
REVISTA MEDICA DE BOGOTA

Organo de la Academia Nacional de Medicina.

REDACTORES

Doctor Zoilo Cuéllar Durán.

Doctor Pablo García Medina.

Doctor Luis Cuervo Márquez.

Doctor Pompilio Martínez N.

DOCTOR LIBORIO ZERDA

El día 10 de noviembre falleció en esta ciudad este eminente colombiano, que por más de medio siglo dedicó sus energías, su poderosa inteligencia y su grande ilustración a servir desinteresadamente a su patria.

Fue el doctor ZERDA de los médicos que fundaron en Colombia sobre bases serias el estudio de las ciencias médicas y naturales; y desde el día en que con sus ilustrados colegas inició esta patriótica labor, no dejó el magisterio del bien y de la ciencia sino cuando, tras largos años de batallar con la vida y de amar y cultivar la ciencia, el peso del dolor y de los años-doblegó sus fuerzas materiales.

Gratuitamente enseñó por largos años en la naciente Facultad de Medicina, la Física médica y la Química. Fue él quien inició entre nosotros el estudio de la química biológica y

quien despertó en nuestra juventud el amor a los estudios de las ciencias naturales. Organizada la Escuela de Medicina que formó parte de la Universidad Nacional, el doctor ZERDA continuó prestando sus servicios en los ramos mencionados. Más tarde se le llamó a ocupar el puesto de Rector de la Facultad de Medicina y a regentar la cátedra de Fisiología, puestos que dejó para ocupar el Ministerio de Instrucción Pública en la Administración del señor Caro.

Todos sus discípulos conservamos el recuerdo de la labor científica del eminente Profesor; aún suena en nuestros oídos su palabra fácil y elocuente que con admirable claridad y precisión llevaba a nuestro entendimiento las más difíciles materias, disipaba dudas y resolvía intrincados problemas. Nos enseñó a amar y a ejercer la medicina, no sólo como verdad, sino como caridad y belleza. Nos dio el ejemplo de su desprendimiento, de su amor al estudio, de su patriotismo ardiente, de su caridad con los que sufren.

Fue el doctor ZERDA de los fundadores de la benemérita Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, hoy Academia Nacional de Medicina. Presidió varias veces aquella Sociedad, y últimamente había sido distinguido con el título de miembro honorario de la Academia. El doctor ZERDA consagró gran parte de su vida a la redacción de la *Revista Médica*, que hoy enluta sus páginas al despedirse del sabio que las ilustró con su pluma.

La fecunda labor científica del doctor ZERDA da materia para un estudio biográfico

que no cabría en unas pocas páginas, y que esperamos emprenda alguno de sus discípulos. Así se cumplirá una obra de justicia para el eminente Profesor y de honor para las letras colombianas.

En la inhumación del cadaver del doctor ZERDA se pronunciaron los discursos que publicamos en seguida, como un homenaje de la *Revista* a la memoria del sentido maestro.

Discurso del doctor LUIS CUERVO MÁRQUEZ,
Ministro de Gobierno:

Señores:

Cumplo con el deber de tributar, en nombre del Gobierno de la República, un alto homenaje de respeto y de admiración al hombre ilustre que pudo aunar la modestia con la sabiduría, la virtud con el áspero roce de la vida mundanal, la benevolencia con la rectitud y la ciencia, amplia y sin prejuicios, con la fe sincera y candorosa que, como hálito que es de esperanza, alentaba esa vida trajinada por el tiempo y el dolor.

Si la sabiduría consiste no solamente en la multiplicidad de los conocimientos, sino en una inteligencia cuyo poder llegue al descubrimiento de la verdad por la aplicación, muchas veces intuitiva, de las leyes fundamentales que rigen lo existente; si la sabiduría es no sólo un cúmulo de adquisiciones científicas aisladas sino un criterio que sirve para encontrar la razón de la armonía que comanda y preside todos los fenómenos de la vida; si la ciencia, en su más pura acepción, no tiene otro fin que la posesión

de la verdad, ni otros medios que la observación y la sinceridad, debe reconocerse cuán difícil será iniciarse en los misterios de Minerva y cuán imposible para la generalidad de los hombres sacrificar en el ara secular que ha sentido el contacto de todas las razas y de todas las edades.

El maestro ilustre, que en vida se llamó Liborio Zerda, amó la ciencia por la ciencia misma, la amó con la pureza y el desinterés con que sólo puede amar el más excelso idealismo. A ella sacrificó juventud y edad madura y vejez provec-ta. Nada exigió de ella, salvo quizá el tímido alborozo de las íntimas pasiones. La ciencia, en cambio, fue pródiga con el maestro: iluminó con su inextinguible antorcha el camino de su vida trazándole la senda de su adolescencia, vigorizando su espíritu y espiritualizando su ancianidad con albores de futuras claridades.

Cual cuerpo luminoso su alma irradiaba en todas direcciones, y a su rededor se disipaba la oscuridad; las ciencias físicas, la química, los lejanos horizontes de la medicina, la sociología, la filosofía y sus ciencias derivadas fueron campos de su actividad y de su labor.

Profesor en la Facultad, Rector de la misma, Ministro de Instrucción Pública, el doctor Zerda recorrió con brillo el escalafón científico de la representación oficial. Sus discípulos recordamos siempre sus precisas y eruditas conferencias, en las que a la verdad científica unía el buen decir del purista familiarizado con los maestros de la lengua.

Anciano de ochenta y cinco años, pobre y desvalido, ciego del cuerpo, pero con la luz del

alma, el maestro, que debía ser el orgullo de su patria, recorría hasta ayer trémulo las calles de su ciudad natal haciendo exclamar, como al padre de Aristides: «¡Así pagan las repúblicas a sus viejos servidores!»

Descanse en paz, en la paz del Señor, esa alma pura. La posteridad sabrá hacer justicia al maestro egregio y preclaro ciudadano.

Discurso del doctor PABLO GARCÍA MEDINA, Secretario perpetuo de la Academia y sucesor del doctor Zerda en la cátedra de Fisiología:

Señores:

La Academia Nacional de Medicina me ha comisionado para colocar sobre la tumba del señor doctor Liborio Zerda una corona y dar el último adiós a uno de sus más ilustres fundadores; al sabio que la honró con su colaboración brillante y fecunda, la dirigió con inteligencia y cariño en varias ocasiones y la estimuló con el ejemplo de una vida llena de merecimientos y virtudes.

El varón sabio y justo a quien hoy rendimos un sincero homenaje, deja su nombre gloriosamente inscrito en los anales científicos de Colombia, y grabada su memoria en el corazón de una sociedad a quien sirvió con un desinterés y una abnegación nunca superados. Ciudadano modelo, puso siempre sus luces y su fecunda actividad al servicio de los intereses de la Nación; maestro sin par de varias generaciones, no hubo un día en que no se entregara generosamente al servicio de la Patria.

El 1.º de febrero de 1865 se reunieron en esta ciudad quince médicos distinguidos, inspirados por el noble deseo de servir a la humanidad y a la ciencia, para fundar una Escuela de Medicina, poniendo su saber y su experiencia a la disposición de la juventud que anhelaba por que se restablecieran los estudios médicos, largo tiempo interrumpidos por dolorosas contiendas políticas. Fue el doctor Zerda uno de esos beneméritos profesores, quienes lo encargaron de las clases de Física médica y de Química, que sirvió gratuitamente. Desde entonces brilló para la juventud la luz de aquella privilegiada inteligencia y resonó aquella voz elocuente y persuasiva hasta el día en que, según su propia expresión, las malezas de los años obstruyeron los caminos de su vida. Como profesor y como patriota sobresalió el doctor Zerda en esa generación de hombres ilustres que nos enseñaron a admirar la ciencia y a perseguir la gloria, y nos inspiraron, con la palabra y con el ejemplo, un amor por la humanidad y por la Patria que ha ido creciendo con la madurez del espíritu y con las recias batallas de la vida.

Fue una gran fortuna para la Nación el que correspondiera al señor doctor Zerda dirigir desde entonces la enseñanza de aquellas importantes materias, sobre que reposan los grandes progresos de las ciencias biológicas y naturales. El fue preparando cada generación médica para recibir las enseñanzas que se desprendían de las portentosas investigaciones de aquellos sabios que, como Claude Bernard, Vulpian y Moleschott primero, y luego Pasteur, resolviendo el proble-

ma de aplicar el método experimental a la clínica médica, ensancharon maravillosamente los dominios de la ciencia. Dotado de excepcionales dotes para asimilar cuanto llegaba a su mente y de un grande espíritu generalizador, el señor doctor Zerda seguía con admirable constancia y excelente criterio las doctrinas o las hipótesis que de tales labores se desprendían y perseguía la verdad con un ardor infatigable.

Al enseñarnos las nuevas vías que se iban abriendo a la actividad del espíritu y los sorprendentes descubrimientos que venían transformando las ciencias médicas, nos mostraba la sana filosofía con que debíamos estudiar los problemas de la vida, y nos hacía comprender cuánta parte tenían en esos progresos las investigaciones anteriores, demostrándonos que la labor de hoy es hija de la de ayer. Estimulaba así a la juventud para continuar sus estudios y para hacer investigaciones que sirvieran al progreso de la ciencia en Colombia.

Con la previsión del sabio convencido de la importancia y trascendencia de las verdades que enseña, el doctor Zerda preparó muy eficazmente a sus discípulos para aquellos trabajos de laboratorio que son hoy la base de la medicina y de los que, como dijo el Profesor Roux, ningún país civilizado puede hoy prescindir, pero que exigen, para ser benéficos, la más cuidadosa preparación y el más seguro criterio; todo lo cual inspiraba a sus discípulos el ilustre maestro, modelo de modestia, de constancia y de probidad científica, sin la cual nada valen la habilidad del experimentador ni las luces del sabio.

Enumerar y elogiar, siquiera compendiosamente, los estudios del doctor Zerda y la obra que él realizó en medio siglo de provechosa actividad, sería larga tarea. Esa obra tan fecunda en beneficios para la Nación no se efectuó en la tranquilidad de un gabinete y al favor de una descansada vida. Ella se desarrolló en medio de pesares y de afanes que hubieran doblegado a otro que no fuera ese varón sabio y cristiano que no dio nunca paso alguno en la ciencia ni en la vida sin contemplar el cielo.

Descanse en paz el ilustre maestro que con sus sabias enseñanzas procuró a generaciones enteras de discípulos las nobles y elevadas satisfacciones del espíritu en sus relaciones con las leyes armoniosas de la vida.

Discurso del doctor MIGUEL JIMÉNEZ LÓPEZ,
Profesor de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales:

Señores :

En nombre de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá vengo a despedir para el eterno viaje a uno de los más ilustres hijos de Colombia.

El antiguo y venerable instituto, cuya voz me toca el honor de llevar en esta fúnebre ocasión, es sin duda el que habrá de guardar la más recia y duradera impresión de este lamentado maestro, que a nuestra Facultad dedicó los mejores años de su vida, ya como Rector de ella, ya como Profesor de las más importantes y variadas enseñanzas.

Es la de Zerda una de las vidas más meritorias y fecundas que haya producido nuestra patria en el tiempo que lleva de existencia.

Para decir cuánto debe a él nuestro país sería preciso contemplar una larga serie de generaciones universitarias que han crecido, una tras una, bajo el soplo vigorosamente formador de este maestro. Muchos de nuestros grandes hombres que, tras luenga y luminosa carrera, han descendido ya a la región de las sombras; otros que han encanecido en una dilatada actividad científica; los que se hallan hoy en la plena floración de su esfuerzo productor, y tantas inteligencias jóvenes que empiezan a abrirse a la vida y a la luz: toda esta sucesión de espíritus ávidos de verdad que en los últimos sesenta años han pasado por los claustros universitarios, miran hoy tronchada para siempre esta hermosa existencia, a cuya sombra abrevaron en las fuentes perennes del saber.

Es el doctor Liborio Zerda una de las más auténticas glorias de Colombia. Su nombre y sus enseñanzas no sólo entre nosotros habrán de perdurar, sino que, más allá de las fronteras patrias, la labor investigadora de este espíritu de selección habrá de ser registrada como una de las más originales y valiosas en los países de la América.

¡ La fama y el renombre de este preclaro compatriota nuestro no son de los que se discuten, porque se han cifrado en una labor alta y desinteresada, que se pasó lejos de los hombres y de sus pasiones; y porque esa alma serena supo, desde temprano, desprenderse de toda ambición

mezquina y estuvo siempre cerniéndose en las cumbres sagradas, donde no tienen acceso los espíritus vulgares!

No veréis, sin embargo, en este póstumo homenaje al que fue nuestro guía, ninguno de los signos sensibles y ordinarios de la gloria; nada que a nuestros ojos hable de las luchas sin fin, ni de los acerbos triunfos, ni de la tragedia silenciosa que siempre magnificaron la vida del hombre de ciencia. La gloria del sabio es bien distinta de las demás glorias; no son de ordinario para él ni los lauros ni los broncees que los pueblos tributan a sus héroes; ni quizá en su obsequio, cual en la tumba del artista, blancos y gráciles dedos habrán de deshojar una flor sentimental. Empero, algo más hondo y trascendente guardan los hijos esquivos de Minerva para todo aquel que dio un paso hacia adelante o que señaló un nuevo rumbo en el áspero campo de las verdades: algo que no se agosta como el laurel, ni se corroe como el bronce, ni muere como la flor sentimental, con el sol de la tarde. La inmortalidad del sabio no vive del símbolo ni de la imagen; vive encarnada en la realidad del Universo y dura lo que dure la vida de las cosas. Quizá nunca sabremos del inquieto vivir de tantos sabios, remotos y recientes; tal vez no adivinemos dónde vieron la luz, cómo sufrieron y lucharon, dónde hallaron inspiración, cómo murieron, ni en qué sitios quedaron sus cenizas; ¡mas en tanto que haya mundo, habrá de vivir un Euclides, en sus eternos postulados; vivirán un Copérnico y un Newton, en la revolución interminable de los astros, y un Lavoisier y un

Berzelius, en las leyes inmutables que regulan la vida de los átomos!

No queráis, pues, amigos y camaradas, para este guía luminoso de tantas inteligencias colombianas, ni la apoteosis del guerrero, ni la tierna oblación que se rinde al poeta, ni la ovación ingente que se tributa al conductor de multitudes. No estaría bien pagar de esta manera una labor silenciosa que se desenvolvió en la augusta serenidad del laboratorio y en la contemplación profunda de la Naturaleza. En cambio, todo lo que haya de gratitud y de amor hacia el maestro; todo el reconocimiento que se debe a quien fue el vehículo del saber para los hombres de ciencia colombianos; toda la consagración que da una labor científica, intensa y personal en las Ciencias Naturales y Físicoquímicas, en la Medicina y en la Higiene, en la Arqueología y en la Prehistoria americanas, habrán de acompañar muy más allá de la tumba a este hombre representativo, uno de los pocos que en entre nosotros pueden haber merecido el dictado de sabios.

Por uno de aquellos hechos excepcionales que la Naturaleza no sabe prodigar, Zerda escapó a la suerte ordinaria de los sabios que envejecen. En la época maravillosa que abarca la vida de Liborio Zerda, las ciencias han marchado con un ritmo vertiginoso y que desconcierta a los espíritus ávidos de perseguirlas. Y es una triste ley en la historia del saber humano que los hombres a quienes se han debido los más decisivos impulsos en esta portentosa progresión, quedan, al final de sus días, los mismos que fueron al tiempo de su producción genial, sin que

la rotación incesante de los hechos y de las ideas logre abrir en esas inteligencias poderosas un surco nuevo y acorde con las diversas exigencias de los tiempos. Fue tan grande y trascendental el esfuerzo gastado por estos creadores, al hacer avanzar el carro de la ciencia, que, cuando toca el turno a inteligencias frescas y formadas por ellos mismos, de proseguir el esfuerzo inicial y de marcar nuevos rumbos, los viejos conductores quedan irremediabilmente orientados en su primera dirección y cristalizados en su época, sin que nada ni nadie pueda captarlos para las nuevas verdades. No os admiréis de que Dalton se hubiese negado hasta el fin a aceptar la ley de Gay-Lussac, que era sin embargo la mejor comprobación de sus descubrimientos; ni extrañéis que Berthelot luchase desesperadamente contra el simbolismo atómico, ese soporte poderoso de su gran creación de la síntesis química; ni llevéis a mal que Championiere, tras de ser el más vehemente apóstol de las doctrinas listerianas, se hubiese denegado a reconocer el triunfo de la asepsia. Estos y otros tantos casos de desadaptación—dolorosos y aun trágicos para muchos grandes hombres—son simplemente un tributo del Genio a la flaca naturaleza humana, incapaz de renovarse, y son también un efecto de la desproporción irreductible entre la brevedad de la vida de un hombre y la diversidad infinita de transformaciones que la marcha de las ciencias va trayendo.

Pues bien: el admirable espíritu de nuestro ilustre compatriota no envejeció. Durante sesenta años de magisterio y de vida científica supo

mantenerse siempre en el centro de esa grandiosa corriente que ha sido el movimiento científico del último siglo: en ésa corriente se mantuvo y con ella marchó sin declinar. Es preciso, para avaluar esta actitud, mirar un poco hacia atrás. Allá, hacia 1850, cuando Zerda empezó su carrera e inició sus primeras investigaciones, las ciencias físicoquímicas apenas hacían tímidos ensayos de aplicación de las grandes fuerzas naturales; los nombres de Claude Bernard y de Pasteur no se mencionaban aún, y yacían en los dominios del misterio esos grandes descubrimientos y comprobaciones que han revolucionado el mundo de las ciencias y de las industrias humanas. Uno tras otro fueron viniendo los ciclos de la investigación, y la inteligencia de nuestro maestro estuvo siempre alerta para asimilarlos y para transmitirlos a sus discípulos, con ese verbo suyo, armonioso y deslumbrante. Y, ya en los años de la ancianidad, que para él no fueron de decrepitud espiritual, produjo comentarios originales y exégesis profundas sobre los más avanzados desarrollos de la física molecular y sobre los portentosos fenómenos de la radioactividad, que merecieron ser reproducidos y citados con honor en las más respetables revistas científicas del Viejo Mundo.

Hé aquí un hombre en quien jamás se conoció la decadencia del espíritu ni la decrepitud de las grandes facultades.

¡Para hombres como él, envejecer es crecer, y cesar de vivir es cesar de laborar por la verdad!

SOBRE UNA EPIDEMIA

de enterocolitis en los niños de Bogotá, por los doctores

CALIXTO TORRES Y FEDERICO LLERAS A.

(Trabajo presentado al cuarto Congreso Médico de Colombia reunido en Tunja).

Desde hace poco más de cinco meses hemos venido observando en los niños de Bogotá una enterocolitis cuyo aspecto clínico, semejante en todos los casos, y sus caracteres de verdadera epidemia llamaron nuestra atención.

Los siguientes hechos clínicos, que fueron de los primeros observados, nos servirán de guía:

I. Niña N. N., de tres años, hija de padres sanos, alimentada al pecho hasta los diez meses y sin antecedentes patológicos importantes. A los dos años principió con ataques de diarrea con deposiciones abundantes, muy fétidas. Estas diarreas eran interrumpidas por períodos de constipación. Había algunas veces fiebre, y el hígado aumentaba de volumen. Polifagia y poliuria.

Hecho el examen cuidadoso de la enferma y sus deposiciones y orinas, encontramos que se trataba de fermentaciones producidas por una dispepsia de proteídos. El régimen alimenticio la curó completamente (diciembre 2). Dos meses después la niña tuvo un ataque de vómito, diarrea y fiebre de 40°.

Examinada, se encontró postrada, con la lengua ligeramente saburrosa, los pulmones normales, lo mismo que el aparato circulatorio, los oídos, la nariz y la garganta.

El abdomen estaba bastante meteorizado, con un meteorismo que no se podía localizar a ninguno de los segmentos del tubo gastrointestinal; el hígado bajaba hasta el ombligo. El bazo no era apreciable; ano normal, las nalgas ligeramente excoriadas. El sistema nervioso no presentaba nada anormal, fuera de su depresión producida por el estado febril.

Las deposiciones, bastante fétidas, de coloración normal; bilis normal. Reacción ácida. Huellas de almidón, sin exceso de proteídos. Grasa neutra, xx; ácidos grasos, xxx; jabones, xx.

Se prescribió un purgante de 15 gramos de sulfato de sodio.

Al día siguiente la temperatura estaba en 38° ; la niña parecía más despejada, y las deposiciones eran verdosas, con bastante moco, estrías de sangre y sin olor, de reacción alcalina: no se encontraron amibas.

La enfermedad duró en este estado por veinte días.

Como tratamiento se le dio: ipecacuana asociada al sulfato de sodio al principio; después al opio, sin que lograran modificarse en nada las deposiciones; luego calomel en dosis fraccionada e inyecciones de 0.02 centigramos de emetina. Lavados con suero fisiológico, ácido láctico, ácido bórico. Como ningún tratamiento lograra una modificación (excepto el opio que logró calmar un poco los dolores), se suspendió

en absoluto el uso de medicamentos, concretándonos al tratamiento dietético.

Después de dos días de régimen hidrocarburado absoluto, principiaron a modificarse las deposiciones sin cambiarse la reacción, que permaneció siempre alcalina.

La materia fecal empezó a aparecer y a disminuir el moco y la sangre.

La anorexia se sostuvo por algunos días más.

II. Niña N. N., de cuatro años, alimentada al pecho por una nodriza hasta la edad de nueve meses. Había tenido perturbaciones digestivas durante el destete, pero por lo demás había sido alentada.

La enfermedad actual principió con una gripa del aparato respiratorio, durante la cual, y cuando los síntomas nasofaríngeos y bronquiales habían cedido, tuvo un día (diciembre 18) dolores abdominales muy intensos. Hizo una deposición abundante y fétida, y luego continuó con deposiciones mucosanguinolentas con poca sangre y mucho moco.

Al examen se encontró una niña bien desarrollada y nutrida, muy fastidiosa, lo que hacía el examen muy difícil. La lengua, ligeramente saburrosa en el centro, hacia la parte posterior. La mucosa bucal, la faringe, amígdalas, órganos de los sentidos, normales. Pulmones, normales; corazón, normal; pulso, 130, de buena tensión, regular; abdomen, ligeramente abultado, con alguna defensa a la palpación, defensa que no se podía saber si era debida a dolor, o a causa de la excitabilidad de la niña. El hígado bajaba medio.

centímetro por debajo del reborde costal a nivel de la línea mamilar derecha, el bazo no se encontraba a la palpación.

El sistema nervioso, normal, fué del estado de excitación.

Temperatura, 38°. Se prescribió un purgante, de sulfato de sodio (20 gramos), y régimen hidrocarburado.

Al día siguiente (17) el estado era el mismo. Se le puso una inyección de 0.02 centigramos de emetina. Por la tarde la temperatura subió a 39°.

Diciembre 18. Temperatura, 37°5. Estado igual. Tarde, 37°4.

Diciembre 19. Temperatura, 36°. Tarde, 37°5.

Diciembre 20. Temperatura, 36°. Purgante de calomel. Tarde, 38°9. Seis deposiciones.

Diciembre 21. Ningún tratamiento, excepto lavados de ácido bórico. Temperatura, 37°-37°.

Diciembre 22. Temperatura, 36°, 36°3. Sin tratamiento.

Diciembre 23. Temperatura, 35°8, 36°4. Sin tratamiento. (cinco deposiciones).

Diciembre 24. Temperatura, 35°6, 36°2. Sin tratamiento (seis deposiciones).

Diciembre 26. Deposiciones con bastante materia fecal, sin sangre, con poco moco, de color amarillo ligeramente oscuro, olor normal, reacción alcalina.

Diciembre 28. Otra vez apareció el síndrome disentérico, que duró cuatro días más.

III. Un hermano de esta niñita, que tiene seis años de edad, principió exactamente con los mismos síntomas en el curso de unas paperas, sólo que el estado general se conservó muy bien, no hubo anorexia y las deposiciones no pasaban de cuatro diarias.

Se le prescribió un purgante de 25 gramos de sulfato de soda, y todo entró en orden por tres días; al cabo de este tiempo supimos que el niño había tenido una recaída en el campo adonde había salido la familia. El niño duró seis días con este nuevo ataque.

DISCUSIÓN—Por no hacernos demasiado cansados no relatamos otros casos que observámos en el tiempo que pudiéramos llamar la primera época de este estudio, pero por las observaciones relatadas se verá que se trataba de un síndrome semejante de localización enterocólica.

El resumen de los síntomas observados es el siguiente:

CARACTERES CLÍNICOS

Alta temperatura que dura de uno a cuatro días.

Temperaturas relativamente bajas en el resto de la enfermedad.

Algunas veces apirexia por la mañana.

Lengua ligeramente saburrosa en el centro con bordes y punta rojos.

Ligeras congestiones pulmonares en muchos casos.

Hígado grande, bazo normal o hipertrofiado.

Meteorismo, aunque no muy considerable; algunas veces generalizado, otras localizado a la region del grueso intestino.

Intensa irritación rectal, con prolapso algunas veces.

Deposiciones frecuentes (hasta 20 diarias), mucosanguinolentas, mezcladas con materia lamosa cargada de biliverdina.

Predomina la constipación.

Anorexia absoluta.

Duración generalmente de dos a tres semanas y seguida de recaídas frecuentes.

DIAGNÓSTICO

Al ver un enfermito con los caracteres arriba apuntados, lo primero que a uno le ocurre preguntar es si se trata de lo que el Profesor Fischl describe con el nombre de *catarro del grueso intestino de los niños* o de la *colitis aguda de la niñez*.

La primera de estas enfermedades es consecutiva a una dispepsia, o mejor dicho, es síntoma de una dispepsia intestinal. Si bien es verdad que en muchos de nuestros enfermitos se encontraban antecedentes dispépticos, estas dispepsias habían sido curadas y los niños cuidadosamente vigilados en cuanto a su digestión y absorción. Ninguno de ellos presentaba la constipación tenaz que precede al ataque de que nos habla Fischl. Muchos no presentaban antecedentes dispépticos.

La colitis aguda de la niñez tiene caracteres semejantes a la anterior en cuanto a fenómenos dispépticos precursores, entre los cuales se encuentra en primera línea la constipación.

La posibilidad de una disenteria amibiana había que considerarla en algunos casos en que

el síndrome disenteriforme se destacaba de una manera más marcada, y en que la temperatura no era muy elevada o había un período enteramente apirético.

A esto se agrega que al lado de la enfermedad en cuestión se presentaron algunos casos de disenteria amibiana. Pero el examen cuidadoso de las deposiciones de nuestros enfermos no reveló la presencia de amibas.

Estábamos pues en presencia de una enfermedad producida probablemente por un germen único.

A formular esta hipótesis nos movía, además de lo ya expuesto, la semejanza clínica de los casos y el carácter epidémico de la enfermedad.

¿Pero cuál era este germen?

Las epidemias de disenterias bacilares no han sido todavía demostradas entre nosotros. Los estudios de Domínguez parecen darle un gran valor a una exaltación de la virulencia del *bacillus coli comunis*, el cual puede reproducir todo el síndrome de la disenteria y darle una gravedad extrema.

Por otra parte existían antecedentes gripales inmediatos en una gran mayoría de los casos observados al principio, y en muchos de ellos la enfermedad había estallado en el curso de una gripe. Si bien en muchos estos antecedentes no se descubrían y sí el de otra enfermedad infecciosa como las paperas o simplemente un ataque de dispepsia aguda.

Quedábamos pues en presencia de dos hipótesis:

1ª Un germen exógeno, entre los que tenía mayores probabilidades el bacilo de Pfeifer; y

2ª Una exaltación de la virulencia de algún huésped habitual del intestino.

El primer modo de infección es el que los americanos llaman propiamente *diarrea infecciosa*, y el segundo, *diarrea de fermentación*.

¿Cómo esclarecer la duda? ¿Cómo saber cuál era el germen autor de esta clase de infecciones?

Sólo el laboratorio podía darnos esta enseñanza.

Después de examinar minuciosamente en el microscopio varias deposiciones de estos enfermitos para buscar amibas, exámenes que dieron todos un resultado negativo, emprendimos el día 8 de enero de 1918 un estudio mas detenido.

Nuestras primeras investigaciones se refirieron a una niña de dos años que desde hacía varios días había venido siendo víctima de la enfermedad.

El examen de frotis de la deposición teñidos con azul de metileno nos mostró una flora muy uniforme, pues estaba compuesta casi en su totalidad de un diplococo encapsulado, ora redondo, ora ligeramente lanceolado. Después pudimos comprobar que era negativo al Gram.

Con un copo de la mucosidad sanguinolenta previamente lavado en agua esterilizada, sembrámos una caja de Petri con gelosa-sangre en la duda en que aún estábamos de que el bacilo de Pfeifer pudiera (acción patógena tan discutida) tener alguna intervención en la enfermedad que nos ocupa.

Después de veinticuatro horas de permanencia de esta caja en la estufa a 37° observámos que habían aparecido numerosas colonias redondas, grises y húmedas.

Examinadas estas colonias al microscopio encontramos, en cultivo puro, el diplococo observado por el examen directo, con idénticos caracteres.

Resembrado en caldo, prendió en menos de doce horas; el medio era uniformemente turbio y no se formaba ningún depósito durante los primeros días.

El examen de este cultivo en gota pendiente nos mostró que el diplococo tenía movimientos aunque muy lentos.

En más de veinte deposiciones provenientes de otros tantos enfermitos, encontramos el mismo diplococo en examen directo, y obtuvimos los cultivos con gran facilidad aislando previamente, bien en gelosa-sangre o en gelosa ordinaria.

Considerando que este diplococo desempeñaba papel importante en la enfermedad en cuestión, puesto que en todos los casos existía en tal abundancia que su aislamiento era demasiado fácil, pues la mayoría de los cultivos prendieron a las ocho horas, resolvimos continuar nuestras investigaciones en el siguiente orden:

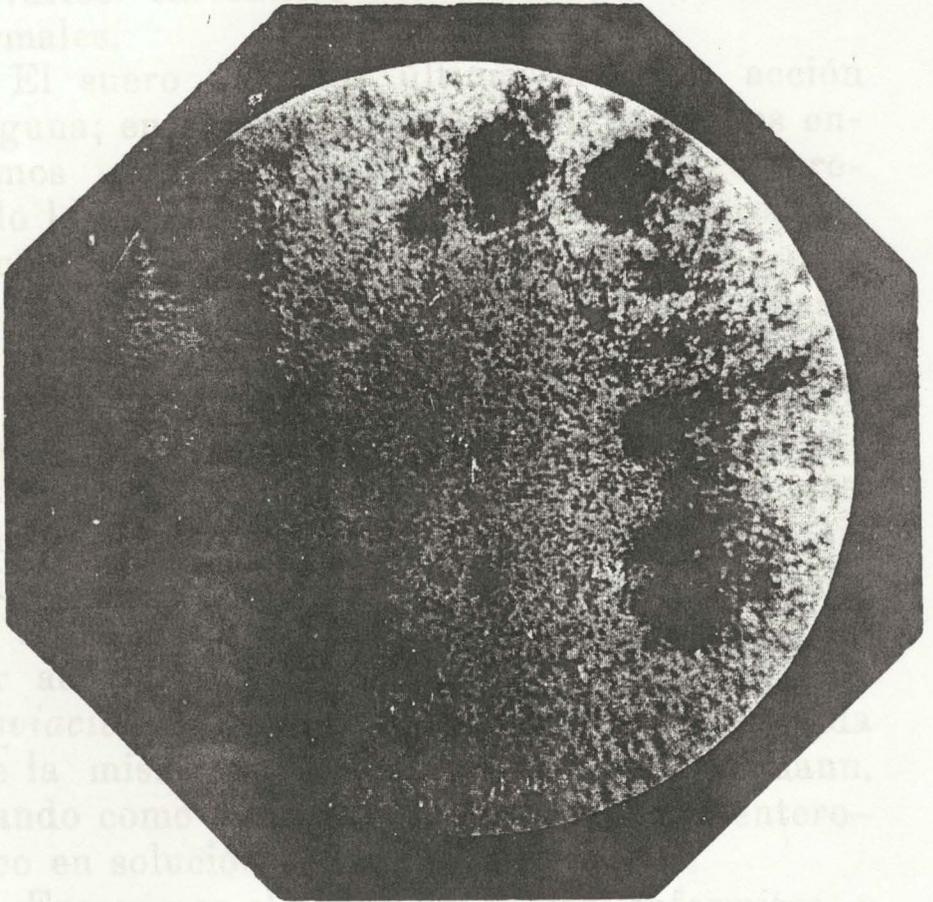
Cultivo en leche: escaso, con coagulación del medio en veinte horas.

Agua peptonada: cultivo en veinte horas. Se investigó en este cultivo el indol con resultado negativo. *Siembra en medios anaerobios:* se desarrolla bien.

Acción sobre azúcares. Preparámos medio de endo con glucosa, lactosa y manita; las fermentó todas; los cultivos prendieron en menos de diez horas y viraron los medios.

Poder de aglutinación. Sobre un cultivo reciente en caldo ensayamos la acción del suero de varios enfermos así como de individuos normales.

El suero de los enfermos no produjo acción alguna; en cambio el suero de individuos normales produjo una aglutinación completa.



varios individuos normales. El resultado fue el siguiente: en los sueros normales la hemólisis fue completa. En los sueros de los enfermos hubo una hemólisis también pero no completa como se comprendía al primer golpe de vista de los tubos, lo que nos induce a creer como muy probable la existencia del anticuerpo buscado en estos sueros. Si la hemólisis hubiera sido completa, el resultado habría sido tomado en absoluta

Cultivo de deposición de un niño atacado de enterocolitis.

Ensayamos el suero de algunos enfermos y de individuos normales. El resultado fue el siguiente: en los sueros normales la hemólisis fue completa. En los sueros de los enfermos hubo una hemólisis también pero no completa como se comprendía al primer golpe de vista de los tubos, lo que nos induce a creer como muy probable la existencia del anticuerpo buscado en estos sueros. Si la hemólisis hubiera sido completa, el resultado habría sido tomado en absoluta

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
BIBLIOTECA

Poder de aglutinación. Sobre un cultivo reciente en caldo ensayamos la acción del suero de varios enfermitos así como de individuos normales.

El suero de estos últimos no tuvo acción ninguna; en cambio, en el suero de los niños enfermos en cuyas deposiciones habíamos comprobado la presencia en abundancia del enterococo, se comprobó la aglutinación entre treinta y cuarenta minutos en diluciones del 1 por 50 y hasta del 1 por 100.

Esta prueba era ya de un gran valor para considerar el germen aislado como el agente patógeno de la enfermedad de que tratamos, toda vez que no dejó de presentarse en uno cualquiera de los casos examinados a este respecto.

Animados por este resultado resolvimos llevar adelante nuestras investigaciones hacia la *desviación del complemento*; la técnica seguida fue la misma de la reacción de Wassermann, usando como antígeno una emulsión del enterococo en solución salina normal.

Ensayamos el suero de varios enfermitos y de algunos convalecientes, y como control varios sueros de individuos normales.

El resultado fue el siguiente: en los sueros normales la hemolisis fue completa. En los sueros de los enfermos hubo una hemolisis también pero no completa como se comprendía al primer golpe de vista de los tubos, lo que nos induce a creer como muy probable la existencia del anticuerpo buscado en estos sueros. Si la hemolisis hubiera sido completa, nuestra sospecha se hubiera tornado en absoluta seguridad.

En vista de estos resultados no es aventurado considerar al diplococo de que tratamos como al agente causante de la epidemia de enterocolitis desarrollada en Bogotá en los últimos meses de 1917 y primeros de 1918.

¿Pero qué germen es este? Por su morfología y los caracteres de sus cultivos es muy semejante al enterococo de Thiercelin, pero presenta algunos caracteres diferenciales, como son la de ser negativo al Gram y la de tener acción sobre los azúcares.

Pero nos faltaba la prueba experimental sobre animales. Desgraciadamente no pudimos conseguir en Bogotá un ratón blanco, animal reactivo del enterococo de Thiercelin, y tuvimos que servirnos de un curí, animal poco sensible.

La acción patógena no fue intensa, pues aun cuando el animal presentó una diarrea mucosanguinolenta, se restableció pronto.

Hé aquí la observación:

Curí blanco con manchas negras, de 580 gramos de peso, inoculado el día 20 de enero de 1918, por inyección subcutánea de 1c.c. de cultivo en caldo de nuestro enterococo.

Temperatura inicial, 37°.

Día 21 por la mañana: reacción local nula. Temperatura, 38°.6. Por la tarde, 37°.

Día 22. Por la mañana, 37°3.

Encontrámos mucosidades sanguinolentas en el ano.

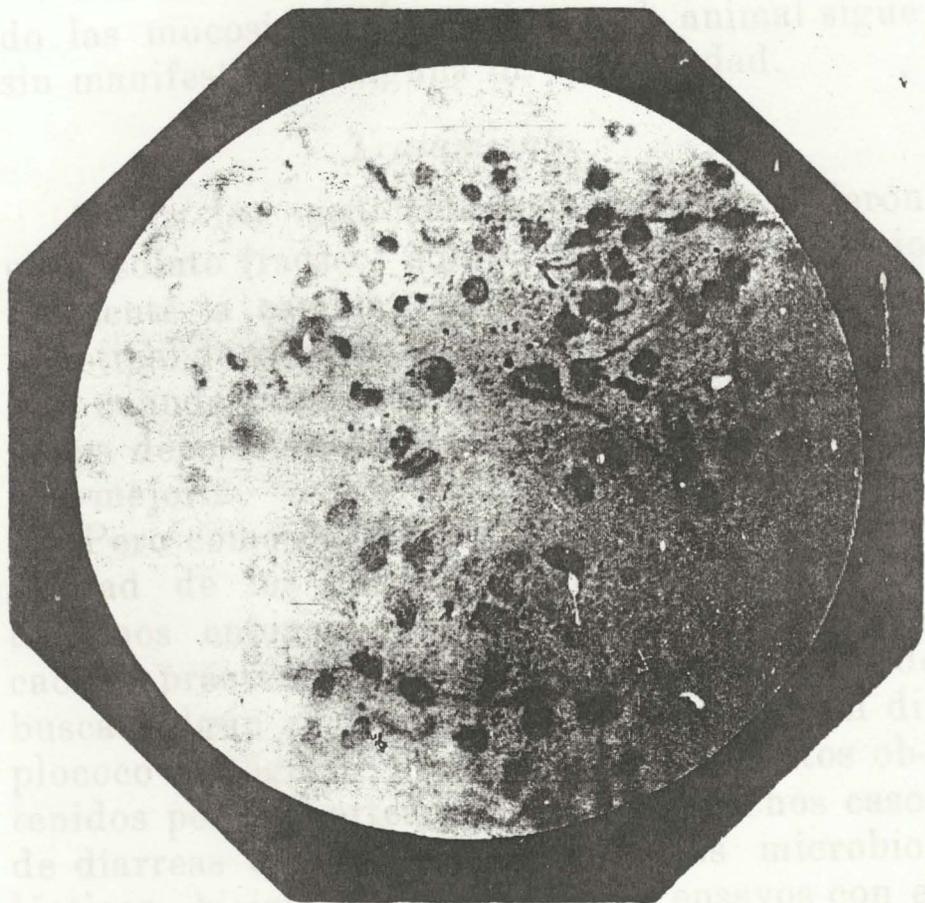
Las preparaciones hechas con estas mucosidades nos enseñaron el mismo diplococo encapsulado con Gram negativo, etc.

Por la tarde: temperatura, 38°,4. Con las

mucosidades previamente lavadas sembrámes un tubo de agar.

Día 23. En el agar se han desarrollado pequeñas colonias grises, húmedas, que el microscopio revela estar compuestas del diplococo de que se trata.

Día 24. Temperatura, 37°. Han desaparecido las mucosidades y la cantidad sigue sin manifestarse.



Deposición de un curí inoculado con cultivo de enterococo.

i. Siembra del enterococo en suero de leche lactosado al 1 por 100. Cultivo en veinte horas, puro y muy abundante.

ii. Siembra simultánea en el mismo medio con enterococo y estreptococo láctico. Resultado: se desarrollan bien los lácticos y en muy escaso número el enterococo.

mucosidades previamente lavadas sembrámos un tubo de agar.

Día 23. En el agar se han desarrollado pequeñas colonias grises, húmedas, que el microscopio revela estar compuestas del diplococo de que se trata.

Día 24. Temperatura, 37°. Han desaparecido las mucosidades rectales, y el animal sigue sin manifestación alguna de enfermedad.

Tratamiento.

Todos los medicamentos empleados dieron un absoluto fracaso; sólo el regimen alimenticio tendiente a cambiar la reacción del contenido intestinal de alcalino a ácido, o de ácido a alcalino cuando a pesar de aquel cambio de reacción ni las deposiciones ni los demás signos mostraban mejoría.

Pero como estos resultados eran en la generalidad de los casos muy tardíos y dudosos, tratámos entonces de traducir en alguna aplicación práctica nuestras investigaciones y de buscar algún microorganismo antagónico del diplococo patógeno. Pensando en los éxitos obtenidos por los norteamericanos en muchos casos de diarreas de fermentación por los microbios lácticos, hicimos los siguientes ensayos con el bacilo búlgaro y con el estreptococo láctico.

I. Siembra del enterococo en suero de leche lactosado al 1 por 100. Cultivo en veinte horas, puro y muy abundante.

II. Siembra simultánea en el mismo medio con enterococo y estreptococo láctico. Resultado: se desarrollan bien los lácticos y en muy escaso número el enterococo.

III. El mismo experimento anterior reemplazando por bacilo búlgaro el estreptococo, dio el mismo resultado. Repetidos estos experimentos varias veces llegamos a convencernos de que los fermentos lácticos impedían el desarrollo del enterococo.

Los resultados fueron muy satisfactorios, pues en la mayor parte de los casos pudimos observar por un examen diario de las deposiciones de los niños, que a medida que se iba modificando la flora intestinal, es decir, cuando los bacilos lácticos iban aumentando, el enterococo disminuía, lo que casi siempre concordaba con una mejoría del estado general y un cambio de la deposición patológica por normal.

Los fermentos se aplicaban por vía bucal bajo la forma de cultivo en leche descremada a causa de la poca tolerancia de nuestros enfermitos por la grasa, ya por vía rectal en cultivos hechos en suero de leche puro o lactosado.

Por último, intentamos la preparación de un suero específico.

Escogimos para el efecto una cabra por ser animal de fácil manejo y poco costo.

Durante dos meses el animal estuvo recibiendo cultivos de enterococo en dosis crecientes, primero por vía subcutánea y luego por vía intravenosa.

En las primeras inyecciones presentó ligera reacción febril. Después de recibir 20 c. c. por vía intravenosa y de dejarla en reposo quince días, ensayamos el suero del animal respecto a aglutinación, el que se mostró de un poder aglu-

tinante marcado. Aglutinó en diluciones hasta del 1 por 1000.

Sangrada la cabra se recogió la sangre y se separó el suero según la técnica general, observando los más escrupulosos cuidados de asepsia en nuestras manipulaciones.

Desgraciadamente cuando tuvimos preparado el suero ya la epidemia iba desapareciendo y sólo se pudo ensayar en los casos siguientes, sin detenernos a estudiar a fondo el poder anti-tóxico de nuestro suero:

Niño N. N., de Chapinero, de once meses, alimentado por la madre hasta los ocho meses y luego con amiláceas mal hervidas. Presentaba el cuadro clínico de la enteritis descrita desde hacía seis días. Deposiciones bastante mucosas con mucho moco y algunas estrías de sangre. Algunas presentaban aspecto lamoso.

Fuertes dolores abdominales. Temperatura el día 26 de marzo a las 5 p. m., 37.° 8. Anorexia y 14 deposiciones el día anterior. En esta situación se le inyectaron 10 c. c. de suero enterocócico.

Día 27 a la misma hora. Temperatura, 37°. Número de deposiciones, 8, siempre con bastante moco y alguna materia fecal.

Día 28. El estado es el mismo del día anterior. Se le inyectaron 15 c. c. de suero.

Día 29. El número de deposiciones es de 3 con más materia fecal y menos moco, el apetito mejora y la temperatura es de 36°.

Dos días después el niño estaba casi curado.

Quince días después de la última inyección se presentó una erupción de urticaria muy con-

fluente y pruriginosa con ligero acceso febril y que desapareció después de dos días.

CONCLUSIONES

Ha existido en Bogotá una epidemia de enterocolitis febril, de duración de dos a tres semanas por término medio y seguida de recaídas frecuentes.

El pronóstico debe siempre reservarse.

El agente patógeno de esta infección parece que es un diplococo semejante al de *Ibiercela*, pero que se diferencia de éste por algunos caracteres importantes.

Nuestros estudios no nos han enseñado todavía el modo como penetra este diplococo al intestino, ni siquiera si la infección es endógena o exógena.

El mejor tratamiento hasta hoy empleado es la administración de fermentos lácticos, tanto por la vía bucal como por la rectal.

Quizá la seroterapia produzca algún resultado, pero el poco número de observaciones no nos autoriza para formular conclusión alguna a este respecto.

Muy lejos estamos de creer que este trabajo sea completo a pesar de habernos entretenido casi un año. Sabidas son de todos las dificultades con que se lucha entre nosotros para toda clase de investigaciones, pero nos queda la satisfacción de haber iniciado el estudio de una afección infantil. Si nuestras fuerzas no fueren suficientes para terminarla, otros experimentadores vendrán que con mayor competencia podrán completar y perfeccionar este estudio.

VALOR CLINICO Y SOCIAL

de la reacción de Wassermann, por el doctor JORGE BEJARANO, Delegado por el Departamento del Valle al Cuarto Congreso Médico reunido en Tunja.

Domina tanto en cuestiones médicas en veces un criterio tan ecléptico y en otras uno tan confiado, que de ahí que en ocasiones nos sintamos llevados ciegamente por el uno o por el otro.

Esa duda o confianza suelen asaltarnos cuando sobre todo nos encontramos frente a problemas que son del dominio del laboratorio, o cuandoquiera que la medicina hace una conquista en el campo terapéutico, y es explicable este escepticismo en tratándose de innovaciones científicas que lejos de venir con ropajes humildes y silenciosos, como lo quieren la austeridad y los rituales de la medicina, se visten de varias pompas que al principio deslumbran y llevan mucha claridad, para luego caer en oscura penumbra cuando el tiempo y la experiencia nos dicen que todo aquello no era sino una cara ficción. Repasad, si no, la historia de los descubrimientos, y veréis qué pocos han logrado sobrevivir al duro análisis de los días y de los insucesos.

En el caso particular de la reacción de Wassermann, nos encontramos precisamente en la dura alternativa de esos dos criterios: el uno partidario de ella, que la preconiza, el otro, que le niega todo valor.

Nosotros no aportamos con este estudio la completa decisión que pudiera traeros una numerosa y detallada estadística. Alejados de la vida de laboratorio, mal podríamos hacer otra cosa que enunciar lo que él nos haya dicho en concordancia con la clínica. Pero en nuestra corta práctica profesional esa estadística resultaría ridícula y en manera alguna concluyente. Consignamos pues únicamente el criterio que en nosotros han formado esas dos escuelas antagónicas. Y pasando ya al punto principal de nuestro trabajo podemos condensar su objeto en esta sola pregunta: ¿cuáles son para el médico práctico las indicaciones que debe pedir al serodiagnóstico de la sífilis?

No tenemos para qué deciros aquí las bases o principios sobre los cuales descansa la reacción de Wassermann y que entrevistados por Bordet y Gengou, fueron los que condujeron al Profesor alemán al descubrimiento de su método que en el curso de doce años ha obtenido el más enorme éxito que procedimiento alguno de laboratorio haya logrado conquistar. Residen esas bases, en síntesis, en la formación de anticuerpos, complementos y antígenos que de sobra conocéis en su valor y significado. Menos tendremos que fatigaros con la extensa enumeración de los muchos métodos de laboratorio que cada autor ha ideado, con más o menos *réclame*, para verificar la reacción de Wassermann. Viene bien, sí, recordar que en el lenguaje de laboratorio se han adoptado con valor entendido, signos que representan lo positiva o negativa de una reacción. Esos signos son el + o el —, de la suma y de la resta. Cua-

tro del primero indican una *reacción muy claramente positiva*; + + +, una *netamente positiva*; + +, *reacción positiva*, y +, *débilmente positiva*. El operador en el laboratorio tiene sus medios de control y de comparación que son los que le sirven para apreciar el grado de hemolisis.

Y pasamos desde ahora a la interpretación que el clínico debe dar a cada uno de esos resultados, dejando para último lugar los argumentos que contra la reacción de Wassermann se han formulado.

Una reacción *muy claramente positiva* (+ + +) o *netamente positiva* (+ + +), impone siempre el diagnóstico de una infección sifilítica, porque aun cuando es verdad que el Wassermann no es una reacción específica, puesto que se le halla en otros estados, pian, lepra, escarlatina, narcosis, la clínica sólo sería suficiente para indicar estos estados.

Queremos pues referirnos a los casos en que por poca memoria del paciente, nos encontramos enfrente de manifestaciones clínicas muy sospechosas y que en todo caso queremos ver corroboradas por la prueba de laboratorio.

No son pues de una difícil interpretación reacciones que se manifiestan con una tal intensidad, porque por sí solas se imponen al clínico aun en ausencia de otros signos. Mucho más lo son en realidad las reacciones *positiva* simplemente, o la *débilmente positiva*, porque para el primer caso tendremos apenas un signo de probabilidad, pero de probabilidad bastante grande para imponer, máxime si va unida a otros datos clínicos, un tratamiento específico que general-

mente corroborará la existencia de la infección sífilítica, y para el segundo, tendremos sólo una simple presunción, con la cual no podemos contar sino en el caso de que se úna o sea concomitante con signos clínicos, pudiendo también recurrirse al tratamiento de *prueba* o al de la *reactivación*, de que luégo hablaremos, y ver en qué sentido se modifica la reacción.

Una reacción débilmente positiva que se haga negativa, por este tratamiento o que se intensifique, como se observa en el fenómeno de la *reactivación* constituye una presunción que se torna en una probabilidad muy acentuada.

Y estamos en presencia de las reacciones negativas. ¿Que interpretación debe darles el clínico? De ninguna manera podría decirse que una reacción negativa carece de todo valor, porque ello equivaldría a expresar que ningún hecho clínico puede invalidarse por la ausencia del Wassermann, y no siempre es esto lo que ocurre. Mucho más exacto es pues decir que una reacción negativa *aislada* no tiene importancia diagnóstica.

Cuando surgieron las primeras investigaciones que dieron como resultado la reacción de Wassermann, se llegó también simultáneamente a la conclusión de que existían sífilis *serológicamente latentes* o aún ausentes.

De la existencia de las primeras surgió la necesidad de buscar métodos que de latentes las transformaran en *activas* y de ahí también vino la necesidad de efectuar con intervalos regulares varias reacciones cuyo resultado constante es como un índice que al final de la observación

excluye el origen sifilítico de la afección o decide de la curación del enfermo.

El fenómeno de la *reactivación*, curioso como explicable, exige que nos detengamos en su descripción y detalles. Observado desde el año de 1902 por Herxheimer, lleva también el nombre de este autor.

A consecuencia del tratamiento mercurial, observó él la exacerbación de lesiones cutáneas y aun accidentes generales tan graves que podían producir la muerte desde la primera inyección. El ilustre Profesor Ehrlich aceptó con tanta fe esta manera de explicar el fenómeno de Herxheimer, que llegó hasta a atribuir los fenómenos generales que seguían a la inyección del 606, a la producción de la *reactivación*. Milian y Girault, años más tarde, vinieron a evidenciar la aparición en el suero de anticuerpos sifilíticos a raíz de un tratamiento que provocaba la brusca introducción en el torrente circulatorio de productos derivados del virus sifilítico. Hoy pues es un hecho perfectamente aceptado y demostrado que cualquier agente antisifilítico puede producir la reacción Herxheimer, y, por consiguiente, la *reactivación* de la reacción de Wassermann; pero es preciso advertir también que para obtener este último, es menester recurrir a medicamentos muy activos.

En autores muy especializados en la materia encontramos aconsejado con este fin el neosalvarsán, principiando con una dosis de 0,30 centigramos y practicando la reacción el 5º, 10º, 15º, 20º día después de la inyección como lo aconseja Milian. No pudiendo hacer uso del

914, hay autores que acostumbran las inyecciones intravenosas de cianuro de mercurio, practicándose el Wassermann después de la quinta inyección. Pero aun en el supuesto de que estos medios fracasen, el laboratorio no puede dar sólo una prueba absoluta de la ausencia de sífilis. El médico, antes que pensar en ella, recurrirá a otros métodos de laboratorio, examen de líquido cefalorraquídeo, por ejemplo, e interpretarlos con un severo criterio clínico, que es el que siempre debe predominar.

Pero es en el delicado punto del matrimonio de un sífilítico o de un sospechoso, en el que médicos y pacientes han hecho un verdadero abuso de la reacción de Wassermann.

Desde el clínico muy confiado que afirma la curación, hasta aquel que elude la responsabilidad un tanto fastidiosa; desde el paciente que engañado por artículos de divulgación científica va en busca de su reacción sin el consejo médico, hasta aquel otro que recorre laboratorios en solicitud de una reacción errada o poco concienzuda para exhibir su diploma de salud, se encuentran todos los términos medios posibles.

Es aquí precisamente en esta fase en la que reside el aspecto social de la reacción de Wassermann. Tolerar o aconsejar el matrimonio a un enfermo que luégo de tratado exhibe un Wassermann es un gran error, una enorme responsabilidad, máxime si existen signos clínicos que nos indiquen la necesidad de continuar el tratamiento o de aplazar el matrimonio.

Pensamos pues que en tratándose de la suspensión del tratamiento, el médico debe pecar

más bien por un exceso que por deficiencia, si no quiere correr el riesgo de ver comprometidas su reputación científica y su honorabilidad.

La sífilis es una enfermedad infecciosa, de períodos de latencia, y como tál, mientras subsista el germen patógeno en condiciones suficientes de vitalidad, aunque el laboratorio diga lo contrario, el peligro subsiste remota o inmediatamente inminente. No compartimos pues a este respecto la opinión de Neisser y de Blachko, quienes sí pretenden de modo absoluto que la reacción de fijación *aislada*, sí puede ser guía en el tratamiento y curación de una afección en la que entran tántas modalidades cuyos factores nos escapan.

Resumiendo pues el valor clínico de la reacción de Wassermann y esquematizándolo, podemos decir que el W.++++ confiere certeza; el +++ (netamente positivo) da *seguridad*; el positivo ++, *probabilidad*, y el + (débilmente positivo), *presunción*.

Cuando se trata de una sífilis reconocida y *tratada* con todo rigor, la medicación debe haber alcanzado hasta la negativa del Wassermann. Tal es la opinión de muchos autores. Pero muchas veces sucede, y eso lo hemos observado, que el Wassermann permanece positivo a pesar de un tratamiento enérgico. Quieren muchos autores ver en estos casos ejemplos de lo que se ha llamado sífilis irreductibles, mientras que otros lo interpretan como inmunización sifilítica. Pero la circunstancia misma de la facilidad con que se atenúa o desaparece la reacción por la influencia del tratamiento, nos está pregonando de manera

clara que no hay tal sífilis irreductible ni menos inmunización, sino simplemente un alerta de que debe continuarse el tratamiento, aunque ya con menos severidad. Este al menos es nuestro parecer y nuestra manera de obrar en la práctica.

Pero las reacciones positivas sí tienen en muchos casos un valor pronóstico considerable que hemos podido evidenciar en nuestra práctica. Cuando después de un tiempo más o menos largo en que la reacción de Wassermann permanece negativa, se hace nuevamente positiva, hay que temer la aparición de un accidente específico, que en muchas ocasiones suele ser grave. Así a lo menos lo hemos visto en un caso en que después de un tratamiento severo y de Wassermann negativos, se iniciaron los signos pequeños de una tabes. Esa reaparición pues de la reacción debe servirnos de guía y hacernos instituir cuanto antes un nuevo tratamiento.

Más importante la reacción de Wassermann en las *sífilis antiguas* y en las *formas nerviosas*, tenemos que acogernos en este punto a la opinión y observación de otros autores, quienes afirman que el tratamiento modifica poco o nada la intensidad de la reacción. Su investigación en el líquido cefalorraquídeo se impone entonces, tal como es hoy la práctica. Esta investigación en el líquido cefalorraquídeo se impone con tanto mayor razón cuanto que pudiendo ser la reacción negativa serológicamente por ausencia de ella en este medio, o por causas de error en la técnica, en el líquido cefalorraquídeo estas causas son nulas y si de una extrema sensibilidad la reacción.

En los casos de sífilis nerviosa, la reacción del líquido ha adquirido un gran prestigio y su

interés es intenso desde que se sospechan los menores indicios. El Profesor Lerédde ha visto la reacción hacerse positiva muy precozmente en líquido de los sifilíticos secundarios, y estima con sobra de razones que su persistencia es el índice de localizaciones nerviosas de la sífilis que pueden conducir, aun cuando la clínica no lo anuncie, la tabes o a la parálisis general. En esta última enfermedad, sobre todo, el Wassermann es de un indiscutible valor clínico, pues permite augurar su aparición aun a falta de signos clínicos.

Muy importante sería pues que entre nosotros se observara el valor real y positivo de la reacción de Wassermann en tratándose de sífilis en período secundario o en manifestaciones nerviosas.

En el caso particular del diagnóstico de una heredosífilis, Frinchesse, con una estadística suficientemente numerosa y autorizada, conviene en reconocer la utilidad de la reacción de Wassermann para el diagnóstico, pues en la mayor parte de sus casos ha encontrado reacciones positivas con signos clínicos y serodiagnósticos también positivos aun en ausencia de aquéllos.

Resalta aquí también el papel social de la reacción de Wasserman, papel eminentemente defensivo de la raza, porque permite revelar en el hombre, de manera precoz, el germen morboso que heredara de sus padres culpables de engendrarlo con los estigmas de su pecado.

Quédanos ahora enumerar los muchos argumentos que en contra de la reacción de Wassermann se han levantado. Leyendo el último número del *Diario de los Prácticos*, encontramos

la opinión adversa a la reacción de Wassermann, del doctor Renault. Concluye él que la reacción de Wassermann no es específica, toda vez que se le encuentra en enfermedades distintas de la sífilis, tuberculosis, lepra, etc., y que aun puede ser positiva no existiendo aquélla. Aduce en seguida una estadística en que en un 39 por 100 de casos la reacción fue positiva en individuos no sifilíticos, y otras de distintos autores muy discordantes por el porcentaje obtenido en distintos laboratorios en individuos claramente sifilíticos.

No atinamos a decir cuál pueda ser realmente el valor del primer argumento sobre la no especificidad de la reacción de Wassermann. En página anterior así lo habíamos reconocido, pero también dijimos que en los estados para los cuales puede ser positiva la reacción de Wassermann, la práctica no es apelar a ella sino a la sola clínica que bien puede bastar, o a la investigación directa del agente patógeno en caso de duda. ¿A quién, por ejemplo, se le ha ocurrido hasta hoy apelar al serodiagnóstico de la tuberculosis o de la lepra? ¿Dónde están esas estadísticas que hoy nos autoricen a emplear la reacción de Wassermann para diagnosticar la lepra o la tuberculosis en vez de apelar a la sencillísima y definitiva investigación del bacilo de Hansen o de Koch? Negar también todo valor a la reacción de Wassermann, porque sus resultados no siempre estén acordes con los datos clínicos, y querer concluir de su significación porque en la primera vez resulte negativa en un individuo claramente sifilítico, es andar con un criterio que fácilmente puede conducir también

a la negación de la lepra en un individuo clínicamente enfermo, pero no bacteriológicamente.

Y si en un leproso o en un tuberculoso falta en ocasiones el bacilo, es decir, el testigo de la enfermedad, ¿porqué sorprenderse de que la reacción de Wassermann exista o nó siendo ella el resultado de una reacción sérica? Nosotros no podemos en manera alguna seguir a aquellos autores que esperan todo del laboratorio o que le niegan su valor. La virtud está en lo medio. El laboratorio no puede suplantar a la clínica ni ésta podría permitirlo. En el terreno de la investigación el clínico busca la certidumbre, pero nunca la duda o la negación tan sólo porque el microscopio no esté de acuerdo con su opinión.

Negar también todo valor al serodiagnóstico porque los datos suministrados por la estadística de cada autor sean muy variables, es ignorar que en las muchas técnicas que hoy existen, hay diferencias y en cada una de ellas causas más o menos posibles de error. Por eso la reacción de Wassermann no se confía a personas poco prácticas o escasas de sentido moral que puedan dar un resultado inexacto o poco honrado. Por esto se tiende hoy a unificar el método, a censurar la práctica primitiva y a no simplificarla porque la reacción de Wassermann no puede llegar a ser una operación tan condensada que pueda acometerse en la cama misma del enfermo. La reacción de Wassermann no debe salir del laboratorio ni quedar al alcance de individuos sospechosos de su incapacidad o de sus proceder incorrectos.

Sería extendernos demasiado y ocupar el lugar de los autorizados en cuestiones de labo-

ratorio, enumerar en este trabajo las muchas causas de error que puede haber en el serodiagnóstico de la sífilis. Pero sí es bueno que condensemos aquí las conclusiones del Profesor Lorentz, quien afirma a este respecto *que dos reacciones de Wassermann aun efectuadas con el mismo procedimiento y por observadores igualmente competentes, sólo serán comparables si han sido realizadas en presencia del mismo antigén.*

Habidas estas consideraciones, lógico es suponer que la reacción de Wassermann irá ganando cada día más en el terreno del diagnóstico de la sífilis y que vano empeño es querer rechazarla o negarle todo valor tan sólo porque no es una cosa absoluta, como si la medicina no fuera la ciencia en que predomina lo relativo. Y tén-gase presente que nosotros no somos enamorados ciegos del serodiagnóstico, pero sí reconocemos los incalculables beneficios que puede prestar al médico en casos particulares, y al mirar en conjunto su papel, aceptamos de hecho el enorme contingente que la reacción de Wassermann ha prestado a la sifilografía, contingente acaso tan precioso como el que a la ciencia prestó el sabio Schaudin con su descubrimiento de la espiroqueta.

Condensar todos los conceptos emitidos en nuestro trabajo en forma de conclusiones, es sencillamente darle forma eficaz e imperecedera. No invaden tampoco ellas el campo de los especialistas, así como hemos respetado el de los bacteriólogos.

El médico debe recurrir a la reacción de Wassermann con el objeto:

1º De aclarar la etiología sífilítica de una afección.

2º Una reacción de W. ++ en presencia de un accidente primario, debe autorizarlo para instituir el tratamiento.

3º En presencia de sífilis secundarias latentes, tratadas o nó, el tratamiento debe continuarse si el Wassermann es positivo.

4º Un Wassermann negativo no excluye la posibilidad de una sífilis, así como tampoco una reacción + o ++ afirma la existencia de ella. En ambos casos, como en todo lugar, el sentido clínico debe primar.

5º En el caso de un individuo sífilítico que ha sido tratado, un solo Wassermann no autoriza para permitir el matrimonio o suspender el tratamiento.

6º Un W. ++ en el caso de un individuo heredosifilítico, autoriza para instituir tempranamente un tratamiento.

7º El Wassermann que después de un período de ausencia se hace +++, autoriza para predecir una lesión nerviosa.

8º En las manifestaciones nerviosas, el Wassermann sanguíneo puede estar ausente, pero en el líquido cefalorraquídeo una reacción hiperpositiva debe hacer pensar en una parálisis general. Un Wassermann puede excluirla; y

9º Los Congresos médicos a fin de separar toda causa de error en la reacción de Wassermann inherente a los métodos de laboratorio, deberán procurar por medio de una Comisión que se unifiquen los métodos dondequiera que exista más de un laboratorio, y que se controlen las técnicas de cada uno de ellos.

FETO CON ESPINA BIFIDA CERVICODORSAL

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina.
En la ciudad.

El caso que voy a relatar observado en el servicio de clínica obstetrical a cargo del señor doctor Miguel Rueda y de la cual era yo Interno, lo creo interesante, y por lo mismo juzgo útil hacerlo conocer de la Academia de Medicina, pues la espina bífida cervical es sumamente rara y es casi siempre huella de espiroquetosis de los ascendientes.

Historia obstetrical.

Betsabé Sandoval, natural de Anolaima, soltera, de veinticuatro años de edad y de profesión sirvienta, entró al servicio el 14 de marzo en trabajo de parto.

Antecedentes hereditarios. El padre sufrió de reumatismo. La madre murió de viruela. Como antecedentes personales tuvo sarampión a la edad de ocho años y últimamente reumatismo y sífilides.

Dice tener diez hermanos, y entre ellos hay una casada que ha tenido dos embarazos terminados por aborto.

Aspecto general. Muchacha de regular estatura, piel trigueña, de cabellos escasos, acusa fuertes cefalalgias.

Aparato digestivo. Lengua roja, limpia.

Aparato circulatorio. Corazón con sus límites normales, palpita con fuerza.

Aparato respiratorio. Normal.

Entró a la sala de maternidad el 14 de marzo en trabajo de parto prematuro. Edad del feto, siete meses.

Examen obstetrical.

Cuello del tamaño de una moneda de 50 centavos. Bolsa buena. Tanto a la palpación como al tacto me fue imposible hacer el diagnóstico de la presentación de cima o modalidad incompleta de nalgas.

Auscultación. Ausencia de ruidos.

El 15 de marzo fui llamado a las dos de la mañana por fuertes dolores que presentaba la parturienta. Se efectuó el parto de siete meses en bloque. Nació un feto muerto, deforme, con espina bífida cervicodorsal, acéfalo y muy mal conformado.

Peso del feto, 1,800 gramos.

Peso de la placenta, 800 gramos. Placenta gruesa, sangrosa, oválar.

Cordón. Cuarenta centímetros de largo. Sumamente grueso, como no lo había visto en ninguno de los pequeños nacidos en el servicio.

Colgajos. Treinta centímetros de largo.

Puerperio. Loquios normales. No tuvo temperaturas elevadas.

Salió de la sala el 23 de marzo.

Presento respetuosamente a la consideración de la Academia el caso de que hago la pre-

sente relación; y adjunto los documentos del examen practicado en fragmentos de placenta y de hígado que tomé y llevé al laboratorio de los doctores Samper y Martínez.

Soy de esa honorable corporación atento servidor.

PLÁCIDO A. SÁNCHEZ H.

*Laboratorio de Higiene—Número 999—Marzo
18 de 1918.*

Señor doctor Miguel Rueda—En su casa.

La reacción de *Wassermann* de la señora Betsabé Sandoval fue positiva.

Somos de usted servidores atentos,

J. MARTÍNEZ

Laboratorio de Higiene—Abril 5 de 1918.

Señor doctor Miguel Rueda—Hospital de San Juan de Dios.

El 15 de marzo se recibió en este Laboratorio un fragmento de placenta de Betsabé Sandoval y la tercera parte de hígado de un feto.

Una parte de ellas se conservó en líquido de *Zenker* y la otra en alcohol con sublimado de Hg.

Histología patológica.

Las secciones coloreadas con azul de *Unna* y eosina dieron lo siguiente:

Hígado: las células hepáticas se observan en islotes separadas por numerosas células del plasma. No hay tejido conjuntivo ni arteritis. —

Placenta: en este órgano llaman la atención las arteritis, que son muy visibles.

Las secciones coloreadas por el método de *Levaditi* para investigación de espiroquetas, fueron todas negativas.

Diagnóstico.

La presencia de numerosas células del plasma indican un proceso inflamatorio, crónico; no habiendo tejido conjuntivo, arteritis o espiroquetas, no es posible hacer el diagnóstico de hígado sifilítico, sino el de una cirrosis de origen infeccioso.

En cuanto a la placenta, sí hay fundamento histológico para considerarla como sifilítica, no obstante la ausencia de treponema.

Para futuras rectificaciones quedan en este laboratorio las secciones bajo el número 6.

Soy de usted atento servidor,

J. MARTÍNEZ

Bogotá, mayo 8 de 1919

Señor Secretario de la Academia Nacional de Medicina.

Presente.

Tengo el honor de devolver a usted con el informe respectivo el trabajo del doctor Plácido A. Sánchez, titulado *Feto con espina bífida cervicodorsal*, que me fue pasado en comisión por el señor Presidente en la última sesión de la Academia.

El trabajo en cuestión se compone de la historia clínica del parto de la madre del feto; de la comprobación en ella de una infección sifilítica por la reacción de Wassermann practicada en el Laboratorio de Higiene; del examen histológico y bacteriológico de la placenta y del hígado del feto practicado en el mismo Laboratorio, y del feto preparado como pieza anatómica para el museo de anatomía patológica de la Academia.

En la observación clínica aparece suficientemente probada la sífilis de la madre por los antecedentes patológicos; la reacción de Wassermann positiva; las dimensiones, peso y examen histológico de la placenta, y lo grueso del cordón. Solamente la investigación del treponema fue negativa.

La sífilis del feto no se pudo comprobar, pues no se encontró el treponema en el hígado, y las lesiones histológicas observadas por los señores Martínez y Samper en esta víscera solamente los llevó a la conclusión de que había un proceso inflamatorio crónico de origen infeccioso.

Es sensible que el doctor Sánchez no hubiera hecho el estudio anatómico de la pieza que presentó para determinar el sitio preciso de la espina bífida, el número de arcos vertebrales ausentes y la forma y constitución anatómica e histológica del tumor.

Es noción clásica que el sitio más frecuente de la espina bífida es la región lombosacra; raras veces se observa en la región cervical y casi nunca en la región dorsal.

Cuatro grados se aceptan en esta deformidad ocasionada por una detención del desarrollo nor-

mal en épocas diferentes de la evolución del feto, y habría sido interesante determinar si se trataba de una simple hendidura vertebral; de un hidrorraquis externo, meningocele; de un hidrorraquis interno, mielocistocele, o de la forma más grave y también la más frecuente que es la extrofia medular mielomeningocele. La circunstancia de tratarse también de un feto acéfalo, según aparece en la observación, hace pensar que sea el último grado de la lesión el que se observe en la pieza anatómica.

Conceptúa que la Academia debe dar las gracias al doctor Sánchez por el envío de su trabajo y de la pieza anatómica, y pasar la observación clínica con los exámenes histológicos y bacteriológicos que la acompañan, a los Redactores de la *Revista Médica* para su publicación.

Soy del señor Secretario muy atento, seguro servidor y colega,

CARLOS ESGUERRA

La Academia aprobó la proposición y dispuso la publicación del trabajo y del informe.

DOS CASOS DE PRESENTACION DE HOMBRO

con extracción por evisceración total, por el doctor

JOSÉ GAITÁN HURTADO (de Caldas).

I

N. N., mujer de raza blanca, de veinticinco años de edad. Trece preñeces contando la actual. De profesión jornalera en una hacienda cercana a la ciudad de Bogotá. Antecedentes personales y patológicos sin importancia. Antecedentes alcohólicos: bebedora de chicha, como son todos los trabajadores de la altiplanicie.

Caso. Presentación de hombro con prociencia de la mano derecha.

Cloroformización. A las nueve de la noche, con pésimo alumbrado, acompañado por un profano en la materia y rodeado de una media docena de labriegos, empecé la cloroformización, habiendo sido difícil y laboriosa, debido al alcohol de muy mala calidad que había ingerido durante su vida. A las diez quedó en anestesia profunda, y empecé la operación.

Intervención.

Hacia cuatro días estaba en trabajo. Feto muerto. Traté de hacer la versión podálica, pero todo esfuerzo y tentativa encallaron ante una matriz violentamente contracturada. En seguida intenté la decapitación para lo cual busqué el cuello, con el objeto de atraerlo hacia abajo y

hacia afuera por medio del gancho del forceps de Pajot. Esto no fue posible, debido a la enorme contractura y a que el cuello estaba demasiado alto. Fracasada esta segunda tentativa, y sin desalentarme, puse en práctica la evisceración total, haciéndome la reflexión de que en el feto el hígado es la víscera más voluminosa y que ocupa la mayor parte de la cavidad esplácnica y alguna parte de la cavidad torácica, y al extraerlo disminuye considerablemente el volumen del feto y se puede practicar más fácilmente la versión. Al efecto, sirviéndome los dedos de guía, hice en la región axilar, quinto espacio intercostal, una pequeña incisión que fue ensanchada con los dedos, hasta introducirlos para extraer un pulmón, luego, haciendo penetrar toda la mano extraje el otro pulmón; después, bajando, rompí el diafragma, fraccioné el hígado, sacándolo por partes, continuando con los intestinos y vejiga, dejando las cavidades completamente vacías. Entonces se facilitó mucho hacer la versión, saliendo la cabeza última. Esperé una hora, y como la placenta no salía, a pesar de estar ya despierta la mujer, y de haber hecho frecuentes masajes, introduje la mano y la extraje. Hice después un lavado con solución caliente de permanganato. La temperatura no subió en los siguientes días de 37°.

II

SEGUNDA

Z. Z., mujer de treinta y dos años de edad. Residencia, Apía (Caldas). Raza blanca. Ante-

cedentes personales y patológicos sin importancia. Siete partos. Llevaba dos días de trabajo. Feto muerto. Presentaba edema muy marcado en la cara y parte superior del tronco. La infiltración llegaba a tal punto, que no podía abrir los ojos. Se encontraba enfisematosa la parte anterior y superior del pecho. Este enfisema fue descubierto por casualidad, al auscultar el corazón, y no nos explicamos cómo se hizo esa colección de aire en el tejido celular subcutáneo de la ya citada región, sin haber puerta de entrada, a lo menos aparente.

Caso. Presentación de hombro con prociencia total del brazo izquierdo.

Cloroformización. Sin ningún incidente: bastaron pocas inhalaciones para quedar en completa anestesia.

Intervención.

Intenté hacer la versión podálica, la cual fue imposible. Visto esto, no tratámos de decapitarlo sino que fuimos directamente a practicar la evisceración total, como en el primer caso, sin ponernos a emplear otros procedimientos, por temor de fracasar. Duró la operación quince minutos. Después de haber esperado media hora, se extrajo la placenta. No hubo hemorragia. La mujer murió a las doce horas.

CONCLUSIONES.

Sin tener la pretensión de haber resuelto un problema, aconsejamos, con feto muerto y en la presentación de hombro, con dificultad absoluta para la versión, la *evisceración total*, por las siguientes razones:

1ª La extremada dificultad y los peligros de una versión en una matriz fuertemente contracturada, estando el feto completo.

2ª La gran facilidad para hacer la versión en un feto al cual se le han extraído todas las vísceras.

3ª El ningún peligro a que se expone la matriz durante la evisceración, puesto que se opera dentro de la cavidad fetal.

4ª Al practicar una versión, con integridad del feto, y con una matriz contracturada, hay que tener en cuenta lo que dicen los maestros: «Desconfiad de las versiones demasiado fáciles.»

Con un feto sin vísceras no se corre este peligro, porque precisamente la evisceración, y no otra causa, es lo que facilita grandemente la versión.

J. GAITÁN H.

Santuario (Caldas), octubre de 1919.

HISTORIAS

sobre el tratamiento de la lepra por la colobiasa de Chalmougra en inyecciones intravenosas o intramusculares, según el método de Vahram, recogidas en el Lazareto de Contratación, por el Médico Jefe del servicio científico, doctor GUSTAVO DE LA PUENTE (de Bogotá).

I

P. S. A., natural de la Cruz, de treinta y ocho años de edad, empleado público. Antecedentes hereditarios: por la línea paterna, el abuelo, el padre, dos medios hermanos y tres tíos fueron leprosos, y por la materna, un tío y tres primos hermanos. Con ninguno de esos ascendientes y colaterales enfermos tuvo trato alguno, pues vivió siempre muy alejado de todos ellos.

La lepra principió en él hace diez y ocho años, sin causa ocasional aparente, por una placa anestésica sobre el borde cubital de la mano derecha; esta placa, que no estaba acompañada de modificación visible de la piel, se extendió en el curso de tres años desde el codo hasta la extremidad del quinto dedo. En el mismo lapso le sobrevino otra placa anestésica en la pierna derecha hacia la cara externa; esta placa sí estaba asociada a una mancha circular, del tamaño de una moneda de cincuenta centavos, de color plumizo y glabra. Posteriormente notó que la piel de la cara estaba adormecida y rubicunda, sobre todo en los pómulos. El primer tubérculo,

del tamaño de un haba, le apareció sobre el tendón de Aquiles derecho; por el mismo tiempo la anestesia fue propagándose a los cuatro miembros de la raíz a la extremidad; le acometió un sueño excesivo y profundo; le sobrevinieron infiltraciones tuberculosas en los pómulos, crecimiento muy notable de las orejas, alopecia ciliar y obstrucción nasal. Conviene consignar una agravación medicamentosa sufrida por el enfermo al séptimo año de haberle comenzado la lepra; por consejo de un profano tomó una dosis de yoduro durante tres días; esta droga le provocó un dolor extremadamente agudo en el antebrazo derecho desde el codo hasta la extremidad del quinto dedo, con notable tumefacción de las articulaciones correspondientes.

Dos años más adelante, sin que hubieran aparecido nuevos síntomas llegó al Lazareto, donde se agravó de manera muy notable: le aparecieron tubérculos en gran profusión en toda la cara; la nariz se le deformó por hundimiento del tabique y erupción de lepromas en las alas y sobre el lóbulo; las orejas, muy abultadas y distendidas, acabaron por agrietársele y darle salida a una exudación icorosa; los pies se le pusieron edematosos. En tal estado se sometió a una serie de inyecciones de nastina; a la tercera serie tuvo un brote erisipelatoso en la cara, pasado el cual quedaron los tubérculos algo marchitos; tuvo después otro brote más benigno, y cuando terminó la serie de inyecciones el número de tubérculos había disminuído, lo mismo que el volumen de los restantes; la piel de la cara estaba menos congestionada y encendida; las orejas,

siempre grandes, no estaban ya túrgidas sino arrugadas y flácidas. No volvió a usar la nastina por haberse agotado esta sustancia en el Lazareto y por carecer el paciente de recursos para procurársela a sus expensas. A pesar de la supresión del medicamento, no recayó el enfermo de la mejoría obtenida. Al año siguiente le fue aplicada una serie de inyecciones intramusculares de chaulmoogra según la fórmula de Jeanselme, sin ningún resultado apreciable. Al otro año recurrió a la vía gástrica para introducir en su organismo el aceite de chaulmoogra; obtuvo la regresión de una eflorescencia de tubérculos que le había sobrevenido poco antes en el rostro. Soportaba sin el menor inconveniente hasta doscientas gotas diarias del medicamento, pero tuvo que suspenderlo por haberse agotado, y cuando lo hubo de nuevo—al cabo de tres meses—la intolerancia gástrica fue invencible. Suspendió todo tratamiento hasta fines del año pasado, en que tomó ciento ochenta píldoras keratinizadas de Unna, sin el menor beneficio.

En enero del año en curso comenzó una serie de inyecciones endovenosas de colobiasa, en el siguiente estado: facies típica que permite reconocer a distancia la lepra del paciente; alopecia ciliar casi completa; en la frente algunos tubérculos pequeños y difusos; párpados infiltrados por lepromas en capa; nariz deformada por ligero hundimiento del tabique y neoplasias tuberculosas sobre el lóbulo, y en las alas, con surcos verticales y venosidades telangiectásicas sobre el dorso; ulceración interior doble; pómulos anestésicos y abultados por la, infiltración

difusa de lepromas; orejas desmesuradamente agrandadas y con huellas de la distensión y turgencia que antes tuvieron; la piel de las mismas está plegada y recogida como una pasa; la coloración general del rostro no es muy subida. En la espalda presenta profusión de manchas de color rojizo oscuro, pero no hay anestesia, como tampoco en el cuello; en el pecho presenta grupos de tubérculos miliares y de manchas de color carmelita oscuro. Estas mismas lesiones se hallan muy manifiestas también sobre el vientre. En los miembros torácicos hay una anestesia completa, sãlvo una banda estrecha donde la sensibilidad está conservada a lo largo de la cara interna de los brazos; la piel está engrosada y cubierta de manchas cobrizas y de tubérculos muy pequeños irregularmente diseminados; la de los codos ofrece el aspecto corrugado característico; hay una atrofia de los músculos del grupo pósteroexterno; las manos presentan atrofia de los músculos interóseos y lombricales, más marcada en la derecha, cuyas eminencias ténar e hipoténar casi han desaparecido. Hay una retracción del quinto dedo de la mano derecha con hipertrofia muy considerable de la uña correspondiente. Los miembros inferiores presentan las mismas lesiones que los superiores, pero más confluentes y notorias; además, en las rodillas hay dos ulceraciones pequeñas y superficiales y lo mismo en los pies, sobre el dorso. De la rodilla para abajo el aspecto de la piel es ictiósico. El estado general es bueno y las grandes funciones se cumplen normalmente.

A la quinta inyección le sobrevino intenso

calofrío y luego fiebre, 39 grados, en el curso de la noche; al día siguiente tuvo un breve dolor de cabeza; continuó aplicándose inyecciones intravenosas de colobiasa hasta completar dos series, con el siguiente resultado: durante la primera serie notó una ligera mejoría de la rinitis crónica, pero en la segunda serie volvió al estado primitivo la lesión nasal. La colobiasa le produjo dolores musculares en los miembros, un brote maculoso en el vientre y una astenia profunda y permanente. Con todo, el paciente habría perseverado en el tratamiento de Vahram, si éste no le hubiera ocasionado, fuera de las perturbaciones mencionadas, otras de origen cardíaco, más significativas e inquietantes; ansiedad precordial casi continua, predominante de noche, con opresión en el pecho, y disnea.

II

M. T. G., natural del Cocuy, de veinticinco años de edad, de profesión estudiante, ha visto interrumpida su carrera por motivo de la lepra. No tiene ningún ascendiente leproso. Entre los colaterales hay un hermano menor y dos primos de segundo grado elefanciácos. G. no tuvo nunca trato con ninguno de sus parientes enfermos, pues cuando aparecieron los primeros síntomas en el hermano menor, éste fue separado de la casa. No tiene ninguna circunstancia apreciable a la cual pueda atribuir la elefancia.

El primer síntoma advertido por el paciente fueron unas manchas de color carmelita, de contornos irregulares, de varios tamaños, localiza-

das con notable simetría en la cara anterior de los muslos. G. no se dio cuenta de que estas manchas fueran anestésicas sino cuando un médico al practicarle un examen le exploró la sensibilidad de ellas y la encontró embotada. Como a los seis meses empezó a sentir obstrucción nasal con coriza crónico y epistaxis muy discretas. Sin otros síntomas vino al Lazareto el 18 de abril de 1916. Tan pronto como llegó fue sometido al tratamiento por las inyecciones intramusculares de aceite de chaulmoogra, según la fórmula de Jeanselme. A los tres meses le aparecieron, no obstante este tratamiento y sin traumatismo previo, algunas ulceraciones en cada pierna: en la derecha, sobre la cara externa, de un centímetro de diámetro más o menos, circular, indolente y superficial; en la izquierda, sobre el borde anterior de la tibia, de los mismos caracteres de la otra, salvo la forma, que en la última es alargada en el sentido vertical.

En enero de este año fue sometido G. al tratamiento de la colobiasa de chaulmoogra en el siguiente estado: G. es muy alto y de aspecto vigoroso y robusto. A primera vista, y sin reparar en él atentamente, pudiera ser tomado como persona sana, pues en su semblante se revelan apenas las señales de la lepra incipiente; una alopecia ciliar más marcada a derecha que a izquierda, con la particularidad de que hay una bandita casi glabra cerca de la extremidad interna del arco ciliar; la alopecia de G. es, sin embargo, poco aparente y pronunciada. Las orejas son pequeñas, descoloridas y sin la menor infiltración. Todo el rostro es pálido y en la piel,

tersa y lisa, apenas si se alcanzan a percibir sobre el pómulo derecho y en la mejilla izquierda algunas máculas de color leonado, la más grande de las cuales alcanza el tamaño de una lenteja y forma un minúsculo relieve sobre la superficie cutánea vecina. No hay la menor alteración de la sensibilidad al nivel de las manchas. En otros lugares de la cara, hacia la parte media de la mejilla derecha, se percibe una pigmentación muy tenue y ligera. La nariz aparece exteriormente ilesa, pero G. adolece de rinitis con ulceración doble. Laringe indemne.

Ni en el cuello ni en el tronco hay alteración alguna que mencionar, como tampoco en el abdomen. En los miembros torácicos se observa lo siguiente: en el antebrazo izquierdo hay una banda anestésica de forma netamente triangular cuya base corresponde al codo y cuyo vértice está situado unos cinco centímetros por encima de la articulación del puño. Esta banda corresponde exactamente al nervio cubital. La piel del codo de este mismo lado presenta una ligera corrugación. En ambos brazos se conserva intacto el vello. La mano izquierda presenta una atrofia bien perceptible de las regiones ténar e hipoténar; en la derecha se observa la misma lesión, aunque menos avanzada. Ningún tubérculo, ninguna mancha en los miembros torácicos. En los muslos se encuentran irregularmente esparcidas máculas de color sepia; predominan en la cara anterior y son anestésicas; en la región glútea del muslo izquierdo y en la parte media de la cara posterior del muslo derecho se ven unas cicatrices (tres a la izquierda y una a la dere-

cha), deprimidas, insensibles, vagamente circulares y rugosas. Los muslos están glabros y presentan islotes anestésicos hacia la parte anteroexterna. Las piernas, aparte de las úlceras mencionadas al principio, presentan una banda anestésica en la parte anteroexterna que avanza sobre el dorso del pie y lo recubre en toda su extensión. Además hay pérdida casi completa del vello y aspecto escamoso de la piel. Estado general excelente.

Se la aplicaron dos series de inyecciones de colobiásia, sin el menor resultado favorable, por lo cual desistió de continuar en el tratamiento. Al terminar la primera serie, es decir, en la vigésima inyección, y en la séptima y en otra de la segunda serie que no recuerda con exactitud, experimentó accesos febriles, efímeros, precedidos de gran calofrío y acompañados de intenso dolor de cabeza, raquialgia, palpitaciones, vómito y sed muy intensa. Además, dice que disminuyó dos libras de peso en el curso del tratamiento.

III

S. G., natural del Cocuy, de diez y siete años de edad, escolar. Antecedentes hereditarios: no tiene ascendientes leprosos; entre sus colaterales, un hermano mayor—que apareció enfermo con posterioridad a S. G.—y dos primos de segundo grado, con ninguno de los cuales tuvo relaciones antes de aparecerle la enfermedad.

Hace tres años le principiaron los síntomas iniciales de elefancia: adormecimiento en las piernas y en los pies, coriza crónico con epis-

taxis abundantes, rubicundez del rostro, cefalalgias, anhidrosis, brotes erisipelatosos. Vino al Lazareto en julio de 1915, e inmediatamente fue sometido al tratamiento por las inyecciones de Jeanselme, cuyos resultados alaba.

Ingresó al tratamiento de Vahram en enero de este año en el estado siguiente: facies leonina con infiltración difusa de los pómulos y mejillas; orejas levemente engrosadas; alopecia ciliar; la nariz abultada y con ulceraciones internas dobles. La laringe se conserva indemne.

Nada particular que observar en el tronco ni en el abdomen. En los miembros torácicos hay anestesia desde la raíz hasta la extremidad y más acentuada a medida que se desciende; la parte anterointerna presenta una banda al nivel de la cual la sensibilidad perdura intacta. Epilación completa de los miembros superiores; atrofia ténar e hipoténar predominante a la izquierda; en los miembros pélvicos se observa un aspecto análogo al de los superiores, con el aditamento de una placa corrugada, deprimida y blanquecina, del tamaño de una moneda de veinte centavos sobre la rodilla izquierda. En la pierna de este lado le sobrevienen con frecuencia brotes erisipelatosos que hasta el presente se han disipado sin dejar lesiones muy marcadas.

Se la aplicaron dos series de inyecciones intravenosas, mediando entre ellas un intervalo de doce días. El resultado terapéutico fue nulo, y en cambio experimentó algunas perturbaciones consecutivas a la aplicación del medicamento: inmediatamente después de la inyec-

ción, oleadas de calor hacia el rostro, que se hiperemia; tuvo también tres accesos febriles, precedidos de gran calofrío y acompañados de cefalalgia intensa con quebrantamiento y malestar general.

IV

M. A., natural de Matanza, de cincuenta años de edad, empleado público, soltero. Antecedentes hereditarios: no ha tenido más que un tío materno elefanciaco en compañía del cual no residió jamás. En el curso de la guerra pasada y con ocasión de la campaña que hizo entonces notó algunas perturbaciones que constituyen en realidad el comienzo de la enfermedad, pero a las cuales el paciente no les atribuyó tal significación sino más adelante cuando en Bucaramanga lo examinó un médico y le declaró la gravedad del caso. Dichas perturbaciones fueron: oleadas de calor hacia la cara, que se le ponía rubicunda; raquialgia, lumbagos, adormecimiento de las extremidades, accesos febriles frecuentes, epistaxis repetidas, erupciones de manchas eritematosas fugaces, brotes erisipelatosos generalizados. Todos estos síntomas entraron en regresión y pasó una temporada como de cinco años, durante la cual tuvo salud aparente y no sospechó la infección de que era ya víctima. Volvieron luego las congestiones de la cara y una nueva erupción de manchas rojizas diseminadas por todo el cuerpo. Al verlo así un facultativo dijo que era lepra. Le sobrevino otro brote erisipelatoso, y el enfermo resolvió asilarse en el Lazareto. Como tratamiento ha tenido du-

rante una época larga: las píldoras keratinizadas de Unna, de las cuales ha ingerido cuatro mil; las inyecciones de Jeanselme en muy corto número; unas inyecciones ictioladas durante cinco meses consecutivos; baños bien calientes; además ha observado vida muy metódica y regulada. Así ha logrado que la enfermedad evolucione benigna.

Ingresó al tratamiento Vahram en enero de este año en la situación siguiente: facies casi normal; conserva las cejas intactas; la nariz tanto exterior como interiormente está indemne. En la piel del rostro y en las orejas se ven arrugas más acentuadas que lo que deberían ser, dada la edad del paciente. Estas arrugas son la huella de la infiltración difusa que padeció el enfermo durante el período de mayor agravación. La laringe no está afectada.

En la espalda presenta tres grandes manchas características: dos, casi simétricas y regularmente triangulares, rojas, y pigmentadas en los bordes, acrómicas en el centro, situadas sobre el ángulo inferior de la escápula; otra mancha ovalar con caracteres iguales a los descritos, situada cinco centímetros abajo del omoplato izquierdo; otra mancha color sepia de unos dos centímetros de diámetro, situada sobre la octava costilla derecha, a tres centímetros de la columna vertebral. Estas manchas son todas anestésicas. En los miembros torácicos hay extensas manchas de contornos irregulares, eritematosas, pigmentadas y glabras, desde la raíz del miembro hasta la extremidad distal. La sensibilidad está embotada en los codos y por debajo; no hay

atrofias musculares. Los miembros inferiores presentan un aspecto análogo al de los superiores. Enfermo muy vigoroso y rollizo, con salud general excelente.

Se le aplicaron dos series de inyecciones de colobiasa de chaulmoogra con los siguientes resultados: durante la primera serie le sobrevino una erupción de manchas profusas escarlatini-formes; propagadas a todo el cuerpo; lancetazos, muy agudos en los miembros, adinamia profunda. Durante la segunda serie—separada de la primera por un intervalo de dos semanas—no sufrió perturbación alguna atribuible a nuevas reacciones suscitadas por la colobiasa, pero tampoco ningún efecto terapéutico apreciable.

V

R. U. O., natural de Girón, de treinta años de edad, empleado público, casado con sana. Antecedentes hereditarios: la madre y tres hermanos mayores fueron leprosos; el paciente vivió con ellos hasta hace tres años y medio. La elefancia le comenzó hace doce años por un acceso febril a consecuencia del cual le quedó una mancha rojiza sobre la rodilla izquierda. Esta mancha, circular, de unos cinco centímetros de diámetro, se mostró insensible desde el principio. Luégo le sobrevinieron otras en el antebrazo derecho con anestesia en toda la región. Más adelante la anestesia se propagó por los cuatro miembros con predominio sobre el dorso de ambos pies. Le aparecieron luégo dolores osteócopos acompañados de una sensación de profunda fatiga al menor esfuerzo. Empezó a perder las

cejas, que hasta en tonces había conservado, y se declaró también el coriza crónico con su cortejo de epistaxis, obstrucción nasal y desviación ligera del tabique por ulceración bilateral. Vino al Lazareto en mayo de 1914, y aquí empezó a agravarse: perdió las cejas, se le infiltraron las orejas y tuvo un brote de tubérculos por toda la cara. Al año de asilado en el Leprosorio fue sometido al tratamiento de Jeanselme, en el cual no perseveró porque le producían las inyecciones fuertes dolores lumbares y perturbaciones dis pépticas, según dice el enfermo.

Hallándose en la situación siguiente ingresó al tratamiento por la colobiasa de chaulmoogra: rostro muy vultuoso con alopecia generalizada, orejas cárdenas muy engrosadas, nariz deformada y prominente por infiltraciones de todos los tejidos blandos, lepromas en los pómulos y en las mejillas, arborizaciones varicosas de la piel de toda la cara, que está muy encendida y anestésica. Nada particular en la espalda ni en el pecho, como tampoco en el abdomen. En los miembros torácicos hay extensas manchas de color de jamón y otras más pequeñas de color sepia; sobre los codos hipertrofia enorme de la piel que es glabra y escamosa con callosidades y arrugas predominantes sobre los codos. Hay atrofas musculares en ambos antebrazos y en ambas manos; éstas se hallan además edematosas y cianóticas. Salvo la parte superointerna de los brazos la anestesia es completa en los miembros superiores. En los inferiores se ven las mismas lesiones y además varias ulceraciones de diversos tamaños. Se aplicó cuarenta inyecciones de colobiasa, en

dos series de a veinte, y separada cada serie por un intervalo de diez días. No tuvo ningún accidente consecutivo a la inyección intravenosa. La colobiàsa le provocó una reacción inflamatoria pasajera en la nariz, que se le puso dolorosa; los fenómenos de rinitis crónica se exageraron. El enfermo suspendió el tratamiento, a lo menos transitoriamente.

VI

F. M., natural de Charalá, de cuarenta y seis años de edad, casado con sana, empleado público. Antecedentes hereditarios: no tiene ningún ascendiente leproso, y entre sus colaterales apenas un primo hermano—por la línea materna,—con el cual no tuvo jamás relaciones ni trato alguno. Ignora pues la causa de su enfermedad, cuyo comienzo remonta a la infancia, pero cuya declaración franca y manifiesta no data sino de diez y seis años para acá. Cuando apenas tenía doce, notó que en la parte posterior de la pierna derecha, unos diez centímetros abajo del hueco poplíteo, había una placa anestésica, sin modificación visible de la piel; esta observación la hizo un día en que se bañaba el cuerpo, al friccionarse en la región indicada y no sentir el contacto de la mano con que se frotaba; probó entonces pellizcarse, y tampoco experimentó dolor, con lo cual fue grande su sorpresa.

Transcurrieron diez y siete años, y el paciente alcanzó la edad de veinte y nueve, y dice que no recuerda haber tenido en ese lapso ningún otro síntoma de carácter leproso. Cumplidos los treinta años, empezó a sentir corizas frecuentes,

obstrucción nasal continua, epistaxis repetidas, y por último, al mirarse en un espejo notó una ulceración en la cara interna del ala de la nariz, primero en la derecha y después en ambas. Simultáneamente le aparecieron varias manchas de contornos irregulares, de color rojo oscuro, diseminadas sobre el abdomen; livideces en las extremidades, dolores reumatoides, lasitud general. Estas perturbaciones lo determinaron a consultar con varios médicos, hasta que alguno le declaró con toda franqueza la enfermedad de que adolece. Resolvió entonces asilarse en el Lazareto, lo que verificó hacia fines del año de 1911. Apenas llegó aquí fue sometido al tratamiento por las inyecciones de nastina, con resultado bastante desfavorable, o digamos más bien—para no desacreditar la preparación del Profesor Deyke—sin ningún resultado provechoso, pues la enfermedad continuó su evolución: le sobrevinieron alopecia ciliar casi completa; infiltraciones tuberculosas difusas extendidas por toda la cara; engrosamiento de las orejas; arborizaciones vasculares en la piel del rostro; ligero hundimiento del tabique nasal con desviación de la nariz hacia la izquierda; erupción de tubérculos esparcidos por la superficie cutánea de todo el cuerpo; ulceraciones en la pierna derecha, y accesos febriles frecuentes. Abandonó la nastina, y fue sometido al tratamiento por las inyecciones de Jeanselme durante más de un año. Con este tratamiento obtuvo la cicatrización de la úlcera, así como la disminución en número y en volumen de los tubérculos y la cesación de los accesos febriles. Pareció, sin embargo, agotarse la eficacia del

aceite de chalmougra, y el paciente hubo de suspender la medicación.

En enero fue sometido al tratamiento por las inyecciones intravenosas de colobiasa de chalmougra, según las instrucciones de Vahram, en la situación que sigue: facies muy vultuosa; alopecia ciliar muy marcada; un tubérculo sobre la arcada ciliar izquierda; arejas alargadas y encendidas; ligera desviación de la nariz hacia la izquierda. La espalda conserva intacta la sensibilidad, y no tiene más modificación apreciable de la piel que grupos de arborizaciones vasculares varicosas, lo mismo que en el pecho; en el abdomen hay algunas manchas pequeñas desparramadas y anestésicas. Los miembros torácicos presentan hacia los codos grupos de tubérculos aplanados y en regresión, más notoria a la izquierda; la piel toda muy glabra, paquidérmica y anestésica del codo para abajo; estas lesiones están sobre todo acentuadas en las manos. Los miembros abdominales presentan un aspecto análogo al de los superiores; únicamente hay que señalar en las piernas, sobre la cara externa y a unos diez centímetros por encima del malolo respectivo, una ulceración pequeña, a la derecha, y a la izquierda, sobre el maléolo externo, otra del tamaño de una lenteja y las cicatrices de otras antiguas y cerradas ya por completo. Descamación furfurácea de las extremidades inferiores. El aspecto general del enfermo es muy robusto y su estado general excelente. Lleva una vida muy ajustada y metódica. Por espíritu de pura perseverancia terminó hasta la segunda serie de inyecciones de colobiasa, pero

creo que si hubiera seguido con la tercera se habría agravado mucho de las úlceras que padece en las piernas, pues fue muy notorio y aparente el efecto nocivo del medicamento sobre dichas lesiones, las cuales se extendieron por progresión excentrica, al mismo tiempo que otras nuevas empezaron a formarse.

VII

E. V., natural de Matanza, de treinta años de edad, comerciante, casado con sana. Antecedentes hereditarios: carece por completo de antecedentes hereditarios, y no recuerda haber tenido jamás trato cercano con persona alguna enferma de elefancia. Ignora pues por completo la causa de su enfermedad. Esta le principió hace diez años, aunque el paciente no se dio entonces cuenta del terrible mal que lo acometía. Consultó un médico para alguna afección que el enfermo supuso ser de origen hepático; el médico, después de examinarlo cuidadosamente, le prescribió aceite de chalmougra al interior, pero sin declararle el diagnóstico, y como V. ignoraba en absoluto los usos del medicamento que le fue propinado, no llegó a colegir que desde la época en que lo vio el médico debía tener ya manifestaciones de lepra, sino mucho más tarde. Hace cinco años notó en la cara interna de la pierna izquierda una plaquita circular, más o menos de un centímetro de diámetro, acrómica y anestésica. Poco después notó en la frente la aparición de una mancha rojiza y saliente, y otra análoga en la mejilla derecha. Posteriormente le sobrevinieron otras manchas polimorfos esparci-

das por todo el cuerpo y sin distribución sistemática. Después empezó a perder el apetito y las fuerzas; le dolían los miembros y la espalda; le sobrevino desvelo muy prolongado. Sin otros síntomas determinó venir al Lazareto, adonde llegó hace dos años. Inmediatamente fue sometido al tratamiento por las inyecciones de Jeanselme, en el cual perseveró hasta hace tres meses. Un año después de estar en el Lazareto, y hallándose en pleno curso de las inyecciones de Jeanselme, le sobrevino un brote febril con profusa aparición de tubérculos por todo el cuerpo; esta recrudescencia le duró veinte días, al cabo de los cuales empezaron a borrarse los tubérculos progresivamente, hasta quedar el paciente como estaba antes.

Su estado al ingresar al tratamiento por la colobiasa es como sigue: en la cara se nota una alopecia ciliar ligera y algunas pigmentaciones de color leonado, más aparentes y marcadas sobre los pómulos y las mejillas. No hay desviación nasal ni rinitis. Las orejas no aparecen infiltradas ni la cara vultuosa. La piel del cuello y del tronco no presenta particularidad alguna. En los miembros superiores se advierte la corrugación típica de los codos; al explorar la sensibilidad, se halla una banda anestésica extendida desde la raíz hasta el extremo distal; queda exenta una angosta faja a lo largo de la cara interna, desde el hombro hasta la mano. Los miembros pelvianos ofrecen de particular un embotamiento de la sensibilidad, localizado en la región glútea y sobre el dorso del pie. Este enfermo ha recibido tres series de inyecciones de colobiasa de chaul-

mougra; con la décimo octava inyección de la primera serie le sobrevino un acceso febril ($39\frac{1}{2}^{\circ}$) con lumbago y opresión en el pecho, accidentes que se disiparon en el curso de dos horas. El enfermo atribuye a la colobiasa la desaparición de un adormecimiento que antes experimentaba en el brazo derecho, siempre que se acostaba sobre ese lado.

VIII

A. R., natural de San José de Cúcuta, de treinta y seis años, casado con sana, telegrafista. No tiene más antecedentes de familia que una hermana mayor, la cual apareció elefantiaca primero que el paciente, y durante una ausencia de este último, quien se había ido a otro país. No tiene causa ocasional precisa a la cual pueda atribuir la lepra, pero declara que ha llevado una vida muy desarreglada, y que en el curso de campañas militares ha cometido muchas infracciones contra la higiene. Hace seis años empezó a sentir adormecimiento en la extremidad inferior del antebrazo derecho; dos años después le sobrevino un coriza crónico, con ocasión del cual solicitó un examen rinoscópico, y el médico que lo atendió le advirtió que se cuidara mucho, porque los síntomas que presentaba revelaban que estaba en los albores de un mal muy grave. Tres meses después le sobrevino un reumatismo con hormigueamiento en los pies y accesos febriles. Por último, le apareció el primer tubérculo en la extremidad del lóbulo nasal, y luego otros en las orejas. Adquirió entonces la convicción de que estaba leproso, y determinó asilarse

en este Leprosorio, adonde llegó el 6 de noviembre de 1915.

Aquí permaneció más de un año sin someterse a ningún tratamiento, y ya bastante agravado fue inscrito en el de la colobiasa: presenta una facies tan característica, que el diagnóstico puede hacerse con facilidad y aun a distancia; perdió completamente las cejas; tiene el lóbulo nasal cubierto de tubérculos del tamaño de un garbanzo; la nariz toda está recorrida por vasos telangiectásicos; en los pómulos y sobre las mejillas hay algunos tubérculos pequeños y discretos; hiperemia generalizada de todo el rostro; orejas repletas de lepromas confluentes. En las nalgas y en los miembros torácicos y abdominales hay profusión de tubérculos irregularmente diseminados, algunos abiertos y exudativos.

En tal estado ingresó al tratamiento por las inyecciones endovenosas de colobiasa; se le aplicaron cuarenta inyecciones: a la sexta y a la décimanovena experimentó un violento acceso febril (40°) acompañado de fuerte dolor de cabeza y raquialgia. Como resultado terapéutico, el enfermo pretende que algunos tubérculos se han marchitado y que se ha hecho menos frecuente la aparición de brotes nuevos. En cambio le ha sobrevenido una erupción de pápulas muy pruriginosas que se transforman en el curso de unas dos semanas en vesículas, las cuales se abren y luego se cicatrizan, dejando una pigmentación oscura.

IX

M. J. F., natural de Guadalupe, de veinticinco años de edad, casado con viuda de leproso,

empleado público. Antecedentes hereditarios: la abuela materna, el padre y tres primos hermanos son leprosos. Importa señalar la circunstancia rara de que la abuela materna fue la última que apareció enferma de todos los parientes leprosos enumerados; cuando en ella se declaró la elefancia, contaba ya ochenta años cumplidos. F. tenía apenas diez años cuando se vio atacado de viruela, pasada la cual le aparecieron los primeros síntomas de elefancia, consistentes en una placa circular anestésica de ocho centímetros de diámetro, localizada sobre la cara externa de la pierna derecha, a unos seis traveses de dedo por debajo de la articulación de la rodilla; hacia la misma época le sobrevino hinchazón del rostro, accesos febriles frecuentes, dolores reumatoides, adenitis inguinales dobles, epistaxis repetidas. Con estos síntomas consultó un médico en Guadalupe, el cual le prescribió un tratamiento antileproso: aceite de chalmougra por la vía gástrica, del cual tomó poco, debido a la intolerancia que se produjo. Algún tiempo después le aparecieron, sin mancha previa, tubérculos en las orejas y en los miembros. Llama particularmente la atención la precocidad con que le brotaron sobre la piel que cubre el tendón de Aquiles. El 26 de abril de 1909 se asiló en este Lazareto, donde duró cuatro años sin ningún tratamiento; en este lapso sufrió una agravación notable, que lo determinó a inscribirse en las inyecciones de Jeanselme, de las cuales recibió veinte solamente, por la falta de perseverancia en el enfermo. Transcurrieron tres años sin que se sometiera a ninguna medicación, y la

lepra avanzó en él de manera extraordinaria, hasta llegar al estado siguiente, en el cual ingresó al tratamiento por la colobiasa de chalmougra: facies leonina cubierta por tubérculos difusos y exuberantes; tumefacción enorme de los labios por infiltraciones nodulares unas y en capa otras; tubérculos miliarea del mentón, excoriados y exudativos; ulceración nasal doble con rinitis crónica; las orejas muy crecidas y tumefactas. Presenta perturbaciones de la fonación, debidas a lesión laríngea específica hanseniana. La piel del tronco y de los miembros, en los torácicos desde el hombro hasta la articulación del puño y en los abdominales desde la raíz del miembro hasta la rodilla, ofrece un aspecto paquidérmico con anestesia completa. Las manos muestran lesiones de edema crónico y tubérculos diseminados por todo el dorso; los pies no presentan tubérculos, pero están insensibles y escamosos. En las piernas tiene varias úlceras a lo largo del borde tibial. Las grandes funciones, sin embargo, se cumplen bien. Con las inyecciones de colobiasa declara no haber obtenido ninguna mejoría; le sobrevinieron sí algunas perturbaciones cardíacas, como opresión precordial, ansiedad, crisis disneicas y palpitaciones. Por tal motivo desistió de continuar el tratamiento.

X

J. J. S., natural de Zapoteca, de cuarenta años de edad, agricultor, casado con sana. Antecedentes hereditarios: los cuatro ascendientes fueron sanos, lo mismo que un hermano único; ha tenido cuatro primos hermanos leprosos con

quienes no tuvo jamás trato alguno. Atribuye la enfermedad a cambios bruscos y repentinos de la temperatura. Hace unos doce años le comenzó la lepra por una placa anestésica sobre el dorso del pie derecho, la cual fue extendiéndose en islotes circulares a lo largo de todo el miembro; luego fue invadido por la anestesia el miembro superior del mismo lado, y finalmente, los miembros del lado opuesto. En el decurso de un año le sobrevinieron epistaxis de repetición, lumbagos, perturbaciones digestivas con anorexia, crisis diarreicas, accesos de disnea, sueño profundo, adinamia, brotes febriles y aparición de manchas acrómicas. Transcurrieron así cinco años, al cabo de los cuales le apareció el primer tubérculo en el dorso, y después en la articulación del puño. Sin otros síntomas se vino para el Lazareto en junio de 1914. Pronto fue sometido al tratamiento de Jeanselme, en el cual perseveró hasta comienzos del año en curso, sin experimentar ninguna mejoría. Ingresó al tratamiento por la colobiasa en el siguiente estado: facies característica, alopecia ciliar externa, infiltración difusa de lepromas discretos en la frente y más aparentes y marcados en los pómulos y en las mejillas, arborizaciones vasculares en el lóbulo nasal, ligero hundimiento del tabique, orejas engrosadas y violáceas; no tiene manchas en el rostro ni éste presenta aspecto congestivo ni rubicundo. Rinitis con ulceración doble. Laringe, indemne. Anestesia en la espalda y en los miembros torácicos y pélvicos. La piel de los brazos y de las piernas presenta un aspecto glabro y furfuráceo; tiene algunos tu-

bérculos en la articulación del puño y en el dorso de ambas manos, que están edematosas y de color lívido. Estado general excelente.

Va por la tercera serie de inyecciones de colobiasa, y el resultado terapéutico ha sido nulo y hasta nocivo, pues en el curso de la medicación le han aparecido en los pies algunas ulceraciones que antes no tenía; le sobrevienen a veces accesos febriles ligeros y fugaces.

XI

F. F., natural de Málaga, de veintidós años de edad, empleado público, casado con sana. Antecedentes hereditarios: los padres fueron sanos. Es el quinto de siete hermanos que forman la familia; antes de aparecer él leproso hubo en la casa otra hermana mayor elefanciaca, con la cual vivía en promiscuidad; ella murió ya asilada en el Leprosorio; otra hermana, menor del paciente, resultó leprosa también con anterioridad a él. Fuera de lo dicho no tiene otra causa a qué poder atribuir la elefancia, la cual se le hizo notoria hace cuatro años, hallándose ya domiciliado en el Leprosorio. Le apareció una mancha acrómica, anestésica, paquidérmica, sobre la rodilla derecha; la mancha cubría toda la articulación. Fue examinado por uno de los médicos, quien lo declaró leproso y le dio el alta respectiva. Pronto se sometió al tratamiento de Jeanselme, en el cual ha continuado con alternativas de reposo. Ha notado modificaciones favorables en el aspecto de la mancha de la rodilla, pero en cambio la perturbación de la sensibilidad se ha extendido paulatinamente a los

miembros, sin la menor alteración objetiva de los tegumentos. En tal estado ingresó al tratamiento por las inyecciones intravenosas de colobiasa de chalmougra. Va ya por la tercera serie. Al terminar la primera le sobrevino—por la primera vez en su vida—una erupción de tubérculos miliares irregularmente esparcidos en el rostro y sobre la región escapular y el hombro del lado izquierdo. Esta eflorescencia no ha sido acompañada ni de fiebre, ni de prurito, ni de ningún otro síntoma; le ha persistido sin modificación hasta el presente.

XII

J. M. O., natural de Zapatoaca, de cincuenta y un años de edad, comerciante, casado con sana. Antecedentes hereditarios: no ha habido ningún leproso entre sus ascendientes ni colaterales. Atribuye la enfermedad a un enfriamiento repentino. La primera manifestación fue una placa anestésica en la pierna izquierda, sobre la parte externa, unos 10 centímetros por encima del maléolo peroneo; esta placa, de forma circular, del tamaño de media libra esterlina, no estaba acompañada de modificación apreciable de los tegumentos. Subsistió sin otros síntomas tres años, al cabo de los cuales le sobrevino una erupción de manchas violáceas, también anestésicas, de formas irregulares y caprichosas, diseminadas por distintas regiones del cuerpo. Varias de estas manchas fueron origen de tubérculos, cuya distribución fue como sigue: no hubo en la cara, pero las orejas sí se infiltraron por lepromas difusos; tampoco se presentaron en el

tronco; los miembros fueron los invadidos, con predominio de la lesión en las piernas y en los pies. La enfermedad evolucionó sin repercusiones sobre el estado general. Sometido al tratamiento por el aceite de chalmougra al interior y las inyecciones de aceite yodoformado, el resultado fue satisfactorio, pues los tubérculos se reabsorbieron y las manchas se atenuaron. Sin embargo resolvió venirse al Lazareto, adonde llegó el 11 de julio de 1913, después de haber pasado un período de catorce años de enfermedad sin asilarse. Aquí fue sometido al tratamiento por las inyecciones de Jeanselme, y obtuvo una mejoría de las más notorias y aparentes: no le quedó ningún tubérculo, y apenas una mácula del tamaño de una lenteja, de color oscuro, sobre la parte inferior de los muslos, hacia adelante y por encima de la rodilla.

Exámenes bacteriológicos practicados en los años de 1915 y 1916 han dado constantemente resultado negativo.

En tal estado fue ensayado en el paciente el tratamiento de la colobiasa, con el cual no obtuvo efecto de ninguna clase. Esta observación sería insignificante, si no se hiciera constar que la colobiasa no provocó ninguna reacción en este caso, que se presume como de curación, acaso espontánea, o quizás determinada por el tratamiento de Jeanselme.

XIII

A. M., natural de San Mateo, de treinta y dos años de edad, empleado público, casado con sana. Antecedentes hereditarios: no ha habido

ascendientes ni colaterales leprosos en la familia. Jamás tuvo trato cercano con persona alguna enferma de elefancia, y cita como causa ocasional de la enfermedad un enfriamiento intempestivo hace ya quince años. Le comenzó por anestesia de las extremidades, localizada en las manos en el quinto dedo, en los pies, en el dedo grueso; algunos años después le sobrevinieron accesos febriles con cefalalgia, dolores lumbares y gran postración, pero sin erupciones cutáneas. Más tarde le aparecieron los primeros tubérculos, sin mancha previa, en el mentón y en el dorso de los pies. La anestesia continuó progresando de las extremidades hacia la raíz de los miembros. Al mismo tiempo sobrevinieron epistaxis y signos de rinitis crónica. Los tubérculos se multiplicaron en el rostro, con predominio sobre las cejas y en los pómulos. Fue sometido a un tratamiento por el ginocardato de soda, y los tubérculos se atenuaron, al mismo tiempo que el enfermo enflaqueció. Cuando tenía doce años de estar enfermo determinó asilarse en el Lazareto, adonde llegó en noviembre de 1914.

En el Lazareto permaneció dos años sin someterse a ningún tratamiento. A comienzos del año en curso fue inscrito en las inyecciones de colobiasa de chalmougra, hallándose el paciente así: facies típica, alopecia ciliar, deformación nasal por hundimiento del tabique, manchas de color cobrizo en todo el rostro; infiltración difusa de lepromas más notoria y aparente sobre el reborde orbitario y en los pómulos; las orejas están afectadas apenas en el lóbulo por un lige-

ro engrosamiento. Rinitis crónica, laringe indemne. Nada particular que anotar en el tronco. En los miembros se nota un aspecto paquidérmico de la piel, con tubérculos extendidos en capa y otros formando nódulos en la dermis. Piel glabra y anestésica, pero sin ulceraciones.

Con las inyecciones de colobiasa, aplicadas la mayor parte por la vía intramuscular, ha notado la atenuación de algunos tubérculos de los miembros. Como accidentes consecutivos a la inyección hay que señalar algunas lipotimias intensas después de la aplicación del medicamento, cuando se le administró por la vía intravenosa. En otras ocasiones accesos febriles fuertes y pasajeros.

XIV

T. O., natural del Cocuy, de treinta y siete años, casado con sana, comerciante. Antecedentes hereditarios: no tiene ningún ascendiente ni ningún colateral leproso en toda su familia. No recuerda haber tenido jamás trato cercano con ninguna persona elefanciaca. Hace nueve años circuló el rumor en el pueblo del Cocuy—donde residía entonces T. O.—de que éste se hallaba enfermo de lepra, y tal fue la primera noticia que él tuvo de su situación, pues hasta entonces no había sentido ningún síntoma, y sólo presentaba una coloración algo subida del rostro, atribuída por él a eritema solar. Durante siete años se le consideró en la población como persona sospechosa para la sanidad del lugar, aunque no presentó durante ese lapso otro síntoma que el ya dicho.

El 12 de junio de 1916 fue remitido a este Lazareto por el Prefecto del Cocuy, y aquí se le expidió el alta respectiva.

Pasó seis meses sin ser sometido a ningún tratamiento; al cabo de este período de tiempo se le encontró en el siguiente estado, al inscribirlo en el tratamiento por las inyecciones de colobiasa de chalmougra: presenta una alopecia ciliar poco avanzada, una ligera estriación de las orejas, más aparente hacia los lóbulos. En el muslo izquierdo, unos 6 centímetros debajo del trocánter, ofrece una placa circular del tamaño de una moneda de cincuenta centavos, al nivel de la cual está la sensibilidad muy embotada. El aspecto de la piel en el resto del cuerpo no ofrece particularidad alguna que mencionar. De las inyecciones de colobiasa no derivó el menor beneficio, y sí se produjeron varias reacciones consecutivas a la aplicación del medicamento: accesos febriles, cefalalgias, vómitos, crisis diarreicas y pérdida en el peso del cuerpo.

En los últimos días del mes de junio tomó una dosis de yoduro de potasio, con lo cual se le produjo una erupción de manchas eritematosas esparcidas por todo el cuerpo, con profusión de bacilo de Hansen en la linfa extraída de ellas.

XV

M. E., natural de Ríonegro, de veintiséis años de edad, casado con sana, empleado público. Antecedentes hereditarios: en la familia ha habido, fuera de M. E., tres leprosos, con quienes ha estado él viviendo íntimamente: el

padre y dos hermanos, mayor el uno y menor el otro. Hace cinco años le principió la elefancia por dolores reumatoides en los pies, y hace tres fue dado de alta en el Lazareto. Durante este tiempo la enfermedad no ha dado señales ningunas de avanzar. Con manifestaciones discretas y estacionarias fue sometido al tratamiento de la colobiasa, del cual salió por haber experimentado astenia profunda consecutiva a las inyecciones. Esta observación brevísima muestra cómo puede ser inocua la colobiasa de chalmougra en enfermos de lepra frustránea y abortiva.

XVI

J. O., natural de Bucaramanga, de cuarenta años de edad, casado con sana, empleado público. Antecedentes hereditarios: no tiene ningún ascendiente ni colateral leproso en toda su familia. Jamás había tratado con persona enferma de lepra. Hace seis años le principió la elefancia por adormecimiento de los pies y del quinto dedo de la mano izquierda; casi al mismo tiempo se inició en él la rinitis crónica. Luégo le sobrevinieron las primeras manchas, tubérculos discretos en los miembros y finalmente úlceras en las piernas. Con tales síntomas se vino al Lazareto, adonde llegó el 6 de mayo de 1914. Aquí se sometió al tratamiento por el aceite de chalmougra en ingestión, pero no perseveró en él.

Habiéndose agravado, determinó ingresar a las inyecciones de colobiasa: facies vultuosa, alopecia ciliar externa, engrosamiento de los lóbulos auriculares, ligera deformación nasal

por hundimiento del tabique, manchas eritematosas sobre los pómulos y en las mejillas, ulceración nasal doble. Laringe indemne. En el tronco se ven manchas carmelitas, extensas e irregulares. Sobre la espina de la escápula un tubérculo del tamaño de un garbanzo. La sensibilidad se conserva en la mitad superior del dorso y está embotada en la parte inferior. Los miembros superiores, bien musculados, están glabros, anestésicos, y la piel que los cubre presenta un aspecto escamoso y furfuráceo característico. La piel de los codos engrasada y paquidérmica. No hay atrofas. En los miembros inferiores se encuentran las mismas lesiones, reagradas por varias úlceras en ambas piernas. Dolores reumatoides en las grandes articulaciones.

Va por la tercera serie de inyecciones de colobiasa, y no les atribuye otro beneficio que la desaparición de los dolores reumatoides. En el curso de la segunda serie tuvo un accidente consecutivo a la inyección intravenosa: intenso calofrío, dolor de cabeza, mucha sed y elevación térmica considerable (40°); estas perturbaciones se disiparon en tres horas.

XVII

C. A. V., natural de Socotá, de diez y ocho años de edad, soltero, escolar. Antecedentes hereditarios: el padre y una hermanita menor son ambos elefanciacos fimatoides, y con ellos ha vivido siempre en promiscuidad. La lepra le principió hace ya tres años por aparición brusca de tubérculos en los miembros torácicos y pélvicos;

la enfermedad se ha generalizado rápidamente en este niño, que al entrar ahora al tratamiento se halla ya en el estado siguiente: facies leonina; casi no tiene cejas; los pómulos y las mejillas muy abultados por lepromas gigantes extendidos en capa; tubérculos sobre el mentón; rinitis crónica con ulceración bilateral; orejas muy engrosadas. Laringe indemne. En el tronco no hay de particular sino la anestesia que remonta hasta muy cerca de la nuca. En los brazos hay profusión de tubérculos del codo hasta la mano; éstas presentan edema gelatiniforme y color cianótico. En los miembros inferiores se encuentran las mismas lesiones, con el aditamento de varias úlceras en las piernas. Lleva ya cuarenta inyecciones de colobiasa sin experimentar el menor accidente, pero tampoco ninguna mejoría.

XVIII

T. F. M., natural de Saboyá, de treinta y siete años de edad, agricultor, casado con sana. Llegó a Contratación el 1º de julio de 1908. Antecedentes hereditarios: un hermano del abuelo paterno y dos primos segundos, también por la línea paterna, fueron leprosos. Atribuye la enfermedad a relaciones sexuales con una mujer sana, quien tal vez antes las había tenido también con algún leproso. La elefancia le comenzó hace veintiún años: al salir de bañarse en un arroyo se notó en la pierna derecha una mancha acrómica e insensible, a la cual, sin embargo, no le atribuyó mayor importancia. Cuatro años después hizo un viaje a tierra caliente, y con tal motivo se vio cubierto de grandes manchas eri-

tematosas, que lo determinaron a consultar un médico, quien le declaró el carácter leproso de la enfermedad. La infección hizo luego un alto en su marcha, y aun retrocedió, pues las manchas se destiñeron y borraron. Seis años más tarde la elefancia cobró de nuevo fuerza y avanzó con rapidez: le sobrevinieron lepromas en el rostro y manchas rojizas por todo el cuerpo, infiltración de las orejas, alopecia ciliar, coriza crónica con ulceración interna bilateral. Así transcurrieron dos años antes de ingresar al Lazareto. Algún tiempo después de asilarse aquí se hizo aplicar veintiséis inyecciones de nastina, sin resultado benéfico apreciable. En el año de 1915 estuvo tomando cincuenta gotas diarias de aceite de chalmougra; mejoró algo. Usó después el ictiol, aunque sin provecho. Hallándose ya bastante avanzado en su enfermedad entró al tratamiento por la colobiasa: facies congestionada y vultuosa; pérdida completa de las cejas; infiltración difusa de tubérculos en la frente, los pómulos y las mejillas; engrosamiento de las orejas; ulceración nasal interna con ligera desviación del tabique. Laringitis leprosa. En el dorso presenta extensas manchas insensibles. En los cuatro miembros la piel está anestésica y exfoliante; en las piernas hay además ulceraciones. Con las inyecciones de colobiasa se le presentó en la mano derecha una reacción inflamatoria, con notable tumefacción del dorso, como único resultado del tratamiento.

XIX

D. R., natural de Chima, de sesenta años de edad, agricultor. Llegó al Lazareto el 29 de

noviembre de 1912. Antecedentes hereditarios: carece por completo de ellos. Atribuye la enfermedad a un enfriamiento brusco. Hace seis años empezó a sentir adormecimiento en los pies; luego le aparecieron manchas rojas en el vientre, y por último tubérculos en las nalgas y en los brazos. Con tales manifestaciones determinó venirse al Lazareto, donde ha estado sometido a diferentes tratamientos: inyecciones de nastina, sin ningún resultado apreciable; píldoras de Unna, que tampoco le aprovecharon; píldoras de otoba, con las cuales pretende haber alcanzado alguna leve mejoría; inyecciones de Jeanselme durante un año, sin el menor éxito. Entró al tratamiento de la colobiasa en el siguiente estado: el rostro ofrece pocas señales de la enfermedad, escasez de las cejas, ligera desviación de la nariz hacia la derecha, orejas levemente engrosadas. Fuera de la cara y el cuello la lepra se ha manifestado por una proliferación exuberante de tubérculos enormes en todo el cuerpo; en el dorso hay además anestesia, lo mismo que en los miembros superiores, cuya piel está hipertrofiada y escamosa; en las piernas presenta varias úlceras. Sufre de dolores reumatoides en las grandes articulaciones. Con la colobiasa cree haber experimentado una sedación de las artralgias. La vigésima inyección intravenosa le produjo intenso calofrío, fiebre alta y sudores muy copiosos; estos accidentes se disiparon rápidamente.

xx

F. H., natural de Togüí, de cuarenta años de edad, agricultor, soltero. Llegó al Lazareto

el 27 de diciembre de 1915. Antecedentes hereditarios: no tiene ninguno absolutamente. Atribuye la elefancia a diversos disparates durante su mocedad: vigiliias prolongadas, exceso de bebidas alcohólicas, viajes precipitados, etc., etc.

Hace veinte años le principió la lepra por una placa anestésica, circular, de tres centímetros de diámetro, situada en la cara externa de la pierna izquierda; luégo le apareció otra análoga sobre la pierna derecha. Cinco años después empezó a sentir obstrucción nasal con epistaxis frecuentes. La elefancia ha evolucionado en este paciente con extraordinaria lentitud. En su facies se nota apenas una alopecia ciliar ligera, una mancha rosada de contornos indecisos sobre los pómulos y que contrasta con la palidez general del rostro; no ofrece desviación nasal, ni lesión interna perceptible; tampoco sufre de coriza crónico ni de epistaxis, las orejas están algo arrugadas en los lóbulos, lo que parece corresponder a una antigua infiltración, ya desaparecida. Laringe indemne. En la espalda presenta algunas manchas acrómicas, insensibles, bastante extensas; los miembros torácicos están igualmente insensibles y con algunas manchas pequeñas de color sepia. No ofrece atrofiias musculares. El aspecto de los miembros inferiores no difiere nada del de los superiores. Estado general excelente. Con las inyecciones de colobiasa le ha sobreveñido una disminución del apetito y del sueño. En las primeras diez y ocho inyecciones intravenosas padeció invariablemente un accidente siempre igual que se manifestaba en seguida de la inyección, y que consistía

en rubicundez pasajera del rostro, disnea, opresión torácica, lumbago y vértigos. Tales fenómenos se disipaban rápidamente.

Contratación, septiembre de 1917.

Como se ve por estas observaciones, la colobiasa de chalmougra no ha producido ningún resultado benéfico en la lepra. Esto mismo aparece de varias otras observaciones tomadas en el Lazareto de Contratación y en el de Agua de Dios. Gozó este medicamento de popularidad entre los enfermos, pero en vista de los resultados fue abandonado casi por completo.

FLORA COLOMBIANA

por el Profesor SANTIAGO CORTÉS (de Bogotá)

APOCINÁCEAS

Dracuntium polyphyllum, L., vulgarmente col del diabló. De la raíz tuberosa sale una hoja cuyo pecíolo, manchado de verde, blanco y rojo, de 20 a 30 centímetros, tiene su epidermis desgarrada y como escamosa. La espata tiene la forma de capuchón, negra y coriácea, que cubre un pequeño espádice de olor nauseabundo y cadavérico.

Se emplea como alexitérico, purgante y emenagogo. (1).

Arum auriculatum, L. De las Antillas y el Continente suramericano. El tallo es trepador alrededor de los árboles, de los cuales se agarra por sus raíces adventicias que crecen en los nudos; es cilíndrico, de 5 centímetros de diámetro, liso, desnudo, nudoso, con cicatrices anulares, de estructura esponjosa y lleno de un jugo lácteo. Las hojas nacen en la cima de los tallos y ramos laterales y se componen de tres folíolos en que los laterales tienen en su base un pequeño lóbulo obtuso como una oreja; estos folíolos son lisos, de verde claro por debajo. La

(1) Muchas aroideas son midriáticas, y algunas se emplean en el tratamiento de la lepra, especialmente las de raíz purgante.

espata tiene de 10 a 14 centímetros y es como estrangulada en su parte media, teñida de rojo en la base.

Es emetocatártico enérgico; veneno narcótico acre que obra sobre los centros nerviosos.

Se emplean la raíz y el tallo interior y exteriormente como alexitérico contra el trigonocéfalo de la Martinica y el crótalo del Continente americano.

Arum dracunculus, L., Syn. *Dracunculus vulgaris*, Scholt. *Serpentaria menor*, habita en las Antillas.

Es veneno narcótico, acre y emetocatártico poderoso; su jugo tóxico es alexitérico.

Caladium esculentum, Syn. *Colocasia esculenta*; planta de raíces comestibles. Lleva en Colombia los nombres de turmero, bore chanque y malangay. Es además ornamental.

El *C: belleyme*, Williamson, del Amazonas. Es ornamental; las hojas son blancas con todas las nervaduras verdes.

Las callas y otras aroideas se llaman cartuchos y se emplean como ornamentales.

Dieffenbachia seguina, es sumamente tóxica y entra en la preparación del veneno curare empleado por los indios del Alto Orinoco. Vulgo chuncha y runcho, y col del diablo.

Las aroideas son numerosas en Colombia, en especial las del género *anthurium*; interesantes tanto por su número como por su belleza.

Entre éstas sobresalen:

Los arums, dieffenbachias y dracontiums, que se han empleado contra la lepra, tal vez por sus virtudes emetocatárticas más o menos activas.

Las aroideas son por excelencia ornamentales; y entre éstas sobresalen el *caladium giganteum* del noroeste de Cundinamarca, cuyas hojas llegan a tener metro y medio de longitud; el *phy- lodendron gloriosum* del Llano de San Martín, y algunas especies raras y aromáticas del Caquetá.

Las aroidáceas son, sin duda, una familia botánica de gran porvenir medicinal cuando se consiga obtener de ellas los alcaloides y glucósidos químicamente estudiados, para saber con precisión sus propiedades fisiológicas y su valor terapéutico.

AMENTÁCEAS

Se dividen en cuatro subfamilias:

Cupulíferas.

Familia que se compone entre nosotros del género *quercus* únicamente.

Quercus, L. Árboles grandes, rara vez arbustos; ramas y hojas alternas, y éstas con frecuencia dentadas, lobuladas o recortadas; dos estípulas peciolares. Flores monoicas; las masculinas con seis estambres, y en aumentos; las femeninas están en cúpulas coriáceas protegidas por numerosas escamas imbricadas. Estas encinas o robles habitan las tierras frías, entre 2,000 y 3,000 metros de altura.

Las cortezas de estos robles suministran abundante tanino, empleado en el curtido de las pieles. Una solución acuosa de tanino al décimo se aplica localmente para curar con rapidez la uña encarnada de los pies; también en algunas metrorragias y prolapsos uterinos.

Hacia el Trópico de Cáncer abundan en América las encinas. En Colombia hay tres notables:

Q. humboldtianus, Kunth. Arbol majestuoso, de follaje verde laca; se encuentra entre Facatativá y La Vega, y en otros lugares de la Cordillera Oriental.

Q. tolimensis, Kunth. Habita en Antioquia y el Quindío. *Q. almaguerensis*, H. et B. Vive en las cercanías de Almaguer.

El corcho es la parte suberosa de una encina (*quercus suber*) cultivada en España y en otros países del mar Mediterráneo; dicha encina se conoce con el nombre vulgar de alcornoque.

El género *castanea* nos es desconocido casi del todo; apenas se cultiva como ornamental la *C. chrysophylla*, Douglas, de California. Las hojas de esta especie son de verde laca oscuro en el anverso y amarillas en el reverso.

Betuláceas.

Esta pequeña familia se compone de árboles con renuevos escamosos; hojas alternas, sencillas, dentadas, salpicadas a menudo de glándulas resinosas; estípulas caducas. Flores monoi-cas, sesiles en la axila de las brácteas escamosas.

Esta familia vive en la zona templada boreal. Una sola especie se encuentra en los Andes colombianos, el aliso o *alnus ferruginea*, Kunth; habita a orillas de las aguas corrientes, en Bogotá y en otras tierras frías y templadas, entre 2,000 y 2,700 metros. La madera de este árbol produce buen carbón para pólvora.

El abedul o *betula alba*, especie exótica, da buena madera, y se le emplea también para pre-

parar el cuero de Rusia por el tanino y el aceite balsámico de su corteza.

Miricáceas.

Subarbustos, arbustos y árboles de hojas alternas, sencillas, sin estípulas y con puntos traslúcidos. Plantas dioicas o monoicas. Flores en la axila de las brácteas; fruto drupáceo cubierto de glándulas ceríferas.

En Colombia se conocen únicamente algunas especies del género siguiente:

Myrica, L. Árboles pequeños, aromáticos, con amentos masculinos y femeninos en la misma o en distinta planta, o andróginos; en las flores masculinas cuatro o seis estambres.

M. arguta, Kunth. Sus amentos son andróginos. Vive en el páramo de San Fortunato, a 2,900 metros. *M. polycarpa*, Kunth, amentos axilares, los superiores masculinos y solitarios; andróginos y ternados los inferiores. Vive con la especie anterior y en la Cordillera Central.

M. pubescens, Kunth. Sus bayas son casi esféricas, se encuentra a unos 3,000 metros en el páramo de Chingaza y en toda la Cordillera Oriental. La cera que proviene de estos arbolillos es verdosa y sirve para el alumbrado; en Bogotá la llaman cera de laurel, y en Pamplona cera de roble. Las raíces de las miricáceas son emetocatórticas, según Cauvet.

Salicináceas.

Pequeña familia compuesta de árboles de la zona templada boreal ordinariamente; sus hojas

son sencillas o palminervadas y estipuladas. Flores dioicas, aperiñtadas, sesiles o pedunculadas, en amentos terminales.

Las plantas de esta familia están comprendidas en los géneros *salix* y *populus*; vulgarmente sauces y álamos.

Salix, L. Se conoce en las tierras frías y templadas el *S. humboldtiana*, Willd. Sus flores son poliandras; los sauces machos son altos, erguidos, delgados y poco coposos; las hembras se llaman sauces llorones. Unos y otros adornan con su follaje los camellones de las altiplanicies de Cundinamarca y de Boyacá.

Los sauces se desarrollan por estacas con mucha rapidez; su madera es blanca y liviana; al podrirse da una luz fosforescente en la oscuridad; luz que proviene del hongo que causa la podredumbre de la madera.

La corteza encierra salicina, alcaloide empleado en el paludismo y en las afecciones reumáticas, a la dosis de uno a dos gramos tres veces al día: veinte o treinta gramos de corteza en cocimiento (Bouchardat, Form. Magistr.). El cocimiento es igualmente útil en las indigestiones con flatulencia y en el dolor de cabeza frontal.

La salicina es propiamente un glucósido; por hidrólisis se convierte en saligenina y glucosa. La saligenina pasa por oxidación al ácido salicílico.

Populus o álamos; sus especies son exóticas; producen la populina. Hay varias clases de álamos; los más notables son: el *P. balsamífera* de los Estados Unidos y el Canadá, y el *P. nigra* del norte de Europa.

RANUNCULÁCEAS

Plantas herbáceas, raramente arbustillos y en este caso sarmentosos, de hojas generalmente alternas, pecioladas, de diversas estructuras y sin estípulas. Flores hermafroditas, rara vez diclines, regulares o irregulares, solitarias o en racimos o panículas; cáliz de tres a cinco sépalos libres, a veces petaloides, en prefloración imbricada, a veces valvar o induplicada; corola de pétalos libres, de forma variada y unguiculados, o nulos; estambres libres, numerosos e hipoginos; las anteras estrorsas de dehiscencia longitudinal; ovarios variables; el fruto es un aquenis o un folículo, raramente bacáceo o capsular; embrión homotropo, muy pequeño, situado en la base de un perispermo duro y córneo.

Las ranunculáceas son ordinariamente acres y encierran un alcaloide venenoso o un principio volátil, cristizable y muy activo, que suele desaparecer con la cocción o al secarse la planta.

Esta familia vive especialmente en las regiones templadas y frías del Hemisferio norte y abunda en Europa. En Colombia se encuentran los siguientes géneros y especies, según el sabio Triana:

Clematis, L. Se compone de yerbas y arbustos sarmentosos, con hojas de ordinario opuestas y el pecíolo cirriforme o a modo de zarcillo; las flores en pedúnculos axilares o terminales, 1 o multifloros, con brácteas; flores a veces dioicas. Cáliz coloreado, de ordinario 4 fido; carencia de pétalos; numerosos estambres hipoginos y pistilos; cápsulas tantas cuantos pistilos,

coriáceas, indehiscentes y terminando casi siempre en un apéndice plumoso.

Nuestros clematis son de las tierras calientes; pueden emplearse como rubefacientes; son antiblenorrágicos y útiles en la orquitis, en las oftalmías, en algunas herpes y en los infartos glandulares; algunos son hidragogos y a dosis elevadas venenosos.

Cl. medusae, Pl. et Lind., se encuentra en El Colegio y en Ocaña. Especie fácil de reconocer por sus hojas, en apariencia muy compuestas.

Cl. sericea, D. C. Sus sépalos son lanosos por dentro. Vive en Tena, orillas del río Mayo, y otros climas calientes.

Cl. floribunda, Tr. et Pl., encontrada en Cundinamarca.

Cl. goudotiana, Tr. et Pl. Goudot la halló en Melgar. Difiere de la *Cl. dioica* en que los pedúnculos son más cortos que las hojas.

Cl. caripensis, H. B. K. Especie de flores blancas de la Sierra Nevada de Santa Marta, cerca de San Miguel, de 1,900 a 2,300 metros, según Schlim, y en el volcán de Chiriquí, según Seemann.

Thalictrum, L. Yerba de hojas subcuadrilateradas, muy glabras; hojas ovadas subcordadas lobadas, de panículas ramosas; flores en largos pedúnculos; pétalos nulos, estambres numerosos, hipoginos; tantas cápsulas como ovarios, no dehiscentes. Sólo se conoce la especie *T. podocarpum*. H. B. K., vulgarmente culantrillo en Bogotá; nombre vulgar que se les da también a varios helechos del género aneimia.

Ranunculus, Hall., D. C. Yerbas a veces

acuáticas; sus tallos son rectos, caídos o redicantes; hojas íntegras, divididas o compuestas; flores terminales o axilares, a veces opositifolias, de ordinario amarillas. Cáliz 5 fillo, coloreado, caduco; cinco pétalos o más, hipoginos, frecuentemente cubiertos con una escamita. Numerosos estambres hipoginos y varios pistilos. Fruto capsular, monosfermo, indehiscente.

El *R. guzmani* habita los páramos elevados; las demás especies viven en las tierras frías, arriba de los 2,500 metros; sus flores son de color amarillo dorado, hacen contraste con las corolas azules y violadas de las labiadas y verbenas. Las casaleas tienen sus flores de tipo ternario, se asemejan a las alismas, y viven en lugares húmedos y pantanosos. Todos los ranúnculos poseen un jugo acre, tóxico y vesicante. Las hojas desprovistas de su epidermis se aplican sobre la piel como cáusticos; lo que llamaban antes vejigatorios. En todos se encuentra anemónina y ácido ficárico, que es volátil y muy acre. Se aplican en las fiebres artríticas y en las enfermedades del estómago.

Casáneas: A. Saint H. Flor. Br. merid.:

R. flagelliformis, Smith. Se encuentra en Bogotá.

R. kunthii, Tr. et. Pl. De los climas fríos de Cundinamarca y Boyacá, de 2,700 a 3,000 metros, vulgarmente rejoncito en Tunja. También se encuentra en el Quindío.

Hecatonias: *R. peruvianus*, Pers., de los páramos de Tunja a 3,500 metros.

R. praemorsus, D. C. (*R. Bonplandianus*, H. B. K.), de la Sabana de Bogotá y del Quindío.

R. vaginalis, Pl. et Lind mss. (1), vulgarmente arracachuela entre La Mediación y gallego en el Quindío.

R. pilosus, H. B. K. (2), vulgarmente centella en Bogotá; se le encuentra igualmente en el Quindío y Túquerres, de 2,500 a 3,200 metros. Antiguamente los pordioseros se hacían úlceras en las piernas con la hoja de la centella, para implorar mejor la caridad pública.

R. geranioides, H. B. K., habita en muchos lugares del Quindío.

R. brevipes, Tr. et Pl. Goudat encontró esta planta en las tierras frías al pie del Nevado del Tolima.

Ranunculastrum: *ranunculus guzmani*, Humboldt, Tableaux de la nat. Triana encontró esta especie en los páramos de Túquerres, en las cercanías de las nieves. Vulgarmente dictamo real.

De las ranunculáceas europeas se cultivan muchas en los jardines de las ciudades de los climas fríos y templados de Colombia, pero se ignoran generalmente las virtudes medicinales de estas plantas entre nosotros.

Las anémonas son también de hojas vesicantes como los ranúnculos, y sus jugos venenosos, producen hematuria, convulsiones y aun la muerte. La pulsatilla se emplea como medi-

(1) Caule elato superne ramoso sicut petioli retrorsum piloso, foliis radicalibus caulinisque inferioribus longe petiolatis (petiolorum basibus in vaginam ampliusculam dilatatis), etc.

(2) R. caulis adscendentibus, subsexfloris, hirsutis; foliis ternatis, adpresso-pilosis; foliolis ovato-rhomboides, inciso-serratis, 2-3-lobis aut fissis; calycibus externe pilosis, reflexis; capsulis laevibus.

cina sin rival en las enfermedades de la mujer, como tónico del útero, emenagogo y activo en favorecer el parto; es el único específico de los dolores del oído. Se emplea en píldoras el extracto asociado a la nuez vómica, a la quina, o al cáñamo, según el caso. Las anémonas son todas emenagogas; contienen un principio azoado y un aceite acre y volátil. Los *talictros* se aconsejan en la histeria y las fiebres. Los *adonis* son irritantes. Los *delphinium* o pajaritos azules se emplean como diuréticos y vermífugos; la estafisagria, como las demás especies de este género *delphinium*, encierra un alcaloide venenoso, la delfina. Todas estas plantas son ornamentales; el *D. ajacis* se llama espuela de caballero, vulgarmente, e igual nombre lleva el *adonis nigella*. El *hidrastis canadensis* es buen estimulante. Todos los heléboros son drásticos poderosos. El acónito es el primer medicamento en las fiebres continuas, como la tifoidea; tiene un alcaloide muy tóxico, la aconitina, que es una verdadera panacea en manos de un profesor. La *cimicífuga racemosa* se emplea en los Estados Unidos contra la tos y el reumatismo, y hoy la usa la terapéutica, además, como alterante, diaforética, en las cefalalgias y la hipocondría. Según Knox, disminuye la duración del primero y segundo período del parto; tiene para Robin buen éxito en los ruidos de los oídos; da excelentes resultados, según Hemelke, en la poliartrosis reumática, epilepsia, corea de Sydenham y la dismenorrea a la dosis de 4 gotas de tintura de cimicífuga cada dos horas. El extracto flúido a la dosis de 0,70 en jarabe de zarzaparrilla durante cuatro semanas antes del parto.

Los rizomas del *podophyllum peltatum* tienen propiedades purgantes debidas a la podofilina, la que es preconizada en los infartos del hígado y como purgante para corregir el estreñimiento habitual de los intestinos. Las *ancolias* son varias especies de *aquilegias* ornamentales; el *delphynium formosum* es una de las especies más hermosas de esta familia.

DILENIÁCEAS

Esta familia se compone de arbolillos y arbustos a menudo trepadores de hojas alternas, pecioladas, ásperas, íntegras o dentadas, coviáceas, con las venas laterales paralelas; sin estípulas; flores en panícula o racimo, o solitarias, amarillas, dioicas o polígamas por aborto, cáliz 4 a 6 filo, de folíolos casi redondos, cóncavos, imbricados en el margen, persistentes. Corola 3 o 5 pétalos y éstos cóncavos o caducos. Numerosos estambres; ovarios 3 a 5 con estilos sencillos, agudos. Cápsulas tantas cuantos ovarios, uniloculares. Especies intertropicales de las tierras calientes; todas tienen el mismo aspecto; son vegetales no volubles sino que se apoyan en los vegetales vecinos. Como plantas sociales crecen reunidas formando grupos más o menos extensos y con sus hojas ásperas dan un aspecto especial a las llanuras de nuestras tierras calientes. Se les conoce con el nombre vulgar de chaparro o *bejucotome*. Gozan de propiedades astringentes (C. Cuervo M.) y tónicas estimulantes (Cauvet).

Las *davilleas* son vulnerarias; algunas curatellas, deterrentas; las tetraceras, sudoríficas, y

las dilenias, contienen abundante tanino, se emplean también como, sudoríficas y antisifilíticas.

Curatella, L., arbolillos de hojas grandes, coriáceas y muy ásperas, dentadas. Flores blancas, bracteadas en panículas axilares.

C. americana, L.; *C. cambaiba*, A. Saint H., Pl. us. Bras., número 24. Vulgarmente chaparro en el Magdalena, peralejo en Santa Marta y Ríoacha, curatella en Panamá. Vive de preferencia en los lugares descubiertos y áridos de los climas ardientes hasta la altura de 1,000 metros sobre el mar. El nombre vulgar de chaparro se le da también a la *rhopala complicata* de las proteáceas.

Doliocarpus, Roland.; Ricaurtea, Triana. Se conocen dos especies de este género en Colombia:

D. nitidus, Nob., vulgarmente bejuco tom en el Tolima.

D. pubens, Mart., Beibl. rur. Flora xxi, ii, 49. Sus hojas son enteras en la base y aserradas hacia la extremidad, la que termina en punta; pubescentes en la cara inferior. Especie muy extendida por toda la América intertropical.

Davilla, Vellors. Arboles y arbustos de hojas enteras, coriáceas, ásperas, con las flores en panículas axilares o terminales. La *D. rugosa* es resolutiva en la orquitis blenorragica, al exterior.

D. densiflora, Tr. et Pl., semejante a la *D. rugosa*; vulgarmente bejuco chaparro en Villavicencio. Medicamento específico de la orquitis blenorragica, aplicada tópicamente en pomada.

Se usa contra la lepra, linfadenitis, edema de los miembros y hemorroides. En la orquitis se emplea el extracto blando de Davilla, 15 gramos; lanolina, 15 gramos; para untar el escroto dos veces al día.

D. Kunthii, A. Saint H.; *D. brasiliensis*, H. B. K., vulgarmente bejuco tomé, en el Magdalena; bejuco quemador, según Goudot, y chamico de bejuco, en Panamá. Vive en lugares áridos y ardientes, hasta la altura de 1,000 metros.

D. sagrúcana, Rich., del Departamento de Panamá.

Tetracera L., Tr. et Pl. dan estos nuevos caracteres genéricos, eliminando el número de óvulos y carpelos como de ninguna importancia para la clasificación: flores probablemente polígamas. Cáliz de 5 folíolos, a veces 4 o 6; desiguales, persistentes que no crecen con el fruto. Pétalos 3 a 5. Estambres indefinidos; ovario, 1 a 5; óvulos de 2 a 12. Carpelos, 1 a 5 mono o dispermos.

T. hydrophila, Tr. et Pl. Arbusto áspero al tacto, se encuentra a orillas de los ríos Patía, Telembí y otros de la costa del Pacífico.

T. voluvilis, D. C., de Panamá. Es planta antisifilítica y antipalúdica.

T. sessiliflora, Tr. et Pl. Bejuco trepador, muy común en las tierras calientes de Cundinamarca; vulgarmente bejuco chaparro y bejuco tomé (Tr.). Weddell encontró esta especie en Panamá.

T. castaneaefolia, Tr. et Pl., arborescente, muy áspera al tacto; sus hojas son oblongas, de

15 a 20 centímetros de largas, con grandes denteladuras que se asemejan a las de las hojas de la *castanea vesca*, según Triana. Se encuentra en las riberas del Meta, en Apiay y en otros lugares del Llano de San Martín.

Todas las dileniáceas pertenecen a los climas ardientes. La *tetracera sessiliflora* y el *doliocarpus pubens* son las especies que llegan a mayor altura; se les encuentra hasta 1,200 metros sobre el nivel del mar. La *curatella americana* es el elemento principal de los bosquecillos de los lugares áridos y ardientes, llamados chaparrales.

MAGNOLIÁCEAS, JUSS.

El profesor Kunth pone los *drymis* en esta familia, como lo hacen casi todos los botánicos. Cauvet divide las magnoliáceas en dos tribus: una para los géneros magnolia y liriodendron, y otra, llamada illicieas, para los *drimis*, *illicium*, etc. Triana y Planchon han formado de éstos géneros dos familias diferentes, así:

Magnoliáceas. Representadas en Colombia únicamente por la especie siguiente:

Talauma, Juss. *T. Cespedecii*, Tr. Arbol grande de muchas hojas, de 24 a 30 centímetros de largas y 9 a 12 centímetros de anchas, coriáceas, verdes por encima y blanquecinas en el reverso. Flores solitarias, terminales, fragantes, con brácteas blancas y 6 pétalos ovales espatulados. Cáliz de 5 sépalos (potius bracteae 2, se-pala 3?); 6 pétalos; estambres numerosos y muchos ovarios reunidos con estigmas sesiles. Fruto estrobiliforme, como abrojo; carpelos leñosos,

uniloculares; semillas negras bajo una cubierta rojiza. Vive en los bosques al norte del Tolima.

El señor Céspedes, ayudante botánico del sabio Mutis, había descrito esta planta llamándola *Santanderia*, en memoria del distinguido patricio General Francisco de Paula Santander.

Entre las plantas exóticas son dignas de citarse las magnolias como ornamentales; la *magnolia yulan*, cuyas flores sirven para aromatizar el té, y las de la *michellia champaca*, que entran en la composición del aceite de Macasar.

WINTEREÁCEAS, ROB BR.

Drymis, Forst., *Wintera* Willd.

Arbol pequeño de hojas oblongas, agudas, más anchas en la base, glaucas, blanquecinas por el reverso, alternas y enteras; sus pedúnculos axilares tienen de dos a cinco flores; los pedunculillos son comprimidos y triangulares.

Dr. granatensis, Mutis. Linn, fil. Suppl. 269. Vive en los páramos de Bogotá y de toda la República, desde 2,700 hasta 3,500 metros. Se le llama vulgarmente palo de ají en Bogotá; quinón, en Pamplona; canelo, en Antioquia; cupis, en Ocaña, y canelo de páramo, en Popayán.

La corteza fresca del *drymis* exhala un olor fuerte y tiene un sabor picante, de donde ha tomado el nombre de ají (*capricum*); sabor análogo al de la corteza de *Winter*; aromática y tónica, según Cauvet.

Addenda.

El *hidrastis canadensis*, entre las ranunculáceas, se usa en la actualidad como uno de los mejores tónicos y hemostáticos del sistema

genitourinario de la mujer; sin embargo, como hemostático en las metrorragias, puede ser reemplazado ventajosamente por el extracto de *erodium cicutarium*, vulgarmente alfileres en Bogotá; esta geraniácea es, sin duda, una nueva adquisición de la terapéutica moderna, y se administra asociada al láudano, al viburnum y al mismo hidrastis.

HIDROLEÁCEAS

Comprende esta familia plantas herbáceas o subleñosas, de jugo amargo, cubiertas de ordinario de una pelusa viscosa o de pelos urticantes, a veces con espinas axilares; hojas alternas sin estípulas; flores hermafroditas, regulares, solitarias, o bien en corimbos o espigas; cáliz herbáceo de cinco divisiones; corola monopétala isostemoneada, colocada sobre el receptáculo y con 5 divisiones imbricadas; 5 estambres insertados en el tubo de la corola, con los filamentos aterciopelados en la base; anteras biloculares; ovarios de dos celdillas pluriovuladas; óvulos horizontales o pendientes, anatropos; 2 estilos distintos con estigmas capitados; cápsula de dos valvas septicidas o loculicidas.

Comprende los géneros *Hydralea* y *Wigandia*. Las especies del primero se usan en la gangrena. En el valle del Cauca tienen los nombres vulgares de yerba del cáncer y yerba de la potra. Las especies principales son éstas:

Hidrolea spinosa, H. B. K.

H. glabrata, D. C.

Las wigandias o sanalotodo en el centro del Tolima gozan de reputación como deterrentes y aceleran la cicatrización de las úlceras.

Wigandia urens, H. B. K.

W. caracasana, H. B. K. Todas estas especies viven en los climas calientes de Colombia, a 1,000 metros de altura más o menos.

SAUVAGESIÁCEAS

Esta pequeña familia, colocada por algunos entre las violáricas, no se distingue de ellas sino por la existencia de 5— ∞ estaminodios, y por su cápsula de 3 valvas con los granos situados en sus bordes.

Se compone en Colombia de tres especies del género *Sauvagesia*:

S. erecta.

S. tenella.

S. pulchella.

Se encuentran en los climas ardientes. Se reputan diuréticos, y en el Brasil se emplean en las oftalmías. (Grosoudry).

CALITRICHÁCEAS

Yerbas flotantes, blandas, anuales; hojas opuestas, sesiles, las inferiores a menudo lineales; las superiores ovaladas y sin estípulas; flores hermafroditas o monoicas, sesiles y solitarias en la axila de las hojas; involucre difilo y coloreado; perianto nulo; 1 o 2 estambres colocados sobre el ovario; éste de dos carpelos coronado con dos estigmas. Las especies de esta familia se confunden con las euforbiáceas.

No tiene sino el género *callitriche* y unas pocas especies.

VOCHYSIÁCEAS

Se componen de árboles y yerbas de los géneros *qualea*, *callisthene*, *erisma*, *salvertia* y *vochysia*. Las flores de esta familia son de ordinario espolonadas, con un estambre y un pistilo inclinado. El género *vochysia* tiene cuatro especies, que se conocen en Mariquita con los nombres de bayo blanco y carne de vaca, y roble en Salazar.

sueros azucarados, e indican la técnica que debe seguirse.

Al doctor Fleig (de Montpellier), autor de varios trabajos sobre la isotonia e hipertonia de los líquidos medicamentosos, se debe la introducción de esos líquidos al tratamiento de los estados infecciosos y tóxicos graves, de los estados de inanición prolongada, de las oligurias de orden mecánico.

Fleig ha indicado las diversas fórmulas de los sueros azucarados. Pueden dividirse estas soluciones en dos grandes categorías, según sean isotónicas o hipertónicas. Se ha ensayado emplear soluciones hipotónicas, pero esto no se ha generalizado. Los sueros azucarados pueden emplearse puros o asociados a otros principios minerales para formar los sueros gluco-minerales.

I. SUEROS GLUCOSADOS

Isotónicos.

A. SOLUCIONES GLUCOSADAS PURAS

Glucosa cristalizada pura. 47 gramos.
Agua destilada reciente o. s., para 1 litro.

VARIEDADES

LOS SUEROS AZUCARADOS EN TERAPEUTICA

Los doctores Baumel y Cathala (de Montpellier) han publicado un estudio muy detallado en que demuestran los excelentes resultados que se pueden obtener en terapéutica con los sueros azucarados, e indican la técnica que debe seguirse.

Al doctor Fleig (de Montpellier), autor de varios trabajos sobre la isotonia e hipertonia de los líquidos medicamentosos, se debe la introducción de esos líquidos al tratamiento de los estados infecciosos y tóxicos graves, de los estados de inanición prolongada, de las oligurias de orden mecánico.

Fleig ha indicado las diversas fórmulas de los sueros azucarados. Pueden dividirse estas soluciones en dos grandes categorías, según sean isotónicas o hipertónicas. Se ha ensayado emplear soluciones hipotónicas, pero esto no se ha generalizado. Los sueros azucarados pueden emplearse puros o asociados a otros principios minerales para formar los sueros glucominerales.

I. SUEROS GLUCOSADOS

Isotónicos.

A. SOLUCIONES GLUCOSADAS PURAS

Glucosa cristalizada pura 47 gramos.
Agua destilada reciente c. s., para 1 litro.

B. SUEROS GLUCOSADOS DE CH. FLEIG

Glucosa pura cristalizada . . .	30 a 35 gra- mos.
Cloruro de calcio anhidro	2 a 4 gramos.
Glicero fosfato de soda	4 a 6 —
Agua destilada, c. s. para	1 litro.
Glucosa pura cristalizada	25 gramos.
Bicarbonato de soda puro	7 gramos.
Agua destilada	1 litro.

C. SUEROS MEDICAMENTOSOS

a) *Bromurado.*

Bromuro de sodio	10 gramos.
Glucosa	15 —
Agua destilada	1 litro.

b) *Diurético.*

Teobromina	1 gramo.
Fosfato trisódico	4 —
Glucosa cristalizada pura	20 —
Agua destilada	$\frac{1}{2}$ litro.
Diuretina	2 gramos.
Glucosa pura	20 —
Agua destilada	$\frac{1}{2}$ litro.

c) *Cafeína.*

Cafeína	0.50 centi- gramos.
Glucosa pura	20 gramos.
Agua destilada	$\frac{1}{2}$ litro.

Los doctores Chauvin y Oecohomos proponen la siguiente solución para administrarla por la boca :

Tintura de nuez vómica	10 gotas.
Tintura de canela	6 gramos.
Glucosa	150 gramos.
Agua pura	300 gramos.

Según estos autores, el sabor de esta poción es agradable, gracias a la nuez vómica y a la canela.

II. OTROS SUEROS AZUCARADOS

Isotónicos.

Lactosa cristalizada pura	92½ gramos.
Agua destilada	c. s. para 1 litro.
Manila cristalizada pura	50 gramos.
Agua destilada pura	c. s. para 1 litro.
Sacarosa	92½ gramos por mil.

Soluciones hipertónicas.

A. Glucosadas.

Glucosa cristalizada pura	300 gramos.
Agua destilada	c. s. para 1 litro.
Glucosa pura cristalizada	150 a 200 gramos.
Cloruro de calcio anhidro	3 a 5 gramos.
Glicerofosfato de soda	5 a 7 gramos.
Agua destilada	c. s. para 1 litro.
Glucosa pura cristalizada	100 gramos.
Bicarbonato de soda	30 gramos.

Agua destilada	c. s. para $\frac{1}{2}$ litro.
Teobromina	1 gramo.
Fosfato trisódico	4 gramos.
Glucosa pura cristalizada.	120 gramos.
Agua destilada	c. s. para $\frac{1}{2}$ litro.
Cafeína	0 gramos 50.
Glucosa pura	120 gramos.

B. Sueros azucarados simples.

Lactosa cristalizada pura,	
o sacarosa	300 gramos.
Agua destilada	c. s. para 1 litro.
Manita cristalizada pura..	300 gramos.
Agua destilada	c. s. para 1 litro.

Las dosis de las soluciones isotónicas o hipertónicas son de 500 gramos diarios en inyecciones hipodérmicas, o intravenosas y aun en lavativas. Esta dosis del día debe dividirse en dos. Fleig prefiere emplearlos cada tercer día. En los niños aplica Helmoltz por la vía subcutánea o intravenosa una solución de glucosa al 60 por 1000. La dosis diaria es de 100 centímetros cúbicos.

Por vía bucal no es conveniente dar a los adultos más de 150 gramos de azúcar en veinticuatro horas, porque no la toleran bien.

En los niños se darán de 2 gramos a 2 gramos 65 de glucosa por kilogramo de peso del enfermo, o se darán 60 gramos de sacarosa. La medicación puede continuarse sin inconveniente por el tiempo necesario.

Estos sueros azucarados no son casi tóxicos; lo son menos que las soluciones saladas menos

innocuas. Además de su acción nutritiva, tienen un efecto diurético muy notable; pero aunque pueden aplicarse por las vías bucal, rectal, subcutánea e intravenosa, su acción diurética no es bien marcada sino aplicados por las dos últimas vías; y en este sentido, son las soluciones hipertónicas las más activas. A esta acción diurética se agregan sus efectos cardiotónicos y antitóxicos. Desde el punto de vista de las aplicaciones clínicas, se aprovechan especialmente los efectos sobre la nutrición y su acción como desintoxicantes. En el primer caso se administrarán por la vía bucal, y la solución puede ser iso o hipertónica, y el azúcar que se emplee puede ser la glucosa o la sacarosa. En muchos casos pueden emplearse las inyecciones hipodérmicas.

La indicación más preciosa de estos sueros se halla en los niños de pecho. Por razones diversas, éstos se enflaquecen y sufren la caquexia con una rapidez sorprendente; además, la pérdida de calor por radiación periférica es mayor en esas condiciones que en el niño normal.

Hay que suministrar entonces al organismo los alimentos necesarios para compensar la pérdida de calor y evitar la autofagia, lo que se consigue con el azúcar. Barbier ha obtenido muy buenos resultados dando 2 gramos de glucosa por kilogramo; pero este azúcar tiene el inconveniente de provocar diarrea. La sacarosa, al contrario, produce constipación, y se tolera bien. Es la que emplea Nobécour con buen éxito. Ha visto niños atrépsicos que se han transformado rápidamente con dosis de 50 a 70 gramos de sacarosa. Variot ha observado muy notables efectos en niños hipotróficos de nueve a quince meses.

Las diversas manifestaciones de inanición en los adultos, ya por lesión del tubo digestivo (úlceras o cáncer), ya en la convalecencia de diversas infecciones o ya en ciertas afecciones caquéxicas, se mejoran con la administración de soluciones azucaradas. El doctor Enríquez preconiza las soluciones hipertónicas de glucosa en inyección.

En los casos de úlcera intolerante del estómago, Loeper ha obtenido buenos resultados haciendo durante cinco a seis días jarabes perfumados con un aroma cualquiera. Ha logrado así suministrar una reacción calórica suficiente y conjurar la inanición. Este régimen ofrece sobre los demás grandes ventajas por la asimilación rápida; no provoca dolor ni exagera la secreción gástrica.

Fuera de los estados de prolongada desnutrición, el azúcar encontrará también sus indicaciones cuando el organismo deba prestar un esfuerzo considerable, pues esta sustancia no solamente se localiza en el hígado sino también en los músculos, y por esta razón los andarines y corredores absorben grandes cantidades.

Respecto a la diuresis, son las anurias mecánicas, las nefritis que producen hidropesía y los edemas cardíacos, los casos en que las azúcares tienen una acción bien marcada. La solución que entonces está indicada es la hipertónica, pues hay que suprimir la retención en los tejidos, es decir, provocar una diuresis por deshidratación. A veces es ventajoso asociar a la glucosa un diurético de acción renal, como la teobromina, o un medicamento tonicardíaco, como la cafeína.

Cuando se busca la desintoxicación debe elegirse en los niños la vía bucal. Debe evitarse la vía rectal, pues el azúcar favorece el desarrollo de la flora microbiana intestinal y puede causar graves accidentes. Deben emplearse de preferencia las inyecciones subcutáneas o intravenosas.

La mayor parte de las tox infecciones se pueden dominar con esta terapéutica. Enríquez ha obtenido muy buenos resultados en infecciones graves (bronconeumonía), gracias a las inyecciones hipertónicas; Labougle y Budin las recomiendan en los estados palúdicos tifoideos y septicémicos.

Los efectos son mucho más sensibles en los niños, que con tanta frecuencia sufren alteraciones gastrointestinales que los adelgazan rápidamente y provocan la desnutrición de la acetonemia.

Se pueden utilizar en las intoxicaciones oxycarbonadas los sueros azucarados, como en los vómitos incoercibles, en la uremia, la eclampsia, en que se puede hacer un verdadero lavado de la sangre asociado a la sangría. En suma: puede afirmarse que estos sueros son poderosos agentes nutritivos, diuréticos y desintoxicantes. En general, reemplazan ventajosamente las soluciones salinas. De todas las azúcares, la glucosa es la directamente asimilable y la que tiene aquellas cualidades en más alto grado.

Las principales indicaciones de estos sueros son: inanición, estados tox infecciosos graves con acetonemia o sin ella, y anuria urémica y, sobre todo, mecánica. Los resultados son especialmente notables en la terapéutica infantil.

Se pueden administrar por la vía bucal, en solución iso o hipertónica, por la vía hipodérmica (soluciones isotónicas) o intravenosas (soluciones hipertónicas), según las diversas indicaciones de que se ha hablado. Debe evitarse la vía rectal.

P. G. M.

LITIASIS RENAL

El doctor Miguel Arango M., miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina, comunica al doctor Santiago Cortés que ha encontrado una nueva planta llamada *coquito* en Barranquilla, que habita en lugares húmedos y pantanosos, y de grande importancia para la litiasis renal. Trató el doctor Arango un enfermo de dicha novedad con resultados sorprendentes, pues la expulsión de cálculos fue abundante, teniendo algunos de ellos el volumen de una cereza. Posee el coquito una acción diurética notable y antiespasmódica, relajando las fibras musculares del cuello de la uretra hasta el punto de permitir la expulsión de cálculos voluminosos.

El doctor Cortés ha clasificado el coquito como una *ciperácea*, y cree que todas las especies de esta familia, como nuestra cortadera, tienen virtudes semejantes a las del coquito en cuestión.

Ciperaceal—*Diclidium tuberosum*. Vulgo coquito. Monocotyledonae gymnantheae, glumaceae, haplocarpae, óvulo único erecto; caryopsi nucamentaceã. Herbae paludicae, culmus trigonus, aphyllus; folia radicalia. Flores glumacei, vero calyce et corolla destituti; spicati et paniculatea. Rhizoma nodosum, tuberosum, fibris plurimis. Habitat in paludosis litoris antillani.

INDICE

de las materias del tomo XXXVII de la *Revista Médica*
(Del número 438 al número 449). Año de 1919.

A

	Págs.
Aguas minerales de Guaca (Departamento de Santander), por el doctor Enrique Sánchez.....	21
Amnesia palúdica, por el Profesor H. de Brun, traducido por el doctor Carlos Aguirre Plata.....	36
Apuntaciones medicolegales sobre criminalología en Colom- bia, por los doctores Antonio R. Blanco y Antonio C. Merlano	69
Alcoholismo (lucha contra el), por el doctor Martín Car- vajal	176
Aceite de chalmougra en la lepra. Fórmula de Jeanselme.	480

C

Criminalología en Colombia, apuntaciones medicolegales por los doctores Antonio R. Blanco y Antonio C. Merlano	69
Condiciones higiénicas de Cartagena, por el doctor Ma- nuel Pájaro H.....	167
Cuarto Congreso Médico de Colombia, reunido en Tunja.	321
Conferencia del doctor José M. Montoya en la Academia Nacional de Medicina.....	145
Chalmougra (aceite) en la lepra: fórmula para inyecciones.	480

D

Dakin (Licor de). Preparación	482
Disenteria (casos curiosos de), por el doctor Vicente Car- ballo O.	317
Discurso en la inauguración del iv Congreso Médico Na- cional, doctor Pablo García Medina.....	323
Discurso del señor Presidente de la República, doctor Marco Fidel Suárez, en la sesión inaugural del iv Congreso. Médico Nacional.....	326
Discurso del doctor Julio Manrique en la inauguración del iv Congreso Médico Nacional	328

	Págs.
Discurso del Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina, doctor Julio Manrique, en la sesión de clausura del IV Congreso Médico Nacional.....	344
Discurso del doctor Luis Cuervo Márquez, ante el cadáver del doctor Liborio Zerda.....	487
Discurso del doctor Pablo García Medina ante el cadáver del doctor Liborio Zerda.	489
Discurso del doctor Miguel Jiménez López ante el cadáver del doctor Liborio Zerda.....	492
Disenteria amibiana; su tratamiento por la nuez moscada.	483

E

Espiroquetal (fiebre) y novarsenobenzol, por el doctor Emilio Robledo	65
Esporotricosis (un caso de), por el doctor Manuel F. Obregón	241
Estadística de operaciones quirúrgicas, por el doctor Manuel A. Cuéllar Durán	388
Espina bífida cervicodorsal, por el doctor Plácido A. Sánchez	526
Evisceración total del feto, por el doctor José Gaitán Hurtado	532
Enterocolitis en los niños. Una epidemia en Bogotá, por los doctores Calixto Torres y Federico Lleras A.....	498

F

Fiebre espiroquetal y novarsenobenzol, por el doctor Emilio Robledo	65
Ferrocarriles; higiene de los viajeros, por el doctor Alfredo Ortega, ingeniero civil.....	290
Formulario. Tratamiento de las conjuntivitis.....	143
Fiebre amarilla; trabajos del Profesor Noguchi, en Guayaquil, por el doctor W. Pareja.....	271
Flora de Colombia, por Santiago Cortés.....	572

G

Gonococo (persistencia del) en la uretra, por el doctor Víctor Ribón	6
Gripe (influenza) Informe de la Comisión de la <i>American Public Health Association</i> , de Nueva York.....	107

H

Hepatitis disentérica, por el doctor Vicente Carballo O...	446
Hernia umbilical, por el doctor José M. Montoya.....	145

	Págs.
Higiene. Condiciones higiénicas de Cartagena, por el doctor Manuel Pájaro H	167
Higiene de los viajeros en los caminos de hierro, por el doctor Alfredo Ortega, ingeniero civil....	260
Historias clínicas. Tratamiento de la lepra por inyecciones de aceite de chalmougra, según el método de Jeanselme, por el doctor Gustavo de la Puente....	45 ^I

I

Informe sobre el trabajo del doctor Víctor Ribón, por el doctor Julio Aparicio.....	18
Informe del doctor Julio Manrique sobre un trabajo del Profesor Ch. Deneumostier.....	159
Informe sobre saneamiento del puerto de La Dorada en el río Magdalena, por los doctores Pablo García Medina y Enrique Isaza S.....	25 ^I
Informe del doctor Carlos Esguerra sobre un trabajo del doctor P. A. Sánchez (Espina bifida cérico-dorsal).....	526
Inyecciones de aceite de chalmougra en la lepra. 45 ^I , 480 y	536

L

Lepra; ¿cómo se transmite?, por el doctor E. Marchoux, traducido y extractado por el doctor Pablo García Medina	88
Lepra (tratamiento de la). Historias clínicas, por el doctor Gustavo de la Puente..... 45 ^I y	536
Líquido de hipoclorito de Dakin. Preparación.....	482
Lepra; inyecciones de chalmougra. Fórmula de Jeanselme.	480
Lucha antialcohólica (contribución a la), por el doctor Martín Carvajal.....	176
Lucha contra el paludismo, por los doctores Pablo García Medina y Enrique Isaza S.	251
Litiasis renal.....	592

N

NECROLOGÍAS: Doctor Antonio R. Blanco.....	135
— Doctor Oscar A. Noguera.....	138
— Arturo García Medina.....	141
— Doctor Enrique Sánchez.....	141
— Doctor Liborio Zeraa.....	485
Nuez moscada en la disenteria amibiana.....	482

O

	Págs.
Ontogenia de los protistos y vegetales. Informe sobre un trabajo del Profesor Ch. Deneumostier, por el doctor Julio Manrique.....	159
Ovario escleroquistico en Colombia, por el doctor Miguel Jiménez López.....	351
Operaciones quirúrgicas (estadística), por el doctor Manuel A. Cuéllar Durán.....	388

P

Paludismo y resistencia globular, por el doctor Ll. Netter.	52
Paludismo (lucha contra el), por los doctores Pablo García Medina y Enrique Isaza S.....	251
Presidentes honorarios del IV Congreso Médico Nacional.....	333
Proposiciones aprobadas por el IV Congreso Médico Nacional.....	333, 334 y 339
Petróleo en el tratamiento de la sarna.....	482
Presentación de hombro, por el doctor José Gaitán Hurtado.....	532

R

Resistencia globular y paludismo, por el doctor L. Netter.	52
Resoluciones y votos del IV Congreso Médico de Colombia reunido en Tunja en agosto de 1919.....	339
Reacción de Wassermann; valor clínico y social de ella, por el doctor Jorge Bejarano.....	513

S

Saneamiento del puerto de La Dorada en el río Magdalena, por los doctores Pablo García Medina y Enrique Isaza S.....	251
Sesión inaugural del IV Congreso Médico Nacional reunido en Tunja.....	322 y 323
Sesiones ordinarias del IV Congreso Médico Nacional.....	335
Sesión de clausura del Congreso Médico.....	339
Sueros azucarados en terapéutica.....	591

T

Telegramas del Presidente de la República de Venezuela y del Secretario perpetuo de la Academia de Medicina de Caracas, con motivo de la reunión del IV Congreso Médico Nacional.....	349
---	-----

	Págs.
Telegramas del Ministro de Instrucción Pública, doctor M. Abadía Méndez, y de los doctores M. F. Obregón y T. A. Tatis.....	349 y 350
Tratamiento de la lepra. Historias clínicas recogidas en el Lazareto de Contratación, por el doctor Gustavo de la Puente.....	451 y 536

V

Valor clínico y social de la reacción de Wassermann, por el doctor Jorge Bejarano	513
Votos y Resoluciones del IV Congreso Médico de Colombia, reunido en Tunja en agosto de 1919.....	339

INDICE DE AUTORES

A

	Págs.
APARICIO JUI D. Informe sobre un trabajo del doctor Víctor Ribón.....	18
AGUIRRE PLATA CARLOS y H. de Brun. Amnesia palúdica.....	36

B

BLANCO ANTONIO R. y Merlano Antonio C. Criminalología en Colombia.....	69
BEJARANO JORGE. Valor clínico y social de la reacción de Wassermann.....	513

C

CARVAJAL MARTIN. Contribución a la lucha antialcohólica.....	176
CUELLAR DURAN MANUEL A. Estadística de los casos operados en un año en su clínica particular.....	388
CARABALLO O. VICENTE. Casos curiosos de disenteria....	316
— Hepatitis disintérica.....	446
CUERVO MARQUEZ LUIS. Discurso ante el cadáver del doctor Liborio Zerda.....	487
CORTES SANTIAGO. Flora de Colombia.....	572

D

DE LA PUENTE GUSTAVO. Historias clínicas sobre el tratamiento de la lepra en el Lazareto de Contratación.....	451 y 536
---	-----------

E

EVANS. ARMSTRON, DAVIS, WOODWARD y KOFF. Informe sobre la gripe (influenza).....	107
ESGUERRA CARLOS. Informe sobre un trabajo del doctor Plácido Sánchez (Espina bífica cervicodorsal).....	526

G

	Págs.
GARCIA MEDINA PABLO. ¿Cómo se transmite la lepra? Extracto y traducción del doctor E. Marchoux.....	88
— Discurso al abrir la sesión inaugural del IV Congreso Médico de Colombia.....	323
— e Isaza S. Enrique. Lucha contra el paludismo. Saneamiento del puerto de La Dorada.....	251
— Discurso ante el cadáver del doctor Liborio Zerda.	489
GAITAN HURTADO JOSE. Dos casos de presentación de hombro con extracción por evisceración total.....	532

I

ISAZA S. ENRIQUE y García Medina Pablo. Lucha contra el paludismo. Saneamiento del puerto de La Dorada.	251
--	-----

J

JIMENEZ LOPEZ MIGUEL. El ovario escleroquístico en Co- lombia.....	356
— Discurso ante el cadáver del doctor Liborio Zerda.	492

LL

LLERAS A. FEDERICO y Torres Calixto. Epidemia de en- terocolitis de los niños en Bogotá.....	498
---	-----

M

MERLANO ANTONIO C. y Blanco Antonio R. Crimina- logía en Colombia.....	69
MARCHOUX E. y García Medina Pablo. ¿Cómo se trans- mite la lepra?.....	88
MONTOYA JOSÉ M. Hernia umbilical. Conferencia en la Academia Nacional de Medicina.....	145
MANRIQUE JULIO. Informe sobre un trabajo del Profesor Charles Deneumostier.....	158
— Discurso en la inauguración del IV Congreso Mé- dico de Colombia.....	328
— Discurso en la sesión de clausura del mismo Con- greso.....	344

N

NOGUCHI. Trabajos sobre fiebre amarilla en Guayaquil.	270
NETTER L. Resistencia globular en el paludismo.....	52

O

	Págs.
OBREGON MANUEL F. Un caso de esporotricosis.....	241
ORTEGA ALFREDO. Higiene de los viajeros en los caminos de hierro.....	290

P

PAJARO H. MANUEL. Condiciones higiénicas de Cartagena	167
PAREJA W. Trabajos del profesor Noguchi sobre fiebre amarilla en Guayaquil.....	270
PUENTE (DE LA) GUSTAVO. Historias clínicas sobre tratamientos de la lepra.....	451

R

RIBON VICTOR. Resistencia del gonococo en la uretra....	6
ROBLEDO EMILIO. Fiebre espiroquetel y novarsenobenzol.	65

S

SANCHEZ ENRIQUE. Consideraciones sobre aguas minerales de Guaca, Departamento de Santander.....	21
SUAREZ MARCO F. Presidente de la República. Discurso al instalar el IV Congreso Médico de Colombia.....	226
SANCHEZ PLACIDO A. Feto con espina bífida cérvicodorsal.....	526

T

TORRES CALIXTO y Lleras A. Federico. Epidemia de enterocolitis de los niños en Bogotá.....	498
--	-----