



Revista Médica de Bogotá

Organo de la Academia Nacional de Medicina

PUBLICACION MENSUAL

REDACTORES:

DOCTOR ROBERTO FRANCO F.

Miembro de número de la Academia Nacional de Medicina. Profesor de Clínica de Enfermedades Tropicales de la Facultad de Medicina de Bogotá. Ex-Presidente de la Junta Central de Higiene. Miembro del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina.

DOCTOR RAFAEL UCROS

Miembro de número de la Academia Nacional de Medicina. Profesor de Clínica ginecológica de la Facultad de Medicina de Bogotá. Ex-Profesor de Clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de Bogotá. Cirujano honorario del Hospital de La Misericordia.

DOCTOR MARTÍN CAMACHO

Miembro de número de la Academia Nacional de Medicina. Ex-Director del Laboratorio Bacteriológico *Santiago Samper*, de la Facultad de Medicina. Profesor de Patología especial y antiguo Rector de la Facultad Dental de Bogotá. Médico Jefe del Ejército de Colombia.

DOCTOR PABLO GARCÍA MEDINA

Presidente de la Junta Central de Higiene. Miembro de número y ex-Presidente de la Academia Nacional de Medicina. Profesor de Fisiología de la Facultad de Medicina de Bogotá. Secretario perpetuo de la Academia Nacional de Medicina.

BOGOTA

IMPRENTA NACIONAL

1916

CONTENIDO

	Págs.
<i>Revista Médica</i>	209
Academia Nacional de Medicina, sesión solemne.....	209
Discurso del Presidente saliente, doctor C. Esguerra....	210
Discurso del Presidente entrante, doctor A. Gómez Calvo....	216
Discurso académico del doctor Martín Camacho.....	224
Informe del doctor José María Montoya, Secretario de la Academia.....	291
Trabajos originales. Cirugía de las vías biliares en Antioquia, por el doctor Gil J. Gil (de Medellín)....	931
Informe sobre el trabajo anterior, por el doctor Guillermo Gómez (de Bogotá).....	362
Estadística de la lepra en Colombia, por el doctor Pablo García Medina (de Bogotá)	372
Flora de Colombia, por Santiago Cortés (de Bogotá).....	391
DE PERIÓDICOS—El psicoanálisis, por el doctor Luis Merzbacher.....	405
Tratamiento del prurito del ano	413
Fiebre en el puerperio y fiebre puerperal, por el doctor Fernando Villanueva, tocólogo, de la Beneficencia Municipal de Madrid	426
NECROLOGIA—Doctor Eugenio de la Hoz.....	431

La correspondencia y los canjes deben dirigirse así: *Revista Médica*—Bogotá—Colombia—Apartado número 6.

Los anunciadores europeos se dirigirán al doctor *P. García Medina*, Bogotá—Apartado número 6.

Adresse pour la correspondance et les échanges: *Revista Médica*—Bogotá—Colombia—Apartado número 6.

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



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

Dirección telegráfica: **ACADEMIA**

REVISTA MEDICA DE BOGOTA

Organo de la Academia Nacional de Medicina

REDACTORES

Doctor Roberto Franco F.

Doctor Rafael Ucrós.

Doctor Martín Camacho,

Doctor Pablo García Medina.

Academia Nacional de Medicina.

El día 2 de septiembre, a las ocho y treinta minutos de la noche, se verificó la sesión solemne de la Academia, que se celebró para dar posesión a los nuevos dignatarios, doctores Antonino Gómez Calvo, Presidente; Rafael Ucrós, Vicepresidente; Julio Aparicio, Secretario bienal, y J. M. Pulecio, Tesorero. A esta sesión concurrió el señor doctor Emilio Ferrero, Ministro de Instrucción Pública, quien ocupó el puesto de honor como representante del Gobierno.

El salón, elegantemente adornado, estaba ocupado por una escogida concurrencia.

El doctor José María Montoya, Secretario bienal durante el período que terminaba, leyó un informe muy bien elaborado, en que pone de manifiesto los trabajos de la Academia en los dos últimos años, y en que hace oportunas observaciones e interesantes co-

mentarios respecto a cada uno de los asuntos que han ocupado la atención de la Academia.

El doctor Martín Camacho pronunció el discurso académico, que versó sobre *Criminología experimental*, tema de grande interés que el ilustrado orador desarrolló en estilo elegante y conciso, y a que el selecto auditorio prestó la mayor atención.

Al tomar posesión de la Presidencia el doctor Gómez Calvo, se pronunciaron los discursos de estilo.

El doctor CARLOS ESGUERRA, Presidente saliente, dirigió la palabra en los siguientes términos:

Señor doctor Gómez Calvo:

Es para mí motivo de especial complacencia el ser a vos a quien deba ofrecer este sillón, que he ocupado merced a la benevolencia de mis colegas, pero que ha sido honrado por los académicos más distinguidos, muchos de ellos altos exponentes también de nuestra cultura intelectual y científica.

Vuestra excesiva modestia había retardado este acto de justicia, pues siempre habíais tenido la habilidad de llamar la atención de los académicos hacia otros candidatos cuando lle-

gaba el momento de la elección de nuevos dignatarios. En esta ocasión vuestra ausencia de la sesión en que se hicieron las elecciones permitió que por unanimidad de votos se os ofreciera este puesto.

Miembro de la antigua Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, vuestro nombre figura en la lista de los fundadores de esta Academia, a la que habéis servido con constancia y actividad dignas de imitarse por los jóvenes académicos a quienes desde este alto puesto vais a estimular con vuestro ejemplo, contribuyendo de esa manera a dar mayor vigor a esta corporación, que, como todas las de su especie, ha tenido épocas en que la actividad de sus miembros ha dejado bastante que desear.

Decano hoy de la corporación como miembro de número, vuestra actividad académica es la misma de vuestros años juveniles. Continuáis concurriendo con puntualidad a las sesiones, desempeñando con rapidez y especial esmero las comisiones que se os confían, tomáis parte en muchas de las discusiones con tacto y criterio científico dignos de todo elogio, y finalmente, habéis contribuído a la labor de la Academia con comunicaciones y trabajos de verdadero mérito científico.

La elección que la corporación ha hecho en

vos para presidir sus trabajos en este nuevo período reglamentario es la manifestación más elocuente que ha podido haceros del alto valor que reconoce a vuestra actuación académica.

En el informe que dentro de pocos momentos habrá de leernos el señor Secretario se señalarán los asuntos más importantes entre los que han ocupado la actividad de la Academia en el último bienio.

Lo primero que os llamará la atención en ese informe es sin duda el número y la importancia social y científica de los colegas que la muerte nos ha arrebatado y cuyo recuerdo en estos momentos habrá de revivir el intenso dolor que nos causa su desaparición. Con todos ellos la Academia cumplió con el deber de reconocer sus merecimientos y honrar su memoria de acuerdo con las prácticas tradicionales en la corporación y no sin que su Presidente agregara en cada caso particular la nota de su personal sentimiento, siempre muy intenso, por tratarse unas veces de maestros queridos y respetados y otras de compañeros de juventud y de colegio con quienes él hiciera las jornadas de su carrera profesional que más vivos y simpáticos recuerdos le hayan dejado.

Si la labor académica no aparece muy fe-

cunda en este período, no debemos olvidar para juzgarla que el mundo entero se ha detenido a contemplar el cataclismo que amenaza acabar con la civilización europea e imprimir nuevos rumbos a la vida futura de la humanidad. Cualquiera que sea el resultado final de esa lucha gigantesca, es de esperarse que sean los sentimientos de libertad y de justicia los que establezcan el nuevo equilibrio social, y que las grandes pasiones educativas y culturales que inspiran al hombre los vínculos de raza y el amor a la patria, se atenúen un poco en beneficio de una paz sólida e inerte que permita a los hombres de todas las razas y de todas las latitudes disfrutar de mayores comodidades en su corta vida terrenal, y de libertad y justicia individuales más amplias, pues hoy se cercenan constantemente en aras de la patria.

El temor de que la visita del Cuerpo Médico fuera inoportuna, por las circunstancias actuales ya evocadas, para la histórica ciudad dentro de cuyas fortificaciones debiéramos habernos reunido para celebrar el tercer Congreso Médico Nacional, obligó a la Comisión organizadora a aplazar su reunión por algún tiempo. Es de esperarse que sea en vuestro período cuando las ciencias médicas nacionales presenten ese

nuevo certamen que, al haberse realizado en el año fijado, habría sido, sin duda, menos brillante que los dos anteriores. Ese temor influyó también, como era natural, en el aplazamiento que acordó la Junta organizadora.

Con orgullo reclamo para esta Academia el honor de la iniciativa del concurso que el Gobierno Nacional decretó para la elección de los delegados de nuestras academias y facultades científicas universitarias al Congreso Panamericano de Washington. De modo privado tuve el honor de tratar primero el asunto con los señores Ministros de Relaciones Exteriores y de Instrucción Pública, quienes acogieron con entusiasmo la idea del concurso, pidiéndome el primero de los Ministros nombrados que como Presidente de la Academia de Medicina le dirigiera una nota que habría de servirle para apoyar su petición ante el señor Presidente de la República y el Consejo de Ministros. El decreto respectivo no tardó en expedirse, y si los que fuimos investidos del cargo de Jurados tuvimos mejor oportunidad de apreciar el mérito de muchos de los trabajos que se presentaron a ese concurso, el país entero pudo juzgar de la bondad del método seguido para la elección de estos delegados, por el alto valor científico y social de los

tres caballeros cuyos trabajos merecieron el premio, señores doctores Tulio Ospina, Eduardo Rodríguez Piñeres y Calixto Torres, todos ellos ventajosamente conocidos en el país por sus especiales capacidades en los ramos científicos en que debían representarnos. El éxito evidente de este concurso hará imposible que en lo sucesivo el Poder Ejecutivo adopte otro sistema para elecciones en que los conocimientos científicos o artísticos de los candidatos constituyan la mayor garantía de acierto en los nombramientos que se quieran hacer.

Todos los trabajos de la Academia en lo relativo a reglamentación del ejercicio de la medicina y profesiones anexas, y a la creación de las carreras especiales de Medicina Legal, Medicina Militar e Higiene será tratado con amplitud en el informe del señor Secretario, por lo cual, y para no cansar vuestra benévola atención, concluyo reconociendo que si la labor académica en el período que hoy termina no tuvo la importancia e intensidad científica a que todos debemos aspirar, en cambio sus actos se inspiraron siempre en altos ideales sociales y patrióticos, descuidando ventajas o prerrogativas profesionales que en mi concepto no son las que deben contemplar las

academias, ni menos las leyes encaminadas a reglamentar el ejercicio de las profesiones liberales.

Si esas leyes no tuvieran por mira defender intereses sociales sino intereses de gremios, sacrificando para ello una partícula, por pequeña que fuera, de libertad individual, sería el primero en proclamar entre nosotros la libertad profesional; pero si las restricciones a que se somete esa libertad se ven compensadas con ventajas efectivas para la sociedad en general, los espíritus más libres se someterán a ellas de buen grado y aun las pedirán como lo ha hecho esta Academia en repetidas ocasiones.

El doctor A. Gómez Calvo contestó :

Señor Presidente, señores académicos:

Acabáis de exigirme la promesa reglamentaria para ocupar el puesto de Presidente de esta docta corporación, y al aceptar tan honroso cargo, bien lejos está de mí la idea de que haya podido merecerlo; y si en busca de méritos interrogo el fondo de mi conciencia, no encuentro sino el acendrado afecto que he profesado siempre a esta ilustrada Sociedad y la bondad inagotable de mis compañeros de Academia. Pero vuestra generosidad, señor, os

ha hecho ver en mí los méritos que encontráis en vos mismo y me habéis considerado digno de ocupar el puesto que tan acertadamente habéis ocupado, haciendo resaltar de este modo el contraste entre lo que yo debiera ser y lo que realmente soy; pero la voluntad de la Academia ha sido ésta y debo acatarla.

Y bien comprenderéis, señores, el motivo de mi predilección por esta sabia Sociedad si tenéis en cuenta que la vi nacer y que he sido testigo de sus progresos.

Cuando yo era joven sentía especial complacencia en hablar con algunos de los poquísimos sobrevivientes que quedaban de la época gloriosa de la Gran Colombia, y era de ver el entusiasmo que experimentaban al recordar los diversos episodios de nuestra transformación política, sus progresos y el establecimiento definitivo de la República.

Algo semejante experimento yo, guardada proporción, al recordar y referir a la generación presente el nacimiento y los progresos de la actual Academia de Medicina: era el día 3 de enero de 1873 cuando, siendo yo alumno de segundo año, se reunieron en junta preparatoria en el salón rectoral de la Facultad los profesores Nicolás Osorio, Leoncio Barreto, Abraham Aparicio, Manuel Plata Azuero, Liborio

Zerda y Evaristo García, con el fin de formar una sociedad que tuviese por objeto el adelanto de las ciencias médicas y naturales. Pocos días después la Sociedad de Medicina, origen de la actual Academia, estaba constituida con un personal de veintiséis miembros, y de todos los ámbitos de la República afluían los trabajos científicos que sirvieron de fundamento a la *Revista Médica*.

Los recuerdos de esa época, bien lo comprendéis, se grabaron profundamente en mi memoria por hallarse entrelazados con los de mi vida de estudiante, y vienen a mí perfumados por las reminiscencias de la juventud y de las ilusiones; son «esos recuerdos con olor de helecho,» de que nos habla el poeta antioqueño, «que aun seco el árbol su verdor conserva»; son los de esa amistad tan dulce del colegio, que nos hace ver en cada condiscípulo un hermano y en cada profesor un amigo.

Y permitid que al hablar de estas cosas dedique una palabra de cariño en recuerdo de mis compañeros de estudio, que, como yo, fueron testigos de la fundación de la Academia. ¡Cuántos nombres queridos vienen a la memoria! ¡Cómo se aviva la imagen de los claustros y se reproducen en nuestra mente las escenas de entonces! Allí Hipólito González Uribe, el

estudiante incansable, que amó la ciencia hasta perder la vida; Tomás Cipriano Márquez, en quien la muerte se anticipó a la terminación de sus estudios, y Domingo Cajiao, burlón sempiterno, bullicioso y simpático, y Francisco Bayón, y Daniel Coronado, y tantos otros amados compañeros que ya no existen sino en la memoria de sus discípulos.

El nacimiento de la Sociedad de Medicina coincidió felizmente con la aparición de grandes descubrimientos en el mundo científico, que hicieron resaltar más el contraste entre los conocimientos de esa época y los de la medicina moderna; cuando la palabra antisepsia carecía de significado; cuando los instrumentos pasaban de las cajas de cirugía a la mesa de operaciones sin recibir desinfección alguna; cuando se aplicaban sedales y se hacían las curaciones con ungüentos, so pretexto de que era conveniente la supuración de las heridas.

Pero mis palabras no envuelven un cargo para nuestra Facultad, que allí había profesores eminentes; era que la Ciencia no había realizado los progresos que realizó después, pudiendo decirse, como dijo el poeta para disculpar los errores de la Conquista:

Culpa fueron del tiempo y no de España.

Pero surgió Lister, y con él la antisepsia, y desde entonces las cavidades esplácnicas pudieron ser exploradas en todas direcciones. Y apareció Pasteur con sus asombrosos descubrimientos, y la bacteriología vino a ser la ciencia prodigiosa, compañera inseparable del médico. Desde esa época los descubrimientos se han sucedido con vertiginosa rapidez, y presenciarnos como en cinta cinematográfica la aparición de la seroterapia, bajo todas sus formas, la radioscopia, la opoterapia, la serorreacción, la vacunación para diversas enfermedades y como consecuencia de este progreso universal el nacimiento y desarrollo de muchas ciencias accesorias. La parasitología, por ejemplo, que nacida ayer nos hace ver el cúmulo de enemigos que amenazan nuestra existencia, demuestra una vez más la verdad del axioma de que no hay enemigo pequeño. La patología mental, que en época no remota apenas ocupaba algunas páginas de la literatura médica, es hoy una ciencia de horizontes tan vastos, y ha adquirido tales proporciones, que su estudio es en la actualidad uno de los más difíciles y complicados, habiendo dejado la locura de ser una enfermedad para pasar a la categoría de síntoma de muchos estados patológicos.

En el dominio de la higiene los adelantos han sido portentosos, y como prueba de ello hoy conocemos mejor la causa de numerosas enfermedades, y en vez del espectro de los antiguos miasmas, conocemos en todos sus detalles insectos como el estegomia, la glosina, el anófelos y muchos otros que no por ser pequeños dejan de ser mortales enemigos; y como consecuencia de estos descubrimientos vino la implantación de una profilaxis racional y efectiva.

En el terreno de la patología quirúrgica y de la medicina operatoria, ¡cuántos progresos realizados! ¡Qué de operaciones nuevas y de aparatos ingeniosos! ¡Cuántas existencias arrebatadas a la muerte! La cirugía abdominal, para no citar sino ésta, es uno de los mayores progresos de la ciencia moderna.

El pronóstico mismo de las enfermedades, como dice el profesor Chauffard, «es hoy muy diferente de lo que era en épocas lejanas. ¡Cuántos ejemplos se podrían citar, sobre todo en el dominio de las infecciones, donde nuestro pronóstico de hoy no tiene nada de común con el de nuestros antecesores! Ya no podemos comparar nuestro reumatismo articular con el que observaba Bouillaud, y la medicina salicílica ha hecho de él otra enfermedad. Desde

Brandt nuestros tíficos no son ya los mismos, y la intervención actualmente en estudio de la bacterioterapia antitífica nos permite esperar un próximo y decisivo paso hacia adelante. ¿Podremos olvidar lo que era la difteria antes del descubrimiento de la antitoxina diftérica por Behring y Kitasato, y la brillante aplicación terapéutica aportada por Roux en el Congreso de Budapest? Las curvas de morbilidad y de mortalidad han demostrado desde entonces en todo el universo cuánto se ha transformado el pronóstico de la difteria. Aun la más terrible de las enfermedades, la que no perdonaba jamás, la rabia, ha encontrado su maestro, y la vacunación antirrábica de Pasteur es quizá la más extraña conquista terapéutica de nuestra época.»

Y ved, señores, cuántos motivos tengo para felicitar me por haber presenciado esta transformación, y cuánta debe ser la satisfacción que experimento al ver que nuestro Cuerpo médico, ávido de progreso, ha sabido adquirir con perfección todos los conocimientos modernos, y que hoy tenemos en nuestra Academia y fuera de ella profesores ilustres en todas las ramas de las ciencias médicas.

¿Para qué nombrarlos si son bien conocidos; y si al hacerlo habría de lastimar su modestia?

La Academia Nacional de Medicina, continuación de la antigua Sociedad del mismo nombre, ha cumplido ya su cuadragésimo-tercer año de existencia, y en tan dilatado período, y a pesar de la inconstancia de nuestro carácter y de las interrupciones consiguientes a las guerras civiles, ha podido continuar la labor que se había impuesto, y hoy cuenta con un personal de más de cien miembros entre nacionales y extranjeros; ha llevado a cabo la reunión de dos Congresos con numeroso y selecto personal, y mantiene relaciones con diversos centros científicos del país y del Exterior.

Y al rememorar las labores de la corporación, séame permitido ejecutar un acto de estricta justicia al interpretar los sentimientos de la Academia hacia uno de sus miembros más notables, que sacrifica su tiempo y su reposo en beneficio de ella, y a quien se deben en gran parte los progresos realizados. Ya comprenderéis, señores, que me refiero al doctor Pablo García Medina, quien después de haber ejercido la Presidencia, con talento y actividad nada comunes, se interesa vivamente por el adelanto de nuestra Sociedad, ilustrándola con el caudal de sus conocimientos, y propendiendo por la buena marcha de la *Revista Médica*.

Por mi parte, deseoso como estoy de cumplir debidamente el cargo que me habéis encomendado, y no contando sino con vuestro apoyo y con mi buena voluntad, continuaré como hasta ahora siendo testigo de vuestras labores.

DISCURSO ACADÉMICO DEL DOCTOR MARTÍN CAMACHO

Señores académicos :

Las prácticas y los reglamentos de esta ilustre Academia, que es la más antigua corporación científica del país, exigen que uno de los académicos de número disertase sobre algún punto científico en las reuniones bienales, al dar posesión a los dignatarios entrantes. A la benevolencia del señor doctor Carlos Esguerra, que deja hoy el sillón presidencial, debo el honor altísimo de dirigiros la palabra en la ocasión presente. No hallo expresiones de bastante rendimiento para manifestar mi gratitud al señor Presidente, que me ha otorgado tamaño honor, y a mis sabios colegas, que se han servido confirmarlo.

En la tribuna de una sociedad científica, y señaladamente en la de una Academia de Medicina, existe como derecho y corre como obligación exponer hechos imparcialmente ob-

servados y teorías ingenuamente construídas; tócales juzgar unos y otras a los espíritus desprevenidos, no aferrados a teorías de pretendida inmutabilidad, abiertos a la investigación fecunda y listos a modificar conceptos ya formados. Así se le respetan a la indagación sus títulos y a la verdad sus fueros.

En ese criterio procuraré inspirarme al ocupar por breves instantes la atención de los señores académicos, de la juventud universitaria y del ilustrado público que me escucha, con este somero estudio sobre criminalología experimental. El tema es de suyo interesante; y tal vez tenga especial interés para nosotros, ya porque ese género de estudios no se cultiva o se cultiva poco aquí, ya porque el público profesa ideas o vagas o decididamente falsas en cuanto atañe al hombre delincuente. No es extemporáneo, por tanto, que volvamos los ojos a la investigación metódica, serena y documentada que ha llevado a cabo la ciencia moderna, ajustándose a los procedimientos experimentales. No tengo para qué decir que en esa investigación le toca el primer puesto a César Lombroso, genio creador, cuyos libros han puesto un rayo de luz en las tinieblas que envolvían los problemas de la delincuencia.

Es natural suponer que los descubrimien-

tos de Lombroso tuvieran antecedentes en las investigaciones de los sabios que le precedieron; en la evolución de las ideas, como en toda evolución, resulta claro, que *natura non facit saltus*. Entre esos antecedentes hay que contar muchos estudios sobre psiquiatria, la formación metódica de la estadística criminal, la ley térmica de la delincuencia (debida a Quetelet, que puede considerarse como el primer sociólogo criminalista), y un sinnúmero de trabajos sobre las relaciones que existen entre el cuerpo y el espíritu, o llámanse trabajos sobre *estofisiología*, empleando la designación propuesta por un insigne pensador inglés. Algún aporte trajo la mismísima escuela frenológica, por muy distantes que hoy estemos de Gall: un fervoroso discípulo suyo, Lauvergne, esbozaba en 1841 algunos de los caracteres somáticos del criminal nato, que él designaba con el nombre de *asesino frío*. Es preciso no olvidar, por otra parte, los progresos realizados desde principios del siglo XIX por la medicina mental, que a mi juicio son eslabones de la cadena que vengo reconstruyendo. En 1801 publicó Pinel su *Tratado médicofilosófico de la enajenación mental*, libro que dictó sentencia firme contra los métodos brutales y afflictivos en el tratamiento de

los locos, que ganó para su autor la gratitud de los filántropos y lo puso en el rango de los precursores de la criminalología moderna. En pos de Pinel vinieron Esquirol, su discípulo Falret y el gran Morel, que registró los distintos físicos, morales e intelectuales de los degenerados.

«Los tipos extraordinarios y desconocidos —decía Morel— que pueblan las prisiones, nada tienen de extraordinario ni de desconocido para los que estudian las variedades morbosas de la especie humana por su lado psíquico y por su lado moral. Esos tipos personifican las degeneraciones de la especie; y la enfermedad que les da sér constituye para las sociedades modernas un peligro mayor que lo fue la invasión de los bárbaros para las sociedades antiguas.»

Terminando la lista de los más notables precursores franceses, debo mencionar a Despín (*Psicología natural. Ensayo sobre las facultades intelectuales y morales en su estado normal y en sus manifestaciones anormales en los enajenados y en los delincuentes*, 1868), quien estudió la psicología del criminal e hizo notar que la ausencia de remordimiento es la anomalía más característica del delincuente nato.

Paralelamente se desarrollaban en Inglaterra los estudios de psicología mórbida. Merecen especial mención los trabajos de Clapham y Clarke, *The criminal outline of the insane*, 1845; de Winslow, *Lettosmian lectures on insanity*, 1854; de Thompson, *Psychology of criminals*, y *The Hereditary nature of crime*, en el *Journal of mental science*, 1870; y muy particularmente de Maudsley, *Responsibility in mental deceases*, 1873, que reduce a veces la delincuencia a una locura moral y demuestra además que existe una zona intermedia (*borderland*). «Existe —dice él— una zona intermedia: en uno de sus límites hay poca locura y mucha perversidad; en el otro límite se invierten los términos y hay menos perversidad y más locura.»

Dirigiendo el Manicomio de Pessaro comenzó Lombroso en 1871 sus estudios de antropología y psiquiatría, y desde entonces hasta el 19 de octubre de 1909, fecha en que murió repentinamente en Turín, perseveró en sus investigaciones predilectas. Expuso el fruto de ellas en su cátedra de psiquiatría en Pavía, y como Profesor de medicina legal, de higiene y de antropología criminal, en la ciudad de Turín. En los estrechos límites a que debo reducirme, no es dable pasar revista a los

múltiples trabajos de Lombroso, que fue autor muy fecundo y que dio principio a sus publicaciones cuando apenas contaba diez y siete años de edad. Por tanto, no haré otra cosa que señalar, como si dijéramos, las tres cúspides de su obra, tal como la destaca Ferré; es a saber: causa específica de la pelagra, terrible endemia que diezmoó las poblaciones de Italia; génesis natural del delito, y naturaleza del hombre de genio.

Al lado de César Lombroso, es fuerza mencionar a Enrique Ferri y Rafael Garofalo, trabajadores eminentes de la moderna ciencia criminalógica. Lombroso, antropólogo y psiquiatra, Ferri, sociólogo, y Garofalo, jurisconsulto, se complementan mutuamente y mancomunan sus esfuerzos y sus capacidades para hacerle a la nueva ciencia los múltiples aportes que ella necesita. No menos requiere en efecto esa ciencia que la suma y conjugación de tres grandes sabidurías, pues ella tiene vinculaciones con los más oscuros problemas de raza, con la psicología normal y con la psicología anormal del individuo, con la vida de las agrupaciones orgánicas llamadas sociedades y con la trama jurídica que convierte a esas sociedades en Estados.

Los límites que me he señalado no me per-

miten mencionar otros autores ni aun siendo ellos tan prominentes como Fioretti, ya que no tienen la categoría de fundadores. Basta decir que los libros escritos para defender o para impugnar las enseñanzas lombrosinas, pudieran formar hoy la carga de muchísimos camellos, para valerme de una frase de los jurisconsultos antiguos. El estruendo de la lucha ha llenado gran parte de la última centuria y todo lo que va corrido de la centuria actual.

Se comprende que no puedo exponer ni analizar aquí la totalidad de las nuevas teorías criminológicas; sólo me detendré por breves momentos en los puntos de mayor importancia, en los puntos culminantes, como si dijéramos. Por muy bien servido me daría si al terminar este discurso, en la mente de los que me escuchan quedara un esbozo, en grandes lineamientos, como a vista de pájaro, de la ciencia sobre la cual he venido a hablaros esta noche.

Lo que caracteriza de manera fundamental a la nueva escuela es que la sujeta materia de sus investigaciones no es el delito sino el delincuente. En esto rompe ella con la tradición de todos los siglos anteriores. Para ella el acto delictuoso viene a ser el producto nor-

mal de un organismo anormal, esto es, de un organismo transitoria o incurablemente enfermo; no es el extravío momentáneo de una mentalidad sana, que echa a su voluntad por la escabrosa senda del mal.

No tengo para qué decir que la escuela criminalógica experimental presupone el *determinismo*, que es sencillamente el principio de causalidad en las voliciones humanas. Cuando la voluntad se inclina en un sentido o en otro, obedece a los motivos que sobre ella obran, y sigue el camino o de la máxima tracción o de la mínima resistencia. Motivo y volición son causa y efecto, o como dicen otros, antecedente y consecuente. Pensar que la voluntad puede obrar en discordancia con los motivos que la solicitan, o seguir otra línea que la de la resultante en el pararelogramo de las fuerzas psicológicas, es tanto como admitir un efecto sin causa, o lo que es peor, un efecto contra sus causas.

Los defensores del libre albedrío hacen hincapié en que uno, al observarse a sí mismo, *siente* que su voluntad es libre, esto es, que cuando escogió el pro, bien pudo haber escogido el contra. Para contestar ese reparo, basta observar que lo que uno percibe no es siempre lo verdadero; uno, por ejemplo, *ve*

que el sol se mueve alrededor de la tierra, no obstante que eso es inexacto. La conciencia individual es infalible en cuanto al hecho mismo de la percepción, pero es falible en cuanto trata de *interpretar* sus percepciones, de señalar las causas que las producen. Cuando yo digo que *veo* o que *oigo* tal o cual cosa, mi criterio es infalible en cuanto al hecho de la percepción, pues efectivamente yo oigo o veo lo que digo, pero puedo equivocarme, y con frecuencia me equivoco, al tomar mis percepciones como trasunto fiel del mundo exterior. No hay médico a quien no le sean familiares un sinnúmero de alucinaciones, las cuales consisten siempre en tomar por existente lo que se percibe. Los psicólogos saben que aun en las percepciones al parecer más sencillas entran siempre numerosas *inferencias*, esto es, que los productos de la sensación y los productos del juicio se tejen en redes inextricables. Si yo vuelvo los ojos hacia la elegante torre de San Francisco, creo *ver* que ella es cuadrada, y lo cierto es que yo no *veo* tal cosa; lo único que yo veo es un conjunto de tonalidades de luz. De la manera como esas tonalidades se combinan, y fundándome en experiencias musculares anteriores, que me sirven para

interpretar mi sensación actual, *infero* que la torre es cuadrada. Uno cree *ver* formas y movimientos; lo cierto es, sin embargo, que uno sólo ve modalidades de luz. Movimientos y formas son productos del tacto y del sentido muscular. Por asociación psicológica se ligan luego en la mente las sensaciones visuales, las musculares y las táctiles, y llega un momento en que las primeras suscitan a las segundas y las últimas, y en que las unas sirven para interpretar las otras.

Los jurisconsultos saben, finalmente, cuán arduo es para los testigos deslindar lo que ellos perciben de lo que ellos infieren. En tratándose del libre albedrío, el problema no consiste en saber si uno puede hacer lo que quiere, sino en saber si uno puede querer lo que no quiere. El olvido de esta distinción contribuye a que uno se crea libre porque siente que en un momento dado pudo hacer o no hacer una cosa. Lo que se debe averiguar es si en ese momento pudo indiferentemente querer o no querer esa cosa.

La volición sin causa es un imposible, es decir, un absurdo. Si ella existiera, todas las penas serían aberrantes e ineficaces. Cuando al ciudadano se le amenaza con tantos años de presidio si le da muerte a otro, es porque

se supone que el miedo al presidio (que es un motivo psicológico) puede obrar sobre la voluntad y determinarla a no ejecutar el homicidio, exactamente como una pesa inclina la balanza en un sentido o en otro.

Pero se dirá: si la delincuencia es una enfermedad, si el delincuente no es libre de querer o no querer el delito, ¿qué objeto hay en amenazarlo con una pena? La respuesta es muy sencilla: se le amenaza con una pena para obrar sobre su voluntad, pues los enfermos y los locos temen lo que les amenaza y conservan la facultad de determinarse por motivos, como es de trivial experiencia para los médicos. Sólo en los casos extremos de locura, en que la fábrica mental se ha desquiciado por sus cimientos, se torna el loco incapaz de obedecer a las influencias externas, es decir, a las sanciones penales, porque en su mentalidad obran las influencias morbosas con impulso desatado e incontrastable. Pero es el caso que ninguna legislación, bien se funde en el libre albedrío, bien se base en la moderna criminalología, amenaza con pena ninguna a esas formas extremas de locura.

Me he ocupado en esta cuestión, que propiamente es psicológica y jurídica, porque ella envuelve el reparo que con más frecuencia se

le opone a la criminalología moderna. Lo que he dicho basta para demostrar que las enseñanzas lombrosinas no entrañan la absolución de todos los que delinquen.

Antes de entrar en el estudio de los actos humanos delictuosos, estudia la nueva escuela lo que, valiéndonos de un tropo, pudiéramos llamar delincuencia *subhumana*, por tratarse de los animales y de las plantas.

Darwin y otros observadores habían notado que hay ciertas plantas insectívoras, especialmente entre las droseráceas, sarracenáceas, nepentáceas y ultricularias, que les tienden celadas a los insectos y les dan muerte en condiciones que sugieren la idea de asesinato. Si un insecto se posa en el disco foliáceo de la drósera, los numerosos tentáculos de que está provista se repliegan y se encorvan, debido a la excitación producida por el contacto del insecto, el cual queda enligado y prisionero; los tentáculos no vuelven a su posición primera sino cuando la víctima ha muerto y se halla completamente inerte. Luégo se produce una verdadera digestión del cuerpo del animal, debida a la acción de un ácido y de un fermento análogo a la pepsina, producidos por ciertas glándulas que hay en la base de los tentáculos, las cuales entran en actividad me-

dian­te el movimiento de estos últimos. En la *dionea muscípula* se realiza un fenómeno semejante al que acabo de describir, pero las valvas foliáceas no se cierran con cualquier excitante; requieren la presencia de un insecto de tamayo determinado, para que la acción refleja se produzca. En la *utricularia neglecta* se mueven los pelos vibrátiles de que está provista y acarrean hasta una especie de corambre o verija a los insectos o crustáceos que se ponen en contacto con la planta.

Entre los animales ocurre un sinnúmero de hechos que, a ser ejecutados por los hombres, serían considerados como delictuosos. Ferri estudia numerosos casos de animales que les dan muerte a individuos de su propia especie, los cuales guardan paridad perfecta con el homicidio de nuestros códigos. La causa de tales agresiones puede hallarse, o en la necesidad de buscar alimento, o en el deseo de adquirir el mando del rebaño, o en impulsos de celos o de amor, que sirven de instrumento a la selección sexual, o en la defensa del individuo o de la prole, o en un conato de venganza o de castigo, o en una verdadera perversidad del agente, y aun en razones de utilidad común. El tipo más completo de esta última variedad lo encontramos en las abejas,

las cuales no consienten sino una sola reina en la colmena, y someten al último suplicio a todas las demás reinas. La misma suerte corre la que lleva el cetro, permítase la expresión, si no se da su maña y su traza de emprender la fuga, antes que una rival afortunada se capte los sufragios de los súbditos. Büchner observa que la «vieja soberana» no siempre se aviene a perder su poderío, y se precipita a destruir en sus celdillas a las larvas de reina que topa.

Bien conocida es la ferocidad de algunos canarios, que rompen los huevos y se los comen, y a picotazos matan los hijuelos, si ya han nacido. Las observaciones más importantes en punto de instintos anormales, son, empero, las que se relacionan con ciertas irregularidades cránicas y cerebrales. Los veterinarios militares conocen ciertos caballos, llamados por los franceses *a nez busqué*, en razón de la forma especialísima de la frente, los cuales son del todo refractarios a la disciplina; también los conocen los árabes, que son expertísimos en el manejo de los caballos, y los desechan como reproductores, para no desmejorar las razas. Tampoco faltan ejemplos de verdadero canibalismo entre los animales, pues devoran al enemigo de su propia espe-

cie, una vez que está vencido y muerto. Ejemplos de ello encontramos en los lobos, en las ratas de agua, en las serpientes boas, en los conejos comunes y las cobayas, etc. Los cocodrilos, las gallinas y las zorras suministran ejemplos de parricidio e infanticidio.

No sólo hay delitos de sangre en las especies animales: se encuentran delitos de otras clases también. Los gatos y los monos cometen verdaderos hurtos; no habría exageración en asegurar que en ciertos casos no hurtan sino roban. El cuclillo llega hasta la sustitución de hijos, pues pone sus huevos en el nido de otras aves, y aún se lleva algunos huevos de los que allí encuentra, para engañar mejor. Hay también delitos procedentes de perversiones sexuales; es caso de *bestialidad* la unión del cisne con la oca y la del alce o del bisonete con la vaca, pues son uniones estériles y perjudiciales a las especies.

Los hechos que dejo mencionados constituyen líneas de conducta anormales y proceden, a no dudarlo, de ciertas irregularidades de estructura orgánica, que distinguen el individuo anormal de los otros animales de su propia especie.

Estudiando la evolución de la humanidad en el transcurso de los tiempos, o comparando

el salvaje actual con el hombre civilizado, salta a la vista que el criterio moral de los hombres es esencialmente variable; hechos que para nosotros son reprobables, son en otras sociedades o fueron en otros tiempos actos perfectamente lícitos. Los habitantes del Cáucaso, los ausas de Africa y los indúes, entre otros, ofrecen ejemplos de ofensas contra el pudor, que para nosotros son reprochables y que ellos consideran como inocentes. Chocan con nuestras actuales ideas de moralidad las fiestas que celebraban los griegos en honor de Falóforas; otra cosa pensarán sin duda los japoneses, pues tienen templos con *falli* y *kteis*, según asevera Edmundo Buckley. Para llegar al matrimonio monogámico, que es propio de los pueblos civilizados, la humanidad ha pasado por innumerables aberraciones: poligamia, poliandria, incesto, estupro, raptó, etc.

El delito de sangre casi puede considerarse como creación de los códigos civilizados modernos, pues no existía para los antiguos ni existe para las tribus incivilizadas actuales. Los pieles rojas, los esquimales y los tasmánicos practican el infanticidio como ritualidad religiosa; por distintos motivos se practicaba el infanticidio en Esparta y se practica en la China y en muchos otros pueblos. Los hoten-

totes matan a los inválidos; en la Nueva Caledonia y en las islas de Fiyí, se le da muerte a quien lo solicita por razones religiosas. Hasta época muy reciente había millares de individuos en el Japón que se tendían en el suelo para que el carro del Mikado al pasar los despedazase. La historia está llena de casos en que al morir un Jefe, sobre su tumba se degollaba o se quemaba a sus mujeres y a sus esclavos. Nada tan frecuente como el canibalismo, que en unas partes es certificación de la victoria, en otras es medio de heredar las buenas cualidades del enemigo muerto, y en otras es simple refinamiento gastronómico. No olvidemos el *canibalismo jurídico* de que habla Letourneau, ordenado en ciertas partes contra los asesinos por la ley consuetudinaria, en satisfacción a la vindicta pública. Asesinato jurídico, con ruedos y collares de canibalismo, es el bárbaro linchamiento a que son tan aficionados nuestros vecinos del Septentrión.

Debido al escaso desarrollo de sus facultades, los niños ejecutan actos que, a ser ejecutados por un adulto, serían considerados como delictuosos. Eso proviene de una ley biogénica, formulada por Haeckel, según la cual la evolución ontogénica (o del individuo) recorre las mismas fases que la evolución filogé-

nica (o de la especie); de donde se sigue que en el niño son normales las deficiencias éticas de que adoleció la humanidad en sus etapas evolutivas inferiores.

En el desarrollo del niño hay dos procesos correlativos y paralelos: el uno orgánico y el otro psicológico. En el segundo influye no solamente el desenvolvimiento del cerebro, sino también el ambiente sociológico, que es educativo, en cuanto le comunica ideas, sentimientos y costumbres. Si por cualquier causa el segundo proceso se detiene, el niño llega a ser corporalmente adulto, pero en él perdura el infantilismo psicológico, y eso explica a menudo la delincuencia nativa o la locura moral, según los casos.

Los niños son coléricos desde los primeros días de su vida: se irritan cuando se les quita un objeto cualquiera, cuando se les va a bañar, cuando se les cambia el vestido, etc. Con frecuencia caen en verdaderas crisis de cólera, por una nonada. Son obstinados y mentirosos, a tal punto, que el testimonio de un niño no tiene sino un valor muy relativo. La afectividad y el sentido moral faltan en ellos casi en absoluto. Son crueles con sus compañeros y con los animales; según Broussais, «no hay chiquillo que no abuse de su fuerza con los

débiles: los lamentos de la víctima lo detienen en su primer intento, si no ha nacido para ser feroz, hasta que un nuevo impulso instintivo lo lleva a cometer una nueva falta.» En el niño son frecuentes las manifestaciones de vanidad, egoísmo, envidia y pereza mental. Las tendencias obscenas y la pasión por las bebidas alcohólicas son en ellos más frecuentes de lo que pudiera creerse. Los niños de nuestras clases inferiores muestran un apetito inmoderado por la chicha.

Hechas las anteriores observaciones sobre la embriología del delito, es hora de que pasemos al estudio de la delincuencia del adulto en las sociedades civilizadas.

Al entrar en ese estudio, debo recordar a los que me escuchan, para que lo tengan presente en todos los pasos de mi argumentación, que es enorme y casi siempre decisivo el influjo del atavismo en el origen de la delincuencia. En sus caracteres anatómicos, en su conducta y en sus propensiones, se parece extraordinariamente el delincuente a sus remotos antepasados. El delincuente es casi siempre un retardatario en la evolución ética de la humanidad: es un viajero que no ha podido seguir la marcha de su pueblo; es un rezagado *nel mezzo del cammin di nostra vita*, como diría Dante Alighieri.

Los autores dividen a los anormales en cinco clases: 1ª, el delincuente nato (también llamado *natural* o *antropológico*); 2ª, el delincuente ocasional; 3ª, el loco; 4ª, el delincuente pasional, y 5ª, el delincuente habitual. Es entendido que esta división es genérica, que en cada clase hay varios matices y que algunos de éstos son verdaderas formas de transición entre grupo y grupo.

La capacidad craneana del delincuente nato es superior a veces, y a veces inferior a la del hombre normal. La capacidad normal media es de 1,500 c. c.; en los delincuentes natos se hallan capacidades craneanas que suben hasta 2,000 c. c., y capacidades que descienden hasta 1,100 c. c.

Las semicircunferencias craneanas, señaladamente la anterior, son más voluminosas en el individuo anormal, y es menor el diámetro frontal mínimo, lo cual entraña un desarrollo menor de los lóbulos frontales del cerebro.

Al clasificar las formas del cráneo, es preciso no perder de vista las modalidades étnicas, pues de otro modo pudiera uno llegar a conclusiones erróneas. Formas que son anormales en una raza, pueden ser perfectamente normales en otra raza distinta; el prognatismo, por ejemplo, que es anormal entre los blancos, es normal entre los negros.

Tomando por base la altura del índice cefálico se ha ideado la siguiente nomenclatura, para designar las diferentes formas del cráneo: cráneos *ultra-dolicocefálicos*, cráneos *dolicocefálicos*, cráneos *subdolicocefálicos*, cráneos *mesaticefálicos*, cráneos *subbraquicefálicos*, cráneos *braquicefálicos* y cráneos *ultrabraquicefálicos*. En estas formas el índice oscila entre 66 y 90. De acuerdo con la nomenclatura de Sergui, adoptada en el Congreso de Moscou de 1893, diremos que el cráneo de los anormales se aparta de la forma elipsoidal, que es la común en los normales, y se aproxima a la pentagonoidal, a la rombooidal y a la esferoidal.

Entre las anomalías craneanas, atávicas o patológicas, del delincuente nato, conviene mencionar las que siguen: *macrocefalia* o *cefalonia* (cráneo demasiado voluminoso, bien sea del tipo ultrabraquicefálico o del tipo dolicocefálico); *microcefalia* (cráneo demasiado pequeño), que puede ser simple (y se llama entonces *nanocefalia*), o puede ir acompañada de estenocrotafia (estrechez de la región frontal comprendida entre las inserciones de los músculos crotafíteos); *escafocefalia* (cráneo en forma de quilla); *plagiocefalia* (cráneo oblicuo ovalado); *acrocefalia* (cráneo largo, sa-

liente en la región parietal); *occicefalia* (cráneo corto, elevado en la región bregmática, con frente vertical); *esfenocefalia* (procedente de la sinostosis de las fontanelas posteriores); *hipsocefalia* (cráneo de vértice elevado), que a veces se asocia con estrechez de la región ptérica y toma entonces el nombre de *hipsoestenocefalia*; *trococefalia* (cráneo de región frontoparietal excesivamente desarrollada); *platicefalia* (cráneo de bóveda aplanada); *clinocéfalia* (cráneo con depresión circular de la región bregmática); *trigonocefalia* (caracterizada por la anchura de las prominencias parietales); *euricefalia* (cráneo estrecho con el eurignatismo propio de las razas mongólicas); *hiperotognacia* (frente avanzada hasta un plano anterior a la glabella y a la cara), que es producida casi siempre por la hidrocefalia y acentúa el eurignatismo de las razas caucásicas, y *progeneísmo*, que es una desviación del prognatismo característico de las razas negras.

En los criminales son muy frecuentes los huesos accesorios, especialmente el frontoparietal. También lo es, nota Ottolenghi, la división de la lámina papirácea del etmoide, la sutura etmoidolacrimonial, la fusión de los procesos clinoidales y la presencia del hueso basiótico y del tercer cóndilo.

No son esas las únicas anomalías. Lombroso indica la existencia de la fosita occipital media, que reemplaza la cresta occipital interna y que es normal en los primates y en otros mamíferos. En esos animales se observa que el vermis, muy desarrollado, viene a alojarse en la fosita. Esta existe en los aimaraes americanos de tipo inferior, en un individuo sobre dos. Los salvajes en general exhiben con frecuencia esta anomalía, unida al desarrollo exagerado de los senos frontales y a la recia textura de las mandíbulas.

El peso del cerebro no es normal en el delincuente. El hemisferio derecho pesa en él más que el hemisferio izquierdo, al revés de lo que sucede en el hombre normal. En las circunvoluciones cerebrales del delincuente hay numerosos pliegues anastomóticos y de tránsito. El surco caloso marginal se prolonga a veces hasta la parte posterior del precunio, y la rama anómala del mismo surco se prolonga hasta el parietooccipital. Ocurren en ocasiones otras anomalías, como desarrollo incompleto del precunio, al igual de lo que se ve en los indios; comunicación de la rama anterior de la cisura de Silvio con el surco prerolándico, el cual es a veces vertical; origen doble de la circunvolución frontal superior; existencia de

una cuarta circunvolución en el lóbulo frontal; interrupción de la circunvolución parietal ascendente, etc.

Ocurren asimismo alteraciones patológicas del encéfalo y de las meninges y adherencias entre la membrana aracnoidal, la duramáter y la piamáter ; hay cerebroporosis, focos de reblandecimiento, ateroma de las arterias, ostiomas, atrofia del cuerpo caloso, hipertrofia del lóbulo medio del cerebelo, etc. Más importantes son aún las alteraciones histológicas, resumidas por Roncoroni en 1896.

Según las investigaciones de Ramón y Cajal y de Golgi, en la corteza cerebral se encuentran normalmente la capas que siguen: 1ª, zona molecular, con sus tres variedades de neuronas (poligonales, fusiformes y triangulares). Este estrato falta en los macacos, perros, gatos, conejos, cavia, bueyes y gallinas. En el embrión de algunos mamíferos existe, según Ramón y Cajal, una cuarta variedad de células fusiformes unipolares ; 2ª, zona de pequeñas células piramidales, caracterizadas por numerosas prolongaciones protoplásmicas (primordiales, colaterales y basilares) ; 3ª, capa de grandes células piramidales ; 4ª, capa granular profunda, que falta a menudo en los delincuentes natos y en los epilépticos ; 5ª, zona

de las células polimorfas (ovoides o fusiformes, poligonales o triangulares), que se diferencian de los demás neuronas por la falta de orientación de la expansión periférica, la cual jamás penetra en la capa molecular. En esta zona hay que señalar también las células de cilindro corto o de Golgi y las células de cilindro-eje ascendente o de Martinotti.

En los delincuentes el número de células nerviosas es manifiestamente inferior al normal; y en la sustancia blanca de sus cerebros hay células nerviosas en desorden con frecuencia.

También hay anomalías en su sistema óseo: vértebras y costillas supernumerarias, una articulación accesoria entre el occipital y el atlas e irregularidades del esternón y del canal sacro. La anatomía comparada demuestra que estas anomalías son animalescas; también ocurren en los hombres prehistóricos y en las razas inferiores. No es raro hallar en los criminales el agujero olecránico, que es constante en los hotentotes, en los indios y en el perro.

Son numerosas también las anomalías antropométricas en los delincuentes: los salteadores y los ladrones tienen en general una estatura exagerada; la tienen al contrario muy

pequeña los estupradores e incendiarios. En igualdad de volumen, pesa más el delincuente que el hombre normal; y entre los delincuentes, los falsarios, los estafadores y los asesinos son más densos, permítase la expresión, que los ladrones, incendiarios y estupradores.

Lacassagne nota que la braza de los criminales es mayor que la altura del cuerpo. El diámetro frontal mínimo (que guarda relación con los lóbulos frontales) es generalmente muy pequeño, sobre todo en los rateros.

En la fisonomía son frecuentes las siguientes irregularidades: bicromatismo del iris, anisocoria, estrabismo, nistagmo lateral, oreja en forma de asa, lóbulo adherente, pabellón asimétrico, tubérculo de Darwin, antehélice más saliente que la hélice (oreja de Weldermouth), ausencia de hélices y pabellón liso (oreja de Morel), perfil rectilíneo, labios gruesos y salientes en los estupradores y homicidas, delgados y finos en los estafadores. En los dientes ocurren anomalías de forma y de estructura, de número y de colocación, como el diastema (dientes separados), estrías transversales, tubérculos dentales supernumerarios, gran tamaño de los caninos, persistencia de la muela cordal y caries prematuras.

Es frecuente como anomalía el paladar oji-

val y la arcada alveolar elíptica, propia de las razas inferiores.

Dentro del tipo general de cada país, los cabellos negros son muy frecuentes entre los asesinos y estafadores; la canicie y la calvicie son en cambio relativamente tardías, debido a la hipoestesia y a la ausencia de reacciones emotivas. Los criminales son con frecuencia lampiños y tienen profusión de arrugas (horizontales en la frente, nasolabiales, verticales de la mejilla y de pata de gallo). Esto obedece a la hiperplasia del tejido conjuntivo subcutáneo, común también en los fetos y en los degenerados, y casa bien con la exagerada mímica facial de los delincuentes.

La forma y el perímetro del tórax no son regulares, y abundan las anomalías genitales externas, tales como la monorquidia con criptorquidia inguinal, atrofia de los testículos, hidrocele, varicocele, fimosis, hipospadias, conicidad del glande, etc.

Es útil y curioso el estudio de la mano y del pie en los criminales. Nótase disminución de los surcos palmares y transversales, como en los simios; disposición asimétrica de los surcos digitales palmares, y a veces dedos supernumerarios. Los homicidas, uxoricidas, parricidas tienen las manos cortas, gruesas y

romas ; los estafadores, ladrones, rateros, estupradores, tienen las manos largas y los dedos afilados y aun elegantes. La mitad de los epilépticos tienen el pie plano, según Ferré ; lo tienen los criminales, según Carrara, y es normal en las razas africanas. El 20 por 100 al menos de los criminales exhiben el pie prensil de los ananitas, de los cochinchineses y de los antropomorfos. Knecht menciona además el bocio, la hipertrofia cardíaca, la escoliosis, las dermatosis (especialmente la ictiosis) y la abundancia de lunares pilosos.

Entre las anomalías predominan las regresivas, es decir, aquellas en que por atavismo reaparecen formas ancestrales. Es de advertir, no obstante, que hay también anomalías progresivas o de anticipación, tales como la disminución del número de vértebras, rudimentarismo del hueso lacrimal, inusitada frecuencia del metopismo, etc.

Cuando se acumulan muchas de las anomalías indicadas, la fisonomía del individuo toma un aspecto característico, al cual se da el nombre de *tipo criminal*. Ese tipo tiene tal relieve, que la observación común lo descubre y lo señala. Es frecuente oír decir «ese hombre tiene mala cara»; con eso se da a entender que la observación vulgar echa de ver la con-

currencia de rasgos anormales. En casi todas las lenguas hay proverbios que traducen la observación popular de que vengo hablando. Los italianos, por ejemplo, dicen: «poca barba y falta de color, no hay bajo el cielo nada peor»; «cara pálida, peor que sarna»; «es mejor vender la casa y el campo, que casarse con mujer de nariz remangada»; «vista baja, tunante y nada más,» etc. Los pintores han observado con exactitud y aprovechado con habilidad muchas de las características anormales, como lo demuestran los cuadros de Ticiano, de Mantegna y del Españoleto, entre otros. En la literatura son bien conocidos ciertos personajes como Macbeth, Hamlet y Oteló (un criminal nato, un degenerado superior y un celoso uxoricida). El tipo del criminal, por su gran relieve, es fácil de percibir; se necesita, empero, el auxilio de la ciencia moderna para colocarlo en el grupo a que específicamente pertenece. Más aún: sería empírico clasificar a un individuo como criminal teniendo en cuenta un solo rasgo o unos pocos rasgos de los que hemos mencionado. Es preciso, según insinué atrás, tener en cuenta la acumulación de muchos rasgos. Para el experto lo significativo es el conjunto, el nexo de las características anormales. Quien no proceda de

ese modo puede cometer gravísimas equivocaciones al declarar que un individuo es delincuente nato, y más aún al declarar que ese individuo pertenece a cierto tipo específico de delincuencia. No hallo palabras suficientemente significativas para insistir sobre este punto. Quien sepa observar, poner en relación e interpretar el conjunto de anomalías existentes en un sujeto, podrá hacer obra científica, merecerá el nombre de antropólogo criminalista, y no profanará la seriedad de investigaciones que se han hecho con propósitos honrados, con miras humanitarias y con preparación competente. Quien sólo pare la atención en rasgos desligados, quien no tenga conocimientos suficientes para interpretar esos rasgos como partes de un conjunto, ese podrá hacer obra de abogadillo que sustrae de la sanción penal a quien le paga, o que desorienta las pesquisas de la justicia, pero no será nunca sacerdote de la verdad ni servidor de altos fines humanitarios. Si tales abusos se hubieran evitado, menos resistencias habría encontrado la antropología en las jurisprudencias modernas, menos agria sería hoy la lucha de los que trabajamos por deslindar el delito indisculpable para someterlo a merecidas sanciones, del delito patológico, que en realidad no debiera

llamarse delito, para ampararlo con esa misericordia que tanto decantan y que con tanta frecuencia olvidan los que nos atacan.

Antes de estudiar la biología y la psicología propia de los criminales, haré notar su afición por el tatuaje, que les viene por atavismo, pues es casi universal en las razas inferiores. Los pagayes de Sumatra se graban en el cuerpo ciertos signos convencionales. La abundancia de tatuajes indicativos de homicidios es título de honor entre muchos salvajes. En algunas localidades de Oceanía el tatuaje es una verdadera contabilidad; contabilidad macabra en ocasiones, pues sólo sirve para anotar delitos. En otras partes (neozelandeses, antiguos celtas y pictos) el tatuaje es blasón nobiliario o signo de riqueza. El tatuaje de los criminales daría materia para un libro. Ese tatuaje forma una heráldica particular; para descifrar sus signos y jeroglíficos se necesitarían conocimientos especiales. Entre esos sistemas heráldicos, llamémoslos así, merece señaladísima mención el *sfregio* de la camorra napolitana. El tatuaje les sirve a los criminales para registrar sus deseos o sus actos de venganza, los impulsos de su vanidad, sus sueños o sus triunfos eróticos, los refinamientos de sus perversiones sexuales, etc.

El metabolismo celular es poco intenso entre los criminales, especialmente en el delincuente nato, y eso se aprecia por una disminución en la eliminación del nitrógeno. También son débiles las reacciones térmicas y las oscilaciones termométricas en los estados febriles. La sensibilidad general es bastante obtusa; son singularmente opacas las sensaciones de dolor, de calor y de tacto. Sobre esto han hecho experimentos muy curiosos los señores Roncoroni, Albertotti y Ottolenghi, valiéndose del faradímetro y faridrómetro. El estesiómetro de Weber ha indicado que en un 30 por 100 de los criminales hay sensibilidad obtusa. En ellos el lado derecho es menos sensible que el izquierdo, anomalía que ha recibido el nombre de *zurdez sensorial*. Es notoria la insensibilidad al dolor: para demostrarla basta el tatuaje ya mencionado, que es operación bastante dolorosa.

Es curioso notar que la sensibilidad magnética y la sensibilidad a las variaciones atmosféricas son muy grandes en los delincuentes. En los homicidas, como en los salvajes, la visión es muy aguda. El daltonismo es frecuente en los criminales; en ellos y en los epilépticos el campo visual aparece recortado con numerosos escotomas periféricos. El oído, el olfato y el gusto son relativamente torpes.

Entre los criminales, sobre todo entre los ladrones, es muy común la agilidad. A cada instante se encuentran ejemplos como el de María Perino, que como una verdadera mona trepaba a los árboles, y de allí saltaba a los tejados con prontitud desconcertante. Mencionemos también el mancinismo o zurdería, que guarda relación con el mayor desarrollo del hemisferio cerebral derecho, de que hablé atrás. En consonancia con esto, la desviación y el paso del pie izquierdo son mayores que los del pie derecho.

Mosso ha llevado a cabo experimentos muy interesantes para apreciar los estados de ánimo por medio de las reacciones vasomotoras y del mayor o menor aflujo de sangre a los vasos circulatorios. El le hacía sumergir un brazo al sujeto en un depósito lleno de agua y cerrado. La graduación de un tubo comunicante indicaba los cambios de volumen del brazo, según fuera mayor o menor la afluencia de sangre. Cada estado de ánimo determinaba un nivel diferente en el tubo graduado; el nivel variaba también cuando aumentaba o disminuía la intensidad de un mismo estado de ánimo. Un ruido insignificante, la entrada de un extraño en la pieza de experimentación, cualquier incidente, por pequeño que fuera,

bastaba para determinar variaciones de nivel, las cuales indicaban diferencias en el aflujo de sangre al brazo, es decir, reacciones vasomotoras. Es claro que Mosso podía estimar cuantitativamente los fenómenos psicológicos más variados: el temor, la vergüenza, el fastidio, la sorpresa, la ira, etc. Le era fácil decir, por ejemplo, cuál de dos idiomas conocía mejor el sujeto, midiendo el esfuerzo que éste hacía para hablarlos o para traducirlos.

Aplicando el método de Mosso a los criminales, es fácil ver que ellos son extremadamente impasibles en la mayor parte de los casos, esto es, que en ellos son muy torpes las reacciones vasomotoras. Es de notar, sin embargo, que esas reacciones adquieren en ellos una intensidad inusitada cuando el excitante es erótico o alcohólico, lo cual manifiesta cuánto influyen sobre ellos las pasiones. En consonancia con lo anterior, pues indica torpeza vasomotora, debo notar que en ellos falta por completo la eritrofobia, que es tan frecuente en los individuos normales.

A la insensibilidad de los delincuentes es preciso referir dos hechos bien conocidos: que son casi invulnerables, pues resisten, de manera increíble, a todo género de traumatismos, y que son notablemente longevos, pues viven

largo tiempo, aun sometidos al duro régimen de las cárceles. «Yerba mala, no muere,» dice nuestro vulgo.

Viniendo a la parte psicológica, cabe observar que en los delincuentes padecen hondo desconcierto la inteligencia y las emociones. El sentido moral, que es la cumbre de la evolución psíquica, es también lo que primero se pervierte o se atrofia en la delincuencia nativa; cosa bastante natural, pues los procesos morbosos, como involutivos que son, siguen una marcha diametralmente opuesta a la de los procesos evolutivos. Las últimas adquisiciones del espíritu son siempre las primeras fortalezas atacadas y batidas por las enfermedades.

Al hablar de perturbaciones mentales, lo primero que se le viene a uno a la memoria es la interesantísima cuestión de los genios, que en general no son sino brillantísimos anormales, espíritus visitados por adumbraciones de locura. Aunque esa cuestión cae de lleno en el ámbito de la patología mental, y tienta y fascina a los investigadores, no puedo hacer aquí otra cosa que mencionarla de paso, para no desviarme del tema enunciado al principio de esta conferencia, que es netamente criminológico.

La lentitud de la percepción, la pereza y la fatiga intelectuales son anomalías bien averiguadas en los delincuentes natos. Desde los primeros años de la vida, en los bancos mismos de la escuela, dejan ver su incapacidad para el trabajo intelectual continuado. Ponen de manifiesto su ligereza y su imprevisión en los mismos delitos que cometen, pues no se cuidan de disimular las huellas que pueden servir más tarde para declararlos convictos. Su inconstancia, las mentiras innecesarias o contraproducentes de que se valen, las contradicciones en que incurren y el cinismo de que hacen gala en ocasiones, comprueban el trastorno de sus facultades discursivas.

Tanto gustan de lo original, que a veces tocan en lo excéntrico. Esta afición, como la que los lleva a apasionarse indiscriminadamente de todo lo nuevo, son anomalías progresivas que no excluyen en manera alguna los múltiples atavismos regresivos a que me he referido antes. Ya he hablado de la falta de sentido moral, que es característica dominante en los anormales. Carecen de compasión, pues su falta de sensibilidad no les permite reflejar, por simpatía psicológica, los padecimientos ajenos y sentirlos como cosa propia.

Honda, fundamental, tiene que ser la per-

turbación psíquica del delincuente nato, para que ella alcance, como alcanza, al más arraigado y más vivaz de todos los instintos animales, que es el de la propia conservación. Es de observación diaria la indiferencia con que arriesgan la vida y la facilidad con que llegan al suicidio, por motivos fútiles y en circunstancias desconcertantes por lo extrañas. El uxoricida Granie, por ejemplo, se suicidó sometiéndose a un ayuno perfecto de sesenta y tres días. Es llano que quienes desprecian la propia vida no pueden ser muy mirados con la ajena.

Sus afectos, cuando existen, son de una excentricidad particular. Cuentan de Laccenaire que el mismo día que llevó a cabo un asesinato puso en grave peligro su propia vida por salvar la de un gato que iba a caerse de un tejado. Por amor platónico a una mujer envenena Pissebert a su esposa. Thomas amaba entrañablemente a su madre, y sin embargo la arrojó por un balcón en una crisis de cólera. Troppmann, el asesino de niños y mujeres, lloraba de tristeza al oír el nombre de su madre.

El delincuente es esencialmente vanidoso: tiene una idea abultadísima de su propio valer, y satisface su orgullo jactándose no sola-

mente de cosas meritorias, sino también de hechos criminosos. Le lisonjea que lo tengan por ladrón insuperable, por sutilísimo estafador o por asesino de primera línea. Comenta, para darles realce, los crímenes que ejecuta, y es muy frecuente que se confiese responsable de atrocidades mayores que las que ha cometido en realidad. Vanidoso y falto de previsión, gusta de relatar, por medio de la escritura y del dibujo, la historia de sus fechorías, con lo cual deja pruebas fehacientes contra sí mismo. Cavaglia, alias *Fusil*, dibujó una serie de escenas que, como los altos relieves a que tan aficionados han sido los monarcas, no eran otra cosa que un relato detalladísimo de sus propias hazañas. Por ese medio se le pudo comprobar el asesinato de un amigo íntimo suyo, cómplice por añadidura.

En el delincuente nato sobrevive la crueldad felina del hombre primitivo. La venganza es en él un resorte que no se rebaja nunca, y que se dispara por los más ligeros motivos. Domínalo la pasión del juego, y pierde con indiferencia dineros que ha adquirido con codicia. Se desvive por el alcohol, y como la dipsomanía es hereditaria, a ella se entrega por apetito personal y por urgencias atávicas.

La reincidencia es característica en el cri-

minal nato, no sólo porque en él son perdurables los móviles antisociales, sino porque no los refrena el remordimiento. En Francia son reincidentes el 50 por 100 de los criminales. El porcentaje sube en Bélgica y Dinamarca a un 70, y en Alemania es todavía más alto. Lo común de la reincidencia deja ver cuán ineficaces son las penas para corregir a los delincuentes natos, cuyas propensiones antisociales son de origen morboso.

Es sobremanera curioso el estudio del lenguaje especial que para uso secreto y con el propósito de despistar a la justicia, se fabrican los criminales. Esas germanías tienen siempre un extraño parecido con los dialectos de los salvajes. En ellas abundan las onomatopeyas, los tropos y el empleo del adjetivo por el sustantivo. No hay para qué decir que la fuente más abundosa de ese léxico se halla en las peripecias y altibajos de la vida rufianesca.

Allí se siente el vaho carcelario del hampa. El alma es *la falsa*, la cárcel es la *purificadora*, la bolsa es *la santa*, la luna es *espía*, *blanqueador* el abogado, y así de lo demás. Para desfigurar las palabras, los delincuentes verifican alteraciones fonéticas, truncan los vocablos o les ponen incrementos, usan aliteraciones, hacen intercalaciones regulares de

silabas, como en las jerigonzas, toman palabras de otras lenguas o resucitan arcaísmos de la propia.

Cabe recordar aquí que en muchas vesanias y demencias ocurren la homofonía, la ecosilabia, la palilalia, la coreofrasia y la afición a los neologismos. Los hebrerénicos llegan a construir un caló enteramente nuevo.

La escritura y la pictografía de los delincuentes dan testimonio de su anormalidad e indican en ciertos casos el grupo a que ellos pertenecen. Las rúbricas son en general muy complicadas y abundan en adornos. Los homicidas, salteadores y bandidos son los que más alteran la letra. Ocurre en ellos con muchísima frecuencia el alargamiento de los caracteres. Gustan asimismo de los jeroglíficos, como los salvajes, los degenerados y los dementes.

He tratado de resumir los caracteres somáticos, biológicos y psíquicos del delincuente nato; tendría que alargarme demasiado para considerar las otras variedades de delincuencia (delincuente ocasional, pasional, político, etc.) Debo limitarme, por tanto, a decir que sea cual fuere el tipo que se examine, en él se encuentran profundas anomalías claramente morbosas, análogas en muchos casos a las

que dejo descritas. Cada variedad constituye un eslabón de una larguísima cadena; ominosa cadena tendida entre el manicomio y el patíbulo. No me es posible tampoco estudiar la monomanía afectiva de Esquirol, que es el morbo genérico, en cuyos cuadros entra como especie la delincuencia. Por sobre esa especie y ese género está como familia patológica la epilepsia o mal comicial. Para Boerhaave y sus contemporáneos la epilepsia apenas tenía un aspecto físico: el de las convulsiones tónicas y clónicas. Los investigadores modernos han buscado el aspecto psicológico correlativo. De ese modo han ensanchado el cuadro de la epilepsia, agregando un capítulo sobre sus equivalentes psíquicos, lo cual les ha permitido emparentar el llamado mal de los comicios con las otras enfermedades mentales y con los fenómenos de la delincuencia.

Estudiando comparativamente los caracteres antropológicos, biológicos, psicológicos y nosogénicos (intoxicaciones, sífilis, etc.), halló Lombroso fundidas en el tipo epiléptico todas las características de la delincuencia nativa y de la locura moral. El epiléptico, sin dejar de serlo, o mejor dicho, porque lo es, puede ir de un polo a otro en el extenso zodíaco de la psiquis, es decir, desde el genio hasta la im-

becilidad, poniendo de manifiesto siempre y en todas partes la anormalidad de su espíritu. Es claro que hoy no se le atribuye al epiléptico la responsabilidad que en otro tiempo se le atribuía. Sus raptos, sus ausencias mentales, sus actos impulsivos, no son sino los equivalentes o sustitutos psíquicos del ataque comicial: cuando no lo sacuden las convulsiones tónicas o clónicas, pueden visitarlo por vía de sustitución, o los arrebatos o la inconsciencia de la locura. Como resultado lógico del concepto anterior, ha habido que estudiar la situación del epiléptico ante el Derecho Civil y ante el Derecho Público. ¿Debe considerársele como *sui juris* o como *alieni juris*? El manejo de sus propios bienes y de los bienes de la sociedad conyugal; el ejercicio de las potestades marital y patria; la capacidad testamentaria; la capacidad contractual; el valor de su testimonio en juicio; su capacidad para votar, para ser elegido y para desempeñar puestos públicos. Hé ahí, entre otras, un buen número de cuestiones jurídicas que cobran un nuevo aspecto a la luz de las investigaciones modernas. Sobre esta materia dice Ottolenghi lo que en seguida copio:

«El epiléptico que, aun no estando en un acceso, se halla bajo el imperio de ideas casi

siempre incoherentes; que se exalta o se deprime con facilidad; que siente como intensos dolores, que para otros son leves o no existen en absoluto; que en un minuto pasa de la hilaridad más estrepitosa a la melancolía más obstinada; tiene un sistema nervioso desequilibrado y enfermo. En tal virtud, se queda uno perplejo ante la cuestión de si el epiléptico puede elevarse en la sociedad civil a la capacidad de las obligaciones generales.»

Ciertamente, desequilibrado y enfermo se halla el sistema nervioso de los epilépticos, y en tal situación tiene él que sufrir las arremetidas furiosas de los accesos. Desvencijado, víctima de anomalías funcionales y orgánicas, queda el enfermo sujeto al más doloroso de los vaivenes: tras una actividad mental vertiginosa, sostenida y enervante, vienen la prostración y la atonía, negras, abrumadoras, inmisericordes. ¿Cómo concederle al epiléptico la integridad mental?

Viniendo ahora a las causas de las anormalidades que se advierten en el delincuente, conviene señalar tres órdenes de factores: los antropológicos (o individuales), los físicos (o naturales) y los sociológicos. Esos términos se explican por sí mismos.

Lombroso paró la atención principalmente

en el primer grupo; sus continuadores, sin desestimar el empeño de Lombroso, han creído necesario extenderlo, con igual seriedad, a los otros dos grupos. Huelga decir que en tratándose de la causalidad, está bien aprovechado cuanto esfuerzo se haga por detallar y someter a cuidadoso examen todos los antecedentes del fenómeno que se estudie. Creo pues que los discípulos de Lombroso han consultado bien el espíritu del maestro al ampliar el campo de sus investigaciones.

Lacassagne dice sobre este punto lo que sigue:

«El medio social es el caldo de cultivo de la criminalidad; el delincuente es el microbio. Este no cobra importancia sino el día que encuentra el caldo que lo hace fermentar.»

Factores antropológicos son las anomalías corporales y psíquicas del delincuente, de que ya he hablado con regular extensión. Los factores físicos provienen del medio ambiente geográfico, que algunos suman en la palabra *clima* y que comprende los cambios de temperatura diurnos y estacionales, la naturaleza geológica del suelo, el grado de humedad del aire, la escasez o abundancia de aguas, la clase de vientos preponderantes, la fauna, la flora, etc. Factores sociológicos son los hábitos

y costumbres, la religión, la densidad de la población, las ocupaciones habituales, la riqueza pública, la organización política, las leyes civiles y penales, etc. Se comprende que el rápido progreso de las sociedades modernas ocasiona cambios profundos y numerosos en el medio sociológico, los cuales estorban la adaptación de las razas a sus nuevas condiciones de vida. No bien comienza a adaptarse un grupo humano a su medio sociológico, cuando éste cambia casi totalmente; de donde se sigue que las sociedades modernas viven sujetas a un proceso de readaptaciones constantes. Eso le impone una labor formidable al sistema nervioso, y de ahí que hoy hagan tantos estragos las enfermedades mentales.

Es obvio que no puede haber efecto sin causa. En otros términos, todo hecho implica un grupo de antecedentes necesarios, esto es, de antecedentes sin los cuales el hecho no podía existir. Y como una causa no puede engendrar sino un efecto determinado (no un efecto cualquiera), y un efecto no procede sino de una causa determinada (no de una causa cualquiera), es patente que entre la causa y el efecto existe una relación *cualitativa* necesaria. Ahondando un poco más este concepto, se echa de ver que la relación entre una causa y su co-

rrespondiente efecto tiene que ser no sólo cualitativa, sino también *cuantitativa*. De otro modo resultaría sin causa una parte del efecto, o resultaría sin efecto una parte de la causa. Hablando con rigor, es preciso decir que todo efecto supone una causa *suficiente*, y que toda causa implica un efecto *suficiente*.

De lo dicho resulta como consecuencia lógica la llamada *ley de la saturación criminal*, que significa lo siguiente: dado cierto número de factores (antropológicos, físicos y sociológicos) en un tiempo y en un lugar determinados, es forzoso que se cometa un número determinado de delitos. Eso explica la sorprendente regularidad de las estadísticas criminales.

Conviene considerar ahora separadamente algunos de los factores ya dichos. Se sabe que las variaciones de temperatura tienen enorme influencia sobre los fenómenos biológicos. Por ejemplo, al hablar Darwin de las plantas insectívoras, especialmente de la *drosera rotundifolia*, nota que su apetito por las sustancias nitrogenadas aumenta con la temperatura, pero que se paraliza de 55° en adelante, para volver a su estado normal si se le sumerge en agua fría. No es extraño que en las heladas estepas de Siberia parezcan adormecerse los

gérmenes delictuosos; allí no prosperan los impulsos revolucionarios y se soportan bien las leyes despóticas de los Zares. Los expedicionarios a los polos han notado que las temperaturas muy bajas embotan la inteligencia, la sensibilidad y los apetitos. Análogos resultados producen las temperaturas excesivamente elevadas: es conocida la apatía y la sumisión servil de los que habitan en las regiones tórridas. En cambio, los climas medios son propicios al espíritu de protesta y a los delitos políticos.

Hay estadísticas como las de Guerry y de Curcio, que demuestran de manera incontrovertible la llamada *ley térmica* de la delincuencia. En Inglaterra, en Francia y en Italia se ha observado que los delitos de sangre aumentan en los meses de calor. La misma influencia descubre Lombroso en materia de delitos políticos, al estudiar más de ochocientas conmociones sociales ocurridas entre 1731 y 1880. Julio es el mes de las revoluciones, como puede comprobarlo quien tenga algunos conocimientos de historia. Ferri, Lacassagne, Chausinaud, Maury y otros han hecho minuciosos estudios sobre las estadísticas criminales de Francia, y allí es palpable la influencia de las estaciones sobre la naturaleza de los delitos

predominantes. De esos estudios aparece que los delitos de sangre y los sexuales aumentan en los meses cálidos, y que en cambio en los meses fríos aumentan los delitos contra la propiedad. Los antropólogos han podido construir verdaderos *calendarios criminales*, por el estilo de los que usan los botánicos sobre la floración de las plantas.

En armonía con lo que acabo de exponer, puede notarse en los países en donde no hay estaciones, que en los climas cálidos abundan más los delitos de sangre que en las tierras frías; en éstas, al contrario, abundan más los delitos contra la propiedad y los envenenamientos.

Nuestro país se presta singularmente para estudiar la influencia de las condiciones geológicas y sobre todo orográficas. Muchas sorpresas podría traer el estudio de las relaciones posibles entre la criminalidad y la uncinariasis o el paludismo. Las regiones cretinógenas y productoras del bocio son, a no dudarlo, bonitos campos de observación.

Las influencias etnológicas son de observación diaria y vulgar; así es que sólo las tocaré de paso. «Ese es un *judío*,» dicen las gentes para designar a un usurero; «*negro* no la hace limpia,» es frase con que se expresa entre nos-

otros el mal concepto en que se tiene a los individuos de la raza africana; «es más desconfiado que un *indio*,» dice quien desea ponderar la suspicacia de alguno; «serio como un *inglés*,» «parlanchín como un *francés*»; «sucio como un *chino*»; «embustero como un *egipcio*»; «ladrón como un *gitano*,» y otras cien frases por el estilo, dejan ver que aun el vulgo explica ciertos rasgos de carácter por meras influencias étnicas. Observaciones como las indicadas peñan por demasiado absolutas: eso es claro; pero son un testimonio irrecusable de que aun la observación más superficial ha podido ver que la raza imprime carácter, como suele decirse. Y la razón de eso es muy clara: los individuos de un mismo grupo tienen una misma sangre y viven en unas mismas condiciones con frecuencia; no es extraño por tanto que especialicen unas mismas aptitudes y agucen unas mismas propensiones.

Al hablar de las influencias de raza me valgo de un arbitrio usual y cómodo; pero no desconozco, por supuesto, que analizando con profundidad habría que descomponer el factor raza en muchos otros factores distintos. Si los pieles rojas son crueles, si ciertos negros son indolentes o si los árabes son vengativos, no se debe eso a los caracteres anatómicos de

que se sirve la ciencia para colocarlos en determinadas razas. La explicación habría que buscarla a la postre en el medio ambiente geográfico o en el medio ambiente sociológico.

Se comprende que el grado de civilización de una sociedad influye en la clase de delitos que prevalecen. En su evolución las sociedades pasan por dos etapas sucesivas: la *militante* y la *industrial*. En la primera la principal y casi exclusiva ocupación de los individuos es la guerra; el ejército es entonces la sociedad en campaña, y la sociedad es el ejército en reposo, según la expresión de Spencer. Las costumbres, la industria, el gobierno político, el gobierno eclesiástico, los sentimientos y las opiniones de todo orden se subordinan a la necesidad suprema de los tiempos, que es la lucha armada. Militarmente es tanto más eficaz un pueblo, cuanto más despóticamente organizado esté; la libertad ciudadana y la eficiencia militar son incompatibles. Si el estado no tiene poderes irrestrictos, la organización militar resulta deficiente, merman las probabilidades de la victoria y la nación puede desaparecer o quedar conquistada por otros pueblos de espíritu más guerrero. El Estado debe entonces dirigir y reglamentar la industria, poniendo los ojos únicamente en

las necesidades militares; y debe dirigir la educación física, intelectual y emocional de los subditos, para conseguir soldados fuertes, conocedores del arte de la guerra, sumisos, reverentes con las jerarquías y que amen al Soberano por sobre todas las cosas. La pasión por la gloria, la admiración por el valor personal, el temperamento hazañoso, el espíritu épico, en una palabra, han de ser los resortes del alma nacional. En esa etapa la cooperación social es, y tiene que ser, *compulsiva*.

En la etapa industrial cambian por completo las necesidades. La guerra ya no es ocupación permanente: o no ocurre nunca, o sólo ocurre de vez en cuando, y en ella no toma parte la totalidad del pueblo, sino una fracción de él, relativamente pequeña (el ejército). La industria se mueve por iniciativa individual; surge el espíritu de duda y de investigación en lo científico, y el espíritu de independencia en lo político y social; las maneras y costumbres se suavizan; a la crueldad guerrera suceden la conmiseración y la filantropía; y la épica se torna en simple herramienta literaria. El ciudadano fía en sus propias fuerzas, ama con amor entrañable su independencia personal y rechaza la felicidad en *biberón* que le ofrecen los politicastros, los aventureros pa-

triotas, los prestidigitadores *geniales*, los re-
dentores de pueblos; rechaza en suma la tier-
na melosidad de toda la gitanería política, a
la cual debiera yo dedicarle capítulo especial,
como a buena clientela de los panópticos, si
los estrechos límites de este discurso no me lo
vedaran. En la etapa de que vengo hablando
la cooperación social es *voluntaria*. Apenas
necesito insinuar que en el período militante
prevalecen los delitos de sangre, los que en-
trañan abuso de la fuerza y los que proceden
de cólera o de venganza. Es la época del hom-
bre tigre. En el período industrial prevalecen
los delitos que entrañan fraude y astucia. Es
el período del hombre zorra.

Me detendré un momento en este último
período, que es el más importante para nos-
otros, por razones obvias, y resumiré las obser-
vaciones de Ferrero sobre el asunto. En las
densas poblaciones modernas el duelo queda
reemplazado por los pleitos y por las artima-
ñas de los rábulas. El marido, engañado por
su mujer, no le da muerte al Juan Tenorio
respectivo; o le pide a este una indemnización
pecuniaria ante los Tribunales, o establece un
juicio de divorcio, o se vale de los dos recur-
sos conjuntamente. El que desea conquistar
el poder, no desenvaina el acero; el fraude y el

soborno le permiten triunfar en los comicios y quedar como «ungido de los pueblos.» Nadie piensa hoy en artillar sus naves para ejercer el dignísimo oficio de la piratería; es más sencillo cargar esas naves con artículos falsificados o con mercancías de contrabando. La falsificación de moneda, el *chantage* en su riquísima gama, la lotería ingeniosa, las grandes compañías por acciones, las minas *sembradas*, la quiebra fraudulenta, han reemplazado al asalto a mano armada. En los *negocios* menudos hay una fauna más variada que las de las fecundas selvas tropicales; los tomadores del atraque o del tirón, los topistas, los ratoneros, los espadistas, los minadores o alcantarilleros, los dronistas, los descuideros, los tomadores del dos, los mecheros y bicheadores, los tomadores por el empalme o por el cambiazo, los del ful, los timadores, los derribadores eléctricos y otros muchos *ejusden furfuris*.

Por ser escabroso el tema me limitaré a decir que en las poblaciones densas florecen de manera exuberante ciertos y determinados cultos como el de Citerea, el de Lesbos, el de Pentápolis, etc. Me basta mencionar a los sadistas, masoquistas, satifistas, fetichistas y uranistas, para que los médicos que me escu-

chan vean, como en una película infernal, unos cuantos círculos olvidados en *La Divina Comedia*.

No entra en mi plan agotar la lista de los factores sociológicos del delito; así es que sólo me detendré un instante en otro de esos factores, el alcoholismo, el cual nos conducirá como por la mano al importante tópico de la herencia.

Los ya antiguos experimentos de Meumann demuestran que el alcohol es un enérgico eritrocida; por tanto altera profundamente los fenómenos hematósicos, perturba el organismo en general y acarrea la degeneración esteatósica de los neurones. Krapelin, psiquiatra distinguido, demuestra que bastan 40 gramos de alcohol etílico absoluto para suspender las funciones cerebrales, especialmente las relacionadas con la inteligencia; y como, además, el alcohol excita las pasiones y relaja el poder moderador de la voluntad, resulta claro y obvio que es causa fecunda de delitos. El determina atentados contra el pudor, irrespetos a la autoridad, golpes, homicidios, asesinatos y, en algunos pocos casos, estafas y falsificaciones. El alcohol tiene particular influencia en las conmociones populares.

Es tan visible la relación entre el mayor

consumo del alcohol y el mayor número de delitos, que huelga todo comentario sobre el particular. Por referirse a nuestro país, citaré la opinión de dos compatriotas nuestros. Fundándose en la estadística de la Oficina Médico-legal de Bogotá, y refiriéndose a los años de 1912, 1913 y 1914, dice el doctor Fajardo Vega lo siguiente:

«Como se ve en este cuadro, el mayor número de reconocimientos se hace para contusiones y heridas contusas, que dan un total de 7,172 sobre 15,887 diligencias; es decir, que la mitad próximamente de las lesiones que se reconocen son ocasionales. Sus autores en todo pensaron menos en que después de unas cuantas libaciones de chicha o de aguardiente, dieran de golpes a sus camaradas con lo primero que a las manos encontraran.»

Después agrega:

«Es el pueblo bajo la verdadera gleba, la que se presenta para hacer reconocer sus lesiones, y el modo y circunstancias en que son heridos, no varían: la chicha y el aguardiente vienen a ser los verdaderos responsables; los días lunes y martes se presentan en la Oficina los agredidos del sábado en la noche, y los del domingo en la tarde y las primeras horas de la noche. Hay lunes en que se hacen en la

Oficina hasta 40 reconocimientos; este número llega al *mínimum* el *sábado*, para subir al *máximum* en el día siguiente al *feriado*.»

Los datos del doctor Fajardo Vega se refieren a Cundinamarca. Refiriéndose a Antioquia en 1913 y 1914, dice el doctor Alejandro López lo siguiente:

«Esto deja comprender la funesta intervención del alcohol en la criminalidad, pero mejor aún se ve esto en los siguientes datos: la tercera parte de los homicidios se cometieron el día *domingo* (31,6 por 100); en días *sábado* y *lunes* se cometieron el 35 por 100, y el resto en los demás de la semana. No hay que olvidar que los agricultores se aglomeran en las poblaciones los *sábados*, *domingos* y *lunes*, pero especialmente los *domingos*, para concurrir a los mercados y asistir al servicio religioso.»

El alcohol aumenta los delitos, no sólo en la forma directa que acabo de considerar, sino también de manera indirecta, pues predispone los descendientes del alcohólico a la criminalidad. En los hijos de los alcohólicos se encuentran numerosos estigmas de degeneración: a veces no alcanzan la talla media de su raza y crecen con tanta lentitud, que hombres de veinte años tienen la apariencia de ni-

ños; abundan en asimetrías, especialmente del cráneo y del cerebro; se presentan en ellos la hidrocefalia, la disestesia, la dipsomanía, alteraciones del carácter y de la inteligencia, etc. Esas taras vienen acompañadas de energías propensiones al delito. Entre los descendientes de los alcohólicos recluta el panóptico la mayor parte de sus huéspedes, según lo demuestra la estadística.

Grandes son sin duda los males que el alcohol proporciona a la primera generación (ineptitud para el trabajo, incapacidad de llenar los deberes sociales y de familia, enfermedades, propensión al delito, etc.); esos males, sin embargo, palidecen ante los que ocasiona por herencia en las generaciones subsiguientes. El delincuente nato no es más que el delincuente por herencia; y de todas las herencias morbosas no hay ninguna que en importancia y extensión pueda compararse con la alcohólica. Muy cerca de la verdad andaría quien dijese que por su acción directa y por su acción indirecta el alcohol sólo engendra más crímenes en las sociedades modernas que todas las otras influencias delictuosas juntas.

La herencia es *directa* cuando pasa de padre a hijo; es *indirecta* cuando deja indemne alguna o algunas generaciones intermedias; es

similar cuando el heredero muestra las mismas degeneraciones y comete los mismos delitos que el antepasado a quien hereda, y es *desemejante* cuando en el heredero se reproduce, no la degeneración originaria, sino alguno o algunos de sus sustitutos; por ejemplo, cuando el descendiente de un borracho resulta loco, ladrón o asesino.

En relación con los fenómenos de la herencia, conviene tener presente la *afinidad electiva*, en virtud de la cual los individuos anormales tienden a casarse entre sí o contraer relaciones transitorias; de donde resulta que la prole de esas uniones hereda por dos líneas la degeneración y la delincuencia. Por vía de ilustración los autores relatan la historia de las familias Chrétien y Lemaitre.

El influjo de la herencia sobre la criminalidad aparece con vividez en el estudio que hace Dogdale de la descendencia que dejaron Max Juke y Adda Yalkes (ladrona y borracha), que vivieron en el siglo xviii en los Estados Unidos. En esa familia hubo 200 delincuentes, 280 mendigos e inválidos, 90 mujeres públicas sifilíticas, y 300 niños muertos prematuramente. A la quinta generación todos los hombres eran criminales y todas las mujeres eran de la vida airada. Los individuos

de esa familia que vivieron a expensas del Estado demandaron un gasto de \$ 1.000,000 en el espacio de ochenta y cinco años. En los Estados Unidos *Juke* llegó a ser sinónimo de criminal.

La criminalidad se hereda no sólo de padres delincuentes, sino también de padres epilépticos, dipsómanos, dementes, etc.; en cambio, la locura, la dipsomanía, la demencia, pueden heredarse de padres criminales.

Marro asegura que la edad de los padres en el momento de la concepción, influye sobre la naturaleza de la delincuencia que han de heredar los hijos. Los hijos de anormales jóvenes son propensos a los delitos contra la propiedad; los hijos de anormales viejos son propensos al homicidio y al asesinato; si los padres se hallan en la fuerza de la edad, los hijos propenden al fraude y a la estafa.

Dirigiéndome a una Academia de Medicina, bien pudiera yo dar por terminado aquí este ya largo discurso, pues he pasado revista a las cuestiones que son propiamente de nuestro instituto; mas de tal modo han trascendido a la política y a la jurisprudencia las investigaciones hechas por los médicos en el ramo de la criminalología, que mi estudio quedaría trunco y deforme si no agregara yo algunas palabras sobre la delincuencia en el punto de vista sociológico.

En tratándose de lo que pudiéramos llamar la terapéutica del delito, es preciso advertir que hay medios *preventivos* o *profilácticos* y medios *curativos*; y es preciso decir también que en ciertos casos desesperados, todos esos medios resultan completamente ineficaces. Hay individuos que nacieron para el delito, como nacen los peces para el agua, y no existe poder humano capaz de torcer la ley a que los sometió la naturaleza. Cuanto diga yo pues aquí sobre tratamiento profiláctico y sobre tratamiento curativo, debe entenderse dicho de los individuos cuyas propensiones delictuosas fueren modificables. Respecto de los incurables, de los irremisiblemente perdidos, se le presenta a la sociedad un dilema pavoroso: o los descarta brutalmente, como quien corta un miembro gangrenado, o se deja sacrificar por ellos. A los médicos sólo nos corresponde plantear la dificultad, tal como ella es, sin quitarle motas a la manta; tócales a otros escoger entre los dos cuernos del dilema. Ojá-la que ellos procedan con la fría serenidad con que procedemos nosotros.

El buen gobierno es el más eficaz de todos los medios preventivos, no tanto porque él vigile, que sí vigila, a los posibles delincuentes, sino porque ejerce una acción sedante impon-

derable sobre los nervios de las masas que están sujetas a él. Esa acción es callada, continúa y lleva el sosiego a los espíritus, como las noches serenas. Para la humanidad, en su larga peregrinación, la sociedad civil ha llegado a ser un estado natural. El gobierno bueno es armónico con esa sociedad, la hace posible, traba con ella una verdadera correlación biológica, y todas las correlaciones de ese género dejan un saldo de placer cuando son sanas. Por extraño que parezca, en los mismos delinquentes hay nostalgias de justicia: ellos, que no saben ser justos con los demás, exigen imperiosamente que haya justicia para con ellos; donde la encuentran, se sienten desarmados, y se relaja el resorte de su acometividad. La sociedad justa les distiende los nervios como un baño de agua tibia. Quienquiera convenirse de lo que vengo diciendo, observe lo que les acontece a los tipos más peligrosos de Italia, Rusia, Francia, etc., cuando llegan a Inglaterra.

Los educacionistas del mundo entero han observado que la severidad hace díscolos a los niños y que la benevolencia los hace sumisos; en los manicomios es observación corriente que la cadena y el encierro enfurecen a los locos, y que la apariencia de libertad les apaci-

gua el ánimo; y saben los directores de cárceles que sin suavidad no es posible corregir a preso ninguno. No es extraño que entre gobernantes y gobernados suceda lo mismo que entre maestros y discípulos, entre guardianes y enajenados, entre alcaides y prisioneros.

No tengo para qué decir que una sociedad mal gobernada es el medio más adecuado para que revienten todos los gérmenes de delincuencia. La mala distribución de la riqueza, que por un lado da lugar a una clase excesivamente rica, dominante y entregada al lujo y al refinamiento, y por otro lado da lugar a una clase paupérrima mordida por todas las necesidades, oprimida por todos los dolores y hostigada por todas las iracundias; la conducta despótica de las autoridades, que en vez de contener hace hervir la cólera de las muchedumbres y que provoca las conmociones populares; la represión de la prensa, que cierra las válvulas por donde pudiera respirar el descontento público; el exceso de las contribuciones, que hace infecundo el trabajo, que cancela toda esperanza de holgura económica y que trae la miseria irremediable para los más débiles en la lucha por la vida; la tiranía del capitalismo, creada al favor de las leyes de excepción, que se hace sentir en la organiza-

ción del trabajo, en la política interior y en las grandes catástrofes internacionales; las desvirtuaciones del sufragio, que cierran la puerta a toda esperanza de remedio; el servicio militar, que pesa como una montaña sobre las clases desheredadas; la taberna, el burdel y la sociedad secreta, que se ofrecen como únicos refugios para los vencidos, todo eso da lugar a un florecimiento horripilante de la delincuencia.

Me apartaría demasiado de mi objeto y tendría que embarcarme en un mar sin orillas, si fuera a examinar aquí el influjo que sobre la delincuencia ejerce cada una de las instituciones sociales o políticas modernas. Sería menester un libro entero para hablar de las sociedades cooperativas, de los asilos para niños e indigentes, de los retiros para ancianos, de las horas de trabajo, de la indemnización por accidentes obreros, de habitaciones baratas, de la higienización de los barrios pobres, del alumbrado público, de la policía científica, de los *trusts* y de mil cosas más relacionadas con el industrialismo actual. Sólo por ser de capitalísima importancia diré cuatro palabras sobre las escuelas. La instrucción pública, tal como hoy está organizada, en vez de disminuir, aumenta la delincuencia, porque crea en

los niños pobres necesidades que más adelante no pueden satisfacer; porque relaja en vez de vigorizar los músculos del cuerpo y los resortes de la voluntad; porque no provee a los educandos de ningún conocimiento útil para la lucha por la vida, y porque los obliga a gastar en tonterías cuasi literarias el tiempo que ellos necesitan para aprender un oficio remunerador; todo eso sin contar el perjuicio cerebral irreparable que les ocasiona, sometién-dolos a una labor mental inconsiderada cuando el organismo es todavía endeble por la edad y a tiempo que la nutrición es quizá insuficiente, debido a la pobreza de los padres. Con la circunstancia muy notable de que esa barbaridad no es exclusiva de nosotros; la cometen en mayor grado los países cultos y progresistas. En ciertas regiones europeas contrasta el ánimo ver salir de la escuela una comunidad de niños, provistos de anteojos casi todos ellos, voluminosa la cabeza, delgados los brazos y las piernas, la mirada sin brillo, pálidos los labios, como si tuviesen hambre o frío; lentos y silenciosos, como si fueran ancianos. ¿Qué vigor y qué brío pueden infundirle a su patria retoños de esa índole?

No acierta uno a comprender cómo es que hay educacionistas que pretendan enseñarle a

un obrero, no lo que el obrero ha de necesitar en la vida, sino aquello que nunca ha de necesitar. Para corregir ese absurdo hay que empezar por curar a los educacionistas y faceadores de *pensums*, que andan con los cascos a la jineta.

El niño pobre requiere poquísima literatura; en cambio reclama ejercicios corporales que le endurezcan los músculos, que le den salud y alegría y que lo hagan combatiente eficaz en la lucha por la vida; requiere que se le enseñen artes y oficios, para llegar a ser un trabajador experto; y requiere que se le eduque la voluntad, para que sepa absterse, para que sepa perseverar y para que sepa dar un *no* redondo y definitivo cuando las circunstancias lo pidan. Varones sanos, varones fuertes, varones enteros es lo que la patria necesita. Para criar miopes y entecos, versificadores chirles, peroradores y *maquetitas*, no vale la pena de sostener un complicado tren de escuelas y colegios.

Por las razones apuntadas, no puedo detenerme en los planes educacionistas ideados en el Extranjero ni en la reforma de las leyes penales y de procedimiento, ni en la organización de manicomios, penitenciarías y casas de corrección.

Lo que he dicho basta—ojalá no me equivoque—para dejar ver la índole de la criminología moderna, la tendencia de sus conclusiones y el vastísimo alcance de sus influencias. Según insinué al principio, esta gran transformación es debida a una idea muy sencilla, el estudio, no del delito, sino del delincuente. Ella cambió la fase de los conocimientos humanos en materias criminalógicas.

Los colegas que me escuchan, que son hombres de ciencia, saben cuán hondas y de cuánto alcance pueden ser las transformaciones ocasionadas por una idea vigorosa. No hay exageración en asegurar que la ciencia moderna es debida a la aplicación del método inductivo al estudio de la naturaleza; idea sencillísima, pero idea que como ancho foso ha dividido en dos partes los anales de la humanidad. Sencillísima fue también la idea darwiniana, que convierte a las especies en eslabones de una sola cadena, pero idea que hizo posible la unificación de todos los conocimientos anteriores, que rellenó las grietas existentes entre una y otra especie y que hizo un solo todo de cuanto vive en el aire, en la tierra y en los mares.

Entre esas ideas fecundas que entrañan prodigiosas transformaciones, no vacilo yo en co-

locar la idea lombrosina. La inestable capa de la atmósfera carga sobre la capa inestable del Océano, y mientras la presión es uniforme, hay equilibrio y los mares duermen tranquilos; pero si en un punto cualquiera se recalienta y enrarece una columna de aire, los vientos se lanzan sobre la región ciclónica, queda roto el equilibrio y sobre los mares rueda desatada la tempestad. La superficie, antes serena, queda surcada por cordilleras líquidas, y los sacudimientos llegan hasta el fondo de los abismos. Algo semejante acontece con las ideas que entrañan una revolución; cuando ellas aparecen hay equilibrio aparente en los conocimientos humanos; la idea nueva recalienta y enrarece una región del pensamiento; el equilibrio se rompe y vienen entonces tempestades como la que hemos presenciado desde que apareció Lombroso, que ha derribado las fábricas más altivas y al parecer mejor cimentadas, en los dominios de la antropología y en los dominios del derecho. Cuando las aguas recobren su placidez habitual, verán los ojos con estupor que se han alzado nuevos continentes y que han cambiado los niveles de las aguas; verán, en suma, que el cataclismo ocurrido es de los que separan dos épocas diferentes.

Informe del doctor José María Montoya, Secretario de la Academia.

Cumplo con el deber reglamentario de dar un informe sobre los trabajos llevados a cabo por la Academia Nacional de Medicina en el período que hoy termina.

Fueron tantos y tan variados los puntos en que se ocupó este Cuerpo científico, y tan sensibles las pérdidas que en su personal ocurrieron, y al mismo tiempo, tan tinosas las designaciones que los académicos hicieron para llenar los claros hechos por la muerte en el curso de los dos últimos años, que me he visto obligado a dividir este informe en unos cuantos capítulos, y tratar en cada uno de ellos de los asuntos importantes que se desarrollaron en este relativamente corto espacio de tiempo.

Principiaré por los cambios que hubo en el personal.

En la sesión ordinaria de la Academia que tuvo lugar la noche del 28 de octubre de 1914, el Presidente, doctor Carlos Esguerra, en muy sentidas frases comunicó a los académicos presentes la dolorosa noticia de la muerte del académico de número doctor Juan Evangelista Manrique, acaecida en San Sebastián, España, el día 14 del mis-

mo mes. Había ido el doctor Manrique a esa hermosa playa en busca de algún alivio para una afección que desde hacía algunos años lo venía atormentando y que había obligado a ir a Europa a este eminente colombiano en busca de climas más propicios para su salud.

Todos recordamos con cariño la figura de ese hombre de ciencia, que durante su corta carrera hizo tanto bien en casi todos los ramos de la actividad humana. Con su temprana muerte se puso de manifiesto en todo el país la extraordinaria valía de su personalidad. No hubo Cuerpo científico que no remitiera a la Academia una manifestación de pesar; el Congreso de la República, reunido en sesiones ordinarias cuando a Bogotá llegó la noticia de su desaparición, aprobó en ambas Cámaras sendas proposiciones de pesar, que fueron a la Academia de Medicina que tanto amó, y en la que desempeñó todos los puestos que sus miembros tienen que ofrecer a sus colegas como tributo de respeto y admiración. Las luchas que en puntos científicos sostuvo en la corporación se recuerdan todavía con placer por aquellos que de una manera u otra tuvieron que presenciarlas, ya como meros espectadores, ya como luchadores en contra o en favor de los puntos que defendiera con sin igual calor el entonces joven académico.

Tocóle en ocasiones sostener recias batallas en puntos de interés general, cuando las pasiones humanas habían invadido hasta cierto punto las regiones serenas de la higiene y de las conveniencias

sociales, pero su palabra siempre serena, siempre amable y sin descender jamás al campo siempre odioso de las personalidades, triunfó sobre sus adversarios, y la Academia aprobó lo que Manrique quería, y hoy a través del tiempo, que todo lo calma, sus contendores de esa época son fervorosos partidarios de las obras que Manrique defendiera con tanto entusiasmo, cuando apenas eran una idea que, gracias a la perseverancia de Manrique y de sus compañeros de esa época, son una próxima realidad.

Los honores que la noble ciudad de Bogotá, el Departamento de Cundinamarca y el país por medio de la Representación Nacional le tributaron a Manrique, con motivo de su muerte, son timbre de orgullo para la Academia Nacional de Medicina, que lo contó como uno de sus miembros más ilustres, y no olvidará que él fue uno de los Presidentes de ella, y que tanto en el país como fuera de él, Manrique la enalteció y la honró y la amó con verdadero amor filial.

El 27 de noviembre de 1914 falleció en La Esperanza el doctor Abraham Aparicio, miembro fundador de la Sociedad de Medicina de Bogotá, Sociedad que más tarde, y siendo miembro de la Cámara de Representantes el doctor Aparicio por ley de la República, se convirtió, por su iniciativa, en la actual Academia Nacional de Medicina.

Motivo de comunicación especial del Presidente fue esta triste nueva, que vino en pos de la que en alguna sesión anterior había hecho respecto al doctor Manrique. En dicha comunicación se hizo

el recuento de los muchos servicios prestados al adelanto de las ciencias médicas en Colombia por el doctor Aparicio. No solamente fue fundador de la Sociedad que más tarde, gracias a sus labores parlamentarias, se transformó en Academia, sino que desde el principio de su carrera profesional se dedicó con ahinco a la difusión de sus vastos conocimientos en la prensa y en la cátedra. Durante muchos años, y cuando la vida de la *Revista Médica* dependió de la voluntad y de la energía de sus redactores, luchó como bueno en el sostenimiento de ella como su redactor, y así vemos al repasar las colecciones del decano de la prensa científica en el país, el nombre de Aparicio, ya publicando sus observaciones originales, ya extractando o traduciendo lo importante de la prensa médica extranjera, y sosteniendo de su propio peculio la naciente *Revista*.

En la Facultad ocupó puesto prominente desde el principio de su carrera profesional; en ella desempeñó varias cátedras, y últimamente regentó con acierto la clase de Terapéutica, hasta que su edad y los achaques inherentes a una vida de actividad lo obligaron a renunciarla.

Su actividad lo llevó a ocupar puesto prominente en la política. Por algún tiempo desempeñó el cargo de Alcalde Municipal, y fue en varias ocasiones miembro del Cabildo de Bogotá, su ciudad adoptiva. También ocupó puesto en varias ocasiones en el Congreso Nacional, y en estos cuerpos colegiados se preocupó por hacer expedir leyes y acuerdos para mejorar los servicios higiénicos municipales y nacionales.

Sus amigos y discípulos no ahorraron medios para manifestarle el aprecio que le profesaban. En los dos Congresos Médicos que se han reunido en el país lo eligieron para presidir sus sesiones.

Pocos días más tarde la sociedad bogotana, y muy especialmente el Cuerpo médico de la ciudad, fue dolorosamente sorprendido con la muerte del entonces decano del Cuerpo médico, doctor José María Buendía, ilustre varón que bajó a la tumba después de haber llevado una vida ejemplar de laboriosidad y de méritos innegables.

Con Osorio, Rocha Castilla, Vargas y otros, cúpole en suerte fundar la actual Escuela de Medicina, que ha dado a la Nación tantos y tan eminentes médicos.

La mayoría de los médicos que me escuchan fueron discípulos de este apóstol de la caridad y de la ciencia; todos ellos recuerdan con cariño el trato afable, las maneras distinguidas, la suavidad con que se acercaba al lecho de los infelices abandonados de la suerte, que en busca de alivio para sus dolencias pedían un lecho en el Hospital de San Juan de Dios, donde el Profesor Buendía prestó por tantos años sus servicios y donde desempeñó cátedras tan importantes como la de Obstetricia y la de Clínica Infantil.

Cuando el país se vio envuelto en la terrible lucha fratricida del 76, y se dio la espantosa batalla de Garrapata, Buendía no vaciló en ir al horroroso campo de batalla a prestar sus servicios a esos infelices, que sin saber porqué ensangrenta-

ron el pedazo de suelo colombiano; infelices individuos cuyo único delito consistió en haber nacido hombres, y que cuando las pasiones de los políticos dirigentes se desencadenaron, fueran llevados por grado o por fuerza a ser víctimas de la fusilería y del cañón, sin que los dirigentes se preocuparan por su suerte en el campo de batalla; pero afortunadamente para ellos siempre ha habido hombres de corazón como Buendía, que cuando el furor de los políticos lo permiten, no han vacilado en abandonar hogar y comodidades para ir en su alivio.

Buendía brilla sin embargo como maestro, y en ese carácter es como a sus admiradores nos es grato recordarlo; era tal su abnegación, que nunca vaciló en anteponer esta afición a otras más remunerativas; nunca necesitó de valerse de la intriga para llegar a ocupar los puestos que ocupó en la Facultad; sus méritos intrínsecos lo llevaron a ellos, y llegó hasta desempeñar el cargo de Rector en esa Facultad, que en los primeros años de su vida profesional ayudó a fundar. También ocupó en esta Academia el sillón presidencial por voto unánime de sus compañeros de labores.

La *Revista Médica* conserva en sus páginas el fruto de la observación y de los profundos conocimientos científicos del que en vida se llamó doctor José María Buendía.

El 12 de junio de 1915 murió en la vecina población de Tocaima el académico doctor Carlos E. Putnam. La dolorosa nueva fue comunicada

oficialmente por el Presidente a los académicos reunidos en sesión ordinaria la noche del 18 del mismo mes.

El doctor Putnam ocupaba un sillón académico desde el año de 1890, y de esa época en adelante siempre se distinguió como uno de los académicos más activos; su labor en la corporación fue muy lucida, distinguiéndose sobre todo en las discusiones que se suscitaron sobre puntos de medicina legal, ramo importantísimo de la medicina, y al cual el doctor Putnam le dedicó la mayor parte de su vida, no sin que también prestara importantes servicios a la medicina militar, ya como simple voluntario en las diversas ambulancias que se organizaron en la ciudad para ir en auxilio de los infelices que cayeron en los campos de batalla en las guerras civiles, ya con carácter oficial yendo como Jefe de las ambulancias nacionales que fueron al norte de la República en la última contienda.

Más tarde, cuando la paz se afianzó de manera permanente entre nosotros, desempeñó el cargo de Médico Jefe del Ejército Nacional.

Pero su actividad se demostró mejor en el ramo de la medicina legal, y fue él, en asocio del lamentado doctor Sotomayor, quien fundó en esta capital la primera Oficina de Medicina Legal; y fruto de sus investigaciones fue el texto que sobre la materia escribió y que hoy es consultado por aquellos que tienen que dilucidar puntos graves en este importante ramo. Muchos fueron los estudios que sobre puntos relacionados con estas

materias presentó al estudio de la Academia, cómo puede comprobarse al repasar las colecciones del órgano oficial de publicidad de la corporación.

Por este corto recuento de los méritos y de los servicios prestados a la Academia y a la sociedad en general por los miembros de ella que dejaron la vida en este período, se puede juzgar de las pérdidas enormes que ha sufrido esta corporación en su personal. No me he detenido a copiar las proposiciones que se aprobaron, tanto en la Academia como en las distintas sociedades científicas del país con motivo de estas sensibles desapariciones, porque me haría interminable: ellas han sido publicadas en los distintos órganos de la prensa nacional. Todavía están frescas en la memoria de quienes están aquí presentes, las manifestaciones de pesar y de agradecimiento a que han dado lugar, no sólo entre los miembros del Cuerpo médico, sino entre los miembros de las distintas clases sociales de todo el país.

En la sesión del 2 de julio de 1915 el doctor García Medina, Secretario perpetuo de la Academia, sentó la siguiente proposición:

«Procédase a hacer la elección de cuatro miembros para llenar las vacantes que existen en la corporación, y ténganse en cuenta los nombres de los doctores José Tomás Henao, Jesús María Pulcicio, Julio Aparicio y Ricardo Fajardo Vega, miembros correspondientes que residen actualmente en la ciudad.»

Esta proposición fue aprobada, e inmediata-

mente se abrió la votación, dando por resultado la elección de los doctores nombrados.

El doctor Henao, figura prominente del Cuerpo médico nacional, ha hecho una carrera lucida en los Departamentos de Antioquia y Caldas; ha sido grande entusiasta por los Congresos Médicos Nacionales, de los cuales ha hecho parte, y ha desempeñado papel muy importante en ellos, sobre todo en el segundo, reunido recientemente en Medellín, adonde llevó varios trabajos relacionados con la medicina tropical; llamó muy especialmente la atención de los médicos allí reunidos el estudio sobre la fiebre recurrente, que dio lugar a una de las discusiones más interesantes de las muchas que tuvieron lugar en ese certamen científico.

No solamente ha brillado como investigador paciente y clínico sagaz, sino que también le ha prestado importantes servicios a la colectividad médica, trabajando por la unión de sus miembros, y gracias a sus esfuerzos se fundó en Manizales la Sociedad Médica del floreciente Departamento de Caldas, y posteriormente fue elegido Presidente de dicha corporación para un período reglamentario. Es además miembro de número de la Academia de Medicina de Medellín, y honorario de la Sociedad de Medicina del Cauca. Sus trabajos científicos corren publicados en los órganos oficiales de las distintas Sociedades a que pertenece.

El doctor Ricardo Fajardo Vega tiene bien puesto su nombre en los servicios de Medicina Legal.

Cuando se dividió el Departamento de Cundinamarca en tres secciones distintas, el doctor Fa-

jardo Vega fue nombrado Médico Legista del Departamento de Quesada, y mientras duró esa entidad, prestó sus servicios en tan delicado ramo a la administración de justicia en la vecina ciudad de Zipaquirá, capital del naciente Departamento; más tarde, cuando se reintegró de nuevo el Departamento de Cundinamarca y se trajo otra vez la capital a esta ciudad, el doctor Fajardo Vega fue nombrado Médico Jefe del servicio departamental, y con este carácter trabajó hasta que la Nación tomó a su cargo el servicio de Medicina Legal, y entonces se nombró a Fajardo Vega Médico de la Oficina Central Nacional.

Muchos han sido los trabajos del doctor Fajardo, que han sido publicados en los distintos periódicos científicos del país; llama la atención el hecho que sus trabajos hayan sido tendientes a mejorar la suerte de los infelices que por cualquier motivo se ven cojidos en el engranaje que se llama Código Penal. Es este Código uno de los más severos que pueden verse en el mundo, pero al mismo tiempo tiene tantos defectos y tantas maneras de eludir sus disposiciones, siempre que el contraventor a él tenga la manera de ocupar a uno de esos señores aficionados a los estudios jurídicos, y que no han recibido título que los abone como abogados probos y de conocimientos sólidos en la materia. Estos problemas han ocupado a muchos de nuestros mejores pensadores, y la labor llevada a cabo por el doctor Fajardo Vega, en lo relativo a las reformas urgentes y necesarias que deben hacerse al Código Penal, han llamado mucho la atención de

juristas conotados, y en varias ocasiones han sido tenidas en cuenta por nuestros legisladores.

El doctor Jesús María Pulecio, desde el día que obtuvo su diploma en nuestra Facultad, se estableció en una de las poblaciones del Departamento del Tolima, donde se consagró al ejercicio de la profesión, dedicándose con especial empeño al estudio de las enfermedades tropicales y de la obstetricia; su trabajo sobre la rabia, enviado a la Academia, le mereció, el ser elegido miembro correspondiente de ella; esta monografía fue citada por el doctor Julio Manrique en el informe que, como Secretario de esta corporación, hubo de rendir hace dos años.

El doctor Pulecio, después de un viaje de perfeccionamiento por el Viejo Mundo, y en el cual se dedicó al estudio de la Ginecología y de la Obstetricia, se ha radicado en esta ciudad, donde ejerce estas dos especialidades con mucho éxito; sus conocimientos en éstos dos ramos de la medicina han servido para ilustrar los debates que han tenido lugar en las secciones ordinarias de la Academia.

El doctor Julio Aparicio, hijo del inolvidable doctor Abraham Aparicio, fue una buena elección: joven todavía, lleno de entusiasmo y de fe, ha tenido una carrera verdaderamente lucida, dado el corto número de años que lleva de ser médico; pero gracias a su claro entendimiento y a la sangre que corre por sus venas y al noble ejemplo que tuvo en su hogar, ha llegado rápidamente a ocupar un sillón en ésta, que ya podemos llamar vieja Academia.

Sus trabajos sobre afecciones de la piel son bien conocidos, lo mismo que aquellos que lleva publicados sobre lepra y sífilis; hoy viene a ocupar el puesto de Secretario bienal de esta corporación, al cual lo ha llevado el voto de sus colegas de Academia.

El 20 de octubre de 1914 se reunió la Academia en sesión extraordinaria, con el objeto de recibir como miembro de número al doctor Jorge Vargas Suárez, quien había sido elegido para ocupar un sillón académico en una sesión del período anterior.

El doctor Vargas Suárez, en cumplimiento de lo dispuesto por los Estatutos, leyó un hermoso discurso, en el cual rememoró los muchos méritos de su abuelo, el eminente médico colombiano doctor Jorge Vargas.

Tocóle al doctor Roberto Franco contestar el discurso y darle la bienvenida al nuevo académico; de este discurso me permito tomar las siguientes frases, que dan una idea exacta de los merecimientos y trabajos del doctor Vargas Suárez:

«Al terminar sus estudios en la Universidad colombiana presentó el doctor Vargas Suárez, como tema de su tesis, *La sangre normal y la sangre en las anemias*, mostrando así desde entonces su afición por los estudios científicos y los trabajos de laboratorio, y apoyando con observaciones peculiares a nuestra altiplanicie las conclusiones de su trabajo.

«Pocos días después de su grado siguió el doctor Vargas Suárez para Europa, y consagró su larga permanencia en los centros científicos alema-

nes a perfeccionar sus conocimientos en los diversos ramos del arte de curar. Los nombres de insignes profesores como Virchow, Behring, Ehrlich, Erb, etc., por no citar sino los principales, se cuentan entre los que figuraron como sus maestros, y muchos de ellos le dieron prueba de especial distinción y deferencia por su consagración y por sus aptitudes. Llegado el término de su nueva carrera, se propuso el doctor Vargas Suárez desarrollar como tema de su tesis en Heilderberg, el estudio citológico de los derrames serosos.»

El doctor Vargas Suárez ha desempeñado varias cátedras en nuestra Facultad, y actualmente regenta en propiedad la de Clínica de Patología general.

Fuéra de estos importantes nombramientos y adquisiciones que ha hecho la Academia en su personal de miembros de número, han sido nombrados miembros correspondientes los doctores Miguel Arango, de Barranquilla; el doctor Anselmo Gaitán U., de Neiva, y el doctor Gil J. Gil, de Medellín.

Al repasar los trabajos científicos que se han llevado a cabo durante los dos últimos años, me referiré a estos nuevos académicos, y haré un corto resumen de los trabajos que presentaron a la consideración de la Academia, y que por sus méritos merecieron el que sus autores fueran aceptados como miembros correspondientes.

Trabajos médicosociales.

En su carácter de Cuerpo consultivo del Poder

Ejecutivo, la Academia tiene que entrar a estudiar todos los problemas que se relacionan de una manera directa con el bienestar de los asociados, y en esta parte de sus labores ha sabido cumplir fielmente con su misión, como se verá en el curso de este capítulo.

El día 25 de septiembre de 1914 se dio lectura a una comunicación firmada por el señor Gerente del Acueducto Municipal, en la cual pidió una opinión a la Academia. La Academia se ratificó en lo resuelto por ella en sesión del 17 de agosto de 1910, cuando se presentó a su estudio un proyecto sobre captación de aguas y cómo debían éstas ser filtradas antes de darse al consumo. Sin embargo, en vista de la buena voluntad manifestada por el señor Gerente, la Academia resolvió nombrar una Comisión permanente de su seno para que se ponga de acuerdo con la Junta Administradora del Acueducto Municipal, y le resuelva los problemas de higiene a que haya lugar. Esta Comisión la integran los doctores Antonino Gómez Calvo y Juan David Herrera.

En sesiones posteriores han rendido informes verbales acerca de la marcha de las mejoras que se han introducido en el servicio de aguas de la ciudad y de las consultas que han tenido que despachar.

El 9 de octubre de 1914, después de corta discusión, se resuelve contestar al señor Ministro de Relaciones Exteriores que la Academia sí cree conveniente para el país el que se adhiera a una Convención Internacional para la unificación de mé-

todos de análisis, que ha debido reunirse en París recientemente.

El 19 de marzo de 1915 tuvo lugar una detenida discusión con motivo de una consulta hecha por el señor Ministro de Instrucción Pública, referente a la interpretación que debe dársele a la Ley 83 de 1914, Ley que reglamenta el ejercicio profesional de la medicina en el territorio de la República.

La consulta del señor Ministro está dividida en dos partes: la primera obedece a un telegrama de Santa Marta, en el cual pregunta el Médico de Sanidad de esa ciudad quién, según la Ley, debe hacer parte del Jurado que debe fallar sobre la idoneidad de los Médicos que no hayan recibido título de una Facultad nacional o de un país con el cual exista intercambio de diplomas, si los exámenes se pueden hacer por medio de intérprete.

Esta pregunta suscitó una discusión larga, porque algunos académicos fueron de opinión que se contestara afirmativamente. Arguyeron los que así pensaban que la ciencia no tiene idioma propio, a no ser que éste sea el latín, y que para revalidar un título ganado después de largos estudios no se podía exigir determinado idioma. Este argumento, con ciertos visos de verdad y de altruísmo, queda destruído con la demostración de que desde el momento que un individuo pide examen es porque desea ejercer la profesión en nuestro territorio, donde, si no todos, por lo menos una inmensa mayoría de sus habitantes no habla otro idioma que el castellano, y mal podría recetar

un individuo a los enfermos que se le presentaran a su consultorio sin que se pudieran entender el médico y el paciente. Además, en ninguna parte del mundo se acepta oficialmente que los aspirantes a licencia profesional se presenten ante el Jurado con intérprete. No es raro el caso de que el examinador conozca el idioma del aspirante, y que por galantería le dirija la palabra en su idioma nativo y reciba la contestación en ese idioma; pero una galantería no debe ni puede sentar principio general.

Después de oídas todas las opiniones, la Academia resolvió contestar al señor Ministro en los siguientes términos:

«La Academia Nacional de Medicina considera que para ejercer la profesión médica en el territorio del país es necesario someterse a un examen, conforme lo dispone el artículo 4º de la Ley 83 de 1914, que debe pasarse en el idioma oficial, que es el castellano, y conceptúa que el examen por medio de intérprete es inadmisibile.»

La otra consulta se refiere a un memorial elevado al Ministerio y firmado por algunos alumnos de último año de la Escuela de Medicina, en el cual piden también alguna aclaración con respecto a la Ley 83 de 1914.

La Academia resolvió pasar esta consulta en comisión a los doctores Franco y Vargas Suárez, para que redacten una contestación de acuerdo con las opiniones emitidas por los académicos presentes.

La Comisión rindió su informe, concebido en estos términos:

«En los lugares en donde haya médicos graduados puede permitirse a los estudiantes de quinto y sexto año el ejercicio de la medicina, siempre que esto suceda bajo la inmediata inspección y responsabilidad de los primeros. Ahora, en aquellos sitios en donde no haya médico graduado, tales estudiantes podrán ejercer libremente la medicina, siempre que sea por un tiempo limitado.»

Una vez explicado por los miembros de la Comisión el alcance del proyecto de contestación por ellos sometido a la consideración de la Academia, ésta resuelve aprobarlo, y así se le comunicó al señor Ministro.

La Ley de la reglamentación de las profesiones médicas expedida en 1914, por lo visto tiene muchos lunares. La Academia ha estudiado varios proyectos de reforma, y ha convocado a los señores médicos que ocupan puesto en las Cámaras Legislativas para ver la manera de resolver el punto, pero hasta la fecha no ha encontrado una solución para tan difícil problema, porque hay muchos Municipios en el país que no tienen ni pueden sostener un médico graduado. En la mayoría de esos Municipios hay personas que no explotan a los infelices, sino que tratan de prestarles todo el bien posible; en cambio hay sujetos que se titulan médicos y que explotan la sencillez y la ignorancia de nuestros conciudadanos, y no solamente les roban sus dineros, sino que los envenenan sin misericordia. Contra esta clase de

individuos es contra los cuales hay que luchar y establecer sanciones muy severas. Estas son las ideas que dominan en la Academia y que se han expresado cuantas veces se ha entrado a discutir el problema de la reglamentación de la profesión.

En la sesión del 14 de mayo se lee una nota firmada por el doctor Ramón Guiteras, Secretario de la Comisión organizadora del séptimo Congreso Médico Panamericano que se reunió en San Francisco de California del 17 al 21 de junio del año pasado, invitando a la Academia a tomar parte en ese certamen científico. El Presidente informa que había nombrado al doctor Luis Cuervo Márquez, quien ya había partido a los Estados Unidos, para que representara a la Academia en dicho Congreso. La Academia aprobó lo hecho por el Presidente por unanimidad de votos.

Luégo se lee otra nota firmada por el señor Ministro de Relaciones Exteriores, en la cual remite a la Academia una invitación para que se hiciera representar en el segundo Congreso Científico Panamericano que se reunió en Washington del 27 de diciembre al 8 de enero del presente año. La invitación a tomar parte en el Congreso vino firmada por el entonces Secretario de Estado de los Estados Unidos, el honorable William Jennings Bryan.

Más tarde, el 28 de mayo, el Presidente informa que ha dirigido una nota al señor Ministro de Relaciones Exteriores, en la cual sugiere la idea de que para hacer los nombramientos de las personas que deban representar al país en el segun-

do Congreso Científico Panamericano, sería de suma utilidad el que se abrieran concursos por las distintas Academias, con el fin de conferir la representación oficial a aquellos que hubieran vencido en el torneo, y que los otros trabajos presentados, aunque no premiados, quedaran de propiedad de las Academias para publicarlos en sus respectivos órganos de publicidad.

En seguida se lee una nota del señor Ministro de Relaciones Exteriores, en que da las gracias a la Academia por la idea y declara que se darían los pasos conducentes para desarrollar el plan sugerido por el doctor Esguerra.

El día 1º de junio, y en vista de que el Ministerio de Relaciones Exteriores pide se nombre un miembro de la Academia para integrar el Jurado calificador de los trabajos que se presentarán al concurso abierto para elegir el representante médico al segundo Congreso Científico Panamericano, porque, según disposición ministerial, el Jurado debía ser integrado por un miembro de la Academia, el Presidente de esta corporación y el Rector de la Facultad. La Presidencia pide a la corporación elija el miembro que ha de integrar dicho Jurado, y en votación secreta ésta resolvió que el doctor Jorge Vargas Suárez hiciera parte de él.

Como temas se adoptaron los mismos del Congreso, pero se recomendaron de una manera especial aquellos que pudieran tener una importancia efectiva, en vista de las necesidades urgentes del país.

El concurso se anunció en toda la prensa, tanto en la científica como en la política, y fueron varios los trabajos que el Jurado tuvo que estudiar, descollando entre ellos el del doctor Calixto Torres U., de Tunja, el cual versó sobre la alimentación de nuestros trabajadores, y a ese se le adjudicó el premio, consistente en la representación oficial del país en el Congreso, y una suma de dinero para viáticos hasta Washington.

El Jurado, al rendir el informe, declaró que todos los trabajos que había tenido que estudiar merecían mención especial, sobre todo el premiado y el del doctor Luis López de Mesa, que versó sobre el alcoholismo.

En vista del éxito obtenido con motivo de los nombramientos de los Representantes de Colombia al segundo Congreso Científico Panamericano, la Academia ha estudiado la manera de que el Gobierno llene los puestos Médicos Oficiales de que dispone, de una manera semejante al que se adoptó para hacer los nombramientos de Representantes al Congreso que se reunió en Washington, porque es frecuente el caso de que el Gobierno, ya por asuntos políticos, ya por asuntos de otro orden, nombre para puestos de responsabilidad a individuos poco idóneos y de escasos conocimientos en el arte de curar, poniendo así en peligro la salubridad de los asociados y dando motivo para que en el Exterior se juzgue mal de nuestro Cuerpo médico.

En la sesión del 6 de agosto del año pasado se aprobó un proyecto de ley redactado por el doctor

Carlos Esguerra, el cual fue remitido al Congreso entonces reunido. El proyecto es corto, y por no haber sido considerado en el Congreso, me permito reproducirlo aquí. Dice así:

«El Congreso de Colombia,

para asegurar el buen servicio oficial en los ramos de higiene, medicina legal y medicina militar,

«DECRETA:

«Artículo. Desde la sanción de la presente Ley los médicos colombianos con diploma universitario que estén dispuestos a prestar sus servicios al Gobierno se inscribirán como higienistas, médicos legistas o médicos militares, consultando sus conocimientos o sus aficiones e indicando los servicios que ya hayan prestado o los trabajos de que sean autores, en la oficina u oficinas que se determinen en el decreto o decretos que dicte el Poder Ejecutivo en desarrollo de esta Ley.

«Parágrafo. Ningún médico podrá inscribirse en más de un grupo de los tres indicados en el artículo anterior.

«Artículo. En todos los nombramientos de practicantes que sea necesario hacer para estos servicios se usará el sistema de concursos entre los estudiantes de los dos últimos años de la Escuela de Medicina. Los favorecidos por estos concursos serán siempre preferidos en lo sucesivo para llenar las vacantes que ocurran en los puestos inmediatamente superiores.

«Parágrafo. Los estudiantes de medicina que aspiren a seguir estas carreras oficiales, además de presentarse en los concursos, escogerán como tema de sus tesis de doctorado un asunto relacionado con estas especialidades.

«Artículo. Cuando sea el caso de hacer un nombramiento en los servicios oficiales a que se refiere esta Ley, los médicos que aspiren al puesto vacante y que estén inscritos según lo dispone el artículo 1.º, se dirigirán por medio de una nota al Ministerio respectivo, haciendo valer su antigüedad en la carrera, los servicios que hayan prestado y los trabajos científicos de que sean autores, para que el Poder Ejecutivo los tenga en cuenta al hacer el nombramiento.

«Artículo. El Poder Ejecutivo, en decreto o decretos especiales, reglamentará todo lo relativo a la ejecución de esta Ley.»

En la misma sesión el doctor Fajardo Vega presenta un proyecto de ley que modifica algunos artículos del Código Penal.

Basa su proyecto el doctor Fajardo Vega en algunas consideraciones acerca del alcoholismo, y refiere que cuando los establecimientos de chichería y demás expendios de licores se cierran temprano, la víspera de un día de fiesta, y permanecen cerrados todo el día festivo, como suceden cuando se hacen elecciones populares, el trabajo en la Oficina de Medicina Legal el siguiente lunes se limita a observar los casos antiguos y no se hacen primeros reconocimientos por heridas, contusiones, o malos tratamientos.

Este estudio dio lugar a una discusión sobre el alcoholismo, y hubo quien sostuviera que el vicio por el alcohol no es problema entre nosotros. Lo que existe es un problema sociológico de fácil solución. Basta con mejorar los salarios de nuestros trabajadores y proporcionarles diversiones honestas y baratas, para ver disminuir el alcoholismo a su más simple expresión.

El pueblo en sí es inteligente y de buenas costumbres, pero la miseria y la falta de distracciones lo lleva a la taberna.

Este trabajo pasa en comisión al doctor Montoya, quien, en sesión de 1º de octubre, lo analiza y termina proponiendo lo siguiente :

«La Academia Nacional de Medicina recomienda al estudio del Congreso el proyecto de ley con que termina el trabajo del doctor Fajardo Vega.

«La Academia Nacional de Medicina excita a los miembros de la Representación Nacional para que dicten algunas medidas tendientes a disminuir el alcoholismo, y sobre todo, tendientes a que la chicha sea elaborada bajo la inmediata inspección de la Junta de Higiene o sus subalternos.»

Esta proposición fue aprobada por unanimidad.

En la sesión del día 11 de febrero del presente año el doctor García Medina, en su doble carácter de miembro de la Comisión de Epidemias de la Academia y de miembro de la Junta Central de Higiene, presenta un resumen de la epidemia de fiebre amarilla que en esos días había estallado en el puerto de Buenaventura, y de las medidas de

la Junta de Higiene que se estaban llevando a cabo para combatirla.

Relata cómo en un principio se creyó que la fiebre venía de Panamá, pero estudios posteriores demostraron que la afección había sido importada de Ecuador. Dice que a pesar de las medidas adoptadas no se podía decir que la epidemia estuviera completamente dominada.

Al terminar su exposición el doctor García Medina, la Academia aprueba por unanimidad la siguiente proposición suscrita por los doctores Arboleda y Montoya:

«La Academia Nacional de Medicina, después de oír el informe presentado por el doctor Pablo García Medina, en que resume los trabajos que la Junta Central de Higiene ha puesto en práctica para combatir la epidemia de fiebre amarilla que se ha presentado en las costas del Pacífico, resuelve dirigirse al Gobierno Nacional suplicándole atienda de preferencia las indicaciones que sobre el particular le hace la Junta Central de Higiene y le suministre los fondos que sean necesarios para continuar la lucha iniciada.»

El 7 de abril volvió a tratar la Academia de la fiebre amarilla, y el doctor García Medina informa que el Gobierno Nacional no ha ahorrado gasto para impedir que la epidemia se extienda, pero que ha tropezado con algunos inconvenientes por parte de los habitantes de las regiones vigiladas como sospechosas, quienes creen que se les está tratando con demasiado rigor.

Agrega que las autoridades, tanto civiles como sanitarias, han prestado valioso apoyo, y por interpelación de uno de los académicos presentes a la sesión hace constar el importante apoyo que la Compañía del Ferrocarril del Pacífico ha prestado a las autoridades sanitarias.

Labores docentes.

Desde su fundación la Academia ha propendido por establecer un museo que sirva no solamente para conservar casos curiosos de anatomía patológica, sino que sirva de centro consultivo para el estudio de nuestra patología. Con ese motivo todos los años abre un concurso entre los estudiantes de la Facultad para premiar el mejor trabajo que sobre cualquier punto de anatomía patológica se presente.

Esta noche se reparten los diplomas que en el concurso de 1915 se adjudicaron a los señores Carlos M. Pava, José Alzate Betancourt, José Amaya y Daniel Hernández, quienes, según el jurado calificador que estudió los trabajos presentados al concurso de ese año, merecieron los premios en el orden en que se han nombrado.

Esta clase de concursos estimula a los jóvenes y acrecientan la colección de especímenes en el museo.

Por demás penoso es el tener que anunciar que el concurso del presente año hubo de declararlo vacante la Academia, porque no hubo estudiante que quisiera trabajar una pieza para tomar parte en tan importante torneo.

Labores médicas.

En la sesión del 9 de octubre, de 1914 el doctor Cuervo Márquez lee un extenso estudio sobre el cáncer experimental, basándose en los trabajos que el profesor Roffo, de Buenos Aires, ha llevado a cabo en su laboratorio; describe los experimentos que se están llevando a cabo en Alemania, Francia, Estados Unidos y la Argentina, hace un resumen de estas labores y termina con las conclusiones a que ha llegado Roffo en la Argentina, que son las siguientes:

«El cáncer no ha podido ser producido experimentalmente, utilizando irritaciones fisicoquímicas ni microorganismos, etc., etc.

«El cáncer espontáneo existe en los animales domésticos y salvajes.

«Los trasplantes del cáncer espontáneo se hallan sujetos a las mismas leyes que rigen en el injerto de los tejidos normales.

«El cáncer espontáneo sólo se transmite por injerto en animales de la misma especie.

«Los trasplantes en otras clases de ratas, diferentes de las blancas, o en otras especies de animales, conejos, cobayas, perros, monos, han sido siempre negativos.

«El tumor conserva después de 1150 pasajes la misma estructura histológica y la misma virulencia que el tumor original.

«Esta transmisión se hace por multiplicación indefinida de la célula cancerosa, pero el animal huésped forma únicamente la estroma.

«Los ensayos de inmunidad contra el cáncer espontáneo han fracasado.

«La herencia del cáncer no ha sido probada por la experimentación.

«El selenio tiene una acción electiva sobre la célula cancerosa (Wassermann).

«Con la solución eosina-selenio-rubido es posible detener la evolución y desarrollo con ablandamiento y reducción del tumor canceroso de rata.»

El 29 de noviembre del mismo año presenta el doctor Antonino Gómez Calvo una serie de observaciones en casos de locura puerperal tratados por él en su servicio de enajenadas en el Asilo de Locos de esta ciudad, por medio de abscesos de fijación y con éxito completo.

Termina su trabajo con las siguientes palabras:

«Debe tenerse presente que la oportunidad, como en todas las cosas, es de vital importancia, y este método ha de ser aplicado antes de que aparezcan los signos de demencia y después de haber empleado los tratamientos usuales, que en el mayor número de casos determinan la curación de la locura puerperal.»

El 24 de mayo presenta el Secretario, a nombre del doctor Miguel Arango, de Barranquilla, un trabajo original en el cual preconiza el tratamiento de la epilepsia por medio de inyecciones intrarraquídeas de una solución de estovaina. Este estudio vino acompañado de una serie de observaciones personales que demuestran la bondad del método ideado por nuestro compatriota.

Esta comunicación pasó en comisión para su estudio al doctor Vargas Suárez, quien en la sesión correspondiente al 18 de junio del mismo año rindió su informe, del cual tomo las siguientes apreciaciones referentes al trabajo del doctor Arango:

«Principia el trabajo del doctor Arango con una clara y sencilla exposición que en pocas palabras condensa las más importantes teorías fisiopatológicas con que los autores han tratado de explicar la patogénesis de la epilepsia.

«Con envidiable criterio científico recuenta y analiza los más fundamentales experimentos que tienden a dilucidar el arduo problema de la patogénesis epiléptica. Primeramente nos habla de los clásicos experimentos de Claude y de Lejonne, quienes lograron producir la epilepsia experimental haciendo obrar cantidades mínimas de venenos convulsivantes sobre cerebros previamente sensibilizados por el traumatismo. Luégo cita los maravillosos estudios de Pitres por medio de las excitaciones farádicas de la corteza cerebral, que producen descargas epilépticas que se continúan aun cuando se haga cesar el excitante eléctrico.

«En fin, tomando estos dos casos como tipos clásicos de la epilepsia por intoxicación endógena y exógena, respectivamente, se adhiere nuestro compañero, por una parte, a la doctrina de Pitres, según la cual tóxicos endoexógenos o exógenos obrando sobre centros heredoneuropáticos alcohólicos o sifilíticos, producen la descarga convulsiva, y admite, por otra parte, que dicha des-

carga puede ser debida a excitaciones físicas y que obren sobre cerebros sensibilizados y que se hallan en plena oportunidad epiléptica.»

Continúa luego el comentador del estudio de Arango analizando los casos que presenta, y se extiende en consideraciones acerca de la punción lumbar, y termina pidiendo se nombre al doctor Arango miembro correspondiente de la Academia. Esta proposición fue aprobada por unanimidad.

El 1.º de junio el doctor Julio Manrique llamó la atención de la Academia hacia la epidemia de disenteria que se observó por esos días en la ciudad. Relata algunos casos observados por él, y señala la dificultad que existe para saber de una manera definitiva cuál es el agente causante de la epidemia; dice haber observado casos característicos de las dos formas más comunes, la amibiana y la microbiana, que han sido estudiadas en el laboratorio, pero que en otros casos ni el tratamiento ni el laboratorio dan luz acerca de la forma o causa de la enfermedad.

Esta comunicación y la causa de ella dio margen para que se discutiera el punto de la epidemia en varias sesiones; a estos debates todos los académicos llevaron el contingente de sus observaciones; lo mismo hicieron los que de una manera especial se dedican a estudios de laboratorio, y en vista de la dificultad que se presentó para hacer un diagnóstico de algunas de esas formas y para poder precisar el origen de la epidemia, se resolvió oficiar a la Junta Central de Higiene pi-

diéndole todos los datos que sobre el punto hubiera podido recoger, porque según noticias que se habían dado en la Academia, la epidemia de de disenteria era general en el país.

El 18 de junio el doctor Guillermo Gómez presenta un caso clínico y pide a la Academia le ayude con sus luces a esclarecer el diagnóstico. Se trataba de un muchacho de unos diez y ocho años de edad, oriundo de las tierras cálidas. Tiene antecedentes nerviosos hereditarios muy marcados. No sufre ni recuerda haber sufrido de paludismo. El bazo no se palpa. No ha tenido enfermedad grave. Recuerda un ligero proceso febril, pero tan insignificante que no puede precisar la fecha en que lo sufrió. Tampoco puede precisar la fecha en que principió a notar que la pierna y el pie izquierdos no crecían con la misma rapidez que los del lado derecho. Más tarde notó que el abdomen del lado derecho era mas gordo que el izquierdo; últimamente experimentó un síntoma raro que lo asustó y lo determinó a venir a Bogotá en busca de auxilio médico.

El doctor Gómez le ha combatido el síntoma que lo trajo a la ciudad, pero persisten ciertos fenómenos del lado del aparato vesical que no se ha podido explicar satisfactoriamente el ponente.

Además, el individuo presenta, fué ra de la diferencia de las extremidades y de la diferencia de tamaño entre uno y otro lado del abdomen, los siguientes signos físicos: un punto anestésico en la región interna y superior de la pierna derecha, y a la palpación se puede comprobar la ausencia

del cuerpo óseo de la quinta vértebra lumbar, pero en esta parte no se nota adelgazamiento ni pigmentación anormal de la piel, ni síntoma alguno de espina bífida, salvo la ausencia del cuerpo de la vértebra.

Una vez examinado el enfermo por todos los presentes, se oyeron las opiniones y fueron de parecer que tal vez se trataba de una espina bífida; se recomendó al doctor Gómez, después de darle las gracias por la presentación de tan interesante caso, que lo siguiera observando y tuviera a la Academia al corriente de la marcha del paciente.

Desgraciadamente el enfermo abandonó la ciudad pocos días después de su presentación, y no se pudo hacer un examen neurológico completo, según lo informó el doctor Gómez en una sesión posterior.

El doctor Martín Camacho presenta en la sesión del 6 de agosto un estudio acerca de la anestesia en la práctica obstetrical. Después de analizar todas las sustancias que se han empleado para aliviar los dolores en el trance, describe la tocanalgina o eutocina, producto recientemente introducido a la farmacopea y preconizado muy especialmente por el profesor Ribemont de Seignes, lee el artículo que este profesor presentó a la Academia de París poco antes de estallar la guerra europea, ensalzando el nuevo medicamento, y concluye el doctor Camacho su trabajo relatando una serie de observaciones llevadas a cabo por él y algunos otros médicos, con magníficos resultados.

El doctor Federico Lleras relata, en la sesión que tuvo lugar el 20 de agosto algunos experimentos que ha hecho en su laboratorio investigando el nuevo producto conocido con el nombre de tocanalina o eutocina, y termina diciendo que esta droga no es otra cosa que una solución fuerte de morfina porque le ha dado las mismas reacciones que una solución de morfina que analizó simultáneamente para que sirviera de testigo. Dice que en el Hospital de San Juan de Dios se han hecho ensayos usando la tocanalina o eutocina en unas enfermas, y que en otras se empleó una solución de tres centigramos de morfina, y que los resultados, tanto en las pacientes como en los niños, ha sido el mismo.

El 1º de julio el doctor Julio Zuloaga, miembro correspondiente, lee una comunicación titulada *Algunos Casos de Balantidiosis*. Los casos relatados por el doctor Zuloaga son sin duda los primeros observados en el país.

Describe muy minuciosamente los microorganismos, detalla la manera de buscarlos en las deposiciones, describe los síntomas y las lesiones locales que producen en el intestino, una vez que se han hecho huéspedes del organismo humano, y la manera de tratar a los infectados por el balantidium.

Termina su exposición dando reglas útiles y sencillas de higiene para impedir que estos microorganismos se hagan habitantes incómodos del intestino.

El 12 de noviembre el doctor Esguerra presenta un trabajo en el cual demuestra la presencia del tifo exantemático entre nosotros. Se lamenta de no traer comprobantes de laboratorio para sostener su tesis, por la falta de elementos entre nosotros para esa clase de estudios.

En su monografía se limita a distinguir el tifo exantemático de la fiebre tifoidea por métodos clínicos y por medio de la curva de la temperatura de las dos entidades.

Los académicos presentes se manifestaron de acuerdo con el doctor Esguerra en cuanto a la presencia de las dos enfermedades entre nosotros, y algunos llaman la atención hacia el hecho de que sea el *pediculli vestimenti* el transmisor de la enfermedad, según se ha demostrado por recientes estudios en Méjico y últimamente en Serbia, y se manifiestan sorprendidos de que siendo tan frecuente el piojo del vestido entre nuestras gentes, de trabajo, no se propague con más intensidad la temible enfermedad.

Esto lo explica otro académico diciendo que en los Estados Unidos el doctor Brill, de Nueva York, describió en 1910 una nueva enfermedad, la cual por algunos años se conoció con el nombre de mal de Brill; pero estudios posteriores demostraron que esta enfermedad no era sino una forma atenuada de tifo exantemático, la cual produce inmunidad, y es tan leve esta febrícula, que a pesar de que el doctor Brill basó su comunicación en unos 200 casos, no pudo describir lesiones anato-

mopatológicas, por no haber llegado ninguno de los enfermos a sucumbir a consecuencia de la fiebre.

Aquí es muy frecuente observar fiebres cortas que casi no inutilizan al paciente, y por eso es muy posible que todos, o la mayor parte de nuestros trabajadores, estén inmunes para tifo exantemático grave.

En la misma sesión el doctor Rafael A. Muñoz lee una observación sobre un caso de hidrocéfalo agudo interno, de origen sifilítico, que se desarrolla en el curso de una toxinfección gastrointestinal.

Llama la atención hacia el hecho de la rápida evolución del hidrocéfalo, y además porque el derrame ventricular se presentó en un lapso de tiempo muy corto, adquiriendo tal desarrollo el cráneo del paciente, que era de esperarse un cuadro clínico más ruidoso desde el punto de vista de los fenómenos compresivos.

En la sesión del 12 de mayo el doctor Esguerra presenta la estadística de los enfermos tratados en la Casa de Salud de Marly durante los últimos tres años, y vuelve a hacer mención de lo relativamente frecuente que es el tifo exantemático y la poca contagiosidad de la enfermedad, pues no hubo una de las personas que tuvieron que intervenir en la asistencia de estos enfermos, que adquiriera la enfermedad.

En la discusión que se suscitó sobre este punto se manifestaron ideas idénticas a las que se men-

cionaron en otra parte de este informe, y muchos de los académicos presentes se manifestaron conformes con la teoría de que el piojo de los vestidos es el agente transmisor de la enfermedad.

El doctor Antonino Gómez Calvo presentó en esta misma sesión otra estadística anual de las enfermas tratadas por él en su servicio de alienadas, y aumentó con tres nuevas observaciones la serie de locuras puerperales tratadas por medio de los abscesos de fijación.

En varias ocasiones se trató de la bondad de los preparados arsenicales preconizados por Erhlich, su descubridor, de *therapii isterilizans magna*. Muy nutrida de datos estadísticos fueron esas discusiones, y el resumen de ellas fue el siguiente:

Las preparaciones arsenicales son muy eficaces en el tratamiento de la avería, sobre todo en las manifestaciones de la piel y de las mucosas; también son eficaces para combatir síntomas agudos, pero no se pueden considerar como curativas; se debe pues hacer uso de ellas cuando estén indicadas, pero lo seguro es sostener y esperar el resultado curativo haciendo uso de los antiguos baluartes terapéuticos para esta afección. Si se hace uso del arsénico, debe ser en combinación con el mercurio y el yoduro de potasio.

Labores quirúrgicas.

El día 11 de septiembre de 1914 el doctor Cuéllar Durán presenta un cálculo vesical extraído a

una mujer. Exito operatorio completo. Lo curioso del caso era que el cálculo se había formado alrededor de una horquilla. La pieza anatomopatológica ingresó al museo de la Academia, por disposición presidencial.

Esta observación dio margen a que varios de los cirujanos presentes relataran casos semejantes observados y tratados por ellos en distintas épocas. De estas relaciones se pudo ver que son frecuentes los casos en que un cuerpo extraño sirve de núcleo a la formación de cálculos vesicales.

El 25 de septiembre del mismo año lleva el doctor Martínez dos tumores fibrosos extraídos por él a una señora recientemente. La enferma está ya curada, y salió del Hospital esa mañana.

Estos tumores de gran tamaño llenaban casi por completo la cavidad abdominal; sin embargo, antes de la operación se hizo el diagnóstico de que eran dos, pero en cuanto a su implantación no se pudo juzgar nada.

Abierta la cavidad, se comprobó que eran dos masas; pero lo curioso fue que no tuvieran origen en ninguno de los órganos abdominales: se hallaron adheridos a la pared abdominal y al epiplón por adherencias más bien largas, que servían de guías, por decirlo así, de los gruesos vasos que los nutrían; de manera que no fue difícil hacer la ligadura de éstos y extraer los tumores, sin haber tocado ninguno de los órganos contenidos en el abdomen.

La enferma no daba dato ninguno de dolor: solamente la molestaba el volumen del abdomen, y

este fue el motivo que tuvo para hacerse operar.

El 19 de marzo de 1915 el doctor Martínez lee un informe referente a un largo y bien documentado estudio que el doctor Anselmo Gaitán U., de Neiva, había enviado a la Academia en una sesión del período anterior.

El informante, después de hacer un análisis clínico del caso, motivo de la comunicación del doctor Gaitán, hace algunas observaciones justas acerca de la labor que el doctor Gaitán está llevando a cabo en el sur del Tolima, y termina proponiendo al doctor Gaitán como miembro correspondiente de la corporación.

Esta proposición fue aprobada por unanimidad.

El 6 de agosto el doctor Guillermo Gómez presenta una observación de herida perforante del abdomen tratada por él, en asocio del doctor Juan N. Corpas, en el Hospital de San Juan de Dios. El herido fue llevado al Hospital tres horas después de haber recibido una herida por proyectil de arma de fuego en el abdomen. Inmediatamente se le laparotomizó y hubo necesidad de hacer seis suturas distintas en el intestino delgado y de contener hemorragias de los vasos del epiplón.

La curación se hizo rápidamente y sin movimiento térmico.

Este feliz resultado lo atribuye el doctor Gómez al hecho de que, una vez terminadas las suturas intestinales y hecha la hemostasis, se introdujeron a la cavidad peritoneal unas cuantas onzas de éter sulfúrico, práctica que según el exponente ha disminuído considerablemente el peligro de las peritonitis postoperatorias.

El 7 de abril de este año el doctor García Medina presenta un trabajo elaborado por el doctor Gil J. Gil, de Medellín, titulado *Cirugía de las vías biliares en Antioquia*.

En este estudio el doctor Gil hace un recuento histórico de las observaciones quirúrgicas que se han llevado a cabo sobre las vías biliares, cita a los cirujanos que han practicado estas intervenciones; presenta algunas observaciones personales, y discute largamente cuál es el mejor tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar; describe minuciosamente las distintas operaciones ideadas para combatir esta entidad patológica, y parece inclinarse a la cistostomía.

En la misma sesión el doctor Martínez relata dos observaciones de enfermos con obstrucción intestinal tratados quirúrgicamente por él.

Una de estas observaciones se refiere a un niño a quien se le encontró un paquete de ascárides lombricoides como causa de su obstrucción. Hubo necesidad de reseca un pedazo de intestino delgado haciendo la anastomosis boca a boca. El niño curó. Es de observar que el médico tratante, doctor Marco A. Iriarte, había hecho el diagnóstico de la causa de la obstrucción.

El otro caso también necesitó de una resección de unos quince centímetros de intestino delgado, soportando el enfermo la operación perfectamente y con una convalecencia sin movimiento febril.

Esta comunicación dio margen a que los cirujanos presentes a la sesión relataran casos de obstrucción intestinal, estando todos de acuerdo

en que es en la clientela hospitalaria donde se observa el mayor número de éxitos operatorios, dado que una vez hecho el diagnóstico se procede a la operación, lo que no sucede en la clientela civil, donde se demora la intervención mientras se hacen juntas médicas numerosas que hacen perder un tiempo preciosísimo tanto para el enfermo como para el cirujano, y por eso los éxitos operatorios no son tan frecuentes como debieran serlo.

En la sesión del 3 de julio el doctor Cuéllar Durán se ocupó en la prostatectomía, relatando algunos casos que operó por la vía alta, con muy buenos resultados.

La Presidencia encarga al doctor Guillermo Gómez para que informe sobre el trabajo del doctor Gil. El doctor Gómez presenta su informe en la sesión del 15 de junio; en él hace constar que los cirujanos antioqueños fueron los primeros que en Colombia practicaron algunas de las operaciones de alta cirugía que hoy se hacen en casi todos los centros científicos del país; felicita al doctor Gil por su laboriosidad en recopilar los datos históricos que se encuentran en su monografía; refiere algunas observaciones de cirugía biliar en que ha intervenido personalmente, y se manifiesta en desacuerdo con el doctor Gil en lo relativo a la operación de elección en el tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar. El doctor Gómez sostiene que la operación de elección debe ser la cistectomía.

Termina proponiendo lo siguiente:

«La Academia Nacional de Medicina felicita al doctor Gil J. Gil por el interesante trabajo titulado *Cirugía de las vías biliares en Antioquia*, y lo estimula para que remita nuevas observaciones clínicas, que a más de ilustrar a este Cuerpo científico contribuirán a estrechar las relaciones entre Medellín y Bogotá.

«Nómbrese al doctor Gil J. Gil miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina.»

Esta proposición fue aprobada por unanimidad.

En la misma sesión el doctor Rojas disertó acerca de las aneurismas, y se refirió a un caso de aneurisma de la poplítea que ha estado tratando recientemente; inconvenientes de otro orden han impedido al doctor Rojas tratar la lesión quirúrgicamente.

Con esto se concluye la relación somera de los trabajos llevados a cabo por la Academia en el período que hoy termina. Pido excusas por las omisiones que involuntariamente haya hecho. Me propuse dar una ligera idea de la labor silenciosa y benéfica que ha llevado a cabo este Cuerpo científico, quizá el más antiguo que existe en el país, bajo la tinsa dirección del doctor Carlos Esguerra, Presidente saliente, y concluyo haciendo votos por que la Academia Nacional de Medicina siga su marcha ascendente, lo cual indudablemente se realizará en vista de la acertada elección que por unanimidad se hizo en el doctor Antonino Gómez Calvo para que dirija los trabajos de ella en el período que hoy principia.

TRABAJOS ORIGINALES

Cirugía de las vías biliares en Antioquia,

por el doctor GIL J. GIL (de Medellín).

Al eminente cirujano doctor Juan B. Montoya y Flórez, muy respetuosamente—G. J. GIL.

Resumimos en el presente trabajo las observaciones que hemos podido recoger sobre casos de litiasis biliar tratados quirúrgicamente. La mayor parte de ellos pertenecen a la Clínica quirúrgica del Hospital de Medellín, donde trabajamos desde hace cerca de ocho años, en asocio de los doctores Montoya y Castro; unos pocos son de nuestra práctica civil, y los demás los debemos a la galantería de los colegas doctores Maldonado, Montoya, Calle, Castro, E. Quevedo y Tobón. Alrededor de tema tan importante nos hemos permitido analizar, en la forma más concisa, las indicaciones operatorias, y extendernos en algunas consideraciones sobre puntos de interés para el diagnóstico.

La litiasis biliar es indudablemente una de las entidades patológicas más comunes entre nosotros, pero nuestros clínicos se han preocupado más de su tratamiento médico que de la terapéutica quirúrgica. En efecto, parece que las vías biliares hubieran sido para nuestros antiguos cirujanos el *nolli me tangere*. Consultando la literatura médica del siglo pasado, no hemos podido encontrar

ningún dato sobre este tema, a pesar de que la historia de la cirugía antioqueña se remonta bastante a los principios del siglo XIX, y contiene intervenciones atrevidas y de indiscutible mérito quirúrgico. Para no citar sino unos pocos casos, recordemos la primera operación cesárea practicada con buen éxito para la madre y el niño, en 1844, por el doctor José Ignacio Quevedo; la primera ovariectomía con pedículo extraperitoneal, practicada en 1887 por los doctores Ramón y Francisco Arango; la primera ovariectomía con pedículo intraperitoneal, practicada en 1888 por los doctores Julio Restrepo A. y Vespasiano Peláez; la primera histerectomía abdominal para fibroma, practicada en 1889 por el doctor Tomás Quevedo Restrepo, y la primera trepanación (1893), practicada por el mismo doctor Quevedo y el doctor Juan B. Londoño. En verdad, sería tema de gran interés, aunque resultaría bastante largo, el estudio del desarrollo de la cirugía en Antioquia, y la enumeración de las intervenciones de alta cirugía ejecutadas en las épocas prelisteriana y listeriana por una pléyade de médicos eminentes por su ciencia y notables por su habilidad.

En 1899 (veinte años después de que Keen y Lawson Tait hicieron sus primeras colecistostomías) practicó el doctor José Vicente Maldonado, por primera vez en Antioquia, la misma operación. A pesar del progreso que hemos hecho en asuntos quirúrgicos en las últimas décadas, sólo en la práctica hospitalaria se encuentra un campo relativamente amplio para operar sin muchos in-

convenientes y tropiezos. Algunos médicos de nota tienen todavía aversión a la cirugía, y la clientela casi en lo general no la acepta sino como último recurso. Esta cirugía *in extremis* no puede ser más anticientífica ni más inconveniente; la mortalidad tiene necesariamente que ser muy alta, y los fracasos son imputados a la intervención con manifiesta injusticia. Toca a los médicos educar a la clientela y hacerle modificar la opinión que generalmente tiene de la cirugía en general. Poco a poco irá variando el concepto sombrío que el público tiene sobre la mayor parte de las intervenciones, si los médicos nos proponemos hacerle comprender que la cirugía precoz, con indicaciones precisas y en manos de individuos competentes, da resultados no sólo satisfactorios sino brillantes. El ideal en materia de litiasis biliar sería operar en los primeros ataques y considerar esta entidad patológica como netamente quirúrgica, exactamente como pasa con la apendicitis.

OBSERVACIONES

1ª N. N. Historia de cólicos hepáticos. Operada en el hospital para una lesión del aparato genital, sufrió durante la convalecencia una crisis de cólicos. Se le practicó una colecistostomía. Extracción de un gran número de cálculos. Primera operación sobre las vías biliares en Antioquia. Curación (doctor Maldonado).

2ª E. E. de M. Historia anterior de cólicos. Colecistostomía practicada en *El Poblado*. Vesí-

cula retraída sobre cálculos, de los cuales se extrajeron tres bastante grandes. Fue un poco difícil la fijación de la vesícula, pero el drenaje quedó bastante bien establecido. En los primeros días salieron muchas arenillas. Esta señora, operada en 1900, vive todavía y no ha vuelto a sufrir cólicos. Curación, (Doctor Montoya y Flórez).

3ª M. C. Veinticinco años. Historia de cólicos hepáticos. En el último cólico tuvo manifestaciones de infección grave. Intervención de urgencia. Empiema de la vesícula. Colecistostomía. La infección siguió su curso, y murió al octavo día con fenómenos de ictericia grave. (Doctor Montoya y Flórez).

4ª N. Cuarenta y cinco años. Historia de cólicos desde ocho años atrás. Estos asumieron forma de crisis subintrantes, sin que fuera posible darle alguna calma por un lapso bastante largo. Ni ictericia ni acolia. Se propuso la intervención, la que fue aceptada con gusto. Ocurría esto en un pueblo de Antioquia, y el cloroformo hubo de confiársele a una persona sin conocimientos en la materia. Vesícula llena de gruesos cálculos, comprimidos los unos contra los otros. Se extrajeron 32, algunos del cístico. Colecistostomía. Operación bastante larga. La enferma quedó en estado de *shock*, del cual fue imposible sacarla por los medios habituales; anuria completa desde la intervención. Muerte al tercer día. (Doctor Calle).

5. N. de Prado. Historia anterior de cólicos.

Colecistostomía; extracción de número considerable de cálculos. Curación. (Doctor Maldonado).

6. P. T. V. veintidós años. Cólicos hepáticos desde los cinco años, los cuales le empezaron después del sarampión. Ultimamente se han hecho muy frecuentes. Colecistostomía. De la vesícula y del cístico fueron extraídos ocho cálculos grandes. Curación. (Doctor Montoya y Flórez).

7. X. V. cuarenta años. Historia de cólicos hepáticos; ictericia crónica con variaciones de intensidad desde hace varios meses; hipertrofia del hígado, que fue tomada por tumor por el médico tratante. Colecistostomía; extracción de más de veinte cálculos de la vesícula, el cístico y unos del colédoco por expresión hacia la primera. Rápida mejoría. Curación. (Doctor Montoya y Flórez).

8. P. G. cuarenta años. Madre de varios hijos. Desde el primer embarazo empezó a sufrir cólicos hepáticos. Aunque más frecuentes durante los embarazos y puerperios, han aparecido también en todo tiempo. Su último niño tiene diez años, y en este período las crisis se presentan cada dos o tres meses. En varias ocasiones la atendimos, y repetidas veces propusimos una intervención, que fue siempre rechazada. En 1908 hubo una serie de cólicos casi continuos por cerca de un mes; en una ocasión el dolor no cedió a repetidas inyecciones de morfina, y nos vimos en el caso de calmarla con inhalaciones de cloroformo. Durante esta crisis hubo ictericia que desaparecía de un día para otro; vesícula distendida y muy sensible a la palpación; accesos febriles intermitentes que se presentaban

a intervalos irregulares. Volvimos a proponer la intervención, pero no logramos convencer a la enferma. Pocos días después la fiebre se convirtió en remitente con grandes exacerbaciones cotidianas; la vesícula aumentaba en volumen progresivamente; había gran sensibilidad en toda la región vesicular y defensa muscular; el hígado, ligeramente hipertrofiado. El estado de la enferma nos alarmó, y expresámos claramente a la familia que para salvarla era preciso practicar cuanto antes una operación de urgencia, pues conceptuámos que se trataba ya de una seria infección de las vías biliares. El lamentado doctor Ochoa fue de la misma opinión, y la enferma accedió. Incisión en el borde derecho del recto; al llegar a la hoja posterior de la aponeurosis de este músculo, abrimos una gran colección de pus y bilis, y extrajimos unos diez cálculos de distintos tamaños, entre ellos uno del tamaño de una moneda de cinco pesos; explorando con el dedo pudimos apreciar que la vesícula estaba perfectamente adherida al peritoneo parietal, y de su interior sacámos algunos cálculos más. Drenaje. Los primeros días la supuración fue abundante; el drenaje de bilis quedó establecido un poco más tarde, y quedó algún tiempo después de retirar el tubo. Mejoría rápida. En los ocho años siguientes, cada cuatro o seis meses se entreabría un pequeño orificio en el lugar de la fístula, y arrojaba por allí una pequeña cantidad de mucus. En este tiempo los cólicos han vuelto unas cuatro veces, pero de muy mediana intensidad. (Personal).

Este caso ilustra una forma feliz de terminación de las infecciones de la vesícula y también dos de los tres tipos de elevaciones térmicas que pueden presentarse en la litiasis:

1º La fiebre hepatálgica de Charcot o intermitente hepática, llamada también «fiebre de los campanarios» por las elevaciones bruscas que hace un trazado de la temperatura, la cual es debida a la absorción de productos infecciosos; Moynihan la considera patognomónica de la calculosis biliar.

2º La fiebre hepato-tóxica, remitente, con grandes exacerbaciones, y que significa una grave infección que compromete seriamente la vida del enfermo, como empiema vesicular, angiolititis, etc.

3º El tercer tipo febril lo forman series de accesos intermitentes producidos por absorción de bilis en casos de ictericia crónica; lo hemos podido observar en algunos de los enfermos cuya historia presentaremos más adelante. El primero y el último tipo semejan accesos palúdicos irregulares, y generalmente no tienen significación grave para el pronóstico.

9. N. N. cincuenta años. Historia de largo tiempo de cólicos hepáticos perfectamente caracterizados. Ultimamente se han vuelto muy frecuentes y vienen acompañados de calofrío, fiebre y sudor profuso. Vesícula dolorosa, exageradamente sensible a la presión, puede ser delimitada al tacto. Resistencia muscular. Colecistostomía: vesícula dilatada, llena de bilis espesa; se extrajeron de diez a doce cálculos de varios tamaños. La herida no

sanó por primera intención, y el proceso curativo fue largo; la fístula persistió bastante tiempo. Curación. (Doctores Tomás Quevedo Alvarez y J. Tobón). Esta observación, que debo a galantería del doctor Tobón, termina con la siguiente nota:

«De las pocas observaciones que tengo sobre infecciones biliares he sacado en consecuencia lo muy ingratas que son las intervenciones, casi seguramente por lo tardías, cuando la infección se ha extendido mucho y está herida de muerte la célula hepática.»

10. N. N. treinta y cinco años. seis años de historia hepática. Un día después de bañarse sintió malestar general, *borrachera*, vómito y eructaciones ácidas; al día siguiente notó que estaba un poco ictérica; tuvo fiebre por tres días. No sintió ningún dolor, y mejoró con un purgante y una poción con ipeca. Dos meses después, en el principio de un embarazo, le reapareció la ictericia con los mismos síntomas, pero sin dolor; ocasionalmente sentía *fatiga*, sensación de vacío y vértigo; la ictericia continuó con variaciones de intensidad. Aborto a los cinco meses; hemorragia e infección que fue dominada rápidamente. Desde entonces—cinco y medio años—tiene ictericia más o menos intensa. Estado general, apenas regular: tiene períodos de relativa calma alternados con cortos períodos febriles, acompañados de calofrío y sudor, malestar general, fatiga, peso en el epigastrio, diarreas fulminantes e inmotivadas, acolia la mayor parte del tiempo, pero en ocasiones las deposiciones son biliosas; el prurito es insoportable; la orina es de color

casi negro; malísimo apetito; enflaquecimiento notable. Ha tenido cinco abortos en este tiempo. Aunque ha estado en tratamiento bajo la dirección de muchos médicos sucesivamente, no ha tenido la menor mejoría, y los facultativos no han estado de acuerdo respecto al diagnóstico de la enfermedad.

Al examen presenta: enferma enflaquecida y debilitada; coloración verde aceituna, más marcada en las conjuntivas y demás mucosas; xantelasmas y telangiectasis en los párpados, orejas, codos, rodillas y pies; en las extremidades las manchas han tomado el aspecto de carate. Hígado enorme, baja hasta el nivel de la cresta ilíaca; superficie tersa, resistente y regular. Vesícula no puede ser delimitada. Bazo hipertrofiado. Los demás signos de ictericia crónica por obstrucción. Deposiciones alvinas. Orinas biliosas, no contienen albúmina ni azúcar.

Caso por demás interesante, y cuya historia ya habíamos publicado en los *Anales de la Academia de Medicina de Medellín*, excusa el que nos permitamos extendernos un poco sobre el diagnóstico diferencial, haciendo antes algunas consideraciones generales para hacer claro el análisis. Las primeras manifestaciones de la litiasis biliar, las más constantes y las más persistentes, son las que el enfermo refiere a indigestión: sensación de peso y de llenura, ardor en la región epigástrica, eructaciones ácidas, y si hay dolor, vómito que da alivio. Estos síntomas se presentan generalmente por la noche; no tienen relación con la ingestión

de alimentos y pasan comúnmente por simples indigestiones. Con una vesícula relativamente sana, y no habiendo complicaciones ni cólicos, la litiasis no da más síntomas que los enumerados, y el diagnóstico de la verdadera causa pasa inadvertido. Tanto es esto así, que hay autores como Tice, que en una de las clínicas médicas de Chicago, dice:

«Un enfermo que se queja de la llamada *dyspepsia* o indigestión y malestar después de las comidas, lo cual persiste por largo tiempo y no es modificado por tratamiento dietético, debe ser considerado como un caso probable de litiasis biliar.»

Esa sensación vaga depresiva y maleante que nuestro pueblo ha dado en llamar *fatiga*, no es en muchas ocasiones sino un cólico hepático frustrado.

El elemento *dolor* puede presentar varios caracteres: ya es una vaga y punzante sensación de compresión o peso en la región vesicular, más o menos constante, intensificada en ocasiones por la ingestión de alimentos, ya es el cólico con las irradiaciones que describen los clásicos, las cuales también faltan con frecuencia. Pero lo importante es recordar que el dolor puede ser reemplazado por fatiga, vértigo, desfallecimiento, calofríos, calambres estomacales, perturbaciones intestinales, síntomas que llaman la atención a otros órganos y que despistan el diagnóstico, si no se eliminan cuidadosamente otras entidades patológicas. Estos *síntomas satélites* de Dieulafoy dan

en muchos casos oscuros la clave del diagnóstico correcto.

Fuéra de la ictericia fugaz que acompaña frecuentemente el paso de un cálculo, este síntoma falta en la mayoría de los casos de litiasis; para los hermanos Mayo la «ictericia no interviene para nada en el diagnóstico, y cuando existe indica una complicación.» La ictericia persistente es producida por obstrucción parcial, rara vez completa, del colédoco. Sobre el síntoma *ictericia* creemos que se puedan aceptar las siguientes conclusiones:

1ª Cálculos en la vesícula o en el cístico no pueden producir ictericia.

2ª Ictericia que aparece con el cólico o un poco después, que desaparece totalmente y no retorna sino con otro cólico, significa el paso de un cálculo.

3ª Ictericia persistente, pero de variable intensidad; más profunda durante el cólico; que desaparece parcialmente para luégo acentuarse más al volver el dolor, significa obstrucción del colédoco por cálculo que hace de válvula. La acolia es naturalmente reemplazada intermitentemente por deposiciones biliosas.

4ª Ictericia persistente, cada día más profunda y que está acompañada de cólicos, significa obstrucción completa del colédoco por cálculo enclavado.

5ª Ictericia persistente, sin historia de crisis dolorosas ni síntomas satélites, y que no está acompañada de cólico franco o frustrado, significa compresión del colédoco, más comúnmente por tumor de la cabeza del páncreas.

En el tercero y cuarto casos el hígado está generalmente hipertrofiado y la vesícula contraída; en el quinto, la vesícula está habitualmente dilatada y el hígado no se hipertrofia.

Respecto de la vesícula podemos formular las siguientes conclusiones:

1ª En la obstrucción del canal cístico la vesícula se distiende, la bilis que contiene es reabsorbida y la inflamación aumenta la cantidad de mucus; hay tumefacción externa fácil de apreciar; sensibilidad a la palpación: no hay ictericia ni hipertrofia del hígado.

2ª Si hay infección grave, su contenido se convierte en purulento; la dilatación y el tumor externo aumentan progresivamente; hay gran sensibilidad, resistencia muscular y fiebre hepatotóxica.

3ª En la obstrucción parcial o completa del colédoco, *estando la vesícula sana* y el cístico permeable, el hígado aumenta de volumen y la vesícula se distiende, algunas veces hasta formar un tumor enorme que baja hasta la cresta ilíaca. Pero en la gran mayoría de los casos—un 80 por 100 al menos—la vesícula ha sido previamente el sitio de una inflamación crónica, y por esta razón es lo común encontrarla pequeña, retraída, en los casos de obstrucción calculosa.

4ª Ley de Courvoisier, confirmada por Terrier: con síntomas de obstrucción del colédoco la vesícula aparece contraída en 80 por 100 de casos de litiasis biliar y dilatada en 90 por 100 de casos de compresión por tumor.

Todas las conclusiones anteriores pueden ser de grande utilidad para el diagnóstico diferencial, pero conviene siempre tener en cuenta que las excepciones son más que frecuentes, y Dieulafoy trae en su Patología y en sus Clínicas ejemplos magistrales de casos en que ha primado la excepción.

Volviendo al caso que veníamos estudiando, encontramos que el cuadro nosológico corresponde hasta cierto punto a la cirrosis de Hanot: datos negativos de cólicos bien caracterizados, edad, curso de la enfermedad, hipertrofia del hígado y del bazo, ausencia de ascitis y de circulación suplementaria; pero, las variaciones de intensidad de la ictericia, y sobretodo la acolia obligan a eliminar aquella enfermedad. En la cirrosis de Hanot las deposiciones son *biliosas*, puesto que el paso de bilis al intestino no se interrumpe.

Los accesos febriles son debidos indudablemente a reabsorciones de bilis, no a infección de las vías biliares.

La falta de la dilatación de la vesícula y de hemorragias intestinales, la ausencia de glicosuria (signo desde luego incierto), con hipertrofia del hígado, hacen descartar una compresión externa por tumor de la cabeza del páncreas o de la ampolla de Vater. El examen de la enferma excluye la presencia de un tumor en otra parte, y aunque hay enflaquecimiento, éste también existe en la calculosis biliar, y en ocasiones llega hasta la caquexia. La hipertrofia del hígado no ha alterado los contornos del órgano, y su superficie es tersa y

regular: luégo no parece probable que el aumento de volumen sea debido a neoplasma.

Por el proceso anterior de eliminación creímos que el doctor Montoya estaba en lo cierto al hacer el diagnóstico de litiasis biliar con obstrucción del colédoco y en proponer la intervención adecuada. Las crisis de fatiga, vómito y malestar general, acompañadas de fiebre, las tomámos por síntomas satélites que reemplazaban el cólico típico. La operación confirmó plenamente esta opinión: la vesícula, llena de cálculos, estaba contraída, excesivamente pequeña y deformada; se extrajeron varios cálculos de la vesícula, el cístico y el colédoco por expresión hacia la primera; el canal quedó libre, como fue demostrado por el paso de una bujía olivar de goma. Colecistostomía. No pudiendo traer la vesícula a la pared, se fijó al tubo de drenaje por medio de una jareta de catgut, dejando una gasa por debajo de aquél para protección de la cavidad abdominal, caso de que hubiera filtración de bilis. La mejoría fue rápida. Tres meses después la ictericia había desaparecido; la señora se sentía perfectamente bien y había ganado bastante peso. Seis meses más tarde, sin embargo, los síntomas volvieron a aparecer, lo mismo que la ictericia, aunque no tan intensa. Se le aconsejó una segunda intervención, pero no fue aceptada. (Doctores Montoya, Castro y Gil).

Las reincidencias ocurren:

1ª Por la conservación de una vesícula infectada y con lesiones patológicas muy avanzadas, la cual sirve otra vez de receptáculo a la bilis, con repetición del proceso de formación de cálculos.

2ª Más frecuentemente por la formación de adherencias.

De manera que las reincidencias pueden ser evitadas: cuando la vesícula está pequeña, adherida, contraída y la mucosa ulcerada, no tiene objeto su conservación, y debe ser extirpada si el estado del paciente lo permite; las adherencias se evitan teniendo el más riguroso cuidado en la técnica: asepsia absoluta, delicadeza en las manipulaciones a fin de obtener el menor traumatismo de los órganos, y especial atención para que la peritonización sea perfecta. En los casos de drenaje con gasa se recomienda interponer entre ésta y la superficie peritoneal una tela delgada de goma o caucho fácilmente esterilizable. Hay que tener en cuenta el hecho de que hay algunas personas que tienen una tendencia a formar adherencias, a pesar de los más estrictos cuidados, mientras que en otras esta tendencia existe en menor grado; en general, la formación de adherencias está en relación con los poderes de defensa del organismo. En el caso que hemos estudiado creemos que la reincidencia hubiera podido ser evitada con la colecistectomía.

11. M. casada, treinta y cinco años. Historia de cólicos hepáticos. En una crisis de éstos con ictericia persistente por obstrucción del colédoco, se desarrollaron síntomas de infección general. Diagnosticado un empiema de la vesícula biliar, se procedió a operarla. Colecistostomía: absceso, extracción de cálculos de la vesícula y del colédoco; drenaje. Los síntomas de infección continuaron, y la

enferma murió a los cuatro días. (Doctor Tomás Quevedo Alvarez).

12. C., de Caldas, cincuenta años. Historia de intenso dolor epigástrico por varios años, hipertrofia del hígado, ictericia moderada, acolia ocasionalmente. El médico tratante diagnosticó cáncer del hígado. Colectostomía. Extracción de más de sesenta cálculos de la vesícula y del cístico, y, por expresión, del colédoco. Vesícula pequeña y retraída. Curación por varios meses; después volvió el dolor, pero el enfermo no quiso aceptar otra intervención. (Doctor Montoya y Flórez).

13. M. diez y nueve años. Historia de cólicos hepáticos desde hace dos años. Hace dos meses sufre una crisis de cólicos subintrantes; tratada homeopáticamente, no obtuvo ninguna mejoría. La vimos en asocio del doctor B. Ochoa: enferma enflaquecida y muy agotada; ligera ictericia; fiebre alta, remitente, con grandes exacerbaciones diarias precedidas de calofrío; hígado hipertrofiado; tumor palpable en la región vesicular, resistencia muscular y gran sensibilidad; pulso rápido y pequeño. Estado general, malo. Celiotomía. Encontrámos absceso en el sitio de la vesícula y restos de ésta gangrenados; adherencias peritoneales alrededor del foco. Drenaje con tubo y gasa. Continuó una fístula biliar por dos meses; por allí arrojó varios cálculos pequeños. Sufrió después un cólico fuerte, y luego desaparecieron totalmente. Curación. (Doctores Ochoa y Gil).

14., C. R., de cuarenta y cinco años. Historia de cólicos hepáticos. Larga crisis de éstos con ic-

tericia pasajera y dilatación de la vesícula; fiebre intermitente. Colecistostomía. Extracción de gran número de cálculos. Mejoría rápida. Después de cerrada la fístula tuvo un fuerte dolor; la herida se entreabrió y arrojó por ella una lombriz. Curación. (Doctores Castro y Jaramillo.)

15. S. O., cuarenta años. Cólicos hepáticos con ictericia desde hace ocho meses; los dolores son intensísimos y no dejan al enfermo un momento de reposo; hipertrofia del hígado; la vesícula parece dilatada; ictericia profunda con variaciones de intensidad; deposiciones alvinas, pero en ocasiones son biliosas. Colecistostomía; extracción de cálculos de la vesícula, del cístico y del colédoco; bilis sumamente espesa; por medio de una bujía de goma pudimos cerciorarnos de la permeabilidad del colédoco. Mejoría notable después de la operación: los dolores calmaron por completo, la ictericia comenzó a desaparecer; deposiciones biliosas. El enfermo, muy complacido del resultado, se consideraba curado; pero al octavo día se permitió hacer un esfuerzo bastante grande, y a poco notó que el vendaje estaba manchado de sangre; examinada la herida, se encontró completamente cicatrizada, pero por los lados del tubo, que estaba obstruido, por un coágulo, se notaba una filtración lenta y constante de sangre. Se quitó el tubo, se hizo la curación introduciendo gasa en la fístula de manera que se hacía compresión, se aplicó ergotina en inyección hipodérmica y se propinó una poción con cloruro de calcio. Al día siguiente la hemorragia continuaba; pulso un poco rápido; el enfer-

mo muy inquieto; resolvimos después de consultar con otros colegas, abrir la herida y buscar la causa de la hemorragia, pero no encontramos sino una filtración gota a gota, y taponámos fuertemente; aplicámos suero gelatinado, suero fisiológico, inyecciones estimulantes. El enfermo continuó perdiendo sangre lentamente, y murió al tercer día después del accidente. (Personal).

Las hemorragias en los ictericos asumen forma muy grave y es preciso tratar de evitarlas. Si es posible, es mejor diferir un poco la operación mientras la ictericia desaparece; si el caso no autoriza la espera, se debe investigar el tiempo de coagulación de la sangre y tomar las medidas necesarias, a fin de que el poder coagulante se acerque al normal. En general, no debe operarse sino cuando el T. C. no exceda de dos minutos. Como preventivos de la hemorragia deben usarse las sales de calcio (cloruro o lactato) y la coagulosa, droga que hemos usado con buen resultado. Si a pesar de todo, la hemorragia se presenta, puede usarse, fuera de los medios aconsejados generalmente, la transfusión de sangre.

16. M. A. O., cuarenta y cinco años. Larga historia de dolores en el epigastrio, que fueron atribuidos a úlcera del estómago, úlcera del duodeno, apendicitis crónica, litiasis biliar y hasta hubo quien pensase en un tumor. Síntomas vagos de indigestión; dolor intenso, fijo en el epigastrio, sin radiaciones, sin relación con la ingestión de alimentos, casi constante. Jamás tuvo ictericia ni cólico clásico. Estado general, muy bueno. Examen

físico, absolutamente negativo. Muchos médicos lo vieron y algunos le aconsejaron hacerse operar, pero el enfermo no llegó a decidirse en vista de la diversidad de diagnósticos. Examen al rayo X, negativo. Una noche fue acometido súbitamente por un dolor intensísimo en la región vesicular con irradiación a la espalda. El dolor no calmó con repetidas inyecciones de morfina. Estado general, bueno; pulso, 70, regular, fuerte; ni náuseas, ni vómito; dolor a la presión en el cuadrante superior derecho; el resto del abdomen, depresible y no doloroso. Al día siguiente el mismo dolor, pero menos intenso. En vista de no haber ningún signo alarmante se resolvió esperar. A las treinta y seis horas ligero timpanismo; no han vuelto a pasar gases ni materias fecales; sensibilidad a la presión, más extendida. El pulso no se ha modificado ni ha habido vómito. Se decide una celiotomía exploradora inmediatamente; vesícula rota en el cuello, derrame de bilis espesa en el peritoneo, exudados fibrinosos, adherencias perivesiculares. Apéndice inflamado y adherido. Colectostomía. Drenaje con tubo y gasa al nivel de la sutura. Apendicectomía. Los tres primeros días el enfermo estuvo bien, pero al cuarto aparecieron síntomas de peritonitis, y la muerte sobrevino al quinto. (Doctores Montoya y Gil).

Este caso ilustra los puntos siguientes:

1.º Las lesiones del aparato biliar pueden dar los síntomas de dispepsia crónica solamente.

2.º Cólicos hepáticos y signos de litiasis biliar pueden existir sin la presencia de cálculos: en pri-

mer lugar, las concreciones biliares varían desde el lodo y la arenilla hasta los cálculos más voluminosos, y en segundo lugar, las adherencias perivesiculares hacen variar la dirección de la vesícula produciendo un estancamiento temporal de la bilis, y su expulsión produce cólicos tan violentos como los de un cálculo enclavado.

3° La asociación de la litiasis y la apendicitis es bastante común.

4.° Es sorprendente el buen estado general que en algunos organismos es compatible con gravísimas lesiones peritoneales.

5.° El rayo X no demuestra la presencia de cálculos sino cuando tienen núcleo o corteza de sales de calcio; la colesiterina deja pasar los rayos, y por consiguiente los cálculos formados por ella son invisibles.

6.° En casos oscuros en que es imposible llegar a un diagnóstico preciso, sobre todo entre litiasis biliar, úlcera del estómago y apendicitis, debe dársele al enfermo el beneficio de una celiotomía exploradora, proceder lógico, dado que todas estas entidades patológicas son netamente quirúrgicas.

17. L., madre de varios hijos. Hace dos años la tratamos para infección puerperal, y fue operada dos veces para un enorme absceso del ligamento ancho. Ha sufrido de cólicos hepáticos. Algún tiempo después de las operaciones mencionadas sufrió una crisis de cólicos intensos, subintrantes, que no se calmaban sino con grandes dosis de morfina. Colecistostomía. Vesícula contraída sobre gran cantidad de cálculos. Alivio

por pocos meses. Los cólicos han vuelto y no dan a la enferma un momento de tregua. Esta situación continúa. (Doctores Maldonado, Castro y Arango).

18. M. R., sirvienta, veinticinco años. Hace diez años sufre cólicos hepáticos. La presente crisis empezó hace tres semanas. Dolor intenso espontáneo, con irradiaciones al hombro derecho; sensibilidad a la presión; hígado normal; vesícula no palpable. Colectostomía. Extracción de varios cálculos. Cístico y colédoco permeables. Curación. (Doctores Montoya, Gil y Castro).

19. M. J. M., treinta y cinco años, sirvienta. Prácticamente la misma historia anterior. Colectostomía. Curación. (Doctores Montoya, Castro y Gil).

20. S. E., veinticinco años. Historia de litiasis biliar. Llegó al Hospital con cólico intenso, ictericia profunda, vesícula palpable, resistencia muscular y empastamiento sobre el recto derecho; fiebre alta, remitente; pulso frecuente y pequeño; lengua saburral; estado general, malo. Observada durante dos días, se diagnosticó infección grave de las vías biliares con empiema vesicular. Operación de urgencia. Colectostomía. Vesícula distendida por pus, bilis y varios cálculos. A pesar del drenaje, la infección siguió su curso y la enferma murió al tercer día. (Doctores Gil y Castro).

21. M. I. S., treinta años. Historia de litiasis biliar. Llegó al Hospital con ictericia profunda y síntomas de empiema vesicular. Colectostomía. Mejoría lenta al principio, pero luego se presen-

taron fenómenos de ictericia grave y murió a los diez y seis días. Doctores Montoya, Gil y Castro.

22. B. S., veinticinco años. Historia de cólicos por varios años. Hipertrofia del hígado, vesícula no palpable. Colecistostomía. Curación. Dos cólicos reaparecieron varios meses después. (Doctores Montoya, Castro y Gil).

23. S. T., cincuenta años. Historia anterior de cólicos y fenómenos dispépticos. Súbitamente fue acometida por un dolor intensísimo en la región vesicular. Conducida al Hospital cuatro días después de empezar el dolor, su estado era muy grave: pulso rápido y pequeño; temperatura alta; vómito continuo; resistencia muscular y gran sensibilidad en todo el abdomen; timpanismo. Operada inmediatamente, se encontró la vesícula rota, derrame de bilis en el peritoneo, peritonitis generalizada, adherencias múltiples y falsas membranas. Muerte al segundo día. (Doctores Castro y Gil).

24. M. R., cuarenta y tres años. Colelitiasis. Colecistostomía. Curación. (Doctores Montoya, Castro y Gil).

25. R. B., cincuenta años. Colelitiasis. Colecistostomía. Curación. (Doctores Montoya, Gil y Castro).

26. A. J. P., cincuenta y siete años. Colelitiasis. Cólicos frecuentes; actualmente tiene ictericia, fiebre intermitente; vesícula no palpable; hígado hipertrofiado. Colecistostomía. Vesícula retraída. excesivamente friable; extracción de cálculos de la vesícula y del colédoco. En la imposibilidad de

fijar la vesícula a la pared, se fijó el tubo, se hizo un puente de epiplón, y entre éste y la vesícula se drenó con gasa. El enfermo se levantó al segundo día y anduvo aproximadamente una cuadra; a pesar de la vigilancia, repitió la levantada al cuarto día.

Debido a esto se desarrolló una peritonitis que mató al enfermo rápidamente. (Doctores Montoya, Gil y Castro).

27. P. H., cuarenta años. Historia clara de litiasis biliar. Hace mes y medio tuvo un fuerte cólico; calmado espontáneamente, no ha vuelto a aparecer, pero ha continuado con subictericia, calofrío, fiebre y sudor todos los días, y aumento progresivo de la vesícula. Colecistostomía. Convalecencia delicada y larga. Curación. (Doctores Maldonado, Arango y Tobón C.).

28. E. C., cincuenta años. Colelitiasis. Colecistostomía. Curación. (Doctores Montoya, Castro y Gil).

29. N. N., veinticinco años. Ha sufrido por varios años cólicos hepáticos acompañados de fiebre y moderada ictericia. Ahora está en período de calma. Colecistostomía. Extracción de gran número de cálculos. Vesícula, relativamente sana; se drenó con sonda de Pezzer, a la cual se adaptó, por medio de un tubo de vidrio, un largo tubo de caucho que terminaba en un frasco con una pequeña cantidad de solución de oxicianuro de mercurio al 1 por 1,000. A los ocho días se retiró el drenaje. Convalecencia rápida. Curación. (Doctores Montoya, Gil y Castro).

30. A. B., veintitrés años, soltera; un hijo. Hace nueve meses sufrió una crisis de cólicos hepáticos con ictericia. Luégo estuvo bien hasta hace un mes; desde entonces sufre cólicos intensos casi diarios, con ictericia de intensidad variable, deposiciones unas veces acólicas y otras biliosas; orina biliosa. Ha habido fiebre intermitente con calofrío y sudor; no ha tenido hemorragias. Dolor a la palpación en la región vesicular, signo de Murphy positivo. Diagnóstico: colelitiasis, obstrucción parcial del colédoco por cálculo en la válvula. Operación: incisión de Kehr; adherencias pericolecísticas; vesícula de tamaño normal; paredes engrosadas; mucosa relativamente sana, llena de bilis y sin cálculos; al nivel del cístico, dos ganglios linfáticos; cálculo del tamaño de una fruta de papaya, y muy semejante a ésta, en la ampolla de Vater; abierto el duodeno por su parte posterior, se extrajo el cálculo que estaba clavado en divertículo; sutura intestinal. Colectostomía, siguiendo técnica de los hermanos Mayo; duodenotomía (primera vez que se practica en Antioquia). Convalecencia rápida. Curación. (Doctores Montoya, Castro y Gil).

En treinta casos operados tenemos tres muertos, descartando por supuesto los casos de urgencia en que la situación de los pacientes en el momento de la operación era desesperada o poco menos, y cuya muerte no hay porqué imputarla a la intervención. Las tres muertes fueron causadas:

una, por hemorragia al octavo día, provocada por un esfuerzo imprudente del enfermo; otra, por insuficiencia renal (caso número 4.º), y otra, por peritonitis provocada también por imprudencia del enfermo, quien por terquedad en no usar la bacinilla panda, resolvió levantarse y caminar hasta el excusado. Luego en rigor no hay sino una muerte imputable a la operación. En los casos de urgencia los fracasos son imputables a la perniciosa costumbre de diferir las intervenciones indicadas hasta que se presenten complicaciones gravísimas, y entonces se pide al cirujano que haga milagros. Aceptado como hecho cierto el que ningún remedio puede disolver los cálculos ya formados ni forzarlos a pasar a través del cístico o del colédoco, debe aceptarse también que el tratamiento quirúrgico es el único racional. Y sentado este principio, abogamos, basados en el estudio de los casos que hemos presentado, por la intervención precoz, cuando el estado general es todavía bueno y la célula hepática está sana.

En nuestra opinión el tratamiento médico debe ser limitado a los casos siguientes:

1º Como tratamiento de prueba en los casos benignos vistos muy al principio.

2º Como paliativo en los casos que no aceptan la intervención o que tengan una contraindicación para ella.

3º Como preventivo en los casos operados, es decir, para combatir la diátesis.

A propósito haremos notar dos datos importantes en terapéutica: la idea de que el aceite de

olivas expulsa los cálculos, es errónea, y lo que se toma por tales son las masas saponificadas que se encuentran en las deposiciones después de su uso. El lavado gástrico sistemático y la alimentación rectal exclusiva son los mejores calmantes para el cólico hepático.

El tratamiento quirúrgico está indicado:

1.º En ataques de cólicos frecuentes en que el tratamiento médico ha fracasado.

2.º En casos de perturbaciones dispépticas producidas por la litiasis.

3.º En casos de dilatación de la vesícula por obstrucción del cístico.

4.º En complicaciones: empiema vesicular, angiolitis, ruptura de la vesícula o los canales, obstrucción intestinal, obstrucción pilórica.

5.º En casos reincidentes.

6.º En los casos de ictericia crónica por obstrucción del colédoco, con las limitaciones siguientes: siendo mucho más benigna la operación durante los períodos de calma y cuando no hay ictericia, es conveniente si no es urgente la intervención, dar un plazo *de gracia* para ver si el colédoco se desembaraza de su obstáculo. Si el cálculo no está enclavado—dice Steward,—los cólicos se repiten, señal de que las contracciones del colédoco tratan de forzarlo a pasar al duodeno; aquél gasta aproximadamente tres semanas en llegar al intestino. Si no hay dolores y la ictericia se hace cada día más intensa, el enclavamiento es completo y entonces no tiene objeto el diferir la intervención.

7.º En los casos de diagnóstico oscuro debe optarse por la celiotomía exploradora.

No entraremos a estudiar sino las operaciones más comunes: la colecistostomía únicamente se practica ocasionalmente y está indicada sólo cuando la vesícula está completamente sana; la duodenotomía y la colecistenteroanastomosis tienen indicaciones especiales; haremos notar de paso que la primera ha sido practicada con buen resultado por el doctor Montoya y Flórez para un cálculo enclavado en la ampolla de Vater, y la última la ha hecho el doctor J. V. Maldonado cuatro veces para un cáncer de las vías biliares.

Colecistostomía. Indicaciones:

1º Cuando la vesícula está relativamente sana y el cístico permeable.

2º En caso de empiema y angiolitis, si los canales están permeables.

3º Cuando la vesícula está muy inflamada y adherente, pero el enfermo no resiste una operación más radical.

4º Para drenar asociada a coledocotomía, coledocostomía, duodenotomía.

Colecistectomía. Indicaciones:

1º Cuando la vesícula es el sitio de intensa inflamación y está adherida, contraída y la mucosa ulcerada. (Apariencia de fresa).

2º Cuando la vesícula está contraída sobre cálculos y el cístico obstruido.

3º En ciertos casos especiales para curar una fístula externa.

4º En asociación a coledocostomía o hepatocostomía cuando el drenaje es de rigor.

Los dos grandes peligros de la colecistectomía son la hemorragia de la arteria cística y la lesión del colédoco, los cuales es necesario tener muy en cuenta a fin de evitarlos con cuidado de técnica.

Coledocotomía y coledocostomía. Indicaciones:

1º Cuando el cálculo está enclavado: incisión del colédoco, extracción del cálculo, sutura con catgut en dos planos; colecistostomía para drenar.

2º Cuando la vesícula está muy contraída y adherida, cístico obstruido y cálculo enclavado en el colédoco: incisión de éste, extracción del cálculo, colecistectomía y drenaje subhepático

3º Angiocolitis supurada para drenaje subhepático.

El drenaje del colédoco tiene varias desventajas: *a)* gran pérdida de bilis, lo cual puede tener graves consecuencias en individuos debilitados y en ancianos, puesto que las sales biliares son absorbidas en el intestino, vuelven al hígado y entran nuevamente en la formación de bilis; *b)* formación de una estrechez cicatricial; *c)* escape de bilis con el consiguiente peligro de infección peritoneal.

En general, somos partidarios de la colecistostomía cuando la vesícula está relativamente sana y el cístico es permeable; pero creemos que la colecistectomía es una operación que da más garantías de curación permanente y que es preciso hacerla cuando la vesícula está muy inflamada, pe-

queña y retraída; dejar una vesícula en estas condiciones es provocar las recaídas. Para W. J. Mayo prácticamente todos los casos de colecistitis y el 80 por 100 de litiasis biliar, deben ser tratados por colecistectomía, de preferencia a la colecistostomía.

El cirujano debe hacer una selección esmerada de sus casos; el buen resultado dependerá, en primer lugar, de su maestría en técnica operatoria y de su buen criterio para tomar una resolución en presencia de las sorpresas y dificultades que encuentre; y en segundo lugar, del cuidado con que haya estudiado y seleccionado sus enfermos. Operar todo caso que llega sin atenderse a las indicaciones, no da otro resultado que el descrédito de la cirugía. No queremos decir que no se asuma la responsabilidad en los casos graves: queremos expresar nuestra honrada opinión de que el valor moral del cirujano debe servirle tanto para negarse a operar cuando no hay indicaciones precisas, como para aceptar la responsabilidad de los fracasos cuando las indicaciones han sido llenadas científicamente.

Un punto que descuidamos mucho entre nosotros es el estudio de la resistencia del enfermo, estudio que debe hacerse con el más escrupuloso cuidado en cada caso. La resistencia depende del equilibrio funcional de todos los órganos, pero especialmente del riñón y del hígado. Las perturbaciones de estos órganos pueden estar latentes y aparecer después de la acción tóxica del anestésico. Los exámenes de laboratorio son de gran

utilidad para el cirujano desde este punto de vista, y como hoy pueden hacerse fácilmente, debemos hacer en cada caso un estudio completo, con lo cual gana siempre el enfermo y obtenemos datos de importancia para decidir una intervención. La presión arterial suministra también datos que es preciso tener en cuenta: muy baja, indica un peligro por anemia cerebral, síncope cardíaco; muy alta, revela peligros mayores por embolías, insuficiencia renal, angina de pecho, etc.

Es conveniente no decir al enfermo que sufre de cálculos, porque pudiendo los fenómenos de litiasis ser producidos por lodo y arenillas biliares, adherencias, cambios de dirección de la vesícula y obstáculo para vaciar su contenido, el enfermo se considera defraudado, cuando después de la operación no se le muestra la prueba de que el diagnóstico era correcto, y aunque se cure, queda pensando que el médico sufrió una equivocación y que la curación la debe a feliz casualidad. Tampoco debemos asegurarle que la mejoría seguirá inmediatamente a la operación, porque en la litiasis, como en la apendicitis crónica, es muy común que el enfermo continúe quejándose de algunos síntomas subjetivos, por dos o tres meses, después de operado.

GIL J. GIL, M. D.

Medellín, febrero: 1916.

BIBLIOGRAFÍA

Anales de la Academia de Medicina de Medellín.

Doctor O. Toro. Tesis de doctorado. Facultad de Medellín.

Doctor Dorancé Otálvaro. Tesis de doctorado Facultad de Medellín.

Doctor J. B. Montoya y Flórez. *Estadística de la Clínica Quirúrgica del Hospital de Medellín.*

Coffey, W. J. y C. H. Mayo, Steward, etc.: *Journal of A. M. A.*

W. J. y C. H. Mayo. *Collected Papers of Mayo Clinic.*

Kelly and Noble. *Gynecology and Abdominal Surgery.*

Dieulafoy. *Patología Interna y Clínicas del Hotel-Dieu.*

The Medical Clinics of Chicago.

The Clinics of doctor J. B. Murphy.

Informe sobre el trabajo anterior

por el doctor GUILLERMO GÓMEZ (de Bogotá).

Señores académicos :

La moda parece no ser extraña a nuestra profesión; así se explica el que ciertos tópicos suelen tratarse con mayor intensidad en determinadas épocas; ahora se ha despertado cierto gusto por las lesiones de las vías biliares.

En días pasados nos lee el doctor Bermúdez, en la Sociedad de Cirugía, un importante trabajo sobre esta materia ; operaciones resonantes acaban de practicarse en el aparato biliar en esta ciudad, y casi al mismo tiempo llega a la Academia el muy importante estudio que el distinguido cirujano montañés doctor G. J. Gil dedica al doctor Montoya y Flórez, con el título de *Cirugía de las vías biliares en Antioquia*, y sobre el cual tengo el honor de informar.

Da principio a su estudio el doctor Gil recordando algunas operaciones importantes practicadas en Antioquia a principios del siglo XIX. Ante tales hechos, nos complacemos en reconocer que la alta cirugía en ciertos ramos se inició en Medellín antes que en Bo-

gotá, y que esa simpática y vigorosa raza antioqueña, no sólo elabora los grandes negocios, da las principales mujeres, sino que también marcha a la cabeza de Colombia en el campo de las ciencias médicas.

Feliz profesión la nuestra que no conoce rivalidades de campanarios, y en que los triunfos de nuestros compatriotas nos causan placer y nos estimulan al estudio.

Viniendo al asunto de las vías biliares, el doctor Gil nos refiere que la primera operación sobre estos órganos la practicó en Antioquia, con buen éxito, el doctor José Vicente Maldonado el año de 1889. Admírase, en realidad, el atrevimiento de dicho doctor, si se considera el estado en que se hallaba nuestra cirugía entonces, y el corto tiempo que había transcurrido desde que se iniciaron en Europa las intervenciones quirúrgicas de las vías biliares. Porque si bien Bobbs, cirujano de Indianápolis, operó con buen éxito un enfermo en el año de 1867, fue sólo en 1879 cuando Lauvson Tait, Ken von Winiwarter y otros continuaron y perfeccionaron la obra del cirujano americano.

Parece que la operación del doctor Maldonado fue la primera de su clase en Colombia.

En Bogotá, la primera operación sobre las

vías biliares la hizo el doctor Julio Z. Torres, en junio de 1901. Nos tocó al doctor Eliseo Montoya y a mí ser sus colaboradores.

La enferma, de unos cuarenta y cinco a cincuenta años, madre de varios hijos, tenía una larga historia de cólicos hepáticos. En la vesícula se encontró un solo cálculo del tamaño de un huevo de paloma. La fístula cutánea que se le dejó no cerró hasta diciembre de dicho año; los cólicos desaparecieron entonces, pero tres años después volvieron con igual intensidad, y exigieron en junio de 1905 una nueva intervención, en la cual se extirpó la vesícula, lo que dio por resultado la curación definitiva.

Con suma verdad anota el doctor Gil las múltiples dificultades que encuentra nuestra cirugía, siendo una de ellas la aversión que «ciertos médicos de nota» tienen todavía al bisturí, y por lo que hace a la litiasis biliar, estamos de acuerdo con él en que debemos esforzarnos para que sea considerada como entidad netamente quirúrgica y tratada como tál.

Esta opinión se apoya en la patogenia y en la clínica de los cólicos hepáticos.

Sin duda que respecto de la patogenia de estas lesiones, como respecto de tantas otras, nos vemos aún forzados a cantar con el

Rey que Rabió el puede no lo ser, ya que la clínica y el anfiteatro nos muestran hechos en apariencia contradictorios, como son: 1.º, cálculos ignorados durante la vida, descubiertos en autopsias de vesículas no infectadas; 2.º, infecciones virulentas de las vías biliares, sin cálculos, y 3.º, presencia de organismos patógenos, no sólo en la bilis, sino también en los cálculos mismos en enfermos que han sufrido cólicos hepáticos.

Pero de día en día viene refórzandose la idea de que la infección de las vías biliares, y especialmente de la vesícula, desempeña el principal papel en la formación de los cálculos. Mukel, desde hace mucho tiempo, demostró que el catarro o infección de la mucosa biliar descomponía el gliccolato de soda, dando por resultado la precipitación de ciertas sustancias, como la colessterina, normalmente disueltas en la bilis.

El núcleo de estas piedras biliares está constituido, en la mayoría de los casos, por cuerpos sépticos, mucus, epitelio degenerado, hilos de sutura infectados y montones de microbios.

Otro factor que facilita la precipitación de las sustancias disueltas en la bilis es la estancación de ésta en la vesícula biliar; de allí

la explicación que algunos autores dan de la frecuencia de los cálculos hepáticos en las mujeres embarazadas, en las cuales el desalojamiento del hígado produce una acodadura del colédoco y del cístico, y de la mejoría que suelen obtener los enfermos litiásicos, aumentando el número de sus comidas, con lo cual activan la circulación de la bilis.

Dada esta patogenia: infección y estancamiento como la más frecuente, y convencidos por otra parte de la ineficacia de los medios médicos para obtener la desinfección de órganos tan profundamente colocados, es natural que apelemos a la cirugía para tratarlos directamente.

La experiencia ha venido a confirmar esta opinión. Las estadísticas de todos los cirujanos dan un porcentaje muy elevado de curaciones en los enfermos que han sido operados. En la que estoy estudiando se observan por lo menos quince casos de curación absoluta y seis de mejorías, sobre un total de treinta operados, y hay que tener en cuenta que estos treinta individuos no habían obtenido alivio con los tratamientos médicos, y en muchos de ellos se intervino tarde y en malas condiciones.

Aceptada hoy la intervención quirúrgica por la gran mayoría de los prácticos, queda

por dilucidar cuál sea la operación más conveniente de las diversas que se han aconsejado.

Dejando a un lado la talla ideal de la vesícula, cuyas indicaciones son tan restringidas, y la coledocotomía o duodenotomía destinada a combatir las obstrucciones del colédoco, intervención esta última que nadie rechaza, ni siquiera aquellos médicos de nota de que nos habla el doctor Gil, la elección debe hacerse entre la colecistostomía, la colecitectoromía y la colecistoenterostomía.

Esta última fue ideada y practicada por primera vez en Inglaterra en 1830 por von Winiwarter; sus indicaciones son las obstrucciones irreparables de los canales excretores de la bilis. Tiene el inconveniente de exponer a las infecciones hepáticas.

Por lo que hace a las otras dos: resección de la vesícula o abertura y fijación de ésta a la piel, creo que debemos dar la preferencia a la primera. Parece ser ésta la opinión del doctor Gil, cuando a propósito de la observación décima dice:

«Las reincidencias ocurren: por la conservación de una vesícula infectada y con lesiones patológicas muy avanzadas, la cual sirve otra vez de receptáculo a la bilis con repe-

tición del proceso de formación de cálculos.» Nosotros agregamos que en la mayor parte de los casos de cólicos hepáticos, y quizá en la totalidad de aquéllos que han impuesto una operación, la vesícula se halla infectada, aun cuando en el curso de la operación no pueda demostrarse la infección; y que, por lo tanto, siempre que sea posible, debe extirparse. En otros términos, nosotros vamos más adelante que el doctor Gil, y creemos que la cistectomía es la operación de elección destinada a combatir los cólicos hepáticos.

Nuestra opinión la hemos formado por las siguientes razones:

1^a Las reincidencias frecuentes que se observan en los cistostomizados. En las treinta observaciones de cistostomía que refiere el doctor Gil, hay cuatro casos claros de reincidencia: las observaciones 8^a, 10, 12 y 17, y dos más en que la curación se hizo esperar (la 9^a y la 13). Téngase presente, además, que el doctor Gil no cita en su trabajo la época de las intervenciones, y que por lo tanto no puede asegurarse que todas sean curaciones definitivas, pues no es raro que las reincidencias aparezcan algunos años después de la intervención. Para no citar estadísticas extrañas, debemos agregar a los seis casos re-

latados por el doctor Gil, la enferma del doctor Torres, de que ya se hizo mención.

Del trabajo del doctor Bermúdez, citado anteriormente, y de conversaciones particulares con el doctor Martínez, a quien pertenecen la mayor parte de las observaciones citadas por el doctor Bermúdez, hemos llegado a la misma conclusión: que cuando se deja la vesícula, el enfermo queda expuesto a nuevos cólicos hepáticos, o a fistulas cutáneas difíciles de curar.

2ª Por los buenos resultados que se obtienen cuando se extirpa la vesícula, ya sea primitivamente o con el objeto de curar una fístula, consecuencia de una colecistostomía anterior, o de combatir los cólicos que han reaparecido después de una primera intervención. Desgraciadamente en las treinta observaciones referidas en el trabajo que estudiamos, sólo se trata de cistostomías, lo que no nos permite comparar resultados con otras operaciones.

3ª Por la insignificancia de los peligros que agrega a la cistostomía la extirpación de la vesícula. Ciertamente que, como dice el doctor Gil, puede haber una hemorragia de la arteria cística, o lesión del canal colédoco; pero basta conocer estos peligros para poder evitarlos.

Algunas veces la extirpación es imposible, ya por las adherencias que existen o por el estado en que se encuentra la vesícula ; por eso hemos dicho que la cistectomía es la operación de elección *cuando s posible*; además, si la extirpación suele ser imposible, es aún más difícil su fijación a la pared abdominal en esos casos.

4ª Como ya lo dijimos, la infección de la vesícula y el estancamiento de la bilis en este receptáculo, son considerados como las causas principales de la producción de cálculos biliares. Una y otro desaparecen por completo con la colecistectomía. En tanto que las otras intervenciones: abertura y drenaje de las vías biliares, son generalmente incapaces de curar las lesiones existentes, y como las funciones fisiológicas de la vesícula deben ser insignificantes, cuando tantos cistectomizados han podido vivir sin ella, concluimos que la cistectomía es la operación de elección destinada a combatir la litiasis biliar.

El mismo doctor Gil, en el final de su trabajo, evoluciona hacia esta conclusión, cuando dice: «Creemos que la colecistectomía da más garantías de curación permanente. Para W. J. Mayo, prácticamente todos los casos de colecistitis y el 80 por 100 de litiasis biliar, de-

ben ser tratados por colecistectomía, de preferencia a la colecistostomía,» y nos halaga el pensar que pronto llegará a la Academia un nuevo trabajo del doctor Gil, con una estadística brillante de extirpaciones de la vesícula.

Sólo nos resta encomiar, como lo merece, un estudio de tanto aliento y tan bien elaborado como el que nos ha tocado en suerte analizar, y en que todo es de admirar: la claridad del estilo, lo numeroso de las observaciones y la rectitud del criterio quirúrgico que en él domina.

Sean estas consideraciones el motivo para solicitar se aprueben las siguientes proposiciones:

1ª La Academia nacional de Medicina felicita al doctor Gil J. Gil por el interesante trabajo titulado *Cirugía de las vías biliares en Antioquia*, el cual se publicará en el órgano de la corporación, y lo estimula para que remita nuevas observaciones clínicas que, a más de ilustrar a este Cuerpo científico, contribuya a estrechar las relaciones profesionales.

2ª Nómbrase al doctor Gil miembro correspondiente de la Academia de Medicina, de Bogotá.

NOTA—La Academia aprobó por unanimidad estas proposiciones, y dispuso que se publicaran en esta REVISTA el trabajo del doctor Gil y el informe del doctor Gómez.

Estadística de la lepra en Colombia

por el doctor PABLO GARCIA MEDINA (de Bogotá).

Trabajo presentado al segundo Congreso Médico Nacional reunido en Medellín en 1913.

Mientras el Gobierno de Colombia prestó poca atención a la profilaxis de la lepra en el país, los lugares destinados para asilar los leprosos carecieron de una organización científica conveniente, por lo cual podían considerarse más bien como focos de propagación de la enfermedad, pues a esos establecimientos entraban libremente personas sanas, y de ellos se retiraban los leprosos cuando lo tenían a bien o cuando la falta de recursos en los Lazaretos los obligaba a ello.

Tal situación dio lugar a que muchas personas ilustradas—entre ellas muchos médicos—alarmadas por la falta de aislamiento, que no era obligatorio, exageraran el número de leprosos de Colombia, en términos que, aun sin dato alguno, llegaron a afirmar por la prensa que había de 20,000 a 30,000 leprosos. Esta afirmación dio por resultado el que, acogiendo esta infundada afirmación, se considere a Colombia como una de las naciones más contaminadas de lepra; afirmación que se reprodujo en periódicos científicos y en obras de medicina escritas por especialistas europeos. La estadística formal que me tocó levantar oficialmente ha venido a desmentir tal aseveración y a rectificar este errado concepto.

El Gobierno colombiano presidido en 1905 por el General Rafael Reyes emprendió la obra de organizar los Lazaretos de la República para asilar allí todos los leprosos; y para obtener esto se declaró la lepra enfermedad de obligatoria declaración por parte de los médicos, a quienes, para este caso, se desligó del secreto profesional; se dispuso, además, que todo enfermo de lepra, debía aislarse, bien a domicilio, bien en un lazareto, siguiendo las prescripciones de la Junta Central de Higiene. Posteriormente la ley prohibió el aislamiento en el domicilio del enfermo, obligando a todos a aislarse en alguno de los Lazaretos sostenidos por la Nación.

Llamado desde entonces por el Gobierno a ocupar un puesto importante en la dirección de los Lazaretos, hube de dedicarme a formar la estadística de los leprosos que había en el país; medida indispensable para conocer no solamente el número de los enfermos, sino el lugar de su residencia, las condiciones climatéricas en que vivían, su distribución en los diferentes Departamentos de la República, y demás datos indispensables para organizar la lucha contra la propagación de la lepra, lucha que por primera vez se emprendía con los recursos del Gobierno Nacional y bajo una dirección adecuada.

Aunque en 1889 el ilustrado médico doctor Gabriel J. Castañeda, quien dedicó gran parte de su vida al estudio de la lepra en este país, emprendió la formación de la estadística de la lepra entre nosotros, los datos por él reunidos

fueron muy escasos a pesar de los esfuerzos y de la actividad de este inteligente profesor, a causa de las dificultades con que tropezó su importante labor.

La Comisión enviada por la Academia Nacional de Medicina y por el Gobierno, compuesta de los ilustrados médicos doctores Rafael Ucrós, Miguel Canales y J. Olaya Laverde, a estudiar en los Lazaretos la organización de estos establecimientos, dice lo siguiente, refiriéndose a la estadística de la lepra, en el informe presentado en febrero de 1911:

“Hasta el año de 1905 no se principió a levantar el censo de los leprosos que existen en el país, y los datos que por entonces se tenían eran los de algunos Municipios, datos que por iniciativa de la Junta Central de Higiene suministró el doctor Gabriel J. Castañeda. Desde esa época para acá la estadística ha estado a cargo del médico adjunto a la Sección 6^a, doctor Pablo García Medina, quien ha tenido especial cuidado de llevarla con esmero tal, que de sus libros hemos tomado en poco tiempo los datos que necesitábamos. Esta ha sido una labor larga y paciente, si se tiene en cuenta la extensión del país y la lucha que es preciso sostener contra la inercia de las autoridades en asuntos lejanos a la política o a la administración. Por insinuación del doctor García Medina se enviaron a los Gobernadores de los Departamentos, para que éstos los remitieran a los Prefectos y Alcaldes, los cuadros en que se debían anotar

los leprosos de cada Municipio. A la capital de cada Provincia fueron llevados los enfermos que se creía atacados de lepra, y allí fueron examinados por los médicos, quedando inscritos en los cuadros únicamente aquellos cuyo diagnóstico fue afirmativo. Al cabo de dos años estuvo el Ministerio en posesión de los datos que son el origen de la estadística actual. En los libros que se llevan consta: el nombre del enfermo; sexo, profesión y estado civil; la forma de lepra que padece; sus ascendientes y colaterales leprosos; sus descendientes sanos o enfermos, el clima del lugar de su residencia, y el leprosorio en que se halla asilado.

“En Agua de Dios se lleva un libro especial de estadística, que está a cargo de uno de los Practicantes, en el que se da de alta a los enfermos que van llegando, después de ser examinados en esta ciudad, y se anotan las defunciones y los que salen por fuga.

“Por los datos que hemos obtenido (1), están asilados hoy en el Lazareto de Agua de Dios dos mil diez y ocho leprosos de los Departamentos siguientes :

“ Antioquia.....	48
“ Bolívar.. ..	1
“ Boyacá.....	659
“ Caldas	149
	<hr/>
Pasan.....	857

(1) Esto se escribió en 1910.

Vienen.....	857
“ Cauca.....	32
“ Cundinamarca....	793
“ Huila.....	19
“ Nariño.....	18
“ Santander.....	174
“ Tolima.....	59
“ El Valle.....	60

“ *Extranjeros.*

“ Brasil.....	1
“ Venezuela.....	4
“ Italia.....	1
	2,018

“LUGARES DE NACIMIENTO O DE RESIDENCIA HABITUAL DE DONDE HAN SIDO REMITIDOS LOS ENFERMOS QUE HAY EN AGUA DE DIOS

“ *Departamento de Antioquia.*

“ Abejorral, 4; Angelópolis, 5; Amagá, 10; Bolívar, 1; La Ceja, 3; Fredonia, 3; Itagüí, 4; Medellín, 6; Nariño, 2; Puerto Berrío, 1; Sopetrán, 1; Valparaíso, 1; Jericó, 2; Antioquia, 1.

“ *Departamento de Bolívar.*

“ Cartagena, 1.

“ *Departamento de Boyacá.*

“ Arcabuco, 1; Boavita, 2; Belén de Cerinza, 7; Buenavista, 1; Caldas, 7; Canipauna, 1; Capilla

de Cocuy, 18; Capilla de Tensa, 1; Cerinza, 1; Ciénega, 3; Cocuy, 16; Cómbita, 2; Corrales, 1; Covarachía, 1; Chiquinquirá, 51; Chiscas, 10; Chita, 1; Chivatá, 1; Chiriví, 1; Duitama, 19; Espino, 8; Floresta, 8; Firavitoba, 1; Gámeza, 3; Garagoa, 55; Guacamayas, 17; Gachantivá, 2; Guateque, 15; Guayatá, 23; Jenesano, 5; Jericó, 10; Leiva, 25; La Paz, 1; Macanal, 12; Miraflores, 13; Moniquirá, 27; Nobsa, 5; Pachavita, 5; Paipa, 11; Páez, 1; Pesca, 7; Pare, 5; Pueblviejo, 6; Panqueba, 4; Ramiriquí, 4; Saboyá, 23; Samacá, 2; Sátivanorte, 3; Sátivasur, 10; Santa Rosa de Viterbo, 7; Siachoque, 1; Soatá, 14; Socotá, 15; Sogamoso, 44; Somondoco, 8; Sotaquirá, 2; Susacón, 5; Sutamarchán, 5; Santa Ana, 2; Sutatensa, 26; Tasco, 8; Tensa, 8; Tibaná, 3; Tibasosa, 6; Tinjacá, 9; Toca, 5; Tópaga, 1; Tota, 3; Turmequé, 3; Tuta, 3; Tunja, 24; Umbita, 1; Uvita, 2; Ventaquemada, 6; Viracachá, 1; Orocué, 2.

“ Departamento del Cauca.

“ Bolívar, 2; Popayán, 20; Santander, 2; Timbío, 7; Sotará, 1.

“ Departamento de Cundinamarca .

“ Albán, 1; Anapoima, 2; Anolaima, 12; Arbeláez, 2; Bogotá, 56; Beltrán, 1; Bituima, 6; Cajicá, 14; Calera, 16; Cáqueza, 26; Carupa, 3; Coga, 11; Colegio, 2; Cota, 3; Cucunubá, 7; Chía, 4; Chipaque, 10; Choachí, 20; Chocontá, 41; Engativá, 2; Facatativá, 22; Fómeque, 20; Fon-

tibón, 4; Fosca, 11; Funza, 5; Fúquene, 25; Fu-
sagasugá, 22; Gachalá, 3; Gachancipá, 8; Ga-
chetá, 6; Gama, 4; Cirardot, 4; Guaduas, 5
Guasca, 9; Guatavita, 5; Guataquí, 1; Guaya-
bal, 1; Gutiérrez, 5; Jerusalén, 3; Junín, 13;
Lenguazaque, 2; La Mesa, 12; La Palma, 1; La
Vega, 3; Machetá, 26; Madrid, 13; Manta, 8;
Mosquera, 2; Melgar, 3; Nemocón, 18; Nilo, 1;
Pacho, 26; Pandi, 3; Pasca, 7; Quebradanegra,
2; Quetame, 4; Quipile, 1; Ricaurte, 1; Sasaima,
7; San Juan de Río seco, 3; San Cayetano, 2;
San Antonio de Tena, 1; Sesquilé, 21; Simijaca,
15; Soacha, 3; Sopó, 6; Suba, 1; Subachoque, 30;
Suesca, 11; Supatá, 3; Suta, 3; Sutatausa, 1; Ta-
bio, 10; Tausa, 4; Tena, 2; Tenjo, 3; Tibacuy, 3;
Tibirita, 3; Tocaima, 11; Tocancipá, 3; Ubalá,
2; Ubaté, 10; Ubaque, 3; Une, 6; Uribe, 1; Usa-
quén, 5; Usme, 9; Utica, 3; Vianí, 4; Villeta, 4;
Viotá, 7; Villa Pinzón, 22; Villavicencio, 6; Zi-
paquirá, 40; Agua de Dios, 61; San Juan de
Arama, 1.

“ Departamento del Huila.

“Garzón, 1; Neiva, 12; Retiro, 1; Santa Libra-
da, 1; Timaná, 3; Baraya, 1.

“ Departamento de Nariño.

“Ipiales, 1; Pasto, 11; Yacuanquer, 6.

“ Departamento de Santander.

“Aguada, 1; Barichara, 1; Bolívar, 1; Bucara-
manga, 15; Cabrera, 1; Carcasí, 4; Concepción,

4; Cúcuta, 3; Curití, 2; Charalá, 3; Chipatá, 1; Galán, 1; Gámbita, 1; Gramalote, 1; Guapotá, 2; Guabatá, 10; Hato, 2; Jesús María, 1; La Cruz, 1; La Paz, 1; Lebrija, 2; Macaravita, 2; Málaga, 1; Mogotes, 1; Molagavita, 2; Ocaña, 3; Oiba, 2; Onzaga, 4; Palmas, 1; Pamplona, 6; Páramo, 1; Piedecuesta, 1; Puente Nacional, 26; Ríonegro, 1; Rosario de Cúcuta, 1; Salazar, 2; San Andrés, 2; San Gil, 4; Silos, 1; Simacota, 1; Socorro, 17; Suaita, 2; Tama, 1; Toledo, 1; Tona, 2; Valle de Jesús, 9; Vélez, 12; Zapato-ca, 5.

“ Departamento del Tolima.

“Ambalema, 3; Anaimé, 3; Chaparral, 1; Dolores, 2; Frías, 1; Honda, 3; Ibagué, 20; Líbano, 12; Piedras, 1; Prado, 1; Purificación, 1; Venadillo, 1; Villahermosa, 10; Casabianca, 1.

“ Departamento del Valle.

“Buga, 5; Cali, 17; Cartago, 15; Cerrito, 1; Naranjo, 1; Palmira, 8; Pradera, 1; Roldanillo, 7; Tuluá, 1.

“ Extranjeros.

“Río de Janeiro (Brasil), 1; Rubio (Venezuela), 2; San Juan de Urueña (Venezuela), 1; San Cristóbal (Venezuela), 1; Italia, 1.

“Estamos en un todo de acuerdo con el informe que el doctor Pablo García Medina presentó a la Junta Central de Higiene en 1909, al manifestar que son los agricultores, o mejor dicho los labradores, los que presentan más en-

fermos de lepra. Vienen luégo los comprendidos en los oficios domésticos, o sean sirvientes de ambos sexos, en los campos, aldeas y ciudades."

La estadística formada de 1905 a 1908, según los datos que pude reunir dentro de los Lazaretos y fuéera de ellos, dio un total de 4,304; dato que es el mismo que publicó el doctor J. B. Montoya y Flórez en su excelente obra *La Lepra en Colombia*, libro que sin duda alguna ocupa el primer lugar en la literatura científica de nuestro país. En 1910 emprendí también oficialmente la rectificación de la estadística, y después de dos años de labor cuidadosa, en que se obtuvo el valioso concurso de muchos médicos, se llegó al siguiente resultado:

DEPARTAMENTOS de donde proceden los leprosos.	Número de leprosos asi- lados en los Lazaretos.	Leprosos que quedan en los Departamentos.
Antioquia.....	75	9
Atlántico.....	5	29
Bolívar.....	107	102
Boyacá.....	821	308
Caldas....	140	41
Cauca y Valle.....	84	42
Cundinamarca.....	841	41
Magdalena.....	20	32
Nariño.....	12	119
Santander (Norte y Sur)...	1,494	459
Tolima y Huila.....	87	25
Chocó (Intendencia).....	6	5
	3,692	1,212

Sumando los asilados en los tres Lazaretos, con los que están fuéera de éstos, tenemos un

total de leprosos de.....	4,904	
De los cuales deben deducirse:		
Personas llevadas como leprosas y que resultaron no serlo	392	
Muertos en los Lazaretos.. . . .	92	484
		<hr/>
Total de leprosos . . .		4,420
		<hr/>

De estos leprosos el 48 por 100 es de mujeres, el 47 por 100 de hombres y el 5 por 100 de niños de ambos sexos.

Estudiando los cuadros estadísticos que se llevan en los Lazaretos, único lugar donde se puede hacer un diagnóstico cierto, vemos que las formas de lepra en los asilados se distribuyen así:

Lepra tuberculosa (fimatoide), 60 por 100.

Lepra nerviosa (afimatoide), 30 por 100.

Lepra mixta, 10 por 100.

Los 3,692 enfermos asilados se distribuyen así:

En el Lazareto de Agua de Dios... ..	2,105
En el Lazareto de Contratación.....	1,441
En el Lazareto de Caño de Loro	140
En Andágueda (Chocó)	6
	<hr/>
Total	3,692
	<hr/>

Comparando este total de leprosos asilados con el general de los existentes en el país, se ve que Colombia tiene asiladas el 83½ por 100 de sus leprosos, proporción mucho mayor que cualquier país de Sur América y de la América Central. Méjico tiene asilado solamente el 20 por 100; Cuba, el 42; Guatemala, el 25; Vene-

zuela, el 28; la Argentina, el 32; Brasil, el 55. No tengo datos precisos del Ecuador, Perú y Chile. Cuando se principió a organizar la profilaxis de la lepra entre nosotros, es decir, en 1905, época en que comencé los trabajos de estadística, no estaba asilado sino el 16 por 100 de estos enfermos.

Condensaré aquí lo que informé en septiembre de 1909 respecto a las particularidades de esta estadística (1).

Estadística civil.

Ya hemos dicho en qué proporción están los hombres y las mujeres: 48 por 100 éstas, y 47 por 100 los primeros.

En cuanto a las edades, se observa que los niños leprosos de ambos sexos son muy pocos de los tres a los nueve años de edad, pues no alcanzan a 100; pero de los diez a los diez y siete hay 432. Aunque en la estadística de Contratación figura un niño leproso de dos meses, el caso es tan raro que parece dudoso, pues a una edad menor de un año puede decirse que no se ha observado un caso comprobado. En el hombre la edad en que se encuentran más leprosos es la comprendida entre treinta y dos y treinta y ocho años, y en la mujer, entre treinta y cinco a cuarenta años.

Desde el punto de vista de las profesiones esta estadística nos dice que son los agricultores, o mejor dicho labradores, los que presentan

(1) *Repertorio de Medicina y Cirugía*. 1909. Bogotá, números 2 y 3.

más enfermos de lepra, pues hay entre ellos novecientos veintiún leprosos; siguen los que, sin ser vagos, no tienen una profesión definida, de ambos sexos, entre los cuales hay setecientos treinta. Vienen luego los comprendidos en los oficios domésticos, o sean sirvientes de ambos sexos en los campos, aldeas y ciudades, de los cuales hay seiscientos dos enfermos; después están los jornaleros, que presentan trescientos cuatro leprosos. Y llama la atención que sean los mendigos los que tienen relativamente menos leprosos, pues no alcanzan a ciento, hecho que sugiere las siguientes consideraciones:

Médicos notables hay que creen que la lepra es una enfermedad de miseria; de suerte que según ellos, debe encontrarse de preferencia en las clases más pobres, mal vestidas, peor alimentadas y sin hábitos de aseo. Pero en Colombia la estadística está en contra de esa aseveración. Nuestros labradores ganan un buen salario, sus vestidos son suficientes, especialmente en los climas cálidos; su alimentación no es muy buena pero no es escasa, y sin embargo ellos tienen el mayor porcentaje de leprosos. Siguen los jornaleros, que viven en condiciones análogas a los labradores; y luego los sirvientes, que están en lo general bien alojados, tienen una alimentación semejante a 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 el pequeño porcentaje que tienen los mendigos.

Puede decirse que la *lepra es una enfermedad rural*; muy al contrario de la tuberculosis.

Si en el número de leprosos que da la estadística de que hablamos hay error, como es natural que lo haya en tratándose de una enfermedad como la lepra, en que hay tantas dificultades para formar una estadística exacta, esos errores son más de exceso que de defecto. Sabido es cuán fácilmente se califica de leprosa a personas atacadas de ciertas dermatosis y otras enfermedades que tanto se parecen a la lepra.

Como dato final de este resumen de la estadística civil mencionaré el siguiente con respecto a matrimonios. Entre los casados hay mil cuatrocientos treinta leprosos, y las dos terceras partes de los matrimonios son de persona sana con persona leprosa. Los hijos de padres leprosos son poco numerosos; así, en el Lazareto de Agua de Dios consta que desde principios de 1891 hasta enero del presente año no hubo sino 204 nacimientos, no obstante que en estos diez y ocho años ha habido en esa Leprosería un movimiento de cuatro mil doscientos enfermos y de dos mil sanos.

Desde el punto de vista de la higiene es de la mayor importancia conocer la distribución geográfica de la lepra en Colombia y saber así en qué climas hay más leprosos y cuáles son los focos de lepra más considerables. Haré un resumen de los datos que la estadística suministra en este particular.

Las poblaciones más manchadas de lepra en Colombia se hallan entre las que tienen una temperatura media anual comprendida entre 20° y 24° centígrados, lugares que tienen un clima cálido y húmedo generalmente. Estos climas dan un contingente de mil quinientos cuarenta y dos leprosos. Vienen luégo los lugares de temperatura media anual comprendida entre 25° y 28° centígrados, y los que tienen una temperatura entre 14° y 18° centígrados. Los lugares de climas calientes y secos, de temperatura media entre 29° y 34° , y los fríos de temperatura media entre 8° y 12° son los que presentan menos casos de lepra.

Respecto a las formas de lepra más comunes en cada clima, los datos han tenido que limitarse a los obtenidos en los Lazaretos, pues que en este caso tiene que procederse sobre diagnósticos ciertos, establecidos después de un examen clínico y bacteriológico; y bien se comprende que esto no puede lograrse sino en las leproserías, donde los médicos que practican el examen llevan un registro en que constan el lugar del nacimiento de cada enfermo y en el que ha residido habitualmente. De tales datos aparece que en los climas templados y húmedos, de temperatura media entre 21° y 24° centígrados, la forma que predomina es la tuberculosa con ulceración generalmente precoz de los lepromas; y es hecho admitido por los médicos de esas regiones que es allí donde se han podido observar los casos más claros y más numerosos de con-

tagio de la lepra. En los climas calientes y secos, entre 29° y 34° centígrados, las formas dominantes son la nerviosa y la mixta; y se observa que en esos climas se modifican favorablemente las otras formas, de modo que allí parece sufrir una atenuación la infección, lo cual podría explicar el hecho observado comúnmente que en esos climas, como el de Agua de Dios, el contagio es tan raro que se tiene por cierto que nunca se ha observado caso alguno que lo compruebe; exageración errónea pero que sí demuestra que la enfermedad allí no se transmite tan fácilmente como en los climas templados y húmedos, sea porque haya mayor receptividad del organismo, debilitado en estos climas, o porque ellos favorecen el desarrollo del microbio y, por consiguiente, la virulencia de la infección. Fue sin duda en esto en lo que se fundó la Junta Central de Higiene al exigir para la fundación de los lazaretos, comarcas de climas no comprendidos entre 18° y 24° centígrados. Por los datos suministrados en esos cuadros hasta hoy, se puede clasificar así la lepra en Agua de Dios y Contratación (1):

Lepra tuberculosa....	1,932	enfermos.
Lepra nerviosa.....	708	—
Lepra mixta... ..	309	—
Lepra frustra	10	—
Lepra incipiente	81	—

(1) Estos datos se refieren a los que se habían reunido hasta septiembre de 1909, época de este informe.

En estos enfermos no están comprendidos los ochenta y cinco de Caño de Loro.

Esta estadística nos da también a conocer los principales focos en Colombia, pues en ella consta, no solamente el lugar del nacimiento, sino la población donde ha residido el enfermo y de donde ha venido al Lazareto. Estos datos nos señalan los siguientes focos principales: en primer lugar está Bogotá, lo que se explica, porque a esta capital se vienen generalmente muchos enfermos de otras poblaciones, donde pueden ocultarse más fácilmente y sustraerse así a las autoridades; vienen luego las siguientes poblaciones: Socorro, Chiquinquirá, Puente Nacional, Barichara, Zapatoca, San Gil, Chocotá, Sogamoso, Zipaquirá, Garagoa, Charalá, Guadalupe, Subachoque, Cáqueza, Chima, Málaga, Machetá, Moniquirá, Mogotes, Guateque, Villa de Leiva, Simacota, Susacón, Sutatensa, Cocuy, Pamplona, Pacho, Pácora, Fúquene, Choachí, Bucaramanga, Soatá, Nemocón, Duitama, Cali, La Calera, Betulia, Fómeque, Fusagasugá, Sátivanorte y Oiba. Se han citado estas poblaciones en el orden que resultan en las estadísticas, y dejo de mencionar aquellas que han dado a los Lazaretos menos de doce leprosos.

La labor de aislamiento de los enfermos que hasta hoy (enero de 1913) se ha estado llevando a cabo, ha reducido considerablemente estos focos de lepra, como puede verse por los datos siguientes:

La ciudad del Socorro, que hace tres o cuatro años tenía 108 leprosos, hoy no tiene sino 4; Chiquinquirá tenía 75, hoy tiene 19; Soatá tenía 59, hoy tiene 10; Málaga tenía 41, hoy tiene 5; Duitama tenía 35, y hoy tiene 2; Sogamoso tenía 54, hoy tiene 4; Garagoa tenía 66, hoy tiene 7; Cocuy tenía 63 leprosos, hoy tiene 5; Guateque 19, hoy 2; Guayatá 30, hoy 3; Moniquirá 41, hoy tiene 6; Pácora tenía 30, tiene hoy 2; Salamina, 23, hoy tiene 1; Manizales 20, hoy tiene 2; Tunja 36, hoy tiene 1; Cali 21, hoy 1; Cartago 20, hoy 1.

En otras poblaciones, como Vélez, Puente Nacional, Charalá, Bucaramanga, San Andrés y otras, los enfermos han disminuído poco y son todavía focos considerables, porque los Lazaretos no se han podido aún ensanchar lo suficiente para reunir todos los enfermos de lepra. Por la misma razón quedan muchos diseminados en los Departamentos de la Costa atlántica, especialmente en el de Bolívar.

En los Lazaretos llevan los médicos una estadística que tiene grande importancia porque reúne datos necesarios para el estudio de la lepra en nuestro país. Estos cuadros se forman el día último de cada mes, y en ellos están anotados: el nombre del enfermo; el lugar de su nacimiento; el de los lugares donde ha residido y el de su residencia habitual; su profesión, estado civil, edad, fecha en que ingresó al Lazareto; antecedentes relativos a sus ascendientes, descendientes y parientes colaterales enfermos

de lepra, o exentos de ésta; forma de lepra, etc. Al fin de este trabajo ponemos uno de estos cuadros que dan idea de su importancia.

En presencia de estas estadísticas, formadas con todo el cuidado que ha sido posible, y en vista de los esfuerzos que el Gobierno ha realizado desde 1905, y de que he sido testigo por haber tomado parte en esa labor por más de diez años, puedo llegar a estas conclusiones:

1.º Colombia no tiene la enorme cantidad de leprosos que se le ha atribuído por cálculos errados y exagerados.

2.º El número de leprosos no excede de 4,600; es decir, un enfermo por cada 1,200 habitantes, proporción inferior a la de muchísimos otros países que se consideran menos contaminados de lepra.

3.º Ningún país de Hispano América ha hecho tantos esfuerzos como Colombia para reglamentar la profilaxis de la lepra, pues tiene aislado el 83½ por 100 de los leprosos; ni en ninguno se encuentran los Lazaretos mejor organizados, ni los enfermos de lepra tan bien atendidos como en nuestro país.

4.º En poco tiempo pueden aislarse todos los enfermos, pero para esto es preciso construir dos Lazaretos más: uno para el sur de la República, y otro para los Departamentos de Caldas y el Valle.

5.º Dictando algunas medidas, puede hacerse más efectivo el aislamiento en los Lazaretos actuales; y obtenido esto, debe emprenderse la

construcción en ellos de pequeños hospitales o pabellones para emplear científicamente los diversos tratamientos especiales de la lepra, llevando una historia clínica completa de cada uno de los enfermos que se trate.

6° Una de las medidas más urgentes para el aislamiento en las Leproserías, es construir, fuera de ellas, asilos para los niños sanos hijos de leprosos, para separarlos de sus padres desde la más temprana edad.

Flora de Colombia

por SANTIAGO CORTES, de Bogotá.

MONOCOTILEDONEAS

LILIÁCEAS

La flor es regular, con receptáculo convexo. Perianto coloreado; hexámero de dos verticilos de tres folíolos cada uno. Folíolos soldados o libres. El androceo está formado de seis estambres en dos verticilos; anteras biloculares, dehiscentes por hendiduras longitudinales. El gineceo está formado de tres carpelos unidos en un ovario trilocular de placenta axil, que lleva en cada celda numerosos óvulos anátropos, insertados en dos filas paralelas. El fruto es carnoso e indehiscente, o seco y dehiscente.

Se divide en dos grupos, según que el fruto sea o nó dehiscente, y son las *lilicas* y las *asparrageas*.

Entre las especies medicinales se cuentan las siguientes:

Aloe socotrina. Lamarck. Cultivada con el nombre vulgar de zábila como el *aloe vulgaris* y otras. Algunas de éstas son americanas, de las Antillas y de las costas al norte de Colombia. El aloe es el jugo de las hojas de la zábila concentrado por el calor; contiene un aceite esencial y una resina. Sus principios más interesantes son la aloína, la nataloína y la sacaloína. El aloe es eu-

péptico, purgante y emenagogo. La aloína es purgante y no produce cólicos.

Urginea marítima (Baker), o cebolla albarraña, tiene algunas variedades. El mucílago de las escamas del bulbo es el principio más abundante de la escila, que contiene un principio amargo llamado *scillitina*. Se usa la escila en tintura como diurético y expectorante; las escamas frescas son rubefacientes. Sus especies son africanas.

Allium. Comprende este género varias especies, empleadas en medicina y en el arte culinario. La cebolla (*A. cepa* L.), especialmente cruda, es diurética y muy útil en la hidropesía y las hemorroides. El ajo, *A. sativum* L., tiene un aceite esencial muy oloroso. Se usa como vermífugo y estimulante enérgico del estómago.

Asparagus L. Tiene flores dioicas por aborto. Los espárragos son diuréticos.

Smilax T. Sus especies son numerosos bejuocos, algunos armados, llamados zarzaparrillas. En Colombia se conocen muchas especies, entre otras la *S. officinalis* H. B. K., y la *S. sphyllitica* H. Las raíces pasan por depurativas y antisifilíticas. La raíz de la china de Antioquia (*S. sanguínea*, Posada Arango), se emplea además para purificar el agua potable.

IRIDÁCEAS

Son de flores regulares y hermafroditas; el perianto coloreado de seis divisiones. El androceo tiene tres estambres con antenas biloculares; el ovario es ínfero, trilocular.

Iris L. Su especie más notable es el *iris germanisa* L., cultivado como planta de adorno y subespontáneo. Las flores son grandes, blancas o moradas, con los sépalos encorvados hacia abajo y los pétalos hacia arriba; los estambres son petaloídes. Se emplean los rizomas, que son aromáticos, en perfumería; contiene una sustancia cristalina que parece idéntica al ácido mirístico. Sus rizomas en estado fresco son purgantes e hidragogos enérgicos. Se preconizan en la hidropesía. Este iris se conoce con el nombre vulgar de *lirio morado*. Los bulbos de los *sisyrinchium* o espadillas son drásticos.

Entre las *amarilidáceas* merecen nombrarse nuestras *bomareas* o *pecosas*, trepadoras, de los climas fríos. Las especies más notables son la *B. caldasiana* y la *B. bredemeyeriana* Werbert. Las raíces contienen bulbos abundantes en fécula alimenticia; suelen ser esféricos y traslúcidos.

ORQUIDÁCEAS

Plantas de ordinario epífitas y aparentemente parásitas. Sus flores son irregulares y el ovario ínfero. El perianto, petaloíde, dispuesto en dos verticilos de tres folíolos cada uno, concéntricos y alternos. Uno de los folíolos del verticilo interno tiene una forma especial muy variable, se le da el nombre de *labelum*. El androceo parece formado originariamente de seis estambres, todos abortados, salvo uno de ordinario, a veces dos o tres. Los estambres persistentes están soldados al estilo y colocados en su cima, de donde le viene el

nombre de *gymnostema*, dado a la columna en cuya cima se encuentran las anteras y el estigma.

El polen está formado de granos ya separados, ya aglutinados en masas polínicas.

Las orquidáceas pueden ser consideradas como el tipo irregular de las *taccaceas*. Sus numerosas especies colombianas son por excelencia ornamentales y de pocas aplicaciones terapéuticas; entre éstas se encuentran las siguientes:

Los *epidendros*, cuyos jugos son más o menos purgantes y antihelmínticos.

La *cebolleta de palo*, de Cartagena (*eulophia gracilis*). El cocimiento de los bulbos se emplea, según el doctor F. Manjarrés (1), en el tratamiento de la hematuria intertropical.

La vainilla. *Vanilla lutescens*, Moq. Tandon. El jugo fresco irrita la piel y es rubefaciente activo. Los frutos son aromáticos y su esencia vigoriza las funciones genésicas. La tintura de vainilla y su esencia combaten las fiebres adinámicas. El uso de la vainilla en licores y confituras es nocivo para la salud de las personas sanas.

AMOMÁCEAS Y ESCITAMINÁCEAS

Son plantas de hojas grandes y flores pequeñas. El perianto es doble o trimero. El androceo está formado de tres piezas petaloides, dos estériles y una fértil. El ovario es ínfero y trilocular.

Zingiber officinale, Roscoe. Vulg. Genjibre. El rizoma posee un olor aromático agradable y sabor picante, debido a un aceite esencial estimu-

(1) *Revista Médica de Bogotá*, 1882, páginas 513 y 552.

lante de las funciones digestivas. Se emplea especialmente en la fabricación de la agradable cerveza llamada *ginger-ale*.

Maranta, Plum. Las diversas especies de este género se conocen en el país con los nombres de chisgua, hoja de raíz y achira. Sus rizomas producen una excelente fécula o *arrow-root*, muy útil para la alimentación de los niños y de los enfermos.

Phrynium. De este género se ha sacado por Sonder el *stromanthe* para algunas especies de la América intertropical. Abundan en los ríos de Colombia junto con las heliconias; de éstas, la especie más notable es el *bihao*, cuyas grandes hojas están cubiertas de una materia resinosa, blanca, pulverulenta, de olor agradable. Todas las escitamíneas son más bien ornamentales que útiles en medicina.

AROIDÁCEAS

Son plantas generalmente acaules y de grandes hojas radicales, largamente pecioladas. Las flores están en un eje carnososo, cilíndrico, y son unisexuales, con las flores masculinas y femeninas en una misma inflorescencia. Los espádices se encuentran rodeados por una espata. Algunas aroidáceas son bejuocosas y tóxicas.

Arum maculatum L. El rizoma y las hojas tienen un sabor acre y ardiente que desaparece en parte por la desecación y la ebullición. Es planta muy tóxica, poderoso purgante, y aplicada fresca sobre la piel, rubefaciente y vesicante. Hay

otras especies que gozan de propiedades semejantes.

Los rizomas del *acorus calamus L.* de la flora del centro de Europa, contiene un aceite esencial y un principio amargo, llamado *acorina*, aromático y tónico, empleado para aromatizar la cerveza.

Dieffenbachia seguine. Schl. Vulg. Chucha en el Valle del Cauca, rábano cimarrón en las Antillas y la Costa Atlántica de Colombia; es tan tóxica como el *arum maculatum*.

Calodium esculentum (colocasia esculenta, C. mafaffa). Vulgarmente bore en Bucaramanga; turmero en Cúcuta; metocoy y mafaffa en Antioquia. Sus raíces cocidas se emplean como alimento. En monografía separada daremos el estudio de esta familia desde el punto de vista terapéutico y de materia médica.

MUSÁCEAS

Musa. Las diferentes especies de este género se emplean en la alimentación diaria en la zona intertropical. Se llaman vulgarmente plátanos o bananos. Los frutos maduros son más alimenticios que los verdes; pero en ningún caso igualan a las leguminosas y gramíneas, y mucho menos al trigo, que es el alimento humano por excelencia, alimento intelectual, digamos.

PALMÁCEAS O PALMERAS

Son vegetales generalmente de gran talla, o árboles de tallo no ramificado, terminado en su

cima por un ramillete de grandes hojas y por racimos de frutos cubiertos de grandes espatas, a veces leñosas. Las flores son de ordinario hermafroditas, rara vez unisexuales. El perianto está formado de dos verticilos trímeros. El androceo de seis o más estambres, y el gineceo de tres carpelos, reducidos a uno por aborto en algunas especies. El fruto es una drupa muy voluminosa en ocasiones, y de mesocárho ordinariamente leñoso. Algunas palmeritas del sur de La Goajira tienen el tallo tan delgado que se convierten en verdaderas plantas trepadoras, como el *calamus draco* Willd.

Esta importante y bellísima familia vegetal es muy rica en especies en Colombia, especialmente en la región oriental. Gozan de numerosas aplicaciones industriales, y entre las terapéuticas se cuentan en primer lugar la palma de coco.

Se ha discutido sobre si las palmas de coco existieron o no en América antes de la conquista española, y hoy la opinión general se decide por la no existencia de esta palmera antes del descubrimiento de América. Nosotros creemos haber resuelto el problema experimentalmente: en las cercanías de Maracaibo hemos encontrado frutos fósiles del coco en el terreno cuaternario. Con este descubrimiento queda comprobado el origen americano de la palma de coco, como opinaron también los sabios Seimann y Martins.

Los frutos del coco, antes de la completa madurez, encierran el agua de coco en bastante cantidad; bebida sana y refrescante y de grandísima

utilidad en los climas ardientes desprovistos de agua. El fruto, comido en ayunas, es eficaz en la curación de la lombriz solitaria; unas dos horas después de este desayuno se toma un purgante de aceite de ricino.

El corozo (*alfonsia oleifera*, H. B. K.) y algunas otras especies producen en sus frutos un aceite saponificable y comestible, de la consistencia de la mantequilla. El mararay o pujamo (*martinezia*) da frutos agradables, y esta palmera, como el coco y muchas otras, produce un buen aceite para lubricar las máquinas.

Las palmeras de vino (*oenocarpus*), que pertenecen a varias especies, producen en su tronco un líquido azucarado, fermentable, que además de ser alimenticio se emplea ventajosamente en la curación de muchas enfermedades.

Así como el cumare (*bactrissetosa*, Krst) hay muchas otras palmeras que producen fibras textiles de resistencia igual o superior al cáñano; el chiquichique, el moriche, el pipire, etc.

La palma de *seje* produce un riquísimo aceite que se puede emplear en la alimentación y para la curación de las enfermedades del pulmón en lugar del aceite de bacalao.

El catecú procede de los frutos de la *areca catechu*, L. de la judía y de otras palmeras.

Ceroxylon andicola, H. B., vulgarmente palma de cera. Abunda en el Quindío esta elegantísima palmera, y su recto y elevado estípote está cubierto de un barniz de cera, que tiene aplicaciones industriales y medicinales; esta cera está

mezclada con una resina, soluble en el alcohol hirviendo.

GRAMINÁCEAS

Una de las familias más importantes del reino vegetal, y la de mayor utilidad para el hombre por la riqueza y variedad de sus productos. Las gramíneas son el primer alimento para los ganados, así como el trigo es el primer alimento para el desarrollo intelectual del hombre.

Las flores son de ordinario hermafroditas, a veces unisexuales, monoicas y raramente dioicas. Se encuentran dispuestas en número variable en espiguillas, ya sesiles sobre un eje común, formando una espiga compuesta, ya largamente pedunculadas y como en panícula. En la base de cada espiguilla se encuentran dos brácteas llamadas glumas, y cada flor ofrece también dos brácteas desiguales llamadas glumillas: la una exterior, con una sola nervadura mediana; la otra interior, con dos nervaduras laterales. Dentro de la glumilla exterior se encuentran dos escamas llamadas glumelulas. Viene después el androceo con seis, tres, dos o un solo estambre de antera bilocular y dehiscente por dos hendeduras longitudinales. El gineceo se compone de un ovario unilocular y uniovulado con dos o tres estigmas. El fruto es una cariopse.

Las gramíneas son yerbas de tallos aéreos, fistulosos de ordinario, nudosos; con hojas sencillas, alargadas, envainadoras y con nervaduras paralelas; en la unión de la parte envainante y el

limbo de la hoja hay una lengüeta membranosa llamada lígula.

Esta gran familia comprende numerosos géneros, muchos de especies alimenticias y algunos medicinales; los más importantes de la flora colombiana son los siguientes, cuyos caracteres botánicos están en la monografía especial de las gramíneas: *Zea*, *andropogon*, *cynodon*, *triticum*, *hordeum*, *lolium*, *alopecurus*, *bromus*, *fertuca*, *poa*, *agrostis*, *aira*, *paspalum*, *panicum*, etc.

Como alimento sin rival está el trigo (*triticum*). Contiene alimentos carburados o respiratorios, azoados o musculares y mayor cantidad de fósforo asimilable por el cerebro que cualquiera otra sustancia empleada en la alimentación. Después del trigo viene la cebada (*hordeum*), el maíz (*Zea*), el maiznillo (*andropogon*), y el arroz. Todos estos cereales son alimentos sanos, nutritivos y agradables.

Los estigmas del maíz se emplean en cocimiento o tintura alcohólica como diuréticos, eficaces también en los catarros de la vejiga y en algunas cistitis, con hematuria o sin ella. El maíz atizonado o *peladero*, producido por un hongo parásito que se desarrolla en el grano (*spermoedia maydis*), determina accidentes graves como los del cornezuelo del centeno: hace caer el pelo y las uñas de los animales que lo coman; produce gangrena en las extremidades; las gallinas ponen los huevos sin cáscara por aborto, a causa de las contracciones prematuras de los órganos genitales. Puede emplearse para apresurar el parto y para

contener las hemorragias uterinas, pero con prudencia, como con la ergotina. Puede combatir también la incontinencia de la orina, la leucorrea y la diabetes incipiente. La chicha preparada con el maíz peladero produce rápidamente el *chichismo* de Bogotá.

También es atacado el maíz por el *uredo maydis*, hongo que ennegrece los granos hipertrofiándolos.

El trigo es atacado por un hongo microscópico que produce la enfermedad llamada polvillo. Hongo heteromorfo, según el distinguido médico doctor Nicolás Osorio.

Acerca del pasto de Pará (*panicum molle*), cree el doctor R. Escobar, de Roldanillo (1), que puede ser antídoto de la rabia en los perros.

La avena (*avena sativa L.*) produce efectos diuréticos comprobados. Contiene en el pericarpio una sustancia nitrogenada, que posee la propiedad de excitar las células motoras del sistema nervioso (*Gazeta Hebdomadaria Madrid*). Se usa en tintura en la gripa para restablecer las fuerzas en los enfermos.

Las especies del género *bromus*, triguillos vulgarmente, son diuréticas y purgantes.

El ballico o pasto inglés, o ray-grass (*lolium*), combate la corea y el idiotismo, según Cazín. Se usa en tintura. Es una degeneración del trigo.

CIPERÁCEAS

Familia semejante a las gramíneas; habitan frecuentemente en los lugares húmedos y no dan

(1) *Boletín de Medicina del Cauca*, número 96, 1904.

forrajes. En el género cárex, que es el más abundante en especies, las plantas son monoicas o dioicas; los demás géneros son de flores hermafroditas, a saber: *erriophorum*, *cyperus*, *scirpus*, *cladium*, *schoenus* y *rhynchospora*. En monografía especial se estudiarán los caracteres genéricos y específicos de los vegetales de esta familia.

Las ciperáceas son diuréticas; obran generalmente sobre el hígado, el bazo y todos los órganos digestivos y genitourinarios.

JUNCAFINÁCEAS

Plantas de pantano, de hojas radicales o caulina-rias, alternas, envainadoras, graminiformes. Flores en racimo o en espiga; hermafroditas (*triglochín*), o monoicas (*lilaca*), o dioicas (*tetroncium*). Perianto de dos verticilos trímeros, a veces nulo (*lilaca*). Este género tiene un solo estambre, y se encuentra en Colombia y otros lugares de la América Meridional. No tiene aplicaciones medicinales conocidas.

TIFÁCEAS

Los rizomas del género *typha* se reputan astringentes y antidisentéricos. Esta familia se compone de pocos géneros, cuyas especies son yerbas acuáticas.

FITELEFASIÁCEAS

Vegetales palmiformes, casi acaules. Se compone esta familia de dos géneros: *wittinia* y *phytelephas*. El albumen de las dos especies de

este último género es comestible antes de la madurez; después se endurece y se conoce con el nombre de marfil vegetal o tagua; también se le llama cabeza de negro por su aspecto ebúrneo. Abundan estas plantas en los climas ardientes de Colombia.

CICLANTÁCEAS

Plantas semiacuales de los climas calientes de la América intertropical. Los espádices de varios *cyclanthus* tienen un olor suave de vainilla y de canela, que puede usarse en perfumería y en terapéutica. Los sombreros llamados jipijapas son fabricados con las hojas de varias carludovicas.

COMMELINÁCEAS

Yerbas de tallos nudosos, cilíndricos; hojas sencillas con una vaina en la base. Flores de ordinario hermafroditas, solitarias o en racimo o umbela, envueltas en brácteas o involucros llenos de un líquido mucilaginoso. Perianto doble: el externo de tres sépalos calicoideos; el interno de tres pétalos corolinos, blancos o azules; prefloración imbricada. Seis estambres en dos, tres o cinco grupos, por aborto, y anteras intorsas con filamentos cubiertos de pelos articulados. Ovario de dos o tres divisiones. Estas plantas son abundantes en Colombia. Sus rizomas son feculentos, y su abundante mucílago se puede hacer alimenticio por la cocción.

BROMELIÁCEAS

Vegetales generalmente herbáceos y acaules, de ordinario epífitos, con hojas envainadoras, rí-

gidas; en algunos géneros con espinas en los bordes. Flores hermafroditas regulares, en espiga, racimo o panícula, y cubiertas cada una con su bráctea a veces coloreada.

Esta bellísima familia americana comprende un gran número de géneros y especies en Colombia. Sus bayas encierran ácidos cítrico y málico, y jugos azucarados agradables, como la piña (*ananassa sativa*), y usados en terapéutica en forma de jarabes. Las hojas de casi todas las bromelias dan fibras resistentes.

De periódicos

El psicoanálisis.

SU IMPORTANCIA POR EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO
DE LA PSICONEUROSIS (1)

por el Profesor doctor LUIS MERZBACHER, Jefe del Laboratorio
en el Instituto Modelo de Clínica Médica de Buenos Aires.

Para comprender la naturaleza del psicoanálisis es menester conocer las teorías y doctrinas de Freud.

Las teorías de Freud son—lo que no me extraña—poco o nada conocidas en la Argentina; mientras que han interesado altamente a los más diferentes círculos en Europa, despertando allí discusiones muy largas y acaloradas.

Así, creo hallarme entre los primeros que llevan las teorías de Freud a un foro tan distinguido como aquel al cual tengo el honor de dirigirme. Pero nunca me hubiese atrevido a molestarlos con mis exposiciones, si se tratara solamente de doctrinas que sólo pueden interesar a los especialistas de enfermedades nerviosas. Ustedes mismos se persuadirán pronto de que las teorías de Freud son de interés general, que forman un capítulo curioso de la psicología, y especialmente de la psicología de la vida de todos los días; ya por esto me creo autorizado a presentarlas a ustedes. Hay otro hecho más que me alienta. Quiero contribuir, aunque modestamente, a la demostración de que la actividad del médico que se ocupa del tratamiento de las psiconeurosis no es tan estéril e ingrata como cree la mayoría de mis colegas. También allí podremos recorrer un camino que nos conducirá a resultados positivos.

(1) Comunicación presentada en la segunda sesión de la *Sociedad Médica Argentina*.

Quiero manifestar, antes de empezar mis demostraciones, que personalmente he sido adversario bastante obstinado de Freud, según lo que he demostrado en mis discusiones en diversas ocasiones; pero hoy día, después que la práctica profesional me ha puesto en contacto más inmediato con el público, he cambiado de posición y he abandonado mi actitud de oposición a dichas teorías.

Trataré de referir en pocas palabras los puntos más esenciales de las teorías de Freud.

Se basan éstas sobre la importancia decisiva y fundamental de los acontecimientos ligados a la vida sexual en cuanto a nuestro modo de pensar, actuar y sentir. Las primeras impresiones sexuales, es decir, aquellas que se desarrollan en la primera infancia, dejan una huella imborrable en nuestra psiquis. En este sentido tienen una repercusión especial los traumatismos sexuales. Estos pueden tener lugar en formas diversas. En ciertos casos el individuo de corta edad ha sido víctima pasiva de atentado sexual; en otros casos ha estado presente a un acto sexual que dejó en él una grande impresión, en razón de lo nuevo e incomprensible del caso. No debemos olvidar asimismo el singular estado de curiosidad y tensión en todo lo relativo a la sexualidad en el ánimo de los individuos jóvenes e inexpertos. En otros casos, el individuo mismo efectuó activamente un acto sexual, que dejó en su espíritu un gran disgusto moral. Para ser breve: el traumatismo sexual se caracteriza por el hecho de que deja un sentimiento de vergüenza, de repugnancia, de malestar, que despierta una gran emoción junto con una representación intensa y disgustante. Al individuo afectado por tal suceso no es posible vencer este disgusto—lo persigue continuamente,—y él procura libertarse de esta representación molesta. Sirviéndose de un procedimiento eficaz de alivio termina por echarla en la subconciencia, es decir, en el olvido. Este acto de expulsión y represión es el punto culminante en la patogenia de todas las psiconeurosis. Junto con la expulsión—la *verdraengung*

de Freud—ocurre una disgregación entre la afectividad y la representación mental que la acompañaba. La representación desaparece libre de toda asociación y queda la afectividad; una tonalidad efectiva con afinidades libres, parecida a un cuerpo químico, peligrosa por el hecho de que puede atarse con sus afinidades libres a otra cualquiera representación, quedando como un cuerpo extraño, inadecuado, disarmónico en la psiquis, en forma de una angustia, de fobias, de un estado de tensión y expectativa, de ideas obsesionantes, de un tic (entrañando en el campo de la motilidad), o de un síntoma psíquico más grave, perteneciente en general a la historia, o por último, en forma de una verdadera psicosis. La forma definitiva depende de la personalidad del individuo, de su manera de reaccionar y de la importancia relativa del traumatismo sufrido.

El procedimiento al cual hemos aludido tiene lugar sin que el enfermo se dé cuenta de este mecanismo; son actos involuntarios, subconscientes. Finalmente se ha producido una verdadera amnesia para el suceso que despertó tanto disgusto y que terminó hundido en lo subconsciente.

Estas amnesias, por otro lado, no son desconocidas en la psicología; las podemos provocar, por ejemplo, en el estado hipnoide de la hipnosis experimental. A un individuo muy amigo de frutas le sugerimos la idea que todas las frutas que quiera comer están llenas de gusanos. Lo despertamos: demuestra desde la fecha una aversión intensa hacia todas las frutas, sin darse cuenta de la causa de este cambio. Se ha producido una disgregación entre el sentimiento y la representación que acompañaba antes al sentimiento; ha quedado éste—la tonalidad afectiva—y ha desaparecido el otro, la representación. Otro ejemplo nos ofrece el sueño: hay mañanas que nos despertamos muy disgustados, sin que nos sea posible explicarnos la razón de nuestro mal humor. Por una asociación fugaz cualquiera nos recordamos, en el curso del

día, de un sueño desagradable; la representación había desaparecido, quedando el sentimiento.

El psicoanálisis nos revela en muchos de los psico-neuróticos la existencia del mecanismo patogénico que acabamos de describir, el cual, en su totalidad, ha sido denominado complejo. Aquí me permito introducir una pequeña observación: no hay individuo que no tenga oculto en su interior uno o más complejos, grandes o pequeños. Sucesos de cualquier orden nos persiguen molestandonos, de los cuales no podemos libertarnos, y que hemos echado por fin, con la intención de alejarlos, fuera de la lucidez de nuestra conciencia. Nos abandonan muchas veces sólo en apariencia, continuando en realidad su presencia en forma de un complejo. La forma de manifestarse de estos complejos cotidianos son muy diversas; una de las más frecuentes son las equivocaciones en lo que se escribe o se habla; el estudio de nuestros sueños, de muchos de nuestros movimientos estereotípicos, de los olvidos, pone en evidencia el trabajo inconsciente del complejo.

Pero dejemos este capítulo que pertenece a la psicología de todos los días, y tratemos de conocer de qué modo demuestra el psicoanálisis la existencia del complejo en los psiconeuróticos.

¿Cómo se efectúa el psicoanálisis? Hay un método complicado, que yo llamaré el de laboratorio; y uno más sencillo y cómodo, el del consultorio. El primer método se sirve de experimentos exactos, los de asociación. El examinador pronuncia una palabra aislada dirigiéndose al examinado; éste debe contestar con una segunda palabra que se presenta a su mente de inmediato. (Ejemplo: coche-rueda; silla-mesa). Con un instrumento registrador el examinador anota el tiempo que transcurre entre la pregunta y la contestación, es el tiempo de reacción. Una gran serie de experimentos nos ha demostrado que este tiempo de reacción es de algunos décimos de segundo, más o menos, en condiciones normales. Siem-

pre cuando este tiempo de reacción resulta demasiado largo, podemos suponer que exista un proceso psicológico intercalado, impidiendo la evolución normal de la reacción. Esto sucede si la palabra despierta ideaciones acentuadas por ciertos sentimientos. El sujeto en examen se impresiona y se siente embarazado. Al oír la palabra pronunciada por el examinador, se presenta al examinado como respuesta, y mediante una asociación natural, una palabra que está en íntima conexión con las ideas que lo ocupan con la mayor intensidad; pero tratándose de una ideación íntima que procura esconder, elige por un acto voluntario otra palabra.

Se comprende cómo este proceso complejo de represión y elección prolonga el tiempo de reacción hasta uno, dos o más segundos. Muchas veces lo anormal no consiste tanto en la prolongación del tiempo de reacción cuanto en la naturaleza de esta reacción; la contestación parece en este caso muy absurda e inadecuada, y llama por esto en seguida la atención del examinador algo experto. Ustedes comprenderán sin dificultad hasta qué punto los experimentos de asociación se prestan a ser indicadores muy sensibles del estado de ánimo actual, hasta qué punto reflejan fielmente los sucesos que conmovieron nuestro espíritu, hasta qué punto hacen traición a nuestras más grandes intimidades. De aquí su valor para la revelación del complejo.

Hemos anotado durante el experimento todas las palabras que originaron una marcha anormal de la reacción. Empezamos por repetir las palabras traidoras. A la repetición el tiempo de reacción se presenta todavía más largo, o produce un estado de ánimo que imposibilita la reacción de absoluto, o bien cambia por completo la contestación; este hecho es también ajeno a la reacción normal. Una vez que tenemos a nuestra disposición una serie de palabras sospechosas en nuestro sentido, llegamos al segundo acto del psicoanálisis. Elegimos una de estas palabras e invitamos al individuo en examen a que nos par-

ticipa todas las ideas que le ocurren oyendo la palabra traidora. Muy frecuentemente nos contesta que no experimenta nada, absolutamente nada. Insistimos. Notamos cierta inquietud, cierto cambio de la expresión, de la mímica, de los movimientos, de la actitud de nuestro candidato. Nos hallamos en buen camino, la representación suscitada por nosotros está en preparación para combinarse a la tonidad efectiva, que se había disgregado durante la formación del complejo. La resistencia involuntaria que notamos es la mejor prueba de la existencia de este complejo. Vencida la resistencia, nuestro enfermo empieza en general a abrirnos su corazón con abundancia inesperada de afectividades. Agregando una comunicación a otra, empleando ora ésta, ora la otra palabra que el experimento de asociación puso de manifiesto, llegamos finalmente a un núcleo de ideas que forman el complejo y que dormitaban hasta ahora en la profundidad de la subconsciencia. Lo más importante es que el individuo mismo se siente sumamente aliviado, una vez que nosotros lo hemos obligado con nuestra constante importunidad a recorrer el sendero tortuoso de sus ideas.

Las expresiones anómalas que hemos demostrado como productos finales de la repulsión, es decir las fobias, obsesiones, preocupaciones angustiosas, los tics, etc., desaparecen poco a poco con el repetir de nuestros análisis.

Por esto los autores que idearon este procedimiento lo llaman el método catártico (la palabra griega *katharsis* corresponde más o menos al concepto «purificación» de nuestro idioma). Freud dice: el enfermo ha «*abreagtrt*,» palabra intraducible, que quiere indicar que el enfermo se siente aliviado por la reacción producida, eliminando algo que lo molestaba.

En la forma que he expuesto el procedimiento del psicoanálisis parece bastante sencillo. En realidad es más complicado en general. Trato de demostrar más bien el

principio del procedimiento. Se necesita una gran suma de paciencia y de tacto para introducirse en los secretos e intimidades ocultas de la psiquis, especialmente tratándose de señoras o señoritas. Muchas son las reuniones necesarias para adelantar, y no son raros los casos que nos ocupan semanas y meses hasta que llegamos a esta purificación. La resistencia, en la mayoría de los casos involuntaria, es el mayor impedimento. Para combatirla tenemos en la hipnosis un recurso muy eficaz, que nos ahorra mucho tiempo. Yo empleo en general la hipnosis. Es suficiente un estado de sueño superficial adecuado para reducir la resistencia opuesta por el enfermo. Y aquí he aludido a la segunda manera de ejercer el psicoanálisis; es el método que más se presta para uso de consultorio. Invito al enfermo a hablar, hablar y hablar. Una pequeña hesitación, un cambio de mímica, una equivocación de palabras que ocurren, son en muchos casos suficientes para servirme como punto de apoyo. De allíideo mi plan de campaña.

Quiero referir, antes de terminar, un ejemplo que me ocurrió hace poco: a mi consultorio viene un señor quejándose de frecuentes estados de ansiedad muy molestos. Duran de tres a cinco minutos. Durante este corto espacio de tiempo se le presenta un sinnúmero de ideas muy disgustantes. Lo invito a que me refiera algo sobre la naturaleza de estas representaciones. Vacila y contesta que no las conoce. Estamos sin duda en presencia de un hecho muy curioso. Un individuo que no pierde su conocimiento pretende no conocer lo que sucede en el espacio de tres a cinco minutos. Bajo esta negativa se oculta, a mi manera de ver, un complejo, y me da la libertad de actuar. Insisto en que me refiera algo de su vida sexual. Después de alguna resistencia me comunica hechos muy anormales que ocurrían entre él y su señora (se trataba de hechos de masturbación recíproca), y que han despertado en él un vivísimo disgusto. Lo hipnotizo y lo hago narrar más; después de tres sesiones, él se siente com-

pletamente aliviado; los estados de ansiedad han desaparecido por completo.

Con este ejemplo de mi práctica personal, al cual podría agregar algunos más, creo poder demostrar a ustedes los servicios que nos presta el psicoanálisis. Nos es un fiel indicador para penetrar en el interior de la psiquis humana, nos da la llave para el conocimiento de muchos estados patológicos, hasta hoy desconocidos en su evolución patogénica; se nos ofrece como puente de entendimiento entre enfermo y médico. Lo último es, según mi opinión, un factor de suma importancia: nada alivia tanto la psiquis atormentada del psiconeurótico, como el sentimiento de verse entendido. Sin entendimiento no hay curación. El psicoanálisis, no hay duda, es un factor terapéutico algo más poderoso que los hasta ahora usados: los tónicos, las inyecciones hipodérmicas, el masaje, la electricidad, los baños fríos o calientes.

(De la *Revista de la Sociedad Médica Argentina*).

Tratamiento del prurito del ano.

Para tratar del prurito del ano aconseja el doctor Drueck mantener las partes afectas limpias, secas e inmóviles, a fin de evitar el roce y corregir además el espasmo del esfínter.

La limpieza perfecta después de la defecación es de necesidad imperiosa. El papel empleado para ello tiene grande importancia. Los papeles ásperos y los de los periódicos, a causa de la tinta de imprenta, suelen producir prurito. Si lo produce el contacto con los excrementos, como el papel empleado de ordinario no es suficiente para separar las partículas pequeñas, son preferibles las torundas de algodón mojadas en agua caliente, pura, y mejor, adicionada de borato o bicarbonato de sosa.

Además de las aplicaciones locales, acostumbra el doctor Drueck dilatar por completo el esfínter en todos los casos. Hay siempre hipersensibilidad de la mucosa anal o hipertrofia del esfínter, las que se corrigen por la dilatación, que debe practicarse con lentitud y sin anestesia. La dilatación moderada, repetida con frecuencia, corrige la hiperestesia y la resistencia anormal, y de este modo, cesa el estreñimiento, debido a la retención prolongada de los excrementos. Desaparece también el tenesmo, que mantiene la piel en tensión exagerada y contribuye a que sea dolorosa la defecación. Se recomienda cloroformizar al enfermo antes de dilatar el esfínter, pero el doctor Drueck no es partidario de la anestesia, porque la dilatación puede ser excesiva, y hay peligro de que sobrevenga la incontinencia.

Pueden emplearse en uso tópico los astringentes y las pomadas; por ejemplo, acetato de plomo o de cinc, óxido de cinc, ácido fénico, cloroformo (4 gramos por 30 de aceite de olivas), bismuta o mercurio, pero su eficacia es dudosa si no se suprime de antemano la causa predisponente. El opio debe emplearse con mucha precaución por temor de producir el hábito y porque uno de sus efectos secundarios es el prurito general. Como emolientes son preferibles, en opinión del doctor Drueck, el sebo de carnero y la pomada de diaquilón. La fórmula siguiente es bastante eficaz :

Alcanfor	} aa. 4 gramos
Hidrato de cloral.....	
Pomada de diaquilón.....	

Se aplica dos o tres veces al día, después de lavar las partes afectadas.

Se obtiene un alivio inmediato, pincelando dos veces por semana las partes afectadas, con el nitrato de plata, 1 gramo por 30 de agua, o con la tintura de yodo de Churchill. Los dos producen un alivio temporal que compensa el dolor de las aplicaciones.

Cuando el prurito es debido a los oxiuros, bastan los enemas con agua de cal o con agua salada; en los casos graves se administra la santonina. Si depende de un flujo vaginal, deben hacerse diariamente irrigaciones con la disolución de cloruro de mercurio al 1 por 2,000, o con la de lisol al 2 por 100. En los niños, cuando es debido a la irritación de la piel producida por la diarrea o la orina, el medio más eficaz es la pomada diluida de nitrato de mercurio, a la que se agrega el 10 por 100 de ácido pícrico.

Una causa frecuente del prurito es el eczema en sus diversas formas. Si la piel está seca y escamosa, son utilísimas las preparaciones de brea. Se bañan las partes afectadas con una mezcla de alcohol y agua de brea, o se aplica la pomada siguiente:

Brea líquida	16 gramos.
Pomada de belladona.....	8 —
Acido fénico.....	x gotas.
Lanolina....	8 gramos.

Las partes afectadas deben lavarse repetidas veces con agua, lo más caliente que pueda resistir el enfermo, y con jabón verde para desprender las escamas gruesas y para descongestionar la región. En los casos acentuados puede emplearse una solución de sosa caústica, 25 centigramos por 30 gramos. El agua caliente se aplica por medio de compresas, pero sin hacer fricciones. Este medio, empleado al acostarse, permite al enfermo dormir con tranquilidad.

En el eczema húmedo y en el eritema deben espolvorearse sobre las partes afectadas sustancias emolientes, por ejemplo, calomelanos, bismuto, ácido bórico, óxido de cinc o almidón, y colocarse entre las nalgas un trozo de gasa. La pomada siguiente obra de una manera admirable en muchos de estos casos :

Timol....	10 centigramos.
Estearato de cinc.....	16 gramos.

Cuando el enfermo hace un ejercicio exagerado, sobre todo si es obeso, lo que contribuye a agravar la afección, debe aplicarse de antemano la pomada referida e inmediatamente después del ejercicio bañar las partes afectadas con agua fría y secarlas bien. Las abluciones frecuentes con agua fría producen un alivio temporal en estos casos. En los individuos gruesos y en los que sudan en abundancia, la solución de ácido fénico al $\frac{1}{2}$ por 100, o la de permanganato de potasa al 1 por 5,000, constituyen una loción admirable que puede emplearse diariamente para la limpieza.

En el eczema marginado se lavan perfectamente las partes afectadas con agua caliente y jabón, se secan bien y después se aplica ácido sulfúrico diluido. La aplicación es dolorosa durante poco tiempo, pero produce un alivio inmediato. Puede emplearse también la tintura de yodo.

En los enfermos neurasténicos es preferible no emplear el tratamiento local. Es mucho más necesaria la instrucción higiénica y moral que todos los medicamentos. En los casos graves o cuando el prurito es debido a una enfermedad del encéfalo, de la medula espinal o de las meninges, quizá sea preciso administrar un narcótico para que pueda dormir el enfermo; el bromuro o el cloral son preferibles al opio, porque éste aumenta el prurito al día siguiente.

Los rayos X se han empleado recientemente en el tratamiento del prurito y del eczema perianal, pero su valor se ha exagerado. Con mucha frecuencia los rayos X obran de una manera casi mágica; pero se corre siempre el peligro de que produzcan quemaduras, peligro que aumenta prolongando el tratamiento. Se ha observado que los rayos X producen la azoospermia si no se emplean de modo que su acción quede limitada a la piel. Con-

viene proteger las partes inmediatas con la lámina de plomo, y no emplear mientras dura este tratamiento pomada o tópico alguno que contenga sales metálicas.

Cuando el prurito es debido a proctitis, hemorroides, fisura, ulceraciones, fístula, prolapso o pólipos, y el enfermo rehusa someterse al tratamiento quirúrgico o se trata de sujetos ancianos, debilitados o predispuestos a las hemorragias, puede obtenerse un gran alivio con la pomada siguiente :

Calomelanos	15 decigramos.
Mentol	5 a 10 —
Vaselina.....	20 gramos.

Se aplica después de cada defecación, lavando antes cuidadosamente y secando el ano.

Si el dolor es fuerte, pueden emplearse 5 decigramos de clorhidrato de cocaína.

Estas fórmulas son útiles en general, pero deben modificarse en cada caso.

Queda, por último, una clase de enfermos en quienes el prurito persiste a pesar del tratamiento, y no existe causa aparente local o general. En estos casos, el cauterio actual, aplicado ligeramente sobre toda la superficie irritada, permite muchas veces obtener la curación.

(*The Therapeutic Gazette*).

Algunas causas de reproducción de las hernias operadas,

por el doctor MIGUEL ROYO

El número de hernias que se reproducen después de haber sido operadas es bastante crecido, y raro será el cirujano que no pueda sumar varios casos en su estadística, sin que estas reproducciones quieran significar ni faltas de técnica ni de competencia en el cirujano que operó. Siguiendo en mi modesta labor las enseñanzas del que fue querido maestro mío, el doctor Rivera, creo más útil que publicar asuntos científicos de gran novedad o interés doctrinal, divulgar aquellos que ocasionan fracasos en el tratamiento de los enfermos, y por eso, dejando para otros de mayor ilustración otras cuestiones, al invitarme mi amigo y antiguo discípulo, señor Martínez y Ladrón de Guevara, a colaborar en *Murcia Médica*, elegí como asunto de estas primeras cuartillas «las causas de reproducción de las hernias operadas.» Si su lectura evita a los jóvenes médicos algún fracaso operatorio, por satisfecho me daría.

A varias causas puede ser debida la reproducción de las hernias después de operadas: en orden de importancia, creo debe ponerse en primer término *la infección de la herida operatoria y la supuración*. Sabemos, en efecto, que cuando un proceso infeccioso intenso se desarrolla en una herida, la reunión de ésta por primera intención es imposible; la coaptación perfecta de los bordes en toda la profundidad de la incisión desaparece, y las condiciones de resistencia de la cicatriz resultante son menores, aunque en apariencia la abundancia del tejido fibroso de la cicatriz parece había de oponer allí mayor resistencia. En las intervenciones por hernia la infección es desastrosa para los resultados tardíos de la operación; la tumefacción de los bordes, la exudación y la supuración destruyen la labor del cirujano al rehacer los conductos de la pared abdominal por donde las vísceras del abdomen se herniaron; conduce en ocasiones a eliminación de tejidos destruídos por el pus; impide el enquistamiento

de los materiales de sutura utilizados para la reconstitución de las paredes del trayecto herniario; prolonga, además, extraordinariamente la duración del proceso reparador, y deja un punto débil por donde, con no gran esfuerzo, reaparecerá la hernia, bien con los caracteres que tenía antes de operada, bien constituyendo una verdadera eventración, igual a la producida después de algunos casos de laparatomía.

Para evitar esta complicación en las intervenciones por hernia, claro es que el cumplir con todo rigor los preceptos de la asepsia es el único medio de que el cirujano dispone, y sería ofender a mis lectores el ocuparme en una cuestión en la que todo cirujano procura atender siempre hasta los más nimios detalles. Pero en relación con ella sí he de aconsejar la conveniencia de recomendar a los encargados de la asistencia de los enfermos la más exquisita vigilancia, ya que en algunos adultos y sobre todo en niños, y más en los enfermos de hospital que en la clientela privada, he visto infectarse después de la intervención algunos operados, por impregnarse el apósito con orina o heces; las dificultades que para moverse tienen los enfermos imposibilitándoles esos actos naturales, reclaman cuidados constantes por parte de enfermeros, etc.

Otra cuestión también en relación con la infección de las heridas es lo que se refiere a los materiales de sutura que se empleen. Cuando no hay infección, cualquier material es bueno; pero aparte que la infección venga por no estar suficientemente aséptico el hilo de sutura, no es indiferente el haber empleado uno u otro cuando sobreviene una infección. Muchos cirujanos utilizan para restaurar planos profundos, ligar sacos herniarios, etc., el catgut; es un buen material, porque reabsorbiéndose no deja cuerpos extraños en la herida; yo no lo empleo, no obstante, en las hernias, porque aparte que su reabsorción se hace en ocasiones antes de que la cicatrización esté avanzada, ofrece cuando hay infección poca garantía, y con frecuencia los planos profundos suturados con catgut, lejos de ofrecer una barrera a la propagación de la inflamación, se separan por la rápida reabsorción del catgut en estas circunstancias, y la flegmasia se propaga a la profundidad, hecho el más terrible de las infecciones en operaciones de hernias. Otro material de sutura muy resis-

tente, fácilmente manejable, que se esteriliza bien y que se usa mucho, es la seda; cuando no hay infección, creo que ella y el hilo metálico son los materiales mejores que pueden usarse; pero cuando hay infección la seda rara vez se enquistas, y lo que ocurre es que se sostiene la supuración hasta que las ligaduras, los puntos profundos de seda, etc., salen arrastrados por el pus: para evitar que estas supuraciones prolongadas por la intolerancia de los hilos de seda se produzcan, tengo la costumbre, cuando utilizo la seda para rehacer planos profundos, de no dejar jamás el hilo perdido, sino dejar fuera de la herida los cabos fijos, de modo que la sutura ofrezca resistencia, pero que en cualquier momento pueda retirarlos; así, al operar una hernia inguinal por el procedimiento de Bassini, si rehago las dos paredes con seda, dejo fuera los cabos de los dos planos y anudo el hilo del plano superficial con el del plano profundo en los dos extremos de la incisión (previa la colocación de un pequeño trozo de gasa debajo de los nudos), pudiendo retirar la seda cuando la herida esté cicatrizada o cuando lo reclame un proceso infectivo. Otro material de sutura muy español y muy murciano es la hijuela, al que, por cierto, los españoles siguen llamando mal «crin de Florencia,» como material fácilmente esterilizable y resistente; es ideal, pero es demasiado rígido, y eso impide usarlo en las suturas profundas de las hernias; yo comencé a usarlo, y hoy sólo lo empleo para suturas de piel. El material que tiene todas mis preferencias, que se esteriliza bien, que se tolera casi siempre y que siendo maleable sirve bien para rehacer planos profundos, es el hilo metálico. Yo lo utilizo no sólo para sutura, sino que, siguiendo los consejos de Lauwrie Me Gavin en el *British Medical Journal* (14 de agosto de 1909), utilizo en hernias de gran tamaño y anillos herniarios grandes las filigranas metálicas, que son armazones metálicos hechos con hilo de plata pura sin aleación, y que constituyen un enrejado en forma de zigzag, que se introduce y fija entre los tejidos; filigrana que se tolera bien, y que como se aseptiza por ebullición prolongada, no suele producir flegmasías supuradas sino más bien una inflamación reparadora con exudación linfática y neoformación celular que, unido a la formación de nuevos vasos, conduce pronto a una cicatriz sólida y fuerte. He usado este medio de reforzar la herida en

hernias inguinoescrotales y umbilicales (método de Bartlett), y he de confesar que estoy satisfecho de su empleo. El medio de hacer la filigrana es sencillo, y cualquier cirujano puede hacerlas por sí; en el artículo antes citado detalla la construcción de este enrejado metálico, que no transcribo por no hacer largo este trabajo.

El empleo de las filigranas cuando hay infección, claro que puede dar lugar a que no se toleren y hasta reclame una nueva intervención para extraer el enrejado metálico; en mis operados no he tenido necesidad de extraer estos cuerpos extraños, que siempre se toleraron bien.

Otra causa frecuente de reproducción de las hernias es los vómitos *postoperatorios*, difíciles de evitar cuando se emplea anestesia general: cuando aparecen al aumentar la presión intra-abdominal y provocar contracciones de la pared del vientre, exponen a que los puntos rasguen los tejidos, se distiendan cicatrices y se separen los bordes de la herida más en los planos profundos que en las suturas cutáneas, produciéndose alguna vez pequeñas hemorragias en la profundidad de la herida. Empleando la anestesia general es casi imposible impedir estos vómitos, que en absoluto suprime la anestesia local. En la clínica de la Facultad de Medicina y en la clínica privada he utilizado este año la anestesia local por la solución de novocaína y adrenalina en veintidós casos de hernias, y ni en un solo enfermo observé vómitos, siendo la intervención practicada con insensibilidad completa; es un anestésico que creo debe cada día generalizarse más, y si bien al operador novel le confunde un poco la infiltración de los tejidos periherniarios por la solución anestésica, compensa estas desventajas el poder mandar toser al enfermo, lo que poniendo tenso el saco herniario hace más fácil su disección y aislamiento. Creo pues que debe desterrarse la anestesia general para las intervenciones por hernias, aunque sean irreductibles o estranguladas; de ambas y resecaando el epiplón he tenido varios casos, sin haber hallado ni dificultades técnicas por esta anestesia ni haber observado nada que me obligue a arrepentirme de su empleo. Los detalles de la anestesia local en hernias aparecen en muchos trabajos, siendo dignos de consultarse el publicado por el doctor Guedea en *Los Progresos de la Clínica* (1913)

y la notable obra de anestesia local de Hirzchell, donde con detalles se describen estas interesantísimas cuestiones. La analgesia espinal también evitaría los vómitos *postoperatorios*; encuentro, no obstante, su práctica más laboriosa que la de la anestesia local, a la que doy preferencia.

Otras veces los vómitos pueden ser debidos a peritonitis, torsiones testiculares u oclusiones intestinales; los medios de evitarlos en estos casos no son de este lugar, y su estudio me llevaría lejos de mi propósito.

La *elección de método operatorio* es también de grandísima importancia para que la hernia se reproduzca o nó después de operada, y si cada cirujano tiene sus preferencias por un procedimiento que por practicar más, quizá encuentra más fácil y realiza mejor, generalizarlo a todos los casos le expondrá a fracasar. Lo ideal en todo método operatorio de hernias es que úna a la sencillez el dejar una cicatriz resistente con una restauración anatómica lo más aproximada que se pueda a la normal; para conseguir esto en los niños basta un solo plano de sutura; en los adultos debe reconstituírse la pared abdominal con varios planos de sutura, previo extenso avivamiento y recurriendo en casos de paredes flácidas a la práctica de verdaderas autoplastias. Sin pasar revista a los procedimientos operatorios de las hernias, que no es objeto que en este trabajo me propongo, he de confesar que soy poco partidario de aquellos que utilizan el muñón resultante de la ligadura y resección del saco (Barker) para obliterar el anillo herniario, y quizá por casualidad, pero en algunos casos que lo practiqué se produjo la hernia; la fijación del muñón a la pared actúa muchas veces provocando tracciones del mismo al contraerse las paredes del abdomen, y esto va a la larga fraguando una nueva depresión peritoneal, nuevo saco de la hernia reproducida; después de todo, esta tracción actúa de un modo algo semejante a como obran los lipomas preherniarios, cuya importancia en la producción de muchas hernias es de todos sabida.

Claro está que todo lo referente a esta cuestión de método operatorio de las hernias varía según el sitio donde ésta radique; en las umbilicales, salvo casos de hernias antiguas voluminosas y con anillo grande, la operación en general es fácil; yo sólo he

de insistir aquí, como consejo a los cirujanos noveles, el que nunca aborden una hernia umbilical por incisión media, dirigida de arriba a abajo y en la parte más prominente del tumor herniario; hacerlo es exponerse a abrir una serie de cavidades, quizá herir algún asa intestinal, no aislar el saco y perder tiempo y producir hemorragias al ir despegando adherencias epiploicas, que casi siempre existen, con poco antigua que la hernia sea. Es más seguro, más fácil, más rápido y permite orientar mejor el hacer una incisión elíptica u oval que circunde el pedículo del tumor herniario, incidir las paredes aponeuróticas a unos milímetros por fuera del anillo umbilical, y una vez cortadas éstas, el tumor se pediculiza en masa, se incide la grasa subperitoneal y el peritoneo, y entonces de la profundidad a la superficie se incide el anillo umbilical, se libera el intestino, sin riesgo, y se reseca el epiplón y el saco; la restauración es sencilla, siendo unos partidarios de sutura en masa de la pared abdominal con puntos que cojan todo el espesor; otros, como L. Championnière, haciendo varios planos y aproximando las vainas de los rectos, o como Sapiejko, imbricando los bordes de la incisión aponeurótica, uno sobre otro, y suturando después (yo hago un plano de sutura peritoneal) otro aponeurótico, el primero con catgut, el segundo con hilo metálico, o interponiendo en él las filigranas metálicas y una sutura de la piel con agrafes o hijuela.

En las hernias inguinales la cuestión de incisión es un detalle interesantísimo también, y donde con frecuencia cae el que está poco familiarizado con la operatoria: en las primeras hernias que se operan todos hemos tendido ante el temor de herir vasos, de no encontrar bien el saco o de hallar dificultades para restaurar la pared a hacer incisiones bajas, prolongadas, siempre hacia el escroto. En mis alumnos, a los que en el último curso de clínica dejo practicar estas intervenciones ayudándoles yo, observo siempre esta tendencia. La incisión debe ser practicada, no sobre el tumor herniario, aunque éste sea escrotal, sino sobre el vientre, encima y marcando la dirección del conducto inguinal y sin prolongarla hacia el escroto. La incisión baja expone a abrir la vaginal testicular, hallar más dificultades para encontrar el saco herniario, sobre todo cuando se trata de sacos finos, como los de las hernias congénitas, y a producir hematomas es-

crotales *postoperatorios*, que dan luégo aumentos de temperatura y a veces se infectan, siendo necesario incindirlos ampliamente cuando están supurados y dando esto lugar a recidiva de la hernia. La incisión baja dificulta además el abrir bien el conducto inguinal, y así ocurre que muchos sólo aproximan luégo los pilares del anillo inguinal externo, no rehaciendo en verdad dicho conducto; debe pues incindirse la aponeurosis del oblicuo mayor, abriendo así el conducto inguinal, aislando bien el saco de los elementos cordón, tiempo no fácil siempre y en el que hay que emplear grandes cuidados para no herir los vasos del cordón, en ocasiones varicosos. Aislado bien el saco, yo prefiero resecarlo colocando una ligadura previamente a nivel del cuello; ni aun en sacos grandes suelo utilizar el saco, ni para abierto a modo de dos valvas anudar una valva con otra (Duplay), ni para reforzar la pared del abdomen, como hacen Kocher y otros cirujanos; alguna vez he operado así hernias, sin que haya tenido que arrepentirme de esa práctica, que sólo por encontrar algo más entretenida y no necesaria, no suelo emplear. En la restauración de la pared todo son facilidades cuando se opera en mujeres, pues puede cerrarse totalmente el conducto inguinal; en el hombre el paso del cordón impide el cierre total, ya que no creo útil la práctica aconsejada por el doctor Sanmartín de introducir el testículo dentro del abdomen, cerrando totalmente la pared, ni necesario la seguida por Ombredanne de desviar el cordón haciéndole pasar por una muesca ósea trazada en el pubis, quedando por tanto ya el conducto inguinal en condiciones de cerrarse por completo.

En hernias antiguas con anillo enorme he utilizado con más éxito las filigranas que las mioplastias de Schwartz o Berger, que en más de un caso he visto fracasar. En resumen, yo aconsejo siempre a mis discípulos la práctica de Bassini, bien con hilos metálicos perdidos y rehaciendo las paredes con puntos entrecortados, bien con seda dejando los cabos fuera, como ya he dicho; cuando se hace esto hay que hacer suturas continuas en cada plano para que puedan después retirarse los hilos, y hay que no apretar mucho al anudar para evitar la compresión del cordón y que sobrevenga dolor y orquitis traumática que obligue a soltar los puntos antes del octavo o décimo días, pues en caso contrario es posible la recidiva de la hernia.

En las hernias crurales la incisión importa poco; se hace sobre el tumor herniario, y no creo tiene importancia el discutir si debe ser de dirección vertical o transversal; las ventajas que esta incisión tiene de que la cicatriz quede más disimulada no me parecen dignas de tener en cuenta, aun siendo mujeres las que con más frecuencia padecen esta hernia. El aislamiento y disección del saco, como la reducción del contenido, nada ofrecen de interés; lo que lo tiene sobre todo bajo el punto de vista de evitar las recidivas es el cerrar el anillo crural, no siempre fácil de realizar: yo, como medio sencillo, aconsejo el suturar el arco de Falopio al ligamento de Cooper; también he obtenido buenos resultados trazando, como aconseja Schwartz, un colgajo muscular en el primer aductor; se produce una pequeña hemorragia al disecar el colgajo, que se cohibe con la sutura en seguida; en estas hernias no tengo experiencia personal sobre el uso de enrejados metálicos, como Phels aconseja. La obliteración del anillo debe hacerse de modo que no sufra compresiones la vena femoral, y no olvidando la situación de ésta para evitar herirla al fijar los colgajos a la vaina vascular.

Nada digo acerca de detalles en otras variedades de hernias, por ser poco frecuentes y no hacer demasiado extensas estas notas.

En relación, por último, con detalles de técnica, quiero hacer fijar la atención en dos cosas que, sea cualquiera la clase de hernia, expone a la recidiva, no teniéndolas presentes: una es la costumbre generalizadísima en los principiantes de hacer *suturas apretadas*; tienen éstas el grave inconveniente que estrangulan los tejidos en ellas incluídos, cortándose éstos y soltándose las suturas prematuramente; los puntos deben aproximar los tejidos sin ejercer tracción y sin apretar con exceso. También resulta incompleta la operación, y más bien que reproducción hay continuación de la hernia cuando no aislando bien los sacos y diseándolos hasta su unión con el peritoneo parietal, se reseca uno sin ver que existen *sacos laterales*; el error del cirujano que no extirpe en totalidad el saco herniario aparece pronto.

Otra causa de reproducción de algunas hernias es la *corta convalecencia* de los enfermos: el que la herida operatoria esté cicatrizada en pocos días no quiere decir que el enfermo pueda

volver a su vida ordinaria. En este curso he tenido ocasión de operar dos hernias: una en un sacerdote antes operado en Bélgica, y otra operada antes por un cirujano español; en los dos el alta fue dada en la primera intervención antes de los doce días; yo en hernias como en laparatomías no acostumbro a levantar a los operados antes de las tres semanas, y aun aguardo otras dos antes que vuelvan a su vida ordinaria, y aun aconsejo en obreros cuya profesión les obliga a hacer esfuerzos, como mozos de estación, etc., pasen algún tiempo sin someter la cicatriz a la distensión que puede venir con trabajos de fuerza; de lo contrario es fácil la distensión de la cicatriz y reproducción de la hernia.

También debe evitarse en los operados de hernia la *tos* y el *estreñimiento*; los esfuerzos de la defecación cuando el paciente ha estado los primeros días de operado sólo con régimen lácteo, y sobre todo cuando para la defecación se utiliza orinal plano, exponen a separación de planos de sutura. Yo, no habiendo reacción febril alta ni infección, acostumbro alimentar con régimen variado a mis operados; procuro hacer con enemas muevan el vientre antes del cuarto día, y les permito durante este acto la posición de Fowler (posición semihorizontal). También procuro evitar la *distensión intestinal por gases*, sobre todo en hernias umbilicales, y además no obligo a los pacientes a permanecer acostados, inmóviles y con las *piernas estiradas*, prefiero la posición semihorizontal, con la que la relajación de la pared abdominal es mayor y con la que el enfermo tolera mejor la permanencia en el lecho, evitándose además congestiones hipostáticas, etc.

En resumen: que siendo las operaciones por hernia cada día más frecuentes, y pudiendo y debiendo hacerse éstas hasta en localidades pequeñas y con los escasos medios de que un médico rural puede disponer, no deben en ellas los pequeños detalles considerarse como cosa despreciable, antes bien, darles mucha importancia, para que las complicaciones operatorias no aparezcan, las reproducciones sean rarísimas y pueda merecer con propiedad la cura operatoria de la hernia el nombre de cura radical.

(De Murcia Médica)

Fiebre en el puerperio y fiebre puerperal,

por el doctor don FERNANDO VILLANUEVA

tocólogo, por oposición, de la Beneficencia Municipal de Madrid.

Parece asunto sin importancia el que motiva estas consideraciones, pero para mí no lo es, en atención a que la práctica me lo tiene demostrado.

Es evidente que la acción del especialista se solicita en muchos casos en que la puérpera presenta fiebre y que se diagnosticó como expresión de infección; el termómetro marca elevación de temperatura, pero reconocida atentamente y efectuando un diagnóstico diferencial, ésta pertenece a un fenómeno reaccional de proceso morbosos, que no tiene relación directa con el aparato genital de la mujer, y, por tanto, no se trata de ninguna de las modalidades clínicas de la llamada fiebre puerperal.

La mujer en puerperio se encuentra en verdadero estado de receptividad morbosa, y no creemos, como opinan otros, que el embarazo, parto y estado consecutivo constituya una especie de patente de sanidad temporal para encontrarse aquélla libre de morbosidad extragenital; antes, al contrario, la receptividad para las enfermedades, o lo que es igual, la predisposición o afinidad, tiene por característica la resta del organismo de resistencias o energías, condiciones muy favorables para que aquél se deje influir en ocasiones con intensidad por el agente morbosos, ya sea de naturaleza infectante, catarral, reumático o quizás traumático, toda vez que la disminución de resistencias del medio interno puede ser general o localizarse, es decir, limitarse a determinados y precisos recintos orgánicos.

La escarlatina, por la que la mujer en puerperio primipara tiene especial predisposición, puede inducir a error de diagnóstico con la infección o fiebre puerperal, y no son raros los casos en que así ocurrió; la temperatura alta de iniciación, el retardamiento del exantema, su poca intensidad, su desaparición fugaz o la variedad clínica de escarlatina sin exantema, pueden producir la equivocación, tanto más cuanto que ésta no puede diagnosticarse bien en muchos casos, sin un examen atento de la cavidad bucal.

La gripe puede afectar a la mujer en dicho estado; su escalofrío intenso como fenómeno precursor, su temperatura alta como síntoma de reacción e iniciación, sus múltiples y variados síntomas subjetivos, la supresión en grado mayor o menor del flujo loquial, pueden hacernos pensar en la existencia de una infección puerperal grave.

La endocarditis subaguda, a virtud de la acción de agentes microbianos sobre el endocardio por preexistencia de alteraciones de estructura efectuadas en la gestación por impurezas del medio sanguíneo por su hipertoxicidad, a virtud de acumulación en él de productos de desasimilación orgánica, puede, por su hiperpirexia, su síndrome gastrointestinal, diarrea, perturbaciones de la inervación y otros síntomas, hacer pensar en la septicemia puerperal, y cuando reviste la forma intermitente, en la septicopiohemia; si no se tiene en cuenta la posibilidad de existencia de este proceso, no se explora atentamente la región cardíaca y se ponen en práctica otros medios de investigación, es fácil el error en el diagnóstico.

Las lesiones valvulares, especialmente mitrales, acompañadas de brotes subagudos de miocarditis, pueden presentarse en el puerperio como consecuencia del esfuerzo de funcionalidad a que el corazón se encontró sometido durante el embarazo y parto; la insuficiencia de la contracción cardíaca por alteración de la compensación, se traducirá por la irregularidad de la circulación, con éxtasis en la venosa, apareciendo además los síntomas objetivos y subjetivos a ellos inherentes; si no se explora atentamente el corazón y se analiza bien el síntoma fiebre que puede acompañar al proceso, y los suministrados por el interrogatorio acerca de la posibilidad de antecedentes cardíacos, es fácil caer en equivocación, pensando en una tromboflebitis puerperal, o sea en la conocida flegmasía *alba dolens*.

La fiebre catarral brónquica no deja de ser frecuente en el puerperio; en efecto, no todas las veces se asisten partos en habitaciones convenientes ni de temperatura uniforme; el descubrir a la parturiente prematuramente la práctica abusiva que en ocasiones se hace de lavados vaginales y uterinos, ponen el organismo de la mujer en límites de inferioridad de resistencia con el medio exterior, y aquélla es influída por el proceso cata-

rral con fiebre, en ocasiones alta, y que puede dar motivo a desviaciones en el diagnóstico.

La fiebre colibacilar, de localización, como es sabido intestinal, por exaltación microbiana, puede confundirse con una septicemia de forma tífica al parecer; si prescindimos de analizar bien la marcha de la temperatura y el estado de la inervación de la enferma, podemos caer en error, y para evitarlo, en casos que persista la duda, debemos poner en práctica el análisis de las deyecciones.

La enteritis aguda, ya por coprostasis o alteración del quimismo intestinal, a virtud de la irritación y flogosis de esas intestinales, da lugar a dolores abdominales paroxísticos o nó, con meteorismo, astricción o alternativas de ésta con diarrea y aumento de sensibilidad regional; cuando coincide con el catarro gástrico, pueden presentarse vómitos mucosos, biliosos o alimenticios, y pensarse, toda vez que estos procesos pueden ir acompañados de fiebre alta, en una metroperitonitis puerperal, tanto más cuanto que las facies de estas enfermas se descompone en alto grado, presentando los caracteres propios de las afecciones abdominopélvicas.

La fiebre por estercoremia o acumulación de heces en el intestino y reabsorción de materias pútridas, no deja de ser frecuente; la existencia de estreñimiento rebelde, la cefalalgia intensa y el predominio de síntomas gástricos nos harán pensar en este proceso de diferenciación con las septicemias, y no son pocas las fiebres diagnosticadas de puerperales que ceden a beneficio de una copiosa evacuación intestinal.

La fiebre láctea, a pesar de haber sido negada, hay que admitirla, pues es indudable que en algunas mujeres la fluxión y la tumefacción de sus mamas es de tal intensidad, que se acompañan de fiebre alta y otros síntomas de dolorimiento general y local; fiebre que, sin tratamiento alguno, remite y desaparece a las cuarenta y ocho o más horas.

Existen otras enfermedades que pueden simular infección puerperal, pero las enumeradas son las principales, y, por tanto, las que se deben tener como posibles de presentarse para su diferenciación diagnóstica.

La fiebre puerperal, afortunadamente hoy, es proceso que no se presenta con la frecuencia que antes, teniendo en cuenta el

perfeccionamiento de la especialidad obstétrica en lo que se refiere, no sólo a precisión en el diagnóstico, y, por tanto, en el éxito del tratamiento de las distocias, sino a su vez en la práctica de la asepsia y antisepsia en la asistencia de los partos y en el conocimiento del curso preciso del mismo para intervenir cuando su duración parece excesiva, a fin de evitar a la mujer pérdida de fuerzas, que es siempre un factor importante como predisponente de la infección.

Aún sería menor el número de infecciones puerperales si se divulgase la imperiosa necesidad de que toda mujer embarazada se sometiese a la inspección médica durante este estado, pues de esta manera podrían notificarse las anemias, combatirse a tiempo la albuminuria, tratarse convenientemente la insuficiencia cardíaca, corregirse las presentaciones anormales, provocase el parto prematuramente y otros muchos preceptos científicos que no hay necesidad de exponer por ser de todos conocidos, pero que no sólo pondrían a la mujer en buenas condiciones para el trabajo del parto, sino que se evitarían a su vez intervenciones complicadas en éste y que siempre, y a pesar de precauciones escrupulosas, son factores importantísimos para la aparición de la infección.

Conocida de los médicos la sintomatología clínica de las diferentes variantes de la fiebre puerperal, no hay razón para exponerlas, y como por otra parte a los elementos restantes de que consta el ejercicio de la obstetricia no le resultaría provechoso lo que aquí se consignase por faltarles los conocimientos necesarios de patologías para efectuar la diferenciación en el diagnóstico, debo hacer constar que no debe dirigir su mentalidad el que asiste a una puerpera que presenta fiebre para considerarla infectada; los que así proceden son *parcialistas* en favor de la infección; la práctica constante de asistencia a partos me ha demostrado que pueden confundirse con la infección puerperal variados procesos que van acompañados de fiebre y que presentan un síndrome muy parecido al de aquélla; que si no se analizan bien los síntomas, se reconocen escrupulosamente órganos y regiones y se procede al análisis bacteriológico en determinados casos es fácil el error, el cual tiene especial gravedad, por cuanto el tratamiento empleado desvía el proceso morboso con gran que-

branto para la curación de la enferma, toda vez que aquéllos tienen igual pronóstico y tratamiento que los que se desarrollan fuera del estado puerperal. Tiene además esta manera de proceder un fin, hasta cierto punto egoísta, excusando responsabilidades morales en caso de accidente desgraciado, en atención a ser vulgar la gravedad de la fiebre puerperal.

De lo brevemente expuesto pueden derivarse las siguientes conclusiones:

1.^a Toda mujer en el puerperio está predispuesta y puede padecer procesos morbosos de naturaleza y gravedad diferentes, que no tienen su punto de partida en el aparato genital, y, por tanto, no debemos diagnosticar a la puerperal febril, como afectada por este solo síntoma de infección.

2.^a Es perjudicial en extremo sistematizar en medicina, no sólo en diagnósticos, sino en tratamientos, pues siguiendo esta conducta se hace gran daño a la puérpera, pues se desvía y perturba el curso del proceso empleando tratamientos inútiles y siempre perjudiciales.

3.^a Para prescribir un tratamiento racional de la infección puerperal, precisa conocer bien las variantes clínicas de la misma y obtener el diagnóstico, no sólo del examen local, que siempre da datos de importancia, sino, en ocasiones, del bacteriológico de productos exudados por el útero.

4.^a Antes que someter a la puérpera a tratamiento de una supuesta infección, cuando no se tenga la seguridad absoluta de que la padece, se debe solicitar el concurso de otros compañeros, a fin de colocar las cosas en su justo lugar, toda vez que las enfermedades intercurrentes o accidentales del puerperio tienen igual tratamiento y pronóstico que fuera de dicho estado.

5.^a Los errores de diagnóstico siempre son producidos, en la mayor parte de los casos, por la predisposición mental de que toda puérpera febril debe considerarse con afectos de infección puerperal.

(De la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, de Madrid)

NECROLOGIA

Doctor Eugenio De la Hoz

Con gran pesar registra la *Revista Médica* el fallecimiento del distinguido médico doctor EUGENIO DE LA HOZ, acaecida en la ciudad de Barranquilla.

Por su vasta ilustración, por su especial competencia, por su noble carácter, el doctor DE LA HOZ ocupó un puesto eminente en el Cuerpo Médico de Colombia. Terminados con brillo sus estudios en Bogotá, donde obtuvo su título de médico en la Universidad Nacional, y donde dejó gratos recuerdos, se trasladó a Europa, donde continuó sus estudios. En Barranquilla ejerció la profesión por largos años; allí dejó huellas imperecederas de su labor profesional, que fue siempre desinteresada y fecunda. Prestó importantes servicios a la Sociedad de Medicina de Barranquilla, y en el ramo de higiene pública fue un eminente colaborador de la Dirección de Higiene. Fresca está aún su importante labor en las epidemias de disenteria y de sarampión de 1915, que, como Médico Jefe de la sanidad municipal,

contribuyó él a dominar. Tampoco pueden olvidarse sus trabajos por mejorar la higiene de la capital del Atlántico mientras desempeñó el citado puesto.

La Sociedad Médica del Atlántico aprobó por unanimidad la siguiente honrosa proposición :

La Sociedad Médica de Barranquilla

lamenta hondamente la muerte del señor doctor EUGENIO DE LA HOZ, acaecida en esta ciudad; reconoce los importantes servicios que dicho Profesor prestó a este Centro científico, del cual fue Presidente y uno de sus más activos miembros; recomienda la vida ejemplar del doctor DE LA HOZ a la nueva generación de médicos colombianos, y tributa un homenaje de respeto a la memoria de tan distinguido hombre de ciencia.

Una copia de esta proposición será remitida en nota de estilo a la señora viuda del finado.

El Presidente, OSCAR A. NOGUERA

El Vicepresidente, MIGUEL ARANGO M.

El Secretario, *Pedro A. Manotas*

La Revista Médica se une a este duelo, y envía su sincero pésame a la familia del doctor DE LA HOZ, así como al Cuerpo Médico y a la sociedad de Barranquilla.