

# REVISTA MEDICA

DE BOGOTA

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

PUBLICACION MENSUAL

Redactores { 1.º, DR. JOSE MARIA LOMBANA BARRENECHE  
2.º, DR. JUAN DAVID HERRERA

Dirección telegráfica, ACADEMIA—Bogotá—Apartado de Correos número 52  
Administración, 181, calle 10

Agente en Barranquilla, Dr. Pedro Quesada Romero

Agente de publicidad en Europa, M. A. LORETTE, Director de la  
*Société Mutuelle de Publicité*, 14, rue Rougemont, París.

La correspondencia y los canjes deben dirigirse así: *Revista Médica*—Bogotá—Colombia—Apartado 52.

Los anunciadores europeos se dirigirán á M. A. Lorette (14, rue Rougemont-París), para la publicación de sus anuncios en la *Revista Médica*.

Adresse pour la correspondance et les échanges: *Revista Médica*—Bogotá—Colombia—Apartado 52.

Les annonceurs européens son priés de vouloir bien s'adresser á M. A. Lorette (14, rue Rougemont-Paris), pour la publication de leurs annonces dans la *Revista Médica*.

## CONTENIDO

	Págs
<b>Sección oficial</b> —Academia Nacional de Medicina—Sesión del día 28 de Septiembre de 1906 .....	97
Nota del Presidente de la Junta central de Higiene é informe del Dr. Roberto Franco F. ....	102
Apuntes sobre el <i>argos reflexus</i> de Bogotá .....	103
<b>Trabajos originales</b> —La gonorrea mata .....	105
Cerebroesclerosis arterial de origen alcohólico, por el D. R. A. Muñoz ..	109
Ocusión intestinal, por el Dr. Rafael Sarmiento Lleras ..	112
Un caso de operación de Killian, por el Dr. M. F. Obregón .....	115
<b>Reproducciones</b> —E xv Congreso internacional .....	117
Sintomatología en los casos ginecológicos .....	122
Tabletas de antikamnia .....	123
Drogas nuevas .....	124
<b>Estadística</b> —Relación de los trabajos ejecutados en la Oficina de Beneficencia y Salubridad en el mes de Junio de 1906 .....	125
Cuadro de la mortalidad en Bogotá en Junio de 1906 .....	127
Boletín meteorológico del mes de Junio de 1906 .....	128

## Vías Urinarias — Sífilis

Aprobación de la Academia de Medicina

# CÁPSULAS RAQUIN

**GLUTINIZADAS, INSOLUBLES EN EL ESTÓMAGO**

Ausencia de olor y de regüeldos; tolerancia perfecta.

Dosis, en 24 horas: 1 á 3 Cápsulas hidrargíricas, ó 3 á 15 de las demás clases, que se han de tomar al momento de las comidas ó en cualquier otro momento.

<b>BICLORURO</b> de Hidrargirio peptonizado. (0,01)	<b>PROTOIODURO</b> de <b>HIDRARGIRIO</b> . (0,05)
<b>COPAIBATO</b> de <b>SOSA</b> ..... (0,40)	<b>COPAIBA</b> ..... (0,45)
<b>CUBEBA</b> (y Extracto). Equivalente de (1 gr.)	<b>ALQUITRÁN</b> ..... (0,25)
<b>ICTIOL</b> ..... (0,30)	<b>BALTAL</b> (Sándalo Copaívico)..... (0,40)
<b>IODURO</b> de <b>POTASIO</b> ..... (0,25)	<b>SALOL-SÁNDALO</b> ..... (0,32)
<b>SÁNDALO</b> (Esencia) ..... (0,25)	<b>TREMENTINA</b> ..... (0,25)
etc., etc.	etc., etc.

*Exijase el Nombre de Raquin.*

**FUMOUIE-ALBESPEYRES, 78, Faubourg Saint-Denis, PARIS.**

Único empleado en los Hospitales Militares de Francia

## VEJIGATORIO DE ALBESPEYRES

Se vende en las Farmacias, á pedazos de todas dimensiones, que llevan la Firma de Albespeyres en el lado verde.

### MOSCA ALBESPEYRES

Vejigatorio de 10 centímetros por 13, contenido en un Tubo metálico, que lo preserva contra toda contaminación exterior.

Se vende con ó sin objetos de curación.

**PAPEL** de **ALBESPEYRES** para el mantenimiento de los Vejigatorios.

DEPÓSITO EN LAS PRINCIPALES FARMACIAS

**FUMOUIE-ALBESPEYRES, 78, Faubourg St-Denis, PARIS.**

FUMOUIE-ALBESPEYRES  
PARIS, 78, Faubourg St-Denis, 78, PARIS.

**TÓPICOS CHAUMEL**

DEPÓSITOS EN LAS PRINCIPALES  
Farmacias del Globo.



á la glicerina solidificada

---

---

# REVISTA MEDICA DE BOGOTA

---

---

Organo de la Academia Nacional de Medicina

REDACTORES

1.º, Dr. José María Lombana Barreneche—2.º, Dr. Juan David Herrera.

---

---

## SECCIÓN OFICIAL

---

---

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN DEL 28 DE SEPTIEMBRE DE 1906

(Presidencia del Dr. J. E. Manrique).

Con asistencia de los Dres. Aparicio, Calderón, Corredor, Esguerra, García Medina, Gómez Calvo, Güell, Herrera Juan David, Herrera Luis María, Lobo, Lombana B., Manrique, Martínez P., Olaya L., Rueda y Uricoechea, se reunió la Academia el día 28 de Septiembre á las siete y media p. m., en el salón acostumbrado en el edificio de Santa Inés. El Sr. Dr. Salgado se excusó.

Fue aprobada sin modificación el acta de la sesión anterior.

Se dio lectura á una nota del Sr. Presidente de la Junta central de Higiene en que avisa el envío de un trabajo sobre el *argas reflexus*, elaborado por el Dr. Roberto Franco F., en cumplimiento de una comisión.

Después de leído por el Secretario este importante trabajo, el Sr. Dr. Manrique amplió su primera comunicación sobre el argas y citó nuevas observaciones sobre los accidentes producidos por este arácnido. Observó que había encontrado argas en una casa de la calle 17, edificada en el sitio que había servido en otro tiempo de gallinero y palomar, llamando la atención sobre la frecuencia con que alguna variedad de argas vive en el cuerpo de las palomas y otras aves.

El Sr. Dr. Lobo habló acerca de este mismo asunto. Dijo haber encontrado argas en la casa número 45 de la calle 12, y terminó proponiendo:

“Dense las gracias al Sr. Dr. Franco por el luminoso informe que presentó á la Junta de Higiene relativo al argas *reflexus*, y que esa corporación ha remitido á la Academia.”

Puesta en discusión esta proposición y después de un ligero debate en que tomaron parte los Dres. Lombana y Esquerro, éste propuso:

“Suspéndase lo que se discute y considérese lo siguiente:

“Dése la respuesta de estilo al Sr. Presidente de la Junta central de Higiene.”

Sin discusión se aprobó esta proposición en reemplazo de la del Dr. Lobo.

Como siguiere en el orden del día la elección de miembros honorarios en cumplimiento de una proposición aprobada en la sesión anterior, el Sr. Dr. Juan David Herrera propuso:

“Antes de entrar á la elección de miembros honorarios tómesese en consideración el siguiente proyecto:

“Proyecto de revisión, etc., del Reglamento.”

Aprobada la moción de suspensión, se leyó y consideró el proyecto de modificación y revisión del Reglamento, y se aprobó en primer debate.

La Presidencia comisionó á los Dres. Pablo García M. y Lobo para dar el informe reglamentario para segundo debate, con quince días de término.

El Sr. Dr. Manrique, después de pedir la palabra al Vicepresidente Dr. Esquerro, presentó á la Academia los cálculos extraídos á una enferma operada por él en Febrero último y dijo:

“La enferma á quien extraje estos cálculos, joven de veintiséis años, sin antecedentes patológicos de ninguna clase, vive de la profesión de costurera en trapos viejos. Durante cuatro años ha estado sufriendo de crisis dolorosas sumamente fuertes que se presentan con intervalos variables según la mayor ó menor quietud que haya observado la enferma. Estos dolores se presentaban súbitamente en el lado derecho del abdomen, extendiéndose desde la parte superior de la fosa ilíaca derecha hasta el epigastrio, dolores lancinantes continuos, acompañados de náuseas y de vómitos, con ligera defensa muscular, sin constipación y sin retención de orina, pero sí con orines turbios sumamente cargados de uratos y de fosfatos. La duración de la crisis ha variado de seis á diez horas. Jamás ha habido ictericia después de los dolores, y puede decirse que las funciones digestivas de la enferma, salvo el vómito que acompaña á los dolores, no han presentado perturbación alguna digna de mención durante el tiempo que esta costurera ha pasado enferma.

“Un día después de uno de estos cólicos, como ella los llama, al examinar la enferma encontré un tumor en el lado derecho del abdomen, situado entre el borde costal y la espina ilíaca anterior y superior; tumor liso, renitente, del volumen del puño, movable de izquierda á derecha y de abajo hacia arriba, que no sigue los movimientos de la respiración y que puede reducirse por la compresión hacia la región renal, en donde permanece oculto mientras la enferma conserva el decúbito hori-

zonal. La reductibilidad del tumor, su sitio, su forma, su consistencia y el hecho de aparecer los dolores cuando la enferma había ejecutado un trabajo material superior al habitual; la disminución de la orina y el aumento de los uratos y fosfatos durante el acceso doloroso, me hicieron diagnosticar un riñón movable en estado de hidronefrosis intermitente, por torsión del uréter, y aconsejar desde ese día la operación de la nefropexia, probablemente complicada de nefrotomía si así lo indicaba el estado en que se encontrara el riñón.

“Después de muchas vacilaciones y de cuatro años de sufrimientos, la enferma solicitó por fin la operación, la que fue practicada en *El Campito* en Febrero del corriente año.

“Antes de proceder á la anestesia hice que mis ayudantes se ejercitaran en practicar la reducción del pretendido riñón flotante, con el objeto de que pudieran ejecutar esta maniobra con precisión cuando hubiera terminado la abertura de la celda renal; y más de seis veces se redujo el riñón en el decúbito dorsal y se reprodujo el ptosis haciendo sentar á la enferma.

“Practicada la incisión rectocurvilinear lomboabdominal, el ayudante presenta en el fondo de la incisión uno de los polos del riñón, que en lugar de ofrecer su color rojizo normal tiene un tinte gris apizarrado. Impotente para extraer todo el órgano y exponerlo en el campo operatorio, quise vencer la resistencia que me ofrecía, fijándolo con una pinza erriña, la aplicación de la cual hizo salir un líquido griseo de aspecto enteramente idéntico á esa bebida fresca que se llama guanabanada. Incisé entonces el tumor con el fin de marsupializarlo, creyendo todavía que estaba tratando un riñón quístico con degeneración total del páncreas renal. Convenientemente fijadas las paredes del saco, introduje mi mano, y allá profundamente percibí un cálculo, extraído el cual percibí cuatro ó cinco más, que también extraje y que son los que os presento esta noche. Naturalmente que para mí y para mis ayudantes estos cálculos estaban situados en el bacinete del riñón y en la entrada del uréter, cuya obstrucción nos explicaba la degeneración quística y la desaparición de todo el elemento noble del órgano. Se reseco parte del saco y el resto se fijó á los bordes de la herida parietal, y se taponó con gasa hidrófila.

“Durante los seis días siguientes á la operación no hubo accidente alguno digno de mencionarse; dos veces se renovó la gasa de taponamiento, que apenas estaba impregnada de serosidad sanguinolenta. El sexto día, habiéndose aumentado la alimentación de la enferma, ésta tuvo en la noche accidentes de indigestión que motivaron la administración de un purgante de aceite de ricino al siguiente día, el cual produjo efecto en las primeras horas de la mañana.

“Grande fue nuestra sorpresa cuando fuimos á curarla al medio día y encontramos todos los apósitos y la ropa de la enferma impregnado..... ¿de sangre? nó; ¿de orina? nó; ¿de pus? mucho menos. Señores, ¡impregnado de bilis! de

tal suerte que la operación que practiqué fue una coleocistotomía lumbar. Es decir, que confundí un riñón flotante con una litiasis de la vesícula biliar, y todavía meditando sobre mi error no veo sino el cateterismo ureteral que hubiera podido evitármelo, pues como se ve, la misma incisión lumbar me hizo pasar á un lado del riñón é ir directamente en busca del tumor que me presentaba solícito mi hábil ayudante.

“Afortunadamente este error no perjudicó á nadie y mi enferma está actualmente en estado de perfecta salud.”

Terminada la exposición del Dr. Manrique, el Sr. Dr. Herrera Juan David dijo:

“El caso relatado por el Sr. Dr. Manrique es interesante desde muchos puntos de vista. Al frente de él me permito relatar un caso de obstrucción completa de las vías biliares que tuve ocasión de estudiar en asocio de los Dres. P. Martínez, A. Salgado y R. Sanmartín, y operado por el primero de estos colegas con asistencia de los otros. Se trataba de una mujer de treinta y seis años que hacía diez y seis, sufría de cólicos hepáticos, los cuales se hicieron frecuentes y casi persistentes en estos últimos meses, acompañados de una ictericia pronunciadísima de la piel y de las mucosas ocular y bucal, con deposiciones perfectamente descoloradas y orinas de un color subido de tinte de azafrán. Dado el agotamiento general y el creciente enflaquecimiento de la enferma, resolvimos la intervención quirúrgica para una probable obstrucción calculosa del canal colédoco. Se practicó la laparotomía supraumbical con incisión mediana, pero ligeramente lateralizada hacia la derecha; abierto el peritoneo, se presentó el borde inferior del lóbulo derecho del hígado; éste, de un color gris apizarrado, ocultaba una vesícula biliar ampliada y de paredes espesas. Llevado el dedo índice hacia el *hiatus* de Winslow, se exploró el canal colédoco en toda su extensión sin haber dado al recorrerlo sensación alguna de dureza ó haber revelado la presencia de algún cuerpo extraño. En este estado se practicó la cistotomía, después de haber vaciado la vesícula de su contenido, por medio de un trócar que dio salida á un líquido mucilaginoso semejante al sagú ó á la guanabanada, según la comparación del Dr. Manrique, líquido que no contenía la menor huella de bilis. Explorado el interior de la vesícula biliar, se extrajeron varios cálculos pequeños, negros, que no alcanzaban á obstruir el canal cístico, pues una sonda acanalada de plata introducida por la apertura de la vesícula pasó libremente, sin encontrar obstáculo, por este conducto y por el colédoco hasta el intestino. Una nueva exploración con el índice dirigido hacia el hilo hepático descubrió al fin un cuerpo duro, un cálculo en el canal hepático, de configuración cúbica y bastante grande para obstruir completamente este conducto. Como se comprende, el tiempo más laborioso de la operación fue el de la extracción de este voluminoso cálculo, practicada por medio de una doble maniobra interna y externa; la primera practicando una dilaceración del cálculo con la sonda de plata,

NO EJERCE DEPRESION SOBRE EL CORAZON

# Tabletas de Antikamnia

OPUESTA AL DOLOR



Facsimile



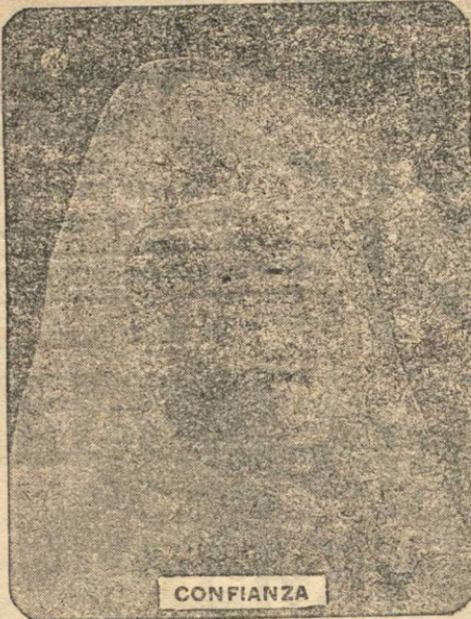
Facsimile

## ANALGÉSICO, ANTIPIRÉTICO, ANODINO

Distinguiéndose de otros productos del Alquitrán de Carbón, ejerce una acción estimulante sobre los centros nerviosos y las funciones vitales, y con especialidad sobre el centro cardiaco.

Ha sido clínicamente ensayada y ha resultado superior á cualquiera de las muchas preparaciones analgésicas y antipiréticas que hoy se emplean con tanto éxito en el tratamiento de Neuralgia y Mialgia, Influenza, Ciática, Reumatismo, Hemicránea, en todas las Fiebres; también en Dolores Neuríticos, Dolores Ováricos, etc.

En la seguridad y celeridad de su acción se le ha encontrado superior á cualquiera de sus antecesores en



CONFIANZA

Toda Tableta Genuina Tiene el Monograma AK

este género de medicación.

Los excelentes resultados que ha dado como aliviador en afecciones neurálgicas y reumáticas, y cuando ha sido usada como sedativa, anodina, antipirética ó febrífuga, nos hacen fijar la atención del público sobre las virtudes de las "Tabletas de Antikamnia."

La dosis para los adultos es una ó dos "Tabletas de Antikamnia" cada tres ó cuatro horas, acompañadas de un trago de agua ó vino. Proporcionalmente para los niños. La dosis indicada y la frecuencia de su administración deben ser siempre determinadas por el Médico.



Facsimile

### AVISO ESPECIAL

## "Tabletas de Antikamnia y Codeina"

(28 centigr. de Antikamnia y 2 centigr. de Sulfato de Codeina)



Facsimile

Eficaz en Frios, Tos Nerviosa, Irritación de la Garganta; Laringitis, Asma, Bronquitis, Tisis, Influenza ó la Gripe; también en Dolores de Cabeza y otros males nerviosos debidos á Irregularidades de la Menstruación.

La dosis para los adultos: Tómense una ó dos tabletas cada dos ó tres horas. Para toda clase de Tos, particularmente la Tos crónica y rebelde y la Tos Nocturna, Resfriados, Influenza, Gripe y Afecciones Bronquiales es insuperable. Para combatir la Tos, Catarrros, etc., lo mejor es dejar que la tableta se disuelva lentamente sobre la lengua tragando la saliva.

**EL MONOGRAMA EN TODAS LAS TABLETAS DIFERENCIA LA VERDADERA DE OTRAS, Y PREVIENE LAS SUSTITUCIONES**

Preparada solamente por

## LA COMPAÑIA QUIMICA DE LA ANTİKAMNIA ST. LOUIS, E. U. A.

DE VENTA EN TODAS LAS PRINCIPALES FARMACIAS Y DROGUERÍAS

MUESTRAS GRATUITAS Á TODOS LOS SEÑORES MÉDICOS QUE LAS SOLICITEN



Aprobación de la Academia de Medicina  
**EXIGIR**  
 Etiqueta verde — Firma,  
 40, Rue Bonaparte, PARIS.

*Desconfiense de los Similares ineficaces.*

SE RUEGA RECETAR SIEMPRE



HIERRO ó IODO



*El Consejo Médico de San Petersburgo*  
 emitió el parecer que :

La *Fabricación* de las **PILDORAS** de **BLANCARD**  
 exige una gran habilidad que se consigue única-  
 mente con una fabricación *exclusiva* y *continua*.  
 (Diario de S. Petersburgo, 8/20 de junio de 1860).

**SIMPLE, AGRADABLE y ECONÓMICO**

*Kipsol* en Granos

con iadino y cacao  
 activos es el

**ESPECÍFICO**  
 DE LA

**CONSTIPACION DE CABEZA**

2 á 7 Píldoras al dia. — 1 Píldora cada 2 horas.

*Ninguna incompatibilidad. — Ningun tratamiento especial.*



3 BERTAUT-BLANCARD Frères, Farmacéuticos, 40, Rue Bonaparte, PARIS.

y la segunda practicando al mismo tiempo con el índice de la otra mano un masaje sobre el cálculo al través de la pared externa del conducto; de este modo se logró introducir el cálculo en el canal cístico y de aquí conducirlo á la vesícula biliar, de donde fue sacado con los dedos. Libertados todos los conductos biliares extrahepáticos, se procedió á cerrar la herida por el procedimiento ordinario, pero adhiriendo la apertura de la vesícula biliar á los labios de la herida cutánea, con el objeto de establecer una fístula biliar, la cual se mantuvo por más de un mes, época durante la cual la enferma marchó muy bien hacia su completo restablecimiento, pues desapareció la ictericia, las deposiciones se volvieron oscuras y las orinas aclararon, es decir, que la bilis recuperó su curso normal, y se procedió á cerrar la fístula biliar.

“ Tanto el caso relatado por el Dr. Manrique como el que acabo de historiar se refieren á obstrucciones de las vías biliares, y aun cuando la obstrucción ocupa distinto sitio en los dos casos, coloca á las vesículas biliares en las mismas condiciones fisiopatológicas, y sin embargo el resultado final para ellas es distinto: la una se hipertrofia excéntricamente y la otra concéntricamente; la primera se distiende y se pediculiza hasta producir los síntomas del riñón flotante, la segunda no dilata su cavidad hasta ese extremo, pero en cambio sus paredes se espesan considerablemente. Por mucho tiempo no había llegado á las dos vesículas una gota de bilis, y ambas contenían el mismo líquido y del mismo aspecto, resultado de la secreción de su mucosa. En el caso del Dr. Manrique el diagnóstico científico, el diagnóstico racional, era el de un riñón movable; si él hubiera diagnosticado una vesícula biliar distendida por obstrucción y simulando un riñón flotante, hubiera hecho un diagnóstico de intuición, pero en ningún caso un diagnóstico racional. En el caso que he relatado el diagnóstico era de obstrucción del canal colédoco, y la obstrucción resultó en el hepático; siendo los signos racionales de las obstrucciones de las vías biliares, con poco diferencia los mismos para sus diversos territorios, se comprende la frecuencia de errores de diagnóstico relativos al sitio preciso de la obstrucción. En el caso del Dr. Manrique no hay ictericia marcada; al contrario, ésta es intensa en el segundo caso; y la razón es obvia: en el primero, la obstrucción está colocada en el canal cístico, no entra bilis á la vesícula biliar, pero en cambio toda ella pasa directamente del canal hepático al colédoco y de aquí al intestino, es decir, el curso de la bilis al intestino es libre y normal; en el segundo, la obstrucción completa está en el canal hepático, aquí no pasa la bilis ni á la vesícula, ni al intestino; de ahí ictericia intensa, deposiciones descoloridas y orinas fuertemente cargadas de pigmento biliar, signos que hacen falta en el primer caso. En fin, los éxitos operatorios obtenidos en los dos casos relatados, como en muchos otros casos de obstrucciones de las vías biliares, son permanentes y definitivos en algunos casos, y transitorios en otros, sobre todo

cuando persistiendo las causas propias al terreno litiásico, el enfermo no se sujeta á un régimen conveniente, ó bien cuando el atascamiento litiásico se prolonga hasta los conductos biliares, encima del canal hepático.”

El Sr. Dr. Calderón presentó en nombre del Sr. Federico Lleras un laborioso é interesante trabajo sobre el carbón sintomático del ganado vacuno.

Este trabajo fue leído en parte por el Secretario, porque la Presidencia resolvió, en atención á que la hora era avanzada y el trabajo muy extenso, pasarlo á una comisión, y designó para ella al Sr. Dr. Olaya Laverde.

Con este motivo el Sr. Presidente Dr. Manrique habló sobre la importancia de este estudio y sobre la frecuencia de esta enfermedad en los ganados de la Sabana de Bogotá, y el Dr. Calderón informó á la Academia que había examinado las cuatro preparaciones que acompaña el Sr. Lleras á su trabajo y que las ha encontrado acordes con la parte técnica de él y con la descripción detallada que hace. Manifestó, además, que los microorganismos están fijados y colorados con verdadera nitidez.

Se levantó la sesión á las nueve y tres cuartos p. m.

El Presidente,

JUAN E. MANRIQUE

El Secretario, *L. J. Uricoechea.*



*República de Colombia—Ministerio de Instrucción Pública—Junta central de Higiene—Presidencia—Número 2107—Bogotá, Septiembre 24 de 1906.*

Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina—E. L. C.

Tengo el honor de remitir á usted el informe y el trabajo del Sr. Dr. Roberto Franco F. sobre el *argas reflexus*, que ha aparecido en esta ciudad.

Estos estudios se han hecho para corresponder á la excitación que esa honorable corporación hizo á esta Junta en una de sus sesiones pasadas.

Dios guarde á usted.

LUIS FELIPE CALDERON

Bogotá, Septiembre 1.º de 1906

Sres. miembros de la Junta central de Higiene—E. L. C.

En desempeño de la comisión que me habéis confiado, referente á una nota de la Academia nacional de Medicina y Ciencias Naturales, en la que se comunica la presencia del *argas reflexus* en esta ciudad y los accidentes que ha ocasionado, tengo el gusto de informaros lo siguiente:

Desde el año pasado tuve conocimiento de que existía en una casa de esta ciudad un animal que atacaba incidental-

mente al hombre y que produjera accidentes de mayor ó menor gravedad. Interesóme muy particularmente este asunto y supliqué á la persona que me informó de ello se sirviera proporcionarme uno ó varios de los parásitos aludidos.

Desde hace más de un año conservo en una caja encerrados, sin alimentación alguna, dos de estos arácnidos, los cuales no sólo han seguido viviendo en esta condición sino que se han multiplicado numerosamente. Es probable que uno de ellos fuera macho y el otro hembra ó que al encerrarlos en la caja estuviera fecundada la hembra. El dimorfismo sexual no es en ellos bien marcado y no es fácil determinar esto.

Estoy de acuerdo con la clasificación que en su comunicación á la Academia ha hecho el Dr. Juan E. Maurique, pero creo útil hacer un estudio detallado del parásito. He estudiado sus caracteres morfológicos y biológicos y os acompaño una nota de lo que he podido observar en los huevos, las larvas y los adultos, por si hubiere en el ejemplar encontrado en esta ciudad alguna variedad que establecer.

Hace algo más de un mes tuve conocimiento de que el mismo argas existe en otra casa no muy distante de la primera y con idénticos caracteres. Hasta ahora no ha producido ningún accidente en las personas que la habitan.

Con el fin de prevenir los males que este parásito determina os propongo lo siguiente:

“Dése cuenta á la Oficina de Sanidad del Distrito Capital de la presencia del *argas reflexus* en algunas casas de esta ciudad, y por su intermedio háganse saber á los propietarios y habitantes de esos inmuebles los accidentes que pueden ocasionar esos parásitos y los medios que deben emplearse para destruirlo.”

Señores miembros de la Junta central de Higiene,

ROBERTO FRANCO F.

---

## APUNTES SOBRE EL ARGAS REFLEXUS DE BOGOTA

**HUEVO**—Esférico, de un milímetro de diámetro, de color rojo negruzco, contiene en su interior el embrión de la larva. Cuando ésta sale deja una envoltura blancuzca y transparente. Un solo argas ha puesto cincuenta huevos, y de ellos han nacido cuarenta y cinco larvas.

**LARVA**—Pequeña (un milímetro de diámetro), color de hoja seca, exápoda, rostro prominente en la parte anterior del cuerpo. El borde que limita á éste en su mitad posterior está provisto, á partir del punto de emergencia de la segunda pata, de largas sedas, cada una de las cuales tiene pequeñas espinas dispuestas alternativamente á uno y otro lado de su longitud. En el centro del cuerpo y de cada lado de la línea media se ve por transparencia una masa compuesta de pequeñas

esferas refringentes, vestigio de los huevos del adulto. Es digna de notarse la presencia de estos óvulos: puede explicar la transmisión, en ellos, de padres á hijos y nietos, de elementos parasitarios absorbidos por sus picaduras.

Las patas, en número de seis, están dispuestas simétricamente, constan de cuatro segmentos cada una, sin contar el trocánter y el coxal, y se terminan por dos uñas provistas en su base de un pequeño cojín (*pulvillum*).

El resto lo forman los palpos en los lados, y entre ellos, el hipóstomo y las mandíbulas.

Cada palpo consta de cuatro piezas articuladas, adornadas de sedas simples, y terminado por un ramillete de cortos y romos apéndices que por su disposición y estructura parecen destinados para ejercer las funciones táctiles.

El hipóstomo está compuesto de dos mitades simétricas, con dientes encorvados hacia atrás é implantados sobre su cara inferior. Como lo indica la figura, sus dientes son más pequeños cerca de la extremidad libre y hay tres de cada lado de la línea media; luego son más voluminosos y sólo hay dos por serie: cuarenta dientes por todo, veinte de cada lado.

Las mandíbulas, en número de dos, también colocadas simétricamente, están sobre el labium y presentan cuatro dientes en su extremidad, tres de los cuales miran hacia el borde externo.

**ADULTO**—Cuerpo ovoide y globuloso cuando está lleno, delgado y aplanado cuando ha ayunado por algún tiempo; con pequeñas arrugas y depresiones puntiformes que se hacen más numerosas, anchas y profundas si se le priva de alimento. Margen transparente, amarillento, dividido por pequeñas hendiduras, en las cuales se implantan sedas transparentes y cortas. Sus dimensiones son variables, y de seis que se observaron cuatro median 9 milímetros de largo por 6 milímetros en su mayor ancho; los otros dos eran más pequeños.

Rostro oculto por el cefalotórax; dista del borde anterior de éste tanto como una vez su longitud. Está compuesto, como en la larva, de palpos, labium y mandíbulas.

Los palpos, exceptuando sus dimensiones, tienen el mismo aspecto y constitución que en la larva.

El labium es simétrico, terminado en una extremidad redondeada y provisto de numerosos dientes. Los diez que quedan vecinos á la extremidad libre están implantados así: tres pequeños cerca de la extremidad; cuatro grandes, hacia el borde externo, y tres, iguales á los anteriores, hacia la línea media, pero colocados en líneas horizontales que corresponden á los espacios que separan los del borde externo. De este punto hacia la base de implantación del hipóstomo se hacen más pequeños y numerosos y hay tres y cuatro por línea horizontal.

Las mandíbulas, colocadas sobre el labium, tienen la misma constitución que en la larva y están envueltas en su vaina propia.

El orificio anal se encuentra sobre la línea media de la cara ventral, más cercano de la extremidad posterior.

Las patas, en número de ocho, están implantadas simétricamente y constan de cuatro segmentos articulados por encajamiento. Cada uno de ellos presenta una cutícula transparente y una parte central más opaca; de esta última salen sedas finas que atraviesan la cutícula y se terminan en punta. Las dos uñas fijadas en la extremidad de cada pata están encurvadas en forma de hoz.

ROBERTO FRANCO F.

---

## TRABAJOS ORIGINALES

---

### LA GONORREA MATA

Nos permitimos llamar hoy la atención de los médicos y sobre todo de la generalidad de los enfermos extraños á la ciencia, hacia la blenorragia, enfermedad contagiosa é infecciosa, considerada generalmente como enfermedad trivial y sin ninguna consecuencia grave para el organismo, lo cual es un gravísimo error.

La mayor parte de los jóvenes, al entrar á la pubertad, sobre todo entre los quince y veinte años, se dejan llevar, por el despertar de la función genésica, hacia el comercio sexual, en una época en que la inexperiencia y la ignorancia sobre las consecuencias de relaciones impuras hacen este comercio peligroso. Muchos de ellos, ignorantes é inconscientes acerca de las consecuencias de una infección gonocócica, y muchos otros aun conscientes de adquirir una blenorragia, pero siempre con la errónea creencia de que esta enfermedad es inocente, pasajera, sin consecuencia alguna para el porvenir, y que cuando más "les dará el título de ciudadanía ó el derecho adquirido para entrar de nuevo al ejercicio de la virilidad," pero en las peores condiciones. Esta situación se agrava todavía más si llevados de las ideas anteriores, y una vez adquirida la enfermedad, la descuidan y la abandonan, ya por vergüenza, ya por negligencia.

Al contrario, vamos á demostrar con hechos positivos y que pertenecen á la práctica de casi todos los médicos, que la gonorrea es una enfermedad delicada siempre, en muchos casos grave y en algunos mortal. Este estudio nos lo ha inspirado en gran parte la reciente lección del Dr. Julien, cirujano de Saint-Lazare, publicada en la *Revue Internationale de Médecine et de Chirurgie*, de donde tomamos los principales casos.

En la mujer es muy frecuente la propagación de la infec-

ción gonocócica al peritoneo, y la peritonitis de origen blenorragico es frecuentemente mortal, y constituye un factor de terrible gravedad para el pronóstico de la blenorragia.

En el hombre puede sobrevenir igualmente la peritonitis blenorragica, ya á consecuencia de una orquitis blenorragica en los casos de ectopia testicular con persistencia del conducto vaginoperitoneal, ya á consecuencia de una prostatitis gonocócica con supuración de la celdilla prostática y ruptura del absceso en el tejido celular subperitoneal. En los casos de prostatitis blenorragica supurada puede también sobrevenir la muerte, sin que haya peritonitis, por tromboflebitis de las venas del plexo prostático y embolia consecutiva.

En 1879 tuvimos un caso de una peritonitis en una mujer de veintiocho años (meretriz), en la cual no existía otra causa de la enfermedad que un flujo blenorragico abundante uterovaginal y uretral con cistitis blenorragica. Desarrollada la peritonitis fuimos llamados para tratar la enferma, pero toda lucha fue inútil y la enferma murió.

En 1882 fuimos llamados con grande urgencia para dar cuidados, fuera de Bogotá, á un señor que hacia veinticuatro horas no podia orinar; la vejiga llenaba todo el hipogastrio hasta el ombligo; los dolores y la ansiedad del enfermo eran intensísimos; ninguna sonda pudo franquear la región prostática de la uretra; explorado el recto, encontramos en plena región prostática un gran tumor fluctuante del tamaño de una naranja. Dados los antecedentes que ya nos había suministrado el enfermo, juzgamos que se trataba de una prostatitis blenorragica con formación de un grande absceso de la celdilla prostática, enormemente distendida y obstruyendo por compresión la uretra y el cuello de la vejiga. No vacilamos un momento, y á nuestra exploración sucedió la apertura del absceso por la vía rectal, interesando la pared anterior del recto. La salida de unos 200 gramos de pus y con ella la desaparición instantánea del tumor, permitió el paso de la sonda por la uretra hasta la vejiga, la cual fue exonerada de dos litros de orina, próximamente, y todo volvió á la normalidad para ocuparnos en el tratamiento de una blenorragia aguda, no solamente no tratada ó abandonada en absoluto, sino ultrajada de la manera siguiente: la residencia campestre de nuestro enfermo colindaba con el pueblo, en donde hacia algunos días se habían iniciado unas de nuestras antiguas fiestas toriles con todos sus adminículos, es á saber: toros, corridas á caballo ó encierros, juegos, borracheras, etc., y como es natural nuestro enfermo era uno de los *alféreces*, y su acto de presencia en todas las diversiones se imponía. A las primeras de cambio contrajo una blenorragia aguda, que si bien lo molestaba no le dio cuidado alguno, entregándose de lleno á las trasnochadas, las bebezones y las carreras á caballo, que dieron por resultado las complicaciones descritas. Abrigamos la convicción de que nuestro enfermo hubiera terminado fatalmente á no haber sido por una intervención rápida, cosa

que no siempre es fácil y hacedera en los campos distantes de los centros de recursos.

En nuestra práctica registramos varios casos de prostatitis y cowperitis sumamente graves y dolorosas que han sobrevenido á consecuencia de blenorragias abandonadas, sobre todo á individuos que se entregan durante el curso de su blenorragia á hacer viajes á caballo ó correrías en bicicleta.

Todos conocemos los casos de estrecheces múltiples uretrales que sobrevienen á consecuencia de gonorreas antiguas descuidadas, con su correspondiente cortejo de fístulas perineales y abscesos é infecciones urinosas. Vimos terminar por la muerte uno de estos enfermos, atacado de una infección urinosa con esfacelo del escroto. La mayor parte de estos enfermos constituye un grupo de valetudinarios condenados á arrastrar una existencia miserable, física y moralmente.

En 1879, en nuestro servicio clínico de San Juan de Dios, tuvimos el siguiente caso: un hombre entró, atacado de una uretritis blenorragica complicada de un bubón supurado, el cual fue abierto ampliamente. La supuración uretral y la del bubón eran abundantes; repentinamente la supuración uretral disminuye y la del bubón cesa por completo; se inician escalofríos y una fiebre intensa; el enfermo muere dos días después, víctima de una verdadera septicemia. Como causa de este accidente imprevisto y un tanto extraordinario no se halló otra sino el de haber tomado el enfermo un baño frío general, al cual sucedieron los accidentes descritos.

Todos conocemos las artropatías blenorragicas, muchas de ellas graves por sus consecuencias, pues cuando afectan las articulaciones vertebrales ó las grandes articulaciones de los miembros, suelen dejar claudicaciones permanentes. En nuestra tesis de doctorado (1875) se hallan consignadas varias observaciones sobre el particular. Recientemente hemos tenido un caso muy grave en una señora relativamente joven, atacada de una artritis blenorragica de la rodilla, la cual después de varios meses de atroces sufrimientos ha quedado completamente baldada.

El hecho de las artropatías blenorragicas demuestra que la infección gonocócica no está siempre localizada á la uretra, y que esta infección puede generalizarse y por consiguiente atacar varios tejidos y vísceras nobles del organismo; ya las artropatías, que pueden ser múltiples, hacían prever la posibilidad de un ataque al corazón. En efecto, hoy día las localizaciones cardíacas de la blenorragia, aun cuando no son muy frecuentes, han dejado de ser curiosidades patológicas, como vamos á verlo.

El Dr. J. E. Manrique nos refiere un caso reciente de endocarditis blenorragica, cuya gravedad la juzga extrema.

En 1882, Martin ha visto morir á un blenorragico atacado de endopericarditis, de pleuroneumonía, de prostatitis, de cistitis, de vesiculitis, etc. Como se ve, este es un caso típico de infección gonocócica generalizada.

En 1893 un sastre de veintidós años, cuidado por Heyden, presenta sucesivamente de Abril á Junio una epididimitis, una artritis de la rodilla, síntomas generales graves, y muere. En la autopsia se encuentran las válvulas aórticas destruidas.

Un enfermo de Goltz, de veintiocho años de edad, murió á consecuencia de una artritis blenorragica complicada con endocarditis; el análisis bacteriológico del líquido recogido sobre las válvulas cardíacas hizo patente el gonococco.

En 1894 Vinterberg relató un caso de blenorragia con artropatías y endocarditis ulcerosa, terminado por la muerte.

En 1896 Michaelis encuentra igualmente ulceraciones de las válvulas aórticas acompañadas de vegetaciones.

En el mismo año Keller vio morir á un blenorragico á consecuencia de artritis, de endocarditis, de pericarditis. A la autopsia encontró el endocardio verrugoso, las válvulas pulmonares ulceradas; el análisis bacteriológico reveló el estreptococo.

En el John Hopkins Hospital, Thayer y Blumer tienen igualmente un caso de muerte en un blenorragico de treinta y cuatro años; en la autopsia encontraron grandes ulceraciones en el endocardio.

En 1897 Leenhartz encuentra las válvulas del corazón sembradas de crestas en una joven de diez y nueve años, muerta en el curso de una blenorragia. Renon cita el caso de una endocarditis vegetativa blenorragica. Siegherm ve sucumbir uno de sus enfermos en catorce días, á consecuencia de una endocarditis ulcerosa blenorragica. Douber y Boret citan otro caso semejante. En 1898 Rendu y Hallé ven morir, á su vez, á un blenorragico, después de haber presentado fenómenos generales graves; la autopsia comprobó una endocarditis ulcerosa. Vassermanu pierde un enfermo en pocas horas, siempre por endocarditis blenorragica. Krause pierde otro blenorragico á consecuencia de endopericarditis y pleuroneumonía. Por último, el instructivo caso de los Sres. Finger, Gon y Schlagendhauser, quienes hacen una inoculación positiva en la uretra de un moribundo con gonococos que procedían del corazón de un joven de diez y nueve años, muerto de endocarditis valvular aórtica.

El Dr. Julien con su interno Sibut publicaron el caso de una mujer blenorragica que entró á su clínica con el corazón perfectamente sano y que salió de ella con un ruido de soplo extremadamente intenso; según la opinión de estos médicos esta enferma estaba atacada de una endocarditis grave de origen blenorragico y á la cual debía fatalmente sucumbir en un plazo más ó menos largo. Así pues las endocarditis y pericarditis blenorragicas están hoy admitidas en la ciencia, y su terminación mortal es la regla.

Un enfermo de Neisser muere en el espacio de dos semanas á consecuencia de una blenorragia; en la autopsia no se encontraron sino infartos del bazo.

El sistema nervioso es también atacado, aun cuando rara

Reconstituyente general  
Depresión  
del Sistema nervioso,  
Neurastenia,  
Exceso de Trabajo.

FOSFATO-GLICERATO  
DE CAL PURO

**NEUROSINE PRUNIER**  
NEUROSINE-GRANULADA — NEUROSINE EN OBLEAS  
NEUROSINE-  
JARABE

Debilidad general,  
Anemia,  
Raquitismo,  
Fosfaturada,  
Jaquecas.

Depósito general :  
CHASSAING y C<sup>a</sup>, Paris, 6, Av. Victoria.

Potente Acelerador de la Nutrición General

Devuelve el apetito y suscita un aumento rápido de peso en los enfermos; ataja la fiebre y hace desaparecer la purulencia de los esputos en los Tuberculosos.

**HISTOGENOL**  
Medicación Arseno-Iosforada orgánica.  
\*  
a base de Nuclarrina.

EXPERIMENTADO con éxito en los Hospitales de Paris. Comunicado á la Academia de Ciencias, á la Sociedad de Biología y de Terapéutica.

Tesis desarrollada ante la Facultad de Medicina de Paris sobre el HISTOGENOL.

RECETAS :

Emulsión : 2 cucharadas de sopa cada día.  
Elixir : 2 cucharadas de sopa cada día. Granulado : 2 medidas cada día. — Ampollas : 1 ampolla por día.

INDICACIONES : **TUBERCULOSIS**  
LINFATISMO — ESCRÓFULA — BRONQUITIS CRÓNICAS  
NEURASTENIA — CLORO-ANEMIA — CONVALENCIA, etc.

Prospectos: Dirigirse á **NALINE**, Farm<sup>o</sup> en St-DENIS (Seine) Francia. — Se vende en todas las Farmacias del País.



**PERTUSSIN**

Extracto de tomillo azucarado **TÆSCHNER** (registrado en todos los países) Remedio inofensivo y de efectos seguros contra la tos ferina, catarros de la laringe y de los bronquios, en semas, etc.

Se vende en frascos de 250 gramos en todas las farmacias. Publicaciones científicas de Revistas médicas de Alemania, Austria é Italia, y muestras gratuitas para ensayos á disposición de los señores médicos, pidiéndolas al autor :

Kommandanten-Apotheke. E. TÆSCHNER.

Berlin, C. 19. Seydelstr. 16.



Nombre patentado en todos los países.  
DEPOSITARIOS: Samper Uribe & C.<sup>a</sup>—Bogotá.

## LOMBRIZ SOLITARIA

CURACION SEGURA por los

## GLÓBULOS SECRETAN

(de Extracto fresco Etéreo de "Rhizomes"  
frescos de Helecho macho de los Vosges.)

Adoptados en los Hospitales de Paris.

Depósito General : 17, Rue Cadet, 17, PARIS  
Y EN LAS PRINCIPALES FARMACIAS

ANTISEPSIA de las MUCOSAS por la

## BORICINA

## MEISSONNIER

Dosificante, Microbicida, Cicatrizante  
NI TOXICA, NI CAUSTICA, NI IRRITANTE

La BORICINA se emplea en  
Polvo ó en Solución.

DEPÓSITO GENERAL :  
17, Rue Cadet, PARIS  
Y PRINCIPALES FARMACIAS.



Solubilidades comparadas  
del Acido úrico en :

### PIPERACINA



## PIPERACINA MIDY

### GRANULADA EFERVESCENTE

20 centigr. de Piperacina por medida adjunta al frasco.

En las crisis agudas : 3 á 6 medidas por día.

Como preventivo : 1 á 3 medidas, 10 días por mes.

El mayor disolvente del Acido úrico

## GOTA - ARENILLA - REUMATISMO ARTRITISMO en todas sus manifestaciones.

Farmacia MIDY, 113, Faubourg Saint-Honoré, PARIS

COCAINA  
MIDY  
CLORO  
BORATADA

### PASTILLAS CLORO-BORATADAS DE

COCAINA  
MIDY  
CLORO  
BORATADA

## COCAINA MIDY

Conteniendo : 0,002 Clorhidrato de Cocaína.  
0,65 Bihorato de Sosa.  
cada una : 0,05 Clorato de Potasa.

FARINGITIS, LARINGITIS  
ANGINAS, AMIGDALITIS  
GRANULACIONES, etc.

COCAINA  
MIDY  
CLORO  
BORATADA

10 á 12 pastillas por día.  
Con cada frasco va una  
caja de bolsillo.

COCAINA  
MIDY  
CLORO  
BORATADA

## COLCHI-SAL DE MIDY

4 á 10 Cápsulas por día. 1/4 milig. de Colchicina pura.  
Cada Cápsula contiene 1/20 mgr. de Salicilato de Metilo natural.

Alivio y Desaparición de los DOLORES  
Modificando completamente la Diatesis úrica.

GOTA - REUMATISMOS AGUDOS



## BETUL-OL

Linimento : Salicilato de  
Metilo natural  
y Cloro-Mentol.

### DOLORES

Neuragias, Lumbagos  
y Reumatismos.

Rápidamente absorbido  
por la piel en fricciones  
y compresas.

Reemplaza Salicilato  
de Sosa interior.

vez, por el virus gonorreico, y los casos conocidos han sido siempre muy graves. Las mielitis difusas dorsolumbares de origen gonocócico se han observado varias veces, lo mismo que los accidentes parapléjicos señalados por Ricord y Pidoux. El reumatismo blenorragico con metástasis ó complicaciones cerebrales fue ya señalado por Bonnet. Un blenorragico de Bicaldoni y Lamas es atacado de una parálisis ascendente de Landry, de marcha aguda fatal. Leydet tuvo un caso de una mielitis blenorragica mortal. Son raras, pero existen, observaciones conocidas de meningitis blenorragica de terminación siempre mortal.

La gonorrea es la causa de casi todos los ciegos de nacimiento, y si la oftalmía purulenta blenorragica de los recién nacidos y de muchos adultos no mata, sí condena muy generalmente á los enfermos á la muerte moral de la ceguera.

No son raros en la ciencia los casos graves, y que han terminado fatalmente, de endometritis gonorreicas complicadas de salpingoovaritis ascendentes de origen gonocócico. Otro tanto podemos decir de las cistitis blenorragicas como origen fatal de las pielonefritis graves.

Es posible que se nos queden entre el tintero algunas otras complicaciones graves de la gonorrea, pero sí basta lo relatado, no solamente para justificar el mote de nuestro artículo, sino también para demostrar la gravedad de la gonorrea. Es cierto que en la mayor parte de los casos fatales la muerte ha sido función del estreptococo y del estafilococo, pero no es menos cierto que el gonococo ha sido siempre el *primum movens* de estos desenlaces fatales.

Corresponde al médico ilustrar á la juventud y ponerla en guardia contra los peligros de la gonorrea, enfermedad que debe siempre tratar de evitarse; pero que si esto no ha sido posible, una vez adquirida prestarle inmediatamente preferente atención, sometiéndose sin dilación al tratamiento médico é higiénico racionales, dirigidos por médico ilustrado y competente, en lugar de seguir el bárbaro adagio popular: *dejarla correr*, fuente de tantas complicaciones y desastres.

J. D. HERRERA

---

## CEREBROESCLEROSIS ARTERIAL DE ORIGEN ALCOHOLICO

El día 28 de Junio del presente año fui llamado para prestarle servicios médicos á Isabel Forero, mujer de cuarenta y cinco años, natural de esta región, y encontré á la paciente en un verdadero estado apoplético.

Antecedentes: la citada enferma no había tenido pasado morboso notable, á excepcion de ligeros vértigos que de un año á esta parte estaba padeciendo. Había vivido permanentemente en este clima, entregada á sus ocupaciones domésticas y haciendo uso de bebidas alcohólicas.

La historia de la enfermedad fue la siguiente, relatada por sus ignorantes deudos :

Estando dormida la paciente, despertó con un grito, y al acudir al llamamiento la encontraron con una convulsión especialmente marcada en los músculos de la cara; no podía articular palabra alguna y sólo lanzaba quejidos de dolor.

Estado de la enferma al tiempo del examen: al interrogar á la paciente, ésta abrió los ojos, fijó en mí su mirada extraviada y quiso decirme algo que le fue imposible. El ojo derecho estaba paralizado, su pupila muy contraída y la visión por este ojo abolida. Los deudos me informaron que el día anterior veía y movía el ojo.

Después de examinar detenidamente aparato por aparato, y no encontrando nada anormal, concreté el examen al sistema nervioso, como el único que denunciaba estar afectado. La paciente era víctima de una monoplejía localizada en el miembro inferior izquierdo; la afasia era muy marcada; los reflejos faringeo y rotulianos estaban exagerados, de donde deduje que el centro ordenador era el más afectado. Por las manifestaciones y gesticulaciones comprendí que la paciente estaba en uso de sus facultades intelectuales. La temperatura permanecía en la normal.

Ahora bien: como casi todas las lesiones cerebrales, como hemorragias, isquemias, reblandecimientos, tumores, etc., abren su escena con un ataque apoplético, esperé al día siguiente para hacer un diagnóstico siquiera aproximado de la enfermedad. Por lo pronto ordené quietud, dieta y propiné un derivativo, que fue el calomel en dosis fraccionadas.

A las veinticuatro horas consecutivas el estado de la enferma fue el siguiente:

Temperatura normal; la monoplejía y la parálisis ocular continuaban, pero la afasia había disminuido hasta el punto de estar reducida á un simple embarazo de la palabra. Se quejaba de cefalea y de dolor en el medio lado derecho del cuerpo, el cual lo tenía hiperestesiado. El miembro inferior izquierdo, ó sea el de la monoplejía, estaba afectado de termoanestesia. No existía contractura alguna. Tanto la exageración de los reflejos como la abolición de la vista por el ojo derecho continuaban.

Veinticuatro horas después la enferma comenzó á mover el miembro paralizado. Le pregunté si quería caminar, y contestándome afirmativamente la hice dar algunos pasos apoyada en un ayuda; éstos fueron muy cortos y el pie afectado rozaba el suelo; como le provocasen un ligero vértigo, la hice acostar de nuevo. Un síntoma que desde luego me llamó mucho la atención y que atribuí á un estado neurasténico fue el que de cuando en cuando la paciente comenzaba á llorar é instantes después este llanto lo trocaba en risa.

Después de un estudio detenido resolví hacer el diagnóstico por exclusión, así:

No se trataba de una hemorragia cerebral, puesto que no

había habido descenso térmico, ni contractura consecutiva al ataque apoplético, ni pérdida de conocimiento, ni hemiplejía, y en caso de haberse presentado hubiera sido más persistente.

No era una parálisis bulbar, porque en ésta siempre se presenta la doble hemiplejía.

Tampoco una paquimeningitis, puesto que no había accidentes epileptiformes.

No existiendo en la paciente ni antecedentes ni manifestaciones de una sífilis, eliminé la idea de esta afección.

Aun cuando los tumores cerebrales tienen un principio más insidioso, sospeché la existencia de alguna neoformación con algo de reblandecimiento cerebral.

Sometí á la paciente á un régimen higiénico bien riguroso y le prescribí el siguiente tratamiento :

1.º Un tónico cerebral, el cual fue el aceite fosforado en perlas de á miligramo cada una, para tomar tres por día ; y

2.º Una poción compuesta de yoduro de sodio, 4 gramos ; cacodilato de soda, 2 gramos, y agua hervida, 250 gramos. Para tomar dos copitas por día.

Después de cinco días de este tratamiento la enferma se restableció en parte : la monoplejía desapareció por completo, así como también el embarazo de la palabra, persistiendo únicamente la parálisis ocular y la abolición de la visión. Al hacer caminar á la paciente ya no arrastró el pie izquierdo, pero sus pasos siempre eran cortos y como marchando. Se quejaba de falta de fuerzas en los miembros inferiores. Ordené que se continuara con el mismo tratamiento.

Pasaron diez y ocho días sin que la paciente ni sus deudos volvieran á consultar, hasta que el día 19 de Julio del presente año fui llamado con urgencia á verla de nuevo y la encontré ya muerta.

Según refieren sus deudos, ese día, creyéndose ya buena, hizo una comida copiosa, y se repitió de nuevo el accidente, que le produjo la muerte.

Como el caso me había interesado sobremanera, procedí á practicarle la autopsia y encontré lo siguiente :

La duramadre estaba en perfecto estado de sanidad. La superficie del cerebro estaba un poco edematosa ; la piamadre estaba opalina y endurecida, especialmente sobre la circunvolución de Broca del lado izquierdo. Al desprender los dos hemisferios de la base del cráneo noté que las arterias cerebrales anteriores, comunicante anterior, cerebral media, etc., y en fin, las arterias que forman el exágono arterial de Willis, estaban endurecidas y acordonadas ; la masa cerebelosa un poco reblandecida.

Hice el corte para buscar los cuerpos optoestriados, y encontré en los ventrículos laterales dos coágulos sanguíneos, señal de una fuerte hemorragia. En la extremidad posterior de cada uno de los ventrículos, justamente en el punto donde el plexo coroideo se pone en comunicación con la piamadre, encontré dos cuerpos sólidos, de naturaleza calcárea, del ta-

maño de un guisante y que estaban colocados (permítaseme la comparación) como una araña en su red; ésta formada por el plexo y aquella por cada uno de dichos cuerpos.

Estas manifestaciones anatomopatológicas explican la mayor parte de los síntomas de que era víctima la paciente durante su curiosa enfermedad. La muerte, no hay duda, fue causada por una hemorragia cerebral fulminante, según lo demuestran los coágulos. Y el primer accidente pudo ser manifestación de los cuerpos calcáreos y quizás de alguna pequeña hemorragia producida por la arterioesclerosis de las cerebrales.

Un hecho curioso es que solamente estos vasos estaban atacados de degeneración, puesto que en ninguno otro encontré endurecimiento.

Creo pues que este ha sido un caso de la *cerebroesclerosis arterial* de origen alcohólico, tan sabiamente descrita por el Profesor Grasset.

DR. E. A. MUÑOZ

Chocontá, 1906.

---

## OCLUSION INTESTINAL

### CURACIÓN NATURAL

La siguiente observación, lejos de ser extraordinaria, es frecuente; poco presenta de particular en su marcha y terminación. No es un caso maravilloso, pero sí nos enseña á ser muy prudentes; el cirujano no debe proponerse operar á todo trance sólo por el placer de hacerlo; tiene necesidad de pesar con toda serenidad los peligros á que únicamente la operación expone á su paciente, y los producidos por la enfermedad que la reclama. Ese es un estado de alma que no puede ser apreciado sino por el que se ha visto en el caso de imponer una operación como única salvación. La duda, la vacilación entre obrar rápidamente, aprovechando las fuerzas del enfermo, y la abstención, tratándose en particular de una afección aguda, que sabemos dónde principia pero jamás barruntamos dónde y cómo terminará, es cruel.

Lejos además de los centros donde ejercen otros facultativos, y de los recursos indispensables para hacer casi sin peligro grandes intervenciones, como logra hacerse hoy en Bogotá; convencido de los peligros y graves responsabilidades que trae una operación en malas condiciones por insuficiencia de medios, creo que debe operarse únicamente en los casos extremos, como último recurso, cuando tanto la abstención como la operación lleven con ligera diferencia á un fin funesto. No así en lesiones crónicas ó en otro medio donde es fácil una consulta y pueden hacerse convenientemente los preparativos, etc. Por otra parte, cuando hemos seguido paso á paso una de las en-

fermedades agudas que entran en el dominio de la cirugía de urgencia y de las que deben operarse desde los primeros momentos de establecida y en la cual contra nuestra voluntad nos hemos abstenido de intervenir y hemos impuesto un tratamiento médico racional que ha dado por resultado la curación espontánea. Casos de esta clase son dignos de meditar. Es evidente que un caso no es base suficiente para establecer regla; pero sí es fuerza que obliga á pensar en él detenidamente al imponer una operación que siempre es grave.

Por estas circunstancias y porque creo que haciendo conocer las observaciones que desde cualquier punto de vista presenten algún interés, es como llegamos á tener medicina nacional, y por esto me atrevo á dar publicidad á la siguiente observación.

M. T., de cincuenta años, natural de esta población, de salud y constitución satisfactorias, con antecedentes de poca importancia para el caso que nos ocupa. A mediados de Diciembre del año próximo pasado vino la esposa de este señor á manifestarme que hacía algunas horas su esposo tenía un fuerte dolor de estómago, que temía le siguiera y que le indicara lo que creyera oportuno. Le ordené una lavativa de agua fría hervida y que al día siguiente le diera dos onzas de aceite de palma-cristi. Esa noche calmó el dolor y el purgante hizo su efecto ordinario. Al otro día del purgante, sintiéndose bien aunque un poco adolorido del vientre, cosa que atribuyó á la medicina, montó á caballo y se ocupó en trabajos de vaquería. Almorzó regularmente, y dos ó tres horas después volvió el dolor, vomitó, y no calmándosele, se apresuró á volver á la población. A las 10 p. m. de ese día fui llamado con urgencia. Lo encontré quejándose desesperadamente. Los dolores se presentaban á intervalos regulares; á la inspección, cuando el dolor alcanzaba su mayor intensidad, se notaba un levantamiento ovoide de la pared abdominal por debajo del botón umbilical. Por la palpación claramente se sentía en ese punto la violenta contracción del intestino. El pulso y la temperatura eran normales. Desde las 10 a. m. de ese día no había evacuado ni arrojado gases. Le puse una inyección de morfina (0.02 centigramos) y una lavativa de agua fría hervida; poco después la arrojó con restos de materias fecales, y bajo la acción de la morfina se calmó. Le manifesté á la familia, como para prepararla, que si al día siguiente no variaba la situación no había otro recurso para salvarlo que una operación. Al amanecer me avisaron que hacía algunas horas había vuelto el dolor y que tenía vómitos. Fui á verlo, y encontré la misma situación. Repetí la inyección de morfina y ordené una lavativa como la anterior. A medio día, disminuido el efecto de la morfina, continuó el mismo cuadro, más los vómitos que se hacían tenaces y frecuentes: facies peritoneal; pulso pequeño y frecuente; temperatura,  $36\frac{1}{2}^{\circ}$ . El agua del lavado intestinal era pura, sin muestras de materias fecales. Impuse la operación como único tratamiento y manifesté mi deseo de llamar inmediatamente

uno de los médicos de Neiva, pues el caso era de urgencia y el éxito de la operación dependía en gran parte de su pronta ejecución. Hice todos los preparativos resuelto á intervenir tan pronto como llegara mi compañero, á quien esperaba por la tarde. Le puse otra vez morfina, que produjo muy poco efecto; los vómitos aumentaron; por la mañana biliosos, llegaron por la tarde á ser francamente feculentos y de olor insoportable. Ciento veinte pulsaciones por minuto, pequeñas y depresibles. En esa situación resolví ponerle un lavado intestinal purgante (14 gramos de soda, 15 gramos folículos de sen, agua 2 litros) y aplicarlo con sonda. Poco después lo volvió exactamente igual á como había entrado. Repetí la morfina (4 centigramos) y logré calmarlo. Por la noche el dolor era menos fuerte; los vómitos feculentos continuaron; apareció hipo, que fue después tenaz y sudores abundantes; la cara tomó el aspecto hipocrático, y el pulso era incontable. En esta situación desesperada, sin una persona á quien confiar el cloroformo, sin un compañero que me ayudara en tan laboriosa operación, con suturas intestinales delicadas, etc., me pareció audacia sin límites arriesgarme á ejecutarla solo, y me resigné á aguardar á todo trance el compañero. Repetí la morfina, y cruzándome de brazos esperé á la cabecera del enfermo el desenlace funesto. A media noche noté una mejoría en relación con el cuadro de la tarde. Para convencerme resolví intentar un nuevo lavado intestinal purgante, semejante al anterior, y al introducir la sonda me pareció que se escapaban gases y un líquido igual al vomitado; me aseguré bien de lo que veía, y puse el lavado. Poco después lo volvió, no puro sino colorado por materias fecales. Siguieron enmendándose todos los síntomas; desaparecieron los vómitos y el dolor, y al amanecer sólo presentaba el enfermo una debilidad notable del pulso, que me obligó á recurrir á inyecciones de suero artificial. A las 8 a. m., rehabilitado el enfermo, prescribí un purgante de aceite de ricino (40 gramos): produjo cuatro á seis deposiciones líquidas y fecales. Ordené té ligero cada dos horas, como único alimento, al cual le agregaron pequeñas cantidades de leche por la noche. Al día siguiente prescribí nuevo purgante de aceite, y á la segunda ó tercera operación arrojó cuarenta centímetros de tubo intestinal que por su aspecto y proporciones parecía intestino delgado. El diagnóstico de oclusión intestinal quedó confirmado. Sitio, causas y naturaleza se diagnostican casi siempre en la mesa de operaciones ó de anfiteatro.

La anterior observación me ha hecho pensar mucho en los resultados probables, casi seguros, de la intervención en las condiciones en que estaba colocado el enfermo y los obtenidos con la simple expectativa.

Seguramente si se me vuelve á presentar caso semejante, opto por la intervención quirúrgica lo más pronto que sea posible.

RAFAEL SARMIENTO LLERAS

Campoalegre, Mayo 1905.

## UN CASO DE OPERACION DE KILLIAN

La casualidad, como sucede á menudo, puso bajo mi cuidado á la Sra. D. C., nacida en Arenal (Bolívar), la que al presente cuenta cincuenta y cinco años de edad, y ha tenido ocho hijos, de los cuales tres están vivos. Rica de antecedentes morbosos, hasta sangre esputó cuando joven; mucho mas hace ocho años; ha tenido siempre una tos obstinada; durante seis años sufrió de asma bajo la forma de accesos francos unas veces y de accesos frustráneos (*reuma*) otras; y por último ha padecido de reumatismo, disentería, fiebres palúdicas, etc.

En el mes de Marzo de 1905 la enferma de que se trata empezó á notar una tumefacción sobre el globo ocular derecho, tumefacción poco dolorosa en sí misma, aunque acompañada de cefalalgias. Fue creciendo dicha tumefacción lentamente por espacio de cinco meses, durante los cuales algunos facultativos la trataron ineficazmente con yoduro de potasio, sanguijuelas y purgantes salinos.

Cuando la enferma vino á mi consulta la tumefacción mantenía en ptosis el párpado superior, á tal grado que la apertura del ojo era imposible; mas á pesar de la renitencia que dicha tumefacción ofrecía y de la ausencia de síntomas *aparentemente* inflamatorios, descubrí cierto grado de fluctuación que me hizo decidir por una intervención quirúrgica, una vez sentado el diagnóstico de *abceso de la órbita*. Procedí al efecto el día 8 de Agosto, acompañado de mi amigo y colega el Dr. T. A. Tatis. Por una incisión de tres centímetros de largo, situada sobre la ceja, penetré, disecando cuidadosamente, en el espacio situado entre la cápsula y la pared orbitaria superior, en donde estaba acumulado un pus abundante y fétido, con esa fetidez característica de las supuraciones óseas.

Todo mejoró como por encanto. La sola desaparición de la deformidad nada más habría sido suficiente para que la operación tuviera un aparente buen efecto. Pero el primer fracaso operatorio no se hizo esperar: al cerrarse la herida el absceso se reprodujo, y una segunda y más completa operación se decidió, la que fue presidida por el eminente cirujano y oculista Dr. Indalecio Camacho B., y ejecutada el 29 de Enero de este año por el que estas líneas escribe.

Ya en esta época todo parecía más claro: lo que tres meses antes se había mostrado como un absceso de la órbita era una *pansinusitis* lateral, que perforando la pared superorbitaria en un punto débil ó muy probablemente abriéndose paso por los agujeros orbitarios internos, había colectado el pus en la órbita. Ahora la pared inferior del seno frontal había desaparecido, lo que facilitó la resección de las células y de la parte superior de la apósis montante, y permitió llevar la legración hasta la masa correspondiente al etmoides anterior. En estas condiciones se terminó la operación, que

no se quiso alargar más por la excesiva cantidad de sangre que la enferma perdía y por lo imprudente que habría sido prolongar la cloroformización en una persona que tenía todos los síntomas de una tuberculosis, y que estaba tan enflaquecida que apenas pesaba ochenta y tres libras.

Un tubo de desagüe que pasando por el infundibulum salía por la fosa nasal correspondiente completó la operación. Al cuarto día se quitó este tubo y el resto se redujo á lavados cotidianos con la sonda de Lichwitz.

Un mes después la cicatrización del corte era completa, la piel se había adherido al seno formando una depresión que en nada desfiguraba á la enferma; el párpado superior, aunque retraído, no impedía la oclusión del ojo, y como la secreción era casi nula, los lavados fueron continuados por dos hijas de la paciente, quien parecía completamente curada.

Al cabo de tres meses he vuelto á ver la enferma, y con gran sorpresa he notado que la supuración, si bien tiene un curso establecido, lo que puede considerarse como uno de los buenos resultados de la operación, no ha desaparecido por completo.

¿Qué significa esto? O una falta de asepsia en los lavados, lo cual es menos probable; ó una prolongación del mal por desarrollo de gérmenes de algún punto que se quedó infectado, lo cual es más posible. Comoquiera que sea, se tropieza aquí con las dificultades de ese problema aún no resuelto, que son las sinusitis. “La necesidad de resolverlo—dice el Dr. Guisez en un trabajo reciente—ha sido el origen de muchos procedimientos operatorios á los cuales los autores han dado su nombre.” Mas también comoquiera que sea, de este mediano resultado se pueden deducir algunas conclusiones:

Es la primera que en toda intervención de esta especie debe uno seguir por entero el consejo de los especialistas de destruir todo espacio muerto, todo punto que parezca atacado, porque sin eso la reincidencia es posible ó la supuración es interminable.

Es la segunda que la operación está justificada siempre, porque aun en el caso de que no se obtenga una cura radical, se tiene la ventaja, como en el presente, de evitar los accidentes de retención y de alejar la posibilidad de complicaciones cerebrales por el avenamiento que se establece hacia las fosas nasales. Estoy persuadido de que mi intervención fue realmente benéfica á la enferma.

Es la tercera que este caso, aunque de mediano resultado por tratarse de una operación rara vez practicada entre nosotros, viene á enriquecer los anales de la cirugía nacional.

Por otra parte, al hacer la presente relación estoy seguro de haberme alejado de la tentación de sacrificar la verdad, como algunas veces sucede, sólo por la singular satisfacción de haber obtenido un buen resultado que nunca existió, ó de haber ejecutado muy bien una falsa operación.

Si la verdad es necesaria en todas las circunstancias de la

*Especifíquese bien*

## **VICHY-CELESTINS**

*ENFERMEDADES de los RIÑONES y de la VEJIGA  
GOTA, DIABETES*

## **VICHY-GRANDE-GRILLE**

*ENFERMEDADES del HÍGADO y del APARATO BILIARIO*

## **VICHY-HÔPITAL**

*ENFERMEDADES del ESTÓMAGO y del INTESTINO*

Desconfíese de las Falsificaciones.

*Las solas verdaderas Pastillas de Vichy son las*

## **PASTILLAS VICHY-ESTADO**

Las solas fabricadas con las Sales realmente extraídas de las Aguas de Vichy de los Manantiales del Estado, en los laboratorios de la Compañía arrendataria vendidas en cajas metálicas selladas:

5 francos, 2 francos, 1 franco.

## **SAL VICHY-ESTADO**

para preparar el Agua digestiva artificial

La caja 25 paquetes.. 2 fr. 50 | La caja 50 paquetes. . . 5 fr.  
(Un paquete para un litro de agua). **EXIJIR Sal Vichy-Estado**

## **COMPRESIMIDOS VICHY-ESTADO**

preparados con las Sales Vichy-Estado

Precio : el frasco de 100 comprimidos 2 francos.

# VINO AROUD

## CARNE-QUINA

MEDICAMENTO-ALIMENTO, el más poderoso **REGENERADOR**  
prescrito por los Médicos.

En los casos de : Enfermedades del Estómago y de los Intestinos,  
Convalecencias, Continuación de Partos, Movimientos Febriles  
ó Influenza.

102, Rue Richelieu, Paris y en todas farmacias del extranjero.

## ROB BOYVEAU-LAFFECTEUR

CÉLEBRE DEPURATIVO

con Ioduro de Potasio  
SIN IODISMO

prescrito por los Médicos en los casos de

**ENFERMEDADES DE LA PIEL**

*Accidentes Sifilíticos, Herpes, Acne.*

102, Rue de Richelieu, Paris y en todas Farmacias del Extranjero.

## SEÑOR DOCTOR

Sírvase recetar en fumigaciones

las **POLVOS EXIBARD**

*(Remedio de Abisinia Exibard)*

que alivian instantáneamente  
el **Asma.**

Para evitar las falsificaciones  
exijáso la firma

*Exibard*

vida, lo es más en el *ars medendi*, porque están interesados en ello el beneficio de la humanidad y el progreso de la ciencia.

DR. M. F. OBREGON

Profesor de Clínica quirúrgica en la Universidad de Bolívar.

Cartagena, Julio de 1906.

---

## REPRODUCCIONES

---

EL XV CONGRESO INTERNACIONAL

(LISBOA)

SECCIONES DE HIGIENE Y MEDICINA COLONIAL.

*Las relaciones del mosquito con la fiebre amarilla.*

En la mañana del sábado (Abril 21) se reunió la Sección de higiene con la de medicina colonial. Presidió el profesor Rubert Boyce, de Liverpool, y se discutió ampliamente la ya conocida doctrina de que la fiebre amarilla es propagada por las picadas de los mosquitos. Se sostenía que el enfermo de fiebre amarilla podía solamente infectar el estegomia fasciata durante los primeros días en el principio del acceso febril. Después se arguyó que este mosquito tan sólo picaba durante el día ó cuando había luz artificial. Dijo el profesor Boyce que para la profilaxis esto importaba poco, y que las mismas precauciones debían tenerse tanto de día como de noche.

El Dr. A. W. Austin, del U. S. Marine Service, dijo que la fiebre amarilla era una enfermedad que él tenía que observar, y que era su deber hacer cumplir las medidas profilácticas. Estas precauciones estaban todas basadas sobre la teoría de que el mosquito era la causa de la fiebre amarilla. En Nueva Orleans y otros puntos las autoridades locales, basándose en otras teorías, procedieron de manera distinta á la del Gobierno central de los Estados Unidos. Sin embargo, dondequiera que las autoridades federales tuvieron que intervenir, procedieron invariablemente á proteger con tela metálica á los enfermos, á fin de evitar que los mosquitos se infectasen picándolos. Hasta cierto punto se obtuvo buen éxito, á pesar de que la epidemia existía mucho antes de que se la combatiera. Si á las autoridades se les hubiera avisado más pronto, los resultados habrían sido mucho más benéficos. Pudo haber dudas de que el mosquito fuera el único medio de propagar la fie-

bre amarilla, pero esa fue la explicación general y la verdadera, y los hechos demostraron que con la destrucción del mosquito cesó la epidemia.

Después de este discurso la discusión pareció decaer, y hubiera cesado completamente á no ser por la intervención enérgica del profesor Boyce. Hablando en francés insistió sobre la importancia de toda la cuestión, particularmente si se incluían las analogías y relación posible entre la fiebre amarilla, el dengue y la gripe ó influenza. Sobre este último punto deseaba saber la opinión del Dr. Agramonte, de la Habana.

El Dr. Agramonte respondió con un largo é interesante discurso. Había habido en la Habana una epidemia notable de dengue. Esta enfermedad tenía tantos puntos en común con la fiebre amarilla, que él pensó que había venido á la Habana desde Nueva Orleans, lugar en el cual prevalecía la fiebre amarilla. En Junio del año pasado ocurrieron en la Habana los primeros casos notificados de dengue indiscutible, que se propagó especialmente en el barrio populoso ocupado por los extranjeros, no obstante que durante una reciente y pequeña epidemia de fiebre amarilla no hubo ningún caso en dicha barriada. Así pues el dengue causó mayor daño donde la fiebre amarilla no hizo ninguno. En el hospital de aislamiento se estudiaron escrupulosamente setenta casos de dengue desde el primer día hasta el fin de la enfermedad. Durante los tres primeros días los síntomas no se diferenciaban en nada de los de la fiebre amarilla. La albuminuria, que se creía una prueba evidente de la fiebre amarilla, se encontró también en los casos de dengue. Venía acompañado con grandes dolores en los miembros y en la espalda. Sin embargo los síntomas no fueron quizás tan fuertes como en la fiebre amarilla. Existían la cefalalgia frontal y la raquialgia, y la temperatura era un poco más elevada que la de costumbre en la fiebre amarilla. Hasta el tercer día no había diferencia entre las dos enfermedades; entonces se descubría que no correspondían el pulso y la temperatura: había para un pulso relativamente bajo una temperatura elevada. Además no había erupción en la fiebre amarilla, aunque podía haber ligera congestión de la piel.

El profesor Boyce pidió se continuara la discusión, y manifestó que en Honduras la albuminuria se había presentado en casos de gripe ó influenza, y que ellos no habían podido con facilidad distinguir esta enfermedad de la fiebre amarilla. Por lo tanto, enfermos de fiebre amarilla habían sido tratados como si tuvieran solamente la gripe ó el dengue; y así los mosquitos tuvieron tiempo de picar y propagar la enfermedad.

El Dr. Carlos M. Cortezo, de Madrid, imprimió á la discusión un carácter totalmente diferente, pues se aventuró á negar la teoría del mosquito. Dijo que en 1876 había habido una epidemia de fiebre amarilla en Madrid. Algunos soldados habían regresado de Cuba. Estos soldados eran inhumanes; mientras estuvieron en Madrid ni un solo caso de fiebre ocurrió

entre ellos. Fueron á vivir á los barrios pobres de la población, en calles estrechas y mal ventiladas. Madrileños que vivían próximos á estos soldados venían al hospital con fiebre y síntomas desconocidos. Del personal facultativo del hospital ninguno había visto jamás un caso de fiebre amarilla, pero juzgando por sus conocimientos teóricos imaginaron que estos casos fuesen de dicha enfermedad. Inmediatamente se llamaron médicos que en las colonias habían adquirido experiencia práctica de la enfermedad, y ellos confirmaron el diagnóstico. Con esto quedó destruida la creencia de que la enfermedad no se extendía tan al interior. El Dr. Cortezo pensó que la enfermedad iba dondequiera que encontraba el terreno necesario. Los soldados habían traído sus mochilas, que no habían sido abiertas desde que salieron de Cuba. La comisión de París que investigó este asunto encontró que el bazo, el hígado y otros órganos estaban lesionados como en casos de fiebre amarilla. La enfermedad no se propagó á otros barrios de Madrid, y permaneció en aquellos lugares donde su desarrollo era favorecido por condiciones poco sanitarias.

Antes de que pudiera continuar la discusión, un individuo se levantó para recomendar que no se debe usar el petróleo solo, sino una mezcla de partes iguales de petróleo y creolina, que era más eficaz para matar los mosquitos.

El Presidente de la Sección se levantó é hizo público que el Dr. Cortezo deseaba saber si había otra clase de mosquitos que fuesen transmisores de la fiebre amarilla, y si la ropa sucia podía infectar tales mosquitos. Era esta una pregunta práctica que merecía ser contestada. Otros creían que la tierra en las cloacas podía infectar á los mosquitos, y que había peligros en los trabajos de zanjeos. Preguntó al Dr. Agramonte cuál era su opinión y si había otros medios de propagar la enfermedad además del mosquito.

El Dr. Agramonte estimó que á la fecha no era admisible que se negara la teoría del mosquito. Este asunto había sido resuelto definitivamente por los experimentos hechos por la comisión americana. Estos experimentos probaron claramente que la enfermedad no podía llevarse de una persona á otra, á no ser por la picada del mosquito. Quince hombres—quince héroes—consintieron en vivir en un pequeño edificio protegidos absolutamente de los mosquitos por tela metálica. En este edificio se pusieron la ropa de cama y las usadas por enfermos de fiebre amarilla. Los quince individuos usaron las camisas sucias de los enfermos de fiebre amarilla; durmieron en las camas ensuciadas con materia fecal de los enfermos de fiebre amarilla, y descansaron sus cabezas sobre las almohadas manchadas con el vómito negro. Se expusieron al contagio por todos los modos posibles, y sin embargo ni uno solo de los quince enfermó de la fiebre. Y no hay que imaginarse que estos hombres eran inmunes. Por el contrario, después del experimento, tres de los quince fueron picados accidentalmente por los mosquitos, y entonces sí contraieron la enfermedad.

Sobre saneamiento, en la Habana las autoridades sacaron todas las basuras é inmundicias fué ra de la población, y se llevaron á cabo grandes mejoras. A pesar de ello, continuó la fiebre amarilla, y solamente cesó cuando mataron todos los mosquitos.

Un Oficial de la marina americana, cuyo nombre no se hizo público, se interpuso para decir que él estaba tentado á creer en la teoría del mosquito, pero que la obra de la Comisión americana, aunque brillante, no podía ser aceptada como prueba absoluta. El creía que había casos de fiebre amarilla en lugares donde no existían mosquitos.

El Dr. Cortezo rogó se le permitiera insistir en su tesis. Los heroicos experimentos de los americanos parecían demostrar que no había peligro en la ropa sucia; pero desde el punto de vista administrativo no debía permitirse que tal concepto se arraigue en la creencia popular. Por el contrario, era esencial evitar que la ropa sucia fuese llevada de un pueblo á otro y de un país á otro. Quizás los mosquitos podían infectarse en contacto con la ropa sucia. Quizás las larvas habían venido en el equipaje sucio de los soldados, y en los barrios pobres de Madrid encontraron el ambiente á propósito para su desarrollo é infección de la población.

El Dr. Albarrán, de Cuba, creía peligroso manifestar dudas sobre la posibilidad de que la ropa sucia pudiera causar daño. Los comerciantes pronto se opondrían á las precauciones que ahora se toman para desinfectar tejidos procedentes de puertos donde existe la fiebre amarilla.

El Dr. Cortezo agregó que él no dudaba de las conclusiones de la Comisión americana, pero los protegidos contra el estegomia también lo estaban contra otra clase de mosquitos. En Madrid no se habían encontrado estegomias, pero había fiebre amarilla y muchas otras clases de mosquitos. Estos parecían atacar especialmente á las gentes pobres y sucias. Desde entonces se ha sufrido la fiebre amarilla en España, en Andalucía y en Barcelona.

El Dr. Fernando Caro, de Madrid, también habló en el mismo sentido. Parece estar demostrado, por el estado actual de la ciencia, que los mosquitos son la única causa; pero quizás aún hay algo más que aprender sobre el particular, y sería muy imprudente dejar de tomar medidas para evitar la importación de ropa sucia de países infectados. En Cuba hubo lugares donde no existió la fiebre amarilla hasta la llegada de los soldados españoles.

Los Dres. Ramos y Magalhaes, ambos del Brasil, hablaron y no parecen darle mucha importancia á la teoría del mosquito. Pidieron informes respecto á los mosquitos y las fiebres palúdicas, y sobre los barcos que tuviesen fiebre á bordo sin que se encontrara ningún mosquito.

El Dr. Agramonte replicó punto por punto, hablando esta vez en español, pues aquellos que le argumentaban parecían estar más familiarizados con ese idioma. Sostuvo la teoría del

mosquito y negó la importación posible de las larvas, pues éstas necesitan de agua para vivir. El mosquito solamente puede infectarse con sangre de una persona viva. Pica tan sólo una vez, pero nunca lo hace á los cadáveres. Los mosquitos tienen gran resistencia y á veces pueden viajar en los barcos, y cuando éstos llegan á un puerto abandonan la embarcación. Piensa que se hace necesario desinfectar toda ropa sucia por motivos de higiene, pero no por temor á la fiebre amarilla.

El Dr. Ricardo Jorge, Presidente de la Sección de higiene, dijo que fue un médico portugués quien primero describió la fiebre amarilla, después de una epidemia que ocurrió durante el sitio de Lisboa. En Portugal había una numerosa y continua comunicación con la América del Sur. El mosquito que predomina en Lisboa, España é Italia, es el específico, el estegomia, y se hace necesario tomar medidas contra la posibilidad de otra invasión. Por lo tanto se vigilaban los pasajeros por siete días. Aunque el período de incubación se decía ser de trece días, no era práctico continuar vigilando á los pasajeros por tanto tiempo, pero todas sus ropas eran desinfectadas. Era esta la práctica establecida antes del advenimiento de la moderna teoría respecto á los mosquitos. Desde 1893 ningún barco infectado ó sospechoso había entrado en Lisboa. Respecto á Madrid, él no puede comprender cómo un mosquito puede viajar tan lejos de la costa.

El Dr. Kopke replicó que los huevos podían estar infectados y que podían viajar á cualquiera distancia. El verdadero problema, y que debía estudiarse experimentalmente, era determinar si la fiebre amarilla era hereditaria en los mosquitos.

El Dr. Cortezo explicó que al hablar en un idioma con el cual no estaba familiarizado, él había empleado la palabra larvas cuando deseaba decir huevos. Por supuesto que él sabía que aquéllas no podían vivir sin agua. Quizás en la teoría hereditaria y en la del huevo se encontraría la solución de las discrepancias que aún existen en la teoría del mosquito vivo infectado. Este insecto no posee el dón de la ubicuidad; no podía ir á todas partes, siguiendo á los soldados de Cuba á Cádiz en un vapor, y de Cádiz á Madrid en un ferrocarril.

El Dr. Agramonte replicó admitiendo la posibilidad de esta última hipótesis. No se había probado que el huevo fuese ofensivo ó inofensivo. Quizás el huevo procrearía el mosquito patogénico, y esto tal vez explique hechos que parecen contradecir la teoría del mosquito.

De esta manera concluyó el debate, y el huevo vino á ser el eslabón que unió á los contrincantes. Al abandonar su sitio el Presidente el clamoreo tremendo de voces fue prueba del interés que suscitó la discusión, y que el grande auditorio se hallaba sumamente excitado á consecuencia de ésta.

Por la tarde el profesor Rubert Boyce dio una conferencia sobre la profilaxis de la fiebre amarilla, empleando vistas

estereoscópicas para demostrar la manera de protección con la tela metálica. Insistió en que se deben notificar y aislar los casos. Después demostró los medios de fumigación para exterminar todos los mosquitos. A pesar de que el éxito ha sido parcial, se ha adelantado mucho y miles de vidas se han salvado.

(*The Lancet*, Mayo 10, 1906)

---

*Sintomatología en los casos ginecológicos*—Harrison cree que la sintomatología suministra datos importantes para hacer un diagnóstico ginecológico exacto. La menorragia ó metrorragia indica la hiperplasia del endometrio, ó una neoplasia, benigna ó maligna, ó una dislocación del útero. La amenorrea es indicio de oclusión de las vías genitales, de un desarrollo rudimentario ó de la falta de útero ó de los ovarios. Significa también una enfermedad constitucional consuntiva. La dismenorrea se cree que es una neurosis en la que existe una contracción espasmódica del músculo uterino, aceptándose la teoría mecánica, á lo menos en muchos casos. La esterilidad puede depender de un estado anormal de los órganos genitales de la mujer, pero otras veces la causa reside en los órganos masculinos. El estreñimiento, frecuente en las enfermedades de los órganos pelvianos, es un resultado más que una causa. El histerismo consiste muchas veces en una enfermedad de los órganos pelvianos y suele curar al extirparse el órgano enfermo.

Bissell afirma que el dolor lumbar suele atribuirse erróneamente al primer signo objetivo que se descubre. Es preciso averiguar cuidadosamente las causas y reparar las lesiones verdaderas ó supuestas sólo cuando hay cierta seguridad de que tienen importancia. El dolor lumbar, para que sea un síntoma de valor, necesita ir acompañado de ciertos estados morbosos. Los traumatismos de los órganos genitales pueden constituir este síntoma, pero las enfermedades de los apéndices y las dislocaciones uterinas son muchas veces causas más importantes

(*Medical News*, 2 Junio, 1906).

---

*Desinfección de las manos*—El Dr. Schumburg deduce de sus experimentos que la práctica antigua de lavarse las manos con agua y jabón es más perjudicial que útil, porque en muchos casos hay más bacterias en las manos después del lavatorio que antes, á causa de ser atraídas desde las criptas glandulares á la superficie. El lavatorio con sublimado que acostumbra á hacerse después sólo sirve para poner áspera la piel. Lavando las manos durante minuto y medio ó dos minutos con alcohol rectificado quedan libres casi completamente de bacterias. El éter empleado de igual manera no es tan eficaz. La mezcla de dos partes de alcohol por una de éter es más eficaz que el alcohol ó el éter solos; su acción mejora añadiendo á esta mezcla el medio por 100 de HNO. Para la limpieza

son preferibles las torundas de algodón á los cepillos. El uso de un antiséptico después del lavatorio es poco eficaz, pero la disolución de peróxido de hidrógeno al 5 por 100 disminuye en ciertos casos el número de bacterias. Los experimentos practicados con la tintura de jabón verde prueban que elimina el 90 por 100 de las bacterias, pero Schumburg cree que este efecto es debido al alcohol más que al jabón.

(*The Therapeutic Gazette*, 15 Junio, 1906).

*Tratamiento médico de la estrechez diftérica de la laringe*—Una parte de los casos de estrechez laringea que se observan en la difteria es debida, no á las falsas membranas, sino á la tumefacción edematosa de la mucosa. Cuando se emplea el suero antidiftérico pronto y á dosis suficiente se puede confiar en que se llegará á vencer el obstáculo respiratorio en las veinticuatro horas siguientes. Con tal objeto recomienda el Dr. Hecht practicar varias veces al día pulverizaciones laringeas con el pulverizador de vapor, y si es preciso con una disolución de cocaína y adrenalina, y para calmar la disnea, el opio al interior. De este modo se puede evitar la traqueotomía, que tiene, entre otros inconvenientes, el de que suprime la respiración nasal. Esta supresión á su vez favorece la implantación y desarrollo de estreptococos, pneumococos y de otros microbios en la mucosa respiratoria, infecciones mixtas que pueden acabar con un organismo ya sin necesidad de esto bastante debilitado.

*Un medio de disimular el sabor del aceite de ricino*—Los árabes, cuando desean tomar aceite de ricino, lo vierten gota á gota sobre un vaso de leche caliente y agitan la mezcla con una cuchara. A los pocos minutos se forma una emulsión perfecta, á la que puede agregarse algo de jarabe de azahar. El aceite de ricino tomado de este modo es grato, y además más activo, puesto que son suficientes 15 á 20 gramos para un adulto.

## TABLETAS DE ANTIKAMNIA

Este producto ha hecho una revolución en terapéutica, pues produce efectos similares á los de la morfina, sin los defectos de este alcaloide. Este medicamento, muy empleado y conocido en Estados Unidos, Inglaterra, Francia y Alemania, se encuentra en tabletas que contienen dosis exactas, lo que permite tomarla sin peligro y como píldoras.

La antikamnia está indicada siempre que hay dolor, y produce magníficos resultados en las cefalalgias, neuralgias, dolores reumáticos. En la gripe y afecciones análogas reduce el calor de la fiebre sin afectar la temperatura normal. Calma la excitabilidad del sistema nervioso sin deprimir el corazón.

La antikamnia en tabletas es superior á la antipirina, fenacetina, antifibrina, exalgina y sus congéneres del mismo origen. Las pastillas se disuelven muy bien en el estómago, pero puede hacerse más rápida su acción triturándolas ó disolviéndolas en agua ó vino.

### ROGAS NUEVAS

**Ektogan.**—ZnO<sup>2</sup>. Dióxido ó peróxido de cinc. Polvo ligeramente amarillo, un poco más pesado que el agua é insoluble en ella. El Dr. Elías ha preparado este compuesto que contiene hasta 65 por 100 de peróxido de cinc, lo que equivale casi á 12 por 100 de oxígeno activo.

El ektogan da todas las reacciones de los peróxidos; caramelización del azúcar, detonación por frote con el magnesio metálico, desprendimiento de oxígeno por acción de los ácidos, formación de ácido perocrómico.

El Dr. Chaput, cirujano de los hospitales, experimentó este producto y le ha encontrado notables propiedades, aplicables á la cirugía, la dermatología y la ginecología. En polvo lo aplica sobre las heridas cosidas ó abiertas, las heridas infectadas, abiertas, vegetantes y las úlceras de las piernas.

El Dr. Chaput indica la gasa al 10 por 100 esterilizada por el procedimiento del Dr. Bombar, para las heridas abiertas, las úlceras de las piernas, las heridas infectadas, las quemaduras, las heridas cavitarias en la boca, la nariz, las orejas y la vagina; emplea la pomada en las quemaduras, las dermatitis, los ántrax y los furúnculos y las úlceras de la pierna; prescribe el aceite de ektogan en inyecciones en los abscesos fríos y para la curación húmeda de las heridas infectadas, y por último aplica los lápices en las fístulas, las metritis, las heridas profundas y estrechas.

Como aplicación ginecológica en las metritis, el Dr. Chaput dilata el cuello del útero con bujías Hegard y después introduce un lápiz al ektogan. Esta operación se hace dos veces por semana, y para terminarla se rellena la vagina con gasa ektogana. El tratamiento dura 15 ó 20 días.

Los Dres. Beurmann, médico de los hospitales, y Tanon han verificado la eficacia del ektogan en dermatología y sobre todo en el eczema, la úlcera varicosa y las ulceraciones cutáneas. Las ulceraciones tuberculosas ó sífilíticas infectadas, las gomas abiertas, las fístulas supurantes, las ulceraciones con tendencia escafélica de los viejos alcohólicos, y las úlceras de los diabéticos beneficiarán con este tratamiento, porque el desprendimiento continuo de oxígeno combatirá ventajosamente la tendencia al esfacelo.

Según el Dr. Vanverts, por ser inútil y peligroso el empleo del yodoformo, disminuye todos los días su uso principalmente para las curaciones vaginales, en las que lo reemplaza el peróxido de cinc con grandes ventajas, porque no es ni irritante, ni tóxico y soporta bien la esterilización (Chaput). La gasa esterilizada al peróxido de cinc es un desodorizante y desinfectante tan enérgico como la gasa yodoformizada.

El polvo se usa para espolvorear. La pomada de ektogan se prepara al 10 por 100 con vaselina boricada.

#### Pasta cadica ektoganada:

Aceite de cade .....	10 gramos
Ektogan .....	5 —
Vaselina .....	25 —
Polvo de talco .....	10 —

#### Gasa esterilizada ;

Emplasto al ektogan, emplasto al ektogan y al minio.

Emplasto al ektogan y al ácido salicílico.

Lápices, óvulos, tapones vaginales.

#### Aceite al ektogan.

Vaselina líquida neutra .....	50 — gramos
Ektogan .....	2 á 8 gramos

(Del Formulaire Bocquillon Limousin)

# BIOSINE LE PERDRIEL

Glicerofosfato doble de cal y de hierro efervescente

La biosina representa el más completo de los reconstituyentes y de los tónicos del organismo. Su acción poderosa se opera á la vez sobre el sistema nervioso, óseo y sanguíneo, es decir, sobre el conjunto de los elementos vitales.

La biosina se recomienda por su empleo y su gusto agradables. No siendo á base de azúcar conviene á todos los temperamentos. No produce estreñimiento y la pueden tomar los diabéticos.

Tomada durante las comidas activa la digestión por el ácido carbónico que se desprende y que facilita la asimilación.

LE PERDRIEL, 11, Rue Milton PARIS, Y TODAS LAS FARMACIAS  
Unico representante para Colombia: F. PHILIPPOT. Bogotá.

**EPILEPSIA**

AFECCIONES NERVIOSAS EN GENERAL  
ACIDENTES NERVIOSOS DE LA **MENSTRUACIÓN**

Y DE

**LA MENOPAUSIS**

**GRAJEAS GELINEAU**

En el estado actual de la ciencia, las Grajeas Gelineau constituyen el mejor modo de administración del bromuro de potasio y el medio más seguro de impedir la vuelta de los accesos de Epilepsia. Son de una administración fácil y siempre muy bien toleradas, con tal que se tomen en medio de las comidas.

**ENFERMEDADES NERVIOSAS**

**INSOMNIOS** \* **HISTÉRICO** \* **NERVOSISMO**

El cloral y el bromuro de potasio, que son los dos más poderosos modificadores del sistema nervioso, están felizmente combinados en el

**JARABE GELINEAU**

EL MÁS ÁCTIVO DE LOS SÉDATIVOS

EL JARABE GELINEAU constituye el medicamento por excelencia á oponer á la AGITACION NERVIOSA, que causa tan á menudo la mujer á ciertas épocas de su existencia. —

# Jarabe de Digital de LABELONYE

TITULADO

Segun el procedimiento de H. ÉCALLE, D<sup>r</sup> en Farmacia de la Universidad de Paris, a razon de un terçero de miligramo de DIGITALINA CRISTALIZADA por cucharada sopera.

contra las diversas Afecciones del Corazón Hidropesias, Tosos nerviosas, Bronquitis, Asma, etc.

Tres cucharadas o la dosis normal en 24 horas contienen por consiguiente un miligramo de DIGITALINA CRISTALIZADA

HEMOSTÁTICO el mas PODEROSO  
SOLUCION TITULADA  
Las Grageas hacen mas fácil el labor del parto y detienen las pérdidas.

AMPOLLAS ESTERILIZADAS para Inyecciones Hipodérmicas

LABELONYE y C<sup>ia</sup>. 99, Rue d'Aboukir. PARIS y EN TODAS LAS FARMACIAS.

# Ergotina y Grageas de ERGOTINA BONJEAN

Medalla de ORO de la Sad de F<sup>ia</sup> de Paris.

# PAPEL WINSI

Soberano remedio para rápida curación de las Afecciones del pecho, Catarros, Mal de garganta, Bronquitis, Resfriados, Romadizos, de los Reumatismos, Dolores, Lumbagos, etc., 30 años del mejor éxito atestiguan la eficacia de este poderoso derivativo recomendado por los primeros médicos de Paris.

Depósito en todas las Boticas y Droguerías. — PARIS, 31, Rue de Selne.

# DE VINO GILBERT SEGUIN FEBRIFUGO-FORTIFICANTE

Aprobado por la Academia de Medicina de Paris.

Vino de una eficacia incontestable sea como Antiperiódico para cortar las *Calenturas*, sea como Fortificante en las *Convalecencias*, *Debilidad* de la *Sangre*, *Falta de Menstruación*, *Inapetencia*, *Digestiones difíciles*, *Enfermedades nerviosas*, *Debilidad*.

Farmacia G. SEGUIN, 165, Rue Saint-Honoré, Paris. — Depósito en todas las principales Boticas y Droguerías.

# AGUA LÉCHELLE

HEMOSTÁTICA

Se receta contra los *Flujos*, la *Clorosis*, la *Anemia*, el *Apocamiento*, las *Enfermedades del pecho* y de los *intestinos*, los *Espustos de sangre*, los *Catarros*, la *Disentería*, etc. Da nueva vida á la sangre y entona todos los órganos. — El doctor HEURTELOUP, médico de los hospitales de Paris, ha comprobado las propiedades curativas del Agua de Léchelle en varios casos de *Flujos uterinos* y *Hemorragias* en la *Hemotisis tuberculosa*.

PARIS, Rue Saint-Honoré. 165, — DEPÓSITO EN TODAS BOTICAS Y DROGUERIAS.

# ESTADÍSTICA

## RELACION

DE LOS TRABAJOS EJECUTADOS EN LA OFICINA DE BENEFICENCIA Y SALUBRIDAD EN EL MES DE JUNIO DE 1906

Desinfecciones ordenadas, 11.

Reconocimientos de individuos atacados de lepra, 2.

Reconocimientos de cadáveres, 27.

### Mortalidad.

Hombres, 48; mujeres, 65; niños, 36; niñas, 52. Total, 201.

Corresponden por barrios :

San Pedro, 7; Las Nieves, 27; Las Cruces, 23; Las Aguas, 25; San Victorino, 23; San Pablo, 7; Santa Bárbara, 16; Egipto, 7; Chapinero, 8; Hospital de Caridad, 53; Hospital Militar, 3; Asilos, 1; Hospicio, 1. Total, 201.

Las diferentes edades están representadas así :

	Niños.	Niñas.	Total.
Nacidos muertos .....	12	9	21
De 1 á 31 días .....	4	7	11
De 31 días á 3 meses .....	2	7	9
De 3 meses á 6 meses .....	8	4	12
De 6 meses á 1 año .....	1	13	14
De 1 año á 3 años .....	5	5	10
De 3 años á 6 años .....	2	2	4
De 6 años á 10 años .....	2	5	7

	Hombres.	Mujeres.	Total.
De 10 años á 20 años .....	4	6	10
De 20 años á 30 años .....	6	11	17
De 30 años á 40 años .....	18	18	36
De 40 años á 50 años .....	5	6	11
De 50 años á 60 años .....	10	9	19
De 60 años á 70 años .....	4	4	8
De 70 años á 80 años .....	3	2	5
De 80 años á 90 años .....	2	5	7

Totales..... 88      113      201

Las 113 defunciones de individuos adultos corresponden á las siguientes poblaciones, de donde eran naturales :

Bogotá, 41; Bosa, 1; Cajicá, 1; Oáqueza, 1; Carmen de Carupa, 1; Chía, 2; Chiquinquirá, 1; Choachí, 1; Chocontá, 2; Facatativá, 3; Gachetá, 1; Garagoa, 1; Gigante, 1; Guasca, 1; Guatavita, 1; Guayabal, 1; Leiva, 2; Medellín, 1; Mom-

pós, 1; Motavita, 1; Nemocón, 4; Ocaña, 1; Oicatá, 1; Paicol, 1; Paipa, 1; Purificación, 1; Rionegro, 1; San Juan, 1; Santa Rosa de Viterbo, 1; se ignora, 9; Sesquilé, 1; Soacha, 2; Socorro, 1; Sogamoso, 1; Sopó, 2; Suba, 3; Subachoque, 2; Tena, 1; Tunja, 2; Turmequé, 1; Ubaté, 1; Une, 1; Usme, 1; Vélez, 1; Venezuela, 1; Ventaquemada, 1; Zipaquirá, 5. Total, 113.

Estos individuos tenían las siguientes profesiones:

Abogados, 3; agricultores, 12; albañiles, 4; alfareros, 1; aplanchadoras, 3; cajeros, 1; canteros, 2; carpinteros, 1; cigarrera, 1; comerciantes, 7; costureras, 4; dependientes, 1; empleados, 2; farmacéuticos, 2; floristas, 2; jaboneras, 2; lavanderas, 1; mecánicos, 1; mendigos, 2; militares, 1; modistas, 3; músicos, 1; peluqueros, 1; pintores, 2; se ignora, 12; sirvientas, 39; tejedoras, 1; zapateros, 1. Total, 113.

Los 88 niños que murieron pertenecen:

A Bogotá, 81; á Chiquinquirá, 1; á Cogua, 1; á Girardot, 1; á Jericó, 1; á Támara, 1; á Tibasosa, 1; á Usme, 1. Total, 88.

#### Nacimientos.

	Varones.	Mujeres.	Total.	Matrimonios.
Las Cruces . . . . .	10	28	38	3
Santa Bárbara . . . . .	14	13	27	4
San Pedro . . . . .	4	2	6	5
San Pablo . . . . .	5	9	14	1
San Juan de Dios . . . . .	6	6	12	..
San Victorino . . . . .	40	..	40	5
Hospicio . . . . .	..	2	2	..
Las Nieves . . . . .	18	16	34	6
Las Aguas . . . . .	15	17	32	3
Egipto . . . . .	8	6	14	10
Chapinero . . . . .	7	3	10	2
Totales . . . . .	127	102	229	39

#### RESUMEN:

Nacimientos . . . . .	229
Defunciones . . . . .	201

Diferencia en favor de la población.. 28

Bogotá, Julio 10 de 1906.

El Jefe de la Sección 4ª, de Beneficencia y Salubridad.

RICARDO AMAYA ARIAS

## CUADRO de la mortalidad en Bogotá en Junio de 1906

ENFERMEDADES	HOMBRES				MUCHACHOS				MUCHASAS				MUCHACHAS				MUCHASAS			
	HOMBRES	MUCHACHOS	MUCHASAS	TOTAL	HOMBRES	MUCHACHOS	MUCHASAS	TOTAL	HOMBRES	MUCHACHOS	MUCHASAS	TOTAL	HOMBRES	MUCHACHOS	MUCHASAS	TOTAL	HOMBRES	MUCHACHOS	MUCHASAS	TOTAL
Neumonía.....	6	9	8	6	29	1	3	8	5	4	1	2	4	1	1	6	1	1	1	3
Bronconeumonía. ....	...	...	3	6	9	...	1	1	2	4	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1
Tuberculosis pulmonar.....	8	2	1	11	...	...	1	2	1	1	6	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Tuberculosis intestinal.....	1	...	...	1	...	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Atelectasia pulmonar.....	...	2	1	3	1	1	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Laringitis estridulosa.....	...	1	...	1	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Estrangulación.....	...	1	...	1	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Tos ferina.....	...	...	1	1	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Fiebre tifoidea.....	3	5	...	1	9	1	...	1	2	...	5	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Enterorragia.....	2	...	...	2	1	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Disentería.....	4	6	...	10	1	1	...	1	...	7	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Enteritis.....	2	...	3	6	11	...	1	3	1	2	3	1	3	...	...	...	...	...	...	...
Angina diftérica.....	...	1	4	5	1	1	1	1	2	2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cólera infantil.....	...	2	1	3	...	...	1	...	1	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Atrepsia.....	...	...	6	6	2	1	2	...	...	1	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Noma.....	...	...	1	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Hepatitis supurada.....	4	3	...	7	...	...	2	...	1	4	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Peritonitis.....	...	...	1	1	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cáncer del estómago.....	1	7	...	8	1	1	3	1	...	2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Lesiones cerebrales.....	3	3	...	6	1	...	...	1	1	2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Epilepsia.....	2	...	...	2	1	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Alcoholismo.....	1	1	...	2	2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Lesiones valvulares del corazón.....	8	12	...	1	21	4	2	1	1	2	8	3	...	...	...	...	...	...	...	...
Angina de pecho.....	1	...	...	1	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Flebitis umbilical.....	...	...	1	1	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Meningitis.....	1	...	2	3	...	2	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nefritis.....	1	5	1	7	1	2	...	1	1	2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Cistitis.....	...	3	...	3	1	...	...	1	...	1	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Miseria fisiológica.....	2	1	1	4	...	...	1	...	1	2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Septicemia.....	1	1	...	2	...	...	1	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Adenopatía ganglionar.....	1	...	...	1	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Mastoiditis supurada.....	1	...	...	1	1	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Fiebre puerperal.....	1	...	...	1	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Quemaduras.....	1	...	...	1	...	...	...	...	...	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Erisipela.....	...	...	1	1	1	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Heredosifilis.....	...	2	4	6	2	1	3	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Sarampión.....	...	1	1	2	...	...	...	...	1	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Asfixia de los recién nacidos.....	...	5	3	8	2	1	3	1	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Nacidos muertos.....	...	5	4	9	1	3	1	1	2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Totales.....	48	65	36	52	201	7	27	23	25	23	7	16	7	8	53	3	1	...	1	...

Bogotá, Julio 10 de 1906.

El Jefe de la Sección 4.<sup>a</sup>, de Beneficencia y Salubridad,

RICARDO AMAYA ARIAS

# Boletín meteorológico del mes de Junio de 1906

DIAS	BAROMETRO A 0°			PSICROMETRO Term. Cent. *						Direccion del viento		Cantidad de lluvia en milímetros
	Horas de observación			Horas de observación						Horas de observación		
	9 á 10 a. m.	3 á 4 p. m.	10 á 11 p. m.	9 á 10 a. m.		3 á 4 p. m.		10 á 11 p. m.		9 á 10 a. m.	3 á 4 p. m.	
	m. m.	m. m.	m. m.	°	°	°	°	°	°			
1	560,78	559,29	560,53	18,0-15,0	17,0-15,0	14,0-12,8	N-O	N-O	12,50			
2	0,78	9,53	0,63	15,0-13,6	17,0-13,4	14,0-13,0	N-O	E				
3	1,13	60,29	1,13	15,0-14,0	17,0-14,0	14,4-13,0	N-O	N-O				
4	1,38	59,19	0,78	15,5-14,2	19,0-16,0	15,0-13,8	N-E	N-O	1,75			
5	1,38	9,78	1,03	16,0-15,0	18,0-14,5	14,5-12,6	N-O	E	10,25			
6	1,13	9,29	0,63	15,0-13,0	17,0-14,0	14,0-13,0	S-E	S-E				
7	0,88	9,29	0,38	15,0-13,9	17,0-14,4	14,5-13,0	E	S-E				
8	1,13	9,78	0,63	17,0-15,0	17,0-13,0	15,0-13,0	S-E	N-O				
9	1,38	60,03	0,78	15,0-12,8	17,0-14,0	14,6-13,0	S-E	S-O				
10	1,13	59,29	1,13	16,0-14,5	18,0-15,0	14,6-13,2	S-E	S-O				
11	0,63	9,78	1,28	15,0-13,7	17,8-13,5	14,6-12,8	E	S-E				
12	1,38	9,68	1,28	15,0-13,6	19,0-14,0	15,0-13,6	S-E	S-E	12,00			
13	1,38	60,29	1,28	15,0-13,0	16,0-14,0	14,6-13,0	S-E	N-O	3,25			
14	1,13	59,68	0,38	15,0-13,3	18,0-13,4	14,0-13,0	N-E	N-E				
15	1,08	9,29	0,78	14,5-13,4	17,3-14,0	14,5-13,0	S-E	S-E				
16	1,63	9,78	1,53	14,0-13,0	17,0-13,0	14,0-12,5	S-E	S-E	3,00			
17	1,78	60,43	1,63	17,0-12,0	18,0-13,0	14,0-13,0	S-E	S-E	2,50			
18	1,73	0,88	1,23	14,0-13,0	15,0-13,0	13,0-12,5	S-E	S-E	3,50			
19	1,08	59,78	0,53	15,0-14,0	17,0-14,0	14,0-13,0	S-E	N-O				
20	1,13	9,68	1,03	16,0-14,0	17,0-14,0	14,0-13,0	S-E	N-O	2,00			
21	1,78	60,29	1,38	18,0-15,0	15,7-13,9	15,0-13,7	N-O	N-O	17,00			
22	1,48	0,38	1,13	14,0-13,0	15,0-13,0	13,5-12,6	N-O	S-E	1,00			
23	1,23	0,38	1,53	13,0-11,0	15,0-13,0	14,0-12,6	S-E	S-E	2,00			
24	1,23	0,38	1,08	14,4-12,0	16,0-13,0	14,0-13,0	S-E	S-E				
25	0,88	59,88	0,88	15,4-13,6	16,0-13,0	13,0-12,0	S-E	E				
26	0,88	60,38	1,18	17,0-15,5	16,0-13,4	13,0-12,0	S-E	S-E				
27	0,49	59,88	0,38	14,0-12,0	16,0-12,5	14,6-12,9	S-E	S-E	2,00			
28	0,88	9,63	0,38	14,2-13,0	16,6-13,2	14,2-13,0	S-E	N-E	4,00			
29	1,08	9,53	1,38	15,0-13,0	17,0-14,8	14,0-13,5	S-E	S-E	1,00			
30	1,13	9,78	1,38	14,0-13,0	16,0-14,2	13,0-12,0	N-O	O	11,00			

## RESUMEN

	9 á 10 a. m.	3 á 4 p. m.	10 á 11 p. m.	Térm. medio
	m. m.	m. m.	m. m.	m. m.
Presión barométrica mensual.....	561,17	559,85	560,97	560,46
Temperatura. {	Termómetro libre.	15°23	16°84	14°15
	Id. humedecido.	13,50	13,77	12,90
Diferencias.....	1°73	3°07	1°25	2°01
Humedad relativa.....	81%	72%	83%	78 66%

	Mañana	Tarde	
Dirección del viento. ....	Este.....	2 días	} 30 días
	Oeste.....	0 —	
	Nordeste.....	2 —	
	Noroeste.....	7 —	
	Sudeste.....	19 —	
	Sudoeste.....	0 —	
Cantidad de lluvia mensual en milímetros de altura.....			88,75
Días de lluvia en el mes.....			16

\* La columna de la izquierda marca los grados del termómetro libre, y la de la derecha los del humedecido.