

REVISTA MEDICA

DE BOGOTA

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

PUBLICACION MENSUAL

Redactores { DR. J. OLAYA LAVERDE
DR. Z. CUELLAR DURAN

Dirección telegráfica, ACADEMIA
Director Administrador, J. OLAYA LAVERDE

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

Los anunciadores europeos se dirigirán por ahora al Dr. *Olaya Laverde*—Bogotá

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

Les annonceurs européens sont priés de vouloir bien s'adresser au Dr. *Olaya Laverde*—Bogotá.

CONTENIDO

	Págs
Sección oficial —Academia Nacional de Medicina—Acta de la sesión del 1º de Junio de 1911	289
Sesión del día 1.º de Julio de 1911	298
Segundo Congreso Nacional de Medicina	301
Trabajos originales —Tricocefalosis y su tratamiento con jugo de higuerón. (Ficus Grabrata), por los doctores Miguel María Calle y Lázaro Uribe C. (de Antioquia)	303
Informe sobre el trabajo anterior, por Roberto Franco F	319
Lepra, observaciones á una conferencia del doctor Zenón Solano, por el doctor Miguel Canales, miembro de la Comisión encargada de visitar el Lazareto de Agua de Dios	317
Cirugía en Cúcuta, por el doctor Germán Reyes R., de la Facultad de Bogotá y del Instituto Colonial de París	333
Informe sobre las observaciones quirúrgicas del doctor Germán Reyes R., por Rafael Ucrós	342
Tricocefalos y balantidiums	343
Necrología, el doctor Marco A. Iriarte, P. G. M.....	346
Cuadro de la mortalidad en Bogota en el mes de Junio de 1911	348
Avisos	350

REVISTA MEDICA DE BOGOTA

Organo de la Academia Nacional de Medicina

REDACTORES

DR. J. OLAYA LAVERDE—DR. Z. CUELLAR DURAN

SECCIÓN OFICIAL



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN DEL 1.º DE JUNIO DE 1911

(Presidencia del doctor P. García Medina).

En Bogotá, á 1.º de Junio de 1911, se reunió la Academia Nacional de Medicina, con asistencia de los doctores Aparicio Abraham, Camacho Martín, García Medina Pablo, Gómez C. Antonino, Lleras Federico, Muñoz Rafael y Rojas Tiberio. Se excusaron los doctores Michelsen U., Montoya M. y Uribe.

Se leyó el acta de la sesión anterior, y fue aprobada sin modificación.

El doctor MANUEL N. LOBO pidió la palabra para hacer una exposición á la Academia sobre el estado en que se encuentra el local destinado para cárcel de detenidos. Dijo que en un reducido espacio están hacinadas más de cien personas, sin que allí se observen los preceptos más elementales de la higiene; enumeró y estudió los peligros á que están sometidos los sumariados que permanecen allí detenidos; terminó excitando á la Academia para que se dirija al Gobernador del Departamento en solicitud de que haga trasladar los presos á un local más amplio y donde puedan observarse las reglas de la higiene.

El doctor ROJAS pidió la palabra para apoyar la solicitud del doctor Lobo, con quien está de acuerdo en tan importante asunto, y propuso lo siguiente:

En vista de la exposición que acaba de hacer el señor doctor Lobo sobre las pésimas condiciones antihigiénicas en que se encuentra la Cárcel de Detenidos de esta ciudad, debidas á la situación central y á la reducida capacidad del edificio para contener un número tan crecido de individuos, viniendo á ser un peligro para la salubridad pública, alarmante en la actual epidemia de fiebre tifoidea, la Academia Nacional de Medicina solicita del Gobernador del Departamento dicte á la mayor brevedad las medidas necesarias para conducir á otro local los presos, y adaptar el local en que se halla hoy la citada Cárcel á otro servicio público. Comuníquese.

Puesta en discusión esta proposición, fue aprobada por unanimidad.

El Secretario, doctor Camacho, puso en conocimiento de la Academia que hay varias vacantes en la lista de los miembros de la Academia, los cuales son cuarenta, según la ley y los reglamentos; vacantes producidas por muerte de algunos académicos y porque otros se han retirado voluntariamente. Llamó también la atención al corto número de académicos que concurren á las sesiones, no obstante que se les cita con la debida anticipación.

El Presidente excitó á los miembros de la Academia para que asistieran con puntualidad, y les recordó la obligación que les impone el Reglamento de presentar estudios científicos relacionados con las ciencias médicas y naturales.

El doctor RAFAEL A. MUÑOZ pidió la palabra para presentar la siguiente comunicación, sobre *Un caso de oclusión intestinal por peritonitis tuberculosa adhesiva generalizada* :

El 17 de Mayo de 1911 tomó cama en el Hospital Militar el Cabo primero José María Hernández, de veinte años de edad, natural del Socorro y perteneciente al Batallón *Bolívar*.

Antecedentes hereditarios, sin importancia: la madre es artrítica; á su padre no lo conoció, y no tiene hermanos.

Antecedentes personales: ha sido perfectamente sano hasta los diez y seis años, edad en la cual entró á prestar servicio militar; fue llevado á la Costa, y allí padeció de paludismo. Hace dos años sufrió de alteraciones gastrointestinales, consistentes en vómitos y golpes de diarrea, sin causa aparente, acompañados de cólicos intestinales.

El 27 de Octubre del año pasado vino al Hospital Militar á consecuencia, justamente, de un cólico intestinal, con gran constipación y vómitos biliosos; allí duró doce días, al cabo de los cuales, después de una acertada medicación, se resta-

bleció y volvió de nuevo á su cuartel. Dice haber sufrido de catarros frecuentes y ligeros calofríos vesperales durante estos dos últimos años.

El 17 de Mayo tuvo que volver á ocupar cama en el Hospital, y entonces fue cuando tuve oportunidad de verlo y examinarlo.

Hombre joven, regular estatura, piel muy blanca, mejillas rosadas, ojos negros y de un brillo especial, piel seca, pelo negro abundante y lacio, las uñas de las manos ligeramente encorvadas; se quejaba de grandes dolores en todo el vientre, especialmente en el hipocondrio izquierdo, dolores que se presentaban con intervalos más ó menos cortos; en el momento del dolor se palpaba un plastrón á nivel del codo del colon descendente; después del dolor sobrevenía ansia y vómito bilioso y escaso; no podía defecar, y escasamente podía expeler gases; la lengua, saburral, estaba seca; había meteorismo, sin ser muy apreciable; hígado normal y bazo un poco crecido. A la palpación del vientre, en los intervalos de calma, no acusaba dolor mayor, y solamente se notaba el plastrón de que ya hablé, siendo más notorio en el momento de la crisis; á la percusión se percibía sonoridad intestinal, á excepción del punto del plastrón, donde el ruido era mate ó macizo.

El pulso batía cien pulsaciones, siendo débil y depresible; á la auscultación del corazón no se halló nada anormal.

Al examen de los pulmones se halló la vibración de las paredes torácicas un poco aumentada, pero no de una manera especial. A la percusión, submacidez en las cimas de ambos pulmones y á la auscultación, disminución del murmullo vesicular en las cimas y respiración ruda en el resto de ambos pulmones, y un poco más larga la espiración. No se hallaron ningunos otros signos estetoscópicos.

La temperatura era de $36\frac{1}{2}^{\circ}$, y tenía veintiocho respiraciones por minuto.

Se hizo el diagnóstico de una pseudooclusión intestinal. Se ordenaron lavativas purgantes con aceite de ricino, sen, etc., y con esto se consiguieron algunas deposiciones, aunque muy escasas. Se propinó un purgante por la vía bucal, y también se consiguieron algunas escasas deyecciones. Los dolores ó calambres intestinales no cedían, y en la noche del tercer día de hospital volvieron los vómitos, que se habían mitigado un poco, y la obstrucción se marcó de una manera más franca; el pulso se elevó á 120, la temperatura bajó á 35 con 3, los vómitos de biliosos se trocaron en fecaloides en la mañana del día 21 de Mayo, ó sea al cuarto de permanencia hospitalaria; el semblante era hipocrático, los ojos se hundieron y las ojeras, de una lividez cadavérica, anunciaron la cercanía de la muerte.

A las diez de la mañana se resolvió intervenir á mano armada, sin esperanzas de mayor éxito. No habiéndose podido conseguir tarros esterilizados, hubo necesidad de contentarnos con hervir compresas, campo, etc. etc. Se procedió á clorofor-

mizar al paciente, lo cual se verificó pronto y sin accidente alguno. Previa desinfección del abdomen, se practicó una incisión de veinte centímetros de longitud, que partiendo dos traveses de dedo del apéndice xifoide, y pasando por el lado izquierdo del ombligo, iba á terminar al pubis. Esta incisión comprendió la piel y el tejido celular; se procedió en seguida á incidir la línea blanca; al llegar al peritoneo parietal lo hallamos muy congestionado y lleno de adherencias con el visceral; las ansas intestinales reabombaron y se encontraban inmóviles por la cantidad de adherencias; las granulaciones intestinales eran confluentes y del tamaño de lentejas, hasta cabezas de alfiler; estábamos en presencia pues de una peritonitis adhesiva tuberculosa. Se resolvió destruir en su mayor parte esas adherencias para llegar al codo del colon descendente, que era el punto donde sospechábamos la obstrucción. Siendo excesivo el meteorismo, optamos por puncionar una ansa intestinal con aguja delgada; pero como se tardara en demasía la expulsión de los gases, y estando agotándose rápidamente el paciente, ampliamos la punción con un trócar grueso. Se dio salida á una gran cantidad de gases y materias fecales líquidas. Al malaxar los intestinos, por desgracia se salió la punta del trócar y alcanzó á derramarse en el peritoneo parte de materias fecales. Con compresas aseamos cuanto fue posible, y procedimos á suturar ese intestino con dos planos de sutura. Desprendimos otras tantas adherencias, pero la hemorragia en capa, haciéndose alarmante, nos decidió á suspender el desprendimiento de adherencias. Se procedió á cerrar la cavidad por dos planos de sutura: la primera de la aponeurosis, en *surjete*, y la piel y tejido celular con puntos separados.

Durante una hora después de la operación hubo vómitos fecaloides. Se le aplicó una inyección de suero.

Se suspendieron los vómitos, pero al segundo día aún no se presentaba deposición ni aun gases; la temperatura en este segundo día era de 37°; pulso, 130. Se repitió la inyección de suero; al tercer día hizo deposición espontáneamente, diarrea y verdosa. Temperatura, 37½; pulso, 120.

Al cuarto día continuaron las deposiciones; nueva inyección de suero, y por la vía bucal cucharaditas de té. El vómito no se volvió á repetir. Temperatura, 38; pulso, 118.

Al quinto día el estado general era satisfactorio, pero la temperatura ascendió á 40°; pulso, 120.

El sexto día se quitó el vendaje, porque se encontró mojado de un líquido serosanguinolento, muy fétido, y se halló una fistula estercoral; la temperatura bajó a 37°, y el pulso á 105. El enfermo, á pesar de su fistula, ha reaccionado y continúa haciendo sus deposiciones. Tiene mucho apetito, y solamente se le permite tomar algunos caldos. Los dolores desaparecieron por completo.

Seis días después, sin alteraciones del pulso y la temperatura, y con sus funciones digestivas correctas, la fistula se ha cerrado y la salud del paciente es plenamente satisfactoria.

En seguida el doctor LOBO pidió la palabra para manifestar que acababa de leer en uno de los números de *El Porvenir* de Cartagena, del mes de Mayo último, la relación de una epidemia que apareció en el sitio denominado *El Arenal*, y de la cual han muerto ya ocho individuos. La enfermedad está caracterizada por una fiebre muy alta, con estado general atxoadinámico grave. Hace notar que el diagnóstico de tifo malárico que de ella ha hecho el doctor Merlano, de Cartagena, no satisface, por cuanto el cuadro clínico no es completo, como porque ha faltado el examen hematológico.

El doctor GARCÍA MEDINA informó que la Junta Central de Higiene tuvo también conocimiento de esta enfermedad, que se temió en un principio pudiera ser peste bubónica, pues se decía que la fiebre estaba acompañada de tumores inflamatorios, por lo cual se dirigió á la Junta Departamental de Higiene de Bolívar en solicitud de informes; hasta hoy no se ha recibido respuesta, ni tampoco han llegado nuevas noticias respecto á esta epidemia, lo que hace juzgar que haya desaparecido ya.

A las diez de la noche se levantó la sesión.

El Presidente,

PABLO GARCÍA MEDINA

El Secretario,

M. Camacho

SESIÓN DEL DÍA 1.º DE JULIO DE 1911

(Presidencia del doctor Pablo García Medina).

Se abrió la sesión á las ocho y media de la noche, con asistencia de los académicos doctores Cuéllar Durán, Camacho, Franco, García Medina, Lleras A., Martínez P., Muñoz Rafael, Rojas y Ucrós. Se excusaron los doctores Herrera, Rueda, y Muñoz G.

Se aprobó sin observación el acta de la sesión anterior, correspondiente al día 1.º de Junio último.

Diose lectura á una nota del Secretario de la Facultad de Medicina, en que comunica que el Rector de dicha Facultad, de acuerdo con lo solicitado por la Academia, ha puesto en conocimiento de los alumnos que está abierto el concurso anatómico que ha abierto esta corporación.

Presentó el doctor POMPILIO MARTÍNEZ un trabajo de cirugía del doctor Germán Reyes, de Cúcuta, á quien presenta como candidato para miembro correspondiente de la Academia. La Presidencia pasó este trabajo al estudio del doctor Ucrós.

Se leyó una comunicación del doctor Francisco Arteaga H., con la cual remite una observación relativa á un caso de lepra tuberculosa clásica que él ha tratado por medio de inyecciones hipodérmicas de la serosidad de la sangre de un cretino; y consulta á la Academia si sería oportuno el que se continúen estos ensayos en uno de los Lazaretos, en vista de los resultados satisfactorios que él dice haber obtenido en el caso á que se refiere.

La observación del doctor Arteaga pasó al estudio del doctor Franco, para que informe.

De acuerdo con el orden de la sesión, se puso en consideración de la Academia la necesidad de reglamentar el ejercicio de la Medicina por medio de una ley, la cual era conveniente proponer al Congreso que debe reunirse en el presente mes. Se resolvió discutir este asunto en la próxima sesión, en que se esperaba que la Comisión especial nombrada anteriormente por la Academia presentaría el proyecto de ley cuya elaboración se le encomendó.

El doctor Z. CUÉLLAR DURÁN tomó la palabra para hacer la siguiente comunicación sobre *algunos casos de bocio simple y de enfermedad de Basedow*, que ha tratado:

Señores académicos:

El 16 de Junio extirpé en la Casa de Salud este tumor localizado en el lóbulo medio del cuerpo tiroides de una señora. Esta observación, que voy á relataros es interesante en algunos de sus detalles.

Enferma de cuarenta años de edad, natural de Bogotá, casada y con tres hijos. Hija única, sin nada digno de notarse en sus antecedentes hereditarios. Entre sus antecedentes personales encontramos una fiebre tifoidea y algunas gripas muy repetidas.

Estado actual. La enferma dice que desde hace algunos años ha notado del lado derecho del cuello, y al nivel del cuerpo tiroides, la existencia de una pequeña tumefacción completamente indolente. Hace tres meses empezó á sufrir fuertes dolores de cabeza, localizados en el lado derecho, sudores nocturnos muy copiosos, astenia progresiva y dolor en la tumefacción, ya mencionada, del cuerpo tiroides. Consultó para estos accidentes; se le diagnosticó angina catarral, y se

le trató en consecuencia. En vez de alguna mejoría, la enferma acusaba una agravación de sus accidentes, acompañada del crecimiento del tumor, que se hacía cada vez más doloroso. En este estado consultó nuevamente, y se le diagnosticó una adenitis del cuello. En los primeros días de Mayo la vio mi colega y amigo el doctor Emiliano Torres, quien la encontró en este estado: tumefacción muy apreciable de la región lateral derecha del cuello, que él localizó con razón, en el lóbulo lateral derecho del cuerpo tiroides; tumefacción dolorosa espontáneamente desde el principio de la enfermedad, y mucho más á la presión; de consistencia uniformemente dura, sin cambio de coloración ni de temperatura de la piel; sin adherencia de ésta al tumor. El dolor, localizado al principio en dicha tumefacción, se irradió posteriormente al lóbulo izquierdo, al oído, á la apófisis mastoide y al miembro superior del lado derecho, es decir, del mismo lado del tumor. Sin fenómenos de compresión vascular ni de los órganos respiratorios adyacentes, presentaba la enferma muy frecuentemente signos marcados de disfagia. Llamaba la atención el enflaquecimiento de la enferma, que se hizo muy notorio en los últimos quince días: la pérdida del apetito, los escalofríos fugaces pero repetidos, la elevación vespéral de la temperatura axilar, que oscilaba entre $37\frac{1}{2}^{\circ}$ y 38° , acompañado todo este cuadro de abundantes sudores nocturnos, y taquicardia constante, que llegó hasta 120 pulsaciones por minuto, con pulso pequeño y depresible. Se diagnosticó una tiroiditis aguda, y se instituyó un tratamiento apropiado. Como éste no dio resultado alguno, la enferma vino á mi consulta, y la encontré en el estado arriba mencionado, con un aumento, al decir de ella, de la tumefacción tiroidea, que era también mucho más dolorosa. Dados los antecedentes de la enferma, la temperatura vespéral, los sudores nocturnos, el malísimo estado general, pensé, con mi amigo el doctor Torres, que se trataba de una tiroiditis no aguda por lo prolongado de la enfermedad; pero comprendía al mismo tiempo que este diagnóstico no estaba de acuerdo con los signos locales, pues no había enrojecimiento, ni edema, ni adherencias de la piel. Opté por una degeneración del cuerpo tiroides derecho, que había tenido por punto de partida el pequeño coto que había observado la enferma anteriormente. Aconsejé como tratamiento la extirpación del lóbulo degenerado, que en mi concepto era la causa de todos los accidentes que aquejaban á la enferma. Aceptada la intervención, la practiqué, como queda dicho, el 16 de Junio último, siguiendo la técnica de la tiroidectomía extracapsular, sin más dificultades que las inherentes á las adherencias que presentaba el tumor con todos los órganos de la vecindad; de tal manera que perforé la tráquea al desprenderlo de esta, y hubo entonces momento de inquietud por la asfixia que ocasionó la entrada de la sangre en ese órgano, accidente que pasó rápidamente con la sutura de la herida traqueal.

Desde el día siguiente de la operación la enferma empe-

zó á mejorar: los dolores desaparecieron completamente, la fiebre empezó á ceder, el estado general á mejorar, y hoy está completamente restablecida.

El estudio detallado de esta observación se presta á algunas consideraciones que me han movido á presentároslo como de algún interés. Desde luégo la dificultad de un diagnóstico exacto de la naturaleza de la afección, pues al examen de la pieza se presenta inmediatamente la duda de que se trate de una tiroiditis, porque en ninguna parte se encontró el más pequeño vestigio de supuración, que debía existir, dado el largo tiempo de la enfermedad (tres meses). ¿Es una degeneración del cuerpo tiroides? Probablemente; pero nos es desconocida su naturaleza por falta de examen anatomopatológico. Por otra parte, es rara también esa degeneración con los signos clínicos de supuración, astenia, temperatura alta y sudores nocturnos abundantes.

Pero el punto de mayor interés es, sin duda, el brillante resultado terapéutico. Dolores, calofríos, temperatura elevada, malestar, todo ha desaparecido con la extirpación del tumor. El estado general ha mejorado notablemente, y la enferma empieza ya á engordar. De manera que la indicación de la intervención quirúrgica en este caso está plenamente justificada por resultado terapéutico.

En mi opinión todas las afecciones del cuerpo tiroides son del dominio de la cirugía; y al decir todas, coloco entre ellas la enfermedad de Basedow, sin referirme á las intervenciones paratiroides, como resección del simpático y otras, sino á las intervenciones sobre la glándula misma; y consecuente con esta manera de pensar, siempre he aconsejado esta intervención en los enfermos de Basedow. En apoyo de mis ideas completamente quirúrgicas en la enfermedad mencionada, citaré las opiniones de algunos cirujanos, emitidas en el XL Congreso de la Sociedad Alemana de Cirugía, que tuvo lugar en Berlín del 18 al 22 de Abril del presente año.

Köcher, de Berna, relator de la segunda cuestión: *Etiología y tratamiento de la enfermedad de Basedow*, se admira de que en Alemania haya menos acuerdo que en Francia, Inglaterra y América sobre el tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Basedow. El cree que el poco entusiasmo quirúrgico de los médicos alemanes en dicha enfermedad proviene, sin duda, de que los resultados operatorios de muchos cirujanos de ese país son menos buenos que en el bocio simple; pero para él la diferencia es debida á que el bocio exoftálmico se opera siempre demasiado tarde.

Garré, de Bonne, al consultar las estadísticas quirúrgicas, ha observado que el 25 por 100 de los casos de muerte operatoria en la enfermedad de Basedow son debidos á la persistencia del timo; él mismo ha tenido dos muertos en sesenta y cinco casos, debidos á esta causa. Así pues aconseja la extirpación del timo al mismo tiempo que la de la glándula tiroide. Hildebrand, de Berlín, ha operado cien casos de en-

fermedad de Basedow, con cinco muertos, debidos dos de estos á una hipertrofia del timo. Von Eiselsberg, de Viena, hace notar que la mortalidad en esa enfermedad tratada médicamente oscila entre el 12 y el 15 por 100. El ha operado setenta y un enfermos de bocio exoftálmico, de los cuales han succumbido seis por haber sido operados demasiado tarde. Kutner, de Breslau, hace una comparación de las estadísticas sobre los resultados lejanos obtenidos por los tratamientos médico y quirúrgico de la enfermedad de Basedow, y en esta comparación quedan en claro las ventajas del tratamiento quirúrgico.

Como lo véis, señores académicos, no son aventuradas mis ideas sobre el campo que se abre hoy la cirugía en el tratamiento de las enfermedades de la glándula tiroide.

En seguida el doctor ROBERTO FRANCO pidió la palabra y dio las gracias al doctor Cuéllar Durán por su muy interesante comunicación; importante sobre todo por la importancia que los cirujanos dan hoy al tratamiento de enfermedades que, como la de Basedow, habían estado fuera de los recursos de la cirugía. Hizo una exposición de los síntomas generales y locales del bocio exoftálmico, y cree que la observación del doctor Cuéllar D. es un caso de Basedow agudo de difícil diagnóstico con la tuberculosis y los abscesos del cuerpo tiroide. Hizo importantes consideraciones sobre la terapéutica médica de los basedownes: antitiroidina, electrización farádica, salicilato de soda á dosis elevadas, con el cual se ha obtenido una curación de cuatro años. Finalmente, hizo notar el tratamiento por la leche de cabra después de practicada la tiroidectomía, y relató algunos casos que ha tenido ocasión de tratar sin resultado satisfactorio.

El doctor RAFAEL UCRÓS comentó la observación del doctor Cuéllar D., que califica de muy importante para la cirugía moderna. Pero lamenta que en Bogotá no se puedan hacer todavía estudios completos y precisos de histología patológica, por lo cual las discusiones sobre casos tan interesantes como éste pierden mucho de su valor.

El doctor POMPILIO MARTÍNEZ opina que la observación del doctor Cuéllar es de un caso de enfermedad de Basedow secundaria, y hace favorables comentarios al tratamiento quirúrgico de esta enfermedad.

El doctor POMPILIO MARTÍNEZ continuó en el uso de la palabra para hacer á la Academia una *Comunicación sobre varios casos de aneurisma de la aorta*, uno de

ellos de la aorta abdominal, que trató por la ligadura de la arteria en su servicio de clínica quirúrgica en el Hospital de San Juan de Dios de esta ciudad (1). Después de relatar cuidadosamente los casos á que se refiere esta comunicación, y de hacer de ellos un análisis é importantes consideraciones clínicas, comenta el trabajo del Profesor Tillaux, sobre las trece observaciones de aneurisma de la aorta abdominal en que ha ligado la arteria, únicos que existían en la literatura médica hasta el año de 1901, y á las cuales hay que agregar la que ha sido relatada en esta comunicación.

El doctor CUÉLLAR DURÁN felicita al doctor Martínez por sus notables observaciones, y relata un caso de aneurisma de la aorta torácica que tuvo ocasión de tratar hace algún tiempo. Llama la atención de la Academia sobre la etiología de estos aneurismas y su frecuencia en Bogotá, y pregunta si solamente la sífilis debe invocarse como causa eficiente, ó si hay otras causas que no se han estudiado suficientemente hasta hoy.

El doctor GÓMEZ CALVO refiere una observación de un aneurisma de la aorta, tipo recurrente, tratado por el yoduro de potasio á dosis elevadas, con resultado favorable. Cree, como el doctor Cuéllar Durán, que hay que buscar fuera de la sífilis otras causas.

El doctor UCRÓS cita el caso de un aneurisma de la ilíaca primitiva en que ligó la aorta. Llama la atención hacia el peligro de la ligadura demasiado baja por encima de las emulgentes, que trae consigo la muerte por anuria, y aconseja ligar siempre por debajo de la mesentérica superior.

El doctor T. ROJAS dijo :

Bien quisiera que este punto fuese detenidamente tratado en una nueva sesión, pues es bastante interesante, especialmente en lo relacionado con sus causas, evolución y frecuencia en esta altiplanicie.

Hemos tenido ocasión de observar que los aneurismas son más frecuentes que lo que se cree, y que con un poco de atención son el factor principal de muchas afecciones que á la ligera nos son impresionados por distintas enfermedades, siendo su causa principal el aneurisma. Nos preguntaba el distinguido colega doctor Cuéllar Durán qué otras causas podrían

(1) Esta importante comunicación se publicó en el número de la *Revista Médica* correspondiente á los meses de Septiembre y Octubre.

apuntarse, además de la sífilis que traen los autores clásicos; yo he tenido ocasión de observar que esta última guerra dio origen al desarrollo de aneurismas por las grandes emociones que se tienen en la campaña y por las fatigas á que están sometidos los militares. Otra causa que me dan los enfermos que he tenido ocasión de tratar es la ocasionada por el oficio de la arriería; probablemente en este caso influyen las marchas forzadas y los esfuerzos que tienen que hacer para levantar cuerpos pesados encima de las bestias, ocasionando en algunos casos traumatismos en las regiones abdominal y torácica.

Entre los varios casos de aneurismas que he tenido ocasión de observar merece especial consideración uno que por su sintomatología difusa dio lugar á un error de diagnóstico, el cual caso tengo el honor de comunicarlo á esta ilustre Academia, pues es de bastante enseñanza.

Se trata de un individuo de cuarenta años, temperamento linfático, de constitución débil, casado y de oficio militar en sus primeros años y después arriador de mulas. Data su lesión de siete años, que le principió por dolores en la región renal del lado izquierdo, pérdida de fuerzas, color pálido y fenómenos dispépticos. Hace un año se presentó á mi consulta quejándose de un dolor en la región renal izquierda y que á veces se le extendía á la pierna del mismo lado. No se encontraba ni edema, ni macidez, ni abultamiento, y el riñón, explorado, no estaba abultado de volumen; apirético, fue tratado por varios colegas, y últimamente fui llamado en consulta: lo encontramos enflaquecido, muy pálido, tinte terroso, lengua seca, pulso regular, 80 pulsaciones, buena tensión, y se quejaba de un dolor en la región renal izquierda, extendiéndose ese dolor en la región abdominal en el trayecto del colon descendente; á la inspección, una tumefacción que abarcaba todo el flanco izquierdo hacia adelante y hacia atrás; á la palpación, una renitencia y la sensación de un contenido semifluido muy sensible á la presión y sin edema en la pared; no existió ni letantamiento ni pulsaciones, ni se percibió soplo. Dado el aspecto, su localización y la sensación al tacto, pensamos, en asocio de otros colegas, en una hidronefrosis, aunque no había disminución en la cantidad de orina eliminada, pensando que por compensación el riñón sano supliría la falta del riñón supuesto enfermo.

De común acuerdo resolvimos intervenir, previa anestesia con el cloroformo y en la posición acostumbrada en estos casos; se hizo una incisión hacia atrás, y una vez abierta esta región renal, encontramos una gran cantidad de coágulos ya organizados unos y otros resistentes; explorando hacia arriba y hacia abajo, no se encontró el riñón: nos limitamos á evacuar un poco de coágulos y á llenar de gasa esa cavidad. Detalle importante: no hubo grande hemorragia. Las curaciones fueron hechas todos los días, y el enfermo, en apariencia, tuvo alguna mejoría en su estado general, disminuyendo notablemente los dolores. Un mes después, en momentos en que se

iba á curar, fue encontrado nuestro enfermo en estado sincopal, el cual le duró cuarenta y ocho horas, al fin de las cuales murió. Se le hizo la autopsia en compañía de mi excelente amigo el joven Fernando Troconis, quien nos había ayudado á la intervención quirúrgica. Encontrámos un aneurisma de la aorta abdominal, que se extendía de debajo del diafragma hasta un poco por encima de su bifurcación; á este nivel los cuerpos de las vértebras dorsales séptima, octava y novena, estaban gastados; grandes coágulos bañaban el peritoneo, y estaban en comunicación con la bolsa que habíamos abierto. Había también coágulos organizados análogos á los que habíamos encontrado en el momento de la operación, explicándonos de esta manera la muerte rápida por hemorragia interna.

El Presidente informó que con motivo de la celebración del primer Centenario de la Independencia de Venezuela había dirigido hoy á Caracas los siguientes telegramas, en nombre de la Academia:

Bogotá Julio 1º de 1911

Presidente primer Congreso Médico venezolano—Caracas

Academia de Medicina de Colombia envía fraternal saludo y felicitación al ilustre Cuerpo Médico de Venezuela por feliz reunión Congreso de Medicina en días de gloriosos recuerdos para naciones hermanas.

Servidor, *Pablo García Medina.*

Bogotá, Julio 1.º de 1911

Señor Presidente de la Academia de Medicina—Caracas.

En los días en que se celebra glorioso Centenario Independencia de Venezuela, la Academia de Medicina de Colombia, haciendo votos por prosperidad de la nación hermana, saluda y felicita á esa ilustre Academia y al Cuerpo Médico que dignamente representa.

Servidor, *Pablo García Medina*

No habiendo otro asunto de qué tratar, se levantó la sesión á las once de la noche.

El Presidente,

P. GARCÍA MEDINA

El Secretario,

M. Camacho

SEGUNDO CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA

La Junta organizadora de este Congreso, que tendrá lugar en Medellín, ha resuelto que se verifique el 15 del mes de Diciembre de 1912, en vez del 20 de Julio del mismo año, como se había anunciado. Esta resolución se ha tomado de acuerdo con la opinión de los miembros del Cuerpo Médico de Medellín, por ser aquel tiempo el mejor en esa ciudad y porque es casi seguro que la reunión del Congreso coincida con la inauguración del ferrocarril de Antioquia, que llegará á Medellín entonces. Por otra parte, se ha atendido á los deseos de muchos médicos de fuera de Bogotá que han manifestado la conveniencia de que sea mayor el tiempo de que pueden disponer para preparar sus trabajos, muchos de los cuales versarán sobre temas importantes de medicina nacional que demandan algunos meses más de labor y de observaciones.

Atenta la Junta organizadora del Congreso á complacer á todos los profesores que van á inscribirse, y deseosa de que estos profesores cooperen con sus luces y con su valioso apoyo moral á la realización de este proyecto, no ha vacilado en adoptar esta determinación, que asegura el buen éxito del Congreso.

Publicamos á continuación la importante nota en que el Presidente de la Academia de Medicina de Medellín da cuenta de que esta corporación ha acogido con entusiasmo el proyecto de la reunión de este Congreso en la capital del Departamento de Antioquia, y que ofrece el apoyo decidido de su importante colaboración.

Suplicamos á todos los miembros del Cuerpo Médico de Colombia que colaboren en este proyecto y preparen sus trabajos, á fin de que, en vista del resultado que se espera, pueda pronto reunirse el tercer Congreso Médico en otra de las capitales importantes de los Departamentos. Por demás está encarecer la importancia y trascendencia de estas reuniones científicas que habrán de influir poderosamente en nuestro progreso.

*República de Colombia—Academia de Medicina de Medellín.
Presidencia—Medellín, 1.º de Septiembre de 1911.*

Señores miembros de la Junta organizadora del segundo Congreso Médico Nacional Bogotá.

Desde hace algún tiempo recibí la muy atenta nota de ustedes fechada en esa ciudad el 29 de Junio del presente año,

la cual no había contestado antes porque debía hacerla conocer de los miembros de la Academia, como en efecto se hizo en la última sesión. Y por cierto que ha sido acogida con verdadero entusiasmo. Bien comprende la docta corporación con cuya Presidencia me honro, el sentimiento patriótico que aquélla encarna. Bien sabe el beneficio inmenso que reciben las ciencias médicas y naturales con la reunión del segundo Congreso Médico Nacional, y el que recibe el país en general. Es indudable que muchos puntos de patología y de higiene regionales aún poco conocidos, serán estudiados debidamente y se traducirán en medidas prácticas, que han de redundar en bien de nuestra riqueza, de las relaciones internacionales, del positivo progreso de la Patria, en síntesis.

Por lo demás, Medellín agradecerá, seguramente, en lo que vale, la atención que se ha tenido para con ella de designarla como el lugar en donde ha de reunirse el Congreso; y por mi conducto esta Academia se complace en enviar á ustedes muy especialmente, y á todos los médicos de la capital en general, expresiones de sincero agradecimiento, junto con la promesa de decidido apoyo por parte de mis colegas de la ciudad y del Departamento, y de la sociedad toda.

La Academia de Medicina ha tenido á bien, en su última sesión, nombrar una Comisión compuesta de los señores doctores José Vicente Maldonado, Jorge Tobón y Francisco Arango, para que en lo sucesivo se entiendan directamente con ustedes en todo lo relacionado con el Congreso.

Con gusto me suscribo de ustedes atento y seguro servidor,

J. B. MONTOYA Y FLÓREZ

TRABAJOS ORIGINALES

TRICOCEFALOSIS Y SU TRATAMIENTO

CON JUGO DE HIGUERON (FICUS GLABRATA)

POR LOS DOCTORES MIGUEL MARIA CALLE Y LAZARO URIBE C. (DE ANTIOQUIA).

A menos que el médico esté familiarizado con el aspecto de los huevos de tricocéfalo en las deyecciones, de manera que pueda distinguirlos de los de las ascárides, del anquilóstomo y de los otros parásitos intestinales, la presencia del tricocéfalo no tiene interés práctico alguno. Hasta donde puede saberse, este parásito no produce lesión patológica seria, y felizmente sucede así, porque hasta ahora no ha podido encontrarse un procedimiento eficaz para expulsarlo con ayuda de los antihelmínticos (Sir Patrick Manson, *Maladies des Pays chauds*, 1908).

Tricocéfalo—Es un gusanito de tres á cuatro centímetros de longitud, cuya extremidad posterior es inflada. Se sitúa habitualmente en el ciego, y su presencia no se revela por ningún síntoma exterior (G. Dieulafoy, *Manuel de Pathologie Interne*, 1908).

La lectura de los conceptos anteriores, que son más que autorizados, nos ha sugerido la idea de publicar el resultado de nuestras observaciones personales acerca de una enfermedad que hasta ahora, que sepamos, no ha sido estudiada entre nosotros, ó al menos nada se ha publicado referente á ella; porque si bien es cierto que los que se han ocupado en el estudio de la anemia tropical hablan del tricocéfalo como compañero de la uncinaria, ninguno ha descrito los fenómenos á que puede dar origen aquel parásito como huésped único del intestino. Los datos que hoy publicamos son aún deficientes, porque nuestro estudio data de relativo poco tiempo; pero tenemos ya un número de observaciones bastantes á probar que es esta una cuestión que merece estudiarse con cuidado, y que al lado de la anemia tropical, que por suerte va siendo conocida, debemos dar puesto muy importante á la tricocefalíasis como entidad definida en nuestra patología regional. Hemos llegado á convencernos plenamente de que el tricocéfalo no es inofensivo, como lo dicen los autores antes citados, sino que, por el contrario, crea, especialmente en los niños, un estado grave que las más de las veces se confunde con la uncinariasis, de la cual no puede diferenciarse sino con el microscopio. Este estado es tanto más serio, y el diagnóstico preciso

es tanto más necesario, cuanto que aunque se aplique el tratamiento clásico de la última enfermedad, resulta insuficiente ó casi siempre ineficaz. Como tenemos persuasión de haber hallado la sustancia que expulsa siempre el parásito de que venimos tratando, creemos que la lectura de estas líneas lleve un conocimiento útil que quizás, sea base de posteriores é importantes estudios.

AGENTE PATÓGENO

El agente patógeno de la tricocéfaliasis es un nemátodo conocido con los nombres de tricocéfalo, *ascaris trichiura*, *tricocephalus trichiurus*, *tricocephalus hominis* y *T. dispar* (Manson). Este gusano tiene un cuerpo enrollado en espiral en el macho, y ligeramente encorvado en la hembra; ambos tienen un prolongamiento cefálico en forma de un cabello blanco, de donde viene el nombre (cabeza de cabello); mide en su totalidad hasta cinco centímetros de longitud; habita ordinariamente el ciego, el colon, y á veces el apéndice, en donde podría causar apendicitis (Metchnicoff). Esta opinión es puesta en duda por Loeper (1), quien dice no haber encontrado el tricocéfalo sino dos veces en el examen de sesenta apélices enfermos, y agrega que para producir la apendicitis bastan los microbios comunes del intestino. Los huevos de este parásito son quizás los más característicos en el examen microscópico de las materias fecales: son elípticos, miden de cuarenta á cincuenta micrones, y en cada una de sus extremidades tienen un inflamamiento brillante. Los autores los comparan á un limón, pero se nos parecen más á una semilla de biguereta, que en lugar de una sola extremidad inflada tuviese las dos. Para descubrirlos en el campo microscópico basta un aumento de doscientos cincuenta diámetros; ordinariamente los observamos con trescientos sesenta, lo que permite apreciar mejor los detalles. Una hembra puede poner, según Lynch, citado por Loeper, hasta cuatrocientos mil huevos, y éstos, ingeridos con el agua, se desarrollan en los intestinos. El mismo autor ha encontrado huevos de tricocéfalo treinta y siete veces en ciento cincuenta y seis exámenes de niños pobres y mal cuidados, mientras que sólo los ha encontrado una vez en el examen de setenta y dos niños bien alimentados y aseados. Nosotros los hemos hallado frecuentemente tanto en los niños pobres como en los acomodados, pero sí es muy natural que el parásito abunde más entre las gentes descuidadas que entre nosotros; no siempre son las más pobres. El número de tricocéfalos puede ser enorme en un mismo individuo; hemos podido observar más de doscientos en una sola deposición; una niña que padecía de una diarrea crónica serosa expulsó en un día trescientos, y casos hemos tenido que, con tratamientos repetidos,

(1) Loeper, en la obra de Debove, Achard et Castaigne, *Maladies du tube digestif*. Tomo II.

los parásitos se han contado en mayores números ; es esta la razón por la cual nos parece más extraño que se crea que son completamente inofensivos, debiendo vivir á expensas del individuo que los lleva consigo.

SÍNTOMAS

Hemos podido observar la enfermedad de preferencia en los niños, y es en ellos en quienes hemos anotado las principales manifestaciones, porque aunque hemos hallado repetidas veces el parásito en adultos, casi siempre ha estado asociado al necator, y nos es difícil separar lo que corresponda al uno y al otro, siendo tan semejantes las manifestaciones patológicas á que ambos dan origen. En los niños lo hemos encontrado solo unas veces, y otras en compañía de las ascárides, á las cuales no creemos que puedan atribuírseles los síntomas observados como á únicos responsables, para que subsistiera la teoría de la inocuidad del tricocefalo.

Los niños atacados de tricocefalosis empiezan por sufrir perturbaciones digestivas más ó menos tenaces, duraderas y frecuentes, y son muy comunes en ellos las perversiones del apetito : con mucha frecuencia son geófagos ; enflaquecen con rapidez, el cuello se adelgaza, y los músculos se marcan en forma de cuerdas tensas que van de la cabeza á la parte superior del tórax ; el vientre se dilata, y en algunos casos hemos notado edemas de los pies, la cara y el prepucio, aun en niños bien alimentados, y en los cuales no se encuentra nada de la miseria fisiológica que caracteriza á los niños mal nutridos de nuestros centros mineros y agrícolas. Los dolores en la región periumbilical son muy constantes, y revisten á veces los caracteres de un verdadero cólico intestinal, con contractura de los intestinos, enfriamiento de las extremidades y estado sincopal ; las diarreas son comunes y rebeldes, y ordinariamente afectan la forma de una diarrea crónica disenteriforme. En poco tiempo los niños toman un tinte pálido amarillento, los pómulos se hacen salientes, se marcan ojeras muy notables, son irascibles y viven tristes. El cindromo tricocefaliásico es, en resumen, muy semejante al uncinariásico, del cual, como antes dijimos, no puede diferenciarse claramente sino por el examen coprológico.

No debe pensarse en encontrar siempre el cuadro sintomático que dejamos descrito con todos sus caracteres. Veces hay en que sólo existe una diarrea disenteriforme ó serosa, rebelde á todo tratamiento, y sin ninguna otra manifestación. Son casos estos en que hay que tener bastante práctica en el conocimiento de la enfermedad, para formular un diagnóstico clínico que debe ser comprobado con el microscopio, y á falta de éste, con el tratamiento específico de que hablaremos en seguida.

TRATAMIENTO

Según vimos antes, en el párrafo tomado de Sir Patrick Manson, no se conoce ningún antihelmíntico eficaz contra el tricocéfaló; otros autores recomiendan el timol, como en los casos de anquilostomiasis, pero nosotros hemos llegado á convencernos de que este medicamento dista mucho de tener sobre el tricocéfaló la misma poderosa acción que tiene sobre el anquilóstomo y la tenia; verdad es que los enfermos sometidos al tratamiento con el timol expulsan en veces algunos tricocéfalos, pero en cantidad mínima, y esto quizás sea debido á que el moco en que habitualmente está envuelto el parásito impide la acción del timol, y tal vez suceda también que como este medicamento se amolda al sello en que se propina y se envuelve en moco durante su paso par el intestino, cuando llega al ciego ya no se pone en contacto directo con el gusano, y por consiguiente no lo afecta. Hemos observado especialmente á un muchacho en quien por el examen microscópico de las materias fecales descubrimos anquilóstomos y gran cantidad de tricocéfalos. Le propinámos cuatro gramos de timol, y expulsó más ó menos un centenar de uncinarias y dos parásitos extraños que aún no hemos clasificado, pero ni un solo tricocéfaló; repetimos el tratamiento cinco días después, y dio por resultado la expulsión de diez uncinarias; de manera que en este enfermo el timol ha sido completamente incapaz contra el tricocéfaló. Esto nos ha hecho pensar en que muchos enfermos á quienes se propina el timol y expulsan cantidades fabulosas de anquilóstomos, no se restablecen, como otros, pronta y completamente, porque se deshacen de uno de los huéspedes, pero continúan siendo víctimas del otro.

Cuando en 1887 publicó el doctor Posada Arango su importante y luminoso artículo sobre el tuntún, emitió la idea de que entre nosotros quizás podría usarse para combatir dicha enfermedad el jugo de alguno de nuestros *ficus*, como el que lleva el nombre vulgar de *higuerón*, del mismo modo que lo hacían en ese entonces en el Brasil con el *ficus dolearia*. Acogida por nosotros dicha idea al cabo de veinte años, como lo hizo también el doctor Emilio Robledo en Manizales, venimos usando el mencionado jugo desde hace bastante tiempo para combatir la uncinariasis de los niños, por ser en ellos el timol de uso muy difícil, y siempre hemos obtenido muy buenos resultados. Sucedió que en alguna ocasión (Marzo de 1910) uno de nosotros indicó el dicho jugo á un niño á quien juzgó anquilostomiásico. El niño tomó doce gramos del medicamento, y dos horas más tarde un poco de aceite de ricino. En las deposiciones se hallaron unos pocos anquilóstomos y gran cantidad de tricocéfalos; una semana después se repitió la medicación, y aparecieron tricocéfalos únicamente. Nos llamó la atención el caso, y desde entonces nos dimos á la tarea de observar con mayor cuidado, hasta convencernos de que el jugo de higuerón tiene una acción que bien pudiéramos llamar específica contra

el tricocéfalo. En estos últimos meses hemos tratado más de un centenar de enfermos, sin que el remedio haya fallado una sola vez, de modo que hemos podido recoger gran número de parásitos, de los cuales hemos enviado gran cantidad al doctor Gabriel Toro Villa, profesor de Zoología y Parasitología en la Facultad de Medellín, quien actualmente se ocupa en este mismo estudio, y quien ha podido comprobar en su clientela la eficacia de nuestro tratamiento.

El higuerón es un árbol corpulento conocido científicamente con el nombre de *figus glabrata*, de la familia de las urticáceas, de tronco recto y elevado, de hojas alternas, elípticas y coriáceas; el fruto es en su interior semejante al de la higuera, pero esférico y más pequeño; las flores están colocadas dentro del fruto. Cuando se hiende la corteza de este árbol ó se arranca una hoja, sale inmediatamente un jugo lechoso, perfectamente fluído, de sabor un poco estíptico y que, aunque se agria, puede conservarse por algunos días sin que pierda sus propiedades medicinales.

Hemos usado con tan buenos resultados como el del anterior el jugo del *lechudo*, árbol de los climas templados y cálidos, más corpulento que el higuerón, de tronco irregular y que se divide en troncos secundarios á poca altura del suelo; sus hojas son más pequeñas y delgadas; el fruto, que tiene la particularidad de nacer siempre en la axila de las hojas, es esférico y más pequeño que el del anterior. Pertenece también á la familia de las urticáceas, es más abundante en nuestros bosques y da mayor cantidad de jugo.

Para propinar el remedio aconsejamos que el enfermo tome la víspera alimentos que dejen poco residuo y que por la tarde tome un purgante de magnesia ó crémor. Para un niño de un año prescribimos 10 gramos de jugo en un poco de jarabe ó de agua azucarada; 15 gramos para niños de dos á cuatro años; 20 gramos, de cinco á ocho; 25, de nueve á doce; 30, de trece á diez y ocho, y de 40 á 50 para los adultos. Ordinariamente el jugo produce efecto de purgante al cabo de dos horas, más ó menos; pero acostumbramos propinar una dosis de aceite de castor, para activar la acción del medicamento. La expulsión de los parásitos puede durar hasta el día siguiente, pero casi nunca es suficiente una dosis, y por eso debe repetirse la medicación con intervalos de tres ó más días, hasta no encontrar gusanos en las deyecciones. El tratamiento debe completarse como en el caso de anemia tropical, con hierro y arsénico orgánico.

Sólo hemos observado, como accidente producido por el medicamento, una urticaria pasajera, en tres ó cuatro casos; y cuando los intestinos están recargados de materias fecales ó cuando hay ascárides que se agrupan para ser expulsadas, sobrevienen dolores intestinales que cesan con las primeras deposiciones. Hasta la fecha no hemos observado ningún fenómeno inquietante, y los niños no se resienten lo más mínimo del tratamiento.

En nuestro concepto el jugo de higuerón es un medicamento que habrá de prestarnos reales servicios, especialmente en la medicina infantil, pues hemos comprobado su eficacia no sólo sobre el tricocéfalo, sino sobre todos los otros parásitos intestinales (tenia, ascárides, uncinaria y oxiuros vermiculares). Hemos hallado también en el examen de las deyecciones larvas de moscas en los casos de miacis intestinal.

Nuestros campesinos, que son los que más sufren con las afecciones parasitarias de sus hijos, deberían tener en sus huertos, al lado del limonero, del naranjo y de los otros árboles que pudiéramos llamar familiares, un higuerón ó un lechudo, y periódicamente propinar á sus hijos un poco del jugo que producen, y así, estamos seguros, se evitarían muchas enfermedades y muchas muertes producidas por los gusanos intestinales.

Confiamos en que estudios y análisis posteriores nos permitirán extraer un principio activo que facilite el uso de este precioso medicamento y que sea transportable á los lugares en donde no se produce el árbol.

A continuación relatamos sucintamente algunas de nuestras más interesantes observaciones, que podrán ser útiles á los colegas que quieran poner en práctica nuestro estudio.

OBSERVACIÓN I

Primer enfermo tratado con jugo de higuerón.

Niño de diez y ocho meses, de familia acomodada y cuyos hermanos han sido muy sanos. Creció sano y robusto hasta los ocho meses, más ó menos, época en que se presentaron las primeras diarreas, y el niño empezó á palidecer. Los padres no se habían preocupado gran cosa, atribuyéndolo todo á fenómenos de dentición, hasta un día en que lo sorprendieron comiendo tierra, y pudieron convencerse de que esto era ya un hábito inveterado, á juzgar por el afán con que trataba de hacerlo cada vez que se le dejaba solo en el suelo. Por propia cuenta aplicaron vermífugos y distintos remedios de comadres, hasta un día en que lo vio uno de nosotros y anunció al padre el peligro que corría su hijo, puesto que ya se notaban claramente edemas de los pies y de la cara, con palidez extrema de los tegumentos y completa decoloración de las conjuntivas. Por el aspecto se hizo el diagnóstico de uncinariasis, y se prescribieron dos cucharaditas de leche de higuerón en un poco de arabe, después de una dieta láctea de un día. Dos horas después de propiado el remedio tomó el enfermito 20 gramos de aceite de ricino. Examinadas cuidadosamente las deposiciones, se hallaron unas pocas uncinarias y muchos tricocéfalos. A la semana siguiente se practicó nuevo tratamiento, en la misma forma, y en esta vez se hallaron solamente tricocéfalos.

Poco más tarde el niño tenía mejor color, las diarreas habían cesado, dejó de comer tierra, se le veía contento, y ha

biéndose desinfiltrado adquirió una robustez real, pues antes la familia tomaba el abotagamiento por *gordura*, y el crecimiento y desarrollo fueron normales en adelante.

Lo más interesante de esta observación es el habernos servido de base para los trabajos posteriores y haber despertado en nosotros la idea de que la tricocefalosis debía estudiarse como entidad nosológica independiente de la uncinariasis.

II

Niña de diez y ocho meses, de familia rica y cuidadosa, que contrastaba desagradablemente con sus dos hermanos mayores, dos niños rubicos y rozagantes, que más que de estos climas parecen haber crecido en un campo frío y sano.

Esta niña estuvo sana hasta los diez meses, cuando sufrió una colerina, y desde entonces enflaqueció, se puso pálida, y con mucha frecuencia tenía vómitos y diarreas que la llevaron á un estado atréptico lamentable, de manera que á los diez y ocho meses apenas se arrastraba por el suelo. Habiendo sido infructuosa toda medicación, y teniendo presente el caso anterior, resolvimos hacer un tratamiento de prueba con la leche de higuérón, no pudiendo hacer el examen coprológico, por no tener microscopio en esa época. 12 gramos del remedio dieron por resultado la expulsión de gran número de tricocéfalos, exclusivamente. Este mismo tratamiento se repitió por tres veces, y en todas ellas aparecieron los mismos parásitos. Un poco de jarabe glicerofosfatado fue suficiente para reponer totalmente la niña en menos de dos meses, al cabo de los cuales caminaba ya; todos los fenómenos gastro-intestinales habían cesado, inclusive una polifagia, que era uno de los síntomas más notables, y á la cual atribuíamos las perturbaciones digestivas que se sucedían á intervalos. Hoy, después de un año, la niña está completamente bien, y en el transcurso de este tiempo no hemos tenido que prestarle servicios que antes nos eran solicitados con suma frecuencia.

III

Niña de cinco años y medio. Cuando tenía tres años y medio sufrió de una diarrea disenteriforme, que se hizo crónica, y duró tres meses, á pesar de una medicación sostenida y de una temporada de campo. Aunque cesó la diarrea, la niña continuó pálida, enflaquecida, triste, y se detuvo en el crecimiento hasta la edad de cinco años, época en la cual se repitió la diarrea en la misma forma de la primera. Se prescribió el tratamiento con jugo de higuérón por tres veces, con el cual expulsó gran número de tricocéfalos, y hoy está perfectamente restablecida.

IV

Niño de cinco años, pálido, delgado y con aspecto profundamente enfermizo. Sufrió desde hacía tres años una diarrea mucomembranosa sanguinolenta. Se ordenó darle 15

gramos de leche de higuerón y un poco de aceite de castor, pasadas dos horas. No había transcurrido una hora cuando el niño expulsó un *rollo* de tricocéfalos entrelazados los unos con los otros, y cuyo número no bajaría de doscientos. En las deposiciones que hizo durante el día no se hallaron parásitos, como tampoco en las provocadas por un nuevo tratamiento que se hizo una semana después. La diarrea desapareció, y el niño se curó radicalmente.

V

Niña de cuatro años, muy robusta aunque de color un poco pálido. Sufrió permanentemente una diarrea serosa, no muy abundante, que á pesar de la larga duración no alteraba gran cosa el estado general. Esta niña empezó á sufrir perturbaciones digestivas desde la edad de diez meses, lo que fue atribuido á las grandes cantidades de leche que la niñera le daba á intervalos muy cortos; tenía afición notable por la tierra, meteorismos nocturnos, fermentaciones intestinales, urticaria frecuente, forúnculos repetidos, y en una época se presentaron abscesos subcutáneos múltiples, que duraron mucho tiempo, y que terminaban siempre con abundante supuración. Todos estos fenómenos fueron desapareciendo, pero á pesar de tener una hermosa apariencia, persistía la diarrea, á veces con lienteria. Hecho el examen coprológico se hallaron huevos de tricocéfalo y otros corpúsculos elípticos y llenos de granos en su interior, muy semejantes á los huevos de *fasciolopsis buski*, que conocemos solamente en los grabados de las obras de parasitología. Practicado el tratamiento con 20 gramos de leche de higuerón, se recogieron en los dos días siguientes trescientos tricocéfalos. No pudimos cerciorarnos de sí había ó nó otros parásitos, porque nos fue imposible hacer personalmente el examen de las deyecciones. La niña curó de la diarrea, y ha continuado en perfecta salud.

VI

Muchacho de diez y ocho años, anémico en sumo grado, con todo el aspecto de los uncinariásicos. El examen microscópico de las materias fecales reveló la presencia de uncinarias y tricocéfalos. Escogimos este caso para apreciar el efecto del timol sobre el último parásito, y al efecto lo sometimos al tratamiento clásico de la uncinariasis, dándole 4 gramos de timol después de un purgante de calomel y jalapa. El resultado fue la expulsión de cien uncinarias, pero ni un solo tricocéfalo. Repetido el tratamiento á la semana siguiente, produjo la expulsión de diez uncinarias, y el mismo resultado negativo respecto al tricocéfalo. Deseando saber si el principio activo del higuerón estaba en la corteza, le dimos un cocimiento concentrado seguido de 60 gramos de aceite de castor, pero con esto nada logramos; fue preciso propinar el latex, como lo hacemos de costumbre, y sólo entonces aparecieron los parásitos buscados, en gran cantidad. Un tratamiento más bastó para terminar la curación.

VII

Mujer casada, de treinta años, con varios hijos, y muy pobre. Presentaba todos los signos de una anemia tropical avanzada, especialmente grandes fatigas respiratorias y estomacales, dolores intestinales, meteorismo, acedia y diarrea con frecuencia. Se le indicó que tomara cuatro cucharadas de leche de higuerón, y el purgante aceitoso. Se le enseñó á lavar las deposiciones, y á reconocer los parásitos, para que los trajera á la próxima consulta, á la cual vino después de algunos días trayendo un frasco con uncinarias, tricocéfalos y una tenia. Repitió el tratamiento dos veces, y así cesaron todas sus dolencias. Como se ve por esta observación, hemos tenido fundamento para decir que el remedio obra sobre todos los parásitos intestinales, pues debe saberse que la mayor parte de los enfermos tratados han arrojado numerosas ascáridas, las cuales salen partidas ó laceradas.

VIII

Muchacho de veinte años, perteneciente á una familia que fue verdaderamente azotada por la anemia, debido sin duda al clima que habitaba y á los trabajos en que se ocupaba. Todos los de la casa sufrieron el tratamiento con el timol, y sólo uno continuó enfermo, de modo que fue necesario tratarlo en cuatro veces, sin que por esto se obtuviese mejoría, no obstante la expulsión de numerosos anquilóstomos. Examinadas las materias fecales se hallaron huevos de tricocéfalo en abundancia, y se le indicó, en consecuencia, nuestro tratamiento, habiendo obtenido con él lo que hasta entonces había sido perfectamente imposible. Hoy el muchacho trabaja activamente, y dice no sentir nada de sus antiguos males.

El doctor Brumpt dice que el único remedio relativamente eficaz contra el tricocéfalo es el timol, pero agrega que ha visto un caso en que 9 gramos de este medicamento, propinados por la vía bucal, en tres días, no han producido resultado favorable.

Por nuestra parte estamos convencidos de que el timol es insuficiente, y de que el único agente verdaderamente eficaz de los conocidos hasta hoy es el que hemos recomendado en las páginas precedente (1).

Titiribí (Antioquia), Abril de 1911.

(1) Después de escrito este trabajo recibimos la obra de Parasitología, escrita en París el año pasado por el doctor E. Brumpt. Este autor le concede verdadera importancia al tricocéfalo y le hace desempeñar papel muy principal en la génesis de varias enfermedades, como la anemia grave, la fiebre tifoidea, la disentería, el cólera y la apendicitis. En apoyo de estas opiniones cita numerosos autores, entre los cuales figuran Francisco Cima, Roeder y Wagler, Guiart, Erni, Blanchard y otros.

INFORME SOBRE EL TRABAJO ANTERIOR

Señores Académicos :

Los doctores Miguel María Calle y Lázaro Uribe (1), nos envían de Titiribí un estudio fechado en Abril del presente año, y que lleva por título *Tricocefalosis y su tratamiento con jugo de higuerón (Ficus glabrata)*.

Dividen los autores su trabajo en cuatro partes :

1.º Un preámbulo en que citan las opiniones de Sir Patrick Manson y de Dielafoy, quienes consideran el tricocéfalo como poco menos que inofensivo, y en que ellos miran como entidad aparte el conjunto sintomático producido por este nemátodo, y le dan el nombre de *tricocefalosis*.

2.º Descripción somera del parásito y su número en el organismo, de sus huevos y modo de reconocerlos en las deposiciones para revelar su presencia.

3.º El síndrome que juzgan característico de la enfermedad; y

4.º El tratamiento que han empleado con éxito para expulsar el tricocéfalo, que es al mismo tiempo excelente vermífugo para los otros parásitos.

Traen los autores ocho observaciones de enfermos en apoyo de sus opiniones, tratados todos con el mismo medicamento.

Tienen razón los doctores Calle y Uribe en extrañar la opinión de los Profesores Manson y Dielafoy, y si sólo á ellos nos refiriéramos no encontraríamos ningún observador que hubiera precedido á nuestros compatriotas en el estudio de las perturbaciones mórbidas producidas por el tricocéfalo. Numerosos son ya los autores que consideran á este nemátodo como parásito temible. Toca á J. Guiart, Profesor de Parasitología de la Facultad de Lyon, y antes preparador en el laboratorio del Profesor Blanchard, el honor de haber sido el iniciador de estos estudios. En 1899 hizo su primera comunicación sobre el *papel del tricocéfalo en la etiología de la fiebre tifóidea*.

Metchnikoff en 1901 comunica á la Academia su *Nota helmintológica sobre la apendicitis*. El Profesor Blanchard con sus numerosos trabajos *Apendicitis y tifocolitis verminosas, Sustancias tóxicas producidas por los parásitos animales*; su informe sobre el trabajo del doctor Guiart, ya citado, su conferencia de Berna en 1904, sobre *Zoología y Medicina*, contribuye en grande escala á elucidar este asunto. Lynch, con sus estudios de las afecciones verminosas de los niños, viene á ampliar nuestros conocimientos sobre esta materia. Es verdad que todos estos trabajos están aislados, y que sólo en los últimos años han aparecido en los *Tratados de Parasitología* algunos trabajos de conjunto sobre las perturbaciones producidas por el tricocéfalo. Ultimamente el doctor Charles Garín, con su estudio de la *Enteritis Tricocefalina* nos revela con pruebas clínicas y anatomopatológicas concluyentes los males ocasionados por este gusano.

De la lectura de estos estudios y de algunos enfermos observados en nuestro servicio clínico, hemos sacado las consideraciones que nos han sugerido el trabajo de los doctores Calle y Uribe, que pasamos á analizar.

Debemos considerar el agente patógeno, ó sea el tricocéfalo; la parte del tubo digestivo que habita y su modo de fijación; los medios de que puede valerse para ocasionar las perturbaciones mórbidas, y el conjunto sintomático que revela su presencia.

El tricocéfalo es un nemátodo que vive en el grueso intestino; por poco tiempo, y durante su evolución, puede encontrarse en corto número en el intestino delgado. Carece de glándulas ó órganos de excreción, que sí existen en otros nemátodos (la uncinaria, por ejemplo). Su número es á veces considerable, y puede pasar de mil en el mismo individuo. Se fija á la mucosa penetrando en su espesor ó introduciendo en ella la totalidad de la parte delgada que corresponde á su cabeza, ó sea cerca de dos centímetros de su longitud.

Alrededor de la parte que ocupa la extremidad cefálica del parásito se encuentran pequeñas hemorragias ó equimosis, glóbulos rojos y blancos en gran número y bacterias inoculadas por el parásito; se encuentran también vasos sanguíneos voluminosos en la vecindad de la cabeza del gusano. Pueden encontrarse fijados á la pared intestinal pocos momentos, y aun algunas horas después de la muerte, pero más tarde por el enfriamiento de su huésped y la falta de circulación que les lleve alimento, como lo creen algunos autores, ó á causa del desprendimiento de las capas superficiales de la mucosa, como lo juzgan otros, los parásitos caen en la cavidad intestinal y se encuentran libres en su contenido. En los puntos en donde se encontraban fijados ó en los que antes habían ocupado pueden notarse las equimosis que antes hemos señalado, ó pequeñas protuberancias epiteliales ó abscesos submucosos y aun ulceraciones más ó menos grandes, rodeadas de zonas inflamatorias ó infiltraciones celulares que indican la reacción defensiva del organismo contra los gérmenes inoculados por el nemátodo. Este gusano es hemófago, como lo demuestra el contenido de su cuerpo y como lo prueba la reacción de fierro que él contiene.

¿De qué medios se vale el gusano para producir las perturbaciones mórbidas? La falta de glándulas especiales de secreción hace atribuir poco papel á toxinas por él producidas, y si algunos observadores han conseguido hemolizar los glóbulos sanguíneos tratándolos con emulsiones en suero fisiológico del cuerpo del tricocéfalo, es este un medio puramente artificial, que probablemente no existe en el estado normal de vida del parásito. La existencia de microbios en el espesor de la pared intestinal, al lado de la cabeza del gusano y la reacción inflamatoria alrededor de la mucosa que la circunda, hacen dar más importancia á las inoculaciones microbianas para ocasionar los males. Se ha objetado á esta hipótesis la

poca frecuencia de los accidentes si se compara el número de individuos que llevan tricocéfalos con el que por ellos sufren, y para contestar á ella ha demostrado Ch. Garin que los animales soportan impunemente las inoculaciones intravenosas de emulsiones en suero de sus propias materias fecales. Así como no todos los anofelinos que pican á un individuo le inoculan el paludismo, no todos los tricocéfalos le inoculan microbios patógenos específicos ó banales, que ocasionan una enfermedad determinada (fiebre tifoidea, cólera, disentería, etc), ó una reacción mórbida acompañada ó nó de fiebre y debida á los gérmenes inoculados. Para que la enfermedad se desarrolle es indispensable que el germen patógeno inoculado sea virulento y que no exista inmunidad en el individuo que lo recibe.

¿Qué síntomas traducen la acción patógena del tricocéfalo? Lo que hemos expuesto del modo como obra el gusano para producir las perturbaciones mórbidas nos hace comprender cuán variable debe ser el conjunto sintomático que revela su presencia y de qué diversa manera se deben interpretar las manifestaciones, según que dependan del parásito como factor único, ó que haya sido solamente el inoculador de gérmenes que producen una enfermedad caracterizada clínicamente. En este último caso no puede atribuírse al tricocéfalo el principal papel, y si bien es cierto que el bacilo de Eberth, el *entamebae histolítica*, el bacilo en coma de Kock (por no citar sino los principales), podrían pasar inofensivos por el tubo digestivo si no encontrasen en él las heridas producidas por el tricocéfalo, también lo es que sería un contrasentido el atribuir á este último todos los síntomas que caracterizan la fiebre tifoidea, la disentería ó el cólera asiático, producido por los microbios mencionados. Hay otros casos en que los gérmenes inoculados no son específicos, y las manifestaciones clínicas producidas dependen de la reacción inflamatoria producida y del sitio en que se fije el gusano, y podemos observar entonces la apendicitis tricocefaliana y la enterocolitis verminosa. Las perturbaciones digestivas no tienen ningún tipo definido, y pueden ser simples manifestaciones dispépticas con anorexia, pesantez después de las comidas, dolores abdominales más ó menos localizados á la región del grueso intestino, vómitos que son reflejos ó tóxicos, vértigos, desvanecimientos, debilidad general, pérdida de fuerzas y los otros signos que revelan la intoxicación general que luego describiremos. Otras veces se observan diarreas serosas ó disenteriformes, como las indicadas por los doctores Calle y Uribe, ó diarreas lientéricas y mucosas que alternan con períodos de constipación y que son rebeldes á los tratamientos dietéticos y medicamentosos generalmente prescritos. Si á esto se agregan las crisis dolorosas y las perturbaciones del sistema nervioso, se comprende la identidad de este síndrome con el que constituye la enterocolitis mucomembranosa y la dificultad que hay para establecer el diagnóstico diferencial, que sólo debe fundarse en la noción etiológica, que es la más importante, porque ella da la clave del pronóstico y del tratamiento.

Tan variadas como las perturbaciones digestivas son las que traducen la acción nociva del gusano sobre el estado general. El enflaquecimiento se presenta con frecuencia, y si fuera constante serviría para hacer el diagnóstico diferencial con la anquilostomiasis, en la que no se presenta este síntoma sino cuando está complicada. Las modificaciones de la temperatura, no indicadas por los doctores Calle y Uribe y que nosotros hemos observado, son muy bien descritas por Oh. Garín: "Sobre una larga línea horizontal vecina de 37° se destacan aislados, á intervalos irregulares, pero siempre muy alejados, bruscos campanarios entre 39° y 40°. Estas ascensiones son muy cortas y duran de uno á tres días..." Serían producidos por inoculaciones microbianas pronto vencidas. La anemia es muy variable, se acompaña de disminución del número de glóbulos rojos y de cambio en la fórmula leucocitaria por aumento de eosinófilos. ¿Se debe á la acción hemolizante del extracto de tricocéfalos que ha sido probada después de su inoculación á los animales por diversos experimentadores, ó es producida más bien por las inoculaciones de microbios á nivel de la mucosa intestinal? Con Blanchard y Garín nos adherimos á esta última hipótesis.

El diagnóstico de la tricocefalosis, ó mejor, la apreciación de la importancia que haya que dar al gusano en cada caso, es muy delicada, y sólo un estudio muy detenido de los síntomas y la discriminación de los que pueden ser producidos por otras causas, acompañado de la demostración de la presencia y del número de gusanos en el intestino, permiten dilucidar el problema. Del cuidado con que se haga el examen microscópico de las deposiciones y de la perfección con que se practique depende el valor que hay que dar al diagnóstico. La simple demostración de los huevos de tricocéfalo en una partícula de materias fecales es muy sencilla, y basta haberlos observado una vez al microscopio para reconocerlos desde el primer momento aun con un débil aumento. Pero no debemos contentarnos con esto, y á medida que se progresa en coprología se van perfeccionando los procedimientos que permiten descubrir los huevos de parásitos intestinales. Después del simple examen directo de una partícula de materias, tomada al acaso en las deposiciones, ha venido la sedimentación; á ésta ha sucedido la centrifugación en un líquido de densidad mayor que los huevos que se quieren buscar y que quedan sobrenadando en la superficie; más tarde se ha hecho la tamización de las materias, y por último, los cultivos en medios apropiados á los parásitos que se desea investigar.

Para que el examen directo tenga algún valor debe hacerse en diez preparaciones por lo menos, contar el número de huevos encontrados y calcular por aproximación el de gusanos que existen en el intestino. Bien que, como lo piensa Garín, el número de parásitos tiene menos importancia que la naturaleza y la virulencia de los gérmenes que ellos inoculan. Así como hay anquilostomados y anquilostomiásicos, hay también,

y con mayor razón, tricocefaliados y tricocefaliásicos, pues son mucho más numerosos los individuos que pueden llevar en el grueso intestino tricocéfalos sin presentar manifestaciones, que los que pueden soportar impunemente unos pocos anquilóstomos.

Sin duda la parte más importante de la comunicación que estudiamos es la que se refiere al tratamiento por medio del jugo de higuerón. Todos los experimentadores están de acuerdo en las dificultades que hay para hacer expulsar los tricocéfalos. El timol es el vermífugo en que se tiene más confianza, y como lo hacen notar los doctores Calle y Uribe, es en verdad insuficiente. Aun administrado á dosis fuertes y por varios días seguidos, como lo indica Ch. Garín, su resultado es ineficaz; alternándolo con los otros vermífugos (helecho macho, aceite de eucaliptos y cloroformo) pueden obtenerse mejores resultados, pero siempre después de varios días de tratamiento y á costa de esfuerzos de parte del médico, para insistir en sus prescripciones, y de mucha constancia y obediencia de parte del enfermo para obedecerlas.

Si se confirman los éxitos indicados por los autores de esta comunicación con los jugos de los *figus* (higuerón y lechudo), se habrá conseguido un verdadero triunfo.

Teniendo en cuenta el sitio que ocupa en el intestino el tricocéfalo, es de juzgarse que la vía rectal lo hace más fácilmente accesible á los medicamentos, y tengo costumbre de acompañar á la administración de los vermífugos, tomados por la vía bucal, la aplicación de lavativas de sustancias que combinadas con su acción produzcan efectos más satisfactorios.

La urticaria que anotan en una de sus observaciones los doctores Calle y Uribe puede depender más bien de la enfermedad que del medicamento. Los doctores G. Toro y Posada Berrío señalan fenómenos de intolerancia y de intoxicación atribuidos al medicamento y constituídos por vómitos, cólicos abdominales, diarrea, enfriamiento de las extremidades, que afortunadamente han sido raros y no han presentado gravedad.

Es de desearse que se ingenie el modo de conservar el jugo de los *figus* sin que se altere, y que se consiga aislar el principio activo que contienen, que, siguiendo analogías, debe ser parecido á la dolearina extraída en el Brasil del *figus* dolearia, y propinada con muy buenos resultados contra los anquilóstomos.

Atendiendo á la importancia de la comunicación que analizamos, y después de dar por ella las gracias en nombre de la Academia á sus autores, os propongo lo siguiente:

1.º Publíquese el trabajo de los doctores Miguel M. Calle y Lázaro Uribe O. en la *Revista Médica*.

2.º Nómbréseles miembros correspondientes de la Academia Nacional de Medicina.

Bogotá, Noviembre de 1911.

Señores académicos.

ROBERTO FRANCO F.

NOTA—Estas dos proposiciones fueron aprobadas unánimemente por la Academia en la sesión del 1.º de Diciembre. La Academia ordenó que se publicara también el informe del doctor Franco.

LEPRA

OBSERVACIONES A UNA CONFERENCIA DEL DOCTOR ZENÓN SOLANO

Preocupada la Administración Reyes con el desarrollo de la lepra en la República, se propuso seriamente tomar las medidas necesarias para disminuir, y si posible fuera, hacer desaparecer de entre nosotros el temible flagelo. Fue entonces cuando recibió mayor impulso el ramo de Lazaretos.

Con actividad digna de encomio se inició resueltamente la imposición y percepción de contribuciones especiales, destinadas al fomento y reforma científica de los Lazaretos, á la construcción en los leprosorios de los hospitales que actualmente existen, todo sobre planos que á la vez que consultan la higiene harían fácil la administración de los mismos. A la par, con las mejoras materiales, se mejoró y rectificó el servicio científico, escogiendo para médicos de los hospitales y para el estudio práctico de la lepra, un personal idóneo y penetrado suficientemente de su misión importantísima y hasta de la abnegación que requiere quien se dedica á este ramo, que constituye una especie de apostolado. Se creyó erróneamente que en Europa se estudiaba mejor la lepra que entre nosotros, no obstante ser considerado nuestro país como uno de aquellos en donde es mayor la endemia, y para adquirir los conocimientos del caso nombró el Presidente al doctor Solano, Cónsul en Hamburgo, y comisionado á la vez para estudiar al lado del Profesor Unna, cuanto se relaciona con este azote de la humanidad.

Desgraciadamente los acontecimientos políticos cumplidos en Colombia cortaron ese hilo misterioso que con tanto cuidado devanaba nuestro cónsul en las clínicas del Profesor alemán, hilo con el cual se construiría la red que debía aprisionar al temible dragón de la lepra.

Regresó el doctor Solano, y después de una incubación de varios meses, dictó dos conferencias, la segunda de las cuales la dedica íntegramente en su parte relativa á la profilaxis á la Comisión que visitó el Lazareto de Agua de Dios en el año pasado. Deber nuestro es contestarle, para lo cual trataremos en el presente escrito de poner las cosas en su punto.

Comisionados por el Gobierno para estudiar el estado actual del Lazareto de Agua de Dios y rendir el informe correspondiente, cumplimos hasta donde nos fue posible la delicada comisión, y el resultado de ella lo consignamos en el

informe que corre publicado en un toleto y en la *Revista Médica*. Es este informe, que el doctor Solano reputa fundado en creencias de otros tiempos y hoy abandonadas, y con espíritu de acendrada filantropía, que somos los primeros en reconocerle, nos ataca de un modo inmisericorde. Nos toca demostrarle, como nos proponemos hacerlo en el curso de este artículo, que ha procedido sin razón ni justicia, y que las ideas que él expone si se apartan, y mucho, de lo que la ciencia tiene aceptado como verdades incontrovertibles. Ensayaremos de mostrar que el aislamiento es de uso corriente en los países civilizados, y que la lepra es en ellos reconocida como enfermedad contagiosa.

Creemos que las conferencias del doctor Solano nada nos han enseñado, si hacemos abstracción de los conceptos puramente personales del autor, pues para saber que la otova y el chaulmugra son eficaces en el tratamiento de la lepra, y recordarnos que Cristo dijo á San Pedro, *levántate, que ahí se sentó Lázaro*, no se necesita viajar al Viejo Mundo.

Cuando se anunciaron las conferencias en vistosos carteles, nos trasladámos, en alas de la fantasía, á los anfiteatros europeos. Imaginábamos escuchar de boca del conferencista cuáles son los puntos vulnerables de nuestro organismo por donde penetra el bacilo de Hansen; cuáles las vías que recorre; porqué se localiza de preferencia en la piel y en el sistema nervioso periférico; veíamos enseñados por el Profesor, en proyecciones, los cortes de lepromas, de órganos profundos sembrados de bacilos, de la medula, de los troncos nerviosos, etc.; pero únicamente encontramos una dialéctica encaminada al triste fin de adquirir notoriedad, fundada en el deleznable pedestal formado por la mengua de las reputaciones ajenas.

Bueno que se esparzan los conocimientos científicos; bueno que los hombres de estudio que beben en las fuentes auténticas de los grandes centros de sabiduría usen de la suficiencia para lo cual autoriza el conocimiento de la verdad, pero bueno es también que hagan uso de la caridad cristiana, y que al demoler con impulso irresistible al propio tiempo que combatirel error, tengan una palabra de conmiseración para sus compañeros que creen extraviados, en tributo de reconocimiento por los sacrificios que han hecho en investigación de la verdad, y que no aventuren conceptos desnudos de verificaciones científicas, para exhibir como ignorantes á los demás. La gloria, la verdadera gloria, es extraña á las recriminaciones, y aplaude todo esfuerzo generoso en pro de los adelantos científicos.

Como lo ha expresado el conferencista, combatimos sus ideas, no su persona, por la cual tenemos verdadera estimación.

Si como miembros de la Comisión hubiéramos dicho en nuestro informe "que el bacilo de Hansen no se encuentra en la sangre de los leprosos," contra lo que afirman Luis F. Torres, Le loir, Kobner, Müller, Babes, Wolff, Doutrelepont, Warters, Majochi, Pelizzari, Beumann, Vaucher, Guy Laroche, y mu-

chos más; si hubiéramos aseverado que la lepra aparece en los hijos si no por excesiva impresionabilidad de la madre sí por "telepatía"; si sospechar hubiéramos podido que "el moco nasal y la linfa, así como la piel son los *órganos* (téngase presente, *órganos*) en que invariablemente se halla" el bacilo; si la Comisión hubiera gastado ocho meses buscando este elemento microbiano "en el polvo, las paredes, puertas y pavimentos de las habitaciones" de los enfermos del Profesor Unna, y "hacer presente que esas habitaciones, como todas las alemanas, desde su construcción han estado sometidas diariamente á la acción del agua caliente, del cepillo y del jabón"; si dijéramos que los resultados negativos de las inoculaciones hechas en nuestro país se deben á que fueron practicadas "con los líquidos que no contiene el bacilo al estado *normal patológico*" (?); si hubiéramos dicho que el paludismo y la lepra marchan juntos, y "son hermanos inseparables," lo que no resulta cierto entre nosotros, donde no son ni siquiera primos hermanos, porque los principales focos leprógenos están en los climas de 12° c. á 18° c., donde no hay *anofeles*, ni por consiguiente paludismo; si nuestra fuera la frase "respecto del de la lepra (el bacilo) nada de esto podemos decir: es exclusivo del hombre como el de la sífilis, con la diferencia que éste sí se ha inoculado de hombre á hombre," desconociendo así los trabajos de Schaudinn y de Metchnikoff, una de las más bellas conquistas de la ciencia moderna, y saltando de uno á otro reino de la escala natural; si maltratando la verdad histórica y el significado del lenguaje, consignáramos que Pepino el Breve vivió en el siglo XIII y no en el siglo VIII, y habláramos de los apóstoles é *inventores de la teoría microbiana*, el descubrimiento más grandioso, trascendental y útil que registran los anales de las ciencias biológicas; si hubiéramos lanzado la mera hipótesis de que el *microsporion furfur* es el agente de las tuberculosis cutáneas, y que éste se transforma en el bacilo de Koch, á lo cual se nos diría que aquél es el agente de la pitiriasis versicolor *Malassezia furfur*, de la clase de los blastomicetos, de la familia de los oídios, que el bacilo de Koch es de la clase de los schizomicetos, de la familia de los osporidios y del género de los selerothris; si hubiéramos dicho que "no habíamos encontrado el bacilo de Hansen ni siquiera en el *polvo ó cenizas de los sepulcros de los enfermos* (1); si hubiéramos creído que el mismo bacilo no produce la lepra, sino que la enfermedad es la que lo produce, sacando de su sepulcro la ya muerta generación espontánea; si esto y mucho más que por ahora no anotamos se hubiese escapado de nuestros labios, ó deslizado de nuestra pluma, razón y mucha tendría el conferencista para decir que éstos no son principios establecidos por la ciencia, ni verdades demostradas; pero como ha sido él quien lo ha dicho, debemos aceptarlo,

(1) Subrayamos nosotros.

pues que acaba de beber en las más puras fuentes de la ciencia y del saber.

Nuestro pecado consiste en terminar el artículo *Aislamiento* de nuestro informe con las siguientes conclusiones :

1.^a La lepra es enfermedad contagiosa, y el aislamiento constituye la única medida de profilaxis social.

2.^a Dadas las condiciones en que se halla Agua de Dios, debe imponerse el aislamiento.

3.^a Es preciso suprimir la feria.

4.^a El estricto cumplimiento del Decreto número 903 de 1910 satisface las medidas que es preciso adoptar, y debe ponerse en vigor.

5.^a No deben construirse más casas sino aumentar los pabellones en los hospitales ; y

6.^a Es urgente el envío de un Cuerpo de Policía para establecer la vigilancia.

Esta es nuestra falta, falta que debemos expiar humildes, contritos, con la cabeza rapada y el tosco sayal del penitente.

El conferencista, cumpliendo *imprescindible deber*, ataca estas conclusiones en los siguientes términos :

“ Si los miembros de la Comisión no hubieran aconsejado al Gobierno las medidas que hoy se están llevando á la práctica en lo que se refiere á *aislamiento* y *profilaxis* (sic) como principios científicos y de uso corriente en los países civilizados, sino que simplemente se hubieran limitado á consignar sus observaciones y emitir sus opiniones particulares en asunto tan delicado y de tanta trascendencia, yo nada tendría que decir ; pero como los dogmas á que llegaron en sus conclusiones no son principios establecidos por la ciencia, ni verdades demostradas, y están causando graves perjuicios tanto á los enfermos como al Gobierno, cumpliendo con un deber imprescindible tengo que atacar esas conclusiones.”

Analicemos uno á uno estos *dogmas*, que tan acre censura han merecido del conferencista, quien en defensa de la ciencia ultrajada y por amor á la humanidad ofendida se constituye en su vocero, y estudiemos con ánimo sereno los fundamentos en que se apoya.

Tres escuelas se disputan desde hace mucho tiempo la supremacía en el conocimiento etiológico de la lepra : la contagionista, á la cabeza de la cual está Hansen ; la anticontagionista, con su más ardiente defensor, el Profesor Zambaco Pachá, y la ecléctica, que participa de las ideas de las dos anteriores. Ha sido una lucha titánica de cerebros poderosos, de hombres que han gastado su vida en el estudio y la observación. El conferencista no trae á la lucha la divisa de ninguna de estas agrupaciones ; dice ser semicontagionista unas veces, pseudocontagionista otras, y por último, reconoce como verdadera la pseudoherencia. Como la patología no admite esos términos medios, y como falso contagio no es contagio, ni falsa herencia es herencia, en buena lógica diremos que el conferen-

cista no es ni contagionista, ni anticontagionista, ni eclético, sino que formará otra escuela, la de los *semiseudocontagionistas*, de la cual será él el hierofante. Sépase que Zambaco, ante la evidencia del contagio, manifestó que en Constantinopla la lepra era hereditaria, y fué de allí, poco contagiosa.

“No es cierto—dice el conferencista—que todos los leprólogos, con pocas excepciones, admitan hoy el contagio. Si la Comisión se refiere á los *europeos y extranjeros* (sic), resulta al contrario.... Entre nosotros todos los médicos y profesores que han consagrado sus desvelos á observar y estudiar esta enfermedad, tienen las mismas opiniones de los médicos europeos: Marcelino Vargas, Vargas Vega, Daniel Vega, Montoya y Flórez, Olaya Laverde, José María Ruiz, Luis F. Torres, Julio Manrique, Carrasquilla L.”

Averigüe el conferencista qué mal padeció y dónde murió Marcelino Vargas; así no extrañará que pase como anticontagionista. Su voto no es imparcial.

Vargas Vega no fue leprólogo. Muy conocido fue en el país por su competencia como médico distinguido y como inmejorable profesor de fisiología, de higiene y de biología, pero no constan sus desvelos por la enfermedad que nos ocupa.

Daniel Vega. Es el mismo que el conferencista cita, tomado de la obra de Montoya y Flórez, quien inoculó la lepra en Agua de Dios con resultado positivo á varios individuos. Es, por consiguiente, contagionista y partidario del contagio por inoculación.

Montoya y Flórez. Sentimos no poder copiar íntegro el capítulo *Contagio*, escrito de mano maestra, de su importante obra *La lepra en Colombia*; pero para que se vea de modo patente cuál es su opinión á este respecto, transcribimos:

“Se propaga (la lepra) por los contactos de los pueblos infectados con los pueblos sanos, sin atender á las diferencias de razas ó de climas, con una rapidez relativa en ciertas partes y en ciertas ocasiones para que la herencia sola no pueda explicarla. *Jamás se encuentra en un país sin haber sido importada á él.* En una palabra, se comporta como una enfermedad contagiosa.”

En el capítulo *Profilaxis* se expresa así: “Por contagio se forman nuevos focos y por contagio y por descendencia infectada se acrecientan los antiguos.” Más adelante agrega: “El Gobierno debe pues, ante todo, esforzarse en impedir la propagación del mal; una sola medida debe mirarse como eficaz: el aislamiento con separación de sexos.”

Olaya Laverde ... ¡Quién lo creyera! Es nuestro compañero de Comisión y uno de los signatarios del informe que combate el conferencista. El ha sido siempre contagionista, como lo demostró en la conferencia de Berlín, y hasta ahora, que sepamos, no ha cambiado sus ideas á este respecto.

José María Ruiz. Es uno de los más fervientes contagionistas. Sus publicaciones así lo demuestran, sin que tengamos que insistir más en ello.

Luis Felipe Torres. Nunca ha dicho ser anticontagionista; muy al contrario, sus ideas están por el contagio.

Julio Manrique. Es partidario de la doctrina de Boeck, que no es otra que el contagio por las materias fecales de los leprosos fimatoides. Además, le oímos relatar con vehemencia varios casos de contagio de lepra en la hacienda denominada *La Cantimplora*, del Municipio de Subachoque. Es contagionista.

Carrasquilla L. Veamos lo que nos dice en su trabajo *La lepra* :

“*Contagio*, según el Diccionario, es ‘transmisión por contacto, inmediato ó mediato, de una enfermedad específica desde el individuo enfermo al sano.’ El adjetivo *contagioso* ‘aplicase á las enfermedades que se pegan y comunican por contagio,’ y *contagiar* es ‘comunicar ó pegar una enfermedad contagiosa.’ Según estas definiciones, el hecho de transmitirse una enfermedad del individuo enfermo al sano, por contacto, era mediato, ora inmediato, constituye el contagio, lo que deja suponer que la enfermedad específica es contagiosa, es decir, que es comunicable por contacto ó que se pega porque es contagiosa, en lo cual hay petición de principio, puesto que se sienta como hecho lo mismo que es objeto de la cuestión.

“Hay cierta clase de enfermedades que se transmiten desde el individuo enfermo al sano, como el paludismo, la fiebre amarilla, *la lepra* y otras varias, sin ser, hablando con propiedad, contagiosas. A esta clase de enfermedades se les aplica la denominación de infectivas, aunque en rigor y atendiendo á la definición de contagio pudieran llamarse también contagiosas, porque infectivo viene de inficionar, y este verbo significa *corromper, contagiar.*”

Por los párrafos transcritos se ve claramente que el doctor Carrasquilla fue contagionista.

Como dejamos demostrado, los médicos á quienes cita el conferencista son contagionistas, y como según su afirmación tienen la misma opinión de los médicos europeos, claro está que nuestra proposición queda en pie: “La lepra es enfermedad contagiosa. Todos los leprólogos están, con raras excepciones, acordes en considerarla como tal.”

Olvidó el conferencista en su cita al doctor Gabriel J. Castañeda, uno de los médicos que más estudiaron la lepra en nuestro país, autor de aquellos artículos en que demostró que la lepra y el llamado mal de San Antón son una misma entidad patológica; de la primera estadística de lepra en Colombia, y de su obra *La Lepra*, premiada por la Academia de Medicina. A Roberto Azuero, Uribe Angel, Evaristo García, Proto Gómez, quienes han hecho estudios especiales sobre la lepra y su propagación en varias localidades del país, y cuyas observaciones corren publicadas en los periódicos científicos nacionales.

“El aislamiento es una buena medida de profilaxis social—

dice el conferencista—pero no es la única, como la Comisión lo afirma. Si los miembros de la Comisión hubieran leído antes la obra de Montoya y Flórez, habrían sabido que el aislamiento que aconsejan y que el Gobierno ha principiado á poner en práctica, no se observa ni en Noruega, donde más rigurosas han sido las leyes y disposiciones á este respecto.”

Parece que el conferencista pierde con facilidad la memoria, ó es poco consecuente con sus ideas. ¿Conque el aislamiento le parece buena medida, cuando hace poco decía que no es principio científico, ni de uso corriente en los países civilizados? ¿No acabamos de demostrarle, con la obra del doctor Montoya y Flórez, que él nos cita, que aquel autor dice terminantemente que el Gobierno debe esforzarse en impedir la propagación del mal con el aislamiento, con separación de sexos? ¿Cómo si leyó la obra citada, se le escapó un concepto de tanta magnitud? En Noruega no se observa lo que aquí se ve, porque allí se aíslan los leprosos en hospitales, como muy bien lo sabe el conferencista, y aquí en colonias. Continúa diciendo:

“Si la Comisión se hubiera impuesto antes del informe dado al Gobierno por el doctor Julio Manrique después de la comisión á Europa en 1905, habría conocido la doctrina moderna científica que predomina en los países civilizados.”

El informe á que se alude se conserva inédito, pero debemos manifestar que antes de rendir el nuestro procuráramos ilustrar nuestro criterio consultando no sólo las obras más recientes sobre la lepra, sino también los documentos inéditos que reposan en la Sección 6.ª del Ministerio de Gobierno. Del informe del doctor Manrique tomamos:

“De los resultados obtenidos en Noruega por los sistemas de aislamiento en vigor desde el año de 1856, se deduce fácilmente la necesidad de aislar á los leprosos en los países en que reina la enfermedad.

“El Gobierno inglés de la India nombró una Comisión que recorrió el país en los años de 1890 y 1891, investigando cuidadosamente el número de leprosos, los lugares en los cuales la enfermedad hacía mayores estragos, y haciendo toda clase de estudios relativos á la leprología de las distintas regiones recorridas. Este estudio fue publicado bajo el título de *Reports of the Leprosy Commission India, 1890, 1891—London, 1903*, que es la obra más notable de su género, y de cuyo estudio se deduce que la pobreza y el desaseo y las malas condiciones higiénicas favorecen la propagación de la lepra, enfermedad declarada contagiosa por los comisionados ingleses, quienes concluyen su trabajo deduciendo la necesidad del aislamiento, é indicando al Gobierno los puntos más adecuados para la fundación de los Lazaretos.”

¡Y esto es lo que nos dice el conferencista que si lo hubiéramos leído no habríamos declarado la lepra como enfermedad contagiosa, ni hubiéramos aconsejado el aislamiento!

Es una falsa creencia la que se tiene imputando á la miseria y malas condiciones de vida de un pueblo el desarrollo de la lepra. La miseria con su cortejo de hambre, desnudez y mala habitación, es causa predisponente no sólo de la lepra, sino de toda infección, porque coloca al organismo en condiciones de poca resistencia, y lo hace, por consiguiente, fácilmente vulnerable. No hay dato alguno de que los antiguos moradores del Nuevo Continente hubieran padecido de lepra. No consta en la relación de los viajes de Colón, ni de sus compañeros, ni de los conquistadores que luego penetraron en el corazón del Continente, que hubiesen encontrado leprosos. Las cerámicas que se hallaron en el Perú y las que el Profesor Virchow quiso presentar como ejemplares de que había existido la lepra, fueron estudiadas por el doctor Carrasquilla, quien demostró, hasta la evidencia, que las mutilaciones que presentan no son las que corresponden al mal lazario. Los primitivos habitantes de América no eran todos ricos, ni se mantenían con ostras, ni *bifteak*, ni cubrían su cuerpo con ricas telas del Oriente, y sin embargo no se conoció en ellos la lepra, que fue importada por los conquistadores de su territorio.

En un trabajo presentado por el doctor Pablo García Medina al Congreso Científico de Chile; y que reprodujo *La Argentina Médica*, encontramos lo siguiente:

“Médicos eminentes hay que creen que la lepra es una enfermedad de miseria (1); de manera que, según ellos, debe encontrarse de preferencia en las clases pobres, mal vestidas y peor alimentadas, y sin hábitos de aseo. Pero en Colombia la estadística está en contra de esta aseveración. Nuestros agricultores ganan un buen salario (de \$ 0-40 á \$ 0-50 oro por día); sus vestidos son suficientes, especialmente en los climas cálidos; su alimentación no es muy buena, pero no es escasa, y ya hemos hecho notar que ellos tienen el mayor número de leprosos. Siguen los jornaleros, que viven en condiciones análogas á los agricultores, y luego los sirvientes, que están, en lo general, bien alojados, tienen una alimentación muy semejante á la de sus patrones, y no están mal vestidos. Los hacendados y los capitalistas, que viven de renta, tienen trescientos noventa y cuatro leprosos; todo esto contrasta con los mendigos, que, como he dicho, no alcanzan á ciento.”

Dice el conferencista doctor Solano:

“Las únicas inoculaciones positivas que se han citado desde 1871, año en que el Profesor Hansen descubrió el microbio de la lepra, han sido: la practicada por el doctor Arning en un sentenciado á muerte llamado Keanú, de Honolulu, en 1887, y las catorce efectuadas por el doctor

(1) Se refiere quizá al Profesor Zambaco (*Semana Médica*, 1893).

Daniel Vega, en Agua de Dios, en 1893, de las que da cuenta el doctor Montoya y Flórez.”

Sirviéndonos de los mismos términos del conferencista, diremos que si hubiese leído antes la obra de Le Dantec habría sabido lo siguiente:

“Hildebrand cita este hecho: en Borneo un muchacho europeo tenía el hábito de jugar con un chico de color, enfermo de lepra. Un día éste clavó la punta de su cuchillo en un punto anestésico de su cuerpo, operación que fue al punto repetida por su camarada, con el mismo instrumento. Algún tiempo después el europeo partía para Holanda, y habiendo llegado á la madurez, al cabo de diez y nueve años, volvía á Borneo en pleno ataque de lepra

“Hulin de Gordon, médico del leprosorio de Désirade, dice que la hermana A. se volvió leprosa después de haberse picado un dedo arreglando los efectos de un leproso.

“Coffin cita el caso de un detenido, quien tomó un poco de pus de la úlcera de un leproso y se lo inoculó intencionalmente en el antebrazo: dos años después se hallaba atacado de lepra tuberculosa, que principió por el punto de la inoculación.

“Kalindero ha visto transmitirse la lepra del seno de una madre leprosa á la cara de su hijo á quien amamantaba.

“Taché, en el Canadá, cita el caso de un individuo que se hirió el hombro trasladando al cementerio el cadáver de un leproso; su herida quedó empapada con el líquido que corría del cadáver, y algún tiempo después se declaró la lepra en el herido.

“Los casos de inoculación positiva citados parecen demostrar que la lepra es inoculable.”

En un opúsculo titulado pomposamente *La lépre dans la Colombie* (1910), encontramos lo siguiente:

“Cuanto á los medios de propagación, el contagio es, sin contradicción, el más frecuente y eficaz.

“Hé aquí un hecho perfectamente verificado y confirmado. Conozco muchos casos de lepra en individuos sin antecedentes, quienes han recibido la enfermedad á causa de sus relaciones con enfermos, y que no pueden explicarse de otra manera.”

“En Colombia hay la evidencia de que en poblaciones en que esta enfermedad era desconocida, se han presentado casos pocos años después de la llegada de un leproso al poblado.”

Y continúa diciendo:

“Las medidas que deben tomar los Gobiernos para impedir la propagación de la enfermedad y aniquilar la ya existente, se reducen á poca cosa: aislamiento completo y riguroso en colonias lazaretos, é impedir el matrimonio mixto, es decir, de enfermos con sanos.... Proceder de otro modo pretextando la caridad y alegando crueldad y rigor, y que el contagio y la herencia no han sido demostrados, sería no solamente una

caridad mal entendida y perjudicial, sino un procedimiento criminal.”

¡Asómbrese el lector: el signatario de tan rotundas afirmaciones es el doctor Zenón Solano! Y cuenta que ya había sido discípulo del profesor Unna y que había buscado con constancia benedictina durante ocho meses el bacilo en las paredes, puertas y pavimento de las habitaciones de los enfermos de sus clínicas, y se había picado varias veces con instrumentos contaminados de lepra, y había sido, según su decir, muy laborioso. Su cambio vino al pisar la madre patria, tal vez por arte de birlibirloque.

Para demostrar cuál es la opinión de los europeos con relación al contagio de la lepra y á la necesidad del aislamiento, copiamos en seguida la parte pertinente de algunas obras recientes de medicina, redactadas por autores de reconocida notoriedad, y cuya competencia no pondrá en tela de juicio el conferencista; y como él sólo admite lo moderno, siglo XX, procuraremos satisfacerlo:

“*Profilaxis de la lepra*—El aislamiento es en efecto el gran remedio, y la desaparición de la lepra en los países donde este régimen ha sido bien organizado, es una de las mejores pruebas.” (*La Práctica Médicoquirúrgica*, tomo IV, artículo *Lepra*, 1907).

“Estas medidas (las legislativas) tienden ante todo al aislamiento de los enfermos. La experiencia ha demostrado que es el medio por excelencia.” (*La Pratique Dermatologique*, tomo III, página 104, 1902).

“La herencia de la lepra es posible, pero el contagio es ciertamente la causa ordinaria de la enfermedad.” (Dieulafoy. *Pathologie Interne*, tomo IV, página 367, 1911).

“Otro medio de importancia capital es el aislamiento; gracias á él, gracias á los leprosorios en los cuales se internaron los enfermos, la lepra de la Edad Media se extinguió en parte en nuestro país; gracias á él la situación mejora en Noruega. Hay pues lugar á reclamar este aislamiento, no solamente en los países donde la lepra existe al estado endémico, sino también en nuestra Europa central, á la que nuestras relaciones incesantes con estos países amenaza más y más con nuevas contaminaciones.” (*Brouardel, Gilbert et Toinot*, tomo VI, página 339, 1908).

“El aislamiento riguroso de los leprosos es, sin ninguna duda, el mejor medio de prevenir la extensión de la enfermedad.” (Herman Eichorst. *Pathologie Interne*, tomo IV, página 662, 1900).

“La profilaxis de la lepra varía según el país. Donde la endemia existe, es necesario el aislamiento.” (Arnould *Higiene*, página 905, 1907).

“La profilaxis de la lepra consistirá en el aislamiento de los leprosos y en los cuidados de aseo y desinfección tomados por el enfermo mismo ó por las personas que lo rodean ó se le

aproximan. Ninguna precaución será demasiado meticulosa para evitar la propagación de este terrible mal." (Nicolás Balthazar. *Pathologie Interne*, tomo I, página 258, 1907).

"En los países cálidos donde las reglas de higiene se observan tan poco, donde las familias viven hacinadas bajo casas pajizas, el contagio se efectúa con gran facilidad. Los enfermos deben aislarse en casas separadas, ó mejor, en leproserios bajo la vigilancia médica." (A. Le Dantec, tomo II, página 300, 1911. *Pathologie Exotique*).

"Como la leprosis emana del leproso, no se puede admitir otro medio de transmisión que la contaminación.

"Profilaxis social. Comprende dos indicaciones principales:

"a) Reducir al mínimo la importación.

"b) Aislar á los enfermos en la medida de lo posible." (*La Leprosis*. Dom Sauton, páginas 132 y 424, 1901).

"Medidas de profilaxis antileprosa adoptadas por la segunda Conferencia Internacional de la Lepra, reunida en Bergen en 1909.

"1.ª La segunda Conferencia Internacional Científica sostiene en todos sus puntos las resoluciones adoptadas por la primera Conferencia Internacional de Berlín, en 1907.

"La lepra es una enfermedad contagiosa, sea cual fuere el modo como se efectúe este contagio.

"Ningún país, cualquiera que sea la latitud á que se encuentre, está al abrigo de una infección eventual por la lepra.

"Es pues útil tomar medidas de protección.

"2.ª En vista de los felices resultados obtenidos en Alemania, Islandia, Noruega y Suecia, es de desearse que los países donde exista la lepra procedan al aislamiento de los leprosos.

"3.ª Es de desearse que los leprosos se excluyan de las profesiones que son especialmente peligrosas en el punto de vista de transmisión de la lepra.

"En todo caso y en todo país, el aislamiento estricto de los leprosos, mendigos y vagos es indispensable.

"4.ª Es de desearse que los niños sanos, hijos de leprosos, se separen de sus padres tan pronto como sea posible, y que se sometan á observación.

"5.ª Los que participen del domicilio de personas leprosas, deben examinarse de tiempo en tiempo por un médico especialista en lepra."

Las proposiciones 6 y 7 son relativas á la etiología, al pronóstico y al tratamiento de la lepra.

Según Méndez Tabares, los americanos opinan como los europeos:

"No hay nadie quien dude de buena fe del contagio de la lepra; los hechos son tan evidentes, y el número ya tan elevado, que considero innecesario insistir en esto; todos están también de acuerdo en que sólo el leproso es capaz de transmitir la

lepra : ó por medio directo, ó indirectamente ; luego las medidas de represión deben dirigirse contra él."

Termina su trabajo diciendo :

"1.^a El aislamiento de los leprosos continúa siendo la única medida segura y eficaz para evitar la propagación de la lepra." (*Transmisibilidad de la lepra*, Doctor Méndez Tabares. Tercer Congreso Científico Latinoamericano, páginas 250 y 253, 1905).

Veamos ahora si la lepra es considerada como enfermedad contagiosa ó no lo es ; si el aislamiento es de uso corriente en los países civilizados ó no lo es, como lo asegura el conferencista.

"En Alemania está reputada la lepra como enfermedad contagiosa, y es obligatoriamente declarable en todo el Imperio. Fue objeto, como la peste, de un decreto especial, promulgado el 28 de Enero de 1904, que comenta y detalla las medidas contra esta enfermedad, indicadas en la Ley de 1900. En todo el Imperio Alemán había en el año de 1898 treinta y dos casos de lepra ; en 1899, treinta y tres ; en 1900, treinta y dos ; en 1901, treinta y siete ; en 1902, treinta y dos ; en 1903, veinticinco ; en 1904, veintitrés ; en 1905, veintiséis ; en 1906, veintinueve. En este número se cuentan los leprosos extranjeros, la mayor parte sudamericanos." (Cuormont. *La lucha contra las enfermedades contagiosas en Alemania*. 1909).

Los países de origen anglosajón (1) ejercen desde hace mucho tiempo la mayor vigilancia sobre las corrientes de inmigración, y rechazan á todos los leprosos que intentan invadir su territorio. En Estados Unidos el reglamento cuarentario, en lo que respecta á la lepra, dice :

"Los navíos que lleguen á la cuarentena con un leproso á bordo no pueden obtener la libre plática hasta tanto que el leproso con sus equipajes no desembarque del navío á la estación cuarentaria. Si el leproso es extranjero, y el navío es de puerto extranjero, el leproso será detenido en cuarentena, á costa del barco, hasta que éste parta y lo vuelva á tomar." (2)

En el Canadá se han adoptado medidas análogas: por ley expresa se prohíbe á los leprosos desembarcar en el Canadá, ejercer algunos oficios, vivir en hoteles y servirse de vehículos públicos. Los Estados de Australia poseen también una legislación que los pone al abrigo de la invasión de la lepra. Las actas de la Nueva Gales del Sur y de Queensland son casi idénticas. Veamos sus principales disposiciones :

(1) *Profilaxis de la lepra en Francia* (*Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 8 fevrier 1911).

(2) *Quarentine regulation concerning leprosy promulgated by the United States Treasury*.

“Artículo 4.º Cuando haya razones para creer que un individuo está atacado de lepra, el locatario ó propietario de la casa que habite está en el deber de denunciar inmediatamente el caso, por escrito, al Inspector de Policía más próximo, quien enviará al Ministro la comunicación, que en copia se remitirá á la Oficina Central de Salud. Cuando un médico en su práctica encuentre algún caso de lepra, está obligado á llevar las mismas formalidades. Toda infracción á esta disposición será castigada con una multa que no excederá de £ 100.

“Artículo 5.º El Ministro hará examinar al presunto leproso por uno ó varios médicos, y si el diagnóstico se confirma, se le enviará al Lazareto. Si el enfermo rehusa obedecer, se fuga ó intenta fugarse, se le detendrá por la fuerza, y se le enviará al leprosorio.

“Artículo 9.º Todo individuo que desobedezca voluntariamente, impidiendo la ejecución de la orden, penetrando dentro de los límites del Lazareto, se comuniquen con algún detenido, ó intervenga sin motivo alguno, será condenado á pagar una multa de £ 10 á £ 20.”

En los países de raza blanca, donde existen focos de lepra, y tomando como tipo á Noruega, encontramos que la primera estadística completa data de 1856, la que acusa un total de dos mil quinientos noventa y ocho leprosos. En los cuatro años siguientes se registraron mil ciento cuarenta y ocho casos nuevos, y en el período quinquenal de 1861 á 1865, mil veintiocho; en 1880 no se contaron más que setenta y siete casos nuevos; en 1890, cincuenta y dos, y en 1900, siete. La cifra de leprosos disminuyó paralelamente con una regularidad casi matemática. De los dos mil quinientos noventa y ocho en 1856, bajó á mil cuatrocientos cuarenta y cinco en 1876; á setecientos noventa y cinco en 1886; á trescientos noventa en 1896, y á doscientos cuarenta y tres en 1902. No es de dudar que la disminución sea debida al aislamiento puesto en vigor. En 1856 sólo se hospitalizaron doscientos enfermos; en 1857 se puso al servicio un establecimiento en Bergen, que podía contener doscientos cincuenta; en 1861 se construyeron dos más, el uno en Molde y el otro en Trondhjem, los que podían recibir quinientos leprosos.

Lo que es más sugestivo, dice el artículo del *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique* ya citado, es el movimiento comparativo de los leprosos en las diversas circunscripciones territoriales. El aislamiento no se aplicó con el mismo rigor en todas partes. En el Distrito de Nordmoer el número de casos nuevos aumentó en cada período quinquenal hasta 1870, y esto á pesar del aislamiento; pero éste era del todo insuficiente, pues no se hizo efectivo sino á un 15 por 100 de los casos. Al contrario, en el Distrito de Soendejor, donde se aisló el 49 por 100, el número de casos nuevos disminuyó rápidamente. En 1885 el Gobierno noruego permitió el aislamiento á domicilio, bajo la inmediata vigilancia de los médicos, y cuando los enfermos se apartan de las prescripciones de este aisia

miento, se les obliga á entrar á los leprosorios. Actualmente es tan mínimo el número de leprosos que hay en Noruega, que los hospitales destinados para los leprosos están sirviendo para colocar tísicos.

La ley danesa relativa á Islanda reproduce en gran parte las disposiciones de la Noruega, y fue promulgada en 1898; los médicos de Distrito deben llevar una lista de los leprosos de su residencia. Cuando un leproso abandona un Distrito, el médico se lo comunica á su colega del Distrito que el leproso escoja para vivir. El mismo médico está en la obligación de indicar al enfermo y á los que lo acompañan cuáles son las medidas que deben adoptar para evitar el contagio. Las habitaciones que hayan sido ocupadas por un leproso, deben desinfectarse antes de que las ocupe un individuo sano. A los leprosos á quienes sostiene la asistencia pública, si lo determina el médico, se les envía al hospital destinado para los leprosos, donde permanecen aislados. A los niños hijos de padres leprosos á quienes sostiene la asistencia pública, se les envía á otros establecimientos. El leprosorio islandés está situado en el islote de Longarnees, cerca de Reykiavik. Según dice Ehlers en 1904, desde que se puso en vigor la ley de 1898, el número de leprosos islandeses disminuyó en más de un cuarto.

En Francia la Sociedad de Patología Exótica emitió, como conclusión, en el presente año los siguientes conceptos:

“1.º Inscribir la lepra en el número de enfermedades cuya declaración es obligatoria en Francia.

“2.º Organizar una vigilancia discreta de los leprosos, excluirlos de las escuelas y separarlos del ejercicio de ciertas profesiones.

“3.º Hospitalizar en servicios especiales á los leprosos vagos ó mendigos.

“4.º Estimular la creación de sanatorios privados.

“5.º Tomar medidas rigurosas para detener los progresos de la lepra en las colonias.

“6.º Prohibir la entrada á Francia de los leprosos extranjeros.”

En Rusia es obligatorio el denuncia de la lepra como enfermedad contagiosa. Existen varios leprosorios, unos fundados por el Gobierno, otros por la iniciativa particular. Es permitido el aislamiento á domicilio, bajo la vigilancia de los médicos en individuos que comprueben contar con los medios suficientes que les permitan llevarlo á cabo con todo rigor. Existe además una Comisión encargada de determinar si el individuo se halla ó nó en condiciones de propagar la enfermedad, y encargada de examinar las condiciones pecuniarias del enfermo y de su familia.

El Ministro de Instrucción Pública de este país solicitó del Cuerpo Médico de Sanidad indicara si los hijos de leprosos podían frecuentar las escuelas primarias; la respuesta fue la siguiente:

“1.º Los hijos de padres leprosos, antes de ser admitidos en las escuelas, deben someterse á un examen médico, y se les permitirá el ingreso, siempre que no tengan ningún signo de lepra.

“2.º Estos niños estarán sometidos á la vigilancia médica, y tan pronto como presenten algún signo de lepra, serán retirados.”

En 1890 se constituyó una Sociedad para la lucha contra la lepra: *Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra*, de la cual fue iniciador von Wahl. Esta Sociedad fundó varios leprosorios, donde los enfermos se medicinan y se aíslan.

En Oreta, donde existen cerca de seiscientos leprosos, desde hace mucho tiempo se les tiene aislados en el islote de Spina Longa, situado en un lugar próximo á la costa septentrional de la grande isla. Cuando se promulgó la ley de aislamiento, cuatro leprosos se suicidaron, dos abandonaron el país, y el resto, sin gran resistencia, y después de un examen médico, se transportó en vapor al Lazareto.

En el Japón, según lo dice Uchino, Consejero médico del Ministerio de lo Interior, la ley en vigor desde 1907 obliga á los médicos á denunciar á las autoridades competentes los leprosos tratados por ellos. Los enfermos acomodados se aíslan á domicilio, bajo el *control* de la Policía Sanitaria. Los vestidos y demás objetos de uso de todo leproso, después de lavarlos, se someten á desinfección. Sólo en caso de absoluta necesidad se permite salir á uno de estos enfermos de su domicilio, y esto á condición de que sus vestidos estén muy limpios y de que sus úlceras estén cubiertas con una curación reciente. Les es prohibido entrar á los restaurantes, á los teatros, á los establecimientos balnearios, á las peluquerías, y de una manera general á los lugares públicos. Les está prohibido, igualmente, ejercer profesiones que puedan favorecer la diseminación de la enfermedad. En fin, no es permitido habitar un alojamiento donde haya vivido un leproso, ni usar ni vender la ropa ú objetos que hayan pertenecido al enfermo. La misma ley prohíbe la entrada de los leprosos extranjeros al territorio japonés.

Actualmente existe en cada una de las cinco Provincias de Tokio, Osaka, Aomori, Kagawa y Kumanoto un sanatorio, establecimientos que costaron al Tesoro Nacional la cantidad de novecientos mil yens. El de Kagawa está situado en una grande isla, y ocupa sesenta hectáreas. Cada uno de estos sanatorios está en capacidad de recibir hasta trescientos enfermos, que viven allí aislados.

Estima el conferencista que las condiciones en que se halla Agua de Dios no permiten el aislamiento, y hace el recuento de los elementos que allí faltan para realizarlo de un modo conveniente. No le satisfacen los hospitales, ni la provisión de aguas, ni la manera como los médicos cumplen sus deberes, ni el estado de las farmacias, etc. A todo esto le diremos

que vivimos en nuestra pobre Colombia, y que para realizar lo que hoy se ve en el Lazareto se han gastado mucho tiempo, mucho dinero, mucha constancia y abnegación. El Gobierno, por su parte, justo es confesarlo, no ha omitido sacrificio ninguno. Faltan, además, como *muy bien* lo hace notar, el *cinematógrafo y la luz eléctrica*, elementos que á nuestro pensar no son tan necesarios como á él le parece. Si lo fueran, no habrían podido aislar en Noruega á los leprosos en el año de 1856, cuando no se había descubierto el uno, ni era prácticamente realizable la otra.

La Comisión propuso suprimir la feria; al conferencista no le parece bien esta medida, y opina sí que los efectos que lleguen al Lazareto no deben salir. Tal parecer no es seguramente el nuestro, pues es de sentido común que no son los artículos que se llevan al expendio los que están expuestos al peligro del contagio, sino los vivanderos que los llevan. Al disponer que los efectos que lleguen á Agua de Dios no pueden salir de allí, queda de hecho suprimida la feria, pues ningún comerciante se someterá al precio que voluntariamente le fije el comprador, viéndose obligado ó á vender á menos precio ó á abandonar sus artículos. En esto no puede haber términos medios: ó se suprime la feria, que es lo más conveniente, ó se dejan las cosas tal como han seguido, y entonces estamos muy lejos del tan deseado aislamiento.

No se explica el conferencista cómo siendo nosotros partidarios del aislamiento en colonias, aconsejemos al Gobierno que no construya más casas de habitación, sino que aumente los pabellones en los hospitales. El Gobierno posee varias casas en el poblado, destinadas para alojar á los enfermos pobres. Nosotros no hemos aconsejado que se destruyan estas casas, sino que no se construyan más, porque creemos que es más fácil y mejor atender á los enfermos ya muy agravados en los hospitales, que diseminarlos, lo que dificulta el servicio médico y exige mayor número de enfermeros y de sirvientes. Nuestro informe aconseja que á los particulares que quieran construir sus casas debe permitírseles, siempre que se sometan á los planos que les señale la Junta Central de Higiene ó la Sección 6.^a del Ministerio de Gobierno. No existe pues contradicción ninguna.

No comenta el Decreto número 903 de 1910, que nosotros decimos contiene las medidas que es preciso adoptar. Quizá la firma de nuestro actual Presidente de la República, puesta al pie de tal documento, haya sido el baluarte que detuvo su acerada crítica.

“Es urgente el envío de un Cuerpo de Policía para establecer la vigilancia,” dijimos, lo que le parece cruel; centine las que vigilan una fortaleza, guardianes nocturnos que quitan á los desgraciados sus horas de reposo: todo esto es de crispar los nervios. No, señor; Agua de Dios no es fortaleza, ni tiene toso, ni puentes levadizos, ni almenas, ni rastrillos; está construído en campo abierto, y para establecer la vigilancia que

el conferencista supone, se necesitaría de todo el Ejército de la República. El aislamiento allí, aunque es forzoso según la ley, en la práctica es todavía facultativo. Cualquier enfermo puede hoy fugarse del Lazareto á la hora que lo estime conveniente, á pesar del Cuerpo de Policía que existe allí, que apenas es suficiente para impedir en la medida de lo posible la entrada de los sanos. Uno que otro burlará la vigilancia, pero no son ya los centenares que enantes penetraban, especialmente los días de feria.

La sublevación de algunos enfermos en meses pasados dice de un modo elocuente si estábamos ó nó en lo cierto al aconsejar que se estableciera un Cuerpo de Policía bien organizado. Tal vez ignore el conferencista que el Administrador y los médicos del Lazareto tuvieron que salir en fuga, perseguidos por los enfermos, y que la calma reina hoy allí desde que se han tomado las medidas que el orden y la disciplina aconsejan.

Hubiéramos leído con agrado un proyecto de reglamentación científica de los Lazaretos nacionales, escrito por el conferencista, al alcance de nuestros recursos, si es que la manera como hoy se administra se considera refiila con los sentimientos de caridad, á cuyo nombre se combate el aislamiento. Muy placentero nos sería poseer el conocimiento íntimo del tratamiento eficaz de la lepra, aquel que tan sorprendentes resultados da, según se dice, en manos del profesor alemán. Ya es tiempo de que el conferencista nos presente un caso siquiera de lepra de los cuatro mil que cuenta el país, curado por aquel maravilloso sistema. Algo tangible que caiga bajo los sentidos es lo que, hoy por hoy, solicitamos; no escritos ditirámbicos, que ningún alivio llevan á nuestros desgraciados hermanos.

Para terminar, pedimos perdón al muy amable lector que ha seguido estas mal trazadas líneas, cuyo principal objeto es contribuir á evitar que se extravíe el criterio en punto de profilaxis de la lepra; extravió perjudicial, porque puede llegar á ser un obstáculo para que el Gobierno lleve á feliz término la obra que ha emprendido para defender á la sociedad.

DR. MIGUEL CANALES,

Miembro de la Comisión encargada de visitar el Lazareto de Agua de Dios.

Bogotá, Diciembre 30 de 1911.

CIRUGIA EN CUCUTA

POR EL DOCTOR GERMÁN REYES R., DE LA FACULTAD DE BOGOTÁ Y DEL INSTITUTO COLONIAL DE PARÍS

Quiero llevar al conocimiento de la Academia Nacional de Medicina algunas observaciones quirúrgicas que juzgo intere-

santes, por si en ellas encuentra algo digno de anotarse, ó por si pudieren de algún modo contribuir al adelanto de la cirugía en los países calientes.

Todos sabemos los prejuicios que aún existen con respecto á la cirugía en los climas cálidos, en donde las complicaciones de todo género serían más de temer que en los climas fríos, no por falta de medios solamente, sino principalmente por un *no sé qué* que existiría en la atmósfera ó en otra parte de los primeros. Debido á esta creencia tan arraigada en los habitantes, la cirugía había permanecido en embrión en esta ciudad, pues si excluimos algunas laparatomías practicadas por el doctor Luis Cuervo Márquez y algunas tentativas desgraciadas por el doctor A. Araújo, nada se había hecho aún en este hermoso campo científico. Ha tocado pues al malogrado doctor Rafael Sarmiento Lleras, muerto prematuramente, y en quien pierde la cirugía en Santander un campeón, y al que estas páginas suscribe, luchar contra los prejuicios, é inaugurar, á riesgo de nuestra reputación, una época que será provechosa para los moradores de estas ardientes y hermosas regiones de Cúcuta.

Desgraciadamente aún nos faltan muchos elementos y aparatos de desinfección que no hemos logrado traer, y que nos prestarían reales servicios.

OBSERVACIÓN 1.ª

Señora de veintiocho años de edad. Constitución raquítica. Costurera.

Antecedentes hereditarios, sin importancia. Personales: paludismo, disentería. Seis partos normales.

Estado actual: es una mujer pequeña y enflaquecida, y de una palidez que denota un grado avanzado de anemia. Constipación tenaz. Hemorragias uterinas abundantes. A la palpación, nada se nota por la defensa muscular. A la inspección con el espéculo: vagina y vulva sin nada característico; cuello uterino desgarrado y abierto, que deja ver la mucosa inflamada, y un tapón adherente mucopurulento. Los fondos del saco están congestionados. Matriz, de ocho centímetros de longitud.

Al tacto combinado se notan dos tumores pequeños y remitentes colocados simétricamente en los ligamentos anchos. Su presión es dolorosa; su tamaño, el de un huevo de gallina.

Diagnóstico: metritis crónica hemorrágica con anexitis supurada.

Tratamiento: dadas las condiciones pecuniarias de la enferma y su profesión, que no le permitían un reposo prolongado, y la abundancia de la hemorragia, su anemia, etc., se decidió á practicar la Histerectomía subtotal y ovariectomía doble por la vía suprapubiana.

Operación: se practicó por el método ordinario, partiendo del ligamento ancho izquierdo. Nada de particular. Peritonización: sutura de la pared sin dejar mecha. Al examen de la pieza se encontraron dos pequeños quistes en vía de desarro

llo, uno en el ligamento y otro en el ovario derecho. Consecuencias postoperatorias, normales.

La temperatura no pasó de 37 grados, y el pulso de 90 por minuto.

Al cuarto día la enferma presentó dolores de estómago, que nos alarmaron, meteorismo y malestar. Un purgante no produjo efecto, como le acontecía de ordinario. En vista de la localización de los dolores y sus caracteres particulares, creímos se trataba de una obstrucción por materias fecales. Aplicámos una sonda rectal y lavados con el *bok*, y todo desapareció con una gran deposición.

No hubo otra complicación, y la enferma se levantó el día 21. Su estado actual es admirable. Tiene un año de operada.

OBSERVACIÓN 2.ª

Mujer de veinticuatro años. Buena constitución. Casada y dedicada á oficios caseros. Antecedentes hereditarios: nulos. Personales, dos partos. Aplicación del forceps en el primero, motivada por la prolongación del trabajo.

Estado actual: bien conformada. Se queja de encontrarse siempre mojada, pues no puede detener la orina, que sale por otro conducto.

Al examen se encuentra una fístula véscicovaginal, á unos cuatro centímetros del meato, y del tamaño de una moneda de un real.

Tratamiento quirúrgico. Se practicó la operación con raquiestovainización, siendo la primera vez que se empleó tal procedimiento en estos valles.

Diseción y sutura de las dos paredes vesical y vaginal, con invaginación de un círculo de mucosa vaginal. Sonda durante seis días, y lavados vesicales, tres diarios. Resultados satisfactorios, aunque no curación completa. La fístula quedó reducida á un orificio muy pequeño, pero que aún deja escapar la orina solamente cuando la paciente está sentada.

OBSERVACIÓN 3.ª

Mujer de treinta y cinco años. Bien conformada. Antecedentes, sin importancia. Personales, tres partos normales, paldudismo.

Estado actual: hemorragias uterinas, dolores de vientre, flujo uterino amarilloverdoso.

Con el espéculo entreabierto se observa: mucosa inflamada, hocico muy largo y congestionado y como de tres centímetros de diámetro.

Al tacto, nada anormal hacia los anexos.

Diagnóstico: metritis hemorrágica con hipertrofia del cuello.

Tratamiento: curetaje y amputación del cuello.

Operación: se llevó á cabo con la raquiestovainización.

Resultados, magníficos.

OBSERVACIÓN 4.ª

Mujer robusta, de unos treinta y cinco años. Antecedentes hereditarios, sin importancia. Personales, cuatro partos normales; desde hace un año, hemorragias vaginales abundantes y dolores, flujo purulento abundante.

Estado actual: de buena estatura y robusta, aunque pálida; dolores de espalda y de vientre; malas digestiones; calambres en las pantorrillas; inapetencia; vómitos; menstruaciones cada quince días, y de ocho á diez de duración; sangre coagulada; ataques histéricos.

Al examen manual se encuentra un tumor uterino del tamaño de una naranja, liso y duro.

Diagnóstico: fibroma uterino.

Tratamiento: quirúrgico por la vía vaginal por varias causas, como ser mujer grasa y haber temor de mala cicatriz, así como por el tamaño y movilidad del tumor.

Se practicaron la histerectomía total y la ovariectomía doble, en atención á la histeria. Anestesia con cloroformo.

Resultados admirables. Ninguna complicación. La enferma se levantó 20 días después de operada.

OBSERVACIÓN 5.ª

Mujer de cuarenta años, muy enflaquecida. Antecedentes personales: seis partos normales; al séptimo, retención de la placenta; tentativa de extracción por tracción, hecha por una partera; inversión uterina completa; reducción manual y extracción de la placenta. Curación. Octavo embarazo: muerte del feto al cuarto mes; aplicación del globo mediano de Ohau petier y aborto de un feto en putrefacción. Antecedentes sífilíticos; estado consecutivo, malo. Hemorragias, dolores, anemia muy marcada.

Al examen, nada se halló hacia los anexos. Hay un flujo sanguinolento, abundante, continuo y de mal olor. Hemorragias al pasar el histerómetro.

Diagnóstico: cáncer ó sífilis de la matriz.

Tratamiento: específico, fuera del tratamiento local. Resultados, nulos. Estado general, cada día peor.

Tratamiento quirúrgico por la vía vaginal y con raquetovainización; histerectomía. Curación.

Al examen de la pieza, ulceraciones del fondo de la matriz, de origen canceroso muy probablemente.

La enferma se levantó al décimoquinto día.

OBSERVACIÓN 6.ª

Mujer bien conformada, de treinta años de edad.

Sin antecedentes hereditario. Es nulípara.

Estado actual: hemorragias uterinas, flujo purulento. Al

examen se encuentra un gran tumor del cuerpo del útero, móvil, duro y liso.

Diagnóstico: fibroma uterino.

Tratamiento: histerectomía subtotal suprapubiana.

Operación relativamente, fácil por la falta de adherencias.

Consecuencias, normales, salvo la supuración de un punto de sutura.

La enferma se levantó el día 25.

Al examen de la pieza se encontraron ocho fibromas pequeños y uno grande, de peso total de dos libras.

OBSERVACIÓN 7.^a

Mujer de diez y nueve años, alta y flaca

Antecedentes personales: hace dos años tuvo un parto con retención placentaria. Tentativa de extracción por tracción del cordón, é inversión uterina. Tratamiento, sin resultado.

Estado actual: enferma en un grado de anemia profundo; ya no puede caminar; fiebres palúdicas continuas.

Al examen: inversión uterina tan completa, que las paredes uterinas se continúan sin interrupción con las vaginales, es decir, no hay anillo constrictor. Esta enferma ha estado sometida á varios tratamientos lentos, sin resultado.

Operación: tentativa inútil de reducción sangrienta por el método de Kustner, por el cloroformo; histerectomía vaginal; incisión mediana del fondo del útero completando la posterior hecha primero; ligadura en los ligamentos anchos dentro de la matriz, pues la relaciones estaban perdidas. Durante este tiempo hubo una hemorragia inquietante, no tanto por la abundancia, como por la anemia anterior de la enferma. Esta hemorragia provenía de los vasos de las muchas adherencias. Sutura en masa de ellas y hemostasis consiguiente.

Consecuencias: la fiebre, que había desaparecido antes de la operación, por la administración de la quinina se volvió á presentar desde ese mismo día, y siguió con alternativas durante veinte días, sin que del lado del vientre se notara algo anormal. Al fin cedió á las inyecciones del formiato de quinina. La enferma se levantó al mes y medio, y hoy está inconocible, después de nueve meses de operada.

OBSERVACIÓN 8.^a

Hombre de veintiocho años de edad. Soltero. Sin profesión determinada.

Antecedentes personales: hace ocho años viene sufriendo de malas digestiones. Ha seguido infinidad de tratamientos médicos, sin resultado; antes bien, nota que su enfermedad se agrava día por día. Hace días tiene eructos, dolores, vómitos continuos; tales son sus síntomas.

Estado actual: estado general, malísimo. Es un esqueleto ambulante. Los síntomas anotados, agravados. El vómito no

lo deja: es alimenticio solamente. Tiene un gran apetito, pero arroja todo al cabo de dos horas, ó más, lo que le alivia considerablemente. Trae el diagnóstico de enfermedad de Riche-
mand. En Oaraças le lavaron el estómago y lo aliviaron un poco.

Al examen se nota y se palpa en el epigastrio un tumor duro resistente ó indoloro. En el vómito se encuentran las materias ingeridas muchos días antes.

Diagnóstico: estenosis del píloro, de origen intrínseco.

Tratamiento: laparatomía exploradora y operación en consecuencia.

Operación: á la abertura del vientre se encuentra un tumor duro, que no es otro que el píloro, rodeado de adherencias, de tal modo, que no se puede saber nada. En tal virtud, y dado el estado del enfermo, no nos detenemos á explorar largo tiempo, y nos decidimos por la gastroenteroctomía trasmesocólica posterior, que es practicada en hora y media. Es de notarse el estado de atrofia del colon transverso, cuyo volumen no era mayor que el del intestino delgado.

Consecuencias: el shock posoperatorio es violento; el enfermo no despierta sino cinco horas después, y eso por las inyecciones de suero artificial calientes. Vuelve al fin en sí y pronuncia algunas palabras. Hace que se le refiera lo que le han hecho, y va cayendo poco á poco en agonía.

Muere á las veinte horas, sin fenómenos de peritonismo.

OBSERVACIÓN 9.ª

Hombre de cuarenta años. Negociante. Viaja continuamente á caballo.

Antecedentes: paludismo, disentería, alcoholismo crónico; vida, desarreglada.

Estado actual: hace cinco meses tiene una disentería que ha dado lugar á una diarrea continua; dolor en el hipocondrio derecho, y temperatura de 38 á 39 grados todas las tardes; enflaquecimiento marcadísimo; en el hipocondrio derecho se nota una gran tumefacción; la respiración es acelerada; el pulso, pequeño y rápido. Se le propone y se le practica una punción exploradora del hígado: extracción de una pequeña cantidad de pus color de chocolate.

Diagnóstico: absceso del hígado, como complicación y consecuencia de una disentería amibiana.

Operación: se practica haciendo la resección de una porción de la octava costilla, al nivel de la línea axilar anterior, y en una extensión de unos ocho centímetros. Se abre la cavidad por la mitad del periostio de dicho hueso, se rechaza la pleura hacia arriba con el dedo y se llega al diafragma, que es abierto fácilmente con la uña, al nivel de un punto saliente y fluctuante. Se extrae algo más de dos litros de pus, sin olor y de color de chocolate. Se hace el curetaje de la cavidad del absceso, y se colocan dos gruesos drenes. El enfermo vuelve en sí al cabo

de media hora. Todo esto, examen, punción y operación, se han practicado en el espacio de tres horas. El enfermo queda á cargo de un practicante, pues no vive en Cúcuta sino en una población vecina.

Vuelvo á verlo al cabo de dos meses, y no lo conocía, tal es su estado de gordura y buen semblante. La cicatriz es perfecta, y su estado actual no deja que desear. Come de todo y bebe como antes.

OBSERVACIÓN 10

Mujer de treinta y tres años de edad, muy robusta.

Antecedentes personales: un parto hace cinco meses, con retención placentaria; extracción manual. Desde entonces tiene flujo sanguinolento y fétido. Como vive en el campo, no tenía más tratamiento que lavados vaginales con permanganato de potasa.

Estado actual: ha enflaquecido bastante; dolores fuertes del bajo vientre; flujo abundante. Al examen se nota un tumor que llega al ombligo, duro, liso, doloroso. El flujo es muy fétido; los anexos están intactos; el tumor tiene una forma lanceolada ó fusiforme, es decir, que es más delgado en sus extremidades.

Diagnóstico: residuoma maligno.

Tratamiento quirúrgico, por la vía alta.

Operación: no había adherencias; al lado del tumor principal había tres pequeños, duros. Se practicó la histerectomía subtotal, dejando los anexos.

Consecuencias felices. Se diría que á la tal mujer no se le había hecho nada.

Al examen del tumor se completó el diagnóstico; el tumor principal era la matriz aumentada considerablemente de volumen. Se abrió, y se encontró dentro una sustancia gris de tierra, que forma como estalactitas. Los tumores pequeños son fibromas. Se trata pues de un residuoma maligno en una matriz fibromatosa. La pieza se conserva á sus órdenes.

La enferma se levantó á los veinte días, y está perfectamente bien.

OBSERVACIÓN 11

Joven de quince años. Mecánico.

Hace días tiene un fuerte dolor al nivel del punto de Mac Burney; vómito, escalofrío, fiebre, tumor al nivel del punto doloroso, diarrea. Se le ha estado tratando como hepatitis, con purgantes, etc. etc.

Diagnóstico: apendicitis supurada. El mismo día se practica la abertura del absceso y se drena. El enfermo sanó al mes.

OBSERVACIÓN 12

Hombre de setenta y cinco años de edad.

Asmático tenido por cardíaco; arterioescleroso. Hace tres días tiene una retención de orina. Se le sondea No hay

estrechez. Continúa la retención, á pesar de los lavados, baños de asiento, cataplasmas emolientes, etc. etc.

Al examen se nota una hipertrofia de la próstata. Se le continúa lavando y sondeando sin que se note mejoría. Al tercer día la uretra es muy sensible. Hay hemorragias con el cateterismo; escalofrío violento y fiebre de cuarenta grados. Se continúa el mismo tratamiento. Segundo escalofrío más fuerte. No aguantaba una sonda permanente.

Tratamiento quirúrgico: practicámos la sistotomía suprapubiana, y nos contentamos con eso, dado el estado del enfermo. La fiebre desapareció, y el estado general mejora.

Como resultado le hemos dejado una fístula, y así partió para Caracas.

OBSERVACIÓN 13

En días pasados fui llamado para ayudar á una mujer que daba á luz. El parto se presentó de pies, y marchó bien hasta el último momento. Una vez salido el cuerpo, la cabeza quedó detenida, y la partera, ignorante, se contentó con tirar en línea recta, haciendo girar el cuerpo del feto.

A mi llegada encuentro en tal estado á la paciente. Me apresto para extraer la cabeza por la maniobra de Mauriceau Pinard, y no puedo alcanzar la boca, que está detrás del pubis. La matriz está como contracturada sobre ella. No hay modo de hacerla variar de lugar, y me veo en la necesidad de practicar la cefalotripsia con la cabeza última y sin degollar el feto. La punción la practico por el orificio occipital, y tengo la fortuna de extraer la cabeza sin daño para la madre, quien al cabo de quince días se levanta sin haber presentado complicación. Esta operación la practiqué sin más ayuda que la de una vieja.

OBSERVACIÓN 14

Mujer de veintiocho años, buena constitución.

Antecedentes: partos normales, tres. En el último hubo una desgarradura casi completa del periné. Al poco tiempo empezó á mostrarse la cístocoele, y después la rectocoele, y la matriz empezó á descender, sin que el cuello se alargara gran cosa.

Estado actual: el prolapsó uterino es completo ya, sobre todo en la posición de pie; en la posición horizontal no se produce mientras no hay esfuerzo, pero á la menor cosa sale inmediatamente. El útero ha perdido pues su derecho de domicilio. A la vez existen una inflamación crónica y hemorragias copiosas. Hay ulceraciones, debido indudablemente al roce constante con la ropa, etc.

Tratamiento: en tal estado resolvimos practicar la histerectemía vaginal, sin detenernos á hacer operaciones paliativas, inútiles en semejantes casos. La operación se llevó á efecto en hora y media, pues la colporraxia anterior fue muy laboriosa, debido á las ulceraciones y al tamaño del órgano prolap

sado. La vejiga quedó casi por completo desnuda. Después de las suturas vaginales se pusieron puntos separados del corte vaginal al peritoneo vesical y al recto, para evitar nuevamente el prolapso de dicho órgano. Curación.

OBSERVACIÓN 15

Niña de seis meses de edad. Prematura.

Presenta una hernia umbilical muy grande, y se ve aumentar diariamente, á pesar de aparatos contentivos.

Tratamiento: cura radical. La cloroformización fue extremadamente fácil. A la segunda inspiración se durmió sin presentar agitación de ninguna especie. La operación duró una hora. Curación.

OBSERVACIONES 16 Y 17

La primera se refiere á una histerectomía vaginal en una mujer de cuarenta y seis años, á causa de una metritis crónica hemorrágica que no cedió á otros tratamientos. En esta enferma se dejaron los clamps cuarenta y ocho horas, y al quitarlos hubo una hemorragia más impresionante que seria. La enferma se levantó á los veintidós días.

La segunda se refiere á una mujer de ochenta años, con un prolapso completo de la matriz. Se le practicaron las colporrafias anterior y posterior, que no dieron resultado. No pudiéndose practicar la histeropepsia, por el enorme volumen del vientre, la gran cantidad de grasa y el miedo á la operación, se tabicaron la vagina y la vulva, dejando solamente tres pequeños orificios. La enferma continuó bien y entregada á sus ocupaciones.

Todas estas operaciones han sido practicadas en compañía de mi lamentado amigo doctor Rafael Sarmiento Lleras, salvo la del absceso hepático, en la cual fui ayudado por el doctor Alberto Camilo Suárez. El cloroformo ha sido dado por el doctor Sergio T. Monroy.

No me he detenido á dar fechas y á detallar bien las observaciones, por no hacerme demasiado prolijo.

La primera fue practicada en 1910, pues sólo hace quince días que me encuentro por segunda vez en Cúcuta.

Tales son las observaciones que quería relataros. Toca ahora á vosotros evaluar su mérito, si lo tienen, y sacar las conclusiones que creáis se desprenden de ellas.

Yo me limito á hacerlos presente que fué de un caso desgraciado, y el cual no se puede imputar á la influencia mala del clima, todos los restantes son para animar á los más desalentados en la cirugía de los países calientes.

Soy de los honorables miembros de la Academia atento servidor,

GERMÁN REYES R.

De la Facultad de Bogotá y del Instituto
Colonial de la Universidad de París

INFORME

SOBRE LAS OBSERVACIONES QUIRÚRGICAS DEL DOCTOR GERMÁN REYES R.

En cumplimiento de la comisión que en sesiones pasadas tuvo á bien encomendarme el señor Presidente de esta docta corporación, rindo hoy informe sobre las interesantes observaciones presentadas por el joven y distinguido cirujano señor doctor Germán Reyes R.

Vienen las observaciones quirúrgicas del doctor Reyes á demostrar con los hechos que debe abandonarse el prejuicio de que las intervenciones quirúrgicas y las consecuencias operatorias tienen mayor gravedad en nuestros climas cálidos que en nuestros climas fríos. Este temor á las intervenciones quirúrgicas había sido la causa de que en Oúcuta se hubiera abandonado por completo la cirugía abdominal, después de los brillantes resultados obtenidos en varias laparotomías, en época ya lejana, por el señor doctor Luis Cuervo Márquez.

Le ha tocado al doctor Reyes, luchando con grades dificultades y aún á riesgo de su misma reputación, como él lo afirma, establecer de nuevo la cirugía en Oúcuta.

Compañero de labores del doctor Reyes fue el malogrado joven doctor Rafael Sarmiento Lleras, cuya muerte prematura hemos lamentado profesores y amigos, que conocedores de su habilidad quirúrgica y de sus capacidades, le habíamos augurado una carrera distinguida.

Diez y siete observaciones, á cual más interesantes, forman el trabajo que analizamos. Encontramos entre ellas histerectomías abdominales y vaginales para distintas clases de lesiones, siendo particularmente dignas de mención las practicadas en dos casos de inversión uterina. En dos de las histerectomías vaginales hubo hemorragia, en la una durante el acto operatorio, y en la otra al cabo de cuarenta y ocho horas, al retirar los clamps; en ambos casos este accidente fue fácilmente remediado.

Anotamos también una gastroenterostomía posterior transmesocólica para un carcinoma del píloro, y operaciones para una hernia umbilical, para una fistula vesicovaginal, para un absceso hepático; una apendicectomía, una cistostomía suprapubiana, y en fin, una cefalotripsia con la cabeza última.

La anestesia se practicó en tres ocasiones por la raquies-tovainización: la primera en la fistula vesicovaginal, la segunda en una amputación del cuello uterino, y la última en una histerectomía vaginal. En todos los casos la anestesia fue satisfactoria.

Los resultados operatorios en las observaciones del doctor Reyes son excelentes; sólo ha habido un caso de muerte: el del enfermo operado para el cáncer del píloro; pero hay que tener presente que se trataba de un enfermo muy agotado.

Para terminar, señores académicos, tengo el honor de someter á vuestra consideración las siguientes proposiciones:

1.ª La Academia Nacional de Medicina da un voto de aplauso al señor doctor Germán Reyes R. por sus trabajos quirúrgicos en la ciudad de Cúcuta.

2.ª La Academia Nacional de Medicina nombra su socio corresponsal al doctor Reyes.

3.ª Publíquese el trabajo del doctor Reyes en la *Revista Médica*, órgano de esta corporación.

Señores académicos.

R. UCRÓS

La Academia aprobó por unanimidad estas proposiciones, y dispuso que se publicara también el informe de la Comisión.

TRICOCEFALOS Y BALANTIDIUMS

OBSERVACIÓN DEL DOCTOR CARLOS AGUIRRE PLATA (DE HONDA)

Demetrio Martín, natural de Salamanca (España). Edad, treinta y seis años; casado; hijo de padres artríticos. Los antecedentes personales no tienen importancia con el caso que nos ocupa. Tuvo una fiebre amarilla en el Uruguay; en Río de Janeiro, peste bubónica, y pulmonía en Bogotá, hace cinco años. Hace año y medio tuvo fiebres palúdicas tercianas, por espacio de dos meses.

Durante dos días, hace dos meses, estuvo trabajando en el agua, en la mina de *Guarinó*, región esencialmente palúdica, situada en las márgenes del río Magdalena, á pocas horas del puerto de *La Dorada*; con ese motivo principió á sentir escalofríos, como de la invasión de una fiebre, la cual apareció luego durante tres días consecutivos, y desapareció con una preparación de quinina.

Al siguiente día de la desaparición de la fiebre experimentó una plenitud del vientre, *ocupación del estómago*, como dice el enfermo, con sensación dolorosa profunda en el vientre. Lengua saburral, anorexia y cefalalgia moderada, fenómenos todos ellos que el enfermo atribuía á los accesos febriles.

Como el dolor en el vientre aumentase hasta hacerse intolerable, el paciente resolvió abandonar la región en busca de recursos médicos.

El dolor principiaba por el flanco derecho y pasaba al flanco izquierdo. *Me retorcian las tripas*, dice el paciente.

Hasta ese entonces hacía deposiciones duras pero frecuentes, con lo cual sentía alivio. El dolor era continuo, diurno y nocturno, con exacerbaciones variables en su duración y tiempo de aparición.

Algún colega, que por entonces lo examinó, le prescribió un purgante y unas cápsulas con quinina asociada á un analgésico, medicación que no dio ningún buen resultado.

Cinco días después de haber suspendido la medicación anterior principió á hacer deposiciones frecuentes, de día y de noche, siete ú ocho diarias, y otras tantas en la noche, de muy mal olor, en poca cantidad, con fragmentos sólidos, mucosidades y tenesmo. En este estado permaneció diez días antes de venir á mi consulta. Expulsaba muchos gases fétidos por el ano, y con esto experimentaba alivio.

El color de las deposiciones era verde en algunas y amarillo en otras, *pegajosas*.

Dos días seguidos hizo deposiciones negras, que el enfermo compara al color del café tinto, claro; *gelatinosas*, es la palabra que emplea el enfermo. Tuvo eructos, que le sabían á un gas azufrado.

No tenía sueño. La orina era de color oscuro. Experimentaba sensación de cansancio en las caderas, rodillas y tobillos.

Estado actual: flaco, piel amarilla, seca, fría, con ercción en los folículos pilosos.

Ojos hundidos, pupilas dilatadas; facies que expresan dolor; mucosas pálidas; labios pálidos y secos; lengua ligeramente sucia en el centro, roja en los bordes, húmeda; bazo grande, llega al nivel de una línea horizontal trazada al nivel del ombligo; hígado grande también, y doloroso á la presión; las fosas ilíacas, derecha é izquierda, sensibles á la presión; dolor generalizado y espontáneo en todo el vientre. Deposiciones horriblemente fétidas, amarillo-oscuro, frecuentes.

Hecho el examen coprológico se encontraron en cada campo microscópico grandes cantidades de *balantidium*s y huevos de *tricocéfalos*.

El examen hematológico y clínico nos enseñó, además, que tratábamos á un palúdico crónico, pero dedicamos toda nuestra atención á los fenómenos que pudieran ser debidos á los *balantidium*s y *tricocéfalos*.

Como ignorásemos el tratamiento que debiera adoptarse en los casos de la asociación de estos dos últimos agentes morbosos, y dudásemos también si la sintomatología presente se debía á los *balantidium*s ó á los *tricocéfalos*, consultámos el *Tratado de parasitología humana* de Verdurum, quien dice, tratando de la disentería producida por *balantidium*s, que "debe tratarse como las otras disenterías y diarreas graves."

Tenemos la creencia de que el *tricocéfalo* produce estados morbosos, que no por no estar bien definidos, dejen de ser ciertos ó sospechables por lo menos, aunque algunos autores de nombradía no lo crean así; y como al *balantidium colí* sí se le atribuye una forma de disentería, en esta vacilación resolvimos optar por tratar las turbaciones gastrointestinales como debidas todas á los *balantidium*s exclusivamente, y hacer caso omiso de los *tricocéfalos*, por el momento.

Al efecto, con la opinión de Verdurum citada, resolvimos

tratar á nuestro paciente como afectado de una diarrea grave, y prescribimos, en consecuencia, unas cucharadas con una infusión de raíz de ipecacuana y sulfato de soda; régimen lácteo y lavados intestinales con agua caliente.

Como el enfermo no mejoraba después de varios días de este tratamiento, pensámos tratar los *tricocefalos* por el jugo lechoso del higuerón, tarea que nos hemos impuesto en una serie de observaciones que tenemos recogidas, y tratar á los individuos que tengan *tricocefalos* por dicho agente medicinal.

Le suministrámos cincuenta gramos de jugo lechoso de higuerón conjuntamente con el régimen dietético apropiado, y suprimimos toda otra medicación, inclusive los lavados intestinales.

El primer fenómeno favorable que obtuvimos fue la sedación del dolor, merced á la cual el enfermo durmió esa noche tres ó cuatro horas tranquilo.

Las deposiciones continuaron igualmente fétidas y numerosas, y arrojó grandes cantidades de *tricocefalos*. Al tercer día repetimos la dosis de higuerón: el enfermo se sintió más fuerte, desapareció el dolor en la piernas y tuvo más apetito. Arrojó igual cantidad de *tricocefalos*, y desapareció en absoluto el dolor espontáneo del vientre.

Repetimos tres veces la administración de higuerón: en las dos últimas veces el enfermo no arrojó ya *tricocefalos*, y practicado nuevamente el examen coprológico microscópico, no encontramos *balantidium*s ni huevos de *tricocefalos*.

Actualmente el enfermo dice que sólo experimenta la sensación de pesantez estomacal, de plenitud, que produce la ingestión de gran cantidad de alimentos. El vientre puede palpase sin que experimente dolor. Hace tres deposiciones diarias, de consistencia de una papilla, amarilla y de olor natural.

Experimenta flatulencias y malestar inmediatamente que toma algun alimento, fenómenos que desaparecen al expulsar gases por el ano ó al hacer una deposición.

Tratamos ahora el paludismo del enfermo con inyecciones hipodérmicas de arrenal, quinina y hierro, y le aconsejamos el cambio de clima.

CARLOS AGUIRRE PLATA

Honda, Octubre de 1911.



NECROLOGIA

EL DOCTOR MARCO A. IRIARTE

Ha muerto en esta ciudad el ilustrado médico señor doctor **MARCO A. IRIARTE**, después de sufrir aquí la enfermedad que lo obligó á dejar su ciudad natal, donde ejerció por largo tiempo su profesión y dejó el imperecedero recuerdo de cuarenta y cinco años consagrados á servirle á la sociedad, no solamente como médico solícito y caritativo, sino como utilísimo ciudadano desde que hubo dejado los claustros del colegio, donde quedó la memorable huella de su consagración al cumplimiento del deber, que supo llenar observando siempre la correcta conducta que fue como el sello de toda su vida, y dirigiendo sus especiales aptitudes y su clara inteligencia á adquirir los conocimientos necesarios para terminar su carrera de la brillante manera como logró hacerlo.

Recibió el doctor **M. A. IRIARTE** su título después de serios estudios, en el último año que tuvo de existencia independiente la Escuela de Medicina que en el Hospital de San Juan de Dios fundaron Vargas Reyes y Pardo, Vargas Vega y Zerda, Barreto y Medina, y otros sabios Profesores que prestaron á la Patria el impagable servicio de organizar y dirigir inteligentemente los estudios médicos, interrumpidos por una de las más largas y cruentas guerras civiles que nos han azotado; Escuela memorable que hizo voluntariamente el sacrificio de su autonomía para contribuir con generosidad y patriotismo á la fundación de la Universidad Nacional, no sin dejar una brillante cabellera de discípulos que, como el doctor **IRIARTE**, supieron reflejar sobre ella la luz de sus merecimientos, de su abnegación y de sus virtudes.

Sobresalían en el doctor **IRIARTE** las dotes del verdadero clínico, que lo colocaron muy pronto en una elevada posición médica y le atrajeron la estimación de sus amigos y el respeto de sus colegas. Además de ser un observador juicioso y delicado, su carácter benévolo lo conducía al examen atento del enfermo, sin hacer diferencia alguna entre el rico y el pobre, guiado tan sólo por el deseo de servir á la ciencia, que es celosa de sus fueros, y á la humanidad, que nos exige, con razón, cumplir el deber que nos hemos impuesto. Al mismo tiempo que cuidando con excepcional desinterés su numerosa clientela, atendía activamente á su profesión y dirigía sus trabajos agrícolas, consagraba gran parte de su tiempo al estudio, de tal suerte que siempre estuvo al corriente de los adelantos de la ciencia de su predilección. Mejor se sabrá estimar el mérito de su labor, nunca interrumpida, al considerar cuántas más dificultades que hoy tenían que vencer en épocas anteriores

quienes se dedicaban al estudio y ejercicio de la medicina. A pesar de sus múltiples ocupaciones, fue el doctor IRIARTE co-laborador de los periódicos de medicina, y su pluma dejó escritos importantes sobre enteritis de los países cálidos, sobre paludismo y sobre lepra. También publicó un estudio relativo á la *otoba* y á sus propiedades terapéuticas.

Fue en el año de 1893 cuando conocimos al doctor IRIARTE. La Academia Nacional de Medicina había convocado el primer Congreso Nacional de Medicina que se reunió en esta capital el 20 de Julio de ese año. El doctor IRIARTE, atento siempre al reclamo de la ciencia, fue de los primeros que se inscribieron en la lista del Congreso y que ofrecieron su apoyo moral y material. En las sesiones dedicadas á la patología médica discutíase sobre el paludismo; la discusión promovida por el ilustre doctor J. D. de Carrasquilla tenía grande importancia, como era natural, dado que era ésta la primera vez que se trataba con tanto interés del estudio de una endemia de nuestras más ricas regiones, aprovechando el concurso de médicos que nos traían luz de diversas comarcas del país. En una de esas sesiones presentó el doctor IRIARTE un trabajo que llamó la atención por la sobriedad y claridad del estilo, la profundidad del concepto y la importancia de las observaciones del autor. El ilustrado médico hizo notar la importancia decisiva que tiene el diagnóstico diferencial entre la fiebre amarilla y ciertas formas del paludismo, comunes en nuestras tierras calientes, de las cuales presentó un cuadro clínico fundado en numerosos casos que él había observado, y propuso que el Congreso médico pidiera al Gobierno fundara laboratorios en ciertas poblaciones importantes de nuestros climas cálidos, aunque no se les dotara por entonces sino de los elementos indispensables para hacer ese diagnóstico y suministrar al médico datos preciosos para el tratamiento. Tan importante y previsiva indicación fue acogida por el Congreso citado. Han transcurrido diez y nueve años desde entonces, y no obstante la reiterativa solicitud del Cuerpo Médico, aún no se ha dado un solo paso para satisfacer esta necesidad, cada día más imperiosa.

Presentamos nuestro sincero pésame á la familia del doctor IRIARTE, y especialmente á su hijo el doctor Marco A. Iriarte O., distinguido colega nuestro, quien ha sabido seguir la senda que le señaló su padre, y muy joven todavía, ha conquistado en esta ciudad una posición social y científica tan merecida como honrosa.

P. G. M.

Diciembre de 1911

CUADRO de la mortalidad en Bogotá en el mes de Junio de 1911

ENFERMEDADES	HOMBRES	MUJERES	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	SAN PEDRO	LAS NIEVES	LAS CRUCES	LAS AGUAS	SAN VICTORINO	SAN PABLO	SANTA BÁRBARA	EGIPTO	CHAPINERO	H. CARIDAD	ALISOS	ASILOS	HOSPICIO	H. DE LA MCORDIA.	SE IGNORA
Fiebre tifoidea	29	20	2	3	54	3	7	4	2	7	2	..	..	3	25	..	..	..	1	..
Viruela	..	..	1	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..
Tos convulsa	..	..	2	1	3	..	..	..	1	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Difteria	..	..	1	2	3	..	..	..	..	1	..	1	1	..	..	..	..	..	..	..
Gripe	..	..	..	1	2	..	..	..	1	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..
Disentería	..	1	2	..	3	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..
Tuberculosis pulmonar.	5	8	..	..	14	2	1	..	2	..	..	1	..	1	6	..	1	..	..	..
Tuberculosis abdominal.	3	3	..	..	6	..	..	..	..	..	..	..	..	..	6	..	..	..	..	..
Sífilis	1	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..
Cáncer de la cabeza.	2	2	..	1	5	..	1	..	..	1	..	..	..	..	2	..	..	..	..	..
Cáncer del estómago y el hígado.	2	2	..	..	4	..	..	..	1	1	..	..	..	..	2	..	..	..	..	..
Cáncer del útero	..	3	..	..	3	..	1	..	1	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..
Leucemia	..	..	1	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..
Clorosis	..	1	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..
Anemia tropical	2	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..	..	..
Alcoholismo	1	4	..	..	5	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4	..	..	..
Meningitis	..	1	2	2	5	..	..	3	..	..	..	..	1	..	1	..	..	..	..	..
Mielitis	1	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..
Hemorragia y reblandecimiento cerebral.	2	4	..	..	6	..	1	..	..	1	2	..	..	..	1	..	1	..	..	..
Hemorragia vulvar	1	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Parálisis general	1	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Endocarditis	1	1	..	..	2	..	..	..	1	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Lesiones valvulares mitrales	2	9	..	..	11	1	12	1	..	..	3	..	1	1	..	1	..	1	..	..
Aneurismas arteriales	2	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	1	..	1	..	..	..	..	..
Arterioesclerosis	1	3	..	..	4	..	..	..	1	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..
Bronquitis	..	7	2	9	..	1	1	2	1	1	1	2	..	2	..	..	..	..	..	..
Bronconeumonía	2	4	17	15	38	2	5	6	9	6	2	4	2	2	..	..	..	..	..	..
Neumonía	2	5	7	8	22	1	1	3	3	4	..	3	3	1	3	..	..	..	..	..
Enfisema pulmonar.	..	1	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..
Congestión pulmonar	1	2	4	1	8	..	3	..	1	1	..	1	..	..	2	..	..	..	..	..
Gangrena de la boca.	..	1	1	2	4	..	..	..	..	1	..	..	..	..	1	..	..	..	2	..
Gastroenteritis (menores de dos años)	..	..	10	12	22	..	4	5	4	2	..	3	3	1	..	..	..	..	..	..
Gastroenteritis (mayores de dos años)	1	2	..	1	4	1	..	..	..	2	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..
Úlcera del estómago.	1	..	..	..	1	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Hernia estrangulada	..	1	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..
Hepatitis	..	1	..	..	1	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Cirrosis atrófica	3	..	..	..	3	..	2	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Peritonitis	..	1	2	..	3	..	2	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..
Pasan	66	81	58	53	258	11	32	24	30	31	9	20	15	11	58	1	11	..	2	..

ENFERMEDADES																					
	HOMBRES	MUJERES	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	SAN PEDRO	LAS NIEVES	LAS CRUCES	LAS AGUAS	SAN VICTORINO	SAN PABLO	SANTA BÁRBARA	EGIPTO	CHAPINERO	H. CARIDAD	ALISOS	ASILOS	HOSPICIO	H. DE LA MCORDIA.	SE IGNORA	
Vienen	66	81	58	53	258	11	32	24	30	31	9	20	15	11	58	1	11			2	
Nefritis	1	1		2	4		1		1			1		1							
Mal de Bright .. .	4	6			10					1	1	1	1		5						
Septisemia puerperal.		2			2							1			1						
Eclampsia puerperal.		1			1					1											
Hemorragia post parto		1			1		1								1						
Debilidad congénita..			2	7	9		3	3					2		1						
Asfixia de los recién nacidos			1	2	3			1		1				1							
Debilidad senil		1			1							1									
Fractura del cráneo	1				1										1						
Herida del muslo ...	1				1		1														
Intoxicación por el solimán		1			1										1						
Asfixia por submersión			1		1									1							
Nacidos muertos ...			13	8	21	2	1	4	2	3	1	1		1	6						
Causa no determinada			1		1																1
Totales	73	94	76	72	315	13	38	34	33	37	11	27	16	15	74	1	11			2	1

Bogotá, Junio de 1911.

El Director de Higiene y Salubridad, MANUEL N LOBO

YA LLEGARON

LAS

PILDORAS COLOMBIANAS

Reconocidas en todo el país y en el Exterior
desde hace más de veinticinco años

COMO LA MEJOR PREPARACION

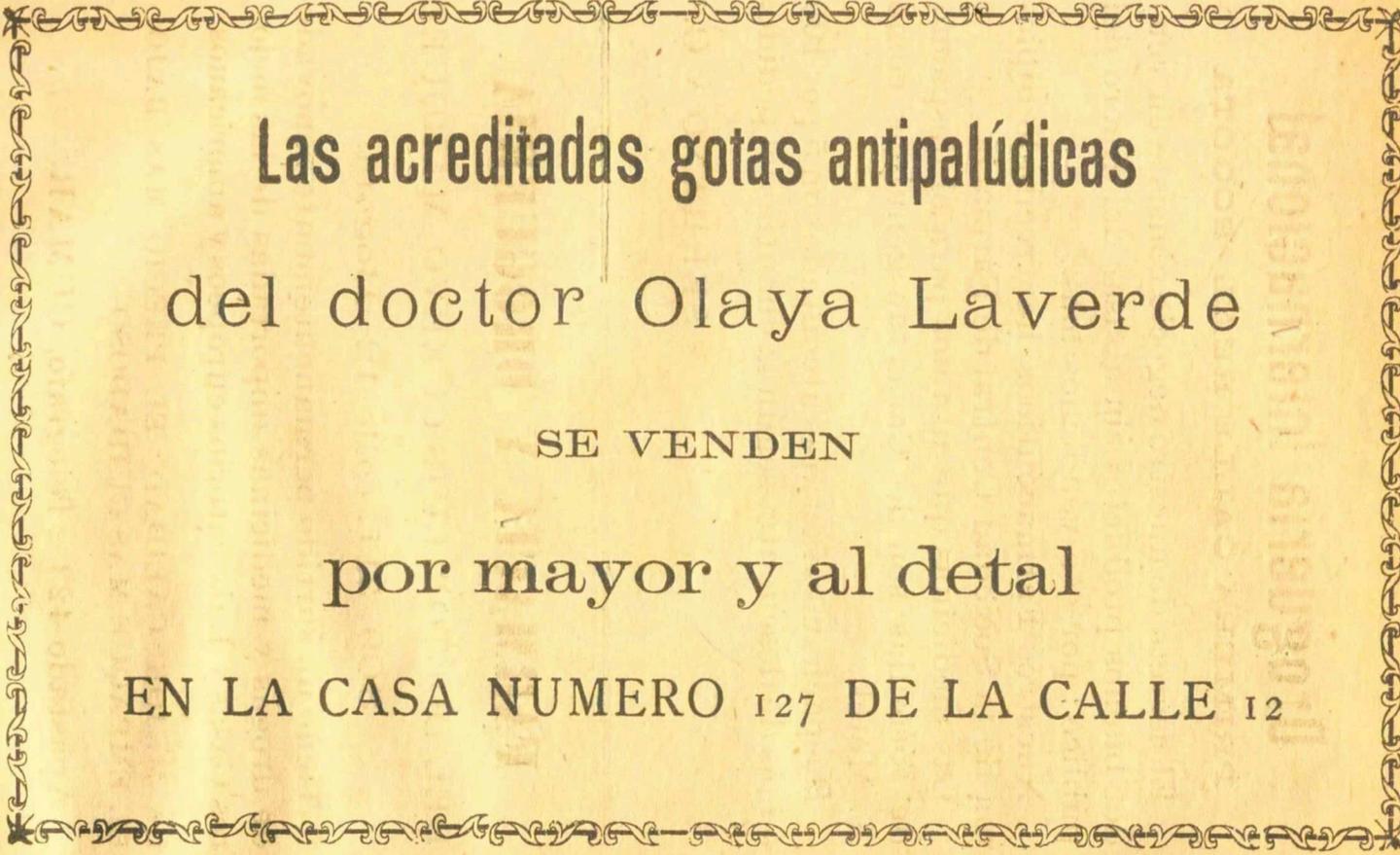
para la curación del

PALUDISMO

y el mejor medicamento para evitarlo.

Tanto el nombre como las etiquetas de este medicamento
están debidamente registrados y protegidos por la ley.

Pídanse á Bogotá al doctor
Pablo García Medina (apar-
tado número 6), á las Farma-
cias de los doctores Alejandro
Herrera R., Montaña Herma-
nos & Compañía y A. García
Medina (Medina Hermanos).



Las acreditadas gotas antipalúdicas
del doctor Olaya Laverde

SE VENDEN

por mayor y al detal

EN LA CASA NUMERO 127 DE LA CALLE 12

Droguería Internacional

PRIMERA CALLE REAL—BOGOTA

El secreto de nuestro negocio consiste en vender buenos productos sin abusar del dinero del público : por eso vendemos más.

Nuestros Farmacéuticos han recibido diploma de la Sociedad Central de Farmacia.

Las medicinas que usamos para el despacho de fórmulas son de Casas tan genuinas como E. Merck.

Despachamos facturas al contado con 5 por 100 ó más de descuento, según la cuantía del pedido.

SERRANO & C. ^a

FARMACIA Y DROGUERIA

DEL DOCTOR LUIS CUERVO MARQUEZ

309, 311, calle 12—Bogotá.

Tiene un surtido permanentemente renovado, de drogas y medicinas importadas de las mejores Casas y Laboratorios europeos y americanos.

**LA MEJOR CALIDAD, EL PRECIO MAS BAJO,
EL EMPAQUE MAS CUIDADOSO.**

Apastado 423—Telegrafo, CUMAR.