



# Revista Médica

---

## de Bogotá

---

*Organo de la Academia Nacional de Medicina*

PUBLICACION MENSUAL

### REDACTORES:

#### DOCTOR ROBERTO FRANCO F.

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

#### DOCTOR MARTÍN CAMACHO

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

#### DOCTOR RAFAEL UCRÓS

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

#### DOCTOR PABLO GARCÍA MEDINA

Ex-Presidente del Consejo Superior de Sanidad. Miembro de número y ex-Presidente de la Academia Nacional de Medicina. Profesor de Fisiología de la Facultad de Medicina de Bogotá. Secretario perpetuo de la Academia Nacional de Medicina.

BOGOTA

IMPRENTA NACIONAL

1914

## CONTENIDO

	Págs.
En honor del doctor Juan E. Manrique.....	577
Academia Nacional de Medicina. Recepción del doctor Jorge Vargas Suárez.....	579
Discurso del doctor J. Vargas Suárez.....	580
Discurso de contestación del doctor Roberto Franco F.....	591
Estadística del servicio de Ginecología en el Hospital de San Juan de Dios en los años de 1912 y 1913 por los doctores Rafael Ucrós y Juan N. Corpas.....	599
Contribución al estudio de la utilización del ázoe como elemento de nutrición en la altiplanicie de Bogotá, por el doctor Calixto Torres U. (de Tunja) (conclusión).....	611
Etiología de la uta, por el doctor Raúl Rebagliati, Subdirector del Instituto de Lima.....	631
Variedades.....	633
Necrología. El doctor Abraham Aparicio.....	638

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

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

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

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



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

Dirección telegráfica: *ACADEMIA*

---

---

# REVISTA MEDICA DE BOGOTA

---

Organo de la **Academia Nacional de Medicina**

REDACTORES

Doctor Roberto Franco F.  
Doctor Martín Camacho.

Doctor Rafael Ucrós.  
Doctor Pablo García Medina.

---

---

## En honor del doctor Juan E. Manrique.

En la sesión del 23 de octubre último el Presidente de la Academia Nacional de Medicina, doctor Esguerra, comunicó a la corporación la dolorosa noticia de la muerte del doctor JUAN E. MANRIQUE, y en sentidas frases hizo el elogio de este ilustre académico. Por unanimidad se aprobó la siguiente proposición:

*“La Academia Nacional de Medicina,*

“ CONSIDERANDO:

“Que el 13 de los corrientes falleció en Europa el eminente médico colombiano doctor JUAN EVANGELISTA MANRIQUE;

“Que el doctor MANRIQUE dejó en el seno de la Academia huellas profundas e inolvidables por su incansable y benéfica laboriosidad en el cultivo y desarrollo de las ciencias médicas en Colombia;

“Que desempeñó con brillo y actividad la Presidencia de la Academia, a la cual se hizo acreedor por sus vastos conocimientos científicos y por sus eximias dotes intelectuales;

“Que en la cátedra de la Facultad de Medicina

se distinguió por el sentido práctico y por la claridad y brillantez con que transmitió a la juventud las doctrinas de las ciencias médico-quirúrgicas, y

“Que en el ejercicio de su humanitaria profesión puso siempre de manifiesto las altísimas dotes de benevolencia y altruísmo que adornaban su avanzado espíritu y lo hicieron acreedor a la gratitud de los desgraciados, así como al profundo aprecio y estimación de la sociedad colombiana,

“RESUELVE:

“1.º Lamentar profundamente la prematura desaparición del eminente médico y eximio ciudadano doctor JUAN E. MANRIQUE; asociarse al duelo de la ciencia y de la sociedad colombianas, y tributar a su memoria un homenaje de admiración y de respeto.

“2º Ordenar la colocación de su retrato al óleo en el salón de las sesiones de la Academia, acto que tendrá lugar en una sesión solemne especial de esta corporación y en que llevará la palabra uno de sus miembros de número designado por la Presidencia.

“3º Levantar la sesión en señal de duelo.

“Esta resolución se transmitirá a la señora viuda del ilustre finado y al doctor Julio Manrique, y se publicará en la prensa de la capital.

“Bogotá, octubre 23 de de 1914.

“El Presidente,

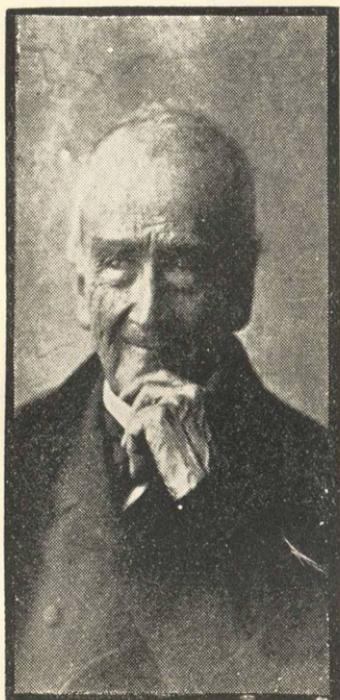
“CARLOS ESGUERRA

“El Vicepresidente,

“POMPILIO MARTÍNEZ N.

“El Secretario,

“*José M. Montoya*”



DOCTOR JORGE VARGAS

23 de abril de 1806 ✠ 12 de mayo de 1893.

La sesión solemne a que se refiere esta proposición se efectuará tan pronto como esté terminado el retrato al óleo del doctor MANRIQUE. Se designó al académico doctor Pablo García Medina para hacer en dicha sesión el elogio del ilustre colombiano que dio brillo a su Patria.



### **Academia Nacional de Medicina.**

#### RECEPCIÓN DEL DOCTOR JORGE VARGAS SUÁREZ

El 20 de noviembre, a las 8 y media p. m., tuvo lugar en el salón rectoral de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales la sesión de la Academia, destinada a recibir al académico de número doctor Jorge Vargas Suárez. Concurrieron a esta sesión los académicos de número, varios profesores y muchos alumnos de la Facultad, y varios caballeros invitados a este acto.

El Presidente de la Academia, doctor Carlos Esguerra, abrió la sesión con las siguientes palabras:

“Honorable colegas:

“La Academia se reúne esta noche en sesión extraordinaria con el objeto muy plausible de dar posesión al nuevo miembro de número, doctor Jorge Vargas Suárez.

“La vasta y sólida instrucción médica del doctor Vargas Suárez y las bellas prendas de carácter, de educación y de cultura que lo adornan y a que debe la buena posición médica que ocupa en nues-

tra sociedad, la numerosa clientela que lo busca y el aprecio de todos sus colegas, justifican plenamente el regocijo que nos causa su entrada a esta corporación.

“Aparte de los motivos de amistad y de cariño que tengo para gozar con todos los triunfos del doctor Vargas Suárez, como Presidente de la Academia veo con placer que se aumenta el número de sus trabajadores activos, lo que me hace esperar que sea más abundante y selecta la cosecha científica del período reglamentario que me ha tocado presidir.”

En seguida el doctor Jorge Vargas Suárez pres-  
tò la promesa reglamentaria y dio lectura a su discurso de recepción, que tuvo por tema la vida del doctor Jorge Vargas. Le contestó el doctor Roberto Franco F.

---

#### DISCURSO DEL DOCTOR J. VARGAS SUÁREZ

“Señor Presidente, señores académicos:

“Cuando la más alta corporación científica del país me hizo el honor de escogerme para formar en sus filas, ni por un momento cupo en mi ánimo el vano orgullo de que con ello se tratara de premiar méritos que estoy lejos de poseer. Bien sabía yo que la Academia Nacional de Medicina, que, como todas las instituciones de la misma naturaleza, derivan una de las fuentes de su fuerza del respeto a la tradición, sólo quiso, al elegirme, honrar en mi persona el nombre de mi ilustre abuelo, que es también el mío.

“Traído en medio de vosotros por la sombra venerable de mi noble antecesor, me parece que ningún pasaporte puede abrirme tan ampliamente las puertas de esta docta Asamblea, como el pronunciar en el umbral el nombre de aquel a quien debo, junto con los dones de la vida y de un apellido inmaculado, el noble y decisivo atavismo de las aficiones científicas.

“Siento el tenerme que ceñir a los fríos límites de un discurso académico, pues mi alma desborda de indescriptibles sentimientos al recordar al venerable anciano a cuyo lado pasé tantas horas involuables de mi niñez. Aún me parece ver esa cabeza blanca ante la cual se inclinaban las más elevadas; aún me parece oír esa palabra llena de espiritual benevolencia, que todos escuchaban con un respeto que hizo germinar en mi alma juvenil la idea de todo lo grande y todo lo noble que se encierra en estas dos palabras: *ser médico*.

“Nació el doctor JORGE VARGAS en Gharalá el 23 de abril de 1806; transcurrieron su niñez y su primera juventud en medio de esa atmósfera de epepeya que caracterizó los albores del siglo XIX y que fue ambiente ordinario de la gestación de la República. Mas alejado de las aficiones guerreras por la influencia de sus padres don Miguel de Vargas Sarmiento y doña Nicolasa Nieto de Paz, cristianos viejos y gentes de vivir sencillo y patriarcal, se apartó aún más de las tendencias que dominaban a los jóvenes de su tiempo, por la ardua y bella labor que hubo de imponerse desde sus primeros años,

de contribuir a la subsistencia de su familia con humildes trabajos manuales. Por aquel tiempo floreció en Gharalá un hombre de excepcionales méritos, de quien debo hacer especialísima mención, y más en esta época de nobles reivindicaciones, en la cual los más preclaros hijos de la Patria se inclinan reverentes ante la oscura gloria de un maestro da escuela: quiero hablar de Joaquín González.

“ Precisamente en los mismos días en que el Pacificador Morillo ahogaba en sangre la República naciente; cuando Galdas, la más noble figura de la ciencia americana, caía con el pecho atravesado por cuatro balas en aras de la libertad, don Joaquín González, en medio de la quieta atmósfera de una aldea de Provincia, inculcaba en las almas infantiles de un grupo de discípulos escogidos, principios científicos que él llamaba de moral y de latinidad. Y fue tan grande la influencia de este maestro admirable, que de sus manos salieron formados ya, y listos para recibir la simiente sagrada, Vargas Vega y Vargas Reyes, los ilustres organizadores de la Universidad; León Vargas, insigne oculista, muerto prematuramente en París, cuyo nombre es citado honrosamente por todos los tratadistas de la época; el sabio y modesto Germán Vargas, y el decano y maestro de todos, doctor JORGE VARGAS.

“ Los sucesos de la Guerra Magna trajeron, junto con la ruina del antiguo Virreinato, la clausura de todos los establecimientos de educación; así pues, hasta el año de 1822, época en que su familia pudo, a precio de sacrificios sin nombre, enviar

a VARGAS a Bogotá, debió éste quedarse en Charalá entregado a las faenas del campo, para ayudar así al sustento de su familia. Esta época, al parecer inútil para la formación científica del doctor VARGAS, influyó decisivamente en la orientación de su espíritu y de su carácter. Del contacto con la naturaleza en medio de una familia en que la común miseria estrechaba aún más los lazos del afecto, hubo de surgir la inclinación irrevocable a aliviar los males ajenos, esa bondad inmensa que da un sello peculiar a todos los actos de su vida; fenómeno harto frecuente en los que alejados de la lucha egoísta de las ciudades, dan los primeros pasos de la vida en íntima comunión con la naturaleza.

“Una vez que terminó la guerra en el interior y que, debido a los esfuerzos de los padres de la Patria, renacieron los estudios universitarios, fue el primer afán del doctor VARGAS dirigirse a esta ciudad, emporio entonces del saber de tres repúblicas; y en el año de 1822 llegó el doctor VARGAS a Bogotá, según la gráfica expresión del doctor Francisco de P. Rueda, ‘a estudiar y a sufrir.’ Duros fueron sus principios, árdua la lucha. Aún recuerdo frases que en otra boca hubieran sonado amargas y que en la suya solo eran profundamente tristes cuando me narraba sus días sin pan y sus noches sin abrigo. Su abuelo le daba derecho a una beca en el colegio de San Bartolomé; mas no queriendo emplear un tiempo precioso en repetir asignaturas que ya había estudiado en Cha-

ralá con el señor González, prefirió someterse a un examen sobre tales materias en presencia de todo el claustro; y fue tal la brillantez con que lo sostuvo que a pocos meses figuraba ya el doctor VARGAS no solamente como aventajado discípulo de San Bartolomé, sino como profesor de latín en el colegio de don José María Triana, plantel ilustre en los fastos de nuestra historia. Esta circunstancia, unida al nombre y una cultura exquisita, fueron decisivos en la vida del doctor VARGAS; de ahí en adelante ya pudo no solamente relevar a su familia de una pesada carga, sino aun ayudarla; y de esa época datan también amistades que nunca se desmintieron, y que fueron la base de su alta posición médica y social.

“ De 1825 a 1833, abandonando ya los estudios de literatura y filosofía, quiso el doctor VARGAS seguir una vocación inapelable, y entró como estudiante a la incipiente Escuela de Medicina que acababa de fundarse en los claustros bartolinos y en el Hospital de San Juan de Dios. Fueron sus primeros maestros los doctores Pedro Pablo Broc y Bernardo Daste, médicos franceses llegados a Colombia en 1823. Grandes debían de ser las dificultades técnicas con que tropezaba la enseñanza, pues no solamente escaseaban los libros de consulta, sino que los Profesores mismos dejaban harto que desear, según frases que oí repetidas veces al doctor VARGAS; mas supliéndolo todo con el ardiente deseo de saber y con ese trabajo que inteligentemente dirigido encuentra en la experiencia el

más sabio de los libros, llegó al fin el doctor VARGAS a coronar sus estudios en el año de 1833. El diploma en que la *Facultad Médica Bogotensis* acredita su idoneidad, es, a estilo de los documentos de aquella época, de una sencillez discreta y elegante, hoy olvidada, y lleva las firmas de los examinadores doctores José Félix Merizalde, Benedicto Osorio, Domingo Mariano Becerra, Domingo Sáinz y Francisco Quijano; está sellado con el sello de la Facultad de Medicina de Bogotá, y fue expedido el 14 de diciembre de 1833.

“La preparación completa que tuvo el doctor VARGAS durante sus largos estudios y el hecho mismo de haber tenido que luchar como ninguno para darse a conocer desde el principio, hizo que a su salida de la Facultad pasara el doctor VARGAS, sin transiciones dolorosas, del puesto de discípulo al de maestro, y de el de pobre estudiante al rango de miembro insigne de una sociedad. En la igualdad inalterable con que supo soportar el cambio de la mala a la buena fortuna, cambio el más peligroso para el carácter de los hombres, es donde se revela la grandeza de alma del ser verdaderamente bien nacido; del sabio y del filántropo que por encima de los mezquinos intereses de la vanidad vislumbra un ideal.

“En el año de 1832 y cuando aún no había presentado su examen de grado, fue el doctor VARGAS llamado a ser médico del General Francisco de Paula Santander y de su familia. Lo que tan insigne honor significaba, solamente se comprende al

considerar cuántos notables como Merizalde y Osorio ejercían entonces la medicina en Bogotá y toda la importancia que comportaba para un estudiante de último año el hecho no solamente de ser el médico en el Palacio presidencial, sino ser el hombre de confianza del más ilustre de los granadinos.

“La amistad de Santander por el doctor VARGAS jamás se desmintió, y cuando se trató de estudiar la invasión de la lepra en el norte de la República, problema ya por entonces de mucha gravedad, fue el doctor VARGAS quien, encargado por el Gobierno, fijó a Contratación como punto para la fundación de un lazareto, que libertó al Socorro del azote que para esa ciudad constituían centenares de leprosos.

“Si el cariño de Santander para con el amigo, y su fidelidad para con el médico, nunca se alteraron, en cambio la memoria del grande hombre perduró en la mente y en la casa del doctor VARGAS entre una atmósfera de ideal veneración. Todavía recordamos sus nietos el dolor que al doctor causó siempre el que uno de sus viajes al Socorro le hubiera impedido asistir a los últimos momentos de su ilustre benefactor.

“A la par de esos viajes al Norte, en los que sacrificaba en aras de la ciencia y de la humanidad las ventajas y comodidades de su ya encumbrada posición, debe ponerse el nobilísimo manejo del doctor VARGAS durante la grande epidemia de viruela en los años de 1840 y 1841. Ayudado por Vargas Vega y Vargas Reyes, fue el jefe de la pléyade de mé-

dicos que con ese desprecio de la vida que infunden las misiones superiores en las almas grandes, combatió el flagelo y triunfó al fin, fundando en 1856, a precio de esfuerzos sin nombre, el Instituto Central de Propagación de la Vacuna. Este hecho marca una etapa importantísima en la historia del país. Es el primer fruto de las altos estudios científicos inaugurados por los libertadores. Es el paso decisivo dado por los hombres de ciencia, que imponiéndose a las multitudes y aconsejando a los Gobiernos, salvan a la patria de un flagelo, que en aquel tiempo, aun en Europa, despoblaba comarcas enteras.

“Como un acto muy meritorio en la vida del doctor VARGAS debe citarse su actuación en la época de la aparición del cólera en las costas colombianas en 1854. Más que ninguno propendió él a la vulgarización de las medidas profilácticas que debían ayudar a vencer el terrible azote, el cual, atadado con oportunidad, desapareció sin dejar huellas y sin haber verificado grandes estragos.

“La influencia del doctor VARGAS sobre la instrucción médica en Colombia ha sido de las más decisivas. Poco tiempo después de su grado hallamos ya su firma figurando entre las de los viejos Profesores, al pie de los diplomas de varones ilustres como Zerda y Barreto, mis inolvidables maestros; y son de oír las palabras de profuudo cariño con que esos dos sabios, reliquias venerandas de nuestra Universidad, pronuncian aún el nombre de aquel a

quien siempre llaman maestro, amigo y colega inmejorable.

“Médico del Hospital de San Juan de Dios durante muchos años, conservaba por los antiguos muros de esa casa de dolor, testigos de sus luchas, de sus penas y de sus triunfos, un cariño que sólo se apagó con la luz de su vida. Todavía recuerdo una frase que en sus viejos labios aristocráticos sonaba muy extraña, pero también profundamente conmovedora, y era el deseo expresado con tenaz frecuencia de vivir su última hora en las mismas salas en donde vivió tantas otras, las más duras quizá, pero también las más luminosas de su vida.

“En medio de las vicisitudes que sufrió la instrucción profesional, bajo los múltiples y variados experimentos a que cada gobernante la iba sometiendo, fue el doctor VARGAS junto con Vargas Vega, Vargas Reyes y Pardo, alma del núcleo que conservó el fuego sagrado de la instrucción, en medio de tantas revoluciones. Dictando enseñanzas, ya en su casa particular, ya en el Hospital de San Juan de Dios, lograron al fin los tres Vargas la reorganización de la Facultad en los claustros del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario; de ella salieron hombres de la talla de Guillermo León, José Vicente Uribe y Juan de Dios Garrasquilla, y he de citar como rasgo nobilísimo de su carácter y como acto de trascendencia incalculable, el hecho de que el doctor VARGAS, como única remuneración de sus grandes servicios como Profesor, sólo quiso aceptar el que se le diera educación gratuita a mi

tío Antonio Vargas Vega, futuro organizador de la grande Universidad Nacional, quien había llegado por aquel entonces de Gharalá, en estado de desnudez y de desamparo; dolores que conocía mi abuelo por propia experiencia.

“El ánimo se entusiasma al estudiar los caracteres y la obra de los hombres que trato de analizar. Hijos espirituales de esos claustros, en que fray Bartolomé Lobo Guerrero y fray Gristóbal de Torres dejaron encerrados como en urna sagrada los principios del humano saber, supieron ser dignos continuadores de tan ilustres maestros. A ellos les debemos los primeros jalones que nos señalan la meta de la verdad; a ellos la orientación de nuestra República hacia los altos fines que persiguen los hombres; ellos son los autores del alto nivel intelectual, en el cual, aun en medio de los mayores cataclismos, ha sabido conservarse nuestra Patria; a ellos debemos, en fin, el que las olas de sangre de las luchas de hermanos no hayan logrado ahogar entre nosotros los principios sacrosantos de la ciencia, de la verdad y de la justicia.

“Entre todas las enseñanzas que encierra la vida del doctor VARGAS y por sobre todos sus merecimientos, hay uno que constituye, en mi sentir, la más alta de las virtudes del médico: el respeto por su profesión. ¡Cuántas y cuán nobles cualidades se encierran en este enunciado! Debido a esto fue el doctor VARGAS en las numerosas y patricias casas que constituyeron en gran parte su clientela, no so-

lamente el médico acertado, sino también el fiel caballero en quien tantas almas enfermas depositarán con confianza ilimitada su salud y su honor.

“ De esta estela que dejó a su paso el doctor VARGAS en su carrera médica, me ha tocado a mí, su nieto, ver muy a menudo los rastros y aun recoger los frutos que me llenan de orgullo. ¿No es muestra de ello el que vosotros, antes que a muchos, que valen más que yo, me hayáis llamado a vuestro seno?

“ Poco antes de la muerte del doctor VARGAS los médicos colombianos rindieron merecido tributo a sus méritos y a su carrera, haciéndolo Presidente del primer Congreso Médico Nacional; y si la suerte no le permitió disfrutar de aquel honor que quizá anhelaba, sí tuvo la dicha de saber que su esfuerzo no había sido estéril; sí tuvo la satisfacción de oír el inmenso aplauso de muchas generaciones de médicos que en este homenaje simbolizaban su admiración y su cariño.

“ El admirable Uribe Angel, al saber la desaparición de su amigo y compañero, sintetizó sus sentimientos en estas palabras:

‘ Ninguno como mi maestro peleó con mejores bríos en la lucha por la ciencia; y si muchos le igualaron en sus labores coronadas con éxito feliz, ninguno le aventajó. Prueba de lo que afirmo es que el camino de su vida está formado por el reguero de luz científica que trazó en el horizonte de la Patria, y si así no fuera, ¿qué razón habría para escuchar, como escuchamos hoy, el coro de

aplausos que sigue a su memoria y el lamento unísono que formula el labio de todos sus conciudadanos? Si me fuera dado trazar el epitafio de mi maestro, compañero y amigo, lo haría así: 'JORGE VARGAS, ILUSTRE SABIO, ENALTECIDO POR LA JUSTICIA DE LOS COLOMBIANOS.'"

DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL DOCTOR  
ROBERTO FRANCO F.

" Señor Presidente, señores académicos:

" Se me ha encomendado la grata misión de corresponder al discurso de recepción del doctor Jorge Vargas Suárez, y me es placentero darle el saludo al ingresar en nuestra corporación.

" Iniciamos con él nuestros estudios en la misma época, fuimos guiados por los mismos Profesores en nuestra carrera de estudiantes, y nos tocó compartir en muchos días las penas de las labores estudiantiles y gozar con los comunes triunfos en los éxitos de nuestros exámenes.

" Recuerdo el entusiasmo con que entonces concurríamos a las sesiones de esta docta Academia y el vivo interés con que escuchábamos y seguíamos las polémicas científicas que en ella se suscitaban. Me parece oír aún la brillante peroración de algunos de sus miembros, y se me representa la figura científica de aquel cuya reciente desaparición lamentamos entristecidos y que fue una de las que despertaron en nosotros el anhelo de llegar algún

día a sentarnos a su lado en los sillones de este recinto.

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

“ La importancia de este tema y el interés que se debe prestar a su estudio se han comprendido más cada día; los recientes progresos en el conocimiento de las anemias están fundados en los adelantos de la hematología, y en las regiones tropicales, más que en ninguna otra parte, es indispensable su conocimiento. La piretología nacional ganará mucho con la perseverancia en este camino.

“ La clasificación científica y el conocimiento profundo de nuestro paludismo está en la infancia. La fiebre espiroquetel fue aislada de aquél por medio del examen microscópico de la sangre en estos últimos años, y sólo conociendo y habiendo determinado su parásito hemos llegado a mostrar cuál es su huésped intermediario o agente transmisor y cuáles las medidas que debemos emplear para evitarla.

“ La fiebre biliosa hemoglobinúrica que hace muchas víctimas en algunas de nuestras regiones calientes, está por estudiar; muchas de las fiebres de las hoyas de nuestros ríos y de las llanuras orientales esperan su solución del examen microscópico de la sangre. Igual cosa podemos decir de la esple-

nomegalia tropical, de las leishmaniasis, que están por demostrar, y la filariasis, cuyo estudio se ha iniciado y que reclama nuevas investigaciones. Tocó al doctor Vargas Suárez principiar estos estudios con el trabajo que presentó como tesis y que puede considerarse como el primero de nuestra hematología.

“Pocos días después de su grado siguió el doctor Vargas Suárez para Europa y consagró su larga permanencia en los centros científicos alemanes a perfeccionar sus conocimientos en los diversos ramos del arte de curar. Los nombres de insignes Profesores como Virchow, Behring, Erlich, Erb, etc., por no citar sino los principales, se cuentan entre los que figuraron como sus maestros, y muchos de ellos le dieron pruebas de especial distinción y deferencia por su consagración y por sus aptitudes. Llegado al término de su nueva carrera, se propuso el doctor Vargas desarrollar como tema de su tesis en Heidelberg *El estudio citológico de los derrames cerosos*. La exposición de este trabajo, fundado en numerosas observaciones, es una nueva muestra de las inclinaciones del doctor Vargas S., a los temas científicos y una prueba de su competencia en la materia. En un detenido análisis sobre los elementos celulares, emite las diversas hipótesis sobre su origen y sobre el valor que tienen para el diagnóstico y pronóstico de los síndromos patológicos en que se presentan. Inútil es que yo insista sobre los méritos de este trabajo, pues vosotros lo habéis apreciado en lo que vale, por haber sido publi-

cado en algunos de nuestros periódicos científicos.

“Al regresar a su patria ha venido el doctor Vargas S. a continuar la carrera de su digno abuelo. Discípulos de los que lo fueron del doctor Vargas hemos venido a recoger los frutos por él sembrados y nos ha tocado transitar por los mismos claustros y las mismas clínicas de San Juan de Dios, en donde se oyeron sus primeras enseñanzas. Acabáis de oír en el brillante discurso del doctor Vargas S., trazado a lo vivo y con delicadas y sentidas frases, la vida del ilustre Profesor y del noble maestro, fundador de los estudios médicos en Colombia, a cuya memoria debemos por múltiples y justísimos motivos un tributo de admiración y de respeto. Permittedme que agregue mi humilde aplauso a la biografía tan llena de rasgos dignos y tan meritoria por sus actos que acabáis de oír.

“Tocó al doctor J. Vargas luchar a mediados del siglo pasado con algunos de los más difíciles problemas de la higiene pública, y contribuyó muy eficazmente con su ciencia a darle solución. Nos parece oportuno compararlos con los que actualmente nos preocupan y cuya solución depende de nuestra constante y tenaz intervención.

“Los progresos que la ciencia ha hecho en el último medio siglo han perfeccionado considerablemente nuestros medios de lucha y han contribuido poderosamente a hacer más eficaz nuestra actuación en la profilaxis de las enfermedades. Los descubrimientos que se hacen diariamente en los laboratorios, son la base indispensable para apoyar

nuestra acción, y si la falta de riqueza pecuniaria nos priva del honor de ser descubridores, no por eso debemos permanecer inactivos en este campo, y es nuestro deber reclamar nuestra ingerencia e implantar las medidas cuya eficacia se halle comprobada. El Instituto Central de Vacunación, cuya fundación se debe al doctor Jorge Vargas, perdura todavía y se encuentra funcionando activamente; encomendado a manos hábiles, presta los servicios que de él podemos esperar.

“Hoy la profilaxis por medio de la vacunación se ha generalizado, y se puede esperar fundadamente que a cada enfermedad producida por un germen específico, tarde o temprano se le aplicará la vacuna que la evite.

“A la variolización o inoculación de la viruela, que fue el primer procedimiento empleado para prevenir esta enfermedad, sucedió la aplicación de la vacuna debida al genio y perseverancia del ilustre Jenner. A la vacunación jeneriana han sucedido las vacunaciones microbianas, debidas a los trascendentales descubrimientos de Pasteur y sus continuadores, cuyo fundamento es la bacteriología con sus constantes progresos.

“La vacunación anticolérica, propuesta por Ferrán, y la antipestosa, aplicada por Haffkin, son ejemplos de vacunas bacterianas muertas. La fiebre tifoidea, cuyos estragos entre nosotros todos conocemos, es actualmente una enfermedad evitable y por un procedimiento análogo al que acabamos de enunciar: la vacunación por el método de Wright.

Desde el año antepasado, en que nos cupo la fortuna de iniciar la vacunación antitífica en diez de los alumnos de nuestra clínica del Hospital de San Juan de Dios, se ha extendido entre nosotros mucho la aplicación de este procedimiento profiláctico —uno de los más trascendentales triunfos de la bacteriología,—pero nunca como fuera de desearse. La voz de la Academia debe hacerse sentir con más frecuencia en estas materias, y la insistencia que ella debe mostrar sólo debe estar limitada por la desaparición del enemigo que debemos combatir.

“En los colegios, en las prisiones, en el ejército y, más que en ninguna otra parte, en nuestra Facultad de Medicina, se debiera dar el ejemplo de la vacunación antitífica obligatoria, y así se podría ofrecer alguna garantía contra algunos de los peligros más temidos que ofrece nuestra capital a todos los que llegan a ella, pues el justo temor que les inspira la fiebre tifoidea es tan sólo comparable al que experimentan los habitantes de nuestra altiplanicie por la fiebre amarilla cuando viajan en tiempo de epidemia por las regiones infectadas.

“La eficacia de la vacunación antitífica está indiscutiblemente comprobada y la vacuna que se nos remite de Europa ha hecho ya sus pruebas; esto no obsta, sin embargo, para que consideremos que la que puede prepararse entre nosotros tiene científicamente mayores probabilidades de eficacia como profiláctico y como curativo. Los gérmenes aislados de nuestros enfermos deben prepararse en los inoculados con ellos un terreno más refractario para ellos

mismos que los que nos vienen importados, y si se desea emplearlos como vacuna curativa, es indiscutible que los nuestros serán más eficaces.

“Otras de las enfermedades que hace numerosas víctimas entre nosotros es la rabia. Gracias al genio de Pasteur es una enfermedad curable, pero para no asistir inermes a la muerte de quienes la sufren es indispensable que se prepare el virus inoculable a los mordidos, pues sabido es que con el tiempo pierde su eficacia y que no es posible transportarlo muy lejos.

“Estos son poderosos argumentos para reclamar la fundación del Instituto Bacteriológico Nacional como una de las primeras necesidades de la higiene pública. La ley que lo funda ha sido ya votada por nuestros legisladores, pero mucho nos tememos que quede letra muerta como algunas otras en que está fundada la salud del pueblo y que duermen legajadas en los archivos, a pesar de la necesidad urgente de su aplicación, como la que organiza la lucha contra la anemia tropical.

“El paludismo, la fiebre amarilla, las filariosis, la fiebre espiroquetal, el dengue, que son enfermedades inoculadas; la uncinariasis, la tricocefalosis, la amebiasis, que son parasitarias, pueden todas evitarse. Para obtener su distribución geográfica y su predominio en el país y para tener de ellas un conocimiento científico, es indispensable que se funden los laboratorios en donde se haga diariamente un estudio cuidadoso.

“Como se ve, nuestro campo de acción se ha

ensanchado inmensamente, y si tocó al doctor Jorge Vargas fundar el Instituto Central de Vacunación para combatir la viruela, los progresos del último siglo nos imponen el deber de luchar contra las enfermedades de que hemos hecho mención y reclamar la fundación de institutos y laboratorios que nos permitan llevar a la práctica las medidas más apropiadas para aniquilar los flagelos que consumen nuestras vidas y nuestras energías.

“¿Qué homenaje más digno de la memoria del doctor Vargas podríamos hacer en esta ocasión solemne que formar el firme propósito de imitarlo en la lucha contra las enfermedades evitables?”

“La sombra que su nieto ha evocado al llegar ante nosotros se ha iluminado con el brillo de todos los actos de su vida y se nos presenta como figura digna de encomio y de imitación. Que nuestro nuevo compañero la siga en un todo, y será el colaborador eficaz que ayudará, como todos procuramos, a mantener y acrecentar la autoridad y el prestigio de nuestra corporación.”



## Estadística

### DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS EN LOS AÑOS DE 1912 Y 1913

POR LOS DOCTORES

RAFAEL UCROS

Profesor de Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, miembro de número de la Academia Nacional de Medicina, y

JUAN N. CORPAS

Director del Laboratorio de las Clínicas, Ex-Jefe de Clínicas de Especialidades.

Cada día es mayor la importancia de la estadística y se acrecienta el interés que le conceden los Gobiernos y corporaciones científicas: por ella se dan cuenta los primeros de la marcha del país en los distintos ramos de la Administración que les está encomendada, y las segundas hacen el balance periódico del adelanto habido en las varias secciones científicas que las integran; hondamente convencidos de esta importancia damos a conocer la relación estadística de las intervenciones practicadas durante el bienio 1912 a 1913 en el servicio de Clínica Ginecológica del Hospital de San Juan de Dios.

Esta estadística es meramente parcial y apenas forma parte de una general del servicio en un período de seis años: que comprende alrededor de seiscientas laparatomías, que motivará una comunicación al próximo Congreso Médico de Cartagena.

El servicio está compuesto de una sala de enfermería y una sala de operaciones. La enfermería, exceptuando su posición incrustada entre dos servicios de medicina, es bastante aceptable en cuanto a condiciones higiénicas, gracias al interés con que ha sido mirado el servicio por el señor doctor don Simón Araújo, Ministro que fue de Obras Públicas, y la Junta General de Beneficencia, interés exteriorizado en las mejoras materiales últimamente habidas; el piso, el cielo y las paredes son perfectamente lavables y comprende 22 catres esmaltados y de resortes.

La sala de operatoria es pequeña, bien alumbrada, fácilmente

aseptizable y comprende un mueblaje operatorio competente; la mesa operatoria movida por pedales, se adapta a todas las posiciones de examen y de operación. Posee además el servicio un buen autoclave y un instrumental que satisface a las necesidades ordinarias; quedan aún algunas reformas indispensables, como la adaptación de una sala de desinfección del cirujano y sus ayudantes, pero el camino andado nos llena de esperanzas, porque nos vemos más lejos del principio que del día en que el servicio nada deje que desear.

## CLASIFICACION POR AFECCIONES

Fueron operadas en el servicio, en 1912, 74; en 1913, 61; total, 135 enfermas durante el período estudiado; estas intervenciones fueron motivadas por las siguientes afecciones:

	1912	1913	Total
Fibroma uterino.....	9	17	26
Fibroma y quiste.....	2		2
Fibroma subperitoneal pediculado y torcido.....	1		1
Fibroma en degeneración mixomatosa.....	1		1
Fibroma y anexitis.....		1	1
Prolapso, fibroma y quiste.....	1		1
Prolapso uterino.....	9	9	18
Prolapso y anexitis.....	1		1
Anexitis doble.....	6	4	10
Anexitis unilateral.....	1	3	4
Anexitis tuberculosa.....	1		1
Anexitis doble, prolapso, apendicitis.....	1		1
Anexitis y pólipo.....		1	1
Apendicitis.....	1		1
Quiste ovárico.....	6	2	8
Quiste ovárico torcido.....	2		2
Quiste ovárico torcido con oclusión intestinal.....	1		1
Quiste y prolapso.....		1	1
Quiste y cáncer uterino.....	1		1
Pasan.....	44	38	84

	1912	1913	Total
Vienén . . . . .	44	38	84
Cáncer uterino . . . . .	2	2	4
Cáncer del cuerpo . . . . .		1	1
Cáncer del estómago . . . . .	1		1
Cáncer del píloro . . . . .		1	1
Papiloma del ovario . . . . .		1	1
Neoplasma del píloro, torsión del co- lon descendente . . . . .		1	1
Eventración . . . . .	5	2	7
Eventración y desgarró del perineo . .		1	1
Inversión uterina . . . . .	2		2
Anteflexión uterina . . . . .	2	1	3
Retroflexión uterina . . . . .		1	1
Retroflexión uterina, oovaritis . . . .		1	1
Hematosalpinge . . . . .	1	1	2
Desgarro incompleto del perineo . . . .	1	1	2
Desgarro completo del perineo . . . .	1		1
Tumor del pequeño labio y clítoris . . .	1		1
Fístula abdominal postoperatoria . . . .	1		1
Fístula uretrovaginal . . . . .	1		1
Hemorroides . . . . .	1		1
Estrechez rectal . . . . .		1	1
Abceso hepático . . . . .	1		1
Bocio . . . . .	1		1
Quiste vaginal . . . . .	1		1
Elefantiasis vulvar . . . . .	1	1	2
Pólipo uterino . . . . .		4	4
Peritonitis tuberculosa . . . . .	1		1
Absceso pelviano abierto en la vagina	1		1
Matriz didelfa, hematometría . . . . .	1		1
Riñón móvil . . . . .	1		1
Ovaritis escleroquística . . . . .	1	2	3
Metritis crónica . . . . .	1		1
Infección puerperal . . . . .		1	1
Hernias . . . . .	1		1
	74	61	135

## CLASIFICACIÓN POR OPERACIONES

	1912	1913	Total
Histerectomía por degollación (Faure; mod. Bazy) . . . . .	8	14	22
Histerectomía subtotal por hemisección (Kelly-Faure) . . . . .	6	8	14
Histerectomía subtotal; procedimiento americano (Kelly) . . . . .	8	5	13
Histerectomía subtotal; procedimiento americano (Kelly); fijación del cuello y peineorrafia de Lawson-Tait. . . . .	2		2
Histerectomía a. total; procedimiento americano (Kelly-Ségond) . . . . .	7	4	11
Histerectomía a. total; procedimiento americano (Kelly-Ségond); colpoperineorrafia. . . . .	1		1
Histerectomía abdominal para cáncer (Wertheim) . . . . .		3	3
Histerectomía abdominal para cáncer (Wortheim) y ooforectomía . . . . .	1		1
Histerectomía vaginal por hemisección (Müller Quénu) . . . . .	4		4
Histerectomía vaginal con colpectomía anterior y colpoperineorrafia. (Procedimiento Pozzi) . . . . .	1		1
Ooforectomía . . . . .	6	1	7
Ooforosalpingectomía. . . . .	1		1
Salpingectomía . . . . .		1	1
Ooforectomía y enterectomía. . . . .	1		1
Ignipuntura de ovarios. . . . .		2	2
Laparatomía exploradora. . . . .	5	1	6
Laparatomía para peritonitis tuberculosa . . . . .	1		1
Cura de eventración. . . . .	5	2	7
Cura de eventración; miocolpoperineorrafia . . . . .		1	1
Pasan . . . . .	55	42	99

	1912	1913	Total
Vienen.....	55	42	99
Cura de hernias . . . . .	1		1
Gastroenterostomía posterior....		2	2
Apendicectomía .. . . . .	1		1
Nefropexia . . . . .	1		1
Tiroidectomía.....	1		1
Ligamentopexia abdominal (Doléris) ..		3	3
Acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos (Baldy-Dartigues)....	2	1	3
Acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos (Baldy Dartigues); miorrafa de los elevadores del ano (Duval & Proust).....	1	5	6
Miorrafa de los elevadores del ano (Duval & Proust). . . . .	2	1	3
Perineorrafa por avivamiento....	1		1
Extirpación de pólipos uterinos.....		4	4
Extirpación de quiste vaginal.....	1		1
Extirpación de tumor del pequeño labio . . . . .	1		1
Extirpación de elefantíasis vulvar....	1	1	2
Extirpación de trayecto fistuloso.....	1		1
Extirpación de hemorroides (Witte-Head).....	1		1
Rectotomía . . . . .		1	1
Fístula uretrovaginal.....	1		1
Absceso hepático . . . . .	1		1
Raspado uterino . . . . .		1	1
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	74	61	135

## MORTALIDAD

	1912	1913	Total
Curaciones.....	52	53	105
Mejorías.....	2		2
Muertes.....	20	8	28
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	74	61	135

## EXPLICACIÓN DE LAS DEFUNCIONES HABIDAS

	1912	1913	Total
Histerectomía subtotal; procedimiento americano (Kelly); por quiste ovárico torcido; muerte al segundo día . . . . .	1		1
Histerectomía subtotal por hemisección (Kelly-Faure) para anexitis, prolapso y apendicitis; muerte al segundo día . . . . .	1		1
Histerectomía por degollación (Faure) para fibrona; muerte al quinto día . . . . .	2		2
Histerectomía subtotal por hemisección (Kelly-Faure) para anexitis doble; sección del uréter; muerte al quinto día, por oclusión . . . . .	1		1
Histerectomía total para cáncer (Wertheim); sección del uretero; muerte a los once días . . . . .	1		1
Histerectomía total para quiste; muerte al cuarto día . . . . .	1		1
Histerectomía total procedimiento americano (Kelly-Ségond), para fibroma; muerte al tercer día . . . . .	1		1
Histerectomía total, procedimiento americano (Kelly-Ségond), para hematometría; muerte al tercer día . . . . .	1		1
Histerectomía total procedimiento americano (Kelly-Ségond) para fibroma; muerte por diarrea a los treinta días . . . . .	1		1
Histerectomía vaginal para prolapso; proc. de hemisección (Müller Quénu); muerte al segundo día . . . . .	1		1
Histerectomía vaginal para prolapso; proc. de Pozzi; muerte al tercer día, por anuria . . . . .	1		1
Histerectomía vaginal para inversión; muerte a los nueve días . . . . .	1		1
Pasan . . . . .	13		13

	1912	1913	Total
Vienen .....	13		13
Histerectomía vaginal por hemisección (Muller Quénu) para prolapso y anexitis; muerte al tercer día....	1		1
Enterectomía y ooforectomía para quiste torcido y oclusión intestinal; muerte al segundo día....	1		1
Eventración; muerte al cuarto día....	2		2
Laparatomía exploradora para cáncer gástrico; muerte a los veinte días.....	1		1
Laparatomía exploradora para anexitis tuberculosa; muerte a los cuarenta días....	1		1
Absceso hepático; muerte al tercer día.	1		1
Histerectomía por degollación (Faure) para fibroma; muerte al segundo día		1	1
Histerectomía total, procedimiento americano (Kelly-Ségond), para fibroma; muerte a los diez días....		1	1
Histerectomía subtotal abd. para prolapso; muerte por el cloroformo.....		1	1
Gastroenterostomía para cáncer del píloro; muerte a los dos días....		1	1
Gastroenterostomía para neoplasma del píloro y torsión del colon descendente; muerte a los dos meses .....		1	1
Histerectomía abdominal total, procedimiento americano (Kelly-Ségond), para fibroma; muerte al tercer día por congestión pulmonar .....		1	1
Histerectomía abdominal para cáncer (Wertheim); muerte a los once días.....		1	1
Cura de eventración; muerte a los dos días. ....		1	1
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	20	8	28

De estas defunciones se deben descontar las siguientes:

	1912	1913	Total
Histerectomía total, procedimiento americano (Kelly-Ségond), para fibroma; muerte a los treinta días por diarrea.....	1		1
Laparatomía exploradora para cáncer gástrico; muerte a los veinte días.....	1		1
Laparatomía exploradora para anexitis tuberculosa; muerte a los cuarenta días...	1		1
Muertes por cloroformo.....		1	1
Gastroenterostomía para neoplasma pilórico; muerte a los dos meses.....		1	1
	3	2	5

Que no pueden ser imputadas al acto operatorio; y quedan entonces 17 defunciones para 1912, y 6 para 1913, lo cual da un porcentaje de: 22,97 por 100, en 1912, y 9,84 por 100, en 1913.

La mortalidad imputable a la intervención, y especialmente la alta habida en 1912, se puede explicar:

1.º Por la gravedad de las afecciones que motivaron las intervenciones.

2.º Por la seriedad de las intervenciones practicadas.

3.º Por lo tardíamente que fueron practicadas algunas de ellas.

4.º Por la carencia de un autoclave en el servicio.

Examinando en detalle los cuadros anteriores se echa de ver cómo las intervenciones que causaron muertes fueron en su mayoría motivadas por afecciones graves que implicaron intervenciones complicadas, responsables de ordinario de un alto porcentaje de mortalidad; a ello se agrega que nuestras enfermas dilatan un tratamiento quirúrgico hasta el último extremo, y sólo lo aceptan cuando ven que toda esperanza de curar por otros medios se ha perdido.

A mediados de 1912 los cirujanos del Hospital empezaron a quejarse de la alta mortalidad que daban las operaciones, y muy en particular aquellas en que se intervenía en el peritoneo; nuestro servicio pagó el mayor contingente a tan alta letalidad, dada la naturaleza de nuestras intervenciones, en su mayoría abdominales; operaciones de suyo inocentes, como la cura de una eventración, terminaban por una peritonitis rápidamente mortal; mul-

tipicamos las precauciones de asepsia, y fuimos rigurosos hasta en los menores detalles de la técnica operatoria, y mientras más esperábamos el éxito, mayor era nuestra desilusión y aun desespero; empezamos a temer que fuera causa de la mortalidad algún daño en el autoclave, y huíamos ya de toda intervención, cuando llegó al servicio una enferma con un quiste ovárico torcido; resolvimos hacer esterilizar nuestras compresas en una de las farmacias de la ciudad, y aquella enferma tuvo una marcha postoperatoria normal; al día siguiente hubimos de practicar la cura de una eventración, y nos servimos de compresas esterilizadas en el autoclave del Hospital; esta última enferma sucumbió de una peritonitis generalizada; ésta defunción nos llevó al convencimiento de que el autoclave estaba dañado, por lo cual uno de nosotros resolvió ensayar si la presión y temperatura a que llegaba el aparato eran iguales a las indicadas por el manómetro, valiéndose de indicadores de ácido benzoico con algunas huellas de vesuvina, mezcla que funde a  $121^{\circ}$ ; se pudo ver que aun cuando el manómetro llegaba a  $134^{\circ}$ , el ácido benzoico no se fundía, experimento que confirmó nuestras sospechas; entonces los cirujanos del hospital expusieron a la Junta General de Beneficencia la necesidad de reemplazar el gastado y viejo autoclave que había por otro que correspondiera a las exigencias cada día mayores del servicio quirúrgico, y la Junta dotó entonces a cada servicio con un autoclave. Hemos hecho esta digresión para explicar porqué en 1912 la mortalidad llegó a la exagerada rata de 22,97 por 100, a tiempo que en 1913 fue sólo de 9,84 por 100.

En el actual año de 1914 la mortalidad ha bajado aún más, y marca hasta hoy aproximadamente la rata de 5 por 100, lo cual ha venido a comprobar más nuestros temores respecto al antiguo autoclave. Como ya hemos dicho, esta estadística comprende apenas una parte de la general del servicio, que será presentada al próximo Congreso Médico, la cual dará, según creemos, una resultante de 10 por 100, aproximadamente, siendo de advertir que nuestras intervenciones son en su mayoría abdominales.

---

FRECUENCIA DE ALGUNAS AFECCIONES—INTERVENCIONES  
EMPLEADAS

Fueron operados trece *quistes del ovario*, que produjeron tres defunciones; tuvimos oportunidad de observar tres veces la torsión de su pedículo, con la sintomatología propia a este accidente. Relativamente frecuente, puede engañar con mucha facilidad al cirujano, quien tiene que repasar en la memoria varias afecciones abdominales que se presentan bajo un mismo aspecto; no nos detenemos sobre este asunto, porque ya uno de nosotros (Ucrós) insistió detenidamente sobre *Dificultades del diagnóstico de los quistes de los anexos de la matriz con torsión del pedículo* (*Repetorio de Medicina y Cirugía*, volumen 1), en una comunicación hecha a la Academia Nacional de Medicina.

Fueron operados *treinta y un fibromas*, que dieron seis muertes; en esta intervención se escogió ordinariamente la histerectomía subtotal por degollación (Faure) con la modificación de Bazy, que consiste en seccionar la hojilla peritoneal anterior desde un ligamento redondo hasta el otro, buscar por transparencia los vasos uterinos, atravesar con una pinza cerrada la hojilla posterior, de atrás hacia adelante, y colocar pinzas sobre los vasos uterinos así pediculados.

Algunas de estas enfermas vinieron al servicio ignorantes de su fibroma, y sólo acudieron por retenciones tenaces de orines; después de sondeadas se examinaron para buscar la causa de la retención, y se encontraron fibromas, ordinariamente en la cara posterior del segmento inferior que, llegados a cierto desarrollo, caen por su peso en el Douglas acodando la uretra y motivando las retenciones; este accidente es además muy constante en la historia de los fibromas, como pudimos comprobarlo averiguando bien los antecedentes de nuestras enfermas.

Los fibromas que se enclavan en el Douglas pueden producir otro accidente que también observamos: el edema de los miembros inferiores, que desapareció después de la intervención.

Un fibroma voluminoso había determinado la presencia de albúmina en los orines; como la enferma eliminaba hasta dos gramos de albúmina por litro de orines, nos absteníamos de intervenir; pero sospechando que la albúmina urinaria era moti-

vada por el voluminoso fibroma, practicámos su extracción, y entonces bajó a un gramo de albúmina en la semana siguiente y a cero en la subsiguiente, para no reaparecer más.

Como casos curiosos observados de fibromas, queremos resumir brevemente dos: uno voluminoso del fondo de la matriz, que había girado y hecho girar consigo la matriz sobre el cuello uterino, de tal manera que los anexos izquierdos se hallaron a la derecha y los derechos a la izquierda. El otro caso se refiere a un fibroma subperitoneal pedicular y torcido, cuya observación publicó uno de nosotros (Ucrós) en el *Repertorio de Medicina* (volumen III)

Se operaron *veinte prolapsos uterinos*, empleando para ellos intervenciones practicadas sobre la matriz misma, sus medios de apoyo, sus medios de sostén, desde la simple ligamentopexia abdominal (Doleris) hasta la histerectomía vaginal con colectomía anterior y colpoperineorrafia (operación de Pozzi); muchas esperanzas habíamos fincado en el acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos por el método de Baldy-Dartigues seguido en la misma sesión de la sutura de los elevadores del ano por el método de Durval y Proust, por cuanto en teoría esta intervención se dirige sobre los medios de sostén y apoyo del útero, y se consigue con ella un perineo espeso y resistente; pero al año, más o menos, han vuelto al servicio algunas de nuestras operadas buscando un remedio mejor, por lo cual creemos que mientras no haya interés en conservar una matriz debe extraerse para curar del prolapso.

Para curar esta afección se han ensayado todos los medios imaginables, y a ellos ha correspondido siempre con una tenaz reincidencia; el modo como se produce y su mecanismo anatómico han motivado largos estudios, que han llegado siempre a la misma desilusionadora verdad: el prolapso se reproduce. Las intervenciones que obran sólo sobre los ligamentos uterinos son generalmente insuficientes; las que obran sobre los ligamentos y son seguidas de una operación que devuelva al perineo su perdida solidez, pueden adaptarse a los pequeños prolapsos en mujeres aún jóvenes; cuando el prolapso es completo, acompañado de hipertrofia del cuello, la histerectomía subtotal seguida o nó de fijación del cuello, es aún insuficiente por la tendencia del

muñón a prolabarse, lo que aun las mismas paredes vaginales pueden hacer solas cuando se ha extirpado el cuello por histerectomía total; si se quiere un resultado favorable, es menester completar cualquier intervención uterina conservadora o radical, que se haga por vía alta o por la baja, de una reconstrucción del perineo, sea una perineorrafia o mejor una miorrafia de los elevadores del ano.

En la etiología del prolapso desempeña el principal papel la levantada precoz después del parto a que se ven obligadas las mujeres que forman el personal de Hospital. A esta causa concedemos el principal papel; pero no queremos pasar en silencio, para que se vea cómo un fibroma puede determinar un prolapso uterino, el resumen de nuestra observación número 426. Mercedes Escobar, de cincuenta años de edad, que *nunca ha tenido partos ni abortos*, presenta un prolapso ulcerado y completo de la matriz, que cuelga entre los muslos; se resolvió hacerle una histerectomía vaginal con colpectomía y colpoperineorrafia (Pozzi), en el curso de la cual se encontró un cuello uterino enormemente largo y un fibroma intersticial del fondo uterino, del tamaño de una naranja. En este caso parece que el fibroma precedió al prolapso, determinando una hipertrofia supravaginal del cuello que no pudiendo elevarse hacia el abdomen por la resistencia de los ligamentos úterosacros, fue disecando las paredes vaginales y cubriéndose con ellas, como cuando se vuelve al revés un dedo de guante.

Se operaron *diez y siete anexitis* con dos muertes; ordinariamente se hizo histerectomía subtotal por hemisección (Kelly-Faure), porque hemos reconocido, como enseñan los cirujanos de ginecología, que las adherencias que forman con los órganos vecinos unos anexos inflamados, ceden más fácilmente a la disección atacándolos de abajo hacia arriba, maniobra que se facilita por el procedimiento de la hemisección.

Hay una afección de una aterradora frecuencia, que es el *cáncer uterino*; todos los casos que observamos fueron del cuello, salvo uno del cuerpo solo, con cuello indemne; rara vez es posible operar estos casos oportunamente, porque las enfermas llegan al servicio cuando ya su afección es inoperable; ordinariamente frecuentan las consultas de los empíricos aficionados

que les hacen el perjuicio de hacerles perder la oportunidad operatoria. No entramos en detalles sobre el cáncer uterino y su tratamiento quirúrgico, porque las pocas observaciones correspondientes a este bienio hacen parte de un trabajo un poco más completo, destinado al próximo Congreso Médico.

*Principales intervenciones—Mortalidad.*

	1912		1913	
	Opera- ciones.	muer- tes.	Opera- ciones.	muer- tes.
Histerectomía subtotal	24	5	27	2
Histerectomía abdominal total	9	4	7	3
Histerectomía vaginal	5	4		

*Incisión empleada en las intervenciones abdominales.*

	1912	1913	Total
Incisión media infraumbilical.....	35	22	57
Incisión de Pffanestiel.....	19	29	48
Incisión media supraumbilical .....	4	2	6
Incisión de Jalaguier .....	1		1
Incisión para hernia.....	1		1

Estas incisiones tuvieron el siguiente resultado:

*Incisión media infraumbilical.*

	1912	1913	Total
Curaron por primera intención . . . . .	17	11	28
Curaron por segunda intención.....	8	6	14
Murieron.....	10	5	15
	<u>35</u>	<u>22</u>	<u>57</u>

*Incisión de Pffanestiel.*

	1912	1913	Total
Curaron por primera intención....	11	23	34
Curaron por segunda intención.....	5	5	10
Murieron.....	3	1	4
	<u>19</u>	<u>29</u>	<u>48</u>

La Incisión de Pffanestiel es la que procuramos prefe-

rir en el servicio de Ginecología, por cuanto es la única que pone a salvo de las eventraciones, dado que la piel y la aponeurosis se seccionan en sentido transversal, mientras que el peritoneo se secciona verticalmente en el mismo sentido en que se separan los músculos; al rehacer la pared quedan cuatro planos con suturas que se cruzan dando solidez a la cicatriz.

Es de advertir que este modo de hacer incisión no es aplicable a grandes tumores abdominales, por cuanto no es posible hacer tan extensa la incisión como en las de dirección vertical, ni es posible establecer un drenaje abdominal en aquellas intervenciones que la piden.

Las indicaciones, contradicciones, técnica y ventajas de esta incisión, motivaron una exposición de uno de nosotros (Ucrós) en asocio del interno del servicio doctor Antonio José Castro, al Congreso Médico de Medellín, publicada en el *Reperitorio de Medicina y Cirugía*, volumen IV.

Se puede hacer sobresalir mejor el resultado estético de la cicatriz puboabdominal, haciendo intradérmica la sutura de la piel, como lo hicimos en seis de nuestras operadas, lo que da por resultado una cicatriz perfectamente lineal y resistente por añadidura.

#### DURACIÓN MEDIA EN EL SERVICIO

Lo mayor parte de las operadas que sanaron por primera intención permanecieron un mes en el servicio; pero nos llamaron especialmente la atención:

En 1912, una histerectomía subtotal, procedimiento americano (Kelly), para quiste ovárico intraligamentario, que salió a los veinte días.

Una histerectomía subtotal, procedimiento americano (Kelly), para fibroma uterino, que salió a los catorce días.

En 1913, una histerectomía subtotal por hemisección (Kelly-Faure), para hematosalpinge doble, que salió a los veintidós días.

Cuatro histerectomías por degollación (Faure), para fibroma, que salió a los veinte días.

Una ligamentopexia abdominal (Doleris), salida a los diez y seis días.

Una histerectomía por degollación (Faure), para fibroma, que salió a los quince días.

Dos ignipunturas de ovarios, que salieron a los quince días.

#### ACCIDENTES OPERATORIOS

En el año de 1912 tuvimos que registrar varios accidentes ocurridos en el curso de intervenciones graves; dos veces fue seccionado un urétero; la primera vez en el curso de una histerectomía total para cáncer, y el accidente, notado oportunamente, se remedió por una urétero-cistoneostomía; la enferma murió al undécimo día, arrojando orines por la vía vaginal. La segunda vez ocurrió este accidente al terminar una histerectomía por hemisección para anexitis doble, y se remedió el accidente por una urétero-enterostomía, por haber sido alta la sección; la enferma murió al quinto día, sin que se hubiera percibido olor urinoso en la curación.

También tuvimos que registrar dos casos de ruptura de la vejiga en el curso de intervenciones: una en la extirpación de un trayecto fistuloso prostoperatorio, y otra en el curso de una histerectomía total para cáncer (Wertheim) y quiste ovárico; en ambos casos el accidente, reconocido a tiempo, pudo remediarse por una cuidadosa sutura de la vejiga, que fue seguida de curación completa en ambas enfermas.

En 1913 tuvimos una muerte por accidente clorofórmico, sobrevenido al terminar una intervención abdominal.

#### ANESTESIA EMPLEADA

La anestesia empleada fue ordinariamente la clorofórmica, excepto en cuatro operaciones, en 1912, en que se usó de la estovainización del raquis, y en otras cuatro en 1913, en que se usó el mismo modo de narcosis; en un caso de pólipo uterino de ancho pedículo se empleó la anestesia cocaínica local; la raquianestesia nos fue perfectamente suficiente para las intervenciones en que se usó, vaginales todas; a ella se puede ocurrir en varias circunstancias, y nos parece un auxiliar precioso en la cirugía ginecológica.

#### CASOS ESPECIALES

Para concluir los comentarios a la estadística que presen-

tamos, vamos a resumir algunos casos observados por nosotros en el servicio, que por no ser frecuentes, merecen atención.

1.º *Matriz didelfa*. Observación número 412. Rosenda Rubio, operada para quistes del ovario. En el curso de la intervención se encontró un cuello único con dos fondos, cuyo conjunto ofrece la apariencia de Y; como en este caso pareció inútil conservar la matriz, y su ablación facilitaba la extirpación de los quistes, uno de ellos enorme, se hizo una histerectomía total, procedimiento americano (Kelly Ségond).

2.º *Peritonitis aguda generalizada, que terminó por curación*. Observación número 431. Herminia González fue operada para una anexitis izquierda. En el curso de la operación se rompió la trompa, derramándose el pus, que pudo ser recogido sobre compresas, gracias a la precaución siempre usada de proteger con compresas intestino y peritoneo; se terminó la operación dejando un dren vaginal de gasa. Tres días después de la operación se declaró una peritonitis aguda generalizada, que fue tratada por amplia colpotomía posterior, posición de Fowler, lavados del estómago, etc., saliendo la enferma del servicio treinta y tres días después, totalmente curada.

3.º *Degeneración mixomatosa de un fibroma*. Observación número 452. Rosario Melo, de cincuenta años, no ha tenido hijos ni abortos; se presentó al servicio con un tumor abdominal, que llegaba hasta el ombligo, mediano, seudofluctuante en la parte inferior, como también en el fondo del saco vaginal posterior, que llena completamente; diagnosticado un fibroma, se intervino por la vía abdominal y se pudo extirpar un tumor que por su aspecto exterior parecía un fibroma y por su consistencia y falsa fluctuación, un quiste, que se había desarrollado en el espesor del ligamento ancho derecho.

La pieza representaba una matriz grande, fibromatosa, con un fibroma en la cara posterior del segmento inferior, y atacada de degeneración mixomatosa, reconocible macroscópicamente en la alternación en el espesor de la pieza, de capas musculares y capas gelatinosas, viscosas y amarillentas.

4.º *Ausencia de un riñón; matriz didelfa con hematometría*. Observación número 481. A Gregoria Casas de Sierra se le había diagnosticado una anexitis quística derecha, por lo cual fue laparotomizada. En presencia de las lesiones se

reconoció una matriz didelfa con hematometría en la mitad derecha, por lo cual se hizo una histerotomía total, por el método americano (Kelly-Ségond). La pieza representaba una matriz pequeña, que a su izquierda daba nacimiento al ovario y trompa correspondientes, sanos; a nivel del cuello daba nacimiento a un tumor de aspecto fibromatoso del tamaño de una naranja, que abierto se encontró ser pared uterina que aprisionaba un líquido hemático; no se halló orificio de comunicación con la cavidad cervical uterina, ni con la trompa derecha que, con el ovario del mismo lado, nacían en la parte derecha y superior del tumor.

Esta enferma murió al cuarto día, y se le hizo la autopsia, la cual mostró que faltaba el riñón derecho y que la vejiga sólo tenía un orificio ureteral único a la izquierda.

Esta observación es importante porque muestra reunidas en una sola persona varias malformaciones del aparato urogenital. En esta enferma reveló además la autopsia una persistencia del agujero de Botal.

5.º *Vagina y útero dobles*. Observación número 510. Bárbara Lara, de treinta años, que no ha tenido partos ni abortos, entró al servicio quejándose de dolores en el bajo vientre, debido a un golpe fuerte en esa región; al examen genital se encontró: vulva normal; al tomar los grandes labios y hacer una tracción hacia adelante y hacia afuera, se observaba un tabique mediano anteroposterior, que semejaba un prolapso de la columna anterior de la vagina y dividía este órgano en dos vaginas completas e independientes, derecha e izquierda; dicho tabique se prolongaba hasta el fondo de la vagina.

Utero: en el fondo de cada una de las vaginas se encontró un hocico propio; el orificio del cuello izquierdo era transversal: el cuello derecho, a igual altura que el izquierdo, tenía su orificio pequeño y circular; los cuellos se movían conjuntamente, lo que daba a entender que el útero tenía un solo cuerpo con dos cuellos y dos cavidades uterinas independientes, lo cual fue confirmado por la histerometría combinada y por el tacto rectal combinado a la tracción del cuello por medio de pinzas de garfios, maniobra esta última que permitía sentir lisa la superficie de la pared posterior uterina.

## Contribución

AL ESTUDIO DE LA UTILIZACIÓN DEL ÁZOE COMO ELEMENTO DE NUTRICIÓN, EN LA ALTIPLANICIE DE BOGOTÁ (1)

Por el doctor CALIXTO TORRES U. (de Tunja).

(Conclusión)

Después de observar que mis análisis de estas sustancias fueron hechos por los mismos procedimientos que emplearon Maillard, Donsé y Lambling y Bouchez, con algunas variaciones respecto al ácido úrico, por procedimientos más modernos y por un detenido estudio de los distintos métodos, es forzoso concluir que hay entre nosotros un aumento de los términos intermedios de la transformación de las nucleoproteínas, a expensas del término final de estas transformaciones; sucede, por consiguiente, algo muy semejante a lo que pasa con la desintegración de las albuminoideas, con la sola diferencia de que en el caso presente, probablemente por la menor intervención del hígado, la diferencia no existe entre la clase pobre y la y la clase acomodada.

Queda, pues, desde este punto de vista, justificado mi *coeficiente de transformación de las nucleoproteínas*, que podría llamarse también *coeficiente de oxidación o desamidación*, vistas las distintas escalas de desintegración por que pasan estos cuerpos (Véanse páginas 527 y 529).

Este coeficiente

$$\frac{\text{Az. A.U.}}{\text{Az. P.T.}}$$

Es según mi cuadro de promedios, de 64,87 por 100 en los promedios generales, con una diferencia de 0,80 en favor de la clase acomodada. Se ve, pues, que la pequeña desigualdad de la cifra de las purinas aumenta al comparar los coeficientes, lo que indica una mayor debilidad en las clases pobres para las transformaciones en cuestión (1).

(1) Para mayor precisión en los resultados obtuve las cifras de las bases púricas directamente y no deducidas de los promedios del ácido úrico y de las purinas totales; de aquí la diferencia en el primer resultado a pesar de la igualdad de las últimas.

Para poder juzgar mejor el valor de este coeficiente voy a hacer algunas comparaciones: aplicando el cálculo a los promedios de Maillard, resulta 80,84 por 100, es decir, una cifra que difiere de la mía en 15,61.

Si se aplica ahora el cálculo a los resultados obtenidos por Bouchez (1)—quien hizo análisis de su propia orina poniéndose a diferentes regímenes alimenticios—se encuentran cifras un poco superiores a las de Maillard, como se verá en seguida. Pero antes debo advertir que ha habido necesidad de prescindir de algunos análisis que no tenían los datos completos.

Régimen mixto ordinario . . . . .	86,36
Régimen mixto con mucha carne . . . . .	91,86
Régimen lácteo . . . . .	91,02
Alimentación insuficiente . . . . .	85,05
Régimen lácteo vegetariano, rico en hidratos de carbono . . . . .	88,41

Lo único que podría sacarse en conclusión de las cifras anteriores—que quizá por provenir de un individuo sujeto a un régimen de vida mejor que los sujetos en quienes experimentó Maillard, dan cifras un poco superiores a éstas—es que el régimen animal aumenta el valor del coeficiente y que la alimentación insuficiente y los regímenes vegetariano e hidrocabonado lo disminuyen; enseñanzas que, al ser confirmadas con mayor número de observaciones, concordarían de modo admirable con los estudios hechos últimamente sobre las oxidasas de la carne, y, en general, con el de las citinas de las albuminoideas de origen animal.

Concordarían también los datos anteriores con la observación de que hablé hace poco de la insuficiencia de alimentación cárnea en la altiplanicie de Bogotá, alimentación que es casi nula en las clases pobres. Pasaría, en suma, algo muy semejante a lo que pasa con el «coeficiente de utilización del ázoe.»

III. *Azoe total*—El ázoe total, que es en el cuadro modelo de 15,87, en mis promedios generales alcanza apenas a 12,44,

(1) M. A. Bouchez. *Recherches sur la composition de l'urine normale de l'homme. Jour. de Phys. et de Path. Gen.* Enero. 1912.

con una diferencia de 2,30 a favor de las clases acomodadas. Si por un error imprevisto no se hubiera hecho figurar entre los obreros a sirvientes que, como se sabe, gozan de una alimentación muy superior, esta diferencia sería mucho mayor.

Las cifras apuntadas representan para el primer cuadro, haciendo los cálculos que quedaron estudiados atrás, de 99,19 gramos de albúmina por cada individuo, o sean 476,11 calorías, mientras que para los segundos sólo representan 77,75 gramos de albúmina, o sean 373,20 calorías, y 84,94 gramos de albúmina para las clases acomodadas, o sean, 407,71 calorías, lo que da una diferencia, entre los dos primeros promedios, de 138,91 calorías y 21,44 gramos de albúmina en contra de las mías; y entre estas últimas de 69,22 calorías y 14,38 gramos de albúmina en favor de las clases acomodadas, diferencia que sería mucho mayor si se hubiera eliminado el error que se anotó arriba.

Queda pues demostrado que hay entre nosotros un déficit de materiales albuminoideos, aun en nuestras clases acomodadas.

IV. *Azoe indeterminado por 100 de azoe total*—Entre todos los estudios que he consultado a este respecto no he encontrado, siquiera citados, otros que los de Bouchez, Maillard y Donsé y Lambling. Los resultados de Maillard dan 11,15 por 100, y los de Donsé y Lambling, después de una pequeña corrección hecha por Maillard, 11,81; los de Bouchez dan una cifra muy inferior, en tanto que los míos dan un promedio general de 18,42 con una pequeña diferencia en favor de las clases acomodadas.

La desigualdad de estos resultados se debe, en primer lugar, a que el primero y los últimos de los nombrados al principio dosaron la creatinina y el segundo las bases precipitables por el ácido sílicotúngstico, sustancias que no figuran en mis análisis. Pero, aun haciendo esta corrección, hay siempre en estos resultados un aumento de la cifra en cuestión; veamos cómo puede ser interpretado este aumento.

El *ázo*e indeterminado pertenece, sobre todo, a la *creatinina*, a los *ácidos uroproteicos* (con el urocromo), al *ácido hipúrico* y a las *bases* precipitables por el ácido *sílicotúngstico*. Estudiemos algo sobre el origen de estos cuerpos.

1.º *La creatinina* es un hidrato de la creatina, de la cual proviene, y ésta es componente de algunas núcleoproteínas que la contienen (1); de modo que habiendo un aumento de purinas, no tendría nada de particular que hubiera un aumento paralelo de la creatinina. Los vegetales contienen creatina, de modo que el régimen vegetariano también aumenta la proporción de creatinina en las orinas.

2.º Cuando la dislocación de las albuminodas es imperfecta, cuando el desdoblamiento o la desaminación de los ácidos aminados, o la oxidación del ácido desaminado no es completa, se encuentra en la orina mayor cantidad de ácido *oxiproteico*, así como de ácidos *aloxiproteico* y *uroférrico* (2).

3.º «La orina de veinticuatro horas del hombre normal no contiene, por término medio, sino un gramo de *ácido hipúrico* (bajo la forma de hipuratos). Los hipuratos son mucho más abundantes en la orina de los herbívoros que en la de los carnívoros. En estos aumenta con la alimentación vegetal» (3).

Sabiendo que el ácido benzoico entra en la síntesis del ácido hipúrico, se comprenderá en parte la influencia del alimento vegetal en este aumento, y si, como ya lo insinué atrás y como se demostrará más adelante, nuestra alimentación es muy poco cárnea y casi totalmente vegetariana, tampoco sería raro que los hipuratos estuvieran en mayor proporción en la orina del hombre en la altiplanicie.

Además, como la glicocola (que como se sabe es un ácido monoamidado de la serie alifática) entra también en la composición del ácido hipúrico, quizá pudiera explicarse, en parte, de esta manera, la correlación entre el aumento del azoe indeterminado y disminución de la urea con el régimen vegetariano, si se tiene en cuenta la importante participación de los ácidos aminados en la formación de la urea.

No está por demás advertir que el ácido hipúrico es una de las sustancias cuya formación se atribuye a *encimas* de *trabajo negativo*, es decir, de cuya influencia resulta una reacción con absorción de calor. Encimas que operarían, por consiguiente,

(1) Profesor C. H. Roger. Loc. cit., páginas. 520.

(2) E. Fley. Loc. cit., página 676.

(3) E. Gley. Loc. cit.

según Duclaux y Lambling, síntesis análogas a las de la granulación clorofiliana.

La síntesis del ácido hipúrico parece que tenga lugar en el riñón.

4.º Ya dije todo lo que se sabe respecto a las *bases precipitables por el ácido silicotúngstico*. Respecto a sus variaciones en la orina, nada cierto se sabe hasta el presente.

Sería interesante averiguar cuál de estos cuerpos que forman la cifra de *ázoze indeterminado* está en mayor proporción; desgraciadamente (quizá excluyendo a uno o dos de ellos) no se conocen todavía procedimientos para su dosado exacto.

V. *Fósforo*—En cuanto al anhídrido fosfórico y al fósforo de los fosfatos, hay a primera vista, y considerando solamente los cifras aisladas, una disminución en mis promedios; pero si se relacionan estos resultados a los del *ázoze total*, hay, al contrario, un aumento, por lo cual la *relación ponderal* y la *relación atómica* son mayores en el cuadro adoptado como punto de comparación; la última relación es, por ejemplo, en este cuadro, de 1 : 37,9, mientras que en el mío es de 1 : 33,9, lo que da una diferencia de 4. Entre los dos promedios parciales hay también una pequeña diferencia en favor de las clases acomodadas.

Esto querría decir que mientras se elimina un átomo de fósforo se elimina entre nosotros menor cantidad de *ázoze*, y que esta cantidad es menor todavía en nuestras clases pobres que en nuestras clases acomodadas, lo que está de acuerdo con la mayor cantidad de purinas en relación con el *ázoze total*, pues se sabe que la mayor parte del fósforo urinario proviene de la desintegración de las *núcleoproteínas*.

VI. *Acidez*—Hay una pequeña disminución de la acidez, la cual podría ser atribuída al predominio de la alimentación vegetal entre nosotros. No puede incriminarse la fermentación amoniacal, porque las orinas fueron recogidas con todas las precauciones que son de costumbre, y los dosados del amoníaco y de la acidez eran siempre los primeros que se verificaban. Esta disminución de la acidez es, por lo demás, muy pequeña.

¿Qué consecuencias pueden sacarse, en resumen, de estas interpretaciones? En primer lugar que, según la deficiencia de los coeficientes estudiados, hay una imperfección en el metabo-

lismo azoado del hombre de la altiplanicie, imperfección que podría provenir de una falta de las *cimasas* encargadas de verificar estas transformaciones, especialmente de las *oxidosas*.

La insuficiencia de estos fermentos podrían provenir quizás de una insuficiencia de las glándulas encargadas de secretarlas, hipótesis que sería muy importante de verificar, y sobre la cual tenemos datos interesantes, como son: la baja de temperatura humana, la disminución de la superficie hemoglobínica en relación con la altura y los signos que han suministrado los análisis de las orinas respecto a la capacidad funcional del hígado, órgano que, como se sabe, produce diastasas oxidantes y desamidantes, lo mismo que amilolíticas y preteolíticas. Podría alegarse también el *defecto en la transformación de las núcleoproteínas* y el *exceso de ázoe indeterminado*, lo que muy probablemente es debido también a defecto en la producción de *samidadas* y de *oxidadas*.

En un estudio muy bien escrito que presentó el doctor Luis Felipe Calderón al segundo Congreso Médico Nacional sobre síndromos poliglandulares en la altiplanicie, y que fue justamente elogiado, llega, entre otras, a las siguientes conclusiones:

- «1.<sup>a</sup> Son frecuentes en la altiplanicie los síndromos poliglandulares y predominan en ella los causados por hipofunción.....
- 3.<sup>a</sup> Existe en la altiplanicie un infantilismo visceral hepático, de origen hipofisiario, compatible con la integridad funcional del hígado, pero que lo predispone a la insuficiencia y lo inhabilita para la superactividad que suscitan los climas cálidos....
- 5.<sup>a</sup> Las cardiopatías de la menopausia, frecuentes en la altiplanicie, implican el tratamiento por la opoterapia ovariana»

La frecuencia de estos síndromos es una causa más en apoyo de la insuficiencia de *cimasas*, compatible en cierto modo con el estado fisiológico.

Las causas de esta disminución de la actividad orgánica pueden ser múltiples; para no extenderme demasiado sólo hablaré de dos, que son, en mi concepto, las que merecen más atención, por ser ambas provenientes de nuestras costumbres: la vida sedentaria y la clase de alimentación.

El hombre de la altiplanicie, sobre todo el hombre perteneciente a la clase social un poco elevada, pasa su vida en una

quietud casi absoluta y entregado a un ejercicio intelectual permanente y forzado.

Desde muy temprana edad concurre a la escuela primaria, donde sólo se le dejan algunas horas de descanso, y el resto del día lo pasa en un recogimiento absoluto, dedicando muy poco o ningún tiempo para atender al desarrollo físico.

Nuestros colegios de educación secundaria son todos escasos de espacio, y si en algunos de ellos se distrae algún tiempo para los juegos y la gimnasia, no son estos ejercicios suficientes, pues no se les dedica el tiempo necesario, ni se hacen con método. Por otra parte, todavía no se han aclimatado entre nosotros los métodos modernos de instrucción, con los cuales se aprende mucho y se trabaja poco; todavía se fatiga el cerebro de los jóvenes con una cantidad excesiva de estudios, muchos de los cuales están archivados por inútiles en todo país civilizado.

Y si esto se dice de los hombres, otro tanto podía decirse de las mujeres, en cuanto a lo que a la vida sedentaria se refiere.

De ahí que el doctor Calderón diga, en la última conclusión del estudio mencionado: «La higiene escolar de la altiplanicie debe velar por los progresos del desarrollo físico en los adolescentes y proveer a su deficiencia con cambios de climas adecuados a la actividad fisiológica de las glándulas que la rigen.»

Pero hay una causa quizá más importante que la anterior, y es el régimen alimenticio, el cual adolece, en mi concepto, de deficiencia en todas las clases sociales.

A las sesiones científicas reunidas durante las fiestas del Centenario de nuestra Independencia presentó mi Presidente de tesis un interesante estudio sobre la alimentación de nuestra clase obrera (1). En él se da una importancia justísima a lo que constituye la base de la alimentación en nuestras clases trabajadoras, que es la *chicha*, de la cual se hace un estudio comparativo con otras bebidas fermentadas, como la cerveza, y resultan de él conclusiones muy desfavorables para la primera.

Hay en la preparación de la *chicha* una verdadera putrefacción, y en ella se desarrolla —como lo demostró el doctor Libo-

---

(1) *Sesiones científicas del Centenario*. Tomo I.

rio Zerda y posteriormente el doctor F. J. Tapia—una sustancia albuminoidea muy tóxica, una tomaína que hace esta bebida «más tóxica que el ajeno, que tantos estragos está produciendo en Francia.» La chicha contiene, además, gran cantidad de ácidos, entre los cuales domina el ácido láctico.

«Una de las causas del abuso de la chicha es, sin duda —dice el doctor García Medina,—la alimentación insuficiente de la clase trabajadora, y lo que se dice de esta bebida se aplica también al abuso del aguardiente en los lugares en donde ella no se consume. Uno y otra conducen al alcoholismo por una misma causa. En todo tiempo y en toda zona, el hombre tiene necesidad instintiva de usar estimulantes del sistema nervioso, y de ahí el empleo de las bebidas fermentadas y de otras más o menos excitantes, como el té y el café, todas las cuales se han tenido erróneamente por alimentos. Cuando la alimentación es escasa y deficiente en ciertos principios, en relación con el esfuerzo que hay que emplear para la ejecución de un trabajo y reparar las pérdidas de los tejidos, hay necesidad de hacer uso de esos estimulantes, cuya excitación pasajera engaña al organismo. Acostúmbrase así el trabajador a buscar en los productos alcohólicos la energía que le falta, y de ahí pasa fácilmente al abuso, cada día más creciente, de una sustancia que, usada moderadamente, puede serle útil, pero que luego lo conduce a la ruina completa. Llega entonces el alcoholismo, no por placer, sino por una necesidad de su organismo que puede satisfacerse mejor por otros medios, en tanto que otras clases sociales, colocadas en mejores condiciones higiénicas y con una educación superior, llegan a él por una vulgar satisfacción, tanto más censurable cuanto que, convertido en costumbre y propagado por el ejemplo, el vicio individual se transforma en la más peligrosa de las enfermedades sociales.»

Hay más: «El ácido láctico, por su acción local sobre la mucosa del estómago, excita más y más la sed e incita a beber más chicha.»

Es verdad que la chicha que se da a la venta no contiene más del 6 por 100 de alcohol, pero por las causas apuntadas arriba, llegan nuestros trabajadores a ingerir una cantidad de chicha que el doctor García calcula en tres litros por día, tres

litros que contienen 180 c. c. de alcohol puro, o sean 340 c. c. de alcohol a 20°.

El alcohol produce, en suma, la insuficiencia hepática, una deficiencia de las combustiones y una destrucción de los mismos elementos del organismo, destrucción que no puede ser compensada con el aporte suficiente de albuminoideos.

En cuanto a la misma alimentación se refiere, vamos a ver cómo el habitante de Bogotá consume menos carne que un europeo, aun haciendo la comparación con países de raza latina que, como se sabe, son menos carnívoros que los sajones. En efecto, según estadísticas acogidas por Labbé (1), cada habitante de París consume, por término medio, 260 gramos de carne en las veinticuatro horas, y por los datos que he podido recopilar, tanto en la Plaza de Carnes como en la Oficina de Higiene y Salubridad, se verá que en Bogotá este consumo es mucho menor.

En el año de 1912, año en que el consumo ha llegado al máximum, se expidieron en Bogotá, aproximadamente y por término medio, a razón de 1,188 arrobas por día; lo que corresponde, para 120,000 habitantes, a 124 gramos por persona. El máximum de este consumo no alcanza, según he podido averiguarlo, entre las clases acomodadas, a 160 gramos por persona, es decir, a igualar siquiera las cifras medias de París; y en la mayor parte de los trabajadores llega a 0. Esto se debe, en parte, a la falta de uso entre nuestras clases pobres, de carnes baratas, como las de caballo, etc., que tanto consumo tienen en Europa.

Pero hoy no alcanzaría a dar el promedio apuntado arriba, pues parece que cada día van calando más entre nosotros las teorías sobre la culpabilidad del régimen cárneo en la producción de la arterioesclerosis y de la vejez prematura; así el número de reses sacrificadas, que venía, como en todas partes, aumentando con el aumento de la población, y que de 22,954 que fue en 1910, había llegado, en una progresión no interrumpida, a 25,559 en 1912, no ha sido en el presente año, hasta fines del mes de junio, sino de 11,530, es decir, que probablemente no alcanzará ni a 24,000, o sea a una cifra inferior a la del año pasado.

---

(1) M. Labbé. *Les régimes alimentaires.*

Yo sé de muchas familias bogotanas que han proscrito la carne de su alimentación, impresionadas por temores que muchos médicos contribuyen a fomentar, con lo cual hacen un grave mal, en mi concepto; pues si se exceptúan muchas enfermedades en las cuales debe prohibirse la carne por tiempo más o menos largo, todo ser humano necesita comer carne, y necesita comerla en mayor cantidad de la que entra comúnmente en nuestra alimentación, como lo voy a demostrar:

El organismo necesita de albuminoideos; las causas de esta necesidad todavía no nos son bien conocidas, pero sí está ya bien demostrado que ellas existen.

Si se examinan los análisis de alimentos que figuran en el capítulo III, se verá que hay algunos vegetales, sobre todo en las leguminosas, que contienen casi tantos materiales albuminoideos como la carne. Pero las cifras dadas en estos análisis, como las dadas en todos los análisis de alimentos, tienen el grave inconveniente de ser deducidas del *ázoe* total, procedimiento que, como ya dije, no es exacto porque hay en los vegetales otras materias azoadas (ácido azoico, amoníaco, creatina, etc.), que no son albuminoideos; de modo que para subvenir a sus necesidades de albúmina, tiene el organismo, en régimen vegetariano, que ingerir una gran cantidad de alimentos, lo que recarga en sumo grado las vías digestivas. Es quizá éste uno de los motivos por los cuales casi todos los que van de aquí a Europa notan que allí se come en mucha menor cantidad. «Además, la experiencia nos enseña—dice Roeser, hablando de los vegetales ricos en albúmina (1)—que no podemos hacer uso sólo de éstos en nuestra alimentación. Contienen ellos una gran masa de celulosa, y además de que esta masa indigesta es nociva por su volumen, hay que agregar que su presencia tiene, respecto al jugo gástrico, un papel de inhibición. Un alimento albuminoideo debe presentarse en estado de pureza, es decir, desprovisto de sus envolturas menos atacables, para que sea fácilmente digerible, para que provoque una secreción gástrica útil. Hay que notar, además, que el almidón contenido en grandes proporciones en

(1) P. H. Roeser. *La Chimie alimentaire. Etudes de physiologie générale*, página 203. 1906.

los vegetales, favorece en el intestino la pululación del *bacillus amilobacter*, agente de una fermentación ácida cuyos productos no dejan de tener acción sobre la economía.» Y más adelante agrega: «Los despojos de la nutrición son numerosos, aun cuando se haga uso de carne, pero *es preciso reconocer que en este último caso son menos nocivos.*»

M. Bickel demostró, en un estudio citado por Boruttau (1), que los procesos de putrefacción producidos en el intestino del perro son tanto más intensos cuanto más rica en vegetales sea la alimentación, y llegan al minimum con el régimen cárneo absoluto.

Por otra parte, la carne es el único alimento que tiene acción específica sobre la secreción gástrica. Cuando se introduce en el estómago, evitando toda excitación psíquica, pan, papilla de almidón y aun albúmina de huevo crudo o cocido, «estas sustancias se muestran inertes en presencia de la mucosa gástrica, y pueden permanecer así por varios días sin otra modificación que una fermentación pútrida. La mezcla de carne y de almidón, el caldo, el extracto de carne, y con mayor razón la carne pura, provocan la aparición de un jugo dotado de un poder digestivo real, y la digestión así comenzada se continúa automáticamente» (2). Este efecto, muy notable, es producido por una acción específica refleja sobre los centros nerviosos, y puede ser aprovechado con éxito para estimular el apetito de los convalecientes cuando la excitación psíquica inicial hace falta.

Pero hay una cuestión que interesa de modo más directo el hecho que se está tratando de interpretar, y son los estudios hechos en estos últimos años sobre la importancia de la carne en el estímulo del metabolismo celular, por la presencia en ella de fermentos activos, sobre todo de *peroxidases* y de *catalasas*, que no son destruidas por el calor. La leche contiene también muchos de estos fermentos; pero algunas razones referentes a la digestibilidad, la hacen menos recomendable.

H. Busquet 3), después de experimentos muy cuidadosos

---

(1) H. Boruttau, *Jour. de Phys. et de Path. Gén.* Enero de 1912.

(2) Roeser. *Loc. cit.*

(3) Busquet. *Contribution a l'étude de la valeur nutritive comparée des albumines étrangères et des albumines spécifiques chez la grenouille.* *Jour. de Phys. et de Path. Gén.* 15 de mayo de 1909.

y muy interesantes, en los cuales alimentaba ranas, mantenidas en equilibrio ponderal, unas con carne de ranas, otras con carne de vaca y otras con carne de cordero, dedujo que la ración de mantenimiento se realiza mejor en la rana, con la ingestión de carne de rana, que en la de vaca o la de cordero, y que en las ranas en inanición, un aumento ponderal determinado se obtiene con un aporte de albúmina menor con la ingestión de una carne específica, que con la de carnes extrañas.

«Estas nociones nuevas relativas a la asimilación azoada permiten la comprensión fácil de hechos muy conocidos en la fisiología de la nutrición; la variabilidad de la necesidad de albúmina, según el alimento ingerido, se desprende, como consecuencia inmediata, de estos experimentos. Mientras la albúmina se aleje más de las albúminas específicas, mayor será la cantidad necesaria para el mantenimiento del equilibrio azoado.» De modo que para mantener este equilibrio solamente con alimentos vegetales, sería ésta una causa más, agregada a las que ya mencioné atrás, para aumentar la ración alimenticia con perjuicio de las vías digestivas.

Las albúminas que más convienen al hombre son, en consecuencia, las que provienen de los mamíferos.

Estos datos concuerdan admirablemente con lo que a este respecto dice Alderhalden sobre la cuestión de la necesidad de albúmina (1): «Si es verdad que la proteolisis digestiva consiste en una demolición, más o menos profunda, del edificio molecular de las albúminas, seguida, en la mucosa intestinal y quizá en el hígado, de una reconstitución *en proteicas sanguíneas* específicas, propias para determinado organismo, esta reconstrucción implica un primer desperdicio, que puede ser considerable. Esta reedificación debe hacerse, en efecto, por la ley del *mínimum*, es decir, que la proporción en que los diversos productos de la hidrolisis digestiva pueden ser empleados en la reconstrucción del nuevo proteico, debe regularse según la cantidad de aquel cuyos fragmentos están en menor cantidad. Cuando luégo las proteicas sanguíneas, así construídas, se ofrecen

---

(1) Extracto publicado en el *Jour. de Phys. et e Path.* Tomo IX. 1907.

como alimento a las diversas especies que tienen necesidad de las materias azoadas, volverá a comenzar la misma operación de demolición y reconstrucción, naturalmente con un nuevo desperdicio.» Así se comprendería cómo, para hacer frente a la reconstrucción o al sostenimiento de esos protoplasmas, el organismo tiene necesidad de disponer de una cantidad considerable de albúmina, tanto más considerable cuanto más se aleje de las albúminas específicas.

Por último, si la carne fuera nociva para el organismo, las razas sajonas no tendrían ya el vigor superior que conservan.

Si sólo el régimen cárneo fuera la causa de la arterioesclerosis, no existiría esta enfermedad en los mamíferos herbívoros.

En resumen: para una mejor utilización del ázoe alimenticio y una mejor marcha de las transformaciones orgánicas, el hombre necesita de una alimentación rica en albuminoideos animales, especialmente en carne.

Pero no quiere esto decir que el régimen alimenticio humano deba ser solamente cárneo. Hay en los vegetales, fuera de las materias azoadas, hidratos de carbono y sales minerales que son de suma utilidad; la celulosa misma contribuye, en gran manera, a mantener despejadas las vías digestivas, preparando así el campo para una mejor absorción.

El hombre no es un animal solamente carnívoro, como no es solamente herbívoro. La conformación misma de su aparato masticador, desde la disposición de su articulación temporomaxilar hasta la forma y disposición de su sistema dentario, indican que está constituido para el régimen mixto. De modo que los que en estado fisiológico (entendiendo por fisiológico el organismo cuyas partes funcionan normalmente) pretendan someterse a un régimen absoluto, sea vegetariano o cárneo, pecan contra la misma naturaleza.

---

#### RESUMEN Y CONCLUSIONES

Existe en la altiplanicie una insuficiencia de utilización del ázoe como elemento de nutrición, insuficiencia cuyo primer factor consiste en un régimen alimenticio defectuoso a causa de su

pobreza en materiales albuminoideos fácilmente asimilables, así como de las múltiples alteraciones producidas por la chicha en las clases trabajadoras.

Esa deficiencia de materiales azoados en nuestra alimentación no depende quizá de una menor proporción de albuminoideos en los principios alimenticios, como se ha visto por el análisis de éstos, sino del predominio del régimen vegetariano sobre el régimen animal.

Estas deficiencias en la alimentación son muy sensibles en la altiplanicie, por cuanto el organismo tiene que asimilar aquí un exceso de materiales nutritivos, por ser éste el medio principal de que dispone para luchar contra el frío y contra la altura.

El segundo factor de esta falta de utilización consiste en una deficiencia del metabolismo azoadado, deficiencia que puede depender, tanto del género de vida como de los defectos de alimentación anotados arriba, y que se traduce en la orina por un exceso de los elementos intermediarios de este metabolismo, tanto para los albuminoideos propiamente dichos (amoníaco y ácidos aminados) como de las nucléoproteínas (purinas) y de la fracción de ázoe llamado indeterminado, en cuya composición entran algunos de estos elementos intermedios, con detrimento de los elementos finales de este metabolismo.

Entre las deficiencias de las transformaciones orgánicas hay que hacer especial mención de la falta de actividad de las combustiones, la que se manifiesta, además de los datos urinarios, por una baja de la temperatura, cuya cifra media es apenas de 36°<sub>4</sub>, y por una disminución de la superficie hemoglobínica, insuficiencia que se observa en sus dos elementos: disminución del número de glóbulos rojos en relación con la altura y disminución de la proporción de hemoglobina.

Esta disminución del elemento encargado de llevar el oxígeno a los tejidos es posible que no sea *causa* sino *consecuencia* de la disminución de las combustiones.

Es verdad que según las investigaciones del doctor Corpas, hay otro mecanismo compensador que consiste en una aceleración del pulso y de las respiraciones; pero sería difícil saber hasta dónde es éste capaz de suplir a aquél.

Como consecuencia final de los resultados de mi trabajo,

podemos buscar en ellos alguna explicación a la frecuencia del *artitrisismo* entre nosotros, frecuencia reconocida por todos los médicos con quienes se ha hablado a este respecto, entre los que debo citar a mi distinguido compañero Luis López de Mesa, quien dejó consignada esta opinión en su tan justamente clogiado estudio sobre el artritisismo.

Por último: para completar este estudio—el cual, es preciso confesarlo, adolece de muchas deficiencias—sería necesario hacer todavía muchas investigaciones, tales como estudiar las funciones de nutrición en la altiplanicie, no solamente en relación con el *áæoe*, sino en cuanto a los otros materiales; estudiar la capacidad funcional del hígado, aplicando, por ejemplo, los métodos que figuran en el trabajo que presenté al segundo Congreso Médico Nacional; emprender un estudio—más factible para los médicos militares—sobre influencia de la chicha en el metabolismo azoado; hacer en las tierras calientes un estudio semejante al presente, especialmente sobre numeración de glóbulos rojos y temperatura media humana, pues es muy posible—dadas las consideraciones del capítulo anterior, según las cuales debe dársele poca importancia a la influencia del clima—que aun la baja de esta temperatura existe en las tierras calientes; hacer investigaciones sobre otros animales, para ver si en ellos se producen alteraciones semejantes a las del hombre.



## De periódicos

### Etiología de la uta

POR EL DOCTOR RAÚL REBAGLIATI

Subdirector del Instituto de Lima.

La enfermedad cutánea denominada *uta*, en la sierra del Perú, *kjapa* en ciertos lugares de la Montaña, *tiacc-araña* en la región montañosa de los Departamentos del Cuzco y Ayacucho, *llaga* en el de Junín, *gálico* en el Amazonas, etc., fue siempre considerada por los indígenas como el resultado de la acción directa de la picadura de un insecto; alguna vez, como originada por un *virus* impalpable, emanado de ciertas aguas, y en los últimos tiempos ha sido considerada, más científicamen-

te, como una forma de lupus, esto es, función del bacilo de Koch.

Desde hace dos o tres años algunos de nuestros profesionales, encontrando analogías entre los caracteres de nuestra uta y los descritos para la úlcera oriental, habían pensado en el parentesco, si no en la entidad de estas dos enfermedades. Durante mi permanencia en Europa tuve ocasión de ver, en hospitales para enfermedades tropicales, algunos casos de úlcera oriental, y debo declarar que desde el primer momento pensé en esa posibilidad. De regreso a Lima fui encargado por la Comisión Organizadora del quinto Congreso Médico Latinamericano, para realizar los trabajos técnicos relativos a la enfermedad de Carrión y a la uta, y efectué numerosas investigaciones encaminadas, directamente, a encontrar en las lesiones de uta los cuerpos de Leishman, parásitos de la úlcera oriental. En repetidas ocasiones, y así lo hice notar al señor Presidente de la Sección de Medicina Tropical, fue posible observar pequeños cuerpos con cierta apariencia de leishmanias, seguramente formas degeneradas de este parásito—pues en preparados con formas típicas también existen—, pero era una gran variedad de bacterias lo que dominaba en las preparaciones.

En el mes de julio de 1913 el doctor GASTIABURU y yo dimos a conocer el resultado de nuestras investigaciones en un caso de uta de iniciación reciente. En *frotis* del producto de raspado de la lesión utosa, teñidos según el método de GIEMSA, encontramos cuerpos de Leishman, muy bien caracterizados, ya libres, ya en el interior de ciertas células. Por la misma época los doctores MONGE y VELEZ LÓPEZ efectuaban iguales observaciones. Seguros de esta comprobación, seguimos nuestros trabajos. Hoy son muchos los casos de comprobación.

El parásito encontrado en la uta es un cuerpo pequeño (2 a 4 micras), de forma oval o redondeada, constituida por una masa citoplástica con condensación periférica, en cuyo interior se muestran dos elementos cromáticos: uno, relativamente grande (*núcleo, trofonúcleo*), generalmente pálido, y otro pequeño, en forma de bastoncito (*micronúcleo, blefaroplasto, kinetonúcleo*), intensamente teñido y situado cerca del primero, perpendicular o tangencialmente. Otro elemento, muy raro en nues-

tras preparaciones, es el *rizoplasto*, o sea una tenue formación cromática que, partiendo de una sección del kintonúcleo de escasa densidad, alcanza una de las extremidades del cuerpo del parásito, para prolongarse en un *flagelo*. El flagelo que no he encontrado en las preparaciones de uta es un elemento casi constante en las formas culturales. Aparece, como su origen, el rizo-plasto, teñido en rojo por el Giemsa. Los cuerpos pueden hallarse libres en el plasma de la úlcera o, más frecuentemente, dentro de células de aspecto endotelial, que proceden, probablemente, de capilares sanguíneos o linfáticos. En el protoplasma de estas células se muestran formando grupos de un número variable de elementos, hasta 16 y 20. Otras veces se presentan en la preparación masas compuestas de un número mayor de cuerpos, los que aparentemente, están libres, pero que examinados con atención, puede descubrirse un estroma o estructura particular que envuelve a todos. Probablemente, como cree MANSON, se trata de restos de las células originarias que albergaban a los parásitos.

Son estos los caracteres que se observan con más frecuencia en las lesiones utosas y que coinciden con los asignados a los cuerpos de Leishman, parásitos de algunas enfermedades, con los que se ha formado el género protozoico *leishmania*, al que pertenecen el parásito de Kala-azar de la India (*leishmania donovani*), el de la úlcera oriental (*l. trópica*, WRIGHT) y el de Kala-azar infantil (*l. infantum*, NICOLLE).

Al lado de la forma descrita se observan en la uta otras que difieren algo de este tipo clásico. Así, es frecuente encontrar formas alargadas, con una extremidad aguda; otras son completamente redondas. El kintonúcleo falta en ocasiones, aunque algunas veces, observando con atención, puede distinguirse situado encima o debajo del trofonúcleo, quizás, a veces, formando un solo cuerpo con él. Estas dos variedades, de forma general del parásito y de posición del blefaroplasto, pueden combinarse en una forma que Row ha descrito, en la úlcera oriental, como «forma en torpedo o cigarro,» y que representaría para WENYON «formas dotadas de gran poder de resistencia,» lo que les permite vivir más tiempo que los parásitos del Kala-azar, fuera del organismo de su huésped. Otras veces es el núcleo el que desaparece, viéndose solo el micronúcleo; en raras ocasiones

las masas cromáticas han desaparecido, notándose entonces los cuerpos homogéneos. Según WENYON, estas últimas formas «son indudablemente formas degeneradas o son formas de involución.» También he podido observar algunos parásitos con protoplasma vacuolar o con granulaciones finas. WENYON no da a este hecho gran importancia, y lo atribuye al proceso de desecación del material observado, al efectuar las preparaciones. Además, se hallan todas las transiciones entre las diversas formas.

No es raro encontrar las formas de reproducción de los cuerpos de Leishman. Se ven cuerpos engrosados en su totalidad y con aumento de volumen de sus elementos; éstos en vías de bipartición: núcleos con cariosomas bien manifiestos, el rizo-plasto también aparece doble, como dos líneas paralelas, generalmente una más gruesa que la otra, que es el elemento recién formado; la división ya efectuada dentro de un mismo cuerpo, esto es, un cuerpo con dos núcleos, dos bastoncitos, etc.

La reacción leucocitaria en la lesión utosa se ha mostrado variable: en la uta no ulcerada, que, comparándola al botón de Oriente, podremos denominar *uta macho*, los leucocitos que dominan son del tipo mononuclear; en la uta ulcerosa, o *uta hembra*, son los polinucleares los que más abundan. Creo que la explicación de este hecho es fácil de encontrar, estableciendo que la reacción leucocitaria en la lesión utosa es, como en sus congéneres, de tipo mononuclear, y que si en la forma ulcerosa la reacción es a polinucleares, es por la acción de las infecciones secundarias, casi constantes en esta forma de uta.

La investigación de los parásitos en la sangre periférica, aun en la vecindad de la lesión, ha sido siempre negativa.

Desde el primer caso de comprobación de los cuerpos de Leishman en lesiones utosas, tratamos de cultivar el parásito. En efecto, con el doctor GASTIABURU hemos hecho estas operaciones empleando el medio artificial que mejores resultados ha dado a los investigadores en la úlcera oriental y el Kala-azar, esto es, el agar-sangre de conejo, o sea el medio de NOVY, modificado por MAC NEAL y simplificado por NICOLLE y que es corrientemente conocido con el nombre de medio N. N. N. Las lesiones que con este objeto hemos podido observar han estado todas contaminadas, es decir, que a la vez que elpa-

rásito propio contenían muchas bacterias, especialmente micrococcos, lo que producía el rápido desarrollo de estos gérmenes en los tubos de cultivo. Aunque, como es sabido, los cuerpos de Leishman crecen fácilmente en simbiosis, en nuestras manos los cultivos efectuados quedaron sin resultado, en su mayor parte; sólo después de muchas tentativas llegamos a ver escasas formas flageladas en dos tubos, los que, al ser resembrados, sólo presentaron cultivo de los gérmenes de contaminación. No habiendo podido observar últimamente otros casos de uta, no ha sido posible conseguir nuevos cultivos.

Los pocos cuerpos observados se mostraron, en las preparaciones frescas, dotados de movimientos muy vivos.

En el mes de agosto de 1913 inoculamos tejidos utosos a perros y a conejos, ya por escarificación cutánea, ya por implantación subdérmica, sin que hasta hoy hayamos obtenido ningún índice de infección en estos animales: la temperatura ha sido siempre normal, las lesiones producidas han cicatrizado rápidamente, tampoco ha habido modificación en el aspecto de la sangre.

---

No creemos necesarias más investigaciones para demostrar que el parásito encontrado en las lesiones de uta son cuerpos de Leishman con caracteres exactamente iguales a los de la *leishmania trópica* de WRIGHT, o sea el parásito de toda esa variedad de lesiones cutáneas que han sido agrupadas bajo la sola denominación de úlcera oriental. LAVERAN y NATAN LARRIER (1912), después de examinar preparaciones de *espundia*, remitidas por el doctor ESCOMEL, de Arequipa, han descrito una *variedad americana* de la leishmania trópica, a cuya acción serían debidas las leishmaniasis observadas en América; la *espundia* del Perú y Bolivia, la *buba* del Brasil, tal vez el *bubón de Vélez* de Colombia, etc.

Creemos, según el resultado de nuestras observaciones, que tanto en la uta como en la *espundia* los caracteres reconocidos por esos autores a la leishmania encontrada en esta última enfermedad, no se apartan lo suficiente de los de la úlcera oriental para consagrar esa sutileza taxonómica, toda vez que investigadores que poseen versación extraordinaria en esta clase

de estudios, se ven, aún hoy, muy embarazados para trazar los caracteres distintivos entre la *L. trópica* y la *L. donovani*; por otra parte, hemos encontrado muchas variedades morfológicas en una misma preparación.

Nuestro sentir, a este respecto, es que si existen ciertas diferencias sintomatológicas entre las diversas leishmaniasis de la piel y de las mucosas, no se trata sino de modalidades clínicas determinadas por causas extrañas a la naturaleza misma del parásito, es decir, causas referentes a la diferencia del clima, a la calidad de hábitos domésticos e higiénicos, a la posible diversidad de los agentes vectores del parásito, etc.

Lima, octubre de 1913.

(De *La Crónica Médica*)



## Variedades

**El clorhidrato de urea y de quinina en la cirugía de la garganta y de la nariz**—La elección de un anestésico tiene grande importancia para el rinologista, pues hay que obtener una buena anestesia sin hemorragia y sin que haya temor de intoxicación.

«El clorhidrato de quinina y de urea, dice el doctor A. G. Herzig, llena perfectamente estas indicaciones, porque es hemostático, no es tóxico y al mismo tiempo perfectamente anestésico, mientras que la cocaína y las sales análogas son con frecuencia peligrosas para el enfermo.»

Según vemos en *New York Medical Journal*, el doctor Herzig se sirve de una solución al 4 por 100, ligeramente boricada, que inyecta en los pilares, como se hace con la cocaína. En los adenoides el anestésico se emplea en pinceladas; al cabo de diez minutos se obtiene la anestesia. El autor citado ha operado con este método 390 enfermos (150 adenoides y 240 adenoides y amígdalas). Ninguno de estos enfermos, de los cuales 160 tenían menos de diez y seis años, sufrió dolores, y los adultos se manifestaron satisfechos con este método de anestesia.

**Tratamiento de la angina de Vincent y de la estomatitis ulcero membranosa por aplicaciones locales de "606"**—Los

doctores Ch. Flandin y Achard han demostrado los buenos efectos que se pueden obtener con este tratamiento en la angina de Vincent y en las estomatitis debidas, como esta angina, a la asociación *fuso espirilar*, así como en todas las lesiones debidas a la acción local de una espirilosis. Refiere el doctor Flandin dos observaciones nuevas de esta clase de tratamiento, dos de ellas seguidas con el doctor J. Rouget, y que demuestran los buenos resultados que se obtienen con este método.

En varios casos la primera aplicación del polvo de salvarsán bastó para detener lesiones que evolucionaban desde hacía algunas semanas. Bastan, en general, dos o tres aplicaciones para obtener la curación; algunas veces se necesitan seis o siete. Debe preferirse la aplicación directa del polvo sobre la lesión, previamente limpiada con algodón.

El doctor Flandin cree que es preferible el 606 al 914, porque la descomposición rápida del neosalvarsán por la acción del aire puede dar nacimiento a productos cáusticos y exige que para cada aplicación se abra un tubo de 914. El 606, que es más estable, puede conservarse algún tiempo si se vuelve a cerrar bien el tubo.

**Lavativas de colargol en las diarreas coleriformes de los niños de pecho**—El doctor W. Wolf ha preconizado recientemente los lavativas de colargol y ha indicado sus buenos efectos en el curso de las septicemias. En cirugía vesical se han observado los buenos efectos de los lavados vesicales con soluciones de colargol para el tratamiento de las cistitis.

El doctor Guei ha utilizado las lavativas de colargol para combatir las diarreas coleriformes de los niños de pecho. Bajo la acción de esta medicación disminuye la frecuencia de las deposiciones, cesan los vómitos y baja la temperatura.

Se ha empleado para esto una solución acuosa de colargol al 1 por 100, de la cual se aplica media cucharadita o una, en medio vaso de agua tibia hervida, para una lavativa, que se puede repetir en las veinticuatro horas.

A esta prescripción se acompaña, como es natural, el tratamiento habitual: dieta hídrica, caldo de legumbres y baños salados generales, calientes, que por su acción nutritiva y trófica, tanto contribuyen a mejorar el estado general.

El doctor Guel y los demás médicos que han empleado este tratamiento dicen que no han perdido ninguno de sus enfermos.

**Significación de la reacción de Boutenko**—Según ciertos autores, haciendo hervir algunos segundos la orina de los paráliticos generales, adicionada de algunas gotas de protonitrato de mercurio, se obtiene un precipitado negro, mientras que la orina de otros enfermos, tratada en las mismas condiciones, forma un precipitado blanco. Esta reacción urinaria sería, por lo tanto, característica en la parálisis general, y de gran utilidad para su diagnóstico.

Como las investigaciones clínicas hechas en este sentido por Price y Telle dieron resultados contradictorios, dichos autores procuraron dilucidar la naturaleza, el mecanismo de la reacción y las condiciones susceptibles de influir sobre ellas. Empleando una técnica rigurosa, estudiaron sucesivamente en la orina la influencia de la alcalinidad sobre el protonitrato de mercurio, la de la densidad de los sulfuros, de las sales neutras, de la urea, del ácido úrico, de los ácidos aminados, de los compuestos glucosúricos y de la creatinina.

Estos experimentos han demostrado, por eliminación sucesiva, que la reacción de Boutenko es debida a una acción especial de la creatinina sobre las sales de mercurio. Es, por lo tanto, tan característica de la meningoencefalitis difusa como de la helmintiasis o de ciertas enfermedades febriles.

En general, su significación clínica, bastante vaga y compleja, se limita a indicar la presencia en la orina de un exceso de uratos y de fosfatos con una proporción de creatinina igual cuando menos a la normal.

*(La Presse Médicale)*

**Tratamiento de las úlceras de las piernas**—El doctor Roberto Speirs, de Southport, aconseja el siguiente tratamiento: después de haber bañado la extremidad respectiva en agua de jabón bien caliente, se procede, sin secarla, a rociar la úlcera con ácido sulfúrico puro (o con disolución de sublimado o de ácido fénico), a fin de hacer desaparecer la reacción alcalina de la secreción, que, según el autor, es la que impide o al menos retarda la curación de la úlcera. Una vez hecho esto, se envuel-

ve la extremidad, desde unos ocho a diez centímetros por encima de la úlcera, hasta otro tanto por debajo de la misma, con tiras esterilizadas de emplasto aglutinante. Después de haber puesto tres de estos vendajes, cada uno de los cuales se dejará colocado de ocho a diez días, dice el autor que se encuentra curada la úlcera.

(*British Medical Journal*)

**Empleo del ácido salicílico en el cáncer cutáneo**—El doctor Weinbreuner (*Munich Med. Wochenschrift*), recomienda espolvorear el *ulcus rodens* con ácido salicílico y cubrir el tópico con emplasto de óxido de cinc: la cura se muda al principio cada dos días y luégo cada tres. A cada cura se desprende con precaución la escara grisásea formada. Es preferible emplear el ácido salicílico cristalizado, que absorbe las secreciones mejor que el pulverizado. En la parte más declive del emplasto se coloca una mechita de gasa para dar salida a la secreción

Los tejidos son destruídos hasta más allá de los límites visibles de la neoplasia; la destrucción cesa cuando no queda tejido enermo. Los dolores suelen ser fuertes, sobre todo al principio del tratamiento; durante la cicatrización desaparecen poco a poco. En dos casos fue preciso agregar al ácido salicílico anestesia en la proporción de 1 por 2. Los nueve casos tratados así curaron en dos y medio a ocho meses. El caso más antiguo data de dos años. Las cicatrices se modifican poco a poco, haciéndose lisas y pálidas.

(*Rev. de Ther. medico-chirurgicale*)

---

### Necrología.

Ayer se celebraron en esta ciudad las exequias del ilustre médico doctor ABRAHAM APARICIO, miembro de número de la Academia Nacional de Medicina, antiguo Presidente de ella y Profesor de nuestra Facultad de Medicina durante varios lustros.

El fallecimiento del doctor APARICIO ha sorprendido muy dolorosamente al Cuerpo médico y a la sociedad en general, porque este eminente colombiano tenía títulos que lo hacían acreedor a la gratitud y al cariño de sus conciudadanos. Desde muy joven prestó el contingente de su actividad y de sus luces en el profesorado; por muchos años desempeñó en la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales las cátedras de Clínica interna, Medicina legal y Terapéutica, sucesivamente. A esta última consagró preferentemente su atención y la desempeñó por más de veinte años. Por su saber, su inteligencia y su bondad se captó la simpatía y el respeto de varias generaciones de médicos. Siempre lo recordamos sus discípulos con cariño, y todos lamentamos y sentimos hoy la desaparición del maestro y del amigo que nos sirvió de guía y nos dio alto ejemplo de patriotismo, desinterés y caridad.

Fue el doctor APARICIO uno de los fundadores de la antigua Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá; y a él se debe que esta Sociedad fuera distinguida por ley con el título de Academia Nacional de Medicina, que hoy tiene. Presidió varias veces la Sociedad y luégo la Academia; su pluma, ágil, correcta y elegante, estuvo al servicio de la

*Revista Médica*, periódico que él redactó con brillo durante muchos años.

Hacia algún tiempo que se había retirado a su hacienda de tierra caliente, donde no dejó un solo día de ser útil a cuantos acudían a solicitar sus servicios; como médico habituado a ejercer la caridad, nunca dejó de atender con solícito cuidado a los desgraciados que pidieron su auxilio.

La *Revista* consagrará al doctor APARICIO muchas de sus páginas en testimonio de que no se olvidan sus servicios ni sus méritos.

Enviamos a su familia, y muy especialmente a nuestro ilustrado colega el doctor Julio Aparicio, la expresión de nuestro pesar.

Noviembre 30 de 1914.

---

# IMPORTANTE

Se suplica a los señores suscriptores que se sirvan enviar a la Redacción de la *Revista Médica* (apartado de correos número 6, Bogotá) el valor de la suscripción a las series xxx y xxxi. A los suscriptores a quienes falten números de la *Revista* para completar su colección, se les enviarán gratuitamente.

La serie xxxi principió en el número 368; se suplica también que envíen el valor de la suscripción a esta serie.

Bogotá, agosto de 1913.

## OBRAS DE VENTA

en la Librería de "El Mensajero"

APARTADO 266—BOGOTÁ

<i>Arnould</i> —Nuevos Elementos de Higiene. Dos tomos de 690 y 610 páginas, pasta de tela .....	\$ 2 80
<i>Ballet</i> —Higiene del neurasténico. Un tomo, en tela .....	1 80
<i>Boissière</i> —Diccionario ilustrado de medicina usual. Numerosas ilustraciones, pasta .....	2 80
<i>Bourges</i> —Higiene. Un tomo, en tela .....	1 80
<i>Doederlein</i> —Programa para un curso de obstetricia. Un tomo, en pasta .....	1 80
<i>Dufestel, Mathieu, Le Gendre</i> —Higiene de las escuelas y guía práctica de su médico inspector. Un tomo de más de 490 páginas, varias ilustraciones, pasta tela .....	2 ..
<i>Ehrlich y Hata</i> —La quimioterapia experimental de las espirosis. Un tomo, en tela .....	1 80
<i>Elsner</i> —Tratado de las enfermedades del estómago. Un tomo de 551 páginas, varios grabados, pasta de tela .....	3 60
<i>Emery</i> —El método de Ehrlich. Un tomo, en tela.....	1 80
<i>Faura y Siredey</i> —Tratado de Ginecología médicoquirúrgica. Cuatro tomos, en tela, de 423, 387, 230 y 106 páginas (-1 tomo 4.º es un atlas de ilustraciones en cromó) .....	12 ..
<i>Kirmisson</i> —Manual de Cirugía Infantil. Un tomo de 599 páginas, varias ilustraciones, pasta de tela.	3 80
<i>Kolle y Hetsch</i> —La bacteriología experimental y las enfermedades infecciosas. Dos tomos de 512 y 455 páginas, numerosos grabados, pasta de tela.	10 50
<i>Osido</i> —Enfermedades de la medula y del bulbo (no sistematizadas). Un tomo, en tela .....	1 80
<i>Otido</i> —La medicina de urgencia, prefacio del Profesor Grasset. Un tomo de 606 páginas, pasta de tela.	3 80
<i>Salva Mercadé</i> —El período postoperatorio. Un tomo de 431 páginas, numerosas ilustraciones, pasta de tela.....	3 60
<i>Variot</i> —Tratado de Higiene Infantil. Un tomo de 816 páginas, pasta de tela .....	4 90
Vocabulario de medicina popular o terapéutica al alcance de todos. En pasta. ....	2 20
Serie de tomos, en pasta, a \$ 0-85.	
<i>Bodin</i> —Condiciones de la infección microbiana - <i>Bodin</i> . Los hongos parasitarios - <i>Chuquet</i> . Higiene de los tuberculosos - <i>Comby</i> . Enfermedades de los niños. <i>Foisans</i> . Enfermedades de los órganos respiratorios. <i>Gougte</i> . La Insuficiencia Hepática - <i>Laveran</i> . Profilaxis del paludismo - <i>Lefevre</i> . El análisis espectral. <i>Merklen y Heitz</i> . Método de examen del corazón. <i>Mégnin</i> . La fauna de los cadáveres - <i>Mégnin</i> . El ritmo cardiaco.	

Despachos por correo al recibo del valor de cada obra y del importe de los gastos de correo. Todo envío de dinero debe hacerse como valor declarado o en giro postal