

REVISTA MEDICA

DE BOGOTA

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

PUBLICACION MENSUAL

Redactores { 1.º, DR. JOSE MARIA LOMBANA BARRENECHE
2.º, DR. CARLOS MICHENSEN U.

Dirección telegráfica, ACADEMIA—Bogotá—Apartado de Correos número 52

Agente en Barranquilla, Dr. Pedro Quesada Romero

Agente de publicidad en Europa, M. A. LORETTE, Director de la *Société Mutuelle de Publicité*, 61, rue Caumartin, París.

La correspondencia y los canjes deben dirigirse así: *Revista Médica*—Bogotá—Colombia—Apartado 52.

Los anunciadores europeos se dirigirán a M. A. Lorette (61, rue Caumartin—París), para la publicación de sus anuncios en la *Revista Médica*.

Adresse pour la correspondance et les échanges: *Revista Médica*—Bogotá—Colombia—Apartado 52.

Les annonceurs européens son priés de vouloir bien s'adresser à M. A. Lorette (61, rue Caumartin—París), pour la publication de leurs annonces dans la *Revista Médica*.

CONTENIDO

	Págs.
Trabajos originales. —Contribución al estudio del beriberi.....	161
Notas sobre transmisión, profilaxis y tratamiento de la fiebre amarilla, por el Dr. Oscar A. Noguera. (Continuación).....	169
Informaciones científicas.....	188
Personal	189
Drogas nuevas.....	190
Cuadro de la mortalidad en Bogotá en Agosto de 1903.....	191
Boletín meteorológico del mes de Septiembre de 1903.....	192

TÓNICO — RECONSTITUYENTE
FEBRÍFUGO

QUINA-LAROCHE

ELIXIR VINOSO

EXTRACTO
COMPLETO DE LAS 3 QUINAS

El **QUINA-LAROCHE** es de un sabor agradable y muy superior á todos los demás Vinos y Jarabes de Quina.

Se emplea en los casos de : Males de Estómago, Falta de Fuerzas, Calenturas, etc.

QUINA-LAROCHE FERRUGINOSO contra la Anemia, Clorosis, Convalecencias, etc.

QUINA-LAROCHE FOSFATADO contra el Linfatismo, Escrófulas, Infartos de los Ganglios, etc.

PARIS, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques y en las buenas Farmacias. 548

CLIN & C^{ie}

SOLUCIÓN de Salicilato de Sosa del **Doctor CLIN**

Laureado de la Facultad de Medicina de París.

Dosificación rigurosa,
Pureza absoluta, Sabor agradable.
2 gr. Salicilato de Sosa por cucharada grande.

Es el Mejor Modo de administrar
el Salicilato de Sosa. 530

VINO NOURRY

Yodotánico

Exento de cualquier yoduro alcalino.

SABOR AGRADABLE — ASIMILACIÓN PERFECTA
Cinco centigr. de Yodo | por cucharada grande.
Diez centigr. de Tanino

INDICACIONES : Linfatismo, Anemia,
Menstruación difícil. 530

DOSES : Adultos, una cucharada de las de sopa | 4 veces
Niños, una cucharada de las de café. | con leche.

GRAJEAS DE **HIERRO RABUTEAU**

Laureado del Instituto de Francia (Premio de Terapéutica).
Protocloruro de Hierro (0 gr. 025 por grajea).
Fácilmente solubles en el estómago, son absorbidas al estado de Cloroalbuminato de Hierro.

Los trabajos más recientes las consideran como el Verdadero Específico de la Cloroanemia
NI ESTREÑIMIENTO, NI DIARREA 531

LICOR del **D^r LAVILLE**

Gota aguda ó crónica.
Reumatismo gotoso.

Sedación inmediata de los accesos y del dolor sin temor á repercusión.
Disolución de los tofos.

DOSES : Desde media hasta tres cucharadas de las de café por día. 532

CLIN & C^{ie} — F. COMAR & FILS (CASAS REUNIDAS)
20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS 533

REVISTA MEDICA DE BOGOTA

Organo de la Academia Nacional de Medicina

REDACTORES

1.º, Dr. José María Lombana Barreneche—2.º, Dr. Carlos Michelsen U.

TRABAJOS ORIGINALES

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL BERIBERI

Historia—Definiciones—Etiología.

El *beriberi* es una enfermedad de origen asiático, conocida de los chinos muchos años antes de la Era cristiana y descrita por ellos con el nombre de *kakké*, derivado de dos palabras que significan *piernas* y *enfermedad*. También la llaman *kiokki*.

Creemos que el *beriberi* es lo mismo que se llama en las Antillas *enfermedad de los obreros de los ingenios*, *hinchazón de los chinos y negros*, en Ouba; *hinchazón* por los portugueses; *loempoe*, en Java; *ponjakit* (enfermedad de cristal), en la isla de Bauka; *ponjakipapuna*, en la Nueva Guinea; *enfermedad de flaqueza ó de debilidad*, en la isla de Ceilan, y la llamada *asma marina* por Rogers en 1808, y *miclopatía trófica ó escorbútica* por Meyger en 1863.

El nombre de *beriberi* fue usado primero en nosología por Jacobo Bontius en su libro *Medicina Indorum*, publicado en 1629; según él esta palabra es derivada de *b'hayree*, que entre los marineros del Hindostán denota cierta flojedad en las piernas que los obliga á caminar como en un buque. Carter la observó en Arabia en las orillas del mar Rojo, y cree

que la palabra *beriberi* viene de las voces árabes *buhr* y *bari*; *opresión, asma marina*.

La etimología más probable es la propuesta por Marshall y aceptada por Littré y Robin, según ellos *beriberi* es una modificación del nombre dado por los zingaros á una dolencia que produce debilidad, llamada *banr-bari*. James Lind describió en 1777, con el nombre de *baobiers*, una enfermedad frecuente en la India, idéntica al *beriberi*, que de diez y siete años á esta parte está llamando la atención de los médicos colombianos por su presencia en Panamá y en la costa del Pacífico, sobre todo en el puerto de Buenaventura.

Muchos escritores modernos creen que el *beriberi* de la China desapareció de ese país por más de *dos* centurias; que de allí pasó al Japón, donde á mediados del siglo penúltimo adquirió desarrollo considerable. Las epidemias principales se localizaron por los años de 1740 en adelante en las ciudades de Kioto y Tokyo, y de allí pasaron á varias ciudades de la costa y del interior. Desde Kokodate, al Norte, y Nagazaky, al Sur, en toda la costa existe el *beriberi* endémicamente.

Las Indias holandesas son uno de los principales centros, y es muy frecuente en Sumatra, Borneo, Java, las Célebes, las Molucas, en las Mauricias, la Reunión, Madagascar, Zanzíbar y Adem, en el Congo y en el Senegal. Es endémica en Tonkín, Cochinchina, el Reino de Siam, la península de Malaca, Singapore, Tasmania, en la isla de Ceilán, en la costa de Coromandel, etc.; y se ha observado en Australia y la Nueva Caledonia, etc.

Fue importada á América, y primitivamente fue observada en este continente en Guadalupe, Cuba, las Guayanas. Algunos autores de los Estados Unidos dicen que han observado en algunos pescadores una enfermedad considerada como neuritis periférica, muy semejante á las descripciones del *beriberi*.

En el Brasil se diagnosticó primero esta enfermedad en 1866 por el Dr. Patterson, médico inglés que residió por algunos años en ese país. Los primeros casos fueron observados en Bahía en 1863, y desde entonces se ha notado su desarrollo endémico en otros lugares. Se cree que solamente desde esa época fue reconocida, pues parece fuera de duda

que la enfermedad que atacó epidémicamente en Marianna y Diamantina, ciudades del estado de Minas, de 1858 á 1873, fue el *beriberi*. De Bahía se transmitió la enfermedad á las ciudades de la costa norte al Pará, donde después de una primera epidemia se hizo endémica. Pasó de allí á Espiritu Santo, á Río Janeiro, San Paulo, Paraná, Santa Catarina, y luégo penetró en algunos lugares del interior, desarrollándose en el Alto Amazonas.

Probablemente de las Antillas fue importada á Colombia (Istmo de Panamá y Buenaventura), pues la enfermedad era desconocida en todo el litoral del Pacífico en Sur América, y creo que hoy no existe sino en la costa colombiana.

En efecto, el primer trabajo conocido entre nosotros es el muy interesante del Dr. Evaristo García, de Cali, publicado en el *Boletín de Medicina* del Cauca en Julio de 1887.

Dice el Dr. García que la enfermedad apareció en Buenaventura en casos aislados desde 1884, y que en el mismo año pasó á Córdoba, pequeña población á orillas del río Dagua, distante treinta y tres millas y media de Buenaventura y unida á este último por una vía férrea. En esa época se presentaron algunos casos aislados, que fueron haciéndose más numerosos hasta 1887.

En Septiembre de 1887 escribió también un largo y concienzudo artículo sobre esta enfermedad el Dr. Daniel Quijano W., quien la observó en Buenaventura, y especialmente en el hospital de la empresa del Ferrocarril. Desde esta época se ha hecho endémica allí.

DEFINICIÓN

A. A. de Azevedo Sodre, de Río Janeiro, define esta enfermedad como una infección, muy probablemente contagiosa, que se desarrolla endémica ó epidémicamente en ciertos lugares tropicales ó subtropicales, caracterizada por desórdenes motores y paresia en las extremidades, acompañada algunas veces de edemas é hidropesía ó atrofas musculares, síntomas sensoriales, desórdenes viscerales, especialmente cardíacos y pulmonares; por una marcha crónica interrumpida en algunos casos por exácervaciones agudas de los síntomas existentes y aparición de nuevos, produciendo á veces la muerte con rapidez por asfixia ó por síncope.

Muchos escritores modernos que se han ocupado en esta enfermedad han producido gran confusión, porque han descrito como *beriberi* muchos casos de polineuritis alcohólica, algunas formas de mielitis difusas, de caquexia palúdica, etc., así como han llamado anemia progresiva, edema pernicioso, asma hidrópica, mielitis, malaria, polineuritis infecciosa muchos casos de verdadero *beriberi*. Otros han dividido el *beriberi* en dos entidades distintas, por las dos formas más notables de la enfermedad: la edematosa ó hidrópica y la parálisis atrófica; pero las variadísimas formas intermedias y mixtas que se presentan hacen ver una sola entidad y demuestran su unidad patológica.

Para nosotros el *beriberi* es una polineuritis infecciosa epidémica, caracterizada por paresia en las extremidades inferiores, algunas veces edema, dolores circulares en las piernas, que ascienden hasta el tronco; de marcha crónica en la generalidad, pero sujeta á exacerbaciones agudas que pueden producir la muerte por asfixia ó por síncope, pero que es curable en la mayoría de los casos, cuando los pacientes abandonan los focos de infección.

Según estas definiciones y las descripciones hechas recientemente por escritos del Japón, el Brasil y las Indias holandesas, se ha fijado definitivamente el lugar que debe ocupar el *beriberi* en el cuadro nosológico, y se ha demostrado que el *beriberi* de las Indias orientales y del Brasil, así como el *kakké*, el *barbiors* de las Islas Marianas, la *enfermedad* de Ceilán, el *morbis innominatus*, la *enfermedades des lucreries* de las Antillas y las formas llamadas por algunos médicos hidropesía asmática y edema pernicioso, son la misma enfermedad.

ETIOLOGÍA

Parece fuera de duda que el *beriberi* es de naturaleza microbiana, producido por la presencia de una bacteria. Los médicos del Brasil fueron los primeros que lanzaron esta teoría, desde los trabajos de Pereira (Pacífico) de Bahía en 1881, que encontró la relación que existe entre la presencia de cierto microorganismo en la sangre y el desarrollo del proceso patológico. En 1883 el Dr. Lacerda, de Río Janeiro, insistió sobre su naturaleza microbiana y observó que el germen que lo produce presenta variadas formas, según las circuns-

FARMACIA Y DROGUERIA DE JOSE MARIA BUENDIA E HIJOS

Surtido completo de drogas, productos químicos, medicinas de patente, materiales esterilizados para curaciones según los procedimientos científicos más modernos, etc., etc. importados de las mejores casas de Europa y de los Estados Unidos.

Despacho esmerado de fórmulas con drogas frescas de primera calidad.

Se encuentran, además, los siguientes artículos: Atomizadores de vapor, bragueros, bocs para lavados, cánulas, vaginales de vidrio, caucho para repuestos, cajas de madera, viruta y cartón, cojines de caucho para inválidos. Duchas nasales. Especulums Fergusson, esencia mineral para termocauterio, fajas abdominales, medias elásticas, geringas de todas clases, pesorido, suspensores, sondas, termómetros clínicos y para baño, vasos para enfermos, etc., etc.

Se acaban de recibir: Aconitina y digitalina cristalizadas, cocadilato de soda, cápsulas de Roquin al bálsamo de copaiba y de Cognet al eucaliptol, diyodoformo, dermatol, hierro Rabuteau, grajeas de Cognet al protoxalato de hierro y ortoformo.

Ventas por mayor y al detal; en las ventas por mayor se hacen concesiones especiales. Empaques muy cuidadosos.

NOTA.—Cuando el médico necesite que una fórmula le sea despachada inmediatamente, bastará que lo indique en ella para que sea preferida en el turno, sin recargar por esto su valor.

Bogotá, Calle 3.^a de Florián, números 280, 282, 286 y 288. Apartado número 71. Dirección telegráfica: DIA.

Últimas publicaciones de Medicina editadas
por la CASA DE HERNANDO Y C.^{ta}, ARENAL 11 Y
QUINTANA, 31, MADRID:

TRATADO

DE

MEDICINA Y DE TERAPEUTICA

PUBLICADO EN FRANCIA BAJO LA DIRECCIÓN DE LOS DOCTORES

P. BROUARDEL

MIEMBRO DEL INSTITUTO, DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE PARÍS,
MÉDICO DE LA CARIDAD

A GILBERT

Profesor Arreglado á la Facultad de
Medicina de París, Médico del Hospital
Broussais

S GIRODE

Médico de los Hospitales de París
Auditor en el Comité de Higiene Pública
de Francia.

Con la colaboración de los doctores

AUCHE, BALZER, BARBÉ, BOINET BOULLOCHÉ, BROUARDEL,
CHAUFFARD (A), COURMONT, DE GENNES, DESCHAMPS,
DUPRÉ GAILLARD, GAUCHER, GILBERT, GIRODE,
GOMBAULT (A), GRANCHER, GUINON (L), HALLOPEAU, HANOT,
HAYEM, HUDELO, HUTINEL, JACQUET, LABOULBÈNE,
LANCEREAUX, LANDOUZY, LAVERAN, LEGROUX, LETULLE,
LION, MARFAN, MENETRIER, MEKLEN, MOSNY, NETTER,
PARMENTIER, RICHANDIÈRE, ROGER, ROQUE, SIREDEY (A),
STRAUS, SURMONT, TEISSIER, THOINOT, VAILLARD,
WIDAL (E.) Y WURTZ (R.)

Traducido al castellano por D. José Núñez Granés.

Diez tomos en 4.^o mayor, con grabados intercalados en el texto.

Está ya publicado el tomo I.

Se publica por suscripción y se sirve un tomo cada dos meses, al precio de
15 francos.

Todo suscriptor á esta obra recibirá regalos en Dinero por valor de **102 francos.**

Para ser suscriptor basta dirigirse á la Casa de Hernando y C.^{ta}, Arrenal 11,
y Quintana, 31, la cual se encarga de servir los tomos en el domicilio del sus-
criptor y de pagar por su importe, contra el mismo, en tres plazos de **50 francos**
cada uno, más el importe del franqueo y certificado de los tomos y de los regalos.

Tratado de Cirugía clínica y operatoria, publicado en Francia bajo
la dirección de A. Le Dentu y Pierre Delbet. Traducido al castellano por D. José
Núñez Granés, y anotado por D. Federico Rubio y Galí. — Diez tomos en 4.^o pro-
longado, **156 francos.** Está ya publicado el tomo VII.

Medicaciones modernas.—*Seroterapia*, por D. José Núñez Granés. Un
tomo en 4.^o menor. Madrid. 1899. — Precio: **5** tomos en rústica y **6** en tela.

Formulario Terapéutico, para uso de los prácticos, por J. B. Fonsa-
grives. Segunda edición corregida y aumentada, con todos los medicamentos y me-
dicaciones modernas. Un tomo en 4.^o menor, de más de 500 páginas, encuader-
nado en tela. — Precio: **5 francos.**

NOTA.— Los señores que se suscriban al *Tratado de Medicina y Terapéutica*
de Brouardel, Gilbert y Girode y descen estas obras ó cualesquiera otras de las
que son propiedad de la Casa, pueden pedir las suscripciones y se les
servirán, añadiendo su importe al primer giro que se les haga en contra suya.

tancias diversas en que se observa. Los conejos y los monos inoculados con cultivos de esta bacteria presentaban síntomas de *beriberi*. Los trabajos de Lacerda fueron confirmados por médicos del Japón (Ogatu Masanori y Wallace Taylor) y de las Indias Holandesas (Cornelissen y Snguenoya).

En 1887 Pakellaring y Winkler emprendieron en Batavia estudios sobre la naturaleza del *beriberi*, y de estos estudios, hechos con gran paciencia y enteramente de acuerdo con los métodos modernos aplicados á los estudios bacteriológicos, y después de experimentación con cultivos variados, se puede concluir:

1.º Que bacterias de diferentes figuras, tamaños y propiedades se encuentran en la sangre de los sujetos examinados en los lugares en que han contraído la enfermedad ;

2.º Que inoculaciones hechas en pequeños animales con cultivos de una de estas bacterias, produce una degeneración de los nervios periféricos con más ó menos paresia ;

3.º Que estas inoculaciones no producen resultado sino cuando se repiten diariamente por algún tiempo ; y

4.º Que esta bacteria patogénica vive en el suelo y es arrastrada á la atmósfera. Una solución salina saturada con estos microbios esparcidos en el aire de los barracas ó de los lugares infectados, produce las lesiones características cuando se inocula á los animales.

Otras conclusiones se desprenden de los estudios de estos observadores, y es que la infección del *beriberi* se desarrolla en condiciones algo distintas de las de otras enfermedades infecciosas. En éstas, la introducción del germen patogénico produce la enfermedad y la desarrolla sin que sea necesario una nueva introducción del germen. En el *beriberi* el germen que lo produce, después de vivir y multiplicarse por un cierto tiempo en el organismo, morir y desaparecer de la sangre, se necesitan nuevas y sucesivas introducciones ó inyecciones para que la enfermedad progrese. De allí seguramente su desaparición con el abandono de los lugares infectados.

Las bacterias poliformas á que se atribuye hoy el *beriberi* son muy semejantes á los descritos por los médicos del Brasil, y es muy probable que sean idénticas.

Sin embargo, es aventurado todavía fijar el microorganismo, origen del *beriberi*, y debemos solamente concluir de

todos los estudios y experimentos hechos la naturaleza infecciosa de la enfermedad.

No puede decirse de una manera segura que sea contagiosa, porque á las localidades donde no existe pueden llegar enfermos, y no se ha observado la transmisión á los sanos por el contacto con él.

Hemos visto un gran número de enfermos en la ciudad de Cali, que dista poco más ó menos 15 leguas de los lugares donde hay endemia (hoya del río Dagua y Buenaventura), sin que sepamos que nadie en Cali, que no haya ido á Buenaventura, haya sufrido la enfermedad.

Pueden visitarse por poco tiempo hospitales en que haya enfermos de esta naturaleza, poblaciones en donde haya epidemia ó donde sea endémica, sin que los visitantes sean atacados; pero la permanencia de algunas semanas en estos mismos lugares expone á la enfermedad. (1)

Se citan casos de transmisión en un hospital á enfermos de otra naturaleza, después de más de un mes de la presencia de un beribérico en él. Los médicos del Brasil observaron una epidemia en el vapor *Benjamín Constant*, recientemente construido con todas las condiciones de la higiene moderna. Hizo un viaje á la costa sur del Brasil, regresó al Norte y se estacionó en Pará. Durante este viaje no se presentó el *beriberi*; pero después de un mes de permanencia en Pará, donde esta enfermedad es endémica, se presentó en la tripulación, y fueron atacados más de cincuenta marineros uno en pos de otro, á pesar de la desinfección del buque y de haber desembarcado al regreso á Bahía á todos los enfermos. Sucede también que después de haberse presentado epidémicamente en una localidad, desaparece completamente sin que se haya vuelto á observar. Es el caso de las epidemias observadas en el seminario de Caracas y Marianna (Brasil), en Diamantina, en los estados de Santa Catarina y Paraná y en la ciudad de San Pablo. Parece que el germen que produce la enfermedad no habiendo encontrado en esos lugares

(1) Todos los enfermos que hemos visto en el Cauca han sido procedentes de la costa del Pacífico, y todos la han contraído después de algún tiempo de permanencia en esos lugares.

condiciones indispensables para su desarrollo, como existen en los sitios donde es endémica, hubiera perdido su virulencia y hubiera vivido allí como un saoprofito común.

La cuestión del contagio de esta enfermedad es, pues, muy controvertida; pero es indudable que no puede llamarse contagiosa en el mismo sentido en que lo son la sífilis, la rabia, la viruela y otras enfermedades exantemáticas; pero el proceso de formación de focos epidémicos, su transmisión á diversos lugares antes indemnes y su radicación en algunos sitios como endemia, hacen creer que es transmisible á la manera del tifo, la peste y otras enfermedades infecciosas.

El germen que la produce necesita condiciones especiales de suelo, atmósfera, temperatura, etc., para su vida y desarrollo. Infecciona el aire y puede vivir en el suelo, en los muros de los edificios, etc. Las aglomeraciones humanas ó los despojos de origen animal mejoran el medio necesario para su propagación, y es por esto por lo que las epidemias tienen siempre por foco los asilos, los cuarteles, hospitales, etc. Hay gran variabilidad en las condiciones climatéricas de los lugares en que propaga, porque aunque es verdad que sus sitios de predilección son las costas, la hoya de los grandes ríos, los lugares de suelo húmedo y pantanoso, se ha visto que desaparece completamente de lugares que tienen estas condiciones, después de una epidemia, así como se hace endémica en sitios de condiciones climatéricas enteramente distintos y en lugares donde no hay malaria y cuyo terreno es de naturaleza volcánica. En el Brasil se ha visto en ciudades del interior, en el estado de San Pablo, á muchas leguas de la costa.

La noción del contagio es, pues, puramente teórica y especulativa.

La práctica ha enseñado que puede transmitirse, ya por infección del suelo, por contaminación del aire, del agua, etc., ó por contagio directo ó indirecto; y en tal virtud es considerada como contagiosa por los gobiernos del Brasil, Uruguay y la República Argentina, y en los reglamentos sanitarios de esta última figura al lado de la fiebre amarilla, del cólera, de la plaga bubónica, etc.

Causas predisponentes.

Edad. Los niños son rara vez atacados de la enferme-

dad; pueden casi considerarse como inmunes, así como los viejos.

En una epidemia que se desarrolló á bordo del vapor *Indien* ninguna persona menor de quince años fue atacada, á pesar de ir 56 niños á bordo. De 55 niños que tomaron pasaje en el *Jacques Coeur* ninguno fue atacado, á pesar de que la epidemia diezmo la tripulación. De una estadística de mortalidad en la epidemia de 1889 á 1890 en Río Janeiro, tomamos los datos siguientes:

De 830 muertos por *beriberi*, 2 fueron niños de uno á siete años; 11, de los ocho á los quince; 466, de quince á treinta y cinco; 285, de treinta y cinco á cincuenta; 57, de cerca de cincuenta; y de edad desconocida, 9. De donde se deduce que la edad más propicia para esta enfermedad es de los diez y seis á treinta y cinco años.

Sexo. Algunos creen que el hombre es mucho más predispuesto que la mujer. En la epidemia á que nos hemos referido, en cuanto á la *edad* aparece que de 830 muertos, 720 fueron hombres y 110 mujeres; pero se explica esta diferencia, porque la epidemia se desarrolló principalmente entre los soldados y los marinos.

Todos los médicos del Brasil están de acuerdo en que, en la práctica civil, se encuentra en igual proporción en ambos sexos. Silva Lima cree que la proporción es de 28 hombres por 22 mujeres, lo que es estimado como perfectamente correcto.

Raza. Ninguna raza es inmune. Sin embargo se cree que los negros son menos susceptibles.

Condiciones individuales.

Las personas que llevan vida sedentaria, los empleados de hospitales, asilos, colegios, los militares en guarnición y los marinos, son los más predispuestos.

El estado de mayor ó menor robustez parece que no tiene influencia. Algunos médicos creen que una alimentación defectuosa predispone á la enfermedad; pero los médicos del Brasil que la han estudiado tanto, notan que ataca si no en la misma, en mayor proporción á los ricos, á los que llevan una vida regalada, que á los pobres.

Ataques anteriores de *beriberi* predisponen á la enferme-

dad, y el que la ha sufrido una vez la vuelve á adquirir con suma facilidad. El abuso del alcohol es una de los mayores causas predisponentes, así como la convalecencia de la disenteria, de la viruela, de la fiebre tifoidea y de las fiebres palúdicas. El estado puerperal está en este caso. El puerperio predispone en sumo grado, sobre todo para la forma paralítica.

(Concluirá.)

NOTAS SOBRE TRANSMISION, PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

DE LA FIEBRE AMARILLA

POR EL DR. OSCAR A. NOGUERA

(Continuación)

La operación de la picada comienza por la exploración que hace el mosquito tentando la piel con la punta de su trompa hasta encontrar un lugar conveniente, y entonces se planta con decisión sobre sus seis patas (á veces mantiene las dos traseras levantadas), el tórax fuertemente inclinado hacia abajo, la cabeza y la trompa casi verticales. En seguida, con la simple vista, ó mejor con un vidrio de aumento, se ve la vaina encorvarse hacia atrás en su parte superior y gradualmente doblarse en forma de una < horizontal, cuyas ramas van gradualmente aproximándose á medida que las lancetas penetran en la piel. Estas aparecen en forma de un alambre muy sutil tendido entre las extremidades de la < figurada por la vaina, y se las ve moverse al par que los palpos maxilares, hasta que habiendo penetrado en la luz de algún vaso capilar, el insecto se moviliza mientras se llena, al aparecer sin ningún esfuerzo de su parte, con la sangre roja y caliente de su víctima. Durante esta operación se siente á veces un escozor instantáneo, debido á la saliva que el mosquito vierte en la herida por la extremidad de la vaina cuyo botón se haya cogido en la cisura. El vientre se abulta y la sangre se hace visible al través de sus paredes laterales transparentes.

Esta operación por lo regular dura varios minutos, y yo la he visto prolongarse hasta siete. Sabido es que los mos-

quitos, aunque nunca desaparecen del todo en la Habana, tienen sin embargo épocas estacionales en que son mucho más numerosos que en otras. Su número me ha parecido aumentar progresivamente desde Abril ó Mayo hasta Agosto, para de allí decrecer gradualmente hasta Febrero y Marzo. Pero hay un punto relativo al estudio que venimos haciendo, que no es posible desatender por razón de las numerosas aplicaciones que puede tener en ciertos casos, hasta ahora inexplicados, de reproducción de epidemia de fiebre amarilla, sin nueva importación, en localidades hasta entonces consideradas inmunes. Me refiero á la hibernación del mosquito, fenómeno que no se observa en nuestro clima, á lo menos en todas sus fases, pero que constituye, según las más autorizadas opiniones, el modo regular de propagarse la especie en los climas fríos.

Dice, en efecto, el Dr. Taschenberg: "Las hembras fecundadas de última generación hibernan en los más diversos escondrijos, principalmente en las cuevas de las casas, para luego propagar su especie en la siguiente primavera." En cuanto á las condiciones que favorecen el desarrollo de los mosquitos, citaré el calor, la humedad, la presencia de aguas estancadas, las localidades bajas y oscuras, la ausencia de viento y la estación del verano; pero no estará demás recordar la observación de Humboldt, de que la abundancia de los mosquitos no siempre obedece á condiciones meteorológicas ni topográficas determinadas.

He hablado ya de la dificultad que el mosquito, por motivo de sus alas relativamente pequeñas, necesariamente ha de experimentar para elevarse en el aire después de haberse saciado de sangre. La misma causa impedirá también que el mosquito se aparte mucho del lugar donde haya efectuado su última picadura, y, en general, que pueda mantenerse mucho tiempo en el aire, ni trasladarse á distancias considerables sin posarse. Mas esto no se opone á que, escondido entre la ropa, en un sombrero, en una maleta de viaje, etc., el mosquito, después de una picadura reciente, puede ser transportado á grandes distancias, llevando quizá, en sus lancetas, el germen inoculable de la enfermedad.

En fin, débese tener en cuenta la preferencia que los mosquitos manifiestan hacia ciertas razas é individuos, no-

tándose que la menos atormentada parece ser la africana, y los individuos más perseguidos por ellos los de razas del Norte, recién venidos á las regiones tropicales de América. Parece verosímil que esto obedezca al grado de espesor de la piel y á las condiciones en que se efectúa la circulación capilar cutánea, puesto que esas circunstancias han de influir en la facilidad con que el mosquito hembra podrá procurarse la sangre que necesita para completar el ciclo de su existencia.

Hecha esta larga pero necesaria explicación de los hábitos de nuestros mosquitos de Cuba y del *Culex* mosquito en particular, veamos de qué medios podrá valerse el mosquito para comunicar la fiebre amarilla si esta enfermedad fuese realmente transmisible por la circulación de la sangre. Lo más natural, al hacernos esta pregunta, es poner en la sangre virulenta que el mosquito ha chupado á un enfermo de fiebre amarilla, y que puede ascender á cinco y hasta siete ú ocho milímetros cúbicos, lo mismo que, si el mosquito muriese antes de haberlos digerido, quedarían en excelentes condiciones para conservar durante largo tiempo sus propiedades infectantes. También podrá pensarse sin duda en la misma sangre que, en forma de excremento, deponen los mosquitos en las aguas potables y otras, y que bien pudiese llevar la infección si ésta fuese susceptible de introducirse por la boca. Pero los experimentos de Ffirth y ciertas consideraciones directamente enlazadas con mi modo de apreciar la patogenia de la fiebre amarilla, no me permitían detenerme en ninguno de esos modos de propagación. Voy á decir por qué.

Cuando la Comisión norteamericana de fiebre amarilla, al despedirse de nosotros ahora dos años, nos dejó su valiosa colección de fotografías de las preparaciones microscópicas hechas por nuestro socio corresponsal el Dr. Sternberg, lo que más llamó mi atención fue la circunstancia allí demostrada de que los glóbulos rojos de la sangre salen enteros en las hemorragias de la fiebre amarilla, y comoquiera que esas hemorragias se efectúan á veces sin rotura perceptible de los vasos, era forzosa la deducción de que, siendo este síntoma el carácter clínico más esencial de la enfermedad, habría que buscarse la lesión principal en el endotelio vascular. Pensando luego en las circunstancias de que la fiebre ama-

rilla es transmisible, que no ataca sino una vez á un mismo individuo, y que siempre presenta en sus manifestaciones un orden regular como el de las fiebres eruptivas, llegué á formar me una hipótesis en la que consideraba esa enfermedad como una fiebre eruptiva cuya erección se hiciese en el endotelio vascular. El primer período sería el de la fiebre de invasión, la remisión coincidiría con el período de erupción y el tercer período sería el de descamación. Si esta se efectuara en buenas condiciones, el enfermo sólo presentará los indicios de una filtración exagerada de algunos elementos de la sangre al través del endotelio nuevo; si en malas, el endotelio, mal repuesto, no podrá impedir la salida de los elementos figurados de la sangre, vendrán las hemorragias pasivas y habrá peligro inminente para el paciente.

En fin, asimilando esta enfermedad á viruela y á la vacuua, me dije que para inocularla habría que ir á buscar la materia inocular en el interior de los vasos de un enfermo de fiebre amarilla y llevarla también al interior de un vaso sanguíneo de otro individuo en aptitud de recibir la inoculación. Condiciones todas que el mosquito realiza admirablemente con su picada, y que sería punto menos que imposible á nuestras manos imitar con los instrumentos comparativamente toscos y groseros que puede producir el más hábil de nuestros artesanos.

Tres condiciones serán, pues, necesarias para que la fiebre amarilla se propague: 1.º, existencia de un enfermo de fiebre amarilla, en cuyos capilares el mosquito pueda clavar sus lancetas ó impregnarlas de partículas virulentas en el período adecuado de la enfermedad; 2.º, prolongación de la vida del mosquito entre la picada hecha en el enfermo y la que deba producir la enfermedad; y 3.º, coincidencia de que sea un sujeto apto para contraer la enfermedad alguno de los que el mismo mosquito vaya á picar después. La primera de estas condiciones, desde que el Dr. D. Ambrosio G. del Valle ha comenzado á publicar sus valiosas tablas motuorias, puede asegurarse que jamás ha dejado de hallarse realizada en la Habana. En cuanto á la 2.ª y la 3.ª, es evidente que las probabilidades de que resulten cumplidas dependerán de la abundancia de los mosquitos y del número de individuos susceptibles de recibir la inoculación que se encuentren en la localidad.

EL VEJIGANTE MÁS EFICAZ

El único empleado en los Hospitales militares

VEJIGATORIO DE ALBESPEYRES

Para evitar las imitaciones, se debe prescribir :

VEJIGATORIO DE ALBESPEYRES

y exigir la **FIRMA DE ALBESPEYRES**
en cada cuadrado de 5 centímetros.



FUMOUCHE-ALBESPEYRES, 78, Faub^e St-Denis, PARIS.

El mejor Calmante

JARABE BERTHÉ

contra : Tos, sea cual fuere su causa, Resfriados, Gripe, Coqueluche, Males de Garganta, Dolores de Estómago, Dolores de Vientro en las mujeres, Jaquecas, Agitación nerviosa, Insomnio y todos los Padecimientos indeterminados.

PASTA BERTHÉ
(complemento del tratamiento).



EXÍJANSE el SELLO del ESTADO FRANCÉS y la FIRMA

FUMOUCHE-ALBESPEYRES, 78, Faub^e St-Denis, Paris.

Dentición

JARABE DELABARRE

Jarabe sin narcótico.

Facilita la salida de los dientes, previene ó hace desaparecer los sufrimientos y todos los Accidentes de la primera dentición.

EXÍJANSE el SELLO de la "UNION DES FABRICANTS"
y la FIRMA del D^r DELABARRE.

ASMA

OPRESIONES

Bronquitis, Catarros
Jaquecas, etc.

Papel y Cigarrillos

BARRAL

El PAPEL y los CIGARRILLOS BARRAL disipan casi instantáneamente los accesos de Asma y todas las Sufocaciones en general.

FUMOUCHE-ALBESPEYRES, 78, Faub^e St-Denis, PARIS.

JARABE Y GRANILLOS de DIGITAL de LABELONYE

Empleados con gran éxito desde hace ya más de treinta años por los Facultativos de todas las Naciones contra las diversas afecciones del corazón, contra la Hidropesía, las Bronquitis nerviosas, el Garrotillo, el Asma y contra todos los desórdenes de la circulación.

ERGOTINA Y GRAGEAS DE ERGOTINA de BONJEAN

La *Ergotina Bonjean* constituye uno de los mejores hemostáticos que se conocen en las pócmias, píldoras, inyecciones hipodérmicas, etc., etc.

(La dosis generalmente adoptada para las inyecciones hipodérmicas es la siguiente: Un gramo de *Ergotina Bonjean* y diez gramos de agua destilada)

Las *Grageas de Ergotina de Bonjean* se emplean para facilitar las alumbramientos y cortar las hemorragias de todo genero.

CAPSULAS E. DELPECH

el extracto hidro-alcoólico. Stereo de Cuba
en el tratamiento

de la Hienorrhagia, de la Hienorrhéa y del Catarro de la vejiga.

INYECCION antiparasitaria E. DELPECH

Depósito general: LABELONYE y C^a, calle de Aboukir, n^o 59, en París

Y en las principales Farmacias de todas ciudades.

PAPEL WAINSI

Soberano remedio para rápida curación de las Afecciones del pecho, Catarros, Mal de garganta, Bronquitis, Resfriados, Romadizos, de los Reumatismos, Dolores, Lumbagos, etc., 30 años del mejor éxito atestiguan la eficacia de este poderoso derivativo recomendado por los primeros médicos de París.

Depósito en todas las Boticas y Droguerías. — PARIS, 31, Rue de Seine.

VINO DE GILBERT SEGUIN FEBRIFUGO-FORTIFICANTE

Aprobado por la Academia de Medicina de París.

Vino de una eficacia incontestable sea como Antiperiódico para cortar las Calenturas, sea como Fortificante en las Convalecencias, Debilidad de la Sangre, Falta de Menstruación, Inapetencia, Digestiones difíciles, Enfermedades nerviosas, Debilidad.

Farmacia G. SEGUIN, 165, Rue Saint-Honoré, París. — Depósito en todas las principales Boticas y Droguerías.

AGUA LACHELLE

HEMOSTATICA

Se receta contra los Flujos, la Clorosis, la Anemia, el Apocamiento, las Enfermedades del pecho y de los intestinos, los Esputos de sangre, los Catarros, la Disenteria, etc. Da nueva vida a la sangre y entona todos los órganos. — El doctor HEURTELOUP, médico de los hospitales de París, ha comprobado las propiedades curativas del Agua de Lachelle en varios casos de Flujos uterinos y Hemorragias en la Hemetisis tuberculosa.

PARIS, Rue Saint-Honoré, 165. — DEPÓSITO EN TODAS BOTICAS Y DROGUERIAS.

Creo que efectivamente en la Habana han coincidido siempre las tres condiciones señaladas los años en que la fiebre amarilla ha hecho sus mayores estragos. Tal es mi teoría, señores, y en verdad ella ha venido á robustecerse singularmente con las numerosas coincidencias históricas, geográficas, etnológicas que ocurren entre los datos que se refieren al mosquito y los que tenemos acerca de la fiebre amarilla, y también con la circunstancia de que podemos con su auxilio explicar circunstancias hasta ahora inexplicables por las teorías existentes.

La fiebre amarilla no fue conocida en la raza blanca hasta después del descubrimiento de América, y según Humboldt es opinión tradicional en Veracruz que allí ha existido esa enfermedad desde que vinieron á sus playas los exploradores españoles. Allí también hemos visto que los españoles desde su primera venida señalaron la presencia de mosquitos, y, con más insistencia que en ningún otro lugar de América, en los mismos arenales de San Juan de Ulúa. Las razas más expuestas á padecer la fiebre amarilla son también las que más sufren de las picaduras de los mosquitos. Las condiciones meteorológicas que más favorecen el desarrollo de la fiebre, son las mismas que acrecientan el número de los mosquitos: en abono de este acerto puedo citar varias epidemias parciales, respecto de las cuales se afirma, bajo la garantía de médicos competentes, que durante la permanencia de la fiebre amarilla los mosquitos habían sido mucho más numerosos que en épocas pasadas, haciéndose constar, en un caso, que los mosquitos eran de especie distinta de los que allí solían observarse, y que llevaban unas manchas grises en el cuerpo. Respecto á la topografía de la fiebre amarilla, el mismo Humboldt, que señala las alturas hasta donde suelen llegar los mosquitos, en otro lugar menciona los límites de elevación hasta donde suele propagarse la fiebre amarilla. En fin, en el caso muy notorio del vapor de los Estados Unidos *Plymouth*, en que dos casos de fiebre amarilla se desarrollaron en alta mar después de haber sido desinfectado y congelado el buque durante todo el invierno, y de haber transcurrido cuatro meses desde el último caso observado á bordo, en el mes de Noviembre ante-

rior, se explica perfectamente por la hibernación de aquellos mosquitos que hubiesen picado á los anteriores casos de vómito y luégo encontrándose otra vez bajo una temperatura tropical, volvieron á salir de su letargo y picaron á dos de los nuevos tripulantes del buque.

Apoyado, pues, en estas razones, determiné someter á prueba experimental mi teoría, y después de obtener las debidas autorizaciones, procedí de la manera siguiente:

El día 28 de Junio próximo pasado llevé á la casa de salud de Garcini un mosquito cogido antes de que hubiera picado, y le hice picar y llenarse de sangre en el brazo de un enfermo, D. Camilo Anca, que se hallaba en el quinto día de fiebre amarilla, perfectamente caracterizada y de cuya enfermedad falleció dos días después. Habiendo luégo elegido á J. B., uno de los veinte individuos sanos no aclimatados á esa enfermedad, que se encuentran actualmente sometidos á mi observación, le hice picar el 30 de Junio por el mismo mosquito. Teniendo entonces en cuenta que la incubación de la fiebre amarilla, comprobada en algunas casos especiales, varía de uno á quince días, seguí observando al citado F. B. El día 9 empezó á sentirse mal, y el 14 entró en el Hospital con una fiebre amarilla benigna, pero perfectamente caracterizada por el íctero y la presencia de albúmina en la orina, la cual persistió desde el tercero hasta el noveno día.

El día 16 de Julio hice picar en la misma casa de salud Garcini, un caso de fiebre amarilla grave, D. Domingo Rodríguez, en tercero á cuarto día de enfermedad. El día 20 me hice picar á mí mismo por el mismo mosquito, y en fin, el 22 hice picar á A. L. C., otro de los veinte observados. A los cinco días entró en el Hospital con fiebre, dolores de cabeza y de cintura é inyección de la cara; duraron tres días estos síntomas, entrando en convalecencia el individuo sin haber presentado íctero ni albuminuria. Fue diagnosticado de fiebre amarilla abortiva por el facultativo de asistencia.

El día 29 de Julio hice picar por un mosquito á D. L. R., que se hallaba gravemente atacado de fiebre amarilla en la casa de salud de Garcini, en tercer día de la enfermedad. El 31 hice picar por el mismo mosquito á D. L. F., otro de los

veinte individuos de mi observación. El 5 de Agosto á las dos de la madrugada fue invadido de los síntomas de una fiebre amarilla ligera; presentó luego algún íctero, pero creo que no llegó á presentar ninguna albúmina; en todo caso su enfermedad fue calificada de fiebre amarilla abortada.

En fin, el 31 de Julio hice picar por otros mosquitos al mismo D. L. R., enfermo de fiebre amarilla de la casa de salud de Garcini, en quinto día ya de la enfermedad, de la cual falleció al día siguiente. El dos de Agosto hice picar por el mismo mosquito á D. G. B., otro de mis veinte observados. Hasta ahora esta última inoculación no ha producido resultado; pero comoquiera que no han transcurrido sino doce días, todavía se encuentra dentro de los límites de la incubación. (1)

Debo advertir que los individuos que acabo de citar son los únicos á quienes he inoculado por el mosquito de la manera indicada, y que desde el 1.º de Junio hasta ahora, en el término de siete semanas, no han ocurrido entre mis veinte observados más casos de fiebre amarilla confirmada, ni tampoco de forma abortada, que los tres primeros inoculados.

Estas pruebas son ciertamente favorables á mi teoría, pero no quiero incurrir en la exageración de considerar ya plenamente probado lo que aún no lo está, por más que sean ya muchas las probabilidades que puedo invocar en mi favor. Comprendo demasiado que se necesita nada menos que una demostración irrefutable para que sea generalmente aceptada una teoría que discrepa tan esencialmente de las ideas

(1) Este individuo, D. G. B., se presentó el día 17 de Agosto al reconocimiento, manifestando que desde unos seis días venía padeciendo dolores de cabeza, inapetencia y malestar general. El 24 le encontré con alguna fiebre (pulso 100, temperatura 38°), y manifestó haber tenido fiebre más alta la víspera y el mismo día por la mañana. No pasó, empero, de una fiebre muy ligera, puesto que el enfermo no tuvo que darse de baja, ni exigió medicación alguna. Cesó la fiebre, pero los dolores de cabeza continuaron algunos días más.

Otro individuo, I. C., de los veinte, fue picado el día 15 de Agosto por un mosquito que, dos días antes, se había llenado en el brazo de un enfermo del Hospital militar, en el quinto día de fiebre amarilla. No parece que este inoculado haya estado formalmente enfermo hasta ahora (Septiembre 1.º). No he podido verle después de la inoculación, y sólo por aviso verbal tuve noticia de que se hallaba algo enfermo los días 24 y 25 de Agosto, pero tampoco tuvo que darse de baja.

hasta ahora propagadas á cerca de la fiebre amarilla ; mas entretanto se proporcionan los datos de que aún carecemos, séame permitido resumir en las siguientes conclusiones los puntos más esenciales que he tratado de demostrar.

CONCLUSIONES

1.ª Queda aprobada que el *Culex* mosquito pica, por lo regular, varias veces en el curso de su existencia, no tan sólo cuando su primera picadura ha sido accidentalmente interrumpida, sino también cuando ha podido saciarse por completo, transcurriendo, en este caso, dos ó más días entre sus picaduras.

2.ª Comoquiera que la disposición de las lancetas del mosquito se adapta muy bien á retener partículas que se encuentren suspendidas en los líquidos que el insecto ingiere, no puede negarse la posibilidad de que un mosquito conserve en sus lancetas partículas del virus contenido en una sangre enferma, y con él mismo inocule á las personas á quienes en lo sucesivo vaya á picar.

3.ª La experimentación directa para determinar si el mosquito puede transmitir la fiebre amarilla de la manera indicada, se ha reducido á cinco tentativas de inoculación con una sola picada, y éstas dieron por resultado : un caso de fiebre amarilla benigno, pero perfectamente caracterizado con albuminuria é fetero ; dos casos calificados de *fiebre amarilla abortada*, por los facultativos de asistencia ; y dos de fiebres efímeras ligeras sin carácter definido (1). De lo cual se infiere que la inoculación por una sola picada no es suficiente para producir las formas graves de la fiebre amarilla, debiéndose aplazar el juicio respecto á la eficacia de la inoculación para cuando sea posible experimentar en condiciones absolutamente decisivas, esto es, fuera de la zona epidémica.

4.ª Si llegase á comprobarse que la inoculación por el mosquito no tan sólo puede reproducir la fiebre amarilla, sino que es el medio general por el cual la enfermedad se propaga, las condiciones de existencia y de desarrollo de ese díptero explicarían las anomalías hasta ahora señaladas en la propagación de la fiebre amarilla, y tendríamos en

(1) Respecto de estas dos últimas, véase la nota anterior.

nuestras manos los medios de evitar, por una parte la extensión de la enfermedad, mientras que por otra podrían preservarse con una inoculación benigna los individuos que estuviesen en aptitud de padecerla.

Mi única pretensión es que se tome nota de mis observaciones y que se deje á la experimentación directa de poner el cuidado en evidencia lo que haya de cierto en mis conceptos. Esto no quiere decir, empero, que yo rehuya la discusión de las ideas que he emitido; antes al contrario, tendré el mayor gusto en oír las advertencias ú objeciones que quisieren hacerme mis distinguidos compañeros."

El trabajo que acabo de leer fue recibido por la docta Academia con indiferencia marcada. Se relegó al olvido oficial, mientras que privadamente los académicos se reían de las monomanías del Dr. Finlay. Este estado de cosas continuó hasta que durante la ocupación americana el General Wood nombró una Comisión para hacer estudios sobre la transmisión de la fiebre amarilla por medio de los mosquitos. Esta Comisión llegó á las mismas conclusiones del Dr. Finlay, y para poner en práctica las medidas profilácticas propuestas por él, se dotó con \$ 10,000 oro americano mensualmente al hospital de las Animas, que se convirtió en hospital para enfermedades infecciosas. Dificilmente encontrará el dinero mejor aplicación que la que tienen los gastos que se han hecho y se continúan haciendo, aunque hoy en menor escala, \$ 4,200 mensuales en el hospital y en otras obras de higiene pública de la Habana.

¿ En qué consisten esas medidas profilácticas? Son tres.

1.ª Disminuir el número de mosquitos (*Culex mosquito* ó *stegomyia fasciata*), ya que no es posible suprimirlos todos.

2.ª Tratar de impedir que vengan de fuera enfermos de fiebre amarilla.

3.ª Aislar dentro del hospital para enfermedades infecciosas á todos los enfermos de fiebre amarilla, poniéndolos fuera del alcance de los mosquitos.

La primera de las medidas se cumple destruyendo por medio del petróleo las larvas de los mosquitos en la superficie de todas las aguas estancadas, tanto dentro de las casas como en las calles y en los alrededores de la ciudad. De ahí se de-

duce la necesidad de una buena policía sanitaria, como existe en la Habana, dirigida por personal idóneo y enérgico y provista de autorizaciones amplias para visitar todas las casas y vigilar su aseo. Esta sección de policía tiene tendencia laudable á secar todos los pantanos que se encuentren fuera de la ciudad é impedir el estancamiento de aguas en todas partes.

La segunda de las indicaciones la llena la institución de la cuarentena. Los buques que llegan de lugares donde reina la fiebre amarilla (en la Habana son especialmente los que llegan de puertos mexicanos) son visitados por los médicos de la cuarentena. Los pasajeros y tripulantes son revisados uno por uno. Con excepción de aquellos que puedan demostrar por documentos fehacientes que por su nacimiento ó residencia prolongada (más de cinco años) reciente en países donde reine la fiebre amarilla son hasta cierto punto inmunes, todos tienen que pasar á la estación de cuarentena llamada Tricornia. Abí pasan los viajeros bajo vigilancia médica los días necesarios para completar cinco desde que salieron del foco de infección, reputando cinco días lo que dura generalmente el período de incubación en que nos ocupamos.

Durante la permanencia en Tricornia, los médicos del servicio de cuarentena examinan tres veces al día á cada inquilino, especialmente en pèsquisa de cualquier síntoma de fiebre amarilla. La menor elevación de temperatura, cualquier malestar ó vómito da lugar á que el paciente sea transportado, bajo toldo ó mosquitero, al hospital de las Animas. Allí comienza el tratamiento médico del cual hablaremos después.

La tercera medida se cumple en el hospital con rigor extraordinario. Cada sala donde se colocan los enfermos de fiebre amarilla, *aun los sospechosos*, tienen todas las ventanas y puertas de enrejado de alambre tan fino que no permite la penetración de mosquitos. Las puertas son dobles, ambas con alambrado, dejando entre la primera y la segunda espacio suficiente para que ahí se detenga toda persona antes de penetrar á la sala de enfermos, lo que nadie efectúa sino después que, habiéndose cerrado automáticamente la primera puerta, se ha cerciorado de que ningún mosquito ha penetrado en pos de él. Si esto hubiese sucedido, hay que

ahuyentar ese insecto antes de seguir adelante. De este modo se evita que ningún *Culex mosquito* llegue á hacer la succión de sangre y virus de los enfermos de fiebre amarilla para inocular el último después de hecha la digestión de la primera.

Tal es, á grandes rasgos, el sistema de profilaxis empleado en la Habana, desde la ocupación americana, en consecuencia de la teoría del Dr. Finlay. Puede objetarse á esta teoría deficiencia en su base científica, como suelen decir los eruditos que, á pesar de su erudición, se dejan ganar la delantera por otros que ellos, en su amor propio excesivo, estiman inferiores. En efecto, no conociéndose la naturaleza del virus de la fiebre amarilla, no se ha podido demostrar su existencia ni dentro de la sangre chupada por los mosquitos, ni mucho menos en sus productos excretos. Mas á pesar de todo, el Dr. Finlay ha conseguido por medio de inoculaciones practicadas en personas no inmunes, con mosquitos infectados, producir casos de fiebre amarilla. Se comprende que habiendo observado que la virulencia del mosquito es distinta, según el período de enfermedad en el cual se encuentra el individuo picado, no se haya atrevido á continuar los ensayos tomando el virus á enfermos en el segundo ó tercer período, habiendo conseguido con los del primer período casos benignos de fiebre amarilla y aun casos de inmunidad adquirida.

Sobre estos experimentos fundó él su hipótesis de transmisión de la enfermedad por medio de los mosquitos; de ahí su método de profilaxis. En el hospital de las Animas ha quedado demostrado que no se transmite la enfermedad por medio del aire, ni por medio de los vómitos ni de las materias fecales.

Las enfermeras de ese hospital son americanas *no inmunes*; se colocan enfermos de otras enfermedades no inmunes al lado de enfermos de fiebre amarilla recogidos en la estación de cuarentena; por mucho tiempo se han dejado en las salas los vómitos y las materias fecales, dejando que moscas se coloquen sobre ellos, para ver si éstas pudieran ser el vehículo de la infección. Nada de esto ha servido para hacer desarrollar la enfermedad en enfermeras americanas ni en enfermos no inmunes.

Con las medidas indicadas, que se llevan en la Habana con suma severidad, se ha conseguido limitar la fiebre amarilla en esa ciudad desde Septiembre de 1901 á los casos que se llevan de la cuarentena, casi todos oriundos de México, al hospital de las Animas para servir de experimentación.

¿Hay otros insectos chupadores que puedan transmitir la fiebre amarilla? Parece que no. En la Habana no faltan ni las pulgas ni las chinches, y aunque no faltan en la estación de cuarentena ni en el hospital de las Animas algunos casos de fiebre amarilla, no se ha visto transmitir la enfermedad á los individuos no inmunes que les rodean, á pesar de que la única precaución que se toma es evitar que penetren mosquitos en las enfermerías.

En la capital de México no es raro que llegue á desarrollarse la fiebre amarilla en individuos que la llevan en estado de incubación desde Veracruz. En Bogotá he observado yo dos casos de fiebre amarilla en individuos infectados el uno en Honda y el otro en Ambalema. Tanto los casos que yo presencié en Bogotá, como los casos de que tengo conocimiento de México, han sido casos típicos. A pesar de la abundancia de pulgas y chinches tanto en la capital de México como en Bogotá, esos casos típicos presentados allá no han dado lugar á la infección de individuos no inmunes de esas localidades. Es de suponer que la ausencia de mosquitos en esas altiplanicies explique por qué esos casos importados permanezcan aislados.

Con el amor propio del genio que persigue una idea, el Dr. Finlay ha trazado un cuadro sinóptico que pone en relación la presencia de los mosquitos y las epidemias de fiebre amarilla.

PIEBRE AMARILLA

Temperaturas en que se ha observado que cesan las epidemias de fiebre amarilla en Nuevo Orleans y en Río Janeiro: de 15° á 18° C.

Temperaturas frías que no impidieron la reaparición de la fiebre amarilla en el Pey-

CULEX MOSQUITO

Temperaturas en que el mosquito (sometido al enfriamiento artificial dentro de un tubo de ensayo) queda completamente adormecido: de 15° á 19° C.

Temperatura mínima que puede soportar el mosquito en

SEÑORES MEDICOS

La casa de José María Buendía é Hijos se encarga de suministrar y de remitir á domicilio, en cajas cerradas y selladas, los instrumentos y todos los materiales necesarios para operaciones quirúrgicas, como vendajes, compresas, taponés, gasas, sedas, etc., etc., perfectamente esterilizados, como consta por el siguiente certificado :

Hemos asistido al ensayo de desinfección por altas temperaturas que, para la esterilización de instrumentos de cirugía y piezas de curación, emplean los Sres. José María Buendía é Hijos.

El procedimiento que siguen dichos señores asegura, por una elevada temperatura, incompatible con la vida de todo germen y obtenida en la Estufa cerrada de Pean, la más completa asepsia de los algodones, gasas, lint, vendajes, hilos, etc., etc.

En vista de ese resultado no vacilamos en recomendar como perfectamente asépticos y utilizables en las operaciones quirúrgicas los elementos suministrados por los Sres. José María Buendía é Hijos con el sello que garantiza una perfecta oclusión de las cajas de empaque.

Igualmente hacemos notar que la desinfección de los instrumentos metálicos es tan completa como pueda desearse para las más delicadas intervenciones.

(Firmados),

LUIS F. CALDERÓN.—Z. QUÉLLAR DURAN.—H. MACHADO L.

Se encarga también del análisis de líquidos orgánicos, orinas, serosidades, esputos, etc., etc., y de la reparación de toda clase de instrumentos de cirugía.

Este departamento está á cargo del Sr. D. Luis María Herrera R., Profesor en Ciencias Naturales, antiguo Preparador de la Escuela Politécnica de París, Profesor de química de la Facultad de Medicina de Bogotá.

Contamos también con un gran surtido de toda clase de drogas y productos químicos importados de las mejores casas de Europa y los Estados Unidos.

Calle 3.^a de Florián. Frente al Crédito Antioqueño.

Todas las Enfermedades

CÁPSULAS RAQUIN

**ÚNICAS
CÁPSULAS DE GLUTEN**

INSOLUBILIDAD DE LA CÁPSULA GLUTINOSA

en el estómago; ausencia de hedor y de eructos; tolerancia perfecta.

ALQUITRÁN.....	(0 ^{rs} .25)	SALOL.....	(0 ^{rs} .25)
COPAIBATO DE SOSA ..	(0 ^{rs} .40)	SALOL COPAIBATADO..	(0 ^{rs} .36)
COPAIBA TITULADA....	(0 ^{rs} .50)	SALOL-SÁNDALO.....	(0 ^{rs} .32)
CUBEBA (Equivalente de 1 gramo).		SÁNDALO.....	(0 ^{rs} .25)
ICTIOL.....	(0 ^{rs} .25)	TREMENTINA.....	(0 ^{rs} .25)
BICLORURO DE HIDRARGIRIO ...	(0 ^{rs} .01)	PROTOYODURO DE HIDRARGIRIO .	(0 ^{rs} .05)

Las CÁPSULAS RAQUIN se toman en el momento de las comidas.
DÓISIS en 24 horas : 1 á 3 Cápsulas hidrargíricas; 3 á 15 de las otras clases.

Exijanse la **FIRMA**

y el **SELLO** de la "UNION des FABRICANTS".

FUMOUBE-ALBESPEYRES, 78, Faub^s S^t-Denis, PARIS.

INYECCIÓN RAQUIN

al Silico-Copaibato de Sosa

No causa irritación ni dolor y no mancha la ropa blanca.
Empleada sola ó concurrentemente con las Cápsulas de Raquin,
aprobadas por la Academia de Medicina de Paris, cura en muy poco tiempo
los flujos (purgaciones) mas intensos.

Muy útil tambien como preservativo.

Exijanse la **FIRMA**

y el **SELLO** de la "UNION des FABRICANTS".

SE VENDE EN FRASCOS CON Ó SIN JERINGUITA.

FUMOUBE-ALBESPEYRES, 78, Faub^s S^t-Denis, PARIS.

mouth en 1879. Hasta 0° C.

Temperaturas que se consideran eficaces para extinguir definitivamente la infección de la fiebre amarilla: fuertes heladas.

Temperaturas medias que permiten la libre propagación de la fiebre amarilla en la Habana: de 26° á 30° C.

Coincidencia de una abundancia inusitada de mosquitos y de epidemias de fiebre amarilla. En Filadelfia (1897) y en los Estados Unidos del S. (1853), señalada por Laroche. (*On Yellow Fever*, volumen II, página 320.)

Calor artificial con el que se logró suprimir la transmisibilidad de la fiebre amarilla: varias estufas empleadas para calentar la bodega del Regalía. (Laroche, I. C. Volumen II, página 440).

Alturas en que excepcionalmente se han observado epidemias de fiebre amarilla: Newcastle, en Jamaica (4,200) y Madrid 1870 (2,000 pies),

estado de muerte aparente, pudiendo aún revivir: hasta 0° C.

Enfriamiento artificial que ocasiona la muerte real del mosquito: 1.° á 4° C. (bajo cero.)

Temperaturas medias de los meses en que más abundan los mosquitos diurnos en la Habana: de 25° á 30° C.

Coincidencia de una escasez de mosquitos diurnos con disminución inusitada en el número de casos de fiebre amarilla en la Habana: verano de 1885. Coincidencia inversa en el otoño del mismo año (1).

Temperaturas altas en que el mosquito cae en condiciones de muerte aparente, si bien puede aún revivir: 39° á 41° C. Temperatura que ocasiona la muerte del insecto: de 41° á 49° C.

Rarefacción artificial del aire en que el mosquito pierde por un tiempo la facultad de volar y de picar, si bien á veces vuelve á recobrarla: la correspondiente á alturas de 1,000 á 6,000 pies sobre el nivel del mar.

A riesgo de cansaros me permito leer algunos párrafos del Dr. Finlay sobre la inmunidad natural y artificial:

(1) La escasez de mosquitos diurnos durante el verano de 1885 fue señalada por el autor en la Academia de Ciencias (sesión de 23 de Agosto de 1885) con el objeto de hacerlo constar en tiempo oportuno; siendo corroborado su aserto por el malogrado Secretario general de esa Corporación, el distinguido Dr. D. Antonio Mestre.

“ Algunos individuos son refractarios á la infección de la fiebre amarilla, y entre los que completamente no lo son los hay más propensos que la generalidad á experimentar ataques benignos, ó á salir bien del ataque cuando éste ha sido grave. Así los chinos y los negros africanos traídos á las Antillas han sido por regla general refractarios, habiéndose consignado muy raras excepciones en la Habana. La raza africana, sin embargo, transplantada á los climas templados, pierde al cabo de algunas generaciones alguna parte de su inmunidad primitiva, como se ha visto en la epidemia de 1893 en Brunswick (Ga. Estados Unidos), en la que fueron atacados algunos centenares de individuos de esa raza, pero con una mortandad muy corta en comparación con la de los blancos. También en ese año se observó en la Habana un caso de fiebre amarilla mortal en un negro de los Estados Unidos, perteneciente á la tripulación de un barco norteamericano. En la raza blanca considérase, que en igualdad de circunstancias, los forasteros oriundos de climas septentrionales son atacados más severamente que los de países más cercanos á los trópicos. Dentro de la zona tropical los que permanecen en localidades situadas á más de mil pies sobre el nivel del mar, conservan habitualmente su aptitud á contraer la enfermedad. Aun sin la condición de residencia en esas altitudes, los cubanos de raza blanca que han vivido siempre alejados de los focos de infección, suelen experimentar *fiebres de aclimatación*, y aun algunas formas más acentuadas de la fiebre amarilla, cuando vienen á la Habana durante la estación epidémica. En las afueras de esta ciudad (Jesús del Monte, Cerro, Puentes Grandes, Marianao) y aun en algunos establecimientos dentro de su recinto (conventos claustrados), obsérvase que algunas personas forasteras pueden permanecer largos años sin adquirir la inmunidad. Los niños forasteros padecen de fiebre amarilla, pero la enfermedad suele ser menos grave en ellos que en los adultos. También es menor la mortandad en los jóvenes que no han llegado aun á la edad de pubertad, en las mujeres cuyas funciones menstruales son regulares y en los ancianos, que no en los adultos jóvenes ó de mediana edad, del sexo masculino.

“Durante las epidemias gozan de inmunidad completa ó parcial las siguientes categorías de individuos, pertenecientes á razas susceptibles :

“1.º Un corto número de forasteros recién venidos, quienes por causas desconocidas permanecen refractarios á la infección en esa epidemia y en las subsiguientes.

“2.º Con muy raras excepciones, todos los que han experimentado un ataque de *fiebre amarilla albuminúrica* en época reciente ó remota y cuya residencia en los focos endémicos no ha sido interrumpida durante algunos años consecutivos.

“3.º Todos los adultos y la generalidad de los niños de más de tres á cuatro años de edad que han nacido y se han criado en esta ciudad (Habana).

“4.º La generalidad de los forasteros que han residido durante cuatro ó cinco años consecutivos dentro del recinto de esta ciudad, aunque no hayan experimentado ningún ataque de fiebre amarilla ó tan sólo hayan pasado la forma *no albuminúrica*; siendo tanto más segura la inmunidad cuanto más larga haya sido su residencia y mayores sus oportunidades de infección.

• “La inmunidad de las tres primeras categorías es, por lo regular, absoluta mientras esas personas siguen viviendo en países de fiebre amarilla; pero pueda perderse parcial ó totalmente por efecto de su alejamiento de esos países durante algunos años. En la cuarta categoría, por otra parte, la inmunidad resulta á veces tan sólo parcial, observándose algunos casos de *fiebre de aclimatación* ó de *fiebre albuminúrica simple*, cuando esos individuos se exponen á una infección intensa. Si excepcionalmente llegan á contraer un ataque grave, sus probabilidades de curación, quizá, no sean mucho mayores que las de los sujetos recién llegados. En forasteros recién venidos ó de corta residencia en la Habana, la experiencia demuestra que después de haber pasado un ataque de *fiebre de aclimatación*, hay grandes probabilidades de que á parte de una repetición posible de la misma forma, ó más raramente la invasión de una *fiebre albuminúrica simple*, ellos podrán continuar sin temor su residencia en esta ciudad. Respecto de la inmunidad observada en los cubanos de raza blanca, nacidos y creados en esta ciudad, ella no puede conside-

rarse como hereditaria, toda vez que no participan de la misma sus hermanos ó hermanas nacidos en países donde no existe la fiebre amarilla. Entre los niños nacidos aquí estimo que, en los primeros años de la infancia, muchos padecen *fiebres de aclimatación ó fiebre albuminúrica simple* no diagnosticadas como tales; y en los alrededores de la ciudad suele observarse en los niños una fiebre en que el *vómito de borras* y la albuminuria son síntomas habituales. Parece, pues, verosímil que la inmunidad de los cubanos blancos debe generalmente atribuirse á ataques benignos sufridos durante la infancia, opinión que han sostenido desde hace algunos años el Dr. Stanford Chaillé, de Nueva Orleans, y el Dr. Guiteras, de Filadelfia. Hay motivos, sin embargo, para creer que esa inmunidad á veces se adquiere en virtud de ataques benignos sufridos *in útero*, á consecuencia de infecciones transmitidas por madres inmunes durante su embarazo; pues tengo conocimiento de dos ejemplos en que madres inmunes dieron á luz niños que nacieron con fiebre, y que sólo se restablecieron al cabo de algunos días. Una de esas madres había estado asistiendo un caso grave de fiebre amarilla durante la última quincena de su gestación, y la otra vivía en un barrio donde habían ocurrido recientemente varios casos de esa enfermedad. Comoquiera que la fiebre amarilla no deja huellas visibles, como las que deja la viruela en casos análogos, no sería fácil comprobar en un recién nacido el hecho de que éste hubiese sufrido un ataque de fiebre amarilla intrauterina, cuya evolución se hubiese completado antes del nacimiento. En la incertidumbre que aún subsiste respecto de la esencia misma de la inmunidad, aventuradas han de ser todas las conjeturas tocantes á su mecanismo. Permítaseme, sin embargo, exponer las siguientes consideraciones, aunque sólo sirvan para enlazar entre sí las particularidades más notables de la fiebre amarilla. El hecho de que una madre inmune pueda transmitir la enfermedad (aunque sea una forma atenuada) al feto *in útero*, demuestra que la inmunidad contra la fiebre amarilla no excluye la penetración y circulación de sus gérmenes específicos en las vías sanguíneas ó linfáticas de las personas inmunes, y, por lo tanto, es de creerse que dicha inmunidad consiste más bien en procurar al sujeto inmunizado algún recurso que haga inofensivas

para él las toxinas que los gérmenes tienden á elaborar. En vista de los descubrimientos recientes sobre la *quimiotaxis*, es de suponerse que al introducirse los gérmenes específicos con sus toxinas en un punto determinado del cuerpo de un sujeto susceptible, serán atraídos en ese sitio cierto número de leucocitos, promoviéndose seguidamente una lucha en que esos elementos figurados podrán sucumbir ó triunfar según el grado de intensidad y la cantidad del virus allí acumulado. En el primer evento, los gérmenes continuarán sin obstáculo su desarrollo, y acabarán por envenenar al sujeto con sus toxinas, declarándose entonces la enfermedad; pero si triunfan los leucocitos, los que hayan tomado parte en esa lucha habrán adquirido la propiedad de segregar *antitoxinas* capaces de neutralizar dentro de su esfera de acción los productos tóxicos que los gérmenes puedan elaborar. Ahora bien: comoquiera que esos leucocitos especializados habrán de multiplicarse por división, es muy plausible admitir que con la subdivisión sucesiva de sus núcleos, ellos transmitirán sus nuevas facultades inmunizantes á sus descendientes, creando así como una guarnición protectora, más ó menos eficaz para hacer frente á las futuras agresiones del germen específico. Durante una residencia prolongada del mismo sujeto en el foco endémico, es probable que se le introducirán repetidas veces nuevos gérmenes de fiebre amarilla, que podrán determinar fenómenos patogénicos atenuados, ó no producir ningún efecto aparente; pero cada vez nuevos grupos de leucocitos adquirirán propiedades inmunizantes, hasta que, finalmente transformados ya todos los leucocitos en productores de antitoxinas, resultará la inmunización completa del individuo. Por otra parte, cuando un individuo se restablece después de haber sufrido un ataque bien acentuado de fiebre amarilla, todos los leucocitos de su cuerpo han debido hallarse en presencia de las toxinas, y todos por lo tanto habrán adquirido la facultad de segregar antitoxinas, estableciéndose desde luégo la inmunización definitiva. Largas ausencias, fuera de los países de fiebre amarilla, podrán al cabo de algunos años extinguir por falta de uso las propiedades especiales que los leucocitos habían adquirido, y en tal caso se perdería, en parte ó totalmente, la inmunidad preexistente contra aquella enfermedad.

“En la Historia Natural se conocen ejemplos en que á pesar de no tratarse de ningún producto microbiano, hay que pensar en alguna explicación como la que acabo de exponer para darse cuenta de los efectos producidos por el veneno que algunos insectos vierten al verificar sus picadas ó mordeduras. Tomando, por ejemplo, los mosquitos de la Habana (que ofrecen especial interés para el asunto de que se trata), obsérvase una diferencia notable en los efectos que las picaduras determinan en los recién venidos y en los residentes antiguos. Los forasteros de países septentrionales, especialmente los que pertenecen á la tez rosada, la piel blanca y delicada de esos climas, durante los primeros tiempos de su residencia no tan sólo sienten con más agudeza el dolor de las picaduras de los mosquitos, sino que también son mucho más pronunciados los efectos de esas picaduras sobre la piel y más viva la reacción que determinan. Poco después de haber retirado el insecto su aguijón, suele presentarse una roncha blanca cuyo color resalta sobre la zona hiperhemíada, que, al mismo tiempo ó al cabo de un rato, se desarrolla alrededor. Después de una residencia más prolongada, esas mismas personas apenas sienten las picaduras del mosquito diurno, no se forma ya ninguna roncha notable sino una mancha ó pápula roja que poco sobresale sobre la superficie de la piel, si bien podrá no desaparecer en varios días. (Con frecuencia se ve en el sitio de la picadura una manchita roja, color de sangre, que parece producida por la dilatación de los vasos capilares alrededor del trayecto recorrido por el aguijón, pues desaparece momentáneamente cuando se estira la piel de esa parte.) Aquí viene bien la doctrina de la *quimiotaxis*. La roncha blanca que suele formarse indica la atracción de los leucocitos por el veneno del mosquito, y el no formarse habitualmente tales ronchas en las mismas personas, después de una residencia más larga, significaría que esos leucocitos han adquirido ya la facultad de neutralizar ese veneno especial y pueden verificarlos casi tan pronto como éste vaya penetrando en la herida. Ahora bien : si las propiedades *quimiotáxicas* del veneno del mosquito y las del virus de la fiebre amarilla entran á funcionar en una misma operación, ¿ no podrá acontecer que se desarrollen en los leuco

citos propiedades inmunizantes contra las toxinas de la fiebre al propio tiempo que contra el veneno del mosquito ? Una breve reseña de los experimentos practicados por mí (y algunos también por mi estimado amigo y colaborador Dr. D. Claudio Delgado) durante los últimos catorce años, permitirá al lector que forme juicio propio sobre este asunto. Consisten los experimentos aludidos en aplicar primero un mosquito cautivo á un enfermo de fiebre amarilla, permitiéndole introducir su aguijón y llenarse pausadamente con la sangre del enfermo ; luego, al cabo de dos ó más días, aplícase el mismo mosquito sobre la piel de un sujeto á quien se considere susceptible de contraer la enfermedad, y finalmente, se mantiene en observación al inoculado, de manera de poder apreciar cualquier manifestación patógena que éste presente en los veinticinco días siguientes, y además quedar informado del grado de inmunidad que demuestre en los años subsiguientes de su residencia en este país. Desde el 30 de Junio de 1881 hasta el 2 de Diciembre de 1893, fueron inoculadas de esa manera 88 personas (1), todas de raza blanca y en condiciones que justificaban la suposición de que eran susceptibles á la infección amarilla. Sólo tres eran mujeres. La distribución cronológica de las inoculaciones fue de la manera siguiente : siete en 1881, diez en 1883, nueve en 1885,

(1) En la actualidad (Mayo 1895) llegan á ciento el número de mis inoculados con mosquitos contaminados. Diez se inocularon en los meses de Abril, Junio, Julio y Agosto de 1894, uno en Diciembre de 1894 y otro en Enero de 1895. El resultado general arroja tres casos de muerte de fiebre amarilla ; entre los cien individuos uno padeció el ataque mortal ocho meses después de la inoculación, otro al cabo de cinco meses y el tercero después de transcurrido un período de seis años, durante el cual no tuvo ningún ataque febril. Los cien inoculados se reparten en tres grupos :

Veinticuatro pertenecen á la población civil ó militar ; *cincuenta y cinco* á la comunidad de la Compañía de Jesús y *veintinueve* á la comunidad de Carmelitas Descalzas. En cada uno de los tres grupos ocurrió una de las tres defunciones mencionadas. En algunos de los años en que se inocularon miembros de la Compañía de Jesús y de la comunidad de Carmelitas, dejaron de inocularse *doce* miembros de la primera y *veinticinco* de la segunda, quienes habfan venido de la Península con los que se inocularon. En estos *treinta y siete no inoculados* ocurrieron cinco defunciones de fiebre amarilla, mientras que en los *setenta y seis* inoculados de las mismas comunidades sólo hubo dos defunciones de esa enfermedad.

tres en 1886, doce en 1887, nueve en 1888, siete en 1889, diez en 1890, ocho en 1891, tres en 1892 y diez en 1893. Hay que agregar once en 1894 y una en 1895."

(Concluirá).

INFORMACIONES CIENTIFICAS

Tónicos cardíacos en la insuficiencia aórtica.

En la insuficiencia aórtica la digital obra en el mismo sentido que la lesión, es decir, prolongando la diástole; por esta razón debe usársela con la mayor circunspección; cuando sea necesario sostener el corazón se puede emplear la siguiente fórmula:

Extracto de convallaria	0.10 gramos
Sulfato de quinina.....	0.08 gramos
Sulfato de esparteína.....	0.02 gramos
H. 1 píldora. H 60 iguales.....	

Para tomar dos ó tres por día. Cuando hay al mismo tiempo alteraciones gástricas que simulan la angina de pecho, se puede favorecer la digestión con la preparación siguiente:

Jarabe de menta ..	250 gramos
Pepsina	} a a. 2,50
Pancreatina.	

Una cucharada de las de sopa después de la comida.

En los cardíacos gotosos y en los reumáticos, la teobromina que se da como diurética y eliminadora, puede asociarse útilmente con el carbonato de litina y el benzoato de soda así:

Teobromina	0.50 gramos
Benzoato de soda.....	0.25 gramos
Carbonato de litina.....	0.15 gramos

Para hacer una oblea; se tomarán dos por día.

Dr. HUCHARD.

Una teoría del baile de San Vito. El distinguido sabio biólogo alemán *Jacques Loel*, residente en los Estados Unidos, cree que la corea tiene por origen la disminución de la cantidad de cloruro de calcio en la sangre. Apoya su hipótesis

Especifíquese bien

VICHY-CELESTINS

*ENFERMEDADES de los RIÑONES y de la VEJIGA
GOTA, DIABETES*

VICHY-GRANDE-GRILLE

ENFERMEDADES del HÍGADO y del APARATO BILIARIO

VICHY-HÔPITAL

ENFERMEDADES del ESTÓMAGO y del INTESTINO

Desconfíese de las Falsificaciones.

Las solas verdaderas Pastillas de Vichy son las

PASTILLAS VICHY-ESTADO

Las solas fabricadas con las Sales realmente extraídas de las Aguas de Vichy de los Manantiales del Estado, en los laboratorios de la Compañía arrendataria vendidas en cajas metálicas selladas:

5 francos, 2 francos, 1 franco.

SAL VICHY-ESTADO

para preparar el Agua digestiva artificial

La caja 25 paquetes.. 2 fr. 50 | La caja 50 paquetes. . . 5 fr.
(Un paquete para un litro de agua). *Exista Sal Vichy-Estado*

COMPRESIMIDOS VICHY-ESTADO

preparados con las Sales Vichy-Estado

Precio : el frasco de 100 comprimidos 2 francos.

OVULOS CHAUMEL

TRATAMIENTOS VAGINALES
ÓVULOS CHAUMEL
 GLICERINA SOLIDIFICADA
 CON CUALQUIER MEDICAMENTO

Niños
 SUPOSITORIOS
 CHAUMEL

ADULTOS
 SUPOSITORIOS
 CHAUMEL

LÁPICES Y BUJÍAS CHAUMEL

SUPOSITORIOS CHAUMEL

CÁPSULAS RAQUIN

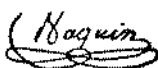
de Copaibato de Sosa
EL ANTIBLENORRÁGICO
más eficaz

en todos los periodos de la enfermedad.

*Ausencia de eructos ó de náuseas;
 tolerancia perfecta de las vias digestivas.*

Dosis : 3 á 12 Cápsulas al día.

Exijanse la Firma de
 y el Sello de la "UNION des FABRICANTS".



FUMOUGE-ALBESPEYRES, 78, Faub^s S^t-Denis, Paris.

EL VEJIGANTE MÁS EFICAZ

El único empleado en los Hospitales militares

VEJIGATORIO DE ALBESPEYRES

Para evitar las imitaciones, se debe prescribir :

VEJIGATORIO DE ALBESPEYRES
 y exigir la **FIRMA DE ALBESPEYRES**
 en cada cuadrado de 5 centímetros.



FUMOUGE-ALBESPEYRES, 78, Faub^s S^t-Denis, PARIS.

en estos experimentos : cuando se quita á una rana el cloruro de calcio que contiene su sangre, presenta movimientos convulsivos análogos á los de individuos afectados de baile de San Vito; y cuando se vuelve á introducir en la sangre el cloruro de calcio, desaparecen los movimientos coreicos y reaparecen los movimientos normales. Esta teoría todavía necesita para que se pueda admitir como verdadera, que se hagan nuevos experimentos.

PERSONAL

El Dr. *Próspero Cervantes* murió en esta ciudad á una edad avanzada. Fueron rasgos característicos de su fisonomía moral la caridad y la benevolencia. Durante la epidemia de fiebre amarilla que diezmo la población de La Mesa, lugar de su residencia, el Dr. Cervantes no la abandonó y prestó importantísimos servicios á los enfermos con el celo y el cariño que su buen corazón prodigaba dondequiera que había un dolor que aliviar, una tristeza que consolar, una enfermedad que combatir. Descanse en paz el noble médico y el filántropo desinteresado; que sus virtudes sirvan de ejemplo á la juventud médica.

El Dr. *Ricardo O'Leary Santamaría* ha sido nombrado Profesor de Oftalmología en reemplazo del Dr. Indalecio Camacho.

El Dr. *Guillermo Márquez* ha regresado después de haber permanecido muchos años en el sur del Departamento del Tolima.

El Dr. *Indalecio Camacho* ha emprendido viaje para el Departamento de Santander.

El Dr. *Lino J. Molano* ha seguido para el Departamento del Tolima, donde permanecerá unos pocos meses ocupándose principalmente en las afecciones oculares.

A los Dres. *Felipe Castro L.*, *Enrique Franco P.*, *F. Luis Mondragón*, *Buenaventura Paz L.* y *Pedro Luis Ossa* les ha

conferido la Facultad de Medicina el título de Doctor en Medicina y Cirugía.

DROGAS NUEVAS

Reumatina.—Con este nombre se ha recomendado un compuesto nuevo de quinina, el salicilato de salicilquinina, que se presenta en agujas blancas e inspidas. Se disuelve difícilmente en agua y entra en fusión á 179° c. Contiene 50 por 100 de ácido salicílico.

Según el Dr. Overlach, la reumatina está dotada de preciosas propiedades anti-reumáticas, que han producido excelentes efectos aun en casos muy graves de reumatismo articular agudo; en recaídas y complicaciones del corazón y el pericardio, por lo que desde este punto de vista es superior á la aspirina. Parece también que la reumatina es digna de recomendarse en el tratamiento de ciertas complicaciones de algunas afecciones reumáticas agudas, tal como inflamaciones bienorrágicas, neuralgias, nevritis, en los dolores musculares provocados por heridas ó esfuerzos excesivos, en los dolores lancinantes del tubes y en otras afecciones análogas.

El Dr. Overlach administra este producto en el reumatismo articular agudo durante los tres primeros días, á la dosis de un gramo tres veces por día; al cuarto día interrumpe el tratamiento, después prescribe 4 gramos por día durante cuatro días, y lo suspende en seguida cada cinco días.

Saloquinina.—Éter químico del ácido salicílico, que se presenta en cristales insolubles en el agua y fácilmente solubles en alcohol y éter. Funde aproximadamente á 138° c.

La saloquinina tiene propiedades químicas y terapéuticas que hacen de ella una quinina dulce y activa. Como tal tiene valor específico en el tratamiento de las enfermedades infecciosas y acción febrífuga en las enfermedades agudas. Tiene el poder que ejerce la quinina sobre los microorganismos, y la propiedad inhibitoria sobre los procesos micóticos y pútridos, participando con ella su acción sobre la hematopsiasis y sobre los órganos que presiden á esta función. La saloquinina está también indicada principalmente en las neuralgias y las neurosis, como analgésica y curativa. Por su composición química y por su empleo terapéutico este producto es algo diferente de la enquinina, cuya acción está llamado á completar.

La saloquinina tiene las siguientes ventajas sobre la quinina: 1.º, es absolutamente insípida; 2.º, jamás provoca embriaguez química ni alteraciones del sistema nervioso, tales como zumbidos de oído, paracnsia, dolores de cabeza, turbaciones de la vista, confusión de ideas, sensación de vértigo, etc.; 3.º, no tiene ninguna influencia irritante sobre el aparato digestivo ni sobre el urinario, aun cuando se haya tomado á altas dosis y por largo tiempo. Por otra parte, se podría pronosticar la eficacia de la saloquinina recordando que sus dos componentes, la quinina y el ácido salicílico, son muy vecinos uno de otro por su acción antiséptica bactericida, febrífuga y analgésica. Como la saloquinina contiene 50 por 100 de ácido salicílico, la acción terapéutica de este cuerpo se agrega á la de la quinina.

La dosificación de la saloquinina está hasta cierto punto influenciada por lo inocuo de la droga: dos gramos de ella corresponden á un gramo de quinina ordinaria.

En las neuralgias, en la ciática, por ejemplo, Overlach administra 2 gramos por la tarde, y si los dolores aumentan, por la noche hace tomar otros dos gramos. En la fiebre tifoidea se la ha empleado igualmente, administrando una ó dos veces por día una dosis de dos gramos, que puede prolongar la acción antitérmica del baño, agregándose al poder disolvente del ácido salicílico el de la quinina.

Por último, se ha logrado aumentar el poder analgésico de la saloquinina con la preparación de un salicilato de saloquinina, denominado *reumatina*

(Del *Formulaire Boequisson Limousin*).

CUADRO de la mortalidad en Bogotá en Agosto de 1903

ENFERMEDADES	HOMBRES	MUJERES	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	SAN PEDRO	LAS NIEVES	LAS CRUCES	LAS AGUAS	SAN VICTORINO.	SAN PABLO	SANTA BARBARA	EGIPTO	CHAPINERO	H. DE CARIDAD	H. MILITAR	ASILOS	FANOPTICO	HOSPICIO	LA MERCED
Neumonía.....	10	8	1	2	21	1	2	1	5	1	4	1	6	2	2	2	2	2	2	2
Bronconeumonía....	2	3	7	7	19	3	4	3	3	4	3	4	1	2	2	2	2	2	2	2
Tuberc. pulmonar...	6	3	1	1	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Atelectasia pulmonar.	1	4	1	1	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Lesiones pulmonares..	1	4	1	1	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Laringitis.....	2	2	2	2	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Asf. de los recién nados	1	5	1	1	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Fiebre tifoidea.....	6	11	1	1	18	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tifo.....	4	2	1	1	8	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Disentería.....	4	1	1	1	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Enterocolitis.....	4	6	5	12	28	2	5	2	5	1	1	2	1	3	2	3	2	2	2	2
Cáncer.....	3	4	1	1	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Cólico intestinal.....	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Histerectomía abdo- minal total.....	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Hepatitis.....	4	1	1	1	7	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Peritonitis aguda...	1	2	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tuberculosis insual...	4	4	1	1	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Lesiones hepáticas...	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Gastroenteritis.....	3	8	11	11	33	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Atrepsia.....	2	2	2	2	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Cólera infantil.....	2	2	2	2	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Difteria.....	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Les. val. del corazón.	5	13	1	1	20	2	2	2	2	2	2	1	1	5	2	2	2	2	2	2
Aneurisma de la aorta	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Lesiones cerebrales...	3	6	1	1	11	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Infección puerperal...	3	3	3	3	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Hernia estrangulada...	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Enterorragia.....	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
H. elmentaeasis.....	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Erisipela.....	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Nefritis.....	4	4	4	4	16	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Epilepsia.....	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Men. tuberculosa.....	1	2	2	2	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Eclampsia.....	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sífilis terciaria.....	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Arteriosclerosis.....	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Miseria fisiológica...	1	2	2	2	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Inf. estreptocócica...	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Anemia perniciosa....	4	4	4	4	16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Alcoholismo.....	2	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
H. por arma de fuego	2	2	2	2	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Inanición.....	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Debilidad congénital.	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Traumatismo.....	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Nacidos muertos.....	4	2	2	2	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Suma.....	66	82	43	48	239	7	33	25	27	12	10	16	15	65	55	9	12	2	3	3

Bogotá, Septiembre 10 de 1903.

El Médico de Sanidad, RICARDO AMAYA ARIAS.

NOTA.—En Paiba hubo cuatro muertos.

Boletín meteorológico del mes de Septiembre de 1903

DÍAS	BAROMETRO A 0°			PSICROMETRO Term. Cent. *			Direccion del viento		Cantidad de lluvia en milímetros
	Horas de observación			Horas de observación			Horas de observación		
	9 á 10 a. m.	3 á 4 p. m.	10 á 11 p. m.	9 á 10 a. m.	3 á 4 p. m.	10 á 11 p. m.	9 á 10 a. m.	3 á 4 p. m.	
1	560,98	559,88	561,23	13,8-12,6	15,0-13,3	13,2-12,5	S-E	N-E	
2	1,73	60,38	1,48	15,0-12,4	16,0-13,0	13,6-11,8	S-E	S-E	
3	1,48	3,38	1,38	16,0-14,0	16,4-13,5	13,0-11,0	S-E	S-E	
4	1,63	0,71	1,83	13,0-11,0	14,6-12,0	12,3-10,1	S-E	S	
5	1,97	0,38	1,48	14,0-12,0	15,9-13,0	13,5-12,0	N-E	N-E	
6	2,33	0,13	1,48	13,4-11,2	15,0-12,0	12,5-11,0	S	S-E	
7	1,58	0,29	1,58	14,0-11,0	15,0-11,0	12,3-10,2	S-E	S-E	
8	2,33	0,33	1,58	13,0-11,0	16,0-12,4	12,0-10,8	S-E	S-E	
9	1,58	0,08	1,58	14,8-12,0	17,0-13,0	13,5-12,0	S-E	N-E	
10	1,73	59,53	0,98	14,4-12,0	18,0-14,0	14,0-12,0	N	N-O	
11	1,63	9,55	2,58	15,0-13,9	17,5-13,5	14,0-12,4	N-E	N-E	
12	1,63	60,78	1,38	15,0-12,0	16,0-13,0	14,0-12,2	S-E	N-E	
13	1,48	59,78	0,63	14,6-12,3	16,0-12,0	14,0-12,0	S-E	S-E	
14	1,38	9,99	0,88	16,0-14,2	17,6-13,5	14,0-12,4	N-E	N-E	
15	1,73	60,13	1,18	13,0-11,9	16,0-12,0	14,3-12,0	S-E	S-E	
16	1,03	0,03	1,48	16,0-12,0	17,0-13,0	14,0-12,5	S-E	S-E	
17	1,38	0,03	1,63	15,2-13,0	16,0-13,0	13,8-11,6	S-E	S-E	
18	1,63	0,19	1,98	14,0-11,0	17,9-13,0	14,0-11,9	S-E	S-E	
19	1,98	59,68	0,98	14,0-12,0	17,0-13,0	14,0-12,0	S-E	S-E	
20	1,38	9,39	1,48	15,0-13,0	15,2-13,8	13,2-12,4	N-E	N-O	11,00
21	1,63	9,29	1,13	14,0-12,5	17,0-14,0	13,3-12,0	S-E	N-E	
22	1,48	9,29	0,88	14,0-12,5	16,6-13,7	15,0-13,4	N-E	N-O	
23	1,38	8,63	1,23	15,0-12,8	17,6-14,4	14,0-13,0	S-E	S-E	8,00
24	1,63	9,53	1,13	14,0-13,0	16,0-13,6	14,0-13,0	N-E	E	4,00
25	1,63	60,13	1,48	15,0-13,0	15,1-12,7	13,0-11,5	N-E	E	
26	1,73	59,68	1,13	15,0-12,4	18,0-13,0	14,4-12,0	S-E	N-E	
27	1,38	9,29	0,63	15,0-12,5	16,0-14,5	14,8-13,2	S-E	S-E	
28	1,38	9,39	0,63	15,6-13,4	15,5-14,0	15,0-13,2	N-O	N-O	
29	0,88	9,39	0,71	15,0-13,0	16,0-13,7	14,0-13,0	N-O	S	
30	1,98	9,78	1,48	14,0-11,3	16,2-13,5	14,5-12,0	N-O	N-O	

RESUMEN

	9 á 10 a. m.	3 á 4 p. m.	10 á 11 p. m.	Término medio	
	m. m.	m. m.	m. m.	m. m.	
Presión barométrica mensual.....	561,58	559,86	561,30	560,65	
Temperatura. {	Term. libre.....	14°52	16°30	13°70	14°84
	Id. humedecido..	12,38	13,10	12,03	12,50
Diferencias.....	2°14	3°20	1°67	2°34	
Humedad relativa	77%	70%	83%	77,33%	

	Mañana	Tarde	
Dirección del viento	Norte.....	1 días	0 días
	Sur.....	1 --	2 --
	Este.....	0 --	2 --
	Nordeste.....	7 --	8 --
	Noroeste.....	3 --	5 --
	Sudeste.....	18 --	13 --
			} 30 días.
Cantidad de lluvia en milímetros de altura.....			23,00
Días de lluvia en el mes.....			3

* La columna de la izquierda marca los grados del termómetro libre, y la de la derecha los del humedecido