

REPUBLICA DE COLOMBIA



Revista Médica de Bogotá

Organo de la Academia Nacional de Medicina.

AÑO XXXVIII



BOGOTÁ
Imprenta Nacional
1920



DOCTOR PEDRO MARIA IBAÑEZ

miembro de número y antiguo Secretario de la Academia Nacional
de Medicina de Colombia.

Bogotá, enero a junio de 1920.

REVISTA MEDICA DE BOGOTA

Organo de la Academia Nacional de Medicina

REDACTORES

Doctor Zoilo Cuéllar Durán.

Doctor Pablo García Medina.

Doctor Luis Cuervo Márquez.

Doctor Pompilio Martínez N.

DOCTOR PEDRO MARIA IBÁÑEZ

Al entrar la *Revista Médica* en el año xxxviii, cumple el doloroso deber de consagrar en sus páginas un recuerdo a la memoria del doctor PEDRO MARÍA IBÁÑEZ, cuya reciente muerte lamentan no solamente las ciencias médicas sino las letras colombianas.

Fue el doctor IBÁÑEZ uno de los más asiduos colaboradores en las labores de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, hoy Academia Nacional de Medicina, de que fue Secretario por varios períodos consecutivos. Además de sus notas científicas y de sus opiniones, siempre bien meditadas e ilustrativas, quedan en las páginas de la *Revista* sus informes anuales, en que con erudición, sencillez y maestría daba cuenta de las labores de esa corporación, y en que, con la modestia que lo caracterizaba, hacía un examen de los trabajos sobre que versaban sus informes.

Cuando la Sociedad de Medicina se transformó en Acadèmia, por ministerio de la ley, el doctor IBÁÑEZ continuó prestando su valioso concurso al estudio de los más importantes asuntos que en esta corporación se trataban.

Dejó un valioso libro titulado *Historia de la Medicina en Santafé de Bogotá*, que todos hemos tenido ocasión de admirar por la sencillez del estilo, la exactitud de las apreciaciones y el método empleado para presentar a las generaciones venideras la labor realizada por los maestros que organizaron entre nosotros el estudio de la medicina y nos dieron el ejemplo de su amor a la ciencia y a la patria. Se preparaba el doctor IBÁÑEZ a publicar una nueva edición, en que se habría de consignar la labor de nuestro Cuerpo médico en los últimos años, cuando lo sorprendió la enfermedad que le impidió continuar esta importante obra y que en poco tiempo lo llevó a la tumba.

El doctor IBÁÑEZ fue también un factor muy importante en los trabajos de la Academia Nacional de Historia. Amaba la patria como la amaron nuestros próceres, y por eso dedicó toda la energía de sus mejores años a enriquecer nuestra historia con estudios eruditos que llenaron muchos vacíos de la historia de la guerra de la independencia y aclararon muchos hechos políticos de la Gran Colombia. Para hacer el elogio del doctor IBÁÑEZ cedemos la pluma al eminente escritor colombiano doctor Eduardo Posada, su compañero y colaborador en muchos de los trabajos que han enriquecido nuestra literatura y nuestra historia.

Las Academias Nacionales de Medicina y de Historia decretaron a la memoria del doctor IBÁÑEZ justos y merecidos honores, y tanto el Cuerpo médico como la sociedad toda de Bogotá acompañaron los restos mortales de este ilustre colombiano a su última morada, dejando allí la expresión de su sincero dolor.

DISCURSO

del doctor Eduardo Posada en la sesión del 16 de marzo de 1920.

Señor Gobernador, señor Presidente de la Academia, señoras, señores:

Días de angustia fueron para esta ciudad los del año de 1854: en abril un soldado, impulsivo y dominante, daba uno de esos golpes audaces, a veces justos y a veces criminales, que fueron en la pasada centuria, en los países hispano-americanos, manjar cotidiano, y que aun hoy perduran en algunos de ellos. Desconocidas fueron las autoridades, al Jefe del Gobierno se le puso en prisión, junto con otros altos funcionarios, y muchos ciudadanos tuvieron que salir huyendo de las persecuciones y a empuñar las armas, en defensa de la ley. El terror dominó la sociedad culta, y en los hogares se respiró una atmósfera de alarma y desasosiego. Pero el país entero se levantó, en raptó de indignación y patriotismo, contra esa usurpación; y vino, en poderoso empuje, hacia la capital para libertarla de la ominosa dictadura. Ya en los últimos meses del año un círculo de defensores de la Constitución se fue formando en torno de los arrabales, y el león, viendo inminente su cacería, se revolvía, enardecido y soberbio, en su último reducto, aún fuerte y resuelto a luchar al lado de sus cachorros, con esa fiera y heroísmo que habían aprendido todos en las horas de la independencia, en que muchos de ellos se habían formado y en que fueron lugares comunes el coraje, la temeridad, la abnegación y el sacrificio.

Muchas familias partieron amedrentadas, ante el conflicto que se preparaba, como bandada de aves que tienden su vuelo al oír las descargas mortíferas. Hacía cuarenta años justos que la capital había tenido en el mismo mes un combate entre federalistas y centralistas, y las ancianas referían, en las horas crepusculares, al grupo familiar,

cómo fue de pavorosa la lucha y cómo quedaron los cadáveres tendidos en las calles. Ahora iba a ser mayor el desastre, pues eran más numerosos los campeones y con superiores elementos; y se preparaba quizás un largo sitio. Entre esos hogares que emigraron iba el del señor don Silvestre Ibáñez y doña Clara Tobar, nido recién fundado, que se mecía suavemente en las ramas del árbol de la felicidad, y que bañaban las rosadas auroras de un amor intenso. Fueron ellos a la hacienda de «Tunjuelo», al sur de la ciudad, y que era entonces de una extensión inmensa, y allí cerca de aquel río, que se desliza, en plácido silencio, cristalino y poético, donde parecemos ver surgir las ondinas griegas, y de aquellos boscajes idílicos, con sus recónditas penumbras, donde creemos encontrar grupos de ninfas y de faunos y donde pensamos que va a resonar, al caer la tarde, aquella flauta del dios Pan, que hacía danzar los árboles y las rocas, y detener los vientos y los torrentes que se paraban para escucharla, vino al mundo, cuando sonaban ya los disparos en las afueras de la ciudad, el primogénito de ese connubio, el cual fue bautizado en la vecina parroquia, el pueblecito de Usme, que, como un nido de cóndores, reposa escondido entre los riscos de nuestra ingente cordillera; primogénito que había de ser, andando los tiempos, el simpático caballero, gallardo amigo, distinguido médico y ameno historiador, cuyo retrato acabamos de colocar en este recinto.

Bogotá fue invadida por todos lados; el General Melo se defendió con titánico denuedo, digno de un ideal más puro, pero al fin cayó, acorralado por los ejércitos legitimistas, que vinieron por el Norte y el Sur a abrazarse en la plaza mayor, y a juntar sus banderas al pie de la estatua del Libertador. Ese triunfo permitió volver a sus lares a quienes los habían abandonado ante el conflicto, y entonces regresó el señor Ibáñez trayendo, en la cuna, a ese vástago que aquí en esta urbe andina había de pasar su vida entera, salvo un viaje rápido por el Viejo Mundo, que había de ser el cronista de ella, que le había de dar todos los aromas de su corazón y todos los resplandores de su inteligencia, y donde había de morir, sesenta y cinco años después, querido y estimado por todos, con sinceridad y desinterés.

Crecido ese infante entró un día a la Universidad Nacional, y allí cursó en la Facultad de Medicina. Siempre recordaba él, con hondo afecto, aquellos claustros de Santa Inés, donde recibió las nobles enseñanzas de Vargas Reyes y Vargas Vega, de Buendía y Osorio, de Plata Azuero y Maldonado, y de otros tantos que brillaron entonces en la ciencia de Hipócrates, y que, sabios y filántropos, luchaban por aliviar nuestras dolencias. De cada uno de ellos po-

dría conceptuarse lo que se dijo de otro altísimo maestro: que así como Calígula quería que tuviese la humanidad una sola cabeza para degollarla, quisiera él que su patria tuviese una sola lágrima para enjuagarla.

Bien recuerdo nuestras conversaciones sobre ese esclarecido instituto, con sus cinco escuelas: literatura y filosofía, jurisprudencia, ingeniería, ciencias naturales y medicina, donde brotaron hombres que habían de servirle a Colombia con brillantez y decoro y poner en sus anales páginas diamantinas. Tuvo sus defectos, sin duda, aquel plantel: la política principalmente, que todo lo penetra en nuestro país, inficionó a veces ese ambiente científico; hubo errores en algunos de sus métodos; su personal docente no sería unánimemente selecto; pero equitativo es reconocer que hubo entonces un esfuerzo pedagógico recio y seductor: se abrieron ámbitos al estudio, hasta entonces en estrechos linderos, y se taladró en los eriales de nuestra ignorancia, con perseverancia y energía para que saltaran, como pozos artesianos, fuentes de sabiduría, y corriera una ola de intelectualidad regando toda la extensión de la República. Rememorábamos especialmente aquellos «Anales de la Universidad,» donde al mismo tiempo que se publicaban los asuntos de régimen del colegio, sus programas de estudio y sus detalles de administración, se salvaban del olvido muchas piezas atractivas de nuestra historia, a tal punto que hoy allí los devotos de Clío buscamos siempre sus volúmenes con impaciente anhelo, como apoyo para relatos serios y documentados.

Y venían también a nuestra memoria las sesiones solemnes en que se reunían en este mismo salón, donde hoy os dirijo la palabra, y en el cual vi al doctor IBÁÑEZ por primera vez, todas las facultades de esa Universidad y resonaban aquí las arengas vigorosas y académicas de José Ignacio Escobar, Rojas Garrido, Camacho Roldán, Francisco Montoya y Venancio Manrique. Era para Bogotá una de sus mejores fiestas. Como se solicitaban con premura las boletas de entrada, se llenaba el recinto de caballeros y damas, y montones de premios se repartían a los discípulos. Entre esos recuerdos estaban las figuras gallardas de Bunch, el amable Ministro inglés, que llegaba aquí con cajones de libros a obsequiar a los alumnos; y Schumacher, el erudito Ministro alemán, que escribió las vidas de Mutis y de Caldas, que seguía con cariño la marcha de este templo de Minerva y que colaboró en su revista con escritos de altísimo interés.

Y al hacer estas evocaciones con mi llorado amigo, lamentábamos que se hubieran extinguido después tales certámenes, y que terminaran luego las aulas como entierro de pobre—esa era la frase de IBÁÑEZ,—en soledad y silencio.

Obtenido el grado, hizo el doctor IBÁÑEZ una ligera campaña. Fue en los días de la revolución formidable de 1876. En la ambulancia siguió con el ejército que abrió operaciones sobre el Tolima y Antioquia, y prestó servicios, de caridad y de ciencia, en los campos teñidos de escarlata por la sangre de hermanos. En una de esas refriegas estuvo a punto de sufrir un percance, anécdota que él narraba con exquisito humor.

En medio de los fuegos, en la entrada de una población, que defendían los conservadores y que atacaban los liberales, se lanzó nuestro médico, con arrojo casi suicida, sobre los enemigos atrincherados. La sorpresa fue grande entre sus camaradas, al ver aquella acción distinguida de valor, en quien por su misión pacífica, debía estar y había estado siempre alejado del combate. Hubo un momento de estupor, pero el doctor IBÁÑEZ salió ileso por una calle extrañada.

—Lo voy a ascender a usted a coronel por su arranque de heroísmo, le dijo el Jefe entusiasmado, cuando hubo terminado la contienda.

—Ascienda usted más bien a mi mula, contestó IBÁÑEZ, pues fue que ella se me desbocó a los primeros tiros, y no la pude contener. Esa fue la proeza que ustedes contemplaron.

Y yo pienso, señores, que debe haber, por ahí en nuestros boletines guerreros, muchas hazañas magníficas premiadas con bellós galones, que tienen una explicación semejante a ésta, pero que tal vez sí ha sido nuestro colega el único que declinara, con toda modestia, los gloriosos laureles.

Luégo hizo nuestro amigo su correría por Europa. Fue entonces cuando un vínculo fraternal lo ató con Alberto Urdaneta, que proyectaba venir a fundar el primer periódico ilustrado. Al lado de aquel hombre, coronado por tantos dones, que tenía una figura de belleza eximia y un alma supremamente artística, y de quien dijo Lázaro Girón—otro apóstol de ese cenáculo—que era un monstruo de simpatía, pasó muchos de sus ratos en la capital del mundo, y fue su «a latere» en las visitas que aquél hizo a muchos grandes hombres para tomar sus retratos y recoger sus autógrafos. Con placer refería frecuentemente la entrevista con Víctor Hugo, quien tuvo frases de bondadoso saludo para las jóvenes democracias del nuevo mundo.

Acá se volvieron a juntar y al poco tiempo, y empezaron las labores del «Papel Periódico Ilustrado,» llamado así en honor del que se fundara un siglo antes y fuera la primicia de nuestra prensa. Trajo Urdaneta de España un hábil grabador en madera, don Antonio Rodríguez, y fundó con

él aquel semanario y una escuela para enseñar el arte de Alberto Durero. Hubo entonces como un renacimiento de nuestras bellas artes, de nuestra ciencia y de nuestra literatura. Urdaneta hacía la composición y el dibujo; el buril de Rodríguez y de sus discípulos marcaba, en el boj, las creaciones de aquel finísimo lápiz; y las prensas de Antonio María Silvestre verificaban la impresión en nítidas páginas. Un grupo de escritores y de artífices se formó en torno de ese taller, y dieron esos cinco tomos que guardan tantas joyas y que siempre son hojeados con deleite; y allí fue don de IBÁÑEZ empezó sus labores de historiógrafo.

Ese mosaico dio especialmente un impulso saludable a las investigaciones de nuestro pasado. Las luchas civiles, las zambras eleccionarias, todo ese ciclón de intrigas, motines y farsas que sopló inclemente, con harta frecuencia, sobre el bello suelo de Colombia, después de la guerra magna, tronchó los retoños de sabiduría deshojó, aún en botones, los florecimientos de estética. La historia, principalmente, fue descuidada, y aunque unos pocos autores nos dejaron obras inmortales que han quedado como postes luminosos, dando marca de civilización en una ruta escabrosa, se dejaron cubrir por la maleza bellas narraciones, reliquias conmovedoras y tradiciones indecisas. Faltaba el rocío bienhechor del estímulo, y se secaban esas tres fuentes de la historia, en medio de la canícula del odio y del atraso. La lava de ese volcán, que fue nuestra vida en el siglo pasado, cubrió de espeso manto muchos hermosos episodios; detalles que valen a veces más que todo un libro; vidas que, por sus virtudes o sus pasiones, merecían extensas biografías; mil pormenores de esa pequeña historia, que producen embeleso y son como el condimento de la grande; tantos hechos que vienen a ser la ornamentación de ese templo majestuoso cuyas bases pusieran Heródoto y Jenofonte, allá bajo el ciclo helénico, en la alborada de la humanidad.

Urdaneta, IBÁÑEZ y demás compañeros emprendieron la tarea de exhumar esos códices, esos monumentos, esas vagas leyendas de otros días, y fueron hallando, como los excavadores de Pompeya, jirones del pasado embellecidos por la pátina del tiempo. Y con el encanto de lo gráfico, unido a la delicadeza y elegancia de las plumas, hicieron populares tales investigaciones y contagiaron, por doquiera, su febril esfuerzo. Muchos ancianos empezaron a sacar reminiscencias del dormido fondo de sus memorias, antes de caer a la tumba; las familias buscaron utensilios y efigies de sus antepasados, polvorosos y desteñidos, y les dieron como una nueva vida; los jóvenes solicitaron con afán el documento inédito, la anécdota perdida, el lienzo y la vitela borrosos y abandonados por ahí en el rincón de vieja sacris-

tía, en trastienda de chamarilero, o en sótano de vetusta casa solariega.

Bella labor esa de resurgir lo arcaico, aun hecha con dedos de simple coleccionista o de modesto editor. No es ella fría y material, como algunos lo piensan, sino que resulta ideal y tierna y con profundidades de psicología.

Y esos hombres mostraron con esa empresa y con otros hechos de su vida, que los escudriñadores de la antigüedad suelen ser también obreros eficaces del porvenir; ellos fabricaron progresos, y así como los buzos y los mineros sacan del lecho de los mares o del laberinto de los socayones las gemas y metales para la riqueza pública, pusieron ellos no solamente adornos en los altares del arte y de la historia, sino que abrieron surcos que están hoy fructificando, y donde laboran con éxito muchísimos compatriotas. En todo hombre penetrado de estética y de amor a la tierra hay siempre un factor de adelanto y de impulsos civilizadores. Cometan error los que creen que estos estudios fosilizan o son puramente mecánicos. Eso lo dicen para disculpar su pereza o su ignorancia. Despiertan estas actividades sentimientos que así hacen guardar cuidadosamente en la panoplia las armas oxidadas de los antepasados, como empuñar las modernas cuando se trata de defender la libertad en el interior, o la planta invasora sobre las fronteras. El hálito poderoso de las gestas que ensancha, como el viento del mar a los pulmones, hace que éstos se abran para recibir y aceptar todos los soplos del modernísimo. Quien venera a los ancianos es quien sabe también amar a los niños y alentar a los jóvenes. El árbol es más frondoso y da mejores frutos cuando extiende más sus raíces en el corazón de la tierra.

Cuántas veces se tropieza en estas rebuscas con algún trofeo que por sí solo cuenta muchas glorias o sugiere hondísimas reflexiones, y se siente ante él emoción melancólica, y el pensamiento vuela a otros días lejanos, como cuando hallamos por ahí en una bóveda, sin lápida ni flores, en el cementerio de un pueblo, el nombre de un discípulo olvidado há tiempos, o de un personaje que tuvo una vida inquieta y dejó memorias perdurables. Hay en estas aficiones una especie de resurrección, y desde las regiones de lo ignoto deben sonreír, con gratitud, las sombras de aquellos de quienes salvamos del olvido las huellas que dejaron a su paso por el mundo y reteñimos sus nombres en el panteón de la historia. Y las cosas también parecen tener su alma. Esos muebles, esos trajes, esos pergaminos, que lucieron en las salas suntuosas de otra época; que luégo fueron —desechados por la moda o empujados por la adversidad— a dar a otros sitios y a otras manos; y que yaciendo al fin en triste abandono, despreciados y desconocidos, atraen un

día, cuando tienen un sello de veneración y de añoranza, las miradas del hombre de gusto o del arqueólogo, y vuelven a subir del baratillo a las moradas espléndidas, y a ser, otra vez riquísimos ornatos, deben sentir agradecimiento inefable a las manos selectas que les dieron cariñosa renovación y las salvaron del triste deterioro; y parece que brillan, con mayor belleza, en ese hermoso despertar, tras de su sueño de siglos.

No me detendré a enumerar los trabajos del doctor IBÁÑEZ, pues quizás prolongaría de masiado este acto. Déjole esa tarea a quien habrá de reemplazarlo en su sillón de la Academia de la Historia. El lo hará con mayor acierto y señalará los frutos, sazonados y abundantes, de aquel varón insigne. Yo sólo he querido dar, para no fatigaros, una ojeada a algunas jornadas de su paso por la tierra.

En 1891 publicó sus «Crónicas de Bogotá,» sustancioso libro donde recogió todos los acontecimientos de la vieja Santafé y de la moderna Bogotá.

Por esos capítulos va desfilando, como película mágica, la vida completa de nuestro terruño. Allí desde su fe de bautismo, escrita, con arrogancia, por la espada invicta de Jiménez de Quesada, y el acta de confirmación sellada, con sus guanteletes de hierro, por los tres conquistadores, que de opuestos puntos del horizonte vinieron, como reyes magos, a ofrendarle sus preseas; hasta su carta de independencia y libertad que diéranle Bolívar y su legión de colosos, al llegar acá, envueltos aún en las nubes de pólvora del campo glorioso de Boyacá. Allí está la aldea rústica de los indígenas, cubierta por las brumas del misterio; allí el aduar de los fundadores, que emana un hálito de singular epopeya; allí la villa colonial, con sus grandes conventos, sus vetustas pilas y sus calles enyerbadas, donde a vuelta de cada esquina vaga una leyenda; allí la ciudad patricia del 20 de julio, abnegada y sencilla y la ciudad trágica de los días del terror, que vio todas las piedras de sus plazas teñidas con sangre de mártires; allí la metrópoli de la Gran Colombia, cuyos campanarios dieran los repiques de las victorias que alcanzaban sus hijos por los confines de América; y allí nuestro actual emporio que, tras grandiosas proezas y agitaciones menguadas, respira al fin auras de fraternidad, y trepa, con brío y esperanza, los peldaños de la escala majestuosa del progreso.

Fue entonces cuando estrechámos él y yo una amistad íntima y cordial que había de durar hasta el día en que la guadaña invencible le descargó su golpe. Escribí, por ahí en algún periódico, un artículo sobre aquel libro, y al saber IBÁÑEZ quién había sido el autor, fue a buscarme y a manifestarme cómo apreciaba ese escrito, aun cuando tenía

alguna ligerísima crítica, en minucias, más bien que algunos sueltos que le pusieron en otras publicaciones, muy encomiásticos, pero que revelaban—me dijo—por lo breves y sin sustancia, que no habían leído su libro quienes los redactaron.

Años después hubo dos concursos sobre biografías: la de Córdoba y la de Herrán. Como en la primera trabajáramos ambos, sin comunicarnos la idea, pues aún era poca nuestra amistad, y fue el premio repartido entre los dos, resolvimos hacer en compañía la segunda, a fin de no disputarnos el lauro, y tomamos como seudónimo los nombres de aquellos dos escritores alsacianos, que en estrecha confraternidad escribieron bellas páginas de la historia de Francia. Con tal compañerismo, y sólo a él fue como logré el éxito en aquel nuevo torneo. Y si la sociedad Erckmann Chartriann se liquidó un día, y hubo querella entre los dos publicistas que parecían unidos con lazo perenne, la nuestra no se rompió jamás, y aun la muerte no logrará extinguirla, pues quizás logre yo, ayudado por mis ilustrados colegas, cumplir los deseos de su familia y de la Academia, arreglando los materiales que dejó para terminar sus «Crónicas.»

Excusad estos recuerdos personales. Nos unió vínculo tan estrecho, que no puedo evocar su sombra sin mencionar las horas en que estuve a su lado y puse mi óbolo en su holgado caudal de conocimientos.

En los días de la última guerra civil, cuando culminaron los odios políticos y era Colombia entera un campo de destrucción y de matanza, hicimos un esfuerzo para cultivar el huerto apacible de la historia, y publicámos a aquel primer tomo de la «Biblioteca de Historia Nacional,» la cual creció y ha completado ya veintidós volúmenes, tres de ellos con la nueva edición de las «Crónicas de Bogotá.»

Fundóse luego la Academia de Historia, de la cual había de ser IBÁÑEZ Secretario vitalicio y su mejor columna. A ella consagró sus últimos años, y no dejó extinguir un momento la fe y el entusiasmo por esta asociación. Fue nuestra vestal que atizaba sin cesar, con su talento, su actitud y su benevolencia, el fuego, cual ninguno sagrado, de las glorias patrias.

—Nacimos el mismo día—decía él—dos personajes que habían de tener cargos de igual carácter: Su Santidad Benedicto xv y yo.

—En realidad son iguales las fechas del natalicio del Sumo Pontífice y del suyo, pero ¿porqué semejanza en sus puestos? le observábamos, al oírle esa semiblasfemia.

—Ah, porque ambos somos perpetuos, respondía, con su afable sonrisa.

El nos refirió en uno de sus informes todas las vicisitudes de la Academia en aquellos sus primeros vuelos, en esa atmósfera de agitaciones y de miseria en que ella pasó su infancia. De local en local, saltando de una parte a otra, él, con el libro de actas bajo el brazo, llevaba la vida de la corporación, y era como el abanderado que salvaba el emblema de la causa. Horas más prósperas vinieron luego, pero aun difíciles, y su laboriosidad siguió en aumento. Herido, un día, por incurable dolencia, no se dejó abatir, y era sorprendente ver cómo persistía, inválido en la faena. Allá en su gabinete de trabajo, ornado de libros, de retratos, de medallas, de mil objetos curiosos, y que era como el tabernáculo de la amistad y del patriotismo, recibía no sólo a sus colegas y amigos, sino a los extraños, con una bondad exquisita y un humorismo placentero, y a todos atendía con sus consultas y ayudaba con sus indicaciones. La cruel parálisis que había inmovilizado su brazo no atenuó, en nada, sus facultades intelectuales, ni su genio festivo. Era dulce, muy dulce, estar a su lado y oírle ya los datos precisos, que conservaba su memoria siempre inagotable, ya el gracejo fino, nunca agresivo, revelador de un alma jovial e inteligente que sabe resistir, sin hiel, los golpes de la suerte y sacar de sus charcas de llanto una espuma risueña, y de sus valles de amargura un puñado de rosas.

Quizás esa alegría ingénita lo sostenía en los vaivenes de la vida y lo defendía del mal que iba minando su organismo.

El humorismo—ha dicho un pensador—es una necesidad de la vida. Todo hombre comprensivo, inteligente y culto, todo hombre en cuya existencia haya un caudal de enseñanzas prácticas, oculta más o menos, según su discreción le dicte, un humorista.... Del humorismo ligero, superficial y optimista, al otro humorismo acre y en cuya composición andan mezcladas las secreciones del hígado, media el mismo espacio que entre el buen humor y el mal humor. Este mal humor, convirtiéndose en ironía, guarda un fondo de crueldad y de ogoísmo. El otro es ingenuo, ameno y frívolo. Es un humorismo benévolo, gracioso, despreocupado... Es frecuente entre gentes de toda condición intelectual suponer lo cómico inferior a lo dramático, y no advierten el fondo de belleza que en el humorismo reside.

Cuánto lamento no haber recogido muchos de sus donaires, reveladores, la mayor parte de ellos, de un estado social o político, del carácter de un personaje, del medio que se respiraba en una época, de toda una situación del país. La vecindad de la Biblioteca Nacional me hace recordar nuestras visitas a ella, cuando nos ocupábamos en algunos trabajos.

Un día, hace ya bastantes años, llegó allí un caballero cuya presencia nos sorprendió por ser él completamente ajeno a las producciones de la imprenta.

—Usted por aquí, le dijo el doctor IBÁÑEZ; ¿que lo trae a este santuario de los bibliófilos?

—Acabo de tomar posesión de un destino en la Biblioteca, y vengo a desempeñar el puesto.

Luégo, mirando los estantes, exclamo:

—¡Pero aquí sí que hay libros!

—Sin duda, me dijo al oído el doctor IBÁÑEZ, este buen señor creía que iba a encontrar aquí, como en la tienda de la esquina, empanadas y bizcochuelos.

Otro día, que estaba el salón repleto de lectores, pidió IBÁÑEZ un libro para alguna consulta. Una vez que lo recibió, le dijo a uno de los empleados:

—Ahora, hágame el favor de darme dos diccionarios.

—Con mucho gusto, pero de qué idioma o de qué materia, le respondió éste, amablemente.

—No importan la lengua ni el contenido, dijo IBÁÑEZ: los quiero para sentarme en ellos porque están ocupadas todas las sillas.

Viendo una vez a un señor que escribía allí demasiado largo sobre una cuestión que debía tratarse con laconismo, me refería lo que contestó un funcionario que redactaba un informe para alguna corporación, y a quien alguien le observó que no debía hacerlo tan extenso.

—Es, respondió dicho oficinista, que si lo escribo corto van y lo leen.

—Probablemente aquel sujeto, agregaba IBÁÑEZ, está con el mismo pensamiento.

De otro que solía venderle al Gobierno sus obras no muy maestras, me decía un día:

—Ahora está él proponiéndole un nuevo negocio: que le paguen dos pesos por cada página escrita y un peso por cada página en blanco.

El me refirió también, en una ocasión, aquella anécdota de cierto tipo, polícastro, intrigante y vanidoso, bien conocido en Bogotá, que viejito, achacoso y con principios de reblandecimiento cerebral, se lamentaba un día de algún cambio político, diciendo:

—No ve qué desgracia; vino a suceder esto cuando ya el general fulano me iba a hacer a mí prócer de la Independencia.

Pero lo grave es—agregaba IBÁÑEZ—que ahora pretenden que nosotros lo hagamos. Ya que no lo logró, con un decreto, está empeñado en que lo digamos en el «Boletín de Historia,» en los días del centenario de la Independencia. Pero yo le he dicho que ya para este centenario está com-

pleto el número de los próceres, pero que cuente con ello para el segundo centenario.

Heme permitido estos recuerdos íntimos, por parecerme ello natural al tratarse de un hombre de tan fina espiritualidad.

Sobre el ataúd de un guerrero se coloca la espada vencedora; en la tumba de un poeta se esculpe una lira, y el catafalco de una doncella se cubre de azucenas y de lirios. Al pie de la imagen del buen camarada, cuya tumba se cerró hace pocos meses, pongamos, junto con coronas de mirto, unos de esos granos de sal que cayeran de sus labios, de esa sal bogotana, que a la sal ática combate y vence en el palenque estético, según expresión feliz de un ingenio. Precisamente las sonrisas que ellos nos arranquen, harán que sea, al mismo tiempo, más intensa nuestra congoja al contemplar que ha perdido Bogotá, no sólo al que en páginas amenas relató sus orígenes, su abolengo, su marcha a través de los tiempos, sus fastos y consejas, sus hijos notables, sus episodios jocundos o sombríos, sino también al gentil cachaco, que era personificación de su raza imaginativa, de su espíritu epigramático, de su patriotismo altivo, de sus costumbres ingenuas y sui géneris, y de su amor a las lides de la inteligencia.

Entre esas lágrimas de una ciudad entera, caen especialmente las de sus consocios de la Academia, a quienes él tanto amó, y ahí dejo la mía, al pie de su imagen, como la he dejado tantas veces sobre su tumba, pues con su muerte se apagó una lámpara que alumbró siempre, cariñosa y fiel, en el camino de mi vida.

CIRUGIA DEL CEREBRO

POR EL DOCTOR L. M. VELA BRICEÑO

(Trabajo presentado al cuarto Congreso Médico Nacional reunido en Tunja el 7 de agosto de 1919).

I

CIRUGÍA DEL CEREBRO

Creemos que la cirugía del cerebro está llamada a prestar un servicio muy grande en Colombia; son muchísimas las vidas que se hubieran podido salvar por la intervención apropiada en el cráneo, e incontables los pacientes que actualmente pueden recibir inmensos beneficios de los cirujanos.

Con las localizaciones cerebrales, con la asepsia y la antisepsia, la cirugía del cráneo debe extenderse tanto como la de la pared abdominal. Quizá no aventuremos al sostener que la clínica autoriza hoy al cirujano a practicar una craneotomía exploradora como lo ha autorizado para indicar una laparotomía con el mismo fin.

En efecto, el camino recorrido desde los experimentos de Hitzing y Frittsch en 1870 sobre los centros motores corticales, trabajos comprobados por Lepine, Charcot, Pitres y después por Nothnagel, y en cirugía por Horsley y Beloor hasta nuestros días, ha sido de gran trascendencia. La localización definitiva de los centros motores y de los centros del lenguaje (ceguera y sordera verbales, agrafía y centro de

Broca), los estudios sobre epilepsia (jacksoniana) y los brillantes resultados que en esta enfermedad ha obtenido la cirugía, controlados en otras ocasiones por la anatomía patológica y los traumatismos del cráneo, han abierto al cirujano un gran horizonte, así como le han traído nuevos e ineludibles deberes.

Hacer hincapié sobre este campo de la cirugía y sobre los deberes que debe cumplir el cirujano, son los objetos de este pequeño trabajo presentado al cuarto Congreso Médico Nacional, con las observaciones personales que nos han parecido más importantes.

TRAUMATISMOS

Respecto a los traumatismos del cráneo, admitiendo la clasificación del cuadro adjunto, tan conocido como útil, es muy fácil encontrar el camino seguro en los diversos casos. Solamente hay una gran dificultad cuando no hay signo local pero sí accidentes cerebrales localizados en oposición con los conocimientos clínicos. El cirujano se encuentra lleno de dudas y debe seguir los datos clínicos que le suministran las parálisis concomitantes, verbigracia del facial y del ramal de la pupila, dado por el motor ocular común al inervar el pequeño oblicuo, y que es la rama motora del ganglio oftálmico que preside a la constricción de la pupila. Una de nuestras observaciones corresponde a este caso.

Sería muy difícil dar una descripción metódica de los diversos casos que pueden ocurrir, y será imposible un estudio completo mientras no se conozcan las funciones de todos los centros cerebrales.

TRAUMATISMOS DEL CRANEO

Signo local.	Ausencia de accidentes cerebrales localizados.	NO SE INTERVIENE
	Presencia de accidentes cerebrales localizados.	Correlación de los accidentes cerebrales con el signo local.	Se interviene a nivel del signo local.
		Ausencia de correlación, pero existe sistematización (v. gr. fractura del cráneo del lado derecho con hemiplejía derecha).	Se interviene del lado de la lesión para extraer sequestrados, etc., y se observa al enfermo por si es indispensable trepanar del lado opuesto.
	Ausencia de correlación y de sistematización, en los accidentes cerebrales, los cuales son múltiples y variados		NO SE INTERVIENE
Ausencia de signo local.	Presencia de accidentes cerebrales localizados.	Se interviene a nivel del punto que indiquen los signos clínicos correspondientes a la localización cerebral.
	PRESENCIA de accidentes cerebrales localizados <i>pero en oposición con</i> los datos clínicos; por ejemplo: golpe del lado derecho y hemiplejía del mismo lado.		SE INTERVIENE a nivel del punto que indiquen los signos clínicos en relación con las localizaciones cerebrales, teniendo en cuenta las parálisis concomitantes del facial, la dilatación de la pupila (parálisis del tercer par: dilatada e inmóvil del lado opuesto de la hemiplejía); determinando el miembro donde principian las convulsiones; signo de la flexión exagerada del antebrazo, etc., etc.

A la última clase del cuadro anterior corresponde la observación siguiente:

Observación 1^a En el Municipio de Anolaima pasaba un muchacho de unos diez y ocho años, N. León, por un punto donde, cerca del camino, jugaban varios individuos lo que llamamos ordinariamente bolo, juego que consiste en derribar con una bola de palo, de unas dosli-

bras de peso, palos colocados a una distancia de unos veinte metros o más. La bola se le desvió a uno de los jugadores, en el momento en que pasaba el joven, y le causó un golpe, que ha debido ser mortal, en la cabeza. El sujeto cayó en coma, pero al poco rato volvió a su conocimiento y pudo seguir caminando hasta la casa, donde, al llegar, le dio un ataque de epilepsia que la familia, alarmada, observó muy bien. Por la noche los ataques se aproximaron, y al amanecer perdió el conocimiento, le vino una respiración ruidosa, y en coma lo llevaron a la consulta.

El enfermo, en estado de muerte aparente por ratos, sufría, en otros, crisis de convulsiones, principiando siempre por un miembro; la disnea se presentaba por ratos, el peligro aumentaba con una aceleración del pulso y con las convulsiones generalizadas. Al examen comprobamos que no había lesión del cráneo al nivel del golpe, donde los tejidos blandos estaban traumatizados; al lado opuesto también había traumatismo, que aseguraban correspondía a la caída.

La paresia se había manifestado del mismo lado del golpe de la bola, y las convulsiones habían principiado siempre por el brazo del mismo lado. Teníamos un caso de traumatismo del cráneo, con accidentes cerebrales localizados al principio—cuando le dieron los ataques de epilepsia jacksoniana,—y después con signos de compresión cerebral; no había signo local en el cráneo, y en todo caso, el golpe más fuerte—el de la bola—lo había sufrido del mismo lado de las convulsiones. Diagnosticamos una hemorragia de la meníngea media, e indicamos la tre-

panación, y en la incertidumbre de fijar el punto, nos confiámos en los signos clínicos siguientes: había una desviación de los labios, que nos indicaban la parálisis del facial inferior (labios retraídos del lado sano); y como el núcleo del facial inferior está colocado en la base de la circunvolución frontal ascendente, la parálisis del facial inferior (es decir, los signos externos) debe ser del mismo lado de la hemiplejia, y la lesión, en el cerebro debe buscarse del lado opuesto; en el caso presente teníamos paralizado el facial inferior derecho, del mismo lado del golpe; 2º, las convulsiones habían principiado siempre por el brazo derecho, del mismo lado del golpe; 3º, la pupila estaba dilatada e inmóvil (paralizada) del lado opuesto del facial paralizado, lo que indicaba la parálisis de un ramal del tercer par del lado opuesto a la hemiplejia, o sea del mismo lado de la lesión en el cerebro; 4º, trepanámos pues del lado opuesto del facial paralizado y del mismo lado de la parálisis del motor ocular común, es decir, del lado opuesto al golpe de la bola, o sea del lado de la caída.

Al tener en cuenta la localización central del núcleo de origen del facial inferior debemos tener presente que desde los trabajos de Pugliese, Milla y desde los experimentos de Bartholow y Sciamanna, se tiende a admitir también un centro cortical del facial superior, en la parte superior de la zona de la cara, encima de los centros de la lengua y de la boca, hacia adelante del surco de Rolando. Y en particular el centro del orbicular de los párpados y el centro del *músculo frontal*, junto del anterior, muy cerca del pie de la segunda frontal.

Las fibras del facial superior (fibras córticobulbares) en la rodilla de la cápsula interna pasarían inmediatamente hacia adelante de las del facial inferior; después seguirían las del hipogloso y después las córticobraquiales, pero como estas fibras tienen numerosas fibras cruzadas, tendrían una acción bilateral, y por esta razón el dato del facial inferior, de que hemos hablado, no pierde su valor. Y los datos que pueda suministrar el núcleo central del facial superior sirven para que el cirujano no se desoriente en las diversas modalidades que puedan ocurrir. Por igual motivo debemos tener en cuenta que Munk localizó los movimientos de la nuca en el lóbulo frontal, y los del tronco más atrás, cerca de la frontal ascendente, en trabajos confirmados por Fraenkel y Hitzing.

A esta resolución de trepanar del lado opuesto al golpe de la bola nos animó también el signo de la *flexión exagerada del antebrazo*, que por su misma sencillez es muy útil: se ponen los dos antebrazos en supinación y se les hace ejecutar un movimiento pasivo de flexión sobre el brazo, moderadamente, hasta donde sea posible, y se compara; el grado de flexión debe ser mayor del lado de la parálisis. Encontrámos la duramadre muy tendida, casi negra, y debajo un coágulo sanguíneo enorme; aplicámos varias ligaduras; dejámos dos pinzas permanentes en unas arteriolas de la menínea media que fue imposible ligar por la profundidad; drenámos. El enfermo recobró el conocimiento antes de las veinticuatro horas; a los dos días decía varias palabras y a los ocho días podía articular regular-

mente, y curó muy bien. Trabaja actualmente en oficios pesados de transporte de carga en mulas.

Observación 2^a En la misma población operámos el segundo caso de hemorragia de la meníngea: un muchacho de doce años molestaba a un pordiosero, quien con impaciencia le dio un golpe, con una vara delgada, detrás de la oreja derecha; el muchacho cayó al suelo; al rato pudo ir a la casa y allí le dieron ataques que los padres llamaron epilépticos, y después perdió el conocimiento.

La familia llamó un médico que por tres días le hizo muchas aplicaciones, y como el muchacho no volvía de su coma, nos llamaron a verlo. Al examen no encontrámos signo local: no había fractura aparente del cráneo ni accidentes cerebrales localizados, solamente signos de compresión general del cerebro, y como el muchacho seguía empeorando, rapámos bien la cabeza, y al comprimir con fuerza sobre el oído, una contracción en la cara nos acusaba dolor, y como la pupila estaba dilatada del mismo lado del golpe, trepanámos en el punto clásico de las hemorragias, en el ramal posterior de la meníngea media, que estaba muy cerca del punto doloroso. Encontrámos un hemátomo no muy grande, extradural; ligámos, drenámos, y el muchacho curó muy bien.

En este caso, siguiendo el signo del dolor localizado, la trepanación nos dio un resultado sorprendente.

Observación 3^a El tercer caso de hemorragia intracraneana se refiere a un individuo denominado Miguel Orrego, de Pácora (Caldas), operado en asocio del notable médico y culto ca-

ballero doctor Alfonso Alviar, que corresponde al certificado y a la fotografía que acompañamos.

Este muchacho recibió un golpe traumático con cuerpo contundente en la región temporal derecha, que no le interesó la piel, pero que le produjo una fractura múltiple de los huesos de la pared craneana. Perdió el conocimiento inmediatamente; a los dos días fue llamado al campo el doctor Alviar, le rapó el cuero cabelludo, y aun cuando no encontró herida, habiendo notado la fractura múltiple del cráneo, le hizo cura antiséptica y le indicó a la familia la operación, la cual no resolvió nada por el momento; pero a los cinco días, viendo que el muchacho seguía en coma y que los ataques de convulsiones eran cada vez más violentos y prolongados, le trajeron a la población, donde acabábamos de llegar.

Al examen encontramos también los signos de fractura del cráneo y de gran compresión del cerebro, y se resolvió la operación de urgencia porque los ataques le daban cada dos o tres minutos. Se operó a las doce de la noche; se le extrajeron varios secuestros de hueso, algunos habían perforado la duramadre, de modo que había hemátomo extradural, y en la superficie del cerebro sangraban varios vasos. El golpe fue terrible porque la fractura se extendía hacia la base del cráneo (había movimientos anormales en los rebordes óseos de la parte trepanada); ligámos, drenámos, y el individuo recobró muy lentamente las facultades intelectuales, y, por último, el uso de la palabra. Actualmente sólo se demora un poco para hablar; hay una especie de retardo entre la voluntad de hablar y la pa-

labra misma. No nos explicamos porqué no le sobrevino la muerte a este individuo después de varios días y con semejante hemorragia interna.

Respecto de la técnica, no pretendemos introducir ninguna innovación en estas intervenciones; solamente aconsejamos a los cirujanos tener en cuenta un punto capital que influye sobremanera en el resultado posterior de la operación, y es respetar, en cuanto sea posible, la duramadre o reconstituirla, con el mayor cuidado posible, haciendo una sutura en surjete con puntos en U, de manera que los bordes de la costura miren hacia afuera. Debe hacerse con catgut.

Esta simple precaución evitará muchas adherencias que cuando se forman pueden producir epilepsias jacksonianas parciales o convulsiones localizadas. Es también muy útil y se gana en rapidez, en elegancia, y se ahorra sangre, acostumar un colgajo un poco más grande que la presunta trepanación, y llevar la incisión a fondo (teniendo cuidado en las fracturas para no causar daños); se rebate rápidamente, se le coloca en la base uno o dos clamps curvos, flexibles, que comprimen moderadamente las arterias y sirven, al mismo tiempo, para ayudar a mantener el campo descubierto.

* * *

Las parálisis corticales y la epilepsia jacksoniana presentan indicaciones precisas de trepanación del cráneo. Las dificultades del diagnóstico no son muy grandes. El cuadro adjunto nos ha sido muy útil para ayudar a la memoria.

PARALISIS

de un grupo de músculos determinado.....

por destrucción de la sustancia muscular misma (parálisis miopática).

Por destrucción o alteración de un tronco nervioso..

Alteraciones sensitivas;
Abolición de los reflejos.

MONOPLEJIA

Por alteración del plejo

Ausencia de parálisis del facial.

De origen central..

Presencia de parálisis del facial inferior con mucha frecuencia.

Por lesión unilateral de la medula.....

Del mismo lado de la lesión.
Nervio facial intacto.
Hiperestesia del lado paralizado.
Anestesia del lado opuesto.

HEMIPLEJIA

Por lesión central.

POR LESION
CORTICAL

Convulsiones que principian por la misma extremidad (señal, síntoma de *Seguin*).
Acompañamiento frecuente de parálisis del motor ocular común (3r Par: tosis del párpado superior).
Desarrollo lento, por grados.
Ataques de epilepsia jacksoniana.
Parálisis del facial inferior.
Parálisis del gran hipogloso.
El reflejo de los artemos de Babinski se hace en extensión.

POR LESIÓN DE
LOS PEDÚNCULOS

Hemiplejia y parálisis del facial y del hipogloso del lado opuesto de la lesión.
Parálisis del motor ocular común del mismo lado.

Síndrome de WEBER

El Síndrome de Benedikt es el mismo anterior donde la hemiplejia está reemplazada por un temblor).

HEMIPLEJIA

Por lesión central.

POR LESIÓN
PROTUBERANCIAL.
Segmento posterior.

Hemiplejia del lado opuesto a la lesión.
Parálisis del facial del mismo lado (es la hemiplejia con parálisis alterna facial o *parálisis alterna de Gubler-Millard*).

PARÁLISIS

POR LESIÓN
 PROTUBERANCIAL
 (Segmento anterior)

Hemiplejia y parálisis del facial del lado opuesto de la lesión; parálisis del motor ocular del mismo lado (signos de la parálisis peduncular. Disfagia, miosis, fiebre, convulsiones epileptoides, parálisis de otros nervios craneanos).

PARAPLEJIA..... POR LESIÓN MEDULAR.

PARÁLISIS
 HISTÉRICAS

Parálisis del facial rara y cuando existe no hay pérdida de la tonicidad muscular (zurcil no está caído, hay pliegues frontales). Ausencia signo del pellejero.
 No hay flexión exagerada del antebrazo.
 No existe el movimiento asociado de flexión del muslo.
 No están los reflejos alterados.
 Fenómeno de los artejos: la contracción se hace en flexión (importante) Babinski.
 En la hemiplejia casi siempre hay hemianestesia y contractura de los músculos de la cara del lado opuesto.

Observación 4^a Presentamos un caso de epilepsia jacksoniana interesante en una señora del Municipio de La Mesa. Vivía en tierras de la hacienda del señor Galvis, quien ayudó a la familia a facilitar el transporte de la enferma a la población de Anolaima. A esta señora le vinieron los ataques de epilepsia en el octavo mes de embarazo (primípara), y al tercer o cuarto ataque no volvió a recobrar el conocimiento; parecía muerta. A los quince días de estar en éste coma profundo la llevaron a la consulta; la respiración era imperceptible; no presentaba ningún signo de localización cerebral a primera vista; un ojo estaba medio cerrado. Afeitámos el cuero cabelludo, buscando una lesión del cráneo, y un miembro de la familia contó que cuando estaba pequeña había sufrido un golpe en la cabeza con la balanza de un trapiche mo-

vido por fuerza animal; comprimimos con fuerza, poco más o menos, en el punto donde nos indicaban que había sufrido el golpe, y con sorpresa notamos que la enferma sufría como una descarga eléctrica: había un tic doloroso muy notable en los músculos de la cara. Este punto estaba situado sobre la línea horizontal superior y a dos centímetros hacia adelante de una vertical que pasase por el borde posterior de la apófisis mastoide. Trepanamos en el lugar del único signo local que encontramos, y al levantar el hueso, hizo hernia en el campo una masa semejante a la cerebelosa, del tamaño de una mandarina pequeña. Como teníamos seguridad de haber respetado, hasta entonces, la duramadre, cortamos el tumor a raíz, y comprobamos que había formado un ojal en la duramadre; lo extirpamos lo mejor que pudimos; la enferma no respiraba bien, y resolvimos terminar allí la operación sin explorar los lóbulos vecinos.

Al día siguiente, con agradable sorpresa, encontramos a la enferma sentada, conversando perfectamente como si hubiera despertado de un largo sueño; no recordaba nada de su enfermedad; curó rápidamente; el parto fue normal. Posteriormente la he visto muy sana, y ha tenido varios hijos.

Este caso importante porque pertenece a los de epilepsia jacksoniana por tumor situado lejos de la zona motora, es semejante a los observados por Lucas Championniere y Crouzon, por lesiones en el lóbulo temporal, y demuestra que los antecedentes y un signo cualquiera de localización (como el dolor) tienen importancia capital para el cirujano.

Presentado un caso de parálisis, es relativamente fácil determinar si pertenece al grupo de parálisis corticales, en las cuales se encuentran las únicas que están actualmente bajo el dominio del cirujano.

Observación 5^a Y cuando la parálisis es consecuencia de un traumatismo antiguo, no hay ninguna dificultad, sobre todo cuando hay deformación del cráneo en relación con la localización cerebral. En este caso el camino está indicado: se debe operar. A esta clase corresponde el enfermo de Villahermosa (Tolima), Juan de Dios Bedoya, operado con un resultado completo, después de doce años de parálisis (hemiplejia) consecutiva a una herida cortante y contundente de la cabeza. En este enfermo se encontraba a nivel de la zona motora una depresión marcada; los ataques de epilepsia (con pérdida del conocimiento) eran frecuentes y principiaban siempre por el mismo lado y por el brazo y la cara (tipo braquiocefálico). La operación se practicó por el procedimiento ordinario con fresas: encontramos una pared ósea muy gruesa y dura, y sufrimos una ligera complicación que muchas veces encontrarán los cirujanos: el instrumento se calienta, se adhiere a los guantes y los destruye y luego sigue con la piel de las manos, que generalmente quedan imposibles. Esto debido, sin duda, a la dureza extraordinaria que adquiere la pared ósea a nivel del traumatismo.

Había muchas adherencias de la duramadre y otras meníngicas al hueso y a la corteza cerebral; un secuestro óseo unido a la pared de-

formada del cráneo, se hundía como un centímetro en las circunvoluciones de la zona de Rolando; se le dejó dren; la curación fue rápida, y a los veinte días de la intervención el enfermo fue a la iglesia, adonde hacía muchos años que no podía ir. Llevamos un certificado firmado por la autoridad competente, porque en muchas poblaciones de varios Departamentos ya necesita el cirujano armarse con esos testimonios auténticos para defenderse de la charlanatería de los *teguas* y de las calumnias de los envidiosos que han llevado, naturalmente, la desconfianza a los pueblos para con los médicos que no conocen. Hoy este enfermo es una persona sana y vigorosa, que ejecuta trabajos fuertes, como tala de montes, etc., etc.

En Sonsón operámos a otro enfermo, Abel de J. López. Aquí la afasia estaba muy marcada, y entre los antecedentes tenía una larga supuración en la herida y un tratamiento por lavados antisépticos que debieron maltratar mucho la masa cerebral, ya muy lesionada porque eliminó parte de circunvoluciones, según datos de la familia. El resultado no fue completo pero mejoró mucho de la afasia y de la hemiplejía.

Este enfermo quedó con un tipo curioso de afasia: cuando intentaba hablar se le olvidaba el movimiento necesario del aparato fonador del lenguaje, y a veces repetía palabras contra la voluntad, pero si se le mandaba repetir la palabra que le causaba la dificultad, lo hacía perfectamente.

No tenemos noticia de este enfermo desde hace ocho meses.

Respecto de epilepsia jacksoniana hemos tenido ocasión de observar un caso operado en Salamina por el eminente cirujano doctor Zoilo Cuéllar Durán, hace dos años.

Observación 6ª Se trata de una señorita de veinte años de edad, de familia muy distinguida; hace siete años que recibió un golpe en el colegio, que se le ocultó a la familia, y al mes se le presentó el primer ataque que hizo pensar al médico que la trató, y que ignoraba el traumatismo, en parásitos intestinales; estos ataques de verdadera epilepsia jacksoniana se repetían con mucha frecuencia. Nos refiere la señora madre que tuvo épocas de darle el ataque muchas veces en la noche hasta veinticinco días seguidos. El doctor Julio Zuloaga propuso la operación, pero se presentaron opositoristas y no se le hizo nada; cinco años después el doctor Cuéllar Durán pasó por Salamina y la encontró en un período de recrudescencia de ataques que hacía esperar a la familia un desenlace fatal a cada momento. Los miembros del lado de la hemiplejía estaban completamente atrofiados, la cara completamente torcida y no podía dar un paso sin caerse. El doctor Cuéllar indicó inmediatamente la intervención. Entendemos que no había signo local; era el caso de *ausencia de signo local con accidentes cerebrales localizados*. La intervención dio un resultado brillante, principalmente para la pierna: los ataques de epilepsia con pérdida del conocimiento no le han vuelto; camina casi normalmente; esta muy gorda; el brazo volvió a su estado normal y está igual al del lado opuesto; en el antebrazo hay una dife-

rencia de un centímetro de diámetro, a nivel del puño, con relación al lado sano, y de dos centímetros a nivel de la cabeza del radio; solamente se le presentan, de cuando en cuando, convulsiones localizadas al antebrazo, principalmente en los supinadores, en los flexores y en los interóseos. Pensamos que se han formado nuevas adherencias o que falta comprimir un poco la zona motora correspondiente al miembro superior.

La familia esta muy reconocida y satisfecha del éxito de la operación, y en su nombre nos es grato reiterarle sus agradecimiento al doctor Cuéllar.

Observación 7ª Un caso semejante al anterior, pero sin intervención, debo traer ante este respectable Congreso. Se refiere a la señorita N. N., de Bogotá, que varios de los médicos aquí reunidos tuvieron ocasión de examinar, si no estoy equivocado. Esta señorita estaba veraneando perfectamente sana cuando un día, al despertar por la mañana, encontró dificultad para vocear los nombres de las cosas. Cuando intentaba hablar se le olvidaban los nombres, y preguntaba: ¿cómo se llama eso? y si se le recordaba, decía: eso es; y repetía perfectamente y sin dificultad el nombre olvidado. La examinamos de carrera porque resolvió viaje inmediatamente para Bogotá. Sabemos que la recetaron médicos eminentes de la capital y que varios le indicaron la intervención. En un viaje a Bogotá pudimos examinarla nuevamente y le encontramos una verdadera abolladura anormal sobre la línea horizontal superior a nivel de una línea vertical que pasase por el trago

del oído, del tamaño de un huevo de pájaro. Era indudable que este tumor óseo que se marcaba hacia afuera, como un osteoma de la pared, producía la compresión en el interior y como consecuencia la pérdida de la memoria del movimiento fonador de las palabras, las verdaderas lagunas cerebrales de Beraheim y los ataques de epilepsia jacksoniana que le sobrevinieron después. Indicámos la intervención, pero la familia le tenía un terror especial, y a las pocas semanas se agravó y murió. No se le hizo autopsia. Esta enferma solamente presentaba como antecedente nervioso una parálisis, de origen extratemporal, del facial, que curó con alguna dificultad.

En la *epilepsia jacksoniana* no debe el cirujano olvidar, en primer lugar, los casos de lesiones lejos de la zona motora, como los ya citados, y que en casos de esta epilepsia jacksoniana, con nistagmo o desviación conjugada, se han encontrado lesiones en el pliegue curvo; hacia la parte posterior del lóbulo temporal, y en la misma clase de epilepsia, pero con movimientos distintos de los ojos, lesiones en el pie de la segunda frontal (observaciones de Bechterew). Además, Schoefer ha confirmado la existencia de centros de movimiento de la cabeza, ojos y párpados (Beever y Horsley) en la región postfrontal y Schoefer en la región occipital. Según varios autores, esta diversidad de núcleos para los movimientos de los ojos explicaría la rareza de las oftalmoplejias corticales, comparada con la frecuencia de las parálisis corticales de la cara. También debe recordar el cirujano las otras localizaciones cerebrales admitidas con más o menos opositores, verbigracia:

Centro motor de los miembros: desde los trabajos de Holmer, Brodman, Campbell y Fleching, quienes han encontrado las células motoras gigantes de Betz en la circunvolución *frontal ascendente*, se tiende a localizar allí los centros del movimiento, de manera que la trepanación debe inclinarse un poco hacia el lóbulo frontal, sobre todo si se tienen en cuenta las localizaciones siguientes:

Centro cortical de la laringe—fonación,—en el *tálamo* o pie del *girus precrucial*, según Munk y Kause, y según Dejerine en la parte inferior de la *F. A.*, es decir, en la porción situada atrás del surco prerrolándico inferior llamado *opérculo frontal*. *Centro masticador*, entre el anterior y el de la cara.

Centro de la deglutición, en la vecindad del centro bucal (Bechterew y P. A. Ostancoff). Centros del *hambre* y de la *sed*: en la extremidad anterior del lóbulo temporoesfenoidal, cerca del *girus uncinatus*.

Centro del olfato: cuerno de Amón (Flesching) o circunvoluciones del hipocampo y del gancho (Gorschkoff).

Centro cortical del *nervio coclear*: en el pliegue de paso parietotemporal profundo (Brisaud), etc., etc.

La observación anterior pertenece a las que el médico debe operar buscando las localizaciones de la afasia, pero teniendo presente las nuevas doctrinas sobre la localización de la afasia motora en la zona *lenticular* y de la afasia sensorial en la zona de Wernicke y los trabajos de *Bernheim*. Resumimos brevemente:

Anteriormente localizábamos la memoria auditiva del lenguaje en la primera circunvolución, hacia atrás, del lóbulo temporal, y admitíamos que una lesión en este punto producía la *sordera verbal*; en la parte posterior de la tercera circunvolución parietal, en la vecindad del pliegue curvo, el centro visual de las palabras (*centro de la ceguera verbal*); en el pie de la segunda circunvolución frontal, el centro del lenguaje escrito (*centro de la grafía*); en el pie de la tercera circunvolución frontal, el centro del lenguaje articulado (*centro de Broca*). Debemos recordar que varios autores (Trousseau, Dejezine, Marie) intentaron reunir los dos centros anteriores en uno solo.

Desde los trabajos de Pierre Marie ha variado la localización de la afasia, y se han establecido dos nuevas zonas: la *lenticular*, limitada hacia adelante por una línea transversal que parta del surco anterior de la ínsula hasta el ventrículo lateral, y hacia atrás por otra línea que vaya del surco posterior de la ínsula al ventrículo lateral; sería cuadrilátera y comprendería el núcleo caudado, el núcleo lenticular, la cápsula interna y la externa.

Una lesión en esta zona produciría la afasia motora clásica.

La zona de Wernicke comprendería: el *girus supramarginalis*, el pliegue curvo y el pie de las dos primeras circunvoluciones temporales. La lesión en esta zona produciría la afasia sensorial (ceguera y sordera verbales).

Esto supuesto, observamos que la localización de Marie para la afasia sensorial no difiere mucho de la antigua, y que topográficamente,

en el cráneo, casi corresponde al mismo punto. Y respecto de la afasia motora por lesión en la zona lenticular, como ésta comprende la cápsula interna donde va el haz geniculado que pertenece a los movimientos del lenguaje y el haz motor, que corresponde a los movimientos de la escritura, tendríamos una afasia por lesión subcortical que está, hoy por hoy, fuera del dominio de la cirugía. Y si tumores de la corteza cerebral o de la pared craneana pueden producir esta afasia, su localización topográfica, en el cráneo, no estaría lejos del centro de Broca, y esto sólo le basta tener presente al cirujano.

Para el Profesor Bernheim, de la Facultad de Nancy, se deben tener en cuenta en toda afasia tres elementos: la percepción bruta (audición o visión); la percepción bruta con el recuerdo de haberla recibido otras veces, y la percepción con inteligencia de lo que significa; la primera parte—la percepción bruta—sería la localización auditiva que conocemos, en la corteza; la segunda sería susceptible de localización, y la tercera sería una función psíquica imposible de localizar. De manera que una lesión en el centro auditivo—*de la sordera verbal*—produciría solamente «lagunas en la memoria acústica de las palabras; los enfermos no encontrarían o encontrarían con dificultad la significación de ciertas palabras oídas; pero *esto no es jamás una sordera verbal completa y persistente*. Una frase o una palabra no comprendida es comprendida al día siguiente.» Los recuerdos sensoriales existirían en la zona psíquica, lejos de los centros de percepción bruta, con los cuales comunicaría por fibras de asociación. Según Bernheim

no se podría admitir para cada imagen visual o impresión auditiva una localización distinta en células diferentes, porque esto sería imposible, la especialización no estaría en la célula sino en la impresión producida, así como la lámina vibratoria de un teléfono reproduce timbres de voz distintos, según la haga vibrar la columna de aire que le impresiona. Las afasias con pérdida de la memoria auditiva o visual no serían corticales sino producidas por alteraciones en las fibras de asociación. Demuestra esto en los afásicos que perdiendo la facultad de oír la palabra no pierden el recuerdo del significado o del objeto que representan, verbigracia: en el Hospital Lariboisiere había un afásico al cual se le preguntaba si quería estar en el Hospital, y respondía que no entendía; pero si se le escribía lo mismo, inmediatamente respondía que *sí quería estar en el Hospital*. Es decir, repetía las mismas palabras que no oía; luego sí existía en el cerebro la imagen o el significado correspondiente. En las afasias sensoriales el enfermo oíría o vería, pero las fibras de asociación no comunicarían esta impresión a la esfera psíquica. Esto basta para poner en guardia al médico en las diversas afasias que puedan presentarse, para no buscar el tipo clásico, antes admitido. La observación de Bogotá que presentamos parece corroborar la teoría de Bernheim, porque si se le decía, por ejemplo: libro, la enferma no entendía; pero si se presentaba el objeto, buscaba con dificultad la palabra, y a veces la encontraba, y si no podía, al repetírsela, seguía pronunciándola varias veces.

En las parálisis de origen central se en-

cuentran casi siempre grandes dificultades para establecer el diagnóstico. Generalmente los enfermos llegan a la consulta después de mucho tiempo de sufrir la lesión, y ni pueden dar antecedentes, ni la familia los sabe apreciar ni el enfermo presenta los datos clínicos precisos e indispensables. Y establecida la parálisis resta establecer el diagnóstico de la causa patogénica para saber si se debe intervenir o nó. Un ligero resumen nos permitimos transcribir para no alargarnos demasiado, en relación con las tres grandes causas de lesiones cerebrales: la hemorragia, el reblandecimiento y los tumores.

TUMORES CEREBRALES	Pródromos: cefalalgia, vértigos, vómitos (sin náuseas, sin dolores). Es rara la hemiplejia total y completa: poco circunscrita, lenta. Monoplejias frecuentes. Epilepsia jacksoniana. Parálisis centrales de los nervios craneanos. Neuritis óptica (edema o estrangulamiento de la papilla). Hemianopsias. Parálisis oculares. Goma. Citodiagnóstico del líquido cefalorraquídeo casi siempre negativo.							
REBLANDECIMIENTO CEREBRAL	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="252 1065 335 1100">Brusco</td> <td data-bbox="377 1030 852 1121"> EMBOLÍA: sigue la carótida izquierda. Lesión a la izquierda: hemiplejia derecha. Afasia frecuente. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="242 1224 346 1259">GRADUAL</td> <td data-bbox="377 1188 852 1333"> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="377 1188 667 1241">ARTERITIS OBLITERANTE (sífilis).</td> <td data-bbox="687 1153 852 1333" rowspan="2"> (Pródromos): Pérdida de la memoria, delirio, palabra embarazada; excitación nerviosa. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="377 1241 667 1312">TROMBOSIS — (lesiones cardíacas; arterioesclerosis).</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	Brusco	EMBOLÍA: sigue la carótida izquierda. Lesión a la izquierda: hemiplejia derecha. Afasia frecuente.	GRADUAL	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="377 1188 667 1241">ARTERITIS OBLITERANTE (sífilis).</td> <td data-bbox="687 1153 852 1333" rowspan="2"> (Pródromos): Pérdida de la memoria, delirio, palabra embarazada; excitación nerviosa. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="377 1241 667 1312">TROMBOSIS — (lesiones cardíacas; arterioesclerosis).</td> </tr> </table>	ARTERITIS OBLITERANTE (sífilis).	(Pródromos): Pérdida de la memoria, delirio, palabra embarazada; excitación nerviosa.	TROMBOSIS — (lesiones cardíacas; arterioesclerosis).
Brusco	EMBOLÍA: sigue la carótida izquierda. Lesión a la izquierda: hemiplejia derecha. Afasia frecuente.							
GRADUAL	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="377 1188 667 1241">ARTERITIS OBLITERANTE (sífilis).</td> <td data-bbox="687 1153 852 1333" rowspan="2"> (Pródromos): Pérdida de la memoria, delirio, palabra embarazada; excitación nerviosa. </td> </tr> <tr> <td data-bbox="377 1241 667 1312">TROMBOSIS — (lesiones cardíacas; arterioesclerosis).</td> </tr> </table>	ARTERITIS OBLITERANTE (sífilis).	(Pródromos): Pérdida de la memoria, delirio, palabra embarazada; excitación nerviosa.	TROMBOSIS — (lesiones cardíacas; arterioesclerosis).				
ARTERITIS OBLITERANTE (sífilis).	(Pródromos): Pérdida de la memoria, delirio, palabra embarazada; excitación nerviosa.							
TROMBOSIS — (lesiones cardíacas; arterioesclerosis).								
HEMORRAGIA CEREBRAL	Principio brusco. Apoplejía (pérdida del movimiento y del sentimiento). Convulsiones. Contracturas (se anuncian por la exageración de los reflejos). Desviación conjugada de los ojos. Elevación de la temperatura. Afasia muy rara. A veces hay hemianestesia, hemicorea y atetosis. Líquido cefalorraquídeo sanguinolento o amarillo.							

Los tumores cerebrales (tubérculos, gomas, cáncer, sarcoma, gliomas) entrarán cada día más y más en el dominio de la cirugía. Presentamos una observación de un glioma, probablemente (4^a observación).

Respecto de la hemorragia cerebral cortical, rara en verdad pero que suele presentarse, creemos que está ya en el dominio de la cirugía, siempre que el diagnóstico sea posible. En efecto, ya sabemos que las nociones sobre la irrigación arterial del cerebro se han modificado y que donde creíamos arterias terminales, sin anastomosis, se han encontrado algunas colaterales, y sobre todo la particularidad de que un mismo territorio cerebral esté irrigado por dos arteriolas distintas. Es cosa admitida que se puede cortar o explorar la masa cerebral; muchos cirujanos han extirpado parte de sustancia cortical; en las adherencias que se forman entre el cerebro y las meníngeas y el hueso en los viejos traumatismos, se forman muchos vasos nuevos, y en las intervenciones se destruyen, de seguro, muchos capilares de las circunvoluciones; y todo esto nos demuestra la riqueza de vasos cerebrales. De modo que en una hemorragia cortical el coágulo produciría lesiones semejantes a las producidas por las hemorragias de las meníngeas, y no hay ninguna contraindicación a la intervención. La dificultad del diagnóstico es grande pero no imposible, sobre todo si se apela al examen del líquido cefalorraquídeo. Y en las hemorragias internas no intraventriculares, que no son mortales y que matan por compresión, que probablemente también podría intervenir el cirujano.

Aquí llegamos a un punto importante que sometemos a la discusión del autorizado Cuerpo médico de este Congreso. *¿Puede el cirujano practicar la craneotomía exploradora con la misma facultad con que practica la laparotomía exploradora?*

Nosotros optamos por la afirmativa y sostenemos que es menos peligrosa que la laparotomía; que tiene indicaciones tan preciosas y precisas como aquélla; que es más fácil y que no tiene contraindicaciones importantes. En apoyo de nuestra tesis presentamos la 4ª observación, de tumor operado cuando el diagnóstico era casi imposible, y las observaciones siguientes:

Observación 8ª N. N., persona acomodada de la Sabana, se presentó en nuestra consulta con una hemiplejía y una afasia completa y con antecedentes que creímos de un reblandecimiento cerebral. Se acostó bueno, despertó a su familia con el ataque, en coma, con respiración estertorosa; duró varios días en ese estado, y a los seis días recobró el conocimiento, pero le fue imposible hablar, caminar y mover el brazo derecho.

Este señor había celebrado un contrato verbal con un amigo para que le trabajara cierta cantidad de semovientes que valían una respetable cantidad, y se desesperaba de no poder hablar y hacerse entender para hacer respetar sus derechos, porque el otro sujeto, cuando supo lo que le ocurría al enfermo, aseguraba que le había pagado el valor de las mulas. El paciente pedía la operación con gran ahinco. Las facultades intelectuales estaban intactas o más despiertas, entendía todo; leía perfectamente (no podía es-

cribir); corregía por señas cualquier equivocación en sumas de intereses que le correspondían; tenía un poco desviada la boca del lado opuesto de la parálisis; el brazo estaba en contractura contra el tórax; tenía algunos movimientos en la pierna y hasta podía dar pasos apoyado en una vara y otra persona que le sirviera de sostén. Se le advirtió que la operación no daba seguridad de éxito; insistió, y se le hizo.

Al levantar el casquete óseo se reventó una especie de quiste que dio gran cantidad de líquido; la duramadre y las otras meníngeas estaban adheridas al cerebro y al cráneo; en plena circunvolución había una cavidad pequeña de donde salía líquido; destruimos las adherencias; refaccionamos la duramadre y drenamos con gasa. El enfermo siguió arrojando tanto líquido a pesar de la posición —casi sentado,—que temimos por la vida, pues al día siguiente encontramos el lecho y hasta el piso mojados por los líquidos que habían salido durante la noche; cambiámos las gasas, y fue disminuyendo paulatinamente, y al segundo día desapareció por completo. Curó pronto de la herida. Los resultados inmediatos fueron relativamente importantes porque el enfermo pudo caminar sin necesidad de apoyo, movía el brazo un poco y algo también los flexores de los dedos, y pudo articular algunas palabras, pero como a gritos. No quedó contento con el resultado inmediato, y para eludir el pago total se fue sin decirnos hasta luégo. Posteriormente hemos sabido que este enfermo, sin saber a qué horas, recobró el uso de la palabra, reclamó sus animales y le atribuyó la curación a

unos remedios de un *tegua*, que casualmente había tomado días antes.

Es evidente que en este caso sería necesario demostrar que los centros del lenguaje del lado opuesto no fueron los que le permitieron la palabra, pero de todos modos la observación es sugestiva e importante.

Observación 9ª Un caso semejante a éste es conocido por eminentes médicos de Bogotá.

El señor N. N., de Bituima, sintió un día una dificultad para lanzar la pierna sobre el galápagos; se afanó un poco, pero resolvió esperar antes de consultar al médico; a los pocos días aumentó la dificultad y se extendió al miembro superior, y la parálisis se declaró después en la mitad derecha del cuerpo. Se hizo muchos remedios, y la hemiplejia permaneció sin ceder un ápice; al contrario, el brazo y la pierna se adelgazaron mucho.

En este estado nos llevó a verlo el señor don Polidoro Téllez, respetable miembro de su familia. Al examen encontramos la hemiplejia derecha, pero sin dificultad para hablar, y las facultades intelectuales intactas.

Aconsejámos un tratamiento antiespecífico, aun cuando no daba ningún antecedente, y le aplicámos una inyección de aceite gris, advirtiéndole que si notaba alguna mejoría debía insistir con un tratamiento enérgico. A los pocos días nos avisaron que podía flejar los dedos de la mano paralizada; hicimos otro viaje a la hacienda donde vivía, y le aplicámos la segunda inyección; pero como quedaba muy distante, le aconsejámos que se hiciera trasladar a Bogotá

o cerca de Anolaima, donde ejercíamos. Optó por esta población por las facilidades para comunicarse con su numerosa familia, y se hizo llevar en camilla. El día que llegó estuvo animado, pero al día siguiente notamos gran dificultad para articular las palabras, una verdadera anartria, y algún decaimiento intelectual y la cara muy congestionada. Esto nos alarmó, y advertida la familia, resolvió llamar a Bogotá varios médicos y especialistas notables.

El doctor Carlos Esguerra fue a Anolaima y opinó que en vista de la mejoría que se observó con las primeras inyecciones, se debía insistir en el tratamiento; lo mismo opinó el doctor Juan N. Corpas, quien también lo examinó pocos días después, y como aumentaba el sopor intelectual, el doctor Corpas llevó líquido cefalorraquídeo al laboratorio, pero el enfermo se agravó rápidamente, y cuando resolvieron la intervención ya nos pareció muy tarde, y el enfermo murió al día siguiente. Por generosidad de la familia se nos permitió practicar la autopsia, y encontramos un caso igual al descrito en la operación del enfermo de las mulas. Esta pieza la guardamos, y aun cuando el cerebro se ha retraído mucho, aún se distingue la pequeña cavidad a nivel de las circunvoluciones de la zona rolándica. Por falta de elementos no hemos podido hacer practicar un estudio histológico de este cerebro.

En Sonsón se nos presentó otro caso semejante.

Observación 10. Es un individuo hemipléjico y afásico que sufría un dolor sobremanera intenso en la cabeza; había sido alcohólico pero

no daba antecedentes sifilíticos. Diagnosticámos un reblandecimiento cerebral y rehusámos operarlo, declarándole que la intervención no daría resultado favorable de curación; pero insistió muchas veces, y en vista de que el tratamiento no le daba ningún alivio, lo trepanámos y encontramos el mismo caso del señor de la Sabana. Arrojó también una gran cantidad de líquido, pero con la experiencia adquirida no nos afanámos; curó rápidamente. Los dolores disminuyeron, pero el brazo no mejoró absolutamente nada; la pierna sí mejoró un poco porque podía encogerla en la cama con movimientos incoordinados. Después nos retirámos de esa ciudad y no hemos podido saber del enfermo.

Pero los casos anteriores son suficientes para demostrar que se puede prolongar la vida de un enfermo y aliviarlo con una intervención que si no da resultado inmediato no presenta ningún inconveniente. Y, por otra parte, creemos que los casos anteriores se refieren a *tumores parasitarios quísticos*. No hemos comprobado nuestro aserto con el microscopio porque operábamos perfectamente desprevenidos y no se nos ocurrió recoger el líquido, pero nos fundamos en los argumentos siguientes: Leuckart demostró que la *cisticercus celulosea* racemosas del cerebro era producida por embrión enquistado de la *tenia solium*. Este embrión hiere el encéfalo mucho más frecuentemente que los otros órganos; va por embolía del embrión *axacantus* partido del tubo digestivo. Los *equinococcus cerebrales* son frecuentes, debidos a los huevos de tenia de equinococo, favorecidos por los traumatismos

del cráneo. *Clemenceau*, el gran político francés, trae en su tesis treinta y seis (36) casos de quiste hidático cerebral, y *Audray* 18 trepanaciones para quistes hidáticos, con siete (7) curaciones. Además, hay quistes cerebrales por inclusión de la membrana epididimiaria (quistes dermoides).

Todos los colegas saben cuán frecuentes son en el país los casos de individuos que sufren de tenia y otros parásitos intestinales. En nuestra patología debemos imputar grandes estragos en nuestro pueblo a los parásitos intestinales. La anemia tropical nos lo está demostrando. En el Hospital pude observar un caso de muerte por ascárides en la vesícula biliar y en el mismo canal hepático, observación recogida por el doctor Jorge Martínez Santamaría, si no recuerdo mal. En el actual Congreso el doctor Joaquín Villamizar Peña presenta una observación de ruptura de hernia umbilical por ascárides, con fistula estercoral. Tocará a otros colegas comprobar la frecuencia de quistes parasitarios en el cerebro, que sostenemos.

Reconocemos, desde luego, la deficiencia de este estudio, que es un verdadero ensayo que inicia el camino para cuando los nuevos descubrimientos sobre los centros cerebrales y sobre la fisiología cerebral permitan un trabajo más completo.

Por hoy sólo nos parece que dejamos demostrado que el dominio de la cirugía sobre el cráneo y el cerebro aumenta cada día, y aseguramos que actualmente no tiene en Colombia el progreso que le corresponde.

Esperamos que con los traumatismos de la guerra pasada se enriquezca mucho la patología

del cerebro y que nuestros cirujanos, convencidos de la benignidad de estas intervenciones, nos traerán mucha luz y mucha experiencia en numerosos trabajos.

CONCLUSIONES

1ª La cirugía del cerebro debe ocupar puesto más importante en la medicina nacional.

2ª Se puede y debe emplear la trepanación exploradora como se emplea la laparotomía para el mismo fin.

3ª La cirugía cerebral es de gran benignidad.

4ª La epilepsia jacksoniana y demás afecciones que tengan localización cortical están bajo el dominio de la cirugía.

5ª Creemos que el cirujano está autorizado para trepanar en las hemorragias cuando el estado del enfermo lo permita.

6ª Creemos muy frecuentes las lesiones quísticas del cerebro de origen parasitario, punto que proponemos a la investigación futura del Cuerpo médico.

7ª La cirugía cerebral, en general, da resultados extraordinarios, que deben alentar a los cirujanos para buscar cuidadosamente en indicaciones y para intervenir sin pérdida de tiempo.

8ª No se deben buscar las afasias clásicas, porque lo común es encontrar tipos muy diversos, pero son una indicación de trepanaciones cuando el diagnóstico cortical es posible.

Salamina, julio de 1919.

EPIDEMIA DE TOS FERINA

y un concepto sobre el resultado de la aplicación de la vacuna pertussis.

POR EL DOCTOR GUILLERMO MÁRQUEZ (de Bogotá).

(Presentado al cuarto Congreso Médico reunido en Tunja).

De oportunidad nos ha parecido hablar de la epidemia de tos ferina actual, más que todo con el propósito de comunicar la impresión que en nosotros ha dejado la aplicación de la vacuna pertussis, sobre cuyos resultados, buenos o malos, no todas las opiniones están conformes, y sería de suma utilidad si lográsemos fijar algo preciso a este respecto, tanto por su trascendental importancia, que a nadie se escapa, como por saber a qué atenernos.

Importada por las vías del Norte y Occidente tenemos la tos ferina en Bogotá desde fines del año pasado, casi a raíz de la epidemia de gripe, de infausto recuerdo. Al principio se presentó por casos aislados, revistiendo la forma paroximal atenuada de Roger, con grave recrudescencia en estos últimos meses después de una epidemia de rubéola, bastante extendida pero de corta duración. El hecho de haberse presentado la epidemia de una manera velada por casos aislados y apenas perceptibles que no hacían pensar siquiera en los medios prudentes de contagio, hizo que la epidemia se desarrollara en todo su vigor con caracteres de alarmante gravedad, como aconteció en Cajicá, donde la

tos ferina revistió caracteres de contagiosidad y virulencia inusitados, según una interesante comunicación que sobre el particular hizo a la Sociedad de Pediatría el doctor Manuel Antonio Rueda. Tan brusca fue la aparición de la tos en esa población que el período de incubación no pasaba de tres días y los períodos catarral y quintoso se sucedían a muy cortos intervalos. En Bogotá hemos observado períodos de incubación más largos, hasta de veinticinco días. Los factores de la transmisión han sido sin duda el contagio directo y más por la receptibilidad mórbida de los organismos de los niños que por la virulencia del germen, pues en estos últimos meses es cuando más violenta se ha mostrado la enfermedad y la epidemia más bien tiende a decrecer en extensión. Hemos observado mucho más frecuente el contagio en el período de catarro, menos en el de los quintos; esto lo hemos comprobado en el Hospital de la Misericordia, en donde no se ha visto caso ninguno de contagio hospitalario, porque los niños son llevados allí tarde en el período avanzado de los quintos. La transmisión por contagio indirecto, tan sólo una vez nos ha parecido evidente; probablemente se debe esto a que el germen, como se sabe, es poco resistente fuera del organismo. Hemos observado la enfermedad en todas las edades desde cinco días hasta en la edad madura, en niños y niñas, hombres y mujeres, muchísimo más, por supuesto, en los niños de uno a siete años.

Bueno será sentar como fundamento científico del tratamiento por la vacuna de que luego trataremos, la naturaleza específica de la

enfermedad, determinada por el bacilo Bordet y Gengou, que tantas discusiones ha suscitado, comprobada por Mally y Horner, quienes encontraron a la autopsia de niños muertos de tos ferina el bacilo de Bordet y Gengou en la mucosa, las pestañas vibrátiles y el epitelio de la tráquea y de los bronquios, como también en el corazón. Parera ha igualmente demostrado la especificidad del bacilo por la reacción de desviación del complemento, reacción que ha servido para separarlo del bacilo de la gripe, al que tanto se parece.

Nada particular que no se sepa hemos observado en los síntomas clínicos de la enfermedad; entre sus diversas formas encontramos con bastante frecuencia la hipertóxica de Roger y la asfixia de los recién nacidos, con la particularidad de haberla visto en niños de más de dos años y con una tenacidad en la sucesión de las asfixias que nos obligó a mantener activa y sin interrupción la respiración artificial por el espacio de tres horas.

Entre las complicaciones las más frecuentes han sido las pulmonares y cerebrales—más de las primeras,—de causa mecánica o infecciosa, cosa muy explicable por los caracteres fisiológicos del quinto con su contracción de la glotis, debida a la irritación del nervio laríngeo superior, y por consecuencia la acianosis de los centros bulbares, cuya excitabilidad es disminuída; y por tanto también, el espasmo espiratorio. Los músculos inspiradores entran en acción solicitados a contraerse por la ligera asfixia del bulbo, y entonces el aire se precipita violentamente en el tórax

y produce esa respiración sonora tan característica, respiración salvadora por cierto. Bien se comprende que la frecuente sucesión de estas asfixias momentáneas venga a determinar en los pulmones la éstasis sanguínea por la dificultad de la circulación de vuelta y en el cerebro la congestión de los vasos por el excesivo aumento de la presión intracraneana, aumento que puede llegar hasta la ruptura de arterias importantes, como sucedió a un enfermo del doctor Rueda, muerto rápidamente de una hemorragia por ruptura de uno de los colaterales de la arteria cerebral media izquierda, lesión comprobada por la autopsia.

Como vemos, se encuentran reunidas así todas las condiciones de menor resistencia para favorecer, en grado máximo y de una manera secundaria, la infección del árbol aéreo, la del cerebro y sus envolturas. No puedo pasar inadvertido un caso de encefalitis no supurada, con toda la apariencia de una meningitis tuberculosa, enfermito muy grave del doctor Calixto Torres, al cual un feliz tratamiento por las vacunas le volvió la salud no sin el riesgo de una esclerosis cerebral que muy bien pueden originar estas encefalitis. La nefritis urisémica tan sólo una vez la encontramos.

Respecto del modo como evoluciona la enfermedad, hemos hecho esta observación en lo general: como ha comenzado sigue, bien benigna o bien grave. Esto nos parece un dato muy importante para el pronóstico. Abordemos ahora sí la más importante cuestión, la relativa al tratamiento por la vacuna pertussis:

No nos detendremos en el análisis de este método de la vacunoterapia, o mejor, bacteroterapia—por ser bacterias muertas las que se introducen al organismo,—cuyo objeto en principio consiste en lograr la protección del organismo, es decir, su inmunidad, produciendo reacciones defensivas por medio del empleo de un virus hecho inofensivo por el calor, la adición de sustancias antisépticas o por autólisis, que obra como antígeno y estimula las células del cuerpo del paciente provocando de esta suerte la formación de anticuerpos específicos. Solamente indicamos el empleo que hemos hecho de la vacuna pertussis, que, como se sabe, es suspensión de bacterias muertas en suero fisiológico. Esta vacuna, la proveniente de Parke Dawis, la comenzamos a usar en la epidemia de tos ferina que apareció con caracteres de suma gravedad en la ciudad de Bogotá, hacia mediados del año de 1916; entonces las dosis de las vacunas eran pequeñas, de 50 a 1,800.000,000, y no obstante tuvimos resultados muy satisfactorios y en algunos casos verdaderos éxitos.

Algunas de esas observaciones figuran en la tesis de nuestro colega doctor Leopoldo Cajiao, importante monografía que le valió merecidos elogios. La enseñanza que nos dejó en ese entonces la experimentación de la vacuna fue de que era el tratamiento que mejores resultados daba y que en cierto modo venía a llenar un vacío en la terapéutica harto incierta de esta enfermedad. En la epidemia actual hemos empleado con bastante suerte la vacuna pertussis proveniente de los Laboratorios de Higiene de los doctores Martínez y Samper en Bogotá, Mulfford,

Parke Dawis y Lederle de Nueva York, mucho más de la de los primeros nombrados, y casi siempre nos ha dado un resultado muy favorable tanto en sus reacciones curativa como preventiva. Para expresar este personal concepto, meditámos mucho sobre las aplicaciones de la vacuna, revisámos atentamente nuestras anotaciones de los casos vacunados en ésta y en otras epidemias, y con imparcialidad y justo criterio hemos apreciado su real valor. Confirmamos nuestro aserto consignando los datos estadísticos sobre los casos de esta enfermedad que de marzo a esta parte hemos tratado por la vacuna pertussis, como lo demuestran los cuadros siguientes.

Como vemos, este resultado si no se puede llamar brillante, a lo menos sí es muy satisfactorio, sin que por supuesto quiera decir esto que no se hayan presentado verdaderos fracasos de la vacuna; ciertamente los ha habido, y nosotros mismos los experimentámos, y más de una ocasión hemos debido dolernos de su aplicación. Estos malos resultados han hecho que se siembre la desconfianza en el público por la vacuna, y a nuestros oídos han llegado frases como estas: «no sirve para nada»; «eso no resultó»; «mis hijos no tenían la tos, les pusieron la tal vacuna y les dio»; «doctor, mi hija no tenía casi tos, y con la vacuna se ha agravado mucho más,» etc., etc. Frases bastante capaces para desacreditar una medicina heroica en muchos casos, si los encargados de encauzar la verdadera opinión en la materia no tratásemos de buscar las causas que motivaran tales sentencias. Para nuestro parecer la culpa de este aparente insuceso no está en la

RESU

117	Número de enfermos.	
543231147429595828	Agudas simples.	Forma de la enfermedad.
	Graves complicadas.	
	Preventivas.	
147429595828	De menos de un año.	Edades.
	De uno a cuatro años.	
	De cinco a nueve años.	
595828	Hombres.	Sexo.
	Mujeres.	
34541	Preventiva.	Clases de vacuna.
	Preventiva polivalente.	
	Curativa simple.	
	Curativa combinada.	
De 1 a 18 días	Duración del tratamiento.	
	De a 1.	Número de inoculaciones.
	De a 2.	
	De a 3.	
	De a 4.	
	De a 5.	
	De a 6.	
	De a 7.	
	De a 8.	
5		

Término medio, nueve días.

MEN

Dosis.										Resultado de la preventiva.		Resultado según la clase de vacuna curativa.							
												Curativa simple.				Curativa polivalente combinada.			
De a 250 millones.	De a 500 millones.	De a 1,000 millones.	De a 1.800 millones.	De a 2,000 millones.	De a 2,500 millones.	De a 2,800 millones.	De a 3,000 millones.	De a 3,500 millones.	De a 4,000 millones.	Positivo.	Negativo.	Curación.	Mejoría.	Negativo.	Muerte.	Curación.	Mejoría.	Negativo.	Muerte.
5	1	1	6	5	7	5	1	6	1	28	3	26	5	11	3	22	12	3	4
Porcentaje..										93,54	9,67	57,77	11,11	24,44	6,66	53,65	29,24	7,30	9,75
																Curación.	Mejoría.	Negativo.	Muerte.
Total del resultado de la vacuna curativa.....																48	17	14	7
																55	19	16	8,39
																86	56	25	

vacuna por sí misma, ni en su clase, ni en su procedencia, sino en la forma de la vacuna empleada, de la oportunidad de su aplicación y de la intensidad de la dosis requerida para cada caso particular. En efecto, la vacuna que más hemos usado aquí ha sido la proveniente del Laboratorio de Higiene, muy bien elaborada con todas las garantías de técnica y de pureza que no dejan nada que desear, como que su preparación está bajo la inmediata dirección de verdaderos técnicos, los muy hábiles doctores Martínez y Samper.

Esta vacuna es preparada con cultivos de una sola raza de bacilos de Bordet y Gengou; es, podemos decir, una vacuna simple. Esta clase de vacuna obra bien como preventiva y también como curativa, siempre que se emplee desde los primeros días de la aparición de la tos, que es cuando se encuentra el bacilo de Bordet y Gengou en las mucosidades expectoradas, pues más tarde parece va desapareciendo, quedando sólo en acción las toxinas secretadas por los bacilos de asociación. Otro elemento en esta clase de vacunas que aumenta el poder inmunizante del antígeno es la polivalencia, a lo menos así lo consideran los ingleses. Para obtener la vacuna polivalente se emplean estirpes distintos de un mismo organismo obtenidos de cultivos procedentes de diversos focos de infección, porque así como en los vegetales superiores se conocen muchas variedades de una misma especie, así también en cada especie microbiana hay que considerar variedades o razas con propiedades bioquímicas variables, y es esta polivalencia la

que da a las vacunas su mayor eficacia. Clínicamente así lo hemos visto en algunos casos hipertóxicos desde un principio, y en los cuales usamos la vacuna polivalente de «Lederle.» Ahora, en las formas graves de tos ferina, es decir, las asociadas en las cuales las complicaciones son las que dominan, debe emplearse más bien la vacuna combinada con cultivos de otros microbios como el pneumococo, el bacilo de la gripe, estreptococo, estafilococo, bacilo catarralis. Sin embargo se estudia en estos momentos el valor positivo de estos bacilos, los cuales parece determinan más bien reacción preventiva que curativa, a lo menos en lo referente al pneumococo, y esto según la forma de éste.

El momento de su aplicación es una circunstancia que debe tenerse en cuenta, pues si la vacuna preventiva es aplicada al niño estando ya la enfermedad en incubación—cosa muy difícil de sospecharlo siquiera por el largo período de incubación que puede alcanzar la enfermedad,—ésta se desarrollará más prontamente, debido a la fase negativa que sabemos determina la vacunación. Si en un caso de principio hipertóxico empleamos la vacuna simple, no nos dará tan feliz resultado como la polivalente, más activa y por consiguiente más eficaz. Ahora, si en una forma asociada tardía usamos la vacuna curativa simple o aun la polivalente, probablemente no conseguiremos lo que deseamos, porque no llenamos bien la indicación. En tales casos sería mejor valerse de una vez de la vacuna combinada. Y en cuanto a la intensidad de la dosis requerida, es de vital importancia alcanzarla, puesto que

sin ella no se logra la resistencia del organismo, que es lo que constituye la buscada inmunidad.

Bien es cierto que esta dosificación es muy difícil, pues aun cuando teóricamente el índice opsónico de la sangre es la guía segura para determinar la frecuencia y la cantidad de las dosis, en la práctica no resulta, y hay que atenerse para llegar a cubrir la dosis necesaria a la mayor o menor exactitud que nos sea dado obtener por la justa observación de las manifestaciones clínicas.

El tino del médico estará pues en la juiciosa interpretación de cada caso particular, teniendo en cuenta la edad del enfermito, la susceptibilidad de su organismo, la naturaleza de la infección, su intensidad, en una palabra, el tipo de la infección así como su calidad más o menos virulenta.

Socialmente hablando estimamos que una de las causas que en el público ha obrado para considerar ineficaz la acción de la vacuna es la de que la casi totalidad de las personas aguardan un resultado tan infalible como la de la vacuna variólica, o tan inmediato como la del suero antidiftérico, error muy explicable que los médicos estamos obligados a aclararles.

La vacuna no obra como un antiséptico o un antídoto: nó, es el organismo mismo el que, solicitado a su defensa por el antígeno vacunante, secreta sustancias, modifica su sangre y confiere a este líquido nuevas propiedades inmunizantes. De manera que la inmunidad resulta no de una simple impregnación por productos útiles, sino de una reacción vital de las células del

cuerpo contra los productos nocivos; en una palabra, se produce una inmunidad activa. Ahora, esta inmunidad se obtiene por un procedimiento indirecto que demanda tiempo para llegar a colocarse en capacidad de resistir a la infección. No puede pues establecerse una inmunidad inmediata, como sucede con los sueros que impregnan el organismo y determinan consecutivamente una inmunidad pasiva; necesita de algunos días para desarrollarse; en cambio, ya una vez establecida, persiste por largo tiempo. La inmunidad pasiva es inmediata, pero desaparece pronto. La vacuna es, sobre todo, un medio profiláctico, mientras que el suero es principalmente un medio terapéutico; obra como un antídoto específico.

De lo expuesto nos es dado deducir que quizás se ha juzgado aparentemente el éxito de la vacuna, sin que en realidad haya fundamento clínico para ese desprestigio. En consecuencia, lógicamente podemos concluir que la vacuna pertussis, por la naturaleza de su constitución, sus efectos sobre el organismo, los cuales consisten en una detención de la enfermedad, pues el catarro mejora sensiblemente, los fenómenos espasmódicos se marcan menos, los quintos disminuyen de frecuencia e intensidad, en una palabra, la evolución de la enfermedad se modifica de modo favorable desde el principio, y su duración queda siempre acortada. Por los beneficios patentes obtenidos podemos concluir que es el agente terapéutico más racional, más científico, así como el más seguro de cuantos hasta el presente tenemos para el tratamiento de la tos ferina, y del cual el médico, creemos, no puede voluntariamente prescindir.

No vacilamos pues en aconsejar su empleo, no sin permitirnos recordar que para la científica, exacta y oportuna aplicación de la vacuna, debe el médico colocarse a la altura del problema que le toque resolver, empleando un criterio de apreciación apropiado a las circunstancias. Así determinará los casos en que debe hacerse el tratamiento y el momento de aplicarlo; y sabiendo que la vacuna, como todas las de su género, coloca al individuo en un estado de anafilaxis, luego de su inoculación, que lo hace más vulnerable al ataque de la infección, no deberá emplearla en organismos muy debilitados, caquéticos e incapaces, probablemente, de soportar la reacción; y por la misma razón, cuando se tema o se esté en riesgo de grave complicación, que fácilmente podría anticiparse por causa de una aplicación intempestiva.

Determinará igualmente la clase, mejor la forma de vacuna, para cada caso en particular, ya sea la simple, proveniente del Laboratorio de Higiene de los doctores Martínez y Samper, ora la polivalente o la combinada de los Laboratorios Parke Dawis, Lederle, o Mulford, que tiene un número de bacterias que va de 250 a 2,000 millones, 1,800 millones, 375 a 3,000 millones, respectivamente, elevando si fuere necesario, sin temor, la dosis (6,000 y más millones), a fin de producir la resistencia del organismo, sin caer, por supuesto, en una temeraria insistencia, queriendo imponer, a todo trance, a un sistema debilitado, agotado, incapacitado, el trabajo, superior a sus fuerzas, de producir sus propios anticuerpos.

Bien entendido sea que nada absoluto hay a estos respectos. Cuestiones son estas sometidas a diario examen y por consiguiente sujetas a posibles rectificaciones.

Para terminar este somero estudio, debemos advertir que no por el hecho de haberse adoptado este tratamiento, debamos descansar tranquilos, esperándolo todo de su acción curativa. Nó, no podemos ni debemos concretarnos a eso únicamente; emplearemos conjuntamente el tratamiento general y los medios higiénicos necesarios para la eliminación del foco de infección, para lo cual presentaremos la debida atención a los factores de asociación; vigilaremos las complicaciones, teniendo en cuenta el estado general del paciente y las condiciones que lo rodean, etc., etc.; nos valdremos de recursos terapéuticos apropiados ya conocidos (antisépticos, expectorantes, antiespasmódicos). El *pheno-colle* nos ha dado muy buenos resultados como moderador de los quintos.

Nos permitimos recomendar, a título de ensayo, las inyecciones de azúcar; cuyas propiedades antisecretoras ha querido aprovechar, inteligentemente, el doctor Jorge Bejarano para el tratamiento de la enfermedad materia de este estudio, pensando él, sin duda, que es más bien por esa propiedad antisecretora como obra el famoso remedio de Trousseau: la belladona.

OBSERVACIONES

Cuatro casos de bronconeumonía muy grave.
Curación rápida, V. C. C.

Dos casos muertos. Bronconeumonía, focos diseminados. Habitación estrecha, húmeda; ahí mismos cocinaban y planchaban, V. C. C.

Un caso de bronconeumonía grave. Curación. Se usaron además de la vacuna combinada, los filacógenos de infección mixta.

Un caso de difteria asociada, aplicación del suero. Quintos violentos. Notable disminución de éstos después del suero. Curación, V. C. S. y suero antidiftérico.

Dos casos. Quintos muy frecuentes y violentos. Disminución de ellos después de la tercera inyección, V. C. S.

Tres casos. Quintos violentos y frecuentes, disminución de ellos después de la tercera vacuna, V. C. C.

Un caso de bronquitis capilar. Curación, V. C. C.

Diez y nueve casos. Tos aguda. Reacción tardía, V. C. C.

Nueve casos. Tos aguda. Reacción tardía, V. C. C.

Dos casos. Vómitos rebeldes. Cesación de ellos después de la cuarta inyección, V. C. C.

Un caso. Curación inmediata, V. C. S.

Un caso. Curación inmediata, V. C. C.

Un caso. Curación resistida, V. C. S.

Un caso. Curación resistida, V. C. C.

Cuatro casos. Resultado negativo. Suspensión de las inoculaciones después de la primera. Tres meses después todavía persistía la tos en períodos de quintos.

Cuatro casos de asfixia precoz, dos terminaron por meningitis, uno por hemorragia cere-

bral y otro por asfixia. Dos con V. C. S., y dos con V. C. C.

En cuatro casos se agregó a la V. C. S. la vacuna variólica. Curación inmediata.

En dos casos se agregó a la V. P. C., la variólica. Curación inmediata.

MORTALIDAD

Datos tomados del *Registro Municipal*.

Mes de enero	1
Mes de febrero	2
Mes de marzo	3
Mes de abril	10
Mes de mayo	32
Mes de junio	24
Mes de julio	30

Total en seis meses 102

UN CASO DE GENU VALGUM

POR EL DOCTOR JOSÉ IGNACIO VERNAZA (de Cali).

(Trabajo para el cuarto Congreso Médico de Colombia, reunido en Tunja).

Si bien es cierto que nada es nuevo bajo el sol, también lo es que muchas de las enfermedades que aprendemos en los libros, nunca, o casi nunca, se presentan a nuestra observación. ¿Es efecto del medio restringido en que actuamos o ausencia de casos, como solemos decir los profesionales? Sea lo que fuere, es la verdad que cuando llegamos a encontrar un caso raro y digno de estudio y análisis, sentimos la natural satisfacción que debe sentir el coleccionador o el bibliógrafo que encuentra el incunable en olvidada biblioteca.

Sirvan las líneas anteriores para recomendar esta observación que presento al estudio de mis colegas que han de formar en Tunja el cuarto Congreso Médico Nacional, como un homenaje de respeto y veneración a los fundadores de la República en su primer centenario de vida independiente.

*
* *

Antecedentes—En el mes de diciembre de 1918 presentóse en el Hospital de San Juan de Dios, de Cali, un joven que dijo llamarse Domingo Popó. Venía con una úlcera en el tercio inferior de la pierna derecha; su aspecto era más bien de miseria fisiológica, y fuera de la úlcera,

nada raro ni anormal se le notó en su organismo.

Sometido al tratamiento de rigor para este género de dolencias, permaneció en el Hospital como uno de esos enfermos que tan a menudo se hacen huéspedes permanentes de una clínica. Enfermos hasta los cuales llega de ligero el médico diariamente, a tiempo de pasar la visita, ve su estado estacionario, modifica la fórmula y espera a que el organismo secunde la defensa. Se sabe cuán desagradable, por su rebeldía, es el tratamiento de una úlcera.

Pasados tres meses, durante los cuales el enfermo siguió su curso en el Hospital, la Hermana encargada del servicio de la sala observó que la pierna en donde este joven tenía su úlcera, habíase torcido ligeramente, de como fuera vista por ella en los primeros días. El joven a quien le preguntó la inteligente observadora si antes tenía su pierna buena, le contestó que la tenía perfectamente recta y que el mismo había observado durante su permanencia en el Hospital que esa pierna se le estaba torciendo.

Una mañana, transcurridos ya seis meses, tiempo durante el cual el enfermo siguió sometido a diversos tratamientos para curar su úlcera, a tiempo que el Médico Jefe del Hospital, doctor Pedro Pablo Scarpetta, pasaba la visita cotidiana, vi por primera vez este enfermo, cuyo estudio me fue encomendado por el doctor Scarpetta.

Interesado por la importancia del caso, inmediatamente procedí a efectuar el examen clínico, y de su resultado obtuve los siguientes datos:

Domingo Popó, de diez y siete años de edad, es natural de Yurumal, sitio perteneciente al Municipio de Jamundí, en el Departamento del Valle. De raza negra; su padre murió de disenteria, y a su madre, que vive, junto con tres hermanas mayores que él, no les ha conocido ninguna enfermedad. Un hermano murió pequeño.

Tuvo paludismo que le duró más de un año. Es de anotar que la región de Yurumal, enclavada en el riñón de la selva caucana, es palúdica como pocas, cercana al río, en donde los mosquitos pululan a millares. Fuera de cefalalgias constantes y una inapetencia que lo acompaña desde muy niño, no presenta en sus antecedentes hereditarios nada anormal.

Al examen general se encuentra una cabeza asimétrica, llamando la atención el lado izquierdo de la cara por ser más desarrollado. La región del tórax es prominente, tórax *abombado*, que midió 71 centímetros de circunferencia en la región intermamelar, y 74 por sobre el reborde de las falsas costillas. Como se ve, para un joven de diez y siete años, anémico a consecuencia de su viejo paludismo, así como por las pésimas condiciones higiénicas y alimenticias en que ha vivido, es un tórax anormal. Un joven de esa edad y en este clima, no mide más de 65 centímetros de circunferencia torácica en la raza blanca y 63 en la negra, pues con raras excepciones los jóvenes de color negro en esta misma edad son más bien cenceños. De la horquilla externa al apéndice xifoideo midió $15\frac{1}{2}$ centímetros.

En el miembro inferior derecho y estando de pie el paciente, se nota a la simple vista una

desviación de la pierna hacia afuera y una salida de la rodilla hacia adentro, con integridad de los movimientos de la articulación. Para comprobar esto último, hago caminar al enfermo, subir y bajar, y noto también la tendencia a tomar como punto de apoyo el borde interno del pie, levantando el borde externo, lo cual hace que dicho pie presente la forma de una ese (s), como puede verse en el diseño que se acompaña. Esto se debe, según lo observa Mac Ewen, al movimiento de rotación que lleva la punta del pie hacia afuera y obliga al enfermo a apoyarse en la cara interna del talón.

Al tacto se nota muy desarrollado el cóndilo interno de la tibia, que mide $28\frac{1}{2}$ centímetros de circunferencia; la rugosidad y el tercio superior de dicho hueso, muy desarrollados, miden 34 centímetros de circunferencia, que da un aumento de 3 centímetros sobre la circunferencia de la misma región en la pierna izquierda; la rótula está ligeramente desviada hacia afuera. El enfermo dice que no siente dolor cuando camina hasta unas seis o siete cuabras, pero que después de unas diez, experimenta cansancio y fatiga, y en ocasiones dolor, que suele presentarse también en algunas mañanas al despertar, sintiendo entonces (dice él), como que se le esponja la pierna. Se procede a medir esta pierna, y da, desde la espina ilíaca a. s. a la punta del dedo mayor una longitud de 103 centímetros. Medida la pierna izquierda, tomando como puntos de comparación los mismos, se encuentran $100\frac{1}{2}$ centímetros.

El enfermo, visto por detrás, parece una letra *k*, con su pierna izquierda recta, y la derecha que forma un ángulo de cima interna a nivel de la rodilla; como simula una *x* el doble *genu valgum*.

Para apreciar el grado de desviación, dice el profesor Builly, se aproximan las rodillas hasta ponerlas en contacto y se mide la separación que existe entre los maléolos internos, y para saber la desviación de una sola pierna, se mide la distancia que hay entre el maléolo interno correspondiente y una vertical que pasando por la sínfisis pubiana venga al plano medio de la base.

Como nada raro anoto en ninguno de los otros órganos, cumpliéndose las funciones de éstos normalmente, procedo a efectuar el diagnóstico, el cual, controlado por la consulta que hago en varios clásicos, es el de un *genu valgum* o pierna patizamba.

Etiología—La causa de esta enfermedad ha sido muy discutida por los patólogos. Yo, sin entrar en honduras patológicas y guiándome por el criterio clínico que creo más en armonía con la naturaleza de la enfermedad, acepto con Mac Ewen el *raquitismo*, única tesis sostenible con mejores probabilidades de triunfo desde el punto de vista científico. Bien sabido es cómo el raquitismo da al esqueleto de los adolescentes esa maleabilidad de los huesos, especialmente en los huesos largos. Roto el equilibrio del cuerpo por este estado patológico, viene a recargarse el peso sobre las palancas óseas que forman el miembro abdominal, y produce las naturales deforma-

ciones que se ven en el *genu valgum*. Es un hecho aceptado hoy que para llegar a semejante estado de malformación, también obran los ligamentos y los músculos, notándose, al efecto, la retracción del ligamento lateral externo de la articulación, el estiramiento del ligamento interno, la contractura del biceps y el alargamiento de los músculos antagonistas.

En el caso especial que estudiamos, ninguna otra causa etiológica explicaría satisfactoriamente este mal. Un pobre joven, nacido en un medio palúdico, que sufrió las consecuencias de éste y que no pudo activar su nutrición orgánica, tiene que ser un raquítico. Podría objetárse nos que entonces debieran ser más frecuentes los casos de este mal en climas palúdicos; pero esto, por probar demasiado, no prueba nada. Tampoco se presenta este mal en adolescentes que han vivido en medios tan propensos al raquitismo como un clima palúdico. Ejemplo: el pueblo bajo de Bogotá, en donde todos sabemos la miseria en que son criados los niños. Y así como varios individuos, colocados en idénticas circunstancias de clima, etc., no son atacados del mismo mal, de la misma manera el raquitismo no producirá necesariamente el *genu valgum*.

Anatomía patológica—Dos factores obran en la anatomía patológica del *genu valgum*, según Mac Ewen: el crecimiento en longitud del cóndilo interno del fémur, y una curvatura hacia adentro del tercio inferior del mismo fémur. Esto viene a dar por resultado el descenso del cóndilo interno y el ascenso de el externo. La sola curvatura suele observarse como único factor.

La lesión de la tibia consiste en un crecimiento de materia ósea sobre el lado interno de la diáfisis en su extremidad superior. Puede existir un cierto encurvamiento anterior del hueso en el tercio medio e inferior. Estas deformidades se producen siempre en la infancia.

Tratamiento—Dado el debilitamiento de este enfermo a consecuencia de la úlcera que padece, se le ha sometido a reconstituyentes, pero sin ensayar hasta el presente ninguno de los procedimientos quirúrgicos ni manuales que serían de rigor. Como se tiene que recurrir necesariamente a uno, me inclinaría, en primer lugar, a los procedimientos suaves y lentos de ortopedia. Esto sería lo más racional en un paciente de las condiciones del que nos ocupa. Combinado este tratamiento con uno reconstituyente, aun cuando es verdad que se efectúa en muy largo tiempo, me parece que sea el que puede dar mejores resultados.

De los dos quirúrgicos, osteotomía u osteoclasis, podría recurrirse a este último; pero no existiendo en el Hospital la máquina de Collin ni la de Robin de Lyon, hay que desecharlo por carencia de medios. La osteotomía o sección del hueso encurvado, tal como la aconseja Mac Ewen, osteotomía supracondiliana, con su correspondiente y posterior inmovilización en un aparato enyesado, sería lo mejor y a ella tendremos que llegar. Lástima, sí, que no se pueda conseguir la operación comprobatoria del presente caso, por no haberse practicado todavía.

Cali, junio 23 de 1919.

HISTOFISIOLOGIA PATOLOGICA

e importancia del diagnóstico de las gastropatías de origen ulceroso.

POR EL DOCTOR JOAQUÍN LOMBANA (de Bogotá)

(Presentado al tercer Congreso Médico Nacional reunido en Cartagena).

La hipersensibilidad hereditaria exterioriza el órgano reactivo; la idiosincrasia es congénita, no provocada como la anafilaxis.

Fundados en este razonamiento consideramos para el caso al estómago como el órgano de menor resistencia, y basamos el estudio de esta clase de gastropatías en la dinámica de su irrigación y en los nexos vasculares y nerviosos que lo ligan a los órganos de funciones diversas que lo avecinan y que por una causa perturbadora cualquiera tienen forzosamente resonancia sobre él.

Veamos cómo concebimos el proceso: hay congestiones activas peflegmáticas; congestiones pasivas y congestiones que pudiéramos llamar por disfunción, despertadas por hipersensibilidad orgánica hereditaria y mantenidas por circunstancias especiales transitorias o definitivas y que pueden sostenerse por los hábitos o por las profesiones.

Es a esta última forma a la que deseamos llamar la atención. ¿Que ocurre en un órgano que funciona exageradamente? Hay vasodilatación,

aflujo de sangre arterial y lentitud en la corriente de salida o venosa; si la afluencia continúa, el órgano debe aliviarse, pero la circulación quedará perturbada si la corriente de salida encuentra obstáculo a su paso. Ahora, como el sistema de la vena porta, al cual nos referimos, es especial, tiene sus ramas en el hígado, su tronco en la reunión de las venas que parten de sus raíces y que antes de alcanzar el tronco, recorren las paredes del estómago; si hay congestión o espasmo en el hígado, habrá perturbación en las raíces; pero como la distribución vascular es fija, en cada una de las vísceras, bazo, intestino, que se encuentran en las raíces, las consecuencias estarán localizadas en cada una de ellas y naturalmente tendrán resonancia sobre el estómago, al cual recorren, como veremos luégo.

Insistiremos especialmente sobre la irrigación venosa del estómago, que es la que nos puede dar más luz en el asunto; como dijimos, esta víscera está recorrida por las venas que van a formar el tronco de la porta. Veamos qué vísceras se encuentran en torno del estómago: el hígado, el bazo y el intestino.

Hígado—Como dijimos, encierra las ramas de la vena porta y a él se refieren casi todas las enfermedades de la nutrición. La complejidad de sus funciones perturbadas parcial o globalmente deben comprometer la economía de una manera seria; el hepatismo en sus diferentes fases y que puede considerarse como una localización hepática de la arterioesclerosis, convierte al individuo en un retardado, y las consecuencias de la meyo-pragia empiezan a aparecer en las múl-

tiples funciones de hidratación y de reducción de que es asiento el hígado, y habrá, según el predominio de disfunción en los lóbulos ya derecho, ya izquierdo, respectivamente, manifestaciones de colihemia y predominio de pigmentos de hidratación que se revelan por bilirrubinuria, en el primer caso, o hemaferismo y urobilinuria en el segundo caso.

Bazo—A ésta se refieren las grandes infecciones agudas de la cavidad intestinal; las crónicas como el paludismo, la sífilis y la tuberculosis, no frecuentemente; la leucemia esplénica naturalmente tiene su influencia. Órgano de defensa, formador de glóbulos blancos, los cuales aparte de su función fagocitaria, unos producen fermentos proteolíticos o macrocitasas que obran sobre los albuminoideos y sobre el fermento fibrinógeno, otros dan fermentos lipolíticos o microcitasas y actúan sobre las grasas. Destruye los glóbulos rojos, transformando su pigmento en methemoglobina, que puede asimilarse a la hemoglobina oxicarbonada, la cual, llevada al hígado por el sistema de la vena porta, aumenta su trabajo de reducción manifestándose por un exceso de urobilina.

Intestino—Lugar de absorción, de eliminación y de putrefacción, cuya regularización y asepsia se hace en gran parte por la secreción biliar, medio de cultivo de su guardián, el colibacilo. Se comprende que un mal funcionamiento del estómago en un hiperácido, pueda producir una enteritis catarral y la obstrucción correlativa de los canales biliar y pancreático, de ahí la aparición de albuminurias de origen alimenticio de-

bidas a una mala preparación de los proteídos que por no haber perdido los elementos necesarios de azufre, haciéndose poco absorbibles, son reveladas en la orina por la reacción del biuret; parálisis del intestino por la exageración de las fermentaciones, constipación, colitis secas y mucomembranosas, icterias de origen hemolítico.

Circulación de la vena porta—Está constituido el tronco por tres grandes venas: la esplénica nace de la cara interna del bazo, se dirige a la izquierda casi horizontalmente para reunirse con la pequeña meseraica; la pequeña meseraica, que viene del recto, colon descendente y mitad izquierda del transverso y se reúne con la esplénica en la cara posterior del páncreas; la gran meseraica, que va del intestino delgado, del colon ascendente y la mitad derecha del transverso y se une con el tronco de la esplénica y de la pequeña meseraica.

Venas que surcan directamente la pared del estómago—La gastroepiploica derecha, que desemboca en la gran meseraica, no directamente en la porta, y al dirigirse, casi verticalmente hacia su desembocadura, pasa por la región del antro; la vena gastroepiploica izquierda, que desemboca en la esplénica hacia la parte posteroizquierda de la gran curva, los vasos cortos en la esplénica, porción de la gran tuberosidad; la coronaria estomáquica en el tronco de la vena porta, y la pilórica, que desemboca igualmente en la vena porta y otras veces va al hígado, en donde se ramifica haciéndose porta accesoria (Testut).

Además, Schemiedel ha señalado conexiones de las venas periféricas del estómago con las

diafragmáticas, la renal izquierda, las acigos y las del esófago torácico. Por las venas nacidas de la hojilla peritoneal de la cara posterior del estómago, anastomosis con las capsulares y las diafragmáticas, que unen el sistema porta al de la cava inferior.

LOCALIZACIÓN DE LOS PROCESOS ULCEROSOS

Estos están subordinados a la corriente venosa retrógrada que va a producir la lesión en sitios determinados, lo que quiere decir que la topografía vascular preside a esa distribución; vamos a verlo.

Hígado—Las localizaciones que determinan las alteraciones de esta víscera se hacen en la pequeña curva o en la región pilórica; las razones que tenemos para aseverarlo son anatómicas: si se sitúan en la pequeña curva y en la región del píloro es porque la primera porción irrigada por la arteria coronaria lleva su sangre al tronco de la vena porta y de ahí al hígado o a sus ramas; si por alguna de las circunstancias expresadas antes, generales, transitorias o definitivas hay una detención en la circulación del hígado, la sangre que debe llegar a éste por la vena coronaria, vuelve sobre sí misma a la pequeña curva con más o menos fuerza, según la intensidad del motivo, y aparecerán las manifestaciones de la exulceración en dicha región con los caracteres descritos por Dieulafoy, en donde él la localiza casi siempre. Habrá ruptura de la red que forma la *coronae tubulorum*, erosiones estrelladas sin huella de supuración ni de arteritis, orificios más o menos numerosos y fusionados;

otras veces* las lesiones son casi imperceptibles. Si la detención de la circulación es más lenta y gradual, la repercusión hacia la pequeña curva no presentará los mismos caracteres, y el proceso no tendrá ya lugar en la red superficial arterial como en el caso anterior, sino en la red venosa subepitelial, alrededor del cuello de los infundíbulos, en el plexo periglandular o en las ramificaciones venosas en *v* de la capa celulosa, y entonces será más bien una manifestación francamente ulcerosa que puede hacer su propagación retrógrada por sus conexiones venosas y aun linfáticas hacia el píloro.

La localización en el píloro obedece a las dos eventualidades anatómicas que reviste la vena pilórica (Testut). La primera consiste en que va directamente al tronco de la vena porta, y la segunda, que asciende un poco más y penetra directamente en el hígado, se ramifica allí y se hace porta accesoria; se comprende que en el primer caso, cuando la alteración circulatoria hepática obliga a la corriente venosa a volver sobre sí misma hacia el píloro, la tensión de la corriente tiene que ser más fuerte que cuando la vena pilórica se hace vena porta accesoria, porque entonces tiene vías de derivación que hacen menos intenso el efecto del retroceso. En el primer caso, cuando hay aumento de tensión, las manifestaciones pilóricas serán las de una exulceración, y en el segundo las de un proceso venoso, ulceroso profundo, lento y trombótico, que como en el caso anterior puede hacer propagación por las conexiones vasculares a la pequeña curva.

Bazo—Las causas de las localizaciones en los casos en que este órgano está interesado pueden ser también generales, transitorias y definitivas; pueden ser consecuenciales de perturbaciones hepáticas o de infecciones agudas o crónicas que hayan dejado huellas en el parénquima esplénico; su localización se hará en la pared posterior del estómago, punto en donde la vena gastroepiploica izquierda se dirige hacia la vena esplénica; en caso de infección reciente el proceso será lento, venoso, trombótico y acaso algunas veces pudiera hacerse infeccioso por la conexión que tiene la vena esplénica con la pequeña meseraica, que vienen del recto y del colon descendente. Cuando la infección ha sido antigua y acompañada de un bazo duro e insensible, las manifestaciones del proceso serán las de exulceración, pero son menos frecuentes porque la corriente de vuelta de la esplénica sobre sí misma por un obstáculo en el bazo tiene derivaciones en la gran tuberosidad del estómago y en el largo trayecto que recorre sobre el borde superior del páncreas.

Intestino—Las localizaciones consecutivas a su mal funcionamiento coinciden con los síntomas entéricos ya descritos, y la localización se encuentra en el antro, por la disposición que reviste la vena gastroepiploica derecha, la cual no desemboca directamente en el tronco de la vena porta, sino en la gran meseraica, que viene del intestino delgado, del colon ascendente, la mitad derecha del transversal del mismo lado, y que al dirigirse a su desembocadura cerca de la pequeña curva, pasa por la región del antro pre-

cisamente, circulación venosa. Ahora, las lesiones del antro son venosas, flebíticas, ulcerosas y sépticas, porque los obstáculos que encuentra la corriente de la vena gastroepiploica izquierda y que la obliga a volver sobre sí misma, dependen de alteraciones en el intestino delgado y en el colon derecho, alteraciones que pueden obedecer a perturbaciones hepáticas.

Pueden propagarse por sus corrientes venosas hasta el duodeno, y por las linfáticas hasta la región del píloro y aun hasta la pequeña curva; una prueba de la septicidad es la elevación de la temperatura hasta 39°, muchas veces después de hemorragias graves.

Estructura histológica. Esta suministra datos muy importantes para hipótesis razonables acerca de la génesis de los procesos ulcerosos.

Los vasos que parten de los grandes hilos del estómago penetran en el tejido subseroso, atraviesan la capa muscular y la nutren, dan ramas descendentes hasta la submucosa; después de algún trayecto se hacen recurrentes para dirigirse a la musculosa, formando codos, dan ramas directamente descendentes que pasan alrededor de los sacos glandulares, para formar el plexo periglandular; superficialmente, debajo del epitelio al nivel de los orificios glandulares se encuentra una red vascular en círculos que se reúnen por su periferia, formando la *coronhe tubulorum*, dando además ramas anastomóticas que transmontan como puentes dos o tres de estas coronas uniéndolas a distancia (Testut); se encuentra pues una red arterial muy fina de paredes paralelas a las del estómago; las venas naci-

das en la superficie de la mucosa se reúnen al nivel del cuello del infundíbulo con los capilares arteriales, ascienden en seguida para formar la red venosa periglandular, la cual está unida por ramas transversales, o mejor dicho, perpendiculares a su dirección; en la porción celulosa las ramas venosas se dividen en Y reuniéndose así para terminar en venas homólogas a las grandes arterias.

Consecuencias histológicas—Dijimos que cuando hay una perturbación circulatoria en el hígado, la corriente venosa hacia el tronco de la vena porta se hace más lenta, y la sangre que retrocede puede haberse desnaturalizado y mezcládose en parte por el conflicto entre las dos corrientes y arrastrar partículas en suspensión, más o menos nocivas, que determinen reflejos vasodilatadores regresivos, procesos ulcerosos, trombóticos, que vengan a distribuirse en regiones determinadas del estómago. Por la vena coronaria, en la pequeña curva; por la vena pilórica, en esta región y aun en el duodeno, por las conexiones vasculares que existen ahí; por la gastroepiploica derecha en el punto que recorre para dirigirse a la gran meseraica, corresponde al antro; en la pared posterior, por los vasos cortos en la gran tuberosidad rara vez, y por la gastroepiploica izquierda en el punto en donde desemboca en la esplénica, en la pared posterior.

La forma que revisten estos procesos histológicos es igualmente sistematizada, como la que caracteriza las localizaciones macroscópicas:

Pueden ser de origen arterial, localizados en las ramificaciones arteriales finísimas de la

red superficial que constituye la *coronae tubulorum*; serían exudaciones, efracción y más frecuentemente ruptura completa de dicha red, lo que obedece a verdaderas hipertensiones arteriales; también por verdaderas arteritis, que determinan la degeneración grasosa y la alteración de las tónicas interna y externa y preparan el terreno para la formación de pequeñas escaras o de aneurismas, frecuentes, sobre todo, en los casos de especificidad. Las primeras formas o verdaderas arteritis se localizan en las ramas descendentes, y las segundas, las panarteritis, en los codos de las ramas recurrentes. Como característico del proceso venoso predominarán las manifestaciones catarrales y exudativas en la mucosa; si están localizadas alrededor del cuello de los infundíbulos, aparecerán hemorragias, las cuales serán más exageradas si las interesadas son las ramas en Y de la porción celulosa, y revestirán el carácter francamente ulcerativo e infeccioso porque teniendo su origen en el intestino, por perturbaciones protopáticas o deutoropáticas, por alteraciones en el hígado, su proceso, como hemos dicho, será flebítico, trombósico, embólico de origen séptico por venir del tubo intestinal.

Cuando las lesiones son arteriales puede la ruptura verificarse por división completa de la arteria, y si la túnica media no ha perdido por completo su elasticidad, la hemostasis puede hacerse casi definitiva por su retracción y ayudada por la contracción de las fibras circulares que rodean a las arterias en la porción celulosa.

Cuando son por ruptura aneurismal o parietal dejan una escara que al caer da una ulcera-

ción en forma de cráter que puede manar constante o alternativamente; se comprende que la hemostasis sea aleatoria y el peligro inminente para el enfermo. Los aneurismas ya cirsoides, ya miliars, se encuentran en las arterias recurrentes o en los codos que se forman al tomar éstas aquella dirección. Las lesiones venosas pueden trombosarse más fácilmente, ayudadas también por las fibras circulares que la rodean a la misma altura que a las arterias en la porción celulosa.

Patogenia y diagnóstico—El origen de estos procesos ulcerohemorrágicos, según nuestra teoría, debe buscarse en una perturbación circulatoria determinada por una causa general como la arterioesclerosis, a la cual debemos despojar de todo valor anatomopatológico y considerarla clínicamente como un disfuncionalismo visceral, o a una causa local rezagada en un órgano por una infección como el paludismo y la sífilis para el bazo, o por una intoxicación por el alcohol para el hígado y el intestino, y que en un momento dado, debido a la equivalencia morbosa que confieren las diátesis por causas fugaces, como el período menstrual o el embarazo, o más o menos prolongadas o evolutivas, como durante la época crítica o en la menopausia, que viene a ser un verdadero artritisismo funcional, pueden aparecer estos procesos por una reacción en el punto de menor resistencia, que es para nosotros el estómago.

Analícemos un enfermo en el cual sospechamos una gastropatía de origen ulceroso, y veamos cómo podemos hacer un diagnóstico etiológico y la localización de la lesión para estable-

cer una terapéutica racional, ya médica, ya quirúrgica, o para prescribir los medios de evitar una reincidencia.

Si este enfermo ha presentado durante algún tiempo y en temprana edad alteraciones dispépticas, flatulencias, constipación y accesos asmáticos, forunculosis, etc., ¿qué es lo que pasa en este individuo? «Es un gotoso que hereda una predisposición de su aparato digestivo, pero que puede adquirirla preparando estas vías digestivas por una mala nutrición. Las fermentaciones aumentarán en el intestino, lo cual traerá su inercia, y la absorción de esas toxinas, lo preparará para la arterioesclerosis, y aparecerán como signos de intoxicación jaquecas, asma. El riñón, por su parte, empieza a debilitarse y vienen las manifestaciones de la litiasis úrica y por fin el riñón pequeño gotoso.» Basta esta relación para establecer la fuente de las localizaciones ulcerosas en el estómago, debidas a mala irrigación en las ramas de la vena porta, por un trabajo excesivo en la circulación hepática; debemos pues prescribir un tratamiento general y un régimen especial para prevenir los fenómenos que determinan este braditrofismo.

Si el enfermo se encuentra a raíz de una infección aguda de la cavidad abdominal, de un paludismo reciente, o al contrario, es un antiguo palúdico, un específico o un leucémico y que presenta el aspecto de un ictérico hemafeico por su color y por la reacción de su orina, y además hay un bazo grande e indoloro, debe insistirse sobre estos antecedentes y estos síntomas para el tratamiento y para hacer una localización ulcerosa en la región posterior del estómago.

Si este mismo enfermo acusa sensibilidad en el vientre y sufre de crisis de diarrea alternadas de constipación, de enteritis crónicas, específicas o parasitarias y de colitis mucomembranosas, las manifestaciones gástricas que presente obedecerán al mal funcionamiento del intestino, que, por otra parte, puede depender de un mal funcionamiento hepático, estableciéndose así un círculo vicioso con predominio hepático unas veces o intestinal otras. En este caso la localización se encuentra en el antro por la disposición que reviste la gastroepiploica derecha para desembocar en la gran meseraica, que toma una dirección casi vertical pasando por la región del antro. Se comprende que una perturbación hepática y sobre todo entérica, puede llevar productos sépticos, embólicos que determinen en la región antral el proceso completo de una úlcera, la cual por sus conexiones vasculares y linfáticas, puede hacer su propagación hacia la pequeña curva, hacia el píloro, y todavía más hacia el duodeno. Es el caso de tratar a este enfermo como a un hepático o como a un intestinal, excitando la función de un hígado pequeño o desadaptado, muchas veces eliminando los parásitos que pueda haber en el intestino, modificando sus secreciones y ayudando a su motricidad.

Hemorragias reincidentes—La causa no puede ser otra que la perturbación circulatoria persistente en el foco inicial, hígado, bazo, intestino, por las conexiones entre las venas cortas y las venas diafragmáticas, entre la coronaria y la renal izquierda, entre la pilórica y el origen de

las acigos y entre las venas del cardias y las venas del esófago torácico; también hay vénulas desprendidas de la cara posterior del estómago que anastomosan las de este órgano con las capsulares y las diafragmáticas, estableciendo relación entre el sistema porta y el de la vena cava inferior. Hay, pues, una corriente ascendente a la porta y otra a la cava inferior, unidas por las capsulares y las diafragmáticas; si el obstáculo se presenta en las suprarrenales, podrían manifestarse por irradiación nerviosa signos de la insuficiencia glandular; si en las renales, caso de clorobrilgismo, aparecerán las gastrorragias en concomitancia con los signos respectivos. En caso de arterioesclerosis pueden también revelarse por hemorragias más o menos abundantes procedentes de perturbaciones hepáticas o renales, y aquí habría relación entre la corriente superior o portal y la inferior o de la cava por las venas capsulares y las venas diafragmáticas.

Los cuatro síndromos ulcerosos hacia los cuales se dirigen estos esfuerzos son: la úlcera simple, la exulceración, el cáncer y las manifestaciones específicas, por ser los que con más frecuencia se encuentran en la práctica.

ÚLCERA SIMPLE

No hay para qué hablar de los síntomas generales de este proceso; únicamente de los suministrados por la observación y los que ofrece la anatomía regional.

No queremos decir que la úlcera esté perfectamente localizada porque la clínica no esquemmatiza, pero sí afirmamos que la topografía

vascular subordina las lesiones y que pueden propagarse, sobre todo las de la pequeña curva, a la región del píloro y éstas a la duodenal, y viceversa, de ésta a la pequeña curva, sin quedar en muchos casos ilesa la región del antro por los nexos sanguíneos y linfáticos. *La fisiología patológica de la úlcera* obedece a la ley de Stokes: «una musculosa subyacente a una mucosa o a una serosa inflamada se paraliza.» Mecanismo que preside al síndrome disentérico: las tres grandes reacciones del intestino: sensibilidad exagerada, secreción aumentada y motricidad pervertida, representadas por el cólico, la diarrea, el pujo y tenesmo.

Trasladados al funcionamiento patológico del estómago, observamos: *el dolor*, que puede localizarse en las diferentes regiones de la cavidad estomacal, y la cronología de estas manifestaciones dolorosas está en correlación con su sitio, así: en las de la pequeña curva deben ser iniciales, no tanto por el contacto que determinan los alimentos, cuanto por la contracción de las fibras musculares de la corbata suiza que al contraerse para aproximar los orificios de entrada y de salida traumatizan la mucosa.

En las ulceraciones de la pared posterior el contacto de un quimo hiperácido o de una secreción exagerada es más íntimo debido a la mayor extensión; los dolores deberán ser constantes, sin paroxismos, y coinciden con el período medio de la digestión y con la vacuidad del estómago en los casos de hipersecreción ácida. En la región del antro deben ser tardíos y coincidir con los espasmos frustráneos por irritación de la

misma pared por la infiltración de la submucosa que determina la sensación de un cuerpo extraño y produce el fenómeno del pujo en la disenteria por la flogosis de la submucosa rectal, es decir, de un esfuerzo que no corresponde al efecto obtenido; en el estómago se verifica el mismo fenómeno, pero éste se desocupa después de varios impulsos.

En las del píloro son tardíos, porque la estrechez del orificio produce un contacto íntimo de un quimo ácido o de una hipersecreción y con una ligera dilaceración de la mucosa viene lo que en la disenteria sería el tenesmo y en las gastropatías el espasmo o más bien el estado tetánico de la válvula que para ponerse a cubierto de la agresión aumenta su tonicidad en el anillo muscular y las fibras longitudinales propias de esta válvula que sirven para dilatarla quedando inhibidas; la válvula se contrae, produciendo una *fobiofagia pilórica*, como sucede en el iris ocular, en el cual las fibras circulares se contraen y las longitudinales se relajan, y producen la fotofobia característica de las queratitis ulcerosas.

Prosiguiendo con la evolución de la úlcera, hay aparte del elemento dolor, que analizamos ya, otros que obligan a recurrir al laboratorio, fiel servidor de la clínica, como decía Huchard.

Para el estudio discriminativo de las dispepsias no sería de utilidad real el estudio del quimismo estomacal, porque hay tendencia a disociar el *substratum* histológico del estómago para localizar según las funciones de cada capa, una forma de dispepsia particular, pero la solidaridad en las funciones de cada una de ellas y

la participación de órganos lejanos, así como la mutabilidad de la reacción en un mismo individuo, le quita mucho a la importancia de este detalle, que por otra parte se impone en los procesos verdaderamente ulcerosos del estómago, porque el examen del jugo gástrico da luz para un diagnóstico casi seguro, tanto de la localización como de la esencia de la enfermedad. Las deducciones de dicho examen se refieren a la motricidad o a las alteraciones dinámicas del estómago. En rigor el método analítico de Hayem Winter es suficiente porque suministra datos sobre las propiedades cualitativas y cuantitativas de este líquido y porque informa además acerca de la reacción, por consiguiente, sobre la naturaleza simplemente ulcerativa o de una neoplasia. Aplicando la fórmula $\frac{A-H}{C} = a (0,86)$, podemos saber si hay un exceso de ácido orgánico, y en caso de retención referirla a un obstáculo de origen neoplásico. Con la fórmula $\frac{T}{F} = \frac{1}{3}$ estudiamos las alteraciones evolutivas del estómago, como dice Hayem, sin hacer sondeos sucesivos después de la comida de prueba y la relación de $\frac{1}{3}$, del cloro total al cloro fijo, es tanto más alta cuanto la clorhidria es más elevada. El valor representado por $H+C$ indica la clorhidria, dato muy importante sobre el trabajo digestivo del estómago.

Con estos elementos encuentra el clínico medios para hacer un diagnóstico del cual beneficiará el enfermo, ya para instituir un tratamiento, ya para autorizar una intervención.

Situémonos al frente de un caso práctico de un individuo que tenga las manifestaciones de

una úlcera; si el reposo, los calmantes, el tratamiento de saturación, los alcalinos dados metódicamente, ya para calmar el dolor o para obrar sobre la motricidad, aplicados en oportunidad y a tiempo determinado, antes de las comidas no son eficaces, debe examinarse el jugo gástrico y aplicar la relación $\frac{T}{F} = \frac{1}{3}$; un cociente alto indicaría una secreción retardada, hiperácida, que deberá tratarse más enérgicamente. Si el estado general se agrava, el enfermo decae, si hay vómito y manifestaciones frustráneas de retención, puede pensarse en una manifestación nerviosa, dispepsia pilórica de Robin, que cede al tratamiento bromurado (Bourget); puede pensarse también en un pseudocáncer de Cruveilhier, si se encuentra un poco de dureza debida a la infiltración del tejido prepilórico, que puede desaparecer con un tratamiento de reposo, calmante e hidromineral; mas si continúa, puede hacerse necesaria una intervención; para eso hay que hacer antes un sondeo por la mañana y examinar el contenido, que no es muy considerable, y el examen de este líquido indica la presencia del ácido clorhídrico.

El examen físico del enfermo indica a la inspección movimientos ligeros, peristálticos y antiperistálticos, muy poca succión, y el fondo del estómago queda siempre por encima del ombligo, y el timpanismo se prolonga un poco hacia la derecha, en una extensión de doce centímetros de la línea media, lo cual indica que no hay dilatación ni gran estancamiento.

Las manifestaciones funcionales y las revelaciones de orden químico son para nosotros el equivalente del síndrome de Reichman, consis-

tente en una lesión y no en una secreción demasiado considerable, porque el líquido suministrado por la sonda es escaso la mayor parte de las veces; lo que ocurre es que el píloro puede participar de la inflamación de los tejidos del antro, cuya lesión corresponde al síndrome que describimos, y exaltada la susceptibilidad del píloro, como decía, determina obstáculos más o menos pasajeros que indican una dificultad superable, manifestaciones reveladoras de una úlcera en evolución que acaso, tal vez, pudiera justificar una intervención.

En caso de dolores tardíos, que cesen con el vómito, el cual es también tardío y abundante, y que a la inspección se noten movimientos peristálticos y antiperistálticos exagerados, boceadura considerable de la región epigástrica y a la palpación, sucusión y clapoteo, nos encontramos en presencia del verdadero pilorismo revelado, además de estos signos, por el descenso considerable del verdadero bajo fondo del estómago y por la fijeza del píloro, lo cual se conoce porque el timpanismo ahora no alcanza hacia la derecha de la línea media, sino próximamente la mitad de lo que era en el caso anterior.

Es preciso analizar cuidadosamente todos estos signos físicos y funcionales, y además la cantidad, el aspecto y la reacción de jugo gástrico, si vira hacia un ácido orgánico o hacia uno mineral, porque puede tratarse de una úlcera cicatrizada, o de un neoplasma, que en ambos casos ha podido producirse el descenso del estómago, que retiene como en los prostáticos, y entonces habría que hacer una gastroenterotomía

para facilitar el desagüe del estómago, facilitar la permeabilidad del píloro, disminuir la dilatación y modificar en parte el quinismo. En el segundo caso, la dilatación siendo muy considerable podría tratarse de la misma manera.

EXULCERACIÓN

Este proceso puede referirse a perturbaciones hepáticas, latentes o menos marcadas que en las otras lesiones ulcerosas, son más bien de origen hipertensivo: son frecuentes en individuos que sufren poco de las vías digestivas, a menudo bulímicos, y en los cuales las hemorragias sorprenden.

El tratamiento será por esta razón más bien causal y de acuerdo con la hipertensión concomitante con las localizaciones hepáticas; no descuidar las ptosis viscerales y el examen de la viscosidad de la sangre. Quirúrgicamente, ir directamente sobre la herida y resecarla, aunque muchas veces no se encuentran en la mucosa gástrica huellas ostensibles de la exulceración.

SÍFILIS ESTOMACAL

Es un factor muy importante en la etiología de las gastropatías ulcerosas; desgraciadamente es el último que viene a la mente del clínico. Por otra parte, las formas ocultas ignoradas, la criptogenesis, si pudiéramos decir, y la heredo-especificidad, pasan inadvertidas en el interrogatorio, cmitiéndose así un dato de primordial importancia. Por otra parte, la forma que presenta el proceso anatomopatológico tiene caracteres diversos: *ulceroso*, *gomoso* o de *sifiloma*

difuso, los cuales tienen predilección por el tejido submucoso abundante en fibras conjuntivas y elementos linfáticos; acaso sea la razón por la cual sean menos frecuentes, sin dejar de serlo, las manifestaciones de arteritis; en la región pílorica aquellos tejidos son más abundantes y es en donde se presentan a menudo estas lesiones, lo mismo que las linitis, desvirtuando, en parte, los síntomas, y haciendo larvadas o atípicas las reacciones clínicas que se manifiestan por síntomas catarrales o de intolerancia.

En estos casos el análisis de la orina está caracterizado por hipocloruria, a la inversa de lo que se nota en el paludismo, en el cual hay más bien hiperclorhidria. Además hay esplenomegalia. ¿Cómo hacer el diagnóstico en los casos de bazo grande de origen palúdico y de etiología específica? Desde luego los antecedentes son de primera importancia, tanto los hereditarios como los adquiridos; como signos físicos, el aumento de la macicez del bazo en sentido longitudinal, considerado por Bianchi como un signo en favor de la especificidad, no aún sancionado, pero que merece ser estudiado.

Fundados en estos signos, en los casos de manifestaciones gástricas, pertinaces y que no ceden a ninguna de las indicaciones de la úlcera simple, debemos perseverar con instancia en el interrogatorio sobre la etiología de una especificidad hereditaria o adquirida, y es el momento de pedir al laboratorio los datos que suministra la aplicación por Wassermann, del método original Bordet Gengou. Con la respuesta afirmativa podemos sin duda resolver con grandes ventajas

para el enfermo y de acuerdo con los resultados de la clínica, la disyuntiva de si se opera o nó, aun en el caso de un pilorismo que revelara, una estrechez de origen ulceroso, en cuyo caso la gastroenteroanastomosis estaría bien indicada; mas siendo ésta una manifestación ulcerosa, pudiera evitarse científicamente la intervención con la aplicación del salvarsán, sin prescindir del tratamiento específico clásico.

Las localizaciones específicas son muy frecuentes también en la pequeña curva. Las observaciones de Cornil y de Chiari corresponden en su mayor parte a esta región.

CÁNCER DEL ESTÓMAGO

Entidad patológica muy importante, cuyas manifestaciones están en relación con la extensión y la profundidad, lo que hace que la descripción se disocie, aunque la esencialidad sea una. Las reacciones dinámicas dependen de su sitio, en el píloro, en la región del antro o en la pared misma, pudiéndose confundir con las determinaciones del ulcus, pero con algunas variantes. El pilorismo sin gran dilatación es menos intenso por la induración de las paredes y porque el desagüe estomacal puede tener lugar, ya porque el estómago ha conservado en parte su integridad muscular y se hace intolerante, o por pérdidas de sustancia en el píloro que lo permeabilizan. En las alteraciones del cuerpo y de la región pilórica la induración de la pared impide el descenso del bajo fondo que se forma en las grandes dilataciones, y por eso la evacuación es menos difícil.

Caracteres del dolor—Es menos intenso en sus comienzos que en la úlcera y no se observa a menudo sino en un período avanzado, cuando empiezan a alterarse las ramificaciones nerviosas; no se calman ni por el vómito, ni por la ingestión de bebidas ni de polvos alcalinos.

Hemorragias—Estas se hacen en superficie por flebitis y rupturas vasculares, las cuales se suceden lenta y alternativamente, lo cual las hace muy pequeñas, ordinariamente latentes, hay que buscarlas (reacción de Weber) rara vez cataclísmicas como en la úlcera. El carácter de estas hemorragias se debe acaso a compresiones ganglionares de la vena cava, lo cual explica también, por estancamiento; los edemas en los miembros inferiores y el varicocele, por perturbación de la circulación de vuelta en el plexo pampiniforme.

Diagnóstico—El aspecto general del enfermo es un dechado en el cual el clínico sorprende muchos rastros importantes: la expresión, el tinte, la demacración. Los datos hematológicos, interesantes, son: poiquilocitosis, anisocitosis, aumento considerable de los glóbulos blancos. Los productos sépticos desarrollados en el foco por su acción hemolítica intensa, explican la disminución en la cantidad de la sangre, y la ausencia de soplos vasculares, característicos de las otras clases de anemias. La disminución de la sangre no obedece, como en las anemias perniciosas, a una anhematopoyesis, porque las órganos formadores de glóbulos no están alterados, y por otra parte se encuentra gran cantidad de hematoblastos.

En el cáncer, el estado de estupefacción celular característico perturba profundamente el metabolismo, a tal punto que reduce el residuo seco de la orina a menos de la mitad, haciéndose generalmente alcalina la reacción de ese líquido.

El cáncer es una enfermedad sometida como la apendicitis al imperio de la medicina y de la cirugía; mas como los recursos de que dispone la primera son precarios, es preciso dar un diagnóstico precoz para asegurarle al enfermo la supervivencia a que tiene derecho, por medio de una intervención oportuna, antes de que la caquexia lo invada y las propagaciones ganglionares lo encadenen; este diagnóstico debe basarse sobre el informativo de una herencia cargada, de pocas manifestaciones funcionales relativamente en el aparato digestivo, sobre el aspecto, la decadencia general, el examen de la sangre y del jugo gástrico, cuyos caracteres organolépticos y la reacción sirven para suscribir una laparotomía de exploración y aprovecharla para una intervención salvadora muchas veces.

Elección del tratamiento—Hay varios recursos: la pilirrectomía, la gastrectomía y la gastroenteroanastomosis. La elección no es arbitraria; mas siendo el cáncer una enfermedad sometida a la cirugía, la exeresis debe imponerse, siempre que sea realizable, por la libertad relativa del tumor, por la ausencia de adenopatías y por el temperamento del cirujano. Suprime un foco séptico que aniquila al enfermo y las hemorragias, pero cuando la distensión gástrica es muy grande para retener no es muy eficaz. La gastroenteroanastomosis es más benigna, no exi-

ge la habilidad que requiere la anterior, pero deja persistir el foco, el peligro de la hemorragia y del círculo vicioso. En cambio, el desagüe es completo, el quimismo mejora, aunque no siempre, la penetración de la bilis disminuye la acidez del jugo gástrico. Pero también puede determinar la úlcera péptica del yeyuno; esta operación, no obstante la benignidad relativa, la hace preferible.

Por no extendernos demasiado, no relatamos la historia, incluida en el trabajo de fondo, página . . . , y sobre la cual llamamos especialmente la atención por las deducciones que suministra con respecto a la inutilidad de la gastroenterostomía cuando la úlcera no se sitúa en el orificio pilórico, y de ahí la importancia de un diagnóstico de localización.

Si no estamos en la verdad, creemos no alejarnos mucho de lo probable, y confiamos en que el sufragio llevado a tema tan debatido, pueda servir de base para un nuevo estudio, haciendo más preciso el diagnóstico y menos empírico el tratamiento.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
BIBLIOTECA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

En el presente semestre ingresaron a la Academia, como miembros de número, los señores Profesor CARLOS DENEUMOSTIER, en la Sección de Ciencias Naturales, y doctor VÍCTOR RIBÓN.

A continuación publicamos los discursos de estos dos nuevos académicos y los que en contestación a éstos pronunciaron los doctores Julio Manrique y Arturo Arboleda.

DISCURSO

DEL PROFESOR DON CARLOS DENEUMOSTIER

Señor Presidente de la Academia de Medicina, señores académicos:

El hecho de hallarme entre vosotros constituye para mí un altísimo honor y sería motivo de un inmenso orgullo si la modestia no existiera. Y debo manifestaros honradamente que la elección con que me habéis favorecido ha sido causa de una enorme sorpresa, ya que mis escasos merecimientos personales son harto insuficientes para justificar mi ingreso a la muy ilustre Academia de Medicina y Ciencias Naturales que vosotros personificáis.

No se me escapa en manera alguna que lo que habéis querido premiar en mí es el esfuerzo general de todos los que se consagran a la ardua tarea de la enseñanza de las ciencias naturales y de la experimentación científica. Lo

acepto agradecido, porque ese honor va, entre otros, a los profesores que me formaron intelectualmente y a las escuelas donde aprendí a estudiar con espíritu tranquilo y disciplinado algunos, muy pocos, de los problemas que cautivan la humana actividad. En mi persona honráis a todos esos educadores que me enseñaron a esforzarme a ser, como ellos, un maestro que ama su profesión, procura ser amigo de sus discípulos y un investigador consciente e imparcial.

El trabajo que me permití someter en el año de 1918 a la Academia es el fruto de un esfuerzo pedagógico cumplido durante varios años en la enseñanza superior; para obtener el resultado educativo que anhelaba, surgió esa colección de cincuenta y cuatro gráficos sobre la *Ontogenia de los protistos y de los vegetales*, colección cuya propiedad ofrecí a la docta Academia de Medicina y Ciencias Naturales en memoria de los sabios naturalistas colombianos cuyo nombre llegó hasta mí más allá de los mares y que se fueron dejando a las futuras generaciones grandes y novilísimos ejemplos.

En cumplimiento de un sagrado deber y en nombre de la noble causa de la enseñanza recordaré las figuras de los principales defensores y propagandistas de las ciencias naturales y aplicadas que la Academia de Medicina contó entre sus ilustres miembros:

Liborio Zerda, el químico investigador incansable, profesor eminente cuyos profundos estudios sobre la chicha, hechos con la colaboración de Francisco Javier Tapia y Josué Gómez, fueron altamente apreciados.

Luis Herrera, Profesor de Química de la Universidad Nacional, conocido por sus innumerables trabajos de análisis relativos, especialmente, a las sustancias alimenticias.

Nicolás Sáenz, naturalista que se dedicó a estudios geológicos sobre la Sabana de Bogotá y las salinas de Cundinamarca, Profesor de Zoología en la Facultad de Medicina y verdadero iniciador del cultivo científico del café en Colombia.

Nicolás Osorio, quien fue Presidente de la Academia, Profesor fundador de la Facultad de Medicina por más de treinta años, Rector de la misma, autor de varios trabajos botánicos, entre los cuales señalaré el notable estudio sobre las quininas de Colombia, que mereció los elogios del sabio Triana.

Juan Evangelista Manrique, quien ocupó también el sillón presidencial en la Academia de Medicina, principió las investigaciones sobre los argas colombianos, llevó en las ciencias médicas muy alto el nombre de Colombia y fue a la vez un profesor y un cirujano de valor incomparable en la Facultad de Bogotá.

Me permitiréis recordar especialmente la fecunda labor científica de otro ilustre colombiano, discípulo del sabio botánico y zoólogo Bayón, Juan de Dios Carrasquilla, quien fue Presidente de la Sociedad de Ciencias Naturales y Medicina, hoy Academia Nacional de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá. Se dedicó durante más de treinta años a estudios y experimentaciones agrícolas y zootécnicas, luchó por fundar en Colombia la agricultura científica, fue el primero

que puso en práctica en el país las ciencias bacteriológicas y consagró su vida entera al estudio de la naturaleza y de varios problemas de higiene y de patología humana. Son conocidos en el mundo científico, donde se sabe apreciarlos, sus estudios admirables sobre la climatología de Colombia, con sus estadísticas escrupulosas que los acompañan; su memoria sobre las mareas atmosféricas o fluctuación de la presión; sus conferencias de agrología; sus estudios prehistóricos relacionados con la geología; dignos de la más grande admiración son los esfuerzos que hizo para obtener, con peligrosos y delicados ensayos, un suero antileproso; sus trabajos y comunicaciones sobre la etiología, el contagio y la propagación de la lepra; sobre el paludismo y su profilaxis. Como explorador de las cordilleras occidentales, en colaboración con José Vicente Uribe, promovió la apertura de un camino hacia el Chocó. Como propagandista incansable dejó una obra importantísima, desinteresada, la colección de diez y seis tomos de *El Agricultor*, periódico cuya dirección le había sido confiada. Cuando ocupaba el puesto de Comisario de la Agricultura Nacional presentó a la consideración del Poder Ejecutivo y del Congreso un informe relativo al estado de la agricultura en Colombia y a las medidas que convendrían para fomentarla. En dicho trabajo disertó sobre la enseñanza agronómica y dio prueba de su talento y de sus profundos conocimientos. Las conclusiones a que llegaba, las organizaciones que preconizaba, son dignas de aplicación hoy día. Fundador y Director del

primer Instituto Nacional de Agricultura en Colombia en el año de 1880, luchó, sacrificando intereses y salud, para difundir la ciencia agronómica, base del engrandecimiento económico de la Patria.

Juzgándole como catedrático y como hombre de estudio e investigador, repetiré lo que se escribió en la «Revista del Ministerio de Obras Públicas y Fomento» en junio de 1908:

«A más de conocimientos sólidos, de ideas de deber, de trabajo, de lealtad, de libertad, de justicia, inspiró a sus discípulos sentimientos de confianza, de respeto, de estimación, que son los que siempre inspira un verdadero maestro. Su autoridad no se temía sino que se amaba, porque la que ejercía no era debida a su situación sino a las nobles cualidades de su espíritu y de su corazón

«Tenía absoluta independencia de ideas, estimaba las teorías científicas por lo que tuvieran de fecundas, sin creerlas definitivas, y decía que las épocas florecientes de las ciencias habían sido siempre aquellas en que los dogmas científicos habían sido destronados En alejar del espíritu humano ideas erróneas transmitidas por la rutina, la tradición, el hábito o la ciega admiración por determinada escuela y sustituirlas por el libre examen y la verificación personal, reside una de sus principales características.»

A todos estos nobilísimos muertos, cuya aureola de gloria nos ilumina y nos indica el camino de la rectitud profesional, dedico la corta disertación que voy a tener el honor de desarro-

llar y cuyo tema puede resumirse en las proposiciones siguientes:

Las ciencias naturales puras y aplicadas permiten cultivar las facultades intelectuales y morales de los alumnos y el estudio y las investigaciones científicas forman los verdaderos maestros y los investigadores conscientes.

Señores:

La situación especialísima de la juventud que busca el saber y la determinación de los métodos adecuados para que ella realice sus anhelos, desarrollando ampliamente sus facultades asimilativas, ha sido para mí una preocupación constante que me ha hecho ver cuánta es la verdad que encierra la frase de Montaigne: «*La jeunesse doit avoir la tête plutôt bien faite que bien pleine.*» Persiguiendo ese fin el maestro deberá concretar sus esfuerzos a despertar, ejercitar y desarrollar todas las facultades del alumno, las que constituyen un conjunto indivisible, teniendo siempre presente que importa más que la adquisición de conocimientos ya elaborados, el capacitar a las inteligencias para que los adquieran por su propio esfuerzo, para lo cual hay que mantener alerta las facultades de percepción, de atención, de juicio, de raciocinio, de memoria y de imaginación.

La percepción se aguza con los ejercicios repetidos de observación, que son la base de la enseñanza de las ciencias naturales, puras y aplicadas; examinados y analizados los hechos hay que entrar luego a experimentar con ellos, es decir, a repetir un fenómeno previamente obser-

vado variando las condiciones operatorias hasta que el alumno anote y exprese correctamente todo lo concerniente al hecho que estudia. Por medio de la observación y de la experimentación es como se llega al conocimiento verdadero de las cosas.

La atención del discípulo se obtiene y perfecciona haciéndole atractiva la enseñanza por medio de un material escolar adecuado, que le hable a los sentidos, y de una lógica y sencilla ordenación de los hechos que estudie.

Desarrollada la facultad de la atención ya puede exigirse del alumno que asimile los juicios emitidos por el maestro o que llegue a formar juicios propios y precisos de las cosas; la misión del maestro es la de un guía que se limita a hacer oportunamente algunas preguntas adecuadas y a corregir, siempre con humor igual, los conceptos errados, educando insensiblemente el juicio y la reflexión.

Para ejercitar las facultades de raciocinio existe el gran recurso de hacer pensar en el porqué y en el cómo de los elementos de las cuestiones estudiadas, sin llegar a caer nunca en los errores y finalistas. Debe conseguirse que el alumno ratiocine solo, que mueva espontáneamente su actividad mental hasta que exprese juicio acertado sobre lo que se ve y sobre lo que existe lejos de su vista en su imaginación, facultad que, si ha sido llamada *la folle du logis*, hay que reconocerle que es la base de las invenciones y de los descubrimientos, es decir, del genio.

El saber no se amarra, pues lo que se necesita es incorporarlo en nuestra personalidad;

hay que ejercitar la memoria del alumno sin pretender jamás que ella sea la única facultad que intervenga en el conocimiento. Ese trabajo se ejecuta utilizando las asociaciones de ideas, basadas en principios lógicos, como el de la causalidad o el de la cronología, ayudándose de interrogaciones bien dirigidas y formulando *síntesis* de las materias que se estudien al finalizar ciertos períodos determinados previamente. Jamás debe exigirse que se retenga lo que no se ha examinado lo necesario, lo que no se ha raciocinado debidamente, lo que no se ha entendido, porque ello sería como un emparedamiento del espíritu entre palabras sonoras pero absolutamente vacías.

Cultivando todas las facultades nombradas de manera que una de ellas sirva a las restantes, y todas concurren en auxilio de una cualquiera de ellas, se logrará la más perfecta educación intelectual, que es hermana gemela de la educación moral. El desarrollo de las facultades intelectuales influye directamente sobre la sensibilidad, acrece el poder de la voluntad y exalta, por consiguiente, la noción del deber, ya que inculca hondamente el amor a la verdad, y la verdad y el deber siempre van juntos.

El estudio y las investigaciones científicas bien entendidas imponen al futuro maestro el convencimiento de esas verdades psicológicas y morales y lo preparan para llevar a buen fin su apostolado, a la vez que alejan de su espíritu toda idea preconcebida, toda idea finalista y todo dogmatismo, que no tienen cabida en los estudios biológicos, debido a la imprecisión misma

de las nociones en que se basen las ciencias naturales. En todo orden de conocimientos relativo a los seres vivientes, solamente los hechos persisten, y si bien es cierto que la interpretación tiene una grande importancia cuantitativa, su valor cualitativo es muy relativo, ya que las teorías pasan, cambian, y hay que aplicarles siempre la política de la puerta entreabierta, a fin de que el espíritu pueda deshacerse de ellas para reemplazarlas con otras más de acuerdo con las nuevas indicaciones de las ciencias experimentales, las cuales aconsejan que se dude mientras los hechos no imponen afirmaciones definitivas. Las hipótesis son guías provisionales, y por ello jamás debe llegarse por mero sentimentalismo a dar carácter de verdades absolutas a las causas que nuestro gusto se incline a suponerle a un efecto determinado. De ahí que las únicas garantías del progreso de las ciencias naturales sean la consciencia neta que tenemos de sus imperfecciones y la esperanza de poder ensanchar indefinidamente su dominio.

La ambición del investigador debe siempre limitarse a buscar las causas naturales de los hechos, las leyes naturales que los rigen, a sabiendas de que sus conclusiones deben considerarse en todo caso como aproximadas y convencionales; trabajando de esa manera queda precavido contra el peligro de las palabras, cuyo sentido evoluciona paralela y racionalmente con las ideas. Si las nociones nuevas, justas y útiles, hipotéticas y concretas, necesitan de las palabras para condensarse en la mente en forma precisa, hay que dar a tales palabras un sentido

claro, preciso, generalmente admitido, sin pretender que ese sentido pueda aceptarse como medio de ocultar nuestra ignorancia. En materia de asuntos científicos es preferible no tener ideas a tenerlas imprecisas y darles aspecto de verdades mediante palabras mal definidas. En las ciencias no pueden tener cabida las mentiras. Quien las estudia llega irremisiblemente a amar la verdad y jamás se declara satisfecho con explicaciones simplistas de las que exigen el menor esfuerzo y ocultan su carencia de valor bajo un aparataje de palabras pomposas. El hombre de ciencia desarrolla su espíritu en un ambiente de precisión mediante las prácticas constantes que realiza, y llega a constituir paulatinamente su sentido crítico que lo habilita para afrontar con libertad y serenidad los problemas que se presentan a su actividad.

El hombre de estudio se acostumbra a observar con atención sostenida y despertada a tiempo, y se convence de que hay que utilizar en la enseñanza el método intuitivo hasta donde más sea posible, y considerando la dificultad de las observaciones, en presencia de la complejidad de los fenómenos, recurre al método experimental, tanto en sus estudios como en sus lecciones, tratando de eliminar las causas de error y las circunstancias que puedan comprometer los resultados, hasta aislar cuidadosamente la causa o el efecto objeto del estudio: Se cuida, además, de generalizar con demasiada prisa, acumula numerosos casos particulares antes de darles una significación general, y mediante una prudente inducción, autorizada por los estudios compara-

tivos, establece la clasificación lógica de sus conocimientos y de las leyes aproximadas que rigen las manifestaciones de la vida de los seres, con todo lo cual logra hacer atractivo tanto su propio trabajo como su enseñanza. Con mayor prudencia aún utiliza el método deductivo que aplica leyes generales a los casos particulares, y no olvida que este método supone bases establecidas por previas inducciones; en biología la deducción es harto peligrosa, cuando se aplica sin las debidas precauciones, porque una ley no se cumple sino en las condiciones precisas en que fue establecida, y porque es muy difícil determinar si todas esas condiciones están presentes en el momento de la aplicación de la ley general.

El estudio de las ciencias naturales enseña tanto al futuro maestro como al discípulo a elegir un método, y es cosa demasiado sabida que el método es el agente del éxito, ora en el trabajo personal, ora en la enseñanza; además, esos estudios nos demuestran que en la educación lo esencial no son las cosas enseñadas o aprendidas sino la disciplina a que se someten las facultades intelectuales, llamadas a obrar con entera libertad.

Quiero concluir anotando que la enseñanza y el estudio experimentales de las ciencias naturales puras y aplicadas, mejor que cualquiera otra enseñanza y cualquier otro estudio, conducen al perfeccionamiento de las facultades intelectuales y morales, porque desarrollan el espíritu de investigación, hacen que todo esfuerzo propio se cumpla con espontaneidad, guían recatemente el raciocinio y el juicio y discriminan

claramente lo conocido de lo hipotético, por todo lo cual el educador en la cátedra o en el laboratorio y el discípulo en sus estudios estarán siempre convencidos de que el espíritu nunca debe aprender ni enseñar nada en condiciones de esclavo.

DISCURSO

DE CONTESTACIÓN DEL DOCTOR JULIO MANRIQUE

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina y Ciencias Naturales, señores académicos, señores, señor Deneumostier.

La Academia Nacional de Medicina y Ciencias Naturales me ordena que os salude, con motivo de vuestro advenimiento al seno de la corporación, a vos que sois el primer extranjero a quien distinguimos con título de miembro de número de esta que es la más respetable y la más antigua de las corporaciones científicas colombianas.

Y a fe que estas puertas se os han franqueado porque vuestra carrera, vuestra actuación como Director del Instituto Agronómico y los importantes trabajos que en muchas revistas extranjeras corren con vuestra firma, os acreditan como verdadero hombre de ciencia y por consiguiente como digno del título que os hemos concedido por elección unánime.

Venís, señor, de esa grande escuela de Gembloux, que ha irradiado al mundo entero la ciencia agronómica, porque si es cierto, como dice Wurst, que la química es una ciencia francesa, la agronomía, se puede decir, imitando al

gran alsaciano, que es una ciencia netamente belga. Gembloux ha sido uno de los más poderosos elementos de grandeza de ese país de los belgas, uno de los más pequeños de la tierra en extensión, y el más grande en lo que respecta al heroísmo de sus hijos, que aprendieron en los campos y en los laboratorios lo que vale una patria, lo que vale una frontera. La historia del gran instituto belga data del año de 1860. Antes existían algunas escuelas de agricultura práctica, que no dieron ningún resultado, como nunca han dado esta clase de funciones cuando no emanan de una escuela en donde se estudien y se practiquen los grandes hechos, que analizados y en forma sencilla llegan hasta el labrador, quien aprovecha el esfuerzo intelectual de aquellos que en la quietud del laboratorio buscan verdades que sólo las ciencias experimentales pueden enseñar y que surgen para el sabio de la retorta o del microscopio, del horno o de la balanza, y van a convertirse en los campos en fuentes de prosperidad y de riqueza.

En el año citado y bajo la iniciativa del gran Ministro Carlos Rogier, la antigua abadía de Gembloux fue convertida en magnífico instituto agronómico, en donde por más de veinte años se hicieron estudios de esa ciencia, que hoy es una ciencia única que no puede ser enseñada sino por especialistas en la materia. Con este instituto sucedió lo que acontece siempre con todo organismo que prospera; de él se derivaron por ley natural una serie de fundaciones que han hecho un todo armónico con la escuela madre y en las cuales los estudios de agronomía

han llegado al excelso grado de perfección en que hoy se encuentran. Se abrieron entonces la gran Estación Agronómica de Gembloux, el Instituto Agrícola de Lovaina la mártir, los laboratorios de análisis agronómicos, el Cuerpo de agrónomos del Estado, el curso normal de agricultura especial para institutores, los campos de experimentación regionales, el servicio entomológico, el servicio de fitopatología, además de las escuelas medias de enseñanza de horticultura y de agricultura, de la extensión universitaria agrícola, de los servicios de zootecnia y de selección de plantas y de otras muchas fundaciones que trabajan conjuntamente y cuyos resultados podremos juzgar tanto por la talla de hombres de ciencia que ha producido Gembloux, como por el prestigio que esta institución ha alcanzado en el mundo entero.

De esos hombres a quienes tanto debe la ciencia y a quienes tanto debe la humanidad, he de citaros sólo algunos, entre los cuales oiréis nombres que os son familiares, porque se encuentran con frecuencia citados en los libros de ciencias que vosotros consultáis a diario:

Lejeune fue quien ideó la industrialización de la agricultura y contribuyó al desarrollo de la potencia productiva del suelo.

Fouquet, quien echó las bases del avance de la zootecnia con el desarrollo y la creación de los prados fértiles.

Leyder, el gran zootecnista, creador de la raza caballar belga, que en materia de tiro pesado es la mejor del mundo.

Petermann, el fundador de la mayor parte de los laboratorios de Gembloux y de gran parte

de las fundaciones agronómicas belgas y cuyos trabajos sobre alimentación vegetal y sobre repartición y regulación de abonos son de los más notables en la materia.

Piret, el grande economista.

Chevron, el creador de la industria lechera.

El doctor Laurent, miembro del Instituto de Francia, honor que, como vosotros sabéis, se confiere rara vez a un extranjero, aclaró con sus estudios y sus experimentos esos magnos problemas relativos a la absorción del ázoe libre por las plantas y a la síntesis de los albuminoideos por los vegetales, problema este último que fue tema de aquella gran conferencia del maestro Liborio Zerda, la última que en su vida dictó y que nos llenó de admiración a las cuatro generaciones de discípulos que extasiados oímos al maestro octogenario, por dos horas consecutivas, disertar con criterio propio y en frases inimitables sobre este complicadísimo fenómeno.

¿Y quién que se haya ocupado en geología no conoce los grandes estudios del sabio Malaise sobre el terreno siluriano del centro de Bélgica, estudio coronado varias veces y reputado como el mejor trabajo que sobre geología se haya hecho hasta el presente?

¿Y cuál será el geólogo que no haya admirado el estudio de Stainer sobre los terrenos carboníferos?

De Gembloux son también el agrónomo Damseaux, autor de grandes tratados sobre agricultura general y de importantes memorias agrícolas; el zootecnista Raquet, discípulo de Leyder; Marcas, el continuador de Chevron, y el

erudito Marchal, cuyos estudios sobre diversos temas de biología, de fitopatología y de microbiología han sido coronados por muchas sociedades y academias. La producción científica de estos sabios y muchos otros que no cito, por temor de fatigar vuestra atención, forman ya una biblioteca cuyo acervo guarda los principios sobre los cuales se ha desarrollado la moderna ciencia agrónómica.

El prestigio que ha conquistado Gembloux en el mundo puede juzgarse por la lista de los países que han solicitado del instituto belga el envío de misiones o de ingenieros para el establecimiento de la enseñanza agrícola. De una manera oficial Italia, Grecia, Rusia, Rumania, España, Bulgaria, Canadá, Brasil, República Argentina, Paraguay, Perú, China, Colombia, Gran Ducado de Luxemburgo y Bolivia. Este es un hecho único en la historia de la difusión de las enseñanzas de una institución. Creo que ninguna otra fundación científica habrá tenido una reputación mayor de efectividad en sus enseñanzas.

Ninguna escuela de medicina o de ingeniería, ninguna escuela militar pueden compararse a este respeto con el instituto de Gembloux; y es que en verdad los efectos de la enseñanza agrónómica operaron un cambio asombroso en el propio país belga, el cual ha llegado a ser el segundo en cuanto a superficie de tierras trabajadas con relación a la superficie productiva; allí los rendimientos en cereales y en patatas son los más altos del mundo, y en cuanto a azúcar de remolacha sólo Alemania ha podido igualarla en producción por hectárea de terreno.

En aquel maravilloso país, en treinta años, el suelo ha duplicado su producción gracias al uso científico de los abonos; el número de animales domésticos sólo es mayor, por hectárea de terreno, en Dinamarca, lo que traducido en cifras dio para el año de 1913 un capital agrícola de dos billonés de dólares.

¿Quién puede dudar de que en esta prosperidad de cuento de hadas, en este maravilloso progreso, el instituto de Gembloux no tiene la mejor parte, como centro que ha sido de toda la enseñanza agronómica en Bélgica?

A Gembloux llegan todos los días estudiantes del mundo entero. En 1896 había en el instituto ochenta y un extranjeros, número que fue creciendo progresivamente hasta llegar a más de trescientos en 1914. En el espacio de tiempo entre los años citados ha habido un contingente de estudiantes de otros países del 40 por 100 sobre una población escolar de cerca de dos mil quinientos alumnos.

El resultado de las misiones de Gembloux a dondequiera que se han establecido y se les ha prestado el contingente necesario para el desarrollo de sus prospectos, ha sido admirable. Para no citar sino países de condiciones análogas al nuestro, os diré que en el Perú la misión belga comenzó trabajos en el año de 1900 y ha estado compuesta hasta de diez y seis ingenieros, dirigidos siempre por un agrónomo de Gembloux. Ellos han fundado un centro de enseñanza superior, un centro de enseñanza práctica, una granja anexa a estos centros y una estación central agronómica, centro de experimentación y de consulta.

Allí han formado un personal idóneo para la enseñanza superior, de tal manera que hoy la mayor parte de las cátedras están a cargo de peruanos que desempeñan satisfactoriamente su cometido; de allí mismo han salido los maestros que están dirigiendo las diversas secciones agrícolas; el personal oficial para ciertos ramos de la Administración Pública, y muchos ingenieros agrónomos que están hoy a la cabeza de grandes explotaciones industriales. Los resultados para el país no han podido ser más satisfactorios, supuesto que únicamente para el azúcar la exportación ha aumentado en estos últimos quince años en cien mil toneladas sobre ciento cincuenta mil que se exportaban anteriormente. Durante este tiempo la exportación del algodón ha triplicado. En los demás países los resultados han sido semejantes.

Nosotros, más que ningún otro país, necesitamos el desarrollo intensivo de nuestra agricultura, al mismo tiempo que necesitamos cambiar nuestros métodos de enseñanza. La observación y la experiencia, dice Bacon, no son sino una misma cosa, dado que la experiencia no es sino una observación provocada oportunamente, y esta observación y esta experiencia son las únicas bases sobre las cuales podremos edificar una enseñanza sólida de agricultura. La mayor parte de las enseñanzas entre nosotros se hacen por medio de lecciones aprendidas de memoria, en textos más o menos apropiados, y con harta frecuencia los profesores de física o de química no disponen de más elementos para hacerles comprender a sus discípulos los grandes fenómenos

de la materia que de un pedazo de tiza y un mal pizarrón; lamentables métodos que hacen que el alumno en vez de independizar, por medio del estudio, su criterio se habitúe a que no hay más verdad que la contenida en los libros o la salida de los labios del maestro.

Nosotros nos asustamos cuando se nos piden laboratorios y campos de experimentación y encontramos fabulosas las sumas que para tales objetos deban destinarse, porque ya es una arraigada tradición en nuestras escuelas sustituir la experiencia por complicadas descripciones y juzgar de las dotes de investigación del educando por la facilidad con que repita los párrafos del libro que sirva de texto. Para nuestro medio no habrá un hombre mejor preparado que el que conozca a fondo las ciencias naturales y tenga extensos conocimientos en matemáticas, y esto es lo que resulta para los discípulos de las escuelas que obedecen al plan de la gran escuela belga.

Entre los grandes problemas que nosotros tenemos que resolver, los problemas agronómicos ocupan el primer lugar. La producción de nuestro suelo es mínima con respecto a su extensión y a su capacidad productiva; la miseria de nuestras clases pobres, que como ciertos naufragos mueren de sed en medio de la inmensidad de las aguas, es una de las principales causas de la degeneración de nuestro pueblo, que en ciertas regiones del país no es que degenera sino que sucumbe por falta de los medios necesarios para su sustento y para su vestido.

El actual momento en la historia de la ciencia es de recapitulación. Hay que contemplar lo

que el mundo de ayer alcanzó en las luchas científicas, y ahora que estamos en el principio de una era nueva, lancemos una mirada al pasado antes de aventurarnos en el porvenir; recorramos las vías por las cuales las asociaciones humanas han llegado a los campos del bienestar y la prosperidad. Reflexionemos lo que para otros países ha sido la enseñanza agronómica. Pensemos en ese país que tan grande supo ser en la guerra, y por camino amplio, esquivando la encrucijada, penetremos resueltamente en los extensos campos que para nuestras riquezas nos abren las matemáticas y las ciencias naturales.

Señores académicos: la obra de nuestro nuevo compañero es ya bien extensa; ingeniero agrónomo y de las industrias agrícolas, laureado en varias ocasiones durante su carrera en Gembloux; Profesor y luego Director del Instituto Agronómico de Lima; ha publicado en varias revistas europeas y americanas importantes memorias, de las cuales apenas os citaré las siguientes: «Contribución al estudio del dosaje del almidón» (París, 1904); «Contribución al estudio de las condiciones de temperatura y de humedad en la determinación del poder germinativo de algunas gramíneas agrícolas» (Gembloux, 1906); «Estudio sobre la mejora de ciertas cebadas» (Gembloux, 1907); «De las leyes de correlación en el trigo» (Gembloux, 1910).

En Lima hizo importantes observaciones sobre la selección y el mejoramiento de un *solanum silvestre*, observaciones que publicó en extensa memoria, que completó luego en 1912,

con un trabajo titulado «Estudio de las papas silvestres tuberculíferas.» Es autor también el Profesor Deneumostier de una memoria sobre la «Ausencia de espinas en algunas tunas de Burbank»; de trabajos sobre la selección de algodones silvestres y sobre selección de plantas de maíz. Vosotros conocéis ya la importancia del trabajo que para enseñar fácilmente la ontogenia de los protistos y de los vegetales presentó a esta Academia como trabajo de admisión y consistente en una serie de cuadros en los cuales, por medio de gráficos sencillos, se explica la manera como se verifican los complicados fenómenos ontogénicos; en este trabajo se puede apreciar el gran valor del nuevo académico como pedagogo y como naturalista.

Señor Deneumostier: venís a ocupar en la Sección de Ciencias Naturales de la Academia Nacional de Medicina y Ciencias Naturales de Colombia un sillón que ha sido ocupado por naturalistas como Liborio Zerda y Juan de Dios Carrasquilla, quienes, lo mismo que aquella pléyade de botánicos que arranca desde el gran José Celestino Mutis, y en la cual han formado parte Caldas, Matiz, Triana y en los tiempos más cercanos Carrasquilla, Posada Arango, Bayón y Cuervo Márquez, han contribuido a que el nombre de nuestra República sea bien conocido en el mundo de las ciencias naturales mucho más allá de nuestras fronteras. Venid, señor, a trabajar con nosotros: extenso campo tenéis y colaboradores que os saben comprender y que han estimado en lo que vale vuestra ya extensa labor científica.

DISCURSO

DE RECEPCIÓN DEL DOCTOR VÍCTOR RIBÓN

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina, señores académicos, señores:

Ingresar, como ahora lo hacemos, en esta corporación científica, no sólo la más alta en su clase, sino también la más antigua en Colombia, es alcanzar el mayor honor, proveniente de sus compatriotas, a que puede aspirar un médico en nuestra República, lo que origina en nuestro ánimo inmensa e indefinida gratitud que no puede expresarse con palabras, porque a éstas, por férvidas que fueran, las ahogaría ese mismo sentimiento

Hemos escogido como argumento de nuestro humilde trabajo académico el ELOGIO DEL DOCTOR PROTO GÓMEZ, tema excelso a todas luces y desde cualquier punto de vista que se le considere: achacad, por lo tanto, no a él, sino única y exclusivamente a nuestra incompetencia, las deficiencias y las imperfecciones que hallaréis en su desarrollo.

El doctor Pedro María Ibáñez, a quien adornaron múltiples y excelsos méritos en diversos campos del humano saber, y cuya muerte, a causa de los mismos, no será nunca tan lamentada como debiera serlo, fue distinguido médico que perteneció a esta ilustre Academia Nacional de Medicina de Colombia; erudito cronista que integró la de Historia y que cumplió a conciencia con el deber de escribir, no sólo para deleite de la sociedad de que fue valioso miembro,

sino también para el de las generaciones venideras, la narración de los hechos de cuyo encadenamiento y conjunto surge el vasto dominio intelectual presidido por Clío, produjo una obra de alta valía, que modestamente tituló: «Memorias para la Historia de la Medicina en Santafé de Bogotá»; de ella transcribimos textualmente los rasgos biográficos que destacan con toda verdad la ejemplar vida del doctor PROTO GÓMEZ, los que hemos complementado con datos suministrados por un meritísimo miembro de su honorable familia política, y con algunos de los brillantes conceptos pertenecientes al artículo destinado a honrar su memoria, original del esclarecido doctor Pablo García Medina y publicado en la *Revista Médica de Bogotá*.

*
* *

El doctor PROTO GÓMEZ, distinguido Profesor, nació en Tensa (Estado de Boyacá) en 1844; en 1854 vino a Bogotá con el objeto de estudiar literatura, y con tal fin se matriculó en el Colegio de San Bartolomé. En 1858 pasó a un Colegio particular, llamado «Independencia»; en él terminó sus estudios literarios, y principió a cursar medicina en 1860. Al siguiente año asistió a los cursos médicos que se daban en el Colegio Mayor del Rosario y en el Hospital de Caridad; mas habiéndose suspendido éstos, por causa de la guerra civil de aquellos años, y no siendo posible en dicha época llegar a obtener un título académico honroso, resolvió el doctor GÓMEZ continuar sus estudios en Europa.

Matriculóse en la Escuela de Medicina de París en 1865, y en 1870, por causa de la gue-

rra franco-prusiana, se vio obligado a dejar a París y a continuar sus estudios en la Universidad de Montpellier. Sirvió en aquella época de practicante en el Hospital de San Eloy, convertido en hospital militar; terminada la guerra, regresó a París y obtuvo el diploma de doctor en medicina, escribiendo para el examen general una tesis titulada *Des blessures de l'œil*.

Hizo el doctor GÓMEZ, durante su residencia en París, estudios especiales de las enfermedades de los ojos, en las clínicas particulares de Wecker, Desmarres, Lietbreich y Galezowsky, afamados oculistas, y fue discípulo de medicina operatoria ocular de Meyer.

Regresó el doctor GÓMEZ a Bogotá en 1873, e inmediatamente fue nombrado por la Junta General de Beneficencia Médico de los Asilos de indigentes. Al siguiente año fue nombrado Catedrático de Medicina operatoria de la Universidad Nacional; en 1875, Médico de la Casa de Locas por la respectiva entidad; y en 1876, miembro del Consejo de Examinadores del Estado de Cundinamarca.

El doctor GÓMEZ practicó, con éxito feliz, las más difíciles operaciones oculares: cataratas por extracción, iridectomías, ectropiones, extirpaciones del globo ocular, etc.

Durante su residencia en París sirvió el cargo de Cónsul General de Colombia, y se contó entre los miembros fundadores de la Sociedad Latinoamericana. También fue miembro fundador de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá, y a poco tiempo, su Presidente. En 1876 fue Representante por el Estado de su nacimiento.

Asociado con el doctor Nicolás Osorio trabajó y publicó en la *Revista Médica* un importante estudio sobre epidemias y una interesante descripción de las formas de viruela que se presentaron en Facatativá en 1881, lugar en que residió entonces como encargado oficial de los Hospitales creados para la epidemia.

El doctor GÓMEZ dio a luz otros trabajos científicos, entre los que citaremos por su importancia: *Envenenamiento por la eserina en colirio*.

En 1889 contrajo matrimonio con doña Elena Mac Douall, dama que a su belleza unía las más altas virtudes domésticas, perteneciente a encumbrada familia de la sociedad bogotana y en la que formó un hogar modelo, al que nunca desamparó la felicidad. Frutos de esta unión fueron las señoritas Alicia y Elvira, dechados de distinción; la primera es hoy esposa del doctor Juan Pablo Gómez Cuéllar.

*
* *

El 18 de enero de 1918 falleció el doctor PROTO GÓMEZ, después de una larga enfermedad que soportó con el valor de quien tiene conciencia de haber llenado su misión y cumplido con su deber. El campo de la vida médica tiene también sus héroes; y entre ellos ocupa para nosotros un alto puesto el doctor GÓMEZ, cuya vida fue ejemplo de amor a la ciencia, de abnegada caridad y de verdadero patriotismo.

*
* *

El doctor Ramón Gómez, ilustre jurista y prominente figura en la política de nuestra Re-

pública, fue hermano del doctor PROTO GÓMEZ y, a su vez, jefe de lucida familia, a la que pertenecen los doctores Carlos Esguerra (su hijo político) y Guillermo Gómez Cuéllar, caballeros que gozan en esta ciudad de sólida, alta y merecida posición, tanto científica como social, y beneméritos miembros además de esta Academia Nacional de Medicina de Colombia y de otras corporaciones científicas igualmente respetables. Los doctores Ramón y Juan Pablo Gómez Cuéllar son sencillamente honra del foro colombiano, y los demás miembros de este muy honorable hogar todos dignos del mayor acatamiento.

BREVES COMENTARIOS ACERCA DE SU LABOR CIENTÍFICA

Antes de disertar sobre uno de los muchos trabajos que sobre oftalmología llevó a cabo lucidamente el doctor PROTO GÓMEZ, cumplimos con el grato y honroso deber de rendir homenaje de gratitud y admiración a sus dos ilustres predecesores, únicos oculistas que en esa época ejercieron con éxito en nuestra patria tan difícil especialidad. Uno de ellos, el doctor Librado Rivas, fue al propio tiempo competente Profesor de la Clínica de maternidad: nuestro eminente colega el doctor Luis Rivas Merizalde, anatómico de idoneidad indiscutible, es su muy digno hijo, y fruto selecto de la rara y feliz conjunción de dos meritísimas familias, adornadas por sendos médicos; abrillanta él al par el apellido Merizalde, ilustrado por su abuelo materno don José Félix, clínico esclarecido de ojo avizor y escritor castizo que enriqueció con impecables

artículos, plenos de su hondo saber, diversos ramos de la ciencia, cuyo dios, Esculapio, nació de los férvidos amores de Apolo y de Corónida; entre ellos merecen especial mención, por su utilidad trascendental, los siguientes: «El Empírico en Bogotá» (1823), «El Desengaño Anatómico,» «Epítome de Elementos de Higiene (1828); «Elementos de Patología General,» «Disertación sobre la Elefancia» (1833), «Cuadros No sológicos,» «La Tirocelia,» y otros muchos folletos profesionales.

El otro oculista, el doctor Flavio Malo, favorecido también con felices dotes de perspicacia clínica, falleció en 1867. En pro de la luminosa huella por ellos dejada, siguió el doctor PROTO GÓMEZ, y en breve coronó la altura que habían dejado vacante; por esto merece con justicia nuestra adhesión, que raya en entusiasmo si se considera que es apenas conciliable la atención de clientela tan numerosa como la que con ahinco lo solicitaba, con lo magno de la labor que realizó al espigar felizmente en casi todas las ciencias médicas.

Poseyó además clara visión del curso progresivo y del futuro desarrollo de hechos que le tocó apreciar cuando apenas comenzaban a esbozarse, y no estaban incluídos aún, por su condición de incipientes, en el número de las verdades definitivamente adquiridas por la medicina.

Comenzaremos por considerar la observación del doctor PROTO GÓMEZ titulada «Envenenamiento por la eserina en colirio,» reveladora de su excepcional competencia, de la extraordinaria madurez de su juicio y de su envidiable sangre fría; apreciación precedida, si nos lo per-

mitis, de una disquisición sobre los mióticos, medicamentos, como bien sabéis, dotados de la propiedad de contraer la pupila. No sólo no es de antigua data la adquisición de los mióticos por la terapéutica ocular, sino que puede considerársele como un hecho contemporáneo, puesto que las primeras revelaciones referentes a ellos se remontan apenas al año de 1852, en el que Fraser, de Edimburgo, señaló en su tesis inaugural la propiedad *antimidriática* del grano de una planta de la costa occidental del Africa, que los negros empleaban para dar muerte a los condenados a la última pena por su rudimentaria justicia. En el año siguiente, 1853, Argyll Robertson descubre la acción contráctil de este grano, el haba de Calabar; y Jobst y Hesse, por una parte, y Vée y Leven, por otra, encuentran un principio activo, al que dieron el nombre de *fisostigmina*, los primeros, y de *eserina*, los segundos: dos nombres diferentes para el mismo alcaloide, porque la identidad química y fisiológica de la fisostigmina y de la eserina fue rápidamente reconocida, y establecida de modo terminante. En seguida los estudios sobre este medicamento se multiplican, como lo atestiguan los notables trabajos de Hamer, de Donders, de Laqueur, de Bowmann, de Harley, de Grøefe, de Soelberg, de Wells, de Rosenthal, de Giralvés, de Wecker, de Galezowsky, etc.

Esto no quiere decir, empero, que el haba de Calabar, grano del *physostigma venenosum*, no fuera conocido antes del descubrimiento de Fraser; investigaciones y trabajos hubo anteriormente a él, pero se referían únicamente a sus

propiedades tóxicas. A tales trabajos e investigaciones van unidos los nombres de Daniell (1846) y de Christison, de Edimburgo (1855). Este último ensayó en animales y en sí mismo muestras que le fueron enviadas por un misionero de Calabar, el Padre Waddel. Fue en 1865 cuando Giraldés dio a conocer en Francia este nuevo medicamento, en sus comunicaciones al Congreso Médico de Rouen.

Los mióticos son medicamentos, ordinariamente alcaloides, cuyas soluciones instiladas por gotas en los ojos, *disminuyen las dimensiones de la pupila*. Producen, conjuntamente, una contracción tónica del esfínter y del *músculo ciliar* y disminuyen la tensión intraocular. Estos agentes se emplean principalmente en el glaucoma; a veces en las úlceras de la córnea, especialmente cuando son periféricas. La eserina (de $\frac{1}{8}$ al $\frac{1}{2}$ por 100) y la pilocarpina (del $\frac{1}{2}$ al 2 por 100) se recetan con este fin.

La eserina es más potente y también tiene alguna tendencia a producir irritación conjuntival e iritis, y a veces síntomas generales que, por regla general, son insignificantes y apenas si merecen ser tenidos en cuenta.

El doctor GÓMEZ escribe en Yaguará, en época en que las aplicaciones de la eserina en terapéutica ocular apenas se propagaban en Europa y eran totalmente desconocidas entre nosotros, conceptos idénticos a los que acabamos de expresar, y que ponen de relieve su competencia en oftalmología y lo certeros que eran, por lo tanto, todos sus juicios en esta importante especialidad del vasto campo del arte de curar.

Dicen así:

«Esta sustancia ha sido aplicada diariamente en las clínicas de Europa por los oculistas más notables: allá la hemos visto emplear constantemente, y hemos sabido después de nuestro regreso, que sus aplicaciones tienden a aumentarse; pero hasta ahora esos hombres que observan tan atentamente sus enfermos no han relatado, que nosotros sepamos, ningún caso de accidentes serios.» Cotejad esta apreciación con las actuales ideas al respecto, arriba expuestas, y se os impondrá su veracidad.

Describe en seguida el estado actual de un cliente suyo afectado de atrofia papilar incipiente y de cuerpos flotantes en el vítreo: como era individuo de pupilas tan pequeñas, que impedían la exploración de las regiones ecuatoriales del ojo, hubo de instilarle un colirio de sulfato neutro de atropina que hizo posible el deseado examen. Pasados cinco días, durante los cuales el paciente usó de anteojos de color y evitó los rayos solares, la midriasis persistía; por tal motivo, y porque el enfermo debía dirigirse a Neiva y a desafiarse, así, temperaturas de 30 grados centígrados a la sombra, y la viva luz de las riberas del Magdalena, resolvió hacer cesar la midriasis con el colirio de eserina, del que instiló tres gotas en cada ojo, dejando pasar cinco minutos de intervalo entre cada dos.

Transcribimos textualmente ahora, de la observación escrita en Yaguará, cuyo título damos al comenzar esta segunda parte de nuestro trabajo, la relación del envenenamiento que fue eficazmente tratado por el doctor GÓMEZ y que le sirvió de base para escribirla:

«Haría diez minutos que estaba en ella (la casa de habitación del autor) cuando vinieron a avisarme que el señor G. estaba con un fuerte ataque y postrado en cama; me trasladé inmediatamente a su domicilio y encontré a G. acostado, sumamente pálido, desencajado, casi sin poder moverse y con la piel cubierta de un sudor frío abundantísimo: es de advertir que acostumbrado al calor de esos lugares, no sudaba casi nunca; el pulso en las radiales era unas veces fuerte y precipitado, otras lento y débil; a ratos filiforme; los movimientos del corazón, tumultuosos y desordenados; sufría de cefalalgia y de náuseas y vómitos constantes, lo que hacía que la postración fuera mucho mayor. Lo hice levantar con gran trabajo, pero en esta posición no pudo mantenerse largo tiempo, y hube de sostenerlo para que no cayera al suelo, ponerlo de nuevo sobre la cama, en la que se repetían estos síntomas por series no interrumpidas, siendo cada vez más acentuados los vómitos, los sudores y la falta de fuerzas.

«Convencido de que lo que tenía delante era un caso de envenenamiento por la eserina, quise alejar la causa: para esto bañé profusamente los ojos del paciente y lo hice gargarizar por si había todavía alguna porción del colirio en estas regiones; le administré además una poción alcohólica.

«Por un momento pense en administrarle la atropina, considerándola como un antagonista; pero el recuerdo de haber observado una postración casi igual en los casos de atropinismo de que he hablado, me hizo desistir de semejante idea, porque temía un resultado desfavorable.

«Me contraje a hacer aplicaciones excitantes y administrar unas tazas de café negro al interior, que al principio fueron arrojadas, pero después ayudaron a contener el vómito.

«La escena duró dos horas y media de inquietudes entre la vida y la muerte para el paciente, y llenas de angustias para mí. Lo primero que calmó fue el vómito, luego los sudores y en seguida la postración de fuerzas, dejando un poco de cansancio y de cefalalgia frontal. Tres horas y media habían pasado cuando mi cliente tomaba un copioso almuerzo que le hizo disipar el malestar que le quedaba.

«Por la tarde todo había pasado; la excesiva contracción de las pupilas había desaparecido, y habían vuelto a su estado normal, lo que me anunciaba que la acción de la eserina había cesado, dejándome una enseñanza más: la de que la acción de la eserina es más fuerte que la de la atropina, pero más rápida; y un consejo que dar a mis profesores: sed prudentes en la aplicación de la eserina, a pesar del adagio que dice "de nada vale la experiencia en cabeza ajera."»

Además de esta importantísima observación, escribió el doctor PROTO GÓMEZ otros muchos trabajos sobre oftalmología, igualmente meritorios; entre ellos se destacan, por su interés clínico, el titulado «Midriasis Refleja,» ocasionada por la presencia de ascárides en el intestino del paciente; y por su actualidad perpetua, el escrito en el año de 1886, que estudia las aplicaciones de la cocaína como anestésico ocular y distinguido en el nombre de «Nuevas aplicaciones de la cocaína.»

*
* * *

Una de las cualidades que caracterizan a las mentalidades superiores, como la del doctor **PROTO GÓMEZ**, es su complejidad, en cuya virtud encierran en sí múltiples capacidades, laudables todas, de cuya totalidad resulta su excepcional mérito; las siguientes líneas, corroboradoras de estos asertos, nos lo pintan de modo evidente como escritor conceptuoso, como filósofo impávido, como cirujano práctico a la par que competente, y como higienista previsor.

«La inminencia, es decir, la espada de Damocles que tenemos suspendida a toda hora sobre nuestras cabezas; eso que vulgarmente traducimos por “estar a punto de morir”; ese temor, esa sospecha de que el enfermo que tratamos vaya a sucumbir cuando menos se piensa; esa palabra que no sirve sino para angustiarnos con la idea de que podemos quebrarnos una pierna, si caminamos; hacernos añicos, si se hunde la tierra o revienta un volcán; esa palabra no tiene valor clínico ninguno . . . porque el hombre sobre la superficie del globo está a cada instante expuesto a todo; está bajo la inminencia de todo lo bueno y de todo lo malo.

«Los cirujanos desde tiempos muy remotos se apercebieron de que los enfermos están bajo la inminencia, o más bien, sujetos, según las condiciones en que se hallen colocados, a una serie de accidentes más o menos temibles; los buenos cirujanos de todas las épocas, y los que no han perdido este punto de vista, se apresuraron a rodear a sus enfermos de todas las condiciones higiénicas; a poner en práctica los mejo-

res métodos de curación, a fin de ponerlos al abrigo de todas las complicaciones que puedan sobrevenir.»

(Del informe sobre el trabajo del doctor Manuel Ramón Pareja, sobresaliente médico bolivareense, titulado «Abscesos fríos con inminencia de infección purulenta.»

*
* *

En los siguientes conceptos, que forman parte del informe que rindió el doctor PROTO GÓMEZ sobre la «Observación de un caso de fiebre tifoidea seguida de remitente perniciosa,» y cuyos autores fueron los doctores Policarpo Pizarro y Abraham Aparicio, se destaca su pericia en la observación de los pacientes, la sutileza de su análisis y su facultad comprensiva que le permitía abarcar simultáneamente los múltiples aspectos que puede presentar un tema dado:

«No obstante, la curiosidad, y más que esto, al deseo científico de saber si existió realmente una fiebre intermitente perniciosa, nos lleva a preguntarnos si la hubo o nó, independientemente de la tifoidea.

«Lo que no podemos negar es que el elemento remitente existió, si por él entendemos un estado febril con accesos que no están separados por un período de apirexia, sino en los cuales hay únicamente atenuación de los síntomas, sin que éstos lleguen a desaparecer completamente. Mas porque esta forma haya existido ¿estamos autorizados para decir que hubo una fiebre remitente, enteramente diferente de la fiebre tifoidea, es decir, independiente de la enfermedad inicial?»

«¿No podríamos suponer que la fiebre tifoidea no había desaparecido, o que era una recaída que se presentaba revestida de un carácter de gravedad, del cual no hay la menor duda? La recaída de la fiebre tifoidea no es rara, y los síntomas de remitencia se han observado siempre que hay una complicación cardíaca, por ejemplo, o cuando el paciente ha sufrido anteriormente de fiebres intermitentes, de lo que no sabemos ni una palabra.»

Esta interesante observación mereció los honores de una serena discusión científica en que alternaron, además del informante y de uno de sus autores, el doctor Abraham Aparicio, los eminentes Profesores Rocha, Osorio, Rengifo y Plata Azuero; ella dio motivo, además, para que el doctor José Tomás Henao, que ejercía entonces en Sonsón, enviara a la Academia Nacional de Medicina una observación semejante a la en que ya nos hemos ocupado; pero en la del doctor Henao la forma de fiebre remitente pernicioso palúdica que sucedió a la tifoidea, fue la diaforética. Los hechos materia de ambas observaciones, contradicen abiertamente la teoría de Boudin, vigente entonces, según la cual las infecciones tifoidea y palúdica se excluyen.

Los ilustres Profesores, gloria de la ciencia médica nacional, que expusieron con lujo de competencia sus opiniones al discutir la primera de las observaciones mencionadas, han bajado ya a la tumba y dejado con su lamentable desaparición un vacío, difícil de llenar, en la ciencia y en la sociedad colombiana.

*
* *

Del magistral artículo titulado doctor PROTO GÓMEZ, escrito por el sabio maestro doctor García Medina, transcribimos las líneas siguientes, referentes a una de las actuaciones más brillantes del doctor PROTO GÓMEZ en el curso de su gloriosa y loable vida:

«Para el doctor GÓMEZ servir a la ciencia implicaba servir a la patria, y por consiguiente a la sociedad, sin distinción de clases. Por eso lo vimos ponerse al frente de una campaña sanitaria sin vacilación y sin miedo, para detener una enfermedad epidémica, que haciendo numerosas víctimas y revistiendo excepcional gravedad, había invadido a Cundinamarca y estaba ya a las puertas de la capital. Nos referimos a la viruela que en 1881 apareció con tales caracteres que sembró verdadero pánico. Apeló el Gobierno al doctor PROTO GÓMEZ, y él acudió a Facatativá, donde la enfermedad diezaba la población; con escasa ayuda y casi sin elementos, organizó hospitales, estimuló a los ciudadanos a cumplir con sus deberes y a las autoridades a atender las disposiciones que tanto él como la Junta de Sanidad dictaban. Con grande actividad atendía a los enfermos, y organizó un servicio efectivo de vacunación dirigido por él personalmente. A pesar de estas grandes atenciones, tuvo tiempo para estudiar detenidamente la enfermedad, llevar observaciones clínicas y estadística y consignar todo esto en una bella memoria que sobre "Viruela en Facatativá" pre-

sentó a la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales. Según dicha memoria se observaron en esta epidemia, entre otras modalidades, la *púrpura febril* y la *forma hemorrágica propiamente dicha*, lo cual explica la extraordinaria mortalidad que se observó.»

Respecto a la primera de estas formas se expresa el doctor GÓMEZ así:

«Esta forma llamó siempre mi atención por la rapidez de su marcha, en algunos casos, y porque fue la que causó las primeras víctimas. He creído reconocer dos variedades cuya descripción haré separadamente.»

Entra a describir minuciosamente, y con lujo de detalles, la primera variedad, a la que apellida *púrpura febril propiamente dicha*. Narra admirablemente la sintomatología de los dos primeros días, y en referencia al segundo, expone lo siguiente:

«Durante el transcurso de este día, al mismo tiempo que aparecían nuevos síntomas, se hacían más intensos los que existían; así, la cefalalgía frontal se avivaba sobremanera, las náuseas eran más frecuentes, seguidas de vómitos de materias glutinosas y acompañados de un sentimiento de constricción y de dolor en la región epigástrica, que se hacía sentir especialmente a la presión. Epistaxis abundantes y deposiciones negras; piel ardiente y seca; sed insaciable, que no se podía mitigar sin que las bebidas, aun tomadas en pequeña cantidad, provocaran el vómito. Colocado el termómetro en la axila, marcaba de 40 a 41 grados centígrados.

«Al tercer día la postración era considerable, y los enfermos estaban abatidos. Las náuseas y los vómitos eran menos frecuentes, pero en cambio, las materias glutinosas eran reemplazadas por un líquido sanguinolento de color negruzco; la hemorragia nasal continuaba, pero en pequeña cantidad, lo mismo que la del intestino. La cara era vultuosa y de un color violáceo, que se extendía a toda la superficie tegumentaria. Los ojos, brillantes sin estar inyectados, presentaban vastas hemorragias subconjuntivales en su parte superior y externa; éstas eran precursoras de las manchas equimóticas que algunos autores llaman *rash hemorrágico* (S. Jaccond, "Traité de Pathologie interne"), que en breve iban a aparecer, y que, por ser la única erupción que tiene lugar en el curso de la enfermedad, constituye el carácter esencial de esta forma.

«Me detendré un momento en su descripción, porque no deja de tener algún interés para nosotros.

«Su modo de aparición, su tamaño, su coloración y su abundancia varían según la edad del paciente y la región que ocupan.

«En dos personas de sesenta y de setenta años, que sucumbieron, aparecieron a los dos días; en los de quince a treinta y cinco años, en la noche del tercer día, y en los pocos niños que fueron atacados, más tarde.

«Eran pequeñas, como la cabeza de un alfiler o un grano de mijo, diseminadas en las personas de edad, y tan poco abundantes que necesité de una exploración cuidadosa, para en-

contrarlas en los brazos y en el pecho. En los adultos de ambos sexos, su tamaño variaba entre el de una lenteja y el de medio real.

«Las que se desarrollaban en las mejillas, en la frente, en la lengua y en los antebrazos, eran más pequeñas, y las grandes tenían su asiento en las regiones detoidianas, en el abdomen y en las caderas. La coloración variaba del moreno al negro».

En el capítulo x del trabajo que analizamos, titulado *Causas de la mortalidad*, dice:

«La púrpura febril, esa destructora forma de viruela, que llena de terror a los que han sido testigos de su malignidad, fue en la epidemia actual una de las principales causas de la mortalidad, puesto que *ataca únicamente a los individuos que no han sido vacunados*.

«Si hoy que conocemos mejor esta forma, y si, después de ensayar y de poner en práctica los tratamientos más racionales, estamos en la imposibilidad de curarla, no nos es posible dudar, ni por un momento, de que fue la que hizo entonces más víctimas, tan sólo por falta de vacunación.»

Y en el capítulo xii de esta excelente memoria, encabezado con las palabras TRATAMIENTO SEGÚN LAS FORMAS. *Púrpura febril*, escribe este respetable sentir:

«La medicación que pusimos en práctica contra esta forma, es la misma de que hemos hecho uso contra la púrpura hemorrágica ordinaria. Los resultados siempre desfavorables en la que acompaña a la viruela, y de un éxito seguro en la hemorragia ordinaria, es otra de las razo-

nes que hemos tenido para considerarla como una variedad de la viruela.

.....
«La letalidad de esta forma es tal, que no da lugar siquiera a que obren los medicamentos.»

*
* * *

Se observa a veces que la verdad se desintegra y va revelando paulatinamente sus elementos constitutivos a diferentes individuos, dignos de envidia por haber sido elegidos como sus voceros; retrotraigamos hechos que corroboren nuestras palabras, y con este fin, recordemos que el descubrimiento de la vacunación (ya que de viruela tratamos) se verificó gradualmente, por sucesivas etapas de perfeccionamiento.

Este grandioso acontecimiento se remonta a la antiquísima tradición existente entre los vaqueros y las lecheras ignorantes de Inglaterra, y de ellos extendida a gran número de gentes incultas de la existencia del «mal de las vacas» que aparecía de tiempo en tiempo e inmunizaba contra la viruela a los ordeñadores que lo habían adquirido.

La primera relación, empero, referente a inoculaciones variolosas hechas con resultados negativos en individuos que hubieran sufrido de la vacuna o mal de las vacas, se encuentra entre las observaciones de Nash, médico que murió en 1785.

Downe dice, por su parte, que la inoculación de la vacuna se practicaba en varios casos con buen éxito en 1771, y refiere el caso de un carnicero, vecino de Bridport, que habiendo sido

inoculado con la materia de la vacuna y estado repetidas veces en contacto con personas que sufrían de la viruela, no contrajo nunca la enfermedad. Benjamín Jesty, hacendado que vivió en Yetminster, inoculó en 1774 a su esposa y a sus dos hijos, con el fin de salvarlos de la viruela, el virus tomado de las vacas de un hacendado de Chittenhall, con resultado positivo.

En 1796 Edward Jenner repitió, comprobando la verdad de los hechos observados por sus predecesores, y reveló además al mundo científico que la linfa tomada de una pústula vacinal humana obtenida adrede e inoculada a otro individuo, lo preserva de la viruela de modo seguro; en esto estriba principalmente su gloria y el concepto en que merecidamente se le tiene de ser uno de los más grandes benefactores de la humanidad.

En cambio, en otras ocasiones, por cierto rarísimas, la verdad se revela en todo su esplendor, de súbita manera, a dos o más sabios, como lo prueba el hecho de que Hebra hubiera escrito, con ligera anterioridad a la época en que el doctor PROTO GÓMEZ trasladó al papel sus impresiones sobre la *púrpura febril variolosa*, las siguientes líneas que entrañan conceptos idénticos a los expresados en su memoria por nuestro eminente compatriota: «Hay una forma de viruela en la que sólo se manifiestan manchas hemorrágicas. A los síntomas febriles, que sobrevienen de repente con gran intensidad acompañados de delirio, somnolencia, movimientos convulsivos y calambres, sigue la aparición de manchas hemorrágicas en la piel, del tamaño de un grano de

mijo, o de una lenteja. Estas manchas crecen aprisa, se multiplican, y en veinticuatro horas cubren todo el cuerpo. *Estos casos terminan casi todos por la muerte, en el espacio de tres a cinco días.* En la autopsia se encuentra la piel llena de manchas equimóticas, lo mismo que el tejido celular y las membranas serosas y mucosas»; y coincidencia curiosa: cuando el doctor PROTO GÓMEZ se dedicaba de lleno en el Hospital Militar de San Eloy de Montpellier a estudiar las diversas heridas de los ojos, a seguir su marcha y a estudiar sus consecuencias, segaba vidas en París la *viruela negra o hemorrágica precoz, que es más terrible que la tardía, y siempre mortal.* Dilulafoy, de altísima y no discutida competencia clínica, es el autor del anterior concepto, reforzado por su larga experiencia personal, pues trató gran número de casos, todos fatales, en el servicio de Axenfeld, cuyo interno era en esa época (1871). GÓMEZ, que más tarde haría gala de ojo clínico y de observación concienzuda en la misma enfermedad, no se dio cuenta de dicha epidemia por hallarse lejos de su campo de acción embebido en los trabajos preparatorios e indispensables para su brillante tesis.

En el año de 1880 se doctora Gachon en París y pone de manifiesto las mismas verdades en su tesis referente a la «*Varirole hemorrhagique, mortalité avant l'éruption.*» Y en nuestros días el conspicuo Mortz Kaposi, sabio vienés respetabilísimo y continuador de Hebra, escribe sobre la púrpura febril propiamente dicha, de GÓMEZ, y que él llama «*púrpura variólica precoz,*» a causa de la celeridad de su desarrollo, lo que sigue:

«Esta enfermedad, que en conjunto presenta síntomas tan numerosos, cumple su evolución total en un lapso de veinticuatro a treinta y seis horas.

«Desde el momento en que la púrpura variólica ha hecho su aparición, bajo forma de rubicundez difusa, el diagnóstico de esta forma de viruela hemorrágica es ya posible, y al mismo tiempo se puede pronosticar su marcha rápida y absolutamente fatal. De hora en hora las hemorragias y perturbaciones intelectuales hacen progresos. Es completamente imposible referir los síntomas a tales o cuales circunstancias, pues a cada instante que pasa, la escena cambia, y el enfermo empeora a tal extremo que la viruela hemorrágica causa la muerte tan rápidamente como no lo hace ninguna otra enfermedad general.

«En raros casos la marcha de la viruela hemorrágica dura más de dos días, de manera que la muerte se verifica más tarde, pero nunca después del tercer día médico, comenzando a contar los días desde la aparición del exantema.

«En el curso, de ordinario extremadamente rápido, de la púrpura variólica, no se comprueba, en verdad, ningún indicio de eflorescencias variólicas reales; es permitido, sin embargo, suponer, en vista de lo que sucede en los casos en que la enfermedad se ha prolongado algo más, que la pronta llegada de la muerte hace imposible el desarrollo de toda erupción. En estas circunstancias se presencia, como decían los antiguos observadores, un caso de "viruela sin viruelas."

Quedan pues justificadas las apreciaciones del famoso médico colombiano acerca de la terminación, siempre por muerte, de la viruela hemorrágica, y de la gran prontitud característica de la marcha de este proceso patológico.

*
* *

Llega al pasmo nuestra admiración, y a él llegará también la vuestra, en lo tocante a los trabajos micrográficos y a las biopsias que el doctor PROTO GÓMEZ verificó en época en que casi se ignoraba, entre nosotros, todo lo relacionado con dichas manipulaciones, que él narra sencillamente así:

«Una mujer fue llevada al Hospital de Caridad a una de las salas de clínica del doctor Nicolás Osorio. El doctor J. V. Uribe y yo fuimos invitados para reconocerla; del examen que le hicimos dedujimos que estaba atacada de púrpura febril.

«En presencia de la mayor parte de los alumnos de las clínicas procedimos a examinar la sangre por medio del microscopio; pero antes de observar a la mujer enferma, resolvimos hacer un estudio comparativo tomando la sangre de dos personas en buena salud, de las que estaban allí presentes; ésta (la sangre) se veía compuesta de un líquido transparente y ligeramente citrino, en el cual se movían con mucha facilidad unos glóbulos que tenían la forma de un disco bicóncavo, de bordes regulares, de una coloración amarillo-rosada, que pasaban unos al lado de otros sin pegarse.

«Luégo examinámos la sangre de la enferma, tomada en el pliegue del codo. Vimos que el líquido, en lugar de presentar la transparencia y la coloración que dejamos apuntadas, era menos transparente y de un color rosado; que los glóbulos estaban deformados, que sus bordes eran irregulares y de forma discoide, y que la parte cóncava estaba más oscura que los bordes; que dichos glóbulos no se movían y parecían aglutinados y en montones: habían perdido, pues, todos los caracteres fisiológicos.

«La sangre sacada de la vena tenía un color negruzco, análogo al de la que vomitan los individuos atacados de las fiebres hemorrágicas remitentes del Magdalena; abandonada en un vaso, no se coagulaba; una parte se precipitaba formando más bien un sedimento que un coágulo, y lo que sobrenadaba, tenía una coloración vinosa que teñía las paredes del vaso; el sedimento era de un color negruzco.

«No hay, pues, la menor duda de que los glóbulos rojos son profundamente atacados en la púrpura febril; rotos, dejan escapar la hemoglobina; de allí la coloración vinosa del plasma; de allí la agrupación de los glóbulos y los demás fenómenos que observámos.

«Todos conocemos el papel importante que representan los glóbulos en los actos de nutrición y de asimilación.

«El papel principal, dice Carlet, que desempeñan los glóbulos rojos es el de llevar el oxígeno a los tejidos. Se sabe, según los descubrimientos recientes, que el oxígeno de la sangre está fijado en totalidad en la hemoglobina de los glóbulos rojos.

«Es necesario hacer notar que los glóbulos rojos fijan el ácido carbónico a medida que pierden el oxígeno, y ya hemos visto que según mathieu y Urboni, pueden retener un volumen considerable de gas ácido.

«La nutrición está ligada a la digestión por el plasma y a la respiración por los glóbulos: la sangre es a la vez el alimento y la cloaca colectora del organismo, el medio interior en el que simultáneamente todo se organiza y se desorganiza.

«Por este ligero análisis se llega a comprender el porqué de la casi incurabilidad de la púrpura febril y la rapidez de su marcha.»

Sabios contemporáneos, gloriosos exponentes de la ciencia europea, confirman la veracidad de los hechos observados por el doctor PROTO GÓMEZ con los siguientes irrecusables testimonios:

A la autopsia se encuentran hemorragias más o menos extensas en casi todos los tejidos y en todos los órganos internos: en las membranas serosas, en los músculos, en el periostio, en los órganos parenquimatosos, hígado, riñones, y a veces en las meninges, en las cubiertas de los nervios, etc. *La sangre que se encuentra en el corazón, EN LAS VENAS y en los parénquimas ES ROJO-NEGRA, FLÚIDA, y parece jugo de ciruelas pasas. (Kaposi).*

Las alteraciones de la sangre son notables: los gases disminuyen hasta reducirse a su mitad en las formas hemorrágicas (Brouardel).

El descenso de la hemoglobina comienza antes de la erupción y continúa hasta el fin de la enfermedad. (Opingaud).

Los globulos rojos se deforman y pierden la propiedad de fijar el oxígeno (Dieulafoy).

*
* * *

Además de estos trabajos del doctor PROTO GÓMEZ, que hemos analizado con notoria deficiencia y que pueden ser considerados desde otros puntos de vista, pueden verse para ser comentados de competente manera y dados luego a conocer (pues como consecuencia de la indolencia y de la apatía propias de nosotros los colombianos, la labor de nuestros prácticos y de nuestros hombres de ciencia pasa siempre inadvertida) los siguientes artículos, escritos también por su áurea pluma:

«Juntas Médicas,» «Eclampsia en los primeros meses del embarazo,» «Hospital de San Juan de Dios,» «La antipirina y el elemento febril en las enfermedades,» «Antipirina y cornezuelo de centeno,» «Aureliano Posada» (necrología), «Estudio sobre la causa de la muerte de las moscas en Bogotá» (en colaboración con el doctor Gabriel Durán Borda), «Hipnotismo,» «Extracto de los trabajos enviados a la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá por el doctor Rodríguez Góngora,» «Difteria,» «Embarazo múltiple,» «Enrique Rodríguez Blanco» (necrología), «Informe sobre el Lazareto de Agua de Dios,» «Informe sobre construcción de lazaretos,» «Midriasis refleja,» «Informe referente al proyecto de ley sobre lazaretos,» «Discurso pronunciado en la sesión solenne del 21 de julio de 1897,» «La peste de Oriente o peste bubónica,» «Sífilis» (A. Fournier, traduc-

ción), «Lepra de los griegos» (Barthelémy, traducción), «Antisépticos» (extractado de P. Réclus), «Cocaína,» «Cafeína,» «Mercurio,» «Viruela, formas anómalas,» «Algunas consideraciones sobre las inoculaciones profilácticas de Cúcuta,» «La fiebre amarilla y las fiebres palúdicas graves,» «Los mosquitos y la fiebre amarilla,» «Informe sobre el empleo de la cocaína,» «Anemia perniciosa,» «Bocio exoftálmico, tratamiento,» «Inconvenientes y peligros del hipnotismo,» «Irresponsabilidad de los charlatanes,» «Importancia de los estudios bacteriológicos,» «Pablo Emilio Molina» (necrología), «Pablo Molina Uribe» (necrología), «La Renguera» (en colaboración con el doctor Gabriel Durán Borda), «Un nuevo libro,» «Asistencia pública de los niños menores de tres años,» «Informe afirmativo sobre la adhesión del Gobierno colombiano a la Convención Sanitaria de Dresde,» «Informe afirmativo sobre la permanencia en sus casas de los virolentos que cumplan con las medidas de desinfección y de aislamiento prescritas por la Junta Central de Higiene,» «Profilaxis de la peste de Oriente o bubónica,» «Profilaxis de las afecciones tíficas,» «Informe de una Comisión sobre los trabajos del doctor J. Santon, relativos a la lepra,» «Carta-informe referente a un trabajo sobre lepra, del doctor R. Navarro,» «Epidemias de ictericia y colerina en Bogotá y pueblos vecinos,» «Fiebres epidémicas de la hoya del Magdalena. Naturaleza de estas fiebres» (en colaboración con el doctor Nicolás Osorio), «Discurso de posesión de la Presidencia de la Sociedad de Medicina y Cien-

cias Naturales,» «Discurso para dar posesión al doctor José V. Uribe en sesión solemne de la Academia de Medicina de Bogotá,» «Indicaciones terapéuticas al principio del estrangulamiento interno. Doctor Gentilhomme.» (Extracto), «Anemia perniciosa, por el doctor A. Dorane.» (Extracto) etc.

Para concluir formulamos un voto vehemente: ¡que cada uno de nosotros lleve a término la óptima y titánica labor científica realizada por el eximio doctor PROTO GÓMEZ, digna del aplauso de la posteridad!

DISCURSO DE CONTESTACION

DEL DOCTOR ARTURO ARBOLEDA

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina, señor doctor don Víctor Ribón, señores académicos:

«Bien venido, colega, bienvenido». Tal es la frase que en esta noche, para nosotros tan grata, dice por medio de mi boca la Academia Nacional de Medicina y Ciencias Naturales, quien me ha honrado haciéndome su vocero, papel que he aceptado tanto más gustoso cuanto que se trata de felicitar y recibir entre nosotros a mi personal amigo y al verdadero hombre de ciencia.

Habéis sido elegido como miembro de número en el más antiguo y respetable Cuerpo médico de Colombia, y este vuestro merecido título de académico lo habéis adquirido por el doble derecho de nacimiento y de conquista. Vástago

ilustre de esclarecida familia momposina que en las armas, las artes y las ciencias ha ocupado puesto preferente entre sus conterráneos, teníais, por ley de atavismo y selección, que culminar en el terreno artístico y científico.

El doctor Víctor Ribón, vuestro abuelo, médico y naturalista consumado, y venerable tronco de los Ribón Morón, supo con tal acierto dirigir las inclinaciones artísticas y científicas de sus hijos, guiándolos por sabios y rectos senderos que habrían de conducirlos a coronar sus brillantes carreras, que Mompós pudo gloriarse de ser la cuna de vuestro tío el Coronel Isaac Ribón, fundador de «La Palestra,» periódico que después dirigieron por largos años vuestro padre y su hermano don Andrés; de «El Museo de la Juventud,» de «El Museo Literario,» y cuyo volumen de versos y artículos escogidos es tan conocido por los amantes de la literatura. Pintor y músico notable, de imperecedera memoria entre los momposinos que de generación en generación van repitiendo su inmortal himno a Mompós, lleno de alta poesía e inspirada música.

En los «Anales» de nuestro Congreso Nacional puede seguirse, durante varios años, la intensa labor de vuestro tío el doctor Francisco de Paula Ribón, verdadero sabio educado en París, donde hizo profundos estudios de ciencias naturales, quien de regreso a su patria dirigió también sus fecundas y múltiples actividades hacia el campo de la historia escribiendo su interesante obra titulada «Estadística de Mompós» y en cuyo vasto cerebro tuvieron las artes tan am-

plia cabida, llevándolas a tal veneración, que a pesar de su competencia en la pintura, no quiso retocar las florecientes carnes del Resucitado de Mompós, que después, manos profanas, y con brusco pincel, pusieron en el estado en que hoy se encuentra.

Y vuestro tío don Andrés, músico, pintor, naturalista y decidido patriota por su actuación en la Asamblea de Cartagena; y en fin, vuestro venerado padre, don Leopoldo, médico afamado, naturalista, pintor y músico que de sus propios fondos costeó, para su ciudad natal, una banda de música, con sus instrumentos, uniformes y escogido repertorio y que con inspiradas notas cantó, lleno de entusiasmo y patriotismo, las glorias del inmortal Bolívar.

Con tal herencia, con tales ejemplos y con tales estímulos no podríais menos que dedicaros a las artes y las ciencias; y entre estas últimas escoger la medicina en unos de sus más interesantes ramos, la oftalmología y la otorrinolaringología, que habéis logrado dominar con singular competencia, como habrán de verlo los alumnos de San Juan de Dios, cuyo Jefe de Clínica sois, según reciente decreto del Ministerio de Instrucción Pública.

Conocida de todos vosotros, señores académicos, es la actuación científica del doctor Ribón, que le ha valido, entre otras muchas distinciones, la de venir a ocupar el sillón que dejó vacío la lamentada desaparición de nuestro ilustre compañero el doctor Proto Gómez, primer

propagador entre nosotros de la especialización en los estudios de oftalmología.

Bachiller del colegio del Rosario, graduado de médico y cirujano en 1899 con su tesis «Curación de la hernia inguinal por el método esclerógeno,» ha llevado a cabo desde entonces una brillante y tenaz labor científica que puede resumirse en lo que de él dice, entre otras cosas de su biografía, la «Revista Cubana de Oftalmología»:

«Obtenido el ansiado título de la Facultad de Medicina, el doctor Ribón se trasladó a Europa, ampliando sus conocimientos en París y en Roma. En la Ciudad Luz estuvo tres años haciendo brillantes estudios de ampliación con los doctores Faure, Schwartz, Lecene, Nathan LARRIER, Gouraud, Loeper y Dieulafoy, frecuentando también las clínicas de Castex, Terrier, Gosset y Reclus; y estudiando en la clínica del inmortal X. Galezowski, tanto bajo la dirección de éste como bajo la de su hijo el doctor Jean Galezowski y de los doctores Beauvois y Favre. El doctor Xavier Galezowski confirió al doctor Ribón el diploma de idoneidad en oftalmología.

«De París se trasladó nuestro ilustre compañero a Roma, donde, bajo la dirección de Mazzoni, en el Hospital de San Juan de Letrán, y bajo Alessandri, en el Policlínico, obtuvo un nuevo ensanchamiento de progreso. Allí asistió también el doctor Ribón a otros hospitales, entre ellos al del Espíritu Santo para tuberculosos.

«Una vez de nuevo en su suelo natal y ya establecido de fijo en Bogotá, ha sido desde 1912

hasta la fecha: Director de Higiene y de Salubridad Municipal, en dos ocasiones; Oficial de Sanidad del Regimiento "Bolívar" número 1; Médico de la Sociedad de San Vicente de Paúl; Miembro de número de la Sociedad de Oftalmotorrinolaringología; Oficial de Estadística de los Lazaretos de la República, y colaborador de la *Revista Médica de Bogotá*, órgano de la Academia Nacional de Medicina.

«Otro aspecto de la hermosa y fructífera vida de nuestro compañero, del cual no podría él desprenderse aunque quisiera, pues pertenece a una distinguida familia de artistas, es su dedicación al dibujo y a la música, sobre todo a esta última, a la que dedica los ratos de ocio, y además de practicarla escribe críticas musicales.»

Fuera de que muchas de nuestras publicaciones noticiosas y científicas están engalanadas por la brillante pluma del doctor Ribón, actual Profesor de Anatomía artística en la Escuela de Bellas Artes, su nombre ha franqueado nuestras fronteras contribuyendo a hacer brillar en el Extranjero la cultura e ilustración de los colombianos.

Su trabajo sobre «Centros psicoópticos y psicoauditivos,» que vio la luz en el «Repertorio de Medicina y Cirugía,» fue reproducido en la «Revista Cubana de Oftalmología» y ampliamente comentado por «The Journal of the American Medical Association.»

Su interesante artículo sobre «Curación de la lepra,» publicado por «El Tiempo» de Bogotá, fue reproducido por la «Crónica Médicoquirúrgica» de La Habana; y su disertación sobre

«Colores y Sonidos» reproducida y comentada por «El Tiempo» de Lima. «Ambliopías Tóxicas» publicadas en el «Repertorio de Medicina y Cirugía,» fueron también reproducidas por la «Revista Cubana de Oftalmología,» y por último, «The Journal of the American Medical Association,» de Chicago, se ocupa extensamente en su trabajo titulado «Persistencia indefinida del gonococo en la uretra humana,» que le ha valido su ingreso como miembro de número a la Academia Nacional de Medicina, en cuyo nombre, y en el mío propio, le digo una vez más: bien venido, colega, bien venido. He dicho.

ESTADISTICA DEL SERVICIO QUIRURGICO

DEL DOCTOR JUAN B. MONTOYA Y FLÓREZ (de
Medellín).

(Trabajo presentado al tercer Congreso Médico Nacional reunido
en Cartagena).

Esta estadística global comprende los años de 1913, 1914, 1915, 1916 y los meses de octubre y de noviembre de 1912, no computados en la estadística presentada al segundo Congreso Médico reunido en Medellín en 1913, más siete meses de 1917 (de enero a julio).

Asciende a 918 el número de operaciones ejecutadas personalmente en la clínica durante un período de cuatro años y nueve meses; se distribuyen así:

1912. (Octubre y noviembre). Operados.	38
Muertos, 0. Curaciones operatorias, 3.	
Letalidad, 0.	
1913. Operados	174
Muertos, 10. Curaciones operatorias, 4.	
Letalidad, 5,7.	
1914. Operados	117
Muertos, 3. Letalidad, 2,5.	
1915. Operados	258
Muertos, 8. Curaciones operatorias, 2.	
Letalidad, 3,1.	
1916. Operados	194
Muertos, 6. Letalidad, 3 por 100.	
1917. Operados (de enero a julio)	137
Muertos, 2. Curaciones operatorias, 1.	
Letalidad, 1,4 por 100.	
Total	<u>918</u>

Número de defunciones, 29; porcentaje de letalidad general, 3,1.

Total de curaciones operatorias, 10; porcentaje 1 por 100.

Operaciones de ojos ejecutadas en el servicio por el Profesor de Organos de los sentidos (hoy clínica aparte):

1912. (Octubre y noviembre). Opera-	
dos	2
1913. Operados	24
1914. Operados	24
1915. Operados	12
1916. Operados	21
	83
Suma	83

El detalle de estas operaciones es el siguiente:

Autoplastia del párpado inferior...	2
Discisión de cataratas.....	2
Extracción de cataratas.....	46
Extracción de cuerpo extraño del ojo.	1
Enucleación de ojos.....	18
Esclerotomía para glaucoma.....	1
Extirpación del saco lagrimal.....	1
Extirpación de calación.....	1
Extirpación de tumor de la glándula lagrimal.....	1
Extracción de cuerpo extraño de la córnea.....	1
Extirpación de tumor del párpado superior.....	1
Extracción de masas cristalinas....	1
Iridectomía.....	3

Pupila artificial óptica	1
Paracentesis de hipopion	1
Tarsorrafia	1
Tenotomía y avanzamiento	1
Suma	<u>83</u>

Operaciones ejecutadas en la clínica por otros colegas:

1912. (Octubre y noviembre)	10
1913. Operados	14
Muertos, 1.	
1914. Operados	78
Muertos, 10.	
1915. Operados	35
Muertos, 3.	
1916. Operados	63
Muertos, 3. Curaciones operatorias, 1.	
1917. (Enero a julio). Operados	20
Muertos, 1.	
Total	<u>220</u>

Número de defunciones, 18. Porcentaje de letalidad, 8,1 por 100. Porcentaje de curaciones operatorias, 0,45 por 100.

El detalle de estas operaciones es el siguiente:

Amputación de brazos	3
Amputación de pies	2
Amputación de dedos (uno murió de tétanos)	5
Amputación de piernas (uno murió)..	4
Amputación de manos	1
Amputación del pene por cáncer	1

Amputación del muslo (uno murió)....	2
Amputación de artejos.....	1
Apendicectomía (una curación opera- toria).....	2
Amigdalotomía.....	7
Artrotomía del codo.....	1
Artrotomía de la rodilla.....	1
Celiotomía exploradora (tres murie- ron).....	5
Celiotomía para hemorragia postope- ratoria (murió).....	1
Celiotomía para oclusión intestinal (uno murió).....	2
Celiotomía para apendicitis con peri- tonitis (murió).....	1
Cistostomía para hipertrofia prostá- tica.....	2
Cistostomía para cálculos.....	2
Circuncisión para fimosis chanerosa..	14
Colecistostomía para litiasis (murie- ron dos).....	2
Colpotomía exploradora.....	1
Craniectomía.....	1
Curación radical de hernia inguinal...	7
Curación radical de hernia epigástrica.	1
Desarticulación del hombro.....	1
Extirpación de sarcomas.....	3
Extirpación de lipomas.....	2
Extirpación de la úvula por tumor...	1
Extirpación de queloides de la oreja..	1
Extirpación de pólipos nasales...	4
Extirpación de uñas de los pies por onixis.....	5
Extirpación de condilomas anales....	3

Extirpación de hernia cerebral (uno murió)	1
Extirpación de encondroma tendinoso.	2
Extirpación de cáncer del cuello.	2
Extirpación de epulis	2
Extirpación de epitelioma del cuero cabelludo	1
Extirpación de epitelioma del labio inferior	1
Extirpación de fístulas anales	4
Extirpación de pólipo nasofaríngeo	1
Extirpación de la vaginal para hidrocele	1
Enucleación de bocio lateral izquierdo.	1
Enucleación de ojos	1
Extracción de proyectiles	2
Gastrotomía para extracción de cuerpo extraño	1
Histerecolporrafia para prolapso invertido por el procedimiento de Montoya y Flórez	8
Histerecolporrafia para prolapso invertido por otro procedimiento (uno murió).	2
Histerectomía vaginal	8
Histerectomía abdominal subtotal para fibroma	2
Histerectomía abdominal para metrosalpingitis	2
Histerectomía abdominal para metrosalpingitis	2
Histerectomía abdominal total para cáncer (murió)	1
Incisión y drenaje de abscesos y flemones (uno murió)	15

Incisión y drenaje para absceso del hígado.....	4
Incisión y drenaje para pionefrosis...	1
Incisión y drenaje de absceso perinefrítico (murió).....	1
Incisión y drenaje de absceso apendicular.....	1
Incisión dorsal para fimosis chancrosa.	3
Incisión para perforación anal.....	1
Incisión exploradora para aneurisma de la subclavia (murió).....	1
Inversión de la vaginal para hidrocele.....	7
Ligadura de la arteria femoral.....	1
Ligadura de la tibial posterior.....	1
Marsupialización de quiste dermoide..	1
Marsupialización de piosalpinge (murió).....	1
Meatotomía.....	1
Nefrectomía para tuberculosis..	1
Ovariectomía y apendicectomía.....	2
Raspado uterino.....	1
Raspado de ganglios supurados..	1
Raspado de llagas de las piernas.....	2
Legrado de huesos.....	4
Reducción y tratamiento de fracturas.	6
Resección de metatarsianos.....	3
Resección parcial del omoplato.....	1
Sutura de heridas.....	1
Tenorrafia.....	2
Termocauterización para pústula maligna.....	1
Toracectomía.....	1
Trepanación de la mastoides.....	2

Trepanación del seno maxilar superior	1
Uretrotomía interna.....	11
Uretrotomía externa.....	9
	<hr/>
Suma.....	220
	<hr/>

RESUMEN GENERAL DE LAS OPERACIONES EJECUTADAS
PERSONALMENTE

Ablación de uñas por onixis epidémica	12
Ano artificial.....	1
Amputación de Halsted para cáncer del pecho.....	20
Amputación de dedos.....	13
Amputación de artejos.....	4
Amputación del pene por cáncer.....	4
Amputación del pene por elefantiasis..	1
Amputación del antebrazo.....	2
Amputación de la pierna... ..	1
Amputación del pie.....	2
Amputación del pie a la manera de Pi- rogoff.....	1
Amputación del muslo.....	3
Amputación del brazo.....	1
Amputación del cuello uterino y col- porrafia posterior para prolapso rectovagi- nal.....	2
Amigdalotomía.....	1
Apendicectomía para apendicitis cró- nica.....	41
Apendicectomía para apendicitis aguda	9
Apendicectomía y oforosalingectomía derecha.....	9
Artrectromía de la rodilla.....	1

Artrotomía de la rodilla	2
Artrotomía del codo.	1
Astragalectomía y tarsectomía bilate- ral.	1
Autoplastias	5
Blefaroplastia	3
Termocauterización de cicatriz vaginal	1
Termocauterización de lupus	1
Termocauterización para cáncer inope- rable del cuello uterino.	1
Celiotomía de urgencia para oclusión por divertículo de Meckel y apendicitis aguda.	1
Celiotomía para fístula enteroumbilical y apendicitis.	1
Celiotomía para apendicitis con avena- miento de enorme absceso retroperitoneal . .	1
Celiotomía exploradora abdominal. . .	6
Celiotomía abdominal para extirpación de adenomas ilíacos bilaterales.	1
Celiotomía abdominal para sarcoma inoperable del colon.	1
Celiotomía abdominal de urgencia para heridas múltiples e inoperables del intes- tino	2
Celiotomía abdominal de urgencia para enorme tumor retroperitoneal.	1
Celiotomía abdominal para sarcoma in- operable del hígado.	1
Celiotomía abdominal de urgencia para hernia umbilical estrangulada.	1
Celiotomía abdominal de urgencia para peritonitis por perforación de la vesícula biliar.	1

Celiotomía abdominal de urgencia para preñez tubárica derecha y apendicitis.....	1
Celiotomía y avenamiento del ligamento ancho para flemón.....	3
Celiotomía para cáncer inoperable del estómago.....	1
Celiotomía para absceso del lóbulo de Espigelio.....	1
Celiotomía vaginal para oforosalpíngectomía unilateral.....	2
Circuncisión para fimosis chancrosa...	21
Circuncisión para fimosis congénital..	1
Circuncisión y cauterización de llaga de la pierna.....	1
Colecistostomía para litiasis biliar...	12
Colecistostomía para pancreatitis crónica.....	1
Colecistostomía y apendicectomía....	1
Colecistostomía para empiema.....	1
Colecistectomía para cáncer y cálculos	1
Colecistectomía para colecistitis *crónica.....	1
Colecistectomía y coledocotomía para colecistitis y cálculos del colédoco.....	1
Coledocotomía transduodenal para cálculo de la ampolla de Vater.....	1
Colpomiorrafia y amputación del cuello para prolapso genital en mujeres muy jóvenes o muy ancianas.....	7
Colporrafia anterior para cistocele..	1
Craniectomía para sarcoma meníngeo.	1
Craniectomía para quiste cerebral voluminoso.....	1
Craniectomía para un cisticerco del lóbulo paracentral izquierdo.....	1

Craniectomía y avenamiento para absceso de la zona frontoparietal	1
Curación radical de hernia inguinal	14
Curación radical de hernias estranguladas	5
Curación radical de hernia inguinal bilateral	2
Curación radical de colosal hernia inguinal	1
Curación de eventración postoperatoria	4
Curación de fístulas uretroperineales	3
Dilatación y legrado uterino	2
Desarticulación del pequeño artejo	1
Electrocoagulación para cáncer inoperable	4
Enucleación de ojos	24
Enteroanastomosis complementaria	1
Extirpación de epitelomas del labio inferior	6
Extirpación de sarcomas	4
Extirpación de lipomas	1
Extirpación de <i>molluscun pendulum</i>	8
Extirpación de adenofibromas mamarios	4
Extirpación de pólipos nasales	7
Extirpación de epulia	5
Extirpación de quistes dermoides	12
Extirpación de higromas	3
Extirpación de enorme sarcoma del triángulo de Escarpa	1
Extirpación de epiteloma de la mejilla	3
Extirpación de lipomixoma parotídeo	2

Extirpación de quistes sebáceos	8
Extirpación de quiste hemático	1
Extirpación de la glándula de Bartolino	1
Extirpación de ránula	2
Extirpación de adenofibroma de la glándula lagrimal	1
Extirpación de fístulas anorrectales	13
Extirpación de pólipos rectales	1
Extirpación de pólipos uterinos	6
Extirpación de hemorroides y fístulas	2
Extirpación de papiloma conjuntival	1
Extirpación de la glándula submaxilar	3
Extirpación de adenofibroma del antro de Igmore	1
Extirpación de hidrocele del cordón	1
Extirpación de neuroma de un muñón	1
Extirpación de fibroma de las ninfas	1
Extirpación de quiste del seno frontal	2
Extirpación de cancroide de la nuca	1
Extirpación de ganglios tuberculosos del cuello	4
Extirpación de ganglios cancerosos del cuello	1
Extirpación de fístula congénital del cuello	1
Extirpación de terigio bilateral	1
Extirpación de adenosarcoma axilar	2
Extirpación de queloides cicatriciales	1
Extirpación de testículos tuberculosos	2
Extirpación de adenosarcomas bilaterales del triángulo de Escarpa	2
Extirpación de la vaginal	1
Extirpación de fibromas de ambas orejas	1

Extirpación de fibromas del antebrazo.	1
Extirpación de sarcoma nasofaríngeo..	1
Extirpación de las ninfas por elefantiasis	1
Extirpación de la parótida y submaxilar por cáncer.....	2
Extirpación de condilomas.....	3
Extirpación de fibroma faríngeo .	1
Extirpación de ganglios melánicos del cuello.....	1
Extirpación de tumor congénito de la nalga.	1
Extirpación de encondroma parotídeo.	1
Extirpación de pólipos del meato en la mujer	2
Extirpación de enorme mixosarcoma parotídeo	1
Extracción de secuestros.....	13
Extracción de cataratas.	3
Extracción de proyectiles.....	6
Extracción de estacas del pie.....	2
Extracción de agujas de la mano....	1
Extracción de larvas por miasis vaginal.....	1
Extracción de seda por fístula de un muñón.....	1
Extracción de cálculo uretral.....	1
Extracción de fragmentos metálicos del antro de Igmore	2
Esplenectomía para esplenomegalia.	2
Gastroenterostomía anterior para cáncer extenso	1
Gastroyeyunostomía para cáncer pilórico	2

Gastroyeyunostomía posterior para estrechez pilórica	2
Gastroyeyunostomía posterior para úlcera en actividad	2
Gastrectomía amplia para cáncer	2
Histerectomía vaginal para anexitis bilateral	24
Histerectomía vaginal para cáncer del cuello	16
Histerectomía vaginal para preñez ectópica y anexitis	3
Histerectomía vaginal para piosalpingitis bilateral	4
Histerectomía vaginal para gigantismo uterino	1
Histerectomía vaginal para esclerosis precancerosa	1
Histerocolpomiiorrafia para prolapso genital en tercer grado, por el procedimiento de Montoya y Flórez	23
Histerocolpomiiorrafia para prolapso en cuarto grado por el mismo procedimiento	4
Histerocolpomiiorrafia para prolapso en tercer grado y epiteloma del cuello operado por el mismo procedimiento	2
Himenectomía para hematometrio y hematócolpos de varios años	1
Histerectomía abdominal subtotal para fibroma	12
Histerectomía abdominal subtotal para piosalpingitis bilateral	14
Histerectomía abdominal subtotal para hematosalpinge bilateral	1
Histerectomía abdominal subtotal para tuberculosis anexial bilateral	1

Histerectomía abdominal subtotal para quiste dermoide y anexitis del otro anexo.	1
Histerectomía abdominal subtotal para hemato e hidrosalpinge del otro anexo	2
Histerectomía abdominal subtotal para decíduoma maligno	1
Histerectomía abdominal subtotal para fibroma uterino y quiste del ovario derecho.	1
Histerectomía abdominal subtotal para tuberculosis anexial bilateral y apendicectomía	1
Histerectomía abdominal subtotal para tuberculosis y apendicectomía para anexitis bilateral y apendicitis	8
Histerectomía abdominal subtotal para tuberculosis y apendicectomía para preñez ectópica, anexitis y apendicitis	3
Histerectomía abdominal total para cáncer del cuerpo	2
Histerectomía abdominal total para fibroma y anexitis	3
Histerectomía abdominal total y apendicectomía para cáncer y apendicitis	1
Histerectomía abdominal total para fibrosarcoma adherente	2
Incisión y avenamiento de abscesos y flemones	43
Incisión y avenamiento de abscesos perinefríticos	2
Incisión y avenamiento para abscesos apendiculares	6
Incisión y avenamiento de empiema pleural	1

Incisión y avenamiento de empiema, y emetina para abscesos hepáticos	6
Incisión y avenamiento de panadizos..	7
Incisión y avenamiento de abscesos del psoas ilíaco izquierdo.	3
Incisión y avenamiento de abscesos peritoneales enquistados.	2
Incisión de bubones venéreos.	4
Incisión de hemartrosis.	1
Incisión de bartolinitis	1
Incisión dorsal por paraquimosis	3
Incisión dorsal para fimosis chancrosa.	4
Inversión de la vaginal para hidrocele	9
Laringectomía para cáncer	1
Laminectomía dorsal alta para balazo.	1
Liberación de adherencias.	1
Ligadura de la interósea.	1
Ligadura de la humeral.	1
Ligadura de aneurisma de la yugular.	1
Keiloplastia para labio leporino.	15
Marsupialización para hidrosalpinge adherente	1
Meatotomía.	1
Miomectomía y apendicectomía para fibromas enucleables y apendicitis	2
Miomectomía simple.	1
Nefrotomía exploradora	3
Nefrolitotomía.	1
Oforosalpingectomía para tuberculosis.	1
Ovariectomía para quistes.	7
Ovariectomía para fibroadenomas	2
Ovariectomía y apendicectomía para quiste dermoide y apendicitis.	1
Operación de Stake	1

Osteotomía lineal para <i>genu valgus</i> ...	1
Prostatectomía transvesical para hipertrofia	8
Prostatotomía para tuberculosis.....	1
Raspado y cauterización del cuello uterino para cáncer inoperable.	1
Raspado de llagas inveteradas de las piernas.....	3
Raspado o legrado uterino para endometritis fungosa.....	5
Raspado o legrado de huesos.....	11
Resección del maxilar superior.....	4
Resección del cóndilo del maxilar superior	1
Resección del maxilar inferior.	1
Resección del metacarpo.....	1
Resección de la tibia.....	4
Resección de metatarsianos.....	3
Resección intestinal y enteroanastomosis para perforaciones traumáticas... ..	1
Resección del astrágalo.....	1
Resección de costillas.....	5
Resección del codo para anquilosis... ..	4
Resección del carpo.....	1
Resección de la vaginal.....	2
Resección de la cabeza del húmero....	1
Resección de la rodilla.....	1
Resección de la mitad del maxilar inferior por cáncer.	1
Resección en estrella de la nariz para rinoscleroma	1
Reducción de luxación del hombro... ..	1
Reducción e inmovilización de fracturas	5

Reconstrucción de la uretra para hipospadias	1
Restauración oronasal para estenosis por gangosa.....	2
Rectotomía posterior.....	1
Salpingectomía	3
Separación de un simblefarón.....	1
Sinucectomía para empiema frontal...	1
Sutura de heridas.	3
Sutura de fístula uretrorrectal... ..	1
Sutura de fistula véscicovaginal.....	2
Sutura de tendones	2
Sutura metálica del maxilar inferior..	1
Talla hipogástrica para cistitis crónica	1
Talla para extracción de cuerpo extraño	1
Talla para extracción de cálculos ...	3
Tenotomía.....	3
Toracentesis	2
Tonsilectomía para hipertrofia.	1
Trepanación de urgencia para hundimiento craneano.....	1
Trepanación para epilepsia traumática.	1
Trepanación para fractura del cráneo.	1
Trepanación de la tibia.....	1
Trepanación del seno maxilar superior	1
Trepanación para osteomielitis del fémur	1
Trepanación craneana para <i>fungus</i> de la duramáter.....	1
Trepanación de la mastoides.....	2
Tratamiento extraperitoneal de ano inguinal	1
Tiroidectomía para bocio quístico ...	1

Tiroidectomía bilateral subtotal para bocio exoftálmico	1
Tiroidectomía para tumor	2
Uretrotomía externa	39
Uretrotomía interna	38
Uretrectomía	2
Yeyunosotomía para cáncer inoperable del estómago	1
Intervenciones varias	4
Suma total	918

RESUMEN DE LAS DEFUNCIONES EN CUATRO AÑOS Y NUEVE MESES

Preñez ectópica de un litopedión de dos años, con eliminación de huesos por el recto.	1
Fibroma uterino (accidente clorofórmico en 1913)	1
Piosalpingitis bilateral adherente	3
Balazo a nivel de la segunda vértebra dorsal	1
Absceso del lóbulo de Espigelio	1
Perforaciones intestinales por proyectil de revólver	2
Cáncer del estómago	2
Perforación de la vesícula biliar y peritonitis	1
Enorme adenoma prostático	1
Hernia umbilical estrangulada al cuarto día con gangrena del intestino	1
Cálculos biliares y colecistitis	1
Oclusión intestinal por divertículo de Meckel y apendicitis aguda a las cuarenta y ocho horas	1

Pionefrosis bilateral por cálculos.	1
Fístula enteroumbilical y apendicitis..	1
Estrechez pilórica cicatricial.	1
Enorme sarcoma del colon adherente a las asas del íleo.	1
Sarcoma del maxilar inferior.	1
Anexitis y apendicitis tuberculosas. . .	3
Apendicitis tuberculosa y tuberculosis pulmonar	2
Fractura del cráneo y de la columna vertebral por accidente de trabajo.	1
Gran sarcoma uterino adherente a la ese ilíaca.	1
Enorme tumor retroperitoneal.	1
Total	29

Las operaciones en que ocurrieron las defunciones anotadas son las siguientes :

Una histerectomía vaginal para una preñez ectópica de dos años de duración, con eliminación de huesos por el recto. Murió al sexto día por infección.

Una histerectomía abdominal subtotal para fibroma. La intervención, fácil, sólo duró veinte minutos. Muerte al terminar, por accidente clorofórmico.

Tres histerectomías abdominales subtotales para piosalpingitis bilateral adherente. Una murió de tétanos al octavo día, y las otras dos, de peritonitis, al cuarto y al sexto día, respectivamente.

Una laminectomía a nivel de la segunda dorsal para extraer un proyectil de revólver de calibre 38. Murió al octavo día.

Una celiotomía abdominal para drenar un absceso del lóbulo de Espigelio. Muerte al quinto día por peritonitis.

Dos celiotomías abdominales para peritonitis por heridas intestinales causadas por bala de revólver. De los dos heridos, operados de urgencia a las cuarenta y ocho horas, al uno (inoperable) sólo se le dejó un tubo de desagüe suprapúbico y se le colocó en la posición semisentada de Fowler. Murió al siguiente día. Al otro, que presentaba cuatro perforaciones en un asa del intestino delgado, se le resecó ésta. Murió a los dos días. La muerte de estos dos heridos fue debida a la infección peritoneal ocasionada por las perforaciones intestinales, y la operación fue sólo un episodio; pero como murieron en el servicio figuran en la estadística sólo a título de información.

Por regla general, pasadas cuatro o seis horas después de una perforación intestinal la celiotomía amplia es inútil, y a lo más se debe drenar, como aconseja Murphy, por una pequeña incisión suprapúbica, sin gran esperanza, por supuesto. Todos los heridos de esta clase que se han tratado en el servicio por el método expectante han muerto, entre ellos algunos que parecían con lesiones ligeras: la peritonitis es el epílogo habitual; debe pues operarse *inmediatamente* después del accidente si se dispone de una instalación apropiada; pasadas diez horas las probabilidades son casi nulas; desgraciadamente nuestros heridos o sus deudos no aceptan la intervención sino *in extremis*, y más que del cirujano aguardan una curación milagrosa de los santos de su devoción.

Dos gastrectomías amplias para cáncer extenso. Uno murió agotado por una diarrea colicuatiya al tercer día y el otro al segundo día por gastrórragia, ambos pacientes en estado de caquexia avanzada.

Una celiotomía de urgencia para peritonitis por perforación de la vesícula biliar acaecida cuarenta y ocho horas antes. Muerte cuatro días después de operado. Este paciente murió de la infección ocasionada por la perforación, y la intervención (que soportó admirablemente), fue sólo un incidente sin importancia. Una operación inmediata hubiera podido salvarlo. Figura en la estadística como las otras operaciones de urgencia, a título informativo.

Una prostatectomía transvesical para un tumor de 250 gramos de peso, en un antiguo retencionista octogenario muy infectado. Murió al segundo día por hemorragia, a pesar de un enorme taponamiento, cloruro de calcio, etc.

Un ano umbilical de urgencia para una hernia estrangulada hacía cuatro días. El intestino delgado estaba gangrenado. Muerte por esterco-remia al segundo día.

La intervención del cirujano en semejantes casos es imperativa, pero también es inútil ordinariamente pasadas las primeras veinticuatro horas. Toda hernia estrangulada debe operarse tan pronto como se note su irreductibilidad.

Una colecistostomía para colecistitis litiásica. El paciente se levantó esa misma noche con el objeto de ir a los excusados sin que lo advirtiera el enfermero. Murió al quinto día por peritonitis.

Una celiotomía de urgencia a las cuarenta y ocho horas para una oclusión intestinal por grueso y largo divertículo de Meckel y una apendicitis aguda. Murió al día siguiente. Como lo hice ya observar, la intervención en las oclusiones debe seguir al diagnóstico. Tenemos pues otra intervención imperativa, pero inútil.

Una extracción de urgencia de un cálculo uretral en un sujeto profundamente intoxicado con una pionefrosis bilateral. El paciente comatoso murió a los dos días en estado de completa anuria. La autopsia mostró que en lugar de riñones había dos bolsas llenas de pus y piedras. Como se ve, la operacioncita fue un episodio insignificante, y la muerte en el servicio pura coincidencia, pues el paciente debía morir fatalmente.

Una celiotomía para fístula enteroumbilical y apendicitis. Muerte por peritonitis al tercer día.

Una gastroyeyunostomía posterior de asa corta. Murió al quinto día por gastrorragia. Se empleó el método de Doyen.

Una celiotomía exploradora para sarcoma inoperable del colon descendente. Murió al octavo día, de sapremia.

Una resección de la mitad del maxilar inferior para sarcoma, en una anciana de sesenta y cinco años, operada con 125 gramos de éter rectal, según el método de Gwathmey. Murió al cuarto día, tuvo diarrea disenteriforme y hemiplejía derecha. En la necropsia se encontró un pequeño absceso cerebral.

Una histerectomía abdominal subtotal y apendicectomía para tuberculosis de esos órga-

nos (anexitis bilateral), operada con 125 gramos de éter rectal. Diarrea disenteriforme al principio y luego hemorragias múltiples: rectal, vesical y equimosis de la piel, que parecen debidas a una hemólisis por insuficiencia hepática de origen etéreo, porque la necropsia no reveló lesión especial, aparte de cierta degeneración hepática. Murió al tercer día.

En las operaciones de otros colega figura también un muerto por amputación del tercio inferior del muslo por accidente ferroviario, operado con 120 gramos de éter rectal. Diarrea disenteriforme y muerte al tercer día. Hay pues tres muertos en unos quince operados con anestesia rectal con una mezcla de éter y de aceite de olivas. A pesar de la muy respetable opinión del gran anestésista neoyorquino James T. Gwathmey, quien en carta del 9 de abril de este año me dice: «En varios miles de casos con esta anestesia nunca había visto estos malos resultados,» y que él mismo se hizo operar con ella, es lo cierto que como con la anestesia raquídea por la estovaína la morbilidad y la letalidad aumentan en los operados, por modo alarmante, aun para operaciones que hoy no deben tener letalidad. Considérese como coincidencia casual, si se quiere, lo cierto es que la estovaína raquídea no se ha vuelto a emplear en el servicio, y que el éter rectal sólo se usa en aquellas operaciones en que el anestésista estorba mucho, sacando al terminar con un tubo rectal todo el sobrante de éter y dejando en su lugar 100 gramos de aceite de olivas.

Una histerectomía abdominal subtotal con apendicectomía para anexitis bilateral y apendi-

citis tuberculosas. Enferma de poca resistencia y muy agotada. Murió al octavo día.

Una oforosalingectomía y apendicectomía para lesiones tuberculosas con tuberculosis peritoneal avanzada.

Una apendicectomía para apendicitis aguda con tuberculosis pulmonar. Murió de bronconeumonía y tuvo grandes vómicadas de pus.

Una apendicectomía para apendicitis aguda epigástrica por ectopía del ciego. Tuberculoso. Tuvo hemotitis abundantes y murió de bronconeumonía.

Una trepanación de urgencia para un hundimiento craneano, acompañado de fractura de la columna vertebral a nivel de la tercera dorsal. Murió de las graves lesiones que recibió en un accidente de trabajo, y la operación fue sólo un episodio incidental sin importancia, y figura, como los otros casos de urgencia, en la estadística a título informativo de la mortalidad de los accidentes o traumatismos y no de las operaciones corrientes y de técnica reglamentada.

Una histerectomía abdominal total para un voluminoso sarcoma adherente. Accidentes de compresión dolorosa hicieron la operación urgente. Muerte al tercer día.

Celiotomía abdominal para extirpación de un voluminoso tumor retroperitoneal. Operación de urgencia por accidentes de compresión. Paciente de setenta años, murió en la noche, de *shock*.

Como se ve, sólo hubo que deplorar un accidente clorofórmico en este espacio de tiempo, tal vez porque el cloroformo se emplea rara vez

en la clínica y se da casi exclusivamente éter con el aparato de Ombredanne o bien gota a gota, según el método de los hermanos Mayo.

La piosalpingitis doble dio una mortalidad elevada en 1913 para la histerectomía abdominal, por llegar tales enfermas muy agotadas e intoxicadas, por lo cual, a la manera de ciertas apendicitis, se ha adoptado el sistema de inmovilizarlas unos días con hielo, levantándoles las fuerzas con inyecciones de suero, y en una palabra, prepararlas para la intervención; así operadas en frío el resultado es más satisfactorio.

Las operaciones de urgencia, especialmente de la cavidad abdominal, si no son ejecutadas poco después del accidente, no tienen objeto, pero la perplejidad del cirujano es grande porque una intervención es la única esperanza y por incierta que parezca no se le puede negar a un condenado a muerte, si éste lo desea, y para la familia siempre queda la satisfacción de haber hecho lo humanamente posible para salvar a su deudo.

Estas operaciones de urgencia dan siempre una gran letalidad, en primer lugar por la gravedad de los casos, perforaciones, hemorragias, y sobre todo porque es raro que se efectúen antes de las primeras cuatro horas, generalmente de las veinticuatro a las cuarenta y ocho horas, cuando ya la peritonitis ha hecho progresos desastrosos.

Las gastroectomías para cáncer darán siempre una mortalidad elevada por la intoxicación y poca resistencia de los enfermos. Aquí se impone un diagnóstico precoz, y sólo operados a tiempo mejora el pronóstico de la operación. Por fortuna la radiografía ha hecho serios progresos con

las suspensiones de carbonato, de bismuto y de barita.

La gravedad de la prostatectomía depende de la congestión y degeneración o esclerosis renal, y por esto parece resuelto el problema con la operación en dos tiempos, cuyo resultado es equilibrar la eliminación de la urea, haciendo bajar la constante de Ambard, y subir la densidad de la orina, por la mayor eliminación de sales estancadas en la sangre. La convalecencia de los prostatectomizados este año ha sido rápida. La coagulosa y el suero gelatinizado prestan buenos servicios, pero no he tenido ocasión de operar últimamente próstatas enormes de 125 a 250 gramos, que a pesar del taponamiento dejan una cavidad tan enorme que la hemorragia es siempre de temer, especialmente en octogenarios más o menos infectados y sin resistencia. La anestesia raquídea y local dejan mucho que desear, y parece preferible el éter gota a gota en una operación corta, como es ésta, pues muchas veces parece cosa de prestidigitación.

Lo esencial es pues descongestionar el riñón por el cateterismo metódico o bien por la cistostomía previa.

Las gastrorragias después de las gastrectomías o gastroenterostomías parecen debidas a la fuerte compresión de los *clamps* o a una sutura defectuosa de la mucosa. En los primeros operados se emplearon los *clamps* de Doyen, pero hoy sólo se usa el de Roosevelt, que parece mejor.

El círculo vicioso se evitaría, según Moy-nihan, con el asa corta y dejando el yeyuno en

su dirección normal. Para la gastrectomía se gana tiempo y se disminuye el *shock* adoptando el método de Polya, recomendado por W. J. Mayo y el doctor L. Sierra, de Santiago de Chile (1).

Como se ve en la lista de defunciones, las operaciones de extirpación de anexos, apendicectomías, histerectomías abdominales, etc., en tuberculosos, son especialmente graves y de pronóstico muy reservado, sobre todo si los pulmones están también afectados para la anestesia con éter, pues parecen más expuestos a la bronconeumonía y además son sujetos de poca resistencia. Si otra cosa sostienen los cirujanos americanos es, sin duda, porque se trata de gentes de otra condición social y no consumidas por la miseria y el hambre.

Este interesante análisis de las defunciones explica el porqué aplicando una técnica y una esterilización más perfeccionadas se tiene en este período 0,87 más de letalidad que en la estadística de 1913, pues siendo este servicio quirúrgico el único de emergencia en Medellín, las operaciones de urgencia han menudeado, presentando lesiones de excepcional gravedad en que el pronóstico de la operación depende más de los destrozos hallados que de la asepsia y de la técnica. Es algo semejante a lo que pasa en la cirugía de guerra o en las epidemias de casos benignos o bien generalmente muy graves. Años de muchas operaciones de urgencia serán siempre de elevada mortalidad.

(1) «Surgery, Gynecology and Obstetrics,» número 6. June 1917.

Las diez curaciones operatorias computadas son:

Un empiema febril de la vesícula biliar. Colectostomía. Murió a los diez y seis días, de ictericia grave.

Peritonitis adhesiva generalizada. Celiotomía exploradora. Murió un mes después.

Un cáncer inoperable del estómago. Gastroenterostomía anterior. Murió quince días después en plena caquexia.

Cáncer inoperable del estómago, celiotomía exploradora. Murió al mes, de inanición.

Artritis purulenta de la rodilla. Sujeto en extremo agotado con degeneración amiloide de hígado y riñones. Se le hizo una simple artrotomía. Murió a los cuarenta días.

Sarcoma o *fungus* de las meníngeas, consecutivo a un sarcoma mamario izquierdo operado hacía seis meses por el procedimiento de Halsted. Simple craniectomía de exploración. Murió a los veinte días.

Estrecheces uretrales y fimosis cicatricial. Uretrotomía interna y circuncisión con 0,05 centigramos de estovaína y un miligramo de estricnina intrarraquídeas. A pesar de la pequeña cantidad de estovaína este paciente presentó desde el principio fenómenos de intoxicación, como: retención de orina, fiebre, cefalalgia, vértigo, sudores profusos, etc. Al décimo día tuvo una *flegmatia alba dolens*; al décimocuarto, un infarto pulmonar, y murió al décimoquinto.

Esta lección brutal me ha hecho abandonar del todo la raquietovainización, pues la intervención no podía ser más baladí. Después de tal

sucedido, en un hombre por lo demás sano, oye uno las apologías de Jonesco, como quien oye las sirenas de Ulises. No me explicaba porqué al hablar con el Profesor Legueu, en 1914, del método de Jonesco, una sonrisa de escepticismo acogió mi propuesta de emplearlo para la prostactectomía transvesical en lugar de la anestesia local y por infiltración que el brillante Profesor ha preconizado en lugar de la anestesia general.

La naturaleza no gasta eufemismos para desmentir las optimistas afirmaciones de médicos que olvidan que la verdad está en la esencia de las cosas y que ella es tal cual es y no como deseáramos que fuera; que el papel de un buen observador es semejante al de un notario honrado: registrar los hechos fríamente, monótonamente, en estilo sencillo, sin mostrar el menor entusiasmo, ni dejar que la imaginación les preste su policromía, los irise y los deforme a la manera de las malas lentes.

Enorme linfosarcoma axilar con ganglios supraclaviculares infartados y tal vez los mediastínicos. Extirpación con todos los ganglios accesibles del cuello. Murió al mes de operado en plena caquexia y con un enorme edema del brazo correspondiente.

Adenoma de 125 gramos de peso en un anciano de setenta y siete años años, prostático retencionista. Prostactectomía transvesical, fácil, cicatrización rápida, orinaba por la uretra al sexto día. Se contagió de disenteria epidémica a los quince días, y murió a los veinte.

Esto se explica fácilmente, pues las ropas de los operados se mezclan y lavan, sin esterili-

zarlas, con las de los disintéricos, tifoideos, etc. Las vaquetas que se les ponen a las camas pasan de unas a otras, y con ellas gérmenes de dos o más epidemias, pues el simple lavado en agua corriente no las esteriliza.

Hace bastante tiempo aconsejo por el bien de todos: sanos, convalecientes, operados y enfermos diversos, la instalación de un pequeño lavadero de vapor que esterilice las ropas para evitar contagios lamentables en los convalecientes, especialmente listos a servir de cultivo a cualquier microbio por falta de resistencia.

Esto parece ya imperativo, inaplazable, tanto más cuanto su costo sería de unos dos mil pesos oro solamente, según cálculos del ingeniero doctor Luis F. Osorio, quien estuvo conmigo curioseando los lavaderos del Hospital de Santa María, de los hermanos Mayo, en Rochester.

Un enorme absceso hepático y empiema pleural derecho de varios meses de data, con edema de todo este lado. Murió a los quince días, de accidentes pleuropulmonares.

Como es sabido, los hermanos Mayo ponen en su letalidad todo sujeto que muere en el Hospital, de cualquier cosa, así sea de un accidente, a los dos meses de operado. Dicen que aunque este sistema tiene el inconveniente de atribuir muertes a operaciones que nada tienen que ver con la defunción, pone a salvo de toda sustracción indebida, dejando al buen criterio del lector el juzgar qué defunciones pueden lógicamente atribuirse al acto operatorio.

El sistema francés, que adopto, da un resultado bastante aceptable, si no perfecto y sin

mistificación posible, pues si bien es cierto que figura la lista de letalidad directa, también figura la de curaciones operatorias a juicio del cirujano, dejando al buen criterio del lector el considerar si en éstas la causa de la defunción fue realmente debida a otra cosa que al acto operatorio, o bien figuran enfermos que tuvieron una bronconeumonía, *flegmatia*, etc., debidas a una infección más o menos atenuada y atribuible al acto operatorio *per se*. De todos modos nada más fácil que computar esta estadística según el sistema de los Mayo; basta, en efecto, adicionar el porcentaje de letalidad con el de curaciones operatorias, lo cual da 4,1 por 100, y así quedará satisfecho el más exigente.

Empero, algunos restan de las defunciones aquellas no debidas al acto operatorio directamente, sino atribuibles a la naturaleza grave e incurable de la lesión o a un accidente anestésico fortuito, y en tal caso esta estadística aligerada de una muerte por accidente clorofórmico y de diez defunciones más, ocurridas en operaciones de urgencia para lesiones mortales por sí en breve término, casos de enfermos operados en las peores condiciones y que seguramente hubieran sucumbido sin necesidad de la menor intervención, quedaría reducida a 18 defunciones directamente imputables a la operación, que en 918 operados da una letalidad de 1,9.

En resumen: la letalidad en este espacio de tiempo sería:

Según el sistema de los Mayo, 4,1.

Según el francés, adoptado aquí, 3,1.

Según el de otros cirujanos, 1,9.

Así resuelto el asunto, por modo impersonal, creo satisfará todos los gustos y exigencias de escuela y de criterio.

Fuera de los 150 casos de raquietovainización que presenté al Congreso Médico de 1913, se operaron por este método los siguientes:

En octubre y noviembre de 1912, operados	19
En 1913, operados	18
En 1914, operados	17
Suma	54

Después no se ha vuelto a emplear la raquietovainización en la clínica: 1º, porque tiene un porcentaje de inseguridad muy apreciable desde el punto de vista de la analgesia; y 2º, por los *alleas* que se corren, aun en intervenciones insignificantes, que se pueden ejecutar con cloruro de etilo o somnoformo. Porque hasta donde es posible, el cirujano debe estar seguro del pronóstico de una operación en un enfermo de tales o cuales condiciones, sin hallarse expuesto a sorpresas imprevistas y humillantes, aunque no sean debidas a falta de un examen detenido y concienzudo del paciente que se va a operar.

La seguridad en los resultados pronosticados es lo que ha sacado a la cirugía de la condición de arte manual de barberos para elevarla a la noble categoría de ciencia benéfica, por la bella precisión de sus resultados, dándole una elación y un crédito entre las multitudes antes desconocidos. Antaño el enfermo se resignaba a la operación como a lo inevitable para hallar el

descanso, así fuera el eterno, a la manera de los mártires del circo romano, mientras que hoy la buscan y eligen los centros donde operan los cirujanos de más fama, es decir, los que dan mayores garantías de éxito; porque, como dijo Doyen, el egoísmo del enfermo es radical, absoluto, brutal e instintivo, sin atenuaciones ni matices. ¿Quién podría negarle este derecho?

Siempre he tenido por norma decir, sin restricción, al enfermo o a sus deudos, cuando éste es muy emotivo, el diagnóstico de su afección, la gravedad de ésta y los resultados probables de una intervención, sin ocultarle si ésta es benigna o en extremo delicada, por esta u otra razón. Algunos preguntan: ¿qué me aconseja? ¡Nada!, es mi respuesta invariable. Ya le he dado mi opinión categórica al respecto, ahora usted resuelva de acuerdo con los suyos o consulte otros médicos. Ni en el Hospital he llegado nunca a operar un enfermo pusilánime contra su voluntad; me limito a hacerle poner de *baja*, como se dice por acá, o sea, de alta, como dicen los españoles. La mayoría vuelven ya resueltos y tranquilos. Por otra parte, un sujeto asustado, con miedo extraordinario, es un mal caso, porque durante la anestesia está expuesto a graves accidentes, o bien ésta es tormentosa y casi hay que siderarlo para dominar los reflejos medulares, y si no se menea y retuerce como un condenado al último suplicio; es una medula sin freno, una culebra a la cual se le ha cortado la cabeza; si pudiera correr, saldría corriendo más que de prisa. ¡Es la acción del inconsciente elevada a la última potencia! Además, el miedo, como la ira y el pesar, producen ácidos orgánicos que intoxican el sistema nervioso.

Desde 1915 se emplea en el servicio la anestesia rectal oleoetérea por el método del doctor J. T. Gwathmey, de Nueva York, y original del doctor Hubert Arrowsmith, de Brooklin. Los resultados de esta anestesia fueron publicados en la *Revista Clínica* de Medellín, número 1.º, de junio de 1916, y en *Surgery, Gynecology and Obstetrics* de Chicago, número 3º, de marzo de 1917, por lo cual no entro en detalles, y sólo me limito a decir que es un método de excepción, que debe reservarse para las operaciones de la cara, cuello y especialmente de las cavidades nasoorofaríngeas, donde estorba mucho el anestesista. Que por la irritación de la mucosa rectal es indispensable al terminar la intervención sacar el éter restante por medio de un lavado rectal, haciendo el masaje del colon de derecha a izquierda y dejar luego 100 gramos de aceite de olivas. Según la carta a que aludí antes, de Gwathmey, la mezcla oleoetérea debe hacerse íntimamente sacudiéndolos en un frasco antes de inyectarla en el colon por medio de una sonda rectal.

Desde septiembre de 1916, a mi regreso de Rochester, se comenzó a emplear el éter gota a gota, como lo usan los Mayo en su clínica con éxito constante. Es un método al alcance del más lerdo, y aun de propósito deliberado sería difícil intoxicar al paciente. Su ventaja más aparente es la de no necesitar anestesista de profesión, y con una corta explicación se improvisa uno de fortuna; los Mayo lo exaltan y lo han empleado en miles de casos sin accidentes de importancia. Sólo Gwathmey dice que no es científico y no

debería emplearse nunca (1); que el anestésico ideal y más seguro es el cloroformo por el método cerrado. Para el Secretario de la Sociedad de Anestésistas de Nueva York el culpable de tantas muertes no sería el cloroformo *per se* sino la manera de administrarlo. Por el método de gota a gota bajaría la temperatura del paciente hasta un grado centígrado, lo que no sucedería por los métodos de reinhalación o cerrados, pero en éstos sí es indispensable un anestésista de carrera y muy atento, pues un descuido asfixia o sidera al paciente.

Las apendicectomías hechas durante otra intervención del vientre, y que llegan a diez, no se computan aparte sino que figuran con la operación principal.

En cuanto a la letalidad peculiar a cada operación, sólo anotaré las más importantes y frecuentes.

Apendicectomía en frío	41
Letalidad, 0.	
Apendicectomía en frío con salpingec- tomía derecha	9
Letalidad, 0.	
Apendicectomía para apendicitis agu- da en los tres primeros días.	9
Defunciones, 2.	
Incisión y drenaje de apendicitis supu- rada	6
Letalidad, 0. Eventración, 1.	
<hr/> Total de apendicitis operadas . . .	<hr/> 65 <hr/>

(1) «New York Medical Journal,» 1916, civ, 825, 895.
Gwathmey J. T. Anaesthesia Review.

Sumadas éstas a 19 de la estadística de 1913, dan 84, con una letalidad global de 2,3 por 100.

Curación radical de hernias inguinales, 22, que con 16 de la estadística de 1913, suman 38. Letalidad, 0. Recidiva, 1.

Histerectomías vaginales por diversas causas, inclusive el cáncer, 49, con un muerto. Sumadas a 59 de la estadística de 1913, son 108. Letalidad global, 0,9 por 100.

Histerocolpomiorrafía por mi procedimiento, 29, más 38 de la estadística general de 1913, con una defunción, suma 67. Letalidad, 1,4 por 100. Recidiva, 0.

Histerectomía abdominal para diversas afecciones, inclusive el cáncer, 53, con 6 defunciones, excluyendo un accidente clorofórmico. Letalidad, 11,3 por 100. Sumadas a 42 de la estadística de 1913, con 6 muertos, da 95; de ellas 10 para cáncer. Letalidad total, 12,6 por 100.

Ovariectomía para tumores y quistes, 10, y 13 de la estadística anterior, con un muerto, suman 23. Letalidad, 4,3 por 100, debida a un cáncer ovárico, pues de éstas en 13 para quistes no hubo defunción.

Amputación de Halsted para cáncer de los pechos, 20, más 10 de la estadística de 1913, suman 30. Letalidad, 0. Recidivas desconocidas, metastasis, 1.

Uretrotomía externa, 41, y 24 de 1913, que dan 65 sin letalidad, pero con un 15 por 100 de recidivas.

Uretrotomía interna, 38, y 32 de 1913, que dan 70 sin letalidad, pero con un 10 por 100 de recidivas.

Sólo cito las uretrotomías para que se vea la frecuencia de esta secuela de la blenorragia en Antioquia, sin contar 11 externas y 19 internas operadas por mis Jefes de Clínica, que darían un total de 148, lo que equivale a unas 12 por año.

Esta secuela en el hombre es nada en comparación con las terribles anexitis posblenorragicas en la mujer, que si no la matan la convierten en una inválida de por vida, si una intervención afortunada no viene en su ayuda; desgraciadamente las histerectomías abdominales para piosalpingitis son de las más severas y graves. En un período de once años nueve meses he operado 44 histerectomías abdominales y 74 vaginales para anexitis bilaterales, excluyendo las tuberculosas, y de las 118, lo menos 80 eran secuelas de una blenorragia. Se cuentan en el mismo espacio de tiempo 18 salpingectomías unilaterales por supuración de un anexo, y de ellas lo menos 15 de origen gonocócico. Todas estas mujeres estaban esterilizadas por el mal o inutilizadas para el trabajo hacía mucho tiempo.

En efecto, de 100 mujeres infecundas, el 75 por 100 lo son por causa de la blenorragia, exactamente como en tiempo de Sarai y del Faraón Abimelech (1), pues esta odiosa y temida enfermedad bíblica es la causa más eficaz de esterilidad y de despoblación definitiva en los grandes centros urbanos, como ya lo habían observado los egipcios y los judíos.

Se han operado, pues, un promedio de nueve mujeres por año, de otra manera condenadas a

(1) Génesis, capítulos XII y XX.

la invalidez y de todos modos a la esterilidad de por vida por el abominable gonococo tan temido como execrado por el terrible legislador del monte Sinaí, quien no sólo dicta en el Levítico, capítulo xv, relativo a los flujos (1), medidas para evitar el contagio del Zab o gonorrea, sino que manda pasar a cuchillo a los portadores de gérmenes, representados en su mayoría por las muchachas de los madianitas mal aconsejadas por Balán (2).

Los casos benignos y bien tratados, generalmente en mujeres de la clase acomodada, producen una esterilidad de seis a doce años, y por lo general en lugar de preñeces normales viene la catástrofe, es decir, la preñez extrauterina, que si no es operada a tiempo, es la muerte más o menos cataclísmica. De esta secuela de secuelas, *secuela secuelorum*, se han operado en este espacio de tiempo 8 o 9, y tal vez más, consideradas como simples hematosalpinges.

Desde el punto de vista de la multiplicación de la especie vale bien la pena de que las Municipalidades de poblaciones de alguna importancia se preocupen en mantener buenos dispensarios gratis para enfermedades venéreas y que no sólo se trate con cuidado la sífilis sino también la blenorragia en ambos sexos. Por fortuna en Medellín ya existe uno, que se irá perfeccionando y completando a la medida de las necesida-

(1) «Vir qui patitur fluxum seminis inmodus erit.»

(2) Números, capítulo xxxi. Son exterminados los madianitas. Capítulo xxv, las hijas de Moab y de Madián perverten a los israelitas.

des, para bien de la comunidad, evitando así que la mosca dorada del muladar lleve el contagio a las princesas del dólar por el intermedio de su marido.

Durante once años y nueve meses se han extirpado en el servicio 266 tumores benignos; de éstos, 167 externos y 99 internos. En los internos figuran 51 fibromas uterinos, o sea un 19,1 por 100, y 30 tumores de los ovarios, o sea un 11,2 por 100 del total de los benignos. En el mismo espacio de tiempo se han operado 184 tumores malignos; de éstos, 114 externos y 70 internos. En los internos figuran 47 cánceres del útero, o sea un 25,5 por 100 del total de los malignos, y de ellos 35 pertenecen al cuello y 12 al cuerpo; 13 cánceres del estómago, o sea un 7 por 100; 5 del hígado, etc. En los cánceres externos hay 30 mamarios, o sea un 16,3 por 100; 17 osteosarcomas del maxilar, especialmente del superior; 7 de los labios; 5 del pene, etc.

Se operaron pues un promedio de 15 cánceres por año.

El total de los neoplasmas operados en este tiempo es de 450, o sea un promedio de 38 por año. Como el número de operaciones en los once años nueve meses es de 2,078, los neoplasmas representan un 21,6 por 100, o sea poco más de la quinta parte de las operaciones.

De este somero análisis resulta que el cáncer más frecuente en Antioquia es el de la matriz, 25,5 por 100; luego el de la glándula mamaria, 16,3 por 100; el sarcoma del maxilar superior, 9 por 100; el cáncer del estómago, 7 por 100; de los labios, 3,8 por 100; del hígado y del pene, respectivamente, 2,7 por 100, etc.

Este bosquejo a grandes brochazos muestra que ha llegado la hora, entre nosotros, de emprender la lucha contra el cáncer, que va tomando un incremento pavoroso. Sobre tan importante asunto publiqué un artículo en la *Revista Clínica* de Medellín, número 5, junio de 1917, y en *Surgery, Gynecology and Obstetrics* de Chicago.

LUCHA ANTIALCOHOLICA

El alcoholismo en Colombia, y medios de combatirlo.

POR EL DOCTOR ELISEO MONTAÑA

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

El alcoholismo y los medios de combatirlo son siempre asuntos de actualidad y del mayor interés, que principian a preocupar hondamente a la opinión pública entre nosotros, y a fijar su atención; en los últimos años especialmente se ha discutido el tema ampliamente en los Congresos Médicos de Cartagena en 1918 y de Tunja en 1919, en las Asambleas de Cundinamarca y de Santander, en el Congreso Pedagógico de diciembre de 1917 y en el actual Congreso Nacional. Pero en asuntos de esta clase para obtener algún resultado tangible, es necesario insistir con tenacidad y sin descenso, es necesario golpear constante y fuertemente sobre la opinión como sobre un clavo para que penetre hondamente y despierte la conciencia pública. Hé ahí porqué creemos oportuno volver a tratar este tema.

Por lo demás, tratándose de un asunto de interés general, todo el que se preocupe por el bien público tiene la obligación moral de aportar a su solución su concurso, por modesto que éste sea. Consideramos también que para los médicos esta obligación es, si se quiere, más imperiosa, como que en la sociedad moderna y tra-

tándose de problemas de *higiene social*, como lo es el de la lucha contra *el alcohol*, el médico, *tutor natural de la humanidad en materias de higiene*—como que él habla en nombre de la ciencia y de la experiencia,—tiene el deber indeclinable, siempre que se presente la ocasión, de ilustrar y de premunir a sus semejantes contra toda causa que pueda comprometer su salud y la de la raza, y entre las causas de degeneración física y moral del individuo y de la raza, no hay ninguna otra que supere en importancia al alcoholismo.

DATOS HISTÓRICOS—IMPORTANCIA QUE SE LE DA EN
EUROPA Y AMÉRICA A LA LUCHA ANTIALCOHÓLICA

El alcoholismo, o sea el abuso de las bebidas que contienen alcohol, es tan viejo como el mundo; y es de todas las épocas, de todos los países y de todos los climas; tal parece como si desde su origen la humanidad trajera en su seno este germen fatal, que amenaza su existencia. La historia del alcoholismo es pues la de la humanidad. Sin remontarnos a los tiempos bíblicos, si repasamos, tan atrás como es posible, la historia de los pueblos, encontramos en todos ellos el uso del vino y de las bebidas fermentadas; pero el vino al principio se consideraba como bebida de lujo, como el *néctar de los dioses*, y sólo servía para celebrar las grandes fiestas de familia, religiosas o políticas.

Los chinos y los hindúes—dice Maury—conocían los licores espirituosos y la destilación del alcohol desde la más remota antigüedad y largo tiempo antes que los otros pueblos; pero gene-

ralmente se considera que los licores destilados fueron obra de los alquimistas de Alejandría en el siglo III de nuestra era, que llegaron a destilar el vino; los alquimistas árabes del siglo VII fueron los que dieron el nombre de *alkool* o *alkoch* al espíritu sutil, claro e inflamable obtenido en esta destilación.

Los germanos y los atenienses no fueron tampoco modelos de sobriedad; los hindúes de Asia, los indios de América y los africanos son también ávidos del alcohol, y hoy puede decirse que este hábito nefasto, esta enfermedad social es endémica y ha invadido a todo el mundo y a toda la humanidad y se ha convertido en un verdadero *azote social*, que según expresión de Gladstone, «hace más estragos en todos los países y en todas las clases de la sociedad, que las tres plagas históricas: la peste, el hambre y la guerra; diezma con mayor rigor que el hambre y la peste, y mata más que la guerra, y más que mata deshonra. Ataca al hombre no sólo en su individualidad, sino también en su descendencia, mina de base la organización social y conduce a los pueblos a la ruina física, moral e intelectual.»

Apercibidos de sus estragos y alarmados por ellos, los pueblos cultos de Europa y América emprendieron guerra formal desde mediados del siglo pasado, después del grito de alarma lanzado en Suecia por el insigne médico Magnus Huss, y han establecido para detenerlo en su extensión siempre creciente y en sus devastaciones aterradoras, una lucha ordenada, una campaña tenaz y constante en todos los campos, que no se ha interrumpido ni aun durante la

guerra, y que ha culminado en la prohibición en muchos de ellos, o reduciendo considerablemente el consumo del alcohol en su territorio.

IMPORTANCIA QUE TIENE EN COLOMBIA

Para nosotros el problema del *alcoholismo* tiene la misma, si no mayor, importancia y trascendencia; es igualmente *amenazador* y encierra los mismos peligros para nuestro porvenir y desarrollo como nación. El constituye con la sífilis, con la lepra y la tuberculosis uno de nuestros grandes problemas nacionales y es quizá nuestro problema social *magno*, no sólo porque él complica todos los otros problemas sociales, sino porque aquí como en otras partes es él un problema de *defensa nacional*, y de su buena y pronta solución dependen nuestro progreso y el bienestar, la salud y la riqueza, no sólo del individuo sino de la familia y de la Patria y el porvenir de la raza.

Sólo que aquí parece que no nos damos cuenta exacta de la magnitud del peligro, y mientras que en los Estados Unidos, Suecia, Inglaterra, Francia, Bélgica, Suiza, etc., etc., se ha organizado una verdadera *cruzada antialcohólica* encabezada por la iniciativa particular y secundada vigorosamente por los poderes civil y religioso, que han puesto en juego todos los medios y todas las fuerzas vivas de los respectivos países para combatirlo, nosotros *apenas si* nos preocupamos del asunto y con criminal indolencia contemplamos sus estragos y nada eficaz hemos hecho hasta hoy contra esta llaga que invade y devora nuestro organismo social.

Y no es que hayan faltado espíritus clarividentes y patriotas que antes que nosotros hayan señalado el peligro y hayan clamado por que se le combata y aun hayan iniciado la lucha; voces aisladas se han dejado oír para llamar a la lucha y esfuerzos generosos la han iniciado; pero por falta de un plan que los unifique, los reúna y les dé fuerza y de una entidad respetable que los encauce y encabeze la lucha, ellos han resultado baldíos e ineficaces en la práctica; la opinión parece sin embargo despertarse, y desde hace ocho o diez años particularmente se registran esfuerzos laudables y consoladores. El ilustre mártir General Rafael Uribe Uribe, con esa clara visión que hacía de él un verdadero hombre de Estado, comprendió la importancia del problema y lo desarrolló con maestría en su memorable conferencia *Los problemas nacionales*. En ella clamaba airado contra ese nuestro *absurdo y suicida* régimen fiscal que hace del consumo de las bebidas alcohólicas la principal renta del Gobierno y que convierte a éste en el principal propagador e instigador del alcoholismo, y más tarde en el Senado de 1912 presentó un proyecto sobre reglamentación de las bebidas alcohólicas, que desgraciadamente no fue aprobado.

El doctor Alfonso Robledo, otro campeón de la lucha antialcohólica, en elocuente carta dirigida en 1911 al Ministro de Instrucción Pública, señor doctor Pedro María Carreño, lo excitaba a fundar bajo su iniciativa y patrocinar la *Liga nacional contra el alcoholismo*.

El Cuerpo médico colombiano para honor de él, siempre ha dejado oír su voz, señalado el

peligro y aconsejado los remedios; el doctor Liborio Zerda, esa reliquia preciosa y venerada de una generación médica ya extinguida, llevó a cabo, en asocio del notable clínico, mi sabio maestro, doctor Josué Gómez, y del hábil químico Francisco J. Tapia, un estudio químico, patológico e higiénico de la chicha, trabajo del cual sacaron conclusiones prácticas importantísimas para la higiene y la medicina, y que es la base de todos los trabajos sobre el chichismo que se han hecho después.

En el segundo Congreso Médico reunido en Medellín en 1913, los distinguidos médicos doctores Luis Cuervo Márquez y Ricardo Fajardo Vega presentaron, el primero, una estadística del consumo del alcohol en Colombia, y el segundo, una estadística de la criminalidad en Cundinamarca en relación con el alcoholismo, trabajos ambos muy importantes en el asunto.

En el último Congreso Médico reunido en Cartagena en enero de 1918, los doctores Carvajal, de Bucaramanga, Antonio Regino Blanco, Antonio C. Merlano y Sergio Ibarra, de Cartagena, presentaron trabajos importantes sobre el alcoholismo desde el punto de vista sociológico y medicolegal, y el Congreso aprobó un voto solicitando del Gobierno la organización de la lucha antialcohólica. El trabajo del doctor Carvajal por lo completo y documentado merece especial mención. En el año pasado en la Facultad de Medicina se presentaron como trabajos de tesis dos estudios muy bien elaborados y documentados sobre el problema alcohólico, de los doctores Julio Valdivieso C. y Benjamín Fajar-

do Casas; nosotros mismos en el Congreso Pedagógico Nacional reunido en ésta en diciembre de 1917, hicimos una exposición sobre la materia y concluimos pidiendo se organizara la lucha anti-alcohólica y se dictaran, entre otras, estas medidas: las de establecer la enseñanza antialcohólica en todos los establecimientos de educación y la redacción y adopción de una cartilla antialcohólica, fomentar la fundación de sociedades y ligas de temperancia y pedir al Congreso la expedición de una ley que *reglamente* y *limite* el consumo de las bebidas alcohólicas; desgraciadamente el Acuerdo aprobado por el Congreso Pedagógico en este sentido no ha tenido cumplimiento hasta hoy.

La iniciativa colectiva también se ha hecho sentir: en Antioquia (Caldas) se organizó la primera sociedad de temperancia de la República, que no sabemos si existe aún, ni qué resultados haya dado. Pero estos esfuerzos particulares han encallado ante la inercia oficial, cuya iniciativa en esta materia ha sido *casi* nula. El doctor Dávila Flórez, cuando fue Ministro de Instrucción Pública, trató de establecer la enseñanza *antialcohólica* en las escuelas públicas, y contrató la redacción de una cartilla antialcohólica con el distinguido pedagogo doctor Martín Restrepo Mejía; trabajo que el Ministro doctor Carlos Cuervo Márquez hizo editar y repartir en las escuelas públicas.

En el Congreso pasado fue presentado por el doctor Anselmo Gaitán un proyecto de ley sobre el alcoholismo, y en el presente lo ha renovado y ha sido aprobado ya en el Senado. El

Concejo de Bogotá dictó el Acuerdo número 14 de 1916, que contiene disposiciones muy importantes sobre reglamentación de las chicherías, y por último, la Asamblea de Cundinamarca en sus últimas sesiones, galvanizada por las magistrales oraciones del doctor Luis Zea Uribe sobre el chichismo, y la razonada exposición del doctor Angel, aprobó una ordenanza que si se pone en práctica, será un gran paso en la lucha del chichismo en Cundinamarca.

La Asamblea de Santander del Norte dictó en 1915 y 1916 ordenanzas muy bien elaboradas que pudieran implantarse con ventaja en los otros Departamentos.

Estos datos indican que la lucha antialcohólica comienza a agitarse con vigor entre nosotros, pero si algo se ha hecho ya en este camino, es mucho más lo que falta, pues todos estos esfuerzos aislados no han dado hasta ahora resultados efectivos apreciables, entre otras razones por falta de unidad de plan y de una entidad bien organizada que la patrocine y la dirija; es preciso sin embargo continuarla sin descanso, intensificándola, reuniendo todos los esfuerzos, unificando las aspiraciones, disciplinando las voluntades, concentrando los recursos en un solo fin; el momento nos parece oportuno para salir del terreno de simples aspiraciones y entrar de lleno en la realización de tan vital obra.

URGENCIA DE EMPRENDER LA LUCHA

La necesidad de organizar la lucha formalmente y de emprender una verdadera *cruzada antialcohólica es urgente, imperiosa, in-*

aplazable, porque el flagelo no sólo va extendiéndose en proporciones alarmantes, sino que va minando de base nuestro organismo social e invadiendo todas sus capas y condiciones y nos llevará fatalmente, si no lo combatimos de frente y le oponemos remedios eficaces y enérgicos, a la desmoralización, a la ruina física y moral, a la degeneración de la raza y al aniquilamiento definitivo en época más o menos remota.

Para todo observador atento es en efecto un hecho innegable el cambio de nuestras antiguas costumbres sobrias y hábitos temperantes, el aumento de la mortalidad, de la criminalidad, de la locura, del suicidio y la evidente degeneración colectiva, fenómenos sociales todos que guardan relaciones íntimas con el alcoholismo.

Nuestras costumbres actuales nos conducen fatalmente a la generalización del alcoholismo; en este siglo, que se puede llamar el siglo del vino, el brandy y la champaña, *la botella, la copa y la totuma* reinan como soberanos y lo dominan todo; para nosotros más que para nadie el alcohol es el «*príncipe de la alegría*»; no hay suceso ninguno de nuestra vida, ni fiesta particular o pública en que no se mezclen los licores y bebidas alcohólicas, y las únicas industrias que prosperan entre nosotros son las de la fabricación de éstas, y los capitales más fuertes del país se han hecho en el consumo de ellas, como lo decía gráficamente el General Rafael Uribe Uribe en la citada conferencia: «no hay feria, ni romería, ni fiesta alguna civil o religiosa que en Colombia se celebre sin apurar grandes copas de licor. El hijo del pueblo, y quizá más el de las clases elevadas,

no sabe hacer un negocio, estar satisfecho, sentirse contento o solemnizar un suceso cualquiera de su vida sin convidarse a beber. Si está triste, bebe para ahogar la pena; si alegre, para mantener la alegría; si le nace un hijo, bebe; si se le muere, bebe; si se casa, bebe; si enviuda, bebe; si cumple años, bebe; si tiene frío, bebe para calentarse; si calor, para refrescarse, *vive para beber creyendo beber para vivir* e ignorando que con ello se mata y va derecho al alcoholismo»; y el nefasto vicio ha invadido todas las capas sociales: beben el propietario y el jornalero, beben el obrero y el patrón, el burgués y el *clubman*, el intelectual y el analfabeto y ¡hasta la mujer y el niño! ¿No vemos todos los días desarrollarse, con frecuencia que aterra, a nuestro alrededor, los más abracadabrantes dramas y tragedias sociales, que parecen creaciones de la fantasía de Shakespeare, de Poe o de Verlaine, que nos han sacudido en lo más profundo de nuestros sentimientos y que son la consecuencia del alcohol?

DATOS ESTADÍSTICOS

Bien que sea difícil hacer una estadística completa y exacta del consumo de las bebidas alcohólicas en Colombia, cosa que sería muy importante, de los datos aproximados que hemos podido consultar resulta que este consumo alcanza cifras y proporciones verdaderamente *alarmantes*.

Del notable trabajo del doctor Luis Cuervo Márquez, ya citado, tomamos las siguientes cifras que representaban el consumo de alcohol en 1912.

Consumo de alcohol bajo sus diferentes formas.

	Litros.
Bajo la forma de guarapo... ..	135,000
Bajo la forma de chicha	450,000
Bajo la forma de aguardiente. . .	296,250
Bajo la forma de cerveza.....	24,120
Bajo la forma de coñac.....	2,000
Bajo la forma de whisky	230
Bajo la forma de vinos	6,000

Total de alcohol puro consumido por mes 901,900 litros; por año, 10.822,800 litros, y por cabeza, calculando la población en 6.000,000, 2 litros 170 gramos.

Pero como de estos 6.000,000 no todos son consumidores, y se puede considerar en tesis general que ni las mujeres ni los varones menores de diez y ocho años son consumidores de alcohol, el número de éstos quedaría reducido a las dos quintas partes, o sean 2.300,000, y la cantidad por consumidor subiría a 5 litros 425 gramos por año, o sean $7\frac{1}{4}$ botellas por cabeza, con un valor total de \$ 1.026,990 oro mensual.

El General Uribe Uribe avaluaba en la época del monopolio (1905 a 1907) el consumo de los licores nacionales y extranjeros en 605,800 botellas, que a \$ 0-80 botella, significaban un desembolso anual para los colómbianos de \$ 580,800, sin computar el valor de la chicha y el guarapo, que según él sería tan difícil como avaluar el volumen de las aguas del Tequendama en invierno.

Con el sistema de patentes el precio del aguardiente bajó a \$ 0-30, y el consumo se do-

bló y aún más, y según el mismo General, se podía avaluar el consumo en la época en que escribía, diciembre de 1910, en 1.210,000 botellas mensuales, 14.520,000 al año, que a \$ 80 papel moneda representarían un desembolso de \$ 58.080,000 papel moneda.

Estas cifras, bien que fundadas en datos exactos, los suministrados por los rematadores de la renta son inferiores al consumo real, porque no comprenden el contrabando, imposible de avaluar.

AUMENTO DE CONSUMO CRECIENTE

Pero lo que aumenta la gravedad del mal y hace más urgente combatirlo es el hecho comprobado por la misma estadística de que este consumo en vez de disminuir *va en aumento creciente*. Si tomamos como término de comparación, por ejemplo, el consumo de brandy, whisky y vinos generosos, vemos que mientras que la importación en 1911 fue para los primeros de 65,600 kilos, en 1915 subió a 474,454 kilos, y la cantidad total de las bebidas alcohólicas importadas, a 1.774,429 kilos, por valor de más de \$ 300,000 oro, y el de 1917, según los datos que bondadosamente nos han suministrado en la Oficina de Estadística Nacional, esta cantidad subió en 1918 a 3.010,451 kilos, por valor de \$ 666,351 oro, es decir, que casi se triplicó, no obstante el aumento de los derechos de importación; en 1919 aumentó todavía, pues se introdujeron licores por valor de \$ 811,951, y es de notar el aumento especialmente de brandy, de whisky, de aguardientes, *pousse-café*, anetol y esencia de

anís; el brandy y whisky subieron de 142,860 kilos a 325,458 kilos, y la cantidad de anetol y esencia de anís importada fue de 2,762 kilos y la de aguardientes de 2,601 kilos, es decir, que ha aumentado la importación justamente de los licores más nocivos y más venenosos; en 1919 se introdujeron 152,927 kilos de whisky por \$ 76,753 en 1918, es decir, el doble.

BEBIDAS NACIONALES

El aumento de aguardientes, mistelas, ron, chicha y guarapo, o sea de las bebidas de fabricación y consumo nacional, es todavía más grande: así, mientras el doctor Luis Cuervo Márquez en 1913 calculaba el consumo de aguardiente en Cundinamarca en 60,000 litros, o sea 80,000 botellas de 750 gramos, y el General Uribe en 92,000 botellas en 1910 y 1912, según los datos de la tesis de Fajardo Casas el consumo mensual habría sido en 1918 de 100,000 a 119,000 botellas de aguardiente, 3,000 a 6,000 de mistela, 3,000 a 7,000 de ron, y según los datos personales que se nos suministraron en la Administración de la Renta de Licores de Cundinamarca, el expendio de aguardiente hoy sería de 130,000 a 150,000 botellas mensuales, 4,000 a 5,000 diarias; es decir, que de 1910 para acá el consumo de aguardiente, mistela y ron se habría duplicado. En Bogotá este aumento es sobre todo sensible; existen en ella aproximadamente 700 tabernas o despachos alcohólicos, y el expendio de aguardiente que fue en julio de 1917 de 37,000 botellas, aumentó en julio de 1918 a 47,230 botellas, más 1,875 de mistela y 3,220 de ron.

Para la chicha existen en Bogotá de 175 a 200 chicherías registradas, que expenden, término medio, según los datos de la tesis de Valdivieso, 61,250 litros diarios, y en el año poco más de 22.000,000 de litros, los que reunidos *formarían el caudal del río San Cristóbal*, y el aumento es general en toda la República; tomando como base el consumo de Cundinamarca, que es donde se pueden obtener datos más exactos, se puede calcular para cada Departamento el consumo mensual de aguardiente, mistela y ron en 100,000 botellas, o 75,000 litros mensuales, y el de los quince Departamentos en 1.500,000 botellas y 18.000,000 de botellas o 13.500,000 litros anuales; ya vimos que el General Uribe lo calculaba en 14.500,000 botellas al año.

El consumo total de alcohol puro en Colombia, según la tesis ya citada de Valdivieso, sería de 24.006,856 litros, representados así:

Bajo la forma de chicha, 173.000,000 de litros con 13.000,000 de litros de alcohol puro; guarapo, 79.000,000 con 6.320,000 litros de alcohol; aguardiente, 9.000,000 con 3.996,000 litros de alcohol; licores de importación, 164,000 litros de alcohol puro.

Nosotros creemos que sin pecar de exagerados, se puede calcular en 30.000,000 de litros de alcohol puro el consumo anual de la República, o sea para una población de 6.000,000, 5 litros por cabeza; cifra enorme que es en mucho superior a la de 2 litros 80 gramos que consumía Francia antes de la guerra y que hacía poner los gritos en el cielo a los patriotas y sociólogos franceses.

Pero aparte de la cantidad de alcohol consumido hay otra consideración que agrava el problema y hace que los desastres del alcoholismo sean mayores entre nosotros: es ésta la mala calidad de las bebidas usadas, las que aparte del alcohol, que es por sí solo un veneno, contienen también otras sustancias, generalmente esencias, que son aún más tóxicas o más venenosas y que vienen a agregar un veneno a otro veneno.

El aguardiente, por ejemplo, fuera del alcohol etílico proveniente de la fermentación y destilación de la miel o de la panela empleada, contiene cuando no es convenientemente rectificado, los llamados *alcoholes superiores*: amílico, metílico, propílico y éteres, que son mucho más tóxicos, y la esencia de anís y el anetol, que son venenos convulsivos y que producen la muerte a pequeña dosis; 0,025 miligramos por kilogramo de peso, casi como la estricnina. De los interesantes experimentos que hizo Valdivieso para su notable trabajo, resulta que el poder tóxico del aguardiente viene a ser casi el doble de el del alcohol etílico puro, es decir, de el del alcohol del vino: el equivalente tóxico del primero es 14 gramos 44 centigramos por kilo de peso, el del segundo, 7 gramos; esta mayor toxicidad se explica por la presencia de alcoholes superiores que se han desarrollado en la fermentación del guarapo y no han sido eliminados por falta de rectificación.

La chicha contiene, por su parte, además del alcohol, una toxina especial aislada por el doctor Zerda, la cual es una tomaína semejante a la que se produce en cadáveres en putrefacción y que es

debida a la putrefacción del maíz con que se prepara.

El brandy, el más popular de los licores importados, no contiene, como debiera ser, alcohol de uva puro, sin mezcla, es decir, alcohol etílico, sino que viene adulterado siempre con alcoholes más baratos, los alcoholes industriales, pero más tóxicos: amílico (alcohol de papa) y propílico; el equivalente tóxico del primero es de 1 gramo 50 centigramos por kilo, es decir, que mata un perro a la dosis de 1 gramo 50 centigramos, mientras el etílico lo mata a la de 5 a 8 gramos; alcoholes extraídos de la papa y la remolacha; fuera de estos alcoholes impuros contiene también esencias que se le agregan para darle color y aromatizarlo, que son también venenosos. En los experimentos de Valdivieso en perros y curies inyectándoles brandy, encontró que el brandy Hennessy, que es el más reputado, tiene un poder tóxico que es el doble para el de una estrella, y más del doble para el de tres estrellas, comparados con el alcohol etílico puro, es decir, que este licor, que es reputado como el más elegante e inofensivo, *es más venenoso que el democrático anisado*, y el que se considera como mejor, el de tres estrellas, *es el más peligroso*.

Los mismos vinos que consumimos aquí nos vienen también alterados, son vinos alcoholizados a los cuales se les ha agregado buena cantidad de alcohol destilado industrial para que pueda soportar el viaje. ¿Quién de los que han viajado a Europa no ha hecho la observación de que una botella de vino tomada en Europa no produce embriaguez y aquí sí?

Si se tiene en cuenta además que las fábricas de licores nacionales no se limitan a fabricar y vender aguardiente, mistelas y ron, sino que fabrican también brandy, whisky y aun vinos, se comprenderá porqué los desastres del alcoholismo son mayores aquí que en Europa.

DESÓRDENES Y EFECTOS PATOLÓGICOS DEL ALCOHOL Y EL ALCOHOLISMO SOBRE EL ORGANISMO HUMANO. CONSECUENCIAS SOBRE EL BEBEDOR Y SU DESCENDENCIA

En esta parte de nuestra conferencia queremos recordaros algunas nociones generales de los efectos y desórdenes del alcoholismo sobre el organismo humano, sin pretender hacer el cuadro completo clínico y patológico, que nos llevaría muy lejos: apenas apuntaremos aquellas nociones que necesitamos para estudiar los remedios apropiados, objeto principal de este tema.

Se designa con el nombre de *alcoholismo* los desórdenes producidos por la ingestión immoderada de alcohol o de las bebidas que lo contienen. Es una intoxicación, un verdadero envenenamiento, como el del arsénico, morfina u otros venenos semejantes: es agudo y crónico. El *alcoholismo agudo* constituye la *embriaguez*, cuyo cuadro todos vosotros conocéis: bajo la influencia de libaciones seguidas de bebidas alcohólicas, el individuo experimenta en su organismo físico y moral desórdenes que varían con la cantidad, la calidad del licor y el período. Las primeras dosis, si son pequeñas, producen una acción estimulante, de actividad, de energía y bienestar general; las secreciones bucal y gástrica aumen-

tan y con ellas el apetito ; el calor aumenta, la circulación se acelera y la imaginación y cerebración se exaltan. Con dosis más elevadas, hay una congestión general, la cara se enrojece, la mirada se hace brillante, el individuo ríe y llora, perora, danza, gesticula, se vuelve locuaz, expansivo, atrevido el tímido, descarado el circunspecto, se agita desordenadamente, pierde el control de sus pasiones y sentimientos que se exaltan y se extreman todos, lo mismo la alegría que la tristeza y la cólera y el odio; es lo que los autores han designado gráficamente con el nombre de período del *mono*, por lo ridículo de las actitudes. En un período más avanzado y con dosis más fuertes aparecen los fenómenos de la verdadera intoxicación y de embriaguez: el bebedor siente malestar en el estómago, trastornos, náuseas, la digestión se interrumpe, vomita los alimentos y el exceso de bebidas, pierde el equilibrio de sus movimientos, difícilmente puede mantenerse en pie, vacila, tambalea, camina haciendo eses con el andar especial del ebrio, sus ideas se ofuscan, sus impulsos y pasiones aparecen en toda su desnudez, y sin el freno de la conciencia, se entrega a toda clase de excesos y de actos violentos ; es el *período del león*, por la agresividad y la violencia que lo caracteriza. Por último, bajo la impregnación y la influencia depresiva, cada vez más grande, del alcohol sobre el cerebro, medula y sistema nervioso, el individuo pierde sus movimientos voluntarios, la voluntad y la conciencia, tartamudea y presa de mortal palidez, de angustia, de sudor frío, de anonadamiento, cae en coma y se duerme profundamente,

inanimado, inconsciente, los esfínteres relajados, cubierto e inundado por sus propias excreciones; es el *período del cerdo* por lo repugnante y horripilante del aspecto. Después de un sueño prolongado, el ebrio despierta como de un paroxismo, y no conserva sino un recuerdo muy confuso de los actos y escenas del drama. Pero a veces no vuelve del coma y muere por efecto de una apoplejía aguda cerebral, pulmonar o renal.

Tal es el cuadro general del alcoholismo agudo, que varía según las cantidades, las calidades de los licores y el temperamento e idiosincrasia individual; en la embriaguez producida por el ajeno, chartreuse, menta, cremas, bitter, vermut y licores cargados de esencias aromáticas, aparecen convulsiones, delirio, estupefacción y fenómenos de verdadera locura con amnesia, especialmente si se trata de personas predispuestas, de degenerados y neurópatas por herencia alcohólica. En los de constitución fuerte y cerebro y sistema nervioso equilibrado, de *buena cabeza* que se defienden vigorosamente contra el envenenamiento, los desórdenes pueden limitarse al primero o segundo período, sin que haya verdadera embriaguez o intoxicación.

El alcoholismo *crónico* aparece con el *abuso frecuente* de las bebidas alcohólicas, y se designa, según Kreopelín, *alcoholizado a toda persona que ingiere bebidas alcohólicas, sin que hayan desaparecido los efectos de bebidas anteriores*. Pero no se necesita pasar forzosamente por el período de embriaguez para llegar a ser alcoholizado, y puede uno muy bien alcoholizarse sin haberse embriagado jamás, especialmente si se usan las

bebidas, como es costumbre entre nosotros, en ayunas (*mañanas*) o como *aperitivo* antes de almorzar y de comer, cuando el estómago está vacío, porque entonces el alcohol se absorbe rápidamente y a pequeñas dosis, pero repetidas con frecuencia, *producen el alcoholismo crónico sin embriaguez*. Es esta una noción sobre la cual importa insistir para combatir este malísimo hábito, tan generalizado en todas nuestras clases sociales, y tan nefasto.

En el sexto Congreso Internacional contra el abuso de bebidas alcohólicas, reunido en Bruselas en septiembre de 1897 se aprobaron, propuestas por M. Vaucleroi, Profesor de higiene, las siguientes conclusiones que hacen doctrina sobre este y otros puntos y que deben figurar en toda cartilla y catecismo antialcohólico, porque combate muchos prejuicios y errores muy arraigados:

«1ª El alcohol no es un tónico, ni aumenta las fuerzas vitales.

«2ª En lugar de aumentar el calor, baja la temperatura.

«3ª Tomado a dosis elevadas en el momento de las comidas y *aun a pequeñas dosis en ayunas*, produce de ordinario el alcoholismo.

«4ª Dosis *moderadas y diarias de alcohol* pueden producir *el alcoholismo crónico sin que haya embriaguez*.

«5ª El ajeno, los amargos y las bebidas espirituosas llamadas licores (*liqueurs*), producen en la economía desórdenes todavía más terribles que el alcohol ordinario.

«6ª El alcoholismo de los padres se trans-

mite a los hijos y ataca la descendencia de una tara hereditaria.

«7ª Las bebidas destiladas no poseen ningún valor nutritivo, ni como alimento respiratorio, ni como alimento de ahorro.

«8ª El uso moderado del vino y de la cerveza *puede no ser perjudicial, pero no es saludable*, ni necesario, y a dosis elevadas, y sobre todo en ayunas, es peligroso y produce el alcoholismo.

«9ª Las bebidas fermentadas no alteradas, a dosis igual de alcohol, son *menos perjudiciales* que las destiladas.»

De acuerdo con estas conclusiones, que debían grabarse en todas las escuelas, hay que enseñar y repetir que contra lo que se cree generalmente, el alcohol no es ni *un tónico, ni un alimento*; que las bebidas alcohólicas, aun las que parecen menos nocivas, como el vino, la cerveza, etc., etc., no son *saludables ni necesarias*, y que todo el que las acostumbra habitualmente, aun cuando sea a pequeñas dosis, está en inminencia de alcoholizarse; que el alcohol no aumenta la energía ni el calor, y que el estímulo artificial que produce al principio, es *pasajero* y engañoso, y que a la larga deprime las fuerzas, acaba con la energía y baja la temperatura, es decir, que produce efectos contrarios a los que se buscan con el alcohol. Dastre en el VI Congreso Internacional ha demostrado que dosis pequeñas de alcohol (7 a 8 gramos) producen una disminución de la fuerza muscular y una supresión casi total de toda actividad cerebral.

CONSECUENCIAS PARA EL INDIVIDUO Y SU DESCENDENCIA

Las consecuencias individuales las hemos indicado ya; todas ellas se resumen en esta vieja sentencia de Fleurens contra el alcohol: «*L'homme qui boit del eau-de vie, ne meurt pas mais se tue*»: el hombre que bebe aguardiente, no muere pero se mata, es decir, se anula como unidad social y se mata física, y sobre todo, moralmente, y muere para la familia, la sociedad y el Estado, de los cuales se convierte en azote y parásito. Físicamente muere, porque si el envenenamiento por el alcohol no lo mata directamente y en el momento, lo mata lenta pero *seguramente* por medio de otras enfermedades para las cuales prepara el terreno, especialmente para las enfermedades infecciosas, la sífilis, la tuberculosis, que agrava y las hace más virulentas. La morbilidad y la mortalidad se agravan en proporciones considerables por el alcoholismo. Sabida es la menor resistencia de los alcoholizados para las enfermedades y su menor vitalidad, que acorta en diez años la duración media de la vida, cosa demostrada por las estadísticas de las compañías de seguro de vida. En clínica es un aforismo la mayor gravedad y el pronóstico sombrío de las enfermedades infecciosas (pulmonía, fiebre tifoidea, cólera, etc., etc.) en los alcoholizados. Landouzi llama al alcoholismo el *vivero* (semillero) de la tuberculosis; de manera que se puede decir que el alcohol hace a los hombres menos resistentes a las enfermedades, y que en los alcoholizados son más frecuentes y más graves, fuera de que es la causa casi única de ciertas enfermedades: la cirrosis

del hígado, epilepsia y locura, psicopatías, degeneración, el idiotismo; una quinta parte de los casos de locura son de origen alcohólico, y la tritología de Ubeda es aceptada hoy como una verdad: *alcoholismo, locura, criminalidad*.

CONSECUENCIAS PARA LA DESCENDENCIA

Herencia—Pero por grandes que sean los desastres y graves las consecuencias que produce en el individuo bebedor, mayores y más desastrosas son las que producen en la descendencia y sus generaciones y por consiguiente en la especie y la raza, y es esto lo que da su carácter de *enfermedad social*, de *azote social* y de agente destructor de la raza el más poderoso. En efecto, el alcoholismo y los desastres que él produce en el alcoholizado, no se detienen en el padre sino que, como lo insinuamos atrás, se transmite a sus hijos y ataca la descendencia, la marca con *estigma indeleble, maldito*, con una tara hereditaria hasta la cuarta generación. Este es un hecho aceptado por todos los alienistas, sociólogos, criminalistas y demostrado ampliamente por estadísticas seguidas largo tiempo, especialmente por las de Legrain: de 215 individuos alcoholizados, cuyas familias pudo seguir en tres generaciones, en la primera encontró entre 508 hijos, 168 degenerados (desequilibrados, dementes, epilépticos, retrasados) y en *la mitad* de las familias se presentó la herencia directa del alcoholismo; en la segunda generación, 294 degenerados, y a la tercera generación sólo se pudieron estudiar siete familias con sólo 17 hijos, todos epilépticos, histéricos, tuber-

culosos. Hé ahí una demostración elocuente de hasta qué punto afecta *la vitalidad* y compromete el porvenir de las generaciones que procrea el bebedor.

¿Queréis otro ejemplo? Hé aquí los datos publicados por el Profesor Peellman, de Berna, que muestran las consecuencias sociales y lo que cuesta al Estado y a la moralidad pública la familia de un alcoholizado: una mujer alcoholizada murió al principio del siglo pasado; su descendencia fue de 844 individuos y se pudo reconstruir la existencia de 709 de ellos; de éstos, 106 eran hijos ilegítimos, 162 mendigos, 64 eran asilados en las casas de beneficencia, 181 ejercían la prostitución, 76 habían sido condenados por tentativas criminales y delitos graves y 7 como asesinos. ¡En setenta y cinco años esta familia había costado al Estado alemán, en los asilos, casas de beneficencia, hospitales, presidios, la suma de 6.240,000 francos!

Como ejemplo de la nefasta influencia del alcoholismo en la generación que descende del alcoholizado, podemos citar un caso personal: un padre de familia, rico, bien nacido y bien educado, murió alcoholizado, dejando en ruina a su familia; tuvo cuatro hijos y una hija; de los hijos, uno está en el Asilo de Bogotá, atacado de locura precoz, desde los siete años, y dos han estado varias veces en prisión por escándalos, asonadas, tentativas criminales y embriaguez consuetudinaria, y su infeliz esposa murió mendigando un pan y dejando en la indigencia a su familia. Ejemplos como éste podrían citarse muchos.

MEDIOS DE LUCHAR CONTRA EL ALCOHOLISMO

Para terminar este trabajo nos falta exponer sumariamente los medios y medidas más eficaces de luchar contra el alcoholismo y disminuir el consumo de licores espirituosos en Colombia, y sacar las conclusiones prácticas que se desprenden de este estudio.

En todo lo anterior nos hemos esforzado por establecer de manera indudable que el alcoholismo constituye, ante todo, una enfermedad social, un verdadero flagelo, que por su extensión entre nosotros es urgente combatir de frente y sin tregua como una calamidad pública y por todos los medios a nuestro alcance.

¿Cuáles son los medios más eficaces y más prácticos y cómo debe emprenderse la lucha? Considerado el alcoholismo como una calamidad pública, como una enfermedad social, que compromete la moralidad pública y el bienestar social y pone en peligro la existencia del individuo, de la familia, de la sociedad y de la raza, y cuyas desastrosas consecuencias afectan tanto al individuo como a la colectividad, la lucha debe ser general, porque el peligro es colectivo, y en ella deben tomar parte y contribuir todas las fuerzas vivas del país y todas las iniciativas, tanto particulares como oficiales y tanto individuales como colectivas, y emplearse todas las armas. Es una verdadera cruzada, cruzada de propaganda y de bien social, la que hay que emprender contra este flagelo.

Si el alcoholismo es una enfermedad social, los medios que se deben emplear para poner a raya su extensión y devastaciones deben ser

como para las enfermedades pestilenciales, a la vez preventivos y curativos; son los primeros los más eficaces, porque para el alcoholismo, más que para ninguna otra enfermedad, es cierto el aforismo de que «es mejor y vale más prevenir que curar.»

Una de las causas principales del alcoholismo es la ignorancia de los efectos desastrosos del alcohol y la falsa creencia de que es un alimento o un productor de energía, un excitante cerebral y cierta inclinación morbosa a buscar este falso excitante; el primer medio preventivo que se debe poner en práctica, por ser el más eficaz, es el de instruir, educar y moralizar, mostrando los peligros de la intemperancia y las ventajas físicas, intelectuales, económicas y sociales de la sobriedad. En esta obra de moralización y de educación, en esta lucha antialcohólica, que se debe iniciar, primero en el hogar y continuar luego en el taller, la iglesia, el cuartel, etc., etc., deben tomar parte y tienen un papel de primer orden: el maestro, el sacerdote, el director de fábrica, el oficial, el patrón, el propietario y todo aquel que por sus funciones esté en contacto con un gran número de personas sobre las cuales pueda ejercer influencia.

La acción e iniciativa individual, bien que limitada, juega un papel de primer orden en esta lucha, y nosotros le damos grandísima importancia, en desacuerdo con la ilustrada opinión de nuestro colega el doctor Anselmo Gaitán, porque si ella es persistente, enérgica y ordenada, puede dar, como ha dado en otros países de Europa y América, resultados maravillosos; ella

representa la primera etapa de la lucha y tiene la ventaja de que por medio de su propaganda y acción educadora sobre las costumbres, va preparando y facilitando la acción oficial de represión. Las leyes y medidas represivas no tienen, en efecto, acción eficaz y no dan resultados prácticos si no se han preparado antes el terreno y la opinión por medio de la educación y modificación de las costumbres. La ley debe ser el reflejo de la opinión popular, y para que sea eficaz se necesita antes que haya calado profundamente en las costumbres de la sociedad, porque «si la costumbre hace ley,» la ley no siempre es capaz de modificar las costumbres.

Debemos pues trabajar por formar esta opinión y obtener el cambio de nuestras costumbres de intemperancia en materia de bebidas alcohólicas, por otras de sobriedad y de temperancia, y desterrar de nuestra vida familiar y de sociedad el pernicioso hábito de hacer del alcohol el elemento indispensable e irremplazable de placer y de sociabilidad, sin el cual no concebimos fiesta, ni regocijo ni acontecimiento ninguno de nuestra vida.

Debemos ejercer sanción severa, inexorable, sobre el vicio de la embriaguez y los ebrios, y en vez de excusarlo y fomentarlo con nuestra tolerancia e indolencia, estigmatizarlo, hacerlo objeto de aversión profunda, de repulsión, de desprecio, de vilipendio y deshonor. Al padre de familia, a la mujer, al institutor, al médico y al sacerdote, como dijimos ya, corresponde el primer papel en esta tarea y en esta lucha, y ellos deben ser los apóstoles de esta transformación.

El padre debe saber que el hábito que tienen muchos de paladear a los niños con bebidas alcohólicas es malsano, pernicioso y peligroso, y que no se les debe permitir el uso de éstas antes de la pubertad. La mujer debe poner todo el peso de su ascendiente y la poderosa influencia que tiene en todas las transformaciones morales y sociales para combatir este vicio que en el 50 por 100 de los casos es la causa principal de la infelicidad, de la desgracia y de la disolución y ruina de los hogares. La colaboración de ella es preciosa, indispensable y ha dado resultados admirables dondequiera que se ha realizado, como en Inglaterra, Estados Unidos, Suiza, Canadá, en donde existen ligas y asociaciones antialcohólicas formadas por mujeres únicamente.

Su poder educador en la familia es grande, y es ella la que mejor puede advertir del peligro a sus hijos y marido y traerlos al buen camino. Ella debe interesarse en esta lucha, en esta transformación social, con tanto mayor razón, con entusiasmo y fervor más grandes, cuanto que es casi siempre la primera víctima, la víctima expiatoria e inocente y sobre la que recaen más cruelmente las consecuencias del vicio infernal.

¿Quién puede describir las torturas, los infinitos sufrimientos, el calvario de la desgraciada mujer de un ebrio consuetudinario, ligada de por vida a él y entregada sin defensa a un sér embrutecido y envilecido por el alcohol, a quien la ley deja sus derechos a pesar de su indignidad y degradación, mientras que la desdichada no tiene ni siquiera el recurso de huír? ¿Cómo medir el suplicio, el lote de dolor, la amargura infinita,

los largos años de agonía que debe sufrir paciente y abnegadamente la mujer fiel y amante, al convencerse que el elegido, el ídolo de su corazón, aquel a quien ella había escogido como su compañero, su guía y su sostén y el de sus hijos, viene a transformarse por el demonio del alcohol en un sér inútil, degradado, que es a la vez que su verdugo el azote y deshonra de su familia y de sus hijos y que en un momento de desesperación la lleva ¡ay! hasta el suicidio?

En vista de tanta desgracia, la mujer al elegir compañero, debería ser más precavida y hacer propósito firme de no unir su suerte sino a persona prácticamente temperante y no tener para el intemperante sino desvío, desprecio y rechazo sistemático.

El institutor en la escuela y el colegio debe completar la obra del padre y de la madre por la enseñanza antialcohólica, hecha por medio de conferencias, de una cartilla antialcohólica y de un catecismo apropiados, de cuadros y de vistas gráficas y cinematográficas, que muestren objetivamente al niño y al estudiante y graben profundamente en su imaginación los desórdenes que la ingestión del alcohol produce en todo el organismo, y cómo este veneno destruye y altera todos los órganos: el estómago, los intestinos, el hígado, el riñón y sobre todo el sistema nervioso, por el cual tiene una especie de predilección, donde se fija extinguiendo la inteligencia, la voluntad, los sentimientos afectivos, hasta convertir a los individuos más altos por su inteligencia y cualidades morales, en seres embrutecidos y despreciables. Esta enseñanza hecha de manera

de producir el horror al vicio, de impresionar vivamente su espíritu joven, daría resultados incalculables, y creemos que entre las medidas para combatir el alcoholismo ninguna es más eficaz, porque, como dice Smiles, «el niño es el padre del hombre,» y sobre su cerebro dúctil e impresionable se puede influir seguramente; debe pues pedirse al Gobierno que instituya la enseñanza antialcohólica en todos los establecimientos de enseñanza oficial, comprendidos los de enseñanza profesional, especialmente en la Facultad de Medicina.

La influencia y el papel del médico en la lucha antialcohólica no es menos importante, según lo dijimos al principio. El principal papel del médico es el de instruir a sus clientes sobre los efectos fisiológicos y patológicos del alcohol, evitar cuidadosamente prescribir éste como medicamento, y sobre todo ilustrar a los Gobiernos y a la opinión pública sobre el deber que tienen de combatir las consecuencias y las devastaciones del flagelo alcohólico que mata, destruye y produce más estragos que todas las otras enfermedades pestilenciales y las medidas que se deben emplear para combatirlo; pero para que su prédica y sus palabras tengan la mayor autoridad y fuerza, debe unir el ejemplo a la palabra y ser prácticamente temperante; para este efecto se impone la necesidad de fundar una sociedad o liga médica antialcohólica al estilo de las fundadas en Inglaterra, Alemania, Suiza y Bélgica, que han dado magníficos resultados.

El papel del Clero no es menos importante; él podría prestar un señalado y gran servicio a

la obra de moralidad y de progreso del país y servir también a los intereses de la religión eficazmente si pusiera su decisiva influencia en el púlpito y en el confesonario en favor de la lucha contra el alcoholismo, y explotara y se sirviera del sentimiento religioso, tan arraigado en nuestra población, para predicar la temperancia y anatematizar el vicio de la embriaguez. De todas las fuerzas que se pueden poner en juego en nuestro medio para combatir el vicio del alcohol, la religión es sin duda una de las más poderosas. Ya San Pablo lanzó su anatema sobre la embriaguez y los ebrios cuando en una de sus epístolas a los corintios les decía: «Cuando yo os he escrito y aconsejado no tener comercio ninguno con estas especies de personas, he querido decir que si aquel que es del número de vuestros hermanos es ebrio, no compartáis con él ni los alimentos.» Fundándose en esta doctrina del doctor Angélico, varios concilios de Obispos, entre otros los de Baltimore y Quebec, han preconizado medidas tan severas como negar la absolución y hasta excomulgar a los que se entregan al tráfico de bebidas alcohólicas. Es de justicia reconocer que nuestro alto Clero así lo ha comprendido, y que en el último Congreso Mariano puso en su programa de acción social la lucha contra el alcoholismo y se ha mostrado decidido a estimular la lucha antialcohólica y tomar parte en ella. Bien por ellos.

El propietario y el jefe de taller, el patrón, pueden prestar grandísimos servicios en la lucha contra el alcohol; ya de una manera directa, instruyendo a los obreros sobre los peligros del

alcohol y aconsejándoles la temperancia; ya sobre todo trabajando por su bienestar y mejorándoles las condiciones de alimentación, alojamiento y vestido; o ya indirectamente, no alquilando sus casas y propiedades para establecer tiendas, pagando los jornales los lunes en vez del sábado, para evitar que lo gasten en licores el domingo; estableciendo y fomentando la fundación de sopas populares y de restaurantes para obreros adonde encuentren alimentación sana, abundante y nutritiva, pero sin bebidas alcohólicas.

PAPEL QUE CORRESPONDE AL ESTADO EN LA LUCHA ANTIALCOHÓLICA

Si el Estado no se apresura a hacerse dueño del comercio de licores, el comercio se hará dueño del Estado.

LORD ROSBERY

Queremos tratar en esta parte de nuestra exposición de la acción oficial, o sean las medidas y leyes que se deben dictar para la represión, la reglamentación o la prohibición del alcoholismo.

A la iniciativa privada, individual o colectiva, debe seguir la acción oficial, la de los poderes públicos en sus diversas ramas. La intervención del Estado en la lucha antialcohólica —dado su papel de protector nato del individuo y de la comunidad— viene a ser un deber ineludible, indeclinable. Así lo han entendido los Gobiernos de la mayor parte de los pueblos civilizados, y por esto en ellos la acción oficial se ha apresurado a secundar y completar la iniciativa particular.

No creemos necesario insistir y entrar a demostrar esta obligación moral de los Gobiernos. Para el caso nos basta observar que siendo el alcoholismo, como lo hemos dicho y lo repetimos una vez más, ante todo una enfermedad social y una calamidad pública, al Estado corresponden el primer papel y el primer puesto en la defensa colectiva.

¿Cómo han comprendido y llenado nuestros legisladores y Gobiernos este deber? No haremos a ellos el ultraje de decir que se han desentendido completamente de él y lo han mirado con desvío e indiferencia absolutas, aun cuando así parecería demostrarlo el hecho, bien elocuente por cierto, de que Colombia es quizá el único país de alguna importancia en donde no existe todavía una ley sobre alcoholismo. Nó; justo es reconocerlo: nuestros legisladores, sobre todo en los últimos años, se han ocupado en la materia y han discutido varios proyectos, pero sin aprobar ninguno, y varias Asambleas Departamentales y algunos Concejos Municipales, el de Bogotá especialmente, se han preocupado también del asunto y han dictado algunas medidas, pero parciales, ineficaces y más bien contraproducentes, por el espíritu que las ha inspirado.

¿Cuáles son las causas de este fracaso y de que a ninguna finalidad práctica hayamos llegado en la materia? Anotaremos las principales: la primera es debida a nuestro espíritu de exagerado legalismo; siempre que se trata de dictar alguna ley o de tomar alguna medida depresiva sobre el alcoholismo, se ha invocado en contra como suprema razón la libertad de industria,

consagrada por la Constitución; los que tal argumentan, olvidan que no se trata de una industria ordinaria de aquellas para las cuales consagra nuestra Carta libertad amplia y sin restricciones, sino de una industria peligrosa para la salud, para las cuales la Constitución establece en uno de sus artículos, que la ley puede reglamentar por motivo de salubridad, ¿y cómo habría de ser de otra manera? ¿Cómo podría la Constitución consagrar sin restricción alguna la libertad de envenenar y de destruir libremente al individuo y a la colectividad, que no otra cosa significaría tal libertad irrestricta? Esto resultaría sencillamente monstruoso, y si tal objeción y tal absurdo pudieran tener alguna base constitucional en su apoyo—que no lo creemos,—sería el caso de proceder a reformarla inmediatamente por motivos de salud pública, que es la suprema ley. Nos complacemos en registrar en ese sentido la feliz iniciativa del Gobierno actual por medio de su patriota Ministro de Gobierno, doctor Cuervo Márquez, que en toda ocasión y en todo puesto ha combatido el flagelo y que ha sometido al Congreso actual un proyecto sobre este asunto, que ha tenido buena acogida.

Es así, justamente, como se ha procedido en otros países, como Suiza y los Estados Unidos, que son, sin embargo, dos modelos de Gobiernos libérrimos, celosos y respetuosos como los que más de las libertades ciudadanas.

En Suiza existía, en efecto, hasta 1884 un artículo de la Constitución, que garantizaba la libertad de industria y de comercio de bebidas alcohólicas en todo el territorio de la Confede-

ración. Pero en vista de los males y estragos producidos por ellas, una fuerte agitación y corriente de opinión dirigida por la Sociedad de Utilidad Pública, sociedad antialcohólica, se produjo en el país, que dio por consecuencia la revisión de este artículo de la Constitución.

En los Estados Unidos sucedió otro tanto: en esa República existía en la Constitución Federal el mismo artículo, que consagraba la libertad de industria y comercio del alcohol, y fueron necesarios más de veinticinco años de una lucha y de una tenacidad sin precedentes de ese gran centro de propaganda antialcohólica que se llama «La Liga Americana contra la Taberna,» para obtener en 1917 la enmienda de la Constitución Federal por el Congreso, y la ratificación por la mayoría de las Legislaturas de la famosa ley seca en 1919.

Otra de las causas que se oponen entre nosotros a la represión del alcohol, son los intereses creados; como dijimos atrás, la industria de fabricación y comercio de bebidas alcohólicas ha venido a ser en este país una verdadera industria nacional, la más floreciente en él, y grandes y poderosos intereses están vinculados a ella, derivando de la misma su subsistencia y una pingüe renta. Vinculados le están íntimamente desde el pequeño industrial pocatín que destila una o dos botellas de aguardiente diarias, hasta la poderosa compañía que destila 5,000 o 6,000 al día en los modernos aparatos, y desde el popular tabernero o estanquero hasta el poderoso gamonal y gran elector, que es el rematador de la renta. Todos ellos disponen de grandes influen-

cias, políticas, y toda tentativa de restricción de su industria y de lo que ellos consideran como su patrimonio, se estrella contra su resistencia. Las reformas antialcohólicas han sido rechazadas en todas partes en nombre de intereses electorales.

Dada esta situación, para derribar la fortaleza levantada por tales intereses, vencer la resistencia opuesta por tan aguerrida falange, contrarrestar sus influencias y desafiar sus iras, se necesita de toda una transformación y revolución social y de formar, para enfrentar a ese ejército de alcoholizadores llamados destiladores, rematadores de rentas, otro ejército, otra legión que nosotros llamaremos del bien social, compuesta de todas las fuerzas vivas del país de que hablamos atrás: padres de familia, maestros, médicos, periodistas, etc., en una palabra, todos los colombianos amantes del bienestar público, de la familia y capaces de poner por encima de los intereses personales los permanentes y sagrados de la colectividad y de la patria.

Bien entendido que nosotros no desconocemos, ni queremos que se atropellen los intereses legítimos de tal gremio; enhorabuena que se respeten los derechos adquiridos y se les indemnice de los perjuicios reales que les origine la supresión de la industria del alcohol; pero sería el caso de invocar en ellos como buenos ciudadanos y padres de familia, los sentimientos de patriotismo, de humanidad y de amor al bienestar general y al porvenir de sus propios hijos, para excitarlos a que dediquen sus energías y sus capacidades a industrias menos nefastas. «Si

la industria del alcohol—decía en uno de los Congresos Internacionales el Profesor de la Universidad de Bruselas doctor J. Félix—no sirve sino para enriquecer a los destiladores, a los vendedores y a los rematadores, envenenando a la humanidad, ¿porqué no suprimir la fabricación del alcohol, cuando el hombre puede pasarse sin él, y hay tantas otras industrias honradas y lucrativas a qué dedicarse para ganar la vida y aun enriquecerse, pero sin perjudicar a la humanidad y la raza?»

El otro gran obstáculo para la restricción y reglamentación de la industria del alcohol es el espíritu que ha predominado y predomina en nuestras entidades oficiales, especialmente departamentales. Partiendo del principio, en nuestro concepto, erróneo, de que el alcoholismo es un vicio que no se puede extirpar, ni evitar y que los impuestos deben gravar de preferencia a los vicios y que el mejor medio para reprimirlos es gravarlos fuertemente, se ha hecho del impuesto sobre el consumo de bebidas alcohólicas el arbitrio rentístico por excelencia, la fuente inagotable y única de vida de los Gobiernos, y toda la habilidad de nuestros estadistas ha venido a girar alrededor del impuesto sobre los licores y el supremo ideal es hacerlos producir los mejores rendimientos posibles, sin caer en la cuenta de que hay incompatibilidad entre el interés del Tesoro y la disminución de la embriaguez, y que al propender por el aumento de la renta, propenden al mismo tiempo por el aumento del consumo del alcohol, y por consiguiente establecen el alcoholismo oficial y se convierten en fomentadores y propagadores del vicio infamante.

Hay en este modo de mirar el impuesto del alcohol un doble miraje social y económico alucinador pero engañoso y nocivo. El alcoholismo no es sólo un vicio, es más que esto: un flagelo, es decir, una enfermedad social, que al igual de la peste, del cólera, etc., debe evitarse y extirparse para salvar a la humanidad de sus devastaciones; estimular, propender y fomentar su extensión con el aumento del consumo del alcohol, halagados por el aumento de las entradas al Fisco, es, como lo dicen Triboulet y Mathieu, establecer una prima oficial al alcoholismo, y éste no lleva en sí ningún germen de vida, como lo piensa un honorable Senador, sino, al contrario, de muerte.

Miraje económico, decimos, porque sólo se ve la renta que entra a las cajas públicas como impuesto del alcohol; pero no se ve, ni se piensa, en las erogaciones y gastos ingentes que exigen al Estado y a la sociedad los frutos del alcoholismo. Fácil será, sin embargo, demostrar que estas víctimas, o sean los criminales, locos, mendigos, degenerados e idiotas, cuestan más al Estado que lo que le produce la renta de bebidas alcohólicas, ni se medita en la sabiduría de este dilema formulado por Clemenceau: «El alcohol, ingreso nacional; el alcoholismo, peligro nacional,» y que aumentando el primero, se acrece en proporción el segundo y por tanto la ruina, la desmoralización y el desastre nacional.

Indicamos ya en otro lugar cuál fue, según el Profesor Peellman, el costo para el Estado de Alemania la familia de un alcoholizado en setenta y cinco años: seis millones doscientos cua-

renta mil francos, o sea \$ 1.248,000, y por año, \$16,640; apliquemos este cálculo a Cundinamarca, y supongamos que para su población, de 400,000 habitantes, existe tan sólo el 1 por 1,000 (cálculo bajo) de alcoholizados, o sea 400 en el Departamento. Si la familia y la generación de uno representa, según Peellman, para el Departamento un gasto de \$ 16,640 al año, el de los 400 le costarán \$ 6.656,000 anuales, mientras que los licores le producen al Departamento tan sólo alrededor de \$ 400,000 a \$ 500,000; de manera que el Departamento, según este cálculo, hace una pérdida neta de más de \$ 6.000,000 entre lo que produce el impuesto del alcohol y lo que le cuestan sus víctimas, esto sin tener en cuenta los millones consumidos en alcohol, que son riqueza perdida, y que, dijimos antes, pueden avaluarse en 36.000,000.

Piénsese por un momento en la enorme economía que representaría para el Tesoro Público la disminución del alcoholismo, y por consiguiente la disminución de las prisiones, de los hospitales y hospicios, etc., que sería su consecuencia.

En los Estados Unidos, uno de los primeros magníficos resultados que ha dado la práctica de la «ley seca,» ha sido la disminución de la Policía por la disminución de la criminalidad. Se nos arguirá acaso, en contra de la supresión de la renta de licores, que ella está destinada a la instrucción pública y que hoy por hoy suprimirla sería tanto como cerrar las escuelas y condenar al pueblo al analfabetismo, como quien dice, a la barbarie.

El argumento es impresionante a primera vista, pero fuera de que se puede observar que

un sistema rentístico que estriba en una sola contribución no es de aceptación en sana economía política, debe reflexionarse también en las consecuencias y males del impuesto para ponerlos en un platillo de la balanza, y en otro los beneficios de la instrucción que con éste se sostiene.

Un maestro de escuela gana hoy de \$ 30 a \$ 40 al mes, \$ 360 a \$ 480 al año, y enseña por término medio cincuenta alumnos. Como el maestro se paga con el impuesto del alcohol, y hoy una botella de aguardiente vale \$ 1 moneda corriente, para pagar ese maestro se necesita que se haya vendido una botella diaria de aguardiente, o sean 30 a 40 mensuales. Ahora bien: está probado por la experiencia que un individuo que consume una dosis de media onza (un trago) de aguardiente diario, viene a ser al cabo de poco tiempo un alcoholizado, es decir, un candidato para la locura o el idiotismo, y como con una botella de aguardiente diaria se pueden alcoholizar, en esa proporción, cincuenta personas, resulta que para encender la luz de la inteligencia y el ente de razón en cincuenta analfabetos, se ha necesitado que ésta se apague en número igual o mayor de ciudadanos útiles.

Que mediten en esto nuestros hacendistas y sociólogos.

LEGISLACIÓN ANTIALCOHÓLICA Y RESULTADOS OBTENIDOS EN OTROS PAÍSES

Vamos a exponer sumariamente la legislación antialcohólica, es decir, las leyes y medidas que para reprimir y combatir el alcoholismo se

han dictado en Europa, América y entre nosotros, y el grado de eficacia que han dado en la práctica.

El fundamento y justificación de tales medidas represivas estriba en esta sentencia de M. Legeune, Ministro del Estado de Bélgica, que tomamos del libro de Bertillón, ya citado: «El envenenamiento por el alcohol no puede ser nunca un derecho. La ley al prohibir como medida de salud pública una industria mortífera, no despoja de nada a los que su tolerancia enriquece»; y en esta doctrina sentada desde 1886 por la Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos: «En virtud de su derecho de policía el Estado puede reglamentar y hasta suprimir totalmente todo tráfico que parezca ser un motivo de peligro público, sin que por eso haya de conceder derecho ninguno de indemnización a los intereses lesionados.»

Estas medidas en síntesis se reducen a las siguientes:

1ª Medidas de policía y sanciones penales contra la embriaguez y el escándalo, que es su consecuencia, rigurosas especialmente en Inglaterra (Inhabrantes Act, 1898), multas, arrestos, pérdida del derecho de voto y de elección, incapacidad para servir puestos públicos, reclusión en sanatorios y asilos de tratamiento. Estas medidas son más bien de decoro, decencia y moralidad y combaten el alcoholismo agudo, pero tienen poca eficacia o ninguna sobre el alcoholismo crónico.

2ª Reglamentación de las tabernas y expendios; limitación de su número y horas de venta, impuestos y licencias elevados.

3ª Prohibición de venta de licores a los particulares, reservándose el Estado, o sea el monopolio en sus diferentes formas, y por último la prohibición absoluta de fabricación, venta y transporte de bebidas alcohólicas.

En el estado actual de la cuestión en el mundo y de acuerdo con un siglo de experiencias y de ensayos, hoy puede sentarse como conclusión absoluta que el único medio reconocido como eficaz para extirpar el alcoholismo es la prohibición completa; todas las demás medidas enumeradas han fallado en la práctica, y si son útiles y han dado buenos resultados fiscales, su eficacia para detener y reprimir el alcoholismo ha sido casi nula y sus resultados ilusorios o simplemente paliativos, y hoy, visto el ejemplo dado por los Estados Unidos, todos los países de Europa y América se orientan hacia la prohibición absoluta. Dadas estas consideraciones, creemos que la ley sobre alcoholismo en Colombia no debe contener sino un solo artículo que diga: «Dos o tres años después de la sanción de esta ley queda prohibida en todo el territorio de la República la fabricación, venta, introducción y transporte de toda bebida alcohólica destilada.» A este artículo fundamental, necesariamente deben agregarse algunas disposiciones en lo referente a indemnizaciones y reemplazo para los Departamentos de la renta derivada del alcohol por otra u otras.

No se nos oculta que una ley concebida en estos términos no es quizá viable por el momento, que se le tachará seguramente de prematura. Es evidente que el país no está preparado para

reforma tan radical; pero en vista de la ineficacia dada por las medidas más atenuadas y menos radicales de que hemos hablado atrás, no es permitido vacilar hoy, y estamos íntimamente convencidos de que más tarde o más temprano habrá que llegar a este medio heroico y hacer este esfuerzo supremo. A supremo mal, remedio heroico.

En los Estados Unidos antes de la prohibición absoluta se ensayaron sin mayores resultados todas las medidas restrictivas conocidas: licencias e impuestos fuertes a los lugares de expendio: los grandes bares pagaban 1,000 dólares y los pequeños 100. Cuando se estableció la prohibición había en el país cerca de 300,000 tabernas y miles de miles de fábricas que representaban para el Tesoro una entrada de más de mil millones de dólares.

En la Argentina existe la ley de descanso dominical, que prohíbe la venta de licores los domingos, y se elevó el impuesto, que era de \$ 0-07 por litro de aguardiente en 1898, a \$ 1 desde 1914. La producción, a pesar de esta elevación de impuesto, disminuyó poco; con impuesto de \$ 0-07 se fabricaron 300,000 hectolitros, y con el de \$ 1, 259,469, diferencia, como se ve, mínima.

En mayo de este año se presentó un proyecto de ley por el cual se eleva aún más el impuesto y patente para el expendio de bebidas alcohólicas, de \$ 2,000 a \$ 5,000 y se limita el número de licencias.

En Uruguay existe una ley de represión del alcoholismo, que contiene, entre otras, las siguien-

tes disposiciones: prohibición de fabricar y de expender ajenjos y sus similares; prohibición de vender bebidas a mujeres, niños, soldados y guardias civiles; enseñanza antialcohólica; autorizaciones a los Inspectores de Higiene de visitar y controlar las fábricas de licores para examinar su pureza.

En Holanda se limitaron también los expendios, uno por cada 250, 300 o 500 habitantes, y se elevó el impuesto; el resultado desde el punto de vista del consumo fue poco apreciable; al cabo de diez y ocho años bajó de nueve litros a ocho litros por cabeza.

De todas estas medidas es el monopolio en sus tres formas, fabricación, rectificación y venta, el que ha dado mejores resultados en donde se ha establecido. Tanto por esto como porque es en cierto modo un paso de transacción entre el libre comercio y la prohibición absoluta, merece que nos detengamos un momento. En Suiza se ensayó el monopolio de venta por mayor y de rectificación con malos resultados. En Rusia, al contrario, desde 1895 se implantó el monopolio al por menor con administración directa por el Gobierno; antes del monopolio se ensayaron todos los sistemas conocidos, especialmente el de arrendamiento, en remate, del derecho de venta, y el de patente o licencias con libre elaboración.

En el de arrendamiento y remate de las rentas los rematadores tenían el derecho exclusivo de venta por mayor y por menor. La producción o fabricación del alcohol en este sistema era permitido a los particulares.

Este sistema, que es el que ha estado en vigor entre nosotros, dio en la práctica, según

los comentadores franceses Doumer y Ribot, resultados desastrosos, y llegó a ser tan odioso como el monopolio de la sal bajo Luis XIV. El consumo se aumentó al doble, esto era natural, porque los rematadores, con el fin de aumentar sus beneficios, lo estimulaban por todos los medios a su alcance.

El sistema de *l'ascisse* corresponde al llamado entre nosotros de la libre elaboración y patentes. En este sistema se paga un derecho de licencia o patente sobre los instrumentos de producción, proporcional a la capacidad de los alambiques o saques, combinado con un gravamen también sobre los locales de las destilerías y de los expendios.

Los resultados de este sistema desde el punto de vista fiscal fueron superiores al de arrendamiento—el doble—desde el primer año de establecido; pero desde el punto de vista social y de la salud pública, sus consecuencias fueron pavorosas; lo que demuestra que el interés del Fisco no va de acuerdo siempre con el de la comunidad. El consumo del alcohol se duplicó, las tabernas se triplicaron y los casos de embriaguez se sextuplicaron. Los efectos fueron desastrosos, especialmente para los obreros y los labriegos (*moujiks*). Estos, atraídos por el bajo precio del aguardiente, tentados a cada paso por la proximidad y abundancia de las tabernas y excitados continuamente por los taberneros (*koulak*)—infames usureros que prestaban dinero sobre cualquier prenda del aldeano y que le vendían a crédito el aguardiente y le daban toda clase de facilidades para embriagarse—se entregaban al

vicio con furor, y como decía Olearius, no abandonaban la taberna sino después de haber consumido el último centavo y haber empeñado los vestidos, sus herramientas y hasta la camisa; cambiaban aguardiente por prendas de toda clase y comprometían por tragos su trabajo, sus ganados y sus cosechas, aun antes de recolectarlas, hasta tal punto que el *koulak* vino a convertirse así en el usurero más implacable y más peligroso, en una verdadera calamidad pública.

El Zar Alejandro III, desde su ascensión al Trono, se preocupó vivamente del extraordinario aumento de la embriaguez y de la miseria entre los labriegos, y con alteza de miras, que ojalá se imitara, se propuso como programa libertar y arrancar a las clases laboriosas de la explotación y usura de los taberneros (*koulak*). Ordenó desde 1882 una investigación de los medios adecuados para corregir los males del régimen del libre comercio de espirituosos y por su iniciativa y decidida solicitud se dictaron leyes, decretos y reglamentos restrictivos que produjeron una disminución del consumo del alcohol; pero convencido de que estas medidas no eran sino paliativas y que para corregir los males del régimen existente era necesaria una reforma radical, ordenó a su Ministro de Finanzas presentarle un proyecto de organización de la renta con venta directa, por agentes del Estado, de las bebidas alcohólicas, o sea el monopolio de venta al por menor. Este se estableció primero a título de ensayo en cuatro Provincias, luego en nueve y después en veinticinco, y en 1895, vistos los buenos resultados, se extendió a todo el Imperio.

Hé aquí cómo expone Bertillón en su bello libro *El Alcoholismo*, el mecanismo del sistema, según datos obtenidos por él, de M. de Markoff, organizador y director del monopolio en Rusia y apóstol de la reforma allí:

«En nuestro sistema—dice Markoff—nosotros reservamos para el Estado el monopolio de la venta por menor y dejamos libre la venta al por mayor; el Gobierno no monopoliza para sí tampoco la fabricación y destilación de las bebidas alcohólicas; él compra el aguardiente que necesita para la venta a los productores, pero estos productos los hace rectificar y purificar antes de darlos al consumo. El Estado viene a ser así el intermediario obligado entre el productor y el consumidor, y tiene por consiguiente en su poder la manera de limitar la fabricación y el consumo y controlar su calidad.»

En el momento en que se estableció la reforma se notificó a todos los taberneros de la Provincia donde se iba a establecer el monopolio, que en el término de seis meses quedaban suprimidas sus tabernas; cerradas éstas, la Administración abrió otros despachos oficiales servidos por empleados a quienes paga un sueldo fijo, los cuales, como no ganan porcientaje ninguno, no tienen interés ninguno en acrecentar el consumo, y antes bien, están sometidos a reglamentos a propósito para restringirlo; no venden a crédito, el aguardiente lo venden en botellas o barriles cerrados y estampillados para transportarlos, pero no para consumirlos en el despacho; en éste no se venden tragos y no se ven ni mesas, ni asientos, ni trastienda, ni nada que invite al bebedor a perma-

necer en él; se suprimen las rondas, tandas, etc., y el labrador con su botella tiene que ir a beberla a su casa, donde su mujer lo sabrá y se lo impedirá quizá. Los despachos no están abiertos sino ciertas horas, los domingos y días feriados, desde mediodía hasta las siete de la noche.

Esta reforma produjo en la población rusa incalculables beneficios de orden moral y económico: el labriego, libertado de la explotación del *koulak*, bebía menos y economizaba parte de su trabajo, y esta economía la empleaba en industrias reproductivas que eran fuentes de nuevas entradas para el Tesoro; los resultados financieros fueron, contra lo que se esperaba, también buenos; el Fisco obtuvo un beneficio neto de varios millones de rublos sobre lo que producía el sistema de patentes; pero a este respecto debemos transcribir aquí la apreciación de M. Markoff, que es digna de meditarse por nuestros financistas; el estadista ruso no consideraba el monopolio con el criterio estrecho y estúpidamente fiscal según él, de un simple ingreso como impuesto, sino con el más noble y alto de combatir el alcoholismo; desde este punto de vista decía: «Son muy hermosos, demasiado hermosos, los resultados, y yo quisiera que por interés del Tesoro fuesen menores. Yo sostengo que si se calcula bien, se encontrará con que vendiendo menos alcohol ingresa más dinero al Tesoro. ¿Cómo? Siendo menos alcohólico el aldeano, trabajará más y mejor y producirá más riqueza; además, el dinero que, sugestionado por el mal ejemplo, iba a gastar en las tabernas y que gracias al monopolio ahorra, lo empleará en otros gastos, y esos

gastos producirán un impuesto. Por ejemplo: en lugar de calentarse el estómago con alcohol, se lo calienta con té y azúcar, que pagan impuestos, fumará y consumirá fósforos, y el tabaco y los fósforos pagan impuestos, y hé aquí cómo el Tesoro obtendrá ingresos que compensarán de manera feliz el descenso de los que produce el alcohol.»

Esto no era, como pudiera pensarse, una simple fantasía de la imaginación del estadista moscovita, sino una realidad probada con cifras; comparando, en efecto, las cifras de ingresos del Tesoro ruso en los seis primeros meses de establecido el monopolio en 1897 con los del mismo período de 1896, se ve que mientras los impuestos sobre las bebidas en 1896 fueron de 128.059,882 de rublos, en 1897 bajaron a 121.861,267, o sea una disminución de algo más de seis millones; pero en el mismo período los impuestos indirectos: tabaco, azúcar, petróleo, fósforos, etc., etc., aumentaron de 32.809,730 a 39.272,547, o sea un aumento de seis y medio millones; el Tesoro ganó pues en ese déficit aparente. ¿Lo entenderán y pensarán así nuestros legisladores y hacendistas? ¿Querrán ellos colocarse en el punto de vista alto, noble, previsor del estadista ruso y no en el estrecho, mísero y estúpidamente fiscal que ve sólo en el impuesto el ingreso y no una reforma moral? Así lo deseáramos para honra suya y mejoramiento moral y material de Colombia.

Razonando en el mismo orden de ideas del Ministro del Zar, supongamos—es una suposición, pero puede ser también una sugestión—que por efecto de la prohibición del expendio de licores

todas las tiendas y despachos de éstos se transformarían en cafés y restaurantes temperantes donde no se expendan sino café, té y bebidas no alcohólicas, y que debido a esto se aumentara el consumo interior del café, la demanda y por consiguiente el precio, ¿no se resolvería así de manera feliz a la vez el problema del alcoholismo, el de nuestras crisis periódicas cafeteras porque así el precio no dependería únicamente del consumo exterior? Supongamos igualmente que la mitad siquiera de los treinta y seis millones que gastamos en licores los dedicáramos a desmontar tierras incultas y adaptarlas a la agricultura y ganadería, ¿no se aumentarían así el impuesto predial, el de degüello y el de la renta, que compensarían con creces el de la supresión del alcohol? Medítenlo así nuestros legisladores.

EL IMPUESTO AL CONSUMO DEL ALCOHOL EN COLOMBIA

Sistemas empleados— Si nos hemos detenido en el estudio prolijo de los distintos sistemas y regímenes sobre impuesto del alcohol que han estado en vigencia en Rusia, es porque creemos que hay en este estudio muchas enseñanzas que se pueden aprovechar y una fuente de experiencia de grandísima utilidad para resolver el problema entre nosotros. El muestra a qué extremos puede llegar un pueblo envilecido por la servidumbre y enloquecido por el alcohol, y a pesar de la diferencia de organización política y social y de condiciones locales de todo género que existen entre ese vasto y desconcertante país y el nuestro, hay gran semejanza entre las fases por que ha pasado la cuestión y los resultados obtenidos en el nuestro.

Aquí, en efecto, se han ensayado como en Rusia, sucesivamente, la libre elaboración y venta, los estancos oficiales, el sistema de patentes y de licencia, el de arriendo de la renta, el de remates y el monopolio de la renta, y los resultados han sido en la práctica los mismos que en Rusia, hasta tal punto que los comentarios y apreciaciones e inconvenientes que hemos expuesto atrás parecen escritos para Colombia. Aquí como en el país de los *Soviets*, el sistema que ha dado peores resultados para la salud pública y para el Fisco es el de la libre elaboración y patentes, o sea el de libertad absoluta para beber y para vender de beber, que entendemos existe todavía en algunos Departamentos de la Costa y rigió hasta hace poco en Cundinamarca y el Tolima con resultados tan deplorables como en el país de los bolcheviques.

A la hora en que estamos del siglo xx este sistema del alcoholismo patentado y sin restricción ninguna, que multiplica y estimula la embriaguez y el alcoholismo, no puede ser aceptado ni defendido por ningún motivo.

El de arrendamiento de la renta y adjudicación por remate es el que rige actualmente en la mayor parte de los Departamentos: Cundinamarca, Boyacá, Tolima y Santander lo tienen establecido; en Caldas y Cauca rige el llamado del monopolio de producción y venta por mayor y menor, pero que en la práctica equivale al anterior, porque ese monopolio se arrienda o se vende y no se administra directamente por el Departamento. A ese sistema se le puede hacer aquí el mismo reproche que se le ha hecho en

Rusia; él no sirve, ni ha servido en la práctica sino para enriquecer a los rematadores y para propagar y estimular el alcoholismo en proporciones realmente alarmantes, sin que el Estado se haya reservado los medios de limitar ni la producción, ni el consumo, ni siquiera el control de la calidad de los alcoholes que se dan al consumo, y sin beneficiarse, sino en una mínima parte, del producto de la renta, el 30 por 100 a lo sumo.

En este sistema, fuera de que las compañías rematadoras vienen a constituir un estado y un soberano absoluto dentro del Estado, que ponen sus derechos por encima de las leyes, que usan y abusan de la fuerza pública, que violan y atropellan impunemente el domicilio y garantías de los ciudadanos en busca de contrabandos y son una causa permanente de intranquilidad pública, estas compañías se convierten también en los agentes más activos, más eficaces y más interesados de la propagación alcohólica, y por consiguiente de la desmoralización, de la ruina y la miseria públicas. Como la producción no tiene más límite que el interés de los rematadores, las fábricas y su producción se multiplican y ensanchan al infinito; y como en el interés de ellos está el aumentar el consumo hasta donde sea posible, lo estimulan por todos los medios a su alcance; aumento de expendios, invención de fiestas, de espectáculos y de tentaciones de toda clase. La inventiva y recursos que ponen en juego para este fin son realmente sorprendentes y diabólicos.

Hemos visitado en esta ciudad una de las fábricas, que elabora diariamente 5,000 a 6,000

botellas del tóxico infernal en grandes aparatos Egrot, y nos hemos quedado aterrados y presa de las más tristes preocupaciones para el porvenir de la Patria, al reflexionar en los efectos desastrosos para la salud pública de esos alambiques, mil veces más mortíferos que las baterías prusianas. Allí en ese laboratorio de degeneración y de miseria, vimos fabricar no sólo el aguardiente y mistelas ordinarias, sino ron, brandy, poussecafé y hasta vinos generosos, que dan al consumo con nombres llamativos y pomposos.

Hemos expresado ya claramente cuál debe ser el remedio eficaz y radical para la lucha contra el alcoholismo, que no es otro que la prohibición; pero como medida de transacción y mientras es posible llegar a este ideal que debe ser el fin perseguido y ansiado, nos parece que el remedio más práctico y más acreditado por la experiencia de otros países es el monopolio con administración directa por el Gobierno. Ese monopolio, para ser eficaz y evitar el contrabando de Departamento a Departamento, debe establecerse uniformemente en todos los Departamentos y comprender el monopolio de fabricación, de rectificación y de consumo; el monopolio de la fabricación y producción es necesario para limitar y disminuir ésta; perseguir simplemente el consumo, el expendio y la taberna, dejando libre y sin tasa la fabricación, que es la fuente de donde se alimenta el consumo, es como querer suprimir el curso de agua limitándose a ponerle diques o atajos; si la fuente que la alimenta continúa, la corriente rebasará estos diques y vendrá la inundación. Se podría, para facilitar la

implantación del monopolio al principio y proteger en lo posible los intereses actuales de los productores, imitar lo que se hizo en Rusia, es decir, comprar el Gobierno a los productores la cantidad que necesite de aguardiente, y rectificarlo, disminuyendo esta cantidad año por año. Así se vencería la resistencia y reclamos de éstos, que constituyen, según creemos, el principal obstáculo para implantarlo; en cuanto a indemnizaciones, el producto del monopolio bien administrado daría de sobra con qué pagarlas.

Respecto al monopolio de venta por mayor y al detalle es absolutamente necesario establecerlo, si lo que se pretende es disminuir el consumo; pero por administración directa por el Estado, y no venderlo o arrendarlo como se ha hecho hasta hoy a compañías particulares; porque es un contrasentido y no es humano exigir de estas compañías que yendo contra sus intereses, traten de disminuir el expendio y venta.

Esta administración y servicio podría hacerse como en Rusia, por agentes oficiales, con la condición expresa de que esos vendedores tengan un sueldo fijo y no un porcentaje que los estimule a aumentar el consumo y las ventas y a atraer al bebedor, sino, al contrario, a disminuirlos, y debería dictarse en ese sentido un reglamento.

Podría, y este nos parece que sería el mejor sistema y el que daría quizá mejores resultados, establecerlo por el sistema de Gothembourg, que tan excelentes resultados ha dado en Noruega y Suecia; allí el Gobierno ha concedido el monopolio de la venta al detalle a sociedades de tem-

perancia (*Sambag*), compuestas de personas respetabilísimas, interesadas en la lucha contra el alcoholismo, que renuncian a sacarle al dinero que emplean un interés mayor del 5 por 100 anual; el sobrante de los beneficios obtenidos por la compañía se divide entre el Municipio, el Estado y las instituciones filantrópicas. El expendio se hace en establecimientos espaciosos, sin decoración ninguna, y el consumidor recibe la bebida y la consume de pie, porque no existen allí ni mesas, ni asientos, ni trastiendas; además, no fían nunca y no venden licores a los niños, ni a los ebrios de profesión. Todos los que se han ocupado en la lucha contra el alcohol están acordes en que este sistema es el que mejores resultados ha dado en la práctica; las estadísticas demuestran, en efecto, que desde el establecimiento del sistema el consumo ha disminuído en esos países, y la moralidad, bienestar y progreso de éstos han aumentado en proporción. ¡Imitémoslos!

CÓMO DEBERÍA ORGANIZARSE LA CAMPAÑA ANTIALCOHÓLICA EN COLOMBIA

Conclusiones—Todas las medidas y medios para combatir el alcoholismo en que nos hemos ocupado en esta exposición se cristalizan en las siguientes conclusiones, que fueron las que presentámos y fueron aprobadas por el cuarto Congreso Médico Nacional reunido en Tunja hace un año, hélas aquí.

1^a Hacer obra de propaganda individual, de educación y moralización en el hogar, la escuela, el templo, la fábrica, la prensa, interesan-

do en ella al padre de familia, al maestro, al sacerdote, al periodista y al propietario.

2^a Hacer propaganda colectiva por medio de sociedades de temperancia, conferencias públicas y pláticas religiosas, publicaciones antialcohólicas, contribuir a la fundación de la Liga Nacional Antialcohólica, que encabece y organice una verdadera cruzada antialcohólica.

3^a Promover y fomentar la fundación de restaurantes y cafés de temperantes y de bibliotecas, espectáculos y diversiones populares, juegos de deportes y clubes de temperantes.

4^a Fundar hospitales, sanatorios y asilos para tratar a los bebedores alcoholizados curables.

5^a Pedir al Gobierno instituya en todos los establecimientos de enseñanza oficial la educación antialcohólica y la formación de una cartilla y un catecismo antialcohólicos, y excitar a los establecimientos particulares de enseñanza primaria y secundaria para que hagan lo mismo, y a los maestros para que funden ligas escolares antialcohólicas.

6^a Solicitar la expedición de leyes, ordenanzas y medidas que consagren el principio de que la industria de fabricación, del expendio y de venta de bebidas alcohólicas en el país es una industria peligrosa para la salud pública, y como tal necesita limitación, reglamentación y vigilancia por las autoridades sanitarias.

7^a Pedir al Gobierno Nacional y a los Departamentales que como medida social y de utilidad pública estudien la manera de sustituir la renta del consumo de bebidas alcohólicas por otras, y mientras se puede establecer la

prohibición—medida a la cual debe tenderse,— establecer en todo el país el monopolio con administración directa por el Gobierno o por juntas o sociedades de temperantes, bajo la condición expresa de tender a la disminución y a la gradual extinción.

8ª Gravar fuertemente el brandy, licores espirituosos extranjeros y disminuir el de las cervezas y vinos no alcoholizados, aguas gaseosas, y prohibir la introducción de ajenos, anetol y similares.

9ª Excitar al ilustrado Clero del país a que contribuya a la lucha antialcohólica, con prédicas y pláticas especiales y propaganda constante sobre los feligreses.

10. Interesar igualmente a los hacendados y propietarios a que como medio de disminuir el consumo de la chicha y el alcohol entre los trabajadores mejoren a éstos su alimentación, su vestido y sus jornales.

11. Pedir a las Asambleas de los Departamentos que destinen parte de la renta de licores a la lucha antialcohólica, fundación de hospitales, sanatorios y asilos para tratar los alcoholizados, fomento y subvención de cafés, restaurantes y clubes de temperantes donde no se expenda bebida alcohólica ninguna.

Muy conveniente es adicionar este importante trabajo del doctor Eliseo Montaña con la parte final de un estudio que el doctor Pablo García Medina, actual Director Nacional de Higiene, presentó en las sesiones científicas que organizó la Academia Nacional de Medicina para

celebrar el primer centenario de la Independencia de Colombia, y que se verificaron en julio de 1910.

Este estudio, titulado *La alimentación de nuestra clase obrera en relación con el alcoholismo*, fue acompañado de las conclusiones finales que siguen, muy importantes y benéficas para la campaña antialcohólica, y que fueron aprobadas en dichas sesiones.

Hé aquí el final del estudio del doctor García Medina:

.....

«El alcoholismo ocasionado por los pésimos *brandys* o *cognacs* que aquí se consumen, y que no son sino alcohol de papa, en que hay gran cantidad de alcohol amílico—el más tóxico de todos—y de éteres artificiales, debe combatirse llegando aun a prohibirse la importación de esta clase de licores, lo cual evitaría grandísimos males a la sociedad, y no se ocasionaría perjuicio alguno, puesto que podrían importarse *cognacs* de uva, cuyo alcohol es menos dañoso.

«No debe omitirse esfuerzo alguno para detener el alcoholismo, que trae consigo la vejez prematura, el desequilibrio del sistema nervioso y la decadencia intelectual y física de la raza. Enseñemos cuantas veces nos sea posible los siguientes preceptos de la higiene, deidad severa que castiga con rigor a los individuos y a las sociedades que infringen sus leyes:

«*El alcoholismo es el envenenamiento crónico producido por el uso habitual de las bebidas alcohólicas. Este envenenamiento tiene lugar aunque ellas no produzcan embriaguez.*

«El alcohol no es alimento, no es útil para nadie y es dañoso para todos.

«Es un error creer que las bebidas alcohólicas den energía para el trabajo o reparen las fuerzas.

«Todas las bebidas alcohólicas conducen al alcoholismo. Las espirituosas (brandy, ron, aguardiente, mistelas) lo hacen más pronto; y el camino más seguro para llegar a él es contraer el hábito de tomar licor por las mañanas o usarlo como aperitivo antes de las comidas.

«El hábito de las bebidas alcohólicas debilita los afectos de familia, aniquila el hogar, hace olvidar los deberes sociales, hace aborrecer el trabajo, produce miseria, conduce al robo y a otros crímenes.

«Para la salud del individuo, para la existencia de la familia, para el porvenir de un país, el alcoholismo es el más terrible azote.»

El trabajo del doctor García Medina termina con la recomendación de las siguientes medidas, que son, más o menos, las mismas que aprobaron los Congresos Médicos Nacionales de Medellín, de Cartagena y de Tunja:

«1^a Debe hacerse presente a nuestros hacendados y agricultores la necesidad de atender mejor la alimentación y el vestido de los trabajadores, e instruirlos en la clase y cantidad de los alimentos que deben procurarse a éstos.

«2^a Promover un concurso para premiar al autor del mejor procedimiento para preparar la chicha, sin que el maíz que sirve para esto tenga que someterse a las largas manipulaciones que hoy sufre, durante las cuales se desarrolla la

tomaina que han estudiado los doctores Liborio Zerda y Josué Gómez (1).

«3ª Popularizar el uso de las cervezas económicas que no contengan más del 4 por 100 de alcohol.

«4ª Gravar cuanto más fuere posible la introducción y fabricación de bebidas espirituosas, como el brandy, el ron, el aguardiente, las mistelas, etc., y estimular la introducción y la fabricación de vinos de buena calidad y de escasa proporción de alcohol.

«5ª Organizar la lucha contra el alcoholismo, principiando por fundar sociedades de temperancia, dando los médicos conferencias sobre esto en las poblaciones en donde ejerzan su profesión; limitando el número de tiendas de expendio de licor en cada población, de manera que no haya más de una por cada 800 habitantes, y gravándolas con fuertes impuestos.

«6ª Tomar el mayor empeño en que la higiene se enseñe en todos los colegios y escuelas, así oficiales como particulares, en el hogar, en las haciendas, etc.

«7ª Limitar el número de cantinas de una población en relación con el número de habitantes.

«8ª Prohibir las trastiendas, los canceles y las cortinas en todos los lugares de expendio de licores.

(1) La preparación de la *maizola*, bebida semejante a la chicha, pero en cuya preparación no se forman los principios que hacen de ésta una pésima bebida, ha venido a llenar la gran necesidad a que se refiere esta conclusión.

«9ª Prohibir los expendios de licores cerca de los colegios, escuelas, cuarteles, etc.» (1).

El cuarto Congreso Médico de Colombia, reunido en Tunja el 7 de agosto de 1919, adoptó la siguiente resolución:

«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:

«1ª 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 ajeno y sus similares los *pousse-café*s, los anisetes, etc.

«2ª 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 alcohólicas.*

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

«4ª 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.

«5ª Prohibir las trastiendas, bastidores, cortinas, cancelos, etc., y asientos en las tiendas

(1) PABLO GARCÍA MEDINA, «La alimentación de nuestra clase obrera en relación con el alcoholismo.» Sesiones Científicas del Centenario. Tomo I, 1910.

en que se vendan al detalle licores o bebidas fermentadas.

«6ª Prohibir el expendio de bebidas alcohólicas o fermentadas a una distancia menor de cien metros de las iglesias, de los colegios, escuelas, cuarteles y asilos.

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

«8ª 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 del 4 por 100.

«El Congreso estima que estas industrias pueden gravarse porque afectan profundamente la salud pública y están comprendidas en lo que respecto a tales industrias disponen la Constitución y las leyes.»

La Dirección Nacional de Higiene ha comunicado oportunamente estas importantes resoluciones al Congreso Nacional, a las Asambleas y a los Concejos, pero estas entidades no han prestado la atención merecida a estos consejos de la ciencia y ninguna disposición han dictado en relación con aquellas resoluciones. Sin las leyes, ordenanzas y acuerdos que se han pedido, es imposible organizar una campaña eficaz contra el alcoholismo, y por tanto nuestras Legislaturas han aceptado una gran responsabilidad ante la patria cada día más agotada por ese vicio que los legisladores pueden y deben reprimir.

FIEBRE HEMOGLOBINURICA

POR EL DOCTOR M. A. VALENCIA (de Santa Marta).

(Estudio presentado al Congreso Médico Nacional reunido en Cartagena).

En los pocos trabajos que hemos consultado hasta la fecha, solamente hemos encontrado algo relativo a la fiebre hemoglobinúrica en la «Geografía Médica y Patología de Colombia» del doctor Luis Cuervo Márquez. Anota él en su obra citada que esta enfermedad no parece existir en Colombia «sino en los focos más intensos del paludismo: Chocó, márgenes del Magdalena, Santa Marta, riberas del Zulia, etc.»

Como parece de interés general para la patología tropical algo sobre esta enfermedad, vamos a relatar algunas observaciones de varios casos que hemos podido ver y tratar durante nuestra residencia en el Magdalena.

En los años de 1906 y 1907 oímos hablar en Ríoacha de una fiebre llamada en esa Provincia hematúrica, y aun tuvimos noticias de un allegado nuestro que ejerce su profesión de dentista en esa región y por similitud se dedica a la medicina, en cuya familia, y en él personalmente, se ha presentado la fiebre *hematúrica* con caracteres que pudiéramos llamar de periodicidad, pues es muy frecuente que en cada año tenga en la familia uno, dos o tres ataques de hemoglobinuria, y es tan marcada esta que pudiéramos llamar *diátesis hemoglobinúrica*, que el

hijo mayor de este caballero, residente en Bogotá por más de dos años, y sin regresar a su pueblo natal, habiendo gozado de relativa buena salud, pues sólo tuvo dos o tres accesos de paludismo, sufrió en 1914 un ataque de esta fiebre que lo tuvo a las puertas de la muerte. Más adelante describiremos completa esta observación, cuyo interés es innegable para tener alguna noción etiológica cierta sobre la mencionada afección.

Sólo un caso vimos durante dos años de permanencia en Ríohacha de la llamada allí fiebre hematúrica o hematuria simplemente, pero fue tan de paso que olvidámos casi su estado y su sintomatología. Era una mujer de la clase baja y alojada en una de las pésimas habitaciones que por mal nombre llaman allí casas. Húmedas, sin suelo firme y de tan malas condiciones higiénicas, que repito no merecen el nombre de casas. Estaba la paciente tendida en el suelo en una estera, con temperatura de 39°; el color de la piel y de las conjuntivas era amarillo intenso; el pulso casi filiforme; la vejiga contenía poca orina, albuminosa, de color de café tinto y en una cantidad de unos ciento a ciento cincuenta gramos. La paciente falleció dos o tres horas después de haberla visto yo, y sin medios de examen en pueblos escasos de todo, olvidé yo este caso, hasta que en 1910, en Santa Marta, tuve ocasión de asistir como compañero del doctor Miguel Arango a un ingeniero del ferrocarril con la misma enfermedad. Describiré aquí su estado en la siguiente observación:

N. N., ingeniero de profesión y residente en esta ciudad por más de siete años, en los cuales

había sufrido varios ataques de paludismo. Habitaba en el barrio llamado Cangrejal, el más húmedo de la ciudad por su vecindad al mar y a la salina. El año en cuestión fue uno de los más lluviosos que se han visto en Santa Marta, y recuerdo especialmente que en ese invierno corría el agua por las calles de esa parte de la localidad, lo que la gente del pueblo llama manantiales, es decir, corrientes de agua que manan de la misma calle.

El doctor Arango, como médico de la empresa, vio este enfermo y le diagnosticó en seguida fiebre hemoglobinúrica. Solicitó mi compañía más por compañerismo que por las luces que pudiera yo darle, y lo asistimos juntos desde ese día con acuciosidad especial en los servicios médicos y con derroche de asistencia, por ser predilecto empleado de la empresa.

Tratámos este paciente con inyecciones de quinina y todas las demás medicaciones adyuvantes indicadas para mejorar el estado general, desde inyecciones de aceite alcanforado hasta inhalaciones de oxígeno. Todo fue en balde: la enfermedad progresó agresiva; la orina fue disminuyendo hasta quedar reducida a cero en cantidad; fue imposible volver a hacer funcionar el riñón, y a despecho de todo, el paciente murió a los cinco días de haber empezado la enfermedad.

Creímos entonces el doctor Arango y yo que N. N. había muerto, o a lo menos que su enfermedad no había curado, a causa de las inyecciones de quinina. Estábamos entonces penetrados de la creencia de que fiebre hemoglobinúrica

y quinina eran cosas antagonistas. Por lo que a mí toca he modificado mis ideas por las razones que expondré más adelante.

A los quince días de haber fallecido N. N. cayó enfermita una de sus niñas, de unos siete u ocho años de edad. Esa enfermita la asistí yo, y consecuente con la creencia de que hablé antes, no le di quinina. Toda la medicación se redujo a una solución de agua cloroformada y a unas cucharadas de cloruro de calcio, lavados intestinales y purgantes. No relato entera la observación, porque se confunde en lo que respecta al síntoma capital que da nombre a la enfermedad con lo dicho anteriormente, y por lo que se refiere al estado general es el de todas estas enfermedades infecciosas que se ven en nuestros climas cálidos. La pequeña paciente mejoró rápidamente. La orina no disminuyó nunca en cantidad, y colectada en botella, de color claro fue mejorando desde el segundo día, variando paulatinamente sus tintes desde el color de café tinto hasta el color ordinario de orina biliosa. No pretendo, ni mucho menos, hacer creer que yo curé a la enfermita con la sencilla medicación de que hablé. Esta paciente curó solo porque pasó el acceso de hemoglobinuria, pues en mi concepto la hemoglobinuria es un acceso como lo es la fiebre palúdica.

Pasados algunos días fue reducido a cama el hermano segundo de la paciente anterior, hijo de N. N. El estado fue igual al de nuestra enfermita e igual también el proceso curativo.

Algunos meses más tarde, y todavía dentro del fuerte invierno de que hablé, tuve ocasión de

ver una enferma, de apellido Rivas, que vivía en Santa Marta en la calle llamada *Tumbacuatro*, en una casa húmeda y fría y de malísimas condiciones higiénicas. Esta enferma era palúdica vieja y tomadora de quinina; con medicación más o menos análoga a la de los niños anteriores, a lo cual agregué azul de metileno que vi indicado en un periódico médico, la enferma mejoró, pero quedó tan anémica que unos dos meses después falleció hinchada y con anasarca generalizado.

Pasó algún tiempo sin que se presentara otro caso, a lo menos que pudiera ser visto por nosotros, cuando repentinamente mi apreciable colega el doctor Arango tuvo ocasión de ver a una respetable matrona de la localidad que fue atacada de un acceso de hemoglobinuria entre once y doce de la noche, una o dos horas después de ingerir una alta dosis de quinina, cuya cantidad no puede precisarse, pues la tomaba ad libitum y sin medida. La enferma fue sorprendida en plena salud por un fuerte escalofrío, y poco rato después al tomar el vaso para orinar, lo que expelió fue una agua negra de color de café tinto. Fue trasladada a Santa Marta, por hallarse antes en un campo vecino, y a pesar de todas las medicaciones fue imposible salvarla. La enferma era una señora muy gorda, lo cual dificultaba mucho toda aplicación. Se le hicieron inhalaciones de oxígeno, inyecciones de agua salada, y la medicación que yo había usado en los pacientes que había tratado. Todo fue inútil, y la señora falleció cuatro días después en medio de fuerte disnea, explicable por la falta de hemoglobina. Un colega a quien relataba este caso me decía

con muy buen criterio cuando yo le contaba que las dos últimas micciones habían sido de color claro casi normal, diciéndome «era porque ya se había acabado la hemoglobina.»

Este caso parece tener alguna relación con lo que los autores llaman hemoglobinuria química, pues se presentó después de ingerir una alta dosis de quinina, aun cuando bien puede haber sucedido esto como pura coincidencia. Hay opiniones abiertamente opuestas respecto de este punto. Tomás W. Jackson, miembro de varias asociaciones científicas, no describe en su obra «Tropical Medicine,» fiebre hemoglobinúrica sino *malarial hemoglobinuria*, y dice que en exámenes practicados en cien casos de fiebre, microscópicamente, fueron encontrados parásitos en noventa y nueve el día antes del ataque. En series de casos examinados en British Central Africa, se encontraron parásitos solamente en el 12.5 de los casos, pero vueltos a examinar con otros microscopios y otras preparaciones, se encontraron leucocitos pigmentados que probaban que el 93.7 de los casos era malaria. En esta opinión el señor Jackson está en oposición con la de Stephens y Christopher en «The practical study of malaria.» Estos autores sostienen que mientras los casos de hemoglobinuria rara vez ocurren en personas que no han sido tratadas con quinina, esta droga es causa común de los ataques. Ellos creen que no es propiamente la quinina la que causa el ataque, sino una condición de la sangre del paciente, la cual es el factor determinante sin el cual la quinina no produce el ataque. Estos autores describen pues dos clases

de hemoglobinuria: la que es debida a la quinina, que ellos llaman *quinica*; y la que llaman fiebre biliosa hemoglobinúrica, entidad esencial en la cual se encuentra siempre el parásito del paludismo; y cuando no se encuentra es porque no se ha buscado en el momento oportuno. Para otros autores, entre los cuales se encuentra Gouzien, la fiebre hemoglobinúrica se encuentra sólo entre los viejos palúdicos, y según él es preciso para que se presente que la infestación palúdica se haya contraído en zona especial endemohe-moglobinúrica. Para él hay causas preparantes y predisponentes, como el impaludismo, las estaciones y las zonas donde se vive y causas ocasionales, entre ellas el enfriamiento y los apartamientos del régimen. Yo he notado en mis observaciones que casi todos los enfermos que he atendido han habitado en casas muy húmedas. Este mismo autor considera como hipótesis posible que la fiebre hemoglobinúrica tenga un agente especial o a lo menos una forma especial de parásitos; y en cuanto al tratamiento, considera la quinina si no como perjudicial, sí como inútil.

Voy a describir una observación de fiebre hemoglobinúrica aparecida en San Juan de Córdoba de este Departamento.

N. N., dentista, pero ocasionalmente entregado a trabajos de campo, de costumbres austeras en grado máximo: no bebe, no fuma, se acuesta temprano y durante dos años que tiene de permanencia en esta región, ha sido abstemio en lo que se refiere a Venus. No usa medicamentos preservativos para las fiebres, tan acostum-

brados por acá, y en su permanencia en este clima no ha tenido sino dos o tres accesos de fiebre palúdica de dos o tres días de duración. Entre sus antecedentes no presenta ninguno de importancia. No ha tenido afecciones venéreas nunca.

Una madrugada sintió un fuerte escalofrío, y al levantarse se sintió sin fuerzas; fue a orinar, y expelió vino tinto, según me refirió; se miró al espejo, y se sorprendió por el color amarillo de la piel. Llamó un facultativo, y le diagnosticó la fiebre hemoglobinúrica y le indicó inyecciones de quinina, de las cuales le puso dos, con tan mala suerte que se supuraron. Por la tarde me telegrafió a Santa Marta, y por ser amigo de mi predilección, le aconsejé que se viniera para esta última ciudad. Lo encontré, al llegar, con temperatura de 40 grados, pulso de 120 pulsaciones, respiración anhelante, 28 por minuto. Orinó unos 200 gramos de una orina color de café intenso, las conjuntivas tenían color amarillo subido, la lengua era saburral, la palpación del hígado dolorosa y el estado general malo. Como este amigo era hermano de un colega medellinense, le telegrafié informándole su estado, y la respuesta que recibí no fue halagadora, pues este experto facultativo durante su larga residencia en tierras tropicales había visto muchos casos de esta naturaleza todos fatales.

Me abstuve de propinarle quinina, no tanto por considerarla contraindicada cuanto porque los vómitos impedían hacerlo por la boca, y la región glútea estaba muy inflamada por las inyecciones anteriores. Reduje toda mi medicación

a un purgante, bebidas heladas y tonicardíacos de que estaba muy necesitado mi enfermo. En tres o cuatro días todo volvió al estado normal; las orinas recuperaron su color y mi enfermo entró en estado normal, volviendo a su salud habitual. No ha vuelto a tener ningún acceso de paludismo.

Es evidente que este paciente no tuvo lo que llaman hemoglobinuria quínica, pues él ni era tomador de quinina, ni hay datos de que la hubiera tomado en cantidad antes del acceso. No era palúdico crónico, porque sólo dos accesos cortos había tenido de fiebres, y su constitución era excelente; ¿qué clase de hemoglobinuria tuvo pues este enfermo? Indudablemente una hemoglobinuria palúdica, es decir, un ataque de los que curan con inyecciones de quinina o sin ellas, porque, como dice Gouzien:

«La quinina es casi ineficaz en la fiebre hemoglobinúrica, porque como se sabe ella obra poco sobre los accidentes derivados del paludismo y es más impotente aún contra las complicaciones (uremia, tifismo) del acceso hemoglobinúrico.»

Las observaciones anteriores y algunas de las que siguen carecen sin duda del apoyo del examen microscópico. En estas poblaciones en donde nos ha tocado ejercer a algunos, no existen las facilidades para exámenes de sangre y otros, porque desgraciadamente el Gobierno carece de medios para suministrar laboratorios y los particulares carecemos de recursos para tener estos instrumentos que sirven sólo de *sport médico*, si se me permite la expresión, pues por

desgracia nadie paga estos trabajos que necesitan elementos costosos y consagración a ellos, y es preciso consagrar a otros oficios más productivos el tiempo. No obstante estas dificultades he logrado hacer exámenes en algunas observaciones, de las cuales relataré las más instructivas en seguida, principiando por la de un allegado que tuvo su acceso en Bogotá en 1914.

J. A. T. es un estudiante residente en Bogotá y natural de la Provincia de Padilla en el Departamento del Magdalena (Fonseca). Tiene unos diez y seis años y es un palúdico crónico, en toda la extensión de la palabra, pues los naturales de esa población tienen un bazo enorme y lesiones clásicas de paludismo crónico. Su familia ha sufrido de fiebre hemoglobinúrica, la cual es epidémica en ella, si cabe la expresión, pues su padre y sus hermanos la han tenido varias veces algunos de ellos (su padre ha tenido tres accesos). Se trasladó a Bogotá a estudiar, y durante dos años que permaneció allí tuvo ligeros accesos palúdicos y nada más. Es joven de costumbres austeras en todo sentido. En mayo de 1914 tuvo repentinamente un fuerte escalofrío, y al tomar el vaso para orinar emitió una orina de color de vino tinto intenso. Un allegado que estaba en la ciudad y que lo acompañaba en la misma habitación, solicitó mis servicios por ser este joven pariente de mi esposa, y yo indiqué que se buscara al doctor Zea Uribe. Diagnosticó el doctor una fiebre hemoglobinúrica, y buscados los hematozoarios se encontraron en gran cantidad, y el facultativo indicó inyecciones de quinina. A pesar de la resistencia de la familia que desde

Fonseca indicaba otro tratamiento acostumbrado allí, y a pesar de la fuerte creencia que se tiene en estas regiones de que la quinina es la causa de la fiebre hemoglobinúrica, yo manifesté que debían ponérsele por indicarlo así el médico. Se le inyectaron en tres días tres gramos de quinina, y el enfermo curó.

Esta observación podría relatarse *in extenso*, pero como aquí no trato de hacer observaciones más o menos literarias sino de indicar el sistema que sigo en mis casos de *black water fever*, me limito a lo expuesto para sacar después algunas deducciones.

Es indudable que el caso anterior es el de una hemoglobinuria palúdica, así como parece cierto que el primer caso relatado no lo es. El primero falleció a pesar de haberle inyectado dosis de quinina relativamente grandes, y murió de uremia; el segundo curó a pesar de las inyecciones de quinina y no obstante estar en Bogotá, clima en donde el riñón tiene un trabajo excesivo. Ambos enfermos eran palúdicos crónicos, pero el tratamiento no fue igualmente eficaz.

Dejando a un lado tratamientos empíricos y algunos de ellos irracionales o a lo menos bárbaros, tales como los vomitivos repetidos que recuerdan el *toro* de Perdomo y que es el método todavía usado en algunas partes, trataremos de indicar el sistema más usual y que es el que nosotros hemos acostumbrado, habiendo tenido con él varias curaciones aun de pacientes en muy mal estado por el deterioro de su organismo. Es el tratamiento usado en el Sur de Africa, y consistente en una solución de bicloruro

de mercurio en la dosis del licor Van Swieten por gotas en una mixtura, o directamente a razón de dos centigramos por mil de agua con bicarbonato de soda. Cualquiera de las dos formas es igual, y ambas son consideradas como específicas por los médicos que ejercen en el Africa tropical británica.

Voy a trasladar *in extenso* la última observación de un paciente cuya mejoría fue rápida y manifiesta.

Señora N. N., de unos veintiocho años de edad, con paludismo crónico por una larga residencia en climas palúdicos como Colón y Santa Marta. Tiene habitualmente, aun en la mejor salud, un tinte subictérico; es bastante grasa, pero no robusta, pues su sistema muscular es poco desarrollado. Su estado habitual de salud, como el de muchas personas residentes en estas latitudes, es entrecortado por accesos palúdicos bajo forma de fiebres que duran dos o tres días y que los pacientes se curan, o creen que se curan, tomando específicos o dosis de quinina sin orden de facultativo y sin método.

La señora de que hablamos sufrió a principios de septiembre una fuerte conmoción a consecuencia de la muerte casi repentina de un niño, y su habitual mala salud se resintió fuertemente por esta causa, siendo motivo para que a los dos o tres días empezara a sentirse con mal-estar y tomara un tinte ictérico manifiesto en la piel y las conjuntivas. Vi por primera vez esta señora el día 20 de septiembre, en el siguiente estado: tinte subictérico, que fue acentuándose los días siguientes; lengua saburral, anorexia,

temperatura 37.5 en la mañana y desde el día 23 subió a 39 por la tarde; las vías digestivas son normales aun cuando la señora es un poco constipada. Pulso acelerado; 102 pulsaciones; respiración normal, corazón bien, pero con ligeros soplos anémicos; orina de intenso color bilioso sin albúmina. Hígado doloroso a la presión y muy grande. Bazo enorme que invadía el hipocondrio izquierdo como un tumor y doloroso a la presión. Por las tardes sentía la enferma ligera cefalalgia.

Prescribí a la paciente un purgante salino y diagnosticué una ictericia catarral emotiva, administrándole los medicamentos indicados. Al tercer día empecé a darle un gramo de quinina con urotropina en la mañana, pues desde el día anterior empezó a tener un acceso de fiebre de las cuatro en adelante. La quinina se administraba en dos dosis en la mañana, y a la tercera dosis, después de un violento escalofrío, orinó una agua negra de color de café tinto. Vi la enferma pocos minutos después, y prescribí la poción con bicloruro de mercurio a cucharadas de hora en hora. Reuní una junta médica para complacer a la familia, habiendo dejado la misma prescripción que se administró sin interrumpir hasta el día siguiente. En este acceso y después del escalofrío la temperatura subió a 41.5. Desde las ocho de la noche de ese día cambió un poco el color de la orina y aumentó en cantidad, quizá por una inyección de suero artificial que le puse, pero siempre estaba hemoglobinúrica. A la mañana siguiente, con el tinte bastante claro, pero siempre alta la fiebre, volvimos a verla con el facultativo

que me acompañó en la junta, y aun cuando nos pareció menos mal, no pudimos hacer un pronóstico favorable porque se encontraba bastante albúmina en la orina y había vómitos. En el curso del mediodía del 28 (la enfermedad había empezado el 27 temprano) hubo una micción perfectamente clara, con la circunstancia de que el color cambió de repente y no quedó siquiera con el tinte amarillo oscuro de antes del acceso hemoglobinúrico. La fiebre fue bajando en lisis, y el día 30 había desaparecido, quedando la enferma muy postrada pero pudiéndose hacer ya un pronóstico más favorable.

A la fecha en que esto se escribe, la paciente está sometida todavía a un régimen antialbuminúrico y tónico, pues en los días sucesivos de octubre, desde el 1.º hasta el 4, hubo regular cantidad de albúmina y la paciente amanecía con edemas. He indicado un cambio de clima para evitar que se repita el acceso, y anoto como cosa importante que el bazo, que era enorme al principio, apenas es sensible ahora bajo las falsas costillas.

Esta observación y dos más que he tratado por el mismo sistema, pero que no relato aquí—primero, por no hacerme cansado, y segundo, porque no fueron seguidas tan escrupulosamente como la anterior por razones de la calidad de los enfermos,—sirven en mi concepto para afirmar que en la fiebre hemoglobinúrica la quinina no es necesaria y que aun cuando a veces no hay inconveniente en usarla, es mejor no exponerse a que sobrevenga una anuria con un medicamento tan agresivo para el riñón y al cual los prácticos

no dan tanta importancia en esta enfermedad. Además, y sobre todo recalco y llamo la atención: creo que cuando se encuentra un paciente febricitante, con tinte subictérico y un bazo grande y doloroso, se puede casi predecir una fiebre hemoglobinúrica, siempre que el acceso no ceda pronto a la medicación. Si se prolonga puede casi con seguridad afirmarse que vendrá el acceso.

Concluyo este ligero estudio excitando a mis colegas que ejercen en climas similares a éste, que expongan sus ideas sobre las condiciones en las cuales creen ellos que es más frecuente el desarrollo de esta enfermedad, pues por lo que a mí toca creo que se necesita un clima húmedo y frío además del impaludismo de la persona o de las condiciones especiales del paciente. He tenido enfermos sometidos largo tiempo a dosis altas de quinina sin que sobrevenga el acceso, y al contrario, recién venidos que a la menor dosis o sin ella caen víctimas del mal. Creo yo que hay una especie de anafilaxis para la quinina en determinados sujetos, que produce o se manifiesta en ciertas circunstancias. Sea como fuere, es lo cierto que la quinina es innecesaria en esta enfermedad aun cuando llegue a encontrarse el hematozooario.