



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 UCROS

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 de la Junta Central de Higiene, 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

1917

CONTENIDO

	Págs.
Academia Nacional de Medicina, acta de la sesión del día 22 de septiembre de 1916.....	433
Sesión del día 13 de octubre de 1916.....	443
Sesión del 3 de noviembre de 1916.....	446
Sesión del día 17 de noviembre de 1916.....	448
Enfermedad de Basedow, lección del doctor Luis Cuervo Márquez en su servicio clínico del Hospital de Caridad de Bogotá.....	453
Notas estadísticas de la Casa de Salud de Marly desde su fundación hasta mayo de 1912, por el doctor Carlos Esquerro, Médico Jefe de la mencionada Casa.....	459
Comunicabilidad y contagiosidad de la lepra, por H. Bayón, M. D., bacteriólogo oficial de la Unión Sudafricana.....	473
Apuntaciones sobre el alcoholismo, por el doctor Oscar A. Noguera (de Barranquilla).....	492
Comisión americana para el estudio de la fiebre amarilla....	500
Comunicación del doctor W. C. Gorgas, sobre fiebre amarilla en Muzo.....	512
Comunicaciones de los doctores Juan Guiteras y Th. C. Lyster, sobre fiebre amarilla.....	520, 521
Flora de Colombia, por Santiago Cortés (de Bogotá).....	523
DE PERIÓDICOS—Las soluciones hiperazucaradas en los vómitos habituales de los niños de pecho, por el doctor C. Ferreira.....	529
Relaciones patogénicas entre el sistema nervioso y el aparato digestivo, por el doctor Marcelo Fernández Mendia (de Madrid).....	533
Pie musgoso, por el doctor Julián Arce.....	543
Valor de la adrenalina en la poliometitis.....	553
Indice de materias.....	555
Indice de autores.....	558

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 Robertó Franco F.

Doctor Rafael Ucrós.

Doctor Martín Camacho.

Doctor Pablo García Medina

Actas

de la Academia Nacional de Medicina

SESIÓN DEL DÍA 22 DE SEPTIEMBRE

(Presidencia del doctor Gómez Calvo).

En Bogotá, a 22 de septiembre de 1916, se reunió la Academia bajo la Presidencia del doctor A. Gómez Calvo. Asistieron los doctores: Aparicio, Cuervo Márquez, Cárdenas José del C., Esguerra, Fajardo V., García Medina, Martínez, Montoya, Pulecio, Rojas y Uricoechea.

Se leyó el acta de la sesión anterior, que fue aprobada.

Se leyó una nota del Ministerio de Relaciones Exteriores en que solicita de la Academia datos respecto a la época de su fundación, a la publicación del periódico, a la reunión de consejos médicos nacionales, a las principales labores de éstos, etc. El Secretario infor-

mó que oportunamente se habían enviado los datos que se solicitaron.

Se leyó una nota del doctor Oscar A. Noguera, Director de Higiene del Departamento del Atlántico, con la cual remite un folleto de que es autor, titulado *Apuntaciones sobre el alcoholismo*. El doctor Noguera pide a la Academia que inicie la lucha antialcohólica en la Nación, y se ponga al frente de ella, con lo cual prestaría un gran servicio al país.

El doctor García Medina tomó la palabra para llamar la atención a la importancia del folleto del doctor Noguera, quien, dice, ha prestado grandes servicios a la higiene pública, con actividad y competencia excepcionales; da a conocer los trabajos de la Junta Central de Higiene en el sentido indicado por el doctor Noguera, y encarece a la Academia apoye esta campaña para dar solución a este grave problema de higiene social.

El doctor Cuervo Márquez:

«El trabajo enviado por el doctor Noguera tiene una importancia muy grande, pues él nos recuerda el deber que tenemos de combatir el alcoholismo, que en sus diversas manifestaciones invade cada día más a Colombia, y está amenazando el porvenir de nuestra raza.

«Enorme es el consumo de las bebidas al-

cóholicas en nuestro país, como tuve ocasión de demostrarlo en un trabajo presentado al Congreso Médico Nacional reunido en Medellín. Estudios posteriores me han convencido de la verdad de esos datos, que son abrumadores. Desgraciadamente hay dificultades de orden fiscal que impiden a nuestros Gobiernos seccionales apoyar la campaña para disminuir el consumo de esas bebidas, porque, como es sabido, en muchos Departamentos de la Nación la principal renta es la que produce el consumo del alcohol y sus derivados. Pero por sobre todo debe estar la salud del pueblo, que cada día sufre más y más los desastrosos efectos de aquel consumo.

«Muchas son las medidas de diverso orden que deben tomarse, pero entre ellas me permito llamar la atención a la implantación del monopolio oficial, como se practica en Suiza y otros países que han organizado una lucha efectiva contra el alcoholismo. Así se puede llegar a limitar el consumo de las bebidas espirituosas por el alto precio que alcanzarían, y en cambio se fomentaría el uso de bebidas menos dañosas, como las buenas cervezas y otras. Además, el monopolio oficial es el único sistema que permite vigilar eficazmente la fabricación de esas bebidas, para cuidar de la

calidad de los alcoholes que se dan al consumo, punto de la mayor importancia y completamente descuidado entre nosotros.

«Debemos pues agradecer al señor doctor Noguera el envío de su opúsculo, y felicitarlo por la iniciativa que ha tomado y que la Academia habrá de secundar.»

El doctor José María Montoya:

«Siempre me ha preocupado el problema del alcoholismo entre nosotros. Invitado por la Sociedad de Agricultores para dictar una conferencia pública, como ella las ha establecido para asuntos de interés público, elegí para tema la lucha contra este vicio y el estudio de las causas de su extensión. Como iba a dirigirme al gremio de agricultores, me proponía llamarles la atención a un asunto verdaderamente social, que es la mala alimentación y el escaso salario de los trabajadores de nuestros campos, que son, a mi ver, también causas de que los trabajadores abusen de las bebidas alcohólicas, para reemplazar en parte el alimento que con tanta deficiencia se les suministra. A esto se agregan las malas condiciones de las habitaciones destinadas a esos trabajadores. De manera que es a nuestros agricultores a quienes corresponde ayudar más eficazmente a la lucha contra este verdadero

azote de la población, pues el aumento de los salarios de los obreros traería por consecuencia una mejor alimentación para satisfacer las necesidades del organismo.

«A esta obra verdaderamente social debemos encaminar nuestros esfuerzos, pues ella será un auxiliar poderoso y necesario en la campaña que se debe iniciar para cooperar a la labor del doctor Noguera, a quien debemos dar las gracias por su trabajo.»

El doctor P. García Medina:

«En apoyo de las ideas que acaba de expresar mi estimado colega doctor Montoya, recordaré lo que sobre el mismo asunto consigné en un trabajo titulado *La alimentación de nuestra clase obrera en relación con el alcoholismo*, que en 1910 presenté en las sesiones científicas del centenario. Entonces hice un estudio de la alimentación de nuestros trabajadores en nuestros diversos climas, y llegué a la deducción de que ella es muy deficiente en relación con la energía que tienen que emplear en sus trabajos. Las sustancias albuminoideas, y en particular la carne, son muy escasas en la alimentación en los trabajadores de la Sabana de Bogotá; tampoco se les suministran hoy las sustancias energéticas en la cantidad necesaria para que el obrero

produzca el trabajo útil que se le impone; sin esta ración, el trabajador produce la energía consumiendo las reservas de sus tejidos, siente la necesidad de apelar a estimulantes, cuya excitación pasajera engaña al organismo. Acostúmbrase así ese trabajador a buscar en las bebidas alcohólicas la energía que le falta; de aquí pasa al abuso, y llega al alcoholismo, no por placer sino por una necesidad de su organismo, que puede satisfacerse por otros medios, como una alimentación conveniente y el uso de bebidas como el café, o de alimentos energéticos, como el azúcar en diversas formas.

«El alcoholismo es un problema complejo entre nosotros, y la campaña para combatirlo debe ser también compleja.

«Pueden dividirse las clases sociales sujetas al alcoholismo en dos. A la primera corresponden los trabajadores, conducidos al vicio por las causas apuntadas; combatirlo en ellas es una tarea social en que, como dice el doctor Montoya, nuestros agricultores pueden prestar grandes servicios mejorando los salarios y las condiciones de alimentación y de habitación de los trabajadores.

«A la segunda clase pertenecen individuos colocados en mejores condiciones higiénicas, que tienen una educación superior, y llegan al

vicio, no por necesidad de su organismo, sino por una vulgar satisfacción, tanto más censurable cuanto convertido en costumbre y propagado por el ejemplo, el vicio individual se transforma en la más peligrosa de las enfermedades sociales.

«Para combatir el alcoholismo en esta segunda clase se necesita una acción más enérgica y más draconiana, por decirlo así.

«En mi concepto, la campaña contra el alcoholismo debe tener por base las siguientes medidas :

«1ª Hacer presente a nuestros hacendados y agricultores la necesidad de mejorar la alimentación y el vestido de los trabajadores, e instruirlos en la clase de alimentos que deben procurarse a éstos.

«2ª Promover un concurso para premiar el mejor procedimiento para fabricar una chicha que no tenga los inconvenientes de la que hoy se usa.

«3ª Popularizar el uso de las buenas cervezas que no contengan más del 4 por 100 de alcohol, y el uso de los buenos vinos de escasa proporción de alcohol.

«4ª Hacer general el monopolio oficial de la venta y preparación de las bebidas alcohólicas, y vigilar la fabricación de éstas.

«5ª Gravar fuertemente la introducción de brandy, ron, aguardiente, etc., y prohibir el ajeno.

«6ª Limitar en cada población el número de cantinas a una por cada ochocientos habitantes.

«7ª Prohibir en las cantinas las cortinas, trastiendas, bastidores, etc., de manera que los concurrentes estén fácilmente a la vista del público.

«8ª Enseñar la higiene en todas las escuelas y colegios.»

El doctor R. Fajardo Vega :

«Estoy de acuerdo con las ideas que sobre lucha contra el alcoholismo y sobre la iniciativa que debe tomar la Academia en este asunto, han expresado los señores Académicos Cuervo, Montoya y García M., y con las medidas que se han aconsejado. En mi carácter de Médico Legista en, varias épocas he podido palpar la influencia que sobre la criminalidad ejerce entre nosotros el abuso de las bebidas alcohólicas.

«Nace este abuso no sólo de las causas apuntadas, sino de la falta de instrucción y educación en el pueblo; y creo que una de las bases principales de la campaña contra el alco-

lismo es la educación. Enseñar al pueblo desde las escuelas los efectos del alcoholismo ; corregir las costumbres por medio de conferencias, etc., son cosas indispensables en esta lucha. Cuánto ¡bueno! podrían hacer los señores Curas Párrocos si aprovecharan el púlpito para instruir al pueblo en los peligros del alcoholismo y educarlo y dirigirlo así convenientemente y apartarlo del vicio. Otro tanto debe hacerse en las escuelas.

«Otra medida necesaria es hacer cumplir las disposiciones penales sobre embriaguez y hacer generales las resoluciones que últimamente ha dictado sobre chicherías el Concejo Municipal de Bogotá. La experiencia ha demostrado que cuando permanecen abiertos las chicherías y cantinas hasta tarde de la noche, al día siguiente son muy numerosos los reconocimientos medicolegales por heridas y maltratos, como he tenido ocasiones de comprobarlo.»

La Academia resolvió acusar recibo del folleto al doctor Noguera ; darle las gracias y manifestarle que la Academia atenderá gustosa a la excitación que le hace en el sentido de apoyar la campaña contra el alcoholismo.

Se dispuso igualmente publicar en la *Revista Médica* el trabajo del doctor Noguera,

y nombrar una Comisión para que proponga las medidas que crea convenientes para combatir el alcoholismo y la manera como la Academia haya de cooperar en esta labor. Fueron nombrados para desempeñar esta Comisión los doctores P. García Medina y J. M. Montoya.

El doctor J. M. Lombana Berreneche envió un folleto del doctor N. Coni, ilustrado y eminente médico de Buenos Aires, quien desea pertenecer a la Academia. Se pasó en Comisión al doctor Julio Manrique.

El doctor José M. Montoya presentó a la Academia una observación sobre insuficiencia de la glándula tiroides. Hizo sobre este caso muy interesantes consideraciones clínicas, y un estudio del tratamiento por la tiroidina y de los resultados obtenidos, que fueron muy satisfactorios. Se dispuso publicar esta observación en la *Revista*, y la Presidencia dio las gracias al doctor Montoya por su comunicación.

El doctor Luis J. Uricoechea, Tesorero de la Academia en el período anterior, presentó los libros y las cuentas del manejo de los fondos que han estado a su cargo. Se pasaron estos documentos al estudio de una Comisión de revisión, compuesta de los doctores L. Cervo Marquez y Fajardo V.

Se leyó una nota del Ministro de Obras

Públicas en que comunica a la Academia que ha puesto a su disposición los locales que ocupaba la Academia de Historia en el edificio Rufino Cuervo. El doctor Esguerra informó favorablemente respecto a este local. Se comisionó a la Comisión de la Mesa para visitar dichos locales y dar un informe.

El doctor P. García Medina sentó la siguiente proposición, que fue aprobada, con una adición de los doctores Montoya y Fajardo V.:

«Señálase la próxima sesión para nombrar cuatro miembros de número, y ténganse como candidatos para esta elección a los doctores Miguel Jiménez López, José del C. Cárdenas, Adriano Perdomo y José Ignacio Uribe.»

A las once de la noche se levantó la sesión.

El Presidente, A. GÓMEZ CALVO—El Secretario, *Julio Aparicio*.

SESIÓN DEL DÍA 13 DE OCTUBRE DE 1916

(Presidencia del doctor Gómez Calvo).

En Bogotá, a 13 de octubre de 1916, en el local y a la hora acostumbrados, se reunió la

Academia Nacional de Medicina en sesión extraordinaria, con el objeto de hacer la elección de miembros de número acordada en la sesión anterior. Presidió el doctor Gómez Calvo y asistieron los académicos doctores Amaya Arias Ricardo, Vargas Suárez Jorge, Martínez Pompilio, Esguerra Carlos, Uricoechea Luis Julio, Rojas Tiberio, Montoya José María, Fajardo Vega Ricardo, García Medina Pablo y Manrique Julio.

Leída el acta de la sesión anterior se aprobó con una observación del doctor García Medina.

Acto seguido el doctor Manrique Julio sentó la siguiente proposición :

«Altérese el orden del día y considérese lo siguiente :

«La Academia Nacional de Medicina se abstiene de considerar como candidatos a aquellos médicos que no hayan manifestado por escrito sus deseos de pertenecer a la corporación.»

Sustentada por su autor, esta proposición, se aprobó después de una larga discusión, y en consecuencia la Academia resolvió no considerar sino la elección de los candidatos doctores Perdomo y Cárdenas, por ser ya miembros correspondientes. Hecha la elección

en la forma reglamentaria, la Academia declaró electos a dichos señores para miembros de número de la corporación.

Se procedió en seguida a la elección de las Comisiones reglamentarias, la cual dio el resultado siguiente:

Comisión de Reglamento: doctores Julio Manrique y José María Montoya.

Comisión de Epidemias: doctores Luis Cuervo Márquez, Carlos Esguerra y Federico Lleras.

El doctor García Medina presentó a la Academia un libro titulado *Geografía Médica del Departamento de Caldas*, del cual es autor el doctor Emilio Robledo, y que éste obsequia para la biblioteca de la corporación. Se dispuso acusar recibo y dar las gracias al doctor Robledo por el valioso obsequio que se ha servido hacer a la Academia.

Agotado el orden del día, el señor Presidente levantó la sesión a las once de la noche.

El Presidente, ANTONINO GÓMEZ CALVO—El Secretario, *Julio Aparicio*.

SESIÓN DEL 3 DE NOVIEMBRE DE 1916

(Presidencia doctor Gómez Calvo).

En Bogotá, a 3 de noviembre de 1916, se reunió la Academia Nacional de Medicina a la hora acostumbrada y bajo la presidencia del doctor Gómez Calvo. Asistieron los académicos doctores Pulecio Jesús María, Rojas Tiberio, Cárdenas José del Carmen, Perdomo Adriano, Cuervo Márquez Luis, Fajardo Vega Ricardo, Henao José Tomás, Herrera Juan David y Martínez Pompilio.

Con el *quorum* reglamentario el señor Presidente abrió la sesión e hizo dar lectura al acta de la sesión anterior, la que se aprobó sin observación.

Se dio lectura en seguida al informe de la Comisión de revisión de cuentas, suscrito por los doctores Cuervo Márquez y Fajardo Vega, y se aprobaron las conclusiones con que termina:

«1º Decláranse definitivamente fenecidas las cuentas de la Academia Nacional de Medicina, que han sido presentadas por el Tesorero señor doctor Luis J. Uricoechea, correspondientes al bienio de septiembre de 1914 a septiembre de 1916;

«2º Danse las más expresivas gracias al doctor Uricoechea por la manera eficaz y oportuna como ha manejado los fondos de la Academia durante el tiempo en que han estado a su cuidado;

«3º Transcribáanse al doctor Uricoechea los dos artículos anteriores; y

«4º La Comisión de la Mesa procederá a elaborar un proyecto de presupuesto para la vigencia en curso, que someterá a la aprobación de la Academia en su próxima sesión.»

En relación a un informe del señor Tesorero, la Academia aprobó la siguiente proposición, suscrita por el doctor Cuervo Márquez:

«Autorízase al señor Tesorero para que, si lo estima conveniente, y de acuerdo con el señor Presidente de la Academia, cambie los vales de Tesorería que tiene en caja por oro legal.»

El doctor Cuervo Márquez tomó en seguida la palabra y manifestó, en nombre del doctor Agustín Uribe, que el señor Ministro de Venezuela en Colombia, doctor Losada Díaz, deseaba presentar personalmente a la Academia algunos trabajos científicos que con tal fin le habían sido encomendados en su país y contribuir de esta manera al acercamiento entre las Academias de Bogotá y Caracas.

La Academia acogió gustosa los propósitos del doctor Losada Díaz, y abundando en los mismos deseos de estrechar los lazos de unión con la República hermana, resolvió dirigirse al doctor Uribe manifestándole que en la próxima sesión tendría el honor de recibir al distinguido diplomático venezolano.

No habiendo otro asunto de qué tratar, se levantó la sesión a las once de la noche.

El Presidente, A. GÓMEZ CALVO—El Secretario, *Julio Aparicio*.

SESIÓN DEL DÍA 17 DE NOVIEMBRE DE 1916

(Presidencia del doctor Gómez Calvo).

En Bogotá, a 17 de noviembre de 1916, se reunió la Academia Nacional de Medicina, bajo la Presidencia del doctor Gómez Calvo y con asistencia de los académicos doctores Uribe Agustín, Henao José Tomás, Herrera Juan David, Lleras Federico, Perdomo Adriano, Cuervo Márquez Luis, Montoya José María, Fajardo Vega Ricardo, Cárdenas José del Carmen y Muñoz Rafael. Correspondiendo a la invitación que le hizo la Academia para esta sesión, concurrió el doctor Losada Díaz, Ministro de Venezuela en Colombia.

Abierta la sesión se leyó el acta de la sesión anterior y se aprobó sin observaciones.

Se excusó el doctor García Medina.

Acto seguido el Excelentísimo doctor Losada Díaz, Ministro de Venezuela en Colombia, puso en manos del señor Presidente un oficio suscrito por el doctor Juan Iturbe, distinguido médico venezolano, con que éste presenta a la Academia sus últimos trabajos científicos. El Excelentísimo señor doctor Losada D. puso de manifiesto los sentimientos de confraternidad que lo animan para Colombia, e hizo presente sus deseos por que se inicien relaciones científicas entre las Academias de Bogotá y Caracas.

El señor Presidente dio las gracias al doctor Losada Díaz por la deferencia especial que ha tenido con la Academia al presentar personalmente los trabajos de que se ha hecho mención.

El doctor L. Cuervo Márquez, comisionado por la Presidencia, se dirigió al doctor Losada D. en los siguientes términos:

«Señor Ministro:

«La Academia Nacional de Medicina agradece muy sinceramente el saludo fraternal que por conducto de Vuestra Excelencia le envía el

Cuerpo Médico de Caracas, y espera que creáis que ningún mensaje pudiera serle más agradable, ni ningún mensajero más apropiado que Vuestra Excelencia.

«Nosotros, colombianos, creemos, señor Ministro, que los vínculos intelectuales son más permanentes y más sólidos que los transitorios lazos materiales que puedan unir a los pueblos o a las naciones; creemos que en los tiempos modernos el concepto de Nación es correlativo del de homogeneidad de tendencia intelectual, y que la comunidad de pensamiento y la unidad de ideal nivelan las montañas, colman los abismos y aun pueden fundir en una sola razas diferentes; las Universidades le han dado a Francia más prestigio y más poderío que el que le hayan dado sus diplomáticos y sus misiones militares.

«En los dos países que demoran al norte de la América Austral, unidos como lo están por las epopeyas de la Historia y la esencia misma de la raza, la unión intelectual se impone como medio que genere el respeto mutuo y la mutua estimación. Esa, señor Ministro, sería una de las misiones más fecundas y más trascendentales que pudieran acometerse, porque obraría sobre la parte más noble, más sensible y más enérgica de los organismos so-

ciales; así, felizmente, lo comprendieron los que organizaron el primer Congreso Internacional de estudiantes que se reunió en Bogotá, y así lo ha comprendido Vuestra Excelencia al poner en contacto las Sociedades científicas de Colombia con las de vuestra patria.

«Los que hemos vivido en el suelo hospitalario de vuestro país sabemos cuán artificiales son las vallas que pudieran alejarnos y cuán fácilmente un intercambio de ideas harían desaparecer viejas preocupaciones y erróneos juicios, permitiendo entonces un panamericanismo intelectual que sirviera de base a otro más estrecho y efectivo.

«Decidles, señor Ministro, a nuestros colegas de más allá del Táchira, que los hombres de ciencia de Colombia estiman y respetan a los que tienen por Patria la que fue de Bello, la más poderosa inteligencia y el primer humanista de América, y la que fue de Vargas, tan grande en la enseñanza clínica como en la Administración bajo el sclio presidencial; decidles con cuánto interés recibiremos sus comunicaciones científicas y con cuánto placer os ha oído en su seno nuestra corporación.»

Los doctores Uribe, Henao y Herrera sentaron la siguiente proposición que se aprobó por unanimidad:

«Dénse las gracias al doctor Juan Iturbe por los trabajos que ha presentado a la Academia Nacional de Medicina por conducto del señor Ministro de Venezuela en Colombia, y nómbrésele miembro correspondiente de la corporación.»

Agotado el orden del día el señor Presidente levantó la sesión. Eran las once de la noche.

El Presidente, A. GÓMEZ CALVO—El Secretario, *Julio Aparicio*.

Enfermedad de Basedow

Lección del doctor LUIS CUERVO MARQUEZ en su servicio clínico del Hospital de Caridad de Bogotá.

La enferma que ocupa la cama número 70 de nuestro servicio clínico presenta un conjunto de síntomas dignos de estudiarse.

Es de raza blanca; tiene cuarenta y cinco años, y en sus antecedentes se registra una enfermedad venérea hace veinte años, que probablemente fue una blenorragia con chancros blandos; no hay huellas de infección sifilítica, ni actualmente presenta signos de infección específica. Tampoco da antecedentes de ninguna otra infección general. No ha vivido en climas malarianos, y siempre ha estado en clima frío dedicada a oficios domésticos.

Hace quince o diez y ocho años comenzó a notar que el cuello aumentaba ligera y muy lentamente de volumen, mas sin ninguna otra alteración en la salud.

Estado actual. Buena salud aparente: come bien, duerme bien, y sus funciones digestivas funcionan correctamente.

En el cuello se nota una hipertrofia del cuerpo tiroides, difusa, poco pronunciada, ge-

neralizada a los dos lóbulos laterales, pero más acentuada en el derecho.

La enferma se queja de una palpitación en la región epigástrica, que dice que es permanente y que la mortifica mucho, porque es como un cuerpo que le estuviera saltando permanentemente. En realidad, al poner la mano sobre el epigastrio se siente una impulsión sistólica fuerte, que parece tener su origen en la aorta y en el tronco celíaco. No es un movimiento de expansión, sino de impulsión que levanta el estómago y el intestino, y que alcanza a transmitirse al hígado muy ligeramente. A la auscultación no se percibe ruido alguno, y sólo se siente la fuerte impulsión de la aorta. La auscultación de las femorales tampoco da signo alguno, y su pulso es isócrono con el de las radiales.

A la palpación de la aorta, de las femorales y de la radial se encuentra una gran aceleración del pulso; una verdadera taquicardia, que llega a ciento cincuenta y en algunas ocasiones a ciento sesenta pulsaciones por minuto. El pulso es fuerte, regular, rítmico. Observando con cuidado el cuello se nota la palpitación de las carótidas.

El examen del corazón no da signo alguno, fuéramos de los denunciados por el pulso.

No hay anestesia, ni hiperestésias. Los reflejos cutáneos y tendinosos están normales. No hay parálisis ni paresias.

Al hacerle levantar los brazos y ponerlos adelante, cerrar la mano, dejando extendidos los índices y decirle que ponga en contacto las extremidades de los índices, se nota un ligero temblor que le impide hacer lo que se le dice hasta después de muchos tanteos y vacilaciones.

Ese ligero temblor lo comenzó a sentir hace como un año, casi al mismo tiempo que la palpitación en el estómago. Desde entonces se le ha ido dificultando enhebrar el hilo en la aguja, operación que ya hoy no puede ejecutar, porque le tiembla la mano.

Cuando se la hace poner de pie y se la toma por el brazo se siente una trepidación general en todo el cuerpo. La marcha se efectúa normalmente, aun cuando la enferma dice que con frecuencia se desvanece y que en una ocasión cayó al suelo. No hay signo de Romberg.

Al hacerle efectuar un movimiento en los miembros y tomando con las manos las masas musculares, se siente una vibración en los músculos, un estremecimiento producido por una serie de contracciones fibrilares de duración indefinida.

Hay un ligero estrabismo interno del ojo derecho, cuyo origen no recuerda la enferma. No hay signo de Graefe (asineria en los movimientos del globo ocular y del párpado), ni signo de Carión (aumento de la abertura palpebral al tener los ojos abiertos y oclusión incompleta al tenerlos cerrados), ni signo de Moebius (dificultad para hacer converger los ojos), ni signo de Teillais-Jellineck (melanodermia de la región palpebral). Las pupilas están normales y reaccionan a la luz y a la acomodación.

En una palabra, salvo el ligero estrabismo, no hay signos oculares, pues tampoco se encuentra el signo de Rosembach (ausencia de parpadeo), ni el signo del frontal (asineria de los movimientos del músculo frontral, de los párpados y del globo ocular).

El período menstrual está suspendido desde hace seis u ocho meses.

—

Resumiendo lo que acabamos de ver en la enferma motivo de esta conferencia, encontramos en el número 70 una mujer con un cuerpo tiroides hipertrofiado difusamente, desde hace veinte años; una taquicardia permanente; temblor generalizado y vértigos; ligero es-

trabismo interno de un ojo; amenorrea; ausencia total de signos oculares, salvo el estrabismo.

Establecido ese conjunto sintomático se impone el diagnóstico de coto exoftálmico o enfermedad de Basedow, aun cuando falten los signos oculares más visibles; pero existe el estrabismo interno, consecuencia de una parálisis del recto externo, y se sabe que las parálisis externas son si no los más impresionantes sí los más significativos de los signos motores de los órganos de la visión.

De los cuatro signos que constituyen la enfermedad de Basedow: taquicardia, exoftalmia, coto y temblor, pueden faltar uno o más de ellos o presentarse en forma rudimentaria. La exoftalmia no es frecuente entre nosotros. El bocio y la taquicardia son los signos reveladores de la enfermedad en nuestros servicios clínicos. El año pasado tuvimos dos enfermas en este mismo servicio, y en ambas la taquicardia y la lesión tiroidea fueron los únicos síntomas.

El bocio es enfermedad bastante frecuente en algunas localidades que avocindan a Bogotá y en enfermos que vienen al hospital por otras enfermedades. Por consiguiente, cuando faltan signos oculares, y el temblor es apenas perceptible, el diagnóstico de la taquicardia es

indispensable para poder pensar en un bocio exoftálmico, lo que no puede hacerse sino por un examen repetido del enfermo.

En el basedoniano la taquicardia es permanente, lo que la diferencia de la paroxística, en la cual los accesos son transitorios y acompañados de un conjunto de angustia y de dolor, que no se encuentra en el bocio exoftálmico: en éste el enfermo está acostumbrado a su pulso rápido, y apenas se da cuenta del estado del corazón. La taquicardia basedoniana no es modificada por el tabaco, ni por el alcohol, ni por el ejercicio, ni por alteraciones digestivas. Las lesiones de los núcleos de origen del neumogástrico, que anulan la acción frenadora de este nervio, tienen signos concomitantes que no permitirán una confusión: lo mismo puede decirse de las alteraciones propias de dicho nervio.

Notas estadísticas de la Casa de Salud de Marly
desde su fundación hasta mayo de 1912

por el doctor CARLOS ESGUERRA, Médico Jefe de la mencionada Casa.

Enero de 1906.

En el informe que rindió el Gerente en esta fecha dijo lo siguiente :

«La Casa de Salud se abrió con 3 enfermos que había en la Casa de María Auxiliadora que se cerró entonces, y en lo que lleva de existencia (cosa de dos años) ha tenido 128 pensionados, 111 enfermos y los otros acompañantes de enfermos o pensionados que han ido a buscar únicamente las ventajas del campo. El término medio en el número de enfermos en cada mes ha sido de 6 a 7, distribuidos en las diversas pensiones que tiene la Casa. Las pensiones más solicitadas han sido las de tercera categoría, y enajenados, hombres y mujeres, ha habido que rechazar por no tener la Quinta sino muy pocas piezas que puedan servir para esta clase de enfermos. Se impone pues la necesidad de hacer lo más pronto

posible un departamento para enajenados, y dar mayor ensanche a los departamentos de tercera categoría y de caridad.

«La mortalidad total alcanza apenas al 9 por 100, y la quirúrgica al 10 por 100.

«El cuadro publicado en el número 326 de la *Revista Médica* (junio de 1907) suministra todos los informes quirúrgicos que puedan desearse respecto de la Casa de Salud de Marly.»

Julio de 1906.

En el informe correspondiente al semestre anterior dijo el Gerente :

«El 1º de enero había en la Casa de Salud 8 enfermos, y en el curso del semestre han entrado 23, de los cuales quedan 8. Solamente ha ocurrido una defunción por *parálisis general progresiva* de marcha rápida.»

Enero de 1907.

«Durante el semestre han entrado 28 enfermos y han ocurrido dos defunciones: la una por hemorragia en un enfermo operado para la curación radical de una hernia inguinal, y la otra por tuberculosis pulmonar. En siete enfermos de fiebre tifoidea y tifo exentemático, tres de ellos, de notable gravedad, no ocurrió ninguna muerte.»

«En el cuadro publicado en el número 326 de la *Revista Médica* se llamó especialmente la atención hacia otra muerte por hemorragia ocurrida en una hemofílica ignorada, operada para un fibroma uterino.»

Julio de 1907.

«En el curso del semestre han entrado 37 enfermos, de los cuales han muerto 4 y quedan 12. Esos enfermos se pueden agrupar así:

«De enfermedades médicas o internas.	14
«Para el departamento de enajenados.	10
«Para practicar operaciones de alta cirugía	13
«Total de enfermos	37

«Una enferma fue recibida y operada de caridad por cuenta de la Casa de Salud, y tres enfermos más fueron operados por cuenta de la Sociedad de San Vicente de Paúl.»

Enero de 1908.

«En el curso del semestre entraron 36 enfermos, 19 de enfermedades diversas, en su mayor parte de clínica interna; 3 afectados de enfermedades mentales, y 14 enfermos de clínica quirúrgica, de los cuales murió 1 operado para un enorme absceso hepático. Esta muerte fue la única ocurrida en el semestre.»

Julio de 1908.

«Durante el semestre entraron 28 enfermos, fué de los pensionados del Ministerio de Guerra y de los Cadetes asegurados (4), que pueden agruparse así:

«Partos.....	1
«Locos (parálisis general y alcoholismo).....	2
«Cirugía (grandes operaciones).....	4
«Enfermedades diversas.....	21
	28
«Total de enfermos.....	28

«De los 28 enfermos murieron 2, uno de fiebre tifoidea y otro de neumonía, y la muerte de ambos ocurrió al día siguiente de su entrada a la Casa de Salud.»

NOTA—La estadística de los departamentos militares se llevaba separadamente. La de los Cadetes enfermos se llevaba también en la Escuela Militar.

Enero de 1909.

«Durante el semestre se atendieron 3 enfermos de la Sociedad de San Vicente de Paúl, y un asegurado de la Escuela Militar que permaneció en la Casa tres meses y diez días.

«En el departamento de pensionados civiles no hubo sino 10 enfermos, incluyendo los

tres de San Vicente y el de la Escuela Militar. Hubo tres casos de fiebre tifoidea. Murieron 2 enfermos de apendicitis supuradas, ambos operados.

«Los datos estadísticos y la mortalidad, por cierto muy baja, del departamento militar, se pueden tomar en los libros respectivos.»

Julio de 1909.

«En el semestre hubo 21 pensionados civiles, incluyendo asegurados de la Escuela Militar y enfermos mandados por la Sociedad de San Vicente de Paúl y por el Gobierno Nacional, y cuyas pensiones se pagaron con dividendos garantizados de acciones llamadas de caridad y del Gobierno. De esos enfermos murió uno a consecuencia de una insuficiencia mitral.

«Las enfermedades dominantes entre estos pensionados fueron la fiebre tifoidea y el tifo exantemático, con 12 casos que todos terminaron por curación.»

Enero de 1910.

«Por razones de régimen interno se ha resuelto no volver a recibir mujeres en el departamento civil, y que sean únicamente hombres los enfermos que se cuiden en esta Casa de Salud.

«Ha habido en el semestre 30 pensionados, incluyendo en ese número 3 alumnos asegurados de la Escuela Militar. No hubo fiebre tifoidea entre estos pensionados, y fueron muy variadas las enfermedades que se trataron, unas por medios médicos y otras con recursos quirúrgicos. La enfermedad aguda que dominó en este semestre fue la neumonía con 4 casos.

«Ocurriéron 3 defunciones en los pensionados civiles, una a consecuencia de bronconeumonía en un alcoholizado que murió media hora después de su entrada a la Casa; otra por un tumor cerebral operado, y la tercera por asistolia dependiente de lesión orgánica del corazón.»

Julio de 1910.

«Se asistieron 36 pensionados civiles, incluyendo los asegurados de la Escuela Militar y un enfermo de la Sociedad de San Vicente. No ocurrió ninguna defunción en el semestre.»

Julio de 1911.

«Entraron en el semestre 30 pensionados, incluyendo 4 Cadetes asegurados y 3 enfermos de San Vicente.

«Hubo 8 casos de fiebre tifoidea y tifo exantemático y dos casos de paperas. Las otras en-

fermedades no merecen mención especial, y solamente haré notar que entre ellas predominó de manera alarmante la sífilis. Ocurrieron 2 muertes, una por hemorragia cerebral y otra por tifo exantemático.

«Es digno de notarse que hasta ahora no se ha observado en la Casa de Marly el primer caso de contagio interior de tifo ni de ninguna otra enfermedad infecciosa.»

Enero de 1912.

«Entraron en el semestre 33 enfermos, incluyendo asegurados de la Escuela Militar y pensionados de San Vicente. Hubo 13 enfermos de fiebre tifoidea y tifo exantemático, y 3 de paperas. Las otras enfermedades no merecen anotarse. Ocurrieron 4 defunciones : 3 por fiebre tifoidea y tifo, y 1 por tuberculosis pulmonar.»

Julio de 1912.

«Hubo en el semestre 26 pensionados civiles, incluyendo los Cadetes de la Escuela Militar y los enfermos de San Vicente. De esos pensionados murieron 3 : 1 de pulmonía biliosa del vértice, y 2 de cirrosis hepática. Hubo 8 casos de fiebre tifoidea y tifo exantemático, y seis de sífilis.»

Enero de 1913.

«Hubo en el semestre 37 enfermos civiles, incluyendo los Cadetes. De esos enfermos murieron 4: 2 de fiebre tifoidea, 1 de cáncer y 1 de tuberculosis pulmonar con lesión orgánica del corazón. La fiebre tifoidea y el tifo exantemático figuran con 18 casos, incluyendo en este número 2 casos dudosos que se inscribieron con el diagnóstico de fiebre gástrica. Hubo tres casos de sífilis.»

Julio de 1913.

«Hubo en el semestre 48 enfermos, incluyendo 7 Cadetes que se hospitalizaron. De esos enfermos 27 tuvieron fiebre tifoidea o tifo exantemático. Se registra una muerte por nefritis aguda, probablemente tuberculosa.»

Enero de 1914.

«Entraron en el semestre a la Casa de Salud 79 enfermos, y murieron 10.

«La estadística médica de Marly en este semestre se puede condensar así:

«Fiebre tifoidea y tifo exantemático	25.	Muertos, 4
«Enfermedades mentales y nerviosas	13	
«Tuberculosis	6	— 1
«Sífilis	6	— 1
«Enfermedades diversas . .	29	— 4»

Julio de 1914.

«Entraron en el semestre 70 enfermos, y murieron 7. Las enfermedades dominantes y su mortalidad se pueden agrupar así :

« Fiebre tifoidea y tifo exantemático	15		
«Enfermedades mentales y nerviosas	17	Muertos,	1
«Tuberculosis	6	—	3
«Sífilis	6		
«Enfermedades diversas..	26	—	3»

Enero de 1915:

«Entraron en el semestre 66 enfermos ; murieron 8 y quedaron 10 en la Casa. El cuadro siguiente completa estos datos estadísticos :

«Fiebre tifoidea y tifo...	7		
«Enfermedades nerviosas y mentales	6		
«Sarampión	14		
«Tuberculosis pulmonar..	3	Muertos,	1
«Sífilis	2		
«Cáncer	2	—	2
«Enfermedades diversas..	17	—	2
« Operaciones, la mayor parte de las vías urinarias (nefrectónicas, prostatectomías)	4	—	3»

Julio de 1915 :

«Entraron en el semestre 74 enfermos, y murieron 7, así: 3 de tuberculosis pulmonar; 1 de fiebre tifoidea, con perforación intestinal; 1 de disenteria; 1 de enajenación mental, probablemente por infección o caquexia cancerosa; 1 enfermo operado de nefrectomía por tuberculosis renal.

«CUADRO ESTADÍSTICO

«Fiebre tifoidea, incluyendo fiebre gástrica	20.	Muertos, 1	
«Tuberculosis pulmonar... 3	—	3	
«Enfermedades nerviosas y mentales, incluyendo los casos de alcoholismo y morfismo	13	—	1
«Disenteria	11	—	1
«Operaciones quirúrgicas (nefrectomías, hernias, prostatectomías, uretrotomías, hemorroides, etc)	14	—	1
« Enfermedades diversas (sífilis, pulmonía, etc.)	13	—	»
Enero de 1916 :			

«Entraron en el semestre 120 enfermos, y murieron 11. Se pacticaron 33 operaciones de alta cirugía, entre ellas 4 histerectomías abdominales; una laparotomía, con resección intesti-

nal para tumor canceroso; una hernia inguinal estrangulada, con gangrena del intestino; extirpación de riñón tuberculoso; prostatectomía; extirpación de pólipo nasofaríngeo; apendicitomías, histerectomías vaginales, y hemorroides, con 3 muertes. Mortalidad inferior al 10 por 100.

«CUADRO DE ENFERMEDADES

«Fiebre tifoidea y fiebres gástricas (febrículas) 22

«Tifo exantemático 12. Muertos, 2

«Disenteria (6), tuberculosis pulmonar, cirrosis hepática, alcoholismo, sífilis, enajenación mental y enfermedades diversas 53 — 6

«Operaciones quirúrgicas diversas 33 — 3

Total 120. Muertos, 11»

Enero de 1916:

«La estadística de este mes es la siguiente:

«Enfermos que quedaron de diciembre 29

«Entraron en enero 26

«Salieron por curación o mejoría 30

«Murieron (tifo, 2; cirrosis, 1; tuberculosis, 1) 4

«Quedaron para febrero 21

«NOTA—Hubo 12 casos de fiebre tifoidea y de tifo exantemático, y fueron más numerosos los casos en que la marcha clínica de la enfermedad permitió hacer desde el principio el diagnóstico de tifo exantemático (7 casos). De los muertos de tifo exantemático el uno fue una señora de más de setenta años, y el otro un hombre joven de buena salud anterior, que tuvo la forma ataxoadinámica y murió a los ocho o nueve días de enfermedad. (Estuvo en la Casa de Salud cinco días).

«Se practicaron 10 operaciones quirúrgicas (histerectomías, prostatectomías, hernias, enucleación de ojos, cataratas, etc.), sin ninguna muerte. Hubo unos 3 casos de disenteria.»

Febrero.

«Quedaron de enero	21
«Entraron	28
«Salieron por curación o mejoría	18
«Murieron (cáncer del hígado y enteritis tuberculosa)	2
«Quedan	29

«Hubo 9 casos de fiebre tifoidea y tifo exantemático. Se practicaron 15 operaciones quirúrgicas.»

Marzo:

«Quedaron de febrero	29
«Entraron	43

«Salieron	31
«Murieron	3
«Quedan	38

«NOTAS—Causó una de las muertes una infiltración de orina descuidada, que había producido gangrena genital y de las paredes abdominales. Apenas pasó una noche en la casa de Salud. Otra muerte la ocasionó una pulmonía lobar franca en un enfermo sospechoso de tuberculosis. A los ocho o nueve días de enfermedad bajó la temperatura a la normal y pareció entrar en convalecencia franca. Esa misma noche aparecieron dolores violentos con sensación de adormecimiento en los miembros enfermos, que no se pudieron calmar ni con inyecciones de morfina. Al día siguiente pude comprobar la supresión total de las pulsaciones arteriales en ambas piernas, probablemente por embolía de la aorta abdominal o de las arterias ilíacas : murió al día siguiente. La otra muerte la ocasionó un tifo exantemático que solamente se trató en la Casa cinco días.

«Hubo 3 casos de disenteria y 15 de fiebre tifoidea y tifo exantemático, más numerosos los primeros. Se practicaron 24 operaciones de alta cirugía, con buen éxito, una de ellas de urgencia, durante la noche, para una peri-

tonitis supurada, producida por perforación aguda de un órgano, probablemente el estómago o la primera porción del intestino delgado. Se extrajo una gran cantidad de líquido purulento, y se hizo el lavado del peritoneo con éter. El enfermo curó sin accidente digno de anotarse.»

Abril:

«Quedaron de marzo	38
«Entraron	25
«Salieron por curación o mejoría	26
«Murieron (cánceres inoperables y tuberculosis)	4
«Quedan para mayo	33

«NOTAS—Hubo 19 casos de fiebre tifoidea y tifo exantemático sin ninguna muerte. Se practicaron con buen éxito 16 operaciones, la mayor parte de alta cirugía (histerectomías, extirpaciones de anexos, raspados uterinos y de huesos, apendicectomías, prostatectomías, hidroceles, extirpación de ganglios, etc.).

En todas las notas estadísticas de la Casa de Salud de Marly llama la atención, desde el punto de vista social, la frecuencia y gravedad de la sífilis, la tuberculosis y el alcoholismo.

Es digno de tenerse en cuenta también la pequeña mortalidad de la fiebre tifoidea y del tifo exantemático.

Comunicabilidad y contagiosidad de la lepra

por H. BAYON, M. D., bacteriólogo oficial de la Unión Sudafricana.

Trabajo publicado en 1915 en *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, de la Universidad de Liverpool.

TRADUCIDO POR EL DOCTOR MANUEL N. LOBO (DE BOGOTA)

Las observaciones exactas y repetidas durante los últimos treinta años han probado definitivamente que la lepra es una enfermedad infecciosa y comunicable. La *sabiduría de los siglos*, para citar la expresión de Sambón, jamás ha dudado de este hecho. Solamente debido a observadores clínicos superficiales del siglo XIX, la herencia y otros factores que no vienen al caso, se consideraron, aunque por corto tiempo, como causa de la enfermedad.

Se hace a menudo la aserción de que nada se sabe sobre la manera como la lepra se comunica del enfermo al sano, pero es un hecho que este asunto ha sido cuidadosamente estudiado, y los resultados son tan definidos como los que se han obtenido en muchas otras afecciones infecciosas, tales como el sarampión o la escarlatina, o quizá más que en éstas.

Nuestra convicción respecto a la contagiosidad de la lepra está fundada en las siguientes observaciones:

1. Que es una enfermedad debida a un microorganismo específico y definido, que sólo se ha encontrado en leprosos, en sus excreciones y en su vecindad.

2. Que en el norte de Alemania, donde la lepra ha sido reintroducida de Rusia, en los tiempos modernos, se ha visto que se ha extendido muy lentamente y de un modo concéntrico alrededor de los primeros casos importados y de sus contactos.

3. Que en la isla de Oesel, cuya población ha quedado prácticamente estacionaria durante los últimos cincuenta y cinco años, Lohk, Talivik y Dehio pudieron demostrar que de sesenta y tres casos de lepra solamente en ocho no se podía señalar el contacto previo con leprosos.

4. Que, con una excepción (Da Costa), todos los casos en que el contacto no puede probarse, se han originado en países o distritos en que la lepra es muy común; pero que en los casos relativamente raros en que la lepra ha sido contraída en países donde la enfermedad no es indígena, tales como el Reino Unido, la Alemania del sur, Holanda, es posible probar

el íntimo contacto con otros leprosos, quienes a su vez han contraído la enfermedad en el Exterior.

5. En comarcas donde la lepra es rara, tales como Valais, la Riviera, los Alpes marítimos, la enfermedad se ha encontrado siempre circunscrita a focos de familias definidas.

6. Que los países que han emprendido un sistema eficaz de aislamiento han conseguido una disminución gradual y constante de la enfermedad (Noruega, Islanda, Alemania, islas Sandwich, islas Filipinas).

7. Que donde el aislamiento ha sido abandonado o seguido sin rigor, o en donde no se ha establecido del todo, el azote generalmente ataca un número creciente de individuos (India, Basutoland, Indias Danesas).

Los fundamentos con que se niega la contagiosidad son, según creo, los siguientes:

1. Que el personal de médicos y asistentes jamás contrae la enfermedad en los leproso-rios.

Esta aserción no es muy correcta. La infección en tales circunstancias no es frecuente, pero pueden presentarse varios casos que muestran que los asistentes y médicos han contraído la enfermedad. En el Africa del Sur el Médico Superintendente de un asilo contra-

jo la lepra. Otros ejemplos de infección profesional han sido publicados por Enlers, Vidal, Jeanselme, Nicolás y otros.

En un caso de que tengo conocimiento, un misionero entre leprosos, confiando sin duda en el pequeño grado de infecciosidad de la enfermedad, permitió a su hija jugar con los niños leprosos. La enfermedad se desarrolló en ella cuando estaba en la escuela en Europa.

Son también conocidos casos de infección, publicados o nó, entre religiosos que han asistido enfermos de lepra (tres sacerdotes en Molokai; el Padre Boglioli en Nueva Orleans, dos monjes, un misionero, una señora misionera (1).

También se ha intentado negar la infecciosidad de la tuberculosis basando tal deducción en estadísticas que muestran una baja proporción de infección marital y profesional.

2. Porque la enfermedad no puede transmitirse a los animales, y las inoculaciones experimentales en seres humanos no han dado resultado.

(1) En el Lazareto de Contratación (Colombia) han contraído recientemente la lepra una Hermana Salesiana, europea; un sacerdote y un sirviente de los médicos, ambos colombianos. Las investigaciones en estos enfermos demuestran que estaban indenes de lepra ellos y sus familias—NOTA DEL TRADUCTOR

Esto tampoco es correcto. La primera parte de este argumento nos había permitido hace quince años negar la contagiosidad de la sífilis. La lepra es transmisible a los animales de laboratorio: curí, rata, como lo han demostrado repetidos experimentos. Que esta posibilidad no se conozca más generalmente, se debe al hecho de que las lesiones pueden ser localizadas y dejar de desarrollarse en una gran proporción de experimentos, y que a menudo se asemejan a la tuberculosis en ciertos respectos.

En cuanto a las inoculaciones que Danielssen, Profeta, Cagnina, Bargilli hicieron en sí mismos y en otros, los resultados fueron negativos; pero en vista del conocimiento que hemos adquirido últimamente de la biología del microorganismo de la lepra, ellas únicamente prueban que la inoculación experimental con pequeñas cantidades de materia leprosa es incapaz de producir la enfermedad en el sér humano.

En el caso bien conocido de Arning, o sea del convicto Keanu, que fue perdonado con la condición de que permitiera inocularle la lepra, la enfermedad se desarrolló, pero el experimento fue algo defectuoso, por el hecho de que ese hombre tenía parientes leprosos y

estuvo en contacto con ellos antes y después de la inoculación.

3. Que en Noruega la lepra ha disminuído considerablemente en el curso de sesenta años, cuando sólo un cuarto de los leprosos han sido aislados.

Esto tampoco es correcto. Es verdad que sólo una pequeña proporción de los leprosos conocidos han sido puestos en estricto aislamiento, esto es, en asilos especiales; estos eran los casos incapaces de aislarse a domicilio, o que no quería hacerlo. Todos los restantes fueron obligados a evitar en su casa todo contacto con sus parientes, etc., bajo la vigilancia médica. En este sentido el sistema fue el de un eficaz aislamiento general.

Un argumento semejante, con frecuencia presentado por los anticontagionistas, es que la lepra desapareció en la Edad Media de Inglaterra, Francia, Alemania, etc., sin que se hubiera ocurrido a medidas estrictas de aislamiento.

Me parece que las medidas adoptadas para impedir la extensión de la enfermedad fueron sumamente severas. Los leprosos no eran admitidos en las iglesias o en los mercados; tenían que llevar un vestido especial y hacer conocer su presencia por medio de una cam-

pana o matraca. En pocas palabras: se evitaba radicalmente el íntimo contacto entre sanos y enfermos, que es lo que da origen a las condiciones más favorables para la transmisión del mal. También creo que la peste, directa o indirectamente, barrió una gran parte de la población leprosa, que era débil, y que durante los tiempos de epidemia y conmoción no recibía limosnas. Esta observación ha sido confirmada en cierto modo en la India en los tiempos modernos.

Se verá que los argumentos anticontagionistas están fundados principalmente en hechos negativos. Se pueden tomar estadísticas positivas que sostienen la contagiosidad de la lepra de Noruega, Japón y las islas Sandwich, y unánimemente apoyan la misma doctrina.

Las estadísticas de Kitasato para el Japón demuestran que los hijos de leprosos vienen a ser leprosos en una proporción solamente de 7,95 por 100 del total. La infección por matrimonio está probada en 3,8 por 100 de los casos; mientras que las personas que viven bajo un mismo techo contraen la lepra en una proporción de sólo 2,7 por 100. Los hermanos y las hermanas se infectan mutuamente en proporción de 4,2 por 100. Estas cifras pueden necesitar corrección, de acuerdo con los

últimos métodos estadísticos. Sin embargo, poco más o menos corresponden a la experiencia adquirida en Noruega, en donde las cifras de Sand Lies difieren algo, pero muestran que los niños de madres leprosas se contagian con más frecuencia que aquellos cuyo padre es el único enfermo. Esto prueba que el contacto más íntimo entre la madre y el hijo conduce a un mayor porcentaje en la adquisición del flagelo.

Las estadísticas de Sand en Noruega revelan que en 357 matrimonios, en que sólo el padre era leproso, nacieron 1,241 niños, de los cuales 63, o sea una proporción de 4,9 por 100, llegaron a ser leprosos. En otros 138 matrimonios observados, sólo la madre era leprosa; de 533 niños nacidos de estas uniones, 56, o sea 10,5 por 100 tuvieron la lepra. En 17 matrimonios en que ambos cónyuges estaban enfermos, hubo 63 niños, de los cuales 8, o sea 12,7 por 100 resultaron infectados.

Las cifras de Lies, en el sudoeste de Noruega, dan resultados semejantes. De 230 matrimonios, en que sólo el padre era leproso, hubo 769 niños, de los cuales 79, o el 10,2 por 100, contrajeron la enfermedad. En 223 matrimonios sólo la madre era leprosa, de 648 niños, 106, o 16,36 por 100, se volvieron le-

prosos. En 28 casos ambos padres eran leproso-
sos ; de 79 niños, 29 fueron víctimas de la
lepra, esto es, 39,19 por 100.

Mc Coy y Goodhues hicieron sus observa-
ciones en las islas Sandwich, y se refieren es-
pecialmente a los casos de infección notados
entre los kokuas o ayudantes voluntarios de
los leproso en el establecimiento de Molokai.
Sus conclusiones muestran que:

1. De 119 hombres, prácticamente todos
hawaienses, o personas de sangre mezclada
hawaiense, que vivían en la misma casa con
leproso, 5, esto es 4,2 por 100 contrajeron
lepra

2. De 106 mujeres, todas hawaienses o de
sangre mezclada hawaiense, que vivían en la
misma casa con los leproso, 5, esto es 4,7 por
100 tuvieron la lepra.

3. De doce mujeres, todas caucásicas, que
vivían en contacto íntimo con los leproso,
como es necesario para atender a sus necesi-
dades corporales y espirituales, ninguna tuvo
la enfermedad.

4. De 24 hombres que vivían en las mismas
condiciones, en contacto con los leproso, 3,
esto es, 13 por 100, contrajeron la enfermedad.

5. El más corto período en que la enfer-
medad se desarrolló después de que la perso-

na entró al establecimiento fue de tres años (dos casos), y el más largo diez y siete años.

En una relación hecha en 1886 se asegura que de 178 kokuas, 17 se volvieron leprosos en un año. En una relación posterior hecha en 1888 se observa que de 66 kokuas examinados, 23 se habían vuelto leprosos.

Tales condiciones no existen en los tiempos presentes en Molokai, cuyos cambios favorables se deben sin duda a las grandes mejoras hechas en las condiciones sanitarias del establecimiento en los últimos años.

No se debe olvidar que como los kokuas salen de una población en que la lepra no es rara, es muy posible que cierto número de casos vengan al establecimiento en estado de incubación.

Hollmann examinó cuidadosamente las condiciones que afectan el desarrollo de la lepra en los hijos de leprosos en el establecimiento de Molokai, y llega a las siguientes conclusiones:

1^a Está demostrado que 40 por 100 de los niños nacidos de padres de los cuales uno o ambos son leprosos, mueren antes de un año.

2^a 32 por 100 de los varones que estuvieron expuestos al contagio en diez o más años, contrajeron la enfermedad.

3ª 4 por 100 de las hembras cuyo tiempo comprobado de exposición fue menor de cinco años, contrajeron la lepra.

4ª 10 por 100 de los varones expuestos por más de siete años, contrajeron la enfermedad.

5ª 13 por 100 de las hembras expuestas de uno a diez y siete años, y en observación siete o más años, vinieron a ser leprosos.

6ª El tiempo medio de exposición de los casos en que se desarrolló la lepra fue de cinco años.

En consecuencia el peligro de contraer la lepra para los niños hijos de padres leprosos aumenta con la mayor duración de la exposición.

Incidentalmente estas investigaciones demuestran que la herencia no desempeña ningún papel importante como causa de la lepra. Si así fuera la enfermedad, pronto se extinguiría en cualquier país.

Las cifras y conclusiones demuestran tan claramente que el contagio o infección por contacto inmediato es el modo usual de comunicación, que parece más bien fuérase de lugar buscar un insecto portador del flagelo.

Todos los experimentos para probar la transmisión de este modo han fallado completamente, aunque parece muy probable que la

mosca doméstica común pueda chupar los gérmenes de la enfermedad en las úlceras abiertas, conservarlos por varios días y diseminarlos. El horrible espectáculo de las moscas que revolotean y se posan sobre las úlceras purulentas y alrededor de las narices de los mendigos leprosos, es bien conocido por los viajeros en los países orientales.

Graham Smith ha demostrado que las moscas domésticas pueden albergar las bacterias de la tuberculosis por doce días o más, y juzga probable que el microorganismo de la lepra pueda también permanecer por largo tiempo en el intestino de la mosca.

Leboeuf examinó muchos ejemplares de mosca doméstica cogidos en las úlceras de los leprosos, en los pabellones y en casas que no distaban más de 150 metros del hospital.

Encontró *globi* leprosos en los intestinos de moscas capturadas y guardadas por veinticuatro horas, y heces de bacilos acidorresistentes en moscas treinta y seis horas después de haberse alimentado. Sus conclusiones son éstas :

1. La mosca doméstica debe absorber enorme número de bacilos de Hansen alimentándose en úlceras que contengan estos gérmenes.

2. Los bacilos pueden encontrarse en abun-

dancia y aparentemente en excelentes condiciones, en los excrementos de las moscas domésticas infectadas.

3. No parece que haya multiplicación del bacilo en el canal digestivo de la mosca doméstica, pero en ningún caso hay signos de degeneración de él.

4. La mosca doméstica desempeña probablemente un importante papel en la diseminación de la lepra depositando sus excrementos en las membranas mucosas o en las pequeñas erosiones de la piel de las personas sanas que viven en inmediata vecindad de leprosos cuyas úlceras contengan bacilos.

Se verá que en ningún caso las moscas hacen otra cosa que diseminar eventualmente los microorganismos que han ingerido, a la manera en que diseminan la tifoidea.

Hasta donde llegan nuestros conocimientos, ningún insecto desempeña un papel real de transmisión de ninguna enfermedad *bacteriana*. Por otra parte, esta transmisión implica un ciclo de desarrollo más o menos complicado en el cuerpo del huésped intermedio, después de lo cual un protozoario puede ser inoculado por la trompa de un insecto que pica. Con las bacterias la comunicación que contamina tiene lugar por las heces o por la

regurgitación del contenido del estómago. Esto es lo que sucede en la peste bubónica y en la tifoidea.

La mosca está eminentemente adaptada para un método de diseminación por contaminación mecánica, pero las dificultades inherentes a la comunicación de la lepra a los animales hacen muy difícil el trabajo experimental en estadiación.

Se verá que el último contacto personal, como se encuentra entre el niño y la madre, da las circunstancias más favorables para la adquisición de la lepra.

En el Africa del Sur, donde el empleo de sirvientes y nodrizas para niños negros y nativos está muy generalizado, no es raro encontrar que cerca de 40 a 50 por 100 de los pacientes blancos (caucásicos) aislados no puedan decir cuándo contrajeron la lepra. Esta enfermedad está muy extendida en la población nativa. En casos aislados, después de una minuciosa investigación, se pudo observar que la enfermedad podía atribuirse a una nodriza o a un sirviente negro, en quienes había signos evidentes de lepra o que eventualmente habían sido aislados en algún asilo de la Unión, y se había desarrollado la enfermedad en el niño muchos años después.

Los trabajadores nativos que sufren de lepra parece que son la fuente de contagio en muchos otros casos. La Comisión de la lepra que en 1895 visitó el cabo de Buena Esperanza, prestó especial atención a esta materia, y cita varias observaciones que sostienen esto:

«Un individuo puede ser leproso por muchos meses, y aun por uno o más años, sin presentar signos externos de lepra, y durante este tiempo puede haber comunicado la enfermedad a otros sin tener conciencia de estar leproso. De aquí nace la dificultad de conocer cómo y cuándo el sano ha podido estar en contacto con el contaminado. Es evidente que la duración del período de incubación, y la posibilidad de que durante éste un individuo pueda comunicar la enfermedad a otro, aumentan mucho la dificultad de averiguar la fuente del contagio. De aquí que se pueda comprender fácilmente la aserción de muchos leprosos de que ellos jamás han estado en estrecho contacto con enfermos, que nunca los han visto, y que no saben cómo han adquirido la enfermedad. En muchos casos, sin embargo, quizá en la mayor parte, puede demostrarse que en algún período aquellos que han adquirido la enfer-

medad han estado en contacto con persona o personas que la sufren; y aun cuando el contacto directo no pueda probarse, sí se pueden hallar los medios indirectos de adquirir la lepra, tales como el uso de una misma cama, de piezas de vestido, utensilios, una pipa, objetos usados por un leproso, o viviendo en un cuarto que ha ocupado el leproso asistiendo a éste.

«En la relación presentada a la Comisión, el doctor A. J. Simons, de Malmesbury, quien en el curso de una extensa práctica que alcanza a varios años, ha tenido muchas oportunidades de observar la enfermedad, da una historia muy instructiva del curso de la lepra en aquella región. En el caso que se considera, notó primero la lepra en un negro bastardo hotente; después una niña, hija del mayordomo, adquirió la enfermedad; luego otro negro de la hacienda, carretero, que era grande amigo del bastardo hotentote; más tarde, el carretero maestro de éste; después una muchacha que vino a la hacienda para atender y educar a la hija del mayordomo; finalmente, la sobrina de éste, que frecuentemente visitaba la hacienda, pasaba el día allí y era íntima de la niña leprosa. Todo el mundo sabe el método de vida patriarcal de los hacendados

sudafricanos, y quien conozca los hábitos de nuestra población rural admitirá que la relación dada por el doctor Simons es una historia típica de lo que sucede en cualquier distrito en Africa del Sur.»

.....
«El doctor Nieuwoudt, de Darling, recuerda los siguientes casos:

«1. Un paciente en cuya familia no se había presentado la enfermedad, fue acompañado por un sirviente leproso, y contrajo la enfermedad en forma mixta. Más tarde un muchacho que la atendía adquirió la enfermedad y murió; después la hija del señor tuvo la forma tuberculosa de la lepra, y así continuó, aunque su padre murió hace algún tiempo.

«2. Un anciano tuvo la enfermedad, aunque en su familia no la había en cuanto pudo conocerse. El hijo de su hermano, que usó su sombrero, adquirió la enfermedad; y otro hombre extraño a esta familia y de cepa limpia, en cuya cama durmió el paciente, también adquirió la enfermedad.»

.....
«El doctor Newnham, de Aliwal, conoce un caso en que un hacendado fue claramente infectado por su cochero nativo, por mucho tiempo leproso. Amo y sirviente, cuando via-

jaban juntos, usaban un *coco* de cuerno para beber.»

El doctor Vanes, de Humansdorp, escribe: «en una familia que vivía en Patentia había cuatro niños afectados; eran sanos los padres.» Con respecto a estos últimos casos debe notarse que se pueden citar muchos ejemplos que prueban que los niños adquieren la enfermedad antes que los padres. Parece a la Comisión que tales casos deponen poderosamente en favor de la contagiosidad de la lepra y en contra de su herencia, y más especialmente en aquellos en quienes no se puede demostrar ninguna mancha familiar, aun remota.

«El doctor Varry, de Bedford, cita el caso de un hacendado holandés, quien asegura que adquirió la enfermedad por servirse de un azada usada por un hotentote leproso.»

Es posible que estas observaciones sean echadas a un lado por la crítica severa, si no están de acuerdo de una manera visible con las conclusiones deducidas de la investigación sobre la extensión de la lepra en otras partes del mundo.

Sabemos que actualmente de 25 a 50 leprosos o más viven en Inglaterra; y de éstos sólo uno ha adquirido la enfermedad en el

Reino Unido (madre y padre eran leprosos). Las simples precauciones que estos desgraciados han podido tomar para mantenerse separados de sus familias han sido suficientes para prevenir el contagio.

Como contraste tenemos la India, donde el último censo parece mostrar un aumento de leprosos en los últimos diez años, de 100,000 a 110,000.

El ojo médico moderno mira, en consecuencia, la lepra como una enfermedad que es definitivamente contagiosa, pero en grado relativamente débil, en condiciones sanitarias apropiadas. En situaciones en que las precauciones higiénicas son defectuosas y el contacto entre los enfermos y los sanos es necesariamente inmediato, cuando un leproso se ve obligado a dormir en una misma cama con otros miembros de la familia, y cuando falta el aseo personal, el peligro de contagio se presenta ciertamente en una extensión mucho más marcada.

Apuntaciones sobre el alcoholismo

por el doctor OSCAR A. NOGUERA (de Barranquilla).

Gran terror causa dondequiera la aproximación de alguna de las epidemias que de tiempo atrás azotan a la humanidad. Cólera asiático, peste bubónica, viruela, fiebre amarilla y muchas otras enfermedades llevan pánico y confusión a los pueblos. Si bien ese temor es fundado, no por eso debemos descuidar el prestar debida atención a males físicos y morales que reinan en todas partes en la forma endémica y que a la larga causan mayor número de víctimas que las más desastrosas epidemias que registra la historia. No citaré sino dos de esos males: la tuberculosis y el alcoholismo. Del primero sabemos que se está ocupando con detención nuestro ilustrado colega el doctor Miguel Arango M. Sobre el segundo haremos algunas breves apuntaciones, ya que por falta de estadística y de algunos datos más no podemos aspirar a presentar un cuadro completo sobre tan importante punto.

El uso del alcohol se remonta hasta las épocas más lejanas de la Historia. Desde que se le conoce se ha abusado de él para causar la embriaguez. Su poder seductor es tan grande, que lo ha hecho extenderse por todos los pueblos del orbe, causando desastres por todas partes, llegando en algu-

nas hasta exterminar las razas. Los pueblos indígenas de América han sido víctimas de ese vicio. Algunos de ellos fueron deliberadamente exterminados por los blancos que invadieron su territorio y que para su obra de destrucción se servían del alcohol y su poder seductor con el fin de envenenarlos. Otros no necesitaron que se llevara de fuera ese terrible agente, pues ya lo habían llegado a preparar con el maíz o con el jugo de sus plantas, y de él se servían para embriagarse, agotar sus fuerzas vitales y sus energías para el trabajo. Entre nosotros, lejos de disminuir, ha aumentado el abuso del alcohol, que se consume en varias formas. En las tierras calientes se beben el ron y el guarapo, ambos productos de la caña; en las tierras frías predomina la chicha, producto del maíz y de la miel, muy popular entre los indígenas de nuestra Cordillera Oriental desde épocas anteriores a la Colonia. Al mismo tiempo se consumen en todas partes aguardientes, mistelas producidas también con el jugo de la caña y licores importados del extranjero, tales como cognac, whisky, vinos y cervezas de distintas clases. Las últimas se producen con la cebada; el whisky con el trigo, y el cognac y los vinos, que debieran ser productos de la uva, generalmente no lo son, pues a lo menos los que vienen para acá, en parte o en su totalidad, son artículos sintéticos en que juega un gran papel el alcohol impuro que se destila de la papa.

No sorprende que tribus enteras de indígenas hayan sido aniquiladas por el alcohol en el vasto

territorio de la América del Norte, pues en todos los países y en todas las capas sociales, aun de los pueblos que han llegado a la mayor altura de la civilización, se observan los efectos deletéreos del alcoholismo. La bebida en que nos ocupamos produce, como es sabido, trastornos serios en el organismo. Por un lado la deshidratación de las células del tubo digestivo, o trae consigo dispepsias serias, diarreas, y en no pocos casos hasta abscesos del hígado, males todos que redundan en pérdida de nutrición, cuando no de la vida. Por otro lado, es el alcohol un agente que influye de un modo muy activo en las células nerviosas, acarreando la parálisis de sus centros. Esto se observa en la embriaguez aguda, pero es más temible la intoxicación crónica del alcohol, pues ésta conduce a múltiples neurosis, especialmente la neurastenia y la demencia. Por desgracia estas enfermedades se limitan no sólo al individuo alcoholizado sino que afectan con mucha frecuencia a su descendencia en varias generaciones. Muy considerable es el número de los pacientes que se encuentran en los manicomios y de los inquilinos de las cárceles, casas de corrección y asilos de idiotas, que son hijos, nietos o biznietos de individuos intoxicados por el alcohol.

Si los males físicos causados por ese veneno son grandes, no lo son menores los morales y la decadencia de los pueblos. Asesinatos, suicidios, golpes y heridas, ataques al pudor, abandono del trabajo, miseria de las familias, son muchísimas veces la consecuencia del alcoholismo. Y no

se crea que para llegar a tan funesto resultado es necesario que el que se entrega a tal vicio viva en estado perpetuo de embriaguez. Las libaciones diarias, el trago que los jornaleros llaman «las mañanas,» los aperitivos de los ricos y las copitas frecuentes que bajo cualquier pretexto se toman varias veces al día, aunque no produzcan embriaguez, traen muchas veces las miserias físicas y morales que anotamos arriba. No negamos que alguna que otra copa de vino o cerveza y aun de licores más fuertes, pueda, en ocasiones, prestar servicios saludables. El alcohol ingerido en muy pequeña cantidad y gran dilución es un buen estimulante de las fuerzas vitales, aunque no un alimento, como creen los profanos.

De lo expuesto se desprende que la sociedad tiene el deber de contribuir con todas sus fuerzas a hacer desaparecer o disminuir el vicio del alcoholismo. Esto con mucha mayor razón cuanto el consumo del alcohol tiende a aumentar en la mayor parte de los pueblos. No sorprende tal aumento, porque es sabido que, a pesar de cierta impresión desagradable que causa el alcohol al ponerse en contacto con las mucosas de la boca y la faringe y que obliga hasta a los bebedores consuetudinarios a hacer morisquetas ridículas, sus efectos consiguientes deben causar halagos indecibles a la mayor parte de los individuos que con facilidad se acostumbran a repetir los tragos.

Es tal el poder seductor del alcohol, que no podemos dejar de insistir en llamar la atención, siguiendo el loable ejemplo de nuestro ilustre com-

profesor doctor Manuel Pájaro (de Cartagena), hacia el peligro que encierra la práctica de prodigar, bajo cualquier pretexto, vinos generosos y medicinales no solo a los adultos, sino también a los niños. Una copita de vino de Dusart (valga el ejemplo), todos los días, trae por consecuencia que el niño se acostumbre a ese estimulante y que muy pronto si se le suspende decaigan sus fuerzas o pierda el apetito, lo cual sirve de pretexto a las madres y a las tías para dispensarle de nuevo su vino con el fin de fortificarlo. Muy pronto no basta una copita: se siente la necesidad de aumentar la dosis, y el gusto adquirido lleva más tarde al adolescente a ensayar los licores más fuertes aumentando rápidamente la dosis.

De ahí al alcoholismo no hay sino un paso. Por nuestra parte hemos desistido desde hace muchos años de recetar vinos medicinales a los niños y adolescentes; en cambio, los dispensamos sin temor a los viejos, porque hemos experimentado que en éstos, dosis moderadas de vinos generosos, prestan muy buenos servicios excitantes. ¿No recetamos también digital, cafeína, alcanfor y otros agentes análogos, con el mismo fin?

No hemos podido reunir el dato sobre la cantidad de ron, otras bebidas alcohólicas y cerveza que se consumen en este Departamento; indicaremos tan sólo que existen en él dos cervecerías bien montadas, que se consume aparentemente una gran cantidad de cognac y whisky, importados, y que la producción de ron y alcohol está a cargo de una Compañía comercial que paga al Tesoro del De-

partamento una renta anual de \$ 108,000 oro legal. Hay en esta sección de la República 115 establecimientos que están autorizados para la venta por menor de aguardiente, y que pagan por eso un impuesto anual de \$ 5,160 oro. Como es natural, la Compañía productora de licores nacionales y los expendedores por menor, que en conjunto pagan \$ 113,160 oro, tienen que derivar utilidades de su negocio para enterar en el Tesoro Departamental esa suma, que equivale a un peso oro por habitante, sin distinción de sexo ni de edad.

Si consideramos que aquí se consume también algún ron de contrabando, mucha cerveza producida en la localidad y muchos licores extranjeros, no es aventurado asegurar que el gasto anual por bebidas alcohólicas y fermentadas, equivale a \$ 2 oro por cada uno de los 114,000 habitantes del Departamento del Atlántico. Si se exigiera una contribución igual para algo útil, por ejemplo el saneamiento, la instrucción pública y la beneficencia, ¿que gritería se formaría por parte de los que se titulan amigos del pueblo! ¿No es mucho peor gastar esa cuantiosa suma en prohijar el servicio y la degeneración moral y física de nuestra raza? Si aquí no tenemos, propiamente, estadística que nos dé luz sobre el punto de que tratamos, en otros países sí se da importancia a ese ramo de la Administración. Poseemos datos precisos sobre el consumo de bebidas alcohólicas y fermentadas en Alemania. El consumo de aguardiente en aquel Imperio se movió durante los úl-

timos veinte años entre 4, 7 y 8 litros por cabeza y por año. Se palpa una disminución; empero, se consumieron siempre en 1911, por habitante, 3 litros. La cantidad de cerveza que consumió el pueblo alemán durante 1911 subió a 106 litros por cabeza. De una encuesta hecha entre 155 familias de jornaleros, resultó que el gasto por bebidas alcohólicas en ellas subió a 86,30 marcos por familia, que no tenía cada una más entradas que 1,789 marcos por año. Informe oficial calcula el gasto del pueblo alemán para bebidas alcohólicas y fermentadas durante 1910, en 2,860.000,000 de marcos. Esta suma es mayor que la de todo el Presupuesto imperial, más que el doble de los gastos totales para el ejército y marina, cuatro veces los gastos causados por el seguro de los obreros contra enfermedad e invalidez y cinco veces el costo de la instrucción pública primaria.

Otros países, como Inglaterra, Bélgica y Francia, consumen mayor cantidad de alcohol en proporción con el número de habitantes. (Abel).

Para desarraigar un mal que produce tantos perjuicios a los pueblos, se han ensayado en distintas partes muchos medios. En varios Estados de la Unión Americana se ha llegado a la prohibición absoluta, sin conseguir siempre el resultado apetecido. En el Estado de Georgia entró en vigencia el 29 de abril de este año una ley que prohíbe terminantemente la producción y venta de bebidas alcohólicas y fermentadas, así como la publicación de avisos referentes a esas bebidas y hasta la circulación de periódicos de otros Estados

que contengan tales avisos. El tiempo dirá si esta Ley disminuye en el Estado de Georgia el alcoholismo o si sirve de aliciente, como ha sucedido ya en otras partes para aumentar el contrabando del *moonshine whisky*, es decir, el licor destilado en bosques apartados, al claro de la luna.

Mejor resultado se ha obtenido para combatir el alcoholismo en Noruega, Suecia y parte de la Filandia. En estos países han sido los Municipios los que han introducido medidas restrictivas: algunos han llegado a la prohibición absoluta; otros han apelado al sistema de llenar de dificultades y gastos la consecución del permiso para vender bebidas alcohólicas, de modo que éstas se han ido poniendo día por día más caras, a la par que disminuía su consumo. Este último sistema ha sido muy benéfico para numerosas poblaciones de Escandinavia, muy especialmente la ciudad de Gotemburgo, donde, desde hace muchos lustros, no se concede permiso para la venta de bebidas alcohólicas a ninguna persona sino a sociedades encaminadas a disminuir el vicio de esos licores.

En Suiza se introdujo el monopolio del aguardiente en 1887, en Rusia en 1894. En ambos países produce ese monopolio pingües rentas al Estado. En Rusia no ha disminuído el alcoholismo, pero sí notablemente en Suiza, donde se destina el 10 por 100 de la renta de aguardientes para hacer una propaganda activa contra el consumo del alcohol.

En Colombia tuvimos también el monopolio del alcohol durante unos cinco años, y se observó dis-

minución de su consumo; en algunos Departamentos aún persiste. En el del Atlántico lo hay de hecho, aunque no de nombre, pues una Compañía comercial ha adquirido del Departamento el derecho de destilar y vender por mayor, mediante el pago de \$ 108,000 oro por año, nuestra bebida popular, es decir, el ron. Los establecimientos que quieren venderlo por menor pagan una módica suma al Tesoro Departamental. Creemos conveniente que se refunda el sistema de Escandinavia y parte del de Suiza, aumentando considerablemente la suma que se deba pagar por la concesión para la venta detallada de licores y destinando todo su producto, más el 10 por 100 de la renta que paga la Compañía de licores, para seguir el ejemplo del lamentado tribuno General Rafael Uribe Uribe, y hacer propaganda vigorosa contra el alcoholismo, que nos está causando ya grandes males físicos y morales, y amenaza con la degeneración de nuestra raza. Para tal propaganda se debieran distribuir ampliamente por todas las casas, y con frecuencia, escritos cortos con ilustraciones que revelen los efectos deletéreos del alcohol. En las escuelas hay que llamar la atención de los niños sobre los horrores del alcoholismo, y esto no una que otra vez, sino todos los días. Se debieran contratar conferencistas que en las fábricas y talleres y en los lugares públicos pongan a los obreros de manifiesto el peligro del alcohol. Las sociedades religiosas que existen y las que se funden, debieran cooperar con el Cuerpo médico en llamar la atención de las madres y de los educadores hacia

el gran peligro que tiene la práctica de dar vinos medicinales y licores alcohólicos de sabor agradable a los niños y adolescentes. Los médicos debiéramos recetarlos con la mayor parsimonia. Suplicamos también a las autoridades que prohiban la venta de licores en los días feriados, en aquellos en que los obreros reciben sus jornales de la semana y en los bailes públicos y quioscos. Así se evitaría el que los obreros y todos los que frecuentan esos bailes públicos cedan a la tentación de gastar su dinero en envenenarse, con perjuicio para ellos mismos, sus descendientes y para la paz y tranquilidad de sus hogares. También sería de desearse que las fábricas y talleres y las empresas de navegación prohibieran terminantemente la introducción de licores embriagantes a sus establecimientos y buques, facilitando, en cambio, a sus empleados, el consumo de café, té, agua de panela y cualquier otro elemento que tienda a estimular las fuerzas vitales. Todas esas empresas debieran ligarse para no dar empleo ni trabajo a bebedores consuetudinarios. En cambio, podrían también facilitar a sus empleados distracciones honestas, como funciones teatrales y cinematográficas, de las que excluyan escenas que sirvan para enseñar el robo, el asesinato y los ardidés para burlarse de la Policía.

Un punto deseamos tocar todavía, y es la impunidad de los crímenes y delitos cometidos bajo la influencia del alcohol. Un sentimentalismo exagerado induce en casi todas partes a considerar como causa atenuante la inconsciencia total o relativa que produce la intoxicación alcohólica. No

creemos fundado ese modo de proceder, porque los alcoholizados que comenten delitos, generalmente lo hacen en el período de inconsciencia relativa y aun escogiendo muchas veces sus víctimas. Además, tal sentimentalismo contribuye a aumentar el vicio del alcohol que deseamos combatir. Sería prudente excogitar medidas que tiendan a la disminución de ese mal.

En un proyecto de reforma del Código Penal alemán presentado al Reichstag antes de la guerra, se encuentran algunas disposiciones pertinentes. Se castiga al que en estado de embriaguez provocada voluntariamente, produzca escándalo, trastorne el orden público o constituya un peligro para otras personas. También se propone prohibir por un año a las personas que cometan delitos en la embriaguez, el visitar cantinas, clubes, etc., y el reconocerles circunstancias atenuantes. Algunos criminalistas, y también el proyecto a que aludimos, proponen que los que cometan delitos en el estado de embriaguez deban ser internados por un tiempo prudencial en establecimientos, que existen ya, para abolir el vicio del alcohol. Esta disposición está basada en la experiencia de que hay numerosos bebedores que por esfuerzo de la propia energía llegan a una abstinencia completa, mientras que otros lo consiguen bajo el influjo del medio ambiente en establecimientos destinados a su curación.

Por consiguiente, se estima que el Estado tiene el deber de poner a los infelices alcoholizados en condiciones de curarse de su vicio que hasta cierto

punto es algo como una enfermedad. Tal vez sería el caso de que la condena de un alcoholizado se haga sufrir siempre en una casa destinada a la abstinencia y no en las prisiones comunes. Empero, sería indispensable para ello la creación de tales establecimientos para la curación de los alcoholizados. Aconsejamos que gran parte del producto de la renta de licores sea forzosamente invertido en crear y sostener casas de abstinencia y de corrección, donde debieran ser reclusos también niños adolescentes que entran por la vía del crimen, sin ser ellos mismos los verdaderos culpables, sino más bien las víctimas de la ascendencia alcoholizada y por la falta completa de educación e instrucción.

A generalizar las últimas se debe también destinar gran parte de las rentas de licores. La escuela es un agente principal para la propaganda antialcohólica; mas para que ella llene su cometido es indispensable que le preste atención a la instrucción y al mismo tiempo a la educación, formando así ciudadanos que a la par que posean algunos conocimientos, tengan carácter firme y energía para luchar honradamente por la existencia, resistir a las tentaciones, y que a todo esto añaden condiciones de orden y disciplina, sentimientos del deber, respeto a la verdad y a la sociedad y amor a la Patria. Para que la escuela llegue a ese ideal debemos formar maestros que merezcan ese nombre, pues tomadores de lecciones que no saben ellos mismos lo que enseñan y por consiguiente no pueden dar explicación razonada de

las lecciones que los alumnos han de aprender, no ejercerán influencia decisiva sobre éstos, mucho menos si no dan tampoco buen ejemplo de las virtudes con que deseamos ver adornados a la mayoría de los ciudadanos de Colombia.

En Antioquia y en Caldas se destina gran parte de la renta de licores a la instrucción pública. ¿Por qué no se sigue tan loable ejemplo en todos los Departamentos? A nuestro modo de ver sería ese el medio para olvidar que el dinero de la renta de licores proviene del vicio. Sólo con una inversión como hemos indicado se le podría perdonar su origen y hasta exclamar con Vespasiano *non olet*. Réstanos indicar uno de los elementos más poderosos para la propaganda antialcohólica: es la influencia de la mujer.

Esta se palpa en todas las exteriorizaciones de la vida. Su influencia en el hogar y en la sociedad es indiscutida. Como educadora no tiene rival, llegando a modificar el carácter de los niños como si tratara de modelar figuras de cera. Empero, para llegar a ese fin, es de rigor que a ella misma se le haya educado a su debido tiempo. No olvidemos que la niña de hoy será la esposa modelo y la madre tierna pero enérgica de mañana, y que por consiguiente tendrá en sus manos el porvenir de la Patria. Asociemos a la mujer a la obra redentora de combatir el alcoholismo, y triunfaremos. No olvidamos nunca un sermón del Cardenal Gibbons que leímos en extracto hace más de veinte años. El ilustre prelado combatía la tendencia de la mujer americana a ejercer papel en la política, y

alegaba que su radio de acción donde siempre había obtenido triunfos halagadores para la humanidad era el hogar, donde ella debía hacer valer los halagos de su dulzura. Terminaba recordando que Aspasia dominaba a Pericles, éste a Atenas, y la ciudad de la Acrópolis a Grecia, pero ésta al mundo entero, siendo por consiguiente Aspasia, aunque no tenía derechos políticos, la dominadora universal.

Apelamos a todas las madres de Colombia para que se asocien a nuestra campaña antialcohólica, que es la causa del hogar, de la sociedad y de la Patria.

Comisión americana para el estudio de la fiebre amarilla.

El *Instituto Rockefeller*, de los Estados Unidos, creó una Comisión para el estudio de la fiebre amarilla, de la distribución geográfica de esta enfermedad, de los focos endémicos de ella y de las medidas profilácticas que en cada localidad hayan de adoptarse para extinguir esta infección.

Los resultados que se obtuvieron con las campañas de sanidad que el departamento de Higiene de los Estados Unidos emprendió en Cuba, en Méjico y en Panamá, y los que consiguieron el doctor Oswaldo Cruz, en el Brasil, y el doctor Liceaga, en Veracruz, indujeron a aquella benéfica institución a formar, con sus propios recursos, una Comisión de eminentes higienistas encargada de visitar los lugares donde ha aparecido, en cualquier tiempo, fiebre amarilla, no solamente en la América del Sur, en las Antillas y en la América Central, sino también en el Asia y en el Africa.

Forman esta importante Comisión los doctores General *William C. Gorgas*, mayor general del servicio sanitario de los Estados Unidos, director de los trabajos de sanificación en Cuba y en la zona del Canal de Panamá, Cirujano Mayor del Ejército americano y Presidente de la Comisión; *Henry R. Carter*, Inspector de sanidad maríti-

ma en los Estados Unidos y Jefe del servicio de cuarentenas; *Juan Guiteras*, Jefe del departamento de Sanidad de Cuba; *Teodoro C. Lyster*, médico militar de los Estados Unidos y segundo Jefe sanitario de la zona del Canal; *Eugene R. Whitmore*, distinguido bacteriologista del servicio de sanidad americano, y *William D. Wrightson*, ingeniero sanitario y Secretario de la Comisión.

Siguiendo las instrucciones del Instituto, los miembros de esta Comisión se dirigieron a esta capital a entenderse con el Gobierno y a solicitar permiso para visitar nuestros puertos y demás regiones del país donde pudiera presentarse la fiebre amarilla. En esta ciudad los eminentes médicos citados fueron recibidos por el Gobierno con la atención que merecían, y se entendieron con la Junta Central de Higiene para enterarse de la organización de la higiene en la Nación, de las disposiciones de policía sanitaria internacional que rigen, del estado sanitario del país en general y muy especialmente respecto a la fiebre amarilla y a los lugares donde ésta se hubiera observado.

Los miembros de la Junta Central de Higiene conferenciaron durante varios días con el General Gorgas y sus compañeros. En estas conferencias se les hizo notar que en Colombia no había desde hacía muchos años lugares en que la fiebre amarilla fuera endémica, pues si en Buenaventura se había presentado la epidemia que la Comisión conocía por los informes directos del doctor Berberley, ella había sido importada de Guayaquil y

podía considerarse terminada por las medidas adoptadas e implantadas rigurosamente.

Respecto a la región de Muzo, donde a la sazón se habían presentado casos semejantes en los que en 1908 dieron lugar a creer en la fiebre amarilla, la Junta les manifestó sus dudas, puesto que no habiendo fiebre amarilla ni en la Costa Atlántica ni en ninguna población del río Magdalena, ni en el interior del país, era inexplicable la infección de una región tan aislada como la de Muzo; se trataría en este caso de un foco autóctono, lo que es inadmisibile. A la Comisión americana llamó esto la atención, y resolvió visitar esas regiones para estudiar el problema.

La Junta suministró al General Gorgas y a sus compañeros los estudios que de la epidemia de Muzo hicieron los doctores Roberto Franco F., G. Toro Villa y Jorge Martínez S., y dispuso que el doctor J. M. Montoya acompañara a la Comisión americana.

Respecto a la Costa Atlántica, la Junta informó a la Comisión que desde 1905 no se presentaba caso alguno de fiebre amarilla; y le manifestó que se tenía el convencimiento de que nuestros puertos estuvieron expuestos a la epidemia mientras Panamá no estaba saneado. Fundada la Junta en estas consideraciones, en que Colombia había dado cumplimiento a las convenciones sanitarias internacionales y en que disponía de estaciones de sanidad muy completas, solicitó de la Comisión que interpusiera su valiosa influencia para que se suspendiera la injusta cuarentena impues-

ta en Colón a los buques que tocan en Santa Marta, Puerto Colombia o Cartagena. Los miembros de la Comisión prometieron estudiar atentamente esta solicitud para proponer lo conveniente después de visitar nuestros puertos y nuestras estaciones sanitarias.

Los doctores Gorgas, Lyster, Whitmore y Wrightson se encaminaron para Muzo acompañados del doctor J. M. Montoya.

Los doctores Carter y Guiteras se dirigieron a Puerto Berrío con el objeto de estudiar el estado sanitario de ese puerto y de la línea del ferrocarril de Antioquia, puesto que en el año pasado se habían presentado en esa región algunos enfermos sospechosos de fiebre amarilla. Para facilitar este estudio, la Junta llamó a los doctores Emiliano Henao y G. Toro Villa, quienes se reunieron oportunamente a los doctores Carter y Guiteras.

Terminada la inspección de la región de Muzo, el doctor Gorgas siguió para Barranquilla, donde se reunió con los doctores Carter y Guiteras para estudiar nuestra Costa Atlántica; los doctores Lyster, Whitmore y Wrightson, siguieron al Norte para visitar a Bucaramanga y a Cúcuta, de donde se dirigieron a Maracaibo para reunirse allí con el General Gorgas y sus compañeros.

La Comisión americana se ocupó en Barranquilla en estudiar todo lo relacionado con la fiebre amarilla en la costa del Atlántico. El Inspector de Sanidad, doctor Julio A. Vengoechea, y el Director Departamental de Higiene, doctor Oscar Noguera, suministraron a la Comisión todos los

datos, la que examinó la estadística desde doce años atrás, discutiendo todos los casos que se consideraron sospechosos de fiebre amarilla y estudiando la historia de las epidemias de esta fiebre desde 1890. Se practicó una detenida inspección de la ciudad; se estudiaron los reglamentos de sanidad; se buscó el estegomia cuidadosamente, y se practicó una minuciosa visita a la Estación Sanitaria de Puerto Colombia.

La Comisión ha anunciado que enviará a la Junta Central de Higiene un informe detallado de sus labores en Colombia, y como consecuencia de sus estudios ha llegado a las siguientes conclusiones :

1º No hay en Colombia *foco endémico* alguno de fiebre amarilla. En Buenaventura esta enfermedad ha sido accidental e importada de Guayaquil y ha quedado prácticamente extinguida. En la Costa Atlántica de Colombia la enfermedad ha desaparecido desde 1905.

2º El *estegomia fasciata* existe en Barranquilla, pero en tan escaso número, que ha sido difícil encontrar dos ejemplares de él.

3º Es casi seguro que el foco de infección y propagación de la fiebre amarilla en la costa del Atlántico de Colombia existía en el Istmo de Panamá, y una vez extinguido en éste por los trabajos de sanificación en la zona del Canal, han cesado también las epidemias en aquella costa.

4º La Comisión ha juzgado que la Estación Sanitaria de Puerto Colombia es de las más completas entre las que ha visitado, sin exceptuar la de La Habana, y que su organización, reglamentación

y medios de defensa permiten asegurar su eficacia para impedir la invasión de las enfermedades pestilenciales (fiebre amarilla, peste, cólera).

5º En la región de Muzo no hay estegomia. La Comisión no lo encontró a pesar de buscarlo con cuidado y de que hace mucho no hay trabajo alguno de sanificación. Los enfermos observados por la Comisión no tuvieron fiebre amarilla. En cuanto a la epidemia anterior, tiene muchas dudas de que fuera de fiebre amarilla, pues cree muy discutible que hubiera entonces estegomia, y hoy nó, y además, esa región no ha estado, ni entonces ni ahora, en comunicación directa ni indirecta con ninguna localidad en que hubiera fiebre amarilla.

La Junta Central de Higiene abraza la esperanza de que, en vista de estas conclusiones y teniendo en cuenta las observaciones que ella hizo en esta capital a la Comisión americana, se suprimirá la cuarentena que hoy se impone en Colón a los buques que tocan en Santa Marta, Puerto Colombia o Cartagena, asunto que resolverá al regresar la Comisión a los Estados Unidos.

En cuanto a la cuarentena que se exigía en La Habana para los buques procedentes de puertos colombianos, ya está abolida por disposición del doctor J. Guiteras, miembro de la misma Comisión y Jefe del departamento de Sanidad de Cuba.

P. GARCÍA MEDINA

Comunicación del doctor W. C. Gorgas.

SOBRE FIEBRE AMARILLA EN MUZO

The Rockefeller Foundation—International Health Board—61 Broadway, New York—Yellow Fever Commission: William C. Gorgas, Chairman, Henry R. Carter, Juan Guiteras, Theodore C. Lister, Eugene R. Whitmore, William D. Wrightson.

A bordo del vapor *Perou*.—Agosto 29 de 1916.

Doctor Nicolás Buendía, Secretario de la Junta Central de Higiene—Bogotá—Colombia.

Estimado doctor Buendía:

Acompaño a la presente una copia de nuestros datos sobre los casos de fiebre amarilla en Muzo.

He creído que tengan interés para la Junta Central de Higiene. Envío también copia de la carta que dirigí al Ministro de Hacienda, sobre este asunto.

Sinceramente de usted.

W. C. GORGAS.

Presidente de la Comisión de Fiebre Amarilla.

INFORME DE LA COMISIÓN DE FIEBRE AMARILLA DE LA INSTITUCIÓN ROCKEFELLER, SOBRE LA FIEBRE AMARILLA EN MUZO (COLOMBIA)

A nuestra llegada a Bogotá, la Junta Central de Higiene nos informó de la existencia de la fiebre amarilla en las minas de Muzo, desde el mes de

mayo último. El 10 de agosto la Junta había recibido un telegrama del Alcalde de Muzo, en el cual daba cuenta de que en esta fecha había aparecido un nuevo caso, de que habían ocurrido varias defunciones recientes y que la epidemia se extendía.

El doctor Lyster y el Mayor Whitmore, Mr. Wrightson y el suscrito partimos para Muzo el domingo 13 de agosto, con el objeto de estudiar esta epidemia.

Nuestras conclusiones están consignadas en una nota dirigida al señor Ministro de Hacienda, de la cual acompañamos una copia al presente informe, conclusiones que están basadas en un examen cuidadoso de la población de Muzo y de las minas del mismo nombre, situadas a seis millas hacia el norte de dicho lugar.

Nuestro estudio se refiere especialmente al último caso fatal ocurrido el 28 de julio. Los síntomas sospechosos en este caso eran vómito negro, anemia e ictericia.

En virtud de diversos testimonios nos inclinamos a creer que el paciente (señor Velásquez) tuvo realmente vómito negro, aun cuando el dato que obtuvimos de las enfermeras está en contradicción con el del doctor Angueira.

Aceptamos también como un hecho que el señor Velásquez tuvo anuria, aunque la frecuencia de sus deposiciones hace imposible la certeza a este respecto. La ictericia comenzó el día de su muerte, y el cadáver mostró un aumento de esta ictericia, aun cuando sobre este punto los testimonios no

están acordes. Una de las enfermeras que lo atendieron afirmó perentoriamente que no tuvo ictericia.

Las razones en contra de la existencia de la fiebre amarilla, son : la improbabilidad de la infección; las minas de Muzo están situadas en un valle aislado, seis millas hacia el norte de la población, y no son accesibles sino por un solo camino. Están cuidadosamente custodiadas por una numerosa guarnición de Policía, y la entrada está prohibida. Las minas no han sido explotadas en los dos últimos años, y un destacamento de sesenta individuos se mantiene allí.

La población de Muzo, aunque no custodiada, está igualmente aislada y vive casi exclusivamente de las minas. Cuando éstas están en explotación se emplean setecientas personas. Desde que el laboreo ha cesado, su tráfico con el resto del país es muy limitado. La única comunicación que existe actualmente es con la capital. El único foco que ha existido en Colombia, desde el año pasado, ha sido el de Buenaventura; no es posible, por tanto, la infección por este foco.

Se buscó muy cuidadosamente el estegomia tanto en la población de Muzo como en las minas, y no se halló un solo ejemplar. Si lo hubiera habido en julio, debería haberse hallado necesariamente ahora, desde luego que las condiciones han sido idénticas en ambos períodos. Ningún trabajo se ha llevado a cabo para destruir este mosquito.

El señor Velásquez enfermó el 25 de julio; este mismo día tomó un purgante; después de este

purgante le sobrevino una enterocolitis violenta que le duró hasta el día de su muerte, que tuvo lugar el 28. Todos los que lo vieron creen que tuvo fiebre, aunque no se le tomó la temperatura. El médico lo vio el día 28, y lo encontró con fiebre y diarrea profusa (veinte o más deposiciones en las veinticuatro horas).

Esta no es la historia de un caso de fiebre amarilla. El médico comenzó a tomarle la temperatura en la mañana del 28, doce horas antes de la muerte. El enfermo en este momento estaba todavía físicamente fuerte; era capaz de valerse por sí mismo, de ir al retrete, etc; el pulso, sin embargo, estaba de acuerdo con la temperatura: esto, en nuestra opinión, es un fuerte indicio contra la fiebre amarilla. En un hombre de la edad del señor Velásquez, con fiebre amarilla y fuerte todavía, el pulso debería ser lento. La ictericia anotada no es la de fiebre amarilla. Todos los que vieron al enfermo dicen que era pálido y anémico, y que la ictericia no apareció ni aun en las escleróticas sino unas pocas horas antes de la muerte. Los dolores característicos en la espalda, en los ojos, la cara vultuosa y la cefalalgia frontal, no fueron mencionados por ninguno de los que tuvieron ocasión de observarlo.

Somos, por lo tanto, de opinión que el señor Velásquez no murió de fiebre amarilla. En resumen: los síntomas indicadores de fiebre amarilla son: vómito negro, ictericia y anuria.

Las historia de la ictericia que nos dieron está más en contra que en favor de la fiebre amarilla,

y la anuria es muy discutible. Creemos, por consiguiente, que el único síntoma claro fue el vómito negro. En cambio, la historia del caso demuestra la ausencia de los síntomas importantes del pulso, la ausencia de ictericia característica y de congestión, la ausencia de sensibilidad gástrica, de dolores de espalda, de cefalalgia frontal, de dolor ocular, y más que todo, la ausencia de probabilidad de infección, por la falta absoluta del estegomia.

El señor Velásquez era un valetudinario y vivió en una región notoriamente palúdica. Si hemos de expresar una opinión, creemos que la muerte del señor Velásquez fue debida a una fiebre palúdica perniciosa ocurrida en un individuo debilitado y caquéctico.

No discutiremos detalladamente los otros casos. El carpintero era un *bráitico* conocido como tal por el médico seis meses antes de la muerte. Por las mismas razones que en el caso del señor Velásquez, creemos que el carpintero no murió de fiebre amarilla.

Dos casos fueron anotados por el médico como de fiebre amarilla, pocos días después de la muerte del carpintero. Ninguno de éstos presentaba nada que indicase que se trataba de fiebre amarilla. El médico dice que no considera que fuesen diferentes del tipo de fiebre que ocurre ordinariamente en la mina. Esta fiebre es indudablemente palúdica. Uno de estos pacientes se consideraba inmune de fiebre amarilla por haber sufrido un ataque de esta enfermedad, según su dicho, y que le trató el doctor Franco en 1908.

Otro caso fue anotado en la población de Muzo el mismo día de la muerte del señor Velásquez. Este caso lo calificó el médico de fiebre amarilla, por haber observado algunas gotas de sangre en las materias vomitadas; pero a pesar de este vómito sanguinolento, la orina no contenía albúmina. Ahora bien: en un caso suficientemente intenso para haber presentado vómito sanguinolento, debía con seguridad existir la albuminuria.

W. C. GORGAS,

Presidente de la Comisión de la fiebre amarilla.

CARTA DIRIGIDA AL MINISTRO DE HACIENDA

The Rockefeller Foundation—International Health Board, 61 Broadway, New York—Yellow Fever Commission: William C. Gorgas, Chairman, Henry R. Carter, Juan Guiteras, Theodore C. Lister, Eugene R. Whitmore, William D. Wrightson

Señor Ministro de Hacienda—Bogotá.

Estimado señor :

Debido a la cortesía de usted hemos podido visitar las minas de Muzo y estudiar la epidemia que se dice existe allí y en la vecina población del mismo nombre. Llegamos allí después de un viaje de tres días en mula y de haber atravesado una región muy interesante y pintoresca.

El día que salimos de Bogotá, el doctor Buendía, Secretario de la Junta Central de Higiene, nos dio la copia de un telegrama del Alcalde de Muzo, en que anunciaba que a la fecha existía en

Muzo un caso de fiebre amarilla, que la epidemia se extendía y que la mortalidad era elevada. A nuestra llegada a Muzo mostrámos este telegrama al Alcalde, y le manifestámos el deseo de ver algunos de los casos existentes; nos manifestó que el telegrama había sido mal interpretado; que no había en la localidad casos de fiebre amarilla; que no habían ocurrido muertes por esta causa, y que sólo por el doctor Angueira sabía que había casos de fiebre amarilla. No dio una explicación satisfactoria de porqué había puesto este telegrama.

El doctor Angueira dijo que no tenía conocimiento de que en ese momento existiera caso alguno en Muzo; que en la población había observado el 27 de julio un caso que había terminado por curación.

Según la descripción de este caso, creemos que no es de fiebre amarilla. Examinámos la población muy cuidadosamente, y buscámos el índice del paludismo en veintiséis niños: hallámos tres con el bazo aumentado de volumen, lo que parece indicar la existencia del paludismo en escasa proporción.

Vimos una mujer que se dijo haber tenido *typhus fever*. No tenía ni en ese momento, ni había tenido anteriormente, enfermedad febril aguda; había estado enferma los tres últimos meses. No existía en la localidad ninguna otra enfermedad aguda. No pudimos hallar ni estegomia ni larvas. Somos de opinión que en la actualidad no hay fiebre amarilla en Muzo, ni que la ha habido en época reciente.

En el mismo día fuimos a las minas y permanecimos allí todo el día siguiente examinando el estado sanitario de la región, y hallámos que ninguna de las sesenta personas que las habitan tenían enfermedad aguda. No creemos que al presente exista allí la fiebre amarilla ni que la haya habido recientemente.

El doctor Angueira ha anotado durante el año cinco casos de fiebre amarilla, uno de los cuales murió el 28 de julio último; otro observado en la población el 27, y tres que ocurrieron en los últimos días de mayo, uno de los cuales murió.

Durante diez horas interrogámos al médico y a todos aquellos que estuvieren en contacto con los enfermos. Este es un hombre vivo e inteligente, pero no es un observador instruído; trató de darnos información completa con respecto a los síntomas de sus enfermos. No tenía datos escritos de ninguno de los casos, con excepción de el del señor Velásquez, quien murió el 28 de julio. Los informes que nos dio respecto de los otros fueron de memoria. El señor Angueira no ha recibido grado ninguno en medicina.

Estudiando individualmente los dos casos mortales, nos parecen muy sospechosos, pero en conjunto no creemos que sean de fiebre amarilla.

Sería imprudente emitir una opinión sobre la naturaleza de estos casos, desde luégo que los datos relativos a éstos son tan incompletos e imperfectos. Tendríamos más confianza en nuestra opinión si nos hubiese sido posible ver los enfermos. Teniendo en consideración todos estos da-

tos, nos inclinamos a pensar que eran fiebres malarías de tipo estivo-otoñal.

Los dos pacientes que murieron eran enfermos crónicos y caquéticos, y los síntomas descritos pueden atribuirse a esta fiebre palúdica agregada a un estado de depresión orgánica.

Los empleados de las minas nos dieron todas las facilidades para hacer nuestras investigaciones, y debemos expresar nuestro agradecimiento por la cortesía con que en todas partes hemos sido atendidos. Deseamos especialmente dar a usted las gracias por todas las atenciones que nos ha dispensado.

Respetuosamente.

W. C. GORGAS,

Presidente de la Comisión de fiebre amarilla.

COMUNICACIÓN DEL DOCTOR J. GUITERAS

The Rockefeller Foundation — International Health Board — New York — Yellow Fever Commission — Barranquilla, agosto 19 de 1916.

Señor Presidente de la Junta Central de Higiene — Bogotá.

Señor :

Tanto el doctor Carter como yo deseamos expresar a usted nuestro agradecimiento por el aviso telegráfico pasado a los doctores E. Henao y Toro Villa. Estos señores tuvieron la bondad de acudir a nuestra llegada con los doctores Botero y López. Nos presentó el doctor Henao, con la habilidad que le distingue, todos los detalles del caso que

pudo ser estudiado detenidamente y la información existente con referencia a los otros casos, dos fatales y tres benignos; y, desde luego, tenemos la satisfacción de informarle que el doctor Carter y yo estamos convencidos de que los casos de Tacamacho no fueron de fiebre amarilla.

Les explicamos a los compañeros de Medellín nuestro punto de vista, analizando cuidadosamente el cuadro clínico. A este podemos añadir que el doctor Henao ha recibido del doctor Balfour un informe relativo al estudio microscópico de las vísceras enviadas a Londres, el cual informe, hecho por el doctor Stevenson, habla también muy decididamente en contra de la suposición de que fuesen aquellos casos de fiebre amarilla.

Espero que el mismo resultado dará la investigación de Muzo, y aun me atrevo a esperar que lo mismo pueda suceder con la llamada endemia amarilla de Cúcuta.

Nuestros recuerdos afectuosos y agradecidos a los compañeros de la Junta que usted preside, y le saluda respetuosamente su seguro servidor y amigo,

JUAN GUIERAS

COMUNICACIÓN DEL DOCTOR LYSTER

San Juan de Puerto Rico, septiembre 18 de 1916

A la Junta Central de Higiene—Bogotá.

Nuestro viaje de Bogotá a Cúcuta fue, debido a la amabilidad y gran cortesía de ustedes, no solamente posible, sino muy fácil. La vía que nos aconsejaron fue seguida estrictamente, y gracias a

las instrucciones telegráficas enviadas de antemano por ustedes, parecía como que cada cual se hubiese empeñado en facilitarnos el camino.

En nombre del Mayor Whitmore, de Mr. Wrightson y en el mío, deseo expresar a cada uno de los miembros de esa honorable Junta nuestro agradecimiento por todo lo que hizo en favor de nuestra comisión. Más no era posible hacer.

El General Gorgas enviará a ustedes nuestro informe tan pronto como esté terminado.

No encontramos fiebre amarilla en Colombia: en cambio vimos muchas cosas de enorme interés.

Nuestra colección de mosquitos será analizada, y el informe sobre ella publicado en breve, y enviaremos un ejemplar a esa Junta.

Felicitamos a ustedes por su magnífico país, de posibilidades ilimitadas.

Creemos que ustedes están libres de fiebre amarilla en todas las regiones que hemos visitado. Esperamos que Barranquilla también lo esté. Si Guayaquil logra sanearse de la fiebre amarilla, la historia de esta enfermedad en Sur-América será una obra del pasado.

Nuestra Comisión se dirigirá a Río de Janeiro el 22 de septiembre de San Juan de Puerto Rico, y espera estar de regreso en los Estados Unidos en los primeros días de diciembre.

Con los mejores deseos y agradecimientos para cada uno de los miembros de la Junta Central de Higiene, me suscribo de ustedes muy cordialmente.

T. C. Lyster,

Miembro de la Comisión de fiebre amarilla
de la Fundación Rockefeller.

FLORA DE COLOMBIA

Por SANTIAGO CORTES, de Bogotá.

Las plantas que van adquiriendo los caracteres de medicinas específicas lo deben a la presencia de *carburos de hidrógeno*, homólogos o análogos a los *hormones* de las glándulas de los organismos animales; todas las nuevas medicinas presentan fórmulas desarrolladas, cuyo estudio es del dominio de la química orgánica y biológica; se fundan en el principio de que las propiedades fisiológicas de los medicamentos son funciones de su estructura molecular. Los alcaloides, enzimas, glucósidos obran como los *hormones* en la opoterapia.

Los *hormones* circulan en la sangre y son producidos por varias vísceras o glándulas (1). El tiroides y paratiroides presiden al desarrollo intelectual; su ausencia ocasiona el cretinismo, la idiotez y el mixedema. La glándula pituitaria da un *hormón* que determina el crecimiento del sistema óseo; su hipertrofia produce estatura gigantesca o acromegalia y aumento de leche en las mamas. Los *hormones* del páncreas activan la digestión y la circulación de azúcar en la sangre. El prosecretín del duodeno obra sobre el páncreas como excitador

(1) Life; its nature, origin and maintenance by E. A. Schäfer LL. D., D. Sc., M. D., F. R. S. Annual Report of the Smithsonian Inst. 1912, Washington City. Unites States America.

de la pancreatina. Los órganos reproductores producen óvulos o espermatozoides que se transforman en hormonas para caracterizar los efectos secundarios de los sexos, etc.

Los hormonas pueden aislarse y analizarse; son dializables y solubles en el agua; algunos se han podido preparar por síntesis, como los del líquido cefalorraquídeo y los de las cápsulas suprarrenales. Las funciones nerviosas son dependientes de varios hormonas, de estructura química semejante a la estrofinina, la brucina y la curarina.

Las ranunculáceas como el hidrastis y las anémonas, son tónicos de los órganos genitourinarios, de la mujer especialmente; actúan como los hormonas de las glándulas mamarias, del útero y de sus anexos. De aquí que estas plantas sean tan eficaces en el tratamiento de las metritis, tumores del ovario, etc. (1).

El germen del grano del trigo y de otros cereales contienen los mismos principios inmediatos del cerebro humano, es decir, lecitina con fosfato de sodio y de magnesio; hé aquí por qué el trigo es una especie de alimento intelectual, que debe darse a los niños y a los jóvenes estudiantes en grandes cantidades. Otro tanto pudiera decirse de las apocináceas como tónicos del corazón y del

(1) Parece oportuno hacer notar que la terapéutica actual tiende a eliminar las tinturas y tisanas de las plantas, por lo inseguro de su acción y su ninguna eficacia en muchas ocasiones. Hoy se emplean los extractos y alcaloides dosificados en gránulos de a centigramo, miligramo o medio miligramo de principio activo; una onza de tintura de boldo, por ejemplo, no alcanza a contener un centigramo de boldina.

aparato circulatorio; los hormones cardiovasculares, la estrofantina, la onovaína, etc., son homólogos químicos y tienen unas mismas propiedades fisiológicas (Prof. gley C. R. Academie des Sciences, 1888). Los principios activos de las apocináceas son glucósidos, cuya fórmula empírica, según Arnand, es $C^{31} H^{48} O^{12}$.

Juntando el estudio botánico con las funciones químicas y la observación fisiológica, se puede llegar pronto, como lo esperamos y lo deseamos, a resolver los problemas de la lepra, del cáncer, de la sífilis, la tuberculosis, etc. Pudiera decirse que el estudio químico de las funciones y de las fórmulas desarrolladas son el lazo de unión entre la botánica y la fisiología.

MONIMIÁCEAS, JUSS.

Esta importante familia no se compone en nuestra flora sino del género *citrosma* (Ruiz y Pavón, botánicos españoles del siglo XVIII).

Arbustos aromáticos ordinariamente y medio trepadores; las hojas son enteras, dentadas, ovoides, opuestas o verticiladas; pedúnculos florales axilares, geminados algunas veces, y pancifloros. Flores dioicas, cáliz urceolado con la garganta estrecha, limbo patente 4-8-fido; las flores masculinas tienen de cuatro a sesenta estambres; las femeninas tienen sus ovarios dentro del cáliz, y los estilos exertos. Fruto carnoso, rojizo ordinariamente y de olor a limón. Se conocen con el nombre vulgar de limoncillo, y se encuentran en todas las tierras calientes.

Las especies más notables son estas:

Citrosma sessiliflorum, N. B. K. Especie voluble de Ibagué, ramas subtetrágonas, hirsutotomentosas; hojas de ápice agudo y de base redondeada, pubescentes; flores sesiles, conglomeradas. Vulgarmente limón cimarrón.

Citrosma molle, pubescente y semejante a la anterior. Se encuentra al norte del Tolima.

Citrosma echinatum. Sus hojas son oblongas, débilmente acuminadas; cáliz erizado. Crece en el Quindío, entre la quebrada de Boquía y El Portachuelo.

Citrosma macrophyllum, especie de hojas grandes; vive en la Cordillera Central.

Citrosma grandiflorum. Se encuentra entre Mariquita y Honda.

Citrosma Mutisii. Sus hojas son oblongas, acuminadas, de cortos pecíolos, en tallos cilíndricos; flores octoginas. Vive en la Cordillera Oriental. Vulgarmente limoncillo.

Citrosma lepidotum, especie cubierta de escamas plateadas, ramas cuadrangulares. Vive en la Cordillera Oriental.

El extracto de las hojas y los frutos de estas plantas tienen una acción específica sobre el hígado y el intestino. El alcaloide dosificado en gránulos de a dos miligramos, puede administrarse con seguridad y sin inconveniente hasta cinco gránulos diarios para la litiasis biliar, congestiones del hígado, hepatitis crónicas, digestiones difíciles, apendicitis y colitis. La tintura debe prepararse concentrada y dosificada, y de ella se pueden to-

mar, en pociones, hasta cincuenta gramos diarios; veinticinco gramos son suficientes de ordinario.

El boldo, que es de Chile y la Argentina, pertenece a esta familia y goza de las propiedades de los limoncillos; como tienen virtudes fisiológicas semejantes el dandelión, el tamarindo, la escamonea, el ruibarbo, la ipecacuana y la podofilina.

Entre los nuevos géneros y especies de la flora de Colombia citaremos la siguiente:

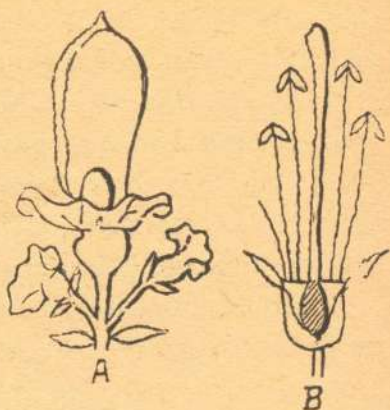
ESCROFULARIÁCEAS

G. n. *Garciamedinea* (1) E. n. *G. tricolor* S. Cortés.

Planta herbácea, de Icononzo, en los climas templados. Raíces divididas; tallo cilíndrico ramoso; hojas enteras, cordiformes, opuestas, medio acuminadas, cubiertas como el tallo, de pelitos finos de color ocre amarillo, y con dos pares de foliolillos axilares, nervaduras salientes en el reverso. Flores en racimo; cada pedúnculo lleva tres, de las cuales sólo abre la central, y éstas son de distintos colores: unas blancas, rosadas otras y algunas amarillas; son de olor repugnante, pegajosas, brillantes e hipocraterimorfos. El cáliz termina en una expansión membranosa plegada; corola de dos pétalos diversamente coloreados; cuatro estambres didínamos y uno rudimentario, y un pistilo de ovario ínfero. Las anteras son bífidas.

(1) Género nuevo que hemos dedicado al distinguido Profesor de Medicina e Higiene, y predilecto amigo doctor Pablo García Medina, de Bogotá. Nuestra especie es la *Garciamedinea tricolor*.

Es una planta de estructura rara, que pudiera ser el tipo de una nueva familia de las didinamias de Linneo; hermafroditas, polipétalas y de pedúnculos trifloros. Figuras A y B.



SOLANÁCEAS

G. n. *Dimorphylia*. E. n. *Dimorphylia icononziara*—S. Cortés.

Arbolito erguido, poco ramificado, de tallo verdoso, cilíndrico; las hojas del tallo son alternas, enteras, con siete lóbulos pennados, de verde oscuro en el anverso y verde laca en el reverso, de unos cincuenta centímetros de longitud con el pecíolo, algo ásperas en el anverso y en el reverso tomentosas. En la parte superior del tronco están las ramas con hojas más pequeñas y enteras; son, pues, dimorfas. Las ramas se bifurcan en el nacimiento de los pedúnculos florales, y éstos son largos, con espigas pendientes. La parte superior de las ramas es de color morado oscuro, y verdoso en la parte inferior. Flores hermafroditas, verdosas, con el perianto de cinco sépalos, cinco estambres rosados y un pistilo sobresaliente; las flores están dispuestas en espiga, en dos filas, sobre un cayado, fruto ovoide, grande, verdoso, bacáceo, con manchas de morado oscuro. Vive en los climas templados de Icononzo, a 1,600 metros.

De periódicos.

Las soluciones hiperazucaradas en los vómitos habituales de los niños de pecho.

por el doctor C. FERREIRA.

El vómito es una manifestación morbosa tan común en los niños de pecho, amamantados o sometidos a la lactancia mixta y artificial, que constituye un fenómeno insistente y revela en muchos casos que están plenamente justificadas cuantas tentativas han hecho varios pediatras para esclarecer su patogenia y emplear una medicación eficaz.

Los vómitos de los niños de pecho no deben confundirse con la regurgitación que, por regla general, es la expulsión del exceso de leche que llena el estómago y que depende casi siempre de la sobrealimentación, mamadas muy abundantes y muy repetidas.

El vómito habitual, casi siempre incoercible del niño de pecho, puede revestir la forma atónica, pero la espasmódica es mucho más frecuente.

La primera se observa de preferencia en los niños débiles, mal nutridos, caquéticos, que padecen hipostenia general de la musculatura, flacidez de los tejidos y tendencia a los trastornos dispépticos gastrointestinales.

El vómito espasmódico es el que se observa con mayor frecuencia: puede ir también acompañado de trastornos gastrointestinales y altera bastante la nutrición cuando dura mucho tiempo. Es más frecuente en los niños neurópatas y espasmódicos, en los que existe muchas veces hiperestesia de la mucosa gástrica, algo de hipermovilidad del estómago, una neurosis gástrica.

Estos niños se caracterizan por hiperatonía muscular generalizada y aumento de los reflejos, y los vómitos se producen independientemente de la alimentación; se observa, aunque con menos frecuencia, en los criados al pecho. Como indica el doctor A. Hess, suele haber en ellos tendencia congénita al espasmo de

los esfínteres, y el espasmo de la faringe y el del cardias se presentan a la vez que el del píloro. Este último, funcional casi siempre y dependiente en algunos casos de la estrechez orgánica, es a menudo responsable del referido accidente patológico—el vómito—y de la aerofagia demostrada por las investigaciones radiológicas de Barret y Leven.

Variot atribuye una influencia predominante en la producción de los vómitos habituales de los niños de pecho a la hipoadministración, puesto que entre los síndromos frecuentes en los hipoadministrados figuran los vómitos y las deposiciones especiales designadas con el nombre de heces de inanición.

En los casos de hipoadministración de los niños criados al pecho, acontece que éstos, ávidos de beber, impacientes, hacen esfuerzos de succión precipitados, tumultuosos, espasmódicos, degluten aire en gran cantidad, y los vómitos son producidos por la aerofagia que dilata el estómago.

Sea lo que fuere, no puede negarse que los vómitos frecuentes, habituales, representan un episodio morboso común en la clínica infantil, por cuyo motivo los pediatras y los puericultores recomiendan regímenes y medicaciones capaces de corregir este accidente incómodo y perjudicial, capaz de alterar de una manera grave la nutrición del niño de pecho.

Desde 1913 Variot, Lavaille y Rousselet han llamado la atención de los especialistas sobre este asunto, señalando los buenos efectos de la leche hiperazucarada en el régimen de los niños de pecho que vomitan. En la Sociedad de Pediatría de París (sesión del 11 de febrero de 1913) leyeron un trabajo demostrativo, fundado en veinte observaciones de niños de pecho dispépticos que padecían vómitos incoercibles, los cuales curaron o mejoraron de este síntoma por el empleo de la leche condensada hiperazucarada, o de leche esterilizada, a la que se adicionó el 10 por 100 de sacarosa.

Además de la acción antiemética que ejerció en los niños criados al pecho y que no mejoraron con otros medios, incluso el citrato de sosa, observó Variot una modificación favorable de las condiciones de la nutrición en los hipotróficos.

Nobécour, en 1914, expuso los resultados excelentes que ha-

bía obtenido con la administración del azúcar a grandes dosis en los vómitos de los niños de pecho y en la atrepsia, y en el número del 9 de mayo de 1914 de los *Archivos de Medicina de los Niños*, refirió la historia de dos enfermitos, de dos y tres meses y medio, en los que la leche esterilizada, a la que se adicionó el 10 por 100 de azúcar de caña, triunfó de los trastornos dispépticos y de las alteraciones de la nutrición en un atrépsico y de los vómitos incoercibles en el otro.

En una comunicación a la Sociedad de Pediatría de París, junio de 1914, Nobécour y Nadal refirieron nuevos hechos fehacientes de la acción antiemética del azúcar de caña a grandes dosis; han conseguido triunfar de vómitos frecuentes de los niños de pecho agregando el 10 por 100 de sacarosa al agua, a la leche, etc. Algunos de estos niños han tomado por día 70 y 80 gramos de sacarosa sin el menos inconveniente, sin el más ligero signo de la fiebre de la sal; antes, al contrario, han demostrado una tolerancia admirable y capacidad marcada de utilización de este alimento.

Variot ha recurrido siempre a la leche hiperazucarada contra los vómitos habituales de los niños de pecho, de los hipocalimentados.

En octubre de 1914 el Profesor G. Finizio, de Bolonia, publicó en la *Revista de Clínica Pediátrica* un trabajo importante referente a este asunto. En dicho artículo, titulado *Leche hiperazucarada y agua azucarada en la dispepsia y en la atrofia de los niños de pecho*, el pediatra italiano cita veintitrés casos de niños con vómitos frecuentes y trastornos dispépticos, en cuyos enfermos obtuvo efectos favorables por el empleo del agua azucarada y de la leche hiperazucarada.

Finizio emplea el agua azucarada y hervida; la cantidad de azúcar administrada por día oscila entre 5 a 11 gramos por kilogramo de peso del niño; la leche hiperazucarada la ha empleado al 10 y al 13 por 100, proporción superior a la que recomienda Variot. La duración de este régimen fue de siete días como minimum y de treinta y cinco como maximum.

En el Dispensario de niños de pecho del Servicio Sanitario del Estado Sao Paulo, Sección de Protección a la Infancia, del que soy Director, se observan con frecuencia vómitos habituales

en los niños que se llevan a la consulta; constituyen un accidente común en los sometidos a la lactancia mixta o artificial y en muchos de los que son amamantados. He observado casos rebeldes a todo tratamiento.

Animado por los éxitos que han obtenido Variot, Nobécourt y otros, en enero de 1914 empecé a emplear el azúcar de caña a dosis elevadas, en forma de solución acuosa al 10 o 15 por 100 de sacarosa, sola o asociada a la maltosa o a la lactosa, o bien agregándola a la leche esterilizada. De once casos el tratamiento fue eficaz en nueve.

La acción sedante del azúcar sobre la mucosa del estómago es innegable, y a ella es a la que deben atribuirse los efectos antieméticos de la leche hiperada y de la leche condensada.

Mauricio Lœper hizo, en octubre de 1913, investigaciones sobre el régimen azucarado en la úlcera intolerante del estómago, y observó que con la administración de agua azucarada obtienen estos enfermos un alivio grandísimo de las reacciones dolorosas, de los vómitos y de las náuseas.

Lœper cree que el azúcar disuelta en agua pura hace afluir al estómago una cantidad de líquido proporcionada al grado de concentración de la solución referida, y esta exudación brusca descongiona la mucosa, disminuye la acidez del contenido gástrico y atenúa su acción irritante.

El agua azucarada posee una acción eupéptica verdadera en varias personas que la emplean cuando tienen trastornos digestivos.

Relaciones patogénicas entre el sistema nervioso y el aparato digestivo.

por el doctor MARCELO FERNANDEZ MENDIA (de Madrid).

En la práctica privada no cabe, como en la nosocomial, un estudio comparativo de observaciones análogas para comprobar por experimentaciones y análisis de laboratorio una idea sugerida por casos similares y muy repetidos; precisa conformarse con discurrir y teorizar casi sobre un ente de razón, medio poco apropiado al adelanto de las ciencias físicas, por muy equilibradas que estén en el teorizante las facultades psíquicas y muy desarrollado su espíritu de observación.

Con lo dicho queda hecha la advertencia previa de que lo que sigue, más que resolver problema alguno, antes bien, lo plantea, puesto que apenas pasará este escrito de ser un relato de historias clínicas.

Accidentalmente me hallaba en el último otoño entre estos valles éuskaros, en un pueblecillo semirrural y semiaristocrático, cuando una tarde, luégo del toque del *Angelus* y hora del rosario, fui de urgencia requerido para la casa de un comerciante regularmente acomodado. Acudí luégo, y hallé solo en la casa a un anciano que mal contenía entre sus brazos a una niña pequeña que, al parecer, pugnaba por desprenderse de las manos del acongojado abuelo. Cogí la niña y la dejé sobre una cama para aflojar sus ropas y facilitar la respiración y circulación perturbadas, al paso que me fijaba en aquel pequeño sér enclenque que apenas representaba cuatro años y cuyo peso no alcanzaba quizá el de un niño de dos regularmente nutrido. Durante este examen y aquella operación, en el momento de llegar sus padres, y sin salir del estado sincopal o semicomatoso en que, al dejarla en la cama quedara, expelió sin esfuerzo por la boca poco más de una cucharada de alimentos a medio digerir, de olor agrio y color blanco su-

cio, con vetas de rojo acanelado oscuro, de varios matices y de consistencia semilíquida.

Después de este vómito, que fue, según luego diré, la clave del diagnóstico patogénico, y por lo mismo, del tratamiento, vómito puramente reflejo, sin participación de los músculos del ovoide abdominal, causantes, según Schiff, de tal fenómeno, continuó la niña con respiración irregular, pequeña y de ritmo un tanto a lo Cheyne Stokes, pulso también pequeño e irregular, inmovilidad en sus facciones un tanto tirantes, marcando alguna vez trismus, entreabriendo ligeramente y como en movimiento automático, de tarde en tarde, sus párpados, separables sin muy grande resistencia, y a través de los que se veía la pupila puntiforme sin reflejo a la luz, ni el de la córnea al tacto. En tal estado, con escasa variación en la cara, ya pálida, ya roja, permaneció quizá un cuarto de hora, durante el que intenté varias veces abrir con una cucharilla la boca de la niña para ver de hacerle tragar algún líquido, sin conseguirlo. En una de estas maniobras presentóse de pronto una convulsión a la par de todo el lado izquierdo de la cara y brazo, que fue aumentando de intensidad hasta generalizarse, si bien predominando en el lado izquierdo. Tras de ligera calma se repetía la escena en la misma forma, si bien nunca con tanta intensidad en el lado derecho, pero siempre siguiendo el curso de las leyes de localización, simetría, generalización, etc. Este síndrome, que indudablemente no era sino continuación o repetición del inicial, que tuvo lugar en los brazos del abuelo, resistió a todos los revulsivos sinápicos que se aplicaron a distintas partes de su cuerpo, así como a los refrigerantes y demás medios a que acudí, más bien por condescendencia que por esperar nada de ellos.

Siguiendo mi propósito de tratamiento patogénico, había dispuesto 50 gramos de jarabe de ipecacuana, reforzados con un gramo de polvo de la misma planta, y éter, en inalaciones, para calmar la violencia tan alarmante de las convulsiones. Como el señor farmacéutico se hallaba au-

sente de su oficina y la escena se hacía larga, aunque intenté inútiles titilaciones de la úvula, la familia recordó que entre los veraneantes se encontraba el señor R., médico, cuya honorabilidad me era conocida, y me pidió permiso para que dicho señor viera a la enfermita, a lo que gustosísimo accedí. Este bondadoso compañero, al ver tan aparatosa escena, se alarmó tanto, que en vista del resultado negativo de revulsivos y refrigerantes, juzgó indispensable una aplicación de sanguijuelas en las mastoides, que yo, en cambio, no creía necesaria por tratarse de un sér tan débil, y de una indicación, a mi juicio, demasiado enérgica para el caso, cuando la oportuna llegada del señor farmacéutico con el jarabe y el éter cortó la discusión al decir que por entonces no tenía saguijuelas en su oficina. No harán falta, me dije; me basta con lograr que la niña pueda tragar el jarabe. Así fue; mientras con frecuentes inhalaciones se calmaban un tanto las convulsiones, logré que tragara siquiera parte del jarabe que se le administraba mediante la detención de la cucharilla entre los dientes hasta que hiciera movimiento de deglución.

De este modo se provocó un vómito poco más enérgico que el anterior y un tanto más abundante, con expulsión de materia alimenticia análoga, entre la que se distinguían residuos de castañas y naranjas.

Tras de tal expulsión hubo unos minutos de calma relativa; las convulsiones, más sensibles a la acción del éter, eran ya menos violentas. Aproveché tal momento para hacerle tragar más jarabe, ya que el vómito no se repetía, por si lograba al cabo de quince o veinte minutos una nueva expulsión de materia idéntica en vómito más enérgico, siendo todo lo vomitado apenas 100 gramos y no mucho mayor cantidad la expulsada por el recto, mediante enemas dispuestos desde los primeros momentos.

Tras de este vómito se produjeron aún dos o tres convulsiones en intensidad decreciente y luégo una calma completa. No había transcurrido un cuarto de hora cuan-

do se presentó un sueño tranquilo, con respiración natural, pulso normal y expresión del semblante de la niña en completa euforia; las pupilas habían recobrado también su diámetro normal.

Permanecí cerca de la enferma un buen rato, más que por la necesidad, por complacer a los padres, aún no calmados del todo de tan alarmante sobresalto.

En los días sucesivos nada hubo que recordara lo pasado, no obstante lo cual creí conveniente administrar un ligero laxante para evitar la infección posible y aun probable tras de un exceso que había principiado a mediodía en la mesa con repeticiones y desacostumbradas de más alimento, y había terminado en casa de una amiguita con la ingestión de castañas, naranjas y pan recién cocido, diciendo además la niña: «Luégo vine a casa porque me ponía mala y no podía apenas andar ni subir la escalera, donde me quede, y ya no sé más.»

Al siguiente día el honorable compañero me expresaba su admiración por mi tranquilidad y seguridad ante escena tan alarmante, a lo que hube de contestar como los antiguos asclepiades de una escuela griega, que «yo guardaba ya resuelto el teorema»; efectivamente.

1º Era una mañana de 1893, en las cercanías de Pamplona, donde un labrador bien acomodado reclamó mi asistencia para su señora, mujer de unos treinta años, múltipara, de buena presencia y constitución, que hacía buen rato se hallaba en pleno desmayo, casi sin casi camatoso, ya que no respondía con ningún reflejo. Su respiración y circulación eran casi imperceptibles, percibiéndose apenas algunas convulsiones tónicas y contracciones trísmicas, coincidiendo con dichas dificultades cardíacas y respiratorias, que llegaron a hacerme temer una rápida y completa asistolia, a pesar de todos los revulsivos e inhalaciones aplicados. Por no conocer ni aun sospechar la causa, tampoco era posible y más en persona ya adulta, establecer el diagnóstico patogénico. Ante tan grave situación y tras de un desfallecimiento del que

se creyó que no volvía, la familia avisó al señor párroco, que acudió muy luégo con la Extremaunción. A una indicación mía se retiró del umbral de la habitación en que entraba, porque en aquel preciso momento la enferma se despejaba ligerísimamente tras de un rápido y repentino vómito en que expulsó una cantidad regular, quizá medio litro, de materia de olor acre, semilíquida y de color oscuro. Por algunos detritus reconoció aquella masa una de las asistentes, y dijo: «¡ Ah !, son pomas, que tanto le gustan, de las que compró ayer y comió cerca de cuatro libras» (la libra navarra es la medicinal de doce onzas). La poma es un fruto piriforme de unos dos centímetros cúbicos de volumen, que se come, como el níspero, en principio de putrefacción: el árbol que lo da tiene cierta semejanza con el fresno, y sólo lo he visto en el país de viñedo.

Tras de esta gran evacuación quedó en estado como soporoso, sin volver a aparecer contracción alguna, y aunque se le administró agua tibia a fin de provocar el vómito (no había farmacia a menos de tres kilómetros), no vomitó, y cuando se regularizaron pulso y respiración, se la dejó descansar, no quedándole en los días sucesivos nada como vestigio de tan alarmante accidente.

2º Un día de la primavera de 1909, en ocasión de hallarme molestado por un dolor reumatoide lumbosacro, y poco después de anochecer, me llamaron a casa próxima con tanta urgencia que a los cuatro minutos venía nuevo aviso. Tratábase de un adolescente como de trece a catorce años, presa de accidentes sincopales y convulsivos, en intensidad creciente desde un cuarto de hora antes, que tenían affligida y alarmada a la familia. Inquirí y nada pude averiguar, sino que hora y media antes, después de venir del horno, donde había estado cociendo pasteles, se había tumbado sobre la cama, donde, preguntando por él, lo habían hallado en aquel estado. Aunque no de pasteles, por ser hijo de pastelero, sospeché un atracón y prescribí ememas y vomitivo, además de revulsivos y demás cosas aconsejadas en estas circunstancias. Las inhalaciones también

prescritas causaban poco efecto; la ipecacuana, con dificultad administrada, tardaba en producir el suyo; las convulsiones y síncope llegaron a tal extremo, que los padres ya veían morir su hijo, a pesar de mis seguridades. Por fin, luégo de una evacuación rectal, vino un vómito, sin duda cuando la cantidad de ipecacuana fue suficiente, y con él la expulsión de una pulpa alimenticia homogénea, blanca, un poco sucia, en cantidad, si no grande, lo suficiente para hacer cesar tanta alarma. A aquel vómito siguió otro aún menor, y el joven quedó calmado, si bien como atolondrado, y al cabo de media hora dormía en sueño tranquilo, que duró hasta la mañana, en que despertó como de una borrachera. Entonces dijo haber comido la tarde anterior una regular cantidad de pan recién sacado del horno y haber bebido abundante agua para calmar la sed que aquél le produjera.

Estos dos casos primeros habíanme servido para el tercero de enseñanza y confirmación de la subordinación del sistema nervioso al aparato digestivo, principalmente en su primera porción, ya que la evacuación del último calma a veces muy luégo la excitación de aquél; enseñanza y confirmación para deducir entretanto y tan alarmante aparato de síncope, convulsiones, etc., el diagnóstico etiológico de una sencilla indigestión o empacho de pronóstico relativamente leve, aunque bajo el aspecto aparente de inminente gravedad; pronóstico que ha de llevar, no obstante, siempre la salvedad de una posible gravedad positiva, a causa de cualquier motivo ni conocido ni sospechado, previamente existente en el organismo del paciente, tal como aneurisma, arterioesclerosis, degeneración cardíaca o vascular, grasosa o de otra naturaleza, incapaces de resistir a las violentas contracciones musculares constitutivas del accidente. Tal sucedió a un joven de unos treinta años, de aparente robustez más que mediana, pero epiléptico por lesión de accidente de trabajo, que vimos sucumbir, yo con gran disgusto, pues fue en mi presencia, y su padre con espanto, pues era quizá la duodécima vez que

veía el accidente en su hijo, ocurrido sin trascendencia hasta aquel momento fatal en que sólo un rápido cambio de coloración del rostro, de rojo intenso a palidez exagerada, denunció la catástrofe inesperada.

Finalmente, los dos citados casos, al darme el diagnóstico etiológico, me dieron también la única indicación racional, la evacuación, y la sintomática también única, las inhalaciones calmantes.

Aquí podría y quizá debiera poner un punto a este escrito, que, si carece de valor científico, tampoco podrá hacer valer su importancia literaria para mejorar la opinión de quienes opinan como un antiguo escritor, creo que francés, de que no es a los escritos de los médicos donde ha de irse a estudiar literatura; bien que tampoco los creo destinados a este fin.

Aun abusando de la paciencia de quien la ha tenido de seguirme hasta aquí, y sin pretensión de resolver problema alguno transcendental, continúo mi propósito de discurrir, sin otra intención que dar margen a que alguien, mejor informado y dotado de mejores medios materiales y disposiciones psíquicocientíficas, pueda resolver algo de lo que yo vanamente intentara.

Es mi parecer que todo el aparato sindrómico de los casos historiadados y de otros análogos, con sus alardes eclámpicos, epileptoideos, o como se les quiera llamar, es puro reflejismo de los centros bulbomedulares, independiente de los centros cerebrales, pues gozan de su autonomía con respecto a ellos, y que el estado sincopal o comatoso (de inconsciencia tan inherente a él que apenas se comprenden estos accesos convulsivos en estado consciente), no son, a pesar de tal apariencia de unidad, sino dos entidades distintas, o por lo menos dos fases descomponibles a los efectos de estudio con miras a su origen; que si raro es el acceso convulsivo sin inconsciencia, no lo es, en cambio, el acceso de inconsciencia sin el convulsivo, puesto que en general, en todos los accesos de tal clase o crisis, como quiere mejor Rewart, lo primero en presen-

tarse y lo último en desaparecer es el fenómeno inconsciencia.

Más clara se presenta la dualidad en la terminación accesimal; en todos cesa primero toda convulsión con tanta diferencia, que aun admitiendo estado consciente desde el momento en que el enfermo mira a su alrededor, se mueve y aun contesta con aparente deliberación, yo no respondería de su responsabilidad en asunto forense; pues tales respuestas, miradas y aun movimientos, tienen matiz de ebrioso o soñoliento. Así que a lo sumo podrá admitirse que se trata de un estado de subconsciencia. Así y todo no se presenta tal vislumbre de consciencia sino al cabo de un buen rato después de haber cesado las convulsiones.

Ciñéndose a los casos historiados, se observa en ellos un previo malestar con cefalea y pesadez de cabeza; la niña vuelve a su casa a buscar a su madre; no encontrándola en el piso bajo, la busca en el principal, y al intentar subir la escalera, no puede más, se deja caer y «ya no sé más»; así termina su narración a la mañana siguiente. El adolescente no se encuentra bien, llega a casa, teme la represión de sus padres y se recoge en una cama, que no es la suya, donde lo encuentran al buscarlo, por suponer que está en casa y ver que no responde; allí le hallan sin conocimiento, y luego se presentan las convulsiones, que producen mayor alarma. En la señora del labrador no fue posible observar la invasión, pero fue hallada sin conocimiento y en acceso de convulsión tónica no muy acentuado, como queda apuntado. En ella dominó un desfallecimiento como shock o asistolia.

A pesar de que pudiera defenderse la dualidad etiológica (cerebral y bulbomedular) de tales fenómenos y aun citar algún caso, entre otros, en que sólo se presentó la primera fase atenuada, el de un joven vasco que tras de cada atracón de leche se sentía soñoliento y como ebrio: «ya he bebido diez escudillas de *esnia*, ya estoy chispo, voy dormir,» solía decirme alguna vez cada mes, me inclino a ver una unidad etiológica de intensidad varia y en el

fenómeno convulsivo una inhibición de los centros frenadores de la movilidad, provocado por excitación de la mucosa gastrointestinal a causa de infección de la misma, siquiera la idea de tal infección peque de vaga aunque se la encuentre en los tratados.

Como tal explicación de las convulsiones no exime de dar una razón admisible de los demás síntomas, yo encuentro más acomodado al modo de ser científico, como investigable por análisis de clínica y laboratorio, la existencia probable de una toxemia causada por imperfecta digestión y formación en el aparato digestivo de productos que luégo pasando a la sangre la intoxicaran; toxemia que, según su naturaleza e intensidad, determinaría ya una ligera ebriosidad, ya un síncope comatoso, o bien además fenómenos contracturales de mayor o menor intensidad, causando, en un sentido o en otro, coma o convulsión de aspecto más o menos imponente.

Queda, no obstante, un punto oscuro. ¿Cómo explicar la casi repentina cesación de los fenómenos convulsivos y atenuación casi absoluta de todos los demás síntomas tras de evacuación gástrica y rectal de cantidades a veces escasísimas de material más o menos digerido, si tales fenómenos son causados por toxinas que se hallan en la sangre? ¿Es admisible una tan rápida eliminación o neutralización?

Admitida como más probable una toxemia, ¿cuál es la materia que la determina? Se trata de la acetona, que alguno ha juzgado como capaz de causar convulsiones. ¿Son varias las toxinas? ¿Podría explicarse alguno de los fenómenos como ocasionados por compresión de centros ganglionares nerviosos, ya que una pequeña evacuación los modifica, atenúa y aun hace cesar algunos? Son preguntas cuya contestación no me atrevo a dar, contentándome con formularlas después de haber llamado la atención sobre la terapéutica que me ha dado mejor resultado en estas circunstancias.

(De la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, de Madrid).

Pie musgoso

por el doctor JULIAN ARCE (de Lima)

Trabajo presentado al VI Congreso Médico Panamericano de Lima

Con el nombre de pie musgoso (*mossy foot*) de la región amazónica del Brasil, describe el doctor H. Wolferstan Thomas (Expedición al Amazonas. 1905-1906. Del laboratorio de investigaciones de Manaus, Estado del Amazonas, norte del Brasil) (1) una afección verrugosa e infecciosa, que ataca la piel de los miembros superiores e inferiores, y cuyas lesiones presentan tal semejanza con las que he observado en dos enfermos asistidos en mi servicio del hospital *Dos de Mayo*, que juzgo de interés dar a conocer la historia clínica de esos enfermos, precedida, para mejor ilustración, de un extracto del trabajo del doctor Thomas:

«El paciente observado por el doctor Thomas es un jornalero amazonense, de veintitrés años de edad, que asegura haberse lesionado el pie derecho diez y nueve meses antes, quedando desde entonces hinchado y sensible dicho pie; recuerda haber tenido fiebres tercianas, y que un año más tarde notó la aparición de pequeñas vesículas en el pie, sobre la parte externa del talón; dos semanas después se trasformaron las vesículas en pequeñas excrecencias verrugosas, secas, que se extendieron gradualmente a los dedos, contorno del talón y lado interno del pie. Las fotografías fueron tomadas a los siete meses de haber comenzado la enfermedad. Toda la pierna derecha, a partir de la rodilla, está hinchada y dura; la presión fuerte de la piel deja marcas deprimidas; la

(1) *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*—Serie T M., volumen IV, número 1º, 1910, página 95. University of Liverpool.

superficie cutánea está tensa, lisa y lustrosa, dejando ver los linfáticos y los vasos superficiales pequeños, a través de la piel. Debajo de la rodilla, en el lado externo, hay un nódulo fibroso, pequeño y duro, del tamaño de una arveja grande. El pie está muy aumentado de volumen y presenta un surco profundo, formado por un pliegue, en la parte posterior de la articulación del tobillo. A lo largo de la parte interna del pie hay una producción verrugosa, que cubre la superficie dorsal de los dedos y parte del pie, destacándose sobre la superficie de la piel. El tumor se extiende alrededor del pie, pero sin envolver la planta; avanza más en el lado externo que en el interno, alcanzando mayor altura en el primero. El aspecto que presenta el pie es como si estuviese cubierto de musgo viejo desecado.

«En la superficie dorsal de los dedos del pie el tumor tiene la apariencia de una colección de papilas pequeñas, bien definidas y apiñadas, imitando un bosque o monte en miniatura, de puntos gruesos, que nacen de un lecho de tejido engrosado, que sobresale de la superficie de la piel. La neoplasia cubre la superficie dorsal de los dedos, se extiende y rebasa o rodea las uñas, pero no las cubre por completo; la piel de las caras laterales de los dedos está completamente libre. La neoplasia se extiende un poco más, en el segundo, tercero y quinto dedos, pero no invade la superficie plantar; el dedo grueso presenta cicatrices antiguas, debidas a tumores cauterizados. La producción o neoformación de verrugas en forma de bosque, se extiende casi ocho centímetros hacia la parte posterior del pie y cruza en seguida, formando un contorno ondulado. En el lado externo del pie, el relieve de la neoplasia es más irregular, variando de 4 a 7 centímetros, y en la parte posterior del talón, de 3 a 4 centímetros de profundidad; el surco profundo de la cara posterior del calcáneo está libre. En el lado interno del pie, el contorno neoplásico es más irregular, variando de 2, 5 a 6 centímetros de ancho.

«El carácter de la neoplasia se altera en los bordes del pie y en el talón, pues en lugar de presentar el aspecto de musgo, los grupos de papilas hipertrofiadas forman placas elevadas, cubiertas de epidermis gruesa y córnea; las papilas están mal definidas y las placas están divididas por grietas y fisuras profundas. En la cara interna del pie, la neoplasia afecta la forma de masas verrugosas redondeadas, nodulares, que se destacan 4 a 11 milímetros sobre la piel. En la cara anterior hay una o dos cicatrices pequeñas, de carácter queloide. La neoplasia papilomatosa tiene en los dedos un espesor que varía de 3 a 9 milímetros.

«El aspecto de la neoplasia es verdaderamente extraordinario, pues imita el musgo viejo y seco que cubre las rocas que reciben muy poca humedad y cuyo color varía del amarillo al gris pizarra.

«En la pierna izquierda hay dos placas verrugosas duras que miden 1,3 por 1,7 centímetros y 1,8 por 2,7 centímetros y que comienzan a ulcerarse. En el tercio inferior hay una úlcera grande de 4,3 por 4 centímetros, con bordes indurados y el centro ligeramente excavado. Las tres úlceras están cubiertas de exudación acuosa, que contiene células de pus, restos granulosos, numerosos estafilococos *aureus* y *citreus*, y muchos bacilos de diversos tamaños, unos negativos y otros positivos al gram.

«El enfermo afirma que las úlceras principiaron como tumores nodulares, pequeños, semejantes al que existe en la pierna derecha, debajo de la rodilla, y que el traumatismo había tumefactado dichos nódulos, produciendo poco después vesículas, de las que resultaron las úlceras. Calcula que los nódulos aparecieron tres meses, más o menos, antes de su visita al hospital.»

El doctor Thomas inoculó un conejo, insertando, con las precauciones del caso, debajo de la piel de la nariz, una pequeña porción del neoplasma verrugoso. «La herida cicatrizó, dice el doctor Thomas, y seis semanas después apareció una pequeña erupción vesicular; las ve-

sículas se rompieron, exudando un fluido acuoso y claro.

De la parte media del grupo de vesículas nacieron nódulos pequeños y duros; el tejido, alrededor de los nódulos, se infiltró gradualmente. Diez días después los nódulos comenzaron a tomar el aspecto de verrugas pequeñas y sin duda pruriginosas, porque el conejo se rascaba continuamente el sitio enfermo hasta hacerlo sangrar. Las papilas se cubrieron de costras formadas por el exudado desecado, alcanzando la placa 1,3 por 2 centímetros sobre la superficie de la piel. Las patas posteriores se infectaron por el rascado de las superficies enfermas, y, finalmente, se notó una producción verrugosa húmeda en las orejas.

«Microscópicamente, el neoplasma de la nariz del conejo se asemeja al tumor verrugoso del pie derecho y a los nódulos ulcerados de la pierna izquierda; la lesión parece ser una queratosis infecciosa.

«En la elefantiasis es común ver producciones verrugosas, pero no he podido encontrar ninguna referencia acerca de la transmisión experimental de los neoplasmas.

«No publico esta observación como un caso de elefantiasis complicado con queratosis. Sólo dos de mis enfermos han tenido hinchazón del miembro enfermo; algunos de los casos tenían tumores verrugosos en ambos miembros. En Pará se me mostró un caso en que la neoplasia envolvía el pie y la pierna derechos, hasta la parte media del muslo; la rodilla izquierda estaba cubierta de grandes placas verrugosas, con extensa ulceración algunas de ellas.

«El doctor Stephens me ha permitido reproducir una fotografía que fue enviada por el doctor J. H. H. Harrison de Belize, Honduras británica. El aspecto de la neoplasia es igual al de mis casos.»

Los casos que he observado en el hospital *Dos de Mayo* y que tienen gran semejanza con el que describe el doctor Thomas, son los siguientes :

1º F. A., negro, de treinta años de edad, natural de Lima y de oficio jornalero, ingresó el 17 de agosto de 1911.

Ha padecido de escrófulas a los diez años; de sarampión a los diez y seis; entre los diez y nueve y veintitrés sufrió de tres incordios, acompañados, los últimos, de blenorragia, que duró dos meses y que se repitió dos años más tarde. A los veinticinco años sufrió dos veces de «costado y pulmonía,» arrojando sangre por la boca en ambas ocasiones. Sufrió después de paludismo y de chancros duros, según aseveración del enfermo, que duraron tres meses y de los que se curó en el Callao. Un año después, a los veintisiete, comenzó a sentir dolores en la garganta y en los huesos; afirma además que se le ha caído el pelo.

Un año antes de su ingreso en el hospital se hallaba trabajando en las sangraderas de la hacienda *Naranjal*, cuando le salieron granos en las piernas a la vez que sentía cansancio y dolor, más acentuado en la pierna derecha, que empezó a hincharse poco a poco, lo que no le impidió, sin embargo, continuar trabajando en las mismas sangraderas.

La lesión se radicaba en la pierna y pie derechos, que presentaban un edema duro y tan considerable, que, a primera vista, parecía elefantíasis; en el tercio medio de la cara externa de la pierna había una ulceración pequeña, y en el tercio inferior y en el pie, tanto en la cara externa como interna, la piel presentaba pequeñas excrecencias papilomatosas, duras, ásperas, secas y apiñadas, formando una área extensa y perfectamente limitada de la piel sana, por el relieve saliente de la neoplasia, que se continuaba por los bordes del pie, sobre todo el externo, hasta alcanzar la superficie dorsal de los dedos; la neoplasia papilomatosa, que dejaba libre la planta del pie, alcanzaba mayor altura en el lado externo que en el interno, y mayor todavía en el talón, donde su relieve marcaba un surco profundo en el límite de la piel sana. La producción neoplásica tenía todo el aspecto de musgo

viejo desecado, descrito por el doctor Thomas; era más o menos uniforme y no causaba gran molestia al enfermo, que se quejaba más bien de la hinchazón de la pierna. Con el reposo disminuyó, considerablemente, el edema de la pierna y el pie, quedando siempre un engrosamiento de los tejidos, apreciable a la vista y al tacto.

El aspecto de la lesión fue para nosotros completamente extraordinario e insólito, y a no ser por la feliz coincidencia de haber visto poco tiempo antes las fotografías que acompañan el trabajo del doctor Thomas y que parecían tomadas de mi enfermo, tal era la semejanza, yo no habría podido formarme opinión, ni aun aproximada, de la naturaleza y diagnóstico de la enfermedad.

El enfermo se retiró del hospital casi en el mismo estado, el 30 de septiembre de 1911.

2º J. V., zambo, natural de Carabayllo (Provincia de Lima), de treinta años, jornalero, ingresó en mi servicio el 15 de julio del presente año. Ha padecido de tercianas y de *piques* en los pies casi siempre; es alcohólico, como fue su padre; bebe mucho ron. Tiene aspecto semi-idiota; contesta con lentitud las preguntas que se le dirigen, y la memoria es muy deficiente. Hace quince años, más o menos, que comenzó su enfermedad por la pierna y el pie izquierdos, que se hincharon primero, formándose después los bultitos, como él los llama; algunos años después ocurrió lo mismo con el miembro inferior derecho. La lesión ha sido casi indolente hasta hace poco tiempo y no ha repercutido sobre la salud general, pues el enfermo ha continuado andando y trabajando sin gran molestia. Asegura que nunca ha tenido ulceración, y que sólo cuando se golpeaba le salía sangre de los *bultos*. Su ingreso en el hospital ha sido debido más bien a las tercianas que sufre y al dolor que le ha sobrevenido en el muslo izquierdo, que a las lesiones de las piernas y pies, que vamos a describir en seguida.

Miembro inferior izquierdo. La lesión que es más antigua, extensa y avanzada que la del miembro inferior derecho, enmarca el pie en su extremidad anterior, for-

mando una línea transversal casi recta que limita el tercio anterior de ese órgano, extendiéndose hasta la extremidad de los dedos; la cara dorsal, así como los bordes del primero, segundo y tercer dedos, están casi enteramente invadidos por la neoplasia, que deforma por completo la superficie dorsal del dedo grueso, formando en su parte media un surco profundo entre dos engrosamientos nodulares y salientes de la piel; la lesión se continúa hasta el dorso del pie, formando gruesos nódulos, algunos de los cuales tienen su superficie erizada de asperezas córneas. La hipertrofia papilomatosa o verrugosa de la piel que cubre los dedos es más grande que la que presenta el otro pie, formando nódulos hasta del tamaño de un garbanzo, uno de los cuales es de color rojo subido, tiene superficie lisa y pulida y se destaca de los demás por su mayor tamaño. El aspecto general de la lesión recuerda el del lecho pedregoso de un río seco.

Las uñas, así como la piel de los espacios interdigitales, han sido respetadas por la lesión, que también deja libres los dos tercios externos de la cara dorsal del cuarto dedo y la mitad anterior del quinto. Al nivel del pliegue del pie hay una placa transversal de 6 a 7 centímetros de longitud por 3 centímetros más o menos de ancho, dividida en dos partes por un surco profundo, cuyos bordes ásperos y duros se elevan algunos milímetros sobre la piel; esta placa se extiende por la cara externa del pie hasta el talón, ocupando el espacio comprendido entre el maleolo y el borde del pie, formando una placa surcada de grietas, que contornea el maleolo externo e invade el talón hasta la línea media, subiendo hasta más de 3 centímetros sobre el nivel del maleolo y formando una área triangular de base inferior. La lesión tiene ahí el aspecto del musgo viejo desecado, y la superficie está erizada de puntos ásperos y córneos; la piel de la mitad interna de la parte posterior del talón y de la cara interna del pie, está libre aunque engrosada y dura. La lesión se muestra nuevamente en la parte inferior del talón y en la

porción subyacente de la planta, dejando un espacio claro intermediario, que la separa de la placa triangular ya descrita.

La piel y el tejido celular del dorso del pie, en las regiones no invadidas por la lesión, así como la piel y el tejido celular de la pierna, están infiltrados, gruesos y duros, deformando la pierna, que tiene el aspecto de una columna cilíndrica, que hace marcado contraste con el adelgazamiento de la rodilla y la parte inferior del muslo. La piel ha perdido su movilidad sobre los tejidos subyacentes.

Miembro inferior derecho. La lesión ocupa la cara dorsal de los dedos, formando sobre el dorso del pie una curva de concavidad posterior, casi al nivel de las articulaciones metatarsófalángicas; es más extensa y avanza en el dedo gordo, cuya extremidad anterior está también invadida por la lesión que enmarca la uña, pero sin comprometerla, aunque está adelgazada e incurvada. El segundo dedo presenta la neoplasia a lo largo de su borde externo, dejando libre casi toda la cara dorsal y extendiéndose alrededor de la cisura interdigital al borde interno del tercer dedo; hay en seguida un espacio estrecho y sano en la base del tercer dedo, cuya piel sólo está invadida en la mitad posterior del borde externo, extendiéndose al borde interno del cuarto dedo; en seguida hay un espacio de piel sana, y luego la lesión que ocupa el tercio posterior del borde externo del cuarto dedo, continuándose después, como en los dedos anteriores, al borde interno del quinto, que por lo demás está casi completamente libre.

La lesión tiene el aspecto de papilomas duros, cubiertos de epidermis córnea, formando verdaderas placas. La piel de las caras laterales de los dedos está libre.

El borde interno del pie está casi sano, pero en el borde externo hay una placa gruesa, rugosa, con grietas profundas, que ocupa el espacio comprendido entre el maleolo externo y el borde correspondiente del pie. En

el talón, la lesión tiene el aspecto de musgo viejo desecado, con grietas o surcos profundos, y sube hasta 8 centímetros sobre el nivel del talón, en cuyo punto forma un pliegue marcado con el tejido sano.

La piel y el tejido celular de la pierna, en sus caras anterior y posterior, desde la rodilla hasta el dorso del pie, están infiltrados, gruesos y como adheridos, dando a la pierna la forma de columna cilíndrica. La deformación de las piernas es tan particular, que visto el enfermo de pie, parece que estuviera sostenido por columnas.

Hay marcado infarto ganglionar inguinocrural. La sensibilidad de la piel es normal; el reflejo patelar está exagerado.

La semejanza de las lesiones que acabo de describir, con las que el doctor Thomas señala a la afección que designan con el nombre de *mossy foot*, es tal, que no he vacilado en asignarles ese diagnóstico.

Aunque el cuadro clínico no corresponde al de la elefantíasis, para mayor seguridad supliqué al doctor Julio C. Castiaburú que practicase la investigación de la *microfilaria bancrofti*. El resultado fue negativo.

Sometido al tratamiento por las preparaciones yodadas, los baños tibios y el reposo, el enfermo ha mejorado notablemente.

No tengo más datos que los que consigna el doctor Thomas en su memoria, acerca de la naturaleza y etiología de la enfermedad, cuyo diagnóstico, como se comprende, es sólo provisional. En la obra de Castellani y Chalmers (1) se dice que Cranston Low opina que el pie musgoso puede ser un tipo de *tuberculosis cutis verrucosa*.

NOTA—Pocos días después de clausurado el Congreso, el 27 de noviembre, se presentó en mi servicio el enfermo D. R., indio natural de Casma, de treinta y nueve años, viudo y jornalero. Sus antecedentes de familia no

(1) Castellani and Chalmers, *Manual of tropical medicine*. London, 1913, página 1602.

ofrecen nada de particular. Cuanto a los personales, ha sufrido de viruela, sarampión y tercianas. Ha hecho frecuentes viajes a los pueblos de las serranías cercanas a Casma, lugar de su residencia. Dice que hace tres años y medio, más o menos, que sufrió un golpe en el tercio inferior de la tibia derecha; tres meses después notó en ese sitio un grano que más tarde reventó y se ulceró; la ulceración cicatrizó y se reabrió por tres veces consecutivas, hasta que después de algunos meses quedó definitivamente abierta. Respecto a la neoplasia cutánea existente en el mismo miembro inferior derecho, refiere que se inició por prurito intenso que no cesaba ni de día ni de noche; que después aparecieron granitos en el dorso del dedo gordo y luego en el de los demás dedos y en el resto del pie; que esos granitos fueron aumentando de volumen hasta alcanzar el tamaño que hoy presentan. No ha tenido ni tiene actualmente dolor espontáneo, ni molestia alguna. Finalmente, asegura que en el pueblo de Casma existen otros enfermos que presentan lesiones idénticas a las suyas, a las que el vulgo denomina verrugas, pero que ignora si tienen igualmente ulceraciones.

La neoplasia ocupa el dorso del pie derecho, inclusive los dedos, y se extiende por las caras externa e interna hasta las inmediaciones del talón; la planta, así como las caras laterales de los dedos, están libres. El pie está muy aumentado de volumen y deformado por masas neoplásicas de diversos tamaños, separadas o divididas por numerosos surcos de profundidad y extensión variables, que circunscriben desde la gran masa dura y leñosa, del tamaño de una naranja, que ocupa casi la mitad del dorso del pie, hasta los nódulos pequeños y aun las producciones papilomatosas, córneas, de aspecto musgoso, que cubren los dedos y las caras externa e interna del pie; el talón presenta igualmente en toda su altura hasta la extremidad inferior de la pierna, placas agrietadas de la misma neoformación e igual aspecto de musgo viejo desecado.

En el tercio inferior de la pierna hay una gran úlcera de bordes callosos, cuyo fondo ligeramente excavado, de color rosado pálido, está cubierto de pus fétido. Otra úlcera semejante a la anterior, pero pequeña, existe hacia la parte posterior del tercio inferior de la pierna. Una gran cicatriz dura y amarillenta, que rodea la garganta del pie, debida sin duda a alguna ulceración anterior, enlaza o une las dos úlceras existentes.

El enfermo, que está bastante delgado y anémico, presenta el bazo enormemente hipertrofiado, pues avanza hasta la línea media y desciende hasta la fosa ilíaca izquierda, y el hipogastrio a tres traveses de dedo por debajo del ombligo; el hígado parece disminuído de volumen; hay ascitis y ligera circulación complementaria. No tiene, ni ha tenido fiebre.

El cuadro clínico que presenta este enfermo y el antecedente de sus viajes frecuentes a lugares donde existe la uta (*leishmaniasis dérmica*), han producido en mi espíritu la sospecha de que el pie musgoso es producido igualmente por una leishmania, y en este sentido me propongo continuar mis investigaciones.

(De la *Crónica Médica* de Lima).

Valor de la adrenalina en la poliomiелitis.

Hasta ahora sólo dos métodos de tratamiento han resultado eficaces en la poliomiелitis. Uno de ellos es la inyección, subcutánea o intraespinal, del llamado suero inmune, obtenido de la sangre de individuos que han padecido esta enfermedad. Al parecer, puede afirmarse que este suero no contiene cuerpos inmunizadores. Su empleo se funda en la analogía con otras enfermedades infecciosas en que se forman en la sangre cuerpos inmunizadores, y en la creencia de que si no beneficia, tampoco perjudica. Algunos prácticos han obtenido con este suero resultados excelentes, que han sido nulos, según otros. Su empleo es condenado por los que creen que es inútil y que puede ser perjudicial. No obstante, los resultados obtenidos animan a continuar empleándolo.

Algo análogo puede decirse respecto del empleo de la adrenalina, recomendada primeramente por Meltzer; pero el trabajo que acerca de este asunto ha publicado Lewis (*Medical Record*, 23 septiembre 1916) prueba, al parecer, la eficacia de la medicación. La mortalidad de la poliomiелitis en Nueva York ha sido de 23,9 por 100; mientras que de 77 casos tratados por la adrenalina curaron 59. Este resultado no es, al parecer, muy favorable en lo que se refiere a la disminución de la mortalidad; pero el tratamiento modifica, al parecer, la gravedad de los síntomas ulteriores en los individuos que sobreviven. De los 59 casos tratados por la adrenalina curaron completamente 21, o sea el 35,77 por 100; mejoraron de tal modo, que puede considerárseles como curados, otros 21; quedaron con lesiones de uno o más grupos musculares, 17, o sea el 28,79 por 100.

Esta estadística tiene gran valor si se considera que 4 de los 21 enfermos que curaron completamente se hallaban moribundos y en estado desesperado cuando se empezó el tratamiento. Además, la adrenalina puede ser ineficaz, pero es inofensiva.

El método consiste en inyectar en el conducto espinal dos centímetros cúbicos de la solución madre de adrenalina al 1

por 100. Las inyecciones se repiten cada seis horas día y noche, hasta que la temperatura queda normal durante dos días. Para eliminar de la solución de adrenalina el 0,5 por 100 de cloretona que se agrega a fin de que no se descomponga, se destapa el frasco que contiene el medicamento y se sumerge durante dos o tres minutos en agua hirviendo.

Cuando se afecta la respiración, se recomienda hacer las inyecciones estando el enfermo en decúbito lateral, porque, si se coloca boca abajo, aumenta la dificultad respiratoria y la cianosis. No se emplea la anestesia local. El sitio preferible para la inyección es entre las vértebras lumbares cuarta y quinta. Debe procurarse que la aguja no atraviese la piel en el mismo sitio la segunda vez, para disminuir el riesgo de infección del líquido cerebroespinal. Cuando, una vez introducida la aguja, se observa que la presión de dicho líquido es superior a la normal, se permite la salida de cierta cantidad antes de inyectar la adrenalina. El líquido extraído en la mayor parte de los casos de Lewis era claro, y en algunos opalescente. En uno era hemorrágico; pero en ninguno había meningitis producida por el bacilo de Friedlander.

(The Therapeutic Gazette)

INDICE DE MATERIAS

de la serie XXXIV

A

	Págs.
Academia Nacional de Medicina. Sesión solemne de 1916.....	209
Actas de la Academia.....	433, 443, 446, 448
Acuerdo de la Junta Central de Higiene sobre higiene de los hoteles, casas de asistencia, etc.....	132
Acuerdo de la Junta Central de Higiene sobre servicio de Sanidad en los puertos de Colombia.....	146
Aire espirado; transporte y multiplicación de los gérmenes, por el doctor A. Trillat.....	206
Alcoholismo (apuntaciones sobre el), por el doctor Oscar A. Noquera.....	499
Alcoholismo (discusión sobre) acta.....	434, 436, 437, 440

B

Balantidiosis, por el doctor Julio A. Zuloaga.....	18
Bibliografía. Geografía médica y patológica de Colombia, por el doctor Luis Cuervo Márquez.....	197

C

Casa de Salud de <i>Marly</i> . Estadística, por el doctor Carlos Esquerro.....	459
Cirugía de las vías biliares en Antioquia, por el doctor Gil J. Gil.....	331
Cirugía de las vías biliares. Informe del doctor Guillermo Gómez.....	362
Comunicabilidad y contagiosidad de la lepra, por el doctor H. Bayón. Traducción del doctor Manuel N. Lobo.....	473
Criminología. Discurso del doctor Marta Camacho.....	224
Comisión americana para el estudio de la fiebre amarilla, por el doctor Pablo García Medina.....	506
Comunicación del doctor W. C. Gorgas, sobre fiebre amarilla en Muzo.....	512, 517
Comunicaciones de los doctores Juan Gutiérrez y Th. C. Lyster, sobre fiebre amarilla en Colombia.....	520, 521

D		Págs.
Discurso del doctor Carlos Esguerra en la sesión solemne de la Academia, el 2 de septiembre de 1916.....	210	
Discurso del doctor A. Gómez Calvo, como Presidente de la Academia, en la sesión solemne de 1916.....	216	
Discurso académico del doctor Martín Camacho.....	224	
Doctor de la Hoz (Eugenio). Necrología.....	431	
Digestivo (aparato). Sus relaciones patogénicas con el sistema nervioso, por el doctor M. Fernández Mendia (de Madrid)...	533	
E		
Espina bífida, por el doctor Guillermo Gómez.....	5	
Enfermedades de Basedow, por el doctor Luis Cuervo Márquez.....	453	
Estadística de las enfermedades tratadas en el Asilo de Locas de Bogotá, por el doctor Antonino Gómez Calvo.....	42	
Estadística de la lepra en Colombia, por el doctor Pablo García Medina.....	372	
F		
Fiebre amarilla en Buenaventura, por el doctor Pablo García Medina.....	47	
Fiebre amarilla en Colombia, distribución geográfica, por el doctor Luis Cuervo Márquez.....	199	
Fiebre amarilla. Comunicaciones de los doctores W. C. Gorgas, Juan Guiteras y Th. C. Lyster.....	512, 517, 520, 521	
Fiebre en el puerperio y fiebre puerperal, por el doctor F. Villanueva (de España).....	426	
Flora de Colombia, por Santiago Cortés.....	66, 391, 523	
G		
Geografía médica y patológica de Colombia, por el doctor Luis Cuervo Márquez.....	197	
Gérmenes contagiosos; su transporte por el aire espirado, por el doctor A. Trillat.....	206	
Ginecología y obstetricia, por el doctor Alberto Chueco, de Buenos Aires.....	166	
H		
Hernias operadas (reproducción de las).....	417	
Higiene de los hoteles, casas de asistencia, etc.....	139	
I		
Informe del doctor José M. Montoya, Secretario bienal de la Academia, sobre los trabajos de ésta.....	291	

J	
	Págs
Junta Central de Higiene. Sus labores.....	138
L	
Lepra en Colombia. Estadística, por el doctor Pablo García Medina.....	372
M	
Mortalidad y salubridad de Barranquilla, por el doctor Miguel Arango M.....	109
N	
Necrología. El doctor Eugenio de la Hoz	431
O	
Obstetricia y ginecología. Sus resultados, por el doctor Alberto Chueco (de Buenos Aires).....	166
P	
Pie musgoso, por el doctor Julián Arce (de Lima).....	543
Prurito del ano (tratamiento del)	413
Psicoanálisis, por el doctor L. Merzbacher (de Buenos Aires)..	405
Puertos de Colombia; servicio de sanidad.....	146
R	
Reglamento sanitario en los puertos de Colombia.....	146
Relaciones patogénicas del sistema nervioso con el aparato digestivo, por el doctor M. Fernández Mendia (de Madrid)...	533
Reproducción de las hernias operadas.....	417
S	
Salubridad y mortalidad de Barranquilla, por el doctor Miguel Arango M.....	109
Saneamiento de Buenaventura y fiebre amarilla, por el doctor García Medina.....	47
Sanidad de los puertos. Reglamento en los puertos de Colombia.....	146
Servicio médico de sanidad en los puertos de Colombia.....	146
V	
Vómitos de los niños de pecho; su tratamiento por las soluciones hiperezucaradas, por el doctor C. Ferreira.....	529

INDICE DE AUTORES

A

	Págs.
<i>Arango M. Miguel.</i> Salubridad y mortalidad de Barranquilla.	109
<i>Arce Julián</i> (de Lima). Pie musgoso.....	543

B

<i>Bayón H.</i> (de Liberpool). Contagiosidad de la lepra. Traducción del doctor M. N. Lobo.....	473
--	-----

C

<i>Camacho Martín.</i> Discurso académico	224
<i>Cortés Santiago.</i> Flora de Colombia.....	66, 391 523
<i>Cucervo Márquez Luis.</i> Fiebre amarilla en Colombia.....	199
<i>Cuervo Márquez Luis.</i> Sobre alcoholismo.....	434
<i>Cuervo Márquez Luis.</i> Discurso dirigido al señor Ministro de Venezuela, doctor Losada Díaz.....	449
<i>Cuervo Márquez Luis.</i> Enfermedad de Basedow.....	453
<i>Chueco Alberto.</i> Obstetricia y ginecología, sus resultados.....	166

E

<i>Esguerra Carlos.</i> Discurso en la sesión solemne de la Academia.....	210
<i>Esguerra Carlos.</i> Estadística de la Casa de Salud de <i>Marly</i> ...	459

F

<i>Fajardo Vega Ricardo.</i> Lucha antialcohólica.....	440
<i>Ferreira C.</i> Tratamiento de los vómitos de los niños de pecho por las soluciones hiperazucaradas.....	529
<i>Fernández Mendía Marcelo.</i> Relaciones patogénicas del sistema nervioso y el aparato digestivo.....	533

G

<i>Gómez C. Guillermo.</i> Espina bífida.....	5
<i>Gómez C. Guillermo.</i> Cirugía de las vías biliares.....	362
<i>Gómez Calvo Antonino.</i> Estadística del Asilo de Locas.....	42
<i>Gómez Calvo Antonino.</i> Discurso en la sesión solemne de la Academia.....	216

	Págs.
<i>García Medina</i> Pablo. Fiebre amarilla en Buenaventura.....	47
<i>García Medina</i> Pablo. Estadística de la lepra en Colombia....	373
<i>García Medina</i> Pablo. Lucha contra el alcoholismo.....	437
<i>García Medina</i> Pablo. La Comisión americana para el estudio de la fiebre amarilla.....	506
<i>Gil</i> J. Gil. Cirugía de las vías biliares en Antioquia	331
<i>Gorgas</i> William C. Comunicaciones sobre fiebre amarilla en Colombia.....	512, 517
<i>Guitéras</i> Juan. Comunicación sobre fiebre amarilla en Colom- bia.....	520
L	
<i>Lobo</i> Manuel N. Comunicabilidad y contagiosidad de la lepra..	473
<i>Lyster</i> Theodore C. Comunicación sobre fiebre amarilla en Co- lombia.....	521
M	
<i>Montoya</i> José M. Informe sobre los trabajos de la Academia...	291
<i>Montoya</i> José M. Sobre alcoholismo.....	430
<i>Merzbacher</i> Luis. Psicoanálisis.....	405
N	
<i>Noguera</i> Oscar A. Apuntaciones sobre el alcoholismo.....	492
R	
<i>Royo</i> Miguel. Causas de reproducción de las hernias operadas.	415
T	
<i>Trillat</i> A. Transporte y multiplicación de los gérmenes por el aire.....	206
<i>Villanueva</i> Fernando. Fiebre en el puerperio y fiebre puerperal.	426
Z	
<i>Zuloaga</i> Julio A. Balantidiosis.....	18