Los experimentos del doctor Marie han evidenciado que la cafeína aumenta la energía, la amplitud y la duración de la contractilidad muscular. Esta propiedad de la cafeína es una de las más importantes desde el punto de vista de los ejercicios que tienen por objetivo un doble fin: desarrollar la energía muscular del sujeto y aumentar su resistencia a la fatiga. La cafeína, en suma, es un auxiliar precioso, así se trate de ejecutar grandes movimientos y grandes trabajos musculares, como de un fraccionamiento de la energía desplegada durante una carrera a fondo, por ejemplo.

La experiencia ha demostrado que en las marchas militares los soldados que han tomado cafeína llegan al punto de etapa con más soltura y en menos tiempo que los que no la han tomado.

Los informes de los doctores Bonnet, Bertrand, Lesbros, Bromnery, Hazalas, Bernard, Trousseau, Hussouy, Duvau, Forgias, Lasserre, Oberlin, Chopard, Aybram, Arnaud y muchos otros, concuerdan en este punto. Estos autores, en sus experimentos, han apreciado los servicios prestados por la cafeína en las marchas militares.

Hé aquí resumida la opinión de Gubler sobre las propiedades fisiológicas de la cafeína:

«La cafeína produce un estímulo favorable al ejercicio de las funciones animales y particularmente del trabajo intelectual.

«Estimula el sistema nervioso, aumenta la excitabilidad motriz de la medula, ejerce una acción estimulante sobre el bulbo, sobre la circulación, sobre la respiración; como consecuencia de ello, excita directamente la fibra muscular y facilita la diuresis, aumenta la cantidad de la bilis y de las orinas, al mismo tiempo que se elimina por estos dos líquidos orgánicos

«Es un estimulante poderoso del sistema nervioso, y produce, en dosis elevadas, una especie de *estricnismo*. La circulación se acelera por las pequeñas dosis y se modera si se aumentan; la respiración y la calorificación se modifican paralelamente con el pulso. La presión sanguínea aumenta con las dosis terapéuticas

«La cafeína estimula las secreciones salivar, biliar y urinaria; excita las glándulas intestinales.

«Las aplicaciones de la cafeína, limitadas, hace algunos años al tratamiento de la jaqueca y de las cefaleas, han tomado mucha importancia en el tratamiento de las cardiopatías.»

Como tónico del corazón, la cafeína está pues indicada en las diversas cardiopatías, particularmente en su período final, ya se trate de cardiopatía arterial o de cardiopatía vascular, en los casos en que la digital fracasa generalmente, según Huchard.

Es también un tónico general contra la adinamia de los tifoides y de los variolosos; contra la embriocardia, este síntoma precursor de la muerte, una dosis de cafeína combate más útilmente que las inyecciones de éter; contra la dilatación cardíaca aguda y secundaria; en las congestiones pulmonares del sarampión en su comienzo, lo mismo que en todas las otras congestiones pulmonares; en todos los estados adinámicos de las enfermedades agudas (cólera, neumonía, etc.), lo mismo que en la adinamia de las fiebres palúdicas y en todas las adinamias de la convalecencia, en el coma diabético. Siempre y dondequiera, la cafeína constituye un precioso recurso, en casos en que la terapéutica parece impotente. A este propósito, hé aquí en qué términos se expresa el señor Eloy en un trabajo sobre la cafeína:

«Cada vez que sea necesario dar un gran golpe, estimular la contractilidad de un órgano o aumentar la del tejido muscular, hay que prescribir la cafeína.»

Las maravillosas propiedades excitomotrices de la cafeína sobre el sistema nervioso central, sobre el corazón, la respiración y los músculos, explican sus buenos efectos en la neurastenia, la cual por lo demás no es otra cosa que una adinamia especial.

El doctor Huchard declara haber obtenido efectos notables, algunas veces extraordinarios, con el empleo de la cafeína en todos los estados adinámicos en general; la cafeína en esos casos actúa como tónico muscular y nervioso, al mismo tiempo que como diurético.

Esta acción de la cafeína sobre todos los estados adinámicos debe tomarse, dice Huchard, en gran consideración.

En las adinamias, en efecto, la acción de la cafeína es triple: 1.º, sobre el sistema nervioso, cuya vitalidad aumenta; 2.º, sobre el sistema muscular, cuya fuerza y tenacidad acrece; 3.º,

sobre la nutrición, que resulta con ella más fácil, más completa y más utilizable.

La cafeína es sin disputa el tónico cardíaco más activo y mejor tolerado: disminuye la frecuencia y aumenta la energía impulsiva de las contracciones del corazón, eleva la tensión del pulso, disminuye el calor y la sensación de la fatiga muscular.

A causa de esas propiedades generales sobre todo lo que es músculo, la cafeína es un tónico cardíaco que aumenta la fuerza absoluta del corazón y el volumen del pulso. Denis ha observado gráficamente esta propiedad.

En la práctica encuéntrase con frecuencia la indicación de dar tono al corazón, el *primum vivens* y el *ultimum moriens* de Haller, es decir, aumentar la energía funcional de este órgano importante. En efecto, la fatiga del corazón se observa en gran número de enfermedades orgánicas o nerviosas de la circulación; es la regla en la anemia, en las fiebres graves, en las afecciones nerviosas; es muy común en los ancianos y en las personas que sufren de una nutrición defectuosa o moderada. El agotamiento de las fuerzas, sea cual fuere su origen, se manifiesta siempre más o menos por la debilidad del centro circulatorio.

Todos los autores que han estudiado la cafeína han notado sus maravillosas propiedades dinámicas. Citar, aunque no sean sino los principales, nos llevaría demasiado lejos; de aquí que nos contentemos con recordar brevemente la opinión de algunos: G. Sée y Huchard, especialmente. Dreser, citado por G. Sée, en un estudio sobre los medicamentos reguladores del corazón, ha observado que la cafeína aumenta la fuerza absoluta del corazón y hace más amplio el pulso.

El mismo G. Sée, por su parte, dice en la misma comunicación que la cafeína es un excitante general, y mencionando sus experimentos con Lapicque y Parisot, recuerda que impide la sofocación y permite vencer la fatiga y el hambre.

Fonssagrive ha creado una palabra para expresar la acción de la cafeína sobre el sistema muscular: Este producto—dice—*desfatiga*.

De las propiedades generales y del modo de actuar la cafeína se desprenden las indicaciones de su empleo, y de aquí la utilidad de recordarlos siempre. Por esto hemos creído resumir la opinión de G. Sée sobre la cafeína.

En pequeñas dosis repetidas, la cafeína facilita el trabajo muscular, aumentando la actividad, no directamente del mismo músculo, sino del sistema nervioso motor, tanto cerebral como medular.

La consecuencia de esa doble acción es disminuir la sensación del esfuerzo y de neutralizar la fatiga, que constituye un fenómeno nervioso y al mismo tiempo químico.

La cafeína impide—y este es un hecho muy importante—la sofocación y las palpitaciones consecutivas al esfuerzo; de este modo comunica inmediatamente al hombre que se entrega a un ejercicio violento y prolongado la resistencia que le faltaba.

Produciendo esa excitación del sistema motor cerebroespinal, de la cual depende el aumento de la tonicidad muscular, la cafeína aumenta las pérdidas de carbono del organismo, sobre todo de los músculos, pero sin disminuir las pérdidas azoadas; resulta pues que en el sentido absoluto de la palabra no es medio de ahorro.

Contra lo que se creía, la cafeína no tiene la propiedad maravillosa de reemplazar los alimentos; lo único que reemplaza es la excitación tónica general que produce la ingestión de los alimentos.

Las indicaciones de la cafeína preséntanse, por decirlo así, diariamente. El individuo sano encuentra en ella el medio de suministrar una suma considerable de trabajo, sin alimentarse —si es preciso—durante cierto tiempo y sin llegar a la fatiga. El enfermo, el convaleciente o el adinámico hallan en ella un poderoso recurso para reaccionar y el medio de mantener su economía en un equilibrio fisiológico artificial, en espera de que reaparezca el equilibrio normal, lo que ella misma facilita de un modo notable.



Sociedad Terapéutica de París

TRATAMIENTO DEL BOCIO EXOFTÁLMICO POR LA QUININA A
DOSIS ELEVADAS

Por el doctor R. GAULTIER.

He obtenido resultados notabilísimos en los bocios exoftálmicos con la quinina administrada en altas dosis y por bastante

tiempo. La dosis es de 1 gramo 5 centigramos diarios en tres sellos de a 35 centigramos: uno por la mañana, otro a medio día y otro por la tarde. La medicación debe emplearse durante veinte días cada vez, por espacio de varios meses. El medicamento se tolera perfectamente.

¿Es posible explicar la eficacia de esta medicación? Sí, haciendo intervenir en los trastornos basedownianos la acción evidente del simpático, sea cual fuere la idea que se tenga acerca de ello. En efecto, para algunos el simpático es el *primum movens* que determina, con la dilatación de los vasos de la cabeza y del cuello, la vasodilatación del cuerpo tiroides, cuyo efecto secundario es la hipersecreción de esta glándula, y por consiguiente la hipertiroidización del organismo, que se manifiesta por taquicardia, neurosismo, temblor, enflaquecimiento, caquexia, etc. Esta patogenia se funda en consideraciones anatomopatológicas, ganglio cervical inferior, cuyo tejido intersticial se halla, al parecer, engrosado (Lancereaux); paquipleuritis del vértice del pulmón izquierdo, que irrita el mismo ganglio cervical inferior (Laiguet-Lavastine y Bloch); irritación del ganglio cervical inferior por ganglios linfáticos tuberculosos (Cléret). Se funda también en la fisiología y en la clínica, experimentos clásicos de Biffi, de Cl. Bernard y de Vulpian, es decir, excitación del cabo periférico del simpático cervical, que produce en el animal el síntoma de exoftalmía con midriasis que se observa en el hombre en la enfermedad de Basedow. Se funda, finalmente, en la terapéutica quirúrgica, que ha demostrado la influencia que ejerce sobre la sintomatología de esta enfermedad la sección del simpático cervical (Jaboulad y Jonnesco).

Según esta teoría patógena, puede admitirse que el bocio exoftálmico es la expresión de un trastorno funcional del simpático cervical, una simpaticopatía parcial (Lancereaux).

Para otros autores la función anormal del cuerpo tiroides es la causa de la patogenia de los accidentes basedownianos, bien sola o en combinación con los trastornos funcionales de otras glándulas, las genitales, la hipófisis, etc., lo que origina la hipertiroidía, o más bien la distiroidía. La aparición frecuente del síndrome basedowniano en los enfermos de bocio antiguo; la aparición de este mismo síndrome a consecuencia del tratamiento

por el yodo o por la opoterapia tiroidea; los buenos resultados del tratamiento antiroideo (inyección o ingestión de suero de animales etiroideos); los efectos beneficiosos obtenidos por el tratamiento quirúrgico (tiroidectomía parcial), son pruebas que hablan en favor de la hipertiroidia (Möbius, G. Ballct, Enríquez, Pfeiffer, Krauss, Fedeschi, etc.).

En cambio, la coexistencia del bocio exoftálmico y del mixœdema; la aparición de un mixœdema operatorio después de la resección poco extensa de un cuerpo tiroides basedowniano; la estructura de las glándulas enfermas que presentan lesiones, indicio de su hiperfunción; la posibilidad de excitación del simpático cervical después de la extirpación total del aparato tiroideo; la acción cardiovascular de los extractos de tiroides basedownianos, inferior a la del tiroides afectado de bocio simple, de muestran, al parecer, según otros autores, que se trata de distiroidia más que de hipertiroidia (Gley, Cleret, Klos, Schænborn). Resulta, al parecer, de lo que precede que la glándula tiroides desempeña un papel esencial en la enfermedad de Basedow, sea cual fuere su verdadero punto de partida o que se interponga como un multiplicador en el ciclo morboso.

Se han recomendado diversos tratamientos, fundados en estas diferentes patogenias. No los discutiremos, limitándonos a decir que su gran número prueba su poca eficacia.

Sin pretender que la medicación por la química sea esencialmente patógena, merece ensayarse, porque debe tenerse en cuenta que en el bocio exoftálmico los trastornos principales consisten en una vasodilatación activa de la cabeza y del cuello que la quinina corrige en casi todos los casos, gracias a su acción vasoconstrictora por excelencia. Creo inútil agregar en algunos enfermos el tratamiento por el suero de animales privados de tiroides.

Termino manifestando que en el tratamiento del bocio exoftálmico, las sales de quinina en altas dosis, prolongadas durante mucho tiempo, están, según creo, indicadas por su eficacia, su tolerancia y la facilidad de su empleo.

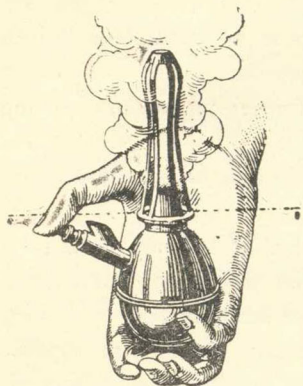


Variedades

Enfermedades de las mujeres

INYECCIÓN DE VAPORES SECOS DE FORMOL—El Profesor Pinard presentó en la sesión del 11 de marzo de 1913 de la Academia de Medicina de París un ingenioso aparato ideado por el doctor Braunberger, llamado *formoyector*, que, como su nombre lo indica, está destinado a proyectar en la vagina vapores secos de formol.

Lo curioso es que estos vapores no son producidos por ninguna fuente de calor, sino que resultan automáticamente por



FORMOYECTOR

una simple reacción química. Una disposición especial del aparato permite localizar el calor producido por la reacción, y así se evitan las quemaduras de la vulva. Sin más que una simple presión con el dedo, la enferma misma puede aplicarse una inyección de vapores de formol. Estos, que cuando van calientes son tan irritantes para los ojos y para la nariz, no lo son para la vagina, que los soporta admirablemente. Dichos vapores son antisépticos y ejercen una acción muy acentuada

sobre las supuraciones vaginales. Mediante ellos se puede también esterilizar en seco la vagina.

Los vapores de formol ejercen una acción tónica sobre los tejidos vaginales y perivaginales. En los casos de ptosis, tan frecuentes en los partos y tan temibles por su influencia en el estado general, los vapores de formol, merced a su acción hipertónica, pueden evitar el ulterior empleo de un pesario. Los resultados obtenidos en el servicio del doctor Pinard han sido excelentes.

La sencillez de la aplicación de esta desinfección le asegurará buen éxito. Las principales indicaciones son las metritis, las ulceraciones del cuello y las ptosis.

La dosis de gas es de 20 centigramos, y se produce por la reacción del contenido de una ampolla de *formoyectol* sobre una dosis de polvo de *formoyectol* que se deposita de antemano en el recipiente.



Desigualdad pupilar y afecciones pleuropulmonares

La desigualdad pupilar en las afecciones pleuropulmonares se ha estado discutiendo desde hace algún tiempo. El doctor A. Levêque ha hecho sobre el particular un estudio interesante, que ha completado con treinta observaciones personales. En este trabajo ha prescindido de los individuos en quienes se sospechen sífilis y otras causas de *anisocoria*.

La anisocoria o desigualdad pupilar se produce bajo la influencia de causas que es conveniente recordar.

La miosis proviene de una excitación del motor ocular común o de una sección del gran simpático.

La midriasis proviene de una sección del motor ocular común o de una excitación del simpático.

Debe recordarse que para que sea útil el examen de la pupila se necesitan ciertas precauciones. No debe emplearse sino una luz débil, y lo mejor es no hacer este examen sino en la cámara oscura. La luz que se emplee para cada ojo debe ser igual.

Lapersonne y Cantonnet han aconsejado lo que llaman el procedimiento de la midriasis provocada, que consiste en inyectar previamente en el ojo una solución de cocaína, lo que hace más notable la desigualdad, pero éste es un procedimiento un poco delicado y que complica el examen.

Igualmente se debe hacer el examen de los reflejos pupilares y buscar el signo de Argyll Roberston, que indicaría la sífilis, y entonces el caso debe eliminarse.

La anisocoria puede también encontrarse en otras circunstancias, y aun puede ser fisiológica, aunque esto es muy raro. Puede ser causada por una enfermedad del ojo, lo cual le quita todo valor desde el punto de vista en que nos ocupamos

Si se eliminan cuidadosamente esos casos, se verá que la

desigualdad pupilar en las afecciones pleuropulmonares es relativamente frecuente. Massalongo la ha hallado casi en el 30 por 100 de las enfermedades pleuropulmonares agudas o crónicas. Sergent, autor de un trabajo serio sobre el particular, ha comprobado en su servicio que de 24 enfermos atacados de afecciones pleuropulmonares, 14, o sea el 58 por 100, presentaban desigualdad pupilar. Hay una circunstancia que demuestra la importancia de este síntoma, y es que buscado ese signo un mismo día en todos los enfermos del servicio, que eran 64, no se halló sino en los que tenían afecciones pleuropulmonares.

El doctor Levêque, en el servicio del doctor Combemale, ha encontrado el signo en una proporción mayor, pues lo halló en 13 casos sobre 18, o sea en 78 por 100 de enfermos de afección pleuropulmonar. Este resultado proviene sin duda de que se han utilizado la cámara oscura y el procedimiento de la midriasis provocada, que ha permitido a Cantonnet hallar esta desigualdad en casi todos los tuberculosos que ha examinado en el primer período, y en todos en un período avanzado. Por los procedimientos ordinarios, la desigualdad parece menos frecuente; pero casi siempre se encuentra la midriasis del lado que esté más afectado.

También se observa la desigualdad pupilar en la pleuresía con derrame. Cualquiera que sea el origen y la naturaleza de la pleuresía, produce una ligera midriasis del lado enfermo, en una proporción de 41 por 100. Esta desigualdad desaparece al mismo tiempo que el derrame, pero la toracentesis no ejerce influencia sobre ella. No desaparece sino después de la completa curación.

Se observa la anisocoria en la neumonía y especialmente en la de la cima. También puede observársela en la bronquitis aguda.

Muchas teorías hay para explicar este fenómeno. Parece que estas alteraciones pupilares son fenómenos reflejos debidos a una excitación de los filetes intrapulmonares. En las grandes lesiones puede admitirse la destrucción directa de algunos ganglios o filetes del gran simpático. Pero sea cual fuere la teoría que se admita, el fenómeno es muy interesante y puede tener cierta importancia en el diagnóstico de las afecciones pleuropulmonares.

La locura de don Quijote

(POR EL DOCTOR J. DURAND)

La locura es una fuente inagotable de elementos dramáticos; desde la tragedia griega hasta la novela moderna, todos los géneros de literatura han sacado de ella temas de maravillosos efectos. Los locos a quienes el arte y la ficción saben presentarnos, no son, en lo general, sino personajes episódicos; pero uno de ellos, «el ingenioso hidalgo don Quijote de la Mancha,» es, al contrario, la más importante figura que escritor genial alguno haya creado. La simple relación de sus grandes hechos llena las páginas de una obra maestra que desde hace tres siglos seduce a los lectores de toda edad y de todo el mundo.

Gracias a ese encanto irresistible, el héroe de Cervantes fue ilustre desde que apareció en el mundo de las letras; pero no fue sino en el siglo XIX cuando los críticos acometieron la empresa de analizar su extravagante mentalidad. Auge fue el primero que hizo notar «que su locura está limitada a un solo objeto: la caballería andante, y que en todo lo demás la razón del noble hidalgo está perfectamente sana; y que esta alianza, o más bien esta alternativa de dos estados opuestos está dentro de los límites de lo verdadero.» Para Viardot, «don Quijote no tiene sino una parte del cerebro enferma; su monomanía es la de un hombre de bien a quien subleva la injusticia y a quien entusiasmo la virtud; en todo lo demás razona a la maravilla.» Sainte-Beuve declara «que en la conducta y en las extravagancias de su caballero, de ese loco de ideas fijas, Cervantes ha observado suficientemente lo verosímil; en su héroe se ve una singular y perpetua intermitencia, una extraña coexistencia de alucinación y de razón.» Pierre Larousse encuentra que «el valeroso hidalgo sueña con ser el campeón del débil, el defensor del oprimido, el espanto del opresor y del malvado, y que, por lo demás, lo ve como hombre de experiencia y buen sentido.»

El juicio de los psiquiatras, desde Esquirol, es en un todo semejante al de los críticos literarios. En un estudio publicado en Zaragoza por el doctor Villanova, en 1905, se halla resumido así aquel juicio: «El delirio de don Quijote es un delirio común

y corriente, que partiendo de falsas premisas, pasa por todas las fases del razonamiento lógico antes de dar lugar a juicios erróneos.» En suma: se trata, según los alienistas, de la afección tan frecuente que se ha denominado *paranoia crónica, delirio parcial* o *delirio sistematizado*. Veamos rápidamente si el héroe de Cervantes presenta los síntomas característicos de esta ve-sanía.

En esta observación tenemos que principiar por recordar «la manera agradable como el héroe de la Mancha se hizo armar caballero; el no imaginado asunto de los molinos de viento; la rica conquista del yelmo de Mambrino; las proezas de amor en Sierra Morena, y los extraños acontecimientos de la hostería.» Recordaremos también las «notables aventuras» de los leones, de la caverna, de la entrada a Barcelona, etc. Y no podemos olvidar, sobre todo, los encantamientos de toda clase que sin cesar engañan al pobre caballero, pues «en medio de nosotros —dice— se agita una turba de magos que cambian, transforman todo a su gusto, según sea su voluntad ayudarnos o perdernos.» Las *ilusiones* de don Quijote han creado los capítulos más fecundos. ¿No vemos a nuestro admirable enfermo, desde los primeros días de su locura, esgrimir sus armas contra los muros de su habitación, pensando matar gigantes altos como torres, tomando su propio sudor por sangre de las heridas recibidas en el combate? Desde su primera salida, ¿no toma una mala posada por un castillo, el cuerno de un porquero por la trompeta que anuncia su llegada y al posadero por el gobernador de la fortaleza? Más tarde las mujeres de mala vida serán princesas y el mismo Sancho será por algunos momentos el Marqués de Mantua. En medio de las dificultades nacidas de sus errores, el Caballero de la Triste Figura no olvida ni un instante que debe prestar a los infortunados el auxilio de su brazo. El menor retardo en su camino es «un verdadero perjuicio para el mundo,» pues que «hay tantas ofensas que vengar, entuertos para enderezar, injusticias que reparar y deudas que satisfacer.» Sabe bien que «ha nacido por la voluntad del cielo en una edad de hierro para resucitar la edad de oro.» Sin embargo, la lógica y la razón no han huído de su cerebro. Le oímos dar a Sancho los mejores consejos y sostener coloquios en el lenguaje más fino

y más medido, con gentes de calidad o con las damas nobles con quienes se encuentra. El cura, su mejor amigo, acaba por afirmarnos que «fuera de su monomanía, si se le trata cualquiera otro asunto, razonará correctamente y mostrará el espíritu más claro y más agradable.» Hé aquí indicados en pocas palabras los caracteres psicológicos del delirio sistematizado.

En rigor podríamos atenernos a este diagnóstico, pero la patología mental es cada día más precisa, y de todas las variedades vesánicas, las locuras parciales son hoy las más estudiadas. En algunas de ellas los alienistas han reconocido que el razonamiento incorrecto derivado de una sensación real, constituía el elemento clínico fundamental, y por consiguiente el *delirio de interpretación* era una especie autónoma. Esencialmente polimorfo, lentamente progresivo, con evolución sin alucinaciones y sin que jamás termine por la demencia, este delirio deja a los enfermos toda su lucidez y toda su fuerza intelectual. Es a este delirio al que, en una tesis reciente, refiere el doctor Luciano Libert la locura del héroe de la Mancha.

Los argumentos que se han presentado en apoyo de esta opinión tienen el mayor interés. Está en primer lugar la ausencia completa que hay en don Quijote de alteraciones de los sentidos, pues sus ilusiones más extrañas no son alucinaciones sino simples sueños, y las ilusiones que hemos mencionado atrás no son para el doctor Libert sino interpretaciones patológicas. En segundo lugar, es evidente que las alteraciones psíquicas del buen caballero no presentan la evolución en cuatro períodos de la paranoia crónica y que, en particular, las ideas de grandeza son contemporáneas en él de las ideas de persecución. En suma: el mundo exterior toma a los ojos de don Quijote un aspecto totalmente fantasmagórico, que no puede pertenecer sino al delirio de interpretación.

Hay que confesar, sin embargo, que este diagnóstico, de último estilo, no concuerda rigurosamente con todos los actos del enfermo. El bravo hidalgo no deja de entrever a veces lo vano de su misión: «ignoro, decía un día a su escudero, si la caballería puede tener buen éxito,» en lo cual hay un momento de duda y de inquietud que no conocerá jamás un «intérprete» verdadero. Pero no es eso todo: no olvidemos que don Quijote muere curado. Así que aparece la fiebre que habrá

de llevárselo, sus discursos se vuelven razonables. Maldice sus extravíos y su orgullo en presencia de sus amigos. «Ya me son odiosas—decía—las historias profanas de la andante caballería; ya reconozco mi necedad y el peligro en que me pusieron haberlas leído.» Algunas horas antes de su muerte recibió los sacramentos, después de haber renegado de los malos libros, que tan malamente lo habían seducido. No se puede negar que a los ojos de un alienista esta terminación es un verdadero escándalo.

No vamos a creer que Cervantes se haya propuesto, como se ha dicho, crear un tipo vesánico. Paseando por los anchos caminos el servidor sin reproche de la incomparable Dulcinea, no se ha propuesto otra cosa que acabar con la novela de caballería, cuyas necedad y peligrosa influencia reconocía. Pudo, ciertamente, tomar algo interesante de la medicina mental. En sus viajes y en sus campañas, durante su permanencia de seis meses en el hospital de Mesina y en su larga cautividad en Argel, tuvo Cervantes ocasiones de conocer curiosas psicologías cristianas y musulmanas. Vuelto a España después de sus aventuras y desgracias, pudo, probablemente, hablar en Valladolid y en Madrid con los mejores médicos de su tiempo; pero nada demuestra que hiciera un estudio, siquiera medianamente metódico, de las perturbaciones patológicas del espíritu. Podemos pues decir con Sainte-Beuve «que había visto mucho, que probablemente había observado locos, y que con el tacto del artista más bien que con el tacto médico, ha presentado la locura de su héroe por el lado más plausible y más aceptable para interesar al lector.» En suma: tenemos que admirar en Cervantes el maravilloso acuerdo de una creación meramente poética, con las descripciones de la ciencia experimental, y reconocer que aun sin guía alguna, el genio se encamina directamente a la verdad.



Notas

Ha muerto la señora doña Francisca Herrera de Buendía, esposa de nuestro respetado maestro el doctor José María Buendía, ilustre decano del Cuerpo médico y miembro honorario de la Academia Nacional de Medicina. La señora de Buendía era madre de nuestro colega el señor doctor Nicolás Buendía, miembro electo de la misma Academia. A ambos enviamos nuestro más sentido pésame por esta desgracia, que toda la sociedad ha lamentado con mucha justicia.

— —

También damos nuestro pésame al distinguido médico doctor don Gabriel Toro Villa, por la muerte de su señora madre, acaecida en Medellín recientemente.

— — —

Enviamos nuestro saludo a los doctores Jesús María Pulecio y Francisco de P. Barrera, quienes han venido a establecerse en esta capital. El doctor Pulecio ha ejercido durante varios años su profesión en el Departamento del Tolima, donde deja grandes simpatías. El doctor Barrera, quien tanto se distinguió en nuestra Facultad por su inteligencia y consagración, ejerció en Boyacá y luego hizo un viaje a Europa, donde se consagró a estudios médicos.

IMPORTANTE

Se suplica a los señores suscriptores que se sirvan enviar a la Redacción de la *Revista Médica* (apartado de correos número 6, Bogotá) el valor de la suscripción a las series xxx y xxxi. A los suscriptores a quienes falten números de la *Revista* para completar su colección, se les enviarán gratuitamente.

La serie xxxi principió en el número 368; se suplica también que envíen el valor de la suscripción a esta serie.

Bogotá, agosto de 1913.

OBRAS DE VENTA

en la Librería de "El Mensajero"

APARTADO 266—BOGOTÁ

<i>Arnould</i> —Nuevos Elementos de Higiene. Dos tomos de 690 y 610 páginas, pasta de tela	\$ 2 80
<i>Ballet</i> —Higiene del neurasténico. Un tomo, en tela	1 80
<i>Boissière</i> —Diccionario ilustrado de medicina usual. Numerosas ilustraciones, pasta	2 80
<i>Bourges</i> —Higiene. Un tomo, en tela	1 80
<i>Doederlein</i> —Programa para un curso de obstetricia. Un tomo, en pasta	1 80
<i>Dufestel, Mathieu, Le Gendre</i> —Higiene de las escuelas y guía práctica de su médico inspector. Un tomo de más de 490 páginas, varias ilustraciones, pasta tela	2 ..
<i>Ehrlich y Hata</i> —La quimioterapia experimental de las espirilosis. Un tomo, en tela	1 80
<i>Elsner</i> —Tratado de las enfermedades del estómago. Un tomo de 551 páginas, varios grabados, pasta de tela	3 60
<i>Emery</i> —El método de Ehrlich. Un tomo, en tela	1 80
<i>Faura y Siredey</i> —Tratado de Ginecología médicoquirúrgica. Cuatro tomos, en tela, de 423, 387, 230 y 106 páginas (el tomo 4.º es un atlas de ilustraciones en cromó)	12 ..
<i>Kirmisson</i> —Manual de Cirugía Infantil. Un tomo de 599 páginas, varias ilustraciones, pasta de tela	3 80
<i>Kolle y Hetsch</i> —La bacteriología experimental y las enfermedades infecciosas. Dos tomos de 512 y 455 páginas, numerosos grabados, pasta de tela	10 50
<i>Oddo</i> —Enfermedades de la medula y del bulbo (no sistematizadas). Un tomo, en tela	1 80
<i>Oddo</i> —La medicina de urgencia, prefacio del Profesor Grasset. Un tomo de 606 páginas, pasta de tela	3 80
<i>Salva Mercadé</i> —El período postoperatorio. Un tomo de 431 páginas, numerosas ilustraciones, pasta de tela	3 60
<i>Variot</i> —Tratado de Higiene Infantil. Un tomo de 816 páginas, pasta de tela	4 90
Vocabulario de medicina popular o terapéutica al alcance de todos. En pasta	2 20
Serie de tomos, en pasta, a \$ 0-85.	
<i>Bodin</i> —Condiciones de la infección microbiana — <i>Bodin</i> . Los hongos parasitarios — <i>Chuquet</i> . Higiene de los tuberculosos — <i>Comby</i> . Enfermedades de los niños. <i>Faisans</i> . Enfermedades de los órganos respiratorios. <i>Gouget</i> . La Insuficiencia Hepática — <i>Laveran</i> . Profilaxis del paludismo — <i>Lefevre</i> . El análisis espectral. <i>Merklen y Heitz</i> . Método de examen del corazón. <i>Mégnin</i> . La fauna de los cadáveres — <i>Mégnin</i> . El ritmo cardíaco.	

Despachos por correo al recibo del valor de cada obra y del importe de los gastos de correo. Todo envío de dinero debe hacerse como valor declarado o en giro postal.