

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.

Carlos J. Finlay.

La muerte de este sabio médico cubano, acaecida en La Habana en agosto último, ha causado honda impresión en el mundo médico. Si recordamos que fue el doctor FINLAY quien descubrió que la fiebre amarilla es transmitida por un mosquito, y que éste es el único vehículo del contagio; y si meditamos en la gran trascendencia de este descubrimiento, que ha permitido defender al hombre de esta terrible enfermedad, y sanificar y abrir al comercio y a la industria ricas y extensas regiones, nos explicaremos por qué la muerte del doctor FINLAY ha producido en el mundo científico la honda pena que causa la pérdida de un gran benefactor de la humanidad.

Nació el doctor CARLOS J. FINLAY en Camagüey (isla de Cuba), en diciembre de 1833. Hizo sus estudios primero en Francia y luego en los Estados Unidos, donde pudo estable-

cerse con ventaja; pero no lo hizo a pesar del apoyo que para ello le ofrecieron sus maestros, concedores de sus méritos, porque deseaba volver a su patria para servirla en cuanto le fuera posible. Esta determinación suya decidió de la dirección que había de dar a sus estudios, y fue sin duda un hecho feliz para la humanidad. Desde 1864 se dedicó a estudiar la fiebre amarilla, que, como es bien sabido, fue por largos años la terrible endemia de Cuba. En 1872 publicó su primer trabajo sobre la etiología de esta enfermedad, en el que atribuía al aire el principal papel. En 1879 conoció las opiniones de algunos médicos americanos que atribuían la fiebre amarilla a un «germen vivo que se desprendía del enfermo y que debía sufrir alguna transformación en el ambiente de la casa o en los *excreta* del enfermo,» y refiere el eminente médico doctor J. Guiteras, hoy gloria de Cuba, que la lectura de la *Botánica* de Tieghem, donde se relata el papel del agracejo en la *roya*, enfermedad parasitaria del trigo, puso al doctor FINLAY en la vía de su descubrimiento. En 1881 expuso en la Conferencia Sanitaria Internacional de Washington su teoría sobre la transmisión de la fiebre amarilla por un mosquito como agente intermediario.

Esta teoría fue recibida con mucha desconfianza y tuvo oposición no solamente en los Estados Unidos sino en Cuba. Fueron necesarias muchas investigaciones posteriores del doctor FINLAY para que se la volviera a tener en cuenta en el mundo científico. La Comisión enviada por la Escuela Tropical de Liverpool, formada por los doctores H. E. Durham y W. Myers, tocó en La Habana de paso para el Brasil, y tuvo ocasión de conocer los experimentos del doctor FINLAY. En un informe, citado por el doctor Guiteras, dice esta Comisión lo siguiente:

«Es un hecho incontrovertible que el doctor C. FINLAY fue el primero en establecer la experimentación directa para probar sus ideas sobre el papel que desempeña el mosquito en la transmisión de la fiebre amarilla. Su método consiste en alimentar mosquitos con sangre de enfermos de fiebre amarilla, antes del sexto día de enfermedad, y aplicarlos después, con intervalo de cuarenta y ocho horas a cuatro o cinco días, a personas susceptibles. Su idea era producir una infección ligera, con el objeto de obtener la inmunidad.»

El doctor FINLAY hizo sus experimentos con los mosquitos más comunes en las poblaciones, y que se encuentran de ordinario en

las habitaciones. Entre éstos le llamó más la atención el que designó con el nombre de *Culex mosquito*, que es el mismo *stegomya fasciata*. En estos experimentos fue ayudado eficazmente por el doctor Claudio Delgado y por los Padres jesuitas de La Habana, quienes fueron los primeros que voluntariamente sufrieron la inoculación con los mosquitos infectados.

Más tarde FINLAY acogió con el mayor desinterés a la Comisión americana, a la cual entregó los mosquitos que le habían servido para sus últimos estudios. A pesar de las demostraciones que ya había hecho el doctor FINLAY, su teoría, que chocaba con las ideas admitidas, y venía a revolucionar la profilaxis de la fiebre amarilla, no fue definitivamente aceptada sino después de las investigaciones del Comandante Walter Reed y de sus compañeros que formaron la memorable Comisión americana. Los experimentos de Reed, más perfectos que los de FINLAY, fueron concluyentes y confirmaron la exactitud de la teoría del sabio cubano. Nacieron entonces las medidas profilácticas que sanificaron a La Habana y protegieron las ricas regiones del sur de los Estados Unidos; pusieron al doctor Oswaldo Cruz en capacidad de salvar a Río de Janeiro del

azote amarillo, y dieron al Coronel Gorjas los medios de sanificar la zona del Canal de Panamá.

El Comandante Reed decía en 1901:

«Al doctor FINLAY, de La Habana, pertenece toda la gloria de haber descubierto la teoría de la propagación de la fiebre amarilla por medio del mosquito; teoría que él expuso ante la Real Academia de aquella ciudad, el 14 de agosto de 1881. Desde entonces hasta la presente fecha el doctor FINLAY ha contribuido con muchos datos valiosos acerca del origen y de la manera de efectuarse la fiebre amarilla y sobre su profilaxis.»

Sea esta la ocasión de recordar también al lado del de FINLAY los nombres de los eminentes y abnegados médicos cubanos Lazear, Carrol y Agramonte, que están ligados con gloria a esta campaña de la ciencia.

Mas no fue éste el único servicio trascendental que el doctor FINLAY prestó a su patria. Alarmado por la gran mortalidad que ocasionaba el tétano infantil en Cuba, estudió la causa de esta mortalidad, y conceptuó que en el pabulo empleado para la ligadura del cordón umbilical se hallaba el bacilo del tétano, lo cual fue confirmado por estudios bacteriológicos del doctor Dávalos. Desde entonces se

tomaron cuidadosas precauciones que han salvado la vida de millares de niños.

La Academia Nacional de Medicina, interpretando el sentimiento del Cuerpo Médico de Colombia, se ha asociado al duelo de la ciencia por la pérdida del eminente sabio cubano, que dio gloria a su patria y al Continente americano.

P. G. M.

Actas de la Academia.

SESIÓN DEL 19 DE FEBRERO DE 1915

(Presidencia del doctor C. Esguerra).

A las ocho y media de la noche se reunió la Academia con asistencia de los doctores Arbolada, Cuéllar D., Esguerra, Franco F., García Medina, Gómez G., Güell, Herrera J. D., Lleras, Martínez, Montoya, Salgado y Vargas Suárez. Presidió el doctor Esguerra.

Se leyó una nota del Ministerio de Gobierno en que se comunica que, según lo solicitado, se ha dispuesto aumentar en cincuenta ejemplares la edición del periódico de la Academia. Se dispuso dar las gracias.

El Secretario de la Cámara de Representantes comunicó en una atenta nota la proposición que la Cámara aprobó sobre honores al doctor Abraham Aparicio. El Presidente de la Academia informó que oportunamente se había dado respuesta a esta nota y dado las gracias a la Cámara en nombre de la Academia.

Se dispuso publicar esta proposición en la *Revista*.

Se dio cuenta de la proposición aprobada por la Junta de Higiene del Tolima con mo-

tivo de la muerte del doctor A. Aparicio. Se dispuso publicarla en la *Revista* y dar las gracias.

El doctor *García Medina* presentó la siguiente proposición :

« *La Academia Nacional de Medicina,*

« CONSIDERANDO

« Que el doctor ABRAHAM APARICIO fue uno de los fundadores de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales y que a él se debe la expedición de la ley que dio a esta Sociedad el título de Academia y el reconocimiento de ella como entidad oficial nacional ;

« Que el doctor APARICIO se dedicó por más de un cuarto de siglo al profesorado, desempeñando varias cátedras en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, donde se distinguió por su amor a la juventud y su grande interés en el adelanto de la Facultad ;

« Que puso siempre sus talentos y su ilustración al servicio de la Sociedad de Medicina y de la Academia, ya como miembro de número, ya desempeñando los puestos de Secretario y de Presidente en varios períodos y consagrándose durante muchos años, con su especial competencia, a la redacción y dirección de la *Revista Médica* ;

« Que ocupó el doctor APARICIO la Presidencia de varias sesiones de los Congresos Médicos de Colombia, a los cuales prestó su importante e ilustrada colaboración,

« RESUELVE :

« 1º La Academia Nacional de Medicina lamenta la muerte del ilustrado médico colombiano doctor ABRAHAM APARICIO ; recomienda su memoria a la gratitud del Cuerpo médico, y reconoce los importantes servicios que prestó a la Nación, y muy especialmente los que con sus luces y su patriotismo prestó a la Academia y a la Facultad de Medicina en su larga y meritoria carrera científica.

« 2º En el salón de la Academia se colocará el retrato del doctor ABRAHAM APARICIO, como testimonio de reconocimiento de sus valiosos servicios.

« 3º Esta Resolución se comunicará a la señora viuda del doctor APARICIO, y una Comisión de la Academia la presentará al doctor Julio Aparicio.»

Puesta en consideración de la Academia esta proposición, fue aprobada por unanimidad. El Presidente nombró a los doctores Güell y Salgar para comunicarla al doctor Julio Aparicio.

Se dio primer debate al proyecto de acuerdo sobre concursos de anatomía patológica, presentado por los doctores Roberto Franco F. y Arturo Arboleda, en desempeño de la comisión que se les dio.

Los doctores *P. García Medina* y *José M. Montoya* propusieron lo siguiente :

« *La Academia Nacional de Medicina,*

« CONSIDERANDO :

« Que el doctor JOSÉ MARÍA BUENDÍA sirvió eficazmente a la Patria por más de cuarenta años como Profesor de la Facultad de Medicina de esta capital ; como miembro fundador de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales y de esta Academia, y Rector de la Facultad de Medicina ;

« Que por sus importantes servicios fue llamado a la Presidencia de estas corporaciones, y que por su vasta ilustración, sus dotes especiales y su elevada posición social y científica fue nombrado miembro honorario de la Academia ;

« Que en el ejercicio de la profesión médica el doctor BUENDÍA no sólo se distinguió por su ilustración y sus dotes especiales como clínico, sino que dio alto ejemplo de verdadera caridad ;

« Que el doctor BUENDÍA ocupó la Presidencia del primer Congreso Médico de Colombia y fue elegido Presidente honorario del Congreso Médico reunido en Medellín,

« RESUELVE

« 1.º Hacer público reconocimiento del gran vacío que deja el doctor JOSÉ MARÍA BUENDÍA en esta Academia y en el Cuerpo médico de Colombia.

« 2.º Recomendar su vida a todos los médicos de la Nación como ejemplo digno de imitarse por sus nobles cualidades de carácter, por su generoso desinterés y las raras prendas de saber y de bondad que lo llevaron a un alto puesto científico y social.

« 3.º Colocar el retrato del doctor JOSÉ MARÍA BUENDÍA en el salón de la Academia como tributo de gratitud a la memoria de este ilustre profesor.

« 4.º Presentar al doctor Nicolás Buendía H. y por su conducto a la familia del doctor JOSÉ MARÍA BUENDÍA, copia de esta Resolución por medio de una Comisión.»

Esta proposición fue aprobada por unanimidad. Para desempeñar la comisión citada la Presidencia nombró a los doctores Roberto Franco y Federico Lleras A.

El doctor Salgado se excusó de concurrir a las sesiones por cuatro meses.

A las diez de la noche se levantó la sesión.

El Presidente, CARLOS ESGUERRA—El Secretario, *José M. Montoya*.

SESIÓN DEL 19 DE MARZO DE 1915

(Presidencia del doctor C. Esguerra).

A las ocho y treinta minutos de la noche se reunió la Academia. Asistieron los doctores Cuervo Márquez, Esguerra, Franco, Gómez C., Gómez G., Lleras A., Manrique, Martínez, Montoya J. M., Muñoz R., Ucrós R. y Vargas S. Se leyeron y aprobaron las actas de las dos sesiones anteriores.

Se leyó una nota del Ateneo Nacional de la República Argentina, en la cual pide la lista de los académicos de número para publicarla en una guía de los hombres de ciencia de la América del Sur. Pide también las publicaciones que haga la Academia.

Se resolvió contestar la nota, enviar la lista pedida y decir al Secretario perpetuo que remita las publicaciones de la Academia.

El Director de la Biblioteca Pública de Neiva solicita que le envíen el periódico de la Academia. Se dispuso remitirlo.

Se leyó una nota del Secretario de la Sociedad de Ciencias Médicas de Santander, en que transcribe la siguiente proposición aprobada por dicha Sociedad:

«*La Sociedad de Ciencias Médicas de Santander,*

« CONSIDERANDO

« Que a mediados del mes de octubre próximo pasado falleció en España el insigne médico colombiano doctor JUAN EVANGELISTA MANRIQUE ;

« Que el doctor MANRIQUE no sólo se distinguió en el ejercicio de su profesión por el éxito práctico, sino que como miembro y Presidente de la Academia Nacional de Medicina y como eximio Profesor de Clínica Quirúrgica en la Facultad Nacional, por sus excepcionales dotes intelectuales, por su laboriosidad, por sus vastos conocimientos científicos y por el brillo y claridad de su enseñanza fue uno de los médicos que más intensamente han impulsado el cultivo de las ciencias médicas en la República ;

« Que el doctor MANRIQUE desaparece a una edad en que todavía la patria y la ciencia podían esperar mucho de él,

« RESUELVE:

« Lamentar profundamente la temprana desaparición del doctor JUAN E. MANRIQUE ;

asociarse cordialmente al sentimiento público, hondamente conmovido por la pérdida prematura de este eminente ciudadano, y tributar respetuoso homenaje a su memoria.

«Comuníquese esta Resolución a la familia del ilustre finado, por conducto del doctor Julio Manrique, y a la Academia Nacional de Medicina.»

Se dispuso insertar en el acta esta proposición y dar las gracias.

Se dio cuenta de una nota del Ministro de Instrucción Pública en que, de conformidad con el Decreto número 491 de 1914, consulta la contestación que ha de dar al siguiente telegrama :

« Santa Marta, 2 de marzo de 1915

Ministro de Instrucción Pública—Bogotá.

«Médicos extranjeros que no conocen idioma nacional, ¿pueden considerarse idóneos conforme Ley 83? Exámenes exige artículo cuarto; ¿pueden presentarse con intérprete? Esto hacía nugatoria Ley.

« Servidor, MANUEL VALENCIA »

El Presidente informó que habiendo consultado particularmente con algunos académicos respecto a la respuesta que debía darse, había enviado al Ministro una nota en que, de acuerdo con la mayoría de las opiniones, se decía

que se podía pasar el examen por medio de intérprete o en otro idioma distinto del nacional, a juicio de los examinadores. Agregó el Presidente que éstas eran sus opiniones personales.

El doctor *Franco F.* dice que en su concepto el examen de que trata la Ley 83 debe efectuarse en el idioma de la Nación; y en apoyo de su tesis hace notar que en ninguno de los países que él conoce se permite que esos exámenes se hagan en otro idioma distinto del nacional. Agrega que es casi imposible llevar a cabo satisfactoriamente un examen con intérprete.

En igual sentido hablan otros varios académicos.

El doctor *Franco F.* propuso lo siguiente, que se aprobó:

« La Academia Nacional de Medicina, después de meditar más detenidamente la atenta nota del señor Ministro de Instrucción Pública, y considerando su alta trascendencia, ha creído conveniente transmitir al señor Ministro la siguiente opinión:

« La Academia considera que para ejercer la profesión médica en el territorio del país es necesario que el examen a que se refiere el artículo 4º de la Ley 83 de 1914 se efectúe

en el idioma oficial, que es el castellano, y conceptúa que el examen por medio de intérprete es inaceptable.»

El doctor *Esquerro* hizo constar su voto negativo.

El Presidente da cuenta de una consulta del Ministerio de Instrucción Pública referente a la interpretación de la Ley 83 de 1914 en lo relativo al ejercicio de la medicina por los estudiantes de los últimos años de medicina. Alegan éstos que según dicha Ley vendrían ellos a quedar en peores condiciones que los *teguas* o empíricos.

Esta consulta dio lugar a una larga discusión, después de la cual se resolvió que pasara este asunto al estudio de una Comisión compuesta de los doctores Franco F. y Vargas S.

Se aprobó en segundo debate el proyecto de acuerdo presentado por los doctores Franco F. y Arboleda, sobre concursos de anatomía patológica, y que dice así :

“ Acuerdo

« sobre concursos de anatomía patológica.

« *La Academia Nacional de Medicina*

« ACUERDA :

« Artículo 1º Serán admitidos al concurso de Anatomía patológica de la Academia todos los

alumnos de la Facultad, siempre que hayan sido aprobados en los cursos de Histología normal y de Anatomía patológica.

« Artículo 2º El concurso versará sobre la presentación de piezas anatomopatológicas, que han de tener las siguientes condiciones :

« 1ª No haber sido presentadas en concursos anteriores.

« 2ª Estar completamente disecadas y conservadas, por vía seca o por vía húmeda, de manera que sea posible conservarlas en el museo de la Academia.

« 3ª Que con ellas se presente la historia clínica del enfermo a quien perteneció. Esta historia debe ser autenticada por el profesor o el jefe de clínica del servicio, si se trata de enfermos de las clínicas de la Facultad.

« 4ª Presentar un fragmento de la pieza incluido en parafina o celoidina; y si esto no fuere posible, conservado por algún método que permita hacer cortes histológicos.

« 5ª Presentar cortes histológicos montados en láminas y laminillas convenientemente coloreados, y con la interpretación o explicación de lo que en ellos se observa.

« 6ª Presentar una microfotografía de esos cortes o de algunos de ellos.

« Artículo 3º Las piezas que se presenten quedarán como propiedad de la Academia.

« Artículo 4º Los trabajos, piezas, etc. se presentarán bajo un seudónimo; y en un sobre cerrado y sellado se incluirá el nombre del autor, como se acostumbra en los concursos.

« Los trabajos, piezas, etc. se dirigirán al Secretario de la Academia.

« Artículo 5º El término para presentar los trabajos vence el 15 de julio de cada año.

« Artículo 6º Los premios consistirán en un diploma y una obra de medicina o instrumentos de cirugía.»

El doctor *Pompilio Martínez* rindió un informe relativo al trabajo del doctor Anselmo Gaitán U. (de Neiva), titulado: *Un caso raro de embarazo extrauterino*, presentado por los doctores García Medina y Ucrós en una de las sesiones anteriores. Este trabajo fue ya publicado en la *Revista*. El informe termina con la siguiente proposición:

« Nómbrase al doctor Anselmo Gaitán U. miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina.»

La proposición fue aprobada por unanimidad. Se resolvió publicar en la *Revista Médica* el informe del doctor Martínez, por haberlo propuesto así el doctor Ucrós.

A las once y cuarenta minutos de la noche se levantó la sesión.

El Presidente, CARLOS ESGUERRA—El Secretario, *José M. Montoya*.

SESIÓN DEL 14 DE MAYO DE 1914

(Presidencia del doctor Esguerra).

Se reunió la Academia a las ocho y treinta minutos de la noche. Concurrieron los doctores Arboleda, Esguerra, Cuéllar Durán, Cuervo M., Franco F., Gómez Calvo, Güell, Herrera J. D., Martínez, Montoya, Uerós y Vargas S. Concurrió también el miembro correspondiente doctor José T. Henao.

Se aprobó el acta de la sesión anterior.

Se dio lectura a una nota del doctor Ramón Guiteras, Secretario del séptimo Congreso Médico Panamericano, en la que invita a la Academia a tomar parte en dicho Congreso, el que tendrá lugar en los días 17 a 21 de junio próximo.

El Presidente informa que por haberse retardado la reunión ordinaria de la Academia, y por ser urgente adoptar una resolución sobre el particular, la Presidencia había nombrado al doctor Luis Cuervo Márquez como delegado de la Academia al citado Congreso. La

Academia aprobó por unanimidad esta designación.

El Secretario dio cuenta del siguiente oficio:
« *República de Colombia—Ministerio de Relaciones Exteriores—Número 77—Bogotá, 3 de mayo de 1915.*

« Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina.

En la ciudad.

« Me es grato enviar a usted, junto con el presente oficio, la invitación que por el órgano respectivo se hace a esa honorable entidad para que se haga representar en el segundo Congreso Científico Panamericano que se reunirá en Washington del 27 de diciembre del año en curso al 8 de enero de 1916. Acompaño igualmente un ejemplar del correspondiente programa.

« Soy de usted atento servidor.

« Por el Ministro, el Secretario,

« ANTONIO GÓMEZ RESTREPO »

La invitación está firmada por el señor William J. Bryan, Secretario de Estado de los Estados Unidos.

Se dispuso acusar recibo y manifestar al Ministro que la Academia se ocupará en la manera como haya de ser representada en aquel Congreso.

El doctor *J. M. Montoya* presentó un trabajo del doctor Miguel Arango M., de Barranquilla, sobre tratamiento de la epilepsia. El doctor Arango estudia en él un nuevo tratamiento de la epilepsia, que consiste en la inyección en el canal raquídeo, de una solución de estovaina; atribuye a su método un poder curativo, lo que demuestra con varias observaciones completas.

Se pasó este estudio en comisión al doctor Vargas Suárez.

Los doctores *Franco F.* y *Vargas S.* presentaron el siguiente informe:

« Señores académicos:

« En desempeño de la comisión que se nos encomendó de informar sobre la respuesta que haya de darse a la consulta que ha hecho el señor Ministro de Instrucción Pública, os manifestamos que en nuestra opinión, en los lugares en donde haya médicos graduados, puede permitirse a los estudiantes de quinto y de 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 esto sea por un tiempo limitado.»

Explicado este informe por sus autores, fue adoptado por la Academia. En consecuencia, la Presidencia dispuso contestar al señor Ministro de acuerdo con aquel informe.

El Secretario pone en conocimiento de la Academia que a pesar de haber enviado oportunamente las citaciones para sesiones de la Academia, ésta no se había podido reunir hasta hoy por falta de *quorum*. Indica la necesidad de reformar el Reglamento para imponer alguna sanción para que los señores académicos concurren. Informa también que en la lista de los miembros de número figuran varios médicos elegidos por la Academia desde hace bastante tiempo y que no han tomado posesión.

El doctor *Arboleda* presentó una proposición en el sentido de señalar un término de ciento veinte días para que los académicos elegidos últimamente tomen posesión de sus puestos.

Los doctores *Herrera* y *Ucrós* combatieron esta proposición, y su autor la retiró con el permiso de la Academia.

El doctor *Gómez Calvo* pidió la palabra para manifestar que deseaba obtener de la Comisión de Epidemias algunos informes sobre la epidemia de disenteria que se ha presentado últimamente en la capital, datos que él estima de importancia.

Continuó el doctor *Gómez C.* en el uso de la palabra para relatar algunos casos que ha observado en su servicio de psiquiatria del Asilo de Locas de esta ciudad. Se refiere a una diarrea tenaz, abundante, de un color oscuro, bilioso, sin mucosidades ni sangre, pero que no se puede modificar sino con gran dificultad o llega a producir la muerte en pocos días. Observa que en la autopsia de una de estas enfermas, practicada por el doctor *Fajardo V.*, no se hallaron lesiones en el canal intestinal.

Los doctores *Arboleda* y *Montoya* hacen algunos comentarios a estos casos del doctor *Gómez C.*, y citan casos de una diarrea semejante observada por ellos en enajenados.

El doctor *J. T. Henao* consulta a la Academia sobre la conducta que en cuanto al tratamiento debe seguirse en un enfermo que está a su cuidado. En un enfermo con fiebre tifoidea, bien caracterizada, han aparecido las manifestaciones clínicas de sífilis en el primer período, ¿qué debe hacerse?

El doctor *Gómez C.* opina que se debe tratar la sífilis al mismo tiempo que la tifoidea, tanto más cuanto algunos autores ingleses aconsejan pequeñas dosis de mercuriales en el tratamiento de la tifoidea.

El doctor *Franco F.* opina que es preciso el

examen bacteriológico para poner en claro los dos diagnósticos. Es de concepto que en este enfermo se trate solamente la fiebre tifoidea primero y luégo la sífilis a su debido tiempo, aunque para entonces haya manifestaciones secundarias.

De este caso particular pasó la discusión al tratamiento de la sífilis en general. La mayoría de los académicos que intervinieron en la discusión opina que en el tratamiento de la sífilis por las preparaciones de Erlich, deben emplearse éstas en dosis progresivas y frecuentes, y luégo las sales de mercurio y el yoduro de potasio.

A las diez y treinta minutos de la noche se levantó la sesión.

El Presidente, CARLOS ESGUERRA—El Secretario, *José M. Montoya*.

SESIÓN DEL 28 DE MAYO DE 1915

(Presidencia del doctor Carlos Esguerra).

En el local de la Academia se abrió la sesión a las ocho y treinta minutos de la noche. Concurrieron los doctores Amaya Arias Ricardo, Arboleda Arturo, Cuéllar D., Esguerra, Franco F., Gómez C., Montoya, Ucrós, Uricoechea y Vargas S. Concurrió el doctor Jesús M. Pulecio, académico correspondiente.

Se aprobó el acta de la sesión anterior.

Se leyó un telegrama del Gobernador del Departamento del Tolima en que invita a la Academia a los festejos del centenario de Mariquita, que tendrán lugar el 21 de junio próximo. Se acordó dar las gracias.

Se dio cuenta de una nota del Ministro de Instrucción Pública en que se comunica el Decreto número 890 de 1915, de 22 de mayo, «sobre concesión de títulos en la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales.» Este Decreto determina la manera como los médicos colombianos graduados en el Exterior pueden adquirir el grado de doctor de la facultad de medicina de la Universidad Nacional.

El Presidente informa a la Academia que al acusar recibo al señor Ministro de Relaciones Exteriores del oficio en que comunica la invitación que se ha hecho a la Academia para tomar parte en el segundo Congreso Científico Panamericano, le insinuó la idea de que se abra un concurso para premiar con la representación del país en aquel Congreso a quienes obtengan el primer premio en cada una de las secciones de ese concurso.

Se lee la respuesta del citado Ministro a esta nota del Presidente, en que manifiesta a éste su agradecimiento por esta indicación

y ofrece apoyarla ante el Ministerio de Instrucción Pública, lo mismo que ante el Congreso que se reunirá próximamente, para que se vote la partida para estos gastos.

La Academia acogió favorablemente la indicación del Presidente doctor Esguerra, y dispuso hacer traducir y publicar el programa y los temas del Congreso mencionado. Resolvió además citar a todos los miembros a una sesión especial para tratar de los temas que deban señalarse para el concurso, en lo que se relaciona con las ciencias médicas y naturales.

A las diez de la noche se levantó la sesión.

El Presidente, CARLOS ESGUERRA—El Secretario, *José M. Montoya*.

SESIÓN DEL 1º DE JUNIO DE 1915

(Presidencia del doctor Esguerra).

Se reunió la Academia a las ocho y treinta minutos de la noche.

Concurrieron los doctores Arboleda, Amaya Arias, Esguerra, Franco F., Gómez Guillermo, Herrera J. D., Lleras A., Manrique, Montoya, Martínez y Vargas S.; asistieron también los miembros correspondientes doctores Aparicio Julio, Henao J. T. y Pulecio J. M.

Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

De conformidad con lo resuelto en la sesión anterior se ocupó la Academia en la manera de organizar el concurso para premiar el mejor trabajo designando a su autor para concurrir al segundo Congreso Científico Panamericano. Se acordó que el Jurado de calificación de los trabajos de medicina estuviera formado por el Presidente de la Academia, el Rector de la Facultad y un miembro de la Academia elegido por ella. El Jurado será presidido por el Ministro de Instrucción Pública.

Se procedió a hacer la elección del académico que debe formar parte del Jurado de calificación. Los votos, escrutados por los doctores Amaya A. y Lleras, se distribuyeron entre los doctores Manrique Julio, Herrera J. David, Vargas S. Jorge, Lleras Federico y Montoya J. M. Por no haber obtenido ninguno mayoría absoluta, se contrajo la votación a los doctores Herrera J. D., Vargas Suárez y Montoya. Obtuvo la mayoría el doctor Vargas Suárez, y fue declarado electo.

El doctor *J. Manrique* tomó la palabra para tratar de un punto importante, cual es la disenteria que actualmente reina en la capital y que ya ha hecho numerosas víctimas, y que

en vez de ceder parece que tiende a extenderse día por día. Desea saber qué medidas se han tomado para detener la epidemia y qué estudios se han llevado a cabo para averiguar qué clase de disenteria se ha presentado y cuáles han sido los medios más eficaces para combatirla.

El Profesor *Lleras A.* dice que en su laboratorio se han practicado numerosos exámenes de materias fecales de enfermos de la actual disenteria, y que en vista de ellos puede afirmarse que se encuentran algunos casos de disenteria amibiana, pero que la mayor parte de ellos es bacilar. Que no ha aislado el bacilo de Shiga ni ninguno otro, pues se ha tenido que limitar, de acuerdo con los datos que se le piden, a informar sobre la presencia o la ausencia de amibas.

El doctor *Franco F.* estudia la disenteria que se ha presentado desde los puntos de vista de la clínica, de la epidemiología y de la anatomía patológica. Cree que ha predominado la forma bacilar, de tal modo que puede atribuírse casi exclusivamente al bacilo. Cree que puede haber en otras partes disenteria amibiana, pero en lo general predomina la otra forma. El tratamiento por la emetina es un elemento de diagnóstico para el

clínico, pues si con este medicamento no cede en dos o tres días, la disenteria es seguramente bacilar. Observa que en su servicio del Hospital de San Juan de Dios se han presentado algunos casos fatales en individuos que han entrado en período ya avanzado de la enfermedad, y que por la autopsia se han encontrado las ulceraciones profundas y generalizadas del intestino características de la forma bacilar. Clínicamente también se puede afirmar que se trata de esta forma, especialmente por la marcha de la temperatura y la falta de complicaciones hepáticas. En el laboratorio de su clínica se están haciendo investigaciones respecto al organismo productor de la actual epidemia, y uno de los internos del servicio prepara su tesis sobre este asunto.

Los doctores *Vargas S.* y *Esguerra* hacen varias consideraciones sobre el carácter de esta disenteria y se manifiestan de acuerdo con la naturaleza que le atribuye el doctor *Franco F.*

A las diez y treinta minutos de la noche se levantó la sesión.

El Presidente, **CARLOS ESGUERRA**—El Secretario, *José M. Montoya.*

SESIÓN DEL 18 DE JULIO DE 1915

(Presidencia del doctor Esguerra).

A las ocho y treinta minutos de la noche se reunió la Academia con asistencia de los doctores Arboleda, Cuervo M., Esguerra, Franco F., García Medina P., Gómez Guillermo, Gómez Calvo, Herrera J. D., Lleras A., Manrique, Montoya y Muñoz Rafael. Concurrió el doctor Fajardo V., miembro correspondiente.

Se leyó el acta de la sesión anterior, correspondiente al 1º del presente, y se aprobó con una modificación del doctor Franco F.

El doctor *P. García Medina* pidió la palabra para hacer la siguiente comunicación sobre disenteria epidémica en la costa del Atlántico y en las poblaciones del Bajo Magdalena:

«Desde mediados del año próximo pasado ha venido presentándose la disenteria en forma grave en algunas poblaciones de la Costa Atlántica, y principalmente en Barranquilla. La enfermedad tomó incremento de octubre en adelante, en términos que en este mes y noviembre y diciembre ocurrieron 184 defunciones de disenteria. Las defunciones disminuyeron en enero y febrero del presente año, pero aumentaron luégo en abril y mayo, meses en que hubo 89 defunciones.

«De Barranquilla se ha extendido luego a otras poblaciones como Soledad, Isabel López, Manatí, El Carmen, Baranoa y Puerto Colombia; luego subió el río Magdalena y se infectaron las poblaciones ribereñas de Calamar, Mangangué, Mompós, La Gloria, Bodega Central, Badillo, Canaletal, Bocas del Rosario y llegó hasta Puerto Berrío. Por el río Cauca llegó al puerto fluvial de Zaragoza y se extendió de allí a Remedios, Yolombó, Carolina y otros lugares. Por la vía de Puerto Berrío llegó a Medellín, donde ha hecho numerosas víctimas.

«Apareció también la disenteria en Cartagena y en poblaciones cercanas; y en Santa Marta se observaron varios casos, pero en esa ciudad no se propagó. Empieza a invadir la región de Ocaña, y ya en Bucaramanga se han observado varios casos que han alarmado por su gravedad.

«La Junta Central de Higiene ha dictado oportunamente las medidas profilácticas que el caso exige. En Barranquilla el Director de Higiene, con la cooperación de los doctores Eugenio de la Hoz y Miguel Arango M., ha puesto en práctica esas medidas de una manera activa y eficaz, y gracias a ello la epidemia no ha revestido caracteres más alarmantes. En la citada ciudad se ha organizado satisfac-

toriamente un servicio sanitario que ha estado corrigiendo las malas condiciones higiénicas de la población. En tres meses ha practicado ya más de seis mil inspecciones domiciliarias para hacer cumplir sus disposiciones.

«La Junta ha obtenido del Gobierno que sitúe fondos suficientes en Barranquilla, con los cuales se han pedido más de dos mil ampollas de suero antidisintérico, y la emetina que se ha necesitado, así como otros medicamentos, como sulfato de soda, ipecacuana, etc., a fin de distribuirlos y aplicarlos de preferencia a los enfermos pobres.

«Para atender a las poblaciones del río Magdalena, desde Calamar hasta Puerto Berrío, la Junta nombró Médicos de Sanidad en Calamar y Magangué, y envió en comisión al doctor Víctor Hoyos, de Ocaña, quien recorrió todas las poblaciones infectadas, atendiendo a los enfermos y enseñando las medidas profilácticas que deben observar las autoridades y el pueblo en este caso. Los resultados de estas medidas han sido satisfactorios, pues ya se ha dominado la epidemia, salvando muchísimas vidas. El Director de Higiene de Barranquilla, doctor Noguera, con celo y actividad ejemplares ha atendido las necesidades de las poblaciones, y ha estado suministrando suero, eme-

tina y demás medicamentos a los Médicos de que he hablado.

«¿Cuál ha sido la naturaleza de esta disenteria? Faltan, desgraciadamente, estudios microscópicos para aclarar el diagnóstico. Solamente en Medellín se ha hecho un estudio completo de la enfermedad, el que ha demostrado que allí reinó la disenteria bacilar. Que esta misma naturaleza ha tenido la disenteria en las demás regiones, lo demuestran la gravedad de la enfermedad, la alta mortalidad y los resultados que se han obtenido con la aplicación del suero. Por otra parte, sólo el hecho de que sea bacilar nos explica el que se haya propagado tan extensamente y a tan distintas regiones. Pero también debe tenerse en cuenta que en muchos lugares, al lado de la disenteria bacilar, se ha presentado la amibiana, a juzgar por el resultado que se ha obtenido con el tratamiento por la emetina.

«Llama también la atención el hecho de que al mismo tiempo que en la Costa Atlántica y en el norte de Antioquia y norte de Santander se presentara la disenteria, se la observó, en la misma forma grave, en varias poblaciones de Cundinamarca y Boyacá, sin que pueda invocarse el haberla traído enfermos de la Costa, pues en las poblaciones intermedias del río,

como Honda, Ambalema y Girardot, no se observó caso alguno de disenteria.»

El doctor *Guillermo Gómez* relata una observación clínica referente a un caso que estima de importancia, y presenta el enfermo, objeto de la observación, para que los señores académicos lo examinen y emitan su concepto. Se trata de un muchacho de unos diez y ocho años de edad, que tiene antecedentes neuróticos en su familia; la madre ha sufrido *ataques*, según él dice. Ha vivido en tierra caliente, pero no ha sufrido paludismo. Hace algunos años notó que la pierna y el pie izquierdos no crecían igualmente que los otros dos miembros del lado derecho. Hace poco tiempo notó que el abdomen, en el lado derecho, lo tenía, y lo tiene, más abultado que en el lado izquierdo. Un día, no hace mucho tiempo, orinó sangre, síntoma que lo alarmó y lo obligó a venir a Bogotá en busca de tratamiento médico.

Al examinar el doctor Gómez el enfermo, encontró una masa grande del lado derecho e inferior del abdomen. Este tumor había hecho creer al paciente que era naturalmente *más gordo* de ese lado, según él lo decía. Este tumor es indoloro. Como los principales síntomas del enfermo se referían a la vejiga, pues-

to que tuvo una hematuria reciente, el doctor Gómez hizo orinar al enfermo, lo que fue difícil, porque le informó que acababa de orinar. No obstante, haciendo algún esfuerzo, orinó unos cincuenta gramos de una orina de olor amoniacal muy pronunciado. Le pasó el doctor Gómez una sonda, y pudo extraer todavía algo más de setecientos gramos de orina de la misma naturaleza, después de lo cual desapareció completamente el tumor.

El doctor Gómez refiere los fenómenos clínicos de este enfermo a una lesión que, después de un detenido examen, ha hallado en la región lumbar de la columna vertebral; lesión que consiste en ausencia del cuerpo de la quinta vértebra lumbar, sin que haya en este punto tumor alguno ni adelgazamiento de la piel. Agrega el doctor Gómez que la sensibilidad general de la piel es normal, si se exceptúa una parte del escroto como de dos centímetros cuadrados, en que hay anestesia. Los reflejos son normales en ambos lados.

El doctor *A. Gómez Calvo* dice que por la historia clínica presentada por el doctor G. Gómez y por el examen que ha practicado en el enfermo que está presente, cree que se trate de dos enfermedades distintas: una que probablemente tiene origen en los centros ner-

viosos y cuyas manifestaciones se han localizado en la vejiga, produciendo una retención de la orina, o ya una hidronefrosis de origen mecánico que explican el tumor de la parte inferior y derecha del abdomen; y otra, que es la que ha producido la atrofia de la pierna y la mala configuración del pie; estas últimas lesiones las atribuye a una parálisis infantil, y termina relatando un caso de esta enfermedad que está tratando actualmente.

El doctor *R. Franco F.*, después de analizar el caso presentado por el doctor Gómez, se manifiesta en desacuerdo con el doctor Gómez Calvo; atribuye todos los fenómenos a alguna lesión de la medula, e insiste en que debe examinarse más detenidamente el enfermo para ver qué otras manifestaciones de ese origen se encuentran.

El doctor *J. M. Montoya* analiza también la observación clínica y expone las razones que tiene para desechar la idea de que las lesiones del pie y de la pierna sean causadas por una parálisis infantil.

El doctor *Esguerra* hace una exposición para dar las razones en que se funda para creer que las lesiones observadas son de origen medular.

El doctor *J. D. Herrera* manifiesta que en

este caso, por demás interesante, no ha hecho un verdadero diagnóstico, pero como tema de discusión sugiere la idea de que pueda tratarse de manifestaciones de histeria.

El doctor *J. Manrique* estudia las diversas opiniones emitidas, y cree que el cuadro clínico puede atribuirse a una espina bífida, y discute el caso desde este punto de vista.

El doctor *G. Gómez* da las gracias a los académicos por la atención que han prestado a su observación, y promete tenerlos al corriente de la marcha de la enfermedad.

En seguida el Presidente de la Academia dio cuenta a ésta, en sentidas frases, del fallecimiento del doctor Carlos E. Putnam, miembro de número de esta corporación, y hace un recuento de la labor de este distinguido médico, tanto en la Academia como en la sociedad.

Los doctores *C. Esquerro* y *P. García Medina* presentaron una proposición sobre honores a la memoria del doctor Putnam, la que fue aprobada por unanimidad (1).

La Presidencia designó a los doctores Guillermo Gómez y José M. Montoya para poner esta proposición en manos de la señora viuda del doctor Putnam.

(1) Esta proposición fue publicada en la página 194 del presente tomo de la *Revista Médica*.

A las once y quince minutos de la noche se levantó la sesión.

El Presidente, CARLOS ESGUERRA—El Secretario, *José M. Montoya*.

SESIÓN DEL 2 DE JULIO DE 1915

Se reunió la Academia a las ocho y treinta minutos de la noche.

Asistieron a la sesión los doctores Arboleada, Esguerra, Franco F., García Medina, Herrera J. D., Lleras A., Montoya, Salgar y Vargas S.

Concurrieron los miembros correspondientes doctores J. T. Henao y J. M. Pulecio.

Se aprobó el acta de la sesión anterior sin modificación.

El doctor Gómez C. se excusó de asistir, y envió una moción a la Academia para que se nombrara una Comisión encargada de estudiar la actual epidemia de disenteria, y rinda un informe. La Presidencia pasó esta moción a la Comisión de Epidemias.

El doctor *García Medina* propuso lo siguiente :

«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 M. Pulecio, Julio Aparicio y Ricardo Fajardo Vega, miembros correspondientes residentes en la capital.»

Explicada esta proposición por su autor y oído el informe del Secretario sobre las vacantes que hay en la Academia, se aprobó.

Hecha la elección, y escrutados los votos por los doctores Franco y Vargas S., se obtuvo el siguiente resultado :

Para llenar la primera vacante :

Por el doctor J. Tomás Henao.... 8 votos.

Por el doctor Fajardo Vega..... 1 —

Fue declarado electo el doctor Henao.

Para la segunda vacante :

Por el doctor Jesús M. Pulecio.... 8 votos.

Por el doctor R. Fajardo Vega. ... 1 —

Se declaró electo al doctor Pulecio.

Para la tercera vacante :

Por el doctor Julio Aparicio.... 9 votos.

Fue declarado electo el doctor Aparicio.

Para la cuarta vacante :

Por el doctor Ricardo Fajardo Vega. 9 votos.

Se declaró electo al doctor Fajardo V.

Los doctores Henao y Pulecio dieron las gracias a la Academia por la elección recaída en ellos, y tomaron posesión de sus puestos.

El doctor *García Medina* tomó la palabra

para dar cuenta a la Academia de que el 20 de este mes se inaugurará la Estación Sanitaria de Santa Marta, construída a solicitud de la Junta Central de Higiene y de acuerdo con los planos adoptados por dicha Junta. El edificio es muy elegante y cómodo, y es en realidad un hospital de observación, pues no se necesitaba construir allí una estación, porque existe la de Puerto Colombia, que es completa, y que es la Estación Central que nos obligan tener las Convenciones sanitarias internacionales.

« Este edificio—dice el doctor García Medina—está construído en un sitio pintoresco a la orilla de la hermosa bahía; tiene magnífica agua potable convenientemente distribuída, y planta eléctrica propia. Los edificios están construídos a prueba de ratas, y todas sus partes están perfectamente protegidas contra los mosquitos por una red metálica. Se construirán pronto un pequeño local para estufa de desinfección y un muelle. Todo se ha hecho de acuerdo con un plano estudiado y modificado por la Junta Central de Higiene y bajo la inmediata intervención del doctor Manuel Cotes, Director Departamental de Higiene del Magdalena, y a cuya ilustración y celo patriótico se debe el haber-

se construído este hospital con economía y al mismo tiempo con todos los requisitos que exige la ciencia.

«Construído este hospital de observación, la Junta Central de Higiene emprenderá la construcción de la estación sanitaria de Tumaco, tan necesaria para defender nuestras costas del Pacífico, puesto que la peste bubónica y la fiebre amarilla se presentan con frecuencia en algunos puertos de las Repúblicas del Sur, y especialmente en Guayaquil, Babahoya y Esmeraldas, puertos donde son estas enfermedades verdaderamente endémicas. La Junta ha ordenado elegir el sitio para la estación de Tumaco y formar los planos y presupuestos de las obras. Para éstas cuenta, como base, con la cantidad de \$ 11,000 oro, sobrante que quedó de la suma destinada para comprar dos aparatos Clayton con sus lanchas, que se han enviado a Buenaventura y Tumaco; sobrante que el Gobierno, a solicitud de la Junta, ha destinado para dar principio a la estación mencionada.

«Respecto al puerto de Buenaventura nada ha podido hacer la Junta, porque hay una ley de 1912 que dispone que todas las obras de saneamiento de este puerto se hagan contratándolas con una compañía extranjera. El

asunto ha quedado encomendado al Ministerio de Obras Públicas, de manera que la Junta no tiene en estas obras la ingerencia que tuvo y tiene respecto a los demás puertos.

« Si el próximo Congreso modifica esta ley, la Junta emprenderá la construcción de la estación sanitaria de Buenaventura y las obras de sanidad más urgentes, según los recursos que el Gobierno pueda destinar.

« El Ministerio de Obras Públicas ha hecho formar por una Casa inglesa los planos para el saneamiento completo del puerto, pero el gasto que el desarrollo de esos planos impondría a la Nación asciende a muchos millones. Preciso será, a lo menos por ahora, limitar los trabajos a las sumas de dinero que el Gobierno pueda conseguir en las actuales circunstancias. »

El Presidente de la Academia dio las gracias al doctor García Medina por esta información, y por su conducto felicitó a la Junta Central de Higiene por estas importantes labores.

A las diez y treinta minutos de la noche se levantó la sesión.

El Presidente, CARLOS ESGUERRA—El Secretario, *José M. Montoya*.

SESIÓN DEL 6 DE AGOSTO DE 1915

(Presidencia del doctor Carlos Esguerra).

Se reunió la corporación a las ocho y treinta minutos de la noche. Asistieron los doctores Camacho, Esguerra, Franco F., Guillermo Gómez, A. Gómez Calvo, Herrera J. D., Martínez N., Montoya y Pulecio.

El Presidente recibió al doctor Ricardo Fajardo Vega la promesa reglamentaria al ocupar el puesto de miembro de número de la Academia.

Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

Se leyeron sendas notas de los doctores José Tomás Henao, Ricardo Fajardo Vega y Jesús M. Pulecio, en que dan las gracias a la Academia por el nombramiento de miembros de número de la corporación.

El Presidente de la Junta de Festejos Patrios invita a la Academia a la entrega que el Gobierno Nacional hará al Municipio de una calle en la carrera 12.

El Presidente de la Academia acusó recibo dando las gracias, y excitó a los señores académicos para que concurren a esa fiesta.

Se dio lectura a un memorial firmado X. X. X., en que el solicitante pide que se le consi-

dere inscrito para el concurso de anatomía patológica, y ofrece poner a disposición del Secretario de la Academia las piezas anatómicas que ha preparado. Informa el Presidente que se ha accedido a esta petición, y que el concurso anatomopatológico quedó cerrado el 15 de julio último.

Se dio cuenta de una nota del Ministerio de Instrucción Pública en que consulta a la Academia la contestación que haya de darse a un memorial de varios estudiantes de los últimos años de la Facultad de Medicina, en que solicitan se les permita firmar certificados de defunción. El Presidente informó que habiendo resuelto ya la Academia una consulta semejante, se había contestado esta nota al Ministro transcribiéndole lo resuelto por la corporación.

En seguida el doctor *C. Esquerro* pidió la palabra para presentar al estudio de la Academia el siguiente proyecto que ha formulado, a fin de que, si el Gobierno lo acepta, se presente a las Cámaras Legislativas:

«PROYECTO DE LEY

que determina la manera como deben hacerse los nombramientos de los empleados públicos en los ramos de medicina legal y de higiene.

«Artículo 1º Desde la sanción de esta Ley, los médicos nacionales con diploma de las Fa-

cultades de Ciencias Naturales y Medicina que estén dispuestos a prestar sus servicios al Gobierno, se inscribirán como higienistas, médicos legistas o médicos militares, consultando sus conocimientos especiales 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.

«Artículo 2º Ningún médico podrá inscribirse en más de un grupo de los indicados en el artículo anterior.

«Artículo 3º En todos los nombramientos de practicantes que sea necesario hacer para estos servicios se empleará el sistema de concurso entre los estudiantes de los dos últimos años de la Escuela de Medicina.

«Los favorecidos en estos concursos serán siempre preferidos en lo sucesivo para llenar las vacantes que ocurran en los puestos inmediatamente superiores.

«Artículo 4º Los estudiantes de medicina que aspiren a seguir estas carreras oficiales, además de presentarse en los concursos, escogerán como tema de su tesis de doctorado un asunto relacionado con estas especialidades.

«Artículo 5º 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 se dirigirán por medio de un memorial al Ministerio respectivo para hacer 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 6º El Poder Ejecutivo reglamentará la ejecución de la presente Ley.»

Leído este proyecto, se pasó al estudio de los doctores Fajardo V. y Montoya.

El doctor *Guillermo Gómez* pidió luego la palabra para relatar un caso de herida perforante del abdomen, tratada en el Hospital de San Juan de Dios de esta ciudad por él y por el doctor Juan N. Corpas algunas horas después de haber sido herido el individuo. Este caso se presta a algunos comentarios interesantes. Es el primero el éxito operativo, pues el herido no presentó ningún síntoma alarmante terminada la intervención quirúrgica, y la convalecencia se efectuó con toda felicidad y sin movimiento térmico. Esto lo atribuye el doctor Gómez al hecho de que una vez terminada la sutura de las perforaciones intestinales y practicada la hemostasis, se introdujo una gran cantidad

de éter sulfúrico en la cavidad abdominal, práctica que, según afirma el doctor Gómez, ha disminuído considerablemente el peligro de las peritonitis postoperatorias. El segundo punto, que desea hacer resaltar el autor de esta comunicación, es que la mayor parte de las heridas que requieren tratamiento quirúrgico en la ciudad son producidas en las tabernas en individuos y por individuos que se hallan bajo la influencia de las bebidas alcohólicas, y pide que la Academia adopte alguna resolución sobre la manera de ejercer un control sobre las chicherías, lugares donde se envenenan física y moralmente nuestros obreros, y estima que debe aprovecharse la circunstancia de estar reunido el Congreso para tratar este asunto.

El doctor *R. Fajardo Vega* presenta a la consideración de la Academia un proyecto de modificaciones al Código Penal en lo relativo a heridas y malos tratamientos. Como este trabajo es bastante largo, se limita el doctor Fajardo a leer algunos fragmentos, con que demuestra de un modo concluyente que nuestro pueblo es poco inclinado a las riñas, pero que como abusa de la chicha, es en las tabernas donde, bajo la influencia de ese licor, riñen y se hieren nuestros trabajadores. Los

días en que por alguna causa la autoridad hace cerrar las tiendas en que se venden chicha u otros licores embriagantes, las riñas cesan, y en los días siguientes disminuye notablemente el trabajo en la Oficina de Medicina Legal.

El doctor *Martín Camacho* presenta un estudio sobre analgesia en el parto, basado en los trabajos y observaciones que el Profesor Ribemont de Seignes presentó a la Academia de Medicina de París en julio del año pasado. Lee el trabajo del Profesor francés y termina relatando algunas observaciones que ha podido recoger en su práctica. En los casos personales a que el doctor Camacho se refiere, el parto se efectuó sin dolor, gracias a la inyección de *eutocina*. Cree el doctor Camacho que con este medicamento se ha resuelto el problema de obtener el parto sin dolor, pues no produce ninguna alteración en la fisiología del alumbramiento: solamente quita el dolor. Para las criaturas tampoco tiene peligro la aplicación de esta sustancia; tal vez se tarden un poco en respirar, pero esto podría considerarse como una ventaja, pues se evita el peligro de que hagan movimientos respiratorios antes de tiempo.

Terminada la exposición del doctor Camacho, informa el Secretario que el concurso de

anatomía patológica se cerró el 15 de julio, de acuerdo con lo resuelto por la Academia, y que hay varias piezas anatómicas en la Secretaría que llenan las condiciones exigidas.

El Presidente nombra a los doctores J. T. Henao y J. D. Herrera para que integren el Jurado de calificación del concurso.

A las once y treinta minutos de la noche se levantó la sesión.

El Presidente, CARLOS ESGUERRA—El Secretario, *José M. Montoya*.

SESIÓN DEL 20 DE AGOSTO DE 1915

(Presidencia del doctor Carlos Esguerra).

En el local de la Academia, y a las ocho y treinta de la noche, se reunió la corporación. Concurrieron a la sesión los doctores A. Arboleda, M. Camacho, C. Esguerra, R. Franco F., Gómez C., J. T. Henao, J. D. Herrera, F. Lleras A., J. Manrique, J. M. Montoya, J. M. Pulecio y J. Vargas S. Se excusó el doctor García Medina.

Se leyó el acta de la sesión anterior, y puesta en discusión, el doctor Camacho observa que, en su concepto, hay en ella algún error, pues cree que al relatar su historia clínica el doctor G. Gómez, dijo que el enfermo tuvo un

movimiento febril que subió a los 38°, el cual terminó sin tratamiento, y en el acta se dice que en absoluto faltó movimiento febril. Se dispuso dejar constancia de esta observación, y el acta se aprobó.

El doctor Julio Aparicio envió una nota en que manifiesta que acepta el nombramiento de miembro de número de la Academia y da las gracias por esta honrosa distinción.

Se leyó un oficio del Ministro de Instrucción Pública en que solicita el concepto de la Academia sobre la interpretación que debe darse al artículo 12 de la Ley 83 de 1914, relativo a las licencias que hayan de concederse a los farmacéuticos.

Los doctores *Manrique* y *Camacho* proponen:

«Envíense al señor Ministro de Instrucción Pública las modificaciones que la Academia apruebe en dos sesiones especiales respecto a la Ley 83 de 1914, previo estudio de dos Comisiones plurales, que tendrán en consideración todos los proyectos que sobre la materia se hayan presentado a esta Academia, para que si lo tiene a bien, el Ministro las presente al Congreso.»

El doctor *Camacho* toma la palabra para explicar y sostener esta proposición. Cree que

no habiendo tenido la Academia participación alguna en la redacción de la actual Ley, pues no se le consultó ni cuando se elaboró ni cuando se discutió en las Cámaras, no le corresponde a ella fijar la interpretación que debe dársele.

El doctor *J. T. Henao* manifiesta que no está de acuerdo con esta proposición, porque él conoce los grandes obstáculos con que tropieza una ley sobre reglamentación de la profesión médica. Observa que aunque la que hoy rige fue expedida cuando él ocupaba un puesto en la Cámara de Representantes, nada pudo hacer para modificarla convenientemente, dada la grande oposición que ella tuvo entre los Representantes que no eran médicos, que eran los más, como es sabido. Los médicos de la Cámara resolvieron dejarla pasar aun con esos defectos, porque sin duda habría sido peor que la hubieran negado. Cree que un nuevo proyecto correrá la misma suerte, pues hay muchos legisladores opuestos a la reglamentación, y quienes en último caso lo que procuran es salvar a algún pariente o amigo que ejerce la profesión sin tener diploma. Cree el doctor Henao que lo mejor es ir modificando poco a poco la actual Ley, y suprimiéndole lo que la práctica indique que es inútil o inconveniente.

Sometida la proposición a votación, fue negada.

El doctor *J. D. Herrera* devuelve el trabajo del doctor Solano sobre reglamentación del ejercicio de la medicina, y que se sometió al estudio de la Academia. Manifiesta el doctor Herrera que él no presenta informe, porque aunque el doctor Solano puede estar en lo cierto, el punto es muy complicado, y se limita a proponer lo siguiente:

«Solicítese de las Cámaras Legislativas que se derogue el artículo 6º de la Ley 83 de 1914, con el párrafo correspondiente.»

En la discusión de esta proposición tomaron parte casi todos los académicos presentes, quienes están de acuerdo en que es necesaria esta reforma.

Los doctores Camacho, Manrique y Henao sientan esta proposición:

«Suspéndase lo que se discute y considérese lo siguiente:

«Estúdiense el proyecto del doctor Solano en las sesiones que fueren necesarias para conocerlo y dictaminar sobre él.»

Después de una larga discusión se aprobó esta proposición y se negó la del doctor Herrera.

El Profesor *Federico Lleras A.* presenta una comunicación relativa a la naturaleza del nuevo medicamento llamado *eutocina*, para evitar los dolores del parto. De los experimentos de laboratorio que ha hecho el doctor Lleras A. deduce que tal sustancia no es sino morfina aplicada en dosis muy fuerte. Informa que en vista de estos datos, en el Hospital de San Juan de Dios de esta ciudad, en el servicio de maternidad, se han ensayado inyecciones de tres centigramos de clorhidrato de morfina, con el mismo resultado que el de la *eutocina*.

El doctor *Camacho* observa que cuando esta droga fue presentada por el Profesor Ribemont de Seignes, éste afirmó que era un nuevo producto obtenido por medio de un proceso en el cual la morfina se sometía a la acción de algunos fermentos, y que aunque la base era el clorhidrato de morfina, esos fermentos obraban de alguna manera especial sobre la sal de morfina, haciéndola perder sus propiedades tóxicas, por lo cual se podía aplicar en las parturientes sin peligro para ellas ni para las criaturas.

El Profesor *Lleras A.* replica que si se tratara de un cuerpo nuevo formado en las condiciones que indica el doctor Camacho, se ob-

servaría a lo menos alguna modificación en las reacciones químicas de la morfina; pero que él no ha podido hallar diferencia alguna en las reacciones que ha obtenido en el laboratorio, comparando las de la *eutocina* con una solución de tres centigramos de morfina.

A las once y veinte minutos de la noche se levantó la sesión.

El Presidente, CARLOS ESGUERRA—El Secretario, *José M. Montoya*.

SESIÓN DEL 10 DE SEPTIEMBRE DE 1915

(Presidencia del doctor Carlos Esguerra).

Se abrió la sesión a las ocho y treinta minutos de la noche. Asistieron los doctores C. Esguerra, R. Fajardo, V. Gómez, Henao, Herrera, Lleras A., Montoya, Muñoz R., Pulecio, Uerós y Vargas S.

Se aprobó el acta de la sesión anterior, con una aclaración del doctor Henao.

El doctor *J. D. Herrera* presenta el informe que él y el doctor Henao rinden, en desempeño de la comisión que se les dio de formar el Jurado de calificación en el concurso de anatomía patológica. El informe termina con la siguiente proposición:

«1º Adjudicase el primer premio al autor

de las piezas y estudio marcados con el seudónimo *Micros*.

«2º Adjudicase el segundo premio al preparador de las piezas marcadas X. X. X.

«3º Concédese diploma o mención honorífica a los autores de las demás piezas.

«4º Pásense las piezas presentadas al museo de la Academia, y publíquese en la *Revista Médica* el resultado del concurso.»

Esta proposición fue aprobada por unanimidad.

Abiertos los pliegos que contenían los nombres de los que tomaron parte en el concurso, se vio que el seudónimo *Micros* correspondía al señor Carlos M. Pava; el de X. X. X., al señor Alzate Betancourt; el 77, a los señores Pedro J. Amaya y Daniel Hernández, y el 44, al señor Daniel Hernández.

En seguida el doctor Herrera propuso:

«Divídase la suma destinada para los premios del concurso, así: dos terceras partes, para comprar obras de medicina o instrumentos de cirugía para el primer premio, y una tercera parte para adquirir objetos de la misma clase para el segundo premio. Tanto al primer premio como al segundo se adjudicarán diplomas de primera y de segunda clase, respectivamente, y a los otros, mención honorífica.»

Se aprobó esta proposición.

El doctor *Lleras A.* pide la palabra y dice que de acuerdo con lo ofrecido en la última sesión, ha hecho ensayos acerca de la toxicidad de la *eutocina* en ratones blancos, comparando su efecto con dosis semejantes de una solución titulada de clorhidrato de morfina, y que la *eutocina* ha dado resultados más tóxicos que la solución de morfina.

El Presidente informa que algunos miembros de la Comisión que en la Cámara de Representantes estudia el proyecto de ley «que reforma la 83 de 1914, sobre reglamentación del ejercicio de la medicina,» han solicitado informes sobre este asunto y desean saber la opinión de la Academia en el particular; y que cree conveniente citar a los miembros de la citada Comisión para una reunión privada de la Academia, para que cada académico exponga en ella sus ideas.

Después de una detenida discusión se resolvió invitar para esa reunión a todos los Senadores y Representantes que se interesen en este asunto, y muy especialmente a los médicos que forman parte de la Representación Nacional. Esta reunión deberá efectuarse el lunes 13 del presente en el salón rectoral de la Facultad.

A las diez y veinticinco minutos de la noche se levantó la sesión.

El Presidente, CARLOS ESGUERRA—El Secretario, *José M. Montoya*.

SESIÓN DEL 1º DE OCTUBRE DE 1915

(Presidencia del doctor Carlos Esguerra).

Se reunió la Academia a las ocho y treinta minutos de la noche, con asistencia de los doctores C. Esguerra, R. Fajardo V., A. Gómez Calvo, Martínez, Montoya, R. Muñoz, J. M. Pulecio, T. Rojas, R. Ucrós, J. Vargas S., y el miembro correspondiente doctor Julio Zu- loaga.

Se aprobó el acta de la sesión anterior, sin modificación alguna.

Se dio lectura a una nota del doctor Ricardo Gutiérrez Lee, Ministro de Colombia en Cuba, en que anuncia la muerte del sabio médico cubano doctor Carlos J. Finlay, acaecida en la ciudad de La Habana el 20 de agosto último; hace un recuento de la vida del ilustre cubano, quien descubrió que el agente transmisor de la fiebre amarilla es el estegomia.

Los doctores *Martínez* y *Pulecio* presentaron la siguiente proposición:

«La Academia Nacional de Medicina de Colombia, considerando que ha fallecido en La Habana el sabio médico-cubano doctor Carlos J. Finlay, comisiona al Presidente de la Academia para que, interpretando los sentimientos de pesar producidos en el seno de la corporación, se dirija al Presidente de la República de Cuba y a la Academia de Medicina de ese país y les manifieste su sincero pésame por la irreparable pérdida sufrida.»

Esta proposición fue aprobada por unanimidad.

El Presidente informó que se había celebrado la reunión privada que acordó la Academia para tratar con varios miembros del Congreso Nacional de la Ley 83 de 1914, y se habían acordado varias modificaciones importantes, quedando la Ley limitada a cuatro artículos. Estas modificaciones se presentarán al Congreso.

El doctor *J. M. Montoya* presentó un informe relativo al trabajo que el doctor R. Fajardo Vega presentó sobre reformas al Código Penal, en lo relativo a heridas y maltratamientos. Este informe termina con las siguientes proposiciones, que fueron aprobadas:

«1º La Academia Nacional de Medicina recomienda al estudio del Congreso el proyecto

de ley que se acompaña al trabajo del doctor R. Fajardo Vega.

«2º La Academia excita a los miembros del Congreso para que dicten algunas medidas para combatir el alcoholismo, y especialmente para que la chicha sea elaborada como lo indiquen las Juntas de Higiene.

«3º Publíquese el trabajo del doctor Fajardo Vega en el órgano de la Academia.»

El doctor *Gómez Calvo* pregunta si hay constancia de que se hubiera enviado al Congreso un proyecto de ley elaborado por él y por el doctor Putnam sobre la manera de reconocer los individuos atacados de enajenación mental. El Secretario informó que no se le podía suministrar inmediatamente el dato. El doctor Gómez C. le ofreció traer dicho proyecto para la próxima sesión.

El doctor Vargas Suárez informa que se halla en el recinto de la Academia el miembro correspondiente doctor Julio Zuloaga, quien desea hacer una comunicación.

El Presidente concede la palabra al doctor Zuloaga, y éste lee un trabajo sobre algunos casos de balantidiosis, que son probablemente los primeros observados y descritos en el país.

El Presidente dio al doctor las gracias por

su importante comunicación, y dispone que ésta se publique en la *Revista Médica*.

A las diez y cuarenta minutos de la noche se levantó la sesión.

El Presidente, CARLOS ESGUERRA—El Secretario, *José M. Montoya*.

TRABAJOS ORIGINALES

La tocanalgina (eutocina).

Comunicación del doctor Martín Camacho a la Academia Nacional de Medicina de Bogotá en la sesión del 6 de agosto de 1915.

Señores académicos:

Hay en obstetricia dos grandes problemas que han sido la preocupación constante de los tocólogos en todos los países del orbe: la *asepsia* y la *anestesia*. El primero hace ya muchos años que ha quedado resuelto, y el fantasma de la infección puerperal puede asegurarse que en los tiempos actuales no existe. El segundo, o sea la anestesia, a pesar del sinnúmero de drogas y de métodos empleados, quedaba siempre en pie, y el factor dolor no había podido ser borrado en la marcha normal del trabajo.

Quiero tratar con algunos pormenores de la anestesia en obstetricia, y no puedo ocultar mi entusiasmo al declarar a la Academia que el segundo problema también ha quedado definitivamente resuelto, gracias al importante descubrimiento hecho en París por el doctor Pierre Lauren y por el químico Georges Pau-

lin, quienes, en abril de 1914, después de largos ensayos en los laboratorios, han podido preparar un medicamento llamado primitivamente *tocanalgina*, y al que más tarde han dado el nombre de *eutocina*.

Hay dos especies de anestesia: la *anestesia completa*, que se caracteriza por la desaparición de la sensibilidad, de la inteligencia y de los movimientos; es ésta la que se emplea en cirugía general, y la *anestesia incompleta* o *semianestesia*, analgesia o anestesia obstétrica propiamente dicha.

Los narcóticos fueron empleados por los antiguos durante el parto; el poeta griego Teocito, antes de la era cristiana, señala el hecho.

Para suprimir o disminuir el dolor durante el alumbramiento se han empleado multitud de medicamentos, siendo los principales los siguientes: cloroformo, éter, cloral, antipirina, cocaína empleada localmente o por el método de raquicocainización, estovaina, opio y sus derivados, cloroformo y éter, bromuro de etilo y cloroformo, cloroformo y cloral, cloroformo y morfina; cloroformo, morfina y atropina; cloroformo, cloral y cocaína; cloroformo, morfina y esparteína, escopolaminamorfina, cocaína y belladona, oxígeno y ácido nitroso, bi-

cloruro de metileno; la mezcla A. C. E. (alcohol, cloroformo, éter), amileno. Debemos agregar a esta lista el hipnotismo, que empleado en las histéricas ha dado en ocasiones buenos resultados. La leyenda nos cuenta que Apolo, hijo de Latona, la diosa protectora de los troyanos, vino al mundo en estas condiciones.

De la larga serie de medicamentos que he mencionado, no trataré sino únicamente de aquellos que han dado resultados, o por lo menos que han gozado de cierta fama en algunas clínicas y durante algunas épocas.

CLOROFORMO

El cloroformo, descubierto por Sir James Y. Simpson, fue empleado por él en obstetricia el 20 de noviembre de 1847. El 7 de abril de 1853 James Clark empleó el cloroformo para el octavo parto de la Reina Victoria de Inglaterra, y lo usó de nuevo en 1857. Desde esta época se le dio a este procedimiento el nombre de anestesia *a la reina*. Por esos tiempos gozó el cloroformo en Inglaterra de grandes simpatías, y no sería extraño que buena parte de ese entusiasmo obedeciera a un espíritu de *snobismo*. En el año de 1874 Houzelot de Meaux presentó una memoria sobre el empleo del cloroformo en obstetricia, y más

tarde, en 1857, Blot consagró su tesis de agregación al mismo asunto. En 1874 y 1877 Campbell publicó dos importantes memorias tituladas *Narcosis uterina directa durante la anestesia obstétrica*. Pajot en importantes discusiones se declaró enemigo acérrimo del cloroformo, y llegaba hasta negar la acción anestésica. En 1878 Pinard, en su tesis de agregación, *Acción comparada del cloroformo, del cloral, del opio y de la morfina en la mujer en trabajo*, se declara francamente adverso al empleo de la anestesia *por el cloroformo en obstetricia*.

En 1896, en un importante trabajo publicado en *The British Gynecologic Journal*, Bellamy Garder estudia las diferentes sustancias empleadas para la anestesia obstétrica y deduce conclusiones poco favorables al empleo del cloroformo en asocio de otros medicamentos.

Los estudios de Campbell de la acción del cloroformo sobre el sistema nervioso, y los diferentes estados por los cuales pasa éste antes de llegar a la narcosis completa, dieron la clave para emplearlo como atenuante de los dolores durante el trabajo. Se sabe que durante la anestesia clorofórmica la sensibilidad desaparece primero, y de los tres modos de ésta,

es la sensibilidad al dolor o analgesia la que primero se pierde; viene después la sensibilidad al calor o termoanestesia, y en fin, la sensibilidad del tacto. Después de la sensibilidad desaparece la inteligencia y luego la motilidad.

Aplicado el cloroformo a una mujer en trabajo, se observa lo siguiente: después de las primeras respiraciones del agente anestésico se atenúan para desaparecer luego los dolores periuterinos, esto es, los dolores de los muslos y de la región lumbar. Viene luego la desaparición de los dolores uterinos propiamente dichos; la parturiente se da cuenta de las contracciones del músculo uterino, pero el dolor se registra con menos intensidad. Un grado más en la anestesia, y se llega a la cloroformización *a la reina*.

Es necesario advertir que esta marcha en la acción analgésica y anestésica del cloroformo no es siempre idéntica. En multitud de casos la pérdida del dolor uterino, propiamente dicho, no se obtiene sino llevando la anestesia a su último período.

Pinard, después de haber estudiado largamente la acción del cloroformo sobre la fiebre uterina, llega a la misma conclusión que Bally y Campbell, es decir, que el cloroformo

disminuye las contracciones en *fuerza, frecuencia y duración, y en ocasiones puede suprimirlas completamente*. El cloroformo no tiene influencia sobre la rigidez anatómica del cuello uterino; apenas tiene acción sobre el espasmo del orificio cervical. En la retracción permanente producida por pérdida total del líquido amniótico o empleo del cornezuelo de centeno no tiene acción benéfica alguna.

Pinard resume así su opinión sobre el empleo del cloroformo:

1.º Es un peligro de muerte para una función fisiológica.

2.º Aumenta la duración del trabajo, porque disminuye las contracciones del músculo uterino.

3.º Favorece las hemorragias por la misma causa, provocando la inercia del útero.

4.º El cloroformo ataca la retractilidad más que la contractilidad uterina.

ETER

Antes que el cloroformo fue empleado el éter para obtener la anestesia durante el parto; el 19 de febrero de 1847 lo usó por primera vez Simpson para practicar una versión; en América lo usó algunos meses después, el 7 de abril del mismo año, N. C. Keep, de

Boston. En Francia fue poco empleado, debido a los malos resultados que obtuvo Dubois; las enfermas morían de fiebre puerperal, y sin razón ninguna se atribuía a la acción del anestésico la causa de la infección. Por el contrario, en cirugía se ha usado siempre en Lyon, Nápoles, en los Estados Unidos, especialmente en Boston; en Rochester los hermanas Mayo lo usan siempre.

En obstetricia puede emplearse para producir la simple analgesia o la anestesia completa. Reemplaza al cloroformo en las enfermedades cardíacas, en los casos de grandes hemorragias con tendencia al síncope, en la placenta previa que requiere una versión; en los abortos, las rupturas uterinas, en los desprendimientos de la placenta; es un tónico cardíaco, levanta la tensión arterial y congestiona los centros nerviosos.

Está contraindicado en las nefritis, en los ataques eclámpticos, en las afecciones pulmonares, en el bocio; y no hay que olvidar que los vapores de éter se inflaman con gran facilidad.

COCAINA

Se ha usado la cocaína en soluciones fuertes de cuatro y cinco por ciento (4 y 5 por 100). En unturas locales sobre el cuello uterino, o

bien introduciendo tapones en la vagina para insensibilizar el perineo, antes de la salida de la cabeza, por Polk, de Nueva York. Se ha empleado igualmente en inyecciones hipodérmicas en los grandes labios, o en la región perineal en soluciones al 1 por 100. La anestesia es pues muy limitada: apenas atenúa los dolores terminales, y empleando soluciones tan activas, se expone a los fenómenos de intoxicación cocaínica.

En 1885 Leonardo Corning aplicó como método de anestesia quirúrgica la inyección de una solución de cocaína en el canal raquídeo para obtener la anestesia del segmento inferior del cuerpo; este método fue perfeccionado algunos años más tarde con los estudios de Quinche en 1891 sobre la punción evacuadora del líquido céfalorraquídeo; de Sicard, en 1898, para llevar el suero antitetánico en el espacio subaracnoideo; de Bier, en el mismo año; de Tuffier, en 1899, y en los últimos tiempos, por los trabajos de Doleris y Malarctic, Chaput y Chipault. Este método se conoce bajo los nombres de *Método de Bier*, *Método de Corning*, *Procedimiento de Tuffier*, *Operación de Chicago*.

No me detengo a estudiar la técnica de la raquicocainización, ya sea que se emplee el

procedimiento de Tuffier, la punción lombosacra aconsejada por Chipault, o la punción epidural sacrocoxígea, siguiendo la técnica de Sicard y Cathelin. Quiero hacer algunas consideraciones sobre el empleo de este método en obstetricia. Las primeras aplicaciones fueron sugeridas por Bumon a Kreiss en la Fraunklinik de Basilea, por Doleris y Gueniot; a pesar de los resultados que en varios casos fueron satisfactorios, y de la acción ocitóxica manifiesta del alcaloide, los autores citados no se declaran partidarios absolutos del método. Kreiss dice que no conviene en los casos en que hay necesidad de contar con una fuerte participación de la pared abdominal, en las parturientes ansiosas, y en que los vómitos y cefalea son intensos. Gueniot rechaza la quicocainización en las afecciones crónicas del corazón, de los órganos respiratorios y de los centros nerviosos. Se nota la imposibilidad de practicar las intervenciones manuales en la matriz, debido a la acción excitante de las contracciones uterinas. Debemos señalar igualmente las observaciones del doctor Enrique Gómez A., hechas en el Hospital de San Juan de Dios, y las conclusiones a que llega él en su trabajo, y que son las siguientes:

«Veamos si la ventaja de hacer indoloro

el parto con este método de anestesia es una ventaja real. Por una parte, la duración de la analgesia es pasajera, apenas dura de una hora a hora y media; prácticamente es casi imposible repetir la inyección, y por otra, ésta no deja de presentar accidentes molestos.

«En efecto, inmediatamente después del período de expulsión, la mujer entra en un estado de grato reposo, de calma reparadora, un sudor agradable humedece su cuerpo, y un sueño profundo y tranquilo viene a reemplazar las horas de terrible angustia; en fin, se observan en ella los fenómenos que más comúnmente siguen a las grandes conmociones nerviosas, fisiológicas o morbosas. Ahora bien: en el 50 por 100 de los casos, por lo menos, la cefalalgia, la elevación de temperatura, los vómitos consecutivos a la inyección, roban a la parturiente el ansiado reposo cuando más lo necesita.

«Si a todo esto se agrega el dolor producido por la introducción de una aguja de ocho centímetros de largo por seis décimos de milímetro de diámetro, es fácil establecer que la raquicocainización no debe ser empleada sistemáticamente en el parto fisiológico.

«Quedará como método de anestesia útil en

las operaciones obstetricales, dentro de los límites que le señalen las indicaciones» (1).

ESCOPOLAMINAMORFINA

En 1899 el neurologista Schinderling recomendó la asociación de la escopolamina con la morfina como medio de obtener la anestesia quirúrgica. Tres años después, en 1902, Steinbuchel fue el primero en recomendar este procedimiento en obstetricia. Numerosos tocólogos comenzaron a usarla en diferentes clínicas; señalemos los principales: Kröning y Gauss, en la Fraunklinik de Friburgo; Greene, Neivell, Halfpenny, Vrooman, Leopoldo, Avarffy, Jh. H. Crown, Hatan, Kleinertz, Seffens, Hocheisen Veit, Lequeux, Hatcher, Joseph B. de Lee, tocólogo de Chicago, en el Laying-in Hospital. Este procedimiento fue bautizado en América con el nombre de *sueño crepuscular* (*twilight sleep*).

A pesar del gran número de experimentos que se hicieron, fue abandonado completamente. Doce años más tarde Kröning llamó de nuevo la atención del mundo científico a la combinación de escopolaminamorfina, en una comunicación presentada en Chicago, apoya-

(1) *La Raquicocainización*, por el doctor Enrique Gómez A. Tesis para el doctorado—1902.

da en 3,000 casos en los cuales había obtenido buenos resultados. En esa época se hallaba en Friburgo el doctor Joseph B. de Lee estudiando el método tal como se practica en esa clínica, y en diez casos observados allí mismo confirmó los malos resultados y tuvo la misma mala impresión que doce años antes en América. Hé aquí sus propias palabras: «Se observa asfixia y narcosis de los niños; prolongación del trabajo, a menudo de horas, y algunas veces de días; hay falta de rotación de la cabeza, esto es, las tres condiciones que hacen necesaria una aplicación de forceps. Se observa, además, delirio, agitación, modificaciones del corazón y de la respiración, hemorragia *postpartum*, dificultad en mantener correcta la asepsia durante la expulsión, en resumen: resultados siempre inciertos.» El método de Friburgo fue abandonado en las clínicas de Berlín, Hidelberg, Dresden, Munich y Viena, después de haberlo usado por algún tiempo.

La técnica del método es la siguiente:

Comenzado francamente el trabajo, y cuando los dolores están separados por intervalos de 4 a 5 minutos, y de 30 segundos de duración, se aplica la primera inyección con $\frac{1}{6}$ de grano de clorhidrato de morfina y $\frac{1}{150}$ de

escopolamina. Kroning y Gauss aconsejan la *scopolamin kaltbar*, que es una solución esterilizada al autoclave e inalterable que se encuentra en ampolletas, o de soluciones patentadas análogas; 45 minutos después de la primera inyección, se aplica una segunda, pero solamente con $\frac{1}{200}$ de grano de escopolamina.

Cada hora se aplica una nueva inyección con $\frac{1}{150}$ a $\frac{1}{300}$ de escopolamina. En los partos muy largos se repite de nuevo la inyección de morfina, de $\frac{1}{8}$ de grano.

El objetivo de este método es mantener la parturiente en un estado continuo de amnesia, lo cual clínicamente se aprecia examinando por intervalos regulares la memoria de la enferma. No es indispensable mantener oscura la habitación, y basta velar la cara de la enferma y guardar silencio. Inmediatamente después de la segunda inyección se interroga a la paciente sobre sus recuerdos anteriores. Si ha visto al médico o enfermera, o por otras preguntas similares. Al cabo de una hora, por regla general, la enferma se adormece, pero hay que tener mucho cuidado de que no caiga en absoluta inconsciencia. La cara enrojecida, las pupilas en miosis, las conjuntivas congestionadas, la garganta seca, el pulso de

90 a 120 por minuto, y la piel caliente, tal es el cuadro que se tiene a la vista. Durante los dolores la enferma se mueve con inquietud, se vuelve *de un lado a otro*, *se queja*, ocasionalmente abre los ojos para volver a adormecerse cuando el dolor pasa. La enferma responde incoherentemente a las preguntas que se le hacen y a menudo olvida terminar una conversación principiada. A medida que aumenta el trabajo, la inquietud de la enferma crece rápidamente, haciéndose indispensable en muchos casos sujetarle las manos que lleva a los órganos genitales externos, todo lo cual compromete la asepsia rigurosa y hace necesaria la aplicación de algunas inhalaciones de éter para la expulsión de la cabeza.

Durante el trabajo, y especialmente en el segundo período, hay que auscultar con frecuencia el corazón fetal, que oscila entre 100 y 188 pulsaciones por minuto; las variaciones fuera de estas cifras requieren una aplicación inmediata de forceps, lo mismo que la presencia del meconiom.

El niño rara vez grita al nacer: está asfixiado y narcotizado, estado que demanda un cuidado especial empleando todos los métodos de respiración artificial; Williams ha observado un caso de narcosis de seis horas.

El parto, en la mayoría de los casos, se prolonga o se retarda considerablemente; en estas circunstancias se hace necesaria la inyección de una sustancia ecbólica, tal como la hipoficina, o bien debe hacerse uso del forceps. Polak tiene como regla lo siguiente: «Aplicar el forceps en las múltiparas una hora y en las primíparas dos horas después de la dilatación.» Para la extracción artificial de la placenta y la sutura del perineo se tropieza con el inconveniente de que la enferma se mueve con fuerza, no obedece a las órdenes del médico y es necesario emplear el éter en todos los casos. En ocasiones la simple inspección de un desgarro perineal requiere la anestesia general.

Un inconveniente, que no debe olvidarse, es que cuando el dolor es demasiado intenso en el período de expulsión, la enferma recobra la memoria y el efecto del tratamiento se pierde.

Las hemorragias *postpartum* no son más frecuentes que en los alumbramientos espontáneos, pero se presentan siempre en las extracciones artificiales de la placenta.

Las enfermas recobran las facultades intelectuales de una a seis horas después del parto, no conservan sino ligeros recuerdos del

trabajo, a menudo preguntan qué día es, pero si los dolores han sido muy intensos, el recuerdo de los sufrimientos es más neto. Las contraindicaciones son las siguientes: estrechez de la pelvis, inercia uterina, afecciones pulmonares y cardíacas, placenta previa, eclampsia, muerte del feto, intolerancia por la atropina. En un 30 por 100 de los casos solamente puede usarse el tratamiento, pues en general las enfermas se muestran refractarias, y se necesitaría emplear grandes cantidades del medicamento para obtener la amnesia.

Para resumir los inconvenientes de la amnesia por la escopolamina, debo repetir las conclusiones a que ha llegado el doctor De Lee: «Requiere un alto grado de habilidad en obstetricia, lo mismo que para conducir la semi-narcosis; una atención inmediata por un partero, y no puede emplearse el método sino en maternidades muy bien instaladas. Estoy convencido de que, al generalizarse el método, se observará la *misma mortalidad maternal y fetal que hace doce años.*»

CLORAL

El cloral ha sido empleado para minorar los dolores del alumbramiento, pero para obtener este resultado son necesarias grandes dosis, que son peligrosas y originan alteraciones gra-

ves del epitelio renal. La acción de esta droga es análoga a la del cloroformo.

PROTOXIDO DE AZOE Y OXIGENO

El protóxido de ázoe fue usado por la primera vez en 1878; en diferentes épocas se ha empleado desde entonces sin mayores resultados. Ha sido muy recomendado por Lynch, pero no ha sido generalizado su empleo. Durante el embarazo, varios dentistas se han servido de este analgésico con el fin de practicar fácilmente avulsiones dentales. El gas hilarante sólo tiene muchísimos inconvenientes, que se contrarrestan en parte combinándolo con el oxígeno; en este caso son necesarias grandes cantidades de este gas para evitar la asfixia a los recién nacidos.

Por el estudio analítico que acabo de hacer de los principales métodos empleados para obtener la analgesia durante el parto, se echa de ver que hasta ahora no tenía la ciencia un procedimiento eficaz en todos los casos, inofensivo y sin peligros para la madre y el hijo. Sin embargo, como dije al principio de esta comunicación, las dificultades están vencidas gracias al importante descubrimiento de la *tocanalginaeutocina Laurent*. Hoy se pueden

aliviar sin peligros los intensos dolores de la maternidad, que habían resistido a toda terapéutica y tenían el estigma de una maldición: «Parirás en los dolores.»

Antes de relatar mis propias observaciones, para que la Academia pueda juzgar del valor del nuevo método, me permito leer en la presente sesión las interesantes comunicaciones de los distinguidos tocólogos los Profesores A. Pinard y Ribemont de Saignes, hechas en la sesión de la Academia de Medicina de París el 21 de julio de 1914, fecha memorable en la historia de la obstetricia.

Las observaciones que presento son cinco: tres en múltiparas y dos en primíparas; en ninguno de los casos se presentó nada anormal en el curso del embarazo, y en el acervo patológico no se encuentra nada que deba mencionarse.

La primera aplicación de *tocanalgina* la practiqué el 17 de abril del año en curso en una enferma cuya historia clínica es la siguiente:

OBSERVACIÓN I

N. N., de treinta años de edad; ha tenido un parto a término hace seis años; luégo, tres abortos de algunos meses. Durante el quinto embarazo pude examinarla más o menos al

tercer mes, y presentaba manifestaciones claras de sífilis, tanto en la cavidad bucal como en los órganos genitales externos, manifestaciones que cedieron a un tratamiento intenso con inyecciones hidrargíricas de cinco centigramos de benzoato; la albúmina pronto cedió igualmente al tratamiento específico; la gestación siguió su curso normal, y el parto se presentó a término. El trabajo duró seis horas, y el niño nació en buen estado. Murió unos meses más tarde a consecuencia de una infección intestinal. La enferma volvió a concebir de nuevo, pero interrumpió el tratamiento mercurial y tuvo un nuevo aborto de cinco meses. El séptimo embarazo es al que me refiero especialmente en esta observación. Desde el primer mes fue sometida a una intensa medicación con preparaciones mercuriales; inyecciones de benzoato, que se suspendieron por lo dolorosas; fricciones con unguento napolitano; píldoras de Ricord y jarabe de Gibert. Estas dos últimas preparaciones fueron admirablemente soportadas por la enferma. No se presentó complicación. La albúmina, que nunca había faltado, no se observó en esta ocasión. El embarazo llegó a término, y el día 17 de abril, a las ocho de la noche, se presentaron los primeros dolores, que al principio, poco intensos

y con un intervalo de quince minutos, fueron bien soportados por la enferma. A las diez de la noche se hicieron más frecuentes e intensos, a punto de ser casi intolerables para la parturiente. A las once y treinta minutos de la noche examiné a la enferma, a quien encontré en un estado de agitación extrema, paseándose por su habitación, llorando y gritando.

Con dificultad la hice acostar, y encontré lo siguiente: útero a término, exceso de líquido amniótico, ruidos fetales normales, soplo uterino fuerte, contracciones de intensidad media. Al tacto vaginal evidencí una presentación cefálica, en posición O. I. I. A.; bolsa de aguas intacta; dilatación del orificio cervical de tres centímetros. A las doce de la noche le apliqué una inyección de un centímetro y medio de *tocanalgina* en la región externa del muslo izquierdo, bastante profunda. Cinco minutos después de la inyección se presentó una contracción de cuarenta segundos de duración y bastante dolorosa. Pulso, noventa y dos pulsaciones; respiración normal; ninguna alteración de las pupilas ni del rostro; el estado de excitabilidad nervioso había calmado de una manera notable. A las doce y quince minutos de la noche las contracciones se hicieron indoloras, largas y fuertes cada cuatro

minutos. El parto siguió en estas condiciones, con dilatación bastante rápida, hasta punto que a las cuatro de la mañana se llegó a la dilatación completa; se hizo la ruptura de la bolsa de aguas, y diez minutos después nació un niño de peso de 3,650 gramos, bien desarrollado y en estado de apnea; este estado duró poco más o menos diez minutos, al cabo de los cuales se estableció la respiración normal, habiendo empleado respiración artificial, baños generales fríos y calientes. Como pasara algún tiempo sin que la parturiente manifestara contracciones uterinas para la expulsión de la placenta, la examiné de nuevo, y fui sorprendido al encontrar la placenta y membranas expulsadas ya, fuera de los órganos genitales externos; no había hemorragia, y el globo de seguridad perfectamente formado. La enferma quedó en un estado general excelente, y muy satisfecha de haber dado a luz sin dolores. Diez días más tarde la involución uterina era completa; al duodécimo día la enferma se levantó y se entregó a sus quehaceres ordinarios.

OBSERVACIÓN II

(Doctores M. Camacho y Helf Bahamón).

Secundípara—Sutura perineal.

Señora N. N., veintitrés años de edad. Ha

tenido dos partos a término sin incidente de importancia.

El 8 de mayo, al término de su tercer embarazo, a las cuatro de la tarde empezó a sentir ligeros dolores en el vientre, que se repetían a intervalos de un cuarto de hora; éstos se fueron aproximando y haciéndose cada vez más fuertes. A las seis de la noche, hora en que la vi, se presentaban los dolores cada diez minutos y con mayor intensidad; la examiné, y hallé que el cuello tenía una dilatación del diámetro de seis centímetros, con una presentación de cima en O. I. I. A.; a las siete de la noche, hora en que volví a hacer el tacto, el cuello estaba completamente dilatado y principiaba a hacerse el descenso de la cabeza; la bolsa de las aguas era muy poco tensa. A esta hora se le propuso a la enferma la aplicación de la inyección de *tocanalgina*. Sin embargo, como los dolores se habían alejado un poco, aun cuando eran más fuertes, la señora rehusó por el momento, y a las ocho de la noche, visto que el trabajo de descenso iba muy lento y los dolores muy intensos, resolvió aceptar la inyección, y se le aplicó un centímetro cúbico, a las ocho y dos minutos, en la región externa del muslo derecho profundamente.

A las ocho y siete minutos empezó a sentir

alivio, al mismo tiempo que las contracciones uterinas se hicieron más frecuentes, casi subintrantes, y los dolores de menor intensidad. A las ocho y quince la anestesia era completa y el trabajo regular; a las ocho y veinte se rompió la bolsa de las aguas, y a las ocho y treinta se verificó el desprendimiento, que fue muy rápido, al punto que produjo un ligero desgarró del perineo. El niño fue expulsado con una circular del cuello y en estado normal.

La expulsión de la placenta se efectuó espontáneamente después de media hora, quedando una pequeña hemorragia natural por espacio de dos horas. Acto seguido se procedió a la sutura del desgarró del perineo, sin que la paciente sintiera dolor alguno por esta operación.

El pulso en el momento de la aplicación de la inyección era de 80 pulsaciones por minuto, y ascendió a 100 pulsaciones regulares y de buena tensión. En este estado permaneció hasta la salida de la placenta, en que ascendió a 120 pulsaciones por minuto, y se hizo muy pequeño e hipotenso. Desde la aplicación de la inyección la enferma empezó a experimentar un estado de somnolencia que se hizo casi irresistible después del parto. El pulso empezó a descender, y dos horas después se encon-

traba nuevamente en 80 pulsaciones por minuto, amplias y de buena tensión. A las once de la noche, después de haber tomado una taza de té caliente, entró en estado normal.

OBSERVACIÓN III

(Doctores Enrique Isaza y Julio Zuloaga, de Salamina).

Primípara—Parto de veintitrés horas.

N. N., de veinte años de edad, primípara. Ningún signo patológico actual. Embarazo a término. Los dolores empezaron lentos y alejados unos de otros a las dos de la mañana del día 24 de mayo, y así continuaron durante trece horas. A las tres de la tarde del día 25 se hicieron intensos, con intermitencias largas, y a las ocho de la noche se aproximaron de tal manera, que apenas estaban separados por espacios de tres minutos. A las nueve de la noche se practica el examen, y se encuentra lo siguiente: cabeza en occípitoilíaca izquierda anterior (O. I. I. A.); cuello bastante dilatado, para que la bolsa alcanzara a ser suficiente. A esta hora se aplicó una ampollita de *tocanalgina* en la parte externa del muslo, introduciendo la aguja perpendicularmente. Antes de cinco minutos se presentó una somnolencia casi invencible, y desaparecieron por completo los dolores que antes existían entre

una y otra contracción, las cuales se espaciaron a ocho minutos, se hicieron más cortas y muy poco dolorosas.

Por la palpación externa y por el tacto se apreciaba la contracción uterina enérgica, y sin embargo la paciente no se dio cuenta de ellas ni por el dolor ni por sensación alguna. Dos horas después de la inyección el cuello estaba completamente dilatado, y media hora más tarde las contracciones continuaron separadas ya por espacios de cinco minutos, siempre cortas y ya un poco dolorosas, pero eficaces. A las once y cuarenta y cinco minutos se rompió espontáneamente la bolsa de las aguas; y el trabajo terminó media hora más tarde, habiendo sido muy corto y poco doloroso el período de expulsión.

El niño nació amoratado, y con el fin de hacerlo respirar fue preciso bañarlo primero en agua caliente, luego en agua fría, abrirle la boca, hacerle insuflaciones con el insuflador de Ribemont y la maniobra de Schutiz. Al cabo de veinte minutos su estado era normal, y así continuó.

Una hora después de la expulsión se presentó una hemorragia regularmente abundante, y se hizo entonces la expulsión de la placenta por maniobras externas (expresión).

Como esta hemorragia continuase a pesar de una irrigación caliente, se le aplicó una inyección de pituitrina, y un poco más tarde una de ergotina.

El estado de la paciente es satisfactorio cinco días después.

Es de notarse que fué de la somnolencia la parturiente experimentó una especie de desvanecimiento y de disminución de la visión.

El pulso y la respiración no se modificaron. Tampoco hubo modificación apreciable en los ruidos fetales.

En esta paciente la *tocanalgina*, puede decirse, obró admirablemente.

Mayo 28 de 1915.

OBSERVACIÓN IV

Primípara—Parto de seis horas.

N. N., de diez y seis años de edad, temperamento sanguíneo, estado general satisfactorio. No hay antecedentes patológicos dignos de mencionarse. Reglas normales, aparecieron por la primera vez a los trece años.

Embarazo a término. A los cuatro meses de su gestación vino a mi consulta, «porque le había salido algo en el estómago.» Hasta esa época la enferma no se había dado cuenta

de su embarazo, no habiendo tenido signos subjetivos ningunos.

En los primeros días del mes de julio llega al término de su embarazo, y el día 4 principian a las dos y treinta minutos de la tarde algunos ligeros dolores en la región lumbar, que van aumentando progresivamente hasta adquirir cierta intensidad hacia las cuatro de la tarde. A esta hora la examino y encuentro una vagina estrecha, un cuello dilatado, apenas de dos centímetros; no hay vicios de la pelvis; el perineo es resistente, y la bolsa de aguas está intacta. Le aplico inmediatamente una inyección de un centímetro y medio de *tocanalgina*, en la región externa del muslo, y quince minutos más tarde las contracciones uterinas rítmicas de cuatro en cuatro minutos son perfectamente indoloras. El trabajo avanza rápidamente, y la enferma queda sorprendida de que el parto no sea doloroso, como le habían dicho. A las ocho de la noche principia el período de expulsión, que dura a lo más diez minutos, debido a las enérgicas contracciones que hay en ese momento. El perineo se dilata con relativa facilidad, y la expulsión de la cabeza no produce desgarro ninguno. La placenta es expulsada diez minutos después, sin hemorragia, sin dolor y completa. El niño nació

en apnea, y hubo necesidad de hacer respiración artificial, baños fríos y calientes, por espacio de diez minutos; una vez restablecida la respiración, continuó perfectamente normal. Involución uterina a los diez días. Al onceavo día la enferma se levantó para entregarse a sus quehaceres acostumbrados.

OBSERVACIÓN V

*Multipara de treinta y cinco años—Parto,
de cuatro horas.*

N. N., de treinta y cinco años de edad; estado general poco satisfactorio; enflaquecimiento notable; sufre desde hace bastante tiempo de una dispepsia hiperclorhídrica. Cinco niños ha tenido la enferma en el espacio de nueve años; partos normales, salvo el primero, en que tuvo ligera infección puerperal. El sexto embarazo es el actual; en los últimos tres meses se presentó edema de los miembros inferiores, debido a la presencia de várices muy desarrolladas; no había albúmina.

El parto principió a la una y treinta de la mañana por dolores lentos, con quince a veinte minutos de intervalo. A las dos de la mañana examiné a la enferma; encontré el útero bien desarrollado, ruidos fetales lejanos, várices vulvares muy abultadas; al tacto, presen-

tación cefálica O. I. I. P., dilatación de dos centímetros; no apreció la bolsa de aguas. Apliqué una inyección de *tocanalgina*, de un centímetro y medio, en la región externa del muslo; doce minutos después, analgesia completa, contracciones enérgicas muy regulares cada tres o cuatro minutos. A las cinco y doce minutos, dilatación completa; ruptura espontánea de la bolsa; período de expulsión, quince minutos, indoloro; niño en apnea, que cede a los cinco minutos por los medios usuales. Placenta a los veinte minutos, normal, sin hemorragia. Es el parto más feliz de la enferma. A los quince días se levanta en mejor estado general.

El estudio detenido de los cinco casos que acabo de relatar a la Academia me dejan la impresión clara y precisa de que la *tocanalgina-eutocina* es un remedio de gran valor en obstetricia. Alivia considerablemente, cuando no los suprime por completo, el dolor de las contracciones uterinas y los dolores pelvi-uterinos. La *tocanalgina* tiene un poder ecbólico bien superior al de la pituitrina, circunstancia que noté desde que hice la primera aplicación, y encuentro muy acertado el cam-

bio de nombre que le han dado al medicamento, o sea *eutocina*. Después de hechas algunas aplicaciones con el preparado, y sin conocer aún el cambio de nombre, había sugerido a los fabricantes que le dieran el nombre de *suerro eutócico*.

Mis conclusiones son pues las mismas a que han llegado los otros observadores, que están condensadas y precisadas en la importante comunicación del Profesor Ribemont Dessaignes que acabo de leer a la Academia.

Es mi deseo que los académicos aquí presentes hagan estudios clínicos con el nuevo medicamento, de manera de obtener un número considerable de observaciones; de esta manera se pueden reevaluar y justipreciar los estudios que sobre la materia ya se han hecho. Los Profesores que tienen servicios clínicos en el hospital, y por consiguiente mayor campo de acción, son los llamados principalmente a hacer investigaciones científicas sobre el particular.

Signos clínicos

DESIGNADOS CON NOMBRES PROPIOS

por el doctor Rafael C. del Valle.

ARGYLL ROBERTSON—Perturbación de la motilidad del iris, que consiste en la pérdida del reflejo a la luz con conservación del reflejo acomodador. Constituye un signo importante de la tabes; se halla también en la parálisis general. Sería debido a extensión de las lesiones al dominio del simpático cervical. Puede también constituir un signo de sífilis nerviosa.

ASCHNER—Reflejo oculocardíaco. Retardo del pulso radial, que puede bajar hasta seis u ocho pulsaciones por minuto, y descenso de la presión arterial bajo la acción de la presión de los globos oculares. Ha sido observado en los enfermos atacados de trastornos nerviosos de origen digestivo, y en los basedowniados. Este reflejo es positivo en la mayor parte de los casos, y es debido a la excitación de las extremidades nerviosas del trigemelo, que provocan un reflejo bulbar de vía centrífuga y representada por el neumogástrico (reflejo trigémino-vago). Pero en algunos casos es inverso, y en lugar de bradicardia se nota una aceleración

de pulso (reflejo trigéminosimpático). Este reflejo permite pues clasificar los enfermos en hipervagotónicos e hipersimpácticotónicos, según que el signo de Aschner sea normal o inverso.

AUEMBRUGGER—Relieve precordial y epigástrico que se encuentra en las pericarditis agudas con derrame; cuando la cantidad de líquido es abundante, el diafragma baja hasta el punto de determinar la producción de un tumor prominente en el epigastrio.

BABINSKI—Descrito bajo el nombre de fenómeno de los artejos; consiste en una perturbación de la reflectividad cutánea: cuando se produce una excitación de la planta del pie, principalmente al nivel del borde interno, los artejos se reflejan al estado normal; se extienden, al contrario, cuando hay una lesión del haz piramidal.

BACCELLI—Pectoriloquia áfona. Fenómeno característico de un derrame pleurítico seroso y abundante; consiste en que el médico, al auscultar el pecho, oye distintamente el cuchicheo del enfermo hablando en voz baja.

BACCELLI-KUTHY — Consiste en el menor desalojamiento del ángulo superointerno del omoplato durante la faz inspiratoria en la tuberculosis incipiente. Si la inmovilidad exis-

te en ambos lados las lesiones pulmonares son bilaterales. Es un signo de gran valor en el diagnóstico de las tuberculosis pulmonares al principio o aun latentes.

BAMBERGER—Pulso de la yugular en la insuficiencia tricuspídiana. También se da este nombre al signo que se observa particularmente en la ataxia locomotriz progresiva, según el cual el enfermo, al tocársele o picársele la piel del muslo, de la pierna o de la planta del pie, experimenta la sensación de contacto o de picadura, no en el miembro excitado, sino en un punto correspondiente del miembro del lado opuesto (*anestesia*).

BASTEDO—Consiste en el marcado dolor que siente en la fosa ilíaca derecha un individuo atacado de apendicitis crónica, cuando se le insufla aire por el recto. Esta insuflación determina en el individuo sano una impresión penosa de pesantez en el bajo vientre, seguida de dolor bilateral; pero en el atacado de apendicitis crónica el dolor es más vivo en la fosa ilíaca derecha, aun cuando el dolor primitivo espontáneo no lo hubiese jamás sentido a este nivel, sino en el epigastrio o en el ombligo. El mecanismo es debido a la presión del colon.

BELL—Caracterizado por la desviación hacia arriba del globo ocular en el esfuerzo in-

fructuoso que hace para cerrar sus párpados un enfermo atacado de parálisis facial periférica. Carece de valor este signo, pues el fenómeno es debido a una sinergia funcional entre el III y el VII pares.

BERGER—Consiste en una deformación de la pupila que toma una forma elíptica, de gran diámetro transversal u oblicuo; este signo se halla en el principio de la tabes y de la parálisis general, y en la parálisis del motor ocular común, etc.

BIETT—Collarcillo blanco, formado por un levantamiento de la epidermis, que rodea ciertas lesiones cutáneas de la sífilis secundaria, particularmente las sífilides papulolenticulares.

BOZZOLO—Pulsaciones visibles al nivel de la nariz; es un signo que se halla en ciertos casos de aneurisma de la aorta.

BRYSON—Falta de ampliación del tórax durante la inspiración; signo observado en el bocio exoftálmico.

COLLIVER—Contracciones musculares del estado preparalítico de la poliomielitis. Su autor atribuye a este síntoma una importancia característica, y lo ha observado en la faz preparalítica de la parálisis infantil cuando el diagnóstico ofrece grandes dificultades.

Consiste en contracciones musculares especiales que invaden ciertos grupos musculares y duran de algunos segundos a un minuto. Este fenómeno es el término medio entre el temblor y la convulsión. Se extiende a una parte de la musculatura de la cara y de las extremidades, pero puede propagarse a una ó muchas extremidades o a todo el cuerpo. Al principio el fenómeno puede pasar inadvertido en razón de su rapidez y su rareza; más tarde su frecuencia aumenta, así como su duración. En ciertos casos se extiende a todo el cuerpo y se nota una pérdida de conocimiento pasajera, con fijeza de los ojos, que recuerda unas veces el pequeño mal epiléptico, otras la intoxicación por la estricnina, la tetania. La causa de estas convulsiones parece debida a lesiones de ciertos territorios medulares determinados por el virus de la poliomielitis o a trastornos circulatorios.

CHARCOT—Marcha tabetocerebelosa; marcha a la vez espasmódica y titubeante característica de la enfermedad de Friedreich.

CHARCOT—Vértigo o ictus laríngeo. Acceso vertiginoso precedido de una sensación de cosquilleo en la garganta con tos quintosa y sensación de estrangulación; el vértigo se acompaña a menudo de caída y a veces de

pérdida del conocimiento. Este síndrome se encuentra en el curso de la tabes.

CHARCOT—MARIE—Temblor generalizado a todo el cuerpo, caracterizado por oscilaciones menudas y rápidas que forman uno de los signos cardinales del bocio exoftálmico.

CAUSIER—Rodete edematoso duro y rojo, sobre el cual se encuentran pequeñas vesículas llenas de un líquido cetrino, dispuestas sobre una o varias filas que rodean la escara central, ennegrecida, de la pústula maligna; es bien marcado en el segundo período de la evolución de esta lesión, es decir, el segundo día.

CHEVOSTEK—Excitabilidad mecánica de los nervios y de los músculos en la tetania.

DUROZIEZ—Doble soplo intermitente crural, que se oye en los casos de insuficiencia aórtica al auscultar con el estetoscopio la arteria femoral al nivel del pliegue de la ingle; el primer soplo es el soplo normal de la diástole arterial, exagerada por razón de la hipertrofia del ventrículo izquierdo, y el segundo, resulta de la sístole arterial, es decir, de una sanguínea retrógrada; este segundo soplo es exagerado cuando se comprime la arteria con el borde del estetoscopio más alejado del corazón.

ERB—Aumento de la excitabilidad de los nervios periféricos, en la tetania, por la electricidad galvánica, más raramente por la farádica; este signo permite establecer el diagnóstico fuera de los accesos. Se da también el nombre de signo de Erb, en la tabes, a la desaparición del reflejo pupilar al dolor.

ERICHSEN—Dolor determinado por la aproximación brusca de los dos huesos ilíacos, en la sacrocoxalgiá, al nivel de la interlínea sacroilíaca.

ESPINE—Consiste en una broncofonía anormal notada al auscultar la voz al nivel de las apófisis espinosas de las primeras vértebras dorsales. Es uno de los signos más constantes y más precoces de la adenopatía traqueobrónquica.

FILATOV—Palidez del menton y de los labios en la escarlatina, que contrasta con la intensa rubicundez de las mejillas. La causa de este fenómeno parece debida a un reflejo vasoconstrictivo, cuyo origen se halla en la faringe, irritada por un exantema. Esta vasoconstricción se detiene en el surco nasoyugal, es bastante intensa para anemiar la región peribucal y darle un aspecto típico particular. La palidez persiste de dos a cuatro días, haya o nó erupción en la piel. En ciertos casos per-

manece muy perceptible, aun cuando ya la erupción haya comenzado a desaparecer; es un signo del principio y del período de estado, que puede facilitar un diagnóstico cierto aun cuando los otros síntomas falten o queden imprecisos.

FILIPOVICZ—Coloración amarilla especial que toman las regiones palmar y plantar en algunas enfermedades febriles; no tiene valor diagnóstico.

FRANKEL—Aumento del flujo en la sinusitis maxilar cuando el enfermo inclina la cabeza hacia adelante.

FREDKERI-MULLER—En la insuficiencia aórtica, fenómeno que consiste en latidos de las amígdalas y del velo del paladar, debidos a la transmisión de las pulsaciones carotidianas y a los latidos propios de las arterias de estos órganos.

FRIEDREICH—Colapsos general diastólico del pulso en la insuficiencia aórtica. Sin importancia para el diagnóstico.

GAREL-BURGER—Cuando un individuo afectado de empiema maxilar unilateral mantiene los ojos cerrados durante el alumbrado intra-bucal, percibe una sensación luminosa en el ojo sano.

GRAEFE—Falta de sinergia entre los movi-

mientos del párpado y los del globo del ojo aparente, sobre todo al bajar el párpado; es un síntoma del bocio exoftálmico; no es el corolario de la salida del globo ocular, pues puede presentarse fuera de la exoftalmia; parece debido a un trastorno de inervación del párpado.

GRASSET—Contracción del externomastoi-diano del lado paralizado, en la hemorragia cerebral.

CROCCO—Triángulo de macicez paraverte-bral, opuesto, en las pleuresías con gran derrame. El lado interno de este triángulo está representado por la línea de las apófisis espino-sas; el lado inferior por el límite inferior del área de resonancia de la cavidad torácica (2 a 3 centímetros de largo), y el lado externo, por una línea que parte del lado inferior y remon-ta oblicuamente para unirse en ángulo agudo con la línea interna. Parece debido a la dis-tensión del fondo de saco posterior retroeso-fagiano de la pleura.

GUBLER—Tumor dorsal del puño en la pa-rálisis saturnina.

GUENEAU DE MUSSY—Punto doloroso a la presión que se halla en la pleuresía diafrag-mática, situado en la intersección de una línea que prolongase la parte ósea de la décima

costilla con otra que prolongase el borde, del mismo lado del esternón. El dolor es debido a la excitación del nervio frénico.

GUYON—Sensación que se obtiene al practicar la palpación bimanual del riñón cuando se rechaza ligera y bruscamente con la mano lumbar el tumor hacia la mano que está adelante.

HEGAR—Sensación de renitencia particular que se obtiene al nivel del cuerpo uterino, en el principio de la preñez, por medio de la palpación abdominal combinada con el tacto vaginal.

HOFFMANN—Espasmo que se despierta, en la tetania, en los músculos subyacentes a los territorios cutáneos atacados de parestesia cuando se hace la presión o la percusión de los nervios sensitivos correspondientes.

HOLZINGER—Reflejo de la hipotenar provocado por la compresión de la región del hueso pisiforme.

HEIM-KREYSIG—Signo que se encuentra en la sínfisis cardíaca y que consiste en la depresión sistótica de los espacios intercostales en la región de la punta.

HEIM-SANDERS—Movimiento continuo de ondulación epigrástrica, que se encuentra en los casos de sínfisis cardíaca, pero que no tiene

valor para el diagnóstico de esta afección sino cuando coexiste con una retracción sistólica de la punta.

HERYNG—En el empiema maxilar unilateral hay traslucidez en la región infraorbitaria, con el alumbrado intrabucal, del lado sano, y queda oscura la región en el lado enfermo.

HUCHARD—Variación notable en el número de pulsaciones según que el enfermo esté acostado o sentado.

JACCOUD—En la sínfisis cardíaca movimiento de reptación sistólica de la región precordial.

JAFFE—En los casos de colección purulenta situada en el límite del tórax y del abdomen (piotórax o pnoneumotórax supra o subfrénico) la salida del pus por la cánula es más rápida durante la inspiración, si el pus está debajo del diafragma; durante la inspiración, al contrario, si la colección esta encima. Este signo puede faltar cuando el diafragma esta paralizado, lo que sucede generalmente después de cierto tiempo.

JELLINECK—Hállase en la enfermedad de Basedow, y consiste en una pigmentación morena de los párpados. Quizá sea debida a las conexiones entre la glándula tiroide y el sistema simpático suprarenal.

JOFFROY—En el bocio exoftálmico pereza del músculo frontal en ciertos movimientos asociados, el cual se pone en evidencia haciendo dirigir los ojos del enfermo hacia el cielo raso. En la corea eléctrica, fenómeno que consiste en la desaparición del espasmo de la cara después de la compresión del facial.

JOSSERAND—Sonido *clangoreux* diastólico en el foco pulmonar en la pericarditis.

KERNIG—Contracción latente de los flexores que se pone en evidencia haciendo sentar el enfermo sobre su lecho; la rodilla se pone entonces en semiflexión, y su cara posterior no puede ser aplicada sobre el plano del lecho. Este signo es casi constante en la meningitis cerebroespinal, rara en la tuberculosa; aparece desde el tercer día de la enfermedad, y puede persistir después de la curación. Es debido al estado de hipertonia muscular determinada por la meningitis.

KOPLIK—Pequeñas manchas azulosas que aparecen en la cara interna de las mejillas en el período prodrómico del sarampión; estas manchas, de un diámetro de dos a seis milímetros y rodeadas de una auréola inflamatoria, se relacionan con la estomatitis eritematopultácea descrita por diversos autores.

KERANDEL—Perturbación de la sensibilidad

profunda, que consiste en una sensación dolorosa, más o menos viva, provocada por un choque o una presión aun insignificantes. Es uno de los síntomas del principio de la enfermedad del sueño.

LASEGUE—Uno de los signos más importantes para el diagnóstico de la neuralgia ciática: si se fleja el miembro inferior sobre el abdomen, estando la pierna en extensión sobre el muslo, el enfermo acusa bien pronto un vivo dolor al nivel de la nalga; este dolor no existe, al contrario, cuando la pierna está en flexión sobre el muslo.

LAUGIER—Ascenso de la apófisis estiloides del radio en la fractura de extremidad inferior de este hueso.

LICHTEIM—Posibilidad de indicar, por medio de otros tantos esfuerzos de espiración o mostrando cierto número de dedos, las sílabas de que se compone una palabra que no puede pronunciar un afásico. Indicaría este signo la conservación del lenguaje interior y permitiría diagnosticar la afasia subortical.

MANNKOF—Aceleración del pulso por presión sobre un punto doloroso, en las neuralgias traumáticas.

MOEBIUS—Dificultad de la convergencia en la enfermedad de Basedow.

MUSSET—Sacudidas títmicas de la cabeza, isócronas, con los latidos del pulso que se observan en los individuos atacados de insuficiencia aórtica. Pueden hallarse también en el aneurisma de la aorta, y serían debidos a la hipertensión arterial.

OLIVER—Se da este nombre, en el saturnismo, a la persistencia, después de muchos cólicos de plomo, de una zona dolorosa limitada en la mitad del abdomen, que primitivamente era el sitio del dolor (más a menudo hacia la izquierda que hacia la derecha); la palpación profunda demuestra que esta zona es resistente y dolorosa.

OLIVER—CARDERALLI—*Signo de la tráquea.* Sacudida brusca de arriba hacia abajo, impresa al tubo laringotraqueal a cada sístole cardíaca en los casos de aneurisma del cayado de la aorta. Puede apreciarse por uno de los tres procedimientos siguientes: fijando entre el pulgar y el índice el cartílago cricoide mientras que el enfermo, de pie y con la boca cerrada, levanta el menton lo más alto posible; o colocado el observador detrás del paciente, levantar delicadamente el mismo cartílago entre los índices de cada mano; o aplicando sucesivamente la pulpa del dedo a la derecha y a la izquierda del tubo laringotraqueal. Puede

hallarse también muchas veces este signo en los casos de tumor del mediastino o de cáncer del esófago.

PARROT—Murmullo vibratorio que reemplaza los ruidos del corazón en la asistolia.

PFÜHL—Véase signo de Jaffé.

PINS—Consiste en la desaparición de los signos pseudopleuríticos (macicez, soplo pleurítico, broncoegofonía) de la base izquierda del tórax, que existen en las pericarditis *con derrame*, al colocar el enfermo en la posición genupectoral. Estos signos pseudopleuríticos son debidos a la atelectasia del lóbulo inferior del pulmón izquierdo comprimido por el derrame pericárdico y a la participación del parénquima pulmonar adyacente, en la inflamación pericárdica. Weill agrega que si en la posición genupectoral se siente la punta del corazón hacia afuera y hacia la izquierda, es preciso pensar en la pseudopleuresía, y si se halla rechazada hacia la derecha, existe la pleuresía.

PITRES—Signo del cordón de—Se utiliza para el diagnóstico de las pleuresías. Verifícase tendiendo una cuerda de la horquilla esternal a la sínfisis pubiana; al estado normal el apéndice xifoide debe hallarse en el trayecto de esta cuerda; en caso pleuresía se halla desalojado hacia uno u otro lado.

PITRES—(*Hafalgesia*)—Sensación dolorosa intensa producida por la aplicación sobre la la piel de ciertos cuerpos que no provocan al estado normal sino una banal sensación de contacto; es una perturbación de la sensibilidad que se halla muchas veces en la histeria y en la tabes.

PITRES Y SIEUR—Signo que se obtiene al percutir una moneda, aplicada sobre el tórax, con otra moneda, al mismo tiempo que se ausculta el punto diametralmente opuesto; en el caso de derrame líquido dentro de la pleura, se obtiene un sonido claro, argentino, que parece nacer bajo el oído.

PUHL—Variación de presión en la perihepatitis supurada.

RAMOND—Signo de los espinales. Consiste en el ensanchamiento del relieve que forman los músculos espinales superficiales (ileocostal y largo dorsal) y en la tensión más o menos grande de esta misma masa muscular. Se observa en toda variedad de pleuresía: seca o serofibrinosa, en el hidrotórax o la pleuresía purulenta, en las neumonías y bronconeumonías con inflamación pleurítica. Comienza antes que todo otro signo clínico, sigue a la pleuresía en el curso de su evolución y persiste después de la desaparición del derra-

me (muchas veces veintiséis meses después de una pleuresía). Explicase su mecanismo por la contracción refleja, en la cual se ponen estos músculos a fin de inmovilizar la pleura subyacente inflamada, del mismo modo que se tienden los músculos abdominales cuando el peritoneo está interesado. Puede también hallarse este signo en los casos de neuralgia intercostal, en la zona torácica de bajo sitio, en todas las raquialgias, ciertas ciáticas, y, en fin, en toda lordosis.

REMAK—Perturbación de la sensibilidad hallada en los tabéticos. Consiste en que una sola excitación da lugar a muchas sensaciones sucesivas.

RINNE—Cuando en el estado normal se coloca un diapasón delante de la oreja, y después en la apófisis mastoide, el sonido se oye mejor por la vía aérea; en las enfermedades de la caja el fenómeno inverso tiene lugar.

ROBERTSON—Véase signo de Heryng.

ROBERT-VIEDEN—Señales que da la docimasia auricular en el recién nacido.

ROMBERG—Dificultad que experimentan ciertos enfermos (tabéticos) de conservar la estación de pie, teniendo juntos los talones; en los casos habituales, esta dificultad no aparece sino cuando se hace cerrar los ojos al enfermo;

muchas veces no se presenta sino cuando el paciente reposa sobre un solo pie.

ROSEMBACH—Persistencia del reflejo abdominal en la hemiplejia histérica ; está, al contrario, abolido en la hemiplejia orgánica.

SISTO—Gritos incesantes en los niños de pecho heredosifilíticos. Estos gritos son muchas veces el solo signo de especificidad, y su importancia reveladora es entonces muy grande. Este signo ha sido confirmado por Comby, Hutinel, Gang, Marino, etc. Cuando un niño de pecho grita de una manera viva e incesante, fuéra de las otras causas que pueden hacerlo llorar (mala alimentación, otitis, etc), y cuyos gritos aumentan cuando se trata de moverlo o de alzarlo en brazos, y tienen un predominio nocturno, es preciso pensar inmediatamente en la sífilis. Para Sisto, Comby, Hutinel estos gritos serían provocados por lesiones epifisarias, por osteocondritis causadas por la espiroqueta pálida, y serían comparables a las lesiones que provocan los dolores osteócopos nocturnos de los adultos. Para Hein los gritos serían debidos a la invasión de las meninges por el proceso sifilítico. Los gritos repetidos de los niños de pecho coexisten frecuentemente con la pseudoparálisis de Parrot. La naturaleza sifilítica de estos gritos es comprobada clara-

mente por el tratamiento específico que los hace desaparecer rápidamente.

SMITH—Murmullo venoso que se percibe por medio del estetoscopio colocado sobre la primera pieza del esternón, llevando la cabeza hacia atrás (adenopatía tráqueobrónquica).

STELLWAG—Alargamiento de la hendedura parpebral: el enfermo duerme con los ojos abiertos, porque aun durante el sueño los párpados no llegan a recubrir la totalidad del globo ocular. Este signo se halla en la enfermedad de Basedow.

STILLER—Movilidad anormal de la sexta costilla; acompaña las ptosis viscerales, nefroptosis, enteroptosis, gastroptosis.

SRAUSS—En la parálisis facial periférica la inyección de pilocarpina provoca el sudor del lado enfermo, más tardíamente que del lado sano; este signo no existe sino en los casos graves, y acompaña a la reacción de degeneración.

TANSINI—En los enfermos atacados de afección orgánica pilórica con estrechamiento canceroso simple, el abdomen está siempre muy deprimido. En ciertos casos de estrechamiento pilórico, clínicamente considerado neoplásico, el Profesor Tansini ha observado que el vientre, al contrario, estaba tumificado: en

estos casos ha comprobado la existencia de metástasis cancerosas de la pared intestinal bajo la forma de nódulos más o menos considerables y que no estrechaban la cavidad del tubo intestinal. El Profesor Tansini cree que la tumefacción del vientre, en los casos de estrechamiento pilórico, indica una metástasis intestinal; se le puede considerar como un signo, que permite considerar como cancerosa la afección pilórica.

THORTHEN—Dolor violento en el flanco en la litiasis renal.

TRAUBE—Doble ruido que se oye en los casos de insuficiencia aórtica al auscultar una arteria con un estetoscopio sin comprimir el vaso.

TRELAT—Las personas atacadas de tumores malignos del seno presentan con frecuencia en la piel de la caja torácica *noevis* vasculares. Estos se consideran como signo de malignidad.

TROISIER—Hipertrofia del ganglio supraclavicular del lado izquierdo en el caso de cáncer de un órgano abdominal; la aparición de este ganglio en el curso de una enfermedad abdominal de carácter mal definido, permite afirmar el diagnóstico de cáncer.

TROUSSEAU—En el intervalo de los accesos, en la tetania, se pueden despertar los accesos

por medio de la compresión de los gruesos troncos vasculares de los miembros.

VIGOUROUX—Disminución de la resistencia eléctrica de la piel, debida probablemente al aumento de la perspiración cutánea. Es un síntoma del bocio exoftálmico.

WALS—Consiste en la ampliación del tórax del lado opuesto al derrame cuando éste es debido a un tumor del pulmón o del mediastino.

WEILL—Falta de expansión de la región supraclavicular del lado enfermo; es un signo precoz de la neumonía infantil.

WEISS—Signo del facial. En la tetania basta frotar un músculo para provocar su contractura.

WESTPHAL—Abolición del reflejo rotuliano; este es un síntoma importante de la tabes, pero puede encontrarse en muchos otros estados patológicos.

WILLIAMS—Disminución del relieve inspiratorio de la parte anterior e izquierda del pecho; es un signo de sínfisis cardíaca.

WINTRICH—En las grandes cavernas pulmonares, el sonido timpánico obtenido por la percusión aumenta cuando se abre la boca y disminuye cuando se cierra.

In memoriam

por el doctor Abraham Salgar M., de Bogotá.

Serenado el espíritu y quieto el corazón, pues siempre para los dolores sinceros fue lenitivo la eficacia consoladora del recuerdo grato e indeleble, queremos hoy dedicar el homenaje de nuestra admiración y gratitud al ciudadano eminente y al maestro sabio y benévolo que se llamó JUAN EVANGELISTA MARRIQUE.

Aparte obligantes imposiciones personalísimamente nuéstras, bien merece tal homenaje el representativo superior que por la inteligencia y por el corazón encarnó las más luminosas e intensas modalidades de la energía dirigidas al bien de la especie.

Quienes de cerca trataron al doctor MARRIQUE para poder apreciar debidamente la recia ponderación de sus múltiples facultades y el admirable equilibrio que presidía al juego de ellas, más de una vez preguntaríanse de qué fuente brotara aquel caudal vivo, tan puro, sereno y armonioso y al mismo tiempo tan potente en sus mismas armonías, serenidad y pureza. Porque el secreto de una resultante cualquiera debemos buscarlo en la significa-

ción de las varias fuerzas que contribuyen a producirla.

Y en el caso del doctor MANRIQUE muy varias virtudes ancestrales aportaron sus respectivos contingentes para formar un espécimen de selección. Si a esa acentuada individualidad la irrigaba por un lado la rica sangre patricia de aquellos raizales amantes del hogar, del saber y de la madre tierra que en comicios, combates y cadalsos fundaron la República, por otro la sangre gala, alígera y chispeante, dábale la agudeza espiritual, el fino gusto por las artes, la aptitud para comprender los más delicados matices de los sentimientos y de las ideas.

Sano, tonificante ambiente—una hacienda en los términos de nuestra sabana, enclavada, parte en ésta, parte en el anfiteatro de las serranías vestidas de frondas—meció la cuna del niño cuyos ojos, así, al abrirse ante el designio de la vida, bebieron la luz familiar de un paisaje apacible y manso como el alma de la raza vencida y triste que allí levantara en otro tiempo sus cercados. Mas en aquel vivir campesino, a las fatigas de cultivar el suelo y de derribar los bosques, reuníanse las comodidades y la exquisita distinción en las maneras, pues el señor de la casa, además de agricul-

tor, era médico renombrado, gentil dama su compañera, y pertenecientes ambos a elevada estirpe.

En los orígenes y en la primera educación recibida en el solar nativo, hallamos pues la clave de aquella vida tan bella y tan buena, que por tantas sendas trajinó y que tan múltiples actividades supo desplegar.

Bajo el calor del hogar esbozóse el ciudadano. Todo allí—las confidencias, los recuerdos, los retratos colgados a las paredes, aun las sombras vivientes que en ocasiones deslizábanse sobre las alfombras de los salones—todo allí hablaba de los antepasados ilustres, fundadores de la nacionalidad, los unos; voceros de la opinión y admiradores, ya bajo la República, los otros.

A su vez el doctor MANRIQUE quiso también influir sobre los destinos colectivos mezclándose a la gerencia de la cosa pública. Creía él—y con razón a nuestro ver—que las serias y graves disciplinas científicas, que la solitaria meditación en el gabinete o en el laboratorio del investigador, no andan reñidas, sino que antes bien, deben hermanarse con el interés, con la dedicación al estudio de los problemas colectivos; problemas que también

han de hallar soluciones científicas, ajenas a los dictados del interés personal, de la pasión o de la simple ignorancia. Al examen de tales cuestiones llevó el más amplio y hospitalario de los criterios, y en verdad que era hermoso ver al profesor eximio mezclado a los rumores de la propaganda pública, convertido en polemista y en tribuno por los fueros de la libertad.

Con la más lógica e inteligente de las comprensiones proclamaba que la República, fundada por los ascendientes de él al precio de la sangre vertida en holocausto, debía consolidarse en la conciencia y en las instituciones contemporáneas por la extensión de la tolerancia, es decir, por un progresivo respeto a todas las manifestaciones de la actividad humana.

Nadie como el hombre permanente abocado a la contemplación de la vida en su génesis y en su tránsito; nadie como el médico, tan apto para sentir en toda su deprimente y aguda intensidad el poder de la regresión hacia ciertas formas del pensamiento que ensombrecen la ascensión luminosa del espíritu científico. Y entre los médicos colombianos nadie como MANRIQUE pudo sentir tan dolorosamente las imposiciones de la intransigencia

que, implacable, le clausuraba el acceso a la cátedra, por él quizá años y años deseada, para transmitir a sus compatriotas el precioso cúmulo de conocimientos adquiridos en labor silenciosa y tenaz. Casos semejantes, diariamente contemplados en todos los campos, si por un aspecto ponen tristeza e indignación en el alma, por otro son parte a reconfortarla, pues constituyen la explícita ratificación de un hecho significativo: la eficacia triunfadora de la ciencia.

Preconizaba las soluciones de la libertad, y en época de lucha bravía fue delegado a convenciones, figuró en directorios, lanzó manifiestos y redactó programas. Dado el concepto científico de la política, ésta no era para el doctor MANRIQUE un vulgar enredo de intrigas, falacias y ambiciones; considerábala como un sacerdocio en que el oficiante debe acercarse al ara con las manos puras. No cortejó la popularidad; pero la ingenua pureza de sus intenciones, el calor con que defendía sus puntos de vista, el atractivo de su seductora simpatía, la discreción y generosidad con que a las clases trabajadoras gustaba servir, hicieron de él, antes de 1899, un hombre eminentemente popular.

A su generoso idealismo repugnaban las so-

luciones de la fuerza; estéril para el bien, y sólo de pasmosa fecundidad para el dolor, creía la sangre derramada en las contiendas intestinas, y así lo declaró solemnemente cuando el horizonte nacional se ensombrecía con los nuncios de la tormenta, aun a riesgo de perder su popularidad, como efectivamente la perdió. Con todo, aquel irreductible campeón de la paz fue perseguido fieramente hasta obligarlo a ocultarse, para así evitar a Colombia la afrenta de que su más alto exponente en la ciencia fuese reducido a un calabozo del Panóptico. Del forzado escondite salió para cumplir abnegadamente con el que creía doble deber de ciudadano y profesional: organizar y dirigir una ambulancia.

Con el advenimiento de la paz, a que él había contribuido de manera considerable, tornó el doctor MANRIQUE a las lides políticas. Su pensamiento lúcido y su palabra cálida y fluída impusieronse a la consideración y al aplauso de los Cuerpos Legislativos. En nuestros anales parlamentarios quedará como memorable el gran debate por él sostenido sobre la cultura universitaria, con uno de los más aversados y elocuentes de nuestros hombres públicos, ya también desaparecido.

Fue la diplomacia el campo en que nuestro

maestro prestó al país su último gran servicio oficial. Nombrado Enviado Extraordinario y Ministro Plenipotenciario ante el Gobierno de la República Francesa, cumplió su misión con brillo.

La Francia era su patria espiritual; en París, donde desde años atrás había dejado extensas relaciones en los centros de la ciencia y del arte, fue acogido con adhesión calurosa. Sus colegas profesionales y del Cuerpo Diplomático le dispensaron distinciones señaladas, y en varios Congresos donde hubo de representar a la Patria no pasó inadvertida la gallarda figura del Delegado colombiano, que hasta físicamente era un selecto representante de la raza.

Ante todo y sobre todo el hijo del doctor Carlos Manrique fue médico. Para impulsarlo a seguir tal carrera quizá fuese parte la satisfacción que en el noble semblante de su genitor se pintara cuando, haciéndole compañía a través de los campos y asistiendo a silenciosas escenas de dolor, aquél recibía de las pobres gentes, por toda recompensa a solicitudes y cuidados profesionales, el tributo trémulo de una gratitud que en almas humildes suele resolverse en lágrimas.

Fueron sus profesores aquellos buenos y abnegados hombres de ciencia, pertenecientes a la que podemos considerar como segunda generación médica en nuestro país, algunos de los cuales hoy todavía, cargados de ancianidad y de merecimientos, desde los claustros bien amados de Santa Inés y de San Juan de Dios, señalan a las generaciones nuevas la ruta por ellos recorrida con entusiasmo, que el frío de los años y los padecimientos del cuerpo y del espíritu han sido impotentes para apagar. Coronaba el doctor MANRIQUE sus estudios en los momentos precisos en que trascendentales revelaciones señalaban a la ciencia una nueva orientación de incalculables resultados para el porvenir en el combate contra el aniquilamiento de la vida. Rompióse el velo que hasta entonces había venido ocultando el misterio del mundo, desde tanto tiempo atrás presentido, de los infinitamente pequeños. Los descubrimientos de Pasteur ampliaban sin medida para el observador el campo de acción de la lucha vital, demostrando que si cada organismo individual tiene que defenderse contra la acometida de las fuerzas orgánicas e inorgánicas ambientes, igual o mayor pugna ha de sostener contra los innumerables organismos destructores que él mismo vivifica.

La terapéutica y la cirugía, principalmente, fueron las primeras en sufrir la influencia de la nuevas verdades adquiridas. Al antiguo repertorio de medicamentos, compuesto casi en su totalidad de minerales o vegetales, vinieron a agregarse, muchas veces aun a sustituirlo, las vacunas y los sueros. La complicada antisepsia vino a ser suplantada, si se quiere, por la asepsia.

Diplomado por nuestra Universidad, emprendió el doctor MANRIQUE viaje a París, donde triunfaban los campeones de la buena nueva. En aquel centro tuvo por profesores a eminencias como Duplay, Sappey, Pean, etc.

Allí también recibió nuestro nunca bien llorado maestro y amigo la más alta distinción que la Facultad de París discierna a aquellos que descuellan entre los miles de profesores que cruzan las viejas y gloriosísimas aulas de ella.

De regreso a la Patria, el laureado de París abrió en esta capital su gabinete con suceso tál, como antes de él, por el número y selección de la clientela, quizá facultativo alguno alcanzara. Fue aquel período, hasta 1898, el inicial de su práctica en la cirugía y el en que llevó a cabo, en unión de un grupo de colegas, intervenciones que por primera vez se hacían

entre nosotros, correspondiéndole así el honor de haber cooperado a la fundación de la moderna escuela quirúrgica en Colombia. Como todos los iniciadores, hubo de sufrir, pues no siempre coronó un éxito completo las esperanzas optimistas.

Al tornar de un nuevo viaje a Europa, estalló la tremenda guerra de los tres años en que ya vimos cómo el doctor MANRIQUE supo cumplir con el deber. En la Cruz Roja empieza para él el período sólidamente victorioso de la práctica quirúrgica. En la pléyade de médicos jóvenes que entre el horror de aquella conflagración regresaban al país después de haber perfeccionado sus estudios en Francia, Alemania, Inglaterra y Estados Unidos, encontró el doctor MANRIQUE compañeros animados por entusiasmo generoso y con la preparación técnica bastante a secundar airoosamente las iniciativas de él. La casa de operaciones de *El Campito* constituye la continuación de la obra emprendida con tanto brillo entre los azares de los campos de batalla. Finalmente, la *Sociedad de Cirugía*, a cuya fundación él coadyuvó y que con solicitud amorosa él presidió, es en el tiempo y en la eficacia fecunda del combate contra el dolor, la prolongación del pensamiento y del corazón del

maestro, en una de sus más trascendentales iniciativas. Ni olvidemos el lote de honor que a éste corresponde, junto con sus consocios, en la iniciativa y realización de la obra que pronto perpetuará la memoria de sus fundadores: el grandioso Hospital de San José, único que en la capital merece este nombre.

La Academia Nacional de Medicina fue objeto de sus predilecciones. En el órgano oficial de tan ilustre Sociedad queda registrada la contribución verdaderamente copiosa del eximio académico. Muchas y muy notables son las eruditas memorias y monografías por él presentadas. Es más: cuando el voto unánime de sus colegas lo exaltó al sillón presidencial de la Academia, el afán de trabajo, la fuga de actividad, el caluroso interés por la ciencia lo llevaban, cuando en las sesiones no había materia para la discusión, a suscitar debates, siempre fecundos, proponiendo él mismo de la manera más afable y sonriente los temas sobre que habían de versar. Era bello ver entonces en la primera corporación científica con que Colombia se honra, y donde ocupaban asiento muchos de los encanecidos profesores del doctor MANRIQUE; era bello ver el orgullo que los viejos maestros demostraban al sentirse presididos por el joven y glorioso discípulo.

Es que en la necesaria rotación ascendente de las cosas y de las ideas, así el sembrador de los campos como el de las inteligencias, experimentan igual ansia de inmortalidad, igual anhelo por dejar vinculado su esfuerzo efímero y perecedero a algo perenne y superior a ellos mismos.

Como atrás lo anotamos, la cátedra, que quizá por largo tiempo constituyera la ambición suprema de quien sentía arder el fuego interior, la chispa divina que es la aptitud para el magisterio al fin fue escalada por el doctor MANRIQUE.

En ella descolló hasta hacer sus cursos oficiales o privados concurridos no solamente por estudiantes, sino también por muchos ya diplomados. La metódica claridad de la exposición, el atractivo de su palabra fluída y numerosa, la preparación que sólo pueden dar una vocación decidida y una erudición segura, todo lo tenía este maestro para el sólido valor de las conferencias dictadas en la Policlínica de Bogotá, en el Club Médico y en su casa de habitación, sitio éste donde a requerimiento de varios distinguidos facultativos y estudiantes abrió una serie de lecciones de ginecología, su especialidad, pues sobre la operación de Alexander, trabajo citado con elo-

gio por el eminente Pozzy, escribió la tesis laureada de París.

Por eso cuando llegó a San Juan de Dios para dictar un curso de clínica externa, fue acogido con fervorosos aplausos. Entonces, en nuestra calidad de Jefe de Clínica, nos cupo el honor de secundar sus magistrales intervenciones, y entonces también pudimos verificar que a la cabecera del enfermo o en la mesa operatoria se destacaba la originalidad personal del doctor MANRIQUE, para quien cada caso era un problema nuevo por resolver, una partida nueva por jugar. De ahí que su habilidad como práctico y su razonar luminoso le condujesen siempre por camino propio, y que en muchas ocasiones sólo prestase a las autoridades consagradas la adhesión que en su concepto debía, para modificar el tratamiento de acuerdo con las circunstancias presentes.

Si como clínico rayaba alto, como cirujano poseía rara destreza, un sentido que pudiéramos llamar artístico, de modo tal que cada uno de sus cortes era algo perfecto. Si a ello añadimos la serenidad bastante a no dejarse dominar por el estupor en las circunstancias difíciles, tendremos que sus intervenciones suscitaban un sentimiento de admiración en colegas y discípulos; sentimiento a que él co-

rrespondía con llaneza, con desenfado familiar, como si en su humildad de verdadero sabio no se considerara acreedor a tal homenaje.

No tornó a ver esta Patria a que tanto amaba y a que con tanto brillo, consagración y desinterés sirviera. Sus discípulos, colegas y amigos no pudimos volver a oír su voz de enseñanza, de consejo y de experiencia, ni tornámos a estrechar su noble mano con el apretón de la simpatía nacida del corazón. El día en que sobre el mundo desatóse la mayor tormenta de dolor que la humanidad haya padecido, voló a alistarse en las filas de los soldados abnegados que alivian el dolor humano, y en el ejercicio de esa augusta misión contrajo la mortal enfermedad que había de arrebatárnoslo.

Por encima de los tributos que a la memoria del doctor MANRIQUE han rendido la Patria, la ciencia, la descendencia espiritual de él y la amistad, hay uno que, de seguro, ha sido más grato a su espíritu bueno, que al aceptarlo se habrá regocijado en las regiones de la inmortalidad: el de los pacientes humildes, para quienes quiso y supo ser médico del cuerpo y del alma.

Nueva York, octubre 13 de 1915.

A propósito del tratamiento de la epilepsia.

Comunicación a la Academia Nacional de Medicina, por el doctor
MANUEL ARANGO M. (de Barranquilla),

de la Universidad Nacional de Colombia, de los Colegios Reales d
Inglaterra y de la Escuela Tropical de Liverpool.

Las líneas que siguen tratan de las bases generales del tratamiento de la epilepsia, o mejor, según la concepción moderna, de los síndromas epileptiformes, sin pretender entrar en los detalles consignados en multitud de obras clásicas.

Toda insinuación en el tratamiento de una enfermedad debe tenerse en cuenta, con mayor razón si lo que en ella se propone encuentra sólida base en la patogenia de la enfermedad.

Las lesiones anatómicas encontradas en los epilépticos son variables e inconstantes, y poca o ninguna luz dan para conocer la patogenia de la enfermedad. Se han encontrado, en efecto, lesiones en todos los elementos anatómicos (menínges, células, neuroglia, etc.), y algunos observadores han pensado que muchas de ellas son el resultado de las congestiones producidas por la crisis epiléptica misma. Sin embargo, no cabe duda de que estas le-

siones, cuando existen, deben desempeñar un papel importante en la génesis de la enfermedad, pues producen en los elementos vecinos conservados una gran excitabilidad por razón de suplencia en la función que, al principio temporal, llega a ser permanente, adquiriendo así esos centros un hábito epiléptico, para producir descargas de energía nerviosa bajo la influencia de factores de irritación, a veces tan pequeñas, que pueden hacer creer en la espontaneidad de la crisis. Un experimento de los señores H. Claude y P. Lejonne, citados por A. Pitres, da bastante luz en este punto de fisiología morbosa. «Ellos provocaron en perros, por inyecciones intracraneanas de cloruro de cinc, pequeños focos de meningoencefalitis. Algunos meses más tarde, cuando las reacciones inflamatorias pasaron y los animales llevaban ya su vida ordinaria con aspecto normal, se les hizo ingerir muy débiles cantidades de estriknina. Se produjeron entonces las convulsiones, mientras que otros animales testigos quedaban indiferentes a dosis idénticas.» «La pequeña lesión cerebral, nos dice Pitres, determinada anteriormente por el cloruro de cinc, ha creado, pues, un estado morboso latente que la intoxicación estriknínica pone de manifiesto. La lesión del

cerebro sola no produce convulsiones, ni tampoco la estriocina sola tomada en tan débil dosis, pero las dos causas asociadas en un mismo animal las producen bien manifiestas.»

Estos experimentos pueden servir de base para elucidar la patogenia de la epilepsia, y todo hace pensar que estas lesiones existen en los epilépticos, aunque la génesis de ella se nos escapa en gran número de casos, porque es probable que sea múltiple su modo de producción y que cada uno de los indicados por los observadores actúe en cierto número de enfermos.

Desde luégo, la *herencia neuropática*, a la cual los señores Petges y Grenier conceden apenas 28,73 por 1,000, y que Lemoine considera como una rareza, actuaría transmitiendo una predisposición *neuropática*, término que tendrá en su significado todo el alcance que se tenga a bien conceder.

La *sífilis* y el *alcoholismo* de los antecesores que transmiten, según Agostine, la tendencia esclorógena que les es propia, podrían producir el *substratum* anatómico necesario para causar la enfermedad.

Las diversas infecciones de la infancia explican para P. Marie la mayor parte de los casos de epilepsia llamada *idiopática*.

El detenimiento del desarrollo de las células cerebrales sería para Turner causa en muchos casos.

Malas conformaciones congénitas del cráneo señaladas por Lasegue, estrechez del agujero vertebral observada por Zohrab, traumatismo prenatal y distocia en que, comprimiéndose el cráneo, se lesiona la corteza cerebral, son factores en todo caso comprensibles en su acción, y bien pueden reclamar cierto número de enfermos.

Finalmente, agregaremos que Voisin, Krinski y otros sostienen que la epilepsia es producida directamente por toxinas, especialmente de origen endógeno.

Formado por esas causas el cerebro del epiléptico, se comprende bien que las células que han quedado sanas, en su trabajo de suplencia adquieran a la larga cierto grado de hiperexcitabilidad que, bajo causas pequeñas, a veces descargan su energía nerviosa. Estas causas de irritación determinantes del ataque, venidas de la periferia, son reconocidas por los observadores, y cada día se mencionan casos nuevos que demuestran su acción y diversidad.

^ Sin la pretensión de ser completos, y solamente para guía del práctico, mencionaremos las causas siguientes:

Vías digestivas y biliares—Dientes cariados y de emergencia difícil, exostosis dentaria, dispepsia (sobre todo la flatulenta) e infecciones gastrointestinales, parásitos (tenias, ascárides, oxiuros, etc.), constipación, pólipos rectales, cálculos de las vías biliares, etc.

Oído—Cerumen, otitis supuradas, cuerpos extraños y pólipos.

Ojos—Defectos de refracción.

Laringe—Ulceraciones, tumores, etc.

Fosas nasales—Excoriaciones, cuerpos extraños, hipertrofias, etc.

Aparato génitourinario—Cálculos, fimosis, prurito.

Lesiones úteroanexiales—Inyecciones irritantes en la pleura, exostosis y callos óseos dolorosos, cicatrices viciosas, neuromas, etc.

¿Cuál es el campo de acción de esas causas irritantes y en qué proporción entran en la patogenia de los paroxismos? Mientras que para algunos esa acción es nula, Peterson les concede 1 o 2 por 1,000, y otros, apoyados en extensas estadísticas, como Charles Pork, les atribuye cerca de 25 por 100 en los cuales los accidentes son manifiestamente provocados por esas causas locales de irritación, "pudiéndose obtener la curación si a tiempo se hacen desaparecer dichos factores causales.»

Estos casos son muy numerosos, y sólo podemos consignar algunos de los diseminados en la literatura médica.

Hadden refiere un caso de epilepsia después de un traumatismo de la pierna, que curó con el alargamiento del nervio ciático.

Anglade refiere uno en que los dolores de un diente cariado provocaban el ataque, y nos dice que el dentista curó esa epilepsia.

Dunau trae la observación de un niño en quien la extracción de un cálculo vesical detuvo los ataques, ya frecuentes.

Raney obtuvo en veinticinco epilépticos la curación al corregir los defectos de refracción de que sufrían, y Apantheng (de Nueva York) da a conocer la historia de un enfermo cuya epilepsia, suspendida por el uso de lentes correctores de la visión, reaparecieron cuando se le quebraron los lentes.

Kjellman nos habla de quince enfermos curados completamente de su epilepsia con la cauterización de los cornetes hipertrofiados.

Finalmente, muchos son los casos en que la circuncisión ha curado la epilepsia.

Mas nada mejor podemos hacer que citar en esta materia a M. de Fleury :

« Se sabe que la sustancia gris del cerebro no es otra cosa que el lugar adonde llegan to-

dos nuestros nervios de sensibilidad, que llevan y depositan allí las sensaciones de toda clase, tanto las que vienen del mundo exterior como aquellas que nacen en todas las partes de nuestro organismo. Por estar cerca de los elementos motores, los agentes que la irritan directamente son los que determinan, sin duda, de manera inmediata, la producción de los fenómenos convulsivos; pero si suponemos que semejante irritación se encuentra en un punto de nuestra periferia sensible, o bien en el trayecto mismo del nervio centripeto, las irritaciones, aunque no tan directas, no llegarán menos a los nervios motores. No hay diferencia pues entre la epilepsia directa y la epilepsia-refleja, sino la longitud del nervio sensitivo que separa el punto iritado de la superficie del cerebro. Los cuerpos extraños del tubo digestivo (tenia, oxiuros, etc.), los tumores de las fosas nasales y de la laringe, las cicatrices cutáneas, los neuromas, la fimosis, etc., obran, después de todo, por el mismo mecanismo que los tubérculos de la piamáter, los espesamientos de las meninges, las esquirlas óseas que comprimen la zona motriz. En el uno, como en el otro caso, el agente de irritación lleva al centro que preside la motilidad, una suma de energía

continuamente aumentada, hasta el momento en que la acumulación, ya muy fuerte, viene a ser intolerable, y se desencadena en avalancha el paroxismo convulsivo.»

No cabe duda de que quedan fuera de los casos mencionados de epilepsia sintomática (directa o refleja) muchos en que no se ve tan evidente el mecanismo de producción de los paroxismos, calificados en este caso de epilepsia idiopática. Enfermos hay, en efecto, en que como causas determinantes de acción manifiesta se han mencionado los trastornos menstruales (epilepsia menstrual), el onanismo, las fuertes emociones (sobre todo las afectivas y los terrores), los grandes calores, etc. Los casos de este grupo han sido explicados por la acción de sustancias tóxicas cuya exacta naturaleza no es aún conocida, pero cuyo origen principal parece que está en una perversión del metabolismo de las sustancias proteicas. Es evidente que muchas causas de irritación producirían a la larga el envenenamiento de las células nerviosas por sustancias convulsivantes, y A. Pitres, en su magistral artículo, nos recuerda a este respecto el siguiente experimento que, por lo fundamental, nos permitimos citar:

«Se lanzan corrientes farádicas de intermitencia lenta sobre la zona motriz de un perro, y éste, después de reobrar durante algunos instantes por sacudidas musculares aisladas, es atacado de convulsiones que evolucionan como un ataque epiléptico, y esto a pesar de la suspensión del excitante que se aplicó. Es éste el tipo de una epilepsia sintomática, y a primera vista no se ve cómo se puede hacer intervenir una intoxicación; pero estudiando más detenidamente el hecho, se verá que al principio había una serie de excitaciones físicas a las cuales correspondía una serie de reacciones paralelas fisiológicas. Después de algunos instantes la descarga convulsiva estalla y evoluciona sin que la excitación física persista. Porqué? ¿No será debido a que la excitación física repetida de la célula nerviosa ha provocado en el protoplasma de esta última modificaciones químicas que han cambiado su excitabilidad y son la verdadera causa de la explosión de las convulsiones? Todo esto es posible y es probable. Y si ello es así, ¿qué diferencia esencial puede encontrarse entre la epilepsia que resulta de la excitación eléctrica y la provocada por la inyección de ajenjo o sales de potasa en la sangre? »

Esta doctrina tóxica ha sido defendida por competentes observadores, y tiene en su apoyo un sinnúmero de investigaciones de laboratorio y algunos hechos clínicos. Es cierto que se ha tratado de extender demasiado su campo de explicación y se ha inculcado, por ejemplo, a la sola acción de la toxina secretada por los parásitos intestinales que va a excitar la corteza por vía sanguínea, los paroxismos atribuidos a la irritación local por vía refleja, emanada del intestino.

Se comprende bien que en muchos casos estos diversos factores patogénicos pueden combinarse en su acción morbosa, lo cual es de grande importancia tener en cuenta al instituir un tratamiento.

Después de hechas las anteriores consideraciones puede muy bien decirse que en la etimología de la epilepsia hay que tener presente las causas que, por así decir, hacen el cerebro epiléptico, entre las cuales tanta parte toman las intoxicaciones exógenas (alcohol, tabaco, plomo, etc.), o endógenas (fatiga, desórdenes gastrointestinales, etc.), o bien infecciones que producen una excitación cerebral de origen tóxico, como es el caso en las enferme-

dades de la primera infancia. Ahora bien: que estas causas de acción transitoria o constante actúen sobre centros ya predispuestos por la herencia neuropática, alcohólica o sifilítica o un detenimiento de desarrollo, y se tendrá entonces constituida una corteza siempre dispuesta a reaccionar, mostrando una excitabilidad exquisita que responde a excitaciones que, por lo insignificantes, pueden pasar completamente inadvertidas.

En resumen: es la lesión cerebral la que, una vez constituida de esa manera, forma la oportunidad epiléptica y la corteza que cual placa sensibilizada por la acción de esas causas predisponentes, se hace sensible a factores determinantes (emociones, ligeras congestiones, trastornos digestivos, grandes calores, excesos diversos, etc.) que actuando solas pasarían sin reacción mayor, pero que favorecidas por ese estado de oportunidad provocan la aparición del paroxismo. «La variabilidad de las lesiones—nos dice Gibert Ballet—y de las circunstancias que en cada caso acondicionan de una parte la predisposición a la epilepsia y por otra el ataque mismo de epilepsia, nos autoriza para decir que no es el *mal comicial* una enfermedad autónoma y que no existe una neurosis epiléptica, sino síndromas epilep-

tiformes, cuyo tratamiento estará subordinado a la naturaleza de los elementos causales permanentes o accidentales que los determinan.» Estudiar y fijar esos elementos causales es hacer buena y útil clínica, y ajustar el tratamiento a las nociones adquiridas por el estudio de la patogenia del caso, debe ser ante todo el primer objetivo del terapéutico.

Las indicaciones terapéuticas que deben, pues, guiar el tratamiento de la enfermedad pueden ser agrupadas de la manera siguiente :

1) Impedir la producción o la penetración en el organismo del epiléptico de todas las sustancias nocivas cuya acumulación sea capaz de provocar los paroxismos.

2) Alejar todos los factores causales, permanentes u ocasionales, por ligeros que parezcan, que provocan la descarga de energía de los centros hiperexcitados.

3) Disminuir la excitabilidad anormal que se ha creado en los centros ayudando así la vuelta a su estabilidad.

La indicación que atiende a la intoxicación del organismo es bastante importante, pues de esa manera se trata de suprimir muchas de las condiciones que sostienen la hiperexcitabi-

lidad de las células. Un régimen apropiado, como aquel que siempre aconsejamos a nuestros enfermos y que hacemos conocer más adelante, desempeñará una parte tan importante como la medicación misma. Los medios evacuantes sobre los cuales insiste el doctor J. Voisin, ayudarán a eliminar las toxinas ya acumuladas. Para ello se utilizarán los purgantes (de preferencia los salinos), la hidrotterapia y los sudoríficos.

La segunda indicación de suprimir los factores causales permanentes u ocasionales, será llenada por medios variados y a veces múltiples, pues mientras que un callo óseo doloroso necesita de una neurectacia, una fimosis de una circuncisión, un defecto de refracción se trata por unos lentes. El joven enfermo a que se refiere la observación quinta ofrece turbaciones gastrointestinales marcadas, de influencia tan manifiesta en la producción de los paroxismos, que obliga, por así decir, a dirigir el tratamiento hacia ese lado. Suprimir las causas de irritación, ya sean directas, como una esquirla, tumor cerebral, o indirectas como gusanos intestinales, y es seguro que se logrará un gran beneficio. Al tratar de buscar las causas de la irritación periférica que pueden existir en el enfermo, se averiguará si

los paroxismos han precedido o seguido a la aparición de esas causas, y si han seguido, atender a la posibilidad de una relación de **causalidad** entre los dos fenómenos y procurando eliminar por los medios más efectivos el factor inicial.

Nuestra tercera indicación es de primordial importancia, y ha sido siempre la más atendida por los prácticos al tratar los casos ordinarios de epilepsia. Disminuir en efecto la excitabilidad de los centros logrando un descanso en la actividad de las células y dando buena oportunidad al restablecimiento del protoplasma alterado en su constitución química, es ya bastante para atenuar la impresión morbosa ocasionada en esos elementos por los agentes causales. Los medios apropiados para llenar las dos primeras indicaciones contribuyen en gran parte a cumplir con la última.

—

La medicación bromurada, tan discutida en sus detalles pero probada y admitida como eficaz por todos, obra, sin duda, disminuyendo «la refractibilidad de los centros,» según G. See, y de ahí su grande influencia sobre la epilepsia. Albertoni observa que en perros que han tomado previamente bromuros es más

difícil que en los animales testigos provocar convulsiones epileptiformes por la excitación eléctrica de la zona motriz cortical, llegando naturalmente a la conclusión que el bromuro disminuye la excitabilidad de las células nerviosas.

La medicación bromurada se encuentra ya reglada, y no tenemos porqué entrar en sus detalles. Haremos notar, sin embargo, que A. Voisin, llamando al bromuro el «pan cotidiano» del epiléptico, nos indica ya que debe continuarse sin interrupción casi durante toda la vida. Ahora bien: temiendo a los accidentes del bromismo, y teniendo en cuenta que la actividad intelectual, así como la energía física, pueden disminuirse, Paul Concour nos dice que el ideal sería obtener «un máximo de efecto con un mínimo de inconveniente,» lo cual, como se comprende, no se logra sino con tanteos.

Respecto a la medicación bromurada dada sin vigilancia y sin cuidado y a la cual se asocia en ocasiones la supresión total del cloruro de sodio, citamos estas prudentes líneas de A. Robin: «Se recordará que el paroxismo no es todo en el epiléptico y que el bromuro no es sino un paliativo que obra disminuyendo la excitabilidad; que es irritante para el estóma-

go, y puede determinar a la larga una gastritis medicamentosa, que por los desórdenes que produce en la asimilación de los alimentos facilitará la autointoxicación y por tanto los ataques; y que el cloruro de sodio, moneda corriente del organismo, es necesario a los cambios. Se necesita pues dar el bromuro vigilando su acción, no sólo sobre los paroxismos, sino sobre el estado general y local síquico y somático del epiléptico.»

«En cuanto al activo de la medicación bromurada—nos dice Yeo—pocos casos han dado una permanente curación, pues en la gran mayoría sólo inhibe los ataques, los cuales vuelven al suspender el medicamento. La medicación ha sido menos útil en los accesos de *pequeño mal* que en los de GRAN MAL y en la forma nocturna que en la diurna. Los bromuros, después de algún tiempo, no previenen ya los ataques, y en algunos casos no son de utilidad en ninguna época.»

Entre los casos en que la medicación bromurada ha sido casi ineficaz, están aquellos excitados por la menstruación (observación sexta), los enfermos en que hay desórdenes mentales y en los que se ha trazado el alcoholismo de los padres. El onanismo provoca la vuelta de los ataques y hace los bromuros completamente inútiles (observación quinta).

El método que hemos usado en las seis observaciones clínicas, motivo de este estudio, y que consiste en una punción lumbar con inyección consecutiva de estovaína, contribuye sin duda a llenar la tercera indicación.

La punción lumbar sola ha dado buen resultado en enfermos de Pichenot y Castin en estado de mal epiléptico (*status epilépticus*), y últimamente R. C. Allen ha publicado observaciones muy favorables en enfermos que se encontraban en condiciones análogas.

La punción lumbar ha sido menos útil para prevenir los paróxismos, pues Tissot, que la ha empleado en seis enfermos, no ha observado cambio alguno favorable. Sin embargo, este ensayo encontraba apoyo no sólo en el hecho comprobado experimentalmente de que el líquido cefalorraquídeo está dotado de propiedades tóxicas energicas (Dide y Carrier), sobre todo marcadas después de las crisis, sino también que produce cierta disminución de presión, a veces muy elevada en algunos enfermos. Con la idea pues de hacer más útil esa punción lumbar nos permitimos aconsejar, y así lo hemos practicado con nuestro enfermo de la observación quinta, una inyección previa de 200 c. c. de suero fisiológico bajo la piel o intravenosa, como en el en-

fermo de la observación tercera, antes de hacer la punción. Esta puede hacerse entonces dos o tres horas más tarde y podrán en ese caso extraerse con mayor confianza cuatro, cinco o seis c. c. de líquido cefalorraquídeo. En caso de mal epiléptico puede ponerse el suero por vía intravenosa y proceder en seguida a la punción lumbar. Se ve desde luego el doble objeto de esta práctica, pues se efectúa así una renovación del líquido, realizando de esta manera un lavado de éste. Comprenderáse bien la importancia de esto al recordar que Tiburtius, inyectando una trituración de corteza cerebral de epilépticos recién muertos, demostró, con la muerte rápida del animal, que se acumula durante la vida en la corteza cerebral de los enfermos gran cantidad de materias tóxicas. En nuestra observación quinta la presión del líquido era grande y éste, aún después de salir cuatro c. c., empujaba todavía el émbolo de la jeringuilla.

Mas es la inyección de estovaina lo que completa el método que aconsejamos y que tenemos deseos de ver practicar por nuestros médicos y conocer a su debido tiempo los resultados que ellos alcancen. No cabe duda que la técnica no está aún reglada, y es probable que la dosis que hemos usado sea muy

pequeña, si se tiene en cuenta que en raquies-tovainización ordinaria se ha llegado hasta seis centigramos y más. Pero debemos decir que han sido estos nuestros primeros pasos en esta medicación, y quisimos ser guiados por una extrema prudencia. Además, no pudimos apartar de nuestro ánimo la idea de que las células nerviosas son tal vez en la epilepsia más sensibles a los sedantes como la estovaina, así como es en los estrícnicos en el experimento ya citado de H. Claude y P. Lejonne. La práctica del método propuesto y la observación de cada caso particular harán seguramente fijar las dosis terapéuticas.

En nuestros enfermos hemos suprimido casi por completo la medicación bromurada, pero ello ha sido con el fin de observar más claramente el efecto del método, y de ninguna manera por despreciar la vieja medicación ya clásica. Todo lo contrario: creemos que estos dos tratamientos deben combinarse debidamente y de esa manera realizar el ideal de la medicación bromurada: *máximum de efecto y mínimum de inconveniente*.

Ignoramos completamente si el tratamiento que hemos adoptado en nuestros enfermos ha sido llevado a la práctica antes que nosotros, pues careciendo de medios para efectuar una

seria investigación bibliográfica, no estamos en capacidad de hacer afirmaciones en este sentido. Es probable, dado lo lógico de la medida terapéutica indicada, que otros médicos la hayan puesto ya en práctica. En cuanto a nosotros, debemos decir que la idea de la raquistovainización en la epilepsia vino a nuestro espíritu desde que leímos que en una clínica de Alemania se operaron dos epilépticos herniarios con raquianestesia cocaínica y se observó, de manera ocasional, un gran alejamiento de las crisis, observación que no fue utilizada, hasta donde nos hemos podido informar, en el tratamiento de los epilépticos. Mas lo importante para el método no es su pasado sino el futuro, y esperamos que nuestros prácticos, especialmente los que ejercen en centros con recursos de investigación de que carecemos los de provincia, estudien detenidamente este tratamiento y fijen las reglas de sus indicaciones y de su práctica. Es posible, en efecto, que el estudio químico citológico del líquido cefalorraquídeo pueda dar grandes indicaciones para el tratamiento posterior de un caso. Es también posible que la estovaína sea reemplazada por otra sustancia similar, como la novocaína, o al menos asociada a otra. Y finalmente, es de

esperarse que se encuentren indicaciones para este método en otras neuropatías.

En el tratamiento de los síndromas epilépticos podemos decir que el método que preconizamos tendría útil aplicación en los siguientes casos:

1) En el estado de mal epiléptico, en el cual se desarrolla en ocasiones una situación tan grave que puede terminar por la muerte del enfermo. En estos casos inyecciones endovenosas de suero fisiológico, seguidas inmediatamente de punción lumbar evacuyente y terminadas por inyección de estovaína, deben dar resultados satisfactorios y en ocasiones salvar muchos enfermos. Este estado de mal epiléptico es una grave complicación, y su terminación fatal en cerca de 50 por 100 justifica toda medida terapéutica enérgica.

2) En la epilepsia denominada idiopática, en que no ha sido posible eliminar los factores causales de manera completa, el método es de gran utilidad, como ha sido el caso en nuestras tres primeras observaciones, pues se da así un descanso a los centros nerviosos y se obtiene mejor resultado con las medicaciones que se instituyan.

3) Las epilepsias focales, en que las convulsiones acaban por generalizarse hasta tal gra-

do que casi no se observan las convulsiones parciales que indican la forma de la enfermedad. En casos como éstos, el método, disminuyendo o suprimiendo esa generalización de las convulsiones, puede facilitar la investigación de la topografía de la lesión y dar oportunidad al cirujano para intervenir más eficazmente. Además, casos hay en que, eliminada por la operación la causa de la epilepsia jacksoniana (tumor, hundimiento, etc.), los ataques de convulsiones generales persisten, y en estos casos se comprende que la raquies-tovainización encuentre su aplicación apropiada.

4) Finalmente, los ataques de pequeño mal y los equivalentes epilépticos pueden ser tratados con gran beneficio por esta medicación, que en todo caso ayuda eficazmente a la medicación bromurada y al régimen.

Las observaciones clínicas que acompañan este trabajo son en general bastante demostrativas para dar a conocer el valor de la medicación. La primera y segunda, referentes a dos hermanos, son un verdadero buen éxito de la medicación, si se tiene en cuenta la no observancia de ningún régimen ni de tratamiento bromurado. La observación tercera nos presenta una gran mejoría, notada sobre

todo en el estado de la inteligencia y en la gran separación de los ataques. La observación cuarta constituye para nosotros un gran triunfo, pues los ataques bien alejados o casi suprimidos (en la actualidad tiene dos meses de suspensión) quedan reducidos, cuando sobrevienen, a su *mínimum* de intensidad y han perdido el sello clínico propio de la *neurosis epiléptica*, que es la *inconsciencia*, pues el enfermo asiste verdaderamente a sus crisis. Nuestro quinto enfermo ha mejorado también, pero en él los factores causales son múltiples, y aún no se ha logrado separarlos del todo. Nuestra enferma de la observación sexta se encuentra aún en vía de tratamiento, y la forma misma de su *epilepsia* hace difícil llegar todavía a cualquier conclusión.

La técnica de la inyección no es otra que la ya clásica de la *raquianestesia*, y en nuestro caso particular de la *raquiestovainización*, y como las modificaciones de la técnica son numerosas, diremos a grandes rasgos la adoptada por nosotros, dejando los detalles al juicio del práctico. Desde luego diremos que no acogemos la *cocaína* por los accidentes que produce, por ser difícil conservar sus soluciones y por lo poco práctico que es obtener sus preparados *asépticos* y sin alteración. La esto-

vaína, que hemos escogido para nuestras aplicaciones, podría ser sustituida por otro similar como la novocaína, según vaya indicando la experiencia.

La aplicación de esta inyección debe ser hecha con asepsia rigurosa, y en cuyos detalles no nos ocuparemos, por ser la práctica de la asepsia ya casi automática entre los médicos.

El punto que hemos escogido para la punción es el cuarto espacio lumbar, o sea aquel que está entre la cuarta y la quinta vértebras lumbares, pues allí ya sólo existen los nervios de la *cola de caballo*. Este punto se encuentra fácilmente en la cresta de la línea *suprailiaca* de Tiffier y la línea media. La punción lombosacra, aconsejada por Chipault, puede ser preferida, pues allí el espacio es mayor; y menor el riesgo de herir los nervios por ser menos numerosos y por estar a ese nivel el gran espacio aracnóideo inferior. Este espacio es fácil de encontrar, pues no es otro que el mayor espacio interespinoso que sigue al cuarto espacio lumbar; pero en caso de vacilación, debe tenerse presente que se encuentra entre la línea *suprailiaca* Tuffier y la línea *biespinosa posterior* que une las espinas ilíacas postero-superiores.

La pequeña operación puede hacerse con

el enfermo sentado o en decúbito lateral en la posición denominada en gatillo (*chien de fusil*). Por hábito, más que por otra razón, casi siempre hemos escogido la posición sentada, reconociendo sin embargo ventajas importantes al decúbito lateral. Cuando se trata, en efecto, de un enfermo en estado de mal, la prudencia indica, para sujetarlo mejor y llevar a cabo la inyección, caso de presentarse un ataque, el decúbito lateral. Además, en esta posición el enfermo queda de una vez acostado, lo que tal vez contribuye a que la cefalalgia ulterior sea menos intensa; y colocados el tronco y la cabeza más bajos, es posible, por medio de la gravedad, hacer que la sustancia se disemine pronto en el espacio aracnóideo e impregne mejor los centros. Finalmente, debemos notar también que en la posición de decúbito lateral la presión del líquido cefalorraquídeo será mejor estimada, pues en la posición sentada por condición física la presión tiene que ser tanto mayor cuanto más abajo se haga la punción. Por todas estas razones aconsejamos siempre la posición en decúbito lateral.

La aguja debe ser de bisel corto y suficientemente larga, como de cinco a ocho centímetros. Se han recomendado jeringuillas y agujas especiales, pero en esto, como en muchas

otras circunstancias, el mejor instrumento es el propio, y así una jeringuilla de Luer puede servir para el objeto.

A los tres y medio o cuatro centímetros hemos encontrado casi siempre el espacio aracnóideo, lo cual se reconoce en la disminución de la resistencia al pasar el ligamento amarillo, y sobre todo por la salida del líquido cefalorraquídeo. El líquido sale más o menos rápidamente, desde el chorro o gotas seguidas, hasta gotas perfectamente contables. La observación de esta rapidez es importante, pues nos da una medida aproximada de la presión del líquido y guiará nuestra conducta respecto a la cantidad que debe permitirse salir. Así, si la presión es poca, se dejarán salir sólo veinte gotas, que se reemplazarán con el c. c. de solución de estovaína; pero si la consideramos muy disminuída, no esperaremos ni aun a que salgan las veinte gotas. Si la presión es fuerte, entonces podemos permitir salir hasta ciento veinte gotas, según el grado que juzguemos de la presión. Esta salida del líquido debe ser siempre lenta, pues la cefalalgia, etc., son sin duda, atribuibles a una brusca descompresión. La idea es dejar una presión lo más cercana a la normal después de hecha la inyección. Si la presión es casi nula y ha sido posible obtener

estovaína pura en polvo y bien estéril, como la suministrada en las ampolletas sinesas, sería tal vez conveniente entonces poner la sustancia en la jeringuilla, la cual, adaptada a la aguja, recibe las primeras gotas de líquido, y una vez disuelta, reinyectarlo para producir así la sustancia. Mas no debemos olvidar el interés que hayen sacar algo de líquido cefalorraquídeo, que en los epilépticos es bastante tóxico, y vale más entonces en casos de estado de mal, por ejemplo, inyectar previamente suero fisiológico para drenar en algo el canal medular (observación quinta). Estas últimas modificaciones del método, a saber: estovaína sola o inyección de suero previa a la evacuación del líquido, la consideramos sobre todo útil en los casos de estado de *mal epiléptico*, en que se necesita un máximo de acción. Pero también se encuentra indicada y presta gran utilidad en aquellos enfermos en que el período interparoxístico se encuentra llenado por episodios de pequeño mal o que conservan cierto grado de imbecilidad, condición que puede considerarse, después de todo, como un estado de *mal epiléptico* atenuado. Las inyecciones de suero fisiológico que aconsejamos poner previamente a la inyección de estovaína, se absorben rápidamente y aumentan la cantidad del líquido cefa-

lorraquídeo. En estos casos la cantidad que de estelíquido puede retirarse es considerable, permitiendo llegar así a realizar un verdadero lavado de los órganos encefalorraquídeos. El doctor O. Laurent llegó en efecto a retirar de un niño, no hidrocéfalo, cerca de 65 gramos de líquido por punción, y al día siguiente cerca de 40 gramos, habiendo puesto, se entiende, inyecciones previas de suero fisiológico. «Es que el líquido cefalorraquídeo—nos dice el citado cirujano—tiene casi la misma composición que el suero artificial, y absorbiéndose rápidamente se sustituye al primero, efectuándose de esta manera el lavado indicado.»

En nuestras primeras inyecciones poníamos un centímetro cúbico de solución al 0,75 por 100 de cloruro de sodio y 1 por 100 de estovaína, obteniendo así una solución salina en la misma proporción que en el líquido cefalorraquídeo que, como se sabe, varía de 0,65 a 0,75 por 100. Bien sabemos que en la raquietovainización para anestesia quirúrgica se han usado tres, cuatro y hasta seis centigramos (dosis de la cual no se debe pasar, según Kinderjy) de estovaína, pero por razones expuestas antes hemos comenzado por un centigramo solamente y en pocos casos una dosis de dos centigramos.

Ultimamente hemos decidido abandonar el

cloruro de sodio y disolver la estovína en agua destilada, pues esta solución acuosa produce, según los observadores, una anestesia más profunda.

No vemos la necesidad de usar la estovaina en solución salina al 10 por 100, como figura en las ampollitas de *estovaina Billon*, ni aun en dosis al 2 por 100, como se usan para anestias raquídeas. Seguramente estas son preparaciones útiles para producir la anestesia, pero se comprende que ese no es nuestro fin en casos de epilepsia.

No hay duda de que las particularidades del caso, el modo como reacciona el individuo a una primera inyección, el grado de generalización de las convulsiones, o mejor dicho, si se nos permite expresarnos así, el ser más o menos idiopática la enfermedad, permitirán no sólo fijar la dosis sino aun la técnica que debe usarse.

Terminada la inyección, se retira la aguja y se obstruye todo con colodión y esparadrapo.

Los accidentes inmediatos que siguen a la inyección son nulos, salvo en ocasiones un ligero hormigueo en un miembro inferior atribuible, sin duda, a la picada de un nervio con la aguja, pero el cual desaparece pronto.

Los accidentes postoperatorios principales

son la cefalalgia y la fiebre. La primera siempre ha sido fuerte en nuestros enfermos, persistiendo de manera tenaz, aunque en aquellos casos en que ha habido ataques poco después de la inyección no hemos podido saber si es realmente postoperatorio o postparoxístico. Es posible que tenga como factor causal importante una hiperpresión, y en ese caso el modo de evitarlo sería sacar un poco más de líquido. Además, es probable que poniendo la inyección en el decúbito lateral e insistiendo en que el enfermo no se levante tan pronto, se logre atenuar bastante este epifenómeno. La fiebre no es tan frecuente como la cefalalgia, y cede fácilmente a medios hidroterápicos ligeros.

Los vómitos son raros si se priva al enfermo de líquidos durante algunas horas.

Poco hemos observado las anestias en los miembros inferiores, pues, como se ha visto, la dosis usada ha sido siempre muy pequeña.

Terminado todo, es prudente aconsejar al enfermo permanecer acostado por doce o quince horas, con la cabeza baja y tranquilo.

Al tratar siquiera a grandes líneas del régimen e higiene general del epiléptico, recordaremos este aforismo de Delasiauve, que dice que el «tratamiento higiénico es cuando menos igual en importancia al tratamiento médico.»

Ponemos a continuación el régimen e higiene general que, con ligeras variaciones, según los casos, damos siempre a nuestros enfermos.

Hé aquí ese régimen:

Estimulantes, como alcohólicos, té, café, tabaco, condimentos, etc., deben prohibirse estrictamente.

Alimentación—Será en lo posible vegetal (legumbres, etc.), farinácea y láctea (leche y todos sus preparados).

Carnes—Se tomarán en pequeña cantidad y en todo caso bien grasas. Deben ser frescas, de preparación sencilla y sin sal, evitando siempre las de cacería y las conservadas.

Pescado—Será siempre fresco, bien cocido, evitando su piel.

Conservas alimenticias, quedan prohibidas completamente.

Grasas—La mantequilla debe ser fresca, y tanto ella como sus preparados similares pueden tomarse en abundancia.

Pastas alimenticias—Todas las pastas bien cocidas y preparadas con cuidado pueden ser permitidas.

Farináceas y vegetales—Ñame, batata, papas, maíz y sus preparados; fríjoles, si se preparan bien; lentejas, rábanos, remolacha, coles, lechugas, nabos, etc., preparados con

aceite pero sin vinagre, pueden tomarse en cantidades moderadas.

Huevos—Respecto a este artículo alimenticio se tantearán algo las particularidades individuales, pues en algunos enfermos son causa de accidentes digestivos que deben evitarse.

Bebidas—El agua natural, gaseosa o mineral (Perier y Whiter Rock), azucarados, hidromiel (agua con miel), leche y sus preparados, sobre todo la leche cortada.

Comidas en general—Comer despacio y masticar bien, haciendo de preferencia tres o cuatro comidas diarias, poco abundantes, en lugar de dos copiosas, será siempre un sano consejo para los enfermos. Debe evitarse todo alimento que individualmente le haga daño al epiléptico según la enseñanza de su experiencia. La última comida debe encontrarse bien distanciada de la hora de acostarse, tomando simplemente agua de panela o bien un poco de leche tibia si a esa hora se siente fatiga.

Intestinos—Debe atenderse a su buen funcionamiento, evacuando todos los días a una misma hora; esto se logra por medios ligeros laxantes, tales como miel, higos, uvas, caña, papaya, nísperos y evitando las frutas astringentes. Una pequeña cantidad de agua tibia

en ayunas ha dado resultados satisfactorios en algunos enfermos.

Sueño—Debe dormirse en una pieza aireada, ventilada y amplia. Los epilépticos deben evitar todo motivo para trasnochar, y respecto al sueño, como para el régimen alimenticio, deben ser sistemáticos, acostándose siempre a una misma hora. Conviene acostumbrar al acostarse darse una fricción ligera en todo el cuerpo con alcohol débil.

Aseo y baños—Los baños en general deben ser pocos, cortos y tibios (calor del cuerpo) y en lugares enteramente abrigados. En cambio conviene en cada mañana un baño ligero, tibio, de esponja, con agua alcoholizada, después del cual el enfermo se secará rápidamente, efectuando en seguida una fricción seca y continuando en la cama bajo la sábana siquiera por veinte minutos. Después de esto tomar un ligero desayuno y llevar a cabo un corto paseo.

Ocupación—Nada de trabajo intelectual forzado, pero sí buscar una ocupación ligera y entretenida que no requiera gran esfuerzo mental y evitando en todo caso continuidad en el trabajo. La educación de los jóvenes no debe ser suspendida del todo, pues siempre que ella sea bien reglamentada, la disciplina y la con-

centración de la atención son de gran utilidad. La lectura debe ser amena, ligera y nada pasional; el *Quijote* y el *Gil Blas* serán siempre modelos de esta clase de lectura.

La vida debe llevarse al aire libre y distraída, evitando siempre los excesos y los hábitos que traen agotamientos, así como todo ejercicio largo y continuado (viajes, etc.) Las preocupaciones, así como las emociones morales, deben evitarse completamente.

Este régimen, como se ve, es casi lácteo-vegetariano y por tanto hipoclorurado para reforzar de esa manera, siguiendo las ideas de Richet y Toulouse, la medicación bromurada. Como ya se ha dicho, este régimen debe ser modificado según los enfermos, pues es claro que en un epiléptico en quien influyen tanto los desórdenes digestivos, necesita indicaciones diferentes a una enferma, como en nuestra observación sexta, en quien la menstruación figura como agente causal de primer orden.

Observaciones—Algunas de las observaciones que publicamos no están terminadas, pero sí suficientemente seguidas para permitir juzgar sobre el valor de ellas.

I

M. E., de Magangué, de veinticuatro años de edad. El padre era alcoholizado y sifilítico.

Durante su infancia sufrió de fiebres palúdicas, propias de la región en que vivía, pero nada de convulsiones ni anuresis nocturna. Comenzó a sufrir de los ataques hace seis años, es decir, a la edad de diez y ocho años. Estos ataques eran característicos del *gran mal*, pero sin prodromos ni aura. La medicación bromurada, usada muy irregularmente es cierto, no influyó en los ataques. Le daban tres, cuatro o seis ataques diarios, y entre los paroxismos se sostenía un estado de imbecilidad algo marcado.

Cuando la tratámos con la inyección, a principios de 1913, sufría de una extensa quemadura de segundo grado, a causa de haber caído sobre un braceró en un ataque. Esta circunstancia nos obligó a poner la inyección entre la primera y la segunda lumbar, para evitar una infección. Salidas lentamente unas veinte gotas de líquido cefalorraquídeo límpido, inyectámos un centímetro cúbico de solución salina con un centígramo de esto-vaína. Soportó esta inyección bien, notándose apenas algo de fiebre y cefalalgia. Los ataques se suspendieron por más de un año, para volver entonces por algún tiempo. En estos últimos días le han vuelto, pero menos frecuentes.

Vimos esta enferma con ocasión de la aplicación del tratamiento a su hermano (observación II), y aunque todavía de una mentalidad disminuída, ya cuidaba de su persona y mostraba ser de alguna utilidad a su familia. Como estos ataques volvieron, aconsejámos poner otra inyección, lo cual tuvimos oportunidad de hacer el día 18 de febrero de este año. Después de retirar unas cuarenta gotas de líquido cefalorraquídeo, inyectámos quince miligramos de estovaina en solución acuosa. La enferma soportó bien la inyección, presentándose apenas una ligera cefalalgia, que pasó pronto, pero con ausencia de fiebre. Los ataques se han suspendido hasta el día 5 de marzo, día en que se nos ha informado por última vez sobre esta enferma.

Esta observación ha sido seguida hasta el día 5 de marzo de 1915.

NOTAS—1ª Es esta una epilepsia de la adolescencia, edad en que la forma esencial evoluciona más frecuentemente, sobre todo cuando, como en el presente caso, hay que tener en cuenta la herencia alcohólica y sifilítica.

2ª Esta nuestra primera observación parecía estar destinada a indicar que el tratamiento era digno de estudio, pues es bastante obtener un año sin ataques, durante el cual los

centros cerebrales han tenido tiempo de reaccionar sobre las causas irritativas que han actuado sobre ellos y llegar bien cerca de su estado normal.

II

D. E., de Magangué, de diez y nueve años, hermano de la enferma de la observación 1^a, y por tanto con el mismo sello hereditario. Su infancia no ofreció nada digno de mención; mas a los diez y seis años, es decir, hace tres años, le dio el primer ataque fuerte de *gran mal*, sin prodromos ni aura. Vino después una tregua de casi un año en que, según la familia, no hubo ataques; mas no hemos podido saber si esa acalmia no fue llenada con ataques de pequeño mal o equivalentes epilépticos. Hace dos años le volvieron a dar, y aumentando en frecuencia, llegaban a seis, ocho o diez diarios. Estos ataques de gran mal sin prodromos ni aura hacían que en este desgraciado el cuerpo estuviera lleno de contusiones y heridas, por las caídas. Este verdadero *estado de mal* producía una gran deterioración en su cerebro, y apenas podía ser de alguna utilidad a su madre.

El 22 de noviembre se puso la inyección, y como la salida del líquido fuese un poco rápi-

da, pero en gotas contables, dejámos salir algo más de lo que inyectámos, para así disminuir un poco la presión. Soportó bien esta inyección sin repetición del ataque hasta el 25 de noviembre, día en que le repitió, y el 28 de noviembre le dieron varios ataques moderados. El día 4 de enero le dieron cuatro ataques con poco sopor. Hasta el día 20 de enero había seguido bien; se ha despejado bastante; tiene más confianza en sí mismo, y presta ya mucho servicio a su familia.

En este caso, como en el anterior, ni el tratamiento bromurado ni un régimen apropiado han podido ser llevados a cabo.

Volvimos a ver el enfermo el día 18 de febrero, y se nos refiere que los ataques habían vuelto, aunque alejados, y dejando apenas ligero sopor. Le pusimos dicho día otra inyección de estovaina de 0,015 de solución acuosa, y después de dos ataques acaecidos el siguiente día, se suspendieron hasta el día 5 de marzo, día en que recibimos noticias de este enfermo.

Debemos advertir que tanto en este caso como en el de la enferma de la observación primera no se ha podido seguir, por falta de recursos, la medicación arsénicobromurada de manera regular y sostenida.

Esta observación ha sido llevada hasta el día 5 de marzo de 1915.

NOTA—Se presta a consideraciones análogas a las hechas para la hermana (observación 1^a) agregando solamente que en este enfermo, a pesar de que la suspensión es más corta que en su hermana, la mentalidad ha ganado más. Es que en él la enfermedad era más reciente, y por tanto sus centros quedaron menos viciados. Como en el caso anterior, se aconsejó otra inyección.

III

H. Z., de Sincelejo, de quince años de edad. En los padres no se encuentran neuropatías, alcoholismo ni sífilis. En la infancia sufrió de anuresis nocturna, que duró poco tiempo, pero nada de convulsiones infantiles.

Hace cinco años se cayó de un árbol, golpeándose en la cabeza fuertemente y fracturándose el fémur derecho. Refiere la familia que duró más de dos horas «atolondrado,» pero que después se despejó. La fractura consolidó, y hoy se nota ligero callo óseo, que no es doloroso. Unos seis meses después el enfermo, hasta allí bien, ofreció ligeros ataques de *pequeño mal*, consistentes en fijeza de la mirada, palidez de la cara, emisión de algunas palabras en voz baja y como señalando algo en el suelo. Esto duró así por algún tiempo; por lo demás, la salud era buena.

Tuvo este enfermo desórdenes gastrointestinales que lo debilitaron algo, y se presentaron entonces los ataques de *gran mal*, siempre sin aura y frecuentes, de cuatro, cinco o seis diarios, de los cuales no conserva recuerdo en absoluto. Aun en los intervalos más largos en que es de esperarse que el enfermo se despeje, la mentalidad permanece bien baja, deteriorada como está por la enfermedad, pero sin llegar a la demencia.

En este estado pusimos la inyección de estovaína, estando el enfermo bajo la impresión nerviosa que nos hacía temer un ataque durante la aplicación. Como el líquido cefalorraquídeo salió casi en chorro, dejámos salir unas sesenta gotas, más o menos, a fin de disminuir algo la presión, e inyectámos un centímetro cúbico de solución salina normal (7,50 por 100) con un centigramo de estovaína. Se fue a su casa inmediatamente, y se le hizo acostar. Esta inyección fue puesta a las nueve de la mañana del día 28 de noviembre, habiendo tenido ya en la mañana de ese día dos ataques de *gran mal*. Por la noche se presentó una fiebre de 39°, precedida de calofrío y fuerte cefalalgia. Nos limitámos a aconsejar hidroterapia (baño frío de esponja) que el enfermo recibió bien.

El 29 de noviembre en la mañana hubo un ataque moderado, persistencia de la fiebre y aun cefalalgia. La baja mentalidad de este enfermo hace difícil que explique bien sus sensaciones. Le dimos un purgante salino ese día. En la noche hubo otro ataque moderado como el de la mañana.

El día 30 de noviembre sólo quedaba ligera pesantez de cabeza, pero nada de fiebre. El enfermo desea fumar, y como se lo hemos prohibido, se pone iracundo, teniendo un ataque muy ligero por la noche. El 1º y el 2 de diciembre los pasa bien, sin ataque.

El día 3 de diciembre se levanta y sale, pero se siente cansado y vuelve a la casa. Por la tarde hubo un ataque muy ligero, pero es la primera vez que el enfermo no sufre de fuerte cefalalgia después de sus ataques.

Los días 4, 5 y 6 pasaron sin ataques, pero el día 7 hubo tres ataques moderados y rápidos de *gran mal*.

El día 8 repetimos la inyección, poniendo igual dosis de estovaína, pero dejando salir apenas veinte gotas de líquido, por encontrar una presión menor.

Los días 9 y 10 de diciembre hubo un ataque moderado.

Del 11 al 17 no hubo ataque, ni siquiera

de *pequeño mal*, dando así oportunidad a que el sensorio descansara y se despejara algo, como en efecto se comienza a notar en este enfermo.

En los días 18 y 19 hubo ataques fuertes, pero, hecho digno de notarse, sin cefalalgia ni mayor estupor postparoxístico.

Del día 20 al 25 no hubo ataques. El 27 hubo otro fuerte, pero como los de los días 18 y 19.

Del 28 al 30 no hubo ataques.

El día 31 hubo tres ataques moderados.

El día 1º de enero de 1915 hubo cuatro ataques moderados.

El día 2 de enero hubo tres moderados, y el día 3, dos, también moderados.

No cabe duda que esta vuelta de los ataques con la frecuencia que casi tenían antes, indicaba la necesidad de repetir la inyección, pero tuvimos que ausentarnos y por esto no fue posible hacerla.

Los días 4 y 5 no hubo ataque. El día 6 se presentó un ataque de *pequeño mal*, digno de ser señalado, pues recuerda aquellos que sufrió al principio. Refiere la madre que estando el enfermo sentado cerca del lugar en que ella se encontraba, le dice: «mire, mamá, que cosa tan bonita, tan bonita, tan bonita,» y

ella al mirarlo, lo encuentra con la cara pálida, la mirada fija, como siguiendo algo que se movía en el aire, pero todo ello sin convulsiones y sin otra señal de ataque. Aquello fue rápido, de pocos segundos, y al preguntarle la madre qué era, él le contestó: «nó, el ataque.»

Pusimos en este enfermo la tercera inyección de estovaína el día 7 de enero, de manera igual a la segunda puesta el día 8 del pasado. Esta vez ha habido ligera fiebre y por la noche un ataque bastante moderado.

Del día 8 al 21 no ha habido ataques, pero desde este último día le dan dos o tres ataques diarios de *gran mal* y algunos de *pequeño mal*, como el que le dio el 6 de enero.

El día 28 de enero pusimos a éste enfermo 250 gramos de suero fisiológico, por vía endovenosa, y en seguida inyectámos 2 centímetros cúbicos de solución acuosa de estovaína (0,02 centigramos) después de dejar salir 5 centímetros cúbicos de líquido cefalorraquídeo.

Después de fuerte cefalalgia, el enfermo se levantó y aprovechó la oportunidad de pasar unos días en el campo. Los ataques no han vuelto, y hemos instituido la medicación arsenicobromurada, tal como la aconsejámos al enfermo número 4.

La suspensión de los paroxismos se ha sostenido durante todo el mes de febrero, pero el día 28, con ocasión de una impresión producida por la muerte de un vecino, los paroxismos de *gran mal* volvieron repitiéndose casi todos los días. El día 8 de marzo pusimos otra inyección en solución acuosa y a la dosis de 0,01 centigramo de estovaína, insistiendo en nuestro consejo de seguir con la medicación arsénicobromurada. Al día siguiente tuvo lugar un ataque ligero, pero hasta hoy, 14 de marzo, día en que suspendemos esta observación, no se han presentado nuevos ataques.

NOTA—Este enfermo es bastante interesante y se presta a las siguientes observaciones:

1ª En la etiología de este caso debe tenerse en cuenta el traumatismo sufrido, pues desde entonces se mostraron ligeros ataques de *pequeño mal*. Puede tal vez decirse que antes su cerebro ya tenía la oportunidad epiléptica, si se admite la enuresis nocturna como un equivalente epiléptico, según lo creen algunos autores. Fue más tarde, después de trastornos digestivos, cuando el enfermo presentó el *gran mal*.

2ª La falta de aura, la pérdida de conocimiento, la generalización desde el principio, la ausencia de paresia o parálisis postparoxís-

tica, etc., nos hacen tomar este caso como tipo de epilepsia idiopática.

3ª La frecuencia de los ataques en este caso muestra bien la influencia de la enfermedad sobre la intelectualidad, y no cabe duda de que si un tratamiento como el empleado da siquiera tregua de algunos días sin ataques y disminuye la intensidad de éstos, el sensorio descansa y sus neuronas tienen oportunidad de volver a tomar su estabilidad. En nuestro enfermo no se ha obtenido aún una curación, pero sí una gran mejoría, como lo prueba la separación de los ataques, su menor intensidad, la mejora de la mentalidad, y sobre todo, la forma larvada de ataques, como el presentado el día 6 de enero. Pasar del *gran mal* a la forma ligera de *pequeño mal*, semejante a aquel con que empezó, es, sin duda, mejoría que debemos abonar al tratamiento, tanto más cuanto que apenas hemos hecho uso, por prudencia, de una dosis mínima.

IV

S. H., de Sincelejo, de diez y seis años de edad. Sus padres han gozado de salud y están libres de alcoholismo y sífilis. La abuela sufrió de ataques nerviosos, según fueron denomina-

dos por la familia, pero se ignora su verdadera naturaleza. No hubo en este enfermó ni convulsiones, ni enuresis nocturna cuando niño. Gozaba de buena salud cuando hace seis años, es decir, a los diez años de edad, se cayó de un árbol elevado, golpeándose en la cabeza. A consecuencia de esto—refiere la familia—quedó en una especie de estupor, presentándose al día siguiente un delirio calmado, que le duró unos tres días. Fue mejorando, y ya se creía bien cuando se comenzó a observar que «desde entonces—nos dice el padre—no pudo castigarlo ni aun reprenderlo, porque le acometía violento acceso de furor.»

Al principio del año pasado (1914) murió la abuela, a quien él quería mucho, y esto lo impresionó bastante. Algunos días después, el 2 de febrero, comenzaron los ataques, los cuales consistían en accesos de verdadera epilepsia *procursiva*, descrita por Mairret, en que el enfermo se levanta y corre salvando los obstáculos, deteniéndose luego y terminando así el ataque, sin convulsiones, pero con pérdida total de la conciencia. En ocasiones estos ataques eran seguidos de sopor, pero otras veces el enfermo quedaba despejado. Al examinar la cabeza no se ha notado nada especial que revele una lesión local de las paredes del cráneo.

Cuando vimos al enfermo se le instituyó el tratamiento bromurado intensivo, pero los ataques no sólo siguieron, sino que se hicieron más frecuentes, y por manera interesante cambiaron de aspecto, pues revistieron el carácter de *gran mal*, sin aura, con convulsiones siempre generalizadas desde el principio, pérdida total de la conciencia y sin paresia o parálisis post convulsivas. En vista de esta situación, y viendo la angustia del padre, hombre de trabajo que no podía dejarlo solo, resolvimos ponerle la inyección de estovaína, a pesar de cierta debilidad cardíaca que notamos desde el principio. El día 10 de diciembre se inyectó en el canal raquídeo un centigramo de estovaína en solución salina, después de haber sacado algo de líquido cefalorraquídeo equivalente a lo que se inyectaba. Presentóse fuerte cefalalgia, fiebre y una serie de síncope que no dejó de preocuparnos, pero después de revulsivos y pocas dosis de cafeína, todo volvió a normalizarse. Al día siguiente, 11 de diciembre, le dio fuerte ataque de *gran mal*. De ahí en adelante le dieron ligeros ataques de *pequeño mal*, que consistían en una especie de pandiculación que obligaba al enfermo a sujetarse para evitar la caída. El hecho más digno de notarse es que el enfermo en estos

ataques conservaba ya algo la conciencia y podía buscar un apoyo para no caer. Estos pequeños ataques (dos o tres) eran algo más alejados que en épocas anteriores, antes de la inyección, pues se pasaba seis, ocho o diez días sin ellos, salvo a fines de diciembre, en que sí se hicieron mucho más frecuentes. El día 1^o de enero de 1915 volvió a tener un ataque de *gran mal*, presenciado por dos colegas de la localidad. Después de nueve días sin ataques, el enfermo fue aconsejado con dulzura por el padre para que no saliera a la calle, sobre todo de noche, lo cual comenzaba a hacer con alguna frecuencia, pues era de temerse que le diera el ataque sin amparo alguno. Esta sola reflexión—nos dice el padre—mortificó mucho al enfermo y le produjo un acceso de furor, y terminó por desgarrar sus vestidos. Como después de esto se quejase de fuerte cefalalgia, el padre lo hizo acostar. Por la tarde de ese día, sin aura de ninguna clase, se presentó un ataque de *gran mal*, cuyo final tuvimos ocasión de observar.

Resolvimos entonces poner otra inyección, a pesar de lo mal que el enfermo soportó la primera. El 10 de enero, en efecto, inyectámos un centigramo de estovaína, dejando salir el líquido cefalorraquídeo, que tenía poca

presión en el equivalente de lo que se inyectaba. Recordando lo observado por otros, que con igualdad de dosis la solución acuosa produce una anestesia más profunda, en esta ocasión disolvimos la estovaina en agua destilada y no en solución salina, como lo habíamos hecho hasta entonces. Apenas cubierta la picada y dejado por nosotros el enfermo, le dio fuerte ataque de *gran mal*. Ha habido bastante cefalalgia, aunque poca reacción febril, pero debemos notar que en esta ocasión no se han producido los síncope que siguieron a la primera inyección.

El día 11 había aun cefalalgia, y se presentaron vómitos verdaderamente incoercibles. El día 12 ya todo estaba bien, y hasta el 20 no había habido ataque alguno; este día, estando el enfermo en la iglesia en el *Tedéum* del festival de la población, le sobrevino un ataque de *pequeño mal*, con aura, consistente en enfriamiento de los pies y de las manos, seguido de ligeras convulsiones clónicas. Durante el ataque el enfermo conservó su conciencia, y hasta nos dice que veía sus convulsiones y todo lo que pasaba durante el ataque. Del 20 al 27, ausencia completa de paroxismos, pero en este último día le han dado dos pequeños ataques iguales a los del 20.

El enfermo se muestra contento, repuesto en su salud general, y nos pregunta si podrá continuar algunos de sus estudios interrumpidos.

A fin de hacer más estable esta mejoría obtenida, decidimos someter nuestro enfermo a la medicación bromurada, usada gradualmente y asociada a un tónico cardíaco como la digital o la esparteína. No cabe duda de que estos últimos medicamentos se encontraban indicados en nuestro enfermo para sostener el *tonus* cardíaco, que los bromuros tendían a deprimir. « En muchos enfermos—nos dice Gowers—en que los ataques continúan con los bromuros solos, se ven cesar enteramente al asociarles la digital.»

En consecuencia formuálmolos :

Bromuro de potasio	} aa. 40 gramos.
Bromuro de sodio	
Bromuro de amonio	20 gramos.
Polvo de digital, dos gramos en efusión en agua	1 litro.

M. y R. *Solución.*

Tomará de dos a cinco cucharadas por día, aumentando una cucharada cada cinco días hasta las cinco, y luego disminuir una cada cinco días hasta llegar a dos, y así en seguida de dos a cinco y de cinco a dos.

Igualmente hemos permitido a nuestro enfermo ocuparse en lecturas ligeras sin ocasionar fatiga intelectual.

Hasta el día 10 de marzo sigue sin ataques y restableciéndose.

Habíamos dado por terminada esta observación el día 10 de marzo, fecha en la cual el enfermo, después de algunos excesos en la alimentación, sufrió de fuerte indigestión acompañada de fenómenos congestivos que terminaron con una epistaxis y cedieron del todo con revulsivos y una dosis de tintura de jalapa compuesta. Ahora bien : era de esperarse que esta novedad hiciera volver los ataques ; pero nuestro enfermo se despejó pronto, y hasta hoy 16 de marzo, es decir, seis días después de la indigestión, los ataques no han vuelto. Todo esto parece indicar que la estabilidad de los centros se encuentra bastante cerca de la normalidad.

NOTA—Este caso clínico da lugar a las siguientes observaciones :

1ª La medicación bromurada instituída por varios médicos no dio ningún resultado favorable, aunque a decir verdad, nunca fue estrictamente seguida, por haber observado la familia desde el principio «que el bromuro le hacía mal.» Se habrá notado, en efecto, que el

bromuro fue nuestra primera medicación, y que en esos días los ataques de carácter impulsivo que tenía hasta entonces cambiaron por completo en ataques de *gran mal*.» Puede ser esta una mera coincidencia, pero en todo caso el hecho debe ser anotado.

2ª Domina en el cuadro clínico de este caso el hecho de la variabilidad en la forma de los ataques que recuerda lo dicho por W. Gowers en su notable estudio sobre la epilepsia: «la enfermedad presenta variaciones tan grandes en grado y en carácter, que hace imposible toda definición clínica de ella.» En efecto, nuestro enfermo, después de accesos de furor con ocasión de reprensiones (verdaderos equivalentes epilépticos), presenta paroxismos impulsivos que cambiaron después en *gran mal*, pasando más tarde, después de la primera inyección, a *pequeño mal* (ataques de pandiculaciones), o mejor dicho, al aura de un ataque abortado, pues como ya se ha notado, la conciencia quedaba conservada. Viene luego un ataque de *gran mal*, seguido de una acalmia, durante la cual se presentó algo parecido a lo descrito por Charest con el nombre de automatismo ambulatorio, equivalente epiléptico que lleva al enfermo a salidas que pueden durar de minutos a semanas. Bien podríamos su-

poner, dada esta variabilidad clínica de los ataques de nuestro enfermo, que los síncope observados eran más bien equivalente epiléptico visceral, pues debemos recordar que Trousseau y Fere han señalado hasta el *angor pectoris* entre esos equivalentes.

3ª Factor etiológico de este caso es, sin duda, el traumatismo sufrido a los diez años, pues desde entonces este enfermo, hasta allí de buena salud, comenzó a sufrir de las manifestaciones del *mal comicial*, marcándose sobre todo bajo la forma impulsiva cuando a aquel factor etiológico se agregó una gran pena moral.

La influencia de los traumatismos ha sido reconocida por todos los observadores, y no toca a nosotros insistir sobre este hecho ya clásico en neurología. Diremos solamente que el traumatismo craneano (caídas, golpes, etc.) puede obrar, o bien produciendo una lesión local de compresión cerebral (hundimientos óseos, esquirla, etc.), y entonces ocasiona una epilepsia focal o jacksoniana, o bien creando «todas las modalidades de la epilepsia, como *gran mal*, *pequeño mal*, trastornos intelectuales, manía, delirio, impulsiones irresistibles.» «Se puede venir a ser epiléptico cualquiera que sea el sitio del traumatismo craneano (re-

gión parietal, occipital o frontal), siendo variable la época de la aparición de la epilepsia, pues a veces estalla de manera precoz poco tiempo después del traumatismo, o tardíamente, no mostrándose sino meses o años después. Sin embargo, durante el período que transcurre entre el traumatismo y la aparición de la epilepsia no es raro que el individuo sufra trastornos cerebrales, como vértigos, cefalalgias» (Dieulafoy), o accesos de furor como en nuestro joven enfermo. Otras veces el traumatismo produce, precoz o tardíamente, una epilepsia jacksoniana más o menos parcial, que acaba por generalizarse imitando así completamente el *gran mal*. El factor agregado de fuerte pena moral ha sido igualmente observado por los clínicos.

Respecto al tratamiento, puede decirse que en los casos de epilepsia jacksoniana en que se reconozca un foco de irritación local, la operación, como era de esperarse, ha dado resultados favorables completos. En los casos en que ha comenzado por epilepsia parcial, generalizándose después, la operación, aunque sin duda justificada, no ha dado siempre resultados satisfactorios. «En estos casos—nos dice Whitla—el área de inestabilidad se extiende, y finalmente los casos pasan a ser epilep-

sia idiopática, y aunque las convulsiones pueden comenzar como antes, ellas se generalizan.» Este hecho explica, en efecto, porqué quedan en algunos casos ataques y convulsiones generales después de la eliminación de la antigua causa local. Mas en casos como el de nuestro enfermo, en quien el traumatismo ha producido una epilepsia igual o similar a la idiopática, la corteza cerebral ha adquirido el hábito epiléptico de descargas espontáneas de energía nerviosa. Nuestra medicación va precisamente destinada a devolver a esos centros excitados *su tonus* normal.

4^a A pesar de lo dicho en la nota anterior debemos llamar la atención sobre la forma del ataque después de la primera inyección, pues el enfermo conservaba su conciencia como acontece en los ataques de epilepsia jacksoniana, a diferencia de lo que sucede en los ataques del verdadero *mormus sacer*. En otros términos, el ataque quedaba limitado, si se quiere, a un aura durante la cual el enfermo no perdía el dominio de su conciencia. Ahora bien: se sabe que el aura es más frecuente en la epilepsia parcial, y que en la esencial puede considerarse como el principio del paroxismo, durante la cual los centros psíquicos no son aún perturbados o inhibidos. Puede pues permi-

tírsenos decir que en el enfermo S. H. el tratamiento, conservando la conciencia durante el ataque, ha quitado la característica de la esencialidad de ellos, pues la rápida pérdida de la conciencia es, como ha insistido W. Gowers, el punto esencial en la definición de la epilepsia idiopática.

El ataque del 20 de enero fue de *pequeño mal*, con aura (enfriamiento de las extremidades) y ligeras convulsiones clónicas vistas por el mismo enfermo, indicando así que la descarga de energía viene sólo de la zona cortical, quedando la zona psíquica y los centros subcorticales casi completamente libres.

5^a Respecto a la educación de los epilépticos, diremos, con ocasión de este enfermo, que cuando los ataques son frecuentes y severos no se puede ni se debe frecuentar la escuela; pero cuando los ataques son ligeros y distanciados, es de desearse que el tiempo sea ocupado en algo, sin que el trabajo intelectual lleve a la fatiga.

Es de esperarse que en nuestros grandes centros se funden clases o escuelas especiales para las víctimas de esta enfermedad, como existen ya en Europa. Por lo demás, es evidente que la disciplina, la concentración de la atención en algo, asociadas a clases cortas,

son de grande utilidad para estos enfermos, pues seguramente se acostumbran así de alguna manera los centros excitados a refrenarse y a retener su exceso de energía.

N. N., de X, de diez y siete años de edad. Su padre tuvo hábitos alcohólicos y sufrió probablemente de averiosis. A la edad de un año tuvo fiebre palúdica perniciosa, atendida enérgicamente por uno de nuestros mejores médicos prácticos. Algún tiempo después sufrió de accidentes convulsivos, atribuidos a vermes intestinales.

A la edad de ocho años se le notó ligero estravismo, que la familia tomó como intencional, y fue causa de reprensiones. En ese entonces hubo sarampión, después del cual comenzaron ligeros ataques de ausencia con fijez de la mirada, pero sin prodromos ni aura. Estas ligeras ausencias se repitieron y duraron algunos meses. Entregado el enfermo al tratamiento por los bromuros dados de manera irregular y transitando ya por la amplia vía de las medicinas de patente (Epizonia y otras), vio pronto cambiar el carácter de sus ataques, así como aumentar su frecuencia.

Estos ataques consistieron entonces en movimientos clónicos, rítmicos en extensión (como

seis u ocho) en los miembros, sobre todo de los brazos, muy marcados si no se apoyaba la mano en nada, pero apenas perceptibles si se apoyaba.

Durante el ataque la cara permanecía inmóvil y pálida, la mirada fija y vaga y pérdida completa de la conciencia. El enfermo, si se encontraba sentado durante la crisis, no caía, pero si parado o caminando sin apoyo, la caída sí tenía lugar. De ordinario le daban cinco o seis ataques diarios, pero se contaban también a veces intervalos de cuatro o cinco días sin ataques. Es de advertir que dichos ataques han sido siempre más raros de noche, a juzgar, se entiende, en las horas de vigilia, en que el enfermo puede ser observado. En los días interparoxísticos le daba en ocasiones por caminar sin objeto, e inconsciente de lo que hacía, y esto por partes estrechas, como bordes de tablones, en que el equilibrio necesita del esfuerzo de la atención.

Estos ataques de *pequeño mal* y los equivalentes epilépticos de automatismo que llenaban los períodos de aparente acalmia, eran a veces interrumpidos por días de ataques subintrantes, sin tregua, y cuya serie era en ocasiones terminada por ataques de verdadero *gran mal* seguido de largo sueño.

Nuestro enfermo ha gustado mucho de montar a caballo y entregarse ocasionalmente al oficio de vaquería, que requiere a veces cierta velocidad. Ahora bien: él ha observado que los ataques son muy raros cuando está en ese ejercicio, y si los hay, nunca lo han hecho caer. Una vez efectuados esos viajes o ejercicios a caballo, a veces largos, se observaba que los ataques venían con más frecuencia, a causa sin duda de la acumulación de endotoxinas producidas por la fatiga.

A fines del año de 1912 un médico creyó oportuna una intervencción en el oído, pensando tal vez en un vértigo de Menière, pero los ataques no fueron en nada modificados por ella.

En septiembre de 1913 tomó para la expulsión de la tenia que se supuso existiría, un remedio suministrado por un helmintólogo ambulante que encontró en su vía de enfermo desesperado. Se dice que la tenia fue expulsada, y en Panamá, donde estuvo en septiembre de 1914, le suministraron timol para expulsar los gusanos intestinales que hubiesen podido quedar. Los ataques siguieron lo mismo, aunque el enfermo se restableció algo durante el viaje, habiendo mejorado su apetito como nunca, según él mismo lo manifiesta.

Este enfermo ha abusado de la medicación bromurada, y presenta el color terroso de la cara, latidos cardíacos débiles y acelerados, propios del bromismo. Uno de los médicos que lo asistieron le suministró nuez vómica, y logró con ello, durante algún tiempo, una notable mejoría.

El día 9 de diciembre conocimos al enfermo y nos encargámos de dirigir su tratamiento. Examinado detenidamente y teniendo en cuenta su historia y el sello hereditario que tenía, hicimos, en primer lugar, examinar y arreglar la boca por un dentista competente, quien extrajo dos muelas inferiores y simétricas con exostosis marcadas en sitios simétricos. Procedimos así, no en la idea de que aquellas exostosis fuesen la única causa de los ataques, sino en el interés que teníamos de eliminar toda causa de irritación que pudiera contribuir siquiera en algo en la fisiología mórbida de ellos.

El día 11 de diciembre le pusimos una inyección de un centigramo de estovaína en solución salina, después de dejar salir el equivalente del líquido cefalorraquídeo. Se produjo gran cefalalgia, pero todo pasó pronto.

El enfermo ha sido sometido al régimen que damos a conocer en otra parte de este trabajo.

La modificación de los ataques después de esta primera inyección ha sido poco marcada, pues apenas se han alejado algo, conservando siempre el mismo carácter.

Reconociendo en este enfermo un grado marcado de anemia, resolvimos poner unas inyecciones de metilarsinato disódico como medicación ayudante. Además, como todo nos ha hecho pensar en el vicio del onanismo, lo hemos hecho vigilar de manera especial, no sólo para confirmar nuestras sospechas, como para separar de la patogenia de estos ataques este factor tan funesto.

En estos días hizo un viaje a caballo, y poco después tuvo una serie de ataques, sin dejar ninguna tregua para que la conciencia apareciera. Este *estado de mal* epiléptico causó alarma a la familia que lo hospedaba, pues se mostró rebelde a las aplicaciones que se le hicieron. Todo acabó con un ataque fuerte de *gran mal*, después del cual vino el vómito y el sopor. Ya en esta ocasión se atribuyó a una ligera indigestión este *estado de mal*, lo cual fue confirmado al observar que se logró una ligera calma después de tomar una dosis de bicarbonato de soda.

El día 17 de diciembre resolvimos poner una segunda inyección, pero mientras alistába-

mos todo para ello le dieron cuatro o cinco ataques consecutivos. Hicimos la punción y dejámos salir unas treinta gotas del líquido, y ya íbamos a poner la solución de estovaina cuando un ataque nos obligó a interrumpir nuestra aplicación. Así, pues, sólo pudimos contar con la descompresión producida, debiendo advertir que la cefalalgia siempre se produjo.

Desde este día los ataques, aunque apenas se han modificado en su frecuencia, sí lo han sido en su intensidad y en su carácter, pues según el mismo enfermo hay algo de aura (enfriamiento de los pies), lo cual, como ya hemos dicho, no existía antes.

Permitimos a nuestro enfermo un viaje el día 31 de diciembre a ver a su familia, y aunque le aconsejámos dos o tres jornadas, él lo hizo en una sola, llegando a su destino el mismo día (unas doce leguas). Aunque eran de esperarse frecuentes ataques después de esta gran fatiga, como en otras ocasiones análogas, éstos no se presentaron hasta el día 4 de enero, es decir, cuatro días después. El día 6 fue otro día de *estado de mal* epiléptico, pero en esta ocasión sí se vio claramente que los trastornos gástricos actuaron como causa determinante. Ese día el enfermo había comido de-

masiado, ocasionándose algo de indigestión, y en esta vez, como en otras, se recurrió, con buen éxito, al favorito y fiel bicarbonato.

El día 9 volvió nuestro enfermo al lugar de nuestra residencia, y el 10 tuvo dos ataques. El día 11 resolvimos poner otra inyección de estovaína (la segunda propiamente), pero notando una lengua bien saburral, aliento fétido y subictericia conjuntival, creímos mejor darle un purgante salino, el cual fue tomado por la tarde, aunque lográndose poco efecto.

El día 12 los ataques fueron algo frecuentes. El enfermo tomó por su cuenta una dosis de bicarbonato de soda, que lo calmó algo, y por la tarde resolvió montar a caballo y dar un paseo, durante el cual no ocurrió nada, sintiéndose el enfermo mejor después. El día 13, en asocio de los notables prácticos doctores Julio E. Vargas y Francisco H. Porras, pusimos doscientos cincuenta gramos de suero fisiológico bajo la piel, y a las tres horas, más o menos, hicimos la punción lumbar. Encontrámos una gran presión, pues el líquido cefalorraquídeo salía en chorros al principio, y después en gotas rápidas, por lo cual dejámos salir cerca de ochenta gotas, inyectando un centímetro cúbico de solución acuosa de estovaína (un centigramo). La cefalalgia ha sido muy

fuerte, pero la fiebre muy poca, iniciándose por la tarde el cuadro de una gran infección intestinal, y a pesar de todo ello los ataques fueron pocos y distanciados. Dosis fraccionadas de calomel y jalapa, irrigaciones intestinales y dieta adecuada mejoraron pronto la condición del enfermo.

Las vías digestivas han mejorado notablemente, y los ataques ligeros de convulsiones volvieron el 23 de enero, pero bastante distanciados, siempre con aura y sin dejar ningún rastro como antes.

El factor onanismo está aún en nuestro espíritu, aunque carecemos de evidente comprobación. La familia está interesada en corregir este estado de cosas, que por lo demás se sabe « depende del estado cerebral propio del epiléptico » (Lasegue), creándose así una cadena mórbida de causa y efecto entre la epilepsia y el onanismo, cuyos eslabones es necesario destruir.

Teniendo presente estos hechos, hemos resuelto hacer volver al enfermo al lado de los suyos para poner allá la tercera inyección y hacer que el régimen sea seguido más estrictamente. El día 4 de febrero pusimos quince miligramos de estovaína en solución acuosa (dos centímetros cúbicos), después de dejar salir sesenta gotas

de líquido. Esta inyección fue puesta en el decúbito lateral y exigimos al enfermo se mantuviera acostado por algunas horas. La cefalalgia y la fiebre siempre vinieron, pero mucho menos intensas y de menor duración que en ocasiones anteriores.

Insistimos con la familia en la necesidad que había de atender a lo siguiente :

1) Regularizar las comidas en número de cuatro diarias y poco copiosas, siguiendo el régimen indicado por nosotros, a fin de evitar la influencia manifestamente funesta de los desórdenes gastrointestinales producidos por la glotonería de nuestro enfermo.

2) Vigilar de cerca al enfermo respecto del terrible factor del onanismo, y, caso de comprobarlo, tratar de eliminarlo.

3) Buscar al enfermo alguna ocupación útil y distraída y lecturas ligeras.

4) Comenzar la medicación arcénicobromurada graduada:

Bromuro de potasio	100	gramos.
Arseniato de soda	0,15	centigr.
Agua	1	litro.

M. y R. *Uso indicado.*

Tomar dos cucharadas diarias por cinco días, aumentando una cada cinco días hasta llegar a cinco cucharadas diarias por cinco días. Dismi-

nuír después de una cucharada cada cinco días hasta las dos, y así en seguida de dos a cinco y de cinco a dos.

5) Finalmente, ayudar a la medicación mencionada con las inyecciones de suero Cherón, siguiendo las indicaciones que a este respecto hacemos con motivo de la observación vi.

NOTA—Este caso da lugar a las siguientes observaciones:

1) Entre los antecedentes hereditarios tenemos las enfermedades del padre, y entre los personales el acceso de paludismo pernicioso presentado a la edad de un año. De esta manera se creó, sin duda, el terreno epiléptico para que cualquier causa, aun ligera, provocara la crisis. «La frecuencia de la epilepsia en los niños—nos dice Yeo—que han sufrido de fiebre específica, parece mostrar un efecto especial de las toxinas desarrolladas en el sistema nervioso y establecer así hábito epiléptico.»

Los accidentes convulsivos que tuvo algún tiempo después del paludismo y atribuidos a vermes intestinales, fueron probablemente ya manifestaciones de la enfermedad. «Las convulsiones de la infancia—nos dice Whitla—que siguen a las enfermedades febriles agudas y que son atribuidas a vermes intestinales, dentición u otra causa refleja, no deben separarse

de la epilepsia idiopática sino en el caso de que esas convulsiones no vuelvan una vez desaparecida la causa; cuando siguen manifestándose, deben ser consideradas como pertenecientes a aquella enfermedad.» «Las convulsiones de los niños—escribe M. Lannois,—que repiten con frecuencia, deben hacer pensar en la epilepsia, no siendo raro encontrar en los conmemorativos de los epilépticos, convulsiones de la primera infancia que han acompañado sin duda a la producción en el encéfalo de las lesiones causales.»

2) Llega después un sarampión a llevar una nueva provisión de toxinas a las células nerviosas que, buenos acumuladores, la toman y aumentan su excitabilidad. Vinieron, en efecto, entonces los ataques de *pequeño mal*, que se instalaron por completo, aumentando después de frecuencia. Se agregan, finalmente, las varias drogas, y de manera especial los detestables brevajes llamados de *patente*, a dar el otro retoque a aquel cerebro de epiléptico ya constituido. Los ataques en ese entonces variaron, y sobrevinieron los de convulsiones clónicas.

3) Llama sin duda la atención el hecho de que durante la equitación los ataques son raros. Tal vez esto sea debido a una acción

inhibitoria producida por el proceso psíquico de la atención que actúa en ese caso como freno sobre las células excitadas. Después del ejercicio, la fatiga, produciendo naturalmente endotoxinas que le son propias, aumenta el número de ataques, llegando a producir a veces el *status epilepticus*.

4) La historia posterior de este caso prueba que los desórdenes gastrointestinales figuran como gran factor en la producción de los ataques, y especialmente el estado de *mal epiléptico* que ha sufrido con alguna frecuencia. Es posible que la nuez vómica tomada en una ocasión produjo buen efecto corrigiendo algo estos desórdenes digestivos. Por lo demás sabemos que «los estricneos son útiles en los epilépticos anémicos con signos de gran gasto nervioso, y sobre todo en los atacados de *pequeño mal*» (Bartholow). Estas influencias de los desórdenes gastrointestinales han sido bien estudiadas por A. Robin, quien los ha visto preceder a los ataques, observando la suspensión de éstos con la mejoría de aquéllos. «Bajo la influencia que casi siempre es posible determinar (desórdenes digestivos, onanismo, excesos alcohólicos, fatigas, etc.) se producen las crisis subintrantes que constituyen el estado de mal epiléptico, estado siempre grave,

que termina a veces por la muerte (cerca de 50 por 100)» (Pitres).

5) Dirigiendo principalmente nuestra terapéutica hacia la corrección de las funciones hepáticas y gastrointestinales, y tratando de restablecer esta organización gastada, hay esperanzas fundadas de obtener bastante beneficio. Hoy por hoy poca es la mejoría obtenida, pudiendo sólo notarlos hechos que indican un ligero cambio favorable, a saber: la aparición del aura que comienza a existir en los ataques, el soportar bien la fatiga producida por viajes largos, y finalmente, la poca influencia que ya tienen los desórdenes gastrointestinales.

6) A causa, sin duda, de una buena alimentación, de una vida llevada con comodidades relativas y de cierto grado de cultura recibida por el enfermo, no se ha producido el grado de deterioro mental observado en otros de nuestros enfermos. En cuanto a pronósticos, debemos recordar que su epilepsia se instaló, según su historia clínica, antes de los diez años, y que para Whitla «la curación completa es rara cuando la enfermedad comienza en la primera década de la vida.»

7) Finalmente diremos que en nuestro joven enfermo la hiperexcitabilidad ha existi-

tido, sobre todo, en la zona sensoria y psíquica al principio (época de las ausencias), para extenderse más tarde a los centros motores corticales (época en que se agregaron las convulsiones clónicas), sitio en que, según los observadores, se producen esas convulsiones. Los ataques de *gran mal*, en que el período del *tonus* marca el principio del paroxismo, indica ya la irritación extendida a los centros subcorticales. En resumen, quedan hoy solamente en nuestro enfermo ataques bien distanciados y ligeros de *pequeño mal*, siempre con aura, clonismo pasajero y sin dejar ningún fenómeno postparoxístico.

8) La existencia del onanismo, que por desgracia hemos llegado a comprobar, domina este caso y hace que toda terapéutica se anule ante tan funesto factor.

VI

Señorita M. de X., de veinticinco años de edad. Sus padres gozaron de buena salud, y su infancia no ofrece nada especial digno de mención. Casi a los diez y seis años se presentó el flujo catamenial, el cual quedó desde entonces fisiológicamente bien establecido. Hace unos seis años sufrió de lo denominado opresiones, acompañado de angustia precor-

dial, y hace cuatro sufrió desórdenes gastrointestinales, y quedaron desde entonces accidentes dispépticos y terribles jaquecas. Poco después de estos accidentes gastrointestinales se presentó lo que la familia denominó «mareos,» consistentes en que la enferma, estando tranquila, fija la mirada y palidece fuertemente; hay movimientos en los músculos de los brazos como convulsiones clónicas ligeras y débiles, semejantes al sobresalto de los tendones que se observa en los ataxo-dinámicos. Durante estos «mareos» la enferma pierde por completo la conciencia, pero después de un corto intervalo todo vuelve a lo normal, y queda bien como antes. Estos ataques, de seis a ocho diarios, por tres y cuatro días, se suspendían por semanas o meses, y en una ocasión hasta por seis meses. Es de advertir que hasta entonces estos accidentes no guardaban ninguna relación con la menstruación, la cual se presentaba siempre con sus caracteres fisiológicos.

Hace ocho meses la menstruación cambió en sus caracteres por completo, sintiendo durante el primer día dolor en el hipogastrio, que duró más tiempo que antes, pero siempre con la regularidad en su vuelta, aunque dejando fuerte prurito por muchos días después.

Coexistente con este cambio en la función menstrual acaeció uno en los ataques que, aunque revestían igual carácter, se hicieron más fuertes y prolongados. Además, la enferma ha notado desde entonces que la frecuencia es mayor en las épocas menstruales, especialmente en los días que siguen cuando el prurito se encuentra en su máximo. En estas circunstancias la enferma hizo un viaje a caballo, pero antes de llegar al lugar de su destino le dio un ataque fuerte, que la hizo caer, pero sin sufrir ningún golpe.

La enferma ha tomado mucho los bromuros de manera irregular, así como algunas medicinas de patente, atribuyendo un gran éxito entre estas últimas a unas grajeas que el autor dice contener bromuro, arsénico y picrotoxina.

Vimos a esta enferma a mediados de diciembre, y la aconsejámos el régimen ya indicado en otra parte, haciéndole algunas indicaciones para mejor observar su enfermedad.

Sus ataques siempre han sido de *pequeño mal*, con las convulsiones clónicas mencionadas, con inconsciencia completa y sin aura, quedando después de algunos de ellos ligera cefalalgia y sopor, que la obliga a acostarse. Nuestra enferma es educada, inteligente y de conversación agradable; revela poco deterioro en su mentalidad.

El día 9 de enero pusimos la primera inyección de un centigramo de estovaína, después de dejar salir cuarenta gotas de líquido cefalorraquídeo e inyectando un centímetro cúbico de la solución acuosa. Una hora después sobrevino un ataque, y por la noche otro, quedando una fuerte cefalalgia, pero sin ninguna reacción febril.

Hasta el día 22 no ha habido ataques, pero habiendo asistido a una función de cinematógrafo en que se exhibía una cinta bastante emocionante y larga, volvió a su casa muy fatigada, y al amanecer del día 23 tuvo un ataque, del cual no se percibió. Hemos comenzado en esta enferma una medicación arsénicobromurada sistemática para atenuar la influencia del período menstrual, que ya se aproximaba. Esta medicación arsénicobromurada la hemos dado a conocer con ocasión de nuestro enfermo número 5.

El día 28 de enero pusimos dos centigramos de estovaína en dos centímetros cúbicos de agua estéril, después de retirar ochenta gotas de líquido cefalorraquídeo. Inmediatamente después se presentó ligero adormecimiento en los miembros inferiores, que pasó pronto, y algunas horas más tarde gran cefalalgia y fiebre elevada (40°). Al día siguiente nuestra

enferma se muestra muy demacrada, con cefalalgia intensa y sensación de tensión en los oídos. Debemos advertir que esta vez pusimos la inyección en decúbito lateral (posición en gatillo), pues esperábamos así evitar o disminuir la cefalalgia que, sin embargo, como se ha visto, se mostró muy intensa. La patogenia de esta cefalalgia no está aún bien elucidada, y es de esperarse que nuestros prácticos, con sus observaciones posteriores bien llevadas, nos la hagan conocer mejor.

Hasta el día 20 de febrero no se ha observado ningún ataque, a pesar de haber pasado la menstruación. Teniendo en cuenta lo mal que nuestra enferma soporta las inyecciones de estovaína, hemos resuelto sostener, por algún tiempo al menos, la medicación arsénico-bromurada asociada a las inyecciones de suero Cheron, cuya composición es la siguiente:

Fosfato de soda	} aa. 1 gram.
Sulfato de soda	
Cloruro de sodio	
Acido fénico puro	
Agua esterilizada	100 gram.

M. y R. *Solución.*

Se pondrán de esta solución dos o tres centímetros cúbicos diarios, aumentando para llegar a seis, ocho o diez centímetros cúbicos, a medida que el enfermo lo soporte.

«Estas inyecciones serían—nos dice M. de Fleuri—un ayudante valioso de la medicación bromurada, no porque tengan acción específica sobre alguno de los elementos de la enfermedad, sino porque ejercen una acción dinomogénica, que vuelve al enfermo más apto para resistir a las influencias nocivas a que está sometido por el hecho de la enfermedad y por los bromuros.»

Además de esta medicación sistemáticamente seguida, hemos aconsejado agregar, a fin de atender al factor manifiesto de la menstruación, lo siguiente:

1) Atender al funcionamiento de los intestinos de manera especial los días antes de la menstruación.

2) Por las noches, dos o tres días antes de la supuesta fecha, usar pediluvios sinapizados, o bien sinapismos en las partes superointernas de los muslos.

3) Tomar dos o tres cucharaditas desde ocho días antes de la menstruación y durante las comidas, de la siguiente poción:

Extracto fluido de <i>hydrastides</i>	} aa 10 grms.
<i>canadensis</i>	
Extracto fluido de <i>viburum</i>	
<i>plunifolium</i>	
Extracto fluido de <i>pisidia eri-</i>	
<i>tryhna</i>	

Elíxir de Garus 100 grms.

M. y R. *Poción.*

4) Observar durante dichos días un gran reposo.

5) Locionar los órganos genitales externos con la siguiente loción :

Hidrato de cloral 10 gramos.

Agua 100 gramos.

Esta loción atiende al prurito que acompaña y sigue a la menstruación, y al cual la misma enferma concede cierta influencia en los paroxismos.

A pesar de no haberse cumplido completamente este tratamiento, pues se dejó de tomar la poción indicada, la enferma ha tenido dos ligeros paroxismos en los días que siguieron a la época cataménial.

Hoy día, 10 de marzo, cortámos esta observación esperando seguirla más tarde por ser de suyo interesante darla a conocer a nuestros lectores.

NOTAS—Aunque hace poco comenzámos a tratar esta enferma, puede, sin embargo, llamarse la atención sobre las siguientes particularidades :

1) Desde luégo no cabe duda que la vida menstrual de nuestra enferma fue tardía en establecerse, pues bien sabemos que en nues-

tros climas ardientes se establece a los trece y a veces a los doce años. Esta observación debe hacerse, a pesar de que la menstruación haya seguido un curso bastante fisiológico en el principio.

2) Entre los conmemorativos figuran auto-intoxicaciones antes de la crisis, pues durante algún tiempo se presentaron desórdenes gastrointestinales.

3) Pero lo que caracteriza el caso y autoriza calificarlo de forma menstrual de la epilepsia es la correlación de los cambios de la función catamenial y los cambios de los ataques, pues éstos han sido, sin duda, influídos por aquéllos. «Generalmente—nos dice Whitla—durante la menstruación el número de los ataques aumenta, o bien, sólo aparecen en esta época para desaparecer en ocasiones con la preñez.»

Procurar volver a lo normal esa función menstrual debe ser el objeto principal del tratamiento, quedando las inyecciones como medio poderoso para dar descanso a los centros excitados.

4) La epilepsia en esta enferma ha sido tardía en su aparición (a los veintiún años), y sus células nerviosas fueron sorprendidas ya en estado adulto y desarrolladas, y esto, agregado a

una vida tranquila, sin privaciones, hizo que se conservara una buena suma de mentalidad y que el deterioro propio de ella se redujera a su *mínimum*. Estas mismas circunstancias hacen el pronóstico algo favorable, pues «cuando la epilepsia comienza entre los quince y los veinte años (nuestra enferma tenía veintiuno) se tiene una curación en el tercio de los casos.» (Whitla).

Informe sobre el trabajo anterior

por el doctor Jorge Vargas Suárez (de Bogotá).

En desempeño de la comisión que me fue encomendada por la Presidencia para rendir informe sobre la comunicación que bajo el título *A propósito del tratamiento de la epilepsia*, dirige el doctor Miguel Arango M., de Barranquilla, a la Academia Nacional de Medicina, tengo el honor de exponeros lo siguiente :

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 patogenesis de la epilepsia.

Recuenta primeramente el doctor Arango gran número de casos, al parecer idiopáticos en sus caracteres, pero en todos los cuales causas residentes en distintos órganos vinieron a explicar no solamente el origen de los ataques epilépticos, sino a permitir, una vez descubierta la causa inicial, la completa curación de la enfermedad.

Con envidiable criterio científico recuenta y analiza Arango los más fundamentales ex-

perimentos que tienden a dilucidar el arduo problema de la patogenesis epiléctica. 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 epilécticas 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 descarga puede ser debida a excitaciones físicas que obren sobre cerebros sensibilizados y que se hallan en plena oportunidad epiléctica.

Concordando con el doctor de Fleury, según el cual las epilepsias llamadas directas sólo se distinguen patogénicamente de las reflejas en la longitud del nervio sensitivo que sepa-

ra el punto irritado de la superficie del cerebro, termina Arango admitiendo que tanto en las unas como en las otras «el agente de irritación lleva al centro que preside la motilidad, una suma de energía continuamente aumentada hasta el momento en que la acumulación, ya muy fuerte, viene a ser intolerable y se desencadena en avalancha el paroxismo convulsivo.»

Así pues, y condensando las ideas del autor, tenemos que para producir el ataque son necesarios dos factores :

1º Un cerebro sensibilizado por una o más causas de naturaleza eminentemente heterogénea, y 2º, una irritación tóxica o mecánica que obre sobre el centro nervioso ya predispuesto. Según estas últimas conclusiones admite Arango bases de tres distintos órdenes de indicaciones terapéuticas:

1º Impedir la producción o entrada en el organismo de sustancias epileptogeneradoras; 2º, alejar todo orden de factores causales; 3º, disminuir la excitabilidad central y ayudar la vuelta de los centros a la estabilidad fisiológica.

Sobre las dos primeras indicaciones de orden higiénico, profiláctico y dietético, menciona Arango, de paso, las principales armas

de combate que poseemos en la actualidad; y en cuanto a la última, se extiende algo más sobre la medicación por agentes químicos, principalmente los bromuros, cuyos inconvenientes y ventajas menciona brevemente.

Puesto sobre la meta por la observación de origen alemán de los herniarios epilépticos que en Alemania fueron operados, previa raquistovainización, y en los cuales hubo una manifiesta mejoría de los accidentes epilépticos, principió Arango el estudio experimental sobre la acción de las inyecciones intrarraquídeas de estovaína en el tratamiento de la epilepsia, estudio respecto del cual tengo el honor de trataros esta noche.

En lugar de aminorar en modo alguno el mérito y la originalidad al trabajo de Arango el que éste se funde en observaciones hechas por otros sabios alemanes, paréceme que aumenta los merecimientos de nuestro compañero el hecho de haber sabido interpretar con una sagacidad y un criterio científico admirables, hechos en los cuales competencias europeas solamente vieron resultados casuales y apenas dignos de mención.

La circunstancia de haberme tocado en suerte introducir en el Hospital general de Eppendorf, Hamburgo, la vulgarización de la

punción lumbar y la práctica del citodiagnóstico cerebroespinal, me ponen en capacidad de juzgar con alguna competencia la base fundamental del trabajo de Arango, que se refiere a la punción lumbar y la utilización del líquido cefalorraquídeo, no ya como agente diagnóstico de valor inapreciable, sino como vehículo para ciertas sustancias medicamentosas.

La técnica operatoria empleada por Arango es la misma aconsejada por Quinke, fundador de la punción lumbar, y sus continuadores franceses y alemanes, en especial por Ravant, Widal, Doptes, Nissi y Erb. La única e inteligente modificación es la inyección previa, ya sea intravenosa o subcutánea, de una buena cantidad de suero artificial. Tal procedimiento tiene por objeto el que la inyección intrarraquídea se verifique en un líquido cerebroespinal que ha sido lavado, y por lo tanto desintoxicado por la inyección sérica anterior.

En lo que respecta al medicamento en sí, emplea nuestro compañero una solución de estovaína Billon, de la cual inyecta primero de uno a dos centímetros cúbicos. Para inyectar solamente cantidad tan mínima se funda Arango en el hecho de que el fin perseguido debe ser más tenue pero más sostenido que el de una

raquianestesia quirúrgica; además sostiene, con sobrada razón, que la célula epiléptica es más sensible que la sana a la acción de los agentes terapéuticos. Seis son los casos observados por Arango durante un año, poco más o menos, y sus historias clínicas han sido seguidas, a mi parecer, no solamente de manera magistral, sino que presentan los caracteres de la más estricta honradez científica. Puede decirse que en la relación entera de nuestro compañero domina cierto escepticismo, muy bien traído y puesto en lugar en quien solamente puede presentar casos en verdad muy brillantes pero poco numerosos, en apoyo de su aserción.

Las dos primeras observaciones de Arango se refieren a dos hermanos, víctimas de una herencia indiscutible, con graves perturbaciones intelectuales ambos; sufriendo el uno de ataques subintrantes, cinco a seis diarios, y el otro en pleno estado de mal.

Estos dos casos—a mi parecer admirables por su carácter netamente esencial y heredoneuropático, la gravedad extrema del estado general y las perturbaciones intelectuales—no pudieron seguirse con el cuidado que merecían, por ser enfermos ambulantes y de muy pocos recursos. Sin embargo la raquioestovaini-

zación, hecha a rarísimos intervalos, tuvo en los dos enfermos resultados extraordinariamente felices. En el caso de los ataques subintrantes diarios, los accesos se suspendieron por más de un año con una sola inyección; en el otro el *status* epiléptico¹ mejoró, y los caracteres de los accesos se modificaron profundamente para luégo desaparecer. Empero, lo que más merece la atención es la mejoría psíquica de ambos enfermos, que fue notabilísima, y que demuestra la acción casi específica del medicamento sobre la célula nerviosa, en potencia del mal.

La historia cuarta se refiere a un muchacho sin bagaje hereditario, que hace seis años sufrió una caída sobre la cabeza, a consecuencia de la cual estuvo sumido primero en estupor, y luégo en subdelirio, de todo lo cual mejoró en algunos días. Tiempo después aparecieron los síntomas de una epilepsia procurativa. El tratamiento bromurado fue ensayado sin éxito; por el contrario, la enfermedad fue adquiriendo los caracteres del gran mal, con una curiosa tendencia de los accesos hacia el polimorfismo; gran mal, forma procurativa, automatismo ambulatorio, aura solitaria, vértigo, etc., todo subsistió más o menos claro durante algún tiempo; poco a poco y bajo la

evidente acción intrarraquídea de la estovaína, fueron cediendo las formas frustradas o incompletas; lo que cedió por último fue el gran mal, y cuando Arango escribió la observación, ya el enfermo hacía dos meses que estaba en perfecta salud. Analizando el caso y agregando algunas reflexiones por él (sugeridas, a las que apunta el doctor Arango, encontramos que en la interesante historia hay dos clases de epilepsia diferenciables clínicamente, y que la raquietovanización vino a disociar. Evidentemente el primer síndrome fue jacksoniano postraumático, con la circunstancia de que al exaumatismo físico debió asociarse el traumatismo psíquico para producir las primeras manifestaciones jacksonianas. Ahora, dicha epilepsia refleja vino a ser el punto de partida de la epilepsia esencial. Tal interpretación se hace aún más plausible por el hecho de que cualquier traumatismo craneano, sea donde sea, puede ser núcleo inicial del mal. Enorme es la importancia práctica de la disociación que debemos al tratamiento de Arango; así se explica el que, después de operaciones quirúrgicas del cerebro ejecutadas con resultado positivo, quede siempre un cerebro de costumbre epiléptica, la cual es justificable por raquietovanización.

El caso número tres no es un ejemplar brillante del tratamiento de Arango. En él hubo también un traumatismo no craneano, que precedió al estallido de la epilepsia. Fundóse Arango en la generalización desde el primer momento, en la falta de aura: presenta el caso como tipo de epilepsia esencial. En él me parece ver, por el contrario, una epilepsia de causa anatómica, como lo prueba, más que otra cosa, el enorme aumento de la tensión intrarraquídea. Creo que aquí, como en muchos casos, el examen citológico del líquido cerebroespinal daría gran luz sobre el origen del mal.

La acción de la estovaina me pareció bien tenue en comparación con la descrita en otros casos. En ello se me antoja ver también un signo propio de las epilepsias de origen meníngeo o cortical, en las cuales no veo bien la acción benéfica de la raquietovainización, una vez que la causa de compresión o irritación subsiste y no deja de obrar.

La historia quinta nos relata de un joven portador de un bagaje neuropático importante, quien empezó por sufrir de ataques de *pequeño mal* y otros equivalentes, que se generalizaron luégo, dando lugar en ocasiones al estado de mal. Después de haber sido infamemen-

te tratado con medicinas de patente, que empeoraron grandemente su estado, cayó en las hábiles manos del doctor Arango, quien primeramente alejó las causas que pudieran obrar por acción refleja (exostosis dentaria); trató debidamente el pésimo estado de las vías digestivas, y estableció una medicación con bromuros, arsénico, y, en fin, la estovaína intra-raquídea.

La mejoría ha venido a ser notable. Empero, no sabe uno a qué atribuirla en realidad, pues fuera de la estovaína han entrado a actuar otros factores terapéuticos a los cuales también puede achacarse la reposición. Es de advertirse que en este caso constituye el onanismo un factor desastroso, que contrarresta y destruye lo que el más hábil práctico logre alcanzar. En el apéndice a su trabajo nos dice Arango, con fecha 28 de abril, que el enfermo ha mejorado inmensamente, por haber abandonado sus manías solitarias. Se promete el doctor Arango, con razón, en este enfermo un éxito rápido y seguro de su tratamiento.

El cuarto caso paréceme el tipo de la epilepsia menstrual. Solamente presenta como dato interesante la más marcada intolerancia para la raquistovainización.

Antes de dar por terminada la misión que

me fue encomendada por la Presidencia, me permito una ligera digresión que puede tener su utilidad en el asunto que nos ocupa.

Como ya lo hice notar anteriormente, cúpome en suerte introducir y vulgarizar la punción lumbar en la gran clínica hamburguesa de Eppendorf, durante el semestre de invierno de 1914 a 1915.

La punción lumbar imaginada por Quincke, de la Universidad de Kiel, como procedimiento terapéutico en las meningitis, fue adaptada por la escuela francesa, cuyos más altos exponentes son Widal y Ravant, quienes fundaron la citología cefalorraquídea y sentaron bases que hoy han venido a convertirse en leyes de utilidad incontestable para el diagnóstico preciso de ciertas afecciones cerebroespinales.

Dado el riquísimo material de que goza el Hospital de Eppendorf, me tocó hacer en el curso de pocos meses algo más de doscientos citodiagnósticos cerebroespinales, que verifiqué bajo la inspección de mi ilustre maestro Nonne, el gran neurólogo amburgués.

En la gran mayoría de los tiempos, por no decir en todos, observé la cefalalgia postoperatoria que extraña a Arango y que yo atribuyo a la depresión súbita del líquido cefalorra-

quídeo y no a la influencia de la droga. Un caso trae Arango que confirma mi aserción: es el número primero. En una de las punciones que no pudo ser seguida de inyección estovaínica, se produjo, sin embargo, una fuerte cefalalgia. La inyección de una cantidad del líquido igual a la que se extrae no viene, a mi parecer, a equilibrar la presión, pues seguramente el desequilibrio isotónico entre el líquido cefalorraquídeo y el introducido mecánicamente, hace que el segundo sea absorbido con extraordinaria rapidez.

Con extrañeza he notado que un observador tan inteligente y sagaz como el doctor Arango se limite, en lo que se refiere al líquido cerebrospinal, a determinar su mayor o menor presión y su aspecto macroscópico. Se me antoja que es la epilepsia enfermedad en la cual siempre que sea posible debe verificarse el citodiagnóstico, el cual, en muchos casos, proporciona datos indispensables y precisos para el diagnóstico patogénico de la enfermedad. Probablemente no ha podido Arango hacer el citodiagnóstico por causa de las dificultades técnicas que en un lugar de clima ardiente crea la falta de laboratorios perfectamente acondicionados.

Hay otro punto que no ha sido tratado por

Arango sino muy someramente en su sexta observación, y es el referente a las contraindicaciones de su tratamiento. Dichas contraindicaciones son imposibles de establecer en todo tratamiento que principia a ensayarse, como que son el fruto de experiencia en un gran número de casos; así pues mi aseveración no implica un cargo.

Es indiscutible que las contraindicaciones de la punción lumbar deben serlo también del método de Arango. De ellas conozco una importantísima, por propia y dolorosa experiencia, y que se refiere a nuestros primeros tanteos citológicos en el hospital de Eppendorf. Se trata de dos casos de muerte súbita, ocurridos durante la punción, y cuya autopsia reveló la existencia de tumores de la base del cerebro. La contraindicación de los tumores cerebrales es tanto más importante cuanto que dichos tumores producen, bien a menudo, accesos convulsivos cuyo diagnóstico errado puede dar lugar a desagradables sorpresas en el curso de una punción lumbar.

Creo haberos dado una idea aproximada del importante trabajo que el doctor Miguel Arango M. presenta a la consideración de la Academia, y para cerrar mi modesta disgresión paso a proponeros lo siguiente :

«Nómbrese al doctor Miguel Arango M., de Barranquilla, miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina.»

NOTA—La Academia aprobó esta proposición, y el doctor Arango M. fue nombrado por unanimidad miembro correspondiente.

Higienización de Iquitos (1).

Por el doctor JULIO A. VENGOECHEA, de Barranquilla.

Creo de interés para esa Superioridad conocer la marcha de los trabajos de higienización del Gobierno del Perú en la Provincia de Iquitos desde el mes de enero de 1913.

Las estadísticas en los diez años anteriores a 1913 dieron, por término medio, una mortalidad de 40,56 por 1,000 habitantes, aumentando a 46,58 en 1909, 1910 y 1911, y 49,52 en 1912.

Durante el primer año de los trabajos la mortalidad descendió a 28,88, y en el semestre de 1914, a que se refiere este informe, a 21 por 1,000.

La media de nacimientos en los cinco años anteriores a 1913 fue de 62,64 por 1,000 habitantes; en 1914 fue de 66.

Iquitos es un puerto peruano que se halla 2,300 millas arriba de las bocas del Amazonas, situado 4° al sur de la línea ecuatorial, sobre un banco de aluvión y arena, frente a un brazo del río de una milla de ancho, separado

(1) Informe enviado a la Junta Central de Higiene.

del brazo principal por una isla larga y angosta y rodeado de pantanos y manglares impenetrables.

La temperatura media es de 30°; es extraordinariamente húmedo, y la cantidad de agua de lluvia recogida, según los informes que he obtenido, alcanzó a 2,349,11 (93 pulgadas) en nueve meses y medio de observación.

La población es de 12,754 habitantes, en su casi totalidad indígenas. El desagüe se hace por caños descubiertos, como los que existían en Bogotá, en una extensión de 18 kilómetros, constituyendo así una sucesión de charcas, criaderos de mosquitos. Las calles no están pavimentadas; muchas de ellas son cenagosas, algunas cubiertas con una vegetación de tres a cuatro pies de alto, y otras con vegetaciones y pantanos. No hay acueducto ni hospital, ni clínicas públicas.

Los certificados de defunciones apuntan como causas de ellas la fiebre amarilla, paludismo, caquexia palúdica, anemias, diarrea, fiebres, etc., y más de la mitad se han registrado como de causa desconocida, debido a que no fueron vistas *ante mortem* por ningún médico.

Como es natural, los primeros trabajos se dirigieron contra la fiebre amarilla.

Antes de 1913 fue imposible obtener estadísticas ciertas sobre esta enfermedad, debido especialmente a que la población, como todas las que están en su caso, niegan sistemáticamente la existencia de endemias como ésta.

El plan que se adoptó, y que en mi concepto es el más racional, dados nuestros hábitos y repugnancia para aceptar sin protestas los medios que hacen relación con la higiene personal, fue el de localizar y destruir los focos públicos de desarrollo del estegomia, es decir, no fumigar las habitaciones para destruir los mosquitos que en ellas pudieran existir, sino poner en condiciones que hagan imposible la vida de los mosquitos todos los lugares de la población. No se fumigó ninguna casa, con lo cual se ahorró en la mitad el costo de la obra y se evitó la antipatía del público.

A esto obligaron también circunstancias excepcionales, como el alejamiento de Iquitos de los mercados, que hacían necesarios meses para obtener el material necesario; la construcción abierta de las casas, que haría impracticable una fumigación eficaz sin un costoso aparato para cubrir toda la casa; el subido precio de los jornales y su pobre eficacia; lo limitado de los fondos disponibles y la creencia justificada por la apreciación de las circunstancias,

de que hay un buen porcentaje de inmunes, y en consecuencia, una improbabilidad para la aparición de la enfermedad, y que por esto, sin fumigación, con la sola destrucción de las larvas, podría obtener una rápida disminución de estegomia y con ésta la cesación de casos humanos de enfermedad.

Durante el tiempo que el doctor Rupert Blue dirigió en 1907 y 1908 en San Francisco de California los trabajos de saneamiento contra la peste, se observó que no fue necesario destruir todas las ratas para que la enfermedad desapareciera en hombres y ratas, sino que bastó que se destruyera cierta cantidad de éstas para que cesara la infección; las ratas eran los eslabones de la cadena de infección, y se rompió esa cadena. El doctor Gorgas insistió, tanto en La Habana como en Panamá, en que no era necesario destruir el último estegomia para ver desaparecer la fiebre amarilla, y que bastaba hacer disminuir estos mosquitos a cierto *mínimum* para hacer cesar la infección por insuficiencia de eslabones, que ahora eran los estegomia, como entonces fueron las ratas.

Al principio hubo que luchar con todas las dificultades inherentes a esta clase de trabajos: ignorancia de los obreros del país, a quie-

nes había necesidad de enseñarles y de habilitarlos a ellos; carencia o carestía de los materiales; falta de legislación para obligar al vecindario a cumplir las disposiciones que se dictaran y a practicar las obras que les fueren notificadas, y la educación del pueblo.

Las obras se empezaron durante una calma de la epidemia, en enero de 1913. No se registraron por varios meses defunciones por fiebre amarilla, pero con pocos días de intervalo entre uno y otro ocurrieron cuatro casos en extranjeros llegados al lugar, y pocos días más tarde tres casos más se presentaron en personas llegadas en un vapor de Manaos; dos de éstos cayeron enfermos al día siguiente de llegar, y en uno de ellos el primer día y la primera noche se pasaron sin protegerlos de los mosquitos. El vapor sí se fumigó.

No existían hospitales en Iquitos, y las medidas inmediatas consistieron en obligar a los enfermos a permanecer bajo mosquiteros y en cubrir con una capa de kerosene toda agua contenida en vasijas en la cuadra infectada y en las cuatro vecinas, hasta que pudieran resguardarse convenientemente del acceso de los mosquitos, con la fijación de tela de alambre apropiada. Se esperaba con esto des-

truír las hembras, las que llenas de sangre infectada, podrían llegar a las vasijas llenas de agua para poner en estas sus huevos. No ocurrió ningun caso distinto de los referidos.

Teóricamente y bajo protección en el laboratorio, parece larga la vida del estegomia, puesto que se ha podido conservar uno durante ciento cincuenta y cuatro días, según refiere el doctor Juan Guiteras en *Yellow Fever Bulletin número 16*; pero prácticamente y en las condiciones ordinarias de las casas en tierra caliente, que les dan poca protección contra los vientos, las lluvias y sus enemigos naturales. La completa desaparición de estos mosquitos puede obtenerse dos semanas después de que se hayan resguardado bien con telas de alambre apropiadas todas las vasijas que se ocupen en depósitos de agua o que puedan contenerla accidentalmente.

Cosa digna de anotarse: los criaderos de mosquitos encontrados en Iquitos fueron constantes para cada especie, es decir, que cada una de éstas tenía predilección por determinado lugar. El *estegomia fasciata* se encontró siempre en los depósitos artificiales, y solamente en éstos, tales como pozos, tanques, barriles, jarros, latas, cacharros, botellas, potes de flores, protectores contra grillos e insectos

que usan en las tierras calientes, artesas y vasijas usadas para dar agua a las gallinas, cáscaras de frutas que se arrojan al suelo, hoyos formados en los árboles, letrinas, lanchas y canoas que permanecían en el río o se arrastraban y dejaban en la ribera, cascacos de buques y barcas de carbón. Se buscaron en las palmeras los platanos y piños, sin poderlos encontrar. Las larvas del estegomia no se encontraron nunca en los caños a cielo abierto, ya de la calle o de las casas, ni en los charcos naturales de las calles y de los jardines. Un cascoco de botella u otro receptáculo que permanezca en un caño abierto puede contenerlos, mientras el lecho mismo no los tiene, y en cambio está casi negro con las larvas y ninfas de otros *Culex mansonia*.

El *mansonia titillans* se encontró por millones en la sucesión de charcas de los 18 kilómetros de caños abiertos, en los caños que conducen las aguas de los patios, los de la calle y en los pantanos que rodean la ciudad. El *Culex pipiens* y el *Culex fatigans* se encontraron en los pantanos y en las charcas naturales y en los pozos que usan para lavar, que son también charcas naturales.

No se encontraron larvas ni adultos de *Anopheles* en la ciudad, ni en varias millas a la redonda.

Las medidas que se adoptaron para detener la fiebre amarilla fueron éstas:

1ª Pusieron tela de alambre a todo depósito artificial de aguas, para evitar que los mosquitos pongan sus huevos en la superficie de esas aguas.

2ª Hicieron todas las otras colecciones de agua impropia para el desarrollo del período larval del estegomia o de otros mosquitos, con la adición, como se hizo en Panamá, de larvicidas, con intervalos de tiempo más cortos que el necesario para el término del período de la ninfa.

3ª Limpieza general de las casas, patios y jardines, destruyendo sin consideración alguna toda vasija que pueda contener agua que no esté protegida contra el acceso de mosquitos a ella; se ordenó el corte de la grama, césped y arbustos en los patios y jardines, con el objeto de que a los Inspectores les fuera fácil, sin pérdida de tiempo, cerciorarse de la presencia o ausencia de colecciones o colectores de agua. No se practicó fumigación alguna, excepción hecha del barco de que he hecho mención arriba.

4ª De los 12,754 habitantes pudo calcularse que 9 a 10,000 están infectados por el *necator americanus* (uncinaria), y que a esta

causa debe atribuirse más de la mitad de las defunciones. Este cálculo se basó tanto en la observación como en el examen microscópico de 1,500 deyecciones, en cuadras bien distantes unas de otras. Como no hay hospital, no pudo obtenerse información alguna a este respecto, pero daba lugar a fundadas sospechas sobre esto el hecho de que las estadísticas señalaban como causas principales de las defunciones la anemia, anemia perniciosa, geofagia, gastroenteritis y caquexia palúdica.

Puede explicar esta extensa propagación la escasez de letrinas, puesto que de las 3,098 casas que hay, más de 2,000 carecen de ellas, y los habitantes ensucian los patios, jardines calles y solares. Como la temperatura media es de 30°, con gran humedad y frecuentes lluvias, es natural suponer que si se encontraran en las deyecciones huevos de *necator*, éstos hallarían allí condiciones ideales para su desarrollo.

Más de 10,000 personas se hallan descalzas, muchas usan calzado sólo en público, y la mayoría no tiene recursos para proveerse de él, de donde resulta que casi la totalidad anda por sus patios con los pies desnudos.

Los pisos de las casas pobres son de tierra o barro pisado, y muy húmedos. Hay mucho

descuido en la preparación de los alimentos, y nadie se fija en los lugares en donde se sirven o guardan.

Con el fin de tener algún conocimiento del estado de infección del suelo, se hizo un examen microscópico de 87 muestras, tomadas de distintos puntos del poblado: jardines, patios, calles, pisos de casas, etc., en lugares no ampliamente expuestos a los rayos del sol y que pudieran ser ocasionalmente infectados por las deyecciones. En 49 de esos especímenes, es decir, el 56 por 100, se encontraron las larvas de *necator*, y 38 de ellas, o sea el 44 por 100, estaban libres del parásito.

Se encontraron también huevos de *ascaris lumbricoide*, y de un protozoario casi idéntico al *balantidium coli*.

En el examen de las heces de 128 individuos recogidas en dos cuadras muy distantes entre sí, se encontraron huevos de *necator* en 103, es decir, en el 80 por 100, y en algunas el *ascaris*, el *trichocephalus trichinnus*, el *strongyloides stercolaris* y el *ameba dysenterico*. De paso debo advertir que probablemente las dificultades para encontrar los huevos de otros parásitos, con que tropezó la Comisión de Saneamiento en Iquitos, debieron haber sido ocasionadas por la falta de centrifugación con-

veniente de las heces, cosa que nos ha pasado en Barranquilla.

Es evidente que las condiciones de Iquitos habrían mejorado con más rapidez si se hubieran puesto en vigor los medios razonables que la higiene moderna aconseja, como examen sistemático de todas las deyecciones, conveniente purificación de las aguas de consumo y el hacer obligatorio el uso del calzado; pero según la Comisión, el estado crítico de las finanzas públicas y privadas del Departamento de Loreto tuvo mucho que ver con el retardo de la adopción de estos medios.

Cuando esas circunstancias lo permitieron, se abrió una clínica para los pobres, en la que se les suministraban los medicamentos; pero del estudio que he hecho de los trabajos en ella realizados he sacado en limpio que, salvo la mayor abundancia de datos que han podido suministrar al Gobierno del Perú y la instrucción que haya podido dar al pueblo, poco han adelantado para mejorar la situación, tanto porque es imposible tratar todos los casos, como porque es también imposible evitar las re-infecciones sin remover las causas que las ocasionan.

De los datos suministrados por la Comisión tomo los siguientes:

Número de especímenes de deyecciones examinadas	3,523
Personas tratadas	1,508
De éstas, edades menores de un año.	12
De uno a tres años	74
De tres a quince años (varones)	386
De tres a quince años (mujeres)	355
De quince a treinta años (varones)	121
De quince a treinta años (mujeres)	262
Mayores de treinta años (varones)	66
Mayores de treinta años (mujeres)	232

Excepción hecha de los doce niños tratados por descuidos o errores en la alimentación, todos los otros presentaban infección en mayor o menor extensión.

Aunque hubo mucha irregularidad en el tratamiento por las resistencias del pueblo, puede decirse que, salvo los infectados profundamente por *trichocephalus*, todos los demás aparentaban una mejoría inmediata, y como regla general parecían curados después de tres o cuatro tratamientos.

En los 1,496 casos tratados (sacando los doce niños menores de un año) se encontró no solamente el *necator* sino también el *ascaride* y el *trichocephalus trichinnus*. De los primeros estaban complicados así:

Con *balantidium coli* 8

Con <i>amebas</i>	8
Con tricocéfalo	3

Por *trichocephalosis* debe entenderse casos que tenían tantos huevos de éstos en las deposiciones, en una infección avanzada, que les daban un aspecto clínico distinto y un pronóstico muy diferente de la anquilostomosis.

Entre los 1,508 pacientes ocurrieron dos defunciones: una en una niña de seis años que fue llevada a la clínica en desesperada situación, por uncinariasis complicada con disenteria amibiana, y la otra en un niño de once años que en el primer examen se le encontraron 60 huevos de *trichocephalus* en un campo de 1.5 milímetros de diámetro diseminados en un montón de *necator*. Una semana después había 20 huevos de *necator*, mientras que hubo necesidad de examinar dos láminas para encontrar un solo huevo de *trichocephalus*. A la siguiente semana se encontraron de 8 a 10 huevos de cada uno en el campo, no obstante haberle dado 1.50 gramos de timol diarios y tener la apariencia de mejoría. Se le perdió de vista, y un mes después se supo su muerte por el certificado de defunción de un médico de la localidad, que daba como causa de ella *tuberculosis abdominal*.

La natalidad media de Iquitos era de 62

por 1,000 de 1908 a 1912, y de 64 en 1913.

La mortalidad infantil (menos de un año) era en el mismo período de 188, y en 1913 de 153. Las causas de ella eran semejantes a las de todas las poblaciones tropicales que están en malas condiciones.

Me he permitido distraer la atención de esa Superioridad sobre este capítulo, para hacer resaltar que no es necesario hacer grandes sacrificios de dinero en la higiene para obtener resultados satisfactorios, y que aunque los presupuestos para la higienización de nuestros puertos, único medio para atraer provechosa inmigración, sean crecidos, es preciso iniciar estas obras con los recursos, pocos o muchos, que puedan aplicarse a ellas, en la seguridad que desde sus comienzos empezarían a palparse los inmediatos resultados que de ellas se obtienen siempre.

INDICE

ALFABÉTICO DE MATERIAS DEL TOMO XXXIII DE LA « REVISTA MÉDICA »

A

	Pags.
Abraham Aparicio, <i>In memoriam</i> , por el doctor Evaristo García.....	129
Actas de las sesiones de la Academia, 3, 4, 8, 11, 13, 16, 19, 391, 396, 403, 408, 410, 427, 433 y.....	441
Acuerdo del Concejo Municipal de Bogotá, sobre honores a la memoria del doctor Abraham Aparicio.....	146
Acuerdo de la Academia, sobre concursos de Anatomía patológica.....	400
Aguas de Bogotá (estudio sobre las) por el doctor Eliseo Montaña.....	201
Aguas termales de Choachí, por Santiago Cortés.....	154
Alexander (operación de), interna.....	168
Alopecia areata y enfermedades similares.....	122
Anaerobiosis.....	353
Anestesia espinal en Ginecología.....	172
Anquilostomosis en Cartagena, por el doctor M. Antonio Lengua G.....	24
Analgesia en el parto, por el doctor Martín Camacho.....	445

B

Bacterias; su vitalidad, secadas en láminas, coloreadas o nó.	176
Bacteriana (nueva enfermedad en los roedores, transmisible al hombre), por el doctor Julio A. Vengoechea.....	287
Beriberi (etiología del).....	350
Bocio (etiología).....	356
Buendía José M., por el doctor Pablo García Medina.....	177
Buendía José M. Necrología, por el doctor Pedro M. Ibáñez	190

C

	Págs.
Correspondencia extranjera. La Medicina en la guerra.....	30 98
Cuello uterino; fijación hacia adelante.....	166
Cirugía de los nervios.....	361
Concurso de Anatomía patológica. Acuerdo de la Academia.	400
Concurso de Anatomía patológica. Fallo del Jurado.....	438
Congreso Científico Panamericano. Invitación.....	404
Congreso Científico Panamericano. Jurado de Calificación de los trabajos que se envíen.....	411
Comunicación del doctor Guillermo Gómez.....	418
Comunicaciones del doctor P. García Medina.....	414 y 424
Comunicación del doctor Martín Camacho sobre la <i>tocanalgi-na</i> (eutocina).....	445

D

Decretos sobre honores a la memoria del doctor Abraham Aparicio.....	142, 143, 144 y 14
Discurso del doctor Carlos Esguerra, Presidente de la Academia, al dar cuenta de la muerte del doctor Juan E. Manrique.....	67
Discurso del doctor Luis Cuervo Márquez en la Sociedad de Cirugía, en honor del doctor Juan E. Manrique.....	83
Discurso del doctor Carlos Esguerra ante el cadáver del doctor Abraham Aparicio.....	134
Discurso del doctor Juan David Herrera ante el cadáver del doctor José María Buendía.....	184
Disenteria en Bogotá.....	411 y 412
Disenteria epidémica. Comunicación del doctor Pablo García Medina.....	414

E

Exposición de la Junta Central de Higiene, sobre higiene escolar.....	46
Enteritis crónica palúdica, tratada por el <i>salvarsán</i>	110
Epilepsia (estado actual de las teorías de la).....	117
Eczemas; su patogenia y tratamiento.....	123
Enfermedades designadas con nombres propios, por el doctor Rafael C. del Valle.....	233

	Págs.
Esporotricosis ósea experimental.....	357
Ejercicio de la profesión médica. Opinión de la Academia sobre el idioma en que deben presentar el examen los médicos extranjeros.....	599
Ejercicio de la profesión por estudiantes de medicina.....	405
Empleados públicos en los ramos de Higiene y de Medicina Legal. Proyecto del doctor C. Esguerra.....	428
Epilepsia (tratamiento de la), por el doctor Miguel Arango M.....	510
Estaciones Sanitarias. Comunicación a la Academia, por el doctor P. García Medina.....	424

F

Flora de Colombia. <i>Apocineas, umbeláceas, coriáceas, solanáceas</i> , por Santiago Cortés.....	300, 311, 318 y 323
Fiebre roja de Caracas, por el doctor F. A. Risquez.....	364
Finlay (Carlos J.), por el doctor Pa lo García Medina.....	385

G

Geofagia infantil, por el doctor David Gómez H.....	148
Ginecológica (Sociedad americana) 39. ^a sesión celebrada en Boston.....	166

H

Higiene escolar. Exposición de la Junta Central de Higiene	46
Higienización de Iquitos, por el doctor J. A. Vengoechea....	602
Honores a la memoria del doctor Juan E. Manrique 14, 15, 21, 65, 67, 91, 92, 93, 94, 95, 96. y.....	397
Honores a la memoria del doctor Abraham Aparicio 129, 139, 141, 142, 143, 144, 146 y.....	392
Honores a la memoria del doctor José M. Buendía 184, 186, 188, 190 y.....	394
Honores a la memoria del doctor C. E. Putnam..183, 194, y	121

I

Infección; concepto de Vaagh sobre ella.....	55
Infección neumónica.....	58
Incisión de Pfannenstiel en cirugía ginecológica, por el doctor Juan N. Corpas.....	150

	Págs.
Informe del doctor Pompilio Martínez N., sobre un trabajo del doctor Anselmo Gaitán U.....	196
Instrucción médica en Norte América, por Burton J. Hendrick.....	370
L	
Ley 53 de 1914, sobre organización del servicio de Medicina Legal.....	50
Ley 81 de 1914, sobre honores a la memoria del doctor Juan E. Manrique.....	91
Laparotomía; efectos sobre la circulación.....	169
Locura puerperal verdadera, ¿es una entidad autotóxica? por el doctor B. Rodríguez Arias (de España).....	326
M	
Medicina en la guerra. Correspondencia extranjera del 130 y 131.....	98
Medicina Legal. Ley que la reorganiza.....	50
Microbios; variaciones morfológicas y patógenas.....	54
Manrique Juan E., por el doctor Rafael Ucrós.....	72
Manrique Juan E., por el doctor Avelino Saldarriaga.....	74
Manrique Juan E., por el doctor José C. Güell.....	75
Manrique Juan E., por el doctor Rafael A. Muñoz.....	77
Manrique Juan E., por el doctor José M. Ruiz.....	79
Manrique Juan E., por el doctor Abraham Salgar A.....	497
Miembro correspondiente (nombramiento del doctor Anselmo Gaitán U.).....	402
Miembros de número (nombramiento de los doctores J. Tomás Henao, Jesús M. Pulecio, R. Fajardo Vega y Julio Aparicio).....	423
N	
Neumónica (infección).....	58
Nevicarcinomas.....	121
Nervios (bloqueo de los).....	170
Nervios (la cirugía de los).....	361
Nombramientos de empleados públicos en los ramos de Higiene y Medicina Legal. Proyecto del doctor Carlos Esquerre.....	428

O

	Págs.
Orina (nuevo germen filamentoso en la).....	358

P

Parto (analgésia en el), por el doctor Martín Camacho.....	445
Peste bubónica (protección contra la).....	337
Proposición de la Academia sobre honores a la memoria del doctor Juan E. Manrique.....	14
Proposición del Senado sobre honores al doctor Juan E. Manrique.....	92
Proposición de la Cámara de Representantes sobre honores al doctor Juan E. Manrique.....	93
Proposición del Club Médico de Bogotá, sobre honores al doctor J. E. Manrique.....	499
Proposición de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, sobre honores al doctor J. E. Manrique.....	
Proposición de la Sociedad Médica de Barranquilla y de las Juntas Departamentales de Higiene del Cauca y del Tolima, sobre honores al doctor J. E. Manrique.....	965
Proposición de la Academia sobre honores al doctor Abraham Aparicio.....	139
Proposición de la Cámara de Representantes en honor de del doctor A. Aparicio.....	141
Proposición de la Junta Departamental de Higiene del Tolima en honor del doctor A. Aparicio.....	141
Proposición de la Academia en honor del doctor José M. Buendía.....	186
Proposición del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, sobre honores a la memoria del doctor José M. Buendía.....	188
Proposición de la Academia sobre honores a la memoria del doctor Carlos E. Putnam.....	194
Putnam Carlos E. Necrología.....	193

R

Radioactivas (sustancias); efectos y radiaciones sobre los tejidos normales y patológicos.....	120
Resolución sobre honores a la memoria del doctor Juan E. Manrique.....	14

	Págs.
Reumatismo articular agudo; su tratamiento por el sulfato de magnesia	125
S	
Salvarsán en la enteritis crónica palúdica	110
Saneamiento de Iquitos, por el doctor J. A. Vengoechea	602
Signos clínicos designados con nombres propios, por el doctor Rafael C. del Valle	474
Sulfato de magnesia en el reumatismo	125
Sulfato de magnesia como purgante en inyecciones hipodérmicas	126
T	
Tocanalgina (eutocina), por el doctor Martín Camacho	445
Tratamiento de la epilepsia, por el doctor Miguel Arango M.	510
V	
Vitalidad de las bacterias en láminas de vidrio, secadas o nó	176

INDICE

ALFABÉTICO DE AUTORES DEL TOMO XXXIII DE LA
« REVISTA MÉDICA »

A

	Págs.
Arango M. (Miguel). Tratamiento de la epilepsia.....	510

C

Camacho (Martín). Analgesia en el parto.....	445
Cortés (Santiago). Aguas termales de Choachí.....	154
Cortés (Santiago). Flora de Colombia.....	300, 311, 318 y 323
Cuervo Márquez (Luis). Discurso en honor del doctor Juan E. Manrique.....	83
Corpas (Juan N.). Incisión de Pfannestiel en cirugía gineco- lógica.....	150

D

Del Valle (Rafael C.). Enfermedades designadas con nombres propios.....	233
Del Valle (Rafael C.). Signos clínicos designados con nom- bres propios.....	474

E

Esguerra (Carlos). Discurso en la inhumación del cadáver del doctor Abraham Aparicio.....	134
Esguerra (Carlos). Discurso al dar cuenta a la Academia de la muerte del doctor J. E. Manrique.....	67
Esguerra (Carlos). Empleados públicos en los ramos de Hi- giene y de Medicina Legal.....	428

G

García (Evaristo). <i>In memoriam</i>	129
García Medina (Pablo). Doctor José M. Buendía.....	177
García Medina (Pablo). Disenteria epidémica.....	414
García Medina (Pablo). Comunicaciones a la Academia 414 y 424	

	Págs.
García Medina (Pablo). Estaciones Sanitarias.....	424
García Medina (Pablo). Doctor Carlos J. Finlay.....	385
Gómez (Guillermo). Comunicación a la Academia.....	418
Gómez H. (David). Geografía infantil.....	148
Güell (José C.). Doctor Juan E. Manrique.....	75
H	
Herrera (Juan David). Discurso en la inhumación del cadáver del doctor José M. Buendía.....	184
Hendrick (Burton J.). Instrucción médica en Norte América.....	370
L	
Lengua G. (Antonio M.). Anquilostomosis en Cartagena...	24
M	
Montaña (Eliseo). Aguas de Bogotá.....	201
Martínez (Pompilio). Embarazo extrauterino. Informe.....	166
Muñoz (Rafael). Doctor Juan E. Manrique.....	77
R	
Risquez (F. A.). Fiebre roja de Caracas.....	364
Rodríguez Arias (B.). Locura puerperal.....	326
Ruiz (José M.). Doctor Juan E. Manrique.....	79
S	
Saldarriaga (Avelino). El doctor Juan E. Manrique.....	74
Salgar A. (Abraham). <i>In memoriam</i>	497
U	
Ucrós (Rafael). Doctor Juan E. Manrique.....	72
V	
Valle (del) Rafael C. Enfermedades designadas con nombre propio.....	233
Valle (del) Rafael C. Signos clínicos designados con nombres propios.....	474
Vengoechea (Julio A.). Nueva enfermedad bacteriana en los roedores, transmisible al hombre.....	287
Vengoechea (Julio A.). Saneamiento de Iquitos.....	602