
REVISTA MEDICA DE BOGOTA

Organo de la Academia Nacional de Medicina

REDACTORES

Doctor Roberto Franco F.

Doctor Rafael Ucrós.

Doctor Martín Camacho.

Doctor Pablo García Medina.

“ Revista Médica ”

Hace ya treinta y tres años que viene publicándose la *Revista Médica* como órgano oficial de la Academia Nacional de Medicina. Esta larga vida, interrumpida a veces por causas dolorosas que el patriotismo espera fundadamente no volverán a entristecer a Colombia, representa el trabajo y el esfuerzo de varias generaciones médicas que contaron en su seno hombres ilustres, inspirados por el deseo de servir como buenos a la Patria en la esfera de sus conocimientos y de conservar vivo el amor al estudio de las ciencias médicas. Servida antes de ahora por plumas hábiles; apoyada con la colaboración y, pudiera decirse, con el cariño de nuestros distinguidos colegas de toda la República, esta *Revista* ha conservado en sus páginas viva la historia de las labores de nuestros maestros y de nuestros compañeros en el campo de la medicina, y así

transmitirá el testimonio de que a pesar de las luchas para poder vivir de una profesión que no da tregua al duro trabajar, quienes han llenado sus páginas han sabido consagrar gran parte de su tiempo a la ciencia, tál como la han comprendido y como han podido servirla.

Para continuar su vida aspira la *Revista* a seguir mereciendo el apoyo del Cuerpo Médico y las simpatías de la Nación, apoyo y simpatía que la Academia ha sabido darle con el prestigio de su nombre, pero que nosotros no podremos hacer efectivos sino obteniendo para nuestras escasas fuerzas la cooperación de nuestros ilustrados colegas, a quienes pedimos una vez más el concurso de sus luces. Para ellos están abiertas estas páginas, donde habrán de quedar consignados sus trabajos, que enriquecerán nuestra literatura científica; de ellos esperamos su valioso concurso en este nuevo año, que esperamos terminar dejando para el porvenir una prueba de sus esfuerzos por el adelantamiento científico de nuestro país.

Aciago ha sido para la ciencia en Colombia el año que acaba de pasar. Más de quince tumbas han abierto su seno para recibir en él a maestros y discípulos que doblaron la frente llenando su misión en una vida llena

toña de patriotismo y de virtudes; que todos ellos supieron honrar el título que la Nación puso en sus manos, servir lealmente los intereses sociales y dejar un luminoso ejemplo que, hendiendo el porvenir, servirá de lección para quienes vengan a llenar sus puestos.

La *Revista* pone sobre sus tumbas la corona de gratitud que merecieron.



SECCIÓN OFICIAL

ACTAS DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión del día 28 de julio de 1914.

(Presidencia del doctor Z. Cuéllar Durán).

En el salón y a la hora de costumbre y bajo la Presidencia del doctor Z. Cuéllar Durán, Vicepresidente de la corporación, se reunieron los académicos doctores Franco, García Medina, Gómez Calvo, Lleras, Martínez, Manrique, Muñoz Rafael, Putnam, Rojas, Salgado, Salgar y Camacho, convocados para efectuar las elecciones para dignatarios de la corporación en el próximo período reglamentario.

Antes de entrar en el orden del día el doctor C. E. Putnam sentó la siguiente proposición, que fue aprobada:

«Remítase al Cuerpo Legislativo actualmente reunido el proyecto de ley por la cual se reforman algunos de los artículos de los Códigos nacionales y que organiza el servicio medicolegal en los Departamentos.»

En seguida se procedió a la elección de dignatarios para el próximo período, elección que dio los siguientes resultados:

Para Presidente, doctor Carlos Esguerra. Obtuvieron votos los doctores Putnam, Ucrós, Uricoechea y Gómez Calvo.

Para Vicepresidente resultó elegido el doctor Pompilio Martínez. Tuvieron votos los doctores Manrique, Cuéllar Durán, Putnam, Ucrós y Zea Uribe.

Para Secretario fue elegido el doctor José M. Montoya. Tuvieron votos los doctores Manrique y Muñoz.

Para Tesorero fue elegido el doctor Luis J. Uricoechea. Tuvieron votos los doctores Rafael Muñoz y Federico Lleras.

Para la Comisión Directiva fue elegido el doctor Antonino Gómez Calvo.

A las diez de la noche se levantó la sesión.

El Presidente,

ZOILO CUÉLLAR DURÁN

El Secretario,

Julio Manrique

Sesión del día 11 de septiembre de 1914.

(Presidencia del doctor Carlos Esguerra).

En el local y a la hora de costumbre se reunió la Academia Nacional de Medicina bajo la Presidencia del doctor Carlos Esguerra, y con asistencia de los académicos doctores Cuéllar Durán, Cuervo Márquez, Esguerra, García Medina, Gómez (Guillermo), Lleras, Martínez, Montoya, Muñoz, Salgado y Salgar.

Leída el acta de la sesión anterior fue aprobada sin modificación.

Se lee una comunicación del señor A. Quevedo Alvarez, Cónsul de Colombia en Puerto España (Trinidad), y un informe del Jefe del Laboratorio de esa isla, doctor Dickson, en el que da cuenta de los estudios que se hicieron sobre las preparaciones y cultivos que fueron enviados a ese Laboratorio por la Junta de Higiene de Barranquilla, y provenientes de algunos casos sospechosos de neumonía pestosa, tomados por las autoridades sanitarias de la Costa en la reciente epidemia que se presentó en esa región a principios del año.

Informa el bacteriólogo inglés que en dichos cultivos encontró un bacilo que no tomó el gram, y que inoculado a algunos animales les produjo síntomas pestosos; pero que como se había atenuado su virulencia, no se podía garantizar que dicho bacilo fuera el de Yersin, pero que entre los síntomas observados podían señalarse el del edema y el infarto de los ganglios linfáticos de los animales inoculados. Termina el bacteriólogo ofreciendo venir a la Costa en caso de que se presente otra epidemia para estudiarla y dar un informe preciso sobre la naturaleza de la enfermedad.

La Academia resuelve dar las gracias tanto al señor Cónsul como al doctor Dickson, por el interés que han demostrado para aclarar un punto de tanta trascendencia para nuestra salubridad.

La Academia Nacional de Historia envía para la consideración de la Academia unas resoluciones tomadas por la Sociedad de Jurisprudencia, respecto a la celebración del centenario del fusilamiento del ilustre patricio Camilo Torres. Las resoluciones disponen levantar fondos para erigirle una estatua al prócer y recabar del Gobierno el dinero para edificar un local apropiado para las Acade-

mias, en cuyo patio principal debe colocarse la estatua.

El académico Cuervo Márquez sienta la siguiente proposición :

«Dígase al señor Secretario perpetuo de la Academia de Nacional de Historia que la Academia Nacional de Medicina acoge y se asocia a la proposición aprobada por la Academia Colombiana de Jurisprudencia, referente a la erección de una estatua al ilustre patricio Camilo Torres, el más precioso entre los fundadores de la Patria, y la solicitud de que se dedique por el Gobierno Nacional un edificio para la reunión de las Academias científicas creadas por la ley.

«La Academia Nacional de Medicina ofrece todo su contingente para la realización de esas ideas, y felicita a sus colegas de la Academia de Jurisprudencia por la feliz iniciación de tan nobles propósitos.»

Esta proposición fue aprobada por unanimidad.

El doctor Lleras informa que están a la disposición de la Academia los libros, cuentas y comprobantes de la Tesorería que estuvo a su cargo en el período pasado.

El doctor Cuervo Márquez pide se nombre por la Presidencia una comisión para que estudie dichas cuentas y comprobantes y rinda un informe en una de las próximas sesiones. La Presidencia nombra para desempeñar dicha comisión a los doctores Cuéllar Durán y Salgado.

El doctor García Medina pide se nombren las Comisiones reglamentarias. Se procedió, en consecuencia, a la elección. La Presidencia nombra escrutadores a los doctores Salgado y Muñoz.

Para formar la Comisión de Higiene fueron elegidos los doctores Franco, García Medina, Lobo y Lleras. Obtuvieron también votos los doctores Herrera, Manrique, Cuervo Márquez, Salgar y Gómez (Guillermo).

Para la Comisión de Reglamento escrutaron los doctores Gómez (Guillermo) y Salgar. Fueron elegidos los doctores Cuervo Márquez y Ucrós. Obtuvieron también votos los doctores Gómez (Guillermo), Salgar y Herrera.

El doctor R. A. Muñoz lee una comunicación sobre un caso de hemiplejia puerperal por infección estreptocócica. Esta comunicación será publicada en la *Revista Médica*, por haberlo propuesto así el doctor Cuervo Márquez. La comentaron los académicos Cuervo Márquez y Esguerra. El primero opinó que la causa de los fenómenos descritos pueden ser atribuibles a la sífilis, y el segundo la discute desde el punto de vista de la histeria.

El doctor Cuéllar Durán relata el caso de un cuerpo extraño de la vejiga removido por él en su servicio hospitalario.

Presenta la pieza, consistente en un cálculo formado alrededor de una horquilla de las usadas por las mujeres para sostener el cabello. La Academia resolvió que la pieza presentada ingresara al museo de la Academia.

Esta comunicación dio origen a que algunos de los académicos presentes recordaran casos similares observados por ellos en distintas épocas. Se hizo mención por el doctor García Medina de un cálculo removido por el doctor Güell, cuya base había sido la punta de una sonda usada por un prostático.

El doctor R. A. Muñoz refiere el caso de un cálculo vaginal formado al rededor de un vaso de vidrio pequeño introducido en la vagina con el objeto de evitar la concepción.

No habiendo otro asunto de que tratar, se levantó la sesión a las once y cuarto p. m.

El Presidente,

CARLOS ESGUERRA

El Secretario,

José M. Montoya

Sesión del día 25 de septiembre de 1914.

(Presidencia del doctor Carlos Esguerra).

En el local y a la hora de costumbre se reunió la Academia Nacional de Medicina, bajo la Presidencia del doctor C. Esguerra, y con la asistencia de los doctores Esguerra, Franco, Gómez Calvo, Herrera, Lleras, Martínez, Montoya y Mañoz (Rafael). Se excusó el doctor Cuervo Márquez. Una vez abierta la sesión por la Presidencia, se leyó el acta de la sesión anterior, la cual fue aprobada sin modificación.

En seguida se lee una nota del señor Gerente del Acueducto Municipal de Bogotá, en la cual manifiesta el deseo de que se nombre una Comisión del seno de la Academia para que sirva de asesora a la Compañía del Acueducto en lo que se relacione con el servicio higiénico, la captación y el aumento de las aguas de la ciudad.

Funda su petición en el hecho de que ya en otras ocasiones la Academia había lanzado opiniones sobre el servicio de aguas de la ciudad, el cual está hoy bajo su cuidado.

El doctor Gómez Calvo pide la palabra y hace leer por el Secretario la parte pertinente al asunto, que se halla consignada en el acta de la sesión de la Academia que tuvo lugar el 17 de agosto de 1910. En dicha acta se ve el interés que la Academia ha tenido por que se dote a la ciudad de aguas abundantes y puras. El doctor Gómez Calvo continúa en el uso de la palabra y rememora que desde una época anterior a la citada, la Academia había considerado de suma importancia el que se mejorara el servicio de aguas de la ciudad, y pide se acceda a lo solicitado por el señor Gerente.

El académico Herrera sienta la siguiente proposición:

«En contestación a la atenta nota del señor Gerente del Acueducto, la Academia Nacional de Medicina tiene el honor de manifestarle que esta corporación ratifica las conclusiones de septiembre de 1910, sobre acueducto de la ciudad, y le manifiesta que la Academia ha nombrado en la sesión de hoy una Comisión permanente que sirva de Cuerpo consultor para todo lo relativo a higiene de aguas de la ciudad. La Academia juzga conveniente que la Comisión de su seno se halle asesorada por otra Comisión de la Sociedad Colombiana de Ingenieros, para el efecto de la captación y aumento de las aguas.»

El doctor R. A. Muñoz modifica en el sentido de que sea la Comisión académica de epidemias la que se encargue de prestar este servicio a la Compañía del Acueducto. Es impugnada la modificación por los doctores Franco, Herrera y Gómez Calvo. Sometida a votación la modificación, fue negada.

La Academia aprueba la proposición Herrera, y la Presidencia nombra para desempeñar la comi-

sión de que trata la proposición aprobada, a los doctores Gómez Calvo y Herrera.

En seguida el doctor Martínez pide la palabra para relatar una historia clínica por muchos aspectos interesante.

Se trata de una mujer de veinte y cuatro años de edad, quien dice haber observado desde la edad de nueve años, poco más o menos, un ligero tumor algo duro, inmóvil y que no le molestaba para nada, situado bajo el vientre. No acusa síntomas ningunos, salvo el hecho de que su menstruación se ha hecho ligeramente irregular, por presentarse con ligeros atrasos. La digestión es buena, lo mismo que las demás funciones fisiológicas. Le hace consultar el hecho de que hace unos pocos días viene sintiendo ligeros dolores en el bajo vientre, acompañados de ligeros movimientos febriles. Al examen se encuentra una mujer en buenas condiciones, pero con un abultamiento muy marcado de todo el vientre. A la palpación se puede apreciar que existen dos masas grandes en el abdomen: una que llena el bajo vientre, movable de lado a lado, indolora, de una consistencia semiblanda, separada de un surco de otro masa que, continuando con la macicez hepática, llena la cavidad lumbar derecha. Esta masa es inmóvil, pero da la misma sensación que la otra en cuanto a su consistencia. Al examen bimanual se puede apreciar claramente que los tumores son extraños al aparato genital.

La enferma se somete a una operación, y al abrir el vientre se encuentra un primer tumor, el cual tiene algunas adherencias a la pared abdominal, pero las más fuertes y compuestas de gruesos vasos se encuentran en relación con el epiplón; ligadas y cortadas éstas, se extrae el tumor sin ma-

yor dificultad. Una vez terminada esta primera parte de la operación, se procede a investigar el segundo tumor. Este se encuentra íntimamente adherido al flanco derecho; el peritoneo lo cubre en parte, y la otra parte está enclavada en la masa muscular. Con alguna dificultad se enuclea de esa como masa muscular y se procede a examinar las vísceras, las cuales se encuentran en buen estado.

La enferma ha tenido una buena convalecencia. Las piezas extraídas han pesado siete libras, y las presenta a los señores académicos. Juzga el doctor Martínez que se trate de sarcomas, pero la falta de un laboratorio anatomopatológico impide que se ponga en claro la naturaleza de los tumores. Dice no haber podido darse cuenta de cuál fue la implantación original de los tumores.

No habiendo otro asunto de que tratar, se levanta la sesión a las diez y media p. m.

El Presidente,

CARLOS ESGUERRA

El Secretario,

José M. Montoya

Sesión del día 9 de octubre de 1914.

(Presidencia del doctor Carlos Esguerra).

El día 9 de octubre de 1914 se reunió la Academia Nacional de Medicina en el local y hora de costumbre, bajo la Presidencia del doctor Carlos Esguerra. Abierta la sesión con el *quorum* reglamentario, formado por los doctores Arboleda, Cuéllar Durán, Cuervo Márquez, Esguerra, Gómez Calvo, Lleras, Manrique, Montoya y Muñoz, se leyó el acta de la sesión anterior, la cual fue aprobada por unanimidad. Acto seguido se leyó una comu-

nicación del señor Ministro de Relaciones Exteriores, en la cual pide la opinión de la Academia sobre la conveniencia para la República de adherirse a una Convención internacional para la unificación de métodos de análisis, que se reunirá próximamente en París y a la cual ha sido invitado el país; pregunta que el señor Ministro ya había formulado a la Academia y de la cual no se tiene contestación en el Ministerio a su cargo.

Pide la palabra el doctor Manrique para manifestar que la comunicación anterior a que hace referencia el señor Ministro fue recibida por la Secretaría a su cargo entonces y puesta en consideración de la Academia, y que ésta resolvió contestar manifestándole al señor Ministro que la Academia creía conveniente el que Colombia se adhiriera a la Convención. Agrega que él envió al Ministro de Relaciones Exteriores la nota en que se comunicaba lo resuelto por la Academia.

En vista de esta explicación la Presidencia resuelve se conteste la presente nota en el mismo sentido que se contestó la primera, según los informes del doctor Manrique.

Pide la palabra el doctor Cuervo Márquez para leer una comunicación sobre lo que se está haciendo en otras partes del mundo para elucidar el pavoroso problema del cáncer.

La Presidencia resuelve que el trabajo del doctor Cuervo Márquez sea publicado en la *Revista Médica*.

No habiendo otro asunto de que tratar, se levantó la sesión a las diez y quince minutos p. m.

El Presidente,

CARLOS ESGUERRA

El Secretario,

José M. Montoya

Sesión del día 23 de octubre de 1914.

(Presidencia del doctor Carlos Esguerra).

En Bogotá, a 23 de octubre de 1914, se reunió la Academia Nacional de Medicina a las ocho y media p. m. Concurrieron los doctores Arboleda, Cuervo Márquez, Esguerra, Franco, García Medina, Gómez Calvo, Gómez (Guillermo), Güell, Herrera, Lleras, Martínez Rojas y Uricoechea. Por ausencia del Secretario bienal, doctor Montoya, quien se excusó de asistir a esta sesión, desempeñó sus funciones el Secretario perpetuo, doctor García Medina.

Abierta la sesión, el Presidente comunicó a la Academia la dolorosa noticia de la muerte del señor doctor Juan E. Manrique, acaecida en San Sebastián, España, el día 14 de los corrientes. En sentidas y elocuentes frases hizo el elogio de este ilustre miembro de la Academia enumerando las múltiples cualidades y méritos que le hicieron digno del alto puesto que llegó a ocupar por sus raras prendas de inteligencia, de saber y de bondad; recordó los servicios que el doctor Manrique prestó a la Nación y a la Academia, de que fue digno Presidente, y presentó la vida de este ilustre colombiano como un ejemplo digno de imitarse, especialmente en la benevolencia de su carácter, su amor a la ciencia y en el desinterés y abnegación con que ejerció la profesión.

En seguida el doctor Juan D. Herrera presentó la siguiente proposición, que fue aprobada por unanimidad:

«La Academia Nacional de Medicina,

«CONSIDERANDO

«Que el 14 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 médicoquirúrgicas, 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:

«1º 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.»

Se dio lectura al siguiente oficio del señor Presidente del Senado de la República:

«República de Colombia—Cámara del Senado—Presidencia—Número 137—Bogotá, 19 de octubre de 1914.»

«Señor:

«Tengo el honor de poner en conocimiento de la respetable corporación que usted dignamente preside, la siguiente proposición que el Senado aprobó unánimemente en la sesión de esta fecha:

“El Senado de la República deja constancia en el acta de este día de su profundo sentimiento por la prematura muerte del señor doctor Juan Evangelista Manrique, quien supo dar brillo a la República como médico eminente, diplomático distinguido y meritorio ciudadano.”

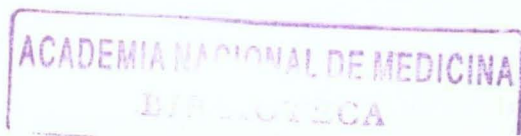
«Con sentimientos de distinguida consideración soy de usted muy atento, seguro servidor,

«MANUEL DÁVILA FLÓREZ

«Al señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina--En la ciudad.»

Se dispuso dar las gracias al Senado por esta proposición.

Leyóse en seguida una nota del doctor Julio M. Escobar, miembro correspondiente, en que manifiesta a la Academia su pena por la muerte del



doctor Manrique, de quien hace merecidos elogios, y propone que por suscripción entre los miembros del Cuerpo médico de Colombia se le erija un monumento en la Facultad de Medicina de esta ciudad.

A solicitud del doctor García Medina se resolvió publicar esta nota en la *Revista Médica*, y pasarla al estudio de una Comisión para que proponga a la Academia lo que estimare más conveniente.

El Presidente designó para esta Comisión a los académicos Gómez (Guillermo) y García Medina.

De acuerdo con la solicitud del doctor Cuervo Márquez se resolvió que un número especial de la *Revista Médica* se dedicara a honrar la memoria del doctor Manrique.

El Presidente excitó a los miembros de la Academia a que prestaran su importante colaboración a los redactores de la *Revista* para la publicación de este número.

El Presidente designó a los académicos Luis J. Uricoechea y Arturo Arboleda para poner en manos del doctor Julio Manrique la proposición aprobada por la Academia, y levantó la sesión a las diez p. m.

El Presidente,

CARLOS ESGUERRA

El Secretario,

P. García Medina

Sesión del día 6 de noviembre de 1914.

(Presidencia del doctor Carlos Esguerra).

En Bogotá, a 6 noviembre de 1914, se reunió la Academia Nacional de Medicina en el local y hora acostumbrados, a las ocho y media p. m., bajo la Presidencia del doctor Carlos Esguerra y con la

asistencia de los doctores Arboleda, Franco, García Medina, Esguerra, Martínez, Montoya, Muñoz (Rafael) y Uricoechea.

Abierta la sesión, se leyó y aprobó el acta de la sesión del día 9 de octubre, la cual no fue aprobada en la sesión del día 23 porque el Secretario bienal estaba ausente. Acto seguido se leyó el acta de la sesión que tuvo lugar el día 23 de octubre, la cual fue aprobada sin variación.

El señor Presidente manifestó que cursa actualmente en las Cámaras Legislativas un proyecto de ley en la cual, además de recomendar la vida del ilustre académico doctor Juan E. Manrique como ejemplo digno de imitarse, y de honrar la memoria del ilustre finado, se ordena hacer un retrato al óleo del mencionado doctor Manrique, para que sea colocado en el salón de reuniones de la Academia Nacional de Medicina, y que por este motivo no se le ha dado cumplimiento a lo dispuesto por la proposición aprobada en la sesión pasada; insinúa la idea de que se debe esperar el retrato que ha de obsequiar la Nación, y señalar una de las primeras reuniones del año entrante para honrar la memoria del doctor Manrique, y nombra al doctor García Medina para que haga el elogio del doctor Manrique, de acuerdo con la citada proposición. El doctor García Medina agradece el nombramiento y lo acepta.

Informa el Secretario que ha tenido aviso de que tanto el discurso de recepción del doctor Vargas Suárez como el de contestación a cargo del doctor Franco están listos, y que el doctor Vargas Suárez desea saber qué día se fija para tomar posesión del puesto de académico para el cual había sido elegido por la Academia.

La Presidencia resuelve de acuerdo con el Rector de la Facultad de Medicina, doctor Martínez, que la recepción del doctor Vargas Suárez tenga lugar el viernes 13 de noviembre en el salón rectoral.

El doctor Montoya lee los artículos 42 y 43 del Reglamento de la Academia, y pide se les dé cumplimiento y se nombre la Comisión que ha de reglamentar el concurso anatómico, porque él cree de suma urgencia apoyar por todos los medios que estén al alcance de la Academia los estudios prácticos de Anatomía patológica. En igual sentido hablan los doctores Arboleda, García Medina y Franco. La Presidencia nombra a los doctores Arboleda y Franco para la Comisión de que trata el Reglamento.

El doctor García Medina presenta, en asocio del doctor Ucrós, un trabajo que de Neiva envía el doctor Anselmo Gaitán U., que trata de un caso de preñez extrauterina y que el autor presenta de acuerdo con el Reglamento y por conducto de los académicos ya nombrados, para optar al título de miembro correspondiente. El trabajo pasa en comisión al doctor Martínez, para que informe en la próxima sesión.

El doctor García Medina pide la palabra y sienta la siguiente proposición:

«La Academia Nacional de Medicina teniendo conocimiento de que el Senado de la República ha aprobado el proyecto de ley sobre la reglamentación de la profesión médica en el país, suplica a la honorable Cámara de Representantes se sirva considerarlo en las actuales sesiones, en atención a su importancia y a que esta ley ha sido solicitada por diversas corporaciones científicas del país y espe-

cialmente recomendada por el segundo Congreso Médico Nacional reunido en Medellín.»

Esta proposición fue aprobada por unanimidad, y se ordenó dejar constancia de ello en el acta de la sesión.

En seguida el doctor Martínez pide la palabra y relata una observación de un caso de preñez extrauterina operado por él recientemente. Llama la atención al hecho de que los pocos casos observados hasta ahora en el país son casos que no han producido fenómenos muy marcados al principio de la gestación, y que con muy pocas excepciones en los casos observados el embarazo ha llegado a término, y han sido operados aun meses después del tiempo normal del embarazo.

La Presidencia ordena la publicación de la observación presentada por el doctor Martínez en el periódico oficial.

No habiendo otro asunto de qué tratar, se levantó la sesión a las once y quince p. m.

El Presidente,

CARLOS ESGUERRA

El Secretario,

José M. Montoya

Sesión del día 27 de noviembre de 1914.

(Presidencia del doctor Carlos Esguerra).

En Bogotá, el día 27 de noviembre de 1914, se reunió la Academia Nacional de Medicina a las ocho y media p. m., en el local de costumbre, bajo la Presidencia del académico doctor Carlos Esguerra y con asistencia de los doctores Arboleda, L. Cuervo Márquez, Esguerra, Franco, Gómez

Calvo, Lleras, Martínez, Montoya y Vargas. Leída el acta de la sesión anterior, fue aprobada sin modificación.

El Secretario leyó varias notas. La primera, de la Sociedad Médica de Barranquilla, de fecha 3 del presente, en la cual comunica esa Sociedad, por conducto del Secretario, que dicha Sociedad se ha constituido de nuevo y que ha nombrado dignatarios a los doctores Oscar A. Noguera, para Presidente; Luis Mazzeo, para Vicepresidente, y Eusebio S. de la Hoz, para Secretario.

Otra nota de la Sociedad Médica de Barranquilla, de fecha 5 del presente, en la cual transmite la siguiente proposición aprobada en la sesión del día 4 de noviembre:

«La Sociedad Médica de Barranquilla lamenta profundamente la muerte del eminente médico doctor Juan E. Manrique; considera la desaparición de este distinguido compatriota como un duelo nacional, y recomienda su memoria como ejemplo digno de imitarse por las nuevas generaciones médicas de Colombia.»

Otra del Presidente de la Junta Departamental de Higiene del Tolima, de fecha 3 de noviembre del presente año, en la cual transmite la siguiente proposición que fue aprobada por esa Junta:

«La Junta Departamental de Higiene del Tolima se asocia al duelo que el Cuerpo médico del país ha sufrido con la reciente muerte del señor doctor don Juan Evangelista Manrique, lumbrera científica que le hacía honor a Colombia.»

Otra del Consejo Superior de Sanidad, en la cual transmite a la Academia la siguiente proposición aprobada por la Junta Departamental de Higiene del Cauca:

«La Junta Departamental de Higiene del Cauca,

«CONSIDERANDO

que ha muerto en España el señor doctor Juan Evangelista Manrique, quien alcanzó como Profesor de medicina la más alta reputación, tanto en su patria como en el Exterior, y que la desaparición de tan eminente sabio es motivo de duelo para la ciencia,

«RESUELVE:

«1º Dejar constancia en el acta de este día de los sentimientos de la Junta de Higiene del Departamento del Cauca por el fallecimiento del sabio colombiano cuya vida ofrece el más claro exponente de virtudes públicas y privadas.

«2º Comunicar la presente resolución al honorable Consejo Superior de Sanidad, rogándole se digne transmitirla a la Academia Nacional de Medicina, y si lo tiene a bien, hacerla publicar en la *Revista de Higiene.*»

Otra del Gerente de la Compañía del Acueducto de Bogotá, dando las gracias por la atención que había merecido por parte de la Academia su nota de fecha 21 de septiembre, y avisa que la Comisión nombrada por la Academia ha estado ya prestando su valiosa cooperación en el asunto de aguas de la ciudad.

Con motivo de esta nota el doctor Gómez Calvo rinde un informe verbal sobre las medidas que ha aconsejado como miembro de la Comisión académica, y sostiene que es de urgente necesidad la compra por el Municipio de todas las propiedades que se encuentran en las zonas de los ríos de que se provee de agua la ciudad; estima que esa compra

se puede hacer en los momentos actuales por una suma de dinero reducida, porque son muy pocas las viviendas que existen en la región y reducido el tamaño de los cultivos. Habla de que es una idea muy generalizada la de que los árboles atraen las lluvias, y que por ese motivo deben sembrarse en las zonas de los ríos, lo cual es un error, pues los árboles por sí no atraen las lluvias; lo que aumenta el caudal de aguas son los arbustos y algunos árboles, porque retienen la humedad del suelo. Considera un error el sembrar eucaliptos, porque estos árboles absorben una gran cantidad de agua y producen el efecto contrario de lo que se desea para el Municipio, que es el aumento de sus escasas aguas. Luégo habla de una zona en la ciudad, comprendida entre las carreras 7ª y 17 y las calles 5ª y 11, en la cual con mucha facilidad y a poca profundidad se encuentra agua saltante, y cree que se pueda aprovechar esa agua para abastecer algún barrio de la ciudad.

El doctor Franco dice que cuando él hacía parte de la extinguida Junta Central de Higiene se dictaron todas las disposiciones tendientes a que la Municipalidad comprara las zonas de los ríos que abastecen de agua la ciudad, y que se sembraran, y que mucho se temía se quedarán ahora escritos los consejos de la Comisión académica a la Junta del Acueducto, como se quedaron en esa época las disposiciones terminantes de la Junta Central de Higiene.

En cuanto a las corrientes de agua de que habló el doctor Gómez Calvo, no cree en la bondad de esas aguas subterráneas, y cree que no son aprovechables por ser corrientes muy superficiales e impuras.

En igual sentido se expresó el doctor Arboleda.

En seguida lee el doctor Gómez Calvo una comunicación en la cual preconiza como tratamiento de las locuras toxi-infecciones, como la puerperal, los abscesos de fijación, y para corroborar su tesis presenta algunas observaciones de casos tratados por él en el Asilo de Locas, con muy buen éxito.

La Presidencia ordena se publique el trabajo en la *Revista Médica*.

No habiendo otro asunto, se levantó la sesión a las diez p. m.

El Presidente,

CARLOS ESGUERRA

El Secretario,

José M. Montoya



La anquilostomosis en Cartagena

Por el doctor M. ANTONIO LENGUA G. (de Cartagena)

Profesor de Medicina Tropical de la Facultad de Medicina de Cartagena, Profesor de Historia Natural en el Colegio Universitario de Martínez Ollier, etc. etc.

Señores miembros de la Junta Departamental de Higiene de Bolívar—En la ciudad.

I

En cumplimiento del artículo 5º del Acuerdo número 1º de 17 de enero del año en curso, del Consejo Superior de Sanidad, me permito presentar a la ilustrada consideración de ustedes esta memoria, insuficiente como me apresuro a reconocerlo, pero encaminada a servir de iniciativa al estudio de un punto de higienización de los que deben ocupar puesto principal entre los muchos que estamos obligados a confrontar.

Las citas que en el curso de esta exposición me he permitido, no tienen por fin mostrar erudición; ellas, por la importancia de los médicos y parasitólogos de quienes se han tomado, llenarán el vacío de la autoridad de que carezco.

Las observaciones personales tienen la verificación de los que en ellas me han acompañado, y a su idoneidad me remito.

Si como es de esperarse, circunstancias obligantes dejan sin resultado práctico esta labor, puede la honorable Junta contar anticipadamente con mi voto afirmativo para relegar al archivo la presente comunicación.

II

La anquilostomosis es una enfermedad verminosa caracterizada por perturbaciones de la piel y del aparato digestivo, debida al anquilóstomo duodenal. (Le Dantec).

El paludismo, la fiebre amarilla, la lepra y otros azotes del trópico ocupan con justa razón la atención de la higiene pública en estas localidades; no creo exagerado decir que la anemia perniciosa de origen parasitario, por su frecuencia, por su modo de propagación y por sus fatales consecuencias, es un flagelo que gana terreno cada día y debe ser por lo menos tan temible entre nosotros como aquéllos. Los primeros por sus manifestaciones tumultuosas y agudas, parecen una amenaza mayor; la uncinariasis, por su marcha lenta y el modo insidioso de su invasión, deja sentir su gravedad las más de las veces, desgraciadamente, cuando el organismo y la nutrición están hondamente perturbados.

El conocimiento de esta enfermedad parece antiquísimo: «el papyrus Ebert del año de 1550 antes de Jesucristo describe el *áááá*, enfermedad de los que manejan arena, causada por un gusano intestinal.» (Joaquim).

Pero el conocimiento científico de la anquilostomosis en Europa, con todo su arsenal de medios de investigación y de estudio, se remonta apenas al año de 1879, en el que Grassi describe el huevo típico, precisa el cuadro clínico, muestra las lesiones macroscópicas del intestino infectado y explica el mecanismo de la sangría continua que el parásito efectúa en los enfermos. Dubini y Castagliani, en Milán, se habían limitado a la descripción del nematodo.

Pruner y Griesinger lo habían señalado como factor etiológico de la anemia.

Cabe el honor a la medicina nacional de Colombia de haber llevado contingente notable en los comienzos de estos estudios: *Le Dictionnaire encyclopédique de sciences médicales de Paris* publicó dos años antes de los trabajos de Grassi un artículo del doctor Andrés Posada Arango, de Medellín, en el cual se describe magistralmente con el nombre de onomatopéyico de *tuntún* la anemia perniciosa en Antioquia.

La falta de instalaciones micrográficas en el país retardaron, a pesar del abundante material, la comprobación científica de esta enfermedad entre nosotros. Hasta 1905 funcionó sin laboratorios para clínicas la Facultad de Bogotá. Fue después de este año cuando allí se dio la voz de alarma sobre la invasión de la uncinariasis en Colombia.

El doctor Jorge Martínez Santamaría, en su notabilísimo trabajo para el doctorado, agotó esta materia en aquella Escuela. En dicha monografía se publica un mapa médico, y en él figura como región infectada toda la Costa Atlántica; ignoramos los observadores que hubieran en aquella época comprobado la existencia del parásito en la Costa; hoy mismo esta honorable Junta, que tiene a su cargo la higienización del Departamento de Bolívar, supongo que no podría señalar con acierto preciso los lugares infectados, si bien por analogía de medio solamente podría suponer la región del Departamento invadida toda del nematodo.

La instalación en nuestra Facultad de un laboratorio medianamente dotado, ha permitido a los médicos de esta ciudad comprobar hasta la saciedad la existencia del anquilóstomo duodenal y del necá-

tor americano en Cartagena; las observaciones que en este trabajo publicamos permiten asegurar la existencia de la anquilostomosis en Chinú, Carmen, Corozal, Mompós y Sincelejo.

III

Recordamos algunos hechos que hacen relación a la propagación de los gérmenes del anquilóstomo, consignados en trabajos de médicos y parasitólogos.

«Los terrenos arenosos son los más propicios para el desarrollo del anquilóstomo.» (Stiles).

«La temperatura de 25° a 28° es la más favorable a los huevos y a las larvas (Boicott); a menos de 12° no se desarrollan.» (Lambinett).

«Cuatro o cinco días son necesarios para el completo desarrollo de los huevos a 26°.» (Lambinett).

«Las soluciones salinas concentradas matan los huevos y hacen estériles las larvas.» (Bruns).

«Los huevos no se desarrollan en el agua, pero conservan vida latente.» (Grassi y Perroncito).

El incremento de habitantes que en los últimos veinte años ha tenido esta ciudad, ha traído la necesidad de aumentar su área; en las afueras se ha construído mucho, y gran número de familias tienen allí su residencia; donde hoy se levanta una pintoresca mansión, hubo ayer una barraca cuyos moradores probablemente carecían de letrinas, y sus excrementos eran arrojados a los patios o depositados a la sombra de la vecina arboleda.

Actualmente muchas de las casas del Pie de la Popa, Pie del Cerro, Espinal, Amador, La Quinta, Manga y El Cabrero carecen de excusados.

Los huevos de anquilóstomo expulsados por los enfermos en sus excrementos han sido esparcidos

en los patios y solares. La naturaleza arenosa del suelo, la humedad que la sombra de la vegetación conserva, y los 28° de temperatura media de esta población, constituyen el medio biológico más propicio para el desarrollo de los huevos y la conservación y propagación de las larvas que de éstos se derivan.

Las brisas, que durante cinco o seis meses del año reinan y que levantan insoportable polvareda, se encargan seguramente de llevar envueltos en remolinos de tierra, hasta las habitaciones mismas, los gérmenes del parásito que nos ocupa.

Es tan benévola la temperatura y el estado higrométrico de esta localidad para los gérmenes de la uncinaria, que nosotros cultivámos sin estufa, en una caja de Petri, en treinta y seis horas, en medio de Loss, huevos de anquilóstomo, con dejar solamente por ese tiempo en un rincón de nuestra oficina el cultivo.

En el laboratorio introdujimos un sábado en la tarde para su examen excrementos de un niño que suponíamos infectado: hasta el lunes no pudo el Director del laboratorio examinarlos, y fue grande su asombro al llamar nuestra atención para que viéramos en una de las preparaciones que había montado, los huevos que ofrecían variadas presentaciones larvarias y se movían éstas agitándose por abandonar sus cubiertas.

Fácil es suponer la cantidad de larvas infectantes que existirán en los lugares donde se acostumbra arrojar excrementos.

Estas larvas necesitan llegar al intestino del hombre para su desarrollo ulterior; la vía bucal o respiratoria y la piel son la puerta de entrada. Las primeras en un 10 por 100 de las veces; la piel cons-

tituye la más frecuente. La célebre y casual inoculación de Loss (del Cairo) dio principio a los experimentos de esta índole; Grassi, Patrik Manson, Perroncito y otros siguieron los ensayos, y hoy es verdad adquirida que los folículos pilosos son la puerta de entrada de estas larvas, las que ganan los vasos sanguíneos y después de atravesar todo el árbol circulatorio, se hospedan en el intestino en su porción duodenal frecuentemente, para terminar la etapa sexuada de su evolución, y constituir el nematodo de la familia *strongilidae*, subfamilia *strongilinae*, especie uncinaria duodenal y uncinaria americana.

Se comprende fácilmente que los niños de las familias que acostumbran pasar sus temporadas en las afueras o viven allí, deseosos de la libertad del campo, abandonan con frecuencia el calzado en sus juegos y paseos por los alrededores de sus habitaciones y son, como lo demuestra el laboratorio, por esta causa, víctimas de la parasitosis.

Las personas que no usan calzado y las que manejan arena o lodo con motivo de su profesión o arte, son frecuentemente víctimas de esta enfermedad.

Muchas veces la penetración de las larvas por la piel desarrolla un prurito acompañado de erupción de urticaria o eritema, descrita por los médicos coloniales con el nombre de *anquilostomosis cutánea*.

En otras ocurrencias la infección cutánea se localiza en los pies, en la piel de los espacios interdigitales, y presenta el aspecto de un eczema húmedo conocido en Colombia con el nombre de *sabañones* o *mazamorra*.

La Comisión americana de Puerto Rico, en cua-

renta y siete enfermos, encontró estas formas cutáneas como antecedentes en el 98 por 100 de los casos observados.

En un enfermo nuestro, infectado recientemente de anquilóstomo, observámos la forma eritematosa y pruriginosa en las manos y dorso del pie: a dicho enfermo tuvieron la fineza de observarlo, a petición nuestra, los ilustrados colegas doctores Calvo y Obregón.

OBSERVACIONES

Los siguientes datos comprenden los casos en los cuales se han encontrado huevos de uncinarias en excrementos examinados cuidadosamente al microscópio, en el laboratorio de la Facultad de Medicina.

El señor Director de este importante instalación puso a disposición nuestra el registro que lleva de los exámenes que practica por orden de los médicos de esta ciudad.

Iniciales del enfermo.	Lugar de residencia.	Fecha del examen. 1914.
Señora V. C.	Carmen.	Enero
Señora M. W., inglesa.	Cartagena.	Enero 5
Señor E. A. (anguilulas).	Pie de la Popa.	Enero 12
Señor J. E. F.	Pasacaballos.	Enero 13
Señor J. R.	Pie de la Popa.	Enero 15
Señor P. T. (anguilulas).	Manga.	Enero 18
Señor G. E.	Manga.	Enero 19
Señorita A. M. P.	Cartagena	Febrero 10
Niño A. P.	Chinú.	Febrero 15
Señor J. E.	Cartagena.	Marzo 6
Señor D. J.	Cartagena.	Marzo 11
Niño G. R.	Manga.	Abril 3
Niño Z.	Pie de la Popa.	Mayo 16
Señorita R. A. P.	Manga.	Mayo 18
Niño F. B.	Cartagena.	Mayo 20

Iniciales del enfermo.	Lugar de residencia.	Fecha del examen. 1914.
B.	Corozal.	Mayo 25
M. F.	Cartagena.	Abril 4
Señorita J. G.	Manga.	Abril 5
Señor D. A. D.	Cartagena	Abril 15
Señor I. de los R.	Jetsemaní.	Abril 17
Señor A. T. (turco).	Quibdó.	Abril 17
Señor D. Z. M. (Oficial del Ejército de Cartagena).		Abril 16
Señor C. P.	Mompós.	Junio 18
Señora P. M.	Cartagena.	Junio 23
Señorita C. F.	Cartagena.	Julio 7
Señora C.	Cartagena.	Julio 8
F. N. A.	Sincelejo.	Julio 30
J. L. N.	Pie del Cerro.	Junio 11
J. E. (anguilulas).	Pie de la Popa.	Junio 15
L. M.	Jetsemaní.	Junio 17
R. A.	Jetsemaní.	Junio 18
Doctor N. F. (anguilulas).	Cartagena.	Julio 30
D. L. (anguilulas).	Manga.	Agosto 4
Señorita N.	Arjona.	Agosto 14

Estos casos representan aproximadamente el 24 por 100 de los exámenes coprológicos practicados en el laboratorio.

Quienquiera que estudie el registro de aquella instalación podrá convencerse de que ellos hacen relación a personas cuya posición no les permite andar descalzos y viven en casas cómodas y lujosas muchas de ellas.

Cabe suponer el tanto por ciento que arrojarían los exámenes que se hicieran en ese sentido, de personas cuya condición u oficio las expone más fácilmente a infectarse de esta parasitosis.

Faltan en estas observaciones las de los enfermos de las clínicas hospitalarias, así como los exámenes practicados en las consultas de la *Policlínica Rafael Calvo*.

V

Aunque sea un tanto ajeno a la índole de este trabajo, queremos hablar de un punto relacionado con el tratamiento de la ANQUILOSTOMOSIS en Colombia, con el fin de recabar opinión autorizada de la honorable Junta de Higiene, que le sirva de criterio a los prácticos en ese sentido.

Estudiaremos con ese fin la siguiente observación:

F. L. N. es un estudiante de trece años de edad, que reside en esta ciudad desde hace dos años.

No tiene tara hereditaria ni antecedentes de enfermedades.

Su aparato respiratorio nada ofrece de anormal. Sus digestiones habían sido buenas.

El último mes del año próximo pasado y los dos primeros del presente fueron de ^{de} asueto en su colegio, y pasó esa temporada en una cómoda casa-quinta del Pie del Cerro; los espaciosos patios de su casa daban salida a las riberas de la bahía. En esta parte de la ciudad existen casas accesorias de alquiler habitadas por personas poco cuidadosas, que arrojan sus excrementos a los pisos de los solares, casas y calles, por carecer de excusados.

En marzo del presente año empezó a sentir frecuentes trastornos gastrointestinales seguidos de pérdida notable de peso, palidez de la piel y de las mucosas, insomnios y fatiga al menor ejercicio. Voluntariamente abandonó el uso de la bicicleta, a pesar de ser un deporte muy de su agrado.

Examinados los excrementos al microscopio, se encontraron abundantes huevos de uncinaria. El examen de la sangre ofrecía un 70 por 100 de hemoglobina, hipoglobulia y marcada eosinofilia. En la

piel del dorso de la mano y de los pies se había desarrollado una erupción pruriginosa con descamación epidérmica.

Recordando lo que acerca de la leche de higuerón (*ficus glabrata*), de la familia de las urticáceas, se ha dicho principalmente en Antioquia, le administrámos dos onzas de ese jugo vegetal, precedida y seguida su ingestión de un purgante salino.

Lavámos las deposiciones y obtuvimos en efecto gran número de unos productos filiformes, blanquecinos, que parecían parásitos intestinales.

Examinados al microscopio, se comprobó que aquellos filamentos no eran otra cosa que la leche de higuerón coagulada a su paso rápido por el intestino.

Comparando este resultado con lo que sobre el particular se lee en un artículo titulado *La leche de higuerón y la anemia tropical*, publicado el año próximo pasado en una revista científica del país (el primer purgante hizo sus efectos en la noche y se redobló su efecto con la leche de higuerón; la segunda toma de sulfato de soda fue acompañada de la expulsión de un gran número de gusanos), no estaríamos quizá descaminados al decir que ese «gran número de gusanos,» de que nos habla el colega autor de la citada observación, eran los filamentos del jugo de *ficus* que nosotros y todos los que los vieron tomamos a primera vista por parásitos intestinales en nuestro caso. Tanto más se acentúa nuestra creencia, cuanto que en la citada relación nada se dice del examen que a la lente se hubiera practicado.

En la luminosa monografía del Profesor Perrencito titulada *La malattia dei minatori*, corren

publicadas centenares de observaciones de notables parasitólogos, entre ellas las recogidas personalmente por el profesor Blanchard. Esos enfermos fueron tratados por el extracto etéreo de helecho macho, y los excrementos tamizados cuidadosamente en los días de la administración de la droga; en dichas observaciones se puede ver que en algunos no se encontró ni un solo anquilóstomo, y en otros uno o dos, y sin embargo, días después no se hallaban ya huevos de uncinarias en las deposiciones y se consideraba terminada la curación.

Creemos que el timol y el helecho macho, que se consideran los medicamentos por excelencia en esta enfermedad, no son en la acepción etimológica *vermífugos*, sino verdaderos parasiticidas; muertos los parásitos, sus cadáveres, de composición celular, son atacados por los jugos intestinales y sus restos expulsados más tarde en las deposiciones.

Nos permitimos creer que el tratamiento por el jugo de higuierón de la uncinariasis debe tenerse como de dudosa importancia.

VI

CONCLUSIONES

1º Debe considerarse esta ciudad invadida de la endemia que constituye LA ANEMIA TROPICAL.

2º Esta población reúne las condiciones necesarias para la propagación de la anquilostomosis.

3º Puede asegurarse que las poblaciones de Sincelejo, Mompós, Corozal y Chiní, de este Departamento, están ingualmente invadidas de uncinariasis.

4º No hay un solo caso observado hasta ahora en esta ciudad de infección del parásito duodenal

en personas que habitan en El Cabrero, quizá por la saturación salina de su suelo.

5º Las anguilulas intestinales (de la misma familia de la uncinaria) viven igualmente entre nosotros.

6º Debe el práctico, al ocuparse en estas localidades del tratamiento de una anemia, eliminar siempre, por el examen de los excrementos, la posibilidad de una infección uncinariásica.

7º El tratamiento de la anquilostomosis por la LECHE DE HIGUERÓN es de resultados inciertos.

8º La Junta de Higiene Departamental debe dictar medidas conducentes a la lucha contra la anemia tropical, en la sección a su cargo.



La medicina en la guerra.

CORRESPONDENCIA EXTRANJERA

París, diciembre 19 de 1914

Señores Redactores de la *Revista Médica*—Bogotá.

Muy difícil es elegir los puntos que hayan de tratarse de preferencia en estas correspondencias, relativas a la cirugía de guerra, a las ambulancias, a los tratamientos médicos, a las complicaciones de las heridas, y en general, a tantos y tan variados temas que por desgracia son cada día más interesantes y hacen resaltar el irónico contraste que hay entre la ciencia médica que lucha por conservar la vida en un herido, por mutilado que haya de quedar, con el empeño de la civilización en destruir la vida de los seres más útiles y más fuertes.

La maravillosa organización de las ambulancias, ya sea en las líneas de fuego, ya sea en el campo abandonado al enemigo, o en el hospital de curación, o en la rápida evacuación de los puestos de socorro, será objeto de otras correspondencias. Hoy me limitaré a hablar a los lectores de su importante *Revista* del tratamiento de las heridas por armas de fuego y de las temibles complicaciones del tétano y la gangrena gaseosa.

El Médico Inspector General Chavasse, Director del servicio de sanidad de los ejércitos en campaña, ha trazado la línea de conducta que debe seguirse para el tratamiento de las heridas por armas de fuego. Estas instrucciones se han estado cumpliendo con la mayor fidelidad, y sus resultados han venido a poner de manifiesto la previsión de los médicos militares franceses; previsión que, así como la organización sanitaria, ha sido admirada por los ingleses y aun por los mismos alemanes. Daremos a conocer esas instrucciones.

CURACIONES—1º Toda herida y sus contornos se barnizan con tintura de yodo al 1 por 100; basta una sola capa.

Deben considerarse siempre como infectadas las heridas por estallido de los proyectiles de artillería.

2º Las reglas más esenciales del método antiséptico, incluyendo la asepsia, deben aplicarse con el mayor rigor. Esto es tan indispensable durante las curaciones como durante las operaciones quirúrgicas.

Una herida no debe quedar abierta sino el tiempo estrictamente indispensable para limpiarla, y principalmente cuando la curación se ha practicado o renovado en el lecho del herido. Los materiales de curación deben tenerse a mano, pero eficazmente protegidos. Se evitará depositar en el lecho o en mesas sospechosas los instrumentos para las curaciones.

Las salas de las operaciones y de las curaciones deben mantenerse en riguroso aseo. Las piezas de curación manchadas no deben arrojarse al suelo sino colocarse en una vasija; esta prescripción debe observarse tanto en las ambulancias como en los hospitales de línea. Debe reinar el mayor aseo en las salas de los enfermos.

3º Hay una tendencia muy grande a renovar las curaciones en el momento en que su superficie se ve impregnada de los productos de secreción de las heridas, sin que haya en el estado general del herido algo que justifique esta práctica; de esta manera se rehacen hasta tres veces las curaciones de un mismo herido. La actividad del cirujano o de las enfermeras tiene otros medios de manifestarse o de utilizarse. No se debe olvidar que el reposo de los heridos es uno de los mejores agentes de curación.

Cuando una herida no da una supuración excesiva; cuando el herido está sin fiebre y no sufre; cuando la curación no se ha manchado demasiado con sangre (indicio de hemorragia grave), basta, en general, rociar ampliamente la superficie de la curación con una solución desin-

fectante (por ejemplo, una cucharada grande de extracto de Javel en un litro de agua, o cien gramos de licor de Labarraque para un litro de agua) y agregar, si se creyere necesaria, una capa de algodón hidrófilo. Esta práctica es muy útil en los trenes sanitarios, en que debe haber siempre provisión de extracto de Javel.

Después de la ablación de las piezas de curación se evitará toda tracción que pueda hacer salir gangre y exponer la herida a infecciones secundarias; para desprender los fragmentos de la curación se pueden emplear el agua oxigenada, el suero esterilizado y tibio, o cualquiera otro líquido antiséptico.

4º En algunos hospitales las enfermeras tienen la mala costumbre de cortar y preparar vendajes, bandeletas y compresas para la curación, en las mismas salas de los enfermos, y generalmente ayudadas por enfermos con heridas que supuran. Esta práctica debe prohibirse en absoluto. Tal trabajo debe hacerse en la ropería o en un local especial y con manos muy aseadas.

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS—1º La conservación de los miembros debe ser cuidado que debe llevarse a los límites extremos, particularmente en tratándose de las heridas de los miembros superiores, lo que se consigue con cuidados asiduos y con un tratamiento antiséptico bien dirigido, ayudados muchas veces por una terapéutica activa; pero esta conservación no debe ser de expectación, y menos en las fracturas por proyectiles de artillería que hayan estallado. Un cirujano debe fundar su fama, no en las operaciones mutilantes que haya practicado, sino en las que haya evitado a sus heridos.

La salida de las secreciones de las heridas, la evacuación de las colecciones purulentas, por pequeñas que sean, deben favorecerse seguramente con incisiones o desbridamientos suficientes, colocados juiciosamente, y por un amplio avenamiento (*drainage*).

Las indicaciones generales de las amputaciones, sobre todo en los primeros días, son las grandes fracturas de los miembros y las gangrenas fulminantes; las grandes

pérdidas de sustancia de las partes blandas son reparables con frecuencia. Más tarde, las supuraciones excesivas ponen en peligro la vida de los heridos y pueden ser una indicación para la amputación, así como las hemorragias secundarias incoercibles.

Jamás deben unirse las heridas por armas de fuego. En los muñones de amputación que se practiquen en las formaciones de vanguardia y en los hospitales de la primera línea, deben limitarse las suturas a puntos colocados en las partes medias de los colgajos, que se pueden sostener por esparadrapos antisépticos o por suturas secas que no impidan la salida de los líquidos. En el tratamiento de las vastas pérdidas de sustancia, el empleo de suturas secas (diaquilón, leucoplasta, colodión, con erñas o sin ellas, etc.), facilitará el trabajo de reparación.

2º En las ambulancias inmovilizadas y bien instaladas y en los establecimientos hospitalarios de primera línea, que reciben los heridos solamente algunas horas después del traumatismo, las heridas desgarradas, sinuosas, con fractura o sin ella, producidas por la explosión de proyectiles de artillería, que son tan frecuentes, se lavarán cuidadosamente, se extraerán los cuerpos extraños de cualquier clase que sean, así como las esquirlas libres en las fracturas, y luego se desinfectarán. El agua oxigenada, el suero artificial esterilizado y caliente, en particular, facilitarán este lavado, que se completará con tintura de yodo debilitada, que se aplicará en todas las sinuosidades de la herida.

3º En casos de hemorragia no se puede dejar un lazo constrictor más de una o dos horas. Es por medios indirectos o, en casos de imposibilidad absoluta, por compresión con taponamiento como debe dominarse la hemorragia.

En los aneurismas difusos está casi siempre indicado ligar encima del saco antes de cortar, si esto fuere preciso.

4º En las heridas penetrantes del tórax y del abdomen, la abstención es la regla, en cuanto a las heridas de bala.

a) *Tórax*. Si hay derrames pleurales que comprometen la vida por sofocación, se practicarán punciones asépticas. Los empiemas se abrirán siempre por el método habitual. Hay colecciones purulentas que sólo la radiografía puede revelar.

b) *Abdomen*. En las heridas penetrantes por balas en el abdomen, el empleo combinado con hielo y opio, usado desde el principio, ha dado buenos resultados, comparables a los de la incisión suprapubiana de Murphy, si no superiores. Las indicaciones de esta operación pueden hallarse, sin embargo, en un momento dado de la evolución de una peritonitis; algunos cirujanos la han practicado en los grandes derrames sanguíneos con resultados variables. Cuando se practica esta operación, que tiene por objeto asegurar el avenamiento (*drainage*) del abdomen, no debe omitirse emplear tubos de calibre grueso para facilitar la salida de las secreciones, y mantener el herido medio sentado en el lecho. Podrá también agregarse la instilación intrarrectal de suero artificial, según la técnica de Murphy, pero no siempre se soporta bien.

Las intervenciones más importantes que tengan en mira la sutura de las heridas intestinales no han dado resultados satisfactorios sino en pocos casos, aun practicadas en buenas condiciones.

Cuando la vejiga y el uréter han sido heridos, la cistostomía está siempre indicada. Si en una herida del riñón se impone la indicación operatoria, debe limitarse el cirujano a la incisión y al avenamiento.

5º En las heridas penetrantes del cráneo está casi siempre indicada una intervención para limpiar y desinfectar las heridas de entrada y de salida, las goteras, los surcos, etc., extraer las esquirlas visibles, regularizar los bordes del hueso con la gubia. En casos de herida meníngea puede necesitarse una trepanación para hacer cesar la compresión o para detener una hemorragia.

En ningún caso se hará la exploración en el trayecto cerebral.

FRACTURAS DE LOS MIEMBROS. APARATOS—La elección y la aplicación de los aparatos para el tratamiento de las fracturas—y en particular de las del miembro inferior—exige una particular atención. Es en estos casos, cuando puede lucir el ingenio del cirujano para la creación de aparatos que permitan fácilmente aplicar las curaciones.

Los aparatos de yeso abiertos (goteros o tablillas), los de valvas, los perforados, etc.; los aparatos modelados en cinc o en aluminio, son los mejores tanto para el transporte como para el tratamiento. No hay nada peor que las goteras ordinarias. En los miembros superiores, el tejido metálico reglamentario permite una excelente inmovilización.

En las fracturas del cuello del fémur, la extensión ha dado los mejores resultados, pero debe practicarse de manera que el frote sobre el lecho sea muy débil; en lo general, se necesita la tracción en posición de abducción.

En las fracturas de las piernas es conveniente la suspensión, que procura grande alivio al herido y se combina fácilmente con todos los aparatos, y es también muy útil en las inflamaciones difusas de los miembros.

TÉTANO. GANGRENA FULMINANTE—Llego ya en esta correspondencia, que se va alargando, a tratar de las dos grandes complicaciones que han venido a agravar de de una manera tan cruel los heridos en la guerra actual, y que tantas víctimas ha causado. La manera como hoy se producen las heridas de bala explican, sin duda, esas complicaciones, pues las balas explosivas de diversas clases hieren generalmente después de haberse puesto en contacto con el suelo y llevando a la herida cuerpos extraños.

Tétano. Es la gran complicación hoy en las heridas de guerra. Las heridas por estallido del obús, las heridas manchadas por la tierra, las heridas de las extremidades, son las que con más frecuencia han tenido esta complicación. La inoculación en vagones en que se han transportado caballos es admisible, al menos en las heridas descu-

biertas; pero este factor patológico no se puede admitir en las heridas tapadas por la curación.

La época de la aparición de los accidentes es variable; en la mayor parte de los enfermos la inoculación ha tenido lugar en el campo de batalla, y rara vez, aunque se han visto varios casos, en las salas de hospital. Los accidentes secundarios o tardíos dependen, sin duda, de que el microbio puede quedar en ciertas partes de la herida sin penetrar al organismo. El doctor Tuffier dice que está persuadido de que si se hicieran cultivos de líquidos de diversas heridas, se hallaría con frecuencia el B. de Nicolaier, y se vería que en esta infección, como en otras, hay *portadores* de gérmenes, sin que sufran la enfermedad. Por esto dice el doctor Tuffier que *neutralizar* o *absorber* los gérmenes desde la primera curación debe ser la idea directiva de la cirugía moderna. Desgraciadamente esto no se puede hacer bien al frente del enemigo, y las heridas sinuosas, irregulares, que contienen cuerpos extraños, dejarán siempre muchos gérmenes al abrigo de los antisépticos, que permitirán, más o menos tarde, el desarrollo de la enfermedad.

En estas circunstancias es cuando se impone, como medida preventiva, la aplicación del suero antitetánico, como lo han indicado los maestros del Instituto Pasteur. Según el Director Delorme y los doctores Roux y Tuffier, esta aplicación debe hacerse sistemáticamente, aun antes de la primera curación; no podemos, dicen, perder un instante, pues el tétano es hoy el enemigo más cruel.

El doctor Walther dice a la Academia de Medicina de París que si es muy difícil, casi imposible, aplicar una inyección preventiva de suero antitetánico a todos los heridos en las ambulancias de primera línea, o sea en el campo de combate, sí se debe practicar en las ambulancias de segunda línea y en los hospitales a todos los heridos por obús; y que esta medida es urgente, sobre todo en tratándose de heridos que han combatido en una región de terrenos tetaníferos, como los hay, y son cono-

cidos, tales como los de los alrededores de Meaux, cerca de Varedes, y otros.

Según el doctor Walther, la acción de la inyección preventiva ha sido favorable aun en heridos en quienes no se la pudo aplicar sino cuatro o cinco días después de la herida por obús. El ha empleado inyecciones de diez centímetros cúbicos.

Hay una observación muy importante, y es que ni una sola herida de bala de fusil se ha complicado de tétano.

Según el doctor Hartmann, profesor de clínica quirúrgica de la Facultad de París, si se quiere evitar el tétano, hay que aplicar la inyección preventiva a *todos* los heridos, lo más pronto que fuere posible, sin hacer distinción entre las heridas sinuosos y sucias y las regulares y limpias. En las primeras debe repetirse la inyección seis o siete días después.

Respecto al tratamiento curativo, aquí se ha empleado el de Talomon; y aunque ustedes conocen este tratamiento, es bueno recordar la técnica que él aconseja, modificada en parte. Este tratamiento se combina con el empleo del cloral en dosis elevadas.

Desde que se ha hecho el diagnóstico, se inyectan en el tejido celular subcutáneo *cada cuatro horas* veinte centímetros cúbicos de una solución de ácido fénico al 1 por 100, o seis inyecciones en veinticuatro horas. Esta solución difiere de la que aconseja Bacelli, y su fórmula es ésta:

Acido fénico cristalizado, <i>nebuloso</i>	10	gramos.
Glicerina pura a 30°	50	—
Agua destilada, c. s. para completar.	1,000	—

Veinte centímetros cúbicos de esta solución contienen veinte centigramos de fenol, de manera que con las seis inyecciones se introduce en el organismo un gramo con veinte centigramos de fenol, dosis que aunque parece alta, es inofensiva, pues no se ha observado un solo caso de intoxicación.

La inyección se practica con las precauciones conocidas, limpiando la piel con alcohol o con éter, y no con tintura de yodo, que puede contribuir a la *vesicación* de la piel; las picaduras se harán en la cara externa de los muslos o en la piel del vientre, pero hay que cuidar de que penetre en los tejidos subcutáneos a fin de no provocar escaras superficiales. Los enfermos las soportan así tan bien, que no sienten sino muy poco dolor. Si hubiese ligera inflamación superficial, se combatirá con apósitos húmedos.

Estas inyecciones se aplicarán durante dos o tres semanas, y luego se baja la dosis a la mitad durante ocho días. Fuera de la coloración típica que toma la orina, no se ha observado complicación alguna, no obstante que el tratamiento se prolonga hasta que cesen las contracturas.

A este tratamiento se agrega el empleo del cloral en dosis de cinco a ocho gramos diarios; por la boca, cuando el trismus lo permite, o en lavativas. Se principia por dar cuatro o seis gramos para obtener un sueño de algunas horas; seis horas después se puede dar otra dosis, si no se ha obtenido calma o si ésta ha cesado muy pronto. El enfermo debe conservarse en calma y evitarle todo ruido que pueda excitarle. Si se obtiene calma duradera, se van disminuyendo las dosis de cloral.

El doctor Caillaud ha empleado en vez del ácido fénico inyecciones intravenosas de seis centímetros cúbicos de lantol (*rhodium coloidal*), con buen éxito en algunos casos, y ha logrado calmar pronto el trismus, las contracturas y demás accidentes nerviosos graves.

El suero antitetánico, empleado como tratamiento curativo, no ha dado resultado alguno satisfactorio. El doctor George Hotel dice que ha obtenido buen éxito en algunos casos con inyección intrarraquídea de este suero, practicada así: punción lumbar y extracción de 20 c. c. de líquido cefalorraquídeo; inyección de 20 c. c. de suero, y colocación del enfermo en posición declive de la cabeza y de la espalda, levantando bastante el bacinete, durante dos horas.

En cuanto a las heridas, deben curarse cada dos días con cianuro de mercurio o con agua oxigenada y tocarse bien con tintura de yodo.

Esta correspondencia va ya muy larga, y para no cansar a los lectores de la *Revista*, tengo que suspenderla para continuar en la próxima, tratando de las demás complicaciones y de otros temas importantes.

Higiene escolar.

EXPOSICIÓN DE LA JUNTA CENTRAL DE HIGIENE

Señor Ministro de Instrucción Pública—En su Despacho.

La Junta Central de Higiene tiene el deber de velar por que se mejore, en cuanto sea posible, la higiene escolar de Colombia. Conocedora del elevado espíritu que anima al señor Ministro y del interés que ha manifestado por esta materia, no vacila en dirigirle la presente exposición, que tiene por objeto proponerle algunas medidas que deben emanar de ese Ministerio y ser apoyadas por él.

Un estudio cuidadoso de las leyes y decretos que rigen la instrucción pública, especialmente la primaria, ha persuadido a esta corporación de que, en cuanto a higiene escolar se refiere, no son leyes lo que falta, sino voluntad firme y continuada para hacer cumplir lo que está sabiamente ordenado. La Ley 39 de 1903 y los Decretos número 491 de 1904 y número 827 de 1913, dictados en desarrollo de esa Ley, tienen diversas disposiciones sobre higiene, que están de acuerdo con lo que la ciencia actual aconseja. Por otra parte, la Junta Central de Higiene elaboró desde 1911 el Acuerdo número 13, que es un conjunto bastante aceptable de las prescripciones principales de higiene escolar a que puede aspirar un país incipiente como el nuestro.

El Decreto número 827 de 1913 ordena que se haga un curso de higiene general y especial de las escuelas en el quinto año de estudio de todas las escuelas normales. Dada la importancia de esta cátedra, debe ser regentada por una persona muy idónea; y como son los médicos los únicos que generalmente hacen un estudio detenido de la higiene y están al corriente de las modernas adquisiciones sobre etiología y profilaxis de las enfermedades, es

lógico pensar que deben ser ellos los profesores de esa asignatura en las escuelas normales. Como éstas están situadas en las capitales de los Departamentos, en donde hay generalmente un numeroso Cuerpo médico, no tendrá dificultad el Gobierno para elegir el personal competente.

Bien poseídos los futuros maestros y maestras de nociones claras de higiene, podrán transmitir las fácilmente a sus discípulos, y organizar sus respectivas escuelas del modo más apropiado y científico.

Dufestel, Inspector de las Escuelas de París, dice:

«Dar a los niños de las escuelas nociones de higiene, hacerlos conocer los principios de esta ciencia, que tiene una acción tan importante sobre la profilaxis de las enfermedades, mostrarles el peligro de infringir sus leyes, en una palabra, darles una enseñanza de higiene práctica, es hoy necesidad admitida por todos.

«Es por la difusión de esta ciencia como se llegará a combatir los dos azotes que devastan nuestro país: el alcoholismo y la tuberculosis.»

«Al médico—escribe el doctor Legendre—pertenece sin disputa posible la enseñanza de la higiene en la escuela.

«Sólo por los conocimientos que él ha adquirido, por la autoridad que le dan sus funciones, por el papel que desempeña en la escuela, puede el médico enseñar la higiene, esta ciencia de la preservación social contra la enfermedad.»

Si esto se dice de la escuela primaria, con mayor razón debe aplicarse a la normal, en donde se forman los modeladores de las inteligencias infantiles.

Como se ha dicho ya, el Acuerdo número 13 de la Junta Central de Higiene es un resumen casi completo de los principios que rigen en los pueblos cultos sobre higiene escolar. Desgraciadamente, a pesar de que tiene fuerza obligatoria según la ley, no se obedece, y una de las causas es porque no es conocido. Debería hacerse de él una abundante edición y distribuirla profusamente, de manera que no falte ni en la última escuela rural. Como título para aspirar al puesto de maestro de escuela,

debería demostrar el solicitante que lo ha aprendido y lo comprende: sólo así podrá ponerlo en práctica.

Aunque la ley prescribe el nombramiento de Inspectores Provinciales y locales de las escuelas, la Junta Central de Higiene juzga indispensable el establecimiento de la inspección médica de ellas. Una visita mensual, siquiera de un médico a la escuela, traería grandes beneficios: sería un vigilante que haría cumplir el Acuerdo antes citado; haría valiosas indicaciones al maestro y a las autoridades municipales sobre las mejoras que se deban introducir en los locales, el mobiliario, la distribución del tiempo, etc., etc., sus prescripciones en época de epidemia serían de mucha utilidad.

A favor de la inspección médico escolar podría establecerse al fin en nuestras escuelas la educación física, prescrita por todos los reglamentos, pero totalmente descuidada en la mayor parte de ellas, a pesar de su importancia. Los médicos inspectores la reclamarían, y harían sobre ella útiles indicaciones a los maestros.

Para juzgar de la urgencia de llenar este vacío basta citar estas palabras de Dufestel:

«El niño, hoy en los bancos de la escuela, será mañana un hombre obligado a trabajar para subvenir a sus necesidades. La sociedad que le toma desde su más tierna edad, que le obliga a estar en la escuela, debe armarlo para la lucha de la vida. Ella no cumple todo su deber, si se contenta con desarrollar solamente las facultades intelectuales del niño, sin ocuparse en su crecimiento físico. Es necesario que todo educador esté bien penetrado de estas ideas.

«El ejercicio para el niño es una necesidad natural cuya privación le es sumamente penosa. Es una condición esencial de su desarrollo.»

Es posible que se diga que no hay fondos para pagar este servicio de inspección; pero, aparte de que muchos Municipios proveerían, si fuera necesario, a él con gusto, en vista de su importancia, hay razones para creer que

atendidos el patriotismo, la cultura y el desinterés de los médicos colombianos, muchos de ellos desempeñarían gratuitamente esta función y la mirarían como un honor; así lo hace el Cuerpo médico francés. El Profesor Pinar, no obstante la elevada posición de que goza y sus grandes quehaceres, no ha desdeñado hacer un curso de puericultura en una escuela pública de niñas en París.

Todo ciudadano debe servir a la patria en la medida de sus fuerzas y en proporción de lo que ha recibido.

Lo que sí exigirían los médicos inspectores de parte de los maestros y de las autoridades, sería que se atendieran sus indicaciones. De otro modo, el desaliento cunde pronto. Sin duda el Ministerio encontrará muchos medios de apoyarlos y de rodearlos de consideraciones.

Señor Ministro.

— PABLO GARCÍA MEDINA—MANUEL N. LOBO—NICOLÁS BUENDÍA—ANDRÉS BERMÚDEZ.

Bogotá, enero 8 de 1915.

Ley 53 de 1914

(OCTUBRE 29)

por la cual se organiza el servicio nacional de Medicina Legal.

El Congreso de Colombia

DECRETA :

Artículo 1º Desde la publicación de la presente Ley, el servicio nacional de Medicina Legal queda organizado así :

En Bogotá queda establecida la Oficina de Medicina Legal con sus dependencias, Laboratorios de Toxicología y Anfiteatro, y el siguiente personal y asignaciones mensuales :

Un Médico Jefe.....	\$ 200
Dos Médicos Legistas, cada uno.....	150
Dos Ayudantes, cada uno.....	50
Un Portero Escribiente....	40

LABORATORIO DE TOXICOLOGÍA

Un Químico Toxicólogo.....	150
Un Ayudante del Químico.....	40
Un Sirviente.....	20

ANFITEATRO DE MEDICINA LEGAL

Un Receptor de cadáveres.....	50
Dos Sirvientes, cada uno.....	25
Un Portero	20

Artículo 2º En cada una de las capitales de Departamento, con excepción de Cundinamarca, se organiza una Oficina de Medicina Legal, con el siguiente personal y asignaciones mensuales :

Dos Médicos Legistas, cada uno.....	\$ 80
Un Portero Escribiente....	20

Artículo 3º Los médicos colombianos con título, que quieran prestar sus servicios como Médicos Legistas, se inscribirán ante el Alcalde del Municipio de su residencia, presentando el título que los acredita como médicos; y firmarán la diligencia de inscripción por cuadruplicado, para distribuírlas así: un ejemplar a la Sección correspondiente del Ministerio de Gobierno, uno a la Oficina de Medicina Legal de Bogotá, uno a la Oficina de Medicina Legal Departamental y otro que queda en la Alcaldía respectiva.

Artículo 4º La Oficina Central de Medicina Legal, que es la de Bogotá, atenderá los asuntos de la capital y las consultas que hagan en última instancia los Tribunales de la Nación, los Jueces y Tribunales de Cundinamarca.

Artículo 5º Las Oficinas de Medicina Legal Departamentales atenderán los asuntos de la respectiva capital, Juzgados y Tribunales de su Departamento.

Artículo 6º En los Municipios el funcionario de instrucción que necesite servicios médico-legales, llamará a dos de los inscritos en su Municipio, quienes devengarán por sus servicios honorarios, así:

Por cada primer reconocimiento con dictamen escrito.....	..S 2 ..
Por otros reconocimientos en la misma persona.....	.. 50 ..
Por cada autopsia en cadáver de adulto, antes de llevarse a cabo la inhumación.....	.. 10 ..
Por autopsia de niño, en las mismas condiciones 10 ..
Por autopsia de adulto, debiéndose llevar a cabo la exhumación.....	.. 20 ..
Por autopsia de niño, en las mismas condiciones	20 ..

Parágrafo 1º Los Médicos Legistas devengarán viáticos a razón de treinta centavos por kilómetro recorrido, computada la distancia por una sola vez.

Parágrafo 2º Las cuentas de cobros por valor de estos servicios serán cubiertas con fondos nacionales a la

presentación de la respectiva cuenta de cobro en la Administración de Hacienda Nacional del Departamento; y se remitirá una copia a la Oficina Médicolegal de Bogotá.

Artículo 7º Los trabajos de química toxicológica se practicarán por el Químico del laboratorio de Bogotá, con su Ayudante. Una vez ordenados en cada caso esos trabajos por la autoridad competente, la Oficina Médicolegal del respectivo Departamento solicitará su ejecución de la Oficina Toxicológica de Bogotá, a la cual remitirá las vísceras y demás elementos o datos que sean necesarios para el examen científico.

Artículo 8º Cuando ocurra el caso de diligencias médicolegales en Municipios donde no hay Médicos Legistas inscritos, ocurrirá el funcionario instructor al Municipio más próximo en que los haya.

Artículo 9º Organizado el servicio, por nombramientos del Ministerio de Gobierno, las vacantes que se presenten serán llenadas en el personal científico, así: al Médico Jefe lo sustituye el Médico Legista de mayor antigüedad en el servicio; las vacantes de Médicos Legistas se surtirán por concursos, ante un Jurado de calificación, compuesto, en Bogotá, por un Médico Legista, el Jefe de la Oficina y un Profesor nombrado por el Ministerio de Gobierno. En las capitales de los Departamentos formará el Jurado un Médico Legista y dos Profesores nombrados por el Gobernador del Departamento.

Los puestos de Ayudantes de la Oficina de Bogotá se reemplazarán por concurso entre los alumnos de la Facultad que hayan ganado con la mayor calificación el curso de Medicina Legal.

Artículo 10. Los gastos que demanda este servicio se incluirán en el respectivo Presupuesto Nacional.

Artículo 11. Facúltase al Ejecutivo para adquirir en compra o en arrendamiento el Anfiteatro de Medicina Legal que el Departamento tiene construído en San Diego de esta ciudad.

Artículo 12. El Médico Jefe y los Médicos Legistas en

la Oficina Central de Bogotá dictarán todos los meses sendas conferencias prácticas en el Anfiteatro o en el Laboratorio de Toxicología, a las cuales deberán asistir los cursantes de Medicina Legal en la Facultad de Bogotá.

Artículo 13. Para obtener el diploma de Médico Legista se necesita, además, del título de Médico Cirujano, la comprobación de haber ganado los siguientes cursos :

Química general orgánica e inorgánica, *in extenso*.

Toxicología, *in extenso*.

Legislación criminal.

Psiquiatría.

En las Facultades oficiales de Medicina se abrirán los indicados cursos, y el Gobierno determinará el tiempo en que deben hacerse.

Artículo 14. Por el Ministerio de Gobierno se dictarán los reglamentos que demanda la presente Ley, para que el servicio sea completo y oportuno.

Dada en Bogotá a veintiséis de octubre de mil novecientos catorce.

El Presidente del Senado,

JOSÉ MARÍA RUIZ

El Presidente de la Cámara de Representantes,

ARISTÓBULO ARCHILA

El Secretario del Senado,

Carlos Tamayo

El Secretario de la Cámara de Representantes,

Fernando Restrepo Briccño

—
Poder Ejecutivo—Bogotá, octubre 29 de 1914.

Publíquese y ejecútese.

JOSE VICENTE CONCHA

El Ministro de Gobierno,

MIGUEL ABADÍA MÉNDEZ

De periódicos.

Variaciones morfológicas y patógenas de los microbios por la acción de los rayos ultravioleta—La señorita H. V. Henri ha descubierto nuevas propiedades de los rayos ultravioleta al actuar sobre los cultivos bacterianos. Desde hace algunos años conocemos la acción abiótica intensa de dichos rayos, y de esta acción se han sacado importantes aplicaciones en terapéutica. Pero cuando la exposición a los rayos ultravioleta es insuficiente por su duración para producir la muerte de las bacterias, ocasionan en éstas variaciones en la constitución físicoquímica, que se traducen, en último resultado, por variaciones morfológicas y hasta patógenas, consiguiendo, en unos casos, el retroceso de la especie a su forma original, y en otros, formas estables. Los experimentos practicados consistieron en someter emulsiones de bacilos de carbunco en tubos de cuarzo a la acción de las radiaciones procedentes de una lámpara de vapores de mercurio durante uno a cuarenta minutos.

Ha llegado a obtener varias formas, y en vez de filamentos largos, compuestos de bacilos unidos por sus extremos, ha conseguido, en unos casos, bacilos cortos y gruesos, que después de cierto tiempo recobraron su forma primitiva, y en otros, cocos y bastones de forma rara, que no toman el gram y que permanecieron con su forma más de dos meses.

Ha obtenido, sobre todo, una que llama γ , en forma de filamentos largos que no toman el gram.

y cuyos cultivos en gelosa constituyen colonias de contornos sinuosos, amarillentos o naranjados, que se desarrollan difícilmente en caldo y con abundancia en suero y patata. Esta bacteria no liquida la gelatina, no coagula la leche y jamás forma esporos.

Desde el punto de vista patógeno se diferencia también esta bacteria de la de carbunco. En el conejo de Indias y en el ratón se obtiene, inoculándolos, una enfermedad distinta del carbunco. En el punto de inoculación aparece al día siguiente edema, en el que se encuentran bastones y cocos. La enfermedad dura de diez a veinte días, ocasionando un adelgazamiento grande del animal inoculado, y en la autopsia se encuentran derrames serosos en el peritoneo, la pleura y el pericardio, y abscesos múltiples en el bazo, hígado y pulmones.

Los trabajos de V. Henri son, por consiguiente, interesantísimos, por cuanto demuestran la posibilidad de transformar una bacteria en otra dotada de propiedades morfológicas y hasta patógenas, distintas sólo por la acción de medios físicos.

Concepto de Vaughn sobre la infección—No es tan sencilla como a primera vista podría parecer la composición química de las bacterias y, sobre todo, lo que se refiere a su molécula de proteína. Según V. C. Vaughn, de dicha molécula se obtienen, cuando menos, dos hidratos de carbono, uno de los cuales está unido al grupo proteína, ignorándose la posición del otro. Se obtienen, además, bases nucleínicas y mono y diamidoácidos. Se ha conseguido también aislar en estado de pureza una molécula tóxica que entra en la composición de todas las proteínas de las bacterias patógenas o nó, siendo siempre el mismo el tipo de proteína de que deriva. Este núcleo tóxico no está libre en ninguna proteína; pero que-

da en libertad después de la lisis parcial de la molécula compleja.

No se conoce la verdadera naturaleza de este veneno. No es una toxina en el sentido ordinario de la frase, porque no le destruye el calor ni sensibiliza a los animales. Tampoco es un amino ácido, aunque tiene, según se cree, cierta analogía con éstos, y es muy probable que sea afine a la histamina de Barger y Dale. Es posible obtener el veneno proteína de la edestina y de la zeina, las dos proteínas más puras que se conocen; pero no de las sustancias albuminosas que no son proteínas.

Estos datos son interesantes para conocer la génesis de las enfermedades infecciosas. Sabemos, en efecto, que todos los agentes infecciosos poseen caracteres comunes. Viven, se multiplican y en su composición química entran principalmente proteínas. Se alimentan, asimilan y excretan, utilizando, igual que las demás células vivientes, sólo ciertas sustancias como alimentos. Para asimilar sus alimentos necesitan transformarlos por medio de fermentos, que son de dos clases: uno extracelular, de acción analítica y que se defiende más o menos de la célula y ataca las sustancias sobre las que es capaz de obrar, preparándolas para que puedan ser absorbidas; otra intracelular, de acción sintética, que sirve para asimilar las sustancias absorbidas. Estos procesos de lisis de ciertas sustancias nutritivas y de síntesis en la proteína bacterica, conducen a la multiplicación de las células bactericas y a la producción de una cantidad excesiva de proteína bacterica extraña en el organismo infectado.

Estos procesos exigen para su producción tiempo y condiciones favorables. El tiempo durante el cual se producen, constituye el período de incu-

bación de la enfermedad. En este período las células bacterianas suministran los fermentos, las albúminas del huésped, el substratum, y el proceso es una síntesis de proteína bacteriana. Pero a la vez se produce otro proceso en el organismo del huésped. Algunas de las células de éste adquieren una nueva propiedad: la de atacar y destruir la proteína de la célula bacteriana. Cuando esta propiedad llega a cierto punto, la proteína defensiva supera a la ofensiva del agente infeccioso y éste es destruído. Los fermentos extra e intracelular de las células del huésped descomponen la proteína bacteriana y dejan libre el veneno que contienen. En este período el huésped enferma, presentándose los síntomas propios de la afección. Las condiciones se invierten entonces; los fermentos son suministrados por la célula del huésped, y la proteína bacteriana constituye el substratum. Hay lisis de la molécula proteína bacteriana.

El carácter patógeno de los organismos vivientes depende de varios factores. Debe ser capaz de vivir y multiplicarse en los tejidos del animal, para lo cual necesita poder atacar alguna de las albúminas de éste y convertirla en proteína propia.

No siendo, según esta hipótesis, específico el veneno proteína, ¿cómo se explican las diferencias en las enfermedades infecciosas? Hasta ahora sólo se ha estudiado el veneno proteína, que queda libre al ser descompuesta la proteína bacteriana; pero es probable que se formen también otros productos específicos y selectivos de ciertos tejidos del huésped, lo que determina la localización del ataque bacteriano. La molécula proteína bacteriana es muy compleja y elabora fermentos que son capaces de atacar sólo ciertas sustancias muy específicas. La compo-

sición de la proteína de las células animales es también muy compleja, por cuya razón el ataque de una bacteria dada se localiza en aquellos órganos y tejidos cuyas células contienen las sustancias convenientes para la bacteria.

Si la multiplicación del agente infeccioso es rápida, las enfermedades son agudas y crónicas cuando el proceso es lento. Si las sustancias nutritivas para el agente infeccioso se limitan a un número muy reducido de células del huésped, la enfermedad es local, y general si dichas sustancias están repartidas por todo el organismo.

La fiebre es un proceso beneficioso, por ser resultado de la reacción de las células del animal contra el veneno proteína, que deja libre la proteína extraída del agente infeccioso.

El veneno proteína, causa de la enfermedad infecciosa, no es específico, puesto que puede obtenerse por la desorganización conveniente de toda proteína verdadera. En cambio hay motivos para creer que es el factor etiológico de todas las enfermedades febriles. En efecto, todas las bacterias y todas las proteínas ceden el veneno. Inyectado, produce síntomas idénticos, sea cual fuere el origen del veneno. Las graduaciones en las dosis y en los intervalos de su administración permiten producir las diversas formas de fiebre: la aguda mortal, la crónica curable, la de tipo intermitente o remitente. Este veneno debe probablemente su acción tóxica a su capacidad de combinarse con algunas sustancias secundarias procedentes de la destrucción de la proteína en las células del animal.

Infección neumónica y neumonía lobular—Según R. Cole (del Instituto Rockefeller, de Nueva York), la neumonía lobular es una infección tan definida desde el

punto de vista clínico, que casi es inútil decir que depende de un solo factor, el neumococo.

Existen dudas respecto a este punto, porque se sabe que dicho organismo es un huésped normal de la boca en muchas personas sanas, y parece, por lo tanto, que debe influir algún otro factor en la producción de la neumonía. El neumococo es susceptible también de hacerse patógeno para el hombre, produciendo, no la neumonía lobular, sino septicemia y un proceso local purulento. A pesar de tales hechos, parece que este organismo desempeña por lo menos una parte decisiva en la producción de la neumonía lobular, porque se encuentra siempre en el sitio afectado; y en muchos casos, en la sangre; es posible producir, experimentalmente en los animales, lesiones análogas, y además algunos ensayos serológicos prueban que su presencia va asociada al desarrollo de los cuerpos inmunizadores y de las toxinas en el líquido sanguíneo del sujeto infectado.

Se ha demostrado experimentalmente en los animales que la introducción de cultivos de neumococos virulentos en los pulmones suele producir lesiones pulmonares típicas, si bien la enfermedad es a veces mucho menos grave y más corta en estos animales que en el hombre. Se ha supuesto que la introducción del neumococo en los bronquios más pequeños produce una exudación de moco espeso, el que a su vez obstruye el bronquiolo, determinando un área de menos resistencia. Algunos creen que para que se desarrolle la neumonía es indispensable una lesión local de las vías respiratorias, y la gran frecuencia con que los traumatismos del pecho son seguidos de dicha enfermedad, concuerda al parecer con esta hipótesis. Otros explican el desarrollo de la neumonía lobular por hacer el organis-

mo que origina la infección mucho más virulento que el que habita de ordinario en la boca. Otros, por último, han supuesto que hay disminución previa de resistencia del organismo respecto al neumococo. Fundan su opinión en la frecuencia de un catarro agudo o de algún otro padecimiento agudo ligero de las vías respiratorias o de alguna enfermedad debilitante anterior a la neumonía.

La explicación más probable de las relaciones entre el neumococo y la neumonía lobular es la siguiente: este organismo es idéntico en la boca que en el pulmón infectado, al menos en sus caracteres esenciales; desempeña un papel importantísimo en la producción de la neumonía lobular, siendo probablemente el verdadero factor etiológico; se hace patógeno para el hombre y ocasiona la enfermedad cuando existen a la vez dos o más de los factores siguientes: aumento probable de virulencia, disminución de la resistencia normal del sujeto, existencia de lesiones respiratorias locales.

El neumococo es susceptible de producir dos reacciones distintas en el hombre y en los animales: una reacción local, causa de la lesión anatómica pulmonar en la neumonía, y una reacción general. No queda siempre localizado en la lesión pulmonar, sino que en algunos casos se encuentra en la sangre. La presencia del neumococo en la circulación de un enfermo de neumonía lobular es de pronóstico grave.

Los estudios recientes sobre la química del neumococo han demostrado que este organismo deja libre una sustancia tóxica capaz de alterar la sangre hasta el punto de poner en libertad la metahemoglobina, disminuyendo por lo tanto la cantidad de oxihemoglobina en circulación. El neumoco-

co disminuye además de un modo notable la proporción de oxidasa que existe normalmente en la sangre. Aumenta también la cantidad de ácido glucurónico que, como es sabido, está asociado a la producción de toxinas. Estas observaciones indican que el neumococo produce una toxina durante la neumonía.

Contra la hipótesis de la formación de toxinas puede citarse el hecho de que en los conejos normales es imposible producir la muerte, ni aun síntomas, por las inyecciones de sangre de otros conejos moribundos a consecuencia de una infección neumocócica. La lisis artificial de neumococos produce una toxina capaz de determinar la disminución de la capacidad de oxígeno de la sangre *in vitro*. Puede citarse, además, en favor de la producción de toxinas por el neumococo, la posibilidad de inmunizar animales activa y pasivamente. Es posible también demostrar la existencia de aglutininas en el suero del hombre y de los animales infectados.

Se ha creído también que el fenómeno de la crisis es debido a la formación de sustancias inmunizadoras en cantidad suficiente para contrarrestar la acción de los neumococos. Esta hipótesis es negada, al parecer, por el hecho de que la enfermedad puede reincidir o propagarse a otra zona pulmonar en las veinticuatro horas que siguen a una crisis típica. El suero de enfermos en el período de crisis, administrado a los animales, les protege contra una dosis de neumococos que de lo contrario sería mortal; estos cuerpos inmunizadores se encuentran en mayor abundancia en la sangre de los enfermos en las veinticuatro horas que preceden a la crisis y

durante las veinticuatro o cuarenta y ocho horas que la siguen.

Mientras persiste el proceso neumocócico hay aumento progresivo en el número de leucocitos existentes en la lesión pulmonar. Llegan, por último, a tal abundancia, que contrarrestan la acción antifermentativa de los neumococos, y por sus propios fermentos disuelven éstos y la fibrina. Además de esta acción lítica de los fermentos leucocíticos, el proceso de bacteriolisis produce sustancias nocivas para los neumococos. Sin embargo, la resolución no coincide siempre con la curación, lo que hace suponer que en el proceso curativo de la pulmonía influyen otros factores desconocidos.

Hasta ahora se conocen cuatro clases de neumococos. Tres son idénticas por sus caracteres morfológicos y de cultivo, pero el cuarto, el neumococo mucoso, está envuelto en una cápsula muy gruesa. Se distingue también de las otras variedades por no producir cuerpos inmunizadores ni la aglutinación mientras que va envuelto en su cápsula resistente; pero destruída ésta sin lesionar el neumococo, produce igual que las otras variedades cuerpos inmunizadores y fenómenos de aglutinación.

Estos estudios de inmunidad han inducido a estudiar la posibilidad de utilizar los cuerpos protectores que producen en el hombre y en los animales los neumococos. Se ha conseguido inmunizar los caballos contra los neumococos pertenecientes a los dos primeros grupos.

Fundándose en estos datos se ha principiado a tratar la neumonía por métodos al parecer racionales. El doctor Cole aconseja, en cuanto se ve a un neumónico hacer un cultivo de la sangre o de los esputos, y una vez demostrado que el neumococo

pertenece a los dos primeros grupos, administrar el suero en inyección intravenosa, principiando por dosis de dos centímetros cúbicos. His emplea en inyección el extracto de leucocitos.

Estos ensayos son muy recientes y nada puede decirse respecto al valor del nuevo método curativo.

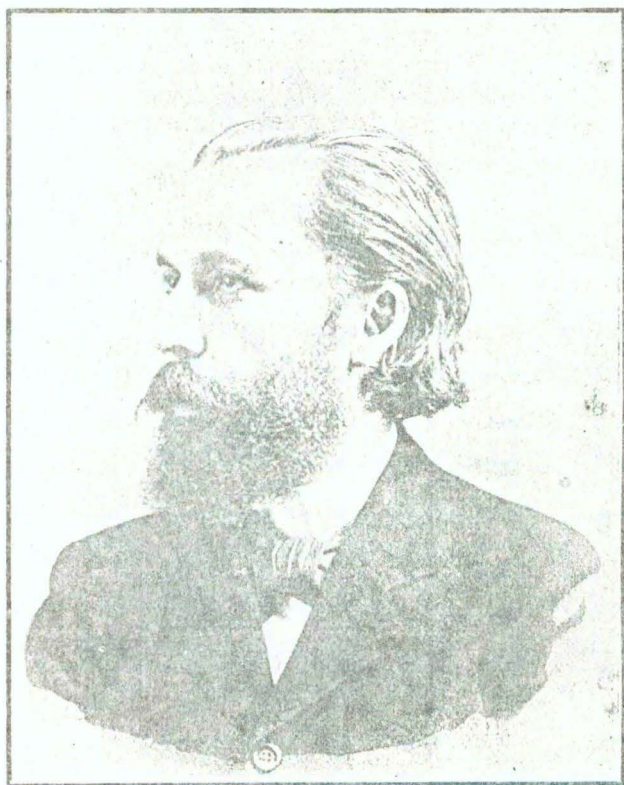
Necrología.

En los primeros días del presente mes falleció en esta ciudad el doctor LUIS FERNANDO OTERO, de los primeros médicos graduados en la actual Facultad de Medicina, donde dejó buenos recuerdos por su consagración a los estudios médicos. Durante treinta años ejerció la profesión en el Departamento de Santander, donde se hizo acreedor a la estimación general por la manera como prestó sus servicios médicos a su clientela, y por sus esfuerzos en beneficio de la instrucción pública.

Fue miembro de la Sociedad de Medicina de Santander mientras ejerció su profesión en Bucaramanga, y a esa Sociedad, que hoy por fortuna ha renacido, prestó el doctor OTERO el contingente de sus luces.

Hacía pocos años que se había trasladado a Bogotá a fin de dar a su familia la esmerada educación que recibió, y donde deja gratos recuerdos como miembro del Club Médico y entre todos sus colegas.

Enviamos muy sincero pésame a toda su familia, y en especial a nuestro colega doctor Alfonso Otero, ausente hoy de la capital en servicio del país.



Doctor Juan E. Manrique.

6 de marzo de 1861 † 13 de octubre de 1914