

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.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

El día 13 de agosto del corriente año se verificó la sesión solemne reglamentaria de esta corporación, con el fin de dar posesión a los nuevos dignatarios, elegidos para un período de dos años.

El doctor LUIS J. URICOECHEA, elegido Presidente, tomó posesión ante el Presidente saliente doctor M. Rueda Acosta. Entre estos dos académicos se cruzaron los discursos de estilo.

Tomaron posesión de sus puestos los doctores GUILLERMO GÓMEZ, Vicepresidente; VÍCTOR RIBÓN, Secretario, y JULIO APARICIO, Tesorero.

El Secretario en el período anterior, doctor RICARDO FAJARDO VEGA, leyó un extenso y luminoso informe de los trabajos de la Academia en el período que terminaba ese día.

En seguida el señor Profesor FEDERICO LLERAS ACOSTA pronunció el discurso académico reglamentario. El discurso versó sobre PASTEUR Y SU OBRA; estudio lleno de erudición y muy notable por los conceptos científicos del autor y por la brillante forma literaria con que lo presentó.

La Redacción de la REVISTA MÉDICA lamenta no publicar este discurso ni los de los doctores Rueda y Uricoechea, por no haberlos obtenido de sus autores.

INFORME

de la Secretaría de la Academia Nacional de Medicina, leído en la sesión solemne del 13 de agosto de 1920, por el doctor RICARDO FAJARDO VEGA (de Bogotá).

Señor Presidente, señores académicos:

Ordena el Reglamento de esta docta Academia, en el parágrafo 5º del artículo 19, daros informes de los trabajos de la corporación en el bienio en que por vuestro querer me ha tocado el honor de desempeñar el cargo de Secretario de la corporación.

Lamentemos, ante todo, la muerte del sabio maestro, ilustre naturalista, doctor Liborio Zerda, así como la del doctor Pedro María Ibáñez. La Academia perdió dos colaboradores eminentes; su inolvidable memoria y la labor científica de estos ilustres académicos, queda como ejemplo para las generaciones venideras.

Para llenar cuatro vacantes de la Academia, previas las formalidades reglamentarias, eligió como miembros de número a los señores Profesor Carlos Deneumostier y a los doctores Juan N. Corpas, Miguel Jiménez López y Víctor Ribón. Los méritos científicos de los nombrados son de vosotros bien conocidos, y seguramente estos nuevos elementos contribuirán, no lo dudo, al progreso e intensificación de los trabajos de la Academia.

En el curso del último bienio han sido aceptados como miembros correspondientes los

doctores Manuel Francisco Obregón, de Cartagena, y Luis E. Uribe, de Envigado, y en la sección extranjera de la Academia, el doctor Carlos Chagas, Director del Instituto Oswaldo Cruz, de Río de Janeiro; el doctor Miguel Cauto, Profesor de la Facultad de Medicina y Presidente de la Academia Nacional de Medicina del Brasil; el doctor C. E. Paz Soldán, de Lima, y el doctor Emilio Ochoa, de Caracas.

Los nombrados han agradecido la honrosa designación que la Academia les hace, y todos y cada uno, como hombres de ciencia, serán factores de acercamiento y confraternidad entre los pueblos latinoamericanos, vínculos que debemos estrechar si queremos formar un todo armónico que nos haga respetar de quienes con las águilas y la fuerza pretenden dominar el mundo.

Brevemente os informaré de los trabajos de la corporación, que, como entidad científica, y con justa razón elevada por ley a Cuerpo Consultivo del Gobierno Nacional, hace intensa y constante labor en favor de la ciencia, la higiene y la salubridad del país.

En la primera sesión ordinaria, 27 de septiembre de 1918, la Academia se ocupó, por ser asunto de actualidad, en el tratamiento que Angel García implantaba por esa época en el Leprosorio de Agua de Dios. Convencida estaba la corporación de la inutilidad de dicho tratamiento, como que oportunamente nuestro eminente compatriota y distinguido médico doctor Gutiérrez Lee había remitido las conclusiones a que llegó la Comisión Científica de La Habana, encargada de la observación de dicho tratamiento. No obs-

tante la opinión de la Academia y las muy justas razones de la Junta Central de Higiene, encargada entonces de la administración de los Lazaretos, algunos órganos de la prensa y unos cuantos enfermos declararon verdadera iniquidad no permitir que Angel García y su agente comercial llegaran al Lazareto a curar a los desgraciados.

El tiempo y la observación se encargaron de justificar las opiniones de la Academia y la oposición que se hacía a quien se presentaba con el pomposo escudo de curador de la lepra.

Una no despreciable suma de dinero a cambio de una nueva desilusión de los desgraciados enfermos fue el resultado de la venida de Angel García al Lazareto de Agua de Dios. La Academia con científico criterio quiso evitar lo que no era sino verdadera especulación, y cuando un agente del curador de la lepra quiso pedir a nuestro Gobierno \$ 20,000 por traer a Angel García a Colombia, la Junta Central de Higiene, con los documentos que la Academia poseía, evitó este inútil gasto.

Queda para los ilusos periodistas esta enseñanza, y a los habitantes del país del dolor, lléguales el consuelo de que el Cuerpo médico y muy especialmente la Academia Nacional de Medicina no descuida un momento el estudio de la lepra y se preocupa por la suerte de aquellos desgraciados, y quiere llevarles consuelo y tratamiento cuando aquello tiene bases científicas y no es el producto de especuladores sin conciencia.

En esta misma sesión la Academia consideró el informe presentado por la Comisión que es-

tudió el trabajo enviado por el doctor Manuel Francisco Obregón, de Cartagena, y que titula «Raro absceso tropical del hígado.» El trabajo del doctor Obregón y el informe del doctor Franco son considerados por la Academia y se aprueban las conclusiones del informe, una de las cuales pide se acepte al doctor Obregón como miembro correspondiente de la corporación.

Fajardo Vega presenta un estudio sobre «Reforma del Código Penal en el capítulo 6º, Libro tercero—heridas, golpes y malos tratamientos,»—comentado por los doctores Vargas Suárez y Montoya; la Academia dispone se pase el trabajo al honorable Senado de la República, con recomendación para su consideración, por creerlo de suma importancia.

En los últimos días de octubre y primeros de noviembre la Academia hizo sus sesiones para estudiar la epidemia de gripe que tantas víctimas hizo en la capital. ¡Días de verdadero pánico fueron aquéllos! En la Academia se analizó la naturaleza de la epidemia, su etiología, tratamiento, complicaciones observadas, etc.

Cada uno de los académicos llevó su contingente en favor del estudio del flagelo que por aquel tiempo recorrió el mundo. En una de las sesiones el académico doctor Guillermo Gómez presentó como punto de estudio, la puerta de entrada al país de la epidemia de la gripe. Dando crédito al dicho de algún viajero que a Puerto Colombia llegó en el buque español *Satustregui*, salido de Barcelona, y en el que venían como 1,500 emigrantes para Cuba, y anotando que en la travesía casi todos los pasajeros toma-

ron la gripe, denunció el hecho de falta de atención de las autoridades sanitarias de Puerto Colombia y Barranquilla al permitir el desembarque.

El señor Director Nacional de Higiene tomó el estudio del punto denunciado, y poco tiempo después presentó a la Academia un trabajo documentado del señor Director Departamental de Higiene del Atlántico, en que analiza la epidemia y muy en claro queda establecido que no puede aceptarse la llegada de pasajeros en el *Satustregui* como portadores de la infección y puerta de entrada de la epidemia.

La Academia, después de estudiar, como he dicho, la naturaleza, etiología, complicaciones, tratamiento y profilaxis de la epidemia, aprobó la proposición que en su parte resolutive dice:

«Llamar la atención a los Gobiernos Nacional, Departamental y Municipal; así como a las gentes acomodadas, las compañías industriales, dueños de fábricas, etc., sobre la inaplazable necesidad de mejorar las condiciones de vida de las clases proletarias del país, considerando que si una enfermedad benigna como la gripe ha causado una mortalidad alarmante, el día en que una grave epidemia nos invada, tendrá como consecuencia desastres aterradores para el país.»

El año de 1919 principió la Academia sus labores preparando el Congreso Médico, como homenaje con que el Cuerpo médico del país debía contribuir a las fiestas patrias, en conmemoración del centenario de la batalla de Boyacá, aceptada como hecho que selló la independencia de la madre España y el nacimiento de nuestra nacionalidad como país libre.

El cuarto Congreso Médico Colombiano, organizado por la Academia Nacional de Medicina, se reunió en la hospitalaria ciudad de Tunja el 8 de agosto de 1919. El Excelentísimo señor don Marco Fidel Suárez, Presidente de la República, inauguró las sesiones del Congreso, y el académico doctor Manrique, como Vicepresidente de la corporación y por ausencia del señor Presidente de la misma, llevó en aquella sesión la palabra en nombre de la Academia, y con la elocuencia y galanura que lo caracterizan presentó a los señores congresistas el saludo en nombre de la Academia Nacional de Medicina.

Me haría interminable si relatara y anotara los múltiples e importantes trabajos científicos presentados en el cuarto Congreso Médico Nacional; ellos muy pronto verán la luz pública; la Academia agradece la cooperación que el Cuerpo médico ha prestado para que los Congresos médicos organizados por la corporación se hayan llevado a cabo con resultados no esperados.

Alta misión cumple la Academia en la organización de estos torneos de la ciencia; el Cuerpo médico del país en estas reuniones estrecha los vínculos de la nacionalidad con sus más apartadas regiones, de donde concurren a la ciudad elegida para las sesiones los congresistas, sin dietas ni mayor erogación para el Erario; allí se congregan a estudiar los asuntos científicos que se presentan.

Bogotá, Medellín, Cartagena y Tunja han recibido los cuatro Congresos que la Academia ha organizado, y estas ciudades se han disputa-

do el honor y rivalizado en las atenciones y galanterías para los médicos que han concurrido a las sesiones de los Congresos.

La Academia ha sabido agradecer a los Gobiernos y a las cultas sociedades de las citadas capitales el modo como han atendido al Cuerpo médico y la eficaz cooperación que han prestado en las reuniones de los Congresos Médicos, los que son indiscutiblemente torneos de la ciencia y muestras inequívocas de civilización.

Conocéis, señores académicos, las conclusiones a que han llegado los Congresos Médicos, las cuales han sido aprobadas, hechas conocer de nuestros Gobiernos y del público en general; ellas, no lo dudo, serán puestas en práctica por las respectivas autoridades, y así la Academia de Medicina contribuye eficazmente al progreso de la Nación.

Como os he dicho, me haría interminable si enunciara siquiera los trabajos científicos presentados al cuarto Congreso Médico. Durante las sesiones ordinarias verificadas en los días 8, 9, 10 y 11 de agosto se consideraron 47 trabajos; asistieron al Congreso 74 profesionales, y así contribuyó el Cuerpo médico a solemnizar las fiestas centenarias de nuestra libertad.

En el curso del año de 1919, la Academia, en diferentes sesiones, se ocupó en los siguientes trabajos: «Persistencia indefinida del gonococo en la uretra humana,» presentado por el doctor Víctor Ribón, de Bogotá; «Probable existencia entre nosotros de la espiroquetosis icterohemorrágica,» del doctor Luis E. Uribe E., de Envigado; «Método gráfico para la enseñanza de la

Otogenia de los protistos y vegetales,» del Profesor belga don Carlos Deneumostier; «Feto con espina bífida cérvicodorsal con presentación de pieza anatómica,» por el doctor Plácido A. Sánchez; «Formas crónicas de la blenorragia, estrechez uretral,» por el doctor Ricardo Zapata, de Bogotá; «Hernia umbilical infantil,» exposición del doctor José M. Montoya; «Proyecto de organización de los estudios y reglamentación de la profesión de farmacéutas,» presentado por los doctores Cárdenas y Fajardo Vega, en cumplimiento de comisión de la Academia; «Estadística de los casos operados en la clínica particular del doctor Manuel A. Cuéllar Durán»; «Estadística del Asilo de Locas,» por el doctor Antonino Gómez Calvo.

Señores académicos: presenciasteis y emitisteis vuestros conceptos en las deliberaciones al considerar los mencionados trabajos; no abuso de vuestra benevolencia entrando a comentar como muy bien merecen todos y cada uno de estos estudios. El nombre de sus autores los recomienda por sí solos, y la Academia dispuso su publicación en la REVISTA MÉDICA, órgano de publicación de la corporación.

Corría el mes de julio de 1919, cuando la endemia de fiebre tifoidea recrudeció en la capital; la corporación en aquel mes, informada por la Comisión de Epidemias, estudió las causas del recrudecimiento de la endemia, y como medida que corresponde al Cuerpo científico, aprobó la siguiente proposición:

«La Academia Nacional de Medicina, como Cuerpo Consultivo del Gobierno Nacional, .alar-

mada por los caracteres de gravedad y extensión de la actual epidemia de fiebre tifoidea, según los datos suministrados por la Comisión de Epidemias de la corporación, se permite excitar una vez más al Poder Ejecutivo y a los Gobiernos Departamental y Municipal para que hagan se pongan en práctica con el mayor rigor las disposiciones dictadas por el señor Director Nacional de Higiene y por la Dirección de Higiene Municipal, con el objeto de combatir la epidemia, y se permite llamar especialmente la atención sobre el necesario e inmediato saneamiento de los principales focos de la epidemia, como son las cárceles de la ciudad.»

Los doctores Franco, Martínez, García Medina y Camacho fueron comisionados por la Academia para hacer conocer esta proposición a las respectivas entidades.

Por aquella misma época, y aprovechando la reunión de las Cámaras Legislativas, la Academia nombró Comisión de su seno para que solicitara del Congreso la expedición de una ley de protección a la infancia y fomento y sostenimiento de establecimientos de *Gotas de Leche* y *Casas Cunas* en el país como obra patriótica al par que filantrópica.

El académico doctor Tiberio Rojas, entusiasta propagandista de estas benéficas instituciones, inició en las sesiones la conveniencia e importancia que tendría la recomendación de la Academia de este asunto ante el Cuerpo Legislativo de la Nación. La Comisión nombrada por la Academia, reunida con la nombrada por el honorable Senado de la República, formularon

el proyecto de ley correspondiente; éste fue presentado a la honorable Cámara del Senado, quien lo acogió con entusiasmo, y quizá la Legislatura actualmente reunida piense en la importancia que para el país tiene la protección del niño, y por la expedición de la ley solicitada por la Academia contribuya a la salvación de tanto niño que hoy muere por falta de atención y que pueden ser los hombres del mañana.

El Código de Moral Médica y el proyecto de Estatutos de la Asociación Médica Colombiana elaborados por la Sociedad de Pediatría de Bogotá, fueron estudiados y aprobados por la Academia después de oír el informe de la Comisión respectiva, integrada por los doctores Arbolada y Perdomo.

Para terminar el año de 1919, y esperando la llegada al país de la misión del Instituto Rockefeller que venía en estudio de la anemia tropical, la Academia se reunió y nombró en comisión a los académicos doctores García Medina, Franco y Montoya para que atendieran y prestaran el concurso necesario a la misión Rockefeller; esta Comisión presentó al profesor Schapiro su saludo en nombre de la corporación; puso en su conocimiento todos los trabajos que de veinte años para acá se han hecho en el país sobre anemia tropical, y en la primera sesión del presente año el doctor Franco rindió informe verbal a nombre de la Comisión y dio cuenta a la Academia del modo como esta Comisión tomó parte activa en los estudios preliminares hechos por la Comisión Rockefeller.

El doctor Schapiro, antes de dejar el país, remitió a la Academia una copia del importante

informe que presentó al Instituto Rockefeller, y dio las gracias a la Academia por la colaboración de la Comisión en los trabajos iniciales en la lucha contra la uncinariasis.

Conocéis, señores académicos, el informe del profesor Schapiro y sabéis que hoy es una realidad en el país la lucha contra la uncinariasis, flagelo que viene disminuyendo nuestras riquezas, agotando nuestras energías y minando nuestra raza. Que los poderes públicos, los hombres de ciencia y la sociedad en general no desmayen en la cooperación a la lucha iniciada, y en poco tiempo veremos en el país combatido este flagelo de los trópicos, que tantos estragos ha causado y para el cual la Academia, cumpliendo con su deber, en múltiples ocasiones ha indicado la necesidad y los medios de luchar contra él.

Al Excelentísimo señor Presidente de la República y a su diligente Ministro de Agricultura y Comercio, doctor Del Corral, quédeles la satisfacción de haber iniciado y puesto en práctica una de las grandes campañas para el verdadero progreso de la Patria.

La Academia Nacional de Medicina ha nombrado Comisión para que con la similar nombrada por la Sociedad de Cirugía elabore proyecto de ley sobre higiene y asistencia pública en el país.

Es ya demasiado notoria la ineficacia de la actual organización de lo que se llama beneficencia. Que no se confundan la caridad y la filantropía con la asistencia pública y la higiene,

deberes primordiales del Estado y que deben salir del sectarismo, llámese como se llame, y pasar a los poderes públicos, quienes vuelven al país en forma de protección a la infancia, asistencia a los enfermos, asilos para enajenados y ancianos, educación y asistencia a los sordomudos, degenerados, etc., parte de las sumas con que los ciudadanos contribuyen para el sostenimiento de los Gobiernos.

La higiene y la asistencia pública son exponentes del adelanto de un país; si el establecimiento de la campaña contra la anemia tropical marca una era de progreso, que se complemente este progreso con una ley de higiene y asistencia pública; que se nacionalicen estos servicios que corresponden al Estado; que salgan del sectarismo y la rutina y pasen a los poderes públicos.

La Academia Nacional de Medicina y el Cuerpo médico del país anotan esta deficiencia en nuestra organización nacional; se confunde la caridad con la asistencia pública, y ésta queda de hecho en poder de entidades formadas por personalidades muy caritativas, muy honorables, pero faltas de iniciativa y de orientación; de aquí que este ramo tan importante de la vida nacional no haya evolucionado de acuerdo con las necesidades crecientes del país. Nuestros hospitales, asilos, hospicios y demás casas llamadas de beneficencia, con raras excepciones, se rigen actualmente por los estatutos dejados por sus fundadores; la época es de renovación y no podemos quedar cristalizados en los tiempos pretéritos.

Que el Poder Ejecutivo con el Legislativo atiendan y solucionen de manera favorable la organización de la higiene y asistencia pública nacionales para que de una atmósfera serena, elevada y con el prestigio de la autoridad se llene esta misión del Estado, dejando a la caridad y a la filantropía su campo de acción y encauzando corrientes que, unidas y bien orientadas, pueden producir grandes beneficios.

Problema de alta importancia planteado a la Academia en el curso de este año por el señor Director General de Lazaretos y por la Dirección Departamental de Higiene de Santander fue asunto de deliberaciones de la corporación:

«¿Deben aislarse en los leprosorios los enfermos con signos clínicos de lepra y con resultado negativo al análisis bacteriológico?»

El solo enunciado de esta consulta demuestra la magnitud del problema. La ley que organizó los leprosorios entre nosotros no hizo distinción. Dijo: los leprosos se aíslan; la ciencia duda, vacila, no conoce el modo del contagio de este azote de la humanidad, descubre el bacilo de Hansen, ignora su ciclo biológico, lo acepta como agente productor de la enfermedad, y eminentes leprólogos permiten un aislamiento relativo a los enfermos clínicamente leprosos y con resultado bacteriológico negativo, como son las formas de lepra afimatoide. ¿Qué hacer con esta clase de enfermos? La Academia, después de importantes deliberaciones en que queda establecido lo eficaz que han sido para el país los procedimientos puestos en práctica para evitar la propagación de la lepra, solicitará del Cuerpo

Legislativo modificaciones en la legislación actual sobre la lepra, lazaretos y estudio de la enfermedad.

Más de veinte años hace se reunió el primer Congreso Médico Colombiano, y desde entonces la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales indicó la necesidad que el país tenía de estudiar las zonas territoriales en que la enfermedad adquiriría mayor desarrollo, para con bases científicas evitar la propagación. Aquellas indicaciones no han sido atendidas, y es ya inaplazable para el país la necesidad de abordar este problema.

Países en que la lepra hizo estragos se han libertado de ellas; Colombia puede y debe hacerlo mismo, y en esta lucha como en todas las que se relacionan con la salubridad del país, la Academia está siempre lista a prestar su cooperación.

La organización sanitaria de nuestros puertos marítimos y los resultados obtenidos en favor del saneamiento de ellos han sido motivo de comunicaciones a la Academia hechas por el doctor García Medina, académico de número, Secretario perpetuo de la corporación y quien ha consagrado su vida y sus mayores energías en las luchas en favor de la higiene y de la salubridad del país.

La Academia ha visto cómo la Dirección Nacional de Higiene ha conseguido con las medidas sanitarias desterrar, o mejor, extinguir las enfermedades pestilenciales en nuestros puertos marítimos; en términos que la intolerable cuarentena establecida en Panamá para los pasaje-

ros que tocaban en puertos colombianos ha sido levantada.

Apenas hace dos meses se presentó un caso de fiebre amarilla en el puerto de Buenaventura; las rápidas medidas puestas en práctica por las autoridades sanitarias evitaron la propagación de la enfermedad, y el estudio etiológico del caso vino a comprobar que no habiendo estegomia infectado en Buenaventura, en donde la petrolización y desecamiento de los pantanos se han cumplido, el caso observado no era por infección hecha en la costa colombiana, sino importado de los puertos del Sur.

El país ha cumplido, hasta donde ha sido posible, con las convenciones sanitarias internacionales, y la Academia así lo ha consignado en sus actas.

La Academia, de acuerdo con el Reglamento, abrió el concurso de Anatomía patológica. Este concurso lo estima la corporación como un estímulo para los alumnos de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales.

Ellos en todos los concursos se presentaban a disputarse un premio que hace honor al mérito del trabajo presentado y que sin duda marca la primera etapa del triunfo en su futura carrera profesional.

En el concurso del presente año fueron inscritos siete trabajos con los seudónimos: *Licenciado, Schaaf, Omega, Natalini, 112, Max y Cachaco*.

La Comisión nombrada para el estudio de las piezas presentadas y para adjudicar los premios rindió el siguiente informe:

«Señores académicos:

«Se nos ha comisionado para el estudio e informe de las piezas presentadas al concurso de Anatomía patológica del presente año, cuyo examen detenido nos ha conducido a las conclusiones siguientes:

«1ª El estudio presentado por *Licenciado*, al que acompaña, con fotografías y microfotografías, estudios microscópicos de cada parte de las lesiones del cáncer de la matriz, y con una colección de cortes correctamente ejecutados, coloreados y montados, revela paciente labor y habilidad técnica, condiciones que, unidas a la importancia del tema, nos hace que consideremos este trabajo como el mejor de los presentados al concurso.

«2ª El presentado por *Schaaf*, que se refiere a un angioma del intestino delgado, acompañado con la pieza microscópica bien presentada y además con inclusiones en parafina, cortes bien practicados, con las microfotografías correspondientes, nos ha merecido el segundo puesto de la clasificación. Revela, como el anterior, asidua labor y habilidad técnica, y tiene además el mérito de la determinación, no muy clara a primera vista, de la naturaleza histológica del tumor estudiado.

«3ª El que presenta *Omega*, consistente en tres aneurismas: uno de la arteria radial derecha, otro arteriovenoso de los vasos radiales derechos, y el último de la región dorsal externa de la mano derecha, bien preparados y acompañados de una relación etiológica muy completa, nos ha merecido el tercer puesto.

«4ª Por último, los trabajos presentados por *Natalini* (Carcinoma de la mama); por *112* (Adenoma del fondo uterino); por *Max* (Epitelioma pavimentoso), y por *Cachaco* (Observación de un bocio exoftálmico), son trabajos que revelan todos ellos un esfuerzo muy encomiástico, aunque ceden en mérito a los que anteriormente hemos detallado.

«En resumen, los trabajos presentados en el actual concurso son alentadores porque revelan un esfuerzo hacia una orientación práctica en un ramo que hasta hoy ha merecido poca atención entre nosotros.

«En virtud de lo anterior, tenemos el honor de proponeros:

«Adjudíquese el primer premio al trabajo presentado por *Licenciado*; el segundo, al de *Schaaf*, y el tercero, al de *Omega*.

«Vuestra Comisión,

«*J. D. Herrera - Roberto Franco F.—F. Lleras Acosta.*

«Bogotá, julio 10 de 1920.»

En la sesión en que se discutió el mérito y se adjudicaron los premios, se elogió el trabajo y el entusiasmo de los señores alumnos de la Facultad. Era consolador ver siquiera siete alumnos que se presentaban en concurso en lucha científica. Al ordenar la apertura de los sobres para conocer el nombre de los premiados, y después de disponer una mención honorífica para los que no obtuvieron premio, la Academia ve con sorpresa y desencanto que de los doscientos

alumnos que en la Facultad deben estar capacitados para presentarse a este concurso, uno tan sólo es el que ha presentado los siete trabajos que la Academia con justicia elogia. Ese alumno es hoy el doctor Alfonso Esguerra Gómez, y la Academia adjudica al señor Esguerra Gómez el primero, segundo y tercer premios del concurso Anatomopatológico del presente año.

No han correspondido los señores alumnos de la Facultad al llamamiento de la Academia.

En época en que el número de alumnos era muy inferior, cuando los elementos para trabajos prácticos, podemos decir, no existían en la Facultad, no era despreciable el número que se presentaba al concurso de Anatomía patológica. Hoy el personal de la Facultad es tres veces superior, los laboratorios de bacteriología, histología y anatomía patológica están regularmente dotados, y es desconsolador ver a los alumnos pidiendo reformas en la enseñanza y no exhibir en franca y gallarda lid su competencia.

Alumnos de la Facultad de Medicina: poned de manifiesto vuestras energías, demostrad vuestro entusiasmo por el estudio, exhibid vuestras dotes de observadores, y pensad que esta Facultad, que algunos de vosotros queréis desacreditar, es vuestra madre intelectual; debéis engrandecerla; debéis levantarla; y no se honra a la madre postergándola, se la honra demostrando que sois dignos hijos de ella, exhibiendo vuestra competencia desde los claustros universitarios.

Pensad que en no lejanos tiempos ocuparéis los sillones del profesorado, las curules de esta

Academia, y si queréis llegar a estos puestos, debéis conquistarlos por vuestras energías en el trabajo, el estudio y la observación.

Conocemos vuestras capacidades, que son **m**uchas; exhibidlas en las lides de la ciencia y convenceos que el porvenir es vuestro.

El señor Alcalde de la ciudad en nota urgente y para informar a entidades distintas, consulta a la Academia sobre el resultado de la aplicación de la vacuna antitífica. El señor Presidente reúne la corporación; cada uno de los académicos, al ponerse en consideración la consulta del señor Alcalde, ilustra el debate con apoyo en observaciones personales, y la Academia por unanimidad de votos aprueba la siguiente proposición:

«Considerada la nota consulta del señor Alcalde de la ciudad, sobre si es eficaz o nó la vacuna antitífica, contéstese al señor Alcalde manifestándole que la Academia, fundada en los estudios biológicos, en las estadísticas extranjeras y en la relativamente corta experiencia de su aplicación en el país, no vacila en recomendar la vacuna antitífica como medio verdaderamente eficaz en la profilaxis de la fiebre tifoidea.»

Señores académicos: para terminar debo informaros que la REVISTA MÉDICA, órgano de publicidad de la corporación, viene retardando su aparición por falta de capacidad de la Imprenta Nacional, en donde, por disposiciones legales, debe editarse. El retardo en la publicación de la REVISTA hace disminuir en importancia y utili-

dad los trabajos de la Academia, y es de esperarse que la actual Legislatura decrete para esta Academia, como Cuerpo Consultivo del Gobierno que es, auxilio que le permita editar siquiera el número mensual de la REVISTA MÉDICA.

Señor Presidente, señores académicos: dejo así brevemente anotados los principales trabajos de la Academia en el bienio de 1918 a 1920, y os presento el informe que el Reglamento ordena.

ALGUNAS CONSIDERACIONES

sobre el tracoma en Cartagena, y su tratamiento.

Por el doctor MANUEL F. OBREGÓN (de Cartagena).

(Trabajo presentado al tercer Congreso Médico de Colombia).

GENERALIDADES Y SINTOMATOLOGÍA

No hay autor que al tratar del tracoma no se sienta inclinado a resumir los últimos trabajos en la materia, lo cual es prueba de lo poco que se progresa en tal sentido; y nosotros, aunque ajenos a la idea de creer que podemos condensar lo que hasta hoy se ha dicho, no podemos resistir a la tentación de hacer, aunque sea a grandes rasgos, una ligera síntesis de lo que hemos leído y de lo poco que hemos observado.

Asímismo es pleito inacabable entre los autores la diferencia que pueda existir entre la conjuntivitis folicular y la conjuntivitis granulosa, nombre este último por el cual también se acostumbra designar el tracoma.

A este respecto recordamos haber leído no há mucho tiempo juiciosas razones de diagnóstico diferencial hechas por el doctor Miguel Arango M., de Barranquilla, en un trabajo sobre tracoma, que sentimos no tener a la vista para hacerle más de un préstamo, pues reputamos las páginas de este sagaz y talentoso observador como lo mejor que sobre la materia se ha escrito en la Costa Atlántica.

Comoquiera que sea, el caso es que si hay muchos que a *tout propos* diagnostican tracoma

allí donde sólo existen folículos de pronóstico favorable, no es menos cierto que la tendencia que hay a hacer de las dos afecciones una sola, y los innumerables casos de diagnóstico dudoso que frecuentemente se presentan al ojo del práctico, requieren que uno sea muy cauteloso en asuntos de diagnóstico.

En esta confusión de ideas, sin duda que juegan el principal papel la naturaleza y formas de la enfermedad, el afán de encontrarle un germen acerca de cuya existencia aún existen muchas dudas, y la insegura eficacia de los tratamientos. Y no es porque haya faltado estudio, pues la *oftalmía egipcia*, que según Axenfeld se propagó a Europa con las guerras napoleónicas, «es tan vieja como el Nilo, el simún y el desierto». (Boldt).

Siendo la enfermedad, como lo es, eminentemente contagiosa, natural es suponer que se reproduce a favor de un germen infeccioso; y los hay en cantidad, de todas clases; puede decirse que cada observador, como ángel de su guarda, tiene el suyo. Lo difícil está en saber cuál es el verdadero, pues ni el mismo corpúsculo de Prowazek, que es el que últimamente ha tenido el mayor prestigio científico, se asienta sobre base inmovible. De todo, lo más conocido es la anatomía patológica: se sabe, por ejemplo, que el tracoma se sitúa en el estrato submucoso que contiene tejido adenoide y células linfánticas, y es allí donde se verifican las hipertrofias papilares que dan origen a la granulación tracomatosa; de lo cual infiere Lagrange, que así como los escrofulosos y linfánticos, por la facilidad que

ofrecen para la proliferación del tejido adenoide, son propensos a los ingurgitamientos ganglionares, así también esos mismos individuos son aquellos en quienes la formación tracomatosa aparece de un modo quizá espontáneo, fuera de todo germen, reproduciendo las conjuntivas en este caso el mismo fenómeno patológico de los ganglios.

Bella es la teoría; mas falta ver si las conjuntivitis producidas así de modo espontáneo no son capaces de reproducir la enfermedad en individuos no linfáticos.

Ideas análogas son las de Goldzieher, de Budapest, cuando afirma que en las dos formas anatomopatológicas del tracoma, la papilar y la granulosa, la enfermedad es siempre una lesión de los tejidos mucosos profundos de la conjuntiva. La afección penetra por el epitelio, se instala en el tejido subepitelial, y cuando se ha verificado una infiltración de las capas profundas, se manifiesta bruscamente con el aspecto característico de los corpúsculos. Entretanto, el epitelio se modifica poco: a través de él se encuentran series de células crateriformes que penetran hasta el tarso; y son ellas las que forman la base o el substrato subepitelial de los folículos tracomatosos.

Hoy por hoy, la cuestión parasitaria parece limitada al corpúsculo de Prowazek. Este corpúsculo, descrito por Prowazek y Halberstaedter en 1907, tiene, al decir de Mijashita, de Tokio, una buena prensa. Para observarlo se frota la conjuntiva con una lámina cubreobjeto, se fija al alcohol-éter por cinco a diez minutos, y se

colora al giemsa por dos o tres horas. Se ve entonces que ciertos núcleos de células epiteliales están como cubiertos con un sombrero bajo: son éstos los corpúsculos de Prowazek.

La razón por la cual antes no se habían encontrado estos corpúsculos, es que ellos existen en las células epiteliales de las conjuntivas tracomatosas y no en los productos de secreción ni en los folículos subepidérmicos, que es en donde parece se ha dirigido de preferencia la observación de los investigadores.

Hasta el presente no ha sido posible cultivar tales corpúsculos, lo que consiste principalmente en su vitalidad, pues parásitos superiores como son, germinan como hongos y comen como amibas.

Sin embargo, para Herford este corpúsculo no sería un amibo, sino un parásito de clase intermedia entre los amibos y las bacterias; y el desarrollo se verificaría de la siguiente manera: la masa protoplásmica de que hemos hablado se desarrolla hasta llenar toda la cavidad celular de la célula epitelial; el núcleo queda rechazado hacia la periferia; el parásito se llena de granulaciones muy finas, más pequeñas que estafilococos; y al fin la célula estalla dejando las granulaciones en libertad.

Esta categoría de gérmenes ha sido designada por Prowazek con el nombre de *clamidozoa*, lo que significa animal encapsulado.

Para Lindner, los clamidozoos no serían otra cosa que aglomeraciones coalescentes de diversos coccus de un orden cualquiera que, a virtud de desarrollos ulteriores, han perdido su apariencia orgánica.

Comoquiera que sea, estos corpúsculos son los que diferencian histológicamente el tracoma de las otras conjuntivitis infecciosas.

Pero hé aquí que en reciente estudio (*sobre la naturaleza y origen del tracoma*, Berlín, 1910) el profesor Herzog le da nueva fase a la cuestión, afirmando que los corpúsculos de Prowazek no son otra cosa que formas zoogleicas del gonococo de Neisser. Más varosímil parece la afirmación, porque Stargard y Heymann han encontrado en la blenorrea corpúsculos idénticos a los del tracoma; de donde resulta que el autor concluye de sus investigaciones, que son a la vez anatomoclínicas, que el tracoma puede provenir de lo siguiente:

1º Del contagio por un gonococo normal y virulento, cuandoquiera que se presentan condiciones que se opongan a la eliminación de éste fuera de la mucosa inflamada.

2º Del contagio por un gonococo atenuado.

3º Del contagio por la forma intraepitelial morfológica y biológicamente modificada, cuya existencia no era conocida hasta los trabajos de Prowazek y que merece el nombre de *microgonococo*.

Contra esta manera de pensar se rebela Lindner, quien afirma que en los casos observados por Stargardd, se trataba simplemente de conjuntivitis de los recién nacidos sin microorganismos; que en los casos observados por Halberstaedter y Prowazek, tampoco se observó la presencia de gonococos; y que en veintiocho casos observados y estudiados por él mismo (Lindner) tampoco los encontró, excepto un caso mixto.

En los cuerpos encontrados por Herzog, el aspecto difiere en absoluto de los gonococos: diferentes en dimensiones, no se les puede cultivar, son solubles en el taurocolato de soda y son inoculables a los monos. Los gonococos, al contrario, ofrecen caracteres opuestos a los señalados, y no son inoculables a los animales ni por cultivos ni por una afección blenorragica cualquiera.

De todo este análisis resulta pues que ya la cuestión no se limita a saber si existe un agente figurado del tracoma, de naturaleza intermedaria, que es, con toda probabilidad, el clamidozoa de Prowazek, sino a determinar si este agente es un derivado del gonococo, y entonces blenorrea ocular y tracoma serían dos modalidades análogas del mismo agente; o si es un virus distinto, peculiar al tracoma, y nada más.

Por lo pronto parece que la derrota es de los unicistas; y veamos porqué.

Partiendo del hecho de que el tracoma es inoculable al mono, y la blenorragia nó, Heymann estudia la cuestión de la identidad del virus blenorrea y tracoma en los animales, y dice:

«De mis experimentos en el mono parece demostrado que se trata de dos virus diferentes. Prueba de ello es que allí donde se muestra inerte la secreción recogida en granulaciones tracomatosas no tratadas, la secreción blenorragica infecta indefectiblemente. Además, infectando una conjuntivitis tracomatosa con virus blenorragico, se comprueba que éste pierde rápidamente su virulencia y aun su vitalidad, puesto que no se encuentran corpúsculos de Prowa-

zek-Harberstaedt, tan frecuentes en la blenorrea latente, aunque sí se hallan gonococos vivos, pero avirulentos. Esto significa que el terreno tracomatoso es desfavorable para este agente patógeno.»

La posibilidad de producir una conjuntivitis tracomatosa inoculando una secreción de blenorrea crónica, es lo que ha dado lugar a la creencia de la identidad de virus; y acerca de esto dice Heymann:

«Mis experimentos sólo una vez me han permitido crear un proceso *folicular* y no *tracomatoso*; la complicación más frecuente del tracoma, el pannus, no ha sido observada jamás en los monos sometidos a mis experimentos.»

Sin embargo, la cuestión no pára ahí, puesto que Wolfrum ha observado un caso de *verdadero tracoma*, en un individuo infectado con secreción blenorreica; y últimamente Alter y Bonser, de Toledo (Estados Unidos de América), al estudiar los cuerpos de Prowazek como factor etiológico del tracoma y de la blenorrea *a inclusiones*, hacen notar que en la clínica de Fuch se han obtenido los mismos resultados.

Por otra parte, Addario, de Palermo, ha hecho ciertas modificaciones en la interpretación que debe darse a las observaciones histológicas hechas por Prowazek; y al efecto, por medio de preparaciones de clamidozoas ha demostrado delante de la Sociedad de Medicina de Palermo que los corpúsculos de Prowazek, que este autor y Halberstaedter tomaron como peculiares a las células epiteliales conjuntivales, existen en mayor número en las papillas y folículos del tracoma.

ma. Las granulaciones intraepiteliales representan un hecho de poca importancia, común a todas las conjuntivitis, y dependiente de una degeneración del protoplasma, o de una división nuclear de las células por kariorrexis o kariolisis.

Es indudable que el *cuerpo alveolar* o clamidozoa es el agente específico del tracoma, porque se le encuentra exclusivamente en las conjuntivas tracomatosas; pero como él aparece de preferencia en los folículos y no en el epitelio, se deduce de aquí que la enfermedad no es una epiteliosis como hasta aquí se había creído, sino una proliferación específica de la capa adenóide de la conjuntiva.

La falsa interpretación que se había dado a la presencia de las masas granulosas intraepiteliales, es la que habría conducido a algunos a suponer comunidad de origen entre la blenorrea crónica y el proceso tracomatoso.

Como se ve, aún está abierta a discusión la cuestión de la unicidad o dualidad del tracoma, quedando sólo fuera de aquélla el clamidozoa de Prowazek.

Nosotros, que en cuestiones de orden experimental nada podemos agregar, apuntaremos simplemente un hecho confirmado por una constante observación clínica: que es muy frecuente observar como complicación tardía de la blenorragia una conjuntivitis folicular, con marcada hiperemia de los tarsos, y esto aunque el paciente no haya tenido infecciones oculares manifiestas que dieran lugar a tomar la afección presente como resto de alguna otra pasada.

Además de los síntomas anotados se observa que las conjuntivas palpebrales están como vellosas, y que la secreción es tan escasa, que apenas si llega a pegar los párpados en la mañana.

Como síntomas subjetivos se encuentran: sensación de cuerpo extraño en los ojos; pesantez de los párpados, más pronunciada a la caída de la tarde, y un ardor especial de los ojos, que casi es patognomónico.

¿Se tratará en estos casos de una transformación tracomatosa del virus gonocócico, según la teoría de Herzog; o de una blenorrea a inclusiones, según Lindner? Nada podemos decir al respecto y confiamos la respuesta al tiempo.

Siendo el tracoma una enfermedad extraordinariamente contagiosa, que se propaga de un ojo atacado a un ojo sano, por medio de las secreciones, es de suponerse que allí donde el transporte de la secreción es fácil, será también donde más fácilmente se propagará. Por eso vemos que la enfermedad se enseñorea principalmente donde hay aglomeraciones de individuos que llevan más o menos una vida común: cárceles, hospicios, cuarteles, escuelas, etc. Las escuelas principalmente son las que más deben preocuparnos, porque es precisamente en ellas en donde más se descuidan las reglas de higiene, debido a lo incauto del personal. Por eso deseáramos insistir bastante acerca de la gravedad de este punto con el fin de que el Concejo Municipal se dé cuenta de la obligación en que está

de introducir algunas medidas higiénicas en el régimen escolar, para el efecto de dar a la raza una protección más efectiva.

Aparte de la raza, el temperamento y la extensión geográfica, se ha dado mucha importancia por los autores al factor etiológico de la altura. Así, por ejemplo, el tracoma es casi desconocido en los países altos como Suiza, el Tirol y Auvernia, mientras que es bastante frecuente en los países bajos como Bélgica, Holanda y el Danubio inferior (Fuchs). Por lo que respecta a nuestro país en relación con esto, diremos que el tracoma es, nos parece, menos frecuente en Bogotá y poblaciones altas del interior de la República, que en las costas.

Con esta circunstancia de la latitud hay que considerar muy detenidamente en Cartagena otra que es casi peculiar a la ciudad: el polvo, que en definitiva actúa por sus agentes intermediarios: la estación y los vientos. Decimos así, porque todo médico puede observar aquí una recrudescencia de la enfermedad en la época que llamamos de *verano* (diciembre a abril). Sucede entonces que los vientos del nordeste, los alisios, soplan con bastante fijeza e intensidad, y a consecuencia de ello se levantan inmensas nubes de polvo que agolpándose al rostro de los transeúntes, penetran por los ojos, irritan las conjuntivas y abren así una puerta de entrada a toda clase de infecciones. Precisamente en los momentos en que se reúne el Congreso Médico empieza el verano, y la mayor parte de los médicos tendrá ocasión de comprobar la precisión de nuestras afirmaciones.

La falta de estadística completa nos impide dar cuenta exacta de la frecuencia del tracoma en Cartagena; mas por los apuntes que tenemos podemos colegir que en nueve años (1908-1917) que llevamos de hacer práctica oftalmológica en la ciudad, hemos asistido algo como trescientos casos de esta enfermedad. Por supuesto que no todos estos enfermos pertenecen a la población cartagenera; pero consideremos que tanto los enfermos que vienen de fuera como los que viven aquí están en contacto con la población sana, e imagínese el peligro que representa para ésta la comunicación con aquella masa de personas (que no es el total) afectadas de enfermedad tan contagiosa como la que nos ocupa.

Es el tracoma enfermedad tan contagiosa y de tan terribles estragos, que no podemos prescindir de dar aquí su sintomatología con fines de vulgarización científica; pues si bien es cierto que estas líneas están destinadas para hombres que saben más de estas cosas que lo que nosotros podemos decirles, también lo es que ellas pueden ser leídas por quienes alguna ventaja encontrarán en reconocer un peligro contra el cual deben precaverse.

Se acostumbra dividir el tracoma en dos formas: *aguda* y *crónica*; mas como esta división se relaciona más bien con la marcha de la enfermedad, quizás es más conveniente para el estudio aceptar la división en forma *papilar* y forma *granulosa*, que tiene la ventaja de ser una división más clínica.

La primera de estas formas está caracterizada por la presencia en la conjuntiva, y sobre

todo en la parte que reviste el párpado superior, de pequeños levantamientos de la membrana, de forma vellosa, que es lo que constituye la *papilla* y da su nombre a la lesión.

La segunda forma se manifiesta por las granulaciones tracomatosas. Son estas granulaciones corpúsculos semiesféricos situados debajo de la conjuntiva, a través de la cual se dejan ver. Son translúcidos, gelatiniformes, comparables, según su estado de desarrollo, a frutos de mora, de frambuesa, o a huevos de peces. Se sitúan invariablemente entre las papillas, donde se las puede reconocer bajo la forma de manchas blanquecinas, del tamaño de una cabeza de alfiler, mucho más perceptibles por medio de un lente de quince a diez y ocho dioptrías de aumento. Por la fuerte adherencia de las conjuntivas a los cartílagos tarsos, las granulaciones no desarrollan allí su forma esférica tan fácilmente como en el fondo del saco conjuntival, o sea en el ángulo diedro formado por el paso de la conjuntiva del párpado al globo ocular. En este ángulo las granulaciones son más aparentes, porque estando la conjuntiva menos adherida, pueden soliviar ésta con facilidad. Sucede pues que los dos elementos constitutivos de la conjuntivitis tracomatosa, granulación y papilla, se muestran indistintamente en los párpados y en los fondos de saco, sólo que las papillas son más aparentes en los tarsos, y las granulaciones en los repliegues conjuntivales. La conjuntiva que cubre el globo del ojo no presenta ni granulación ni papilla; mejor dicho, casi siempre está indemne, salvo los casos de fuerte inflamación,

en que aparece roja y vascularizada. Las papillas hipertrofiadas se sitúan, como hemos dicho, preferentemente en el párpado superior; y tan característico es este signo, que se le toma como diferencial entre la conjuntivitis tracomatosa y la folicular. Si la hipertrofia y el número de las papillas es considerable, el párpado superior se cae ligeramente (ptosis) y presenta un aspecto tal, que sin voltearlo, se puede diagnosticar la lesión. Al voltearlo, se reconocen en él las papillas; y quien una vez ha visto un párpado en esta forma, no puede olvidarlo jamás.

Mas en el trácoma no son tanto las formas de la enfermedad lo que interesa, cuanto las complicaciones. Estas son numerosas y se presentan en diverso grado en los diferentes estados y períodos de la enfermedad, pues todo depende de la marcha y de la intensidad de la afección. Las principales de estas complicaciones interesan la mayor parte de los elementos anatómicos constitutivos del ojo; y así pueden afectar los párpados (incurvaciones), las pestañas (triquiasis), las conjuntivas (xerofarones, xerosis, cicatrices viciosas), la córnea (queratitis, ulceraciones, pannus), el iris, etc., siendo característico de estas complicaciones el propender todas a las perturbaciones visuales o a la pérdida total del ojo.

Por eso creemos que debe penetrar en el espíritu del público no sólo el conocimiento de la enfermedad, sino el de las terribles consecuencias que ella ocasiona; por eso creemos que el Municipio debe ordenar el cumplimiento estricto de ciertas reglas de higiene a los hoteles e im-

ponerlas también en todos aquellos sitios donde existan conglomerados de gentes; y por eso creemos que los encargados de la dirección de la enseñanza deben instalar siquiera un modesto servicio de inspección médica, aunque no sea más que con el fin de evitar el desarrollo del tracoma en las escuelas e internados, porque esta enfermedad una vez declarada tiene el triste privilegio de ser rebelde a la mayor parte de los tratamientos.

TRATAMIENTO

Supuesto que en el tracoma todo es incierto, porque aún se pregunta uno si es contagioso, si hay formas agudas, si satisface la anatomía patológica, si el clamidozoa es en realidad el agente específico de la enfermedad, etc., etc., mayor razón hay para preguntarse: ¿es el tracoma una enfermedad curable? ¿Cuándo se puede decir que está curado?

En relación con la primera pregunta hemos dicho que el tracoma es rebelde a la mayor parte de los tratamientos, lo que no quiere decir que no sea curable; lejos de eso, nosotros creemos que el tracoma sí se cura con tal que el médico ponga en el tratamiento un poco de empeño, de tenacidad y de acierto.

Sin derecho para exhibir grandes estadísticas, podemos afirmar que hemos curado todos aquellos casos de pacientes que han perseverado con nosotros hasta el fin.

El tratamiento del tracoma es más bien cuestión de sistemas que de medicamentos; por eso la generalidad de los autores conviene en

que no se ha de emplear sólo el tratamiento médico, ni exclusivamente el quirúrgico, sino que la mayor parte de las veces el mejor resultado se obtiene con los procedimientos mixtos. A esta conclusión ha llegado el doctor Jacovidés, de Alejandría, que cuenta en su abono el haber tratado más de quince mil casos de tracoma; y a la misma, el doctor Puscarin, profesor libre de Bucarest, a pesar de que él sienta en principio que el único tratamiento posible para el tracoma es el tratamiento quirúrgico.

Tratamiento médico—Ni pretendemos ni tenemos la intención de enumerar los diversos agentes que se han empleado en el tratamiento médico del tracoma, pues si tal cosa deseáramos, necesitaríamos de un infolio para realizarla. Baste para nuestro objeto mencionar los más conocidos, los más usuales y los de empleo más reciente, de esos medicamentos, con ligeras anotaciones acerca de su mérito.

Acido pícrico—Esta sustancia ha sido empleada por Scellingo en una clínica oftalmológica de Roma, en pomadas al título de 2 por 100; y el profesor dicho asegura que el medicamento obra favorablemente en todas las formas de oftalmía granulosa, hasta la desaparición completa de las granulaciones. No tenemos experiencia alguna acerca de esto.

Nitrato de plata—Todos los autores están de acuerdo—y nuestra experiencia lo confirma—en que esta sustancia es el agente más poderoso para cortar las secreciones tracomatosas, como lo hace en la mayor parte de las conjuntivitis de cualquier origen. Su acción es particularmen-

te manifiesta en el período agudo del tracoma, cuando hay abundancia de secreción, o cuando ésta es consecutiva a alguna intervención quirúrgica. En los casos en que sea mal tolerado, se le puede reemplazar por el protargol, el argirol, el silvol, o cualquiera de las preparaciones de plata coloidal. Los mejores resultados se obtienen con las soluciones al 2 por 100.

Sulfato de cobre—Para muchos es el agente específico del tracoma; y su empleo está indicado en las formas poco secretantes de la enfermedad. Se le aplica al estado natural, en la forma de lápices tallados en los cristales, o en la de lápices mitigados, como el lápiz de Ginestous, por ejemplo. Nuestro renombrado y lamentado profesor Galezowtki hace algunos años hizo fabricar uno de estos lápices con base de cianuro de cobre y estovaina, al cual dio el nombre de *cupricina*. Los mejores efectos del sulfato de cobre quizás se obtengan de las soluciones glicerinadas al 1 por 10.

Acetato de plomo—Poderoso antisecretor, pero a condición de que la córnea esté intacta, porque de lo contrario producirá opacidades indelebles en ella.

Acido yódico—Empleado por Schiele en cauterizaciones y preconizado por él con el entusiasmo característico de los enamorados de su propia idea, pero sin que hasta el presente se le puedan atribuir resultados satisfactorios.

Secreción blenorragica—Goldzieher, de Budapest, refiere el caso de una niña de nueve años de edad, que no habiendo podido ser curada por ningún medio, se apeló a infectarle el ojo dere-

cho con secreción gonorreica, como último recurso, lo que dio por resultado que la córnea se aclaró y la conjuntiva volvió a su estado normal. Cree el mencionado autor que este recurso sólo es aplicable *in extremis* y en los casos de pannus muy considerable.

Acido carbónico solidificado—El doctor Montagu Hartson, de Hong-Kong, ha empleado esta sustancia en más de siete mil casos de tracoma; y sostiene, con el peso de su autoridad y su experiencia, que el ácido carbónico sólido es el agente que cura con más rapidez.

Suprimiendo la parte de técnica, por ser ésta inaplicable entre nosotros, nos contentaremos con decir que el autor explica la teoría del tratamiento por el método hiperémico de Bier. La nieve carbónica en el caso que nos ocupa obraría produciendo una hiperemia de la conjuntiva, análoga a la que produce un vendaje compresivo de la rodilla en el caso de un tumor blanco de dicha articulación.

Electrólisis—Preconizada por Wecker, se dice que ha dado buenos resultados en manos de Coppez.

Cusilol—Esta sal, que no es otra cosa que el borocitrato de cobre, ha sido empleada por primera vez por Aalt en colirios del $\frac{1}{2}$ al 3 por 100, con muy buenos resultados. Ultimamente ha sido ensayada por el doctor Tristano, de Palermo, y tan satisfecho se encuentra de su empleo, que a más de declarar que ella puede reemplazar en todo y por todo al sulfato de cobre con grandísimas ventajas, considera que el resultado es tan seguro, que una semana de tratamiento

por el cusilol equivale a un mes de tratamiento por el sulfato de cobre.

El único inconveniente de esta medicación es el de que las soluciones no se conservan por largo tiempo, y hay que reemplazarlas por otras frescas cuando se vean precipitados en el fondo del frasco.

Terminol—Lo que se designa con este nombre es una pomada que corresponde a la siguiente fórmula:

	Gramos.
Citrato de cobre.....	1,50
Alapurini.....	20
Vaselina neutra esterilizada.....	10

Muy elogiada por el profesor Grunet, y más aún por el fabricante, ello ha determinado al doctor Walter para ensayarla; de su ensayo ha concluido este doctor que la tal pomada ni merece tal renombre, ni es superior a la de Pagenstesch en el tratamiento del pannus.

Bacilo búlgaro—Tratamiento inédito, por así decirlo, de un simple práctico, el doctor A. W. Daguet, quien casualmente trató un niño de la siguiente manera:

«Se trataba de un niño de ocho años, atacado de tracoma desde la edad de dos. Su abuelo, que era un excelente médico, lo trataba desde hacía dos años sin haber podido curarlo. A la muerte de éste, el niño fue llevado a la consulta del autor, quien se excusó de tratarlo por no ser oculista; más a instancias de la familia, se decidió a emprender algún tratamiento. Primero ensayó el sulfato de cobre cerca de un año; después, el argirol, el nitrato, el subli-

mado, etc., con los mismos resultados nulos; y entonces tuvo la idea de hacer aplicaciones locales de polvo de bacilo búlgaro. Volteó los párpados y aplicó el polvo sobre la mucosa traqueomatososa, quedándose sorprendido del ningún dolor que esto causara. Desde el principio se manifestó una gran mejoría acentuada por la desaparición de todos los síntomas; y dos meses después de este tratamiento, a razón de dos aplicaciones diarias, el paciente no parecía haber estado enfermo de los ojos.»

Radium. Rayos X. Rayos Finsen—Parece que han dado buenos resultados, sobre todo el primero; pero no son recomendables para el práctico.

En su tesis de doctorado, Greiz, de San Petersburgo (hoy Petrogrado), llega a la conclusión de que el radio en el tratamiento del tracoma es superior a cualquiera otro tratamiento medicamentoso combinado con mecanoterapia, y sobre todo, al tratamiento medicamentoso puro. Para dicho autor, todo tracoma es curable aunque eso no quiere decir que todos queden curados. La ventaja del radio es manifiesta sobre todo en el tracoma de forma granulosa.

Por su parte, el profesor Prokopenko también se manifiesta partidario de los buenos resultados del radio, a cuyos rayos reconoce «una acción bactericida indiscutible. Por su fuerza destructora de los elementos foliculares y su acción bactericida, los rayos del radio disgregan y disuelven el agente patógeno, y devuelven a la conjuntiva su estado normal histológico y funcional.» Por la certeza de la acción, aconseja el

autor que todo médico oculista debe proveerse de un tubo radioactivo para tratar las granulaciones tracomatosas.

Por otro lado, el profesor Fortunati dice que no ha obtenido con el uso del radio resultados satisfactorios, salvo el caso de que se le combine con otros medios (cauterizaciones y mecanoterapia). De donde resulta que en esta cuestión de actualidad, es necesario tomar con reservas los efectos asombrosos, siempre hijos de un entusiasmo sano, pero nada benéfico para los pacientes.

Ionización—Se ha ensayado con las sales de zinc y de cobre, pero aún está al estudio.

Termocaustia y galvanocaustia—Son procedimientos que dan buenos resultados en manos muy hábiles, pero nada recomendables sino en esas condiciones, por su tendencia a cicatrices viciosas.

Tratamiento quirúrgico y mecánico—Mientras que el tratamiento médico se dirige de preferencia al período agudo del tracoma, el período crónico, o el de las lesiones consecutivas a la enfermedad, requieren, por regla general, las intervenciones quirúrgicas o los métodos mecánicos. Entre las primeras contamos:

Escarificaciones—En las granulaciones profusas y de volumen considerable, este procedimiento da muy buenos resultados, mas a condición de que se le emplee combinándolo con diversos tópicos medicamentosos.

Raspado—Puede decirse de este procedimiento que es el que menos desilusiones causa y el que está más al alcance de los prácticos.

El doctor Jacovidés lo ha erigido en método exclusivo en su práctica, que es bastante considerable; y son tan notables los resultados, que en visita reciente que hizo a París, puso a prueba su procedimiento, con muy buenos resultados, en el servicio del profesor Lapersonne, por in-sinuación de este profesor.

El método empleado por el doctor Jacovidés para el tratamiento del tracoma es mitad quirúrgico y mitad médico, por cuanto él hace seguir el raspado, a partir del día siguiente y durante seis a ocho, de cauterizaciones con solución de nitrato de plata al 2 por 100, hasta la desaparición completa de la secreción; y luego emplea el sulfato de cobre bajo la forma de glicerolado al 1 o 2 por 100, según la intensidad de la afección. La operación, por lo demás, nada tiene de extraordinaria, pues consideramos detalles meramente personales las pequeñas variaciones que el autor cree haber introducido en el acto operatorio.

Escisión—La escisión combinada por el método de Heissrath o la escisión simple del tarso por el método de Kunht, son aplicables, según el consejo de Puscarin (Elena) en ciertas formas de conjuntivitis crónica granulosa, en que las granulaciones están localizadas en la región tarsiana. La verdad es que estos métodos sólo pueden ser aplicados por cirujanos oculistas de gran práctica, porque de lo contrario es casi seguro que las manos inexpertas empeorarán la situación de los enfermos.

Como *procedimientos mecánicos* reputamos: la *expresión* del contenido de las granulaciones

por medio de las pinzas de Knapp, Kuhnt y Pilz; el *masaje*, muy recomendado por Panas, y el *cepillado*, ideado y puesto en práctica por primera vez por Manolesco.

Ahora, si hemos de dar nuestra opinión acerca del valor experimental, o mejor dicho, acerca de nuestra experiencia en los diversos procedimientos que hemos mencionado, diremos que nuestra manera de proceder se funda en las reglas siguientes: *período agudo*, con hipersecreción, fotofobia, hiperemia conjuntival, etc.; cauterizaciones con nitrato de plata, previa anestesia y lavados con solución de oxicianuro de mercurio al 1 por 1,000.

Período de estado con poca secreción, granulaciones frambuesas o foliculares, y atenuación de los síntomas precedentes: cepillado o raspado, seguidos de cauterizaciones con preparaciones de cobre mitigadas (glicerolado de sulfato o lápiz de Ginestous). Si las granulaciones no son muy viejas, preferimos el cepillado según la técnica de Puscarin; y si, por lo contrario, se trata de una afección antigua, empleamos el raspado, según la técnica de Darier. Para estas operaciones empleamos anestesia local en los adultos, y general en los niños.

Lesiones consecutivas y complicaciones: las tratamos según su naturaleza. El pannus, por ejemplo, que es la más frecuente de todas y una de las más terribles, lo tratamos por la peritomía, ya sea hecha con incisión o con galvanocauterio.

Por regla general, lo que importa para tener buen éxito en el tratamiento del tracoma, es no abandonar el paciente y escoger concienzuda-

mente, en cada caso, el procedimiento más adecuado. Todos los casos son curables con tal que se llenen cumplidamente los dos deberes profesionales apuntados.

CONCLUSIÓN

Como siempre se ha dicho que prevenir vale más que remediar, creemos que, para poner fin a estas consideraciones, nada mejor podemos hacer que reproducir aquí las reglas de profilaxis que traducimos de la última edición de la obra *Lehrbuch der Augenheilkunde*, del profesor Axenfeld:

«Cuando el paciente esté en capacidad de volver a su trabajo, a la escuela, etc., porque haya desaparecido la secreción, debe durante toda su vida tener para sí su propio baño, toallas, pañuelos, cama y ropa de cama; y en el período agudo, hasta sus propios utensilios de trabajo, de comida, vasos y platos cuando sea posible. Estos últimos sólo podrán volverse a usar previa una escrupulosa limpieza.

«Para la práctica de estas medidas el aislamiento será tanto más conveniente cuanto necesario parezca el uso separado de los objetos comunes. Ahora, particularizando, diremos:

«a) En las casas privadas, clínicas y familias, el aislamiento parece que está de más.

«b) En las aglomeraciones de personas (laboradores, fábricas, orfanatos, etc.) se debe colocar a los tracomatosos en cuarto aparte y aun no permitir el uso indistinto de los útiles en dicho cuarto, a fin de que no se reinfecten los

casos en vía de curación. Por ninguna circunstancia se debe exponer a la infección con tracomatosos ni aun a los sospechosos de tracoma. Si los útiles de lavado y demás se mantienen debidamente separados, puede permitirse a los sospechosos estar con los sanos, o prevenirlos antes de cada contacto con los tracomatosos.

«c) En las escuelas de niños se requieren energías medidas con los enfermos de tracoma. En todo caso, los siguientes puntos de vista se pueden considerar generalmente aplicables:

«1. Los niños que padezcan de tracoma deben retirarse de la escuela, en tanto que no desaparezca la secreción.

«2. Si en una escuela aparece el tracoma, se debe examinar a todos los niños y niñas. Al hacer la confirmación del diagnóstico, se debe evitar el confundir la enfermedad con las *granulaciones escolares* (*Schulfollikeln*) y el simple catarro de la conjuntiva. A los niños tracomatosos se les someterá a tratamiento; y según el caso y el número, se les impedirá asistir a la escuela hasta que no termine el tratamiento adecuado (expresión, masaje, etc.), lo que puede ocurrir dentro de pocas semanas. No obstante, la asistencia a la escuela puede permitirse durante el tratamiento consecutivo—que, para ser perseverante y continuo, requerirá meses,—así como en las formas de tracoma no agudo, pues de otro modo el desarrollo del niño experimentará hondas perturbaciones. Acerca de esto, sin embargo, se debe observar que tales niños deben colocarse en bancos aparte; deben usar solamente sus propios objetos de servicio, y no

tomar parte en los ejercicios gimnásticos y juegos de la comunidad.

«3. En las escuelas infectadas la visita médica se debe repetir de tiempo en tiempo.

«4. Asimismo se debe examinar a los parientes del niño enfermo e instruirlos acerca del peligro de la infección.

«Para todas estas disposiciones se debe prestar, naturalmente, grande atención a la higiene de la habitación.

«Si los médicos, en combinación con las autoridades, despliegan un vivo interés en la lucha contra el tracoma, se puede esperar que se alcanzará con seguridad una supresión de la epidemia. Sólo que este trabajo debe proseguirse de modo uniforme por largos años y de acuerdo con la larga duración de la enfermedad. Igualmente es indispensable establecer un servicio de tracoma en las regiones tracomatosas.»

Ahora, si hemos de atender a nuestras propias necesidades para ver de prevenir los estragos que la infección tracomatosa está haciendo en el país, nos permitiríamos proponer los siguientes medios que no encontramos difícil de poner en práctica:

1º Estimular y formalizar la lucha antitracomatosa por todos los medios posibles.

2º Crear servicios de inspección para las escuelas y colegios, hospicios, orfelinatos, cuarteles y en general para todos los establecimientos de vida común, a efecto de impedir la propagación de la epidemia.

3º Reglamentar eficazmente el movimiento de los puertos, no hasta el abuso en que esta

medida ha sido aplicada en los Estados Unidos, donde los médicos de buque no tienen como criterio diagnóstico más que el *no equivocarse positivamente*, para el efecto de no perder el puesto, sino de modo de evitar la entrada de nuevas personas infectadas.

4º Crear en las clínicas y hospitales oficiales un servicio especial para la asistencia de tracomatosos, donde aun se les pueda aislar en caso que se necesite.

5º Procurar, por el medio más apropiado, que el público aprenda a conocer y cuidar la enfermedad, que es curable en sus comienzos, y así se impedirá de modo más efectivo la propagación del tracoma.

LA QUININA PROFILACTICA

en el ferrocarril de Antioquia.

Por el doctor EMILIANO HENAO M. (de Medellín).

No siendo aún completamente unánime entre los prácticos de los climas tropicales el acuerdo sobre el valor de la profilaxis de la malaria por medio de la quinina, deben tomarse en consideración, al hacer un estudio sobre la materia, las circunstancias topográficas y climatéricas de la región en que se opera, así como las de la frecuencia, calidad y dosis del específico administrado. No es comparable la administración diaria del profiláctico a dosis pequeña con la administración semanal a dosis maciza, ni con su ingestión en días alternados a dosis media, así como no son comparables los efectos de unas mismas dosis en climas de infección intensa y de infección media.

El presente estudio se refiere a la zona del ferrocarril de Antioquia, en una extensión de 109 kilómetros. En esa zona, situada entre los 6 y 7 grados de latitud norte, hay que sostener lucha continua vital y económica con las endemias de la zona tórrida; con todas sus causas propagadoras entre los habitantes de la región, y con hábitos y prejuicios arraigados hondamente por largos años de ignorancia y de incuria.

Comienza la lucha en el ferrocarril desde las orillas del río Magdalena, en Puerto Berrío, a 130 metros sobre el nivel del mar. La vía férrea atraviesa el valle sobre terraplén artificial, casi a nivel, circundado por aguas más o menos detenidas e inundado en las crecientes del invierno, para llegar a la estación Malena, kilómetro 13, que sólo tiene 12 metros de altura sobre Puerto Berrío. En esa vasta planicie corre la quebrada de Malena, superficial y sinuosa, derramándose en extensas ciénagas y sosteniendo grandes superficies enlagnadas o pantanosas antes de desembocar al Magdalena, a algunos kilómetros más abajo de Puerto Berrío. Dejando la llanura, la línea empieza a empinarse con más rapidez desde el kilómetro 15, siguiendo la vecindad inmediata de la quebrada mencionada, y pasando por llenos artificiales en Las Camelias, Cristalina, Sabaletas, Soledad, La Cabaña, Virginias, etc., para subir a la estación de Pavas, kilómetro 47, a 655 metros sobre el nivel del mar. De Pavas desciende al valle del río Nus, cuyo curso no vuelve a abandonar. En el valle del Nus pasa por Caracolí, Gallinazo, San José, Providencia y San Jorge, y llega a Sofía, kilómetro 103, principio de la cordillera de La Quebra, cuyo pie faldea hasta Cisneros, kilómetro 109, a 1,055 metros de altura sobre el mar, y en donde termina la división del Nus, que es el objeto del presente estudio.

En todo este trayecto de diversas alturas la vía férrea establece naturalmente dos regiones distintas en el clima cálido de su zona: la parte baja, de Pavas a Puerto Berrío, en la cual debe

tenerse en cuenta la planicie inundable, encenagada y pantanosa, y la parte alta, que sigue el curso del río Nus.

Siendo la temperatura ambiente y la cantidad de las aguas pluviales elementos tan importantes en el establecimiento de los climas, no parece inoportuno dar algunos datos sobre las principales estaciones del ferrocarril para que el conocimiento del terreno en que se opera sirva de base y punto de partida.

Puerto Berrío, kilómetro 1, a 130 metros sobre el nivel del mar, está situado a orillas del río Magdalena, en terreno gredoso e impermeable, a $6^{\circ}29'17''$ de latitud N. y $0^{\circ}18'50''$ de longitud O. del meridiano de Bogotá. Su temperatura media, hecha abstracción de factores modificadores como el techo metálico de todos sus edificios, es de 28° del centígrado, con variaciones nocturnas de $8^{\circ}6$. Se hace muy sensible esta temperatura con la considerable humedad atmosférica producida por la evaporación en la superficie del río y en la de las lagunas que rodean a la población. Estas lagunas, de considerable extensión, son sostenidas por filtraderos que han servido hasta ahora de lavaderos, y por las aguas lluvias. En las crecientes del río la población se inunda y las lagunas rebosan. Los vientos, en lo general vespertinos, soplan del Norte y pasan por encima de la población, que tiene sus calles situadas oblicuamente respecto a la dirección de ellos. Los huracanes son frecuentes en cierta parte del año, y algunas veces tan peligrosos por lo violentos y repentinos, que no pocas ocasiones han destechado habitaciones y

aun derribado edificios. La cantidad de lluvia del año 1916 fue de 2,931 milímetros, y de 1,799 milímetros en el año anterior. En este último número no están comprendidas las lluvias de enero y febrero, en que no se recogieron datos.

Malena, kilómetro 13, a 142 metros sobre el nivel del mar, es un pequeño grupo de casas situado a orillas de la quebrada de Malena y rodeado de ciénagas y terrenos enlagueados en grande extensión. Sus condiciones climáticas generales son las mismas de Puerto Berrío.

San Rafael, kilómetro 54, es el punto en donde la Empresa tiene su hospital. Está situado a 635 metros sobre el nivel del mar y a unos 40 sobre el de la línea, cuya altura exacta en el poste del kilómetro 54 es de 595 metros. El lugar es una pequeña meseta de una vertiente bastante abrupta de la montaña. La temperatura media es de 25° centígrados, con variaciones nocturnas de 4°5. Reinan en la mayor parte del año los vientos de Sudeste, y hay muy frecuentes y violentos huracanes y tempestades. En su vecindad inmediata hacia el Sur queda la boca del extenso cañón del río Socorro, de empinadas faldas en su desembocadura en el Nus. La lluvia anual en 1916 fue de 2,883 milímetros; en 1915 había sido de 1,998 milímetros, sin contar las de enero y febrero. El terreno es generalmente seco porque su inclinación lo drena.

Caracolí, kilómetro 58, está a 644 metros sobre el nivel del mar. Causa muy buena impresión desde dos kilómetros más adelante el risueño aspecto de sus campos en un vallecito de pequeñas colinas redondeadas y tapizadas de grama,

por en medio de las cuales, ciñendo la población, corre la quebrada de Caracolí. Pero al llegar produce mala impresión la aglomeración de sus casas de madera y cinc en el estrecho filo de una pequeña cuchilla, las cuales dejan a la vista sólo su parte de atrás, sostenida y elevada en pilotes de madera. La temperatura media es de 26° del centígrado. El terreno es húmedo. La cantidad de lluvias es como en San Rafael, que sólo dista 4 kilómetros.

San José, kilómetro 75, a 817 metros de altura sobre el mar, cercana a una extensa abra de muchas aguas corrientes y muchas más estancadas, está sobre terreno arcilloso impermeable. Al frente de la estación, al otro lado del Nus, corre sobre terrenos bajos y gredosos la quebrada de Dolores, de bastante caudal, la que al ser represada en las frecuentes crecientes del Nus, inunda la amplia vega en mucha extensión. Lo mismo sucede con la quebrada de San José, que apenas corre por el abra mencionada al lado de la estación, pero que inunda mucho más aunque es de menos volumen. Hay siempre ciénagas y tierras húmedas en los alrededores de la estación y en las abras mencionadas. La temperatura es, más o menos, la de Caracolí, aunque parece más sofocante por la mucha humedad atmosférica. Reinan muchos vientos, y las lluvias son frecuentes. Esta estación es de bastante movimiento local, tanto porque de ella páрте el camino para Maceo, pueblecito situado hacia el Norte y de bastante tráfico, como por su abundante mercado de maderas de comino, aserradas, con que surte a Medellín.

Providencia, kilómetro 85, a 836 metros sobre el nivel del mar, con temperatura media de 24° del centígrado y variaciones nocturnas de 7°, está en las cercanías de una corriente de agua gredosa, lavadero de mina, en un terreno impermeable y por consiguiente enlagueado.

Cisneros, kilómetro 109, está a 1,055 metros sobre el nivel de mar. Su posición, muy pintoresca y agradable a la vista en la extremidad occidental del valle del Nus y sobre el primer contrafuerte de La Quiebra, es desventajosa por su terreno bajo e impermeable en muchos sitios descubiertos, por sus muchas pequeñas aguas corrientes, por sus filtraderos y desagües más o menos estancados y por sus frecuentes y torrenciales lluvias. En el año de 1916 cayeron 4,156 milímetros de agua, y hubo aguaceros de 141 y de 120. No es exagerado decir que la media anual de lluvia es de 3,000 milímetros. Los edificios son generalmente de madera y techo de cinc.

Por la reseña que precede puede juzgarse lo que sería la línea en su principio con respecto a paludismo y cuando aún no se conocía su medio propagador, que debía de pulular espesamente en toda la extensión de lo que se iba construyendo en medio de bosques y pantanos. Desde los tiempos del señor Cisneros se sentó la fama de Malena, en donde todos enfermaban y la mayor parte morían, y todavía hay quien recuerde la historia de doscientos italianos muertos en poco tiempo y sepultados en Malena, de los doscientos cuatro traídos a los trabajos del ferrocarril en esa época.

Pero ya las cosas han cambiado. Ya hay en la línea relativo *confort*, cómodas habitaciones y pintorescas haciendas con hermosas praderas, y en la actualidad no se le teme tanto al paludismo, porque la Empresa del Ferrocarril lo tiene en cierto modo vencido. La causa de él subsiste, como lo confirman los vastos criaderos de mosquitos que arriba hemos descrito y los casos de fiebres graves y de muertes que produce entre los que no son del personal de la Empresa. En el ferrocarril no sucede lo propio ya, porque se defiende impidiendo las picaduras de los anofelinos con la malla de alambre de sus edificios, y protegiendo su personal con la profilaxis por la quinina.

En los campamentos de los obreros, protegidos con tela metálica, se destruyen cada mañana los mosquitos que se han entrado en la noche, y su número da buena idea climatérica de la región en que está situado el campamento. En corroboración de ello pueden citarse los siguientes puntos, entre los malos de la línea, con el número de los mosquitos capturados del 1º de enero al 31 de julio del corriente año:

Tacamocho...	2,372	mosquitos	destruídos.
Malena.. . . .	2,804	—	—
Calera	1,150	—	—
San José	981	—	—
Providencia...	815	—	—
San Jorge. . . .	394	—	—

En el ferrocarril se ha corroborado plenamente la conocida fórmula de Celli con respecto a infecciones palúdicas y profilaxis mecánica y por la quinina, que recordamos para que nos sirva de base de comparación:

Sin medida alguna hay 33 por 100 infectados.

Con quinina profiláctica sola, 20 por 100 infectados.

Con protección contra los mosquitos únicamente, 2.5 por 100 infectados.

Con protección contra los mosquitos más quinina profiláctica, 1.75 por 100 infectados.

En el gráfico adjunto se notará que la morbilidad malarica del mes de mayo de 1917 se elevó a 2.9 por 100. De esta elevación fue responsable el campamento de La Cruz, kilómetro 24, en donde había por esa época gran número de obreros nuevos empleados en una variante de la línea. Examinado el campamento a causa de los muchos casos de fiebres de esa procedencia y del sorprendente número de mosquitos capturados: 3,158, 3,036, 2,230 en las tres décadas del mes, se halló con ello que la puerta de mallas de alambre que cerraba el vestíbulo del dormitorio se quedaba abierta al salir los peones por la noche.

La otra medida empleada es la profilaxis por medio de la quinina. El 23 de junio de 1914 empezó la quinina profiláctica en el ferrocarril desde Cisneros hasta Puerto Berrío. La morbilidad malarica de la línea estaba en 6 por 100, promedio mensual en 1913, y un poco más alta en 1914, en el mes de junio del cual año había subido a 9.1 por 100. La dosis con que se comenzó fue de veinte y treinta centigramos alternados diariamente, los que se daban por la mañana al empezar el trabajo. Para asegurar la rigurosa distribución se encargó a cada capitán y jefe de

oficina de repartirla cada mañana a sus subalternos, haciéndola ingerir en su presencia bajo la pena de expulsión de la Compañía. La forma escogida fue la de perlititas de sulfato de quinina de Parke Davis, de diez centigramos. El efecto se hizo sentir ya en julio, que dio 7.7 por 100 de morbosidad, y aún más en agosto, en que se rebajó a 4.7 por 100. Del 1º de septiembre en adelante se fijó la dosis en treinta centigramos, con la que se ha seguido diariamente, con excepción de los domingos, en la parte superior de la línea, y sin esa excepción, de Cristalina a Puerto Berrío.

La comparación de los porcentajes mensuales de maláricos del primer semestre de 1914 con los del segundo, muestran el resultado: en el primer semestre, sin quinina, el promedio mensual fue de 6.6 por 100; en el segundo semestre, con quinina, 3.3 por 100.

En 1915 el promedio mensual fue de 1.5 por 100, habiendo habido meses de 1 por 100 y de 1.08 por 100, y a pesar de contar en ese año a diciembre, mes en que se elevó a 3.5 por 100 la morbosidad malárica por haber limitado la profilaxis a los puntos más malsanos de la línea a causa de que estaba al agotarse la quinina.

En todo el año de 1916 estuvo limitada la quinización a los puntos más malsanos, dejándola en la parte baja, solamente de Cristalina a Puerto Berrío, y en la parte alta, únicamente en San José, porque se elevó considerablemente en los Estados Unidos el precio del profiláctico. A pesar de eso se vio siempre el buen efecto que

la medida produce, pues la morbosidad de 1916 en todos los puntos de la línea, quininizados o no, dio 3.3 por 100 mensual de palúdicos, o sea una disminución del 50 por 100 con relación al primer semestre de 1914, en que no se había comenzado la quinización.

En el año de 1917 volvió a darse la quinina profiláctica en toda la línea, con excepción de Cisneros, y a pesar del alza de la morbosidad en mayo, explicada atrás, dio un promedio mensual de 1.6 por 100 hasta septiembre último. Sin la elevación de mayo quizá habría dado en el año mejor resultado aún que en 1915. Y debe tenerse en cuenta que en los siete primeros meses de 1917 hubo muchos obreros nuevos en una variante de la línea, desde La Cruz a La Calera, en la que había gran movimiento de tierra, movimiento que, bien sabido es, aumenta la proporción de los enfermos y aun exalta la intensidad de la malaria.

Se comprueba la intensidad del efecto de la quinización en el ferrocarril con la comparación de las sumas de los porcentajes mensuales de maláricos de cada campamento en 1913 y en 1915.

En 1913 la suma fue.....	1,259.7
En 1915 fue.....	426.7

En los diversos campamentos la comparación demuestra interesantes sorpresas de disminución grande y sostenida y de desaparición completa y estable, así como de resistencia variada. No hará pues difuso nuestro estudio el agregar la lista de los campamentos, en su orden, con la morbosidad de cada uno en los dos años:

Comparación de las sumas anuales de las morbosidades maláricas mensuales.

Kilómetros.		Año.	Año.
		1913.	1915.
1	Puerto Berrío	66,6%	11,5%
3	Bodega de rieles	73,5%	0
9	Tacamocho.....	66,2%	8,3%
13	Malena.....	132,8%	12,4%
14	Campoalegre	93,5%	15,9%
21	Calera	155,7%	0
24	La Cruz.....	74,5%	7,6%
27	Cristalina	168,7%	6,6%
33	Sabaletas	111,5%	14,2%
38	Cabaña	86,6%	11,3%
40	Montecristo	75,9%	32,4%
45	Virginias	58,6%	46,7%
51	Monos	89,4%	22,9%
58	Caracolí.....	91,1%	24,3%
64	Jacobo	71,1%	7,8%
69	Camburó	147,7%	21
75	San José.....	99,1%	53,6%
81	Caramanta.....	86,1%	21,9%
85	Providencia.....	124,4%	19,1%
91	Conejo	72,8%	30,1%
98	Silencio	120,1%	42,9%
103	San Jorge	153,3%	13,2%
109	Cisneros.....	34,5%	26,6%

Con la limitación de la quinina a las partes más malsanas desde diciembre de 1915 subió desde el mismo mes la morbosidad malárica a su antiguo nivel en los puntos en que hubo que suspender la profilaxis.

Así, en La Cabaña, con 0 en los ocho meses anteriores, subió a 5.5 por 100 en diciembre.

En Montecristo, con 0 en los ocho meses anteriores, subió a 10 por 100 en diciembre.

Monos, con 0 en los últimos siete meses, dio 7.7 por 100 en diciembre.

Caracolí, con un enfermo en los diez meses anteriores, dio 4 por 100 en diciembre.

En Jacobo, que en catorce meses no había habido casos de malaria, subió a 4 por 100 en diciembre.

Conejo, con 0 en los últimos nueve meses, dio 23.5 por 100 en diciembre.

En agosto de 1916 no hubo quinina profiláctica en ningún campamento: la morbosidad malárica de la línea toda fue 7.1 por 100.

Con respecto a la dosis establecida de treinta centigramos no ha habido sino dos variaciones: una, temporal, en Puerto Berrío, y la otra, estable, en San José.

En Puerto Berrío se empezó a desecar una de las lagunas como trabajo preliminar del saneamiento de la población. Allí se consiguieron peones de toda clase, los primeros venidos, casi todos nuevos, y muchos no en las mejores condiciones de salubridad, los que trabajaron sumergidos en la laguna con el agua hasta la cintura al principio. Se les administró la quinina a la dosis de cincuenta centigramos diarios durante los cinco meses que duró el trabajo entre el agua y rodeados los obreros de enjambres de mosquitos, con el resultado de no haber habido en ese tiempo ni un solo caso de malaria entre ellos.

En San José no pudo dominarse la malaria con la dosis de treinta centigramos. De julio a diciembre de 1914 dio, mes por mes: 18, 9.5, 7.6, 17.1, 15.1 y 18.7 por 100. En el año de 1915 dio 5.8, 0, 0, 10, 4.3, 6.8, 1.6, 2.6, 4.3, 5.6, 5 y 7.6 por 100, es decir, un promedio mensual de 13.5 por 100, mucho mayor que el de 8.2 por 100 que había dado en 1913. Observando además del alto

número que desde julio de 1915 las morbosidades mensuales iban formando escala ascendente, lo que demostraba la ineficacia de la dosis, pues que no había producido descenso ni desde el principio, y habiendo la seguridad de la administración rigurosa de la quinina, se elevó ésta a cuarenta centigramos desde febrero de 1916, con el siguiente resultado: febrero, 0; marzo, 0; abril, 0; mayo, 0; hasta junio, en que se acabó la quinina en ese punto. Se estableció pues permanentemente en San José la dosis de cuarenta centigramos, único punto de la línea que la tiene, y ha continuado satisfactorio el resultado.

En los tres años y tres meses de profilaxis, cumplidos en septiembre del corriente año, no se ha observado efecto pernicioso ni otro alguno perturbador del funcionamiento fisiológico producidos por la quinización, ni ha habido necesidad de elevar la dosis establecida para alcanzar el resultado profiláctico buscado, así como tampoco se ha encontrado resistencia distinta a la ordinaria en el tratamiento de los casos de malaria que han ocurrido en los quinizados y que han sido tratados con la misma quinina. En los cuadros mensuales de enfermedades tratadas en el Hospital de San Rafael no se halla enfermedad alguna que pueda atribuirse a efecto de la quinina; y en el gráfico de la malaria que acompaña a este estudio se ve el efecto sostenido de la medida profiláctica con una misma dosis, comentado en las notas que preceden.

Se ha sostenido que la quinización produce costumbre y por consiguiente resistencia al fin

para la profilaxis, lo mismo que para el tratamiento de la malaria con la quinina. Con cuidado se ha buscado este factor de la resistencia, prevenidos de antemano con el importante trabajo publicado en las *Memorias del Instituto Oswaldo Cruz*. Según dicho estudio, los doctores Neiva y Chagas, de reconocida autoridad, empezaron a notar en el Brasil la resistencia mencionada a los ocho meses de quinización, resistencia no sólo a la profilaxis sino al tratamiento. La zona en que operaron es muy semejante a la nuestra en el ferrocarril de Antioquia; el personal de éste es también mixto como el del Brasil a que se hace referencia, es decir, que hay en la misma zona un personal quinizado, que son los obreros, y otro no, que lo forman sus familias y los vecinos, personal este último que en ambas zonas es muy buena fuente de contagio y que en la del ferrocarril tiene un índice endémico de bazo entre los menores de diez años de 54.1 por 100 como promedio de los diversos puntos de la vía. Lo único que ha variado en las dos zonas es la dosis y su modo de administración como profiláctica. En el Brasil se comenzó con treinta centigramos diarios en unos puntos y con cincuenta en otros, dosis esta última administrada cada tres días. Estas dosis variaron después, elevándola de treinta y disminuyendo poco a poco el intervalo en la de cincuenta, primero a dos días, para luego quedar diaria en algunos campamentos.

Entre nosotros la quinina se ha administrado diariamente y a una dosis sostenida, como se dijo atrás, y la resistencia que se encontró en San José no fue debida sino a dosis inicial

insuficiente, porque después de llegados a los cuarenta centigramos bajó por primera vez y ha continuado la malaria reprimida, siempre dentro de los límites que tiene esta profilaxis. Refiriéndose el autor del trabajo mencionado a la resistencia al tratamiento, dice al final:

«Hasta en la enfermería observámos que los enfermos de las zonas citadas presentaban mayor resistencia al específico, principalmente los de los kilómetros 54 y 47, habiéndose necesitado emplear en ellos mayores dosis que en la mayor parte de los enfermos de otras procedencias.»

Hemos estudiado este punto considerando que la intensidad de la infección malárica se revela:

a) En el número de días de tratamiento necesarios para desalojar la fiebre, y de consiguiente en el número de estancias en el hospital.

b) En la cantidad del específico necesaria para llegar a ese mismo resultado.

c) En la altura de la temperatura, comparada.

d) En la mortalidad; y

e) En las recaídas.

a) En el año de 1916 dio Puerto Berrío 70 casos de malaria con trescientos veintiún días de tratamiento; San José, 30 casos, con ciento cuarenta y nueve días de hospital; Conejo, kilómetro 91, 27 casos, con ciento veinte días, y Cisneros, 71 casos, con doscientos noventa y tres días, o sea 4.5, 4.7, 4.4 y 4.1 promedio de estancias, respectivamente.

Visto el número promedio de hospitalidades de cada una de estas estaciones, escogidas entre

las más malsanas, las tres primeras, y la menos mala la última, en todo un año y después de año y medio de quinización preventiva, no parece necesario buscar las hospitalidades de un año sin quinina en los mismos puntos, para establecer comparación del tiempo necesario para tratar las fiebres en los dos casos, en el ferrocarril.

b) La dosis curativa no ha variado ni en la cantidad administrada cada vez, ni en el total en las veinticuatro horas, con respecto a la que se empleaba antes de la profilaxis con el mismo fin.

c) Aunque no se tiene el dato termométrico de todos los casos, puede asegurarse que las fiebres de muy alta temperatura, las hiperpiréticas, desaparecieron en la empresa.

d) En los cuadros nosológicos del Hospital de San Rafael, publicados cada año, se encontrará que :

En 1914 hubo tres casos de fiebre perniciosa, uno muerto.

En 1915 ningún caso.

En 1916 dos casos sin muerte.

Y en 1917 ningún caso.

Eliminados los tres casos de 1914, así:

Uno, perniciosa hiperpirética, de Caracolí, ocurrido en marzo sin empezar aún la profilaxis.

Uno, perniciosa hiperpirética, de San José, el 6 de julio, en obrero quinizado con dosis insuficiente, como se explicó atrás.

Uno, perniciosa hiperpirética, de Cisneros, en septiembre 6, con muerte el 7, porque el obrero, carrero de uno de los empleados, no tomaba el profiláctico por negligencia del jefe.

Este caso de muerte sirvió de estímulo y le

hizo dar gran vuelo a la profilaxis entre los obreros.

En febrero del mismo año había ocurrido un caso de fiebre hemoglobinúrica.

En 1915 ocurrió otro caso de fiebre hemoglobinúrica en un empleado de categoría del taller de Cisneros, quien no tomaba la quinina con regularidad.

En 1916 los dos casos ocurrieron en un obrero de Puerto Berrío y en otro carrero de Cisneros, quienes no tomaban la quinina, y que después del peligro han sido de los asiduos y constantes en tomarla, sin haber vuelto a enfermar.

En 1917 no ha ocurrido caso alguno ni de perniciosa ni de hemoglobinuria.

e) Sobre este punto hay que atenernos a los datos de morbosidad malárica que indican, como se ve en el gráfico, gran disminución, porque en las empresas industriales es imposible seguir en el hospital el tratamiento riguroso de la malaria hasta llegar a la desinfección total del organismo.

Como nota final económica agregamos el costo de la quinización durante el tiempo a que se refiere este estudio. Debe tenerse en cuenta que la forma de la quinina escogida es la más cara, y que su valor subió considerablemente a causa de la guerra europea, circunstancia que obligará probablemente a la Empresa del Ferrocarril a suspender temporalmente la quinina profiláctica en el año de 1918.

Gasto y precio de la quinina.

					Precio normal
En 1914..	220,000	perlitas, por valor de \$	330 90	oro...\$	330 90
En 1915..	500,000	"	"	885 .. "	885 ..
En 1916..	353,600	"	"	1,247 86 "	625 87
En 1917..	456,000	"	"	1,790 .. "	807 12
Total..	1,529,600	"	"	4,253 76	\$ 2,648 89

Desde el punto de vista económico únicamente la quinización profiláctica no es mala operación financiera. Si no se hubiera administrado quinina profiláctica en los ocho meses transcurridos de este año hasta agosto, habría enfermado de malaria *al menos* el 6 por 100 del personal, como se ve en el gráfico, es decir, 703 obreros, los que habrían dado 2,885 estancias, cuyo valor al precio promediado de \$ 0,443, habría hecho subir el costo total a \$ 1,278-05. Se ve bien la operación en el siguiente cuadro:

Comparación del costo de la malaria, con profilaxis y sin ella, en el ferrocarril de Antioquia.

Año	Promedio del personal.	Enfermos de malaria.	Promedio de estancias en el hospital.	Total de estancias.	Valor de la estancia.	Valor de todas las estancias.	Valor de la quinina profiláctica al precio normal.	Total del costo
1915	854	6%	4.6	2386	\$ 0.643	\$1534.19	0	\$1534.19
		1.5%	4.6	755	0.643	485.46	\$ 885.00	1370.00
1917 (8 meses).	1466	6%	4.1	2885	\$ 0.443	\$1278.05	0	\$1278.05
		1.6%	4.1	837	0.443	370.79	\$ 807.12	1177.91

Del estudio que precede concluimos:

1º La profilaxis de la malaria por medio de la quinina es efectiva.

2º La dosis que debe emplearse es la de 30 centigramos diarios con descanso dominical, generalmente, y sin tal descanso en las regiones más insalubres. Deben reservarse las dosis mayores para casos excepcionales.

3º La quinina profiláctica diaria a la dosis de 30 centigramos no produce perturbación en el funcionamiento orgánico fisiológico, como tampoco hace a los hematozoarios más resistentes al tratamiento de la malaria.

4º La quinina profiláctica debe emplearse en todas las regiones en donde reine el paludismo.

5º En el Congreso de la República debe empezarse a estudiar la manera de crear la «quinina del Estado,» para poderla suministrar gratis a los niños de las escuelas y a los pobres de las regiones maláricas, de acuerdo con la reglamentación del profesor Celli en Italia; y disponer que las compañías y empresas industriales de esas regiones la suministren también gratis y científicamente a sus obreros.

6º El Gobierno debe hacer obligatoria la instrucción antimalárica en todas las escuelas elementales de la Nación.

ESTADISTICA

de los casos operados en la clínica particular SANTA LUCÍA, de Bogotá, del doctor MANUEL ANTONIO CUÉLLAR DURÁN.

Señores miembros de la Academia Nacional de Medicina.

Tengo el honor de presentar a esa ilustrada corporación la estadística de intervenciones quirúrgicas practicadas en mi clínica de *Santa Lucía*, desde el 1º de mayo de 1919 hasta el 30 de abril de 1920. En la mayor parte de estas intervenciones he sido hábilmente ayudado por mi interno señor don Luis Merizalde.

Las intervenciones que no son de los órganos de los sentidos, fueron practicadas por el doctor RAFAEL UCRÓS.

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

1. N. N., de cuarenta años, natural de Zipaquirá, procedente de Bogotá, soltera, sirvienta:

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pterigio interno del OD.

Pronóstico: bueno.

Tratamiento (mayo 1º de 1919): con anestesia local por la cocaína se extirpó el pterigio.

Resultado: curación.

2. N. N., de veintidós años, natural y procedente de Zipaquirá, soltera, sirvienta.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pingüecula del OI.

Pronóstico: bueno.

Tratamiento (mayo 7 de 1919): con anestesia local por la cocaína se extirpó el pequeño tumor.

Resultado: curación.

3. N. N., de cincuenta y cinco años, natural y procedente de Bogotá, viuda, costurera.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: catarata senil doble.

Tratamiento (mayo 13 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la operación, que consistió en una extracción combinada del cristalino en el OD.

Resultado:

OD= + 10

OI=Catarata

V=5/15

4. N. N., de setenta años, natural y procedente de Bosa, casada y jornalera.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: catarata senil doble.

Pronóstico: bueno.

Tratamiento: se practicaron dos intervenciones; la primera el 13 de mayo de 1919 y la segunda el 10 de junio de 1919, las cuales consistieron en la extracción combinada del cristalino.

Resultado:

OD=

+ 11 V=5/30

OI=

5. N. N., de cuarenta y cinco años, natural de Zipaquirá, procedente de Bogotá, soltera, sirvienta.

Antecedentes: sin importancia,

Diagnóstico: pterigio interno del OI.

Pronóstico: bueno.

Tratamiento (mayo 15 de 1919): con anestesia local por la cocaína se extirpó el pterigio.

Resultado: curación.

6. N. N., de sesenta años, natural de Bogotá, viudo, jornalero.

Datos importantes: hace más de un año le hicieron la extracción combinada del cristalino del OD.

Diagnóstico: catarata senil del OI,

Tratamiento (mayo 19 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino del OD.

Resultado:

$$\begin{array}{l} \text{OD} \\ = +V = 5/25 \\ \text{OI} \end{array}$$

7. N. N., de sesenta y cinco años, natural y procedente de Carnicerías, casado y agricultor.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: catarata senil doble.

Tratamiento (mayo 20 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino del OI.

Resultado:

$$\begin{array}{l} \text{OD} = \text{Catarata} \\ V = 5/15 \\ \text{OI} = +18 \end{array}$$

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

Datos importantes: el 6 de mayo de 1919 fue operada para una catarata del OI.

Diagnóstico: catarata senil del OD.

Tratamiento (mayo 20 de 1916): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino del OD.

Resultado:

$$\begin{aligned} \text{OD} &= 11 \\ + \quad V &= 5/15 \\ \text{OI} &= 10 \end{aligned}$$

9. N. N., de cuarenta y tres años, natural de Soatá, procedente del Cocuy, casado, cantero.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: tumor maligno (epitelioma?) de la parte externa de la conjuntiva bulbar del OD.

Tratamiento (mayo 22 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extirpación del tumor, teniendo cuidado de cicatrizar con el termocauterío toda la base de la implantación.

Resultado: curación.

10. N. N., de cincuenta y cinco años, natural de Pesca, procedente de Bogotá, viuda, cargadora.

Datos importantes: desconocidos.

Diagnóstico: iridociclitis de origen conjuntival en el OD y ligeros signos simpáticos en el OI.

Pronóstico: reservado.

Tratamiento (mayo 28 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo la enucleación del OD.

Resultado: curación y desaparición completa de los signos simpáticos.

11. N. N., de cuarenta años, natural y procedente de Garagoa, casado y jornalero.

Datos importantes: su enfermedad es de origen traumático.

Diagnóstico: iridociclitis del OI y ligeros signos simpáticos del OD.

Pronóstico: reservado.

Tratamiento (junio 5 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo la enucleación del OI.

Resultado: curación con desaparición de los signos simpáticos.

12. N. N., de sesenta y dos años, natural y procedente de Bogotá, casada.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: catarata senil doble.

Tratamiento (junio 6 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino del OD.

Resultado:

OD = +9

V = 5/15.

OI = Catarata.

13. N. N., de doce años, natural y procedente de Topaipí.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: quiste dermoide de la cola de la ceja derecha.

Tratamiento (junio 13 de 1919): con anestesia local (nontoxo). Se hizo la extirpación del tumor.

Resultado: curación.

14. N. N., de sesenta años, natural y procedente de La Mesa, soltera y sirvienta.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: glaucoma crónico doble.

Pronóstico: reservado.

Tratamiento (junio 13 de 1919): después de haber sido sometida a un tratamiento tendiente a hacer bajar la tensión, se operó haciendo una iridectomía antiglaucomatosa en ambos ojos.

Resultado: curación.

15. N. N., de sesenta años, natural de Cogua, procedente de Pacho, casado, agricultor.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: catarata senil del OD.

Tratamiento (junio 18 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino.

Resultado:

OD = +10 V = 5/15.

OI = principio catarata.

16. N. N., de cincuenta y cinco años, natural y procedente de Tota, casado, agricultor.

Datos importantes: su enfermedad es de origen infeccioso, probablemente gonocócico.

Diagnóstico: Iridociclitis doble con catarata secundaria del OD.

Tratamiento (junio 17 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino del OD, en la cual se salió una pequeña cantidad de humor vítreo.

Resultado: el enfermo no mejoró absolutamente nada.

17. N. N., de diez y ocho años, natural de La Mesa, soltera, empleada.

Datos importantes: cuando pequeña tuvo una infección iridociliar secundaria a una conjuntivitis y debida a la cual perdió la visión.

Diagnóstico: iridociclitis del OD.

Pronóstico: reservado.

Tratamiento (junio 17 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo la enucleación del OD.

Resultado: curación.

18. N. N., de sesenta y cuatro años, natural y procedente de Tocaima, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: glaucoma crónico doble complicado de catarata glaucomatosa del OD.

Pronóstico: reservado.

Tratamiento (junio 25 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la iridectomía antiglaucomatosa en el OI y la extracción combinada del cristalino en el OD.

Resultado: curación.

19. N. N., de veinte años, natural y procedente de Fusagasugá, soltera, sirvienta.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: opacidad de la córnea izquierda consecutiva a una úlcera de origen conjuntival.

Tratamiento (julio 1º de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo una iridectomía óptica del OI.

Resultado: curación.

20. N. N., de cuarenta y cinco años, natural y procedente de Bogotá, casada, sirvienta.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: epiteloma (?) de la parte externa de la conjuntiva bulbar del OI.

Tratamiento (julio 3 de 1919): con anestesia local por el nontoxo se hizo la extirpación completa del tumor y se cicatrizó la base de implantación con el termocauterio.

Resultado: curación.

21. N. N., de veinticinco años, natural y procedente de Tocaima, soltero, agricultor.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pterigio interno del OI.

Tratamiento (julio 4 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extirpación del pterigio.

Resultado: curación.

22. N. N., de cincuenta años, natural de Une, procedente de Armenia, casado, agricultor.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pterigio interno de ambos ojos.

Tratamiento (julio 12 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo una iridectomía óptica externa, por haberse juzgado que era en la parte de la córnea donde estaba implantado el pterigio del OD. El 22 de julio de 1919 se hizo la extirpación de ambos pterigios con anestesia local por la cocaína.

Resultado: curación.

23. N. N., de dos años y medio, natural y procedente de Zipaquirá.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: glicoma de la retina del OD.

Tratamiento (julio 16 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se enucleó el ojo

enfermo, teniendo cuidado de extirpar la mayor cantidad posible de nervio óptico.

Resultado: curación.

24. N. N., de cincuenta y cuatro años, natural y procedente del Guamo, soltera y sirvienta.

Datos importantes: hace dos años tuvo una conjuntivitis de Weeks y una úlcera secundaria de la córnea.

Diagnóstico: mancha cicatricial central de la córnea.

Tratamiento (julio 19 de 1919): con anestesia local por la cocaína se practicó una iridectomía óptica.

Resultado: curación.

25. N. N., de sesenta años, natural y procedente de Bogotá, casada y sirvienta.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: glaucoma agudo del OD.

Tratamiento (julio 22 de 1919): después de haber estado sometida durante quince días a un tratamiento con eserina con el fin de bajarle la tensión se le practicó una iridectomía óptica.

Resultado: curación.

26. N. N., de treinta y cinco años, natural y procedente de Bogotá, casada, costurera.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pterigio interno doble.

Tratamiento (julio 24 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extirpación de ambos pterigios.

Resultado: curación.

27. N. N., de treinta y ocho años, natural y procedente de Las Mesitas, soltera y jornalera.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pterigio interno doble.

Tratamiento (julio 29 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extirpación de ambos pterigos.

Resultado: curación.

28. N. N., de cincuenta y cinco años, natural de Pesca, viuda, cargadora.

Datos importantes: hace dos meses se le hizo la enucleación del OD por una iridociclitis.

Diagnóstico: pterigio interno del OI.

Tratamiento (agosto 4 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extirpación del pterigio.

Resultado: curación.

29. N. N., de sesenta y siete años, natural y procedente de Chiquinquirá, viuda y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: hace nueve años le hicieron la extracción combinada del cristalino del OD para una catarata; hubo una iridociclitis postoperatoria.

Diagnóstico: catarata senil del OI.

Tratamiento: con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino del OI (agosto 7 de 1919).

Resultado:

OD

V=5/15.

OI= + 12.

30. N. N., de sesenta años, natural de Tunja, soltera, sirvienta.

Datos importantes: hace diez años tuvo un traumatismo del OD y desde entonces comenzó a perder la visión.

Diagnóstico: catarata traumática del OD.

Tratamiento (agosto 12 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino.

Resultado:

$$\begin{aligned} \text{OD} &= +11 \\ & \quad V=5/15 \\ \text{OI} &= \end{aligned}$$

31. N. N., de veinticinco años, natural de Neiva y procedente de Tena, soltera y sirvienta.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: glaucoma crónico del OI.

Tratamiento (agosto 14 de 1919): después de un tratamiento por la eserina se hizo una iridectomía antiglaucomatosa en tres tiempos, con anestesia local por la cocaína.

Resultado: curación:

32. N. N., de sesenta años, natural de Girón, viuda y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: hace diez años tuvo un traumatismo del OI.

Diagnóstico: catarata senil del OD e iridociclitis del OI.

Tratamiento (agosto 22 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino del OD.

Resultado:

$$\begin{aligned} \text{OD} &= +11 \\ & \quad V=5/15. \\ \text{OI} &= \end{aligned}$$

33. N. N., de veinte años, natural de Bribeño, procedente de Chiquinquirá, soltero y agricultor.

Datos importantes: hace diez años tuvo un traumatismo del OD.

Diagnóstico: iridociclitis del OD con ligeros signos simpáticos en el OI y complicado con fenómenos glaucomatosos.

Tratamiento (agosto 22 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo la enucleación del OD.

Resultado: curación.

34. N. N., de cuatro años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes: hace año y medio tuvo un traumatismo del OD.

Diagnóstico: Iridociclitis traumática del OD.

Tratamiento (agosto 26 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se le hizo la enucleación del OD.

Resultado: curación.

35. N. N., de treinta y cinco años, natural y precedente de Soacha, casada y costurera.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pterigio interno del OI.

Tratamiento (septiembre 1º de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extirpación del pterigio.

Resultado: curación.

36. N. N., de ocho años, natural y procedente de Usme.

Datos importantes: hace ocho días tuvo un traumatismo del OI.

Diagnóstico: iridociclitis traumática del OI.

Tratamiento (septiembre 5 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo la enucleación del OI.

Resultado: curación.

37. N. N., de sesenta años, natural y procedente de Bogotá, casada y sirvienta.

Datos importantes: hace dos meses se le hizo una iridectomía antiglaucomatosa, después de la cual estuvo muy bien durante varios días; después reaparecieron los síntomas del glaucoma con tensión sumamente elevada.

Diagnóstico: glaucoma absoluto del OD.

Tratamiento (septiembre 11 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se le hizo la enucleación del OD.

Resultado: curación.

38. N. N., de sesenta años, natural y procedente de Zipaquirá, viuda y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: catarata senil doble.

Tratamiento (septiembre 11 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino del OD.

Resultado:

$$\text{OD} = +10 \quad \text{V} = 5/20$$

$$\text{OI} = \text{Catarata}$$

39. N. N., de sesenta años, natural y procedente de Bogotá, soltero y comerciante.

Datos importantes: hace tres años se le hizo la extracción combinada del cristalino del OD.

Diagnóstico: catarata senil del OI.

Tratamiento (septiembre 17 de 1919): con anestesia local por la cocaína se le hizo la extracción combinada del cristalino del OI.

Resultado:

$$\text{OD} = +11 \quad \text{V} = 5/20$$

$$\text{OI} = +10$$

40. N. N., de cuarenta y cinco años, natural y procedente de Bogotá, casada, costurera.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: glaucoma agudo del OD.

Tratamiento (septiembre 25 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo una iridectomía antiglaucomatosa.

Resultado: mejoría.

41. N. N., de sesenta años, natural de Pasto, procedente de Bogotá, jesuíta.

Datos importantes: hace dos años tuvo un desprendimiento del lado temporal de la retina en el OI.

Diagnóstico: catarata secundaria a un desprendimiento de la retina.

Tratamiento (septiembre 29 de 1919): después de haberse sometido durante un año a un tratamiento de bicloruro de mercurio aplicado en inyecciones subconjuntivales en solución al 1/5000, se le hizo la extracción combinada del cristalino con anestesia local por la cocaína.

Resultado: la visión no mejoró nada, la tensión disminuyó y los demás fenómenos desaparecieron por completo.

42. N. N., de sesenta y ocho años, natural de Tunja, procedente de Ambalema, casado y hacendado.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: catarata senil doble.

Tratamiento (octubre 2 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino del OD.

Resultado:

OD = +12 Cerca +16

V = 5/25

OI = Catarata

43. N. N., de veintiocho años, natural y procedente de Tunja, soltero, mecánico.

Datos importantes: hace cuatro años tuvo un traumatismo en el OD.

Diagnóstico: iridociclitis traumática del OD complicada de hipertensión del OI.

Tratamiento (octubre 2 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo una iridectomía antiglaucomatosa en tres tiempos en el OD.

Resultado: la mejoría de la visión fue poco apreciable.

44. N. N., de sesenta años, natural de Zipaquirá y procedente de Bogotá, viuda y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: catarata senil doble.

Tratamiento (octubre 3 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino del OI.

Resultado:

OD=Catarata
 $V=5/25$
 OI=+ 9

45. N. N. de cincuenta años, natural de Cajicá, procedente de Bogotá, viuda y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: catarata senil del OI.

Tratamiento (octubre 3 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino del OI.

Resultado:

OD=Principio catarata
 $V=5/25$
 OI=+11

46. N. N., de cincuenta y seis años, natural y procedente de Usme, casado y agricultor.

Datos importantes: hace dos años tuvo una conjuntivitis de origen gonocócico en el OI, motivo por el cual se le extrajo el ojo.

Diagnóstico: opacidad central de la córnea del OD consecutiva a una úlcera complicada.

Tratamiento (octubre 3 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo una iridectomía óptica.

Resultado: la visión mejoró bastante.

47. N. N., de cuatro años, natural y procedente de Cucunubá.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: catarata congénita en el OD.

Tratamiento (octubre 5 de 1919): con anestesia local por la cocaína y previa dilatación de la pupila por medio de la atropina, se hizo la extracción simple del cristalino.

Resultado:

$$\begin{array}{l} \text{OD} = +9 \\ \qquad \qquad \qquad \text{V} = 5 \\ \text{OI} = \end{array}$$

48. N. N., De veinticinco años, natural y precedente de Bogotá, casada, empleada.

Datos importantes: hace algún tiempo tuvo una conjuntivitis doble que le ulceró ambas córneas.

Diagnóstico: manchas centrales cicatriciales en ambas córneas.

Tratamiento (octubre 17 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo en cada ojo una iridectomía óptica.

Resultado: curación.

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

Datos importantes: hace un año tuvo una conjuntivitis del OI complicada de ulceración de la córnea e iridociclitis.

Diagnóstico: catarata secundaria a una iridociclitis.

Tratamiento (octubre 23 de 1919): con anestesia local por la cocaína se operó el OI haciendo la extracción combinada del cristalino del OI.

Resultado: la operación no dio ningún resultado visual.

50. N. N., de cuarenta años, natural y procedente de Bogotá, casado, comerciante.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: glaucoma agudo del OI.

Tratamiento (octubre 24 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo una iridectomía antiglaucomatosa.

Resultado: Mejoría bastante apreciable.

51. N. N., de cincuenta y dos años, natural y procedente de Neiva, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: atrofia del globo ocular derecho, debida probablemente a un glaucoma crónico.

Tratamiento (noviembre 7 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo la enucleación del OD.

Resultado: curación.

52. N. N., de quince años, natural de Soacha, procedente de Bogotá, empleado de teléfonos.

Datos importantes: hace un mes tuvo un traumatismo del OD.

Diagnóstico: herida penetrante del globo ocular con hernia del iris.

Tratamiento (noviembre 7 de 1919): con anestesia local por la cocaína se cicatrizaron con el termocauterío los bordes de la herida después de recortar el pedacito de iris herniado. Como los síntomas no mejoraran, se resolvió la enucleación con anestesia general por el cloroformo el 2 de diciembre de 1919.

53. N. N., de treinta y cinco años de edad, natural de Gigante, procedente de Funza, soltero y agricultor.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pterigio interno del OD.

Tratamiento (noviembre 9 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extirpación del pterigio, aplicando en seguida el termocauterío en el punto de aplicación sobre la córnea.

Resultado: curación.

54. N. N., de cincuenta y dos años, natural y procedente de Bogotá, religiosa.

Datos importantes: hace nueve meses se le hizo la extracción combinada del cristalino en el ojo izquierdo.

Diagnóstico: catarata senil del OD.

Tratamiento (noviembre 9 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino del OD.

Resultado:

OD =

= +9 V = 5/25

OI

55. N. N., de treinta y ocho años, natural de Mosquera, casada, sirvienta.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: orzuelo del párpado inferior del ojo derecho.

Tratamiento (noviembre 13 de 1919): con anestesia local por la cocaína se extirpó el pequeño tumor.

Resultado: curación.

56. N. N., de veintiséis años, natural de La Mesa, procedente de Magangué, soltero, telegrafista.

Datos importantes: hace cuatro años que viene sufriendo de sífilis.

Diagnóstico: queratitis intersticial doble de origen específico.

Tratamiento (noviembre 14 de 1919): después de un largo tratamiento con la atropina y la pomada amarilla de mercurio y el 914, se hizo una iridectomía óptica en el OI.

Resultado: la visión mejoró notablemente.

57. N. N., de cincuenta y dos años, natural de Fómez, procedente de Quipile, presbítero.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: catarata central del OD.

Tratamiento (noviembre 14 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino del OD.

$$OD = +11$$

$$V = +5/15$$

$$OI =$$

58. N. N., de sesenta años, natural de Socotá, procedente de Bogotá, viuda y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: catarata senil del OD.

Tratamiento (noviembre 22 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino del OD.

Resultado:

OD = + 10

V = 5/15

OI =

59. N. N., de cincuenta y dos años, natural y procedente de Zipaquirá, soltera y costurera.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: catarata senil del OI.

Tratamiento (noviembre 25 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino del OI.

Resultado:

OD = Principio catarata

V = 5/20

OI = + 10

60. N. N., de cincuenta y nueve años, natural y procedente de Neiva, casado, agricultor.

Datos importantes: hace cuatro años le operaron una catarata del OD.

Diagnóstico: glaucoma absoluto del OI.

Tratamiento (diciembre 2 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo la enucleación del OI.

Resultado: curación.

61. N. N., de cuarenta y tres años, natural de Usme, procedente de Bogotá, viuda y lavandera.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: catarata senil doble.

Tratamiento (diciembre 4 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino del OD.

Resultado:

$$OD = +10 \quad V = 5/15$$

OI = catarata

62. N. N., de cuarenta y dos años, natural y procedente de Guatavita, soltera y costurera.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: catarata senil del OD.

Tratamiento (diciembre 12 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino del OD.

Resultado:

$$OD = +9 \quad V = 5, 15$$

OI = catarata

63. N. N., de setenta años, natural de Fómeque, procedente de Bogotá, viuda y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: catarata senil doble.

Tratamiento (diciembre 23 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino del OI.

Resultado:

$$OD = \text{Principio catarata} \quad V = 5/20$$

OI = +10

64. N. N., de treinta y un años, natural y procedente de Serrezuela, casada y lavandera.

Datos importantes: cuando pequeña tuvo una infección gonocócica del OI, que cedió al tratamiento.

Diagnóstico: iridociclitis de origen conjuntival del OI.

Tratamiento (diciembre 29 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo la enucleación del OI.

65. N. N., de sesenta y tres años, natural y procedente de Villeta, casado y agricultor.

Datos importantes: hace un mes tuvo un traumatismo en la región frontal derecha.

Diagnóstico: glaucoma agudo traumático del OD.

Tratamiento (diciembre 30 de 1919): con anestesia local por la cocaína se hizo una iridectomía antiglaucomatosa en el OD, en tres tiempos.

Resultado: curación.

66. N. N., de diez y nueve años, natural y procedente de Subachoque, soltero y agricultor.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: angioma conjuntival externo del OD.

Tratamiento (diciembre 30 de 1919): con anestesia local por el nontoxo se hizo la extirpación del pequeño tumor.

Resultado: curación.

67. N. N., de cincuenta y cuatro años, natural de Funza, procedente de Tunja, casado y músico.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: catarata senil doble.

Tratamiento (enero 8 de 1920): con aneste-

sia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino del OI.

Resultado:

OD = Catarata

V = 5/15

OI = + 10 — cerca = + 15

68. N. N., de treinta y dos años, natural y procedente de Chía, casado y agricultor.

Datos importantes: hace tres años tuvo un traumatismo en el OI.

Diagnóstico: iridociclitis traumática del OI, complicada de catarata secundaria del OD.

Tratamiento (enero 8 de 1920): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada de la parte dura de cristalino, extrayendo las pequeñas masas por medio de la cureta.

Resultado:

OD

V = 5/20

OI = + 9

69. N. N., de cuarenta años, natural de Ur Rao, procedente de Calarcá, casado y agricultor.

Datos importantes: hace dos años, estando examinando un rifle, se le salió un tiro, sufriendo una herida penetrante de la mejilla izquierda.

Diagnóstico: amputación traumática del segmento anterior del OI.

Tratamiento (enero 9 de 1920): con anestesia local por la cocaína y el nontoxo se hizo la enucleación del segmento posterior del OI.

Resultado: curación.

70. N. N., de treinta años, natural de Tunja, procedente de Bogotá, soltero y carrero.

Datos importantes: hace cinco días tuvo un traumatismo del OD, producido por un latigazo.

Diagnóstico: iridociclitis traumática del OD.

Tratamiento (enero 12 de 1920): con anestesia general por el cloroformo se hizo la enucleación del OD.

Resultado: curación.

71. N. N., de cincuenta y seis años, natural de Cumbal, procedente de Bogotá, soltero, político y abogado.

Datos importantes: es miope de cinco dioptrias.

Diagnóstico: catarata senil del OD y miopía del OI.

Tratamiento (enero 15 de 1920): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino en el OD.

Resultado:

$$OD = +9$$

$$V = 5/25$$

$$OI = +$$

72. N. N., de treinta y dos años, natural de Colombia, procedente del Líbano, soltera y modista.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pterigio interno del OD.

Tratamiento (enero 23 de 1920): con anestesia local por la cocaína se hizo la extirpación del pterigio.

Resultado: curación.

73. N. N., de cuarenta años, natural y procedente de Garzón, casado y agricultor.

Datos importantes: hace dos años tuvo una conjuntivitis de Weeks.

Diagnóstico: opacidad central de la córnea del OD, cicatrización de una úlcera de origen conjuntival, pterigio interno del mismo ojo.

Tratamiento (enero 28 de 1920): con anestesia local se operó el OD, haciendo una iridectomía óptica.

Resultado: la visión mejoró bastante después de la operación.

74. N. N., de doce años, natural de La Mesa, procedente de Bogotá.

Datos importantes: hace ocho días tuvo un traumatismo del OD.

Diagnóstico: iridociclitis traumática del OI, complicada de panoftalmía.

Tratamiento (enero 28 de 1920): con anestesia general por el cloroformo se enucleó el OI.

Resultado: curación.

75. N. N., de catorce años, natural y procedente de Zipacón.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: absceso retrorbitario del OI, abierto en el párpado superior y complicado de panoftalmía del globo ocular.

Tratamiento (enero 30 de 1920): con anestesia general por el cloroformo se operó el OI, enucleándolo.

Resultado: curación.

76. N. N., de veintidós años, natural de Tena, procedente de Bogotá, soltera, sirvienta.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pterigio interno del OI.

Tratamiento (febrero 3 de 1920): con anestesia local por la cocaína se hizo la extirpación del pterigio.

Resultado: curación.

77. N. N., de sesenta años, natural de Sogamoso, procedente de Bogotá, soltera y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: catarata senil del OD.

Tratamiento (febrero 5 de 1920): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino del OD.

Resultado:

OD = + 10

V = $\frac{5}{18}$

OI = Principio catarata.

78. N. N., de cincuenta y cinco años, natural y procedente de Lérida, viuda y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: glaucoma absoluto doble.

Tratamiento (febrero 12 de 1920): después de someter la enferma a un largo tratamiento por la eserina sin ningún resultado, se resolvió hacer la enucleación del OD con anestesia general por el cloroformo.

Resultado: curación.

79. N. N., de dos años, natural de Pamplona, procedente de Tunja.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: iridociclitis y estafiloma de la córnea del OD.

Tratamiento (febrero 17 de 1920): con anestesia general por el cloroformo se enucleó el OD.

Resultado: curación.

80. N. N., de cincuenta y cuatro años, natural y procedente de Bogotá, religiosa.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: catarata del OD, secundaria a un desprendimiento nasal de la retina.

Tratamiento (febrero 18 de 1920): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino.

Resultado: la visión mejoró bastante después de la operación.

81. N. N., de veintiséis años, natural de Fusagasugá, procedente de Bogotá, soltera, sirvienta.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: orzuelo del párpado superior del OI.

Tratamiento (febrero 20 de 1920): con anestesia local por la cocaína se hizo la extirpación del pequeño tumor.

Resultado: curación.

82. N. N., de cincuenta y cuatro años, natural y procedente de Nemocón, casada, hilandera.

Datos importantes: hace tres años tuvo un traumatismo del OD.

Diagnóstico: tumor maligno de la órbita derecha.

Tratamiento (febrero 20 de 1920): con anestesia general por el cloroformo se hizo la enucleación del OD.

Resultado: curación.

83. N. N., de catorce años, natural y procedente de Chiquinquirá.

Datos importantes: hace tres años estando en una cacería le saltó un cascarón al OD.

Diagnóstico: iridociclitis traumática del OD.

Tratamiento (febrero 23 de 1920): con anestesia general por el cloroformo se hizo la enucleación del OD.

Resultado: los fenómenos simpáticos que se habían notado en el OI desaparecieron después de la operación.

84. N. N., de setenta años, natural y procedente de Zipaquirá, viuda y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: catarata senil doble.

Tratamiento (febrero 27 de 1920): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino del OD. Después de la operación tuvo una hernia del vítreo, que se eliminó espontáneamente.

Resultado:

OD=+9 V=5/20

OI=Catarata.

85. N. N., de veintisiete años, natural y procedente de La Palma, soltero y agricultor.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: quiste congénito de la cola de la ceja del OI.

Tratamiento (marzo 4 de 1920): con anestesia local por el nontoxo se hizo la extracción del quiste.

Resultado: curación.

86. N. N., de cuarenta y cinco años, natural y procedente de Girardot, viuda y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: ninguno,

Diagnóstico: glaucoma agudo en el OD, acompañado de catarata glaucomatosa.

Tratamiento (marzo 4 de 1920): con anestesia local por la cocaína se hizo una iridectomía antiglaucomatosa en tres tiempos.

Resultado: la visión mejoró bastante, y la tensión bajó después de la operación.

87. N. N., de treinta y ocho años, natural y procedente de Guateque, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pingüécula del OI.

Tratamiento (marzo 5 de 1920): con anestesia local por la cocaína se extirpó el pequeño tumor.

Resultado: curación.

88. N. N., de sesenta años, natural y procedente de Neiva, soltera y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: hace siete años fue operada para una catarata senil del OI.

Diagnóstico: catarata senil del OD.

Tratamiento (marzo 8 de 1920): con anestesia local por la cocaína se hizo la extracción combinada del cristalino del OD, el que se encontraba en estado quístico.

Resultado:

OD = +10

V = 5/25

OI = Catarata.

89. N. N., de treinta y seis años, natural y procedente del Espinal, soltera y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pterigio interno del OD, interno y externo del OI.

Tratamiento (marzo 11 de 1920): con anestesia local por la cocaína se hizo una iridectomía óptica en ambos ojos.

Resultado: mejoría completa de la visión de ambos ojos.

90. N. N., de treinta años, natural y procedente de Bogotá, soltera y carbonera.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pterigio interno del OD.

Tratamiento (marzo 18 de 1920): con anestesia local por la cocaína se hizo la extirpación del pterigio.

91. N. N., de cincuenta años, natural de Facatativá, procedente de Bogotá, soltera y vendedora de frutas.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pterigio interno del OI.

Tratamiento (19 de marzo de 1920): con anestesia local por la cocaína se hizo la extirpación del pterigio.

92. N. N., de cincuenta y dos años, natural de Medellín, religiosa.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pterigio externo del OD.

Tratamiento: con anestesia local por la cocaína se hizo la extirpación del pterigio.

93. N. N., de sesenta años, natural y procedente de Peñalisa, soltera y sirvienta.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pterigios internos en ambos ojos.

Tratamiento (26 de marzo de 1920): con

anestesia local por la cocaína se hizo una iridectomía óptica en ambos ojos.

Resultado: mejoría notable de la visión.

94. N. N., de treinta años, natural de Anapoima, soltera y sirvienta.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pingüecula del OI.

Tratamiento (29 de marzo de 1920): con anestesia local por la cocaína se extirpó el pequeño tumor.

95. N. N., de cincuenta años, natural de Arauca, soltero y comerciante.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pterigio interno del OD.

Tratamiento (8 de abril de 1920): con anestesia local por la cocaína se hizo la extirpación del pterigio.

96. N. N., de cincuenta años, natural de Arauca, agricultor y soltero.

Datos importantes: hace cinco años sufrió un fuerte fuetazo en el OI, y desde entonces ha sido dicho ojo el asiento de vivos dolores, al mismo tiempo que su visión ha disminuído notablemente.

Diagnóstico: glaucoma absoluto en el OI.

Tratamiento (6 de abril de 1920): con anestesia general por el cloroformo se hizo la enucleación del OI.

Resultado: curación.

97. N. N., de cincuenta años, natural de Arauca, comerciante y soltero.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pterigio interno del OD.

Tratamiento (8 de abril de 1920): con anes-

tesia local por la cocaína se hizo la extirpación del pterigio.

98. N. N., de treinta años, natural de Bogotá, hacendado y soltero.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: orzuelo en el párpado izquierdo.

Tratamiento (8 de abril de 1920): con anestesia local por la cocaína se hizo la extirpación del orzuelo.

99. N. N., de treinta años, natural de Guaduas, soltera y sirvienta.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pterigio interno del OI.

Tratamiento (abril 9 de 1920): con anestesia local por la cocaína se hizo la extirpación del pterigio.

100. N. N., de treinta años, natural de Piedras, soltero y comerciante.

Datos importantes: su enfermedad es de origen traumático.

Diagnóstico: iridociclitis del OD.

Pronóstico: benigno por no haber todavía signos simpáticos en el OI.

Tratamiento (abril 16 de 1920): con anestesia general por el cloroformo se hizo la enucleación del OD.

101. N. N., de treinta años, natural del Guamo, comerciante y soltero.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pterigio interno en ambos ojos.

Tratamiento (abril 16 de 1920): con anestesia local por la cocaína se hizo la extirpación del pterigio.

102. N. N., de cincuenta y seis años, natural de Gámeza, casado y agricultor.

Datos importantes: hace cuatro años fue operado para una pingüécula, y el cirujano le cortó la córnea infectando el ojo, que perdió su visión desde entonces.

Diagnóstico: iridociclitis del OD complicada de panoftalmía.

Tratamiento (abril 20 de 1920): con anestesia general por el cloroformo se hizo la enucleación del OD.

Resultado: los fenómenos simpáticos que se habían empezado a notar en el OI desaparecieron inmediatamente.

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

Datos importantes: hace un año tuvo una úlcera de la córnea.

Diagnóstico: mancha cicatrizante de la córnea.

Tratamiento (abril 20 de 1920): con anestesia local por la cocaína se hizo una iridectomía óptica en el OI.

Resultado: la visión mejoró notablemente.

104. N. N., de cuarenta y cinco años, natural de Ambalema, empleado y casado.

Datos importantes: su enfermedad comenzó hace ocho años. El examen de la orina para la investigación del azúcar dio resultado positivo.

Diagnóstico: catarata diabética del OI.

Tratamiento (abril 26 de 1920): después de haber sido sometido durante algunos días a un tratamiento para hacerle bajar la azúcar, se hizo la extracción combinada del cristalino del OI.

Resultado:

OD=Catarata incipiente

V=5/20

OI=+9

105. N. N., de treinta y cinco años, natural de Arauca, comerciante y soltero.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pterigio interno del OD.

Tratamiento (abril 27 de 1920): con anestesia local por la cocaína se extirpó el pterigio.

106. N. N., de cincuenta años, natural de Tunja, jornalera y viuda.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: pterigio interno del OD.

Tratamiento (abril 30 de 1920): con anestesia local por la cocaína se extirpó el pterigio.

107. N. N., de cuarenta y un años, natural de Lérica, agricultor y casado.

Datos importantes: hace veinticinco años se quemó con pólvora el lado derecho de la cara.

Diagnóstico: iridociclitis del OD.

Pronóstico: reservado por los signos simpáticos que se han notado en el otro ojo.

Tratamiento: con anestesia general por el cloroformo se hizo la enucleación del OD.

Resultado: desaparición de los signos simpáticos anotados.

INTERVENCIONES EN LA RINOFARINGE, EL OÍDO Y OTRAS REGIONES

108. N. N., de trece años, natural y procedente de Bogotá, mecanógrafa.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides retro-faríngeas.

Tratamiento: con anestesia general por el cloruro de etilo se hizo un raspado de las vegetaciones.

Resultado: curación.

109. N. N., de veinte años, natural y procedente de La Mesa, soltero y sirviente.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: moluscum de la región malar derecha.

Tratamiento (mayo 7 de 1919): con anestesia local se extirpó el tumor, teniendo cuidado de reseca toda la piel enferma; se pusieron tres puntos de sutura.

Resultado: curación.

110. N. N., de veintidós años, natural y procedente de Zipaquirá, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: hace tres meses comenzó su enfermedad.

Diagnóstico: sinusitis maxilar izquierda aguda.

Tratamiento (mayo 8 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo por la vía bucal la trepanación del seno maxilar izquierdo, el que se encontró lleno de fungosidades que salieron al hacer el curetaje del seno. La herida fue cerrada por medio de un surjete hecho con catgut.

Resultado: curación.

111. N. N., de doce años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides retro-faríngeas.

Tratamiento (mayo 13 de 1919): con anestesia general por el cloruro de etilo fueron raspadas las vegetaciones.

Resultado: curación.

112. N. N., de cuarenta y cinco años, natural y procedente de Bogotá, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: su enfermedad comenzó hace veinte años.

Diagnóstico: coto exoftálmico.

Tratamiento (mayo 16 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo la extirpación del tumor, dejando una gasa en la parte media de la herida para establecer el drenaje.

Resultado: curación.

113. N. N., de quince años, natural de Gargoa, procedente de Bogotá, estudiante.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides retro-faríngeas y amigdalitis hipertrófica crónica.

Tratamiento (junio 2 de 1919): con anestesia general por el cloruro de etilo se hizo un raspado de las vegetaciones y la ablación de las amígdalas.

Resultado: curación.

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

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides retro-faríngeas.

Tratamiento: con anestesia general por el cloruro de etilo se rasparon las vegetaciones.

Resultado: curación.

115. N. N., de cuarenta y cinco años, natural de Zipaquirá, soltero, pintor.

Datos importantes: hace diez años comenzó su enfermedad.

Diagnóstico: coto quístico.

Tratamiento (junio 11 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se extirpó el tumor, dejando una gasa que fue reemplazada a las veinticuatro horas, haciendo lo mismo por el espacio de seis días.

Resultado: curación.

116. N. N., de treinta y cinco años, natural y procedente de Bogotá, soltera.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: amigdalitis hipertrófica crónica.

Tratamiento (junio 13 de 1919): con anestesia local por el nontoxo se resecaron las amígdalas hipertrofiadas.

Resultado: curación.

117. N. N., de cuarenta y tres años, natural de Málaga, procedente de Bogotá, casado, negociante.

Datos importantes: su enfermedad comenzó hace un año.

Diagnóstico: quiste cebáceo de la región malar derecha.

Tratamiento (junio 20 de 1919): con anestesia local por el nontoxo se hizo la extirpación del tumor, poniendo después tres puntos de sutura con seda.

Resultado: curación.

118. N. N., de dos años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Tratamiento (junio 25 de 1919): sin anestesia, por la edad, se rasparon las vegetaciones con la cureta.

Resultado: curación.

119. N. N., de ocho años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes: hace cuatro años tiene una otitis media supurada.

Diagnóstico: otitis media supurada con vegetaciones adenoides retrofaríngeas y amígdalas hipertrofiadas.

Tratamiento (junio 26 de 1919): con anestesia general por el cloruro de etilo se rasparon las vegetaciones y se hizo la ablación de la mayor parte de las amígdalas.

Resultado: la supuración del oído desapareció.

120. N. N., de doce años, natural y procedente de Campoalegre.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Tratamiento (julio 21 de 1919): con anestesia general por el cloruro de etilo se rasparon las vegetaciones.

Resultado: curación.

121. N. N., de seis años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: amigdalitis hipertrófica crónica doble.

Tratamiento (julio 25 de 1919): con anes-

tesia general por el cloruro de etilo se resecaron las amígdalas hipertrofiadas.

Resultado: curación.

122. N. N., de diez años, natural y procedente de Subachoqué.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides e hipertrofia bilateral crónica de las amígdalas.

Tratamiento (agosto 27 de 1919): con anestesia general por el cloruro de etilo se rasparon las vegetaciones y se resecaron las amígdalas.

Resultado: curación.

123. N. N., de cuarenta y cinco años, natural de Ibagué, procedente de Bogotá, casado y fotógrafo.

Datos importantes: su enfermedad comenzó hace dos años.

Diagnóstico: sinusitis frontal izquierda aguda.

Tratamiento (septiembre 1º de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo la trepanación del seno frontal, del cual salió una gran cantidad de pus. Se dejó una gasa que fue sacada a las veinticuatro horas por las narices.

Resultado: curación.

124. N. N., de seis años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Tratamiento (septiembre 4 de 1919): con anestesia general por el cloruro de etilo se rasparon las vegetaciones.

Resultado: curación.

125. N. N., de cuatro años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Tratamiento (septiembre 4 de 1919): con anestesia general por el cloruro de etilo se rasparon las vegetaciones.

Resultado: curación.

126. N. N., de doce años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides retrofaríngeas e hipertrofia bilateral crónica de las amígdalas.

Tratamiento (octubre 21 de 1919): con anestesia general por el cloruro de etilo se rasparon las vegetaciones y se resecaron las amígdalas.

Resultado: curación.

127. N. N., de cincuenta y cinco años, natural y procedente de Bogotá, soltera y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: hace más de veinte años que comenzó a notar su actual enfermedad.

Diagnóstico: epiteloma cutáneo de la región maxilar izquierda.

Tratamiento (octubre 23 de 1919): con anestesia local por el nontoxo se extirpó la ulceración, teniendo cuidado de resecar todos los tejidos sospechosos.

Resultado: curación.

128. N. N., de catorce años, natural y procedente de Chipaque.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides retrofaríngeas e hipertrofia bilateral crónica de las amígdalas.

Tratamiento (diciembre 16 de 1919): con anestesia general por el cloruro de etilo se rasparon las vegetaciones y se resecaron las amígdalas.

Resultado: curación.

129. N. N., de ocho años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Tratamiento (diciembre 18 de 1919): con anestesia general por el cloruro de etilo se rasparon las vegetaciones.

Resultado: curación.

130. N. N., de cuarenta y dos años, natural y procedente de Oiba, presbítero.

Datos importantes: hace diez años sintió los primeros síntomas de su actual enfermedad.

Diagnóstico: sinusitis frontal derecha crónica.

Tratamiento (diciembre 22 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo la trepanación del seno frontal derecho, del cual salió gran cantidad de pus. Después de raspar cuidadosamente el seno se introdujo una gasa que salía a la nariz, la que se sacó veinticuatro horas después de la operación.

Resultado: curación.

131. N. N., de tres años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Tratamiento (enero 12 de 1920): con anestesia general por el bromuro de etilo se rasparon las vegetaciones.

Resultado: curación.

132. N. N., de catorce años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Tratamiento (enero 13 de 1920): con anestesia general por el bromuro de etilo se rasparon las vegetaciones.

Resultado: curación.

133. N. N., de trece años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Tratamiento (enero 13 de 1920): con anestesia general por el bromuro de etilo se rasparon las vegetaciones.

Resultado: curación.

134. N. N., de veinticinco años, natural y procedente de Bogotá, soltera y sirvienta.

Datos importantes: hace ocho años comenzó a notar los primeros síntomas de su enfermedad.

Diagnóstico: Rinoescleroma.

Tratamiento (enero 13 de 1920): con anestesia general por el cloroformo se hizo un completo raspado de las masas vegetantes que estaban obstruyendo la nariz, y en su lugar se

pusieron gasas que fueron sacadas a las veinticuatro horas. La supuración externa se trató con el termocauterio.

Resultado: la respiración nasal se restableció.

135. N. N., de cuatro años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Tratamiento (enero 20 de 1920): con anestesia general por el cloruro de etilo se rasparon las vegetaciones.

Resultado: curación.

136. N. N., de tres años, natural y procedente de Cagua.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Tratamiento (enero 28 de 1920): con anestesia general por el cloruro de etilo se rasparon las vegetaciones.

Resultado: curación.

137. N. N., de doce años, natural y procedente de Bogotá.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Tratamiento (febrero 3 de 1920): con anestesia general por el cloruro de etilo se rasparon las vegetaciones.

Resultado: curación.

138. N. N., de doce años, natural y procedente de Zipaquirá.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico : vegetaciones adenoides retrofaríngeas e hipertrofia bilateral crónica de las amígdalas.

Tratamiento (febrero 19 de 1920) : con anestesia general por el cloruro de etilo se rasparon las vegetaciones y se resecaron las glándulas.

Resultado : curación.

139. N. N., de cuarenta y dos años, natural de Tunja, procedente de Bogotá, soltera y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes : ninguno.

Diagnóstico : adenitis de los ganglios de la región maxiliar inferior izquierda.

Tratamiento (febrero 19 de 1920) : con anestesia local por la cocaína se extirparon los ganglios infartados.

Resultado : curación.

140. N. N., de once años, natural y procedente de Neiva.

Datos importantes : ninguno.

Diagnóstico : vegetaciones adenoides retrofaríngeas.

Tratamiento (febrero 19 de 1920) : raspada de las vegetaciones con anestesia general por el cloroformo.

Resultado : curación.

141. N. N., de once años, natural de Tunja, procedente de Bogotá, estudiante.

Datos importantes : ninguno.

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

Tratamiento (abril 20 de 1920) : raspado de las vegetaciones y ablación de las glándulas con anestesia general por el cloruro de etilo.

Resultado: curación.

142. N. N., de diez y seis años, natural de Bogotá, soltera y sirvienta.

Datos importantes: ninguno.

Diagnóstico: quiste sebáceo del cuello.

Tratamiento (abril 30 de 1920): con anestesia local por la cocaína aplicada en inyección intradérmica alrededor del quiste se extirpó el pequeño tumor.

Resultado: curación.

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

143. N. N., de cuarenta años, natural de Tunja, soltera y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: hace más de seis años que comenzó su enfermedad actual.

Diagnóstico: cáncer del útero.

Pronóstico: reservado.

Tratamiento (mayo 30 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo una histerectomía total por el sistema americano. La operación fue muy laboriosa, pues el útero se encontraba adherido por el cuello a los tejidos vecinos. A las diez y ocho horas murió la enferma a causa del *shock* operatorio.

144. N. N., de veintidós años, natural y procedente del Socorro, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: el 19 de enero de este año se le hizo una histerectomía subtotal con ablación de los anexos izquierdos y por el sistema americano, para una anexitis doble. Los

anexos derechos se dejaron después de tocar las partes sospechosas con el termocauterio. Poco tiempo después de esta operación la enferma comenzó a experimentar fuertes dolores en la fosa ilíaca derecha; se presentaron al mismo tiempo altas temperaturas.

Diagnóstico: anexitis derecha postoperatoria.

Tratamiento (junio 9 de 1919): después de un mes de aplicación de hielo en la fosa ilíaca y reposo en el lecho se operó a la enferma para extraer los anexos derechos que estaban supurados.

Resultado: curación.

145. N. N., de veintinueve años, natural y procedente de Manta, casado y agricultor.

Datos importantes: hace dos meses comenzó su enfermedad.

Diagnóstico: absceso perinefrítico derecho.

Tratamiento (junio 19 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo una incisión de 10 centímetros de longitud y se evacuó una inmensa colección purulenta. La cavidad fue drenada con un tubo y con gasa.

Resultado: curación.

146. N. N., de cincuenta y seis años, natural de Fómegue, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: su enfermedad comenzó hace cuatro años.

Diagnóstico: cáncer del útero.

Tratamiento (junio 23 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo una histerectomía total por el método americano. La enferma salió de la clínica a los quince días.

Resultado: curación.

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

Datos importantes: ha tenido cinco hijos; ha tenido un aborto; hay antecedentes específicos.

Diagnóstico: metritis fungosa hemorrágica, probablemente específica (?)

Tratamiento (junio 30 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo un raspado del útero, dejando una gasa en la cavidad. Dicha gasa fue retirada a las veinticuatro horas, y la enferma fue sometida después a un tratamiento mercurial.

Resultado: curación.

148. N. N., de cuarenta años, natural y procedente del Guamo, soltera.

Datos importantes: su enfermedad comenzó hace cinco años.

Diagnóstico: enfermedad quística de Reclus, del seno izquierdo.

Tratamiento (julio 25 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo la amputación del seno izquierdo.

Resultado: curación.

149. N. N., de treinta y siete años, natural de Manizales, procedente de Mariquita, soltero y dentista.

Datos importantes: hace trece años viene notando perturbaciones digestivas.

Diagnóstico: cáncer del píloro con obstrucción completa.

Tratamiento (julio 30 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo una gas-

troenterostomía transmesocólica. El enfermo pudo alimentarse después de esta intervención, y se aguarda a que se restablezca para hacerle una nueva operación y extirpar el tumor.

150. N. N., de catorce años, natural y procedente de Fómeque.

Datos importantes: hace seis meses comenzó su enfermedad.

Diagnóstico: osteomielitis de la tibia derecha y coxalgia del mismo lado consecuencial a la primera (¿tuberculosis?).

Tratamiento (agosto 25 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo un raspado cuidadoso del hueso, procurando extraer todas las esquirlas y partes mortificadas del hueso. Quince días después de la operación el enfermo sucumbió víctima de una pneumonía tuberculosa.

151. N. N., de veintidós años, natural de Quipile, procedente de Facatativá, soltera y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: su enfermedad comenzó hace un año.

Diagnóstico: apendicitis crónica.

Tratamiento (agosto 27 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo una apendicectomía. El apéndice se encontró adherido al peritoneo parietal y bastante inflamado.

Resultado: curación.

152. N. N., de cuarenta y tres años, natural de Guasca, procedente de Chocontá, casado y agricultor.

Datos importantes: hace un año comenzó a sentir los primeros dolores de su enfermedad

actual, los cuales se acompañaron de los síntomas característicos.

Diagnóstico: úlcera simple del estómago.

Tratamiento (septiembre 4 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo una gastroenterostomía transmesocólica posterior.

Resultado: curación.

153. N. N., de cuarenta y cinco años, natural y procedente de Sogamoso, soltera y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: hace tres años comenzó su enfermedad.

Diagnóstico: apendicitis crónica.

Tratamiento (octubre 19 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo una apendicectomía. El apéndice se encontró sumamente inflamado.

Resultado: curación.

154. N. N., de cuarenta y dos años, natural y procedente de Gigante, viuda y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: su enfermedad comenzó hace seis meses.

Diagnóstico: anexitis doble.

Tratamiento (octubre 24 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo una histerectomía subtotal con ablación de ambos anexos, los que estaban supurados y adheridos a los tejidos vecinos.

Resultado: curación.

155. N. N., de cuarenta y dos años, natural de Honda, procedente de Bogotá, casada y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: su enfermedad comenzó

después de su último parto, el que tuvo lugar hace un año.

Diagnóstico: histeroptosis de segundo grado y ruptura del perineo.

Tratamiento (octubre 31 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se hizo una colporrafia anterior de forma losángica, y en seguida se practicó la miorrafia de los elevadores del ano y se rehizo el perineo en toda su extensión por medio de cuatro puntos de sutura.

Resultado: curación.

156. N. N., de veintisiete años, natural y procedente de Barranquilla, soltera y de profesión oficios domésticos.

Datos importantes: hace siete años experimentó los primeros síntomas de su enfermedad.

Diagnóstico: nefroptosis del lado derecho.

Tratamiento (noviembre 16 de 1919): con anestesia general por el cloroformo se fijó el riñón móvil por medio de cuatro puntos de sutura a las paredes vecinas.

Resultado: curación.

157. N. N., de cuarenta y cinco años, natural y procedente de Neiva, soltero y sastre.

Datos importantes: hace cuatro años comenzó su enfermedad.

Diagnóstico: hernia inguinal izquierda.

Tratamiento (diciembre 4 de 1919): con anestesia general por el cloroformo, cerrando el saco por sus dos extremidades, teniendo cuidado de practicar la maniobra de Barcker y cerrando la pared abdominal por el procedimiento de Bazzni.

Resultado: curación.

158. N. N., de cuarenta y dos años, natural y procedente de Purificación, casada y de profesión modista.

Datos importantes: desde que le vinieron sus reglas la primera vez, a la edad de trece años, comenzó a experimentar diversos trastornos genitales.

Diagnóstico: anexitis doble.

Pronóstico: reservado.

Tratamiento (marzo 13 de 1920): con anestesia general por el cloroformo se hizo una histerectomía por el procedimiento americano, con ablación de ambos anexos. La histerectomía fue subtotal.

Resultado: curación.

159. N. N., de treinta y tres años, natural y procedente de Guatavita, soltera y maestra de escuela.

Datos importantes: hace tres años comenzó a experimentar los primeros síntomas de su enfermedad.

Diagnóstico: fibroma de la matriz.

Pronóstico: bueno.

Tratamiento: con anestesia general por el cloroformo se hizo una histerectomía abdominal para fibroma. El tumor pesaba unos 400 gramos.

Resultado: curación.

160. N. N., de siete años, natural de Bogotá, residente en La Mesa.

Datos importantes: la niña es de temperamento anémico.

Diagnóstico: hernia umbilical congenital.

Tratamiento (abril 12 de 1920): con anes-

tesia general por el cloroformo se redujo la hernia. La herida cicatrizó a los doce días.

Resultado: curación.

161. N. N., de cincuenta años, natural y procedente de Bogotá, hacendado y casado.

Datos importantes: hace seis meses comenzó su enfermedad.

Diagnóstico: fístulas perirrectales con estrechez marcada del recto.

Tratamiento (abril 10 de 1920): con anestesia general por el cloroformo y el éter se cerraron las fístulas y se hizo la dilatación del recto.

Resultado: curación.

162. N. N., de trece años, natural de Bogotá, soltera y zapatera.

Datos importantes: los primeros síntomas de su enfermedad aparecieron hace un mes.

Diagnóstico: meningitis tuberculosa de la base.

Tratamiento (abril 16 de 1920): como el examen del líquido cefalorraquídeo y los síntomas nerviosos que presentaba la enferma dejaban comprender que se trataba de una compresión cerebral bastante marcada, se resolvió hacer una hemicranectomía derecha exploradora, con anestesia general por el cloroformo. La exploración no dio ningún dato digno de mención especial y se volvió a cerrar la cavidad.

Resultado: después de la operación los síntomas de la enferma mejoraron, la hemiplegia izquierda y la ambliopía observadas desaparecieron. Todos los síntomas aparecieron nuevamente, acompañados de nuevos fenómenos, a los

dos meses. La enferma fue llevada al Hospital de San Juan de Dios, en donde murió el 20 de junio de 1920. Hecha la autopsia se pudo demostrar que las lesiones cerebrales correspondían a una meningitis tuberculosa de la base; diagnóstico hecho de antemano por los doctores Martín Camacho y M. A. Cuéllar Durán.

NOTA—Las visiones anotadas en esta estadística, de los enfermos operados de catarata, son las visiones encontradas al quitar el vendaje de los enfermos, es decir, en el curso de un mes después de la operación.

RESUMEN DE LAS INTERVENCIONES

Angiomas conjuntivales.	1
Pterigios	24
Pingüéculas	3
Extracciones combinadas del cristali- lino	29
Iridectomías ópticas.	6
Iridectomías antiglaucomatosas.	11
Enucleaciones del globo ocular	26
Rinoscleromas	1
Raspado de vegetaciones adenoides.	22
Amigdaletomías	15
Cotos	2
Extirpación de ganglios tuberculosos.	1
Extirpación de molucums.	1
Trepanaciones del seno maxilar.	1
Trepanaciones del seno frontal.	2
Quistes sebáceos (extirpación).	4
Extirpación de orzuelos.	3
Epiteliomas cutáneos	1

Histerectomías totales	3
Histerectomías subtotales.	2
Ablación de los anexos	2
Raspados de la matriz	1
Colporrafias anteriores	1
Miorrafias de los elevadores del ano.	1
Abertura de abscesos perinefríticos	1
Amputaciones del seno.	1
Gastroenterostomías	2
Raspados para osteomielitis.	1
Apendicectomías	2
Nefropexias	1
Hernias inguinales.	1
Hernias umbilicales	1
Dilataciones del recto.	1
Fístulas perirrectales	1
Hemicranectomías.	1

Total de intervenciones 176

Fracasos en las cataratas	0	por 100
Mortalidad global	1	—
Mortalidad en las intervenciones de los órganos de los sentidos	0	—
Mortalidad en las intervenciones abdominales y otras	5	—

ALGO

sobre un tratamiento de los tumores cancerosos ulcerados del seno y de la cara, así como del lapus ulceroso de la nariz.

Por el doctor JORGE E. CALVO (de Barranquilla).

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

Hace más de diez años que venimos tratando por el ácido arsenioso los cancroides ulcerados de la cara que resisten a todo tratamiento y que, las más de las veces, son inoperables, por el grado de extensión que presentan cuando el paciente resuelve hacerse ver del médico.

Los resultados que hemos obtenido siempre han sido magníficos, siendo de advertir que en algunos casos la curación, por la rapidez con que se ha obtenido y por la insignificante cicatriz que la ulceración o tumor ulcerado ha dejado, ha llegado a considerarse por los clientes como verdadero *milagro*.

La aplicación del ácido arsenioso es de un uso tan antiguo que su historia se pierde en la oscura lejanía de los tiempos que vieron la infancia de la medicina. Sin embargo, el temor a la reabsorción del arsénico, sustancia eminentemente tóxica, ha sido causa importante para que se haya mirado con indiferencia un medio de tratamiento como éste que, en realidad, vale la pena de continuarlo, como lo van a demostrar

las observaciones que nos permitimos presentar a la consideración del Congreso, observaciones en que se trata, no ya de pequeños canceroides, sino de verdaderos epitelomas, sarcomas y carcinomas. Además, presentamos también dos observaciones de lupus ulceroso de la nariz, en los cuales la aplicación del ácido arsenioso dió resultados brillantes, que bien merecen ser tenidos en cuenta también por esta respetabilísima corporación.

Leyendo la literatura médica no nos ha sido posible hallar observación alguna referente al tratamiento de los grandes epitelomas del seno por medio del arsénico, y precisamente por esta especial circunstancia es por lo que nos permitimos señalar este tratamiento, pues de seguro que repetida su experimentación en más grande escala por los colegas a quienes les interese este importante asunto, ha de conseguirse una técnica de aplicación que dando los mismos satisfactorios resultados disminuya la duración del tratamiento y los demás ligeros inconvenientes que hemos notado en nuestra práctica.

Desde luego y dadas las pocas observaciones de que podemos disponer, es claro que no podemos afirmar de una manera categórica que en tan delicado asunto el tratamiento que hemos empleado resuelva definitivamente el problema de su especificidad. Sin embargo, las observaciones presentadas son una base para emprender una amplia experimentación, que será la que ha de decidir, en última instancia, si realmente tienen razón de ser las grandes esperanzas que los resultados obtenidos hasta ahora nos han hecho concebir al respeto.

El tratamiento lo hemos aplicado tan sólo para los casos en que el tumor está ya ulcerado y en los cuales, por lo mismo, una operación sangrienta apenas da probabilidades de buen éxito.

Honradamente hemos de confesar también que en los casos a que vamos a referirnos no hubo análisis histológico, y que el diagnóstico se hizo tomando en cuenta únicamente los caracteres clínicos del tumor. Conviene, con todo, observar que en los casos de tumores del seno tratados y que han motivado estas líneas, la generalización a los ganglios de la axila existía y que los enfermos presentaban ya la toxemia característica en tales casos, toxemia cuyas manifestaciones clínicas de anemia, color amarillo terroso, enflaquecimiento y astenia, eran de aquellas que, aun sin ulceración alguna, permiten diagnosticar la malignidad de una neoplasia.

DE CÓMO FUIMOS CONDUCIDOS A APLICAR EL TRATAMIENTO

En el mes de agosto del año de 1917 llegó al Hospital de Caridad de esta ciudad una mujer con un enorme epiteloma del seno izquierdo, que se había ulcerado un mes o mes y medio antes. El tumor tenía el aspecto de tres masas saniosas, más o menos blandas, recubiertas de pus y sangre coagulada y que expelían el olor nauseabundo propio de esas ulceraciones. Al menor contacto se originaban hemorragias que habían contribuído en no escasa parte a determinar el grado de anemia y agotamiento en que se hallaba la enferma. En la axila del mismo lado fácilmente se

notaban dos bolas dolorosas constituídas por masas ganglionares que indicaban la generalización de la neoplasia.

Las Hermanas de la Caridad llamaron a los profesores que junto con nosotros constituyen el Cuerpo de cirujanos que actúan en el establecimiento. Todos, sin excepción, conceptuámos el caso como inoperable, dado el tamaño del tumor, su generalización, el aspecto de la ulceración y el mal estado de la paciente. En estas circunstancias, y condenada como estaba la enferma a una muerte inevitable, se nos ocurrió aplicarle el ácido arsenioso, tal como lo habíamos hecho para los canceroides y epitelomas de la cara. Conceptuábamos cómo casi seguro que a causa de la gran superficie de la ulceración se determinaría una intoxicación que probablemente aceleraría el resultado final. Sin embargo, y como para evitar en parte este efecto que considerábamos seguro, nos atrevimos a recubrir tan sólo el más pequeño de los tres cotiledones que formaban el tumor.

Quince días después, con verdadera admiración de nuestra parte, al descubrir el cotiledón sobre el cual habíamos puesto el apósito, tuvimos la sorpresa agradable de verlo desprenderse en su totalidad sin ocasionar la menor hemorragia ni el más leve dolor. Con este resultado, inesperado para nosotros, como para la infeliz paciente, nos llenamos de valor y de audacia y resolvimos aplicar el remedio a los dos grandes cotiledones que quedaban. Desde ese mismo día el olor nauseabundo, olor que tenía apestando el salón que ocupaba la enferma y que a ella misma la tenía desesperada, desapareció por completo.

Cesaron las hemorragias y disminuyó casi del todo la sanies que resudaba de toda la ulceración, pero el dolor aumentó considerablemente y hubo que apelar al cloral y a la morfina para mitigarlo. Cada tres días aplicábamos otra capa de remedio encima de las puestas anteriormente. Cada ocho días quitábamos el apósito y desprendíamos con una tijera grandes pedazos de tumor que caían fácilmente y sin ocasionar hemorragia alguna. Continuamos aplicando cada ocho o diez días una buena dosis de arsénico, hasta que al cabo de dos meses lográmos que se desprendiera el resto del tumor, el cual, al arrancarlo, salió llevándose tras sí el tercio interno de la cuarta costilla izquierda. Cuando esto sucedía ya comenzaba a notarse que la piel de los bordes de la ulceración iba en vía de cicatrización. Quedaban visibles en el fondo de la cavidad que dejaron los dos grandes cotiledones y hacia su parte superoexterna, las dos masas ganglionares que acompañaban al tumor.

Entusiasmados por el éxito que estábamos obteniendo, no vacilamos en aplicarles el arsénico, y así lo hicimos, aunque a decir verdad, temimos mucho que el remedio llegara a atacar la arteria axilar y ocasionar algún accidente fatal. Afortunadamente no pasó así, y un mes después lográmos la satisfacción de ver desprenderse las dos masas ganglionares sin el menor accidente. La superficie que quedó se fue reduciendo poco a poco, bajo un tratamiento aséptico, y al fin, después de cuatro meses de tratamiento, el éxito fue completo; la úlcera se redujo, se cubrió de piel, y la cicatriz que se formó fue pequeña y casi invisible.

Para obtener lo relatado empleámos por todo diez gramos de ácido arsenioso.

Como era el primer caso, no caímos en la cuenta de que llevábamos ya mucho arsénico empleado, y cuando menos lo esperábamos, se presentó en las piernas y en los brazos de la enferma una polineuritis que imposibilitó a la infeliz mujer por dos meses más, durante los cuales combatímos con buen éxito tan desalentadora situación, empleando las corrientes faradaicas, los diuréticos, los masajes y la estricnina en inyecciones hipodérmicas. Seis meses después del principio del tratamiento, aquella mujer, que había sido arrancada de los brazos de la muerte, salió del Hospital curada del tumor para entregarse a sus faenas. Hace esto ya año y medio, y hasta ahora no se ha presentado recidiva alguna. La mujer está perfectamente bien.

Este caso, único en la literatura médica, nos indujo, como era natural, a continuar el estudio y observación de casos semejantes, cosa que no hemos podido efectuar en la escala que hubiéramos deseado, por falta, no de voluntad, sino de enfermos de esta clase. Sin embargo, tenemos que relatar dos casos más, uno de los cuales, el más interesante, pudimos fotografiarlo antes de aplicar el tratamiento y después de él.

En este caso se trata de una mujer de unos sesenta y cinco años de edad, alta, canosa, natural de Barranquilla y sin antecedentes dignos de mención. Esta enferma se nos presentó en el mes de julio del año pasado. Examinada le hallámos el seno izquierdo invadido por completo por un tumor mamelonado de color de tomate ma-

duro, doloroso y ulcerado en su centro. Resudaba un líquido amarilloso, purulento y de olor infecto. En la axila correspondiente mostrábase una masa ganglionar del tamaño de un limón grande. El enflaquecimiento y el color amarillo terroso eran muy marcados. Por el aspecto clínico del tumor diagnosticámos epitelioma atípico, o sea un carcinoma.

El día 23 de julio le aplicámos por primera vez la pasta arsenical, teniendo el cuidado de escarificar los lóbulos del tumor que aún no estaban ulcerados. Continuámos haciendo la aplicación cada ocho días. Para ello limpiábamos la pasta aplicada, raspábamos los tejidos necrosados y hacíamos una nueva aplicación. En este caso, como en el anterior ya relatado, desde la primera aplicación desapareció el olor y cesaron las hemorragias que de vez en cuando se presentaban y que en gran parte eran la causa de la anemia marcada que presentaba la paciente. Cuatro meses después el tumor había caído del todo, quedaba solamente la masa ganglionar, la cual fue destruída cuatro semanas más tarde, de manera que el tratamiento duró veinte semanas, al cabo de las cuales la cicatrización estaba terminada y la mujer había entrado en pleno goce de su salud. Lleva en la actualidad seis meses de completa salud y no se nota el menor indicio de recidiva.

Los grabados adjuntos muestran el tumor antes del tratamiento y el resultado obtenido mediante el mismo. Mejor que cualquiera explicación, la fotografía nos enseña la transformación de esta mujer. En la primera fotografía, por

ejemplo, se nota a primera vista en el semblante de la enferma el profundo sufrimiento, la pena, los dolores y los estragos de la toxemia cancerosa. En la segunda, la placidez del rostro nos indica que la salud volvió a ese cuerpo antes arruinado por la evolución avasalladora de la terrible neoplasia.

En el tercer caso se trata de un hombre de cincuenta años de edad, de buena conformación, agricultor, de costumbres sobrias y de antecedentes poco interesantes. Este paciente refirió que hacía dos meses, poco más o menos, es decir, en el mes de diciembre de 1917, había comenzado a notarse en la parte superior de la palma de la mano un tumor duro, del tamaño de una arveja y que creció rápidamente, de manera que dos meses después, en febrero de 1918 en que lo vimos por primera vez, ya el tumor había invadido casi toda la palma de la mano y parte de la cara palmar de la muñeca. El aspecto de esta neoplasia, más o menos blanduzca, sangrante, dolorosa espontáneamente y de un olor sui generis, no dejaba duda de que se trataba de un sarcoma ulcerado. El 10 de febrero de 1918 le hicimos la primera aplicación, y lo mismo que en el caso anterior, renovábamos la cura cada ocho días. El tumor fue cayendo a pedazos, sin ocasionar hemorragia alguna. La fetidez desapareció desde la primera aplicación del arsénico que le hicimos. Dos meses después, es decir, el 26 o 28 de abril, el tumor había desaparecido del todo, dejando una cicatriz apenas visible. Hoy el pa-

ciente goza de salud completa, y hasta el presente, es decir, más de un año, no ha habido la menor señal de recidiva, nise ha presentado neoplasia alguna en otra parte de su organismo. En mi concepto, lo considero curado. Actualmente vive entregado a sus labores campestres, como estaba antes de la aparición de la neoplasia.

El cuarto caso es el siguiente: N. N., natural de San Juan, de sesenta y cinco a setenta años de edad. El hijo de este señor, colega muy estimado en esta ciudad, nos llamó a ver a su padre con el fin de saber si era posible hacer la extirpación de un epiteloma de la cara, que le había invadido ya el pómulo y el párpado inferior izquierdo. Después de un examen atento de la neoplasia le manifestámos que en nuestro concepto toda operación sangrienta sería no sólo inútil sino peligrosa, pero que si él no tenía objeción que hacer al respecto, podríamos apelar a la preparación que con buen éxito veníamos aplicando para ésta clase de tumores. Debemos advertir que el enfermo, además del tumor, padecía de glaucoma del ojo derecho, y que el izquierdo, del lado enfermo, lo había perdido hacía ya algún tiempo. También padecía de hemorroides y de una hipertrofia prostática. Convenido que fue, tanto por el colega hijo del enfermo, como por el resto de la familia, de que le aplicásemos el tratamiento, hicimos la primera curación. Ocho días después renovámos la pasta, y como en los casos anteriores, la sangre y la fetidez desapare-

cieron. Continuámos por espacio de mes y medio, cada ocho días, aplicando el remedio. Al cabo de este tiempo el tumor había desaparecido del todo, dejando tan sólo una pequeña cicatriz y un ectropión. Un colega oculista quiso mejorar el ectropión, y le practicó una operación plástica que no dio desgraciadamente resultado. Sin embargo, y a pesar de las incisiones y manipulaciones que hubo que hacer para efectuar la operación, no se presentó recidiva alguna, y volvió a cicatrizarse la herida operatoria, sin accidente. Este paciente vivió dos años más después de la curación obtenida, y su muerte la ocasionó una retención de orina y la infección consiguiente a los frecuentes sondeos a que se vio sometido por causa de su próstata hipertrofiada, pero en la cara no se volvió a notar neoplasia alguna.

Estos son los casos más característicos y que en nuestro concepto son bien significativos para merecer la relación que de ellos hemos hecho. Tenemos no menos de veinticinco observaciones de cancroides de la cara que han curado fácilmente y en menos de quince o veinte días de tratamiento; pero sobre ellos no nos detenemos porque la aplicación de la pasta arsenical para el tratamiento de esas neoplasias es cosa ya muy conocida y experimentada por casi todos los médicos.

La originalidad que reclamamos como nuestra es la aplicación de ese mismo remedio a los cánceres (epiteliomas, sarcomas y carcinomas) del seno y de otras regiones del tegumento externo, así como su aplicación al tratamiento del lupus de la cara, como vamos a verlo en las dos observaciones que a continuación referimos, acer-

ca de una de las cuales nos permitimos presentar dos fotografías que muestran al paciente antes y después del tratamiento.

En la primera se trata de una distinguida matrona de esta ciudad, mujer de cincuenta y cinco años de edad, arterioesclerosa y afectada de una dilatación aórtica. La enfermedad apenas había invadido el ala izquierda de la nariz. Había estado sometida a variados tratamientos aconsejados por los colegas que ella había consultado. La lesión presentaba el aspecto siguiente: El ala de la nariz estaba rubicunda, gruesa y sembrada de nódulos escamosos, en el intervalo de los cuales veíanse dilataciones vasculares y grietas o rayadas en las cuales notábanse concreciones sanguíneas ocasionadas por rupturas vasculares producidas por el rascado que la enferma se hacía para calmar el prurito feroz que a ratos experimentaba. Se trataba en nuestro concepto de un lupus crictamatoso telangiectásico. Las placas lúpicas presentaban prominencias variables, con escamas amarillosas finas y adherentes. El ala de la nariz en su totalidad estaba gruesa y como edematizada, y de trecho en trecho advertíanse pequeñas ulceraciones ocasionadas por la caída de las escamas y por la acción de la uña. Cuando la vimos por primera vez nos mostró el cartapacio de fórmulas de que había hecho uso, sin resultado alguno favorable. Con grandes dudas y sin esperar éxito mayor, le aplicámos el ácido arsenioso en capa delgada. Le dejámos aplicado el parche hasta que espontáneamente cayó, cosa que tuvo lugar a los quince días. Al caer el parche había desaparecido casi la mitad del ala de la nariz, pero el resto estaba cicatrizado y la en-

fermedad había desaparecido. Desde el primer día la rasquiña se terminó. Hubo una fuerte reacción local con el edema del labio y del carrillo y dolores fuertes que calmaban fácilmente con una poción de cloral y jarabe de morfina. Esta reacción se apaciguó cinco días después de aplicado el remedio; el resto del tratamiento continuó sin malestar ni molestia alguna. Hoy la señora está perfectamente bien. Sufre de los accidentes ocasionados por su dilatación aórtica, pero no ha vuelto a sufrir nada en la nariz. Hasta el presente han corrido más de dos años, y la enfermedad no ha vuelto a reaparecer.

El segundo caso es el siguiente, que corresponde a los clisés número 3 y número 4.

Este hombre, de cincuenta y seis años de edad, natural de Turbaco, vino a consultarnos en el mes de octubre del año pasado. Después de un examen minucioso supimos que venía padeciendo de su novedad hacía ya como dos años. Díjonos que ésta había comenzado por una manchita rubicunda, que apareció en el ala izquierda de la nariz. La manchita era pruriginosa y recubierta de escamitas que al arrancarse dejaban una superficie exulcerada que en ocasiones sangraba. Poco a poco la enfermedad fue extendiéndose, al mismo tiempo que fueron apareciendo botones carnosos y que se recubrían de costras adherentes que al ser arrancadas por el rascado se ulceraban. Consultó varios facultativos, y siguió religiosamente las instrucciones que de ellos recibía. Cansado de los tratamientos que le habían prescrito, se vino para Barranquilla, en donde fue tratado como sifilítico con mercurio y 914, sin resultado favorable. Cuando en el mes de

octubre próximo pasado lo vimos por la primera vez, la lesión había invadido casi toda la nariz, tal como puede verse en el clisé número 3 que acompañamos.

La duración de la enfermedad, hasta el día en que lo vimos por primera vez, era ya de año y medio. Hecho el diagnóstico de lupus ulceroso, por el aspecto que la lesión presentaba resolvimos tratarlo de la misma manera como lo hicimos con la enferma de la historia anterior. Al efecto le aplicamos una capa delgada de la pasta arsenical, capa que dejamos aplicada hasta que se desprendió por sí misma. Durante esta primera aplicación la reacción local fue fuerte. Ambos carrillos y ambos párpados inferiores se edematizaron grandemente. La rubicundez se extendió hasta la frente y el mentón. Los dolores fueron fuertes por el espacio de tres días, al cabo de los cuales desaparecieron por completo. Al final de la segunda semana, toda reacción había desaparecido, y el emplasto cayó después de haber destruído los tejidos enfermos. Parte del ala de la nariz, como puede verse en el clisé número 4, fue destruída por el remedio, lo que indica que el lupus había invadido todo su espesor. Después de la caída del parche quedó una grande superficie ulcerada, superficie que para cubrirse de piel empleó casi tres meses, al fin de los cuales la curación fue completa. Hace ya seis meses que el paciente está bien, y hasta el presente, que sepamos, no ha sentido ninguna novedad que indique el regreso de la lesión. Nosotros nos atrevemos a considerarlo completamente libre de la destructora lesión que lo aquejaba.

Las observaciones que anteceden, sobre todo las tres referentes al tratamiento del cáncer por la parte arsenical, nos llevan a creer que el arsénico posee para la célula cancerosa una acción que pudiéramos considerar como específica, siendo así que las demás sustancias cáusticas que desde tiempos inmemoriales se han venido empleando como medio de destrucción de los tejidos cancerosos, jamás han determinado efectos tan marcadamente satisfactorios como los ocasionados por el ácido arsenioso tal y cual lo rezan las observaciones relatadas.

¿Cómo obra el arsénico? Para nosotros el arsénico aplicado a los tumores malignos ulcerados obra sobre la célula cancerosa y sobre los vasos del tumor, determinando en la primera una verdadera necrobiosis y en los segundos una obliteración que viene a ser la causa inmediata de la necrobiosis del protoplasma de la célula cancerosa. El arsénico mortifica los elementos del neoplasma y determina en ellos una gangrena química, siendo de notar que esta mortificación de tejidos no rebasa los límites de la neoplasia. Mientras los tejidos neoplásicos se mortifican, los tejidos sanos que rodean el tumor se inflaman y comienzan a separarse de la parte enferma, al mismo tiempo que ésta se retrae, de manera que cuando se arranca el apósito, la neoplasia se desprende, dejando en su lugar una superficie roja, llena de botones, carnosos y en cuyos bordes la piel de nueva formación ha principiado a llenar la pérdida de sustancia ocasionada por la caída del tumor. Pasa en estos casos lo mismo que en los casos de gangrena seca; las lesiones histológicas deben ser, si no

las mismas, a lo menos muy semejantes; el protoplasma de las células sufre la necrosis de coagulación de Cnhein; los núcleos celulares desaparecen, los vasos se obliteran, el tejido conjuntivo y los nervios degeneran; total, los tejidos neoplásicos cuya actividad vital es exuberante, mueren por necrosis, y los tejidos sanos excitados apresuran la eliminación de los tejidos neoplásicos gangrenados por la acción del ácido arsenioso. Este proceso tiene lugar en toda la extensión del neoplasma, tal como lo demuestran las observaciones relatadas, en particular la primera, en la que ya se dijo que el tumor había caído arrastrando tras de sí una porción del cartílago y de la costilla, órganos que ya estaban invadidos por el epiteloma. Por estas observaciones, y teniendo en consideración que hasta el presente no se han presentado recidivas, es por lo que nos inclinamos a creer que el arsénico tiene una afinidad especial para el tejido neoplásico, afinidad que nos mueve a considerar esta sustancia química como específico en el tratamiento de las neoplasias malignas. Por estas razones se comprende que el medicamento no puede emplearse a tontas y a locas, y que los resultados que desean obtenerse dependen de la situación ocupada por la neoplasia y de la extensión de la misma. Por ejemplo, cuando se trata de un cáncer (epiteloma o sarcoma) del cuello, tal como ya hemos visto casos, si el examen cuidadoso y concienzudo nos indica que el tumor ha englobado las arterias principales de la región, la aplicación del aposito sería no sólo imprudente sino peligrosa, puesto que el desprendimiento del tumor

podría fácilmente ocasionar una hemorragia fulminante e irremisiblemente mortal.

Tampoco puede emplearse el arsénico en las cavidades como la boca, la vagina o el recto, y esto debido a la humedad constante de ellas. Los líquidos de estas cavidades arrastrarían la pasta e impedirían que el ácido arsenioso ejerciera acción permanente, como sucede en las neoplasias de la cara, el seno o demás partes o regiones de los tegumentos externos. Además, aplicado en la boca se correría el riesgo de que el ácido arsenioso, sustancia tóxica, se ingiriera con la saliva deglutida y viniese a ocasionar un verdadero envenenamiento.

Tales son, a grandes rasgos, los inconvenientes principales y de bulto que impiden la aplicación de la pasta arsenical al cáncer de las cavidades accesibles al tratamiento. Es entendido también, y fácilmente se comprende, que en un cáncer de la matriz la destrucción ocasionada por la pasta podría determinar la perforación de la vejiga y del recto, cosa que complicaría en extremo la situación del paciente, y que las más de las veces sería causa inminente de una muerte segura. Por todas estas razones la aplicación de la pasta arsenical tiene por fuerza que quedar reducida únicamente al tratamiento exclusivo de las neoplasias externas.

Además de lo apuntado tenemos que señalar como un elemento que cohibe a muchos enfermos el dolor que en ocasiones determina la aplicación del arsénico. Para mitigar este inconveniente he acostumbrado aplicar el arsénico combinado con la cocaína. En los tumores de la cara, cuando son pequeños, esta combinación

impide que sea dolorosa la aplicación del remedio; pero en los tumores de mayor volumen, como los que han sido objeto de este trabajo, el elemento dolor siempre ha sido más o menos intenso, de manera que para calmarlo es de necesidad apelar al cloral o la morfina. En cuanto al peligro referente a la reabsorción del arsénico, estamos convencidos que es un elemento que no merece que se tenga en mucha consideración. En nuestras observaciones, tan sólo en la primera observámos la neuritis o polineuritis que hemos señalado. Este accidente se debió, sin duda alguna, a la manera intempestiva, así como a las dosis masivas con que fue aplicado el remedio, cosa perfectamente explicable si tenemos en cuenta que era la primera vez que nos batíamos con una neoplasia tan desarrollada y tan enorme como la referida. Ya en los demás casos, reglada como fue la aplicación, no tuvimos accidente alguno que indicara que el arsénico había sido absorbido. Consideramos, pues, este peligro como nulo, siempre y cuando no se abuse de la aplicación, cosa muy fácil de realizar si el médico pretende que la curación sea más rápida de lo que en realidad puede ser. En ninguna ocasión se necesita más paciencia que en estos casos, puesto que ella es un elemento de primer orden, que si se abandona, el resultado que puede lograrse no puede ser otro que el fracaso.

Además de lo dicho, debemos también llamar la atención acerca de la baratura del remedio, que por lo mismo está al alcance de todos los bolsillos. Todos los métodos curativos que hasta el presente se han ideado para el tratamiento del cáncer son más o menos costosos; las más de

las veces los enfermos mueren porque sus recursos no alcanzan para arbitrar los medios de curación. El arsénico no vale nada, es por lo mismo el recurso ideal para los infelices que desgraciadamente en la humanidad constituyen la mayoría.

La fórmula que hemos adoptado es la siguiente:

Acido arsenioso	1 gramo.
Cocaína	2 gramos.
Goma arábica en polvo	1 gramo.
Talco	12 gramos.

Para preparar la pasta se coloca un poco de este polvo en una loza de porcelana o en la superficie de una lámina de vidrio, y poco a poco se le va mezclando agua y agitando la masa hasta obtener una pasta más o menos blanda, pasta que se extiende en la superficie del tumor hasta cubrirlo del todo. Hecho esto se recubre toda la parte con una tela de gasa cuyos bordes se recortan convenientemente. Así las cosas, no hay nada más que hacer; si el tumor, o verruga o úlcera son pequeños, a los pocos días se desprende el parche y con él la parte enferma. Generalmente a la caída del parche ya la superficie de implantación del tumorcito está cicatrizada, pero si así no fuere, basta espolvorearla con un poco de dermatol y aguardar unos días. La cicatrización es rápida, y las más de las veces una sola cura de dermatol es suficiente.

Cuando el neoplasma es voluminoso, se recubre la primera vez con la pasta y la gasa, y ocho días después se arrancan la pasta y todos los tejidos necrosados. Esta operación es por lo ge-

neral indolente. Tan pronto como el enfermo acusa dolor o que se note que la superficie sangra, se suspende el raspado y se aplica la pasta de nuevo. Cada ocho días se repite la operación hasta la completa eliminación del neoplasma. Cuando el aspecto de la superficie ulcerada que deja tras sí la eliminación de los tejidos enfermos presenta un aspecto satisfactorio al ojo del clínico, y que a la vista y al tacto no se note nada sospechoso, se suspende el tratamiento y se principia la curación de la ulceración empleando el dermatol y la gasa. Es maravillosa la rapidez con que la cicatrización se efectúa. En los casos que hemos relatado, esa rapidez ha sido uno de los fenómenos que más nos han llamado la atención.

Por todo lo dicho nos creemos autorizados para aceptar las siguientes conclusiones:

1ª El ácido arsenioso posee una afinidad especial para la célula cancerosa.

2ª El ácido arsenioso es un medio poderoso para obtener la destrucción de las neoplasias malignas ulceradas de los tegumentos externos.

3ª Aplicado convenientemente, es un específico contra las neoplasias malignas, e inocuo para resto del organismo.

4ª Los pocos inconvenientes que tiene su aplicación, tal, por ejemplo, el dolor que dicha aplicación ocasiona, son insignificantes comparados con el éxito curativo que generalmente se obtiene; y

5ª Lo mismo que para el cáncer, el ácido arsenioso aplicado al exterior se ha mostrado muy activo en el tratamiento del lupus ulceroso de la cara.

EPITELIOMA

nodular del cuello uterino tratado con inyecciones de cuprasa.

A la honorable Academia Nacional de Medicina.

Por el doctor ALONSO RESTREPO MORENO (de Abejorral).

La variedad de tratamientos para el cáncer con que en la actualidad se cuenta, y la desigualdad de resultados obtenidos con cada uno de ellos sistematizado, demuestran una vez más lo denso de la neblina que envuelve aún la verdadera etiología de los neoplasmas.

Sólo cuando se la obtenga única o plural (como son sus formas anatómicas) de manera incontrastable, será posible llegar a una terapéutica racional, realmente específica.

A fuer de ecléctico, y no obstante el caso que motiva estas líneas, considero que el cáncer exigirá siempre un tratamiento general, «del terreno» (coloides, silicatos, etc.), y un tratamiento directo contra las lesiones (cirugía, electricidad, radio—que acaso obre también sobre el terreno,— etc). Para mi modo de ver los progresos incesantes de técnica operatoria darán mucho de sí propios todavía, y la exéresis amplia conservará seguramente el puesto principal en toda terapéutica, que suprimido el foco máximo es más fácil destruir los secundarios.

Por lo que atañe al suelo canceroso, en vista del éxito en mi enferma, creo que la cuprasa

de Gaube du Gers, poco menos que olvidada ya (nada sobre ella pude encontrar en revistas nacionales y extranjeras de los dos últimos años), constituye un arma de valor en las formas incipientes; la honradez profesional me obliga a decirlo, por más que siempre fui enemigo de suscribir certificados a especialidades farmacéuticas, así me hubiesen prestado señalados servicios en la práctica.

La observación xxviii de mi archivo prueba que tal droga merece la atención médica y exige se prosiga sobre ella la encuesta experimental:

OBSERVACIÓN XXVIII

Abejorral, 12 de diciembre de 1916

Señora M. F. G. de B.—Cincuenta y seis años— Oficios domésticos—Raza blanca.

Historia de familia— La madre murió hace mucho tiempo de un cáncer del estómago; recuerda como detalle que en los seis últimos meses de vida tuvo un hipo ruidoso y persistente. Al padre le diagnosticaron primero una dispepsia, luego un cáncer gástrico también, y según la enferma, murió muy enflaquecido, con la vejiga considerablemente distendida, hace de ello unos seis años; como detalle, vómito tenaz, alimenticio, por gran lapso, que fue compatible en mucho tiempo con relativo buen estado general. Aquí cabe sospechar primero una obstrucción pilórica indeterminada, con su dilatación estomacal consecutiva, y por último un adenoma prostático, tanto más seguio cuanto el señor falleció a edad muy avanzada.

Conozco casi toda su familia, y el artritis-mo es muy marcado en ella.

Antecedentes personales—No existe ninguno de importancia ; menstruó con regularidad desde los quince años ; diez partos a término sin complicaciones. La menopausia tuvo lugar sin incidentes a los cuarenta y tres años.

Enfermedad actual—Viene a consultarme para trastornos digestivos consistentes en meteorismo después de las comidas, frecuentes acedías, pirosis, vómito alimenticio algunas veces, etc. En el curso del interrogatorio averiguo que desde hace dos años tiene flujo vaginal, blanco al principio, ahora verdoso, espeso, fétido y escaso; a veces aumenta tornándose amarillo, más flúido, sin perder la fetidez habitual.

Además, hace tres meses, al regresar de su finca distante 12 kilómetros de esta población, tuvo una hemorragia poco considerable, que cedió al simple reposo en cama de un día para otro; no se alarmó por ello, y lo atribuyó al maltrato de la cabalgadura.

Dados su edad, el número de partos anteriores, su marcada obesidad, el tiempo transcurrido de la menopausia al principio de la leucorrea (once años), los caracteres de ésta y la brusca aparición de una hemorragia, sospecho que algo evoluciona en el útero de mi enferma, causa quizás de las perturbaciones digestivas que la traen a mi despacho, y me niego a recetarle sin practicar un examen genital que verifico al día siguiente:

Vulva entreabierta por antigua desgarradura perineal incompleta ; cistocele apreciable, so-

bre este punto señala la facilidad con que pierde orina involuntariamente al esfuerzo más leve; mucosa vaginal sana. Al tacto: cuello lleno de desigualdades y boceladuras, de dureza inequívoca; la infiltración, falta de contornos precisos, rodea el hocico de Tenca y se prolonga a la izquierda siguiendo profunda laceración de la comisura; sensación rugosa de úlcera la bordea y circuye el orificio externo. Utero bastante móvil; fondos de saco indoloros y libres. Los dedos vienen manchados de sangre y de un flujo purulento, fétido; a poco aparece en la vulva pequeña emisión sanguínea que cede al lavado caliente. Introduzco el espéculo, y compruebo la existencia de una vasta ulceración nodular, de bordes irregulares y coloración rojo violácea sobre el hocico de Tenca y los labios de la desgarradura.

Diagnóstico — Los antecedentes y el aspecto de la lesión hacen desechar las endometritis y las cervicitis habituales.

Sífilis y tuberculosis no existen en la enferma, ni en su marido, y del lado genital son muy otros los caracteres que revisten.

Los fenómenos mórbidos sólo empezaron a los once años de una menopausia sin contratiempos de ningún género. Ello, los caracteres del flujo y el resultado de la exploración directa, dejan en pie apenas dos hipótesis: la *metritis senil* de los autores y el *cáncer del cuello*, si extenso, perfectamente localizado todavía.

No obstante ser más fácil la confusión de la *metritis senil* con el *cáncer del cuerpo*, el del cuello tiene también caracteres comunes con

aquella: movilidad del órgano (en las primeras etapas del neoplasma); leucorrea fétida, purulenta, estriada de sangre; a veces hemorragias más o menos abundantes y erosiones cervicales. (Pozzi-Barozzi).

En el presente caso existían completos los primeros signos anotados, pero en vez de las erosiones *blafardes* de los autores, había verdadera ulceración rojoviolácea (coloración a la que se da grande importancia en la actualidad) ocupando nódulos visibles y reposando sobre induración de dureza inconfundible y contornos imprecisos.

Por tanto se imponía el diagnóstico de *epitelioma nodular infiltrado del cuello*.

Propuse intervención radical que favorecerían considerablemente la limitación actual del neoplasma y las excelentes condiciones del estado general de la paciente.

Doce días después, por navidades, llegó a la población mi distinguido maestro y amigo el doctor Miguel M. Calle; propuse a la familia lo llamásemos en consulta; practicámos juntos nuevo examen, que llevó al doctor a la confirmación de mi diagnóstico, y convinimos de común acuerdo en intentar, antes de intervenir, un tratamiento por inyecciones de cuprasa, en vista de la limitación de las lesiones.

Puse la primera inyección el 27 de enero de 1917, que hasta entonces no se consiguió la droga. De ocho a nueve horas más tarde experimentó la enferma ligero calofrío, malestar general de corta duración y mal gusto en la boca. No hubo modificación apreciable en los días siguientes. Sentía dolor en el sitio de la picadura.

2 de febrero de 1917. Segunda inyección con reacción ligera, como en la vez pasada. El 5 salí para Medellín, regresé el 13, y al día siguiente puse la tercera inyección; en mi ausencia la enferma advirtió aumento del flujo, que se hizo más claro y menos espeso.

22 de febrero. Cuarta inyección. El flujo era ya casi blanco, flúido y de olor apenas apreciable.

El 26 examiné de nuevo: en el cuello se había verificado una transformación: me pareció la infiltración más circunscrita y menos extensa; puesto el espéculo, advertí la úlcera disminuída a la mitad casi de su tamaño primitivo, y su aspecto era más limpio; persistía no obstante la facilidad de sangrar, y sobre el labio anterior aparecía un nódulo muy grueso.

Quinta inyección el 1º de marzo. No siguió a ésta ni a la anterior la pequeña indisposición que acompañó a las otras; en cambio los puntos de las picaduras dolían a la presión y a ciertos movimientos; el flujo era ya blanco e inodoro totalmente; la cantidad escasa.

Por el dolor no hice la sexta picadura hasta el 16 de marzo; el flujo era ya despreciable por lo escaso; el aspecto de la enferma, siendo bueno al iniciar el tratamiento, era mejor ahora, no sentía ya pesantez estomacal después de las comidas, su apetito era excelente y dormía perfectamente.

Examiné otra vez el 23 de marzo: mi asombro fue grande al advertir la infiltración localizada casi al labio anterior de la desgarradura; los nódulos pequeños desaparecidos y el mayor

acaso más saliente que en el examen anterior; a la vista la ulceración había desaparecido totalmente; un color rosado pálido la reemplazaba sobre el hocico de Tenca, y uno rojo claro sobre el labio anterior de la laceración; con la cureta cortante, de un golpe hice la enucleación del nódulo saliente; se desprendió del fondo de un tejido sano al parecer: tenía el volumen de un grano de maíz, consistencia muy dura y al cortarlo hizo crujir el escalpelo.

Séptima inyección el 31 de marzo y octava el 16 de abril.

Volví a examinar el 25 de tal mes: el cuello estaba blando; se sentía apenas la firmeza cicatricial de la desgarradura, y no era posible advertir nódulo alguno; al espéculo comprobé una coloración rosada blanquecina en los sitios de la lesión, que contrastaba con el rosado claro de la mucosa de los fondos de saco; una depresión profunda señalaba el sitio del nódulo extirpado; por fuera, otra más vasta, más irregular y más superficial indicaba los límites de la antigua ulceración.

No consideré preciso poner más inyecciones.

Han transcurrido dos años largos—copio y comento en septiembre de 1919,—y en ellos he seguido siendo el médico de la casa de la enferma; ésta no ha necesitado consultarme para nada; ignoro si la semilla permanece latente en su organismo; sólo sé que no existe ningún signo presagioso y que su salud actual es floreciente.

Creo imposible que el doctor Calle y yo hubiésemos cometido un error de diagnóstico; su voto era sobrado respetable, el cuadro clínico de

la enferma demasiado claro y evidente, y por último, la medicación misma, como el mercurio, como la emetina, vino a ser piedra de toque y por ende una confirmación más. A mi entender, hasta ahora nadie ha dicho que la cuprasa hubiese sanado ulceraciones y resuelto infiltraciones de índole distinta a las cancerosas.

Causa extrañeza la rapidez con que obró en el caso de que trato; ocho inyecciones en un lapso de dos meses escasos bastaron para dar cuenta completa de la neoformación; ignoro a ciencia cierta la causa verdadera de tanta prontitud; parecen invocables: acaso la poca extensión en profundidad de la neoplasia, quizás su misma constitución histológica—lamentaré siempre no haber hecho practicar examen microscópico, ya que carecía yo de medios y de conocimientos suficientes para ello,—y probablemente, en mucha parte, las reacciones defensivas de un organismo poco tocado todavía.

La cuprasa es un protóxido de cobre albumínico coloidal. Fue descubierto por el doctor Gaube de Gers; se encuentra la suspensión inyectable en ampollas de vidrio amarillo que contiene cinco centímetros cúbicos cada una; Gaube, Schmidt y otros creen innecesarias dosis mayores de una vez; recomiendan se inyecte en el tejido subcutáneo, pero el dolor, aunque soportable, que experimentó la enferma, me llevó a poner la segunda en la masa muscular del gran glúteo, y esta vía fue mejor tolerada, por lo cual la adopté en las inyecciones siguientes.

Su acción es eminentemente citolítica; la disolución progresiva del neoplasma fue verifi-

cándose bajo mi control constante. Por ello, no obstante el éxito que me procuró, creo, con algunos observadores, que su empleo sería muy perjudicial en cánceres avanzados cuya rápida desintegración apresuraría indudablemente el desenlace fatal por intoxicación casi masiva en sujetos de suyo muy intoxicados o caquéticos del todo.

Tal deducción, lógica si las hay, me ha vedado nuevas aplicaciones; fuera de los muchos cánceres que vi durante mi curso en el servicio quirúrgico del Profesor Montoya y Flórez, me ha tocado diagnosticar aquí bastantes, y entre ellos siete uterinos; de éstos han muerto ya cinco personas, una convalece ahora de laparotomía para tentativa de extirpación, que resultó inútil por hallarse ya comprometida la vejiga, y luégo el caso motivo de estas líneas; sólo llegué a tiempo en el presente, y más tarde (3 de julio de 1917) en el de la enferma que dio margen para mi artículo *Infección Purulenta* en la *Revista Clínica* de Medellín (entrega ix, año III), pero los interesados en esta vez no quisieron aceptar tratamiento intensivo de ninguna clase, hasta que los progresos del mal exigieron histerectomía vaginal que practiqué con el doctor Ed. Peláez L. (de Manizales); a los diez y ocho días de un período postoperatorio sin incidentes, estalló bruscamente una flebitis supurada de la poplítea, y la enferma sucumbió pocos días después a la piohemia.

Había leído bastante sobre el coloide de Gaube y le conocía varias apologías entusiastas; sin embargo confieso que apliqué las primeras

inyecciones con mucho escepticismo, a título experimental si se quiere, y por satisfacer los deseos de la enferma y de su familia, quienes naturalmente tenían de adherirse a la esperanza de curación sin riesgos y económica además. Mi sorpresa hubo de ser grande y creciente al presenciar la progresiva transformación neoplásica, y mayor mi satisfacción al ver las lesiones desaparecidas totalmente.

Por ello conceptúo que diagnosticado un cáncer todavía localizado o apenas incipiente, antes de intervenir es razonable, en vista del caso que dejo relatado, intentar un tratamiento por inyecciones de cuprasa.

ALONSO RESTREPO MORENO

Abejorral, septiembre de 1919.

NOTAS

sobre algunos casos de fiebre remitente no pertenecientes al paludismo.

Por el doctor E. GUERRERO P. (de Cartagena).

(Estudio presentado al tercer Congreso Médico de Colombia).

Al mismo tiempo que la fiebre remitente de origen palúdico, hemos podido observar en nuestro radio de acción algunos casos de pirexia remitente, cuyo origen no nos parece que sea el paludismo.

Según hemos podido verificarlo, el hematozooario no existe en algunos individuos que presentan el sindromo de fiebre remitente.

Por otra parte, dicha fiebre presenta en numerosos casos una resistencia tal a la quinina que a veces nos hemos preguntado si verdaderamente lo administrado era quinina, o bien si las dosis eran suficientes, o también si estas dosis eran o nó absorbidas.

Deseando obviar todos estos inconvenientes administrámos la quinina por la vía intramuscular o intravenosa y a dosis máximas. Los casos en que la quinina ha sido ineficaz contrastan con aquellos en que los resultados son completamente satisfactorios, casos en que la quinina es nuestra verdadera arma contra el paludismo.

Guiados por estas consideraciones nos permitimos señalar a vuestra atención los casos en que el sindromo remitencia febril produce una

infección de origen desconocido, en que no es posible poner en evidencia la causa eficiente.

Hemos llevado a cabo todas las averiguaciones clínicas completadas por el laboratorio que hemos podido practicar. Nos han hecho falta sin embargo muchos elementos de laboratorio de que aún no disponemos, y por esto no pudimos practicar ni una hemocultura, ni una suerorreacción, por ejemplo.

Suplicamos, pues, no se vea en estas cortas notas sino el deseo de llamar la atención de mis honorables colegas hacia un síndrome ante el cual permanecemos perplejos en muchas ocasiones.

Aunque sea temerario concluir en pro o en contra de un agente infeccioso determinado, creemos que pueda eliminarse el elemento palúdico en los casos que citamos, por las razones enunciadas anteriormente, y considerar las infecciones latentes agudas, algunas de las cuales podríamos referir a una fimatosis generalizada, más o menos atenuada, o a una dotinenteritis.

Sería largo enumerar las muchas observaciones en que un tratamiento quínico no ha dado resultado satisfactorio y en que el examen hematológico respecto al hematozoario no ha sido positivo. Por esto hemos limitado nuestro estudio a algunos de aquellos casos en que el síndrome remitencia febril se presentó, por decirlo así, puro sin ningún factor de perniciosidad y en que la larga duración de la pirexia permitió apreciar la remitencia.

Las tres observaciones que siguen, bastante resumidas, darán mejor cuenta de la idea que tratamos de exponer.

OBSERVACIÓN I

(Junio, julio y agosto de 1916).

I. López — Veinticuatro años.

Antecedentes hereditarios: nulos.

Antecedentes personales: tiene una uretritis gonocócica; esta enferma afirma no haber tenido ninguna otra enfermedad.

El 10 de junio de 1917, sin presentar ni calofrío ni cefalea verdadera, sino simple pesadez de la cabeza, la temperatura se eleva a 39.5.

Cuando cinco días después lo vemos por primera vez, encontramos temperatura rectal de 40° y postración bastante marcada.

El examen de las vísceras no nos revela nada de particular, salvo cierta debilidad del miocardio, que se traduce al esfigmomanómetro por una tensión mínima de 55 centímetros cúbicos.

Examen hematológico:

Sangre fresca; ausencia del retículo fibrinoso.

Glóbulos rojos: normales.

Hematozooario: 0, a pesar de repetidos exámenes.

Espirilo de Obermeyer: ausente.

Orinas: normales.

La temperatura permanece estacionaria en 39° durante quince días; remisión de 1° en la mañana.

Al vigésimo día después de haber bajado a 37° (creemos que bajo la influencia de los baños completamente fríos y prolongados) la fiebre, sube de nuevo no sólo hasta 39.5° sino hasta 40°.

El enfermo se quejó entonces de tensión del abdomen, el bazo se hipertrofió y se puso doloroso. A pesar de la alta temperatura y del estado de postración el pulso se modificaba apenas en cuanto a la frecuencia, pero sí existía un dicrotismo bastante pronunciado.

El examen de la sangre el trigésimoquinto día no nos reveló tampoco la presencia del hematozoario.

La fiebre continuó con una serie de oscilaciones de 39° o 40 a 37.5° y 38° durante cuarenta y cinco días más. Y a pesar de que no veíamos ningún síntoma (sino la tenacidad de la pirexia) que pudiera alarmarnos, temíamos una terminación fatal.

Al fin el 25 de agosto de de 1917, después de haber puesto en práctica sucesivamente cuantos medios terapéuticos estuvieron a nuestro alcance, la fiebre cedió completamente. Después de una apirexia de veinte días dimos de alta a López.

Tratamiento: durante los primeros días el enfermo había tomado repetidos purgantes salinos y hasta dos gramos de quinina por su cuenta. Personalmente instituimos la hidroterapia intensiva y una poción con adrenalina, a fin de levantar un tanto la tensión arterial. La ausencia de hematozoario nos indujo a reemplazar la quinina por los *fermentos metálicos*. Estos, después de una reacción violenta, hacían bajar la temperatura de 1 o 2 grados, pero sin que este descenso persistiera más de dos o tres horas. Un día la temperatura bajó a 36° ; creímos que había llegado el momento de la defervescencia, gracias a la acción

del *fermento metálico*. Pero nos engañámos; al siguiente día nuevo ascenso a 39.5° , y así de los siguientes.

La hipertrofia del bazo nos indujo a insistir sobre la busca del hematozoario. Y aunque esta fue negativa, empezámos entonces una serie de inyecciones crecientes de formato de quinina durante veinte días, sin obtener sino ligeras modificaciones de la temperatura y una depresión profunda del enfermo.

Desalentados suspendimos toda medicación específica; procurámos alimentar al enfermo por todos los medios posibles.

Debemos añadir que treinta días después del principio de la enfermedad el paciente, que hasta entonces se contentaba con ingerir jugos de frutas, principió a tomar alimentos más sustanciosos, hasta el día cuadragésimoquinto, en que a pesar de un 39.5 en la tarde nuestro enfermo tomaba todos los alimentos sólidos que le presentaban.

Durante todo el curso de la enfermedad hubo constipación pertinaz que combatimos a menudo por los medios ordinarios.

López logró reponerse completamente, y hoy no conserva rastro alguno de la enfermedad pasada.

OBSERVACIÓN II

B. Maldonado, niña de doce años (hija de padres aparentemente sanos). Cuando la vimos por primera vez hacía quince días poco más o menos que tenía fiebre (38° , 39°).

Según cuentan los padres, esta enferma no ha gozado de salud completa a partir de los sie-

te años. En sus antecedentes encontramos: bronquitis repetidas, diarreas persistentes, inapetencia constante e insomnios frecuentes.

Al examen clínico notamos lo siguiente: enflaquecimiento, palidez, amígdalas hipertrofiadas, macropoliadenopatía.

Pulmones: vértices al parecer sanos.

Bases: estertores diseminados. Miocardio, indemne.

El hígado y sobre todo el bazo están hipertrofiados.

Orinas: disminución del porcentaje de urea.

Examen hematológico, 4.000,000 de glóbulos rojos.

Cromometría, 85°.

Leucocitos, normales.

Hematozoarios, 0.

Espirilo de Obermeyer, 0.

Examen coprológico. Hemorragia histológica.

En los días que siguen, la temperatura se mantiene entre 39° y 40° (en la tarde), con remisiones matinales de uno o dos grados.

La elevación de temperatura se acompañaba en muchas ocasiones de cianosis persistente de las extremidades, que alarmaba mucho a la familia.

Los diferentes antitérmicos no ejercían acción alguna sobre la fiebre. Debemos añadir que los administrámos muy poco.

La hidroterapia solamente procura una sedación de uno o dos grados pero de duración fugaz, media hora a lo sumo.

Durante los períodos de elevación térmica

nunca observámos ni delirio, ni ansiedad ni aun cefalea.

Durante cincuenta y seis días la temperatura se mantiene en 39° o 39.5° con las remisiones señaladas, a pesar de las repetidas dosis de quinina por las diferentes vías.

No fue sino al septuagésimo día de observación cuando la temperatura dejó de subir en la tarde a 39° y llegó solamente a 38° . Al fin después de oscilaciones entre 36 y 38° , la temperatura se estacionó en $36\frac{1}{2}^{\circ}$ hasta el día en que no volvimos a visitar la enferma.

Durante las exacerbaciones de temperatura el pulso se mantiene en 108 o 110, lo que nos hace augurar bien respecto a la terminación de la pirexia.

Tratamiento: 1^o, hidroterapia, que no dejamos de practicar metódicamente desde el primer día.

2^o Inyecciones intramusculares de clorhidrosulfato de quinina a la dosis diaria de 0.25 gramos, 0.50 gramos, o de 0.75 gramos; pero, lo repetimos, este medicamento no nos pareció modificar en nada la marcha de la enfermedad.

Además, al ver el estado general bastante satisfactorio de nuestra paciente y sus deseos de alimentarse, prescribimos carnes blancas, que de cuando en cuando reemplazábamos por carnes rojas. Al mismo tiempo ordenámos una medicación exclusivamente tónica.

Se repuso lentamente ; hace pocas semanas tuvimos ocasión de verla nuevamente: la temperatura no ha vuelto, pero los estertores de las bases pulmonares persisten aún.

OBSERVACIÓN III

(Septiembre 15 de 1917).

O. Alzamora, de cinco meses (procedente de San Bernardo, Sinú). La madre ha tenido tres niños más, todos han muerto entre dos y seis meses, respectivamente, y dos abortos de tres meses ambos.

O. A. es un niño robusto, pesa 6,000 gramos.

El examen clínico revela:

1º El bazo aumentado de volumen.

2º El hígado no sobrepasa el reborde costal sino en 2 centímetros.

3º Abdomen algo meteorizado; la constipación según nos confiesa la madre es pertinaz.

4º Los pulmones y el corazón parecen indemnes.

La temperatura el primer día de observación llega a 39º.

El examen hematológico *no revela* la presencia de hematozoarios.

Aunque este resultado negativo nos autoriza a eliminar el paludismo, el síntoma fiebre nos incita a pensar en él a pesar de los antecedentes maternos, y hacemos una inyección intramuscular de 0.25 gramos de formiato de quinina, a las diez de la mañana, que repetimos el mismo día a las seis de la tarde al observar que la temperatura se mantiene en 39º.

Desde este día la temperatura oscila entre 38º y 39½º a pesar de repetidas dosis de formiato de quinina, al que unimos la hidroterapia.

Hacia el décimoquinto día de observación el niño presentó un poco de rigidez de la nuca, la

constipación persistía, no obstante los repetidos laxantes, y aparecieron algunos estertores en las bases pulmonares.

Una punción lumbar practicada el décimo-sexto día de observación nos suministró un líquido cefalorraquídeo claro, en que pudimos poner de relieve una nubecilla de albúmina por medio del ácido tricloracético. El examen citológico nos mostró la presencia de algunos linfocitos.

Cansados de administrar la quinina sin obtener resultado favorable, instituímos entonces un tratamiento mercurial, que al principio pareció dar algún resultado, pues la temperatura, que durante la administración de la quinina descendía a 37.5° en la mañana para subir en la tarde a 39° , no llegaba sino a 37.5° a las seis de la tarde durante la administración diaria de 5 miligramos de biyoduro de Hg. Pero esta mejoría sólo duró diez días; después de éstos la rigidez de la nuca, que había cedido notablemente, se acentuó de nuevo, la fiebre volvió a subir a 39° y la constipación se hizo cada vez más pertinaz.

Cuarenta días después de haber visto este paciente por primera vez, murió sin haber presentado más síntomas que los que hemos señalado y habiendo marcado el termómetro pocos momentos antes de la muerte $39\frac{1}{2}^{\circ}$.

Debemos hacer notar que durante toda la enfermedad el niño tomó siempre el seno, y su peso no disminuyó sino en unos 20 gramos.

Resumen—Según hemos podido comprobarlo hasta donde nos ha sido posible, en muchos casos el síndrome fiebre remitente no pertenece al paludismo exclusivamente. Esta comprobación

nos parece haberla establecido por el resultado negativo del examen de la sangre respecto al hematozoario, y por la resistencia al tratamiento quínico que presenta en muchos casos el síndrome que nos ocupa.

Si es posible que el paludismo sea eliminado, creemos, basándonos en algunas observaciones, que puede tratarse de una infección latente aguda, cuya causa sea la fimatosis generalizada, la dotinenteria o también el *treponema pallidum*.

Estas observaciones, lo confesamos, carecen de un elemento primordial de diagnóstico, la serología, sin la cual mal podremos emitir una opinión definitiva.

Suplicamos pues se consideren estas notas ante todo clínicas como preliminares de observaciones ulteriores que mejores elementos de laboratorio nos permitan hacer completas.

ESTUDIO

de la estadística demográfica del Departamento Norte de Santander.

Por el doctor FERNANDO TROCONIS (de Cúcuta).

(Trabajo presentado al cuarto Congreso Médico de Colombia).

En este Departamento, como acontece en casi todos los del país, la labor de la Dirección Departamental de Higiene resulta ineficaz por mil causas, entre las cuales es necesario citar la falta de partidas en los presupuestos para llevar a cabo las disposiciones que dicta relativas al saneamiento, desinfección y otras medidas que reclaman gastos de sumas considerables que el Tesoro Departamental no puede asumir por la difícil situación fiscal por que ha atravesado esa sección de la República.

La Dirección no cuenta con los aparatos, tren de empleados, agentes de policía sanitaria, bajo su inmediata autoridad, laboratorios y demás organización que para exigirle perfecta eficacia serían menester. Sin embargo, es de justicia hacer constar que siempre se ha esforzado por llenar su cometido, como pudo verse en la última epidemia de gripe, promoviendo juntas de socorro, organizando la defensa social y prestando con sus disposiciones grande ayuda al Gobierno Departamental en dicha emergencia.

Las disposiciones sobre estadística que tan buenos resultados han dado son un adelanto de

que sinceramente puede ufanarse el Departamento. El cuadro que acompaño no es más que el resumen de los publicados por la Dirección y que he conformado de tal manera que sirva a mi propósito de hacer un estudio de conjunto, sobre las necesidades que en materia de higiene tiene el Departamento Norte de Santander.

La mortalidad comparada con la densidad de la población resulta ser de 19 por 1,000, cifra que en realidad si se compara con la de otros países no sería alarmante. En efecto, adjunto un cuadro de la mortalidad por mil habitantes de los diferentes países, por el cual se ve que ocuparíamos el undécimo lugar al lado de Finlandia en el cuadro. Este ya es un hecho digno de mencionarse, porque a pesar de que las Provincias de Cúcuta y Ricaurte las constituyen regiones de climas ardorosos y palúdicos y donde la anemia tropical reina en grande escala, no alcanzamos cifras de mortalidad tan elevadas como las anotadas para países europeos donde la civilización y los métodos de higiene y asistencia pública han alcanzado el grado máximo de perfección, ventaja que tan sólo podemos explicarnos por una resistencia orgánica más vigorosa o por condiciones naturales de clima y localidad, costumbres, etc., que evitan la acción de causas que en aquellos países hace subir la mortalidad a cifras tan altas.

Por otra parte, es una esperanza que debe halagar nuestra vanidad y nuestro optimismo, porque cuando rompamos con la rutina de nuestros métodos de higiene, cuando los Gobiernos se convenzan de la necesidad de invertir dineros

públicos en obras de higiene y saneamiento, entonces, como las principales causas de mortalidad que anotamos en el cuadro son susceptibles de sufrir una disminución considerable, llegaríamos indudablemente a cifras modelos y ejemplares. Por otra parte, la natalidad alcanza en nuestro Departamento coeficientes altos que no quedan atrás entre los que ostentan las regiones más fecundas del país, de manera que disminuyendo en proporciones sensibles nuestra mortalidad, no sólo se haría una labor humanitaria, sino también obra de grandes méritos patrios, porque obtendríamos un crecimiento vegetativo de la población con generaciones fuertes y robustas que vendría a colmar el vacío que en nuestro extenso territorio existe. Comparando la mortalidad global con la mortalidad infantil, vemos que ésta es un 29.05 por 100 de aquélla, y que la gastroenteritis entra en un 29.83 por 100 de la mortalidad infantil, cifra que en realidad no corresponde a la verdad, porque todos sabemos que una gastroenteritis no es sino el preludio de un cortejo patológico al cual sirve de zapador para minar las pequeñas existencias. ¡Cuántas bronconeumonías y meningitis que figuran en el cuadro de mortalidad infantil no han sido sino las consecuencias de una infección intestinal! y, por otra parte, organismos mal nutridos, mal alimentados constituirán terrenos abonadísimos para la tuberculosis, paludismo y otras causas de mortalidad. La lucha contra la mortalidad infantil organizada en forma de *Gotas de Leche*, consultas para lactantes, clínicas para niños, higiene en el expendio de la leche de consumo, propaganda de los principios y reglas de

puericultura, es una obra de imprescindible necesidad social, porque así salvaríamos un 30 por 100 de vidas, contribuyendo en esta alta proporción al resultado que perseguimos de bajar nuestro coeficiente de mortalidad global. En esta lucha contra la mortalidad infantil podemos contar con un contingente generoso de energías en nuestra mujer colombiana, la cual indudablemente reclama la iniciativa que necesariamente habrá de surgir del Cuerpo profesional médico de cada centro importante del país para promover juntas que lleven a cabo esta labor maternal de cuidar de los hijos desamparados a quienes la miseria mata despiadadamente. En la ciudad de Cúcuta figura como uno de los números del programa de festejos en esta fecha clásica, la fundación de una *Gota de Leche*, obra en la cual colaboran las damas cucuteñas con las entidades departamental y municipal, para llevar a feliz término esta institución, que es la piedra fundamental de la lucha contra la mortalidad infantil.

La disenteria figura en un 8.85 por 100 de la mortalidad global, cifra alta y alarmante, y que con una profilaxis eficiente sería susceptible de bajar a un mínimo consolador. En nuestros climas la disenteria endémica es la amibiana, pero periódicamente todos los años vemos aparecer epidemias de una forma especial que el vulgo ha dado en llamar *infecciosa*, y que en realidad hasta que no se haga un estudio completo no podemos asignarle una especificidad determinada. Es una forma que resiste a todo tratamiento por la emetina, por los sueros antidisentéricos que nos vienen del Instituto Pasteur de Pa-

rís y de los Estados Unidos y que en los pocos casos en que los enfermos resisten a los fenómenos disenteriformes sucede una infección paratifoidea que por sí misma es temible, produciendo la muerte por miocarditis tóxica o afectando otros órganos esenciales. En nuestros medios de Provincias, por mejores intenciones y energías que tengamos, es un imposible llevar a cabo estudios de patología regional, pues carecemos de laboratorios y de personal idóneo; y porque el médico entregado de lleno a la lucha por la vida no puede distraer tiempo para esos estudios. Toca a los Gobiernos establecer laboratorios donde se puedan hacer estudios bacteriológicos completos que, como en el caso presente, son de un gran valor, desde el punto de vista de la etiología y profilaxis de esa disenteria, que tántos estragos hace en nuestra población, y que contribuirán al desarrollo y cultivo de nuestra medicina nacional, entendiendo por ello el estudio de la patología especial a nuestros medios y climas. El capítulo de fiebres en esta patología sería de un grandísimo interés estudiándolo detalladamente con exámenes hematológicos, hemocultivos, inoculaciones en animales, pues diariamente tropezamos con fiebres que resisten a la medicación de la quinina, que no son del tipo recurrente, debidas al espirilo de Obermeier y que clínicamente no podemos clasificar, quedando, por una parte, desarmados en la práctica profesional, y por otra, sin etiología para estudiar una profilaxis eficaz. Sin medios de observación y de experimentación no podremos nunca llegar a producir verdadera medicina nacional.

Acueductos de aguas potables, la guerra a las moscas domésticas, el alcantarillado, son otras tantas obras de saneamiento y de higiene que nuestro Gobierno Departamental debe considerar y llevar a cabo si se quiere dar un paso efectivo en la profilaxis de la disenteria. La fiebre tifoidea sería al mismo tiempo atacada por estos medios. En las Provincias de Ocaña y Pamplona interviene como factor importante en la mortalidad global.

La tuberculosis, la anemia tropical y el paludismo figuran como causa de mortalidad en 7.38 por 100, 8.05 por 100 y 5.16 por 100, respectivamente. Es sabido cuánta acción tiene la higiene sobre estos factores. Una buena legislación sanitaria que tienda a mejorar las condiciones de trabajo y de vida de nuestros obreros y agricultores, obras de saneamiento, tales como drenajes y desecación de pantanos, la lucha contra el anófele, la propaganda en nuestras clases trabajadoras, comenzando por la enseñanza en las escuelas primarias de las reglas y principios elementales de higiene adaptados a nuestros climas, son otros tantos problemas de orden social que nuestros Gobiernos tarde o temprano deben afrontar.

De este somero estudio de las principales causas de mortalidad en el Departamento que en circunstancias iguales influyen sobre la mortalidad en todo el país, se desprende como verdad evidente la capital importancia que encierran estos problemas para que las autoridades, tanto nacionales como seccionales, se sientan obligadas con responsabilidad ante los pueblos sometidos a su administración, y para que el estado

actual de cosas no continúe como hasta el presente, aceptando con resignación pasiva las consecuencias de condiciones naturales de suyo reformables y transformables.

Una revolución en nuestros métodos de higiene y asistencia pública se impone. Comprendo que hasta ahora una de las principales causas de este estado de cosas ha sido la pobreza del Erario Nacional, pero es hora de revolucionar, porque socialmente hablando el interés de estos problemas supera a cualquier otro de carácter patriótico: es mayor que el de nuestras vías y obras públicas nacionales, mayor si se quiere que el de la instrucción pública, porque éste presupone aquel *mens sana in corpore sano*, porque no se podrá pensar en la importación de vidas y capitales extranjeros para explotación de nuestras riquezas naturales si no les ofrecemos condiciones habitables y garantías para su existencia; porque si dejamos a la tuberculosis, al alcoholismo, a la lepra, a la mortalidad infantil, al paludismo y a la anemia tropical seguir su obra de degeneración y devastación, llegará el día en que las generaciones vengan a la lucha por la vida en condiciones tales de inferioridad que habremos de desaparecer como pueblo para dejar el campo a razas más vigorosas y prudentes. La importancia de esta revolución no se nos oculta a los médicos, que a cada momento palpamos las desastrosas condiciones de nuestra vida urbana y las consecuencias de las enfermedades que atacan a nuestros campesinos en los terrenos en donde el café, el cacao, la caña de azúcar y otras riquezas naturales son fuentes de trabajo. Pero es necesario que nuestra voz llegue a

nuestros Congresos Legislativos, a nuestras Asambleas Departamentales, a nuestros Consejos Municipales, para pedir que se voten partidas en los presupuestos para esta labor redentora.

Para conseguir esto, sería necesaria la creación de un Ministerio, que se llamaría el Ministerio de Higiene y Asistencia Pública, para centralizar ese ramo de la Administración, para que fuera el portavoz en nuestro Congreso y creara el Código Sanitario, tan importante como el Penal, y dirigiera los trabajos departamentales en donde tendría su correspondiente sección administrativa análoga a las Secretarías del Gobierno Departamental.

Indudablemente se me objetará que la creación de tal Ministerio traería una inversión de fondos que bien pudieran dedicarse al mismo objeto de la higienización pública. Actualmente el tren de empleados en el ramo de Higiene requiere una suma bastante considerable sin obtener los resultados deseados. Es una verdad axiomática que la higiene y asistencia pública reclaman mucho dinero, de manera que debemos conformarnos con esa idea porque sería utopía tratar de hacer obras de saneamiento e instalar hospitales, asilos e instituciones análogas tan sólo con buena voluntad.

La centralización en las manos de un Ministerio encauzaría las muchas instituciones de carácter privado que no obedecen a un plan científicamente establecido en el cual fuesen unas solidarias de otras sin las colisiones que suelen presentarse, contribuyendo cada una al bienestar social que es el fin perseguido.

CUADRO demográfico del Departamento Norte de Santander. Año de 1918, en el cual se comparan algunas de las causas de mortalidad entre si, y se da el porcientaje respectivo.

PROVINCIAS	Población, Habitantes.	Nacimientos.	Mortalidad global.	Mortalidad infantil o a dos años.	Porcientaje sobre el número global.	Gastroenteritis.	Porcientaje sobre mortalidad infantil.	Tuberculosis.	Porcientaje sobre el número global.	Fiebre tifoidea.	Anemia tropical.	Disenteria.	Paludismo.
Cúcuta.....	75,618	2,534	2,010	557	27.71%	168	30.16%	119	5.92%	40	144	185	163
Pámlona.....	49,413	1,195	677	257	37.96%	75	29.18%	141	20.82%	17	41	54	14
Ocaña.....	74,355	2,107	861	244	28.33%	74	30.32%	23	2.67%	170	41	31	36
Ricaurte.....	28,293	706	812	209	25.73%	61	29.18%	39	4.80%	7	125	116	12
Totales....	227,669	6,542	4,360	1,267	29.05%	378	29.83%	322	7.38%	234-536%	351-8.05%	386-8.85%	225-5.16%

Mortalidad por mil habitantes, 19.1

Crecimiento vegetativo por mil habitantes, 9.5

INDICE

DE LAS MATERIAS DEL TOMO XXXVIII DE LA "REVISTA MEDICA"

(NÚMEROS 456 A 461)

A

	Págs.
Academia Nacional de Medicina—Recepción de miembros de número.....	94 y 115
Academia Nacional de Medicina—Sesión solemne y posesión de dignatarios.....	265
Alcoholismo (lucha contra el), por el doctor Eliseo Montaña.....	188

C

Cancerosos (tumores) ulcerados del seno y de la cara, por el doctor Jorge E. Calvo.....	385
Cirugía del cerebro, por el doctor L. M. Vela Briceño.....	16

D

Discurso del doctor Eduardo Posada en la inhumación del cadáver del doctor Pedro M. Ibáñez	5
Discurso de recepción, por el profesor Carlos Deneumotier.....	94
Discurso de contestación, por el doctor Julio Manrique.....	105
Discurso de recepción del doctor Víctor Ribón.....	115
Discurso de contestación del doctor Arturo Arboleda.....	142

E

Epitelioma nodular del cuello uterino, por el doctor Alonso Restrepo Moreno	404
Estadística quirúrgica en Medellín, por el doctor J. B. Montoya y Flórez	148
Estadística quirúrgica en Bogotá, por el doctor Manuel A. Cuéllar Durán.....	331
Estadística demográfica del Departamento Norte de Santander, por el doctor Fernando Troconis.....	424

F

Fiebre hemoglobinúrica, por el doctor M. A. Valencia.....	250
Fiebre remitente no palúdica, por el doctor E. Guerrero P.....	414

G		Págs.
Gastropatías de origen ulceroso, por el doctor Joaquín Lombana		69
<i>Genu valgum</i> , por el doctor José Ignacio Vernaza.....		62
H		
Histofisiología patológica e importancia del diagnóstico de las gastropatías de origen ulceroso, por el doctor Joaquín Lombana.....		69
I		
Doctor IBÁÑEZ PEDRO M. Artículo necrológico.....		3
Discurso del doctor Eduardo Posada en la inhumación del doctor Pedro M. Ibáñez		5
Informe del Secretario bienal de la Academia, doctor Ricardo Fajardo Vega.....		266
L		
Lucha contra el alcoholismo, por el doctor Eliseo Montaña.		188
P		
Paludismo; empleo de la quinina como profiláctica, por el doctor Emiliano Henao M.....		312
Q		
Quinina profiláctica, por el doctor Emiliano Henao M.....		312
R		
Recepción del profesor Carlos Deneumostier en la Academia Nacional de Medicina. Discursos.....	94 y	105
Recepción del doctor Víctor Ribón en la Academia de Medicina. Discursos.....	115 y	142
T		
Tos ferina. Aplicación de la vacuna pertussis, por el doctor Guillermo Márquez		46
Tracoma en Cartagena, por el doctor Manuel F. Obregón...		286
Tratamiento de los tumores cancerosos ulcerados del seno y de la cara, por el doctor Jorge E. Calvo.....		385
V		
Vacuna pertussis, por el doctor Guillermo Márquez.....		46