

(De julio a octubre de 1919).

# 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 Medicina de la Universidad de Colombia. Miembro de la Sociedad de Cirugía de Bogotá. Cirujano de la Casa de Salud *Marly*.

DOCTOR LUIS CUERVO MÁRQUEZ

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

DOCTOR PABLO GARCÍA MEDINA

Presidente honorario del tercer Congreso Médico Nacional (1918). Miembro de número y ex-Presidente de la Academia Nacional de Medicina. Secretario perpetuo de la misma. Miembro correspondiente de la Academia de Medicina de Venezuela. Director Nacional de Higiene de Colombia. Miembro de la Junta Central de Higiene. Profesor de Fisiología en la Facultad de Medicina de Bogotá.

DOCTOR POMPILIO MARTÍNEZ N.

Miembro de número y Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina. Rector de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de Colombia. Profesor de Clínica quirúrgica de la misma Facultad. Miembro de la Sociedad de Cirugía de Bogotá.

BOGOTÁ

IMPRENTA NACIONAL

1920

## CONTENIDO

	Págs.
Cuarto Congreso Médico de Colombia.....	321
El ovario escleroquistico en Colombia (su frecuencia, sus formas clínicas y sus asociaciones morbosas habituales), por el doctor Miguel Jiménez López (de Boyacá)..	351
Estadística de los casos operados en la Clínica particular del doctor Manuel A. Cuéllar Durán (de Bogotá), en el año comprendido entre el 1º de mayo de 1918 y el 30 de abril de 1919, (Año III).....	388
Hepatitis disentérica, por el doctor Vicente Caraballo O. (de Mompós).....	446
Historias clínicas—Tratamiento de la lepra por las inyecciones de chalmugra de Jeanselme, por el doctor Gustavo de la Puente. Médico del Leprosorio de Contratación.....	451
Varietades.....	482

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 sont priés de vouloir bien s'adresser au docteur *P. Garcia Medina*, Bogotá—Apartado número 6.

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

La correspondencia debe dirigirse así:

Señor doctor PABLO GARCIA MEDINA.

Bogotá—Apartado número 6.

---

---

# REVISTA MEDICA DE BOGOTA

---

---

Organo de la Academia Nacional de Medicina

## REDACTORES

Doctor Zoilo Cuéllar Durán.

Doctor Pablo García Medina.

Doctor Luis Cuervo Márquez.

Doctor Pompilio Martínez N.

---

---

## CUARTO CONGRESO MEDICO DE COLOMBIA

En las fiestas del primer centenario de la gloriosa batalla de Boyacá, que decidió de la suerte de la América del Sur, tomó parte el Cuerpo Médico de Colombia con la reunión del cuarto Congreso Médico Nacional, convocado para la ciudad de Tunja. Setenta y dos de los profesores que se inscribieron como miembros de este Congreso concurren a esa asamblea con que la ciencia quiso contribuir a la ofrenda que en tan alta y gloriosa ocasión presentaba la Nación agradecida a los libertadores que nos dieron patria y nos enseñaron a amarla y a servirla.

Los miembros del Congreso fueron recibidos en la histórica ciudad con entusiasmo y con cariño. El día 7 de agosto concurren a la espléndida fiesta militar que se efectuó en el mismo campo de la batalla libertadora, y

donde, en simulacro hábilmente preparado, se reprodujo el combate con todos sus detalles; idea feliz que despertó en los concurrentes el más patriótico sentimiento de admiración y de gratitud por quienes realizaron la heroica hazaña.

Los ilustrados Directores del *Repertorio de Medicina y Cirugía*, que concurrieron al Congreso, dicen refiriéndose a esta asamblea:

“Nada de lo que se diga podrá dar idea exacta de la grata impresión que los congresistas llevaron en su ánimo, tanto de las labores científicas del Congreso, como de las atenciones que la sociedad tunjana, con generosidad y gentileza especiales, prodigaron a los facultativos. Un espléndido baile oficial, algunos bailes particulares, un *garden party* y varios banquetes parciales, deleitaron a los forasteros, que de antemano sabían que Tunja era tierra de bellas y espirituales damas y de hidalgos y cultos caballeros.”

La sesión inaugural del Congreso tuvo lugar el 8 de agosto en el Teatro Municipal, bellamente adornado. A ella asistieron el Excelentísimo señor Presidente de la República, los Ministros de Hacienda, del Tesoro y de Guerra, el Excelentísimo señor Lossada Díaz, Ministro de Venezuela, el Gobernador del Departamento y sus Secretarios, los miembros del Concejo de la ciudad, y un selecto personal de ilustrados caballeros y de señoras y señoritas que con su presencia dieron brillo a esta solemne fiesta.

Las sesiones siguientes se celebraron en el bello y amplio salón que en el histórico

Colegio de Boyacá se construyó recientemente, y que se inauguró con estas fiestas del patriotismo y de la ciencia

El doctor Pablo García Medina, Presidente de la Junta Organizadora del Congreso, abrió la sesión y pidió al Excelentísimo señor Presidente de la República que declarara instalado el cuarto Congreso Médico de Colombia. Con este motivo se pronunciaron los siguientes discursos:

DISCURSO DEL DOCTOR PABLO GARCÍA MEDINA

Excelentísimo señor Presidente de la República, señoras, señores:

La dedicación del hombre al cultivo de la ciencia encamina sus facultades a un fin benéfico en sus resultados, noble y generoso por los altos sentimientos que estimula y dirige. Porque la ciencia es verdad, belleza y justicia, por eso toca todas las fibras del alma y levanta el espíritu a las altas regiones adonde no llegan las pasiones que empequeñecen y abaten, y donde se desarrolla ampliamente la aspiración a aquellos ideales que dignifican al hombre y le dejan antever el mundo superior, objeto de sus desvelos. Estimulando así la ciencia las más altas cualidades sociales vivifica y alienta la gratitud, timbre y presea del corazón humano.

Feliz expresión de esa rara virtud es esta asamblea científica que vos, Excelentísimo señor, vais a inaugurar; levantada muestra de civilización y señal de paz y de concordia. De las sagradas murallas de la inmortal Cartagena y de la Academia Nacional de Medicina salió la invitación a reunirnos hoy en este suelo sagrado para honrar la memoria de nuestros próceres en el día más glorioso de Colombia. Aquí, en esta noble y generosa ciudad, que hoy cariñosamente nos recibe, se decidió dos veces la suerte de la Patria. Dos veces el más grande de los libertadores encontró en ella el apoyo que había me-

ner para librar a un continente de los desastres y congojas que lo apuraban; dos veces los ilustres tunjanos trocaron sus blasones por el escudo de la República, que no podía ofrecer entonces sino el martirio.

Cien años nos separan de aquellos tiempos heroicos; y esta centuria antes ha acrecentado que disminuído el brillo de las armas triunfadoras, la gloria radiante de los héroes y la excelsa abnegación del soldado. Vemos alta y majestuosa la figura de Bolívar arrostrando con la brava y tempestuosa naturaleza en la desierta y anegada pampa y en las enhiestas y heladas cumbres de los Andes; la vemos alzándose en el campo inmortal de Boyacá a una altura desde donde si no alcanzó a dominar todo el teatro de sus glorias, sí pudo, abrevado con la ingratitud y los desengaños, contemplar los siete palmos de tierra que le dieron en nuestras playas las amargas pasiones de los hombres. Sentimos la augusta sombra de Santander organizando y dirigiendo aquella peregrinación de valientes que, desgarradas las carnes y diezmados por la fatiga, vinieron a rescatar la libertad con el sacrificio de sus vidas. Admiramos con entusiasmo a los Anzoáteguis y a los Soublettes, a los Rondones y a los Parises que abatieron el poderoso enemigo con el rayo de la victoria.

Los profesores que, venciendo dificultades y demostrando su desinterés y su patriotismo, han venido de todos los ámbitos de la República a contribuir a las pompas con que se celebra este centenario, son dignos discípulos de quienes, ocupando su existencia en las tendencias superiores del espíritu en relación con las leyes armoniosas de la vida, aman la humanidad y contribuyen a ennoblecer su misión.

La labor científica que esta Asamblea dedica a la Patria en tan solemne ocasión es modesta, pero no por eso dejará de ser provechosa, como lo han sido los trabajos de los Congresos Médicos que han precedido al presente; de ellos han salido medidas indispensables para la vida de la Nación, y a esto mis-

mo aspiramos, ya que por fortuna el sol que hoy alumbra estos campos gloriosos nos muestra muy amplios horizontes. Aquella labor está representada en más de cuarenta trabajos científicos en que se estudian asuntos relacionados con nuestras más apremiantes necesidades. La lucha contra el paludismo; el saneamiento de nuestros puertos; la campaña contra la anemia tropical y contra la tuberculosis, problemas quizá más graves para nosotros que el de la lepra; la lucha contra el alcoholismo, la más peligrosa de las enfermedades sociales; la defensa de la vida de los niños; la higiene de nuestras poblaciones; la organización de la asistencia pública; las habitaciones para obreros y proletarios, han sido los principales temas de aquellas memorias científicas.

Cuánta sea la importancia que hoy tiene para el porvenir de la humanidad el estudio de las ciencias médicas y la aplicación de sus descubrimientos a la conservación de la sociedad, puede decirlo la guerra que por cuatro años asombró al mundo con su crueldad y con sus desastrosas consecuencias. La higiene y la cirugía fueron desde el primer día de la lucha la sombra protectora de los desgraciados. La primera demostró que sus leyes y principios son condiciones esenciales para la conservación de la vida del hombre; la segunda obró prodigios para reparar los efectos sangrientos del odio inhumano. Los maravillosos estudios y experimentos del Profesor Carrel sobre la actividad y sobre la regeneración celulares, han conducido la cirugía a los más sorprendentes resultados y han abierto para ella un campo tan amplio y hermoso, como hermoso y grande es el estudio de las leyes que presiden la conservación de la energía y la continuidad de la vida.

En nombre de la Junta Organizadora de este Congreso que me ha tocado en suerte presidir, doy los gracias a cuantos han acudido al reclamo de la Patria en su día de gloria, contribuyendo con sus estudios y con su presencia a la celebración de este Congreso; al Gobierno Nacional, al del Departamento de Boyacá y a la sociedad de la noble y culta

ciudad de Tunja, representante de un laborioso pueblo tan heroico en la guerra como abnegado en las épocas de prueba.

Al abrir este Congreso, los médicos de Colombia cumplimos con el deber de saludar al Gobierno y al pueblo de Venezuela, heroica y abnegada hermana de la nueva Colombia; compañeras ambas en la gloria y en el martirio, y ambas protegidas por un mismo sagrado pabellón.

Excelentísimo señor Presidente:

En nombre de la Academia Nacional de Medicina y de la Junta Organizadora, suplico a Vuestra Excelencia se sirva declarar abiertas las sesiones del cuarto Congreso Médico de Colombia. Vuestra presencia ha dado a este acto el brillo y la solemnidad que deseábamos tuviera el homenaje que hemos presentado a nuestros libertadores; recibid, Excelentísimo señor, por este acto de atención y benevolencia el agradecimiento del Cuerpo Médico de Colombia.

---

El Excelentísimo señor don Marco Fidel Suárez, Presidente de la República, contestó:

Señor Presidente de la Junta Organizadora del Congreso Médico Nacional, señores:

Entre los actos con que la República conmemora en estos días la batalla que emancipó a nuestra patria el 7 de agosto de 1819, pocos habrá tan adecuados a ese objeto como el Congreso Médico que se celebra por cuarta vez en Colombia y que se inaugura en estos momentos en la noble ciudad de Tunja.

Nuestros libertadores lograron, por medio de su heroico valor y de su amor a la República, labrar para siempre la independencia política de la Nación y abrir el campo donde durante un siglo se han forjado varios ensayos de organización democrática. Estos ensayos, por su diversidad, han ocasionado hondas disensiones entre los colombianos, quienes



han consumido el principal caudal de sus facultades y esfuerzos en las luchas políticas, en lugar de aplicarlo permanentemente al adelanto nacional.

El siglo que acaba de pasar puede decirse que se ha consumido en la obra de Penélope, porque durante él los cimientos de la organización republicana se han empezado, se han deshecho y se han vuelto a empezar sin intermisión, cuando lo justo, provechoso y sabio hubo de ser aplicar la libertad que nuestros mayores nos dieron en el campo de Boyacá a crear una Constitución nacional y dedicarnos en seguida al fomento de los estudios, a la educación del carácter y de las costumbres, y al desarrollo de la riqueza pública y privada, que son los grandes elementos de la civilización.

Este Congreso Médico, ofrecido hoy a la memoria de nuestros libertadores, es no sólo una corona de inmortales puesta sobre sus tumbas, sino una gran rectificación de métodos, una compensación de pérdidas, y un punto de partida sólido y definido entre los varios puntos que la Nación está escogiendo para dirigir e impulsar sus adelantos.

Las ciencias médicas, cuyo objeto es el estudio de la vida, cuyo resultado es la victoria relativa sobre la muerte, y cuya alianza con la beneficencia las consagra y ennoblece, han sido y serán siempre las primeras entre todas sus hermanas, según el concepto de Macaulay, y forman una síntesis fecunda que compendia en cierta manera los diferentes ramos de las ciencias naturales, constituyendo así uno de los objetos más fecundos de la cultura intelectual.

Dichas ciencias, al personificar en Colombia sus estudios en esta respetable Asamblea, convierten el presente Congreso en una ofrenda espléndida en su modestia y grandiosa en sus silenciosos esfuerzos, que la República ofrece a sus libertadores y que los regocijará a ellos en la mansión de los vivos. Porque este obsequio arguye un adelanto uniformemente seguido en el campo de las ciencias y efectuado por talentosos y buenos hijos de Colombia, tierra fecun-

da en médicos eminentes; y porque esa profesión, dedicada al estudio del dolor, amo cruel de nuestra especie, y al estudio de la muerte, que vence diariamente al individuo pero que no vence la especie ni borra el ansia de la inmortalidad, es aliada de la beneficencia, amiga de la Cruz y discípula por oficio del Maestro Divino que antes de ascender al Calvario solía mostrarse llevando en sus manos la resurrección y la salud.

Al inaugurar, como tengo el honor de hacerlo, por honrosa excitación vuestra, el cuarto Congreso Médico de Colombia, os felicito, señores, y os ruego me permitáis que ahora en esta tierra, madre fecunda de grandes profesores de medicina, evoque yo con gratitud y respeto el nombre del doctor Josué Gómez, en quien se hermanaron la Ciencia, la Caridad y la Amistad más abnegada.

El doctor Julio Manrique, Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina, y en representación de ella, dirigió la palabra en los siguientes términos:

Excelentísimo señor Presidente de la República, señores:

Los médicos colombianos estamos congregados aquí por llamamiento de la Academia Nacional de Medicina y del tercer Congreso Médico Nacional, para celebrar la más grande efemérides de la historia militar de la América del Sur. Obedeciendo a éste llamamiento están representadas en esta comunidad todas las entidades médicas del país que atentas a la voz de la Patria van a decirnos en este recinto cuál ha sido el resultado de sus investigaciones y cuáles las verdades que en la ardua lucha han podido arrancarle a la fría mudez de la materia; y ninguna reunión podrá dar mejor idea del nivel intelectual del país colombiano que aquella a la cual vienen con su contingente de saber almas ennoblecidas en el diario contacto del dolor, y cerebros aquilatados en las rudas faenas del laboratorio y de la clínica.

La historia de los grandes médicos es historia de abnegación, de virtud y de saber, y la vida de esos hombres siempre ha dejado en pos de sí una estela de consuelo y amor que purifica y engrandece. Ya es Nebrus, abuelo de Hipócrates, en el sitio de Cirra dominando en compañía de su hijo Crysus una espantosa epidemia de peste que estalló entre los sitiadores; o ya son los médicos romanos, esclavos ellos que atendían con misericordia a los gladiadores heridos en el circo, o, en tiempos más cercanos, los Caballeros de San Juan de Jerusalén, que sabían curar heridas y tratar enfermedades, y cuidaban en hospitales a los soldados y a los caballeros que caían heridos o que enfermaban durante las guerras de las cruzadas.

El maestro Ambrosio Paré, conmovido por el espectáculo de los pobres soldados que morían de hemorragia cuando el arma de guerra seccionaba una arteria, sustituyó al horrible procedimiento de hemostasis, único conocido hasta entonces, y que consistía en sumergir en aceite hirviendo la parte que sangraba, por la ligadura de las arterias, invención que salvó el mayor obstáculo que tenían los cirujanos para progresar en su arte. Durante las mayores calamidades que han afligido a la humanidad, así sean pestes o así sean guerras, los médicos ya solos, ya en colectividades, han sido la vida en los campos de la muerte, han sido el consuelo en las horas de desolación, y, no importa en qué circunstancias, han sido los vencedores del dolor. Hay una bandera para la cual no existen fronteras, una bandera que nunca se ha recogido en señal de derrota y jamás se ha desplegado como símbolo de victoria; bandera amada y respetada por todos los pueblos de la tierra, porque ella simboliza todo lo que hay de bueno y dulce en el alma de los hombres, y esa bandera, señores, es la de la cruz roja sobre fondo blanco. Durante esta ráfaga de destrucción y muerte que los hombres enloquecidos por el odio desencadenaron sobre el mundo, recogió amorosa bajo sus pliegues los despojos sangrientos

que la metralla o la peste iban dejando en pos de sí. Con esta bandera a la cabeza un grupo de médicos y de enfermeras obtuvo el más espléndido triunfo de la guerra que acaba de pasar. No creáis que os hablo de la del Marne o de Verdun, os hablo de algo mucho más grande. El cuadro de desolación y miseria que presentaba Serbia después de la segunda invasión, iguala a los más horribles que los hombres hayan contemplado: el hambre, la desnudez, y, por sobre todo, el tifo exantemático mataba por centenares a esos seres humanos que más parecían sombras y que parecían abandonados y sin consuelo. Pero por caminos cubiertos de cadáveres los soldados de la Cruz Roja, médicos y enfermeras, desafiando la muerte que los asechaba en todos los rincones bajo forma de insectos cuya picadura era mortal por el virus que transmitían, como ángeles de consuelo llegaron hasta el corazón de los Balcanes ahuyentando delante de sí la peste y llevando víveres para alimentar a tanto desgraciado. Y así, obrando un prodigio la ciencia y la caridad, salvaron los restos de esa nación serbia en donde las lágrimas de las madres formaron torrentes y la sangre de los hombres formó ríos.

La historia de los médicos de la guerra que acaba de terminar aún no se ha escrito; sabemos eso sí de centenares que cayeron en los frentes de batalla en cumplimiento de su deber, y de muchos que soportaron lluvias de metralla impávidos, sin trepidar, por no abandonar a sus heridos.

En los laboratorios y hospitales de sangre los hombres de ciencia trabajaban sin cesar para hacer menos atroz la obra de los fusiles y de los cañones, y como fruto de esta labor, la única buena en medio de la matanza, tenemos esos procedimientos de cirugía que sobrepasan todo lo que podía esperarse del arte humano. Rostros despedazados por cascos de granada o ardidos por gases inflamados fueron restaurados maravillosamente; a los infelices agotados por la hemorragia y que antes estaban condenados a una muerte segura, el arte de los cirujanos

encontró el medio de darles la más bella de las limosnas que el hombre puede dar al hombre, la propia sangre de sus venas; y gracias a los procedimientos de antisepsia fundados en la observación microscópica de las heridas, el cerebro, el corazón, los huesos se manejan hoy con la misma facilidad con que antes se manejaban las más sencillas regiones operatorias, y si en el campo de la cirugía se ha llegado a esta perfección, en el mucho más amplio y universal de la medicina aquello raya en la maravilla. Las grandes epidemias que en guerras anteriores mataron más hombres que las mismas balas, apenas aparecieron en los ejércitos fueron dominadas: la fiebre tifoidea y el tétanos, por las vacunas; las erisipelas, por los sueros y los antisépticos; el cólera, por el aislamiento, y el tifo por el azufre, el agua y el jabón, los tres enemigos de los insectos parásitos; y así contra el paludismo, y así contra la disenteria, y así contra todo ese fúnebre cortejo de enfermedades que, como otras tantas maldiciones, han ido siempre en pos de los grandes ejércitos en campaña.

Nosotros los aquí congregados bajo este techo propicio a toda grande iniciativa tenemos en estos ejemplos grandes enseñanzas. Hemos venido luchando y no hemos de desmayar en la lucha contra esas dolencias que, como férreas ligaduras, atan nuestros brazos para el trabajo. No nos hemos libertado todavía de la anemia tropical que invalida tántos trabajadores en los mejores campos para nuestra agricultura. La fiebre tifoidea siega en nuestras ciudades preciosas vidas, y la tuberculosis, cuya propagación rápida preocupa a los sabios del mundo entero, progresa entre nosotros de manera alarmante, y, por sobre todo, la lepra, la odiosa lepra, compañera inseparable de todo pueblo sucio y pobre, carlanca vergonzosa que arrastramos delante de las naciones que, cuando han querido insultarnos a la faz del mundo, es del apóstrofe de leprosos del que han echado mano, hay que confesarlo, sigue su trabajo de zapa, y si en verdad no alcanzamos a

tener el número enorme de leprosos que se nos atribuye, sí tenemos la enfermedad muy extendida en todo el país, y los esfuerzos que hemos hecho para librarnos de ella apenas comienzan a dar fruto. En la conciencia de todo médico están estas verdades y en cada uno de nosotros ha de tener la ciencia un apóstol que en todo campo luche contra esos minotauros que, unidos al alcoholismo y a la sífilis, amenazan acabar con las razas autóctonas y hacen el campo inhospitalario para las razas extranjeras.

En esta ocasión apenas puedo enumeraros estos que son los grandes problemas que rezan con nuestra ciencia; cada uno de ellos ha sido motivo de meditados estudios de sabios compatriotas, y ya que nuestro poder es tanto, trabajemos mucho, trabajemos sin descanso para hacernos iguales a nuestros colegas extranjeros que a tan grande altura han llegado a fuerza de bondad y de estudio. La civilización moderna no tolera focos de infección y quita de su camino, por bien o por fuerza, la causa de las enfermedades pestilenciales que la estorban. Veracruz, La Habana y Panamá son ejemplos demasiado recientes y dolorosos.

Y aquí en esta ciudad, generoso solar de gloria donde tanto se ha trabajado por la libertad y por la patria; aquí, vecinos a esos campos de batalla en donde Carreño el venezolano en compañía del médico de la Legión Británica atendieron a los heridos del combate con el amor y la abnegación de los que han visto muchos sufrimientos y han sufrido mucho ellos mismos, discutamos serenos nuestros grandes problemas, analicemos fríamente cada uno de los trabajos que se presenten a este Congreso, y así contribuiremos de manera espléndida a la celebración de la gran fecha de la Patria.

Señores Congressistas: la Academia Nacional de Medicina, por mi humilde conducto, os presenta su fraternal saludo y los votos que hace por que vuestra labor sea buena y eficaz.

En seguida el Presidente de la Sociedad de Medicina de Boyacá, doctor S. Rodríguez, dio el saludo de bienvenida a los miembros del Congreso, en nombre de la Sociedad y de los médicos del Departamento, en un notable y elegante discurso, que no se publica porque desgraciadamente no se pudo conseguir, como lo deseaba la Junta Organizadora del Congreso.

Terminados estos discursos, el Congreso Médico aprobó por unanimidad la siguiente proposición, presentada por la Junta Organizadora:

«El cuarto Congreso Médico de Colombia rinde hoy homenaje a los Padres de la Patria que hace un siglo libertaron un continente y crearon la Gran República de Colombia, y consagra un recuerdo especial a los Jefes y soldados que en el campo de Boyacá obtuvieron la victoria que decidió de la suerte de la América del Sur. El Congreso saluda fraternalmente al pueblo venezolano, cuya sangre, mezclada con la granadina, fecundizó este suelo propicio a los grandes ideales de libertad, de igualdad y de justicia.»

Nombró el Congreso unánimemente PRESIDENTES HONORARIOS:

Al Excelentísimo señor don MARCO FIDEL SUÁREZ, Presidente de la República.

Al señor doctor MIGUEL ABADÍA MÉNDEZ, Ministro de Instrucción Pública.

Al doctor ISAÍAS SAAVEDRA, de Boyacá.

Al doctor LEONCIO BARRETO, de Bogotá.

Al doctor LUIS CUERVO MÁRQUEZ, de Bogotá.

Al doctor LUIS FELIPE CALDERÓN, de Boyacá.

Al doctor FRANCISCO A. URIBE M., de Medellín.

Al doctor ANGEL CUADROS, de Buga.

Al doctor JOSÉ MARÍA SOJO C., de Barranquilla.

Al doctor MANUEL F. OBREGÓN, de Catagena.

Al doctor T. A. TATIS de Cartagena.

Al doctor JOAQUÍN CASTILLA, de Ibagué.

Al doctor DIODORO SÁNCHEZ, I. C., de Bogotá.

Al doctor NUMAEL VÁSQUEZ, C. D., de Boyacá.

De la misma manera se aprobó lo siguiente:

«El cuarto Congreso Médico Nacional consagra en el acta de este día un recuerdo a la memoria de MANUEL MARÍA QUIJANO, JOSÉ FÉLIX MERIZALDE, BENITO OSORIO, JOSÉ JOAQUÍN GARCÍA, JUAN G. GUTIÉRREZ, MIGUEL IBÁÑEZ, JOSÉ G. ZAPATA, JUAN M. PARDO, PEDRO LASSO DE LA VEGA, FRANCISCO QUIJANO, granadino, doctor NAVAS, inglés, doctor CARREÑO, venezolano, médicos patriotas que al lado del Ejército libertador, cooperaron con su ciencia y su apostolado a la obra de la Independencia, y pide a la Junta encargada de levantar un monumento en la Facultad de Medicina de Bogotá, se incriban en él los nombres de quienes honraron a su patria y a la ciencia.»

Finalmente, el Congreso aprobó por unanimidad la siguiente proposición:

«El cuarto Congreso Médico de Colombia tributa un homenaje cariñoso a la memoria del doctor JOSÉ TOMÁS HENAO, cuya emenciosa vida se consagró al cultivo de las ciencias médicas, a dignificar la profesión y al engrandecimiento de la patria. Consagra también un recuerdo a la memoria del eminente médico y hombre público doctor ANTONIO REGINO BLANCO, quien nos dejó grandes ejemplos de abnegación, de virtud y de saber; lamenta la muerte del eminente médico doctor OSCAR A. NOGUERA, iniciador de la cirugía moderna entre nosotros; la prematura desaparición del doctor Sergio Ibarra Zamudio, y de los doctores Manuel A. Tatis, Juan B. Gutiérrez, Belisario Castro, Santiago Uribe; y la de los demás miembros del Cuerpo Médico y Profesores de Odontología de Colombia que han fallecido hasta hoy.»



Las sesiones posteriores se efectuaron en este orden:

PRIMERA SESIÓN—AGOSTO 9, A LAS 2 P. M.

Presidentes, doctor JULIO Z. TORRES, doctor PEDRO P. SCARPETTA.

Secretarios, doctor Fernando Troconis, doctor Martín Méndez.

1. Notas sobre el tratamiento de la sífilis del sistema nervioso, por los doctores Federico Lleras A. y José del C. Acosta.

2. Estudio de algunos cráneos prehistóricos de los Andes de Colombia, por los doctores Luis M. Rivas y Julio Manrique.

3. Valor clínico de la reacción de Wassermann, por el doctor Jorge Bejarano.

4. Enfermedades dominantes en los llanos de la región oriental de Colombia, por el doctor Isaac Flórez.

5. Notas sobre la insuficiencia de las cápsulas suprarrenales, por el doctor Martín Méndez.

6. Apuntaciones de geografía e historia médicas del Departamento de Boyacá, por el doctor Víctor Peñuela Rodríguez.

En esta sesión se presentaron al estudio de los miembros del Congreso Médico los proyectos de Estatutos de la Asociación Médica Colombiana y del Código de Moral Médica, elaborados y presentados a la consideración del Congreso por la Sociedad de Pediatría de Bogotá. Estos proyectos pasaron al estudio de una Comisión plural.

SEGUNDA SESIÓN—AGOSTO 9, A LAS 8 P. M.

Presidentes, doctor EDUARDO ZULETA, doctor D. GUTIERREZ y ARANGO, doctor FRANCISCO H. PORRAS.

Secretarios, doctor Manuel Conde Ribón, doctor Manuel F. Luque

1. Algo sobre el tratamiento de los tumores cancerosos del seno y de la cara, por el doctor Jorge E. Calvo.

2. Historias clínicas, por el doctor Jesús Mendoza.
3. La peste del día, por el doctor Julio M. Escobar.
4. Breves apuntes de medicina legal, por el doctor Félix Romero.
5. Las enfermedades venéreas en relación con el matrimonio, por el doctor Benjamín Fajardo C.

TERCERA SESIÓN—SECCIÓN DE ODONTOLOGÍA.  
10 DE AGOSTO, A LAS 9 A. M.

Presidentes, doctor SANTIAGO CABALLERO L., doctor JORGE POMBO M.

Secretarios, doctor José M. Saiz Rocha, doctor Sinfiorano Hernández.

1. El método Howe para el tratamiento de las caries de segundo, tercero y cuarto grados, por el doctor Sebastián Carrasquilla.
2. Raras anomalías de las arcadas dentarias, por el doctor Santiago Caballero L.
3. Retención de las dentaduras artificiales, por el doctor Sinfiorano Hernández.
4. Influencia de las alteraciones de la dentaduras sobre el estado general, por el doctor Sebastián Carrasquilla.
5. Higiene bucodental infantil, por el doctor Marcelino Luque.
6. Higiene dental escolar, por el doctor Felipe González C.
7. Sostenedor de la tela de caucho, por el doctor Paulino Franco.
8. Actinomicosis de los maxilares, por el doctor Jorge Cleves V.

## CUARTA SESIÓN—10 DE AGOSTO, A LAS 2 P. M.

Presidentes, doctor MIGUEL ARANGO M., doctor SAMUEL MONTAÑA, doctor R. AMAYA ARIAS.

Secretarios, doctor Luis M. Vela Briceño, doctor P. P. Cervantes, doctor Juan C. Hernández.

1. Apuntes demográficos de Barranquilla, por el doctor Miguel Arango M.
2. Estación modelo de desinfección para Bogotá, por el doctor A. Borda Tanco.
3. Propaganda de la lucha antialcohólica, por el doctor Eliseo Montaña.
4. Casas higiénicas y baratas para obreros, por el doctor A. Borda Tanco.
5. El problema higiénico de las iglesias, por el doctor A. Borda Tanco.
6. Influencia moral del médico en la sociedad, por el doctor Tiberio Rojas.
7. Dispensarios y sanatorios antivenéreos en la República, por el doctor R. Amaya Arias.

## QUINTA SESIÓN—10 DE AGOSTO, A LAS 8 P. M.

Presidentes, doctor JOSÉ IGNACIO URIBE, doctor RAÚL BERNETT C., doctor TIBERIO ROJAS.

Secretarios, doctor José del C. Acosta, doctor Manuel F. Sarmiento, doctor José Erasmo Torres.

1. Estudio de una epidemia de enterocolitis en los niños de Bogotá, por los doctores Calixto Torres y Federico Lleras A.
2. Estudio de la epidemia actual de tos ferina en Bogotá, y un concepto sobre el resultado de la vacuna Pertusi, por el doctor Guillermo Márquez.
3. Los resultados de la vacunación contra la tos ferina en Bogotá, por el doctor Calixto Torres.
4. Gota de leche, por el doctor Miguel Arango M.
5. Sobre acidosis de los niños en Bogotá, por el doctor Calixto Torres.

6. Escoliosis, por el doctor José M. Montoya.
7. La madre y su primer bebé, por el doctor Jorge Bejarano.
8. Pie equino, por el doctor Luis M. Vela Bri-ceño.
9. Informes de las Comisiones sobre los proyec-tos de Asociación Médica y de Código de Moral Mé-dica.

SEXTA SESIÓN—11 DE AGOSTO, A LAS 9 A. M.

Presidentes, doctor RÓMULO PEÑUELA, doctor ANDRÉS BER-MÚDEZ, doctor VÍCTOR RIBÓN.

Secretarios, doctor Jesús Mendoza, doctor Ramón Mancera.

1. El cemento como material sanitario, por el doctor Cristóbal Bernal.
2. Higiene pública municipal, por el doctor Ti-berio Rojas.
3. Lucha contra el paludismo. Saneamiento del puerto de La Dorada en el río Magdalena, por los doctores Pablo García Medina y Enrique Isaza S.
4. Lucha contra la uncinariasis, por el doctor Pablo García Medina.
5. Centros psicoauditivos y psicoópticos, sus ín-timas conexiones. Los fotismos, por el doctor Víctor Ribón.
6. Ensayo de tratamiento en algunas formas de locura, por el doctor Andrés Bermúdez.
7. Estudio de la estadística demográfica del De-partamento del Norte de Santander, durante el año de 1918, por el doctor Fernando Troconis.
8. Algunas observaciones sobre medicina legal, por el doctor Miguel Rey.

SÉPTIMA SESIÓN—11 DE AGOSTO, A LAS 2 P. M.

Presidentes, doctor MIGUEL JIMÉNEZ LÓPEZ, doctor PEDRO ELÍAS MENDOZA, doctor PARMENIO HERNÁNDEZ.

Secretarios, doctor Manuel A. Rueda, doctor Aristides Rodríguez.

1. Ovario escleroquístico, por el doctor Miguel Jiménez López.

2. Descapsulación del riñón en las nefritis crónicas, por el doctor Z. Cuéllar Durán.
3. Algunas consideraciones sobre el tratamiento de los sarcomas en los huesos largos, por el doctor Pompilio Martínez.
4. Ovarios gigantes, por el doctor L. M. Vela Briceño.
5. Un caso de *genu valgum*, por el doctor José I. Vernaza.
6. Cirugía del cerebro, por el doctor L. M. Vela Briceño.
7. Diagnóstico tropical de la apendicitis, por el doctor Raúl Bernett y Córdoba.
8. Defensa del perineo, por el doctor Andrés Bemúdez.
9. Un caso de ascárides lumbricoides de la región umbilical, por el doctor Joaquín Villamizar.
10. Estadística quirúrgica del Hospital de San Juan de Dios de Cúcuta, por el doctor Fernando Troconis.

OCTAVA SESIÓN (SESIÓN DE CLAUSURA)—11 DE AGOSTO, A LAS 9 P. M.

Presidentes, doctor JULIO MANRIQUE, doctor FRANCISCO H. PORRAS, Profesor ALBERTO BORDA TANCO, I. C.

Secretarios, doctor José del C. Cárdenas, doctor Juan C. Hernández.

En esta sesión se adoptaron los siguientes votos y resoluciones del Cuarto Congreso Médico Nacional reunido en Tunja:

*El Cuarto Congreso Médico Nacional*

ACUERDA:

I. Solicitar del Congreso Nacional de la República la creación de un nuevo Ministerio que se denominará *Ministerio de Higiene y Beneficencia*, que tenga a su cargo la administración de este im-

portante ramo del Gobierno, al cual se presta hoy en todas las naciones una atención preferente.

II. Solicitar del Cuerpo Legislativo de Colombia, de las Asambleas Departamentales y de los Concejos Municipales, que expidan leyes, ordenanzas y acuerdos que tiendan a combatir el alcoholismo y que contengan, entre otras, las siguientes disposiciones:

1<sup>a</sup> Gravar, cuanto más fuere posible, la introducción y la fabricación de bebidas espirituosas, como el brandy, el whisky, el ron, el aguardiente, las mistelas, etc., y prohibir la importación y la venta del ajenjo y sus similares, los *pousse-café*s, los anisetes, etc.

2<sup>a</sup> Establecer oficialmente el monopolio del alcohol y sus derivados, no como fuente de recursos para el Erario, sino como medio de combatir el consumo de las bebidas espirituosas.

3<sup>a</sup> Limitar el número de tiendas de expendio al detalle de licores y bebidas fermentadas, de acuerdo con el número de habitantes del Municipio.

4<sup>a</sup> Prohibir el expendio de licores y de bebidas fermentadas en los barrios apartados y en los caminos y veredas donde no hay un eficaz y permanente servicio de policía.

5<sup>a</sup> Prohibir las trastiendas, bastidores, cortinas, cancelos, etc., y asientos en las tiendas en que se vendan al detalle licores o bebidas fermentadas.

6<sup>a</sup> Prohibir el expendio de bebidas alcohólicas o fermentadas a una distancia menor de cien metros de las iglesias, de los colegios, escuelas, cuarteles, asilos, etc.

7<sup>a</sup> Estimular la fundación de cafés y restaurantes donde no se vendan licores de ninguna clase ni bebidas fermentadas.

8<sup>a</sup> Gravar con altos impuestos los establecimientos de licores y bebidas fermentadas, exceptuando las cervezas de buena calidad que no contengan una proporción de alcohol de más de 4 por 100.

El Congreso estima que estas industrias pueden gravarse porque afectan la salubridad pública

y están comprendidas en lo que respecto a tales industrias disponen la Constitución y las leyes.

III. El Cuarto Congreso Médico Nacional formula un voto por que se dicten en las Facultades de Medicina de la República conferencias sobre deontología médica, y por que al juramento que se pide a quienes reciben el título de doctor se agregue la promesa de cumplir el Código de Moral Médica aprobado por este Congreso, por ser la única norma de conducta escrita que hoy existe en el país.

IV. Se estima como una necesidad nacional la creación de laboratorios bacteriológicos en las principales ciudades del país, donde se estudien a fondo nuestras principales enfermedades y donde se elaboren los sueros y vacunas que sirvan para la preservación y tratamiento de tales enfermedades. El Congreso excita encarecidamente a los Gobiernos Nacional y Seccionales y a la iniciativa privada para la creación de dichos institutos.

V. Solicitar del Congreso Nacional que reforma la Ley 66 de 1916, sobre lucha contra la tuberculosis, en el sentido de reemplazar las Juntas creadas por esa Ley por oficinas que presten un servicio efectivo. Pedir al Congreso y al Gobierno que se emprenda la fundación de sanatorios y de dispensarios para tuberculosos lo más pronto posible, y que se dé a la campaña antituberculosa la importancia que tiene para el porvenir de la Nación.

VI. Solicitar de la Legislatura Nacional la reforma de la Ley 22 de 1911 a fin de establecer la lucha contra la anemia tropical (uncinariasis), y pedir que se hagan efectivas las disposiciones que ha dictado la Dirección Nacional de Higiene. Pedir al Congreso Nacional que dé al Gobierno los medios de adoptar las demás medidas que para combatir la uncinariasis indiquen la Academia Nacional de Medicina y las autoridades sanitarias.

VII. Pedir al Congreso Nacional que vote las sumas necesarias para organizar una campaña contra el zancudo y para atender a las obras más urgentes para el saneamiento de nuestros puertos.

El Congreso Médico considera de grande importancia para la higienización de las poblaciones situadas en regiones cálidas que se eximan de derechos de importación las mallas metálicas para proteger las habitaciones contra los mosquitos.

VIII. Solicitar del Congreso Nacional que vote las partidas necesarias para enviar médicos jóvenes al Exterior a hacer estudios prácticos de laboratorios de saneamiento de puertos y otros puntos importantes de higiene pública. Estos médicos deben ser nombrados por concurso.

IX. Se recomienda que se hagan conocer por medio de cartillas de propaganda popular las principales medidas de lucha antipalúdica y antianémica a los habitantes de nuestros climas cálidos, en especial a los de las regiones de Casanare y de San Martín, y se pide del Congreso Nacional que señale algunas partidas para que se puedan suministrar gratuitamente a las clases muy pobres quinina, timol y demás sustancias que se emplean para combatir el paludismo y la uncinariasis.

X. Se considera de la mayor importancia el estudio de la flora y de la fauna de las llanuras orientales de Colombia, ya como medio de valorizar muchos productos de gran porvenir comercial, ya para reconocer la utilidad científica de varias especies naturales que allí existen inexploradas. La creación de misiones técnicas sería el mejor medio de llegar a esos resultados.

XI. Pedir a los Gobiernos Nacional y Departamentales que se active la lucha contra las enfermedades venéreas y que se haga extensivo a todas las ciudades el establecimiento de sanatorios y dispensarios para combatir las enfermedades venéreas.

XII. Solicitar del Congreso Nacional que nombre una Comisión que revise la Ley 84 de 1914, a fin de reformarla, porque tal como está no tiene eficacia para reglamentar las profesiones médicas.

XIII. Solicitar que se expida una ley que ordene la adopción de una farmacopea nacional, que deba formarse por una Comisión nombrada por la Aca-



demia Nacional de Medicina, a fin de evitar la anarquía en las preparaciones oficinales de farmacia y llegar a reglamentar la venta de medicinas patentadas.

XIV. Pedir a la presente Legislatura que por medio de una ley, se establezcan clínicas dentales en las capitales de los Departamentos.

XV. Solicitar que se expida una ley para fundar una Facultad Nacional de Odontología, en el mismo pie que las demás Facultades de la Universidad Nacional; y entretanto se expide esta ley, pedir al señor Ministro de Instrucción Pública que reforme el Decreto número 10 de 1918, a fin de que se establezca el *pensum* en una forma más científica, tenga una distribución gradual y progresiva y armónica en lo posible con el *pensum* de institutos similares de otros países.

XVI. Convócase al Cuerpo médico de Colombia al QUINTO CONGRESO MÉDICO NACIONAL que se reunirá en la ciudad de Barranquilla el 1º de enero de 1922.

XVII. El Cuarto Congreso de Médico de Colombia da un voto de aplauso a los señores doctores Jorge Martínez S. y Bernardo Samper por el establecimiento del *Laboratorio de Higiene de Bogotá*, y los excita para que no desmayen en sus importantes labores, que son de vital importancia para la Nación.

XVIII. El Congreso deja en el acta de este día constancia de su agradecimiento al Gobierno del Departamento de Boyacá, al Cuerpo médico y a la culta ciudad de Tunja por las atenciones que han recibido los miembros del Congreso y el valioso apoyo que han prestado a esta corporación.

En la misma sesión acordó el Congreso Médico excitar a los médicos que forman parte del Cuerpo Legislativo para que presenten proyectos de ley de acuerdo con los votos del Congreso.

El Congreso eligió miembros del Consejo

Superior de la Asociación Médica de Colombia a los siguientes médicos:

PRINCIPALES

Doctor Juan David Herrera.  
Doctor Carlos Esguerra.  
Doctor Miguel Jiménez López.  
Doctor Roberto Franco F.  
Doctor Ricardo Amaya Arias.  
Doctor Roberto Sanmartín.

SUPLENTES

1º Doctor Luis López de Mesa.  
2º Doctor José Ignacio Uribe.  
3º Doctor Jorge Bejarano.  
4º Doctor Emilio Piedrahita.  
5º Doctor Manuel Antonio Rueda V.  
6º Doctor José del C. Acosta.

El doctor Julio Manrique, Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina, cerró la sesión con el siguiente discurso:

Señor Gobernador del Departamento, señores:

En el año de 1893 se reunió en el Salón de Grados de Bogotá el primer Congreso Médico Nacional. Claro se destaca en mi memoria el recuerdo de aquella reunión que desde los bancos de la barra contemplábamos llenos de entusiasmo los entonces estudiantes de medicina que sedientos de saber recogíamos reverentes las enseñanzas que brotaban en elocuente forma de los labios de Evaristo García; en discurso elegante y razonado del talento de José T. Henao, y en chispa genial de aquel sér perfecto cuyo brillo a través del tiempo, reflejado en vuestras almas generosas, llega hasta mi insuficiencia (1) exaltán-

---

(1) El orador se refiere al eminente médico doctor JUAN E. MANRIQUE, de imperecedera memoria en Colombia—(N. E.).

dome a puestos que, como éste, estoy lejos de merecer y que debía estar ocupado por el eminente médico boyacense doctor Miguel Rueda Acosta, actual Presidente de la Academia. Para entonces uno de los grandes problemas que confrontaba la cirugía era el del tratamiento de los grandes abscesos hepáticos. Con cuánta erudición se trató este asunto; qué de casos clínicos; qué de intensas argumentaciones; y de esa discusión surgió la vulgarización del tratamiento de la dolencia hepática por el procedimiento de las grandes incisiones, al cual debieron la vida tántos y tántos pacientes enantes condenados a una muerte segura. En aquel areópago se trató nuestro magno problema de la lepra, y de una discusión erudita y serena, en que el intricado tema fue tratado con intensidad única, surgió clara la necesidad premiosa de que el Gobierno Nacional afrontara y dirigiera con ciencia y con energía la lucha contra el azote infamante, lucha que antes de manera inefectiva era conducida por entidades inadecuadas. El efecto que aquella primera reunión nacional de médicos produjo en el país, ya lo podemos juzgar. Ellos entusiasmaron a la juventud que entonces cursaba en las aulas de Santa Inés y que ha florecido en esa constelación de estrellas de primera magnitud, cuyos representantes son Pompilio Martínez, Miguel Arango, Montoya y Flórez y muchos otros que tánto valen y que tánto pesan, y ese impulso que esa espléndida floración ha producido ha perdurado y comienza ya a alumbrar en esta generación de discípulos nuestros que de manera espléndida se ha manifestado en este Congreso.

Quiso aquel primer Congreso Médico colombiano que cada dos años se efectuara una reunión semejante, pero los clarines guerreros sonaron en los alcores convocando a la destrucción y a la matanza, en las mismas épocas en que, al amoroso llamamiento de la Patria, habrían de estar convocadas las gentes médicas para obra de amor y de redención, y entonces en vez de las tranquilas labores del Congreso, los médicos hubieron de ir a restañar en los campos

de batalla esa preciosa sangre que nuestras inicuas guerras civiles han hecho saltar a torrentes de las venas de nuestros hermanos. Más tarde, cuando la serenidad volvió a los ánimos, cuando se alejó, quizá para siempre, el ruido del combate, la Academia Nacional de Medicina, con motivo de las fiestas centenarias de 1910, llamó a los médicos del país a aquellas reuniones que modestamente se llamaron Sesiones Científicas del Centenario, y que en realidad fueron un Congreso médico fecundo en grandes enseñanzas, supuesto que además de nutridas discusiones sobre temas de medicina y de cirugía, se trataron problemas que, como el de la profilaxis de las enfermedades venéreas, jamás se había discutido entre nosotros; y de Bogotá se nos cita a Medellín para cuatro años después, y de allí a la Ciudad Heroica y de ésta a Tunja la apacible, tierra propicia al hondo pensar en medio de sus policromos horizontes y de sus nieblas grises que la enmarcan como en jirones de silencio.

La obra de estos Congresos ha sido inmensa. Los tres grandes volúmenes que forman los trabajos presentados a Medellín, el libro de las Sesiones Científicas del Centenario, los dos tomos que se preparan con material trabajado en Cartagena y lo mucho que de esta reunión va a resultar, forman una biblioteca médica en donde encontraréis muchos estudios que en nada ceden a los mejores hechos por corporaciones de la misma índole; y esto nos demuestra a nosotros, y debía demostrarles a nuestros compatriotas, que no somos inferiores a los demás, y que si se secundan nuestros esfuerzos, continuaremos en esa vía progresivamente ascendente en que hemos ido desde los albores de la medicina en Colombia; ¿queréis la prueba de este aserto? Ved cómo aquí con admirables trabajos de estadística se ha demostrado de manera irrefragable que la mortalidad de este país es mayor de lo que debiera ser, y se han indicado los medios exactos para nivelar nuestra mortalidad con la de las naciones en donde la higiene es reina y señora; fijaos en que los más

recientes descubrimientos en materias de terapias por drogas, por vacunas o por sueros han sido analizadas, ensayadas y probadas en la clínica, en el animal y en el microscopio; pensad lo que significa para nuestro porvenir el hecho de quitar de la puerta de nuestros inmensos llanos orientales la calavera y las canillas que, como emblema de muerte, rechazaban al colono que intentaba ir a regodearse con la fecundidad de aquellas tierras, y por último, convenceos de que nuestros cirujanos, aquí los habéis visto, no son inferiores a ninguno de los extranjeros que vísten blusa blanca y calzan guante de caucho.

El entusiasmo en estas cinco grandes funciones de ciencia ha sido mantenido por el fuego de un alma, por el vigor de un talento. Desde que en el Primer Congreso Médico colombiano representó magistralmente al gran Uribe Angel hasta esta reunión en la cual lo habéis oído decir siempre la palabra sabia y oportuna; este hombre que en la cátedra es profesor inimitable; en la prensa, escritor castizo, elegante y conceptuoso, que en las tareas de higiene nacional ha hecho él solo más que todos nosotros juntos, desde que gratuitamente desempeñara por años y años el cargo de miembro de la Junta Central de Higiene, hasta hoy que desempeña para bien nuestro el puesto de Director Nacional de Higiene, él, que como ya sabréis, es Pablo García Medina, trabajando sin descanso ha sabido mantener viva esta que ya es tradición de los Congresos médicos que tan grandes servicios prestan al país; García Medina en compañía de Cuervo Márquez, José M. Montoya y José del C. Cárdenas, eficazmente secundados por la Sociedad de Medicina de Boyacá y por los primeros odontólogos del país, llevaron a buen término la organización de este cuarto Congreso, con lo cual han obligado nuestra gratitud y la de todos los colombianos.

Señor Gobernador: servíos declarar cerradas las sesiones del cuarto Congreso Médico, y decidle a las autoridades de Boyacá y a la sociedad de Tunja que cada uno de nosotros llevará en su alma gratos re-

cuerdos de la gentileza con que nos habéis dado generosa hospitalidad.

Colegas doblemente hermanos en la ciencia y en la patria: id a vuestros hogares, adonde la felicidad ha de reinar, en la seguridad de que la raza y la Patria agradecen vuestros nobles esfuerzos.

En seguida el señor General don Jesús García, Gobernador del Departamento, dio las gracias, en nombre de la ciudad de Tunja y del Departamento de Boyacá, por haber designado esa ciudad para la reunión del Cuarto Congreso Médico de Colombia; elogió al Cuerpo médico de la Nación, hizo resaltar la importancia de los trabajos que se presentaron en este Congreso, y felicitó a los miembros de éste por sus benéficas labores.

A las 9 p. m. el Gobernador declaró clausurado el Congreso.

#### TELEGRAMAS DIRIGIDOS AL CONGRESO

El Presidente de la Junta Organizadora del Congreso Médico dirigió el día 7 de agosto sendos telegramas al señor Presidente de la República de Venezuela y a la Academia Nacional de Medicina de Caracas en que saludaba en nombre de los médicos de Colombia al pueblo de Venezuela y al Cuerpo médico venezolano, y recordando en este glorioso centenario los comunes y heroicos esfuerzos de ambos pueblos para obtener la libertad de un continente en el campo de Boyaca. El Congreso recibió las siguientes respuestas:

Del Excelentísimo señor Presidente de Venezuela:

«Miraflores, agosto 9 de 1919.

«Doctor Pablo García Medina—Tunja.

«Recibido telegrama. Agradezco a usted el salu-

do que me dirige en nombre del cuarto Congreso Médico de Colombia, congregado para celebrar el centenario de la gloriosa batalla de Boyacá. En nombre del pueblo venezolano y en el mío propio, presento a usted y al Congreso que tan dignamente preside, mis más cordiales congratulaciones por la brillante manera como nuestra hermana Colombia conmemora la gloriosa efémerides.

«V. MÁRQUEZ BUSTILLOS»

Del doctor Luis Razzeti, Secretario perpetuo de la Academia de Medicina de Caracas:

«Caracas, 11 de agosto de 1919.

«Doctor Pablo García Medina—Tunja.

«Recibí telegrama, que publico para conocimiento de los médicos venezolanos, en cuyo nombre agradezco honroso recuerdo del egregio Congreso Médico colombiano. Creyendo interpretar sentimientos colegas, hago fervientes votos por el acercamiento intelectual de pueblos que juntos bajo égida gloriosa de Bolívar conquistaron libertad en heroico esfuerzo de Boyacá.

«L. RAZZETI»

Del doctor Miguel Abadía Méndez, Ministro de Instrucción Pública:

«Bogotá, 12 de agosto 1919.

«Doctor Pablo García Medina—Tunja.

«Agradézcole su fino telegrama en que se sirve comunicarme que Congreso Médico nombróme Presidente honorario. Acepto gustoso y con agradecimiento especial esta honrosísima distinción.

«Afectísimo,

«M. ABADÍA MÉDEZ»

De los doctores M. F. Obregón y T. A. Tatis:

«Cartagena, agosto 15 de 1919.

«Doctor Pablo García Medina—Tunja.

«Profundamente agradecidos por atenta comunicación recibida ayer. Rogámosle dejar constancia en actas del Congreso Médico que la magnitud de nuestro reconocimiento iguala honrosa distinción que hizonos.

«Colegas,

«MANUEL F. OBREGÓN, TEOFASTRO A. TATIS»



## EL OVARIO ESCLEROQUÍSTICO EN COLOMBIA

(su frecuencia, sus formas clínicas y sus asociaciones morbosas habituales).

• por el doctor MIGUEL JIMÉNEZ LÓPEZ (de Boyacá).

(Trabajo presentado al Cuarto Congreso Médico Nacional reunido en Tunja).

### INTRODUCCIÓN

Seis años de práctica ginecológica en la capital de la República me han convencido de que la ovaritis escleroquística es la afección que con mayor frecuencia se presenta al estudio del especialista. Las numerosas intervenciones ginecológicas o simplemente abdominales que me ha sido dado presenciar durante los mismos años me han permitido comprobar *de visu* que tal degeneración del ovario sólo falta por excepción en las enfermas de otras afecciones de vecindad. Algunas autopsias me han revelado la misma lesión en mujeres en quienes jamás fue sospechada. Estos diversos hechos han llamado mi atención hacia un mal tan generalizado, tan cambiante en sus manifestaciones clínicas—cuando las tiene,—y en lo general, de tan diversas reacciones a los tratamientos usuales.

Deseando, en primer término, saber si los muy respetables facultativos que en nuestro país cultivan el mismo ramo abrigaban una opinión análoga en cuanto a la profusión y a la importancia especiales en nuestro medio de esta entidad morbosa, he pedido su concepto sobre algunos asuntos relacionados con este punto de ginecología. Muy generosamente han accedido a mi solicitud, y hé aquí algunas

opiniones en cuanto al número de enfermas de ovaritis escleroquística, en relación con el total de la población femenina:

Doctor Pompilio Martínez (de Bogotá), un 60 por 100;

Doctor Zoilo Cuéllar Durán (de Bogotá), un 60 por 100;

Doctor Rafael Ucrós (de Bogotá), muy frecuente;

Doctor M. Canales (de Bogotá), un 60 por 100;

Doctor Corpas (de Bogotá), un 10 por 100;

Doctor Montoya y Flórez (de Medellín), un 10 por 100;

El doctor Manuel F. Obregón, de Cartagena, opina que en nuestro litoral del Atlántico no es tan frecuente esta afección; en cambio, en Puerto Limón (Costa Rica) la ha hallado con excesiva frecuencia. El doctor Emilio Robledo, de Manizales, juzga que en la región de Caldas tampoco abunda mucho el ovario escleroquístico; allí no se le diagnostica sino en un 2 por 100 de las mujeres. En una estadística operatoria cuidadosamente levantada por este distinguido observador, sólo se anota la ovaritis escleroquística cuatro veces en 118 intervenciones; en cambio, el quiste común del ovario figura en 35 casos sobre la misma cifra total;

Doctor Jorge Calvo (Barranquilla), 65 por 100; en las operadas genecológicas, 100 por 100;

Doctor Miguel Arango (Barranquilla), no halla exagerado el cálculo del 45 al 50 por 100;

Doctor Pablo García Aguilera (Cali), excesivamente frecuente.

Como se ve, el cálculo aproximado de la mayor parte de los ginecólogos antes citados señala la cifra del 60 por 100. Los doctores Montoya y Flórez y Corpas coinciden, por su parte, en anotar el 10 por 100. La diferencia se explica fácilmente: estos dos últimos cirujanos han tomado como base de su evaluación las estadísticas hospitalarias de Medellín y Bogotá, respectivamente, en tanto que los especialistas que señalan el 60 por 100 han tomado principalmente en cuenta la clientela civil. Y como to-

dos lo hemos observado, la ovaritis microquística es una afección que predomina en nuestras clases elevadas y en el personal urbano, donde las condiciones etiológicas que analizaremos más adelante actúan de preferencia.

Tomando pues en consideración todas estas opiniones que en el fondo no están en desacuerdo, y balanceando los diversos porcentajes de la afección en las distintas clases sociales, se puede proponer un promedio de frecuencia total del ovario escleroquístico, entre nosotros, de 35 a 40 por 100. Esta cifra, como se ve, es superior a la de cualquiera otra afección del ovario; merece de consiguiente tal entidad nuestra atención detenida, concienzuda, así para evitarla como para combatirla.

En cuanto a la proporción en que el ovario se encuentra invadido de microquistes, como se ha visto en el curso de diversas operaciones abdominales, la mayor parte de los observadores ya citados están acordes en que es de un 80 a 90 por 100. Esto confirma una vez más el hecho de que a pesar de ser excesivo el número de casos diagnosticados de esta afección, es preciso aún adicionarlo con todos los que no se diagnostican y que vienen a acrecentar en grandes proporciones las cifras arriba admitidas.

Hechos son estos que justifican una vez más un estudio concienzudo de la degeneración ovárica. Se trata, por otra parte, de una afección que entraña consecuencias de inmensa significación para la enferma misma y para su potencialidad materna; suele presentarse con modalidades clínicas que muy a menudo engañan al práctico, y finalmente, suele ser tratada por los médicos no especializados, con medios dirigidos al síntoma tan sólo, sin tener en cuenta el elemento causal.

El presente estudio no pretende avanzar un paso más en el conocimiento íntimo del mal, que ha sido y continúa siendo objeto de trabajos de incalculable interés en los medios científicos extranjeros. Intenta solamente señalar las causas que entre

nosotros lo originan y lo hacen tan frecuente; expone las formas clínicas que predominan en este país y las asociaciones morbosas que con mayor frecuencia se hallan en la práctica; aventura algunas reglas de diagnóstico que pueden ser útiles a los médicos no especializados, y propone una síntesis de los tratamientos seguidos, basada en alguna experiencia personal, para que se opte por el que parezca más apropiado.

En todo ello, a más de mi escasa labor personal, he puesto a contribución a muchos de mis ilustrados colegas cuyas opiniones he anotado con el mayor interés, testificándoles desde luego mi reconocimiento.

#### ETIOLOGÍA DEL OVARIO ESCLEROQUÍSTICO

Sabido es que los diferentes autores señalan como causa principal de la afección que nos ocupa *la congestión pelviana*. Y en efecto, el ovario escleroquístico acompaña o sucede con frecuencia a todos aquellos estados que en la mujer determinan un aflujo o un estancamiento de la sangre en el territorio de la vena cava inferior y de las ilíacas; esto es, en todos los casos en que se produce una *congestión activa o pasiva* en la región del bajo vientre. Entran naturalmente aquí, ante todo, las diversas afecciones de los órganos genitales internos, especialmente las desviaciones de la matriz—con una mención especial para la retroflexión,—y los fibromas y demás tumores del mismo órgano. Son condiciones que determinan también, como las anteriores, un estado habitual de congestión pasiva, los embarazos repetidos, la constipación y el varicocele pelviano.

Considérase, sin embargo, como de mayor importancia causal respecto a la ovaritis escleroquística la *congestión activa* de los órganos del bacinete. Pero a su vez, ¿qué factores originan esta congestión? Incriminan muchos observadores los ejercicios corporales exagerados, como las marchas, el baile, el manejo de las máquinas de pedal, la es-

tación en pie muy prolongada. Es esta una manera de ver que, en su forma absoluta, no puede ser admitida. El ejercicio muscular, por el contrario, es un elemento de desarrollo normal y de conformación sexual perfecta, así en la mujer como en el hombre. Recuérdese cuán rara es la afección que nos ocupa, así como las otras enfermedades del aparato genital en las mujeres del campo, habituadas desde la niñez a los ejercicios más fuertes y aun fatigantes. En ellas la vida de movimiento y de esfuerzo muscular ha producido una conformación armónica de los diversos órganos; ha estimulado la nutrición de los huesos, de los músculos y de los ligamentos de la pelvis y sin duda ha favorecido la circulación en los órganos internos y ha contribuido a desarrollar ovarios y matriz sanos y vigorosos.

Sería más admisible la hipótesis opuesta, que asigna un papel etiológico de positiva importancia a la falta de ejercicio, a la vida sedentaria y reclusa de la mayor parte de las mujeres de las clases acomodadas. Esta manera de ver corresponde en la práctica a un mayor número de hechos, y en este caso, el *sedentarismo* de la mujer obraría para producir la congestión ovárica—principio de la esclerosis—de consuno con otras condiciones hiperemiantes que ordinariamente la acompañan, como son: el uso del corsé, las posiciones escolares defectuosas y prolongadas, las retenciones de orina y las constipaciones voluntarias que son tan a menudo impuestas por la vida social; las fatigas y las ocupaciones escolares, la colitis, etc.

Son estas, a no dudarlo, causas coadyuvantes en el género del ovario escleroquístico, o si se quiere, causas de orden ocasional. Pero tras ellas hay alguna otra a que debe asignarse el papel de causa primera. A mi modo de ver, esta afección *es un simple signo de degeneración biológica*, y por mi parte no vacilo en admitir que en cada caso pueden fácilmente señalarse los elementos hereditarios que le han dado origen.

Todos los tratadistas que hasta hoy han estu-

diado la ovaritis escleroquística han dado a la *diátesis artrítica* el primer lugar entre las causas que la engendran. Y en efecto, los más de los casos se hallan en personas cuyos antecedentes hereditarios o personales revelan alguna de las afecciones de la gran familia artrítica. Es muy común que los síntomas de la ovaritis escleroquística coincidan y alternen con las colitis, con las gastralgias, con los cólicos hepáticos o renales, con eczemas, asma o jaqueca. Recuérdese que a las crisis dolorosas del ovario escleroquístico se las ha llamado también *jaqueca uterina*; con esta denominación se ha querido establecer tanto la naturaleza diatésica de esta afección como sus manifestaciones periódicas, sus alternativas y su modo de reaccionar a los tratamientos, que en todo recuerdan las otras expresiones de la misma serie constitucional.

Establecido este punto, apenas tengo para qué anotar el hecho de que el artritismo, cualquiera que sea la concepción que de él se tenga, es siempre un estado de los organismos revelador de una desviación del tipo fisiológico transmisible por la herencia; en otros términos, es un estado degenerativo. En consecuencia, los casos de ovaritis microquística que reconozcan como sola causa averiguada una constitución artrítica, son casos de decadencia orgánica, que se manifiesta de manera especial en el ovario.

En pos de esta gran categoría de hechos, que son sin duda los más numerosos, vienen otros, que han sido cuidadosamente anotados en mis observaciones, y en que la afección se ha mostrado desde edad temprana en jóvenes hijas de tuberculosos, de sifilíticos y especialmente de alcohólicos. En este último grupo entran cuatro casos de ovaritis de forma intensamente dolorosa y que—todos cuatro—impusieron por sí solos y sin la coexistencia de ninguna otra afección genital, la intervención quirúrgica.

Dentro de este orden de ideas me permito recordar la excesiva frecuencia de la ovaritis esclero-

quística en nuestras razas y en nuestros diversos climas; asociado este hecho a la frecuencia igualmente considerable en las mismas razas y zonas de muchos otros estigmas que la ciencia considera como reveladores de degeneración, me ha llevado a formular el hecho de que nuestro país y los países similares presentan signos evidentes de una decadencia biológica colectiva. De la memoria que sobre este punto tuve el honor de presentar al tercer Congreso Médico Nacional reunido en Cartagena, destaco los siguientes conceptos que vienen en apoyo de la naturaleza esencialmente degenerativa del ovario escleroquístico, que desde entonces admitía. Al tratar de los signos patológicos de la degeneración de la raza, menciono la frecuencia en ella de los síndromos poliglandulares, con las siguientes consideraciones:

«Estrechamente vinculados con el estado precedente, deben señalarse, como disposiciones morbosas dominantes entre nosotros, diversas perturbaciones de las funciones endócrinas, que empiezan a ser caracterizadas y descritas por nuestros clínicos. Al segundo Congreso Médico Nacional de 1913 presentó el doctor Luis Felipe Calderón, con el título de *Síndromos poliglandulares de la atiplicie*, un importante trabajo en que señaló la frecuencia en las localidades altas de Colombia de los casos de infantilismo con puerilismo mental, atribuibles, según el autor, a insuficiencias hipofisarias o tiroideo-hipofisarias. Anótase allí mismo la profusión de casos de infantilismo hepático en los habitantes de las regiones frías, y de bocio en los de climas cálidos, engendrados uno y otro, en concepto del Profesor Calderón, por perturbación de las secreciones internas.

«Es quizá este el capítulo de nuestra patología nacional que más preciosas comprobaciones reserva a los futuros investigadores. La alteración o insuficiencia de los diferentes productos que en el organismo vierten los órganos endócrinos darán quizá

la clave de muchas particularidades de nuestra raza. Vimos atrás que la cifra media de la tensión arterial es superior entre nosotros a la cifra media de las otras latitudes; esta modalidad—generadora en parte de las numerosas cardopatías de nuestra zona y quizá también del nervosismo de la raza—¿no podrá provenir de una perturbación del funcionalismo suprarrenal? La astenia muscular señalada de tiempo atrás por los observadores, ¿no podrá tener idéntico origen y ser, en consecuencia y dentro de límites fisiológicos, análoga a la observada en los síndromos adisonianos? La excesiva emotividad característica de estos países, y que se echa de ver en todas sus reacciones, así en lo individual como en lo colectivo, ¿no sería imputable a un hipofuncionamiento tiroideo? Esa sexualidad precoz y vehemente que distingue al latinoamericano del trópico, ese despertar tan prematuro del instinto genital, con aparición de signos púberos, orgánicos y psíquicos, desde los once, diez y nueve años, ¿no vendrán a ser simplemente resultado de alguna hiperplasia congénita de la hipófisis, con exaltación de las funciones correspondientes? Hé aquí otros tantos puntos de vista fecundos para la labor del mañana.

«Por ahora anotaremos simplemente como condiciones morbosas propias a nuestra zona—y que implican, a no dudarlo, un estado de decadencia orgánica—los casos cada día más numerosos de *insuficiencias glandulares*. A más de los estados ya mencionados, citaremos las insuficiencias ováricas, que son un estado casi universal en este país y que se traducen por todas las turbaciones posibles del ciclo sexual, desde los cólicos menstruales—de que sufre el 95 por 100 de nuestras mujeres jóvenes—hasta las más completas detenciones de desarrollo genital. La obesidad de la segunda juventud y de la edad madura, la hipertrichosis facial en las mismas épocas y en la menopausia, que con tanta frecuencia se observan en las mujeres de nuestras ciudades especialmente, son simples signos de un ovario de-



ficiente en su secreción interna. En cuanto al hombre, los casos tan numerosos de neurastenias, de psicosis depresivas, de obesidad, que se presentan a partir de los treinta a treinta y cinco años, traducen, según toda probabilidad, una insuficiencia testicular, endócrina, una especie de menopausia masculina anticipada; cualquier médico podrá dar fe de la excesiva frecuencia de tales estados en nuestro país.

«De tiempo atrás han venido observando los médicos antioqueños que en esa región, que es, sin duda, la que hasta hoy se ha defendido mejor contra la decadencia, el desarrollo de las glándulas mamarias es deficiente, con una frecuencia cada vez más sensible en el promedio de la población. ¿Obedece esto a una modificación étnica del tipo femenino que va perdiendo lentamente sus caracteres peculiares del sexo, como sucede en Inglaterra, o hay allí una influencia nociva sobre los organismos, proveniente de intoxicaciones alimenticias, de factores climáticos u otros? Hé aquí un punto importante de estudio para nuestros colegas de la Cordillera.»

El vigor decreciente de nuestra raza es pues —para resumir la etiología del ovario escleroquistico— el factor primordial de esta afección entre nosotros. Así se explica su frecuencia insólita —mayor sin duda que en los países de las zonas templadas, — y así se aclaran sus relaciones hereditarias con las enfermedades que más a menudo vician la descendencia: alcoholismo, sífilis, tuberculosis y artritis.

#### ANATOMÍA PATOLÓGICA Y PATOGENIA

Apenas tengo para qué hacer notar que en este capítulo nada podré agregar a las nociones adquiridas. El nombre sólo de la afección de que trato {da a entender las dos lesiones que la caracterizan: el *quiste* y la *esclerosis*; el quiste pequeño, que rara vez pasa de la dimensión de un guisante, múltiple e irregularmente distribuido en la superficie y en el espesor del ovario; y la *esclerosis* difusa, extendida de manera

conjunta a las porciones cortical y medular de la glándula. Al lado de esto, la compresión y la atresia de los óvulos y las otras modificaciones de textura que ordinariamente acompañan a la esclerosis, como son la alteración de las arteriolas, las varicosidades de las vénulas, etc.

Es conveniente recordar también que el microquiste tiene uno de dos orígenes: o el folículo de Graaf o el cuerpo amarillo, diferencia de origen que es posible precisar con el solo aspecto de los quistes; los que han tenido por punto de partida un folículo presentan un contenido blanco, transparente, ligeramente viscoso; los que se deben a cuerpos amarillos transformados encierran, por el contrario, un líquido amarillento, moreno o francamente hemático. En una de mis observaciones, un quiste de esta última variedad había alcanzado en el ovario derecho el volumen de un huevo de gallina, con un contenido hemorrágico. Hago notar que el ovario en que estaba situada esta lesión había dado lugar a crisis muy dolorosas de forma mensual, que fueron las que determinaron finalmente la intervención en tal enferma.

De estas dos lesiones, *esclerosis y quiste*, ¿cuál es el fenómeno primitivo? En esto, como en toda materia de difícil investigación, todas las hipótesis han sido sostenidas. Creen algunos observadores en un vicio primordial del folículo de Graaf que no pudiendo llegar a su dehiscencia normal, degeneraría en quiste, habría además, una superinvolución del cuerpo amarillo que lo convertiría en vacuolo; en uno y otro caso, constituida la lesión regresiva que tiene como última expresión el microquiste, se formaría secundariamente en sus contornos una degeneración esclerosa de la trama ovárica como fenómeno enteramente reaccional. Dicen otros que viciado primitivamente el estroma conjuntivo de la glándula bajo alguna honda perturbación constitucional, las tramas fibrosas que de allí resultan se entrecruzan, uno tras otro, bien los ováricos, bien los

cuerpos amarillos, comprometiendo la nutrición de estos elementos y haciéndolos llegar, así, al estado de pequeños quistes: el quiste, en este último concepto, no sería sino un fenómeno mecánico consecuencial a la esclerosis. Opínase, finalmente, por una tercera categoría de histólogos que la esclerosis y el quiste son hechos independientes; en efecto, el examen microscópico revela con bastante frecuencia pequeños quistes ováricos alejados de toda esclerosis, y viceversa, islotes de esclerosis en la glándula que no guardan la menor conexión con los quistes; unos y otros han evolucionado por su cuenta. Apenas hay para qué decir que el hecho anatómico sería bastante comprobatorio de la última manera de ver.

Sea como lesión inicial, sea como resultado de la presencia de los microquistes, hay pues un estado de esclerosis en la afección ovárica que nos ocupa. Siendo, como lo anotamos en otro lugar, la ovaritis escleroquistica una lesión que se inicia desde el principio de la pubertad o quizá antes, cabe preguntarse: ¿porqué esta transformación fibrosa, propia de los tejidos seniles, aparece en un órgano nuevo y en vía de desarrollo? Este es quizá el único ejemplo en la historia de los procesos orgánicos en que, sin haber las lesiones destructivas de un traumatismo o de una infección, el parénquima de una glándula joven se ve ahogado por la esclerosis. Queda aquí abierta la puerta a todas las hipótesis.

Como muchos otros órganos, el ovario necesita de la acción estimulante de una secreción interna u hormona, venida de otro órgano, para llegar a su forma y desarrollo completos; y así como una hormona partida del ovario preside a su vez, según se ha demostrado, a la evolución completa del tractus genital accesorio: trompas, matriz, vagina, mamas, etc., de la misma manera la glándula genital femenina está subordinada en su desarrollo al funcionalismo de otra glándula endócrina. Cuál sea ésta, si la hipófisis, como parece probable por las correlaciones genitohipofisarias averiguadas hasta hoy, o

alguna otra de fisiología aun inexplorada, es cosa que el futuro nos dirá. Aceptada esta manera de ver, la esclerosis juvenil del ovario sería tan sólo un hecho secundario: la consecuencia de una insuficiencia endócrina; habría que buscar la enfermedad primitiva en alguno de los órganos que tienen bajo su dependencia la morfogenia sexual. Esta turbación originaria explicará quizá la paradoja biológica de una esclerosis tan precoz.

Por razón de ser el receptáculo de los óvulos, el ovario es en cierto modo un órgano de doble estructura y de doble función en que unos elementos representan al individuo y otros representan la especie. Sábese, según la doctrina mendeliana, que en la intimidad del huevo de todas las especies vivientes, hay porciones del núcleo destinadas a constituir los órganos del nuevo sér que de ese huevo ha de formarse, en tanto que otras porciones quedan aparte como depositarias de los caracteres hereditarios y pasan intactas, después de cada fecundación del óvulo generador al óvulo engendrado. El ovario con sus óvulos es pues, en una hembra en desarrollo, un órgano en parte joven—en aquélla porción de su estructura que representa al individuo—y en parte viejo, esto es, en aquella porción de sus elementos que dicen relación a la especie. No es, desde luego, extraño que sea la primera de las glándulas que se esclerosan y se envejecen y que sea él el punto donde las diátesis y las degeneraciones aparecen de manera evidente y precoz.

#### SINTOMATOLOGÍA

Esta afección existe en gran número de mujeres, especialmente en las mujeres de nuestra raza. Sin elementos estadísticos para apreciar con alguna exactitud la proporción de personas atacadas, puede sin embargo inferirse por la impresión de nuestros más reputados especialistas que no menos de un veinticinco por ciento de las mujeres de nuestro

país tienen su ovario en estado escleroquístico. No en todas, sin embargo, la afección se revela sintomáticamente. Sucede con el ovario escleroquístico, como con el riñón móvil, con la litiasis biliar o con las desviaciones uterinas, que puede evolucionar silenciosamente durante toda la vida y sea tan sólo un hallazgo de autopsia o se registre ocasionalmente en el curso de una intervención para otra afección cualquiera. Hay pues, fuera de la lesión misma, una disposición especial del organismo para que el mal dé lugar a sus síntomas conocidos.

Antes de describir las modalidades clínicas que entre nosotros presenta el ovario escleroquístico, hablaré de estas diversas *causas coadyuvantes* que sirven de punto de partida al mal para revelarse sintomáticamente.

Es ante todo el *artritisismo* y especialmente el *neuroartritisismo*; en este caso, la ovaritis se presenta ya sea como síntoma único en una niña nacida de padres litiásicos, asmáticos, eczematosos, etc., o bien aparece como manifestación sustitutiva o alterante, cuando en la misma persona ha desaparecido total o parcialmente una jaqueca, una gastralgia u otra manifestación de la diátesis.

Sirve también con frecuencia de punto de partida a esta afección un cambio de régimen, bien sea el paso de la vida de quietud a la de movimiento, o, con mayor frecuencia, el cambio de la vida activa por el sedentarismo; este último caso es bien frecuente en las niñas que ingresan a los internados o a los monasterios, las que más o menos pronto empiezan a presentar los fenómenos conocidos de este mal.

Otras veces es la iniciación matrimonial la que hace aparecer los primeros síntomas de una esclerosis hasta entonces desconocida. Esto me ha hecho proponer la creación de una variedad que mis colegas ginecologistas conocen de sobra y para la cual puede reservarse el nombre de ovaritis *postnupcial*. Aquí la aparición del mal se explica ya por las con-

gestiones activas más intensas que las nuevas costumbres producen en el territorio útero-ovárico, ya por las frecuentes infecciones de origen conyugal que obran como causa excitadora de una esclerosis latente. Es más frecuente, sin embargo, que en una mujer joven el matrimonio y los primeros embarazos hagan desaparecer los síntomas hasta entonces muy penosos de una ovaritis esclerosa. Es natural pensar entonces que las nuevas actividades del ovario que anteceden y presiden al proceso concepcional, hayan normalizado la circulación y la nutrición de un ovario mal irrigado y en vía de esclerosis. Cada uno de nosotros conoce infinidad de ejemplos en jóvenes enfermizas, dolientes y perennemente inválidas, incapaces del menor ejercicio, devoradas por las neurosis y por la anemia, que al iniciarse en la vida conyugal, recobran frescura y alegría, se ven libres de las incesantes «inflamaciones» que las condenaban al reposo y a la clausura, y después de uno o de varios embarazos quedan definitivamente normalizadas en sus funciones orgánicas.

Hay casos en que el ovario microquístico revela su existencia con ocasión de alguna otra afección de vecindad, bien sea dentro de la esfera genital o fuera de ella. En esta categoría de hechos deben mencionarse las ovaritis quísticas que aparecen en el curso de los pólipos uterinos, de las cervicitis, de las vaginitis; naturalmente a consecuencia de las anexitis, de las desviaciones uterinas, en la evolución de diferentes afecciones urinarias, como en las litiasis vesicales y renales, en la tuberculosis del riñón, en la ectopia renal, en las diferentes variedades de cistitis, y con mucho mayor frecuencia en el curso de las afecciones crónicas del intestino o de sus anexos, especialmente en las apendicitis (forma *catamenial de la apendicitis*, que veremos adelante); en la colitis mucomembranosa, en la constipación habitual, en las hemorroides, en las ptosis intestinales, y de manera especial en el *hepatismo familiar*.

Tales son las condiciones generales y locales que favorecen, no la producción, sino la aparición de las manifestaciones clínicas del ovario escleroquístico.

Empero, al lado de estos casos en que la afección se revela a la observación del médico, hay muchos otros—la mayor parte quizá—en que el estado microquístico del ovario pasa desconocido durante toda la vida y en que no puede diagnosticarse sino simplemente sospecharse, en razón de ciertas comprobaciones negativas, como es una esterilidad no imputable a obstáculo mecánico en la matriz o en las trompas, o como son los diferentes signos más o menos vagos de la insuficiencia ovariana: obesidad precoz, alteraciones tróficas de la piel (arrugas precoces, hipertrichosis facial, etc.), *oligomenia* o menstruación escasa, amenorrea, infantilismo del carácter, con otras turbaciones psíquicas que pueden llegar a ser de cierta importancia (ideas de persecución, pérdida de los afectos familiares, tendencia a la soledad, etc.).

Fuéra de los diversos casos mencionados hasta aquí, lo ordinario es que la ovaritis escleroquística haga su aparición clínica en la preadolescencia, esto es, en la época que precede inmediatamente a la instauración puberal: entre los trece y los catorce años en nuestros climas fríos y hacia los once y medio, en los climas cálidos.

Podría señalarse un período de incubación caracterizado por ciertos fenómenos congestivos hacia el bajo vientre, con dolores lumbares e hipogástricos intermitentes, con ligeros flujos leucorreicos y por cierto grado de depresión intelectual y moral, fácilmente apreciable en las colegialas; pero pienso que este período no presenta mayor interés práctico, y que ordinariamente se confunde—salvo su mayor intensidad—con los fenómenos que casi siempre anuncian la llegada de la pubertad.

Es casi una regla constante que en la mujer que ha de tener la ovaritis escleroquística, las funciones menstruales no se inician de una manera regular.

Después de varios molímenes frustrados, en que hay todo el cuadro del estado catamenial, menos el flujo sanguíneo, al fin este aparece, acompañado de dolores intensos y de una reacción general muy acentuada. En seguida, cada mes se va reproduciendo el mismo cuadro, en que el dolor es la nota dominante. Este dolor reviste la forma que ha servido en todo tiempo para caracterizar la *dismenorrea de origen ovárico*; aparece con frecuencia algunas horas o algunos días antes del flujo, y una vez establecido éste, cesa el dolor en el curso de unas pocas horas o de los dos primeros días de las reglas. No hay, sin embargo, regla absoluta a este respecto, y es posible ver dismenorreas de origen netamente ovariano que duran todo el tiempo del flujo menstrual.

Tenemos, pues, que el síntoma capital, el más saliente del ovario escleroquístico en sus primeras etapas es el *dolor*. Los diferentes caracteres de este síntoma pueden servirnos para distinguir diferentes variedades clínicas en esta forma dolorosa de la afección.

La primera variedad, que podemos llamar *catamenial* propiamente dicha, se caracteriza por los dolores abdominales y lumbares que acabamos de ver y que no se presentan sino cada mes acompañando a las reglas. Estos son los conocidos cólicos menstruales que revisten en ocasiones una intensidad considerable. Pasada la época menstrual todo entra en lo normal.

La segunda variedad es *quincenal*. En la mitad del intervalo que separa los dos períodos menstruales se anuncia un nuevo molimen, con los mismos dolores y el mismo malestar, aunque de menos intensidad. Esto es lo que algunos ginecologistas llaman las *reglas de quincena*. Suele en algunos casos presentarse al mismo tiempo con los fenómenos dolorosos, un ligero flujo mucoso o mucosanguinolento o aun francamente sanguíneo, pero, en lo general, todo pasa en el curso de unos dos días sin que haya lugar a secreción ninguna. Hay ciertas



enfermas que presentan el mismo fenómeno a cada septenario, aunque con menos intensidad. Es esto, sin duda, lo que ha hecho señalar por algunos observadores las llamadas *ondas útero-ovaricas*, o molímenes que se presentarían fisiológicamente en todas las mujeres cada siete días, esto es, cuatro veces al mes; concepto que tiene su importancia desde el punto de vista de la oportunidad de las intervenciones ginecológicas.

En la tercera variedad el malestar es *continuo*: se extiende sin interrupción de uno a otro período, adquiriendo solamente mayor intensidad en los días del flujo menstrual.

Y, finalmente, hay la cuarta variedad de las formas dolorosas de ovaritis *microquistica*, que es la de los dolores *anómalos*: aparecen de manera irregular, a veces inesperada, con ocasión de las reglas o lejos de ellas y a propósito de las causas más variadas: ejercicios corporales, emociones, acción de ciertos alimentos, influencia del frío, de la humedad en los pies, etc.

En cualquiera de las variedades anotadas el sitio de los dolores es siempre el mismo, esto es, en las fosas ilíacas, hacia la zona ovárica, con irradiaciones a la cintura, a la región del pubis y a la parte interna de los muslos. Casi siempre más intenso sobre el ovario izquierdo, salvo el caso, bastante frecuente de asociaciones con la apendicitis o con el riñón móvil, en que presenta su máximo a la derecha. El dolor es espontáneo y su intensidad varía desde un simple malestar que la enferma puede disimular, hasta las violentas crisis de cólico que reclaman morfina o cloroformo. En esta última variedad se acompaña de una viva reacción general: agitación, náuseas, vómitos, calambres, crisis convulsivas histeriformes o epileptiformes, el delirio, etc. Estos cuadros se observan sobre todo en las adolescentes neuroartríticas. Toda presión, todo contacto sobre el vientre exageran los sufrimientos; las paredes del abdomen se ponen tensas pero depresibles;

el aspecto de la enferma revela un estado claro de *peritonismo*, que es lo que las mujeres llaman comúnmente «inflamaciones.» Sin embargo, como lo observan con gran acierto Faure y Siredey, «las enfermas, lejos de inmovilizarse, como en las afecciones peritoneales, tienen una tendencia muy marcada a agitarse y a desalojarse en todos sentidos.» Entre los dos extremos señalados, los dolores de la ovaritis pueden presentar todos los grados posibles.

Antes de seguir adelante se deben señalar, en calidad de síntomas generales de la ovaritis escleroquística, las otras modificaciones de la función menstrual y los fenómenos psíquicos que a veces la acompañan y caracterizan, especialmente en las enfermas de nuestra zona.

Al mismo tiempo que los dolores, las reglas ofrecen irregularidades de todo orden. Ya hemos dicho que pueden presentarse cada quince y cada ocho días; pueden igualmente retardarse por uno o varios meses y aun desaparecen por seis meses, un año o mayor tiempo aún. Varían también en cuanto a su cantidad; unas veces demasiado abundantes en términos de constituir verdaderas *menorragias*, otras veces se escasean considerablemente. Es casi constante que antes del período se presente un flujo mucoseroso, el que persiste también por algunos días después y en ocasiones por todo el período intermenstrual. La cloroanemia es un estado que con gran frecuencia se asocia a estas perturbaciones y que muchas veces se considera como causa de las irregularidades menstruales, cuando no es sino una consecuencia del ovario escleroquístico.

Por creerlas de gran importancia clínica señalaré, aunque sea de paso, algunas turbaciones nerviosas y psíquicas que se presentan en las mujeres atacadas de esta afección. A mi modo de ver, se deben distinguir en esta materia dos casos. Los síntomas psíquicos que se deben a la falta de depuración que una menstruación insuficiente determina,

y aquellos que son producidos por la insuficiencia e involución prematura de la glándula que compromete su secreción interna. En la primera categoría entran todos aquellos fenómenos conocidos desde hace mucho tiempo y que son propios de las mujeres nerviosas y escasamente menstruadas. Ellos se presentan en la época de las reglas, son transitorios y consisten en modificaciones del humor y del carácter. Se tornan las mujeres, en los días en que su período se aproxima, caprichosas, irritables, de una exuberancia y de una volubilidad insólitas, presas de cierta excitación sexual, a veces inquietas y bromistas, en otros casos se encierran en un estado de indiferencia y de apatía. En estas condiciones son frecuentes las impulsiones, especialmente al robo, al homicidio, al incendio. A esto se agregan síntomas nerviosos diversos, como son inapetencia, insomnio, pesadillas, cefalagia y fatiga cerebral. Son muy frecuentes en las mismas épocas algunas turbaciones sensoriales que creo no han sido mencionadas por los autores. Las principales son, respecto a la visión: hemianopsias, moscas volantes, halos luminosos y otras sensaciones subjetivas de igual naturaleza; en cuanto al oído: ruidos diversos y tendencia a vértigo auditivo; en el sentido del gusto: malos sabores, repulsión por ciertos alimentos, a veces una resistencia absoluta a todo alimento, estado nauseoso, avidez por los ácidos, especialmente por las frutas; y, finalmente, en el tacto y en la cenestesia, se notan en esas épocas la obtusión y la inhabilidad manual, la ruptura y caída de objetos, torpeza en las diferentes maniobras, sensaciones internas de cambio y de alteración de órganos, etc.

En un grado más avanzado de esta reacción psiconerviosa de la época catamenial, se tienen ya las diversas psicosis menstruales: el *delirio agudo*, la *confusión*, el *estupor* con sus caracteres agudos y transitorios. Todos los anteriores pueden considerarse como fenómenos tóxicos, por supresión o disminución del enductorio menstrual.

En la segunda categoría de turbaciones psíquicas, es decir, en las que son originadas por un ovario degenerado que no secreta ya sus hormonas, quedan comprendidas todas aquellas modificaciones propias de la menopausia, pero que por el hecho de la ovaritis escleroquística pueden presentarse desde temprana edad. No haremos sino mencionarlas: irritabilidad del humor, infantilismo mental, tendencia al misticismo exagerado, al erotismo anómalo, a los celos absurdos; y, en mayor grado, la hipochondría, las ideas de persecución, el odio familiar, las obsesiones a ideas fijas y las locuras confirmadas, especialmente la melancolía ansiosa, la confusión mental, la predemencia.

No es raro que las enfermas escleroquísticas de nuestra zona, particularmente las de las altiplanicies, presenten, desde temprana edad—a los veinte años o antes,—algunos o muchos de los signos somáticos y psíquicos de lo que se ha llamado *masculinismo regresivo* o *hirsutismo*; ya hemos mencionado el fenómeno de la barba en la mujer o hiperloicosis facial; al lado de este síntoma se anotarán: la voz hombruna, los relieves musculares exagerados en los miembros, los gustos, las inclinaciones y aun los vicios propios a los hombres. Hechos son éstos fácilmente explicables, si se tiene en cuenta que el proceso escleroquístico compromete desde temprano la función endócrina del ovario, que, como se ha demostrado, tiene bajo su dependencia la morfología sexual.

Esbozados así los síntomas generales del ovario escleroquístico, pasemos ahora al resultado del examen físico.

La palpación abdominal, practicada fuera de las crisis dolorosas, revela un punto sensible a nivel de cada ovario, a veces sobre uno solamente, sea que el mal esté exclusiva o principalmente localizado en un solo lado, y éste es con mayor frecuencia el izquierdo. El tacto vaginal, en los más de los casos, imposible, pues que se trata casi siempre de

niñas o de adolescentes, permite igualmente comprobar en los fondos de saco laterales la misma sensibilidad ovárica, que consiste en un dolor fino, localizado en un solo punto y acompañado de cierta resonancia central que lo ha hecho llamar dolor *exquise*. Esta comprobación es más clara empleando a la vez la palpación abdominal y el tacto. El ovario, aprisionado de este modo entre los extremos de las dos manos, se desliza libremente hacia arriba o hacia abajo, ofrece un ligero aumento de volumen, y en ocasiones se siente deformado e irregular, y da lugar, al ser ligeramente comprimido, al dolor vivo con los caracteres ya descritos. Cuando ha habido lugar a una de esas distensiones foliculares hemáticas que se forman a expensas de los cuerpos amarillos, se halla naturalmente por el tacto la tumefacción correspondiente.

Creo poder señalar un pequeño signo que siempre me ha servido para juzgar si el ovario está afectado. Así que ya se ha llegado por el tacto vaginal a tocar el ovario sensible, y con mayor razón si no se ha logrado palparlo, se vuelve la pulpa del índice (con el derecho para el lado derecho y con el dedo izquierdo para el lado izquierdo) sobre la cara interna de la pared, o sea de la pelvis, poco más o menos hacia la unión de las ramas ascendente del isquion y descendente del pubis y se desliza con alguna presión de atrás hacia adelante y de abajo hacia arriba; si el ovario del mismo lado es presa de algún estado inflamatorio o irritativo, esta maniobra es más dolorosa aún que la compresión del ovario mismo. Claro está que este síntoma existe también, y muy intenso, en el caso de una anexitis; pero aquí la palpación de la masa flemgásica y los otros síntomas propios de tal afección permiten caracterizarla. Cuando la compresión dolorosa de la cara interna del isquion existe solo sin plastrón ni tumor anexial, puede tenerse como un buen indicio de ovaritis crónica. Es bien probable que este punto doloroso a la presión que corresponde con

bastante exactitud al trayecto de la rama superior del nervio pudiendo interno, se debe a una relación anatómica estrecha del ovario con alguna de las ramas de este nervio, y entonces se trata de una reacción sensible por vecindad, como sucede, por ejemplo, con el punto cervical en las aortitis.

El tacto rectal confirma los resultados del vaginal y es más demostrativo aún, cuando el ovario escleroquistico está en prolapso sobre el fondo de saco de Douglas.

#### MARCHA Y PRONÓSTICO

Es esta una afección que, iniciada en la preadolescencia, o quizá en los años de la niñez, no hace sino ir acentuándose en sus síntomas y en sus lesiones durante toda la vida. Hay solamente un reducido número de casos en que se le ve retroceder y aun curarse, los cuales se pueden reducir a dos categorías:

1º Aquellos en que un cambio oportuno y total de régimen de vida ayudado por un buen tratamiento antidiatésico modifica sustancialmente la constitución de la enferma: esto se observa, por ejemplo, en las mujeres que cambian la vida de la ciudad por la del campo, o que se trasladan a un clima totalmente diferente del que han tenido; en las que dejan la vida de quietud y de clausura por la de movimiento al aire libre, y finalmente los casos que hemos señalado ya de una iniciación nupcial, con sus embarazos consiguientes, que introduce condiciones biológicas nuevas en un ovario que principiaba a esclerosarse.

2.º La otra categoría de hechos de curación del mal son los que han sido tratados convenientemente por aplicaciones directas sobre la lesión, como lo veremos a propósito de la terapéutica.

Lo ordinario, fuéramos de estas excepciones, es que los diferentes síntomas: los dolores y las otras turbaciones del ciclo menstrual, los flujos, las inflama-

ciones pelvianas, vayan aumentando a cada mes y cada año, hasta que crean un estado general de invalidez por sus resonancias sobre los sistemas digestivo y nervioso. Esto dura hasta la menopausia, la que casi siempre es precoz y llega acompañada de grandes fenómenos nerviosos. No es raro que las secuelas del mal se extiendan más allá de la edad crítica, pues las deficiencias y perturbaciones creadas en los diferentes órganos han constituido un estado de inferioridad irremediable.

El ovario escleroquístico es pues por su frecuencia, por los síntomas que de ordinario lo acompañan, por sus asociaciones morbosas de todo orden y por las consecuencias que entraña para la generación, la gran enfermedad de la mujer, la que más a menudo halla el médico en su práctica. Ya hemos visto en las consideraciones anteriores que, a menos de ser convenientemente tratado, el ovario escleroquístico amenaza a la mujer de invalidez y de esterilidad: a la vez compromete el bienestar del individuo y la vida de la especie.

#### DIAGNÓSTICO

De todas las consideraciones precedentes se desprende ante todo el hecho importantísimo de que el ovario escleroquístico es una afección que, conveniente y oportunamente tratada, retrocede, en tanto que abandonada a sí misma, es de un pronóstico severo. Es pues esencial el diagnosticarla en una época de su evolución en que pueda ser eficazmente combatida. Por fortuna esto no es en manera alguna difícil, y si en los más de los casos no se hace el diagnóstico de la ovaritis microquística, es realmente porque no se ha pensado en ella.

El gran síntoma son las *dismenorreas juveniles*, cuando no son de origen mecánico o producidas por una endometritis exfoliante; las otras turbaciones menstruales, como son escasez o exageración del flujo, anticipaciones o retardos de su aparición;

los dolores e inflamaciones pélvico-menstruales, la sensibilidad a la presión en las regiones ováricas, asociada a los resultados del examen interno y a los síntomas generales ya descritos, forman un conjunto que permite el diagnóstico en la mayor parte de los casos.

Las dismenorreas por estenosis del cuello o por desviaciones uterinas son fácilmente reconocibles por el espéculo y por el tacto, y la dismenorrea membranosa debida a una endometritis exfoliante se determina naturalmente por el solo aspecto del flujo menstrual. No se olvide, sin embargo, que tanto las estrecheces del cuello como el estado infantil de la matriz son un epifenómeno de la ovaritis escleroquística por razón de la perturbación del papel morfogénico del ovario; así es que en los más de los casos se hallará una asociación de todos estos estados.

En la práctica se puede seguir pues esta regla: *una dismenorrea juvenil que no es explicable aun por un obstáculo mecánico para la salida del flujo menstrual, debe ser atribuida a un ovario escleroquístico en evolución.*

Quedarían como excepción a este postulado clínico los casos que se han designado con los nombres de *nerviosismo menstrual*, de *neurastenia úteroovariana*, de *dismenorrea esencial*. Estos serían dolores menstruales *sine materia*, debidos simplemente a una exquisita susceptibilidad nerviosa en los órganos genitales de ciertas mujeres. Los hechos de este género tienden hoy a ser considerados por los ginecólogos como simples casos de ovario escleroquístico. La circunstancia de presentarse estas dismenorreas en niñas y en jóvenes a quienes, por su estado virginal, no es dable de ordinario practicar un examen ginecológico completo, hace aceptar, para la comodidad del diagnóstico, la idea de un estado puramente funcional sin lesión; pero cada vez que el tacto vaginal o que la intensidad de los sufrimientos obliga a intervenir quirúrgica-



mente, se encuentra el ovario con los microquistes característicos. Y por lo demás, a la luz de la fisiología patológica, no es posible admitir que un órgano o conjunto de órganos presenten reacciones dolorosas y funcionales tan persistentes y tan manifiestas como las de la dismenorrea habitual, sin tener un punto de partida lesional, una base anatomopatológica que los origine. Si en algunos de estos estados llega un momento en que los síntomas se calman y desaparecen definitivamente, siempre se podrá creer que un cambio de régimen y de costumbres o un tratamiento apropiado ha hecho detenerse y aun repararse las lesiones poco avanzadas de la ovaritis escleroquística, como lo hemos anotado a propósito del pronóstico. La *dismenorrea esencial* es pues uno de aquellos conceptos teóricos destinados a desaparecer de la patología.

Es en ocasiones difícil establecer el diagnóstico diferencial entre una apendicitis crónica y una ovaritis escleroquística cuando ésta reside en el lado derecho. No temo decir, sin embargo, que fuera de los fenómenos generales, un buen examen ginecológico impide el error. La enferma de apendicitis crónica es una digestiva más clásica y neta: la constipación es en ella un estado más constante; las crisis agudas o subagudas están más directamente relacionadas con causas de orden intestinal; transgresiones de régimen alimenticio, estancamientos estercolares, etc.; en tanto que la enferma ovariana ve venir su crisis con ocasión de las épocas menstruales, de los ejercicios inmoderados, de los excesos sexuales.

La palpación abdominal, único medio de exploración en gran número de casos, permite localizar fácilmente el punto apendicular o la sensibilidad ovárica; son regiones bien distintas para quien esté medianamente ejercitado en explorarlas; y si es el caso de poder hacer un examen interno, las impresiones recogidas en el fondo del saco vaginal derecho —nulas en la apendicitis y muy caracterizadas en la ovaritis,—permitirán diferenciar las dos afecciones.

Hay, sin embargo, una forma de apendicitis aguda, que he propuesto llamar *apendicitis catamenial*, que tiene como carácter el aparecer en el momento y con ocasión de las reglas. No es rara en Bogotá esta variedad, y en el personal de provincia he observado también varios casos, todos en jóvenes de menos de veinte años. Aquí el problema se complica un tanto, pero solamente a primera vista. Un examen atento permite distinguir estas variedades de apendicitis de una simple crisis dismenorrea, por violenta que sea. En el primer caso, el estado general es el de infección: fiebre, ansiedad, lengua seca, subicteria, pulso frecuente, vómitos biliosos, etc.; el vientre está duro, las diferentes maniobras exploradoras resuenan sobre la región apendicular; la enferma se mantiene en quietud; en tanto que en la crisis ovárica, el estado general es más el de una reacción nerviosa que el de una toxinfección: la temperatura es normal, los vómitos pueden ser muy frecuentes pero nunca porráceos, el pulso rara vez alcanza a 100; el vientre está sensible y distendido, pero no contracturado; el máximo de dolor corresponde al bajo vientre; no hay sobre este punto resonancia dolorosa a la presión sobre puntos distantes del abdomen; finalmente, la enferma, en vez de preferir la quietud, está agitada y busca sin cesar diferentes posiciones. Claro está que el tacto vaginal, caso de ser posible, daría por su parte comprobaciones concluyentes.

Hay también casos de asociación de apendicitis con ovaritis derecha, los que, como la apendicitis catamenial, pueden explicarse por adherencias y conexiones vasculares entre el ovario y un apéndice excepcionalmente largo, que hace reaccionar conjuntamente los dos órganos cuando uno de ellos se afecta. Estas asociaciones morbosas tampoco son difíciles de diagnosticar cuando se analizan con cuidado los diferentes síntomas. Se tiene entonces una superposición de los dos cuadros trazados en las líneas precedentes, y la noción de su coexistencia es

muy importante para el tratamiento quirúrgico, que debe dirigirse a los dos órganos para ser completo y eficaz. Esta asociación morbosa, a menudo observada en nuestros climas de altiplanicie, es igualmente frecuente en el Departamento de Antioquia. El Profesor Montoya y Flórez declara que «por lo general la ovaritis escleroquística acompaña a la apendicitis crónica *d'emblé*.»

En presencia de ciertos casos de ovaritis escleroquística en que el dolor hipogástrico es continuo y gravativo, con crisis de peritonismo a cualquier pequeño ejercicio y con la invalidez correspondiente, se siente uno muy inclinado a pensar en la tuberculosis de los anexos, sobre todo si el mal existe en personas un tanto enflaquecidas y con un estado general mediocre o francamente decaído. El error, fácil cuando apenas se inicia uno en la práctica ginecológica, es bien evitable, sin embargo, en razón de los fenómenos generales y locales que caracterizan cada una de estas dos afecciones. La tuberculosis anexial rara vez es un estado primitivo y aislado; con bastante frecuencia se hallan estigmas y manifestaciones en el pulmón, en los ganglios o en el peritoneo; el estado general es el de un agotamiento manifiesto; la fiebre y los síntomas de metritis concomitante son frecuentes; la complexión general y las demás reacciones son características. Por parte del estado local, en la palpación abdominal se halla un empastamiento profundo bien a menudo bilateral que corresponde a los anexos y con frecuencia algunos ganglionares ilíacos; y por el tacto vaginal se encuentra en los fondos de saco laterales la masa tuberculosa anexial voluminosa, anfractuosa, extendida en el sentido de la trompa, e inmóvil, impresión ésta bien distinta del ovario relativamente pequeño, móvil y exquisitamente sensible de la degeneración escleroquística. En un período avanzado de la tuberculosis de anexal, la ascitis y los otros fenómenos de reacción peritoneal no son para dejar lugar a la duda. En casos muy dudosos y los períodos inicia-

les del mal podrá naturalmente dilucidarse el diagnóstico por la tuberculina, especialmente por la intraderonorreacción.

#### PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

La profilaxis de la ovaritis escleroquística debe empezar desde los primeros años de la vida de la niña, sobre todo cuando haya en ella estos elementos hereditarios: dismenorrea, artritismo, tuberculosis, sífilis y alcoholismo. Son reglas generales de buen desarrollo el ejercicio corporal metódico, pero nunca excesivo; el evitar el sedentarismo en el hogar y en los planteles de educación, que entre nosotros es de una frecuencia lamentable; una niña no debe estar quieta y en una misma posición más de media hora seguida; evitar las fatigas y las preocupaciones escolares deprimentes; buscar el aire libre, los baños frecuentes, la alimentación sana.

Para las artríticas es preciso combatir esa predisposición por el régimen alimenticio y las diversas medicaciones antidiatésicas; para las de cepa tuberculosa, el aire libre y todos los medios que combaten el linfatismo y robustecen el pulmón; para las heredosifilíticas, la medicación específica, y para las heredoalcohólicas levantar y depurar su organismo por todos los medios higiénicos y medicamentosos apropiados. Si es que se acepta la hipótesis de que el estado microquístico de los ovarios es un signo de degeneración deraza, es el caso de formular como profilaxis esencial de esta afección todo lo que tienda a contener la decadencia biológica de la colectividad. La reforma de cada una de las condiciones de vida y de todos los factores climatéricos y sociales que están aminorando el vigor de nuestra población, y especialmente el mejoramiento de la raza por medio de una inmigración fresca, sana y vigorosa, serán los medios por excelencia para obtener organismos femeninos regulares y aptos para el gran acto de la procreación. Para completar estas nocio-

nes, me remito a las conclusiones de mi estudio sobre la *Degeneración Colectiva*, ya citado.

Una vez establecida la función menstrual, la madre y el médico deben prestar atención minuciosa a toda alteración o irregularidad que la afecte: dolores, retardos, anticipaciones, flujos, cada uno de esos fenómenos puede ser un signo de esclerosis principiante.

La terapéutica causal propiamente dicha es de orden *higiénico, medicamentoso y quirúrgico*.

Sobre los medios higiénicos ya nos hemos extendido lo bastante en las consideraciones anteriores, en donde se hallan contenidas las diversas indicaciones respecto a ejercicios, régimen alimenticio, balneación, etc. No creemos inútil insistir sobre los reales beneficios que en muchos casos se obtienen con un simple cambio de ambiente y de costumbres: una sola salida al campo con el olvido de las preocupaciones habituales, la influencia del aire libre, la acción de un clima suave y ligeramente templado, el abandono de los hábitos sedentarios, han producido por sí solos gran número de curaciones. Esto se ve especialmente en las jóvenes de nuestras localidades altas y frías, quienes suelen tener una saludable y definitiva reacción al ser enviadas por tiempo suficiente a los lugares templados de las vertientes occidental u oriental de la cordillera.

Entre los otros medios de tratamiento no tengo para qué entrar a enumerar las diferentes medicaciones preconizadas contra este mal. Me remito a los tratados clásicos, donde se hallarán detalladamente expuestas. Deseo solamente detenerme en los medios que en mi práctica he visto tener verdadera eficacia.

Estos se reducen a cuatro: la *medicación antiartrítica*, los *masajes*, los *medios opoterápicos* y las *intervenciones quirúrgicas*.

1. He tenido en mi práctica un caso de crisis dismenorreicas violentas desde la primera menstruación, inexplicables por otra causa que un ovario es-

cleroquístico, el que por el examen interno, en el caso en cuestión, revela los signos característicos. Esta enferma, hija de un gotoso y de una diabética, ha sufrido alternativamente de diabetes, de gota, de jaquecas y albuminuria; sus crisis mensuales son de una intensidad extraordinaria y no han cedido sino a la morfina, cada vez a mayor dosis. Tiene treinta y dos años, casada desde hace doce, y estéril. Hace cuatro años le fue practicada una estómatoplastia, con raspado de la matriz, sin el menor resultado para sus dolores menstruales. Venida a mi cuidado unos meses después de su operación y habidos en cuenta sus antecedentes hereditarios y personales intensamente artríticos, la he tratado de *larga manu* por todos los eliminadores más activos del ácido úrico: régimen lactovegetariano, citarina, urolisina, urodonal, piperacina, yódicos y cólchico, metódicamente alternados. Esta enferma, aunque no ha querido salir a tratarse con una temporada de campo, fue mejorando desde e. principio, y hoy tiene ya más de tres años de no haber vuelto a sufrir sus crisis. En el curso del tratamiento, y sobre todo con ocasión de la gripa, ha vuelto a tener, por épocas, albúmina o azúcar, pero de manera transitoria. La esterilidad persiste. Tengo este caso por un ovario escleroquístico en el que la afección, sin haberse reparado, se ha estacionado al menos, y me pregunto, si tratado al principio de su desarrollo, no hubiera retrocedido la esclerosis, habiendo quedado también evitada la esterilidad.

Guiado por este resultado, he seguido el tratamiento antiartrítico intenso en muchos otros casos en que he comprobado los mismos antecedentes diatélicos muy recargados, varios de éstos en la iniciación de la pubertad; en la mayor parte he obtenido resultados satisfactorios. Debo agregar que casi siempre en las enfermas de esta categoría he hallado la asociación de colitis, con constipación tenaz, y que al tratamiento y a las modificaciones de este último estado he atribuído una parte de los resultados obtenidos.

II. Tuve ocasión de observar en Londres, en la consulta del reputado masajista sueco doctor Lindskog, numerosos casos de dismenorreas tratados felizmente por los masajes ginecológicos. La disminución y aun la desaparición de las crisis dolorosas eran muy frecuentes merced a la aplicación seguida de dos masajes por semana. No ha sido fácil entre nosotros la implantación de este modo de tratamiento, por razón de la carencia de masajistas científicos—ya que al médico no siempre le es fácil practicar personalmente el tratamiento,—y en razón también de la falta de iniciación de nuestro público en estas maniobras, que la mayor parte de las mujeres hallan extrañas y molestas. Sin embargo, en uno que otro caso en que he podido emplear el método de los masajes, he comprobado serias mejorías. Este tratamiento no debe ser aconsejado al azar, sino personalmente practicado o dirigido por el médico. No produce sus efectos sino a condición de ser un masaje técnico y anatómico; deben emplearse, según reglas precisas establecidas por los especialistas, las diferentes formas de masajes: fricción superficial, percusión, fricción profunda, compresión, etc., y deben hacerse en los puntos y trayectos especiales por donde van las vías aferentes y eferentes de la circulación ovárica, como son los ligamentos anchos, los repliegues ovarouterinos, úterosacros. Aplicando con acierto y constancia este método—el más poderoso quizá para regularizar la circulación de los órganos internos,—producirá resultados que sorprendan a los que no lo hayan empleado,

III. Es un poco más extensa mi experiencia en la medicación opoterápica. La he usado en las ovaritis escleroquísticas en que no está muy clara la influencia artrítica. No es precisamente la opoterapia ovárica la más eficaz contra el síndrome dismenorreico; ella guarda toda su importancia para un período ulterior del mal, cuando, por una degeneración, avanzada de la glándula empiezan a presentarse los fenómenos generales de insuficiencia ovárica. Al prin-

cipio son de mayor utilidad los extractos, hipofisarios y especialmente los mamaros. Con respecto a estos últimos, he observado un caso bastante demostrativo: una señora ovárica y dismenorreica, a quien también se practicó sin beneficio alguno la estómatoplastia, usó por muchos meses la preparación francesa llamada *mamelina*. En el curso de unos cuatro meses sus crisis llegaron a ser nulas. Después de un año de tratamiento dejó de tomar el extracto, y las crisis reaparecieron. Parece bastante probable que aquí la medicación entraba a reemplazar una secreción interna, deficiente. No sorprende, por lo demás, que los extractos hipofisarios y mamaros obren sobre un síndrome ovárico, conocidas como son las correlaciones funcionales de estas diferentes glándulas. Cuando el mal ha producido ya sus efectos destructivos sobre el ovario y que sobrevienen los síntomas de una menopausia precoz, con obesidad e hipotensión, adinamias y depresión nerviosa, encuentran su aplicación los extractos ováricos, los de *corpora lútea* y los de cuerpos tiroides, aunque solamente como medicación paliativa. (Ucrós). El doctor Manuel F. Obregón, de Cartegena, ha obtenido algunos buenos resultados en formas amenorreicas con el producto italiano llamado *endovarina*, en inyección subcutánea.

IV. Existe, finalmente, el tratamiento quirúrgico, el que debe proponerse, según el sabio consejo de Faure y Siredey cuando concurren estas dos condiciones: que el diagnóstico esté bien y debidamente establecido y que el insuceso de la terapéutica médica esté suficientemente demostrado. Claro está que esto no puede suceder sino después de años y años de observar y de tratar a la enferma.

Tres son los medios quirúrgicos empleados contra el ovario escleroquistico: la *ablación total*, la *resección* de las porciones alteradas y la *ignipuntura*.

En la ablación total no podría pensarse, cuando se trata de una mujer en su etapa sexual, sino en el



caso de que uno solo de los ovarios esté afectado. Este caso, si existe, sería muy excepcional. Si en las primeras épocas de la cirugía ginecológica se quitaban corrientemente los ovarios, hoy, por el contrario, se tiene grandísimo interés en conservar la mayor cantidad posible de parénquima glandular. Excepción hecha •pues del caso en que un solo ovario esté profundamente afectado y el otro sano, caso más bien hipotético que real, no se puede aconsejar la ablación unilateral. En cuanto a la ablación de los dos ovarios, sólo podrá tener aplicación cuando se trate de enfermas en la edad de la menopausia, con síntomas dolorosos de grande intensidad y que presenten sus ovarios llenos de microquistes. En ellas ya no hay lugar a temer la pérdida de la fecundidad ni los accidentes de la supresión de la secreción interna del ovario, agotada ya por la degeneración de la glándula.

Quedan como recursos para los casos intensos y rebeldes al tratamiento médico y que se presenten en el pleno período sexual de las enfermas, la ignipuntura de los quistes y la resección de las porciones alteradas. La opinión de los especialistas colombianos (Martínez, Ucrós, Montoya y Flórez, Cuéllar Durán, Canales y Corpas) es favorable a la ignipuntura, siempre, dice Montoya y Flórez, «que la intervención sea rápida y delicada y que se practique no con una punta ordinaria de termocauterio sino más bien con el extremo fino de un galvanocauterio, en vista de evitar adherencias epiploicas ulteriores que ocasionan atirantamientos y dolores.» Cuéllar Durán (Z.) resume su opinión así: «En las lesiones bilaterales, que son las más frecuentes, soy partidario de extirpación de la glándula más lesionada y de la ignipuntura de la menos afectada. En caso de afección unilateral muy avanzada, extirpación total de dicha glándula.»

Pozzi, que fue el iniciador de la ignipuntura de los microquistes, la abandonó posteriormente, por haberla hallado ineficaz en la mayor parte de los casos. Por lo que me revela mi propia experiencia, tengo

como cierto que con la ignipuntura no se detiene la degeneración de los ovarios. En una pequeña estadística de cinco intervenciones emprendidas exclusivamente para esta afección, y en que se hizo la termocauterización de los microquistes, hallo cuatro casos en que los síntomas han continuado en todo su vigor durante años. Debo advertir que en el quinto caso el resultado fue muy favorable, y que en la estadística hospitalaria de los doctores Ucrós y Corpas he registrado tres ignipunturas seguidas del mismo buen efecto sobre los dolores y las hemorragias. No hay duda de que la técnica tiene en esto su gran importancia y que las sabias indicaciones de Montoya y Flórez arriba transcritas deben seguirse con el mayor cuidado.

Con todo, siempre me atrevo a preconizar de preferencia la resección de las partes afectadas, como tratamiento el más seguro e inocuo del ovario esclerocístico. Parto del principio que esta intervención debe emprenderse oportunamente, esto es, en las primeras etapas del mal, cuando el ovario no está profundamente invadido por degeneración. En este caso, y aun en los que se hallan algo avanzados, siempre se encuentran porciones sanas de la glándula suficientes para asegurar su funcionalismo, y sobre todo, según lo observa Pozzi, se hallará, en casi todos los casos, hacia la base del ovario, una lengüeta de tejido intacto que basta para conservar la menstruación y para evitar los fenómenos de insuficiencia ovariana. Hay en mis observaciones dos, tratada la una en asocio del doctor Pompilio Martínez, en que fue practicada esta resección de la porción más invadida de esclerosis y de quistes; se suturó en seguida, con todo cuidado, y se peritonizó el muñón ovárico. Los resultados han sido altamente satisfactorios desde el punto de vista de los diversos síntomas que motivaron la intervención. Aunque en estas dos observaciones no se han podido apreciar las consecuencias desde el punto de vista de la fecundidad, por tratarse de enfermas que no han estado en condición de comprobarlo, creo que llega-

do el caso, no se mostrarían estériles. El ginecologista Walter ha observado que mujeres infecundas durante mucho tiempo, han tenido uno o varios embarazos después de esta intervención de la ablación parcial de la glándula ovariana. Aunque el punto requiere más estudio, me permito considerar, en el estado actual de la ciencia, esta operación de la osforectomía como la más indicada para el ovario escleroquístico en sus primeras etapas.

### CONCLUSIONES

Compulsadas las opiniones de varios ginecologistas colombianos, residentes en diferentes zonas y climas, se puede establecer el ovario escleroquístico en un 35 a 40 por 100 de las mujeres de nuestro país. Aunque sin estadísticas precisas, es justo admitir que dicha afección es entre nosotros más frecuente que en los países de las zonas templadas de los diversos continentes.

La ovaritis escleroquística se comprueba ocasionalmente en un 90 por 100 de las intervenciones para otras afecciones ginecológicas. Es pues ella una asociación habitual en las enfermedades del sistema genital.

Quedando establecida como condición próxima y ocasional de esta afección la congestión activa o pasiva del tractus genital, pueden señalarse hoy como causas provocadoras principales: la falta de higiene muscular en la primera edad, especialmente el sedentarismo y la clausura; el neuraartrismo y diversos factores hereditarios, como son alcoholismo, sífilis y tuberculosis.

Admito—salvo rectificación ulterior—que el ovario escleroquístico con su inusitada frecuencia en Colombia y países similares, es simplemente un capítulo del gran conjunto de signos degenerativos que presentan las diversas razas pobladoras de la América tropical.

El estado microquístico del ovario es ordinariamente el origen de ciertas distrofias genitales que a menudo lo acompañan: estado infantil de la matriz, estrecheces del cuello, desviaciones diversas, estenosis vaginales, etc. Esto se explica por la función motogénica que el ovario ejerce sobre el tractus genital, en virtud de su secreción interna.

A su vez, la degeneración escleroquística del ovario parece depender de una insuficiencia endócrina que afecta a otra glándula distante ¿glándulas mamarias, hipófisis, cuerpo tiroideo o cápsulas suprarrenales? La ciencia se halla a este respecto en una etapa de investigación.

Hay muchos casos en que la degeneración microquística del ovario no se manifiesta por signo alguno positivo durante toda la vida.

Son factores que hacen manifiesta la afección: los cambios de régimen, las crisis artríticas, la iniciación matrimonial (forma *postnupcial*), la internación, las otras afecciones del aparato genital y muchas del aparato digestivo, especialmente las que tienen relación a las porciones distantes del intestino (colitis y apendicitis).

Esta degeneración del ovario se inicia en lo general al momento de la instauración puberal.

Las formas más frecuentes en nuestro medio son las dolorosas, y sus variedades usuales, la mensual, la quincenal, la continua y la anómala.

Son muy frecuentes entre nosotros los fenómenos psíquicos originados por esta afección, y, entre ellos, hemos establecido dos síndromos: el de la intoxicación menstrual y el de la insuficiencia endócrina del ovario.

En cuanto al examen físico podemos señalar a más de los signos clásicos uno que ha sido muy útil en nuestra práctica: el punto doloroso isquiático, como revelador de las ovaritis.

Por su frecuencia, por las asociaciones clínicas y por sus resultados para el individuo y para la especie, el ovario escleroquístico es la grande entidad que domina la práctica ginecológica.

Se puede tener como regla clínica en ginecología el enunciado siguiente: toda dismenorrea juvenil que no es explicable por un obstáculo mecánico a la salida menstrual, debe ser atribuído a un ovario escleroquístico. La dismenorrea esencial tiende a desaparecer del cuadro nosológico.

Es bien frecuente entre nosotros la asociación de crisis ovaritis escleroquística derecha con ataques de apendicitis aguda (*apendicitis catamenial*) y de formas continuas y subagudas de ovaritis derecha con apendicitis crónica (Montoya y Flórez).

La profilaxis del ovario escleroquístico debe dirigirse a las condiciones higiénicas de la niñez, de la adolescencia y de la juventud, y, más que todo, debe tener en cuenta los diferentes factores de medio y de raza que están determinando la degeneración colectiva en nuestros países.

Como tratamientos de cierto valor para esta afección señalamos: la medicación antiartrítica en los casos que reconocen ese origen; los masajes ginecológicos; la opoterapia, especialmente la hipofisaria y la mamaria y la intervención quirúrgica; en esta última categoría preferimos para la mayor parte de los casos la resección de las porciones afectadas a la ignipuntura.

## ESTADISTICA

de los casos operados en la Clínica particular del doctor MANUEL A. CUÉLLAR DURÁN (de Bogotá), en el año comprendido entre el 1º de mayo de 1918 y el 30 de abril de 1919. (Año III). Bogotá, mayo de 1919.

INTERVENCIONES EN EL GLOBO OCULAR Y SUS ANEXOS. INTERVENCIONES EN LAS VÍAS LAGRIMALES, LOS PÁRPADOS, LA CONJUNTIVA Y LA CÓRNEA

1. N. N., de diez ocho años, natural de Guatavita, procedente de Bogotá, soltera, sirvienta.

Datos importantes. Parece que su enfermedad es de origen puramente nervioso.

Diagnóstico. Entopión nervioso del párpado inferior del O. D.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (mayo 16 de 1918). Con anestesia local se hizo la sutura de Gaillard.

Resultado. Curación.

2. N. N., de veinticuatro años, natural y procedente de Bogotá, soltero, militar.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Angioma conjuntival externo del O. I. y varicosidad general de los vasos conjuntivales.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (junio 26 de 1918). Con anestesia local se extirparon el tumor y los vasos varicosos.

Resultado. Curación.

3. N. N., de cuarenta y tres años, natural y procedente de Nilo, soltero, agricultor.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Pterigio interno del O. D.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (junio 26 de 1918). Con anestesia local se practicó la extirpación del pterigio.

Resultado. Curación.

4. N. N., de treinta y cinco años, natural de Jericó, procedente de Ubaté, religioso.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Pterigio interno de ambos ojos.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (julio 26 de 1918). Con anestesia local se extirparon ambos pterigios en una sola sesión.

Resultado. Curación.

5. N. N., de treinta y cinco años, natural y procedente de Bogotá, casado, zapatero.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Pingüecula doble.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (julio 26 de 1918). Con anestesia local se extirpó la del O. D.

Resultado. Curación del ojo operado.

6. N. N., de veintiocho años, natural y procedente de Tocaima, soltero, comerciante.

Datos importantes. Atribuía su enfermedad a un traumatismo producido por un latigazo.

Diagnóstico. Pterigio interno del O. D.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (agosto 30 de 1918). Con anestesia local se hizo la extirpación del pterigio.

Resultado. Curación.

7. N. N., de veintiocho años, natural y procedente de Sogamoso, casado, agricultor.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Pterigio interno doble; mayor el del O. D.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (septiembre 18 de 1918). Con anestesia local se extirparon ambos pterigios en una sola sesión.

Resultado. Curación.

8. N. N., de sesenta y seis años, natural y procedente de Zapatoca, casado, jornalero.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Pterigio interno doble; el del O. I. enorme.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento. Se practicaron dos intervenciones: la una (diciembre 14 de 1918) consistió en extirpación de los pterigios con anestesia local; la otra, véanse las observaciones de intervenciones sobre el iris.

Resultado. Curación.

9. N. N., de treinta años, natural y procedente de Bogotá, soltera, sirvienta.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Pterigio interno de ambos ojos.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (noviembre 24 de 1918). Con anestesia local se extirparon ambos pterigios en una sola sesión.

Resultado. Curación.

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

Datos importantes. Tuvo un traumatismo de los huesos nasales.



**Diagnóstico.** Dacriocistitis supurada y fractura de los huesos nasales con aplanamiento de la raíz de la nariz.

**Pronóstico.** Bueno respecto a la dacriocistitis; la fractura de los huesos nasales dejará, sin duda, una deformación permanente.

**Tratamiento** (enero 30 de 1919). Con anestesia general por el cloroformo se hizo la extirpación del saco lagrimal.

**Resultado.** Curación de la dacriocistitis.

11. N. N., de veintiocho años, natural y procedente de Caldas (Tolima), casada, panadera.

**Datos importantes.** Tuvo una úlcera de la córnea del O. I. complicada de iridociclitis.

**Diagnóstico.** Manchas de la córnea del O. I. consecuenciales a úlceras de origen conjuntival.

**Pronóstico.** Malo para la visión; bueno para la estética.

**Tratamiento.** Con anestesia local se hizo el tatuado de la córnea manchada, en dos sesiones (enero 31 y febrero 15 de 1919).

**Resultado.** El ojo tatuado quedó idéntico al sano.

12. N. N., de sesenta y dos años, natural de Sogamoso, procedente de Bogotá, casada y de profesión oficios domésticos.

**Datos importantes.** Tiene una obstrucción doble de los canales lagrimales, pero solamente el del lado izquierdo ha supurado.

**Diagnóstico.** Dacriocistitis doble, supurada del lado izquierdo.

**Pronóstico.** Bueno.

**Tratamiento.** Con anestesia local se practicó la extirpación del saco del lado izquierdo en tres sesiones diferentes, porque siempre quedaban

residuos de saco donde se depositaban las lágrimas, y mantenían la supuración (febrero 5 y 18, marzo 3 de 1919).

Resultado. Curación.

13. N. N., de veintinueve años, natural y procedente de Bogotá, soltera, cajera.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Pterigio interno doble; mayor del O. I.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (febrero 10 de 1919). Con anestesia local se extirparon ambos pterigios en una sola sesión.

Resultado. Curación.

14. N. N., de treinta y cinco años, natural de Ubaque, procedente de La Mesa, casado, empleado público.

Antecedentes y datos importantes. La enfermedad hace cerca de quince años que le principió.

Diagnóstico. Enorme pterigio interno del O. I. que avanza sobre casi toda la córnea; incipiente del O. D.

Pronóstico. Reservado, a causa de la posible opacidad de la córnea, debajo del tejido de nueva formación.

Tratamiento (abril 23 de 1919). Se extirpó íntegro el pterigio con anestesia local; la córnea estaba transparente debajo de él en casi toda su extensión.

Resultado. Curación.

#### INTERVENCIONES EN EL IRIS, EL CRISTALINO Y LA CRISTALOIDE

15. N. N., de cincuenta y cinco años, natural y procedente de Bogotá, soltera, costurera.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Catarata senil doble; más avanzada en el O. I.

Pronóstico. Sensación luminosa normal.

Tratamiento (mayo 6 de 1918). Con anestesia local se operó el O. I.; incisión córneoconjuntival superointerna y extracción combinada del cristalino; salió una pequeña cantidad de vítreo. Cicatrización al sexto día. Tuvo una iritis y una conjuntivitis que cedieron en pocos días al tratamiento adecuado.

Resultado.

O. D.=catarata.

O. I.=+ 11  $V = \frac{5}{9}$

16. N. N., de treinta y seis años, natural y procedente de Samacá, casado, jornalero.

Datos importantes. Su enfermedad actual la atribuye con mucha probabilidad a un traumatismo.

Diagnóstico. Luxación traumática del cristalino derecho hacia la parte inferior del globo y opacidad completa de la lente.

Pronóstico. Reservado a causa de lo peligroso de la operación.

Tratamiento (mayo 13 de 1918). Se operó el O. D. con anestesia local; incisión córneoconjuntival superior y extracción combinada del cristalino luxado por medio del asa de cuerpos extraños en tres tiempos porque se desgarraba al tocarlo; salió poco más o menos 1 centímetro cúbico de vítreo. Cicatrización al séptimo día.

Resultado.

O. D.=+13°  $V = \frac{5}{25}$

O. I.=O. D.

17. N. N., de treinta y siete años, natural y procedente de Chía, casado, agricultor.

Datos importantes. Tuvo una conjuntivitis del O. I. complicada de iridociclitis, después de la cual perdió la visión.

Diagnóstico. Catarata secundaria del O. I.

Pronóstico. Reservado a causa de la iridociclitis anterior.

Tratamiento (mayo 14 de 1918). Con anestesia local se operó el O. I. Incisión córneoconjuntival superointerna y extracción combinada del cristalino. Cicatrización al séptimo día.

Resultado.

$$\begin{array}{l} \text{O. D.} = \text{O. D.} \quad V = \frac{5}{7} \\ \text{O. I.} = +8. \end{array}$$

18. N. N., de veintidós años, natural de Serrezuela, procedente de Bogotá, soltera, sirvienta.

Datos importantes. Tiene una miopía de 22 D. en ambos ojos.

Diagnóstico. Miopía de 22 D., complicada de retinitis miópica.

Pronóstico. Reservado a causa del número de intervenciones que sin duda hay que practicarle.

Tratamiento. Se practicaron varias intervenciones: en primer lugar la discisión del cristalino transparente para volverlo opaco (mayo 20 de 1918), después de la cual tuvo una reacción del iris que cedió al tratamiento dejando una sinequia anterior; luégo en dos sesiones (julio 22 y agosto 13 de 1918), con anestesia local se practicó la extracción simple del cristalino opacifica-

do; en ambas salió una pequeña cantidad de vítreo, O. D.

Resultado.

$$\begin{aligned} \text{O. D.} &= +7^{\circ} & \text{V} &= \frac{5}{14} \\ \text{O. I.} &= -22\text{D.} \end{aligned}$$

19. N. N., de cincuenta y tres años, natural y procedente de Bogotá, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Catarata senil doble; más avanzada en el O. D.

Pronóstico. Sensación luminosa normal.

Tratamiento (mayo 22 de 1918). Con anestesia local se operó el O. D.; incisión córneoconjuntival superointerna y extracción combinada del núcleo central del cristalino; las masas se extrajeron con la cureta. Cicatrización al séptimo día. Tuvo como complicaciones postoperatorias una iritis y una conjuntivitis del ojo operado, que cedieron al tratamiento adecuado.

Resultado.

$$\begin{aligned} \text{O. D.} &= +10^{\circ} & \text{V} &= \frac{5}{15} \\ \text{O. I.} &= \text{Catarata.} \end{aligned}$$

20. N. N., de cinco años, natural y procedente de Bogotá (mujer).

Datos importantes. La enfermita alcanzó a ver por ambos ojos durante los dos primeros años de su vida.

Diagnóstico. Catarata congénital doble.

Pronóstico. La sensación luminosa es normal en ambos ojos.

**Tratamiento.** Se practicaron varias intervenciones: la primera (mayo 24 de 1918) consistió en la extracción simple del cristalino izquierdo, previa dilatación de la pupila y con anestesia general. Cicatrización al sexto día. Diez días después tuvo una iridociclitis en el ojo operado, que se le trató con atropina y pomada amarilla, pero quedó una seclusión pupilar que se le operó mes y medio después (julio 15 de 1918), haciéndole una iridectomía superoexterna y sacándole el pus de la cámara anterior (septiembre 9 de 1918). Con anestesia general se operó el O. D.; incisión córnea superior y extracción simple del cristalino derecho. Cicatrización al séptimo día.

**Resultado.**

O. D. =            V = ? la edad no permite  
O. I. = +10       darse cuenta

21. N. N., de treinta y cinco años, natural del Espinal, procedente de Ibagué, soltero, jornalero.

**Datos importantes.** Su enfermedad proviene de una conjuntivitis probablemente de origen blenorragico.

**Diagnóstico.** Opacidad central de la córnea del O. I., proveniente de una cicatriz. Hipertrófia bilateral de la glándula tiroides.

**Pronóstico.** Bueno para el O. I.

**Tratamiento** (mayo 28 de 1918). Con anestesia local se operó el O. I. Incisión córnea inferoexterna e iridectomía óptica en el mismo punto. Cicatrización el séptimo día. Tuvouna iritis que cedió a la atropina y la pomada amarilla,

**Resultado.** Restablecimiento de la visión por la pupila artificial.

22. N. N., de cincuenta y cuatro años, natural y procedente de Bogotá, casada, guarnecedora.

Datos importantes. El origen de su enfermedad actual fue el desprendimiento agudo de la retina del O. I.

Diagnóstico. Glaucoma secundario por desprendimiento de la retina del O. I.

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento (junio 14 de 1918). Con anestesia local se operó el O. I.: incisión córnea superior e iridectomía antiglaucomatosa en tres tiempos. Cicatrización al octavo día.

Resultado. Desaparición de los fenómenos de hipertensión.

23. N. N., de quince años, natural y procedente de Bogotá, soltero, albañil.

Datos importantes. La intervención sobre el O. D. se encuentra entre las del iris de la estadística anterior.

Diagnóstico. Opacidades de ambas córneas consecutivas a una queratitis intersticial doble de origen específico hereditario.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento. La segunda intervención se le practicó en junio 18 de 1918; O. I.: con anestesia local se practicó una iridectomía óptica inferoexterna. Cicatrización al sexto día.

Resultado. Restablecimiento de la visión por la pupila artificial.

24 N. N., de cuarenta años, natural y procedente de Bogotá, soltera, cajera.

Datos importantes. Su enfermedad le fue ocasionada por el traumatismo producido por la proyección de fragmentos de vidrio.

Diagnóstico. Herida penetrante de la córnea izquierda, complicada de iritis y catarata traumáticas.

Pronóstico. Sumamente reservado.

Tratamiento (julio 4 de 1918). Con anestesia local se operó el ojo enfermo: se hizo una incisión íferointerna, por debajo de la herida; se practicó la resección del iris en este sitio, y se cauterizó la herida córnea del traumatismo con puntos de fuego. Cicatrización al décimo día.

Resultado. Los fenómenos de iridociclitid desaparecieron, y fue posible dejar en su lugar el ojo, aunque sin visión, por la catarata traumática que ya se había formado.

25. N. N., de treinta y cinco años, natural de Tensa, procedente de San Juan de Río seco, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Catarata juvenil doble.

Pronóstico. La sensación a la luz es normal.

Tratamiento. Se practicaron dos intervenciones (julio 12 de 1918). Con anestesia local se operó el O. I., incisión córnea superior y extracción combinada del cristalino. Cicatrización al séptimo día (agosto 9 de 1918). Igualmente con anestesia local se operó el O. D. Incisión córnea superior y extracción combinada del núcleo central del cristalino; las masas se extrajeron con la cureta. Cicatrización al octavo día. En este ojo tuvo una ligera reacción del iris, que cedió a la atropina y pomada amarilla.

Resultado.

$$\begin{array}{l} \text{O. D.} = +9^{\circ} \\ \text{O. I.} = +10 \end{array} \quad V = \frac{5}{7}$$



26. N. N., de sesenta y dos años, natural y procedente del Chaparal, casado, agricultor.

Datos importantes. Acusa entre los antecedentes un traumatismo del O. I., causado por un latigazo.

Diagnóstico. Catarata senil del O. D., y catarata infecciosa (negra) del O. I.

Pronóstico. Reservado para el O. I. El O. D. reacciona normalmente a la luz.

Tratamiento. Se practicaron varias intervenciones, de las cuales una corresponde al número de las observaciones de intervenciones sobre el globo ocular. El día 12 de julio de 1918 se operó el O. I.: incisión córneoconjuntival superior, separación de las sinequias del iris, iridectomía y extracción del cristalino con el asa de cuerpos extraños. No salió vítreo. Cicatrización al décimo día. Después se le formó un absceso de la córnea, que se le abrió el día 2 de agosto siguiente y se extrajo el pus con la cureta. Cicatrización al octavo día. Tuvo después una conjuntivitis de Weeks complicada de iridociclitis en este mismo ojo, por lo cual se resolvió enuclearlo con anestesia general. El día 16 de octubre de 1918 se operó el O. D.: incisión córneoconjuntival superior e iridectomía previa como primer tiempo de la extracción del cristalino y en previsión de una hemorragia expulsiva. Cicatrización al quinto día.

Resultado. Aún no se le ha hecho la extracción del cristalino por no estar completamente opaco.

27. N. N., de cuarenta y tres años, natural y procedente de Vélez, casado, agricultor.

Datos importantes. Hace seis años le operaron su catarata del O. D., pero tuvo una iridociclitis postoperatoria que anuló la visión.

Diagnóstico. Catarata senil del O. I. e iridociclitis crónica postoperatoria del O. D.

Pronóstico. Enucleando el O. D., bueno para el O. I., que es normalmente sensible a la luz.

Tratamiento. La primera intervención se practicó sobre el O. D. (Véase observación número de las intervenciones sobre el globo). La segunda (julio 29 de 1918) en el O. I.: incisión córneoconjuntival superior y extracción combinada del cristalino. Cicatrización al séptimo día.

Resultado.

$$\begin{array}{l} \text{O. D.} = \text{Ojo artificial} \\ \text{O. I.} = +11^{\circ} \end{array} \quad V = \frac{5}{20}$$

28. N. N., de treinta y cinco años, natural y procedente de Bogotá, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Ya había sido operada para su O. D. (Véanse las observaciones de las intervenciones en el cristalino, de la estadística anterior).

Diagnóstico. Catarata juvenil doble. O. D. operado.

Pronóstico. Ambos ojos son normalmente sensibles a la luz.

Tratamiento (julio 29 de 1918). Con anestesia local se operó el O. I.: previa dilatación de la pupila se hizo una incisión córnea superior, y extracción simple del núcleo central del cristalino; las masas se extrajeron con la cureta. Cicatrización al séptimo día.

Resultado.

$$\begin{array}{l} \text{O. D.} = \\ \text{O. I.} = + 9^\circ \end{array} \quad - \quad \text{V} = \frac{5}{7} \frac{50}{2}$$

29. N. N., de sesenta años, natural y procedente del Chaparral, soltera y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. La evolución de su enfermedad ha sido sumamente lenta.

Diagnóstico. Glaucoma crónico doble; catarata glaucomatosa del O. I.

Pronóstico. O. D. absolutamente insensible a la luz. O. I. sensación luminosa retardada, por lo tanto de pronóstico reservado.

Tratamiento. Se practicaron dos intervenciones. La primera (agosto 16 de 1918), previa instilación por varios días del colirio fuerte de eserina, se practicó en una sola sesión, con anestesia local, una iridectomía antiglaucomatosa en tres tiempos en ambos ojos. Cicatrización al noveno día. La segunda (noviembre 2 de 1918) consistió en la extracción del cristalino izquierdo con anestesia local. La cicatrización se demoró más de quince días por la interposición entre los labios de la herida de una hernia del vítreo, que hubo necesidad de extirparla quirúrgicamente, aprovechando esta intervención para sacar unas pocas masas opacas de cristalino que quedaban; en esta última vez la cicatrización se verificó al séptimo día.

Resultado.

$$\begin{array}{l} \text{O. D.} = \text{Amaurosis} \\ \text{O. I.} = + 13^\circ \end{array} \quad \text{V.} = \frac{5}{25}$$

30. N. N., de diez y nueve años, natural y procedente de Bogotá, soltera y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Su enfermedad le provino de una conjuntivitis de Wecks.

Diagnóstico. Opacidad central de la córnea izquierda, que impide la visión.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (agosto 22 de 1918). Con anestesia general se operó el O. I.: incisión córneoconjuntival ínferoexterna e iridectomía en el mismo punto. Cicatrización al cuarto día.

Resultado. La visión del O. I. se recuperó por la pupila artificial.

31. N. N., de cuarenta y dos años, natural de Fontibón, procedente de Bogotá, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. El origen de la enfermedad del O. D. fue una escleritis, y el de la del O. I. una quemadura.

Diagnóstico. Opacidades centrales de ambas córneas.

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento (agosto 28 de 1918). Con anestesia local se operó el O. I.: incisión córneoconjuntival superoexterna e iridectomía óptica en el mismo sitio. Cicatrización al quinto día.

Resultado. La visión del O. I. mejoró notablemente por la pupila artificial.

32. N. N., de sesenta y tres años, natural y procedente de Soatá, soltero, agricultor.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Catarata senil doble; más avanzada en el O. D.

Pronóstico. Ambos ojos reaccionan normalmente a la luz.

Tratamiento (septiembre 2 de 1918). Con anestesia local se operó el O. D.: incisión córneoconjuntival superointerna y extracción combinada del cristalino. Cicatrización al quinto día. Tuvo una ligera iritis, que cedió en pocos días a la atropina.

• Resultado.

$$\begin{array}{l} \text{O. D.} = +10^{\circ} \\ \text{O. I.} = \text{Catarata} \end{array} \quad V = \frac{5}{10}$$

33. N. N., de sesenta y un años, natural de Liorna (Toscana, Italia), procedente de Bogotá, casado, comerciante.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Catarata senil del O. D.; úlcera de la córnea del O. I.

Pronóstico. El O. D. reacciona normalmente a la luz; la úlcera de la córnea del O. I. está en vía de regresión.

Tratamiento. Después de tratar la úlcera hasta su cicatrización, se operó el O. D. con anestesia local (septiembre 6 de 1918): incisión córneoconjuntival superointerna y extracción combinada del núcleo central del cristalino; las masas se extrajeron con la cureta. Cicatrización al quinto día.

Resultado.

$$\begin{array}{l} \text{O. D.} = +11^{\circ} \\ \text{O. I.} = \text{O. D.} \end{array} \quad V = \frac{5}{20}$$

34. N. N., de sesenta años, natural de Miraflores, procedente de Bogotá, soltera, cocinera

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Catarata senil doble; más avanzada en el O. D.

Pronóstico. Ambos ojos reaccionan normalmente a la luz.

Tratamiento (septiembre 9 de 1918). Con anestesia local se operó el O. D.: incisión córneo-conjuntival superointerna y extracción combinada del núcleo central del cristalino; salió una pequeña cantidad del vítreo. Cicatrización al sexto día.

Resultado.

$$\begin{array}{l} \text{O. D.} = +12 \\ \text{O. I.} = \text{Catarata} \end{array} \quad V = \frac{5}{15}$$

35. N. N., de sesenta años, natural de Natagaima, procedente de Icononzo, soltera, jornalera.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Catarata senil doble.

Pronóstico. Ambos ojos reaccionan normalmente a la luz.

Tratamiento. Se practicaron dos intervenciones: la primera (septiembre 2 de 1918), extracción combinada del cristalino derecho; cicatrización al octavo día. La segunda (octubre 16 de 1918), extracción combinada del cristalino izquierdo; cicatrización al séptimo día. Ambas con anestesia local.

Resultado.

$$\begin{array}{l} \text{O. D.} = +11^{\circ} \\ \text{O. I.} = +9^{\circ} \end{array} \quad V = \frac{5}{15}$$

36. N. N., de cincuenta y cuatro años, natural y procedente de Bogotá, viuda, indigente.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Catarata senil doble.

Pronóstico. Ambos ojos reaccionan normalmente a la luz.

Tratamiento. Se practicaron dos intervenciones: la primera (septiembre 18 de 1918), O. D.: incisión córnea superior y extracción combinada del cristalino; salió una pequeña cantidad del vítreo. Cicatrización al décimoquinto día. Retardó la cicatrización una hernia del iris que hubo necesidad de reseca y aplicar puntos de fuego en la herida córnea. La segunda (noviembre 17 de 1918), en el O. I.: con anestesia local, lo mismo que la anterior, se hizo la extracción combinada del cristalino. Cicatrización al décimoquinto día, por una ligera reacción del iris que cedió a la atropina.

Resultado.

$$\begin{array}{l} \text{O. D.} = \\ \text{O. I.} = \end{array} + 12^{\circ} \quad V = \frac{5}{10}$$

37. N. N., de ochenta y cuatro años, natural de Tunja, procedente de Bogotá, viuda y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Catarata senil doble; más avanzada en el O. D.

Pronóstico. Ambos ojos reaccionan normalmente a la luz.

Tratamiento (octubre 10 de 1918). Con anestesia local se operó el O. D.: incisión córnea superior y extracción combinada del cristalino. Cicatrización al séptimo día. Tuvo una ligera reacción del iris que cedió en pocos días a la homatropina.

## Resultado.

O. D. = +10°

O. I. = Catarata.

$$V = \frac{5}{20}$$

38. N. N., de sesenta y dos años, natural de La Mesa, procedente de Facatativá, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Su enfermedad, de crónica que era, se transformó súbitamente en aguda.

Diagnóstico. Glaucoma crónico del O. I. transformado en agudo.

Pronóstico. Reservado, como el de todo glaucoma.

Tratamiento. Después de quince días de aplicación continua del colirio fuerte de eserina hasta que la pupila se hizo puntiforme, se practicó, el 3 de noviembre de 1918, con anestesia local, y después de incisión córnea superior, una iridectomía antiglaucomatosa en tres tiempos. Cicatrización al quinto día.

Resultado. Desaparición de los signos glaucomatosos y baja de la tensión.

39. N. N., de cincuenta y nueve años, natural de La Mesa, procedente de Bogotá, casado, escritor público (véase observación número ... de la estadística anterior).

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Catarata senil del O. I.; el O. D. operado.

Pronóstico. El ojo para operar reacciona normalmente a la luz.

Tratamiento (diciembre 6 de 1918). Con anestesia local se operó el O. I. Incisión córneoconjuntival superointerna y extracción combinada del cristalino. Cicatrización al sexto día.



## Resultado.

$$\begin{array}{l} \text{O. D.} = \\ \text{O. I.} = + 9^{\circ} \end{array} \quad V = \frac{5}{7}$$

40. N. N., de sesenta y siete años, natural de Chiquinquirá, procedente de Tunja, viudo, abogado.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Catarata senil doble.

Pronóstico. Ambos ojos reaccionan normalmente a la luz.

Tratamiento. Se practicaron dos intervenciones: la primera (diciembre 17 de 1918) en el O. I.: incisión córneoconjuntival superointerna y extracción combinada del cristalino. Cicatrización al quinto día. La segunda (abril 25 de 1919) en el O. D.: incisión córneoconjuntival superointerna y extracción combinada del cristalino. Cicatrización al quinto día.

## Resultado.

$$\begin{array}{l} \text{O. D.} = +10^{\circ} \\ \text{O. I.} = +11^{\circ} \end{array} \quad V = \frac{5}{7.50}$$

41. N. N., de diez y ocho años, natural de Guayabal, procedente de Mosquera, soltero, estudiante.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Catarata juvenil doble.

Pronóstico. Ambos ojos reaccionan normalmente a la luz.

Tratamiento. Se practicaron dos intervenciones. La primera (diciembre 18 de 1918), con anestesia local en el O. D.: previa instilación de atropina hasta obtener la completa dilatación de

la pupila, se hizo una incisión córnea superior y extracción simple del cristalino. Cicatrización al quinto día. La segunda (enero 31 de 1919), igualmente con anestesia local, en el O. I.: dilatación de la pupila con atropina, incisión córnea superior y extracción simple del cristalino. Cicatrización al sexto día.

Resultado.

$$\begin{array}{l} \text{O. D.} = +11^{\circ} \quad V = \frac{5}{25} \\ \text{O. I.} = \end{array}$$

42. N. N., de setenta y ocho años, natural de Tunja, procedente de Bogotá, viuda y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. En el ojo que se le operó ya le habían practicado una iridectomía previa.

Diagnóstico. Catarata senil doble.

Pronóstico. Ambos ojos reaccionan normalmente a la luz.

Tratamiento (diciembre 21 de 1918). Con anestesia local se operó el O. D.: incisión córneoconjuntival superior; apenas se rompió la cristaloides anterior con el quistítomo, la enferma cerró los párpados sobre el blefarostato produciendo la proyección del cristalino y de unos 2 centímetros del vítreo. Cicatrización al octavo día.

Resultado.

$$\begin{array}{l} \text{O. D.} = +13 \\ \text{O. I.} = \text{Catarata} \quad V = \frac{5}{20} \end{array}$$

43. N. N., de cuarenta y dos años, natural de Sonsón, procedente de Ibagué, casado, sepulturero.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Catarata senil doble; más avanzada en el O. D.

Pronóstico. Ambos ojos reaccionan normalmente a la luz.

♦ Tratamiento (diciembre 24 de 1918). Con anestesia local se operó el O. D: incisión córneoconjuntival superior y extracción combinada del cristalino. Cicatrización al quinto día.

Resultado.

$$\begin{array}{l} \text{O. D.} = +10^{\circ} \\ \text{O. I.} = \text{Catarata} \end{array} \quad V = \frac{5}{15}$$

44. N. N., de sesenta y dos años, natural y procedente de Bogotá, soltera, costurera.

Datos importantes. Había sido operada de catarata (véanse las observaciones de las intervenciones en el cristalino de la estadística anterior).

Diagnóstico. Catarata secundaria del O. D.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (enero 8 de 1919). Con anestesia local se operó el ojo enfermo; incisión córneoconjuntival superior y arrancamiento de la cristaloides opaca. Cicatrización al quinto día.

Resultado. Reparación de la visión.

45. N. N., de setenta y dos años, natural de San Juan, procedente de Bogotá, viuda y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Es diabética.

Diagnóstico. Catarata senil doble; más avanzada en el O. D.

Pronóstico. Ambos ojos reaccionan normalmente a la luz.

Tratamiento (enero 8 de 1919). Con anestesia local se operó el O. D.: incisión córnea superior y extracción combinada del cristalino, que era quístico. Cicatrización al séptimo día.

Resultado.

$$\begin{array}{l} \text{O. D.} = + 10^{\circ} \\ \text{O. I.} = \text{Catarata.} \end{array} \quad V = \frac{5}{10}$$

46. N. N., de setenta y siete años, natural de Leiva, procedente de Bogotá, viudo, tapicero.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Catarata senil doble; más avanzada en el O. D.

Pronóstico. Ambos ojos son normalmente sensibles a la luz.

Tratamiento (enero 31 de 1919). Con anestesia local se operó el O. D.: incisión córnea superior y extracción combinada del cristalino. Cicatrización al séptimo día.

Resultado.

$$\begin{array}{l} \text{O. D.} = + 1^{\circ} 2 \\ \text{O. I.} = \text{Catarata} \end{array} \quad V = \frac{5}{25}$$

47. N. N., de veinticinco años, natural y procedente de Bogotá, soltera, guarnecedora.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Catarata juvenil del O. D.

Pronóstico. El ojo enfermo reacciona normalmente a la luz.

Tratamiento (febrero 18 de 1919). Previa dilatación al máximum de la pupila, se operó el O. D. con anestesia local: incisión córnea superior y extracción simple del cristalino; las masas restantes se extrajeron con la cureta; salió una

cantidad insignificante de vítreo. Cicatrización al séptimo día.

Resultado.

$$\begin{array}{l} \text{O. D.} = +9^{\circ} \\ \text{O. I.} = \text{O. D.} \end{array} \quad V = \frac{5}{7}$$

48. N. N., de cuarenta y cinco años, natural y procedente de Bogotá, viuda y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Ha sido operada para catarata senil doble.

Diagnóstico. Catarata secundaria del O. I.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (febrero 5 de 1919). Con anestesia local se hizo el arrancamiento de la cristaloides opaca. Cicatrización al sexto día.

Resultado. Reparación de la visión.

49. N. N., de sesenta años, natural de Funza, procedente de Bogotá, casada, sirvienta.

Datos importantes. Fue operada para catarata senil del O. D.

Diagnóstico. Catarata secundaria del O. D.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (marzo 7 de 1919). Con anestesia local se hizo el arrancamiento de la cristaloides opaca. Cicatrización al octavo día.

Resultado. Reparación de la visión.

50. N. N., de veinticuatro años, natural y procedente de Zipaquirá, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Hace tres meses tuvo una iridociclitis del O. I. consecencial a una úlcera de la córnea, de origen conjuntival.

Diagnóstico. Glaucoma secundario del O. I.

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento (mayo 7 de 1919). Con anestesia local se operó el ojo enfermo: incisión córneoconjuntival superior e iridectomía antiglaucomatosa en tres tiempos. Cicatrización al quinto día.

Resultado. Desaparición de los signos glaucomatosos.

51. N. N., de cuarenta y cinco años, natural y procedente de Choachí, casado, agricultor.

Datos importantes. El origen de su enfermedad fue una conjuntivitis, probablemente de Weecks, que le ulceró la córnea del O. I.

Diagnóstico. Opacidad central de la córnea del O. I., cicatriz de una úlcera.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (marzo 21 de 1919). Con anestesia local se operó el O. I.: incisión córnea superior e iridectomía óptica en el mismo sitio. Cicatrización al octavo día.

Resultado. Reparación de la visión del O. I.

52. N. N., de treinta y dos años, natural y procedente de Bogotá, casada, costurera.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Glaucoma agudo del O. I.

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento. Después de instilar inútilmente por espacio de más de diez días el colirio fuerte de eserina, y en vista de que la pupila no cedía, se resolvió operar el O. I.: incisión córneoconjuntival superior e iridectomía antiglaucomatosa en tres tiempos. Cicatrización al quinto día.

Resultado. Desaparición de los signos glaucomatosos.

53. N. N., de sesenta y dos años, natural y procedente de Bogotá, viudo, albañil.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Catarata senil doble; más avanzada en el O. I.

Tratamiento. Visto el buen estado del fondo del ojo, se operó el día 25 de abril de 1919: incisión córneoconjuntival superointerna y extracción combinada del cristalino. Cicatrización al quinto día.

Resultado.

O. D. = +7 D.       $V = \frac{5}{7}$   
 O. I. = catarata.

54. N. N., de setenta y dos años, natural y procedente de Vélez, casado, comerciante.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Catarata senil doble.

Pronóstico. Ambos ojos reaccionan normalmente a la luz.

Tratamiento (abril 27 de 1919). Con anestesia local se operó el O. D.: incisión córneoconjuntival superointerna y extracción combinada del cristalino. Cicatrización al sexto día.

Resultado.

O. D. = +       $V = \frac{5}{5}$   
 O. I. = catarata

#### INTERVENCIONES SOBRE EL RESTO DEL GLOBO OCULAR

55. N. N., de sesenta y dos años, natural y procedente de Bogotá, soltero, cantero.

Datos importantes. Tuvo una iridociclitis traumática del O. D.

Diagnóstico. Iridociclitis traumática del O. D. con ligeros signos simpáticos del O. I.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (mayo 3 de 1918). Con anestesia general se enucleó el O. D.

Resultado. Desaparición de los signos simpáticos del O. I.

56. N. N., de treinta y cinco años, natural del Socorro, procedente de Bogotá, soltera, sirvienta.

Datos importantes. Varias veces se ha cauterizado el tumor y se ha vuelto a reproducir.

Diagnóstico. Glicoma de la conjuntiva bulbar del O. I.

Pronóstico. Reservado, por ser maligno el tumor.

Tratamiento (mayo 20 de 1918). Con anestesia general se enucleó el O. I., teniendo cuidado de reseca toda la conjuntiva enferma.

Resultado. El tumor no se ha vuelto a reproducir.

57. N. N., de veintinueve años, natural del Agrado, procedente de Florencia, casado, agricultor.

Datos importantes. Su enfermedad le provino de un traumatismo.

Diagnóstico. Iridociclitis traumática del O. I.

Pronóstico. El ojo está perdido para la visión.

Tratamiento (mayo 24 de 1918). Con anestesia general se enucleó el O. I.



Resultado. El O. D. mejoró notablemente de visión.

58. N. N., de ochenta y cuatro años, natural y procedente de Bogotá, soltera y de profesión oficios domésticos.

♦ Datos importantes. Su infección ocular fue causada por la instilación diaria de miel de abejas como tratamiento médico para la catarata.

Diagnóstico. Iridociclitis infecciosa del O. I. complicada de ligeros signos simpáticos del O. D.

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento (junio 14 de 1918). Con anestesia general por el cloroformo se hizo la enucleación del O. I.

Resultado. Los signos simpáticos del O. D. desaparecieron inmediatamente.

59. N. N., de sesenta y dos años, natural y procedente de Chaparral, casado, agricultor. (Véase observación número 26 de las intervenciones sobre el iris y el cristalino).

Datos importantes. La enfermedad apareció a los dos meses después de operado del O. I.

Diagnóstico. Iridociclitis del O. I. de origen traumático.

Pronóstico. El ojo está perdido para la visión.

Tratamiento (septiembre 6 de 1918). Con anestesia general se enucleó el O. I.

Resultado. Terminó el peligro latente para la operación del O. D.

60. N. N., de cuarenta y tres años, natural y procedente de Vélez, casado, agricultor (Véase observación número 27 de las intervenciones sobre el cristalino).

Datos importantes. El O. D. había sido operado tres años antes para una catarata senil.

Diagnóstico. Iridociclitis postoperatoria del O. D.

Pronóstico. El ojo derecho está perdido para la visión.

Tratamiento (julio 15 de 1918). Con anestesia local por la cocaína se enucleó el O. D.

Resultado. La intervención en el O. I. se pudo practicar con seguridad.

61. N. N., de cuarenta y tres años, natural y procedente de Zipaquirá, casado, negociante.

Datos importantes. Es específico.

Diagnóstico. Iridociclitis específica del O. I. complicada de ligeros signos simpáticos del O. D.

Pronóstico. El O. I. está perdido para la visión.

Tratamiento (julio 24 de 1918). Con anestesia general se operó el O. I., enucleación).

Resultado. Desaparición de los signos del O. D.

62. N. N., de cuarenta y tres años, natural y procedente de San Martín, viudo, jornalero.

Datos importantes. Es específico.

Diagnóstico. Iridociclitis específica del O. D. con ligeros signos simpáticos del O. I.

Pronóstico. El O. D. está perdido para la visión.

Tratamiento (agosto 9 de 1918). Con anestesia general se enucleó el O. D.

Resultado. Desaparición de los signos del O. I.

63. N. N., de ocho años de edad, mujer, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes. Ha sido operada de catarata congénital doble.

Diagnóstico. Iridociclitis crónica postoperatoria del O. I.

Pronóstico. El O. I. casi está completamente perdido para la visión.

Tratamiento (agosto 30 de 1918). Con anestesia general se enucleó el O. I.

Resultado. Desapareció el peligro latente para el otro ojo.

64. N. N., varón, de nueve años, natural y procedente de Colombia.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Glaucoma congénital doble; el O. D. perdido para la visión.

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento. Como tratamiento preventivo se hizo la enucleación del O. D. con anestesia general (septiembre 12 de 1918).

Resultado. Desaparición del peligro para el O. I.

65. N. N., de sesenta y cuatro años, natural de Ambalema, procedente de Vianí, viuda y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Su enfermedad es de origen conjuntival.

Diagnóstico. Iridociclitis gonocócica del O. D.

Pronóstico. El O. D. está perdido para la visión.

Tratamiento (octubre 4 de 1918). Con anestesia general se enucleó el ojo enfermo.

Resultado. Desaparición del peligro para el O. I.

66. N. N., de treinta años, natural y procedente de Bogotá, soltero, albañil.

Datos importantes. Su enfermedad es de origen traumático.

Diagnóstico. Iridociclitis traumática del O. I. complicada de signos simpáticos del O. I.

Pronóstico. El O. D. está perdido para la visión.

Tratamiento (octubre 4 de 1918). Con anestesia general se enucleó el O. D.

Resultado. Desaparición de los signos del O. I.

67. N. N., mujer, de ocho años, natural y procedente de Bogotá. (Véanse observaciones de las intervenciones en el globo, de la estadística anterior).

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Ruptura de la sutura conjuntival hecha por encima del muñón.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (octubre 17 de 1918). Para evitar una infección de las membranas se resolvió hacer la enucleación del segmento posterior del O. D.

Resultado. Se pudo adaptar convenientemente un ojo artificial.

68. N. N., de trece años, natural de Susa, procedente de Bogotá, soltera, sirvienta.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Iridociclitis del O. D. consecuencial a una infección crónica de la córnea, probablemente de origen blenorragico, complicada de ligeros signos simpáticos del O. I.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (octubre 25 de 1918). Con anestesia general se enucleó el O. D.

Resultado. Desaparición de los fenómenos simpáticos del O. I.

69. N. N., de cincuenta y nueve años, natural y procedente de Anapoima, casado, albañil.

Datos importantes. Su enfermedad es de origen traumático.

Diagnóstico. Iridociclitis traumática del O. I.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (noviembre 20 de 1918). Con anestesia general se enucleó el O. I.

Resultado. Desaparición del peligro latente para el O. D.

70. N. N., de cuarenta y ocho años, natural y procedente del Chaparral, soltero, jornalero.

Datos importantes. Su enfermedad es de origen traumático.

Diagnóstico. Iridociclitis traumática del O. I. y glaucoma secundario del O. D. por iritis simpática.

Pronóstico. Reservado para el O. D.

Tratamiento. Se principió por enuclear el O. I. con anestesia general (diciembre 5 de 1918), y luego se practicó una iridectomía antiglaucomatosa en tres tiempos en el O. D.

Resultado. La tensión del O. D. bajó y desaparecieron los demás signos glaucomatosos.

71. N. N., de veintinueve años, natural y procedente de La Palma, casado, agricultor.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Iridociclitis específica (?) del O. I. que por simpatía se transmitió al O. D. y

fue seguida en este último de signos glaucomatosos y de coroiditis anterior.

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento (enero 30 de 1919). Con anestesia general se enucleó el O. I.

Resultado. Los signos glaucomatosos del O. D. desaparecieron.

72. N. N., de treinta y cinco años, natural y procedente de Bogotá, casada, sirvienta.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Iridociclitis del O. D. de origen gonocócico, complicada de fenómenos simpáticos del O. I.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (febrero 13 de 1919). Con anestesia general por el cloroformo se enucleó el O. D.

Resultado. Desaparecieron los fenómenos simpáticos del O. I.

73. N. N., de treinta años, natural y procedente de Une, casado, agricultor.

Datos importantes. El traumatismo fue causa de su enfermedad hace catorce años.

Diagnóstico. Iridociclitis traumática del O. D. complicada de fenómenos simpáticos del O. I.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (marzo 27 de 1919). Con anestesia general por el cloroformo se practicó la enucleación del O. D.

Resultado. Desaparición de los fenómenos simpáticos del O. I.

74. N. N., de treinta años, natural y procedente de Zipaquirá, casada, costurera.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Iridociclitis aguda blenorragica del O. D.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (abril 6 de 1919). Con anestesia general se enucleó el O. D.

Resultado. Desaparición del peligro latente para el O. I.

75. N. N., de treinta y cinco años, natural del Agrado, procedente de Bogotá, casado, comerciante.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Iridociclitis del O. D. consecucional a una conjuntivitis gripal.

Pronóstico. El O. I. es un ojo ambiope, miope y con cicatrices de coroiditis.

Tratamiento (abril 11 de 1919). Con anestesia general se enucleó el O. D.

Resultado. Desaparición del peligro latente para el O. I., que es un órgano mal conformado.

#### INTERVENCIONES EN LA RINOFARINGE, EL OÍDO Y OTRAS REGIONES

76. N. N., de diez y ocho años, natural y procedente de Tensa, soltero, negociante.

Datos importantes. Su enfermedad es congenital.

Diagnóstico. Procidencia de la mucosa del labio superior.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento. Para quitar el feo defecto se operó con anestesia general; se resecoó la mucosa procidente sacando dos triángulos de base media y se suturaron los bordes con catgut.

Resultado. Desaparición de la deformidad.

77. N. N., mujer, de ocho años, natural y procedente de Cajicá.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Vegetaciones adenoides retrofaríngeas e hipertrofia bilateral de las amígdalas.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento. Con anestesia general por el bromuro de etilo se rasparon las vegetaciones y se resecaron las amígdalas (mayo 8 de 1919).

Resultado. Curación.

78. N. N., varón, de ocho años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Vegetaciones adenoides retrofaríngeas e hipertrofia bilateral crónica de las amígdalas.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (mayo 20 de 1919). Con anestesia general por el bromuro de etilo se rasparon las vegetaciones y se resecaron las amígdalas; hubo hemorragia postoperatoria abundante que cedió espontáneamente.

Resultado. Curación.

79. N. N., mujer, de cuatro meses, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Labio leporino simple unilateral derecho.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (junio 3 de 1918). Con anestesia general se operó por el procedimiento de Mirault, poniendo tres puntos de sutura.

Resultado. Curación.

80. N. N., de veintiséis años, natural y procedente de Bogotá, casado, artista (cantor).



Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Amigdalitis hipertrófica bilateral crónica.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (junio 17 de 1918). Con anestesia general por el cloruro de etilo se resecaron las glándulas.

Resultado. Curación.

81. N. N., varón, de siete años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Hipertrofia de los cornetes inferiores, vegetaciones adenoides retrofaríngeas y amigdalitis hipertrófica bilateral crónica.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (junio 19 de 1918). Con anestesia general por el bromuro de etilo se extirparon las glándulas hipertrofiadas y se rasparon las vegetaciones.

Resultado. Curación.

82. N. N., mujer, de tres y medio años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (junio 19 de 1918). Con anestesia general por el bromuro de etilo se rasparon las vegetaciones.

Resultado. Curación.

83. N. N., de cuarenta y dos años, natural y procedente de Mosquera, casado, jornalero.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Otitis media izquierda supurada, aguda, complicada de mastoiditis.

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento (julio 5 de 1918). Con anestesia general se hizo la trepanación de la mastoidees y se drenó el antro.

Resultado. Los dolores de oído mejoraron enormemente, pero repentinamente se presentó una tromboflebitis supurada del seno lateral que mató al enfermo.

84. N. N., de cuarenta años, natural de Zipaquirá, procedente de Bogotá, casado, empleado público.

Datos importantes. Ya fue operado una vez antes para el mismo tumor, que actualmente se ha reproducido una tercera vez (mayo de 1919).

Diagnóstico. Tumor maligno del piso de la nariz izquierda.

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento (julio 5 de 1919). Con anestesia local se operó por segunda vez el tumor, teniendo cuidado de raspar bien el piso hasta el hueso.

Resultado. Ya se dijo que el tumor se ha vuelto a reproducir por tercera vez.

85. N. N., de cincuenta y seis años, natural y procedente de Bogotá, soltera, sirvienta.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Neuralgia crónica del nervio infraorbital izquierdo.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (julio 15 de 1918). Se practicó una inyección de alcohol absoluto en el tronco del nervio.

Resultado. Curación.

86. N. N., de veinticinco años, natural y pro-

cedente de Barranquilla, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Vegetaciones adenoides retrofaríngeas e hipertrofia bilateral de los cornetes inferiores.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (julio 15 de 1918). Con anestesia general por el bromuro de etilo se rasparon las vegetaciones. Ocho días después, con anestesia local, se resecó la parte hipertrofiada de los cornetes.

Resultado. Curación.

87. N. N., mujer, de doce años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Hipertrofia bilateral crónica de las amígdalas y vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (julio 30 de 1918). Con anestesia general por el bromuro de etilo se rasparon las vegetaciones y se resecaron las amígdalas.

Resultado. Curación.

88. N. N., mujer, de once años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Hipertrofia bilateral crónica de las amígdalas y vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (agosto 16 de 1918). Con anestesia general por el bromuro de etilo se extirparon las amígdalas y se rasparon las vegetaciones.

Resultado. Curación.

89. N. N., de veintidós años, natural y procedente de Vélez, soltera, costurera.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Hipertrofia del lóbulo medio de la glándula tiroides (coto quístico).

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento (agosto 29 de 1918). Con anestesia general se extirpó el lóbulo hipertrofiado de la glándula.

Resultado. Curación.

90. N. N., mujer, de nueve años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Hipertrofia bilateral crónica de las amígdalas y vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (septiembre 2 de 1918). Con anestesia general por el bromuro de etilo se hizo la extirpación de las amígdalas hipertrofiadas, y se rasparon las vegetaciones.

Resultado. Curación.

91. N. N., de cuarenta y tres años, natural de Vélez, procedente de Bogotá, viuda y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Ha sido operada por tres veces.

Diagnóstico. Rinoscleroma reincidente.

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento (septiembre 3 de 1918). Con anestesia general se rasparon completamente los tejidos enfermos y se quemó con el termocauterio el sitio de su implantación.

Resultado. Restablecimiento de la respiración nasal.

92. N. N., varón, de diez años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Hipertrofia bilateral de las amígdalas y vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (septiembre 17 de 1918). Con anestesia general por el bromuro de etilo se rasparon las vegetaciones y se extirparon las amígdalas hipertrofiadas.

Resultado. Curación.

93. N. N., varón, de tres años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (septiembre 27 de 1918). Con anestesia general por el bromuro de etilo se rasparon las vegetaciones.

Resultado. Curación.

94. N. N., varón, de cinco años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Hipertrofia bilateral de las amígdalas y vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (septiembre de 1918). Con anestesia general por el bromuro de etilo se reseca-ron las amígdalas hipertrofiadas y se rasparon las vegetaciones.

Resultado. Curación.

95. N. N., mujer, de ocho años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Hipertrofia de las amígdalas y vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (septiembre 29 de 1918). Con anestesia general por el bromuro de etilo se resecaron las amígdalas hipertrofiadas y se rasparon las vegetaciones.

Resultado. Curación.

96. N. N., varón, de siete años, natural y procedente de Ibagué.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Hipertrofia crónica bilateral de las amígdalas y vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (octubre 10 de 1918). Con anestesia general por el bromuro de etilo se resecaron las amígdalas y se rasparon las vegetaciones.

Resultado. Curación.

97. N. N., de diez y ocho años, natural y procedente de Bogotá, soltera.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Coto quístico.

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento (noviembre 15 de 1918). Con anestesia general por el cloroformo se practicó la extirpación del tumor. Curación por primera intención.

Resultado. Curación.

98. N. N., de veintiocho años, natural y procedente de Coello, soltero, agricultor.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Ganglio tuberculoso supurado de la región laterosuperior izquierda del cuello.

Pronóstico. Reservado a causa de la naturaleza de la afección.

Tratamiento (noviembre 16 de 1918). Con anestesia general se hizo la extirpación del ganglio.

Resultado. Después de quince días de curaciones la herida cerró.

98. N. N., de cuarenta años, natural del Agrado, procedente de Bogotá, soltero, agricultor.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Amigdalitis criptosa crónica.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (noviembre 26 de 1918). Con anestesia local se hizo la extirpación de ambas amígdalas.

Resultado. Curación.

100. N. N., mujer, natural y procedente de Facatativá.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Amigdalitis hipertrófica crónica y vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (diciembre 6 de 1918). Con anestesia general por el cloruro de etilo se extirparon las amígdalas y se rasparon las vegetaciones.

Resultado. Curación.

101. N. N., mujer, de seis años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (diciembre 19 de 1918). Con anestesia general por el cloruro de etilo se rasparon las vegetaciones.

Resultado. Curación.

102. N. N., mujer, de doce años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes. La otitis fue de origen gripal.

Diagnóstico. Otitis media izquierda complicada de mastoiditis.

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento (diciembre 19 de 1918). Con anestesia general por el cloroformo se hizo la trepanación de la mastoides, se evacuó el pus y se drenó el antro.

Resultado. Curación.

103. N. N., de treinta y un años, natural de Puente Nacional, procedente de Bogotá, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Tiene una otitis media crónica.

Diagnóstico. Vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (diciembre 24 de 1918). Con anestesia general por el bromuro de etilo se rasparon las vegetaciones.

Resultado. Sensible mejoría de la otitis media crónica.

104. N. N., de diez y ocho años, natural y procedente de Guatavita, soltero, agricultor.



Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Hipertrofia bilateral crónica de las amígdalas, vegetaciones adenoides retrofaríngeas e hipertrofia de los cornetes inferiores.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento. Se operó en dos sesiones: la primera (enero 15 de 1919) consistió en la extirpación de las amígdalas y el raspado de las vegetaciones con anestesia general por el cloruro de etilo; la segunda (enero 22 de 1919), resección de la parte hipertrofiada de los cornetes inferiores con anestesia local.

Resultado. Curación.

105. N. N., de veintidós años, natural y procedente de Subachoque, soltera, sirvienta.

Datos importantes. Su enfermedad la observó desde pequeña.

Diagnóstico. Rinoscleroma.

Pronóstico. Reservado a causa de la posible reproducción.

Tratamiento (enero 15 de 1919). Con anestesia general por el cloroformo se raspó el tumor y se destruyó con el termocauterío.

Resultado. Desostrucción de las narices.

106. N. N., varón, de ocho años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Amigdalitis hipertrófica crónica y vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (enero 23 de 1919). Con anestesia general por el bromuro de etilo se reseca-ron las amígdalas y se rasparon las vegetaciones.

Resultado. Curación.

107. N. N., mujer, de siete años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Amigdalitis hipertrófica crónica y vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (enero 23 de 1919). Con anestesia general por el cloruro de etilo se extirparon las amígdalas y se rasparon las vegetaciones.

Resultado. Curación.

108. N. N., de veintiséis años, natural y procedente de Bogotá, soltero, comerciante.

Datos importantes. Es específico.

Diagnóstico. Perforación del paladar a consecuencia de una goma.

Pronóstico. Reservado a causa de la dificultad para pegar la sutura.

Tratamiento (enero 23 de 1919). Con anestesia local se avivaron los bordes de la perforación y se suturaron.

Resultado. Solamente una parte de la perforación se obturó, el resto quedó abierto.

109. N. N., de diez y ocho años, natural de Sesquilé, procedente de Bogotá, soltera, sirvienta.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Rinoscleroma.

Pronóstico. Reservado por la posible reproducción.

Tratamiento (enero 15 de 1919). Con anestesia general por cloroformo se raspó el tumor hasta dejar completamente libres las vías aéreas.

Resultado. Desobstrucción de las narices.

110. N. N., varón, de ocho años, natural de Caracas, procedente de Bogotá.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (febrero 3 de 1919). Con anestesia general por el bromuro de etilo se rasparon las vegetaciones.

Resultado. Curación.

111. N. N., de cuarenta y dos años, natural de Susa, procedente de Bogotá, soltero, empleado.

Datos importantes. Su otitis media fue de origen gripal.

Diagnóstico. Mastoiditis aguda izquierda.

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento (febrero 8 de 1919). Con anestesia general por el cloroformo se trepanó la mastoides y se drenó el antro.

Resultado. Curación a pesar de que la piel se ha supurado.

112. N. N., varón, de doce años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Hipertrofia bilateral crónica de las amígdalas y vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (febrero 26 de 1919). Con anestesia general por el bromuro de etilo se resecaron las amígdalas y se rasparon las vegetaciones.

Resultado. Curación.

113. N. N., mujer, de ocho años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes. Es hermana del enfermo anterior.

Diagnóstico. Hipertrofia bilateral crónica de las amígdalas y vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (febrero 26 de 1919). Con anestesia general por el cloruro de etilo se resecaron las amígdalas y se rasparon las vegetaciones.

Resultado. Curación.

114. N. N., varón, de siete años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Vegetaciones adenoides retrofaríngeas e hipertrofia bilateral crónica de las amígdalas.

Tratamiento. Con anestesia general por el cloruro de etilo se resecaron las amígdalas y se rasparon las vegetaciones.

Resultado. Curación.

115. N. N., de treinta años, natural de Choachí, procedente de Bogotá, soltera, sirvienta.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. *Moluscum* de la parte media de la región frontal.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (febrero 5 de 1919). Con anestesia local se extirpó el tumor; se pusieron tres puntos de sutura con crin.

Resultado. Curación.

116. N. N., mujer, de doce años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (febrero 14 de 1919). Con anestesia general por el cloruro de etilo se rasparon las vegetaciones.

Resultado. Curación.

117. N. N., de treinta y seis años, natural de Gachetá, procedente de Bogotá, soltera, sirvienta.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. *Moluscum* de la región frontal media.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (febrero 17 de 1919). Con anestesia local se extirpó el tumor; se pusieron tres puntos de sutura con seda.

Resultado. Curación.

118. N. N., de cuarenta años, natural y procedente de Bogotá, religiosa.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Quiste sebáceo de la región parietal derecha.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (abril 22 de 1919). Con anestesia local se extirpó el tumor; se pusieron tres puntos de sutura con seda.

Resultado. Curación.

#### INTERVENCIONES EN OTRAS REGIONES, PRACTICADAS EN LA CLÍNICA POR EL DOCTOR RAFAEL UCRÓS

119. N. N., de cincuenta años, natural de Moniquirá, procedente de Tunja, casada, maestra de escuela.

Datos importantes. No ha tenido hijos ni abortos.

Diagnóstico. Anexitis supurada doble.

Pronóstico. Reservado

Tratamiento (mayo 21 de 1918). Con anestesia general por el cloroformo se operó en frío: se practicó la ablación de los anexos, dejando el útero en su lugar. Se dejó una gasa que se retiró a las veinticuatro horas de operada.

Resultado. Curación.

120. N. N., de treinta y seis años, natural y procedente de Bogotá, casada, institutriz.

Datos importantes. Desde el primer parto hubo una ptosis del útero y se infectó crónicamente.

Diagnóstico. Prolapso del útero de tercer grado.

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento (junio 6 de 1918). Se practicaron dos intervenciones en una misma sesión: primero acortamiento de los ligamentos abdominales del útero, y luego una colpoperineorrafia posterior con miorrafia de los elevadores del ano.

Resultado. Curación.

121. N. N., de cuarenta y tres años, natural y procedente de Bogotá, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Desde hace tres años ha tenido una hemorragia vaginal poco abundante pero constante.

Diagnóstico. Anexitis doble y fibroma uterino.

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento (agosto 27 de 1918). Con anestesia general se practicó una histerectomía sub-

total con ablación de ambos anexos por el procedimiento americano; se dejó en el fondo de saco de Douglas una gasa que se retiró a las cuarenta y ocho horas.

Resultado. Curación.

122. N. N., de veintidós años, natural de Soatá, procedente de Bogotá, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Esterilidad por estenosis del cuello uterino.

Pronóstico. Reservado en cuanto al resultado de la operación.

Tratamiento (agosto 29 de 1918). Con anestesia general por el cloroformo se practicó una estómatoplastia de Pozzi.

Resultado. Aún no ha habido fecundación.

123. N. N., de cincuenta y tres años, natural de Villeta, procedente de Facatativá, viuda y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Desde hace unos seis años ha tenido una metrorragia constante aunque poco abundante.

Diagnóstico. Fibroma uterino.

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento (septiembre 3 de 1918). Con anestesia general se practicó una histerectomía por el procedimiento de Bazy. Hubo necesidad de hacer una nueva intervención a los diez días para volver a cerrar la cavidad abdominal porque la herida no cicatrizó.

Resultado. La metrorragia cesó después de la operación.

124. N. N., de treinta y ocho años, natural y procedente de Ibagué, soltera, modista.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Fibroma uterino.

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento (septiembre 5 de 1918). Con anestesia general se extirpó el tumor, que era bilobado (uno de los lóbulos estaba dentro del ligamento úteroovariano izquierdo).

Resultado. Curación.

125. N. N., de treinta y ocho años, natural del Agrado, procedente de Neiva, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Ha tenido cuatro hijos y un aborto.

Diagnóstico. Anexitis supurada doble.

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento (septiembre 21 de 1918). Con anestesia general se practicó una histerectomía con ablación de los anexos por el procedimiento americano.

Resultado. Curación.

126. N. N., de cuarenta y ocho años, natural y procedente de La Palma, casado, agricultor.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Hernia inguinal izquierda de origen traumático.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (octubre 5 de 1918). Con anestesia general se hizo la cura radical de la hernia por el procedimiento de Bassini (se practicó la maniobra de Barker).

Resultado. Curación.

127. N. N., de treinta y cinco años, natural y procedente de Pacho, soltera y de profesión oficios domésticos.



Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Fibroma uterino.

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento (octubre 10 de 1918). Con anestesia general se practicó una histerectomía subtotal, por el procedimiento americano.

Resultado. Curación.

128. N. N., de treinta y ocho años, natural de Fόμεque, procedente de Honda, casada, hotelera.

Datos importantes. No ha tenido hijos.

Diagnóstico. Fibroma uterino y anexitis doble.

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento (octubre 11 de 1918). Con anestesia general se practicó una histerectomía subtotal, con ablación de los anexos por el procedimiento americano.

Resultado. Curación.

129. N. N., de treinta y seis años, natural de Guaduas, procedente de Bogotá, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Esterilidad por estenosis del cuello.

Pronóstico. Reservado en cuanto al resultado operatorio.

Tratamiento (octubre 17 de 1918). Con anestesia general se practicó una estómatoplastia de Pozzi.

Resultado. Aún no ha habido fecundación.

130. N. N., de cuarenta años, natural y procedente de Chocontá, soltera y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Fibroma uterino.

Pronóstico. Reservado a causa del enorme volumen del tumor.

Tratamiento (diciembre 12 de 1918). Con anestesia general por el cloroformo se practicó una histerectomía subtotal por el procedimiento americano; luego se hizo la apendicectomía.

Resultado. A las veinticuatro horas de operada la enferma murió por el *shock* operatorio.

131. N. N., de cuarenta y dos años, natural y procedente de Ibagué, soltera y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Ha tenido varios ataques de apendicitis.

Diagnóstico. Apendicitis crónica.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (diciembre 12 de 1918). Con anestesia general se practicó la apendicectomía.

Resultado. Curación.

132. N. N., de treinta y cinco años, natural de Tunja, procedente de Vélez, soltera y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Fibroma uterino.

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento (diciembre 27 de 1918). Con anestesia general se practicó una histerectomía subtotal por el procedimiento americano

Resultado. La enferma sucumbió cincuenta y tres horas después de operada, a causa de peritonitis.

133. N. N., de cincuenta y tres años, natural de Paipa, procedente de Bogotá, soltera, costurera.

Datos importantes. Ninguno

Diagnóstico. Adenoma del seno izquierdo.

Pronóstico. Reservado a causa de posible transformación maligna.

Tratamiento (enero 9 de 1919). Con anestesia general se practicó la amputación del seno enfermo, teniendo el cuidado de extirpar con él el tumor.

Resultado. Curación.

134. N. N., de veintinueve años, natural y procedente del Socorro, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Anexitis doble.

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento (enero 9 de 1919). Con anestesia general se practicó una histerectomía subtotal por el procedimiento americano, con ablación de los anexos izquierdos; el ovario derecho se cauterizó con el termocauterío.

Resultado. Los anexos derechos siempre se supuraron después de esta intervención, por lo cual hay necesidad de extraerlos en una nueva, lo mismo que el cuello uterino para calmar un flujo tenaz que le quedó.

135. N. N., de treinta y nueve años, natural y procedente de Samacá, soltera y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Anexitis doble y anteflexión del útero.

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento (enero 24 de 1919). Con anestesia general se practicó una histerectomía sub-

total por el procedimiento americano, con ablación de los anexos.

Resultado. Curación especialmente de la disuria producida por la anteflexión del útero.

136. N. N., de cuarenta y cinco años, natural de Tunja, procedente de Sogamoso, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Ninguno.

Diagnóstico. Cáncer del cuello uterino.

Pronóstico. Sumamente reservado.

Tratamiento (febrero 14 de 1919). Con anestesia general se practicó una histerectomía total por el procedimiento americano, dejando una gasa vaginal que se retiró a las cuarenta y ocho horas.

Resultado. Curación.

137. N. N., de treinta años, natural y procedente de Bogotá, soltero, empleado público.

Datos importantes. Es específico.

Diagnóstico. Cicatrices pigmentadas de una erupción específica.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento (marzo 27 de 1919). Con anestesia general por éter, se extirparon las cicatrices suturando la piel con catgut (suturas intradérmicas).

Resultado. Desaparición de las cicatrices, pues las nuevas apenas son visibles.

138. N. N., de veintiséis años, natural, de Vélez, procedente del Guamo, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes. Tuvo un aborto.

Diagnóstico. Metritis fungosa hemorrágica, consecencial a un aborto.

Pronóstico. Bueno.

Tratamiento. Con anestesia general se practicó un raspado del útero (abril 13 de 1919).

Resultado. Curación.

139. N. N., de doce años, natural de Serrezuela, procedente de Anapoima, estudiante.

Datos importantes. Tiene ganglios infartados en otras regiones como el cuello y la nuca.

Diagnóstico. Ganglios tuberculosos de la región inguinal izquierda, a punto de supurarse.

Pronóstico. Reservado.

Tratamiento (abril 22 de 1919). Con anestesia general se extirparon los ganglios dejando una gasa en el lugar que ocupaban. La supuración terminó a los quince días.

Resultado. Curación.

#### RESUMEN DE LAS INTERVENCIONES

Suturas de Gaillard . . . . .	1
Angiomas conjuntivales . . . . .	1
Pterigios . . . . .	12
Pingüéculas . . . . .	1
Dacricistectomías . . . . .	2
Tatuajes de la córnea . . . . .	1
Extracciones combinadas del cristalino . . . . .	26
Extracciones simples del cristalino . . . . .	7
Arrancamiento de la cristaloide posterior opaca . . . . .	3
Discisión del cristalino . . . . .	1
Iridectomías ópticas . . . . .	7
Iridectomías antiglaucomatosas . . . . .	6
Resección de hernias del iris . . . . .	3

Abertura de accesos de la córnea . . . . .	1
Enucleación del globo ocular . . . . .	21
Rinoescleromas . . . . .	3
Resección de la mucosa del labio superior . . . . .	1
Raspado de vegetaciones adenoides . . . . .	24
Amigdalotomías . . . . .	19
Labio leporino . . . . .	1
Trepanación de la mastoides . . . . .	3
Extirpación de tumores del piso nasal . . . . .	1
Inyecciones de alcohol en el nervio infraorbitario . . . . .	1
Cotos . . . . .	2
Extirpación de ganglios tuberculosos . . . . .	2
Resección de cornetes hipertrofiados . . . . .	2
Estafilorrafias . . . . .	1
Extirpación de <i>molucums</i> . . . . .	2
Quistes sebáceos (extirpación) . . . . .	1
Histerectomía subtotal con ablación de los anexos . . . . .	5
Histerectomía subtotal . . . . .	5
Histerectomía total . . . . .	1
Ablación de los anexos . . . . .	1
Acortamiento de los ligamentos redondos . . . . .	1
Miorrafia de los elevadores del ano . . . . .	1
Estomatoplastias de Pozzi . . . . .	2
Hernias inguinales . . . . .	4
Apendicectomías . . . . .	1
Amputaciones del seno . . . . .	1
Raspados del útero . . . . .	1
Suturas de la piel . . . . .	1
<b>Total de intervenciones . . . . .</b>	<b>177</b>

Fracasos en las cataratas . . .	0	por 100
Mortalidad global . . . . .	1,6	—
Mortalidad en las intervencio- nes de los órganos de los sentidos .	0,64	—
Mortalidad en las intervencio- nes abdominales y otras . . . . .	9,52	—

## HEPATITIS DISENTERICA

por el doctor VICENTE CARABALLO O. (de Mompós).

Fui llamado el 19 de agosto del corriente año, como a las siete de la noche, para atender al señor F. A., de esta ciudad y de unos veintiocho años de edad; se me informó que hacía ocho días le estaban dando fiebres con exacerbación vespéral, pero sin escalofríos, aunque sudaba profusamente.

En el momento en que lo examiné marcaba el termómetro 38°. Ningún trastorno en el aparato digestivo; la lengua no estaba saburral, sino más bien roja, y hacía sus deposiciones sin inconveniente. La orina no era escasa, aunque sí bastante teñida. No encontré otra cosa en el enfermo, y le prescribí, pensando en el paludismo, una poción con base de sulfato de quinina. Al día siguiente la fiebre había cedido un poco, y entonces le ordené unas cápsulas compuestas de clorhidrato de quinina y opio, de las cuales tomó tres al día, el 20, el 21 y el 22, sin lograr hacer desaparecer por completo el movimiento febril.

El día 23 apareció un punto doloroso en la región hepática. Examiné el hígado, y lo encontré algo grande; hacia abajo no desbordaba las falsas costillas, pero hacia arriba y hacia atrás sí salía bastante de sus límites normales, y había ligero dolor escapular, del lado correspondiente. Sobre la región podía apreciarse un edema muy discreto. La respiración era un



tanto trabajosa. El tubo digestivo continuaba sin alteración. Las materias fecales eran de coloración normal y no existía el antecedente de cólicos hepáticos, pues manifestó el enfermo que su hígado no lo había molestado jamás. Por otra parte, no había ictericia, por más que el máximo del dolor se situara por las vecindades de la vesícula biliar; la *facies* estaba apenas un poco pálida.

El enfermo, con haber acostumbrado sus copas, no ha abusado nunca del alcohol. Obtuve, en cambio, el dato significativo de que mes y medio antes había tenido deposiciones disintéricas que cedieron rápidamente a dos inyecciones de clorhidrato de emetina.

Formulé entonces lo siguiente:

Calomel al vapor. . . . . 0.10 centigramos.

Bicarbonato de soda. . . . . 0.25 —

Para hacer una cápsula número 6.

k. Tomar una cada dos horas.

Ordené un revulsivo sobre la región dolorosa (tintura de yodo), y puse al enfermo a dieta láctea.

Al día siguiente el dolor había cedido bastante. Había evacuado suficientemente, pero la temperatura continuaba por encima de 37°.

Mas en los días siguientes las cosas tomaron otro aspecto, y el 29 el dolor en toda la región hepática había llegado a ser intensísimo, especialmente hacia atrás y hacia adelante. El edema era bien manifiesto y el dolor en el hombro derecho, insoportable. Haciendo una comparación muy detenida de la región enferma con la del lado opuesto, podía apreciarse que aquella

era más prominente y que los espacios intercostales tendían a separarse. La respiración era anhelosa, y el decúbito dorsal era completamente imposible, hasta el punto que hube de suspender el examen ese día, porque el enfermo no podía resistir la posición, ni la más ligera presión de mis dedos. Nótese que en esta recrudescencia del dolor el movimiento febril se hizo casi nulo, pues a lo sumo subía uno o dos quintos en la noche.

Ordené que se le pusiera hielo durante el día, y por la noche cataplasmas calientes, y puse inmediatamente una inyección subcutánea de clorhidrato de emetina de 0.04 centigramos.

En la noche ya el dolor había disminuído un poco, y al día siguiente (30 de agosto) inyecté la misma dosis de emetina y ordené las mismas aplicaciones externas.

En los días 31 de agosto y 1º de septiembre repetí las inyecciones del alcaloide y las mismas aplicaciones al exterior. La mejoría se acentuó manifiestamente, y no hay para que decir que fue por esa razón por la que continué el tratamiento por la droga de Rogers. El dolor se hacía cada vez menos intenso, era más libre la respiración, el enfermo podía acostarse con menos dificultad y dormir algunas horas, lo que le había sido imposible antes. Se disipaba el dolor del hombro, y el movimiento de la temperatura se había ausentado por completo. El edema también se borraba paulatinamente.

El día 3 de septiembre repetí la inyección de emetina. En esta fecha ya el enfermo manifiesta sentirse otro. Apenas una insignificante mo-

lestia es lo que queda del lado del hígado. Ha podido dormir toda la noche.

El día 7 pude verlo en la calle, completamente bien, y varios días después estaba entregado de nuevo a sus quehaceres.

\*  
\* \*

Creo haber dejado establecido en el curso de esta narración clínica el diagnóstico de la enfermedad de mi paciente. La circunstancia de ser negativa la encuesta en cuanto a antecedentes y signos actuales de litiasis, eliminada toda causa de menor probabilidad, y teniendo por delante el antecedente de la disenteria habida mes y medio antes, puedo concluir en que la afección hepática tenía por origen la disenteria, pues la complicación más frecuente de esta última enfermedad es la que se localiza en la glándula hepática. Además, el elocuente resultado del tratamiento por la emetina, que vino a corroborar una vez más el conocido aforismo *natura morborum curationes ostendunt*, no permite vacilación alguna.

Mas no se trataba del absceso declarado, digamos así, que se observa generalmente, sino de la *hepatitis disintérica* que describe H. Salanone Ipin en su obra *Pathologie Tropicale* y que no es sino la primera fase del absceso. Allá hubiera conducido este caso si el tratamiento que se puso en práctica no hubiera desviado la evolución del proceso inflamatorio. Sólo el tratamiento, en todo caso, puede detener dicho proceso y hacerlo terminar, como en el presente caso, por la resolución.

En cuanto a topografía de la lesión, el conjunto sintomático advertía que se situaba en la cara convexa del hígado, toda vez que el intenso dolor al hombro, como respuesta de la irritación del nervio frénico al nivel del hígado, así lo hacía significar. A este respecto dice Le Dantec (*Pathologie Exotique*, página 144, tomo II): *Toute douleur s'irradiant du côté de l'épaule droite fera penser a un abcès de la face convexe du foie.*

Sábese además que por la distribución dicotómica de la vena porta, cuyas ramasterminales van a la cara convexa del hígado, es éste el sitio predileto de las infecciones hepáticas de origen intestinal.

Debo decir una palabra sobre el principio de la enfermedad, que me hizo pensar en el paludismo. Fundadamente creo que sí lo hubo y que fue éste el que despertó la afección que estaba latente en el hígado.

Sin pretender por un momento constituírme en ciego defensor de la emetina, no puedo menos que atribuir esta feliz emergencia del caso que vengo historiando, a la droga en cuestión, y hacerlo conocer de mis colegas por si fuere de alguna utilidad práctica.

Hablando de este caso con mi distinguido amigo y colega el doctor Rafael E. Pérez, me hizo saber que en algunos casos semejantes que él ha tenido, ha hecho uso de la emetina, con buen resultado, administrada por vía intravenosa.

Mompós, octubre de 1919.

## HISTORIAS CLINICAS

Tratamiento de la lepra por las inyecciones de chalmugra de Jeanselme. Por el doctor GUSTAVO DE LA PUENTE, Médico del Leprosorio de Contratación (1).

(Observaciones tomadas de 1913 a 1916).

Señora R. M. P. de V. -- Natural de Puente Nacional, de veinticinco años de edad, casada con sano, modista. Antecedentes hereditarios: padres sanos; tuvo una hermana mayor y varios primos hermanos enfermos de lepra. Hace siete años le principió la elefancia por los signos premonitorios siguientes: desarreglos de la menstruación, que se le suspendió por algunos meses; dolores muy fuertes en la articulación del cuello del pie derecho con notable tumefacción del artículo; al cabo de dos meses desapareció por completo el dolor y también la tumefacción. Por la misma época sintió resecamiento nasal con obstrucción, pero sin epistaxis; adormecimiento del brazo izquierdo en la esfera del cubital; ligeros accesos febriles vespérales con sudores profusos por todo el cuerpo, y brotes erisipelatosos en la pierna derecha. Notó además hipercrinia de las glándulas sebáceas de la cara. Sin otros pródromos duró ocho meses. Luégo comenzaron a aparecerle manchas, redondeadas algunas e irregulares

---

(1) Es el doctor Gustavo de la Puente uno de los jóvenes médicos más ilustrados e inteligentes de nuestro país; durante ocho años ha sido Médico del Lazareto de Contratación, donde ha aplicado al estudio de la lepra su genio observador y su elevado criterio científico. Sus observaciones tienen por esto un gran valor—(N. E.).

otras, todas acrómicas de conjunto, las primeras en la cara, y las demás en el dorso y los brazos. La sensibilidad se perturbó apenas en las últimas. Tres meses más tarde se mostraron varios tubérculos del tamaño de un grano de maíz en la región anteróexterna de la pierna derecha, desde la rodilla hasta el tobillo; estos tubérculos, en los cuales sentía como lancetazos, fueron pronunciándose, y después de tomar un color violáceo, la piel que los recubría se exfolió, sin dejar ninguna ulceración. En seguida principió a perder las cejas, la cara se le puso muy vultuosa, con gran infiltración de la región palpebral y ciliar. Intensos dolores neurálgicos invadieron los cuatro miembros. Resolvió venir al Lazareto en marzo de 1912. Durante diez y seis meses no tuvo tratamiento especial. Aquí experimentó una sedación de los dolores, y los brotes erisipelatosos no volvieron. En cambio tenía epistaxis de vez en cuando. En julio de 1913 fue inscrita en el tratamiento de Jeanselme, y entonces su estado era el siguiente: rostro muy abotagado y cárdeno; no tiene deformación nasal pero sí rinitis leprosa; los ojos están sanos; ofrece ligera alopecia ciliar, pero conserva muy pobladas las pestañas; no presenta ninguna lesión en la garganta ni en la laringe. Las manchas que tuvo en la espalda al principio del mal han desaparecido espontáneamente, y la exploración de la sensibilidad de esta región no revela las alteraciones notadas por la enferma en el período anterior. Tampoco hay anestesia en el pecho, sobre la parte superior del cual sí se encuentran algunas manchas desvanecidas y

apenas perceptibles. En los brazos hay algunos tubérculos sensibles; la piel está reseca y muy escasa de vello en toda la extensión del miembro. No se percibe engrosamiento de los cubitales. El aspecto de los miembros inferiores es análogo al de los brazos, pero hay que mencionar además algunos tubérculos muy diseminados y discretos: no pasan de cuatro en cada pierna, y no exceden del tamaño de un garbanzo; son de un color rojo cobrizo. Tanto en los antebrazos como en las piernas existe una estrecha banda de anestesia acintada, cuyo borde no pasa de un centímetro, y que va en el antebrazo, del ancho de unos cuatro dedos por encima de la articulación del puño a otros tantos por debajo del codo; y en las piernas ocupa la parte superoexterna del pie y se detiene por encima del maléolo correspondiente.

Un mes después de inscribirse en el tratamiento, la enferma se casó con un sano. A poco tiempo suspendió las inyecciones por causa de la preñez que le sobrevino, y la cual llegó a término con un robusto niño, sin que el estado gravídico resintiera en lo mínimo la enfermedad de la paciente. En el puerperio sí sufrió una ligera recrudescencia de la lepra, señalada por tubérculos pequeñísimos (como un grano de trigo) que le aparecieron en la cara, y por la vuelta de los dolores lancinantes. Pasada la dieta volvió con perseverancia al tratamiento, durante el cual le han aparecido algunos tubérculos diminutos en ambas orejas, y en los cuatro miembros otros más grandes. Estos últimos se resuelven fácilmente, y reaparecen luego

para fundirse de nuevo. Desde el comienzo de su lepra el estado general de la enferma ha sido excelente y continúa lo mismo.

Señora E. O. de S.—Nacida en *El Olival*, jurisdicción de Suaita, de treinta y cuatro años de edad, de profesión oficios domésticos, casada con sano. Sin antecedentes hereditarios. Ignora la causa de su contaminación. La enfermedad le comenzó en el curso del primer puerperio, por la aparición de manchas hiperémicas en los pómulos, que un mes después se manifestaron también en las piernas, seguidas de fiebre y de dolores reumatóides en todas las articulaciones. Hizo un viaje a Jordán, y notó una mejoría en aquel clima. Luégo le fue aplicada en Bucaramanga una inyección de 606, sin resultados apreciables. Al final de la segunda preñez se declaró ya la enfermedad, con profusión de manchas esparcidas por todo el cuerpo, completamente insensibles, redondeadas, de color sepia, y que daban a la enferma un aspecto atigrado. Por el mismo tiempo le vinieron epistaxis muy frecuentes, obstrucción nasal, dolores reumáticos y pénfigo en los pies.

Ingresó al Lazareto el 7 de mayo de 1913, en un estado de lepra tan manifiesto y notorio, que el diagnóstico se imponía a distancia.

Estado en mayo de 1913: como queda dicho, tiene todo el cuerpo cubierto de grandes manchas oscuras, anestésicas y escamosas, salvo el pecho, donde nunca ha tenido manchas, y donde la sensibilidad se conserva casi intacta. No presenta vultuosidad del rostro ni deformación nasal; la alopecia ciliar comienza apenas; las ore-



jas están ligeramente engrosadas. Sobre el color de hoja seca de las manchas se extiende una rubicundez uniforme. La enferma sufre de rinitis intensa con resecamiento, ozena y epistaxis frecuentes. No tiene un solo tubérculo en todo el cuerpo, ni tampoco ulceraciones externas. Se queja de adormecimiento en las piernas, de la rodilla para abajo. La piel está por todas partes reseca, epilada y furfurácea. La enferma revela profunda depresión nerviosa.

Comenzó el tratamiento de Jeanselme en julio de 1913; por algún tiempo recibió dos inyecciones de 5 c. c. semanales, pero luego se ha retraído de continuar con las dos, porque dice que no soporta sino una, a causa de los dolores que le ocasionan. La mejoría de esta enferma es de las más admirables y patentes: las manchas de todo el cuerpo han palidecido tanto que la facies de la enferma es otra de la que trajo al Lazareto. La cara de la enferma, despercudida y limpia, no presenta ya sino un enrojecimiento moderado, y no constante. La ozena y el coriza se han modificado mucho, y las epistaxis no han vuelto. La enferma pretende que ha recuperado en parte la sensibilidad. Importa sí observar que en el curso del tratamiento ha soportado una preñez que llegó a término sin resentir en lo mínimo el estado de la lepra.

Señora D. I. S. de A.—Nacida en Zapoteca, de cuarenta y nueve años de edad, de profesión oficios domésticos, viuda de enfermo. Antecedentes hereditarios: dos tíos maternos, con quienes vivió en promiscuidad cuando niña, fueron enfermos de lepra. La primera circunstancia

anormal que la enferma advirtió fue la menopausia precoz. Luégo empezó a sentir como oleadas de calor hacia la cara e hiperestesia en la planta de los pies; sobrevinieron también algunas manchas hiperémicas en los pómulos y alopecia ciliar. Después se manifestó una anestesia en los pies, que remontaba a lo largo de la cara externa de las piernas, diseñando una banda estrecha, con caída del vello y aspecto liso y brillante de la piel; se produjo además un engrosamiento notable de las uñas. En este estado llegó al Lazareto, y transcurrido un trimestre, empezó el tratamiento por las inyecciones de Jeanselme, con el siguiente resultado: en el rostro de la enferma no aparecen ya las manchas congestivas de otro tiempo. La enferma asegura haber recuperado parcialmente la sensibilidad en los miembros inferiores. Por haber dado resultado negativo un examen bacteriológico que se le practicó, tomó la enferma yoduro de potasio, como tratamiento de prueba; entonces le sobrevino pénfigo sobre el borde cubital de la mano derecha, con reaparición del bacilo de Hansen en la linfa. Exámenes microscópicos posteriores—practicados sin administración previa de yoduro—han vuelto a dar resultados negativos, y la enferma vive esperanzada en la evolución favorable de su enfermedad.

Señorita M. E. V.—Natural de Chinácota, de treinta y un años de edad, soltera, de profesión oficios domésticos. Antecedentes hereditarios: perentoriamente asevera que no los hay en toda su familia. No sabe a qué atribuir la enfermedad, y no puede fijar con exactitud cuánto tiempo hace

que le comenzó. Recuerda apenas que cuando tenía ocho años padeció una ulceración nasal, que requirió un tratamiento quirúrgico, mediante el cual quedó curada. Por espacio de veintidós años no tuvo ni epistaxis ni coriza crónica, ni otro signo alguno que permita suponer que la afección nasal antigua fuese de origen hanseniano. Hace unos ocho años le apareció la primera mancha sospechosa sobre el brazo derecho, en el territorio correspondiente al nervio braquial cutáneo interno. La mancha fue anestésica y acrómica; tenía el tamaño de una moneda de a peso, y crecía paulatinamente. Así transcurrieron seis años, al cabo de los cuales le sobrevino un acceso febril con aparición de varias manchas por todo el cuerpo; éstas manchas, eritematosas, fueron efímeras. La paciente—recelosa de que las manifestaciones apuntadas fueran sintomáticas de lepra—vino al Lazareto el 17 de julio de 1915; entonces no presentaba signos inequívocos de estar enferma, pues las manchas se habían borrado, dejando apenas algunos vestigios de apreciación dudosa. El examen microscópico practicado por el señor Médico Visitador dio resultados negativos, aun después de la prueba del yoduro, y como la paciente calló toda su sintomatología anterior, ninguno de los médicos se creyó autorizado para sentar en firme el diagnóstico de lepra, y la mujer hubo de quedar en observación. Un mes más tarde, y quizá con motivo de la menstruación y de algunas intemperancias de la enferma, la lepra se hizo patente por señales decisivas: aparición de extensas manchas eritematosas en la espalda, vultuosidad

del rostro y presencia del bacilo de Hansen en las preparaciones de linfa y de mucus nasal. No hay perturbación ninguna de la sensibilidad en todo el cuerpo, ni tampoco del sistema piloso. En suma: esta enferma—que es joven y de un organismo muy vigoroso—es un caso de lepra incipiente que puede esperar resultados muy favorables del tratamiento de Jeanselme, en el cual ingresó en el mes de octubre. En los cinco meses que lleva de estar sometida a las inyecciones ha recuperado el aspecto de dudosa que tenía cuando llegó al Lazareto.

Señorita A. M.—Natural de Bucaramanga, de edad de veinticinco años, soltera; se ocupa en tejer sombreros de paja. Antecedentes hereditarios: rotundamente afirma que no los hay en toda su familia. En una casa perteneciente a la familia de la enferma residió por algún tiempo un elefanciaco, y al desocupar éste la casa, volvió ella a habitarla, cuando tenía apenas unos quince años de edad. En dicha casa, ocho años más tarde, le aparecieron los primeros síntomas de la enfermedad: oleadas de calor por todo el cuerpo; la piel de los brazos empezó a tomar un aspecto particular, comparable al que deja una película de colodión cuando se seca; tuvo luego dolores erráticos por los miembros, epistaxis, y por último, una erupción de tubérculos en ambas piernas. En esta situación vino al Lazareto en julio de 1914, y sin demora se sometió al tratamiento. Estado actual: en la cara presenta algunas manchas simétricas, ligeramente acrómicas más marcadas en las mejillas; no hay la

menor vultuosidad; al contrario, es de un rostro muy perfilado y sin deformación nasal, aunque el tabique ofrece una erosión bilateral; la alopecia ciliar es muy notoria; las orejas están muy engrosadas, con un rosario de tubérculos escalonados a lo largo de la hélix. Ni en la espalda, ni en el pecho hay particularidad alguna que mencionar; en los brazos se notan algunas manchitas acrómicas muy pequeñas y discretas, y sobre la articulación del puño (en la cara posterior) hay algunos pequeños tubérculos planos; los codos están esclerodérmicos. No hay perturbación de la sensibilidad en ningún punto de los miembros superiores. En los inferiores existen sobre los muslos algunas manchas hiperacrómicas; las rodillas presentan tubérculos salientes, que se continúan en gran profusión por toda la pierna y descienden sobre el pie en el cual predominan hacia la parte superexterna. Hay perturbaciones anestésicas de distribución irregular. Toda la piel está sin pelo, reseca y exfoliante. La única ventaja derivada del tratamiento es la mejoría del coriza crónico que antes la aquejaba. Conviene anotar que la higiene de esta enferma es algo defectuosa, debido a *surmenages* genitales.

Señorita R. V.—Natural de Socotá, de catorce años de edad, escolar. Antecedentes hereditarios: abuelos sanos; parece que el padre—hoy elefanciaco—resultó enfermo con posterioridad a su hija, quien presentó los primeros síntomas en edad muy tierna; consistían en grandes manchas acrómicas y anestésicas. Conviene

hacer también mención de una tía paterna leprosa, que vivía en el hogar de la examinada de tiempo atrás. Debe asimismo consignarse la circunstancia de que esta niña ocupó en su primera infancia el lecho dejado por otro enfermo que estuvo albergado en su casa.

Le comenzó la enfermedad por una erupción papulosa extendida a todo el cuerpo y que desapareció luego dejando unas manchas eritematosas que después palidecieron y se tornaron en las acrómicas mencionadas atrás. Posteriormente continuó sujeta a frecuentes accesos febriles acompañados de erupciones diversas que se borraban cuando la fiebre desaparecía. Con estas alternativas transcurrieron nueve años y medio; fue entonces a Agua de Dios, y aquel clima ardiente ejerció una influencia benéfica sobre la enferma, pues los brotes febriles no le dieron ni una sola vez. De allí pasó a Socotá, donde recayó con nuevas fiebres y erupciones. Dos años después vino a Contratación (febrero de 1913), ya con algunos tubérculos en la cara, que estaba bastante abotagada y cianótica. En el Lazareto dejó pasar año y medio sin someterse a tratamiento alguno, y en este lapso la enfermedad se agravó mucho; los tubérculos se multiplicaron en la cara y en los miembros; varios se ulceraron; le vinieron epistaxis que antes no había sufrido, y el rostro adquirió aspecto leontíásico. En tal estado se sometió al tratamiento en julio de 1914. Con las inyecciones, si la enfermedad no ha retrocedido, tampoco ha continuado avanzando; la enferma pretende tener hoy **menos tubérculos** que antes, y haber logrado la

cicatrización de los que estuvieron ulcerados; asegura también que las hemorragias nasales no han vuelto, ni las recrudescencias febriles.

Señorita C. C.—Natural de Curití, de veintidós años de edad, soltera, de profesión oficios domésticos. Antecedentes hereditarios: abuelos todos cuatro sanos, nacida de padres sanos, vivían ellos y ella en promiscuidad con tres tíos maternos elefantíacos; resultó que se contaminaron en el hogar, primero un hermano de la exponente, luego ella, y por último el padre de ambos. ¿No podría considerarse este caso como herencia transmitida de los descendientes a sus progenitores? Hace más de doce años le principió la enfermedad por adormecimiento en el brazo derecho y aparición de una extensa mancha sobre el hombro del mismo lado. Sentía también oleadas de calor hacia la cara. Luego le sobrevino edema de las manos y de los pies, y por último le aparecieron varios tubérculos en distintas partes del cuerpo. El 13 de febrero de 1914 llegó al Lazareto. Cara muy abultada por lepromas extendidos en capa sobre los pómulos y las mejillas. Conserva intactas las cejas. Tiene las orejas muy gruesas y encendidas. Sin deformación nasal, pero con una úlcera del tabique a la derecha. En la espalda hay algunos islotes de anestesia, sin modificación visible del tegumento. Los brazos presentan tubérculos de dos tipos: planos y extendidos algunos, y más pequeños, pero muy salientes, los otros. Hay una anestesia bastante marcada, extendida a todo el miembro, y predominante en la

cara posterior. La piel de las manos está apergaminada y escamosa. Los miembros inferiores ofrecen una homología de lesiones notable con respecto a los superiores; los pies están edematosos. La enferma refiere que de dos en dos meses le sobrevienen accesos febriles. Ingresó al tratamiento en junio de 1914, y no ha obtenido mejoría bien apreciable. Apenas ha disminuído el edema de los pies.

Señorita A. J. D.—Natural de Labateca, de veintitrés años de edad, soltera, se ocupa en oficios domésticos. Antecedentes hereditarios: abuelo paterno, leproso, a quien ella ni siquiera conoció. Tampoco vivió nunca en la casa habitada por él. Atribuye la elefancia a enfriamientos repentinos. El primer síntoma que advirtió fue una mancha violácea, anestésica, sobre la rodilla izquierda. Después le aparecieron otras análogas en los brazos y en el dorso. Por último le sobrevino una infiltración de tubérculos en capa sobre los pómulos y en las orejas; y adormecimiento en la cara externa de ambas piernas, en una de las cuales (la derecha) apareció otro tubérculo. Entró al Lazareto el 1º de noviembre de 1915, y en seguida al tratamiento, en el siguiente estado: alopecia ciliar muy marcada; la frente está cubierta por una gran mancha color de jamón; la nariz no está deformada, aunque existen signos de rinitis intensa con ulceración nasal; las orejas ofrecen un engrosamiento ligero. La cara toda presenta un abultamiento considerable, debido a lepromas extendidos en capa, con dilataciones telangectásicas.



En la espalda y en el pecho nada que anotar. Los brazos conservan la sensibilidad y el vello, pero la piel es reseca y abrigantada; en las manos se percibe una estriación sobre la cara palmar. Dolores lumbares muy fuertes. En la pierna derecha hay una ulceración pequeña que le resultó en el curso del viaje, a consecuencia de un pequeño traumatismo. Los pies están ligeramente edematosos e insensibles. En cinco meses de inyecciones ha desaparecido el lumbago y se ha atenuado la hiperemia del rostro.

Señorita M. L.—Natural de Puente Nacional, de treinta y cinco años de edad, soltera, de profesión oficios domésticos. Antecedentes hereditarios: padres y abuelos sanos; dos hermanos, dos tíos (uno paterno y otro materno) y varios primos leprosos. Hace quince años le comenzó la enfermedad sin otros pródromos que una cefalalgia frecuente y tenaz y una ampolla en uno de los tobillos, la que se abrió dejando una ulceración crónica. Luégo le aparecieron unas manchas pequeñas de color rojo violáceo en las piernas y un edema ligero en los pies. Por el mismo tiempo sintió resecamiento de la mucosa nasal. Duró así tres años, al cabo de los cuales una profusión de manchas apareció por todo el cuerpo; en la cara, las manchas se sustituyeron rápidamente por lepromas difusos y extendidos en capa, lo que le dio el aspecto leontíásico característico. Más tarde le sobrevinieron dolores reumatoides, lumbago, anestesia plantar y dorsal de las manos, preponderante en el territorio correspondiente al cubital, agravación del coriza con frecuentes hemorragias na-

sales. Vino al Lazareto y permaneció año y medio sin someterse a las inyecciones; tomaba sí chaulmugra, aunque con poca constancia. En julio de 1913 fue sometida al tratamieto de Jeanselme, en el cual ha perseverado hasta el presente. La enferma alaba los resultados obtenidos: el rostro parece menos vultuoso, la rinitis ha cedido algo, las epistaxis son ahora más pequeñas y más lejanas, la tumefacción de las extremidades ha retrocedido.

Señora H. M. —Natural de Ambalema, de cuarenta y seis años de edad, de oficios domésticos como ocupación habitual, viuda de sano. Sin antecedentes hereditarios. Atribuye la elefancia a haber residido una corta temporada en casa de una persona enferma de lepra. Hace unos cinco años le comenzó la enfermedad por fenómenos febriles con vómito y *vértigos* frecuentes; luégo le aparecieron ampollas en los pies, y con tal motivo consultó a un señor que ejerce de médico en Chucurí, y éste le dijo que en la espalda notaba que la paciente ofrecía algunas manchas muy sospechosas de lepra. A poco le aparecieron manchas hiperémicas en la cara y los brazos; las de estos últimos se transformaron al cabo de algún tiempo en tubérculos. En diciembre de 1912 vino al Lazareto, y aquí pasó dos años sin sujetarse al tratamiento, al cual ingresó al fin en el estado siguiente: conserva las cejas casi intactas; no tiene ninguna deformación nasal, pero sí rinitis crónica con epistaxis de repetición; se nota un enrojecimiento del rostro más marcado en las mejillas, sobre el dorso de la nariz y también en las orejas, pero sin la menor

vultuosidad ni engrosamiento de la piel, que por dondequiera está lisa y suave. En la espalda no hay más modificación apreciable que el embotamiento de la sensibilidad por debajo de los omoplatos. En el pecho, nada particular. En los brazos hay una porción de tubérculos rojos y salientes, del tamaño de un garbanzo y predominantes hacia la cara posterior. En las manos, cuya piel está esclerosada y furfurácea, se percibe una atrofia de los músculos interóseos dorsales. En los miembros inferiores hay también algunos tubérculos—uno muy grande sobre el borde tibial izquierdo,—pero en general son menos numerosos y aparentes que en los brazos. Ninguna ulceración en parte alguna de la piel. De vez en cuando ligeros brotes febriles con aparición de algunos tubérculos. Astenia profunda, quebrantamiento. El tratamiento ha tenido por resultado mejorarla de estos últimos síntomas; los demás han quedado estacionarios.

Señorita L. R.—Natural de Sátivanorte, de diez y seis años de edad, soltera, se ocupa en oficios domésticos. Antecedentes hereditarios: los padres sanos; dos hermanas mayores sanas; otra hermana y un hermano, mayores también, aparecieron enfermos de lepra antes que L., quien no vivió en compañía con ellos. Tampoco tuvo relaciones con ninguna otra persona que estuviera leprosa. De edad de diez años sufrió un sarampión, a consecuencia del cual se le reveló la elefancia por abotagamiento del rostro y aparición de manchas hiperémicas en el mismo; ulteriormente estas manchas fueron desvaneciéndose y

quedaron acrómicas. Por la misma época tuvo vértigos y diarrea, hormigueos en la planta de los pies y dolores en las rodillas y en las piernas; de vez en cuando padecía accesos febriles con manchas congestivas fugaces. Más tarde le sobrevinieron nuevas manchas en los miembros, algunas de las cuales fueron en la pierna derecha origen de otros tantos tubérculos; éstos se borraron después, sin dejar cicatriz; en cambio, otros que se mostraron en seguida sobre la rodilla, se ulceraron, y al cerrarse luégo dejaron una cicatriz extensa, blanquecina en el centro y pardusca en la periferia. L. se asiló en el Lazareto en el mes de noviembre de 1912: aquí la enfermedad prosiguió su avance, y su estado actual es el siguiente: tiene perdidas las cejas casi por completo; le quedan apenas algunos finos pelos atróficos; sobre la región ciliar hay un rodete carmesí dispuesto en arco y que sobrepasa el contorno de las cejas desaparecidas. La cara, abotagada y encendida, sobre todo hacia los pómulos, pero la piel está lisa, y no se perciben al tacto nudosidades ni induraciones dérmicas. Sufre rinitis crónicas con epistaxis no muy frecuentes, pero no ofrece deformación nasal. Presenta las orejas muy engrosadas y con algunos pequeños tubérculos como cabeza de alfiler. No hay perturbación alguna de la sensibilidad en el rostro; la laringe no da señales de estar afectada. En el dorso se ven varias manchas, unas más extensas y de contornos imprecisos, que se continúan con la piel vecina sin demarcación neta, y otras más pequeñas (del tamaño de una lenteja), de color de rosa pálido.

Estas predominan en la región interescapular hacia los hombros. En la nuca y en la parte superior de la espalda hay una erupción de pequeñas pápulas pruriginosas con costras hemorrágicas por el rascado. En los brazos hay algunas manchas y unos veinte tubérculos pequeños desparramados por todo el miembro. Tiene engrosamiento notable de los cubitales, edema limitado a la extremidad inferior del antebrazo derecho. En ambos brazos la piel está glabra, reseca y de aspecto ictiósico. Hay embotamiento de la sensibilidad táctil y dolorosa en los brazos, sobre todo del lado de la extensión, y distribuída por islotes irregulares. En lo que la enferma consintió mostrar de las nalgas se notan algunas manchas pequeñas, parduscas. En los miembros inferiores hay lo siguiente: las rodillas tienen pigmentaciones de color bronceado, y en la izquierda la cicatriz ya mencionada. En cada pierna hay una ulceración sobre el borde tibial; a la izquierda la úlcera es redonda, del tamaño de una moneda de a veinte pesos, y proveniente de dos ampollas que aparecieron en el lugar indicado y luégo se reventaron. La ulceración de la pierna derecha, más pequeña, fue resultado de un traumatismo. En contorno de ambas úlceras los tejidos están esclerosos, hipertrofiados y de una coloración roja vinosa. Desde las úlceras hasta el pie los tegumentos están insensibles, pigmentados y sin vello. No hay edema en los pies, pero sí congestión pasiva intensa. Durante la permanencia de la enferma en el Lazareto, le dan con alguna frecuencia accesos erisipelatosos, con fiebre y aparición de

algunos tubérculos en las piernas. Su estado general es bueno. Entró al tratamiento en septiembre de 1914. Con las inyecciones ha obtenido que se alejen los brotes erisipelatosos, y nada más.

Señorita C. M. H.—Natural de Bucaramanga, de diez y siete años de edad, se ocupa en labores domésticas. Carece de antecedentes hereditarios. Refiere que cuando tenía trece años hubo en su casa una sirvienta elefanciaca, la cual quizá le transmitió la enfermedad. Hace unos dos años y medio empezó a ponerse el rostro muy *arrebolado* (enrojecido); poco después le sobrevino un coriza crónico. Más tarde le aparecieron tubérculos, de conjunto y sin manchas previas, sobre la articulación del puño derecho (lado de la extensión), y después en ambas piernas. A poco tiempo tuvo un acceso febril con exantema fugaz, pasado el cual le quedaron las orejas muy engrosadas y cárdenas. Desde entonces sufre con frecuencia de manifestaciones febriles con exacerbación de todos los síntomas. Así ingresó al Lazareto el 3 de abril de 1914, e inmediatamente fue sometida al tratamiento. Estado actual: alopecia ciliar, rostro vultuoso, orejas infiltradas, ulceración nasal; en el dorso la sensibilidad está conservada, pero presenta entre los omoplatos varios granulomas hipodérmicos más perceptibles al tacto que a la vista. En los brazos hay manchas acrómicas circulares, y sobre los codos grandes tubérculos, sin alteración alguna de la sensibilidad ni del sistema piloso. En los miembros inferiores hay manifes-

taciones análogas, con el aditamento de que la sensibilidad sí está perdida sobre la parte externa de las piernas, de la rodilla al pie.

Con las inyecciones no han vuelto los brotes febriles, y la enferma sostiene además que los tubérculos se han reducido, y la afección nasal se ha modificado favorablemente.

A. P.—Natural de Molagavita, de treinta y seis años, se ocupa en oficios domésticos. Ya elefanciaca se casó con otro enfermo. Antecedentes hereditarios: el bisabuelo paterno fue leproso. En su infancia tuvo relaciones muy cercanas y estrechas con distintos enfermos que iban a su casa y ahí pernoctaban. Hace quince años le principió la enfermedad por fenómenos febriles con diarreas, edema generalizado y abundantes manchas en distintas partes del cuerpo. Después le sobrevinieron hemorragias nasales, intensa cefalalgia, y por último varios tubérculos en los miembros inferiores, en la cara y en los brazos. Entró al Lazareto en noviembre de 1910; y cuatro años más tarde fue sometida al tratamiento, hallándose ya en el estado siguiente: pérdida total de las cejas, numerosos tubérculos sobre la frente, la arcada ciliar, las mejillas y el mentón; deformación de la nariz, que está aplanada hacia la base, por la ulceración del tabique; engrosamiento considerable de las orejas; abotagamiento y vascularización del rostro. La espalda presenta algunos pequeños tubérculos y algunas zonas de anestesia irregularmente distribuídas. En el pecho aparecen algunas máculas acrómicas, insensibles. En los brazos se ven varias manchas y tubérculos, la

piel, apergaminada y sin vello, ofrece un embotamiento de la sensibilidad, extendido hasta las manos, y tan marcado que la enferma ha padecido varias quemaduras inconscientes, cuyas cicatrices ostenta. Tiene varios tubérculos en las piernas, y los pies muy abultados por edema duro. Mediante el tratamiento han minorado algo, muy poco, los tubérculos de la cara.

Señorita H. R.—Natural de Soatá, de treinta y nueve años de edad, soltera, de profesión oficios domésticos. Antecedentes hereditarios: afirma que en su familia no ha habido ningún otro caso de lepra. Atribuye la elefancia a un enfriamiento brusco. Hace unos catorce años le aparecieron los signos precursores de la enfermedad: enrojecimiento de la cara, epistaxis y dolores articulares; en este estado permaneció seis años, al cabo de los cuales se mostraron los primeros tubérculos en el borde cubital de los brazos, en los codos, en las nalgas, los tobillos y por último en la cara. Llegó al Lazareto en septiembre de 1912, y estuvo aquí un año sin inscribirse en el tratamiento. Vio agravarse su enfermedad: con frecuencia le sobrevenían violentos accesos febriles con aparición de nuevos tubérculos en la cara y los brazos, cada vez más voluminosos y salientes. En julio de 1913 se sometió al tratamiento, en el cual ha perseverado hasta el presente; la enferma no ha vuelto a quejarse de accesos febriles; los signos subjetivos de rinitis (resecamiento, obstrucción) dice ella que se han atenuado; cree también que se ha operado un retroceso en la magnitud de sus lepromas faciales.



Señorita M. M. G. G.—Natural de Zapoteca, de treinta y seis años de edad, soltera, modista. Antecedentes hereditarios: dos tíos paternos muertos elefanciácos en este Lazareto, y con los cuales no tuvo trato ninguno y apenas los conoció. Supone que el origen de la enfermedad fue un enfriamiento brusco, después del cual tuvo fiebre y brotes erisipelatosos en distintas partes del cuerpo. Estado actual: en la facies llama la atención la alopecia ciliar, ya bastante marcada hacia la parte externa, y la coloración subida del rostro, en el cual aparecen también algunas manchas hipercrómicas predominantes hacia los pómulos; en la nariz hay una ulceración sobre el tabique. En la espalda preséntanse algunas manchas hipercrómicas y eritematosas, irregularmente distribuidas, al nivel de las cuales se nota anestesia, aunque no en todas. La piel de los miembros está sin vello, reseca y brillante. La sensibilidad falta apenas en los codos, donde se nota esclerodermia. El examen microscópico puso de manifiesto el bacilo de Hansen en la linfa. Como la enferma es de un organismo vigoroso y muy cuidadosa de sí misma, es un hermoso caso para el tratamiento, del cual puede derivar resultados muy satisfactorios.

Señorita A. D. H.—Natural de Ocamonte, de veintiséis años de edad, soltera, costurera. Antecedentes hereditarios: la madre es enferma, pero A. dice que cinco años antes de que la elefancia se revelara en la madre, ya tenía A. las manchas sintomáticas de la misma enfermedad.

Hace como unos doce años empezó a notarlas en las piernas, la espalda y la cintura; fueron desde el principio anestésicas, y en número de cinco, las que subsisten hoy. Nuevas, apenas hay otra. En el decurso de tiempo de entonces a hoy, la lepra ha avanzado muy poco en esta enferma: aparición de un coriza crónico con obstrucción nasal y epistaxis frecuentes; hormigueamiento en las espaldas. A veces brotes febriles ligeros. Vino al Lazareto en agosto de 1911 en el estado siguiente: conserva las cejas intactas; tiene el rostro bastante pálido y sin el menor abotagamiento. Sin una erupción discreta que tiene sobre los pómulos y que ofrece un aspecto semejante al de la acnea de comedones, su facies parecería la de la persona más sana. Las orejas están descoloridas y no presentan la menor infiltración. No tiene ninguna deformación nasal a pesar de su rinitis. Nada en el cuello ni en el pecho. Tampoco en los brazos ni en las manos, que parecen de sana. En la espalda se cuentan veintitrés botones minúsculos análogos a los comedones, pero sin el punto central negro. Cinco dedos abajo del omoplato izquierdo hay una mancha de forma irregularmente ovalar, y cuyo grande eje, de unos siete centímetros de longitud, está dirigido de arriba a abajo y de dentro a afuera; el pequeño tiene cuatro centímetros. Esta mancha, ligeramente insensible, es típica: acrómica en el centro y con un anillo pigmentado en la periferia. Otra análoga y más grande (once centímetros por siete y medio) sobre la región glútea izquierda. Otras dos sobre la espinilla y la rodilla derechas. Otra

redondeada pequeña (tres por tres centímetros) en la región hipogástrica. En los miembros inferiores hay, fuéramos de la mancha ya mencionada del lado derecho, otras mucho más pequeñas y de contornos indecisos, de la rodilla para abajo. La piel a ese nivel está anestésica, brillante y desprovista de vello. Los pies normales. Ingresó al tratamiento en noviembre de 1914, y en él ha perseverado hasta el presente, es decir, durante año y medio, con el siguiente resultado: la rinitis ha mejorado bastante y las manchas han comenzado a desvanecerse. El estado general de la enferma es muy satisfactorio.

Señorita D. U.—Nacida en Barichara, de treinta y nueve años de edad, soltera, modista e institutriz. Antecedentes hereditarios: niega categóricamente todo antecedente de lepra en su familia. Cuando niña tuvo relaciones de íntima amistad con una familia en cuya casa había una señora leprosa. Sin ninguna causa ocasional apreciable, le comenzó la enfermedad hace unos ocho años, por manchas acrómicas en los brazos y en el cuello. Posteriormente le sobrevinieron dolores reumatoideos en las grandes articulaciones, y también en las pequeñas articulaciones de las manos inervadas por el cubital. Al mismo tiempo apareció una ulceración doble del tabique nasal. Más tarde se presentaron tubérculos en los brazos, la cara y las piernas. En este estado llegó la enferma al Lazareto el 18 de marzo de 1915, e ingresó inmediatamente al tratamiento de Jeanselme, sin haber obtenido hasta el presente resultado apreciable.

A. F. G. B.—Natural de Susacón, de veintisiete años de edad, soltera, se ocupa en oficios domésticos. Antecedentes hereditarios: el padre, sano, fue casado dos veces; la primera esposa resultó elefanciaca, lo mismo que dos hijos habidos en el matrimonio. Muerta ella, y casado el viudo en segundas nupcias con otra esposa sana, nació de este matrimonio la joven A. F., elefanciaca a los diez y ocho años. Hace notar que ella no residió en la casa que habitara la primera esposa de su padre. En 1909 le principió la lepra por un adormecimiento del grueso artejo del pie derecho, en la convalecencia de un tifo; notó que las piernas y los pies se le ponían edematosos, lo mismo que los párpados; por el mismo tiempo le apareció una mancha roja en la nariz, un gran tubérculo en la rodilla izquierda, y otros más pequeños en el pie derecho; luégo le sobrevinieron hemorragias nasales con obstrucción (sobre todo a la derecha), gruesas induraciones subcutáneas en el brazo izquierdo y tubérculos pequeños cerca del codo y en la cintura. Estado actual: la cara presenta un color de hortensia, un abotagamiento de las mejillas más notable a la izquierda, debido a una infiltración tuberculosa en capa; ha conservado las cejas, pero ya principian a caérsele; las orejas están tapizadas de tubérculos de distintas dimensiones; la nariz está obstruída, principalmente la derecha, y exhala mal olor; los huesos propios están intactos; la sensibilidad subsiste inalterada en toda la cara; sufre de amigdalitis crónica; en el cuello y la espalda no presenta ni manchas, ni tubérculos, ni perturbación de la sensibilidad; en los brazos y las manos tampoco

hay alteración de la sensibilidad, pero se nota en ambos codos el engrosamiento de los cubitales, y tiene en la parte posteroinferior de ambos brazos una enorme cantidad de tubérculos intradérmicos, pequeños como granos de millo. Hay también en el brazo derecho una pequeña mancha acrómica del tamaño de una moneda de a peso, de contornos bien limitados y sensible. En la cintura presenta muchos tubérculos sobre el flanco derecho, con anestesia de la región; presenta allí mismo una mancha carmelita oscura, del tamaño de una moneda de a cincuenta pesos, completamente anestésica. En las piernas ofrece varias manchas acrómicas de distintos tamaños, todas de contornos netos, sensibles. En la rodilla izquierda presenta una cicatriz que corresponde—según refiere la enferma—al primer tubérculo que le apareció, y del cual se deja hecha ya mención; en la rodilla derecha presenta un pequeño tubérculo. La piel de las piernas está glabra y escamosa. Los pies, abultados por edema duro y cubiertos de pequeños tubérculos. Tiene en el pie derecho dos úlceras, una sobre la cara dorsal de la primera falange del grueso artejo, y la otra sobre la piel que está por debajo del maléolo externo. Con el tratamiento, en el cual está inscrita hace año y medio, ha disminuído la astenia que le impedía ocuparse en nada; la cara parece menos abotagada. En cambio, los tubérculos, en vez de disminuír, continúan aumentando.

Señora H. H.—De Cachirí, de veintidós años de edad, de profesión hilandera. Antecedentes

hereditarios: la bisabuela materna fue leprosa, y también la madre de H., pero esta última apareció elefantiaca antes que la madre. La enfermedad le principió hace cinco años con los siguientes pródromos: cefalalgia frecuente, insomnio, vértigos, astenia muy marcada, resecaimiento nasal, inapetencia, diarrea, dolores reumatoides y adormecimiento de las extremidades de los miembros. Por el mismo tiempo notó una coloración muy subida del rostro. Más tarde fueron apareciéndole manchas violáceas en la cara, en los brazos y por último en el dorso. Las manchas se tornaron luego acrómicas. Sin otros síntomas duró seis meses, al cabo de los cuales le sobrevinieron los primeros tubérculos sobre la nariz y los pómulos. Vino al Lazareto en octubre de 1913, y pasó aquí dos años sin tratamiento alguno. En este lapso la agravación de su enfermedad fue notable y llegó al estado siguiente: facies leonina, alopecia ciliar total, pestañas muy escasas; sobre la región ciliar hay un rodete saliente, rojo e infiltrado. Los pómulos y mejillas están invadidos por tubérculos difusos y extendidos en capa y cubiertos de arborizaciones vasculares. La nariz está muy hundida y presenta varios tubérculos esféricos y prominentes sobre las alas y el lóbulo. La mucosa pituitaria ofrece las lesiones del coriza crónico con ulceración bilateral. En el mentón existe otra infiltración tuberculosa difusa. Los labios están sanos. La cara toda es de una coloración bronceada. Las orejas, engrosadas y con tubérculos hacia la extremidad inferior de la hélix y del lóbulo.

Nada particular en el cuello. En la espalda hay tres manchas blanquecinas, insensibles y de forma caprichosa e irregular. El resto de la piel conserva la sensibilidad. Los brazos y antebrazos tienen las cicatrices de varios tubérculos desaparecidos. La piel está glabra, anestésica en la parte posterior y cubierta toda de pequeñas escamas. No hay atrofas musculares. Las manos, de color amoratado y esclerodérmicas. En los miembros inferiores presenta, de la rodilla para abajo, las huellas de varias úlceras ya cicatrizadas. La sensibilidad no está perturbada. La enferma padece de vez en cuando accesos febriles con erupción de nuevos tubérculos. Entrada al tratamiento en agosto de 1914, ha derivado los resultados siguientes: ha recuperado el apetito y las fuerzas; duerme bien; los dolores reumáticos le han minorado bastante; tiene regulada la menstruación, que antes estuvo suspendida. Las cicatrices señaladas en las piernas corresponden a tubérculos que estuvieron ulcerados cuando no estaba sometida a las inyecciones. Agrega la enferma que los accesos febriles se han alejado, y que el catarro nasal es ahora menos intenso.

Señor doctor J. B. U. Q.—Natural del Socorro, de veintisiete años de edad, de profesión abogado. Antecedentes hereditarios: el padre está afectado de lepra nerviosa, muy benigna y frustránea. Hace seis años empezó a sentir los primeros síntomas de la enfermedad, que le apareció sin causa ocasional bien aparente. La primera manifestación de que notó fue una mácula eritematosa sobre el borde interno del

pequeño dedo de la mano izquierda. Dicha mácula se presentó insensible desde el principio. Posteriormente le aparecieron algunos pequeños granulomas sobre el borde cubital de ambas manos; por este motivo consultó en Bogotá a un médico eminente, quien le aconsejó se hiciera practicar un examen bacteriológico, para poder sentar en firme el diagnóstico de lepra. Le prescribió, además, una pomada con la cual—según dice el enfermo—se resolvieron las neoformaciones cutáneas. El examen microscópico no fue practicado entonces. Por la misma época notó el enfermo que desaparecía una efidrosis plantar que antes lo aquejaba, y que la piel de ambas piernas se ponía reseca, brillante y escamosa; en contorno de los maléolos se produjo un edema duro. Otros médicos a quienes también consultó interpretaron la sintomatología del enfermo como expresión de una «sífilis descuidada,» y le propinaron un tratamiento específico, con resultados más bien desfavorables.

Más tarde se presentó en los pómulos una erupción, que el enfermo tomó como acnea de comedones, acompañada de rubefacción y sequedad de la piel, con epistaxis concomitantes. Luégo se declaró la enfermedad por algunas manchas, anastésias y tubérculos agrupados principalmente en las mejillas y en los miembros. El 14 de agosto de 1914 ingresó entre los asilados de este Lazareto. Después de permanecer aquí casi año y medio, retraído de inscribirse en el tratamiento de Jeanselme, ha optado por someterse a él. Estado actual: facies muy congestionada y rubicunda, con infiltración de los pómulos, y cicatrices rojizas de algunos tubércu-



los en ambas mejillas. Conserva las cejas. De vez en cuando sufre obstrucción nasal de ambos lados. Las orejas ofrecen un engrosamiento moderado. En los brazos se nota lo siguiente: unas cicatrices que varían del tamaño de una moneda de a centavo al de una de a cincuenta centavos, de forma irregularmente redondeada, de contornos muy netos, de coloración blanquecina, con tonos violáceos y nacarados. Estas cicatrices forman sobre la piel vecina un relieve perceptible a la vista y al tacto. Al nivel de ellas la piel está como recogida en finísimos repliegues. Las cicatrices son mas extensas sobre el brazo izquierdo, y en todas se nota una perturbación ligera de la sensibilidad. En la espalda y en el pecho, nada particular que anotar.

Con las primeras inyecciones de chalmu-gra ha disminuído visiblemente la rubicundez del rostro.

Señor J. M. O.—Natural de Zapatoca, de cincuenta años de edad, casado, comerciante. Antecedentes hereditarios: ninguno. No tiene a qué atribuir la enfermedad. Lo primero que anotó fue una placa anestésica en la cara externa de la pierna izquierda; después le aparecieron manchas eritematosas en la frente, en las mejillas y en las manos. Posteriormente le aparecieron algunos tubérculos en las orejas y en los miembros. En este estado ingresó al Lazareto en junio de 1913, y se sometió inmediatamente al tratamiento, en el cual ha perseverado durante treinta y dos meses, con resultados clínicos y anatómicos satisfactorios. En la cara conserva apenas el vestigio de las manchas que

tuvo; las orejas no están infiltradas, ni encendidas. En la nariz no se descubre ninguna lesión. En los miembros existen las huellas dejadas por los tubérculos desaparecidos: son unas manchitas de color de jamón, insensibles, planas y sin induración ninguna al nivel de ellas. Repetidos exámenes microscópicos—uno de los cuales fue practicado por el señor Médico Visitador, doctor Torres G.—han dado resultado negativo.

NOTA.—La fórmula del Profesor Jeanselme a que se refiere el doctor De la Puente es la siguiente:

Aceite compuesto . . . . .	1 parte
Aceite de chalmugra, lavado con alcohol, filtrado en algodón y esterilizado a 100° . . . . .	1 —

Mézclese.

El aceite compuesto es éste:

Guayacol . . . . .	0.50 centigramos.
Alcanfor . . . . .	0.25 centigramos.
Aceite de vaselina . . . . .	} a. a.
Vaselina, esterilizados	
y filtrados . . . . .	} 5 gramos.

Mézclese.

Un centímetro cúbico de la mezcla de Jeanselme contiene 23 gotas de chalmugra, de manera que una inyección de 6 centímetros cúbicos, que se pueden aplicar tres veces por semana, introduce al organismo en cada vez cerca de 140 gotas del principio activo.

Este es el mismo tratamiento que se ha empleado en el Lazareto de Agua de Dios. En ambos

Lazaretos ha dado mejores resultados que cualesquiera otros métodos, inclusive el llamado «de Angel García,» que como lo previó la Junta Central de Higiene, no ha dado más resultado que agravar varios enfermos y hacerles gastar inútilmente sumas considerables de dinero.

El método de Jeanselme, que hemos indicado, ha producido mejorías tan notables, que algunos enfermos se han considerado curados, porque la mejoría ha persistido por mucho tiempo.

(P. G. M.)

Bogotá, octubre de 1919.

## VARIEDADES

**PREPARACION DEL LIQUIDO DE HIPOCLORITO DE DAKIN**—Esta solución de hipoclorito de soda, que tan buen éxito ha tenido en el tratamiento de las heridas, aconsejado por Carrel y conocido con el nombre de *método abortivo de la infección*, se puede obtener del modo siguiente:

1.º Para preparar 10 litros de la solución, pesar exactamente:

Cloruro de cal.....	200 gramos.
Carbonato de soda seco.....	100 gramos.
Bicarbonato de soda.....	80 gramos.

2.º Introducir los 200 gramos de cloruro de cal en un frasco de capacidad para 12 litros; agregarle 5 litros de agua común; agitar con fuerza dos o tres veces y dejar la mezcla en contacto una noche.

3.º Disolver en otro frasco y en 5 litros de agua fría el carbonato y el bicarbonato de soda.

4.º Mezclar la solución de las sales de soda con el líquido que contiene el cloruro de cal; agitarla con fuerza por un minuto y dejarla en reposo para que se precipite el carbonato de cal que se forma.

5.º Al cabo de media hora se extrae con un sifón el líquido claro y se filtra en papel.

La solución está entonces lista para usarse, y contiene más o menos 0.50 por 100 de hipoclorito de soda y pequeñas cantidades de soda neutra, y es sensiblemente isotónica con el suero sanguíneo.

Se ensaya el líquido así: se ponen 200 centímetros cúbicos de la solución filtrada en un vaso; se ponen en la superficie del líquido algunos centigramos de fenoltaleína *en polvo*; se agita todo imprimiendo al vaso un movimiento circular. El líquido debe quedar incoloro; si toma una coloración roja más o menos intensa, es porque hay álcali libre o incompletamente carbonatado por defecto en la técnica.

Puede decirse que aplicando esta solución por el método de Carrel, el médico domina en absoluto la infección de las heridas. Así lo han declarado los cirujanos militares que han tratado heridos en la guerra europea.

**GARGARISMOS EN LAS ANGINAS DOLOROSAS.**

Los doctores Moure y Brindel recomiendan estos gargarismos:

Antipirina.....	4 gramos.
Borato de soda.....	6 gramos.
Bromuro de potasio.....	3 gramos.
Alcoholatura de menta.....	10 gramos.
Decocción de hojas de coca.....	600 gramos.

• Mézclese. Se empleará tibio el líquido.

En las anginas pultáceas aconsejan el siguiente líquido:

R. —Salol.....	5 gramos.
Alcanfor.....	6 —
Acido fénico líquido.....	4 —
Glicerina.....	25 —

M. y R. Colutorio.

Para tocar cada dos o tres horas.

**TRATAMIENTO DE LA SARNA POR EL PETRÓLEO**—El doctor Fernando Levy describe el siguiente procedimiento empleado en el ejército en muchos casos de sarna.

Se frota todo el cuerpo del enfermo, exceptuando la cabeza, con un guante de hilo empapado en petróleo, cuidando de untar todos los repliegues de los tegumentos sin olvidar la planta del pie y los espacios interdigitales de los dedos.

Veinte minutos después se untará en todo el cuerpo una pasta compuesta así:

Oxido de cinc.....	20 gramos.
Polvo de talco.....	10 —
Polvo de almidón.....	15 —
Lanolina.....	} a a
Vaselina.....	

M.

Todas las ropas del enfermo deben cambiarse.

En los dos días siguientes, por las mañanas, se hará otra aplicación de petróleo y de la pasta. El último día se dará un baño de ducha muy cuidadoso.

El tratamiento puede reducirse a dos días. Excepcionalmente se han observado reincidencias.

Este tratamiento es de fácil aplicación y rápido y totalmente indoloro.

**LA NUEZ MOSOADA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISENTERIA AMIBIANA**—El doctor J. Leidy observa que algunos enfermos de disenteria amibiana no pueden soportar la emetina, o no se curan con ella. En estos casos, o cuando hay muchos quistes resistentes a la emetina, Leidy

ha empleado el polvo de nuez moscada, aconsejado por Avicenna y Penrose en los casos de fluxiones intestinales con ulceración. La mejoría es generalmente rápida aun en los casos en que la forma enquistada de *entamaeba hystoliica* coexiste con otros parásitos protozoarios como el *tricomonas intestinalis*.

Debe preferirse el polvo al aceite de nuez moscada, porque éste produce fenómenos de intoxicación que pueden ser graves. Los signos de intoxicación son: vértigos, estupor, diplopia, dolores abdominales y colapso; el estupor dura de cuatro a seis horas y desaparece poco a poco.

La dosis del polvo es de un gramo a 1.50 antes de la comida, tres veces al día durante la primera semana; dos veces diarias en la segunda semana, y una vez por día en la tercera semana. Es bueno asociarle un polvo digestivo. Es posible que estemos en posesión de otro parasiticida específico de la *entamaeba hystotitica*—(*Medical Record*).