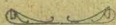


# Revista Médica de Bogotá

*Organo de la Academia Nacional de Medicina*



## REDACTORES:

DOCTOR ZOILO CUÉLLAR DURÁN

Miembro de número de la Academia Nacional de Medicina. Profesor de Clínica de las Vías Urinarias en la Facultad de Bogotá. Miembro de la Sociedad de Cirugía de Bogotá. Cirujano de la Casa de Salud *Marly*.

DOCTOR PABLO GARCÍA MEDINA

Miembro de número y ex-Presidente de la Academia Nacional de Medicina. Secretario perpetuo de la misma. Miembro de la Junta Central de Higiene de Colombia. Profesor de Fisiología en la Facultad de Medicina de Bogotá.

DOCTOR JOSÉ TOMÁS HENAO

DOCTOR LUIS CUERVO MÁRQUEZ

Miembro de número y ex-Presidente de la Academia Nacional de Medicina. Presidente de la Sociedad de Cirugía de Bogotá. Profesor de Clínica general de la Facultad de Medicina de Bogotá. Delegado de Colombia a los V y VI Congresos Médicos Panamericanos.

Miembro de número de la Academia Nacional de Medicina. Miembro fundador de la Sociedad de Medicina de Manizales y ex-Presidente de la misma. Miembro de la Academia Nacional de Historia de Colombia. Miembro de la Academia de Medicina de Medellín y de la Sociedad de Medicina del Cauca.

BOGOTA

IMPRENTA NACIONAL

1917



## CONTENIDO

|   | Págs. |
|---|-------|
| Honrosa distinción.....   | 497   |
| TRABAJOS ORIGINALES —«Santa Lucía.» Clínica particular del doctor M. A. Cuéllar Durán. Estadística de los casos operados en el año transcurrido desde el día 1º de mayo de 1916 hasta el día 30 de abril de 1917, presentada a la Academia Nacional de Medicina. .... | 500   |
| Informe sobre el trabajo anterior, por el doctor Julio Manrique.....  | 552   |
| La fiebre amarilla en Colombia, por el doctor Anselmo Gaitán U. (de Neiva).....   | 557   |
| Flora médica de Colombia, por Santiago Cortés (de Bogotá).....  | 573   |
| Higiene pública.....  | 578   |
| Informe de la Junta Central de Higiene.....   | 579   |

La correspondencia y los canjes deben dirigirse así: *Revista Médica*—Bogotá—Colombia—Apartado número 6.

Los anunciadores europeos se dirigirán al doctor *P. García Medina*, Bogotá—Apartado número 6.

Adresse pour la correspondance et les échanges: *Revista Médica*—Bogotá—Colombia—Apartado numero 6.

Les annonceurs européens son priés de vouloir bien s'adresser au docteur *P. García Medina* Bogotá—Apartado número 6.

Valor de la suscripción de una serie de 12 números, \$ 1--50 oro.

Dirección telegráfica: **HEDEMIR**



# 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 José Tomás Henao.

---

---

### Honrosa distinción.

La Academia Nacional de Medicina ha nombrado miembro honorario de la corporación al doctor MANUEL FORERO E. Al hacer esta designación la Academia ha tenido en cuenta, de acuerdo con sus Estatutos, no solamente la labor médica del doctor FORERO E., en la región de Casanare, sino el importante servicio que ha prestado al país y a la Academia con la fundación del premio que lleva su nombre, y que servirá de estímulo para el estudio de la patología de Colombia y de benéfico ejemplo para lo futuro. El capital donado por el doctor FORERO E. para aquella fundación ha sido generosamente aumentado por él con \$ 2,000 oro americano, que acaba de poner a la disposición de la Academia.

Una Comisión de tres académicos puso en manos del doctor FORERO E. el diploma de miembro honorario.

El doctor FORERO E. se dirigió a los comisionados en los siguientes términos:



Señores académicos:

Os agradezco de la manera más cordial vuestra presencia aquí, y me es grato daros la bienvenida. Vosotros os habéis dignado traerme, de parte de la Academia Nacional de Medicina, un importante mensaje de gracias y de lo que se ha hecho en ella para la organización y adjudicación del premio que lleva mi nombre; mensaje que me favorece con honra y satisfacción y cuyo alto valor moral lo considero realzado por vuestra intervención en él. Ahora séame permitido manifestaros además que la fundación del premio a que se hace alusión se debe en parte a la misma Academia, por ser ella en Colombia, sin duda ninguna, a la par de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, la corporación científica más sabia, la más benéfica, la más seria, la más meritoria, la más honrosa para la Nación y portanto también muy digna de confianza. Las eminentes virtudes de sus miembros y los grandes servicios que prestan a la Patria han llamado también mi atención y han sido el estímulo y el móvil suficiente para haberme decidido a poner respetuosamente en sus manos el óbolo que he dado. De manera que esa fundación del premio es también obra de la corporación, que indirectamente la ha inspirado, y que también se ha dignado patrocinarla. Así pues os ruego, señores doctores de la presente Comisión, participéis a la Academia esta manifestación; y que, agradecido de sus atenciones y también con la satisfacción y el orgullo de ser su miembro honorario, hago votos por su prosperidad, ya colectiva, ya



individualmente, respecto de los honorabilísimos miembros que la componen.

Asímismo tengo el honor de poner en vuestras manos el documento correspondiente al depósito de dos mil (\$ 2,000) dólares que el día 2 de julio último hice en el Banco de Colombia de esta ciudad de Bogotá a favor de la Academia Nacional de Medicina, a fin de aumentar la suma cuyos intereses, en sus dos terceras partes, han de servir para el premio, y la otra tercera parte para capitalizarla.

---



## TRABAJOS ORIGINALES

### “SANTA LUCIA”

#### Clínica particular del doctor M. A. Cuéllar Durán.

Estadística de los casos operados en el año transcurrido desde el día 1.º de mayo de 1916 hasta el día 30 de abril de 1917, presentada a la Academia Nacional de Medicina.

Señores miembros de la Academia Nacional de Medicina:

Tengo el honor de presentar al estudio de esa ilustrada corporación 113 casos operados por mí en mi clínica particular de *Santa Lucía*, en el año que principió el día 1º de mayo de 1916 y que terminó el último de abril de 1917.

No agrego a estas observaciones ninguna conclusión, por ser en realidad reducido el número de intervenciones. En los 44 casos de catarata que presento practicados haciendo la extracción combinada, la incisión se ha sacado en pleno tejido conjuntival, y he observado la cicatrización más rápida que en las incisiones hechas en el tejido córneo solamente.

Para mayor comodidad dividí las observaciones clínicas en cuatro grupos, así:

1º Intervenciones sobre el cristalino, el iris y la córnea.

2º Intervenciones sobre el globo ocular, los músculos del ojo, la conjuntiva, los párpados y las regiones vecinas.

3º Intervenciones en el rinofaringe, la cavidad bucal y anexos del aparato respiratorio; y



4º Por último, la extirpación de un cuerpo extraño del oído medio.

En estos trabajos he sido hábilmente ayudado por el señor Carlos M. Pava, ex-Jefe de Clínica del Hospital de San Juan de Dios, hoy Jefe de trabajos del Laboratorio *Santiago Samper* de la Facultad de Medicina.

Me prometo presentar todos los años la estadística de los trabajos que verifique en dicha clínica particular, para someterlos al estudio de esa muy ilustrada corporación.

#### INTERVENCIONES SOBRE EL CRISTALINO, LA CRISTALOIDE, EL IRIS Y LA CÓRNEA

1. N. N. (mujer) de veinticinco años, natural y procedente de Bogotá, soltera, maestra de escuela.

Datos importantes: ocho meses antes fue operada de su catarata del OI.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil doble.

El iris y la retina reaccionan normalmente.

Intervención. (Mayo 1º de 1916). OD: extracción combinada; colgajo córneo conjuntival superior.

Resultado: cicatrización al décimocuarto día. Después de la cicatrización tuvo una ligera reacción del iris, que cedió a los diez días de tratamiento con pomada amarilla y compresas calientes.

$$\frac{OD}{OI} = 11^D \quad \text{Cerca} = 16^D \quad V = 5/15.$$

2. N. N. (varón) de sesenta y cinco años, natural y procedente de Guateque, casado, jornalero.



Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil doble.

El iris y la retina reaccionan normalmente.

Intervención. (Mayo 2 de 1916). OI: extracción combinada; colgajo córneo conjuntival superior. Hubo necesidad de extraer con la cureta las masas que quedaron después de salir el núcleo central del cristalino; este tiempo produjo la salida de una cantidad insignificante de vítreo.

Resultado: cicatrización al décimosexto día.

OD= Catarata.      V=5/25.  
 $\text{D}$   
 OI= 11

3. N. N. (varón) de veintidós años, natural y procedente de Bogotá, soltero, zapatero.

Datos importantes: fue operado para su catarata congénita doble, y después para arrancar un fragmento opaco de la cristaloides posterior del OD.

Diagnóstico y pronóstico: opacidad de la cristaloides posterior de ambos ojos.

El pronóstico no muy bueno, especialmente para el OI, en el cual la reacción luminosa ha disminuído mucho.

Intervención. En la Clínica se le practicaron dos:

La primera (mayo 4 de 1916) consistió en el arrancamiento de la cristaloides posterior del OD, después de lo cual salió una pequeña cantidad de vítreo; colgajo córneoconjuntival superior.

La segunda (junio 17 de 1916) consistió, igualmente a la anterior, en el arrancamiento de



la cristaloides opaca del OI; difirió de ella en que con la incisión se hizo la iridectomía, porque el iris estaba adherido a la cicatriz córnea de la primera intervención que le practicaron; también salió en esta intervención una pequeña cantidad de vítreo; colgajo córneo superior.

Resultado: cicatrización: OD al décimo día, OI al quinto día.

$$\begin{array}{l} \text{OD} = 11^{\text{D}} \\ \text{OI} = 11^{\text{D}} \end{array} \text{ Cerca} = 20^{\text{D}} \quad \text{V} = 5/35.$$

4. N. N. (varón) de sesenta años, natural y procedente de Chía, casado, agricultor.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil doble.

El iris y la retina reaccionan bien.

Intervención. Se le practicaron dos:

La primera (mayo 6 de 1916) consistió en la extracción combinada del cristalino derecho; colgajo córneoconjuntival superior. En esta intervención, al romper la cristaloides anterior con el quistítomo, empezó a salir vítreo, por lo cual hubo necesidad de extraer el cristalino con el asa de cuerpos extraños, manipulación que causó la salida de nueva cantidad de vítreo.

La segunda (marzo 8 de 1917) consistió en la extracción combinada del cristalino izquierdo; colgajo córneoconjuntival superior. Apenas se extrajo el cristalino salió una pequeña cantidad de vítreo.

Resultado: cicatrización: OD al décimo día, OI al sexto día.

$$\begin{array}{l} \text{OD} = 11^{\text{D}} \\ \text{OI} = 9^{\text{D}} \end{array} \text{ Cerca} = 15^{\text{D}} \quad \text{V} = 5/15.$$



5. N. N. (varón) de cincuenta y cuatro años, natural y procedente de Tena, casado, agricultor.

Datos importantes: tiene una opacidad de la córnea izquierda, cicatriz de una úlcera. Le hicieron una irectomía para ver de hacer entrar luz en el ojo, pero el resultado no fue el que se esperaba, pues la visión quedó casi lo mismo.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil del OD.

El iris y la retina reaccionan bien.

Intervención. (Mayo 12 de 1916). OD. Extracción combinada; colgajo córneoconjuntival superointerno. Al hacerle la primera curación tuvo una pequeña hemorragia por la herida; en la segunda curación se observó que había una hernia del iris, motivo por el cual se resolvió hacerle una segunda intervención, que consistió en la resección del iris herniado y el avanzamiento conjuntival. Dos días después había cicatrizado la herida sin la menor complicación.

Resultado: cicatrización al vigésimocuarto día.

OD=11<sup>D</sup>  
OI=Opacidad de la córnea. V.=5/25.

6. N. N. (varón) de cuarenta años, natural y procedente de Ambalema, casado, empleado público.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: catarata doble, probablemente de origen arterioescleroso.

El iris y la retina reaccionan normalmente.

Intervención. (Mayo 16 de 1916). OD: extracción combinada; colgajo córneoconjuntival superior.



Resultado: cicatrización al sexto día.

OD=10<sup>D</sup> Cerca=5<sup>D</sup> V.=5/15.  
OI=Catarata.

7. N. N. (varón) de sesenta y seis años, natural y procedente de Guataquí, casado, vaquero.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil doble.

El iris y la retina reaccionan normalmente.

Intervención. (Mayo 24 de 1916). OD: extracción combinada; colgajo córneoconjuntival superior; el cristalino estaba muy adherido a la cristaloides. Hubo una pequeña fistula de la herida, cuya cicatrización se verificó después de aplicarle un punto de fuego.

Resultado: cicatrización al vigésimoséptimo día.

OD=10<sup>D</sup> Cerca=14<sup>D</sup> V=5/25.  
OI=Catarata.

8. N. N. (varón) de sesenta años de edad, natural y procedente de Cota, viudo, agricultor.

Datos importantes: un año antes se le hizo la enucleación del OD para un glaucoma que no cedió a ningún tratamiento.

Diagnóstico y pronóstico: glaucoma doble.

El pronóstico parece bueno, porque el OI reaccionó con el colirio P. E. C., y después con el colirio fuerte de eserina; la pupila llegó a hacerse puntiforme.

Intervención. (Mayo 25 de 1916). OI: iridectomía antiglaucomatosa clásica.



Resultado: baja considerablemente de la tensión ocular y desaparición de los dolores. La mejoría ha persistido.

9. N. N. (mujer) de sesenta y siete años, natural de Bogotá, procedente de Mosquera, viuda, comerciante.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil doble.

El iris y la retina de ambos ojos reaccionan bien a la luz.

Intervención. Se practicaron dos:

La primera (junio 3 de 1916) en el OI: a causa de la inquietud de la enferma el cristalino se luxó hacia la parte inferior de la cámara anterior, y por un movimiento brusco quedó enclavado en la parte inferior del vítreo, donde apenas se ve, y por lo tanto no impide la visión; colgajo córneoconjuntival superior.

La segunda (junio 26 de 1916) en el OD: extracción combinada; colgajo córneoconjuntival superointerno.

Resultado: cicatrización: OI al séptimo día; OD al décimocuarto día.

$$\begin{array}{l} \text{OD} = 9^{\text{D}} \\ \text{OI} = 10^{\text{D}} \end{array} \quad \text{Cerca} = 14^{\text{D}} \quad \text{V} = 5/20.$$

10. N. N. (mujer) de cincuenta y cinco años, natural y procedente de Chía, soltera, costurera.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil doble.

El iris y la retina reaccionan normalmente a la luz.



Intervención. Se practicaron dos:

La primera (junio 6 de 1916) en el OD: extracción combinada; colgajo córneoconjuntival superior.

La segunda (junio 26 de 1916) en el OI: extracción combinada; colgajo córneoconjuntival superior. Después de cicatrizar la herida tuvo una conjuntivitis aguda que cedió en seis días al sulfato de cinc al 1 por 40.

Resultado: cicatrización: OD al undécimo día; OI al octavo día.

$$\begin{array}{l} \text{OD} = 11^{\text{D}} \\ \text{OI} = \end{array} \quad \text{Cerca} = 16^{\text{D}} \quad \text{V} = 5/15.$$

11. N. N. (varón) de ocho años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes: en la convalecencia de una fiebre tifoidea tuvo una iridociclitis heredo-específica con catarata secundaria en el OI.

Diagnóstico y pronóstico: iridociclitis heredo-específica, con catarata secundaria del OI.

El iris está inmóvil a causa de adherencias con la cristaloides anterior. La retina reacciona bien a la luz.

Intervención. (Junio 6 de 1916). OI: desprendimiento de las adherencias del iris a la cristaloides y extracción combinada; colgajo córneoconjuntival superior.

Resultado: cicatrización al sexto día.

$$\begin{array}{l} \text{OD Normal.} \\ \text{OI} = 9^{\text{D}} \end{array} \quad \text{Cerca} = 14^{\text{D}} \quad \text{V} = 5/40.$$

12. N. N. (mujer) de sesenta años, natural y procedente de Chía, casada, agricultora.



Datos importantes: el origen de su enfermedad del OD es un traumatismo con un cuerpo extraño.

Diagnóstico y pronóstico: catarata negra o sea catarata infecciosa.

En la parte superior de la retina hay ausencia de proyección luminosa; el iris no reacciona a la luz por sus adherencias con la cristaloides anterior.

Intervención. (Junio 17 de 1916). OD: separadas las adherencias del iris a la cristaloides anterior, se hizo la extracción combinada. Después de verificada la cicatrización tuvo una pequeña reacción del iris, que cedió con atropina y compresas calientes.

Resultado: cicatrización al cuarto día.

$$\begin{aligned} \text{OD} &= 10^D \quad V = 5/50. \\ \text{OI} &= \text{OD} \end{aligned}$$

13. N. N. (varón) de veintiocho años, natural y procedente de Cogua, soltero.

Datos importantes. En los primeros años de su vida tuvo alguna visión, aunque muy defectuosa.

Diagnóstico y pronóstico: catarata congénita doble.

Hay buena proyección luminosa en la retina. El iris reacciona normalmente.

Intervención. Se practicaron dos: una en cada ojo.

La primera (junio 27 de 1916) en el OI: previa dilatación de la pupila con atropina se hizo la extracción simple; el cristalino era quístico, y al romperse se desgarró la cristaloides posterior.



terior, y el vítreo empezó a salir con marcada tendencia y abundantemente; la visión se verifica normalmente. Como complicación tuvo una hernia del vítreo, que se eliminó espontáneamente a los ocho días.

La segunda intervención (julio 18 de 1916) se practicó en el OD: después de la dilatación de la pupila con atropina, se hizo también la extracción simple. Lo mismo que en el OI el cristalino era quístico, y al romper la cristaloides anterior se desgarró también la posterior y empezó a salir vítreo, quizás con más tendencia que en el OI. En ambos ojos el colgajo fue córneo superior.

Resultado: cicatrización: OD al noveno día; OI al décimocuarto día.

$$\begin{array}{l} \text{OD} = 10^{\text{D}} \\ \text{OI} = 11^{\text{D}} \end{array} \quad \text{V} = 5/7,50.$$

14. N. N. (mujer) de sesenta años, natural de Zipaquirá, procedente de Bogotá, soltera y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: siete meses antes fue operada para su catarata del OI. La catarata del OD se formó en un espacio de tiempo muy reducido (tres meses próximamente).

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil doble (el OI ya operado).

El iris y la retina reaccionan bien a la luz.

Intervención. (Julio 1º de 1916). OD: extracción combinada; hubo necesidad de extraer con la cureta las masas opacas que quedaron después de salir el núcleo central del cristalino; colgajo córneoconjuntival superior. Tuvo como



complicación operatoria una conjuntivitis aguda que cedió a un tratamiento con sulfato de cinc y compresas calientes.

Resultado: cicatrización al décimosexto día.

$$\frac{OD}{OI} = 9^D \quad \text{Cerca} = 12^D \quad V = 5/15.$$

15. N. N. (varón) de cincuenta y ocho años, natural y procedente de Bogotá, casado, agricultor.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil del OD. Iris y retina normales.

Intervención. (Julio 6 de 1916). OD: extracción combinada; el cristalino estaba muy adherido a la cristaloides posterior; colgajo córneo superior.

Resultado: cicatrización al sexto día.

$$\frac{OD}{OI} = 10^D \quad \text{Cerca} = 16^D \quad V = 5/25.$$

16. N. N. (varón) de veintiséis años, natural de Suesca, procedente de Bogotá, casado, carrero.

Datos importantes: tuvo un traumatismo en el OD, con una hoja de lata.

Diagnóstico y pronóstico: herida penetrante del OD, producida por un cuerpo cortante que seccionó la córnea, parte del iris y todo el cristalino en el sentido vertical, a unos cuatro milímetros del limbo externo de la córnea; por la herida salía vítreo.

El pronóstico, naturalmente, debe ser reservado a causa de la probable infección del cuerpo extraño, fuera de la catarata secundaria que



se producirá, sin duda, por la herida del cristalino.

Intervención. Se practicaron dos, ambas en el OD.

La primera (julio 16 de 1916) consistió en la reducción del iris, que hacía hernia por la herida de la córnea, y la sutura de esta última por medio de dos puntos con seda; se puso atropina y un vendaje aséptico.

La segunda (julio 17) tuvo por objeto la avivación de los labios de la herida córnea, que no se había cerrado completamente con la sutura; para ello se aplicaron tres puntos de fuego.

Resultado: los dolores, que al principio fueron insoportables, calmaron poco a poco hasta desaparecer completamente; no hubo iridociclitis. A los veinte días después del traumatismo la herida de la córnea estaba completamente cicatrizada; como se preveía antes de la intervención, el cristalino quedó completamente opaco.

17. N. N. (mujer) de cincuenta y cinco años, natural de Las Mesitas del Colegio, procedente del mismo lugar, soltera y de profesión cocinera.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: glaucoma doble.

El iris cedió a la aplicación del colirio fuerte de eserina; la proyección luminosa del OD es muy defectuosa.

Intervención (julio 19 de 1916): se practicó en ambos ojos la iridectomía antiglaucomatosa en tres cortes.

Resultado: cicatrización al quinto día en ambos ojos; desaparición de los dolores y contracción permanente de la pupila con el colirio P.



E. C. Tuvo una conjuntivitis aguda, que cedió a los siete días de un tratamiento con sulfato de cinc.

18. N. N. (varón) de treinta y seis años, natural de Soacha, procedente de Bogotá, soltero, electricista.

Datos importantes: tuvo una herida penetrante del OD, producida por un fragmento de madera.

Diagnóstico y pronóstico: herida penetrante de la córnea en la parte inferoexterna, a dos y medio milímetros del limbo. OD.

El pronóstico reservado, a causa de la posible infección.

Intervención (julio 27 de 1916). Se hizo el avivamiento de los bordes de la herida por medio de dos puntos de fuego con el galvanocauterio.

Resultado: cicatrización al undécimo día. La opacidad debida a la herida ha desaparecido casi con el tratamiento con pomada amarilla.

19. N. N. (mujer) de cincuenta y cinco años, natural de Girardot, procedente de *La Virginia*, soltera y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: glaucoma del OD.

El iris está completamente dilatado; la retina no reacciona a la luz.

Intervención. Se practicaron dos. OD:

La primera (agosto 1º de 1916) consistió en la iridectomía antiglaucomatosa en tres cortes.

La segunda (septiembre 23 de 1916) se practicó en vista de que la primera no produjo el resultado esperado, y de que los síntomas se



estaban presentando ya en el OI: consistió en la enucleación del OD.

Resultado. Después de la primera intervención se calmaron los dolores del OD, que eran muy agudos, aunque la visión no se recobró; pero como hubo necesidad de la segunda porque volvieron a aparecer todos los síntomas de glaucoma, con el carácter especial de que estaban pasando al ojo bueno (OI), esta intervención dio por resultado la desaparición de todos los síntomas mencionados.

20. N. N. (mujer), de cincuenta y cuatro años, natural de Sasaima, procedente de Bogotá, soltera, de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil doble.

El iris y la retina reaccionan bien a la luz.

Intervención. Se practicaron dos:

La primera (agosto 2 de 1916) en el OI: extracción combinada; colgajo córneoconjuntival superior.

La segunda (septiembre 5 de 1916) en el OD: extracción combinada; colgajo córneoconjuntival superior.

Resultado: cicatrización: OI al sexto día; OD al duodécimo día.

$$\begin{array}{l} \text{OD} = 11^{\text{D}} \\ \text{OI} = 9^{\text{D}} \end{array} \quad V = 5/15.$$

21. N. N. (varón), de setenta y ocho años, natural de Edimburgo (Inglaterra), procedente de San Lorenzo, casado, mecánico.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil doble.



El iris y el fondo del ojo reaccionan normalmente:

Intervención. Se practicaron dos:

La primera (agosto 17 de 1916), OI: extracción combinada; hubo necesidad de extraer con la cureta las masas opacas que quedaron después de salir el núcleo central del cristalino; colgajo córneoconjuntival superior.

La segunda (octubre 17 de 1916), en el OD; extracción combinada; igualmente a la intervención anterior, hubo necesidad de extraer con la cureta las masas opacas que quedaban salido el núcleo central del cristalino; colgajo córneoconjuntival superointerno.

Resultado: cicatrización: OD al undécimo día; OI al octavo día.

$$\begin{array}{l} \text{OD} = 9^{\text{D}} \\ \text{OI} = 10^{\text{D}} \end{array} \text{ Cerca} = \begin{array}{l} \text{OD} = 14^{\text{D}} \\ \text{OI} = 15^{\text{D}} \end{array} \quad \text{V} = 5/20.$$

22. N. N. (varón), de diez y ocho años, natural y procedente de Fusagasugá, soltero, herrero.

Datos importantes. Tuvo un traumatismo en el OD, que fue complicado de iridociclitis y fundición del ojo; en el OI tuvo también un traumatismo con una partícula de hierro que le produjo una iridociclitis que actualmente está enfriada.

Diagnóstico y pronóstico: iridociclitis del OD seguida de fundición del ojo, e iridociclitis del OI enfriada; ambas de origen traumático, la segunda muy probablemente simpática.

El OD está perdido; el OI tiene el iris adherente a la cristaloides anterior; la retina reacciona bien a la luz.



Intervención. Se practicaron dos:

La primera (agosto 26 de 1916) consistió en la enucleación del OD.

La segunda (septiembre 26 de 1916), en el OI: después de desprender el iris de sus adherencias con la cristaloides anterior, se hizo la extracción combinada del cristalino; hubo necesidad de extraer con la cureta las masas que quedaron después de salir el fragmento más grande del cristalino, y de arrancar con la pinza de iris la cristaloides posterior, que estaba opaca. No hubo salida de vítreo. Colgajo córneoconjuntival superior.

Resultado: cicatrización del OI al décimo-cuarto día. Dos días después de cicatrizar completamente la herida córneoconjuntival tuvo una hemorragia de la retina que abolió por completo la visión durante los primeros días que la siguieron, pero poco a poco empezó a reaparecer la sensación luminosa; cuando salió de la clínica ésta había aumentado bastante, por lo cual se resolvió esperar al completo restablecimiento de la visión, cuyo aumento actual es muy satisfactorio, para poner los vidrios correspondientes.

23. N. N. (varón), de cincuenta y cinco años, natural y procedente de Guadalupe (Tolima), casado, agricultor.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil doble.

En ambos ojos la reacción a la luz del iris y la retina es absolutamente normal.

Intervención. Se practicaron dos:



La primera (septiembre 5 de 1916) en el OI: extracción combinada; colgajo córneoconjuntival superior.

La segunda (septiembre 27 de 1916), en el OD: extracción combinada, cristalino quístico con un núcleo central que hubo necesidad de extraerlo con la cureta; colgajo córneoconjuntival superior. La cicatrización se demoró en este ojo porque se interpuso entre los bordes de la herida una pequeña punta de vítreo que en parte se eliminó espontáneamente y en parte se resecó; se pusieron dos puntos de fuego para avivar la córnea.

Resultado: cicatrización: OI al décimosegundo día; OD al vigésimosegundo día.

$$\begin{array}{l} \text{OD} = 10^{\text{D}} \\ \text{OI} = 9^{\text{D}} \end{array} \text{ Cerca } \begin{array}{l} \text{OD} = 15^{\text{D}} \\ \text{OI} = 14^{\text{D}} \end{array} \quad \text{V} = 5/7.50.$$

24. N. N. (varón), de cincuenta y siete años, natural y procedente de Neiva, casado, agricultor.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: glaucoma doble.

La pupila del OD está completamente atrofiada y excavada; no hay sensación luminosa. La pupila del OI está también atrofiada y excavada en unas 3/6 partes de su extensión; la visión es muy defectuosa, apenas percibe los contornos de los objetos grandes.

Intervención. Después de aplicar el colirio fuerte de eserina, al cual cedió la pupila izquierda, se le practicó la primera intervención, que consistió en la iridectomía antiglaucomatosa en ambos ojos (septiembre 8 de 1916).



El 14 de noviembre del mismo año se le practicó la segunda intervención, que consistió en la extracción del cristalino del OI, que se había opacado en el espacio transcurrido desde la primera intervención; una hora después de la operación una gran hemorragia, que fue posible contener con hamamelis y ergotina, pero en los días siguientes hubo dos más; al hacer la primera curación se pudo ver que las membranas del fondo del ojo habían sido expulsadas hacia la cámara anterior.

Resultado: a pesar de la intervención, la visión no ganó nada.

25. N. N. (varón), de sesenta y cuatro años, natural de Anapoima, procedente de Tocaima, casado, cantero.

Datos importantes: tuvo un traumatismo en el OD, producido por la proyección de finas partículas de piedra.

Diagnóstico y pronóstico: iridociclitis del OD, con catarata secundaria. Catarata senil del OI.

La proyección luminosa del OD es bastante defectuosa; la del OI es normal; el iris derecho está adherido a la cristalóide anterior.

Intervención (septiembre 9 de 1916), OD: después de separar el iris de sus adherencias se hizo la extracción combinada; colgajo córneo superior para evitar la hemorragia de la región iridociclar.

Resultado: cicatrización al décimoquinto día.

$$\begin{array}{l} \text{OD} = 10^{\text{D}} \\ \text{OI} = 0^{\text{D}} \end{array} \quad \text{V} = 5/9.$$



26. N. N. (mujer), natural y procedente de Bogotá, de veintiocho años de edad, casada.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: catarata juvenil del OD.

El iris y la retina reaccionan normalmente a la luz.

Intervención (septiembre 14 de 1916), OD: previa dilatación de la pupila con atropina, se hizo la extracción simple; el cristalino no salió por luxación, sino que hubo necesidad de sacarlo por pequeños fragmentos con la pinza de iris. Al día siguiente de cicatrizar la herida corneana tuvo una infección aguda del iris, acompañada de calofrío y fiebre que cedió a un tratamiento de pomada amarilla y compresas calientes. Ocho días después volvió a tener dolores oculares y nueva reacción del iris, que cedió a los pocos días del mismo tratamiento.

Resultado: cicatrización al décimo día.

$$\begin{aligned} \text{OD} &= 9^{\text{D}} & \text{Cerca} &= 15^{\text{D}} & \text{V} &= 5/7,5. \\ \text{OI} &= 0^{\text{D}} \end{aligned}$$

27. N. N. (mujer), de setenta años, natural de Neiva, procedente de Bogotá, casada.

Datos importantes: es diabética y tiene una hemiplejía izquierda.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil doble.

El pronóstico es naturalmente reservado a causa de su glicosuria y su hemiplejía. El iris y la retina reaccionan normalmente.

Intervención (octubre 10 de 1916), OI: extracción combinada; hubo que extraer con la cureta las masas que quedaban después de salir



el núcleo central del cristalino; colgajo córneo-conjuntival superior.

Resultado: cicatrización al sexto día.

$$OI=10^D \quad V=5/9.$$

OD= Catarata.

28. N. N. (varón), de cincuenta años, natural y procedente de Vergara, casado, agricultor.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil doble.

La retina y el iris reaccionan normalmente a la luz.

Intervención. Se practicaron dos:

La primera (septiembre 30 de 1916), OI: extracción combinada; cristalino quístico; colgajo córneoconjuntival superointerno.

La segunda (octubre 28 de 1916), OD: extracción combinada; hubo necesidad de extraer el cristalino con el asa de cuerpos extraños, tiempo que produjo la salida de una pequeña cantidad de vítreo; colgajo córneo superior.

Resultado: cicatrización: OD al séptimo día; OI al sexto día.

$$\begin{array}{l} OD \\ OI=11^D \quad V=5/6. \end{array}$$

29. N. N. (varón), de setenta y un años, natural y procedente de Quetame, casado, comerciante.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil doble.

La retina y el iris reaccionan normalmente a la luz.



Intervención (octubre 7 de 1916), OI: extracción combinada; colgajo córneoconjuntival superointerno.

Resultado: cicatrización al noveno día.

OD Catarata.

OI = 10<sup>D</sup> Cerca = 16<sup>D</sup> V = 5/8,50.

30. N. N. (varón), de cuarenta y dos años, natural y procedente de Bogotá, casado, zapatero.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil del OD.

El iris y la retina están normales.

Intervención (octubre 11 de 1916), OD: extracción combinada; colgajo córneoconjuntival superointerno.

Resultado: cicatrización al sexto día.

OD = 11<sup>D</sup> Cerca = 15<sup>D</sup> V = 5/15.

OI = 0<sup>D</sup>

31. N. N. (mujer), de cincuenta y nueve años, natural y procedente de Neiva, casada.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil del OD.

La retina y el iris reaccionan normalmente a la luz.

Intervención (octubre 31 de 1916), OD: extracción combinada, colgajo córneoconjuntival superointerno.

Resultado: cicatrización al séptimo día.

OD = 11<sup>D</sup> V = 5/15.

OI = 0<sup>D</sup>



32. N. N. (varón), de sesenta y cinco años, natural y procedente de Gachetá, casado, empleado público.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil doble.

La proyección luminosa de la retina está normal; el iris reacciona bien a la luz.

Intervención (noviembre 2 de 1916), OI: extracción combinada; cristalino quístico con un núcleo central; colgajo córneoconjuntival supero-interno.

Resultado: cicatrización al séptimo día.

OD=Catarata.  $V=5/9$ .

OI=9<sup>D</sup>

33. N. N. (mujer), de cincuenta años, natural y procedente de Junín, casada, cocinera.

Datos importantes: tuvo una úlcera serpigínosa de la córnea del OI, cuya cicatriz dejó una opacidad.

Diagnóstico y pronóstico: opacidad de la córnea izquierda por cicatriz de una úlcera serpigínosa.

El iris y el fondo del ojo reaccionan normalmente a la luz.

Intervención (noviembre 29 de 1916), OI: después de incisión córnea superior, se hizo una iridectomía óptica en la parte superoexterna.

Resultado: cicatrización al sexto día. Volvió la visión por la pupila artificial.

34 N. N. (mujer), de sesenta años, natural de Popayán, procedente de Bogotá, soltera, portera.



Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil doble.

La retina y el iris reaccionan normalmente a la luz.

Intervención (noviembre 30 de 1916), OD: extracción combinada; cristalino blando, hubo que sacar con la cureta las masas opacas que quedaron después de salir el núcleo central; colgajo córneoconjuntival superointerno.

Resultado: cicatrización al sexto día.

$$\begin{array}{l} \text{OD} = 11^{\text{D}} \\ \text{OI Catarata. } V = 5/16. \end{array}$$

35. N. N. (mujer), de treinta y cinco años, natural y procedente de Tocaima, soltera, jornalera.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: glaucoma doble.

El OD está perdido: el fondo presenta la pupila completamente atrofiada y excavada, no hay sensación luminosa. La pupila del OI está ligeramente excavada, la sensación luminosa es casi normal. El OD no reaccionó en lo más mínimo al colirio fuerte de eserina; el OI, después de un mes de aplicación del mismo colirio, reaccionó así: la tensión bajó, y el iris se contrajo aunque no del todo. Por estos datos se ve que el pronóstico tiene que ser reservado.

Intervención (diciembre 5 de 1916), OI: se practicó la iridectomía antiglaucomatosa en tres cortes.

Resultado: reaparición de la visión distinta, y sensible y permanente baja de la tensión ocular.



36. N. N. (mujer), de catorce años, natural y procedente de Neiva.

Datos importantes: probablemente su enfermedad fue causada por una conjuntivitis de las tierras calientes.

Diagnóstico y pronóstico: estafiloma de la córnea izquierda que impide la visión de ese ojo.

La proyección luminosa del fondo del ojo es buena; el iris está adherido a la cristaloide anterior; la iridociclititis que tuvo está completamente enfriada.

Intervención (noviembre 21 de 1916). Con el objeto de ver si se podía salvar el ojo para la visión se resolvió hacerle una iridectomía óptica en la parte superoexterna del OI; colgajo córneo superoexterno.

Resultado: cicatrización al sexto día. Como el estafiloma se volvió a presentar, hubo necesidad de reseca el segmento anterior del ojo (véase la observación número 15, de las intervenciones sobre el globo ocular).

37. N. N. (varón), de cincuenta y ocho años, natural y procedente de Guaduas, casado, agricultor.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil doble.

La retina y el iris están normales.

Intervención (diciembre 30 de 1916), OI: extracción combinada; colgajo córneoconjuntival superointerno.

Resultado: cicatrización al séptimo día.

OD Catarata. V=5/8.

OI=12<sup>D</sup>



38. N. N. (mujer), de sesenta años, natural y procedente de Toca, casada.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil doble.

El iris y la retina están normales.

Intervención (enero 6 de 1917), OD: extracción combinada; cristalino blando, por lo cual hubo que sacar con la cureta las masas que quedaron después de salir el núcleo central; al sacar la última salió una cantidad insignificante de vítreo; colgajo córneoconjuntival superointerno.

Resultado: cicatrización al octavo día.

OD = 10<sup>D</sup>      V = 5/12.  
OI Catarata.

39. N. N. (varón), de cuarenta y seis años, natural de San Luis (Tolima), procedente de Bogotá, soltero, religioso.

Datos importantes: es diabético.

Diagnóstico y pronóstico: catarata diabética doble.

En ambos ojos el iris y la retina están normales.

Intervención (enero 16 de 1917), OI: después de reducir a cero el azúcar urinario, se practicó la intervención: extracción combinada; colgajo corneoconjuntival superior.

Resultado: cicatrización al séptimo día.

OD Catarata.  
OI = 9<sup>D</sup>      V = 5/15.

40. N. N. (mujer), de cincuenta y ocho años, natural de Tenjo, procedente de Bogotá, casada, sirvienta.



Datos importantes: tuvo dos meses antes de la intervención una conjuntivitis de Weeks, que curó con sulfato de cinc.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil doble.

El fondo del ojo y el iris están normales.

Intervención (enero 16 de 1917), OI: extracción combinada; cristalino blando, por lo cual hubo que sacar con la cureta las masas opacas que quedaron después de salir el núcleo central; colgajo córneoconjuntival superointerno.

Resultado: cicatrización al noveno día.

OD Catarata.  
OI=12<sup>D</sup> V=5/7,50.

41. N. N. (mujer), de sesenta años, natural y procedente de Tocaima, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: pterigio interno del OI, que impide la visión por cubrir el campo pupilar.

La retina y el iris están normales.

Intervención. Se practicaron dos, de las cuales no consignaremos sino la primera, para colocar la otra entre las intervenciones sobre la conjuntiva.

(Enero 20 de 1917). OI: como era natural pensar que un pterigio de las dimensiones y de la antigüedad del que se trata hubiera opacado la córnea en el lugar de su implantación, se hizo una iridectomía óptica hacia la parte superoexterna.

Resultado: reaparición de la visión, por la



entrada de los rayos luminosos por la pupila artificial.

42. N. N. (mujer), de cuarenta años, natural de Cáqueza, procedente de Bogotá, casada, tejedora.

Datos importantes: dos años antes de la intervención había sido operada con el objeto de extraerle el cristalino del OD, que está luxado hacia arriba, lo cual no fue posible.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil del OI, y luxación hacia arriba del cristalino derecho.

El fondo del ojo y el iris están normales en ambos ojos.

Intervención (enero 20 de 1917), OI: extracción combinada; colgajo córneoconjuntival superior.

Resultado: cicatrización al sexto día.

$$\begin{array}{l} \text{OD} = 0^{\text{D}} \\ \text{OI} = 11^{\text{D}} \end{array} \quad V = 5/6.$$

43. N. N. (mujer), de setenta años, natural de La Palma, procedente de Bogotá, casada.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil doble.

La proyección luminosa y la reacción del iris están normales en ambos ojos.

Intervención (febrero 3 de 1917), OD: extracción combinada; cristalino blando, hubo necesidad de extraer masas opacas con la cureta; colgajo córneoconjuntival superointerno. Diez días después de operada se presentó una iridociclitis bastante grave, que sólo cedió después de quince días de tratamiento con pomada amarilla y compresas calientes.



Resultado: cicatrización al séptimo día.

$$\begin{array}{l} \text{OD} = 9^{\text{D}} \\ \text{OI} \text{ Catarata.} \end{array} \quad \text{V} = 5/45.$$

44. N. N. (mujer), de cincuenta y cinco años, natural y procedente de Bogotá, viuda y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil doble.

El fondo del ojo y el iris reaccionan normalmente a la luz.

Intervención (febrero 10 de 1917), OI: extracción combinada; cristalino opaco en la periferia, casi transparente en el centro (catarata zonular); colgajo córneoconjuntival superointerno.

Resultado: cicatrización al quinto día.

$$\begin{array}{l} \text{OD} \text{ Catarata.} \\ \text{OI} = 12^{\text{D}} \end{array} \quad \text{V} = 5/9.$$

45. N. N. (varón), de treinta y ocho años, natural y procedente de Cáqueza, casado, agricultor.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: catarata juvenil del OI.

Iris normal; proyección luminosa buena.

Intervención (febrero 15 de 1917), OI: extracción combinada; colgajo córneoconjuntival superior. La cicatrización se demoró a causa de una hernia del vítreo, que se eliminó espontáneamente.

Resultado: cicatrización al décimosexto día.

$$\begin{array}{l} \text{OD} = 0^{\text{D}} \\ \text{OI} = 10^{\text{D}} \end{array} \quad \text{V} = 5/10.$$



46. N. N. (mujer), de sesenta y un años, natural de Caldas (Boyacá), procedente de Bogotá soltera, cocinera.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil doble.

Iris normal; proyección luminosa buena.

Intervención (febrero 20 de 1917), OI: extracción combinada; cristalino blando, hubo necesidad de extraer con la cureta las masas opacas que quedaron después de salir el núcleo central del cristalino; colgajo córneoconjuntival superior. Tuvo una ligera reacción del iris, que cedió con compresas calientes.

Resultado: cicatrización al octavo día.

OD Catarata.

$$OI = 10^D \quad V = 5/18.$$

47. N. N. (mujer), de veinte años, natural de Padua (Boyacá), procedente de Bogotá, soltera, sirvienta.

Datos importantes: tuvo una úlcera de la córnea, cuya cicatriz dejó una opacidad, y además una infección del saco lacrimal, lo que motivó una operación para resecarlo. OI.

Diagnóstico y pronóstico: opacidad de la córnea izquierda producida por la cicatriz de una ulceración.

El iris y el fondo del ojo están normales.

Intervención (febrero 20 de 1917), OI: iridectomía óptica en la parte superoexterna; colgajo córneo superior.

Resultado: cicatrización al octavo día. Los rayos luminosos al penetrar por la pupila artificial permitieron a la enferma recuperar la visión por el OI.



48. N. N. (mujer), de cincuenta y dos años, natural y procedente de Tocaima, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: glaucoma avanzado en el OI; incipiente en el OD.

OI: la papila excavada y descolorida; el iris no reacciona de su dilatación ni a la luz ni a los mióticos. OD: papila ligeramente excavada, de color normal; el iris, ligeramente dilatado, reacciona bien a la luz y a los mióticos. La tensión aumentada en ambos ojos.

Intervención (marzo 5 de 1917). Iridectomía antiglaucomatosa en tres cortes en ambos ojos.

Resultado: cicatrización al undécimo día en ambos ojos. En el OI bajó la tensión, aunque no se recuperó la visión; en el OD la tensión bajó y pareció seguir normal la visión.

49. N. N. (mujer), de veintitún años, natural y procedente de Une, soltera, sirvienta.

Datos importantes: cuando pequeña tuvo viruela, que parece haber sido la causa de la infección de las conjuntivas y de la ulceración de ambas córneas, cuyas cicatrices dejaron opacidades.

Diagnóstico y pronóstico: opacidad de ambas córneas, a consecuencia de ulceraciones de las mismas.

Retina e iris, normales.

Intervención (marzo 26 de 1917), OD: iridectomía superoexterna; colgajo córneo superoexterno.

Resultado: cicatrización al noveno día. La



visión del OD, que era muy defectuosa, se volvió casi normal.

50. N. N. (mujer), de sesenta y cinco años, natural de Facatativá, procedente de Bogotá, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes, ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: catarata senil doble.

Fondo del ojo e iris, normales.

Intervención (abril 24 de 1917), OD: extracción combinada; colgajo córneoconjuntival superior.

Resultado: cicatrización al décimo día.

$$\begin{aligned} \text{OD} &= 10^D \\ \text{OI} &= \text{Catarata.} \quad V=5/9. \end{aligned}$$

51. N. N. (mujer), de cuarenta años, natural de Zipaquirá, procedente de Bogotá, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes, ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: glaucoma doble.

OI: pupila completamente dilatada y que no reacciona a la luz ni a los mióticos; la papila completamente excavada, blanca y atrofiada; no hay la menor sensación luminosa. OD: pupila dilatada, que reacciona a la luz, algo a los mióticos (colirio fuerte de eserina); papila excavada en unas 5/6 partes de su extensión; hay sensación luminosa y algo de visión.

Intervención (abril 28 de 1917). Se practicó en ambos ojos la iridectomía antiglaucomatosa en tres cortes.

Resultado, cicatrización al séptimo día. Baja sensible de la tensión en ambos ojos, desaparición de los dolores y aumento notable de la visión por el OD.



INTERVENCIONES SOBRE EL GLOBO OCULAR, LOS MÚSCULOS DEL OJO, LA CONJUNTIVA, LOS PÁRPADOS Y LAS REGIONES VECINAS

1. N. N. (mujer), de veintitrés años de edad, natural de Sesquilé, procedente de Bogotá, soltera, costurera.

Datos importantes: tuvo una sinusitis maxilar derecha.

Diagnóstico y pronóstico: tic doloroso de la cara, del lado derecho.

Pronóstico respecto a la curación del tic, reservado.

Intervención (mayo 1º de 1916). Se puso una inyección de alcohol absoluto en el nervio infraorbitario a su salida del canal infraorbitario.

Resultado: desaparición del dolor y las otras sensaciones subjetivas que la molestaban.

2. N. N. (mujer), de treinta años, natural de Suaita, procedente de Bogotá, soltera, sombrerera.

Datos importantes: ya había sido operada para el mismo pterigio.

Diagnóstico y pronóstico: pterigio interno del OD.

Pronóstico reservado por la posible reproducción, aunque los tejidos que lo forman no parecen de naturaleza maligna.

Intervención (mayo 4 de 1916), OD: resección del tejido de nueva formación; se pusieron dos puntos de sutura con seda.

Resultado. Después de un año no se ha reproducido.



3. N. N. (mujer), de sesenta y cuatro años, natural y procedente del Guamo, soltera y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes, ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: pterigio interno del OD.

Por las dimensiones del pterigio y su antigüedad es probable que la córnea donde está implantado quede opaca.

Intervención (mayo 27 de 1916), OD: extirpación del pterigio; se pusieron dos puntos de sutura con seda. Como se preveía, la córnea cubierta por él estaba opaca.

4. N. N. (mujer), de treinta y cinco años, natural y procedente de Junín, casada.

Datos importantes: tuvo un traumatismo en la cabeza, después del cual le sobrevinieron cefalalgia permanente, vértigos, vómitos nerviosos, y últimamente exoftalmía del OD.

Diagnóstico y pronóstico: exoftalmía del OD causada probablemente por un tumor maligno del cerebro.

El pronóstico es sumamente grave.

Intervención. Visto el grado de exoftalmía y el estado de infección del ojo y con esperanza de que pudiera ser un absceso del cerebro, se resolvió hacer la enucleación del OD, pues en este último caso el pus tendría salida por la órbita (junio 10 de 1916).

Resultado: no había absceso. Los dolores continuaron lo mismo. Últimamente parece que los huesos que forman el fondo de la órbita han sido desalojados hacia afuera, y la enferma está en estado de alienación mental.



5. N. N. (mujer), de cuarenta años, natural y procedente de Las Mesitas del Colegio, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: tuvo probablemente una conjuntivitis que produjo una úlcera de la córnea y consecuentemente una iridociclitis.

Diagnóstico y pronóstico: iridociclitis del OI, y principio de reacción simpática en el OD.

El OI está perdido; el OD está casi normal, lo único que presenta son los dolores.

Intervención (junio 10 de 1916). Se practicó la enucleación del OI.

Resultado: desaparición de los dolores del OD.

6. N. N. (varón) de treinta años, natural y procedente de Zipaquirá, soltero, comerciante.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: pterigio interno del OI. Pronóstico, bueno.

Intervención (julio 15 de 1916.) Se extirpó el pterigio.

7. N. N. (mujer), de cuarenta años, natural de Neiva, procedente de Bogotá, soltera, religiosa.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: pterigio interno del OD. Pronóstico, bueno.

Intervención (junio 22 de 1916). Extirpación del pterigio; se pusieron dos puntos de sutura con seda.

8. N. N. (varón), de treinta y tres años, natural del Guamo, procedente de Honda, casado, empleado público.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: pterigio interno de ambos ojos.



Intervención (junio 22 de 1916), OD: extirpación del pterigio; se pusieron dos puntos de sutura con seda.

9. N. N. (mujer), de veintisiete años, natural y procedente de Bogotá, soltera, empleada.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: pinguécula del OD.

Intervención (junio 27 de 1916). Extirpación del tumor; se puso un punto de sutura con seda.

10. N. N. (mujer), de veintidós años, natural y procedente de Bogotá, soltera, cajera.

Datos importantes: el origen de su mal fue una conjuntivitis blenorragica mal tratada.

Diagnóstico: fundición del OI a causa de una conjuntivitis blenorragica.

Intervención (agosto 25 de 1916), OI: enucleación del ojo.

11. N. N. (varón), de cincuenta y siete años, natural y procedente de Chaparral, casado, agricultor.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: glaucoma del OI, con excavación y descoloración completa de la pupila y pérdida de la sensación luminosa; iris dilatado, que no reacciona a la luz ni a los mióticos. OD normal.

Intervención (octubre 9 de 1916). Enucleación del OI, para impedir el paso del glaucoma al otro ojo.

Resultado: los dolores insignificantes que tenía en el OD, y el ligero aumento de la tensión desaparecieron a las pocas horas de haber enucleado el ojo enfermo.

12. N. N. (mujer), de cuarenta años, natu-



ral de Pamplona, procedente de Bogotá, soltera y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: pterigio interno del OI.

Pronóstico, bueno.

Intervención (octubre 14 de 1916), OI: extirpación del tumor; se pusieron tres puntos de sutura con seda.

13. N. N. (mujer), de treinta y cuatro años, natural y procedente de Bogotá, casada, costurera.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pingüecula del OD.

Intervención (octubre 24 de 1917), OD: extirpación del tumor; se pusieron dos puntos de sutura con seda.

14. N. N. (mujer), de seis años de edad, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: estrabismo convergente bilateral, congénital; más pronunciado en el OI.

Intervención (noviembre 4 de 1916), OI: acortamiento del recto externo (cortando el músculo) y tenotomía del recto interno. OD: tenotomía del recto interno.

Resultado: los dos ojos quedaron como en cualquier individuo normal.

15. N. N. (Véase la observación número 36 de las intervenciones sobre el iris).

A pesar de la iridectomía reapareció el estafiloma, por lo cual se resolvió hacer la resección del segmento anterior del ojo, pasando cuatro hilos de catgut por detrás de la región iridociliar. (Diciembre 28 de 1916).



Resultado : muñón ocular movable en todos sentidos, lo mismo que el ojo artificial que se le adaptó.

16. N. N. (mujer), de veinticinco años, natural de Tensa, procedente de Bogotá, soltera, cocinera.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico : pterigio interno del OI.

Intervención (noviembre 28 de 1916), OI: extirpación del tumor; se pusieron tres puntos de sutura con seda.

17. N. N. (varón), de veintidós años, natural y procedente de Cáqueza, soltero, matancero.

Datos importantes, ninguno.

Diagnóstico: pterigio interno del OI.

Intervención (diciembre 9 de 1916), OI: extirpación del tumor; se pusieron tres puntos de sutura con seda.

18. N. N. (mujer), de diez y ocho años de edad, natural y procedente de Guayabal.

Datos importantes: su enfermedad actual fue causada probablemente por una úlcera de la córnea, producida por una conjuntivitis de Weeks.

Diagnóstico: estafiloma de la córnea y buf-talmía del OI.

Intervención (diciembre 30 de 1916), OI: enucleación del globo ocular.

19. N. N. (mujer), de cuarenta años de edad, natural y procedente de Bogotá, soltera y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pterigio interno del OI.

Intervención (enero 2 de 1917), OI: extirpación del tumor.



20. N. N. (varón), de cuarenta años, natural y procedente de Cáqueza, soltero, agricultor.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pterigio interno de ambos ojos; el del OI impide la visión.

Intervención (enero 13 de 1917). Extirpación del tumor en ambos ojos; en cada uno se pusieron dos puntos de sutura con seda.

Resultado: el enfermo recuperó la visión del OI.

21. N. N. (mujer), de cuarenta años, natural y procedente de Ubaté, casada, batanera.

Datos importantes: desde un año antes notó que los párpados no podían cerrarse completamente por impedirlo una carnosidad que se interponía entre ellos.

Diagnóstico: hipertrofia de la conjuntiva ocular de ambos ojos, debida a la obstrucción de las glándulas.

Intervención (enero 18 de 1917). En ambos ojos se resecó la conjuntiva hipertrofiada, comprendiendo las glándulas obstruidas; se pusieron dos puntos de sutura en cada ojo.

22. N. N. (Véase la observación número 40 de las intervenciones sobre el iris).

Intervención (febrero 3 de 1917), OI: se extirpó el pterigio, la córnea quedó opaca debajo de él; se pusieron tres puntos de sutura con seda.

23. N. N. (varón), de sesenta años, natural y procedente de Sopó, casado, jornalero.

Datos importantes: tuvo una supuración del OI.

Diagnóstico: iridociclitis del OI a conse-



cuencia de una úlcera de la córnea, producida por una conjuntivitis blenorragica.

Intervención (enero 31 de 1917), OI: enucleación del globo ocular, para prevenir los efectos simpáticos sobre el OD.

24. N. N. (varón), de cincuenta y tres años, natural y procedente de Ubaté, casado, agricultor.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: quiste sebáceo de la región frontal izquierda.

Intervención (febrero 10 de 1917). Extirpación del tumor con anestesia local (cocaína al 1 por 100).

25. N. N. (varón), de treinta y seis años, natural de Ubaté, procedente de La Mesa, casado, carpintero.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pinguécula de ambos ojos.

Intervención (febrero 17 de 1917). Extirpación del pequeño tumor en ambos ojos; se puso un punto de sutura en cada uno.

26. N. N. (varón), de treinta y ocho años, natural de Villa Pinzón, procedente de Bogotá, viudo, alfarero.

Datos importantes: tuvo un traumatismo en la cabeza, cuya sutura supuró e infectó el OD, lo que sin duda fue el origen de la actual enfermedad.

Diagnóstico: iridociclitis del OD, probablemente a consecuencia de una úlcera de la córnea.

Intervención (febrero 21 de 1917). Para impedir la acción simpática sobre el ojo sano se hizo la enucleación del OD.



27. N. N. (mujer), de treinta y cinco años, natural de Sopó, procedente de Bogotá, soltera, vendedora de carbón.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: glaucoma del OI.

OI: tensión aumentada extraordinariamente; pupila excavada, pálida y atrofiada; iris dilatado que no reacciona a la luz ni a los mióticos; OD, normal.

Intervención (febrero 26 de 1917). Se practicó la enucleación del OI.

Resultado: los ligeros dolores que tenía en el OD desaparecieron inmediatamente.

28. N. N. (varón), de doce años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: estrabismo convergente miópico del OI.

Intervención (marzo 6 de 1917), OI: acortamiento del músculo recto externo (pliegue sin cortar el músculo), y luego tenotomía del interno, y se puso un punto de sutura con seda sobre la conjuntiva. Además, se le adaptaron los anteojos convenientes para su miopía.

Resultado: el OI quedó perfectamente normal en cuanto a su posición en la órbita.

29. N. N. (mujer), de cuarenta años, natural de Tunja, procedente de La Calera, soltera, costurera.

Datos importantes: el origen de su mal fue probablemente una conjuntivitis blenorragica.

Diagnóstico: fundición del OI, probablemente por una conjuntivitis blenorragica mal tratada.



Intervención (marzo 8 de 1917). Enucleación del ojo fundido para evitar la acción simpática sobre el sano.

30. N. N. (mujer), de dos años, natural y procedente de Anapoima.

Datos importantes: parece que tuvo una conjuntivitis de las tierras calientes, en el OI.

Diagnóstico: estafiloma de la córnea del OI.

Intervención (marzo 10 de 1917). Enucleación del OI para impedir la acción simpática sobre el ojo sano.

31. N. N. (varón), de veintiún años, natural y procedente de Tenjo, soltero, agricultor.

Datos importantes: el origen de su mal fue una conjuntivitis blenorragica.

Diagnóstico: fundición del OI por demora en el tratamiento de su conjuntivitis.

Intervención (marzo 13 de 1917). Para evitar la acción simpática se enucleó el ojo fundido.

32. N. N. (mujer), de cincuenta años, natural y procedente de Bogotá, soltera, sirvienta.

Datos importantes: parece haber tenido una conjuntivitis, cuya naturaleza se ignora.

Diagnóstico y pronóstico: desprendimiento de la retina del OD con fenómenos glaucomatosos consecutivos. Ligeros signos de glaucoma en el OI.

OD: antes de hacerse opaco el cristalino se pudo ver un enorme desprendimiento de la parte inferior de la retina, después de lo cual la tensión aumentó y tuvo fuertes dolores; como es natural, no hay sensación luminosa; la pupila está dilatada y paralítica. OI:



pupila normal, ligero aumento de la tensión y algunos dolores.

Intervención (marzo 26 de 1917). Se enucleó el OD para salvar el izquierdo.

Resultado: desaparición de los fenómenos glaucomatosos que se estaban observando en el OI.

33. N. N. (mujer), de veintiocho años, natural y procedente de Bogotá, soltera y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: tuvo un traumatismo en el OD, al cual atribuya una conjuntivitis, que por falta de tratamiento adecuado no cedió hasta que se eliminó espontáneamente el segmento anterior del ojo.

Diagnóstico: eliminación espontánea del segmento anterior del ojo, producida probablemente por una iridociclitis.

Intervención (marzo 27 de 1917). Con el fin de adaptarle correctamente un ojo artificial, se enucleó el OD.

34. N. N. (mujer), de diez y seis años, natural y procedente de Mosquera.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: angioma conjuntival interno del OD.

Intervención (marzo 29 de 1917). Extirpación del tumor, se puso un punto de sutura con seda.

35. N. N. (varón), de veintidós años, natural y procedente de Cota, soltero, agricultor.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: quiste supurado del párpado superior derecho.



Intervención (marzo 29 de 1917). Consistió en la extirpación del quiste.

36. N. N. (mujer), de cuarenta años, natural y procedente de Bogotá, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: tuvo una conjuntivitis blenorragica doble, que por ulceración de la córnea produjo una iridociclitis del OI.

Diagnóstico: iridociclitis del OI.

Intervención (abril 12 de 1917). Para evitar la oftalmía simpática se enucleó el OI.

37. N. N. (mujer), de treinta y tres años, natural y procedente de Neiva, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pterigio inferointerno del OI.

Intervención se practicaron dos:

La primera (abril 16 de 1917) consistió en una iridectomía óptica en la parte superoexterna, pues era natural suponer que la córnea en que estaba implantado el pterigio, dada su antigüedad, estuviera opaca.

La segunda, que se practicó quince días después, consistió en la extirpación del pterigio; se pusieron dos puntos de sutura con seda.

Resultado: por la pupila artificial recuperó la visión del OI; la córnea en que estaba implantado el pterigio estaba opaca.

#### INTERVENCIONES EN EL RINOFARINGE, LA CAVIDAD BUCAL Y LOS ANEXOS DEL APARATO RESPIRATORIO

1. N. N. (mujer), de veintiséis años, natural de Ubaté, procedente de Bogotá, casada, costurera.



Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: rinoscleroma.

Pronóstico: reservado a causa de la posible reproducción.

Intervención (mayo 30 de 1916). Se raspó el tumor con la cureta cortante. Como en la parte anteroinferior del tabique estaba la mayor parte del tumor, al raspar, la cureta alcanzó a dejar una comunicación entre las dos narices.

Resultado: desaparición del tumor y de la deformación, lo mismo que gran facilidad para el paso del aire.

2. N. N. (mujer), de cuarenta años, natural de Chiquinquirá, procedente de Bogotá, viuda, 'dúlcera.

Datos importantes: fue operada hace dos años para su enfermedad actual, pero el tumor volvió a reproducirse.

Diagnóstico: rinoscleroma.

Pronóstico: reservado.

Intervención (mayo 31 de 1916). Raspado con la cureta cortante, especialmente sobre los huesos nasales, donde el tumor era más desarrollado.

Resultado: desaparición de la mayor parte del tumor y de la deformación; gran facilidad para el paso del aire.

3. N. N. (varón), de veintiún meses de edad, natural y procedente de Puerto Berrío.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Intervención (junio 13 de 1916). Raspado de las vegetaciones con la cureta.



Resultado: el estado intelectual mejoró notablemente, y la respiración se hizo desde entonces por la nariz.

4. N. N. (mujer), de veintinueve años, natural y procedente de Guaduas, soltera.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: coto coloide de la región tiroidea media.

Pronóstico: reservado a causa de la gravedad de la intervención.

Intervención (agosto 22 de 1916). Se verificó la extirpación del tumor; después de ligar todos los vasos que sangraban y rehacer los planos musculares, se suturó la piel, dejando en la parte media de la herida una gasa que a los seis días de operada se eliminó espontáneamente.

Resultado: desaparición de la deformación causada por el tumor y de los accesos de asfixia que molestaban a la enferma.

5. N. N. (varón), de ocho años, natural y procedente del Gigante.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Intervención (septiembre 7 de 1916). Raspado con la cureta de la cavidad retrofaríngea.

Resultado: restablecimiento de la respiración nasal.

6. N. N. (varón), de nueve años, natural y procedente de La Mesa.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: hipertrofia bilateral de las amígdalas y vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Intervención (septiembre 23 de 1916): Las



amígdalas se extirparon en la primera sesión con anestesia cocaínica; las vegetaciones en la segunda, con anestesia general por el bromuro de etilo, raspándolas con la cureta.

Resultado: desaparición de las continuas anginas y restablecimiento de la respiración nasal.

7. N. N. (varón), de veintidós años, natural de Soatá, procedente de Bogotá, soltero, sirviente.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico y pronóstico: hipertrofia del lóbulo derecho de la glándula tiroides (coto).

Pronóstico reservado a causa de la gravedad de la intervención.

Intervención (octubre 25 de 1916). Extirpación del tumor y ligadura de todos los vasos que sangraban. Dos horas después de la intervención se presentó una hemorragia con caracteres alarmantes, por lo cual hubo que cortar los hilos de sutura para ir a buscar el vaso que sangraba; la hemorragia era en capa, lo que dificultó mucho la operación, pero se logró dominarla después de dos horas de trabajo.

Resultado: desaparición del tumor y de la deformación, lo mismo que de los accesos de asfixia que lo molestaban.

8. N. N. (mujer), de treinta y cuatro años, natural de Miraflores, procedente de Soacha, casada, modista.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: sinusitis maxilar izquierda.

Pronóstico: reservado.

Intervención (noviembre 15 de 1916). Se



practicó la operación de Cadwell-Luck, dejando drenaje del seno por la nariz.

Resultado: drenaje permanentè del seno por la nariz y desaparición de la supuración y de los síntomas debidos a ella.

9. N. N. (mujer), de siete años, natural y procedente de Honda.

Datos importantes: la enfermedad es congénital.

Diagnóstico: obstrucción congénital de las narices, de origen heredosifilítico.

Intervención. Se practicaron dos:

La primera (octubre 27 de 1916) consistió en el ensanchamiento con el bisturí y la cureta de los orificios que anteriormente se habían hecho con el galvanocauterio, y se dejaron en ellos tapones de gasa para impedir su obturación.

La segunda (abril 16 de 1917) fue para corregir la anterior, pues los orificios hechos en ella se estrecharon demasiado y eran insuficientes para el paso del aire.

Resultado: después de la segunda intervención la respiración nasal era casi normal.

10. N. N. (mujer), de cuarenta años, natural y procedente de Ambalema, casada.

Datos importantes: sufre constantemente de accesos de asma.

Diagnóstico: hipertrofia de las colas de los cornetes, y vegetaciones retrofaríngeas.

Intervención (enero 9 de 1917). Se practicó la extirpación de las vegetaciones raspándolas con la cureta. Veinte días después se resecaron las colas de los cornetes.

Resultado: los accesos de asma no mejoraron; la respiración nasal mejoró notablemente.



11. N. N. (mujer), de diez y seis años, natural de Fusagasugá, procedente de Bogotá.

Datos importantes: fue operada para las amígdalas.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides retrofaríngeas y cicatrices viciosas del velo del paladar.

Intervención (enero 10 de 1917). Raspado de las vegetaciones con la cureta.

Resultado: respiración nasal normal.

12. N. N. (varón), de cuatro años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides retrofaríngeas e infección crónica de las amígdalas.

Intervención (enero 17 de 1917). Extirpación de las amígdalas y raspado de las vegetaciones con la cureta.

Resultado: desaparición de las continuas anginas, restablecimiento de la respiración nasal y mejoramiento del estado intelectual.

13. N. N. (mujer), de nueve años de edad, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides retrofaríngeas y ligera amigdalitis bilateral.

Intervención (febrero 24 de 1917). Se rasparon las vegetaciones con la cureta y se reseco un fragmento de cada una de las amígdalas.

Resultado: desaparición de las anginas; restablecimiento de la respiración nasal.

14. N. N. (mujer), de veintiocho años, natural de San Juan, procedente de Bogotá, casada, empleada.



Datos importantes: parece que el origen de su enfermedad se debe a la extracción de una molar.

Diagnóstico: sinusitis maxilar izquierda.

Pronóstico: reservado.

Intervención (febrero 1º de 1917). Se practicó la operación de Cadwell-Luck, dejando drenaje nasal del seno.

Resultado: el drenaje del seno a la nariz se hace bien; han desaparecido los catarros y los dolores que la molestaban con frecuencia.

15. N. N. (varón), de ocho años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: hipertrofia de las amígdalas y de los cornetes, vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Intervención (marzo 20 de 1917). Resección de las amígdalas y raspado de las vegetaciones con la cureta; la operación de los cornetes se dejó para hacerla ulteriormente.

Resultado: desaparición de las frecuentes anginas, restablecimiento de la respiración nasal y mejoramiento del estado intelectual.

16. N. N. (mujer), de seis años, natural y procedente de Baraya.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides e hipertrofia de las amígdalas.

Intervención (abril 9 de 1917). Resección de la parte hipertrofiada de las amígdalas y raspado de las vegetaciones por la cureta.

Resultado: desaparición de las anginas y restablecimiento de la respiración nasal.



17. N. N. (mujer), de doce años, natural y procedente de Yaguará.

Datos importantes: es sumamente gangosa.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Intervención (abril 24 de 1917). Raspado de las vegetaciones con la cureta.

Resultado: restablecimiento de la respiración nasal; notable mejoría de su mal estado intelectual.

18. N. N. (varón), de cuatro años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: hipertrofia crónica de las amígdalas y vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Intervención (abril 19 de 1917). Resección de las amígdalas y raspado de las vegetaciones con la cureta.

Resultado: desaparición de las anginas y restablecimiento de la respiración nasal.

#### INTERVENCIONES SOBRE EL OÍDO MEDIO

1. N. N. (varón), de diez años, natural y procedente de Pacho.

Datos importantes: jugando se introdujo un lápiz en el oído derecho, el cual se partió quedando dentro la punta.

Diagnóstico: cuerpo extraño del oído medio e infección consecutiva.

Intervención: extracción del cuerpo extraño y lavados diarios del oído para tratar la infección.



Resultado: la supuración desapareció, y el enfermo volvió a recobrar en parte el uso del oído, aunque parece que el tímpano no cicatrizó completamente, pues el agua de los lavados, aunque ya había desaparecido la supuración, pasaba siempre a la faringe.

## RESUMEN

|   |     |
|---|-----|
| Número total de casos operados . . . . .                      | 124 |
| Que se reparten así:  |     |
| Catarata: extracción simple . . . . .                         | 3   |
| Extracción combinada . . . . .                                | 44  |
| Iridectomías ópticas . . . . .                                | 6   |
| Iridectomías antiglaucomatosas . . . . .                      | 7   |
| Arrancamientos de la cristaloides . . . . .                   | 2   |
| Avivamiento de la córnea con galvano-<br>cauterio . . . . .   | 2   |
| Sutura de la córnea . . . . .                                 | 1   |
| Enucleaciones del globo ocular . . . . .                      | 16  |
| Extirpación de pterigios . . . . .                            | 12  |
| Extirpación de pinguéculas . . . . .                          | 3   |
| Extirpación de tumores de la conjun-<br>tiva . . . . .        | 1   |
| Extirpación de quistes supurados de los<br>párpados . . . . . | 1   |
| Acortamiento de los músculos y tenoto-<br>mías . . . . .      | 2   |
| Resección de la conjuntiva . . . . .                          | 1   |
| Resección del segmento anterior del<br>ojo . . . . .          | 1   |
| Inyecciones de alcohol absoluto en los<br>nervios . . . . .   | 1   |
| Pasan . . . . .   | 103 |



|  |            |
|--|------------|
| Vienen.....  | 103        |
| Extirpación de quistes sebáceos de la frente .....                       | 1          |
| Operaciones de Cadwell-Luck.....   | 2          |
| Resección de vegetaciones adenoides retrofaríngeas y amigdalotomías..... | 11         |
| Desobstrucción de las narices.....                                       | 2          |
| Cotos .....  | 2          |
| Rinoscleromas .....  | 2          |
| Extracción de cuerpos extraños del oído medio .....                      | 1          |
| Suma.....  | <u>124</u> |

Doctor M. A. CUÉLLAR DURÁN



## Informe sobre el trabajo anterior.

Señores académicos:

Devuelvo el trabajo que presentó a esta corporación el doctor Manuel A. Cuéllar Durán, y que se titula *Estadística de los casos operados en el año transcurrido desde el 1º de mayo de 1916 hasta el día 30 de abril de 1917.*

Os agradezco, señor Presidente, el honor que me dispensasteis comisionándome para examinar esta estadística interesante desde más de un aspecto.

Es el doctor Cuéllar Durán hijo de esa nueva Escuela de Medicina, de esa Escuela a la cual han penetrado lentamente reformas que no solamente han modificado los métodos de enseñanza, sino que han multiplicado las ocasiones en que los discípulos están en comunidad con los maestros, a tal punto que con frecuencia aquéllos asisten a las clínicas particulares de éstos, entran en íntimas relaciones, aprovechan de las bibliotecas, y más que todo, cambian ideas en esa conversación familiar que resulta la más provechosa de las maneras de enseñar. Durante las estadías del ilustre Indalecio Camacho en esta ciudad, su clínica particular estaba abierta de par en par a quienquiera que quisiera ver lo que él hacía, oír lo que él pensaba, leer lo que él leía; la influencia de Camacho en la generación a que me refiero ha sido marcadísima. Muchos jóvenes, atraídos por la bondad, la gentileza del discípulo de Ga-



lezowsky, dieron los primeros pasos en la oftalmología y en la oto-rino-laringología, dirigidos por él y halagados por su éxito poco común. Camacho venía con frecuencia a las clínicas de San Juan de Dios, y de allí salía siempre rodeado de estudiantes que lo seguían fascinados por ese no sé qué de atractivo, de cautivador que era la nota dominante en nuestro ilustre compatriota.

A tiempo que Camacho brillaba en las especialidades de la cabeza, la Escuela de Medicina fue reformando poco a poco su personal de profesores; jóvenes que habían hecho sus estudios en Europa entraron a San Juan de Dios; grandes maestros que de manera inexplicable habían permanecido sistemáticamente alejados de la enseñanza, vinieron a nuestro Hospital, en donde alguno de ellos brilló con brillo tal, que a pesar de los años, que a pesar de la tendencia humana a olvidar, su corto paso por las clínicas es recordado como uno de los grandes acontecimientos que ha habido en la enseñanza de las ciencias médicas en Colombia.

Con tales maestros y bajo tan felices auspicios estudió medicina Manuel Antonio Cuéllar Durán, quien llevó en su mente y en su corazón bien grabadas las enseñanzas de aquellos que eran, al par que grandes hombres de ciencia, grandes formadores de corazones.

El doctor Cuéllar, con su propio dinero, fundó una clínica particular, la Clínica de *Santa Lucía*, en donde opera gratuitamente a muchos desgraciados en la sala *Juan E. Manrique* y en la sala *Indalecio Camacho*, y a tiempo que alivia



al desgraciado sirve a la ciencia nacional enriqueciéndola con trabajos como el que voy a analizar someramente.

---

El trabajo del doctor Cuéllar se refiere a 124 operaciones de cirugía, de las cuales la mayor parte son intervenciones en los ojos. El doctor Cuéllar, como la mayor parte de los oculistas modernos, es partidario de la extracción combinada, y los resultados que ha obtenido en sus operados no pueden ser más satisfactorios.

En cuarenta y siete extracciones del cristalino, sólo en tres ocasiones practicó la extracción simple, y prefirió el colgajo conjuntival amplio que es sin duda el que más garantías da. Los resultados obtenidos por estos procedimientos en la Clínica de *Santa Lucía* han sido muy buenos, siendo de notar que en todas estas operaciones no se ha perdido ningún ojo, cosa que no es frecuente en tratándose de una operación tan delicada como la de la catarata. Algunos de los operados del doctor Cuéllar presentaron en los primeros días síntomas inflamatorios iridianos o conjuntivales que cedieron a tratamientos fáciles.

No menos afortunado ha sido el doctor Cuéllar en seis iridectomías ópticas que practicó, las cuales dieron el resultado apetecido, lo mismo que siete iridectomías antiglaucomatosas.

El resto de las operaciones oculares a que se refiere la memoria del Director de la Clínica de *Santa Lucía*, se refiere a enucleaciones del globo del ojo, extirpación de pterigios, pinguéculas y



quistes supurados, a más de una resección de la conjuntiva y unas dos operaciones para corregir estrabismos.

En la estadística que analizo figuran dos extirpaciones de cotos, con buen resultado; una de estas operaciones se hizo muy dificultosa a consecuencia de una abundante hemorragia en capa que se presentó extemporáneamente y que sólo pudo dominarse al cabo de dos horas de lucha. La operación de Cadwell-Luck le ha dado buenos resultados al doctor Cuéllar, lo mismo que el raspado a fondo en los casos de rinoescleroma; esta última intervención deja respirar a los pobres pacientes que tanto sufren por las incomodidades causadas por la obstrucción de las vías aéreas superiores.

Figuran también en la estadística en cuestión once casos de resección de vegetaciones adenoides, con resultados remotos muy satisfactorios.

Como veis, señores académicos, la estadística que somete a vuestra alta consideración el doctor Manuel Antonio Cuéllar Durán tiene un gran mérito como estadística quirúrgica, y habla por sí sola de la habilidad de quien ha practicado tantas delicadas intervenciones sin haber tenido una sola terminación desgraciada; pero a juicio de quien tiene el honor de informaros, éste no es el mayor mérito del trabajo de Cuéllar Durán. Pensad, honorables colegas, que ésta es la primera clínica particular con objeto caritativo que se funda en Bogotá; pensad lo que quiere decir que un joven a quien el éxito ha acompañado dedique su dinero a la fundación de una institución en donde pueda con toda comodidad



operar pacientes, muchos de ellos pobres de solemnidad, y por último, pensad en que en esa casa se obtienen, gracias a las buenas condiciones en que allí se opera, resultados como los que figuran en la comunicación en que me ocupo; y estoy seguro de que vuestro ilustrado criterio os hará ver que la ciencia médica ha dado un paso adelante entre nosotros; que la caridad dispone de un abnegado servidor, y que esta Academia hará obra de justicia llamando al señor doctor M. A. Cuéllar Durán a que ocupe uno de sus sillones vacantes.

Por lo tanto propongo:

«Admítase al señor doctor Manuel Antonio Cuéllar Durán como candidato para miembro de número de la Academia Nacional de Medicina, y procédase a la votación del caso.

«Publíquese el trabajo del doctor Cuéllar en el órgano de publicación de la Academia.»

JULIO MANRIQUE



## La fiebre amarilla en Colombia,

por el doctor ANSELMO GAITAN U. (de Neiva).

Ha sido para mí muy satisfactorio ver confirmadas recientemente por los sabios de la Comisión del Instituto Rockefeller que acaban de visitar nuestras supuestas zonas invadidas por la fiebre amarilla, ideas que he venido emitiendo desde 1906 en relación con lo que entre nosotros se ha considerado como casos de dicha enfermedad. Los miembros de la Comisión Rockefeller han declarado, con autoridad científica, que actualmente no existe fiebre amarilla en ninguna de las regiones de Colombia por ellos visitadas, y donde, como en Muzo y Buenaventura, se creía que la enfermedad existía (1). Y con tanta convicción lo han declarado, que han solicitado y obtenido que cese la cuarentena a que estaban condenados los vapores procedentes de Buenaventura (2).

Cuántas de las epidemias que han alarmado al país por considerárselas fiebre amarilla, no habrán sido otra cosa que fiebres epidémicas o de origen hepático (icterias infecciosas, angio-colitis, icterias graves), producidas por la in-

---

(1) Respecto a la última epidemia de Buenaventura, la Comisión americana no dudó de que fuera fiebre amarilla, y como tál la aceptaron ella y el doctor Beverley, segundo Jefe de la Sanidad de la zona del Canal—(Nota editorial).

(2) Uno de los miembros de la Comisión, el doctor J. Guiteras como Jefe de la Sanidad de Cuba, solicitó que se suspendiera en La Habana la cuarentena a que estaban sometidos los buques que tocaran en nuestros puertos del Atlántico, pero respecto a los que toquen en Buenaventura, la Comisión nada solicitó, y la cuarentena ha continuado en Panamá—(Nota editorial).



gestión de aguas o de alimentos contaminados por colibacilos, paratíficos, tetrágenos, proteos, etc., de gran virulencia adquirida, o por condiciones climatéricas que quebrantan la resistencia orgánica al mismo tiempo que exaltan la virulencia de los microbios, o por absorción de emanaciones deletéreas icterógenas.

Con explicable timidez, pues iba contra un prejuicio nacional, he expresado mis opiniones en varios escritos. En el primero de ellos, publicado en febrero de 1906, en el número 310 de la *Revista Médica de Bogotá*, dije, refiriéndome a la naturaleza de las fiebres dominantes en esta ciudad:

«En cuanto a la fiebre amarilla, tan injustamente acusada de responsable de muchos muertos, siempre la he considerado como excepcional y como forastera, importada de otros lugares contagiados . . . . En estos últimos años no ha habido sino casos aislados, consecutivos a algún caso cuya procedencia de fuera es siempre fácil demostrar . . . .

«Gran número de los casos calificados aquí de fiebre amarilla no han sido sino perniciosas, o más comúnmente infecciones gastrointestinales o fiebres biliosas de origen francamente hepático. Pero aquí basta que a un individuo le dé una fiebre grave o mortal, o que vomite negro, para que por encima de la opinión del médico, el público diagnostique fiebre amarilla.

«Lo que con más precisión me he atrevido a aventurar es que en los casos de mayor gravedad debe entrar en juego la actividad del colibacilo. Hay casos muy agudos y de caracteres ma-



lignos, acompañados de depresión y de ligera ictericia, que hacen pensar en una atrofia amarilla aguda del hígado o hepatitis parenquimatosa, sin que esto arguya en contra del origen intestinal o autoinfeccioso de la enfermedad.»

En un informe que sobre el mismo asunto rendí a la Gobernación de este Departamento como Médico Oficial, en abril de 1910, dije:

«Hay la creencia general de que todo individuo febricitante que *vomita negro* y se pone *amarillo*, está atacado de fiebre amarilla o vómito negro. Es un grande error. La lesión característica del segundo período de la fiebre amarilla es una degeneración grasosa de las células del hígado, como la del primero es una gran destrucción globular con disminución de la fibrina.... Pero tal degeneración grasosa es producida no sólo por la fiebre amarilla; puede serlo también por muchos otros microbios, por sustancias orgánicas, como el veneno de las serpientes, o por sustancias minerales, como el fósforo y el arsénico en dosis tóxica. Lo que hace la especificidad de la fiebre amarilla es que es infecciosa y producida por un microbio especial....

«En la ciudad hay el estegomia, y ha habido casos de fiebre amarilla y los habrá de nuevo cuando lleguen casos procedentes de otros lugares infectados. En esta ciudad no aparecerán espontáneamente. Los casos iniciales en las epidemias observadas han sido casos procedentes de Girardot y Honda, ciudades adonde ha llegado la epidemia de la Costa Atlántica, traída, a esta última, de las costas de Méjico, Cuba, países en que el microbio sí vive endémicamen-



te, acaso porque tienen una temperatura, si no más elevada, sí más regular y constante. Lo cierto es que desde que en Méjico, Cuba y Panamá se han tomado medidas higiénicas y profilácticas, individuales y especialmente colectivas y públicas, contra la fiebre amarilla, han desaparecido las epidemias de esta fiebre en nuestras poblaciones donde antes parecía endémica; y esto sin que en dichas poblaciones se hayan tomado medidas serias y eficaces contra la enfermedad . . . . .

«En mi concepto, la mayor parte de las formas de fiebre que se observan en esta ciudad y las demás poblaciones que se encuentran en condiciones análogas, son debidas a infecciones de origen gastrointestinal, y las formas de gravedad excepcional o mortales, son infecciones biliares ascendentes, intestinobiliares o biliosépticas . . . . .

«Aun cuando estas infecciones se observan en todos los climas, son más comunes en los climas cálidos, pues el calor, al mismo tiempo que aumenta el número y vitalidad de los microbios, pone el organismo en estado de predisposición mórbida.»

De un escrito titulado *Hígado Tropical*, publicado en la *Revista Médica*, son los párrafos siguientes:

«El grado de instrucción del médico ejerce una grande influencia sobre la frecuencia del diagnóstico de *sordera nerviosa*, ha dicho von Tralsch. Lo mismo podemos decir a propósito de los diagnósticos de la fiebre amarilla



y de paludismo. A estas enfermedades se les han atribuído injustamente muchas muertes de que no son responsables.

«Supongamos un individuo residente en un lugar donde ha habido fiebre amarilla; después de un fuerte escalofrío presenta elevación considerable de la temperatura, cefalalgia, raquialgia y vómitos; al cabo de dos o tres días se pone amarillo y tiene hemorragias gástricas e intestinales, albuminuria y finalmente anuria, y muere a los tres o cuatro días de enfermedad. Cuán pocos médicos vacilarían en hacer un diagnóstico de fiebre amarilla, poniendo en alarma a toda una comarca. Y sin embargo, aquel cortejo de síntomas puede no ser otra cosa que una atrofia amarilla del hígado producida por causas que, siendo puramente individuales, no dan lugar a epidemia ni a contagio.

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

«Tomando *ad pedem lirtteae* las denominaciones de *fiebre amarilla* y de *vómito negro*, no se exige en una fiebre más síntomas que la ictericia y la hematemesis para calificarla de amarilla. Es preciso saber que la fiebre amarilla puede no distinguirse de la ictericia grave (llamada por esta razón *fiebre amarilla nostras*) más que por un signo que actualmente nos es imposible averiguar: la presencia del invisible amarillo en la san-



gre del enfermo; y por otro, que sería inaplicable y tardío: la producción de la fiebre en otro individuo por inoculación del suero sanguíneo del enfermo o por la picadura de un mosquito que lo haya picado en los tres primeros días de la enfermedad.

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

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

«Según estas condiciones (climatéricas favo-



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

« Entre nosotros esta enfermedad ha hecho grandes estragos en varios puntos del litoral y del interior, en distintas épocas. Pero lo que prueba que dichos puntos no son focos endémicos, es que sin haber tomado en ellos medidas efectivas para evitar la propagación, ni siquiera para evitar la importación (1), la enfermedad ha disminuído o desaparecido desde que medidas sanitarias enérgicas han sido tomadas en los focos primitivos endémicos: las costas del golfo de Méjico y las de Cuba. No olvidemos que entre los casos aislados o esporádicos (2) que se citan, puede haber muchos, si no todos, que no son sino icterias infecciosas simples, o icterias graves, no específicas.» *Revista Médica* números 349 y 350, de julio y agosto de 1911).

---

(1) Ni mucho menos el desarrollo.

(2) Y aun entre las epidemias.



«Hay casos (de infección biliar de origen gastrointestinal) que hacen creer en la existencia de verdaderas epidemias de infección intestinal. Es posible que se trate entonces de ataques producidos por paracolibacilos o paratíficos, colibacilos o proteos que han alcanzado un grado tal de virulencia que casi se hacen específicos y pueden considerarse como formas de paso entre los microbios banales de virulencia indiferente y los microbios específicos. Tienen caracteres de los unos y de los otros, y circunstancias especiales tal vez lleguen a especificar su virulencia de tal modo que produzcan enfermedades propias, típicas, de caracteres fijos, acaso epidémicas y contagiosas. La propagación se haría por las aguas. Mas no hay que tomar por tales formas los casos que atacan a varias personas que se encuentran en condiciones iguales, propicias para el desarrollo de infecciones banales, sin que haya especialidad en el germen patógeno. Es la igualdad de circunstancias exteriores o de condiciones individuales, no la igualdad de virulencia específica o de germen específico lo que hace en este caso la igualdad de alteraciones mórbidas.» *Revista Médica* números 351 y 352, septiembre y octubre de 1911).

Con ocasión de una epidemia habida en Bucaramanga en 1911, escribí en el *Repertorio de Medicina y Cirugía* número 28 de enero de 1912, un artículo titulado *Fiebre amarilla e ictericia grave*, en el cual dije lo siguiente:

«La reciente epidemia aparecida en Bucaramanga y que ha sido considerada como fiebre amarilla, me ha sugerido las siguientes reflexiones.



«Sorprende la aparición aislada de una epidemia en una población generalmente sana, de un clima no de los más favorables para el desarrollo espontáneo o primitivo de la epidemia, alejado de las costas y en momentos en que se hallan indemnes lugares costaneros en condiciones más propicias.

«Carezco de datos sobre los síntomas de la epidemia en cuestión, y harto conocidos me son el criterio acertado y los sólidos conocimientos de los colegas de Bucaramanga y los de Bogotá que fueron consultados. Razones son éstas más que suficientes para no entrar a discutir la naturaleza de tal epidemia, de que sólo me sirvo como de ocasión para las consideraciones que haré en seguida.

«Entre las múltiples manifestaciones de la infección de la glándula hepática hay una que puede confundirse muy fácilmente con la fiebre amarilla, hasta el punto de haber merecido el nombre de *fiebre amarilla nostras*; es la ictericia grave, hepatitis parenquimatosa aguda o atrofia amarilla aguda del hígado . . .

«Propiamente hablando, la ictericia grave es un conjunto de síntomas que corresponden a determinada acción sobre el hígado, de causas muy distintas, que tienen de común una acción esteatósante. El agente causal puede llegar al hígado por la circulación portal o arterial o directamente por los conductos biliares. Unas veces se trata de sustancias minerales (fósforo, arsénico); otras de sustancias orgánicas de origen exógeno (veneno de las serpientes); otras, finalmente, de toxinas de microbios específicos (tífico amari-



llo), o de microbios banales hechos virulentos (estafilococo, proteo, colibacilo). Pero las lesiones son unas mismas, cualquiera que sea la causa. Varias de estas causas pueden asociarse.

«La afección es generalmente secundaria y consecutiva a otras infecciones; pero hay formas de ictericia primitiva y que pueden adquirir un carácter verdaderamente epidémico . . . .

«Si al carácter epidémico y contagioso agregamos la semejanza de síntomas, comprendemos la facilidad de un error de diagnóstico entre el vómito negro y la ictericia grave o maligna. La ictericia esencial puede tener un principio brusco, análogo al primer período de la fiebre amarilla: escalofrío, cefalalgia, raquialgia, fiebre intensa. No son excepcionales los casos de fiebre amarilla en que el segundo período sigue al primero sin solución de continuidad: no hay remisión. Los síntomas del segundo período son de ordinario exactamente iguales a los del período de estado de la ictericia grave: ictericia, vómito negro y otras hemorragias, fenómenos nerviosos (delirio o adinamia tifoidea), albuminuria o anuria. Todas las variaciones en la duración, intensidad y agrupación de los síntomas del segundo período de la fiebre amarilla, las hay igualmente en la ictericia grave, desde las formas hipertérmicas hasta las hipotérmicas. Las complicaciones son unas mismas.

«Aún la anatomía patológica es insuficiente para establecer el diagnóstico diferencial: destrucción de glóbulos y de fibrina, presencia de hemoglobina disuelta, de leucina y de tirosina, disminución de la coagulabilidad de la sangre y



de la consistencia del cuajo, lesiones de glomerulitis renal, degeneración gránulograsosa de la célula hepática, constituyen las lesiones en una y otra enfermedad.»

Como se ve, he desconfiado mucho de los diagnósticos de fiebre amarilla hechos entre nosotros, que creo han correspondido, en muchos casos, a icterias infecciosas o tóxicas, a veces epidémicas; y considero difícil, si acaso no imposible, la endemicidad de la fiebre amarilla o la aparición primitiva u original de casos epidémicos o esporádicos en nuestro territorio, especialmente en lugares del interior, en comunicación rara, difícil y tardía con nuestras costas, y sobre todo cuando éstas se encuentran indemnes.

La ictericia no es propiamente una enfermedad definida, sino un conjunto sintomático que se presenta en afecciones hepáticas, cuyas lesiones pueden ir desde la simple ictericia catarral y la angiocolitis hasta la ictericia grave: del simple catarro de los gruesos conductos biliares hasta la supuración de todo el aparato vásculobiliario y la degeneración esteatosante de la célula hepática.

La ictericia puede presentarse como una complicación o una localización hepática de enfermedades infecciosas específicas, como la fiebre tifoidea, la neumonía y la fiebre amarilla, ya a consecuencia de una invasión por el microbio específico por vía ascendente o por vía sanguínea arterial o venosa; ya a consecuencia de la acción directa de las toxinas específicas sobre la célula hepática, en estado de menor resistencia



por el aumento de trabajo que le ha impuesto la lucha contra la infección general.

Puede presentarse también la ictericia como una complicación por infección ascendente o sanguínea en el curso de una infección de microbio no específico (coli, paratífico, proteo). En este caso puede llegar a ser epidémica y contagiosa si el microbio ha alcanzado un grado de virulencia suficiente para diferenciarse y especificarse.

Hay ictericias consecutivas a la absorción, inhalación o inyección de sustancias minerales, como el fósforo y el arsénico, o de sustancias orgánicas, como el cloroformo, que obran directamente sobre la célula hepática que sucumbe en la lucha para fijar y transformar la sustancia tóxica y librar de ella al organismo.

Ciertas emanaciones pútridas o venenos volátiles introducidos con la respiración y venenos de origen animal, como el de las serpientes, llevados por la corriente sanguínea al contacto de la célula hepática, determinan también ictericia. Pero no siempre la ictericia es secundaria; puede ser primitiva y de intensidad y manifestaciones variables más que con la calidad del agente patógeno, con su cantidad, su virulencia o toxidez y la rapidez de su penetración y con el estado anterior de la glándula hepática y las localizaciones sobre ésta.

La enfermedad puede ser simplemente epidémica cuando varios individuos se encuentran sometidos a unas mismas influencias patógenas (intoxicaciones alimenticias, absorción de aguas contaminadas o venenos minerales u orgánicos,



inhalación de venenos volátiles); y puede ser epidémica y contagiosa a la vez, cuando el agente de la infección es un microbio diferenciado, de especificidad propia o adquirida.

«En un primer grupo de hechos, esporádicos o epidémicos—dicen Gilbert y Fournier,—la infección reconoce por causa la inhalación de venenos volátiles; los alcantarilleros, los curtidores, los carniceros, son a menudo los sujetos de estas observaciones. Así, Tordens refiere un caso debido a emanaciones provenientes de carnes en putrefacción. M. M. Lancereaux, Landouzy, Ducamp, y muchos otros autores, han citado ejemplos de ictericia infecciosa en individuos que han trabajado en la limpia de alcantarillas.

«La enfermedad se muestra a veces bajo forma de epidemias más extensas; tal es la epidemia de Arras, referida por Rizet, que atacó diez y siete soldados acuartelados en la vecindad de un foso que acababa de ser limpiado, y varios habitantes de la ciudad a consecuencia de la limpia del arroyo que alimentaba este foso. Se podrían citar otros ejemplos en los cuales las emanaciones deletéreas son lo único que puede incriminarse.

«En un segundo grupo de hechos, es a consecuencia de la ingestión de ciertas sustancias alimenticias como se desarrolla la ictericia infecciosa. Hay que hacer entrar en esta clase todos los casos en que la ictericia sucede a turbaciones gastrointestinales producidas por estas sustancias.

«Una de las formas de estas ictericias es la catarral simple, que reconoce lo más a menudo por causa cambios de régimen con abuso



de bebidas alcohólicas . . . . La ingestión de sustancias alimenticias averiadas, el botulismo, produce a veces ictericia infecciosa. Así, Friedler relata una epidemia en la cual, sobre trece enfermos, nueve eran mozos carniceros que habían comido desechos de carne y salchichería averiados. En un caso de Hanot la infección sucedió a la ingestión de almejas; en otro de Rendu, cambios de régimen y la ingestión de alimentos sospechosos fueron la causa de la ictericia infecciosa.

«En fin, en un tercer grupo de hechos es a la absorción de aguas impuras a lo que hay que atribuir la ictericia infecciosa. Las observaciones son muy numerosas. Son ya casos aislados, como el que relata Stirl, de un enfermo que cae en un albañal y traga una gran cantidad de agua, y el de Dalché, referente a una mujer que cae accidentalmente en el Sena y traga también mucha agua. Haas (de Praga) Pfühl (de Altona), Kirchner, Jaeger, etc., han atribuído también a la absorción de aguas malsanas los casos bastante numerosos que han observado, a menudo en forma de pequeñas epidemias, por ejemplo en soldados que se habían bañado en un mismo establecimiento de baños. Se encuentra la misma noción etiológica en la epidemia relatada por Worms en 1865: cuarenta y nueve soldados de la guarnición de Saint-Cloud fueron atacados a consecuencia de la ingestión de agua tomada de una cisterna en mal estado. Igualmente en la epidemia del cuartel de Lourcine, descrita por Laveran padre en 1865, no se puede incriminar sino el agua tomada de un recipiente mal conservado.



«Es aun evidentemente a la absorción de aguas malsanas a lo que debe referirse un gran número de epidemias cuya causa no ha sido elucidada.

«Estas condiciones etiológicas de la icteria infecciosa son, se ve, muy diversas. Además, se necesita para producirlas que obren sobre individuos predispuestos. En efecto, la infección puede en ciertos enfermos mostrarse sin icteria en el curso de una epidemia de icteria infecciosa.» (A. Gilbert y L. Fournier, artículo *Enfermedades del Hígado. Tratado de Medicina de Brouardel y Gilbert*, tomo v, página 91, quinta edición).

«Los trabajos de terraplén y de excavación —dice Girode— han podido ser ocasión de explosiones epidémicas mortíferas. La historia de las icterias epidémicas suministra ejemplos.» (J. Girode, artículo *Enfermedades microbianas, Tratado de Medicina de Brouardel y Gilbert*, tomo I, página 14, quinta edición).

«Al lado de la icteria catarral hay que citar —dice Gaston Lyon— otras icterias infecciosas que sobrevienen bajo forma de epidemias, particularmente en soldados; estas icterias serían debidas lo más a menudo a la absorción de agua dañada; pero podrían también sobrevenir a consecuencia de emanaciones provenientes de lodazales, o por la limpia de albañales, de suerte que la vía respiratoria podría ser, en ciertos casos, la puerta de entrada de la infección.

«La icteria de recaídas, llamada enfermedad de Weil, no es sino una modalidad de estas icterias.



«En fin, estas icterias pueden ser debidas a la absorción de sustancias alimenticias averiadas, particularmente de salchichería.» *Clinica Terapéutica*, página 420, cuarta edición.

Hemos insistido en estas transcripciones, para que se vea que la noción de icterias infecciosas epidémicas no es una novedad en patología, mucho menos en patología tropical, ni un patrimonio exclusivo de nuestros climas, donde tal vez se les ha confundido con la fiebre amarilla.

Nada falta, pues, etiológica y semióticamente, para explicar de manera satisfactoria como icterias infecciosas muchos de los casos epidémicos y esporádicos que se han señalado en el país como fiebre amarilla de procedencia indeterminada, extraña o de origen autóctono. Las nociones adquiridas sobre la etiología de la fiebre amarilla nos autorizan para creer que la enfermedad no puede considerarse como endémica, ni como nativa u originaria de los climas de Colombia; que en nuestro suelo no pueden aparecer los casos primitivos de una epidemia ni casos aislados, y que, por consiguiente, la enfermedad no reaparecerá entre nosotros mientras no pueda ser importada de sus focos de origen endémico: costas del golfo de Méjico, de Cuba y de Panamá.

Las anteriores consideraciones exigen que en adelante seamos más prudentes al hacer un diagnóstico de fiebre amarilla, para no alarmar inútilmente al país ni ocasionarle gastos innecesarios y pérdidas comerciales considerables.



## Flora médica de Colombia,

por SANTIAGO CORTÉS (de Bogotá).

### FITELEFASIÁCEAS

Son vegetales palmiformes, acaules ordinariamente, con hojas muy grandes y radicales, flores monoicas o polígamas dioicas. El albumen de las especies de las *phytelephas* es comestible antes de su madurez; después de maduro se endurece y lleva el nombre de marfil vegetal. Los frutos se conocen con el nombre de cabezas de negro.

Se conocen dos especies de *phytelephas*:

*P. h. macrocarpa*, que vive en la hoya del río Magdalena y de sus afluentes, y

*P. h. microcarpa*, en la región oriental de Colombia.

### CICLANTÁCEAS

Generalmente acaules y de tallo semileñoso y trepador. Hojas pecioladas, de ordinario pluri-partidas; espádice monoico. Las carludóvicas tienen las flores masculinas en 4 falanges, acompañando a las hembras. Comprende los géneros *cyclanthus* y *carludovica* de la América inter-tropical.

*Cyclanthus palucifolia*, W. vulg. rabiatajera.

*Carludovica*, R. et. P. Las hojas se emplean en la fabricación de los sombreros llamados *ji-pas* vulgarmente. Se conocen las especies:

*C. palmata*, R. et. P., en el Bajo Magdalena.



*C. tetragona*, H. B. K., en el Quindío.  
*C. imperialis*, André, en el río Dagua.  
*C. Wallisii*, W. Bull., en la Provincia de Ocaña.

*C. insignis*, Duchass., en Cundinamarca; y  
*C. angustifolia*, Seeman, en Panamá.

Llevan los nombres de murrayo, sajalagua, palmicha, lucaica, iraca y cestillo.

No se han empleado en medicina; son propiamente plantas industriales.

#### GRAMINÁCEAS

Forman la mayor parte de lo que ordinariamente se llama yerba; se utiliza como forraje, y muchos de sus granos como alimentos; casi todas son herbáceas, y algunas bejuosas o arborescentes. Las hay cosmopolitas, como los cereales en la actualidad.

Son vegetales perennes muchas de ellas.

El tallo es generalmente hueco, y se llama caña, como en la cebada; o lleno como en la caña de azúcar y el maíz; de trecho en trecho tienen nudos de donde parten las hojas, envainadoras, enteras y paralelinervas (1). La inflorescencia se compone de espiguillas reunidas en espigas, racimos o panículas. Todas las espigas están rodeadas en su base de dos brácteas opuestas, llamadas *glumas*; las flores, consideradas aisladamente, se componen de lo siguiente:

1º Dos folíolos paleáceos o brácteas llamadas *glumelas*: la una externa, aguda o coronada

(1) Las especies arborescentes encierran mucho sílice en su epidermis, y algunas, ciertas concreciones en los entrenudos, semejantes al ópalo.



de una arista; la otra interna, es decir, apoyada por su espalda en el eje de la espiguilla.

2º Dos pajillas laterales o glumelulas, pequeñas, blandas, cuyo intervalo corresponde a la glumela externa; algunas veces existe una tercera glumelula como en la guadua. Estas pajillas pueden considerarse como un perianto.

3º Tres estambres, de los cuales uno es opuesto a la glumela externa y dos a la interna; a veces hay dos únicamente, como en el género *anthoxanthum*, o uno solo, como en el *nardus*. Hay cuatro estambres en el género *thetarrrenha*, seis en el *oriza* y diez y ocho o más en *pariana*.

4º Un ovario sencillo unilocular y monospermo, terminado en dos estilos plumosos, rara vez tres.

Las gramináceas son de ordinario hermafroditas; por excepción monoicas o polígamas. El fruto es una cariopse, en espiga o en canícula.

Se divide en 13 tribus con más de 70 géneros colombianos, incluyendo unos 7 exóticos.

1º Andropogóneas.

2º Paniceas.

3º Oriceas.

4º Phalarideas.

5º Pleineas.

6º Agrostídeas.

7º Apireas.

8º Arundíneas.

9.º Chlorídeas.

10. Papofóreas.

11. Avenáceas.

12. Festucáceas.

13. Tritíceas.



La mayor parte de las gramíneas son pastos naturales que pueblan los terrenos de todos los climas de Colombia. El maíz es sin duda el género más importante de los que pueblan el suelo colombiano: alimento sano y nutritivo; los estigmas son diuréticos, ya sean tomados en tintura alcohólica o en cocimiento en agua; eficaces en los catarros de la vejiga y en algunas cistitis con hematuria o sin ella.

El maíz atizonado o *peladero* es producido por un hongo parásito que se desarrolla en el grano (*s. peruroidia maydis*); determina accidentes graves, como los del cornezuelo de centeno: hace caer el pelo y las uñas en los animales, produce la gangrena de las extremidades; las gallinas que lo comen ponen los huevos sin cáscara, por aborto, a causas de las contracciones prematuras de los órganos genitales. También es atacado el maíz por el *medo maydis*, hongo que ennegrece los granos, hipertrofiándolos a la vez.

El polvillo del trigo es una enfermedad producida por un hongo heteramorfo. Acerca del pasto de pará, *panicum molle*, cree el doctor R. Escobar, de Roldanillo (1), que puede ser antídoto de la rabia en los perros.

La avena produce efectos diuréticos comprobados. Contiene en el pericarpio una sustancia nitrogenada que posee la propiedad de excitar las células motoras del sistema nervioso. (Gozet. hebdom. Madrid). Se usa en tintura en la gripa para restablecer las fuerzas de los enfermos.

(1) *Boletín de Medicina del Cauca*, número 96.



Los bromos o triguillos son diuréticos y purgantes.

Las diferentes especies de *lolium* o ballico combaten la corea y algunas formas de idiotismo, según Cázin. Se usa en tintura el *L. perenne* (*ray-grass*). Los gus. *stypa*, vulg. esparto y cortadera de páramo y *festuca* contienen especies venenosas (1).

---

(1) Algunas *stypas* producen ácido prúsico, como lo comprueban numerosos hechos narrados en la *Flora Uruguaya* por el Profesor Arechaveta.



## Higiene pública.

Insertamos en seguida algunos fragmentos del informe que la Junta Central de Higiene ha dirigido al Congreso en las sesiones ordinarias del presente año, con el objeto de dar una idea de las labores de esta Junta, secundada por los Directores Departamentales de Higiene y por los Médicos de Sanidad de los puertos.

Muy conveniente para la Nación sería que el Congreso y los Gobiernos Nacional y Departamentales prestaran la mayor atención a las indicaciones de la Junta. Tanto en los fragmentos que hoy publicamos, como en el resto del informe, se hacen indicaciones muy importantes sobre sanidad de los puertos, provisión de aguas en los Municipios, vacunación antivariolosa, higiene de las escuelas y colegios, profilaxis de la tuberculosis, de la sífilis, de la lepra; lucha contra la anemia tropical; reformas en los Lazaretos, etc. Sería también muy conveniente que, como lo indica la Junta, en todas las capitales de los Departamentos y en las demás poblaciones importantes, se establecieran Oficinas Municipales de Higiene, y ojalá las que existen se organizaran como la de Medellín, que es la que hoy presta mejores servicios y la que debe servir de modelo.



## Informe de la Junta Central de Higiene.

Señor Ministro de Gobierno—En su Despacho.

Para cumplir con el deber de dar cuenta al Gobierno de los asuntos en que la Junta Central de Higiene se ha ocupado, tenemos el honor de dirigir a usted el presente informe, que comprende los trabajos relacionados con la higiene en la República desde el 1º de agosto de 1916 hasta hoy.

La epidemia de la fiebre amarilla que, importada de uno de los puertos del Ecuador, invadió a Buenaventura y la región de Caldas a fines de 1915 y principios de 1916, quedó dominada desde el mes de julio del año próximo pasado. La cuarentena que hubo necesidad de establecer para los viajeros que se dirigían de Buenaventura a Cali, continuó hasta el 28 de noviembre del mismo año, es decir, hasta ciento cincuenta y cinco días después del último caso de fiebre amarilla contraída en aquel puerto. Es éste el tiempo señalado hoy por la higiene como duración de la cuarentena, porque el zancudo estegomía, agente transmisor de la enfermedad, dura inyectado toda su vida, como lo ha demostrado el eminente médico doctor Henry R. Carter, Inspector de Sanidad Marítima de los Estados Unidos. Hasta hace poco tiempo reinaba la opinión de que la cuarentena y demás medidas preventivas respecto a la fiebre amarilla podían suspenderse pasados sesenta días del último caso, porque se creía que éste era el tiempo que duraba la infección del zancudo. Tal práctica fue muchas veces funesta, porque la suspensión de las medidas profilácticas en tales condiciones era causa de la reaparición de la epidemia. La Junta se separó de esa opinión, y adoptando el período de ciento cincuenta y cinco días, a pesar de las fuertes censuras de gran parte de la prensa y de los habitantes de las regiones infestadas,



logró dominar por completo la epidemia e impedir su propagación al valle del Cauca. Esta conducta no fue solamente aprobada sino aplaudida por la Comisión americana presidida por el General Gorgas, y de la cual formaba parte el citado doctor Carter, que llegó a esta capital a mediados de agosto próximo pasado,

La epidemia amarilla ocasionó una mortandad del 49 por 100, lo que demuestra la gravedad de la infección. El número de personas sometidas a cuarentena en la estación de La Cumbre fue de mil ochocientas. De acuerdo con el doctor Beberley, se prohibió seguir a Buenaventura los pasajeros del interior del Departamento, con excepción de aquellos que hubieran de embarcarse en el puerto el mismo día de su arribo a él, y de los que comprobaran haber sufrido fiebre amarilla anteriormente.

En los primeros días del mes de agosto último llegó a esta capital la Comisión americana que el Instituto Rockefeller de los Estados Unidos ha organizado para el estudio de la fiebre amarilla, de la distribución geográfica de esta enfermedad, de los focos endémicos de ella, no sólo en la América del Sur, en las Antillas y en la América Central, sino también en el Asia y en el Africa. Forman esta Comisión los doctores General William C. Gorgas, Mayor General del Servicio Sanitario de los Estados Unidos, Director de los trabajos de sanificación en Cuba y en la zona del Canal de Panamá y Presidente de la Comisión; Henry R. Carter, Inspector de Sanidad Marítima de los Estados Unidos y Jefe del Servicio de Cuarentenas; Juan Guiteras, Jefe del Departamento de Sanidad de Cuba; Teodoro C. Lister, Médico Militar de los Estados Unidos y segundo Jefe Sanitario de la zona del Canal; Eugen R. Whitmore, distinguido bacteriologista del Servicio Sanitario, y William Wrihston, Secretario de la Comisión.

Siguiendo las instrucciones del Instituto, los miembros de esta Comisión se dirigieron a Bogotá



a solicitar del Gobierno permiso para visitar nuestros puertos y demas regiones del país donde pudiera presentarse la fiebre amarilla. En esta ciudad los eminentes médicos citados fueron recibidos por el Gobierno con la atención que merecían, y se entendieron con la Junta Central de Higiene para enterarse de la manera como está organizado el servicio de la higiene en la Nación, de las disposiciones de policía sanitaria internacional que aquí rigen, del estado sanitario del país en general, y muy especialmente respecto a la fiebre amarilla.

La Comisión hizo un estudio de las disposiciones sobre higiene, y se manifestó complacida por la manera como se había reglamentado este servicio y distribuído las funciones de las Oficinas de Sanidad. El General Gorgas halló muy acertado el que tuviéramos Médicos de Sanidad no sólo en los puertos marítimos sino también en los puertos fluviales del Magdalena.

Los miembros de la Junta Central de Higiene conferenciaron durante varios días con el General Gorgas y sus colegas. En estas conferencias se les hizo notar que en Colombia no hay, desde hace ya muchos años, lugares en que la fiebre amarilla sea endémica, pues si en Buenaventura se había presentado la epidemia que la Comisión conocía ya por los informes directos que el doctor Beberley les dio en Panamá, ella había venido de Guayaquil, y podía considerarse ya terminada por las medidas adoptadas e implantadas rigurosamente.

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



la atención, y resolvió visitar esas regiones para estudiar el problema.

La Junta suministró al General Gorgas y a sus compañeros los estudios que de la epidemia de Muzo hicieron en 1908 los doctores Roberto Franco F., G. Toro Villa y Jorge Martínez S., y dispuso que el doctor José M. Montoya acompañara la Comisión americana.

Respecto a la Costa Atlántica, la Junta informó a la Comisión que desde 1905 no se presentaba caso alguno de fiebre amarilla, y le manifestó que tenía el convencimiento de que nuestros puertos estuvieron expuestos a esta epidemia cuando Panamá no estaba saneado. Fundada la Junta en estas consideraciones; en que Colombia cumplía las Convenciones sanitarias internacionales y en que disponía de Estaciones Sanitarias muy completas, solicitó de la Comisión que interpusiera su valiosa influencia para que se suspendiera la injusta cuarentena impuesta a los buques que tocan en Santa Marta, Puerto Colombia o Cartagena. Los miembros de la Comisión prometieron estudiar atentamente esta solicitud para proponer lo conveniente después de visitar nuestros puertos y nuestras Estaciones Sanitarias.

Los doctores Gorgas, Lyster y Whitmore se encaminaron para Muzo, acompañados del doctor J. M. Montoya. Los doctores Carter y Guiteras se dirigieron a Puerto Berrío con el objeto de estudiar el estado sanitario de ese puerto y de la línea del ferrocarril de Antioquia, porque en el año pasado se habían presentado en esa región algunos enfermos sospechosos de fiebre amarilla. Para facilitar este estudio la Junta llamó de Medellín a los doctores Emiliano Henao y G. Toro Villa, quienes se reunieron oportunamente a los doctores Carter y Guiteras. Examinados por éstos los detalles de los casos que pudieron ser estudiados detenidamente (dos fatales y tres benignos), llegaron a la conclusión de que dichos casos no eran de fiebre amarilla.

Los miembros de la Comisión que fueron a Muzo



examinaron algunos enfermos y dedujeron de sus observaciones que no se trataba de fiebre amarilla. Estos médicos buscaron cuidadosamente el estegomia, tanto en la población de Muzo como en las minas, y no hallaron un solo ejemplar.

Terminada la inspección de la región de Muzo, el doctor Gorgas siguió para Barranquilla, donde se reunió con los doctores Carter y Guiteras para estudiar nuestra Costa Atlántica. Los doctores Lyster Whitmore y Wrihston siguieron al Norte para visitar a Bucaramanga y a Cúcuta, de donde se dirigieron a Maracaibo para reunirse allí con el General Gorgas y sus compañeros. Después de visitar a Bucaramanga y a Cúcuta el doctor Lyster, comunicó a la Junta que no había encontrado fiebre amarilla en Colombia; de manera que no considera como tal la que suele presentarse todavía en Cúcuta, y que allí se toma por fiebre amarilla atenuada.

La Comisión americana se ocupó en Barranquilla en estudiar lo relacionado con la fiebre amarilla en la Costa Atlántica. El Inspector de Sanidad, doctor Julio A. Vengoechea, y el Director Departamental de Higiene, doctor Oscar A. Noguera, suministraron todos los datos necesarios a la Comisión. Esta examinó la estadística desde doce años atrás, discutiendo todos los casos que se consideraron sospechosos de fiebre amarilla, y estudiando la historia de las epidemias desde 1900; se practicó una detenida inspección de la ciudad; se buscó el estegomia cuidadosamente; se estudiaron los reglamentos de sanidad, y se practicó una minuciosa visita en la estación Sanitaria de Puerto Colombia. La Comisión llegó, como consecuencia de sus estudios, a las siguientes conclusiones:

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



«*Segunda*—El *stegomia fasciata* existe en Barranquilla, pero en tan escaso número, que ha sido muy difícil encontrar dos ejemplares de él.

«*Tercera*—Es casi seguro que el foco de infección y propagación de fiebre amarilla en la Costa Atlántica de Colombia existía en el Istmo de Panamá, y una vez extinguido éste por los trabajos de sanificación en la zona del Canal, han cesado las epidemias en esta Costa.

«*Cuarta*—La Comisión ha juzgado que la Estación Sanitaria de Puerto Colombia es de las más completas entre las que ha visitado, sin exceptuar la de La Habana, y que su organización, reglamentación y medios de defensa permiten asegurar su eficacia para impedir la invasión de las enfermedades pestilenciales (fiebre amarilla, peste, cólera).

«*Quinta*—En la región de Muzo no hay estegomia. La Comisión no lo encontró a pesar de haberlo buscado con cuidado, y de que hace mucho no hay allí trabajo alguno de sanificación. Los enfermos observados por la Comisión no tuvieron fiebre amarilla »

En vista de estos estudios el doctor J. Guiteras, Jefe del Departamento de Sanidad de Cuba, dispuso que se aboliera la cuarentena que en La Habana se exigía a los buques procedentes de puertos colombianos.

Cuanto a la naturaleza de la fiebre de Buenaventura, no cabe duda. Además de que fue diagnosticada como fiebre amarilla por médicos colombianos conocedores, fue calificada como tal por los médicos de la zona del Canal, a cuyo hospital llegaron cuatro enfermos de Buenaventura.

También la reputó amarilla el doctor Beberley, Médico de la Sanidad del Canal, quien vio y trató varios enfermos en nuestro puerto. El doctor J. Guiteras, compañero del sabio Finlay, y cuya autoridad es indiscutible, dijo lo siguiente en la conferencia que dio en Puerto Rico en octubre de 1916, cuando salió de Colombia y Venezuela en dirección al Brasil:



«En medio de la vaguedad que caracterizaba estas informaciones, que procedían en parte de fuente oficial, resaltaban notablemente las noticias que de un brote de fiebre amarilla en el puerto de Buenaventura, en el Pacífico, se recibían. De este foco, la Junta Central de Higiene estaba perfectamente informada: sabía cuándo empezó a manifestarse, hasta dónde se extendió, cuántos casos hubo, cuántos murieron y cuánto venía costando la campaña emprendida por la extinción del foco. Sabíamos nosotros además que la enfermedad había sido denunciada en el Extranjero por el diagnóstico de casos sorprendidos en cuarentena. Cuatro, creo, llegaron a la cuarentena de Panamá. Tengo la historia detallada de dos de ellos, uno mortal y otro levisimo, cada uno tipo perfecto de su clase. *Aquello sí era fiebre amarilla de verdad. No era necesario ir allí para reconocerlo.*»

Como se verá más adelante, la Junta ha continuado en Buenaventura la lucha contra el estegomía, no obstante la deficiencia de las partidas que para sanidad de los puertos hay en el Presupuesto Nacional de gastos; pero esta lucha habrá de suspenderse, con grave perjuicio para la salubridad del puerto, si el Congreso no vota una nueva partida en las sesiones de este año.

En el lapso a que se refiere este informe no se han presentado sino dos enfermedades infecciosas, de aquellas que pueden fácilmente invadir una gran extensión de territorio: la disenteria y la viruela. La primera de éstas no tuvo la gravedad que presentó en el año anterior, ni invadió tantas poblaciones como entonces; se presentó casi al mismo tiempo, de agosto a noviembre, en Medellín y poblaciones cercanas, y en algunos otros Municipios de Antioquia; en Boyacá, en Santander, en Cundinamarca y Tolima y en varias poblaciones del Bajo Magdalena. A todos los Municipios invadidos remitió la



Junta suero antidisentérico y emetina. Los respectivos Directores de Higiene comunicaron a las autoridades instrucciones sobre los tratamientos curativo y profiláctico, y se enviaron a donde fue necesario médicos en comisión para atender a los enfermos. Tan sólo en Medellín y algunas poblaciones inmediatas ha persistido la disenteria, lo cual se debe a la mala calidad de las aguas de que se sirve esa región. A pesar de esto las medidas han producido benéficos resultados, pues que en el año de 1916 las defunciones por disenteria llegaron a 668, y en los seis meses que van corridos del presente año no han alcanzado a la cuarta parte de esta cifra.

En el mes de diciembre próximo pasado se desarrolló una vasta epidemia de disenteria en las numerosas poblaciones ribereñas del Bajo Magdalena, que tuvieron que sufrir la consecuencias de la grande y excepcional inundación que ocurrió a fines del año pasado. Presentáronse una epidemia de disenteria y la forma perniciosa del paludismo, que se extendieron rápidamente a varias poblaciones de los Departamentos de Bolívar, Atlántico y Magdalena, causando gran mortalidad en los habitantes de esas regiones, colocadas así en pésimas condiciones por la destrucción de sus hogares y por escasez de alimentos. Haciendo uso de las autorizaciones que para casos tales le da la Ley 84 de 1914, y con aprobación del Ministerio de Gobierno, la Junta creó cinco Comisiones Sanitarias, cada una a cargo de un médico, las que distribuyó en cinco secciones del territorio comprendido entre Badillo y Barranquilla. Fueron nombrados para desempeñar estas Comisiones los doctores Julio E. Vargas, Cosme Zapata, César Bustillo, Emiliano L. Ferreira y Víctor Hoyos. La Junta autorizó al Director de Higiene de Bolívar para que creara otras Comisiones llegado el caso; y como las nombradas no fueron suficientes porque las enfermedades se extendieron a otras regiones, el mencionado Director nombró otras dos a cargo de los doctores Juan Herrera Ribón y Abelardo García.



Dispuso la Junta que el Director de Higiene del Atlántico comprara, con los fondos que el Gobierno destinó para esto, los medicamentos, desinfectantes y petróleo necesarios para distribuirlos a las citadas Comisiones. Con su inteligencia y actividad características aquel Director, doctor Oscar A. Noguera, procedió a proveerse de esos elementos, que distribuyó oportunamente a los médicos de dichas Comisiones. La Ley de Presupuestos de 1916 no dejó para atender a las epidemias de la República sino la insignificante suma de \$400. Afortunadamente el Gobierno había abierto a principios del año pasado un crédito suplemental para atender a la epidemia de Buenaventura y a las demás que pudieran presentarse. Con esta partida se pudieron hacer los gastos de estas Comisiones, hasta el 28 de febrero de este año, fecha en que expiró la vigencia de aquel Presupuesto; pero para los gastos que se hicieron del 1º de marzo en adelante hay que solicitar del Congreso que apropie una partida que no solamente permita cubrirlos, sino también atender, en lo que resta de la vigencia, a las epidemias que puedan presentarse y que demanden gastos nacionales, según la ley.

Los médicos que formaron las Comisiones Sanitarias de que se ha hablado atendieron y medicaron más de 1,800 enfermos en el extenso territorio que visitaron, y en todas las poblaciones de este territorio dejaron instrucciones necesarias para combatir y prevenir la disenteria y el paludismo que las diezaban.

Hemos dicho que otra de las enfermedades que en forma de epidemia, más o menos extensas, se han presentado, es la viruela. Ningún Departamento se ha visto exento de ella, pero ha sido en Antioquia, en Caldas, en Bolívar, El Valle y Tolima donde más se ha propagado; afortunadamente, según los informes mensuales de los Directores de Higiene, no ha revestido forma grave, y la mortandad ha sido muy pequeña; no obstante esta circunstancia, la viruela



ocasiona graves perjuicios porque, aunque sea relativamente benigna, inhabilita muchos brazos por varias semanas, lo que perjudica en gran manera al pueblo y a las industrias, y ocasiona gastos de consideración a los Municipios, que se han visto obligados a establecer hospitales especiales.

La Junta ha procurado que se active la vacunación antivariolosa, y en esta labor ha sido secundada eficazmente por los Directores de Higiene. Ha solicitado de los Gobernadores el nombramiento de Vacunadores ambulantes, solicitud que ha sido atendida en aquellos Departamentos cuyos presupuestos han permitido hacer ese gasto. Se ha distribuido en abundancia el *cow-pox* producido en el Parque de Vacunación de esta ciudad, que, como se verá adelante, ha suministrado cantidades muy considerables de esta vacuna.

Desgraciadamente acontece que el *cow-pox* pierde con frecuencia su actividad al llevarse a climas cálidos o a poblaciones muy lejanas, o al dejar mucho tiempo sin aplicarlo, que es lo más común. Para corregir esto, la Junta dispuso que se preparara *cow-pox* seco para enviarlo a climas ardientes, el que ha resultado más eficaz y ha conservado por más tiempo su actividad.

En vista de la falta de buen éxito con esta vacuna, en algunas partes las autoridades resolvieron pedir *cow-pox* al Exterior. Para el Departamento del Valle se pidieron mil tubos a la Casa de Parke y Davis de Nueva York, que costaron \$ 400 oro americano. El Director de Higiene ha informado que aunque esta vacuna se empleó toda muy pronto, no dio buen resultado sino en el 40 por 100 de las vacunaciones, que fue la misma proporción que se obtuvo con la vacuna de Bogotá. El Concejo Municipal de Medellín pidió también *cow-pox* a los laboratorios de Parke y Davis. Llegada esta vacuna, se practicaron inmediatamente y con actividad algo más de doce mil vacunaciones; el resultado fue muy malo, pues no se obtuvo buen éxito sino en poco menos de qui-



nientos vacunados. Se ve pues que esta falta de actividad en la vacuna no es defecto tan sólo de la de Bogotá; ésta ha mejorado notablemente en los últimos meses, gracias a los esfuerzos del competente Director del establecimiento, Profesor Jorge Lleras; de ello hay pruebas en los informes últimamente recibidos en Santa Marta, Cartagena, Barranquilla, Quibdó, Buenaventura, Cúcuta, Bucaramanga y Manizales.

La Junta ha hecho presente a las Asambleas la urgente necesidad de que en cada Departamento se organice la vacunación permanente, servida por un personal que sepa cumplir con sus deberes. Por lo mismo que no en todos los Municipios se puede tener vacuna reciente, y que a causa de esto el buen éxito es incierto, hay necesidad de acostumbrar al público a repetir las vacunaciones hasta obtener un éxito satisfactorio. Una campaña en este sentido lograría hacer desaparecer la viruela en la Nación, puesto que es la enfermedad que más fácilmente puede evitarse. Justo es reconocer los esfuerzos que hacen los Directores de Higiene en los Departamentos para organizar este servicio; y logran grandes resultados en favor de la salubridad si encuentran apoyo efectivo en las autoridades. Prueba de ello nos da el Departamento de Antioquia, donde, gracias a este apoyo, la vacunación y la revacunación se han podido practicar activamente en todos los Municipios y caseríos.

En algunos Departamentos, como el Magdalena y el Tolima, se han expedido ordenanzas que establecen oficinas de vacunación en las capitales y en las demás poblaciones importantes. Muchos Concejos Municipales han atendido a la excitación que la Junta les hizo para establecer oficinas de vacunación, y es de esperar que los demás Concejos de cierta importancia procedan de igual manera.

.....



## SANIDAD DE LOS PUERTOS

Ni en el curso del año pasado ni en el presente se han presentado en los puertos del Atlántico las enfermedades infecciosas que, como la disenteria y el sarampión, llegaron a tener en los años anteriores proporciones de epidemia. La mortalidad general, tanto en esos puertos como en las poblaciones de los tres Departamentos, ha bajado notablemente, exceptuando por supuesto las poblaciones que sufrieron los rigores de la inundación del río Magdalena. Ya hemos hecho notar que la Comisión americana que nos visitó en agosto último ha aceptado que ni en nuestros puertos marítimos de aquella costa, y ni en Barranquilla y demás puertos fluviales del Magdalena, ha habido caso alguno de fiebre amarilla después del año de 1905.

Pero ni estas circunstancias, ni el tener en todos esos puertos un servicio de sanidad bien reglamentado, son suficientes para que se acepten sin restricciones nuestras patentes de sanidad. Como la Junta Central de Higiene lo ha hecho notar en sus informes anteriores, a la Oficina Internacional Sanitaria de Washington y a las autoridades sanitarias que de ella dependen no basta, para considerar saneado un puerto, que no haya en él enfermedad alguna infecciosa de las que necesitan cuarentena; exigen también, y con razón, que los puertos y las poblaciones que estén en rápida comunicación con éstos, se hallen libres de pantanos, o al menos que los más inmediatos se mantengan siempre cubiertos de petróleo, que haya una lucha organizada contra el zancudo, muy especialmente en las casas y en los predios urbanos; que tengan alcantarilla y excusados y una buena provisión de agua.

Si no emprendemos muy pronto estas obras en Santa Marta, Cartagena, Puerto Colombia y Barranquilla, llegará el día en que ninguno de los buques que hayan de pasar por el Canal de Panamá



quiera tocar en nuestros puertos para no verse sometido a la cuarentena de seis días que se mantendrá en Colón mientras las condiciones de estos puertos no mejoren.

Esta misma es nuestra situación en el Pacífico, con la circunstancia agravante de que esta costa se halla constantemente amenazada por la fiebre amarilla y por la peste bubónica, que son ya endémicas en Guayaquil y en otros puertos del Sur. No obstante esto, dominada que fue la fiebre amarilla en Buenaventura, nuestros puertos del Pacífico quedaron libres de toda epidemia. Los resultados que se han obtenido con la lucha emprendida contra el zancudo y las pocas obras de saneamiento que se han realizado en Buenaventura, como relleno de pantanos, mejora en la provisión de aguas, demuestra que no son inútiles los trabajos de sanidad que allí se emprenden ni que sean fabulosas las sumas que para las más urgentes se necesiten.

Las rentas de la Nación no dejarán, en muchos años, margen alguno para los gastos de saneamiento de nuestros puertos ni para otros, también muy urgentes, relacionados con la higiene, como la lucha contra la anemia tropical y la tuberculosis, y el establecimiento de laboratorios de bacteriología, cuya necesidad es hoy indispensable.

Preciso será pues que la Nación consiga en el Exterior un empréstito para dichos gastos, como lo han hecho y lo están haciendo las demás naciones de la América del Sur, muchas de las cuales cuentan con rentas muy superiores a las nuestras. Cuando la guerra europea termine debemos estar preparados para las necesidades del comercio universal, y para ello debemos hacer pronto toda clase de esfuerzos. Estamos colocados en este dilema: o quedamos excluidos del comercio, o algún poder extraño vendrá a imponernos las medidas sanitarias que la civilización exige. No olvidemos que ya se ha pretendido imponernos Médicos de Sanidad extranjeros en algunos de nuestros puertos, y que, desgraciada-



mente, no han faltado hijos de Colombia que, cegados por el interés comercial, apoyen tal abdicación.

Enumeraremos las principales necesidades de nuestros puertos marítimos y fluviales.

*Santa Marta*—Está ya organizado el servicio de la Estación Sanitaria, con los empleados que son indispensables. Ha sido necesario contratar la construcción de algunas obras para completar este establecimiento, y se ha contratado también la construcción de un muelle que facilitará el servicio de sanidad. También es necesario construir un camino, de corta extensión, que permita la comunicación de la ciudad con la Estación Sanitaria por tierra.

Esta ha quedado bajo la dirección inmediata del Médico de Sanidad del puerto, cargo que desempeña actualmente el doctor Alejandro Cotes. Está dotada de los muebles y enseres necesarios que se pidieron a Nueva York, y tiene a su servicio una lancha con motor de gasolina que se compró recientemente. Tanto para guardar esta lancha como para mantener en buen estado el aparato Clayton es preciso construir sendos locales, que no serán muy costosos.

La sanidad del puerto exige que se construyan buenos edificios para cuartel y para cárceles; que se hagan obras de defensa para impedir las inundaciones; que se continúe la construcción de los pozos sépticos, en tanto que no sea posible construir excusados de otra clase; organizar un servicio de aseo urbano; construir alcantarillas, principiando por las más urgentes; mejorar el acueducto y emprender, bien organizada, la lucha contra el zancudo.

*Riohacha*—En este puerto es necesario dotar al servicio de sanidad de una lancha con motor de gasolina, que será muy costosa.

*Puerto Colombia*—El Ingeniero del Ferrocarril, doctor Villa, cumplió el contrato que con él celebró la Junta Central de Higiene para levantar un plano



de las obras de sanidad que sean indispensables y formar un presupuesto del costo de dichas obras. Este alcanza a \$ 129,000, suma con la cual se transformará completamente ese puerto, que hoy se halla en lamentable estado, y donde se presentaron disenteria y paludismo en forma muy grave, enfermedades que atendió oportunamente esta Junta. En el presente año el estado sanitario de este puerto ha sido menos malo.

No habiendo en el Presupuesto sino una partida muy pequeña para las obras de sanidad de todos los puertos, no se han podido iniciar siquiera las obras aconsejadas por el doctor Villa. La Junta ha tenido que limitarse a pedirle al Inspector de Sanidad del Atlántico y al Médico del puerto un presupuesto de las obras más urgentes, para pedir al Gobierno que solicite del Congreso una partida especial.

La Estación Sanitaria al servicio de este puerto ha continuado bien atendida; los muebles, los aparatos, la planta eléctrica y las lanchas se hallan en perfecto buen estado. Siguiendo las indicaciones del Inspector de Sanidad del Atlántico, doctor Nicanor G. Insignares, cuya irreparable pérdida no se lamentará lo bastante, la Junta solicitó del Gobierno que se enviaran las sumas de dinero necesarias para renovar la pintura de los edificios, hacerles algunas reparaciones urgentes y mejorar la provisión de aguas. El Gobierno remitió oportunamente la suma pedida.

La Estación está a cargo del doctor Juan B. Nájera, quien desempeña con laboriosidad e inteligencia el puesto de Médico de aquel puerto.

*Cartagena*—El problema de abastecimiento de agua no ha podido tener solución completa en esta ciudad, porque la guerra europea ha impedido que se lleve a cabo la construcción del gran acueducto del río Magdalena a dicha ciudad; realizada esta obra, el puerto quedará con una magnífica provisión de aguas.

Hace gran falta en este puerto la construcción



de un hospital de observación para el servicio de la sanidad del puerto, porque aunque Cartagena está defendida de las enfermedades pestilenciales por los puertos de Colón y Puerto Colombia, donde hay Estaciones Sanitarias completas, puede llegar el caso de que arriben enfermos que estén sujetos a cuarentena de observación; y si llegan a presentarse fiebre amarilla o alguna otra enfermedad pestilencial, sería este hospital el medio de salvar la ciudad de una epidemia de esta clase. Este hospital debe contarse, pues, entre las obras que hay que emprender para la sanidad de nuestros puertos.

En este puerto debe también mantenerse una campaña persistente contra el zancudo, único modo de acabar con el estegomia.

*Buenaventura*—El 28 de noviembre de 1916 terminó la cuarentena para los pasajeros procedentes de este puerto que se dirigieran al interior del Departamento. A pesar de la completa extinción de la fiebre y de que el término de ciento cincuenta y cinco días transcurridos desde que ocurrió el último caso de la enfermedad tomada en el puerto y la fecha citada, demostraba que no había ya estegomia infectado, se ha continuado la lucha contra el zancudo, con ánimo de destruir el estegomia y al mismo tiempo disminuir el anófele, agente del paludismo. Afortunadamente, para dirigir esta campaña la Junta ha contado con colaboradores tan competentes y activos como los doctores Jenaro Payán, Inspector de Sanidad del Pacífico, y Pedro A. Duque, Médico de Sanidad del puerto e inmediato director de los trabajos.

La Junta ha mantenido allí un Cuerpo de Policía Sanitaria, compuesto de cuatro Agentes y un Jefe. Esto ha permitido continuar las visitas domiciliarias frecuentes y rigurosas, sin las cuales es imposible lograr la destrucción del zancudo. En esta campaña se ha suspendido la práctica de las fumigaciones, que se han reservado únicamente para aquellas habitaciones en que por descuido o des-



obediencia se ha dejado desarrollar el zancudo, sanción que ha producido buenos resultados.

En Buenaventura es el agua de lluvia la que principalmente se consume. Para que esta práctica no contribuyera a la propagación del zancudo, en la época de la fiebre amarilla se adoptó la medida, que se ha conservado, de distribuir toneles para recoger las aguas, provistos de una llave en la parte inferior y protegidos en la superior por una doble red de alambre; de esta manera se recibe y se mantiene el agua sin que los zancudos puedan depositar en ella sus huevos. Se distribuyeron entonces 1,290 toneles, que se han reparado con frecuencia o renovado, según el caso.

Los Agentes de la Policía Sanitaria vigilan diariamente estos depósitos, a fin de cerciorarse de que están bien protegidos y de hacer reparar inmediatamente cualquier daño que se note.

Tienen también estos Agentes el deber de dar aviso al Médico de Sanidad de todos los enfermos que hallen en las casas que visiten. En las visitas domiciliarias estos Agentes emplean petróleo y larvacida para matar las larvas que frecuentemente encuentran en los pequeños depósitos de agua que no han podido suprimir.

Las aguas estancadas donde el terreno no se ha podido rellenar se cubren de petróleo, trabajo que se hace casi diariamente.

En este año se han petrolizado 6,551 veces los 281 depósitos de agua que hay en estas condiciones, así como las zanjas de la línea férrea dentro de la población, y los desagües que no tienen suficiente declive.

Se han protegido con red de alambre varios locales de oficinas y casas particulares, y a fin de facilitar la protección de las habitaciones se pide la malla a Panamá para venderla a los particulares a precio de principal y gastos, y el producto se invierte en nuevos pedidos; se ha cuidado del acarreo de las basuras para sacarlas de la población, y se ha destinado una cuadrilla de peones para desyerbar las ca-



lles, rellenar las depresiones a fin de impedir depósitos de agua, rozar las malezas, arreglar los desagües, etc.

El resultado de esta campaña ha sido la gran disminución del zancuno en la población, en términos en que ha habido semanas en que casi no se le encontraba; y como en esta lucha el zancudo que más sufre es el estegomia, porque vive en las habitaciones o cerca de ellas, donde se le puede perseguir, se le hará desaparecer completamente si hay constancia en la lucha.

El doctor Duque dice en su informe que «hoy se nota más docilidad en la gente del pueblo para atender a las medidas sanitarias que se les ordenan en sus habitaciones; ya cuidan mejor las mallas que protegen los depósitos de agua.»

Como medida de previsión necesaria, porque el peligro de la peste lo tenemos constantemente en el Ecuador, se ha continuado la campaña contra las ratas, con la cual se ha logrado destruir un número considerable de ellas, no obstante que esto ocasiona un gasto relativamente notable.

En estos trabajos de saneamiento, en el personal de Policía Sanitaria, en carpinteros, jornaleros, etc., se invierten por término medio \$ 600 mensuales. Muy grandes serían las mejoras que en el puerto podrían hacerse si para dar mayor amplitud a estos trabajos se dispusiera de una cantidad mensual de alguna consideración, y si además de eso se llevara el agua potable de algún punto del continente, para lo cual ya se han hecho propuestas al Municipio, y se construyera un muelle en el puerto, éste se transformaría en poco tiempo.

Sea esta la ocasión de reconocer el generoso servicio que la Compañía del Ferrocarril prestó a la población facilitándole agua potable en las semanas de abril y marzo, en que la ciudad tuvo que sufrir las penosas consecuencias de un sostenido verano.

*Estación Sanitaria*—De conformidad con la autorización que a esta Junta le da la Ley 42 de 1915 para emprender en Buenaventura la construcción



de una estación sanitaria, según el modelo de la de Santa Marta, la Junta celebró con el señor A. J. George, que fue el ingeniero constructor de esta última, un contrato para que se trasladara a Buenaventura a elegir el punto más apropiado para construir la estación y formar los planos a que deben someterse los edificios. El señor George se comprometió también a practicar esto mismo en el puerto de Tumaco.

Los gastos que tuvo que hacer el Gobierno con motivo de la epidemia de Buenaventura desde noviembre de 1915, y las dificultades del Tesoro Nacional por causas de todos conocidas, no permitieron dar cumplimiento a este contrato sino en septiembre último. El señor George llegó en dicho mes a Tumaco, y en octubre pasó a Buenaventura.

En ambos puertos se entendió con los Médicos de Sanidad, estudió los sitios convenientes y levantó los planos, que fueron luego aprobados por la Junta Central de Higiene con algunas adiciones.

Aunque de acuerdo con la Ley citada figuraba en el Presupuesto de 1916 una partida de \$ 20,000 para esta obra, no ha habido dinero para principiarla; en el Presupuesto de este año no se han incluido sino \$ 4,000, con los cuales se empezarán los trabajos tan pronto como se formalice el contrato que para construir la estación ha iniciado la Junta con el mismo señor George.

Lo que ha sucedido con esta obra está demostrando que es indispensable, como ya se ha dicho atrás, obtener un empréstito destinado exclusivamente a los puertos de la República, porque de otro modo el Gobierno estará imposibilitado para realizar las obras que en ellos se necesitan.

*Tumaco*—Expuesto como está este puerto a ser invadido por las enfermedades pestilenciales que reinan desde hace varios años en puertos del Ecuador que mantienen con Colombia relaciones comerciales activas, es allí donde deben emprenderse con preferencia las obras de saneamiento y la campaña para la destrucción de los zancudos y ratas.



Por esta razón la Junta incluyó en el contrato con el señor George la exploración de la isla para elegir el sitio en que haya de construirse una estación sanitaria. Los planos de ella están ya aprobados por la Junta, y se espera dar principio a la obra en el presente año. La causa principal de que ésta se ha ya retardado ha sido la dificultad que ha tenido la Comisión Sanitaria del puerto para hallar un Tesorero que llene las condiciones que exige el Código Fiscal. A pesar de las repetidas órdenes de la Junta, aún no se ha cumplido con esta formalidad indispensable.

Urgente es también activar la construcción de la muralla para defender la ciudad de las invasiones del mar. Están ya construídos 1,200 metros, con lo cual se protege una gran parte de la población, y se ha impedido que en las altas mareas se inunden las calles, como sucedía anteriormente. La Junta ha solicitado del Ministerio de Hacienda que reclame los terrenos de bajamar, que deben haber pasado ya al poder de la Nación, para destruir las barracas que allí se han construído, y que son generadoras de ratas y perjudican a la higiene del puerto.

Si el Congreso de este año resolviere aumentar la partida para saneamiento de los puertos, se podrá continuar metódicamente y con la extensión que Tumaco lo exige, la campaña contra las ratas y los zancudos.

En este puerto hay necesidad también de distribuir toneles provistos de llave inferior y protegidos con tela de alambre, porque, como en Buenaventura, el agua de lluvia es la que se consume en la ciudad.

Muy importantes servicios ha prestado el Médico de Sanidad del puerto, doctor Antonio J. Castro, quien ha dado cumplimiento a las disposiciones de policía sanitaria y vigilado activamente la higiene local. El doctor Castro y el doctor Rubén Paz C. atienden con inteligente consagración el Hospital de Tumaco, establecimiento que puede considerarse como uno de los mejores de la Nación.



Las Inspecciones Sanitarias marítimas han funcionado normalmente, y los Inspectores han enviado oportunamente sus informes a esta Junta. En la Inspección del Atlántico han ocurrido cambios en el personal. El doctor Julio A. Vengoechea se separó en marzo último; justo es dejar constancia de que este ilustrado médico prestó durante varios años los más valiosos servicios a la Nación en este puesto. A su inteligencia, consagración y patriotismo se deben en su mayor parte la construcción de la Estación Sanitaria de Puerto Colombia y su completa organización. Le sucedió el doctor Nicanor G. Insignares, decano de los médicos del litoral atlántico, y cuya ilustración e inteligencia estaban sirviendo eficazmente a la Nación cuando ocurrió su inesperada muerte. Para llenar el puesto fue designado el doctor Miguel Arango M., quien desempeñaba el empleo de Médico de Sanidad de Barranquilla, y de cuya labor se ha hablado ya.

En la costa del Pacífico ha continuado desempeñando el puesto el doctor Jenaro Payán, con la inteligencia y consagración que lo caracterizan.

Todos los Directores Departamentales de Higiene han tomado el mayor empeño en que se cumplan las disposiciones relacionadas con la higiene; han dictado importantes resoluciones; han distribuido cartillas e instrucciones para el público cuando se han presentado enfermedades epidémicas; han practicado la vacunación antivariolosa; han prestado atención a la higiene de las escuelas, colegios, cuarteles y prisiones. Todos han hecho esfuerzos para obtener de las Asambleas Departamentales y de los Concejos Municipales, ordenanzas y acuerdos relacionados con la higiene y recursos para cumplirlos.

#### PARQUE DE VACUNACIÓN

Este útil establecimiento ha continuado bajo la dirección del Profesor don Jorge Lleras. En el año que comprende el presente informe se hicieron 185



cultivos de *cow-pox* en bovinos y 3 de refuerzo en equidios. Los primeros produjeron 3 kilogramos y 856 gramos de pulpa de vacuna, que se envasó en 19,280 tubos, y 648 gramos de vacuna seca en polvo, que se envasó en 1,301 frascos. Con la pulpa glicerizada se habrían podido hacer 285,600 vacunaciones, y con la vacuna seca, 261,200.

Como se ve, se ha continuado preparando vacuna seca destinada de preferencia para los lugares de climas cálidos o muy distantes de la capital. Ya hemos visto atrás que tanto la vacuna extranjera como la de Bogotá están sujetas a perder su actividad por la acción de un clima ardiente o simplemente por el tiempo, si no se emplea oportunamente. Sea esta la ocasión de hacer notar que en la falta de buen éxito en la vacunación influye mucho la manera como ella se practique, y es preciso reconocer que aun entre los médicos hay descuidos que lo comprometen.

Del informe del Profesor Lleras tomamos lo siguiente:

«En cuanto a la parte técnica, se introdujo una modificación en el modo de producir y conservar la semilla, que es la siguiente: hasta el año pasado de cada cultivo de producción se reservaba una cantidad de vacuna, en ampolletas cerradas al soplete, para semilla de los cultivos siguientes. Este sistema tenía el inconveniente de que por el paso sucesivo del virus de ternera a ternera, se debilitaba la virulencia; y aun cuando cada dos o tres meses ese virus se reforzaba por medio del paso por equidios, la virulencia no era constante en todos los cultivos; hoy, para evitar tal inconveniente, se procede así: de un cultivo en potro se siembra directamente en ternera, y la vacuna producida por esta ternera se conserva en la nevera, en ampolletas cerradas, para servir de semilla a los cultivos venideros; cuando se acaba esta semilla (cada dos o tres meses) se repite el cultivo en equidio y se produce nueva reserva. Por este sistema se obtiene el mismo grado de virulencia en todos los cultivos.»