

REVISTA MEDICA.

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES.

Redactor — NIOOLAS OSORIO.

SERIE VI. } Bogota, Setiembre 20 de 1881. { NUM. 65

RESUMEN

DE LAS ACTAS DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES

SESION DEL DIA 3 DE MAYO DE 1881.

Presidencia del señor doctor J. M^a Buendía.

I

En el local y hora de costumbre se reunió la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, con la asistencia de los doctores Aparicio, Barreto, Buendía, Gómez, Medina, Osorio, Pizarro y Uribe Angel. Se excusaron los doctores Castañeda, Plata Azuero, Sáenz y Henao; los demas socios faltaron sin excusa.

II

El señor Presidente declaró abierta la sesion y el Secretario leyó el acta, la cual fué aprobada sin modificacion alguna.

III

El señor doctor Barreto dió lectura al informe reglamentario sobre el caso de invaginacion intestinal presentado por el señor doctor Olaya para ser admitido como miembro de la Sociedad, y terminó con la siguiente proposicion: “Dénse las gracias al señor doctor Olaya por el trabajo que presentó á la Sociedad, colóquese la pieza anatómica en el gabinete de la Sociedad, para

tenerla en cuenta en el próximo concurso, y procedase á la votacion para admitir al señor doctor Olaya como miembro activo de la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales.”

El señor doctor Osorio exigió, la lectura de la observacion presentada por el doctor Olaya é inmediatamente despues de esta lectura pidió la palabra y se expresó en los términos siguientes:

“Hay una circunstancia sobre la cual no insiste el señor doctor Olaya en su trabajo y que me parece de importancia porque puede dar luces acerca del modo como se produjo la invaginacion; es la existencia de una *brida* que se encontró al descubrir el paquete intestinal y que comprimía y tenia fuertemente adheridos los intestinos á la columna vertebral.

“Esta *brida* ha podido ser, en gran parte, la principal causa del vólvulus.

“Me permitiré hacer algunas reflexiones sobre el tratamiento de esta enfermedad: existen para combatirla agentes médicos, medios mecánicos y por último la intervencion quirúrgica. Entre los diferentes medios mecánicos propuestos para reducir el intestino invaginado, se encuentra la *insuflacion*; puede recurrirse á este método ántes de que haya adherencias. Es necesario practicar la *insuflacion* muy lentamente, la presion del aire debe alcanzar su máximun con lentitud y debe sostenerse éste por algun tiempo.

“Puede recurrirse á una inyeccion en el recto con una mezcla efervescente. Recuerdo que estando en Guáduas el doctor Francisco Lozano me invitó para ver un caso de invaginacion en el cual una inyeccion hecha con bicarbonato de soda fué seguida inmediatamente de otra solucion de ácido tartárico, lo cual produjo, en el caso á que me refiero, excelentes resultados. Laboulbène he obtenido algunas curaciones tambien por este método.

“Estas inyecciones gaseosas, creo, fué en los Estados Unidos en donde primero se ensayaron.

“Se han preconizado las duchas ascendentes y el empuje

del paquete intestinal por medio de una sonda armada de una esponja.

“Cuando estos medios han fracasado debe recurrirse á la intervencion quirúrgica. La gastrotomía debe reservarse para los casos en donde se percibe de una manera clara el tumor, siempre que no haya peritonitis. La poca edad del niño no es una contraindicacion, muy al contrario, es una circunstancia favorable. Cuando el niño pasa de cuatro años, y en él se observan síntomas de peritonitis, como vómitos ó meteorismo debe recurrirse á la enterotomía, bien entendido que es despues de haber ensayado los otros medios.

“En el caso del doctor Olaya, atendiendo á la edad del niño, aconsejé que se recurriese á la enterotomía, despues de haber aplicado inyecciones gaseosas y que se combatieran al mismo tiempo los síntomas de peritonitis por la aplicacion de agua fria sobre el vientre.

“En la junta de médicos manifesté el temor de que esta operacion no fuese aceptada por la familia y que siendo tan dudosa en su éxito no debia el médico insistir en practicarla.”

Luego que el señor doctor Osorio hubo terminado la observacion anterior, se procedió á la votacion para admitir al señor doctor Olaya como miembro de la Sociedad y habiendo sido favorable el resultado del escrutinio, la Corporacion declaró al señor doctor Jesus Olaya L. miembro de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales.

IV

El señor doctor Aparicio leyó un informe respecto de la observacion de herida penetrante del ojo, presentada por el señor doctor Gómez, y terminó con la siguiente proposicion: “La Sociedad de Medicina y Ciencias naturales da las gracias al señor doctor Gómez por la historia que sobre un caso de herida penetrante en el ojo, ha presentado á esta corporacion, y dispone que dicho trabajo sea publicado en la *Revista médica*.” Esta proposicion fué aprobada despues de haberla adicionado uno de los socios con el siguiente final: “junto con el informe respectivo.”

V

El señor doctor Gómez dió lectura á una parte más del trabajo sobre epidemias, por Osorio y Gómez, despues de lo cual el señor dector Urire Angel manifestó sus opiniones y experiencias sobre las causas de las fiebres.

Siendo abanzada la hora el Presidente levantó la sesion.

El Presidente, J. M. BUENDÍA.

El Secretario, *L. Barreto.*

SESION DEL DIA 5 DE JULIO DE 1881.

I

Presidida por el señor doctor José María Buendia tuvo sesion la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales, en el local de constumbre y con la asitencia de los doctores Aparicio, Barreto, Osorio, Medina. Michelsen, Olaya y Pizarro.

II

Luégo que se declaró abierta la sesion se dió lectura al acta del dia 3 de Mayo, la cual fué aprobada sin ninguna modificacion.

III

Estando presente el señor doctor Olaya, admitido como miembro de la Sociedad en la anterior sesion, se le exigió la promesa reglamentaria, la que prestó en seguida.

IV

Se leyó una comunicacion del señor Dr. Proto Gómez, por medio de la cual informa á la Sociedad acerca del estado de la epidemia de viruela que reina en Facatativá, despues de lo cual expusieron sus opiniones sobre viruela los doctores Osorio, Ba-

rreto, Buendía y Medina; y manifestaron lo peligroso que es obrar precipitadamente tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y profilaxia de esta enfermedad.

Con motivo de haberse tratado este asunto, el señor doctor Osorio hizo la siguiente proposición: "Excítese al señor Presidente para que convoque la Sociedad á junta extraordinaria, á fin de que cada socio la ilustre con sus opiniones acerca de la profilaxia y tratamiento de la viruela, y de la conducta y reglas que deben observarse para el envío de los enfermos al hospital."

El señor doctor Medina adicionó la anterior proposición de la manera siguiente: "La junta deberá tener lugar el juéves próximo y la discusión versará sobre una série de proposiciones que deberá presentar una comisión nombrada al efecto por el señor Presidente."

Apropadas que fueron la proposición presentada por el señor doctor Osorio y la adicional del señor doctor Medina, el señor Presidente nombró, para dar cumplimiento á lo acordado en la última parte de la segunda, á los autores de las dos proposiciones.

V

En seguida el señor doctor Olaya hizo la siguiente proposición que fué aprobada: "Dense las gracias al señor doctor Gómez por la atención que ha tenido en participar por medio de su telegrama de hoy, á la Sociedad, el estado de la epidemia de viruela que reina en la población de Facatativa; y excítese para que se sirva tenernos al corriente acerca de las formas que tome la epidemia, su mancha y el resultado de los tratamientos que se pongan en práctica para combatirla."

VI

La siguiente proposición del señor doctor Buendía fué puesta en consideración y aprobada en seguida: "La Sociedad de Medicina y Ciencias naturales, en vista de las circunstancias alarmantes en que se encuentra la población, por causa de la

viruela ofrece sus servicios y se pone á disposicion de las autoridades.”

No habiendo otro asunto de que tratar se levantó la sesion.

El Presidente, JOSÉ M. BUENDÍA.

El Secretario, *L. Barreto.*

SESION DEL DIA 7 DE JULIO.

I

Presidida por el señor doctor J. M. Buendía tuvo sesion la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales, en el local y hora de costumbre, con asistencia de los doctores Aparicio, Barreto, Medina, Michelsen, Osorio, Plata Azuero, Pizarro, Posada, Zerda y Olaya.

Puesta en consideracion el acta anterior fué aprobada sin ninguna modificacion.

II

Leyóse en seguida una nota del Gobierno del Estado por medio de la cual da las gracias á la Sociedad y acepta sus servicios durante la epidemia de viruela.

III

La comision encargada de proponer las bases para la discucion sobre la viruela presentó las siguientes proposiciones: “1^a ¿ La varioloide es contagiosa? 2^a ¿ En caso de serlo engendra la viruela? 3^a ¿ Conviene mandar al hospital á los que padecen varioloide? 4^a ¿Cuál es el período en que deben mandarse los virolentos al hospital? y 5^a Qué tratamiento conviene adoptar para la viruela?”

Durante la discucion los doctores Osorio, Plata Azuero, Medina y Zerda manifestaron sus opiniones y las de algunos au-

tores extranjeros, sobre cada uno de los puntos propuestos, y como resúmen de todo lo dicho el señor doctor Plata hizo la siguiente proposicion :

“ La Sociedad de Medicina y Ciencias naturales se permite indicar á la Junta de Sanidad del Estado, la conveniencia de ordenar que los individuos atacados no de la verdadera viruela sino de varioloide, sean colocados en los hospitales de virolentos, en salon distinto, procurando aislarlos lo más que sea posible de los otros enfermos. Tambien juzga prudente que en ningun caso se envíen al hospital de virolentos los individuos que perezcan atacados de viruela, sino hasta que haya empezado la erupcion que caracteriza la enfermedad.”

Esta proposicion se discutió y últimamente fué aprobada.

Acto continuo el mismo doctor Plata propuso y se aprobó lo siguiente :

“ Pásense las cinco proposiciones al estudio de la misma comision que las formuló á fin de que presente un plan de tratamiento general para la viruela.”

IV

El señor doctor Osorio dijo : “Actualmente la mayor parte de los médicos está vacunando á muchas personas; á cada uno se le presentan casos especiales complicando la vacuna, seria pues muy conveniente que la Sociedad se ocupara de la vacuna y que, para hacerlo con mayor provecho, encargara á uno de sus miembros para que presentase un trabajo en que estuviese consignado el mayor número de accidentes observados por cada uno de nosotros.

“ Respecto de la vacuna me permitiré manifestar á la Sociedad que parece á primera vista que es una cuestion sumamente sencilla, que cualquier persona puede vacunar, conservar la vacuna, renovarla, establecer una oficina de vacunacion &^a, Profundo error: la vacuna exige estudios sérios y grande observacion. Citaré un hecho científico de sumo interes práctico.

El virus vacúnico recientemente puesto en una placa ó en un tubo puede perder sus elementos activos (micrococcus) y no contener sino agentes inactivos (*microzymas*); estudiar las condiciones en que deba conservarse el virus ya en placas, ya en tubos, sin alterarse, exige ciencia y observacion. Podria citar muchos mas casos prácticos y científicos pero temo cansar á la Soctedad, y en virtud de lo expuesto me atrevo á proponer que se nombre una comision que estudie la vacuna en la actualidad a fin de que presente un trabajo que reasuma los accidentes tan variados que hemos observado en la vacunacion que se ha hecho en tan grande escala, y que estudie ademas los medios de conservar y propagar la vacuna.”

Esta última proposicion fué aprobada, terminado lo cual se levantó la sesion.

El Presidente, J. M. BUENDIA.

El Secretario, *L. Barreto.*

SESION DEL DIA 19 DE JULIO DE 1881.

Presidencia del doctor Buendia.

I

La Sociedad de Medicina y Ciencias naturales tuvo junta con asistencia de los doctores Aparicio, Buendía, Barreto, Osorio, Medina, Michelsen, Posada y Uribe. Se excusaron los doctores Gómez y Olaya.

II

Se leyó una comunicacion del señor Alcalde de la ciudad enviando una hoja para que fuera distribuida á todos los miembros de la Sociedad. En atencion á la importancia de lo que en ella se trata, el señor Presidente dispuso que fuera insertada en el acta.

Dicho documento es el siguiente :

ENCARECIMIENTO Á LOS MÉDICOS.

La Junta de sanidad suplica á los médicos que en su clientela privada tengan que asistir á individuos afectados de viruela, que observen, ó hagan observar, las prescripciones siguientes :

1.^a Aislar al enfermo lo más que sea posible, poniéndolo en la pieza más independiente de la casa, no permitiendo que entren á esa pieza más de una ó dos personas ;

2.^a Escoger de preferencia, para la asistencia del enfermo, á las personas que hayan tenido ántes las viruelas ó que recientemente hayan sido vacunadas ó revacunadas con buen suceso ;

3.^a Exigir que se alejen de la casa los niños y demas personas que por su edad ó por no haber sido oportunamente vacunados tengan más riesgo de contagiarse ;

4.^a Hacer incinerar, ó por lo ménos, hacer hervir en agua ligeramente acidulada con ácido fénico, toda la ropa y demas objetos que hayan servido al paciente durante su enfermedad, y aun en los dias que precedieron á la aparicion del mal ;

5.^a Prohibir terminantemente que la pieza que haya servido á un virolento sea habitada por otra persona ántes de trascurridos cinco meses, y de haber sido blanqueada ó empapelada de nuevo y de haberla sometido á medios eficaces de desinfeccion, entre los cuales la Junta cree preferible la combustion de azufre en la proporcion de 15 gramos por cada metro cúbico de capacidad de la pieza, y teniendo la precaucion de cerrar ésta herméticamente durante seis horas, por lo ménos ;

6.^a Emplear, durante la enfermedad, el vinagre fenicado, ó el ácido fénico diluido, ó el ácido salicílico ó sus derivados, ó el cloruro de calcio, ó fumigaciones de azufre como desinfectantes, tanto en la pieza del paciente como en el resto de la casa, y hacer poner en las puertas de comunicacion de una pieza con otra, cortinas de género blanco que se empaparán frecuentemente con el desinfectante que se juzgue más conveniente ;

7.^a En resúmen, emplear todos los medios que sus conocimientos ó su experiencia les enseñen como más eficaces para

evitar el contagio y circunscribir cuanto sea posible, la perniciosa accion de la viruela.

Igualmente ruega la Junta á todos los médicos de esta capital y á los de los demas pueblos del Estado, que le den cuenta minuciosamente, cada ocho ó, á más tardar, cada quince dias, del número de enfermos que estén recetando ó hayan recetado, expresando la edad, el sexo, si han sido ó no vacunados ó revacunados, la forma de la viruela y sus complicaciones, el tratamiento empleado y la terminacion que haya tenido la enfermedad. En caso de falta de tiempo para suministrar todos estos datos, la Junta espera que por lo ménos se le comuniquen los relativos á los cuatro puntos primeramente mencionados.

Se recomienda muy especialmente á los médicos, practicantes y asistentes de enfermos afectados de viruela, que ellos mismos se aislen cuanto puedan de los individuos sanos, y que tomen cuantas precauciones juzguen convenientes para no llevar el contagio á la poblacion ó á sus familias. Los vestidos que se pongan para visitar los hospitales ó los enfermos de la clientela privada, deben someterlos á las fumigaciones de azufre y no servirse de ellos para otros usos.

Bogotá, 12 de Julio de 1881.

El Presidente, ALEJANDRO BORDA.—JOSÉ MARÍA BUENDÍA.—RAFAEL ROCHA C.—PEDRO P. CERVANTES.—MANUEL PLATA A.—JANUARIO NARIÑO.—El Secretario, *Ricardo Hinestrosa.*

III

Ultimamente los doctores Osorio y Medina presentaron los trabajos para que habian sido nombrados en la anterior sesion.

El primero un estudio sobre lo que es la viruela en su naturaleza íntima y las modificaciones que puede imprimir al organismo; y el segundo una serie de fórmulas que indican cómo pueden usarse los medicamentos antisépticos.

Terminado el objeto de esta reunion y no habiendo otro asunto de que tratar se levantó la sesion.

El Presidente, J. M. BUENDÍA.

El Secretario, *L. Barreto.*

EPIDEMIAS

DE ICTERICIA Y COLERINA EN BOGOTÁ Y PUEBLOS VECINOS.—FIEBRES
EPIDÉMICAS DE LA HOYA DEL MAGDALENA.—NATURALEZA
DE ESTAS FIEBRES.

(Conclusion).

Algunos autores ven en la remitente inflamatoria los síntomas atenuados de la fiebre amarilla. Burot considera esta fiebre como una fiebre amarilla bastarda, esporádica ó anormal, y se funda en la coincidencia de ésta con aquélla en las epidemias de la Guayana. La inflamatoria biliosa se presenta, ya en lugares pantanosos, ya en los que no lo son y parece que no depende de la endemia palustre. La cree también *contagiosa* como la fiebre amarilla y encuentra mucha semejanza entre los síntomas de la una y los de la otra. Evidentemente, no falta á la inflamatoria ni la raquialgia (golpe de barra), ni la remision, ni el *eritema escrotal*, indicados por Berenger, Févau y Mr. Conillebois. En la orina de los enfermos se encuentra urocromo y urohematina, pero no pigmento biliar; esto mismo sucede en los atacados por la fiebre amarilla. Mr. Burot halla igualmente analogía hasta en las lesiones viscerales. Ha estudiado la alteracion de la sangre: La hemoglobina no fija el oxígeno sino de una manera imperfecta. Considera la descomposicion de la sangre como primitiva y probablemente producida por un fermento; las lesiones secundarias interesan los capilares sanguineos, que dejan trasudar la sangre formando equimosis, congestiones y hemorragias internas, y produciendo este envenenamiento al propio tiempo, la esteatosis de los parenquimas. La presencia constante de microbios en los tejidos enfermos constituye un serio argumento en apoyo de esta opinion.

Por lo expuesto vemos que hay una entidad llamada fiebre biliosa inflamatoria, que se parece tanto á la fiebre amarilla, que muchos autores convienen en considerarla, como la forma atenuada de la amarilla. Al lado de ésta se encuentra la remitente

biliosa, que hemos descrito, y con esta forma principalmente haremos el diagnóstico diferencial de la amarilla.

Copiaremos textualmente á Dutroulau, página 358. “ Resta hablar de la fiebre biliosa hematúrica, que se considera como la fiebre amarilla de los criollos y de los aclimatados, con motivo de las analogías que se cree descubrir entre los síntomas graves de la una y de los de la otra, á saber: ictericia, vómito y hemorragia. Pero los caracteres mismos de los síntomas que se aducen como prueba de su identidad, bastan para establecer su diagnóstico diferencial. La ictericia biliosa es inseparable de la fiebre biliosa y es su primer síntoma; se echa ménos muy á menudo en todo el curso de la fiebre amarilla, en la cual no se deja ver ordinariamente sino hácia la mitad de su duracion. El vómito es tan inseparable de la primera como de la ictericia y está siempre compuesto de bilis, como las demas escreciones; en la segunda falta á veces del todo. A menudo se compone solo de líquidos ingeridos como de bilis, y no es verdaderamente característico sino cuando se halla formado por la materia negra en todas sus formas. Si el vómito de bilis de verde subido, tiene alguna semejanza de color con una de las variedades del vómito negro, es cierto que carece de todos los caracteres distintos del color aparente que hemos atribuido á este.

“ La hemorragia nunca tiene en la biliosa hematúrica la abundancia y variedad de sitio que ofrece en la mayor parte de las fiebres amarillas graves. Casi nunca se observa en la primera sino en las vias urinarias, miéntras que en la otra sucede precisamente lo contrario. Las placas hemorrágicas de la piel, los focos sanguíneos del tejido celular y de los músculos, pertenecen peculiarmente á la fiebre amarilla. Tienen, sin embargo, un carácter sintomatológico comun, á saber: la albumina, que contiene á su elemento hemorrágico y cuya aparicion y marcha deben ser condiciones mejor conocidas para que puedan servir de señales distintas.

“ Como caracteres anatómicos diferenciales, el aumento de

volúmen y reblandecimiento del bazo son tan frecuentes en la fiebre palúdica como raros en la amarilla. La decoloracion anémica y la consistencia particular del hígado en esta, no se parecen á la congestion sanguínea ó biliosa—sanguínea que de ordinario se observa en aquella.

“No creo necesario llevar adelante este análisis. La fiebre amarilla no es una fiebre palúdica, así como no es tampoco remitente biliosa, ni biliosa hematórica. Hago esta doble distincion para los que no consideran esta última como enfermedad palúdica.”

La ictericia grave tiene tanta analogía con la fiebre amarilla, que Ardul y Moneret le han conservado el mismo nombre. Diferénciase mas bien de la fiebre biliosa hematórica por la marcha de la enfermedad, la coloracion ictérica de la orina y el sitio de las hemorragias. La lentitud del pulso y la algidez que caracteriza prematuramente la ictericia grave, no se observan en la remitente biliosa.

Haremos notar de paso que hay en todas estas entidades una descomposicion de la sangre que produce un síntoma comun: la ictericia.

La urobilina es uno de los pigmentos normales de la orina, y su calidad varía segun el estado de salud de los enfermos.

Las soluciones de urobilina forman en el espectroscopio una raya en F.

Se notan esta raya y dos bandas muy manifiestas de cada lado de D, cuando la oxidacion de la materia colorante es incompleta. Una solución clorofórmica de bilirubina, transformada parcialmente en biliverdina por medio de su exposicion al aire, se evapora al baño de maría, y el residuo disuelto en el agua se trata por el ácido nítrico. Si se trata esta solución por el cloroformo y se deja evaporar, se obtiene un residuo pigmentario idéntico á la urobilina recogida de la orina normal. Resulta, pues, que la urobilina de la orina es un producto de oxidacion de la bilirubina y de la biliverdina.

La urobilina se forma por oxidacion de la bilirubina y de la biliverdina, esta transformacion, en el estado de salud, se hace fisiológicamente en el cuerpo humano; pero en ciertas enfermedades, cuando la oxidacion se disminuye, el espectroscopio revela dos caractéres de la falta de oxidacion de la urobilina. Cuando una notable cantidad de pigmento escapa á la oxidacion, se produce la ictericia. Así se puede comprender cómo la ictericia puede ser la consecuencia de la destruccion de los glóbulos de la sangre, vehículos del oxígeno, ó de venenos que impidan el cambio de oxígeno entre la sangre y los tegidos. Esta es la explicacion química de la *ictericia hemafeica* de Mr. Gubler. (A. Mac Munn. The Dublin Journ).

En las diferentes entidades que acabamos de mencionar, podrian atribuirse á la falta de oxidacion del pigmento biliar (y por consiguiente alteracion de los glóbulos sanguíneos), los síntomas que le son comunes (ictericia, hemorragias). Es posible que por esta razon, se encuentre tanta semejanza en la sintomatología de estas diferentes enfermedades; pero la naturaleza de ellas, áun siendo tan parecida, puede ser diferente.

El fósforo, el agente áun desconocido que produce la fiebre amarilla y el miasma palúdico que engendra probablemente la remitente biliosa hematúrica, impiden la oxidacion, enferman al glóbulo y producen la *ictericia*.

NATURALEZA DE LAS FIEBRES EPIDEMICAS DEL MAGDALENA.

Las diferentes fiebres epidémicas del Magdalena, que hemos mencionado ¿deben calificarse de fiebre amarilla, ó de fiebres biliosas remitentes hematúricas?

Para mayor claridad en nuestra exposicion las consideraremos una por una.

ANALISIS DE LAS EPIDEMIAS.

1857. *Ambalema—Doctor Esguerra.*

La fiebre de esta epidemia se diferencia de la fiebre amari-

lla: 1º En que en aquella la coloracion ictérica aparecia desde el principio, 2º La existencia de una cefalalgia frontal vivísima. 3º Su marcha presentaba en muchos casos remisiones y exacerbaciones alternativas. 4º No se observó la raquialgia agudísima (*coup de barre*), 5º Solo en algunas hubo remision. 6º El tratamiento químico produjo excelentes resultados; excepto en aquellos casos en que la invasion y la marcha han sido tan rápidas, que no dieron lugar á que la quinina produjera sus efectos.

1857. *Guáduas—Doctor Contréras.*

Los síntomas con que se presentó la fiebre, se asemejan un poco más á los de la fiebre amarilla que los de la anterior, pero se distingue: 1º En que el color ictérico aparece al principio y no aumenta despues de la remision. 2º Vómitos y evacuaciones biliosas al principio, 3º No hubo raquialgia, síntoma que no podia escaparse á la sagacidad del autor que con tal minuciosidad nos describe esta fiebre; tampoco habla del eritema escrotal.

1865 y 1866. *Peñaliza y Girardot—Esguerra.*

La fiebre que invadió estas poblaciones en dichos años, se presentó con los mismos síntomas que la que apareció en 1857 en Ambalema, y de que ya hemos hablado.

1870, 1871 y 1872. *Espinal—Esguerra.*

Se diferencia de la fiebre amarilla: 1º En la aparicion del color ictérico desde el momento en que invade; y 2º En la tumefacion y dolor de la region esplénica, en muchos casos.

1879. *Honda—Pinto.*

Se diferencia: 1º En que hubo vómitos y evacuaciones biliosas en los primeros dias; 2º Tinte ictérico desde el principio y prurito debido á la ictericia; 3º No en todos los casos hubo remision; y 4º Los dolores lumbales no fueron muy intensos, ni se produjeron en la columna vertebral; no hubo pues, un verdadero *coup de barre*.

1880. *Guáduas—Zea.*

Se diferencia: 1º En que desde el principio se observa ic-

tericia y sobrevienen vómitos biliosos; 2º Falta de remision bien manifiesta; 3º No hay tampoco raquialgia; 4º Hay recidivas; 5º Accion favorable del sulfato de quinina; 6º Tume-faccio del bazo; 7º En dos autopsias que practicó, el hígado y el bazo estaban congestionados y el último resblandecido.

1880. *Espinal*— *Iriarte, Melendro, Ortiz.*

Se diferencia: 1º En que no hubo raquialgia; 2º Hubo ictericia inicial (Ortiz) 3º Deposiciones biliosas; 4º Sensacion del fuego interior (Beranger Feraud). 5º Buenos resultados del sulfato de quinina.

Los doctores Várgas Réyes y Esguerra, consideran algunas de las epidemias del Magdalena como fiebre amarilla, siguiendo en esto la opinion de Chervin, opinion que, como dijimos, no fué aceptada por la Academia Médica.

De ciertos trabajos que hemos visto, hechos por hombres de profunda observacion, resulta que la entidad discutida bajo el nombre de fiebre remitente biliosa hematúnica, debe considerarse como diferente de la fiebre amarilla. El doctor Zea que ha estudiado la epidemia de Guáduas, la considera como una remitente biliosa. Trascribimos sus palabras: “ Clínicamente los casos graves de la fiebre de que hablo, tienen íntima semejanza con la fiebre amarilla.

“El inflamamiento del bazo; la circunstancia de reinar á la vez fiebres intermitentes bien caracterizadas, que no dejan duda en el diagnóstico; la altura á que nos encontramos sobre el nivel del mar, y los sorprendentes efectos del heróico medicamento del paludismo, no dejan para mí, duda sobre la naturaleza del mal.

“ La fiebre amarilla es una enfermedad sumamente grave, cuya patria está limitada á las costas marítimas, hácia los puertos y la embocadura de los grandes rios. Si bien es cierto que epidémicamente puede salirse de sus confines y extenderse á distancias lejanas de su origen, tambien es verdad que sus devastaciones están limitadas por una altura de 4,000 piés, sobre

el nivel del mar; altura que casi alcanzamos en Guáduas y que sobrepasa las habitaciones del Raizal y el Trigo, sitios en donde se ha desarrollado nuestra fiebre reinante, en personas que hace mucho tiempo que no han bajado siquiera á esta ciudad."

El señor doctor Rafael Rocha C., en la *Gaceta Médica* número 9, dice: "Lo que vulgarmente llaman, fiebre amarilla de Ambalema, no es otra cosa, segun creo, sino una fiebre remitente perniciosa en que predominan los vómitos biliosos, y á veces sanguíneos, acompañándose con frecuencia de evacuaciones de la misma naturaleza. Los médicos instruidos están completamente de acuerdo sobre este particular."

TRATAMIENTO.

Al hacer el análisis de las epidemias de fiebres del Magdalena, nos hemos inclinado á considerarlas como fiebres remitentes biliosas hematóricas.

Aunque en muchos casos graves el sulfato de quinina no haya podido conjurarlas; no creemos por esto que esta medicacion deba abandonarse. Es necesario buscar el medio de que el medicamento sea absorbido. En los casos graves, cuando el vómito y la evacuacion revelan el mal estado de las vias digestivas, la absorcion de los medicamentos por la mucosa intestinal es casi nula. Debe recurrirse al método hypodérmico, aplicando inyecciones de bromidrato de quinina, combinadas con los demas medios que se emplean para combatir los principales síntomas.

La medicacion hidroterápica bien dirigida, debe usarse al mismo tiempo que la química, convirtiéndose en un poderoso auxiliar de ésta.

CONCLUSION.

En el trabajo que tenemos el honor de presentar á la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, puede haber muchos

errores; estos son disculpables y podrian en cierto modo ser útiles, si se atiende al objeto que nos hemos propuesto al llamar la atencion sobre la naturaleza de las fiebres de la hoya del Magdalena, al estudiar sus propiedades y sus síntomas y al hacer una comparacion con la fiebre amarilla. No hemos podido adquirir datos sobre la anatomía patológica de ella; lamentamos que nuestro trabajo sea tan deficiente sobre todo en este punto.

No dudamos que en las nuevas epidemias que se presenten, el estudio que de ellas se haga colme los vacíos que deja nuestro trabajo y procure los datos que son tan apetecibles para resolver arduos problemas.

En el estado actual de la ciencia es casi imposible decir nada acerca de la naturaleza y patogenia de las enfermedades de que nos hemos ocupado.

“Entre la ictericia grave, la fiebre biliosa hematúrica y la fiebre amarilla, dice E. Wallin, hay evidentemente diferencias específicas, pero existen tambien analogías y puntos de contacto cuyo mecanismo y filiacion solo pueden hacernos conocer la anatomía y fisiología patológica.”

NICOLAS OSORIO Y PROTO GÓMEZ.

LA VIRUELA EN FACATATIVA.

NOTAS Y OBSERVACIONES TOMADAS DURANTE LA EPIDEMIA.

En el mes de Junio del presente año el telégrafo nacional anunciaba dia por dia los progresos que hacia la epidemia, que despues de atacar algunas poblaciones de la Costa atlántica, estaba llenando de terror al pueblo de Facatativá; el número de muertos aumentaba progresivamente y la alarma reinaba ya en esta capital, cuando el Gobierno del Estado de Cundinamarca resolvió enviar una comision para que se encargara de hacer fundar los hospitales que fueran necesarios y de estudiar las formas

bajo las cuales se presentara la epidemia. Yo tuve la honra de ser escogido para desempeñar tan delicado cargo y al efecto partí á darle cumplimiento inmediatamente.

De lo que hice y de las medidas que tomé dí oportunamente aviso á la Junta central de sanidad ; hoy solo intento ocuparme de la viruela en general, dejando para más tarde otras cuestiones referentes á las formas que la caracterizaron, y de las cuales trataré cuando exponga el modo de trasmision y demas circunstancias de esta terrible enfermedad.

I

ÉPOCA EN QUE APARECIÓ LA EPIDEMIA.—SU MARCHA.

En algunas poblaciones situadas al Occidente de Facatativá, como Frias y Honda, habia hecho ya grandes estragos la viruela cuando se empezaron á notar en aquella poblacion, y luego en Cipaquirá los primeros síntomas del contagio.

Á principios del mes de Junio del presente año, un hombre de Chocontá, que hacia viajes de Facatativá á Honda, se hospedó en una casa pajiza situada sobre el camino que conduce á este lugar y á Cipaquirá ; enfermó allí y pocos dias despues murió ; del reconocimiento practicado por los médicos nombrados al efecto por las autoridades, resultó que dicho hombre habia succumbido á consecuencia de un ataque de viruela. Las personas que vivian en la misma casa aparecieron poco despues con los mismos síntomas de la enfermedad que causó la muerte al hombre de que nos ocupamos.

Nuevos casos aparecieron despues en las casas vecinas á la poblacion y algunos en las de campo, cuyo reconocimiento hice personalmente. Llamó especialmente mi atencion la circunstancia de que todas las casas en donde habia enfermos estaban situadas á orillas del camino que va de Honda á Cipaquirá pasando por Facatativá, miéntras que no hubo un solo caso en las que quedan en las otras vias de comunicacion.

Más tarde la epidemia se generalizó en la población y en el campo, y ya me fué imposible seguirla en su marcha.

II

VARIEDADES DE LA VIRUELA.

Cuando visité por primera vez los hospitales, encontré todas formas de que paso á ocuparme. Por el telégrafo remití una descripción abreviada de algunas de ellas á la Junta de Sanidad y á la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales; ahora voy á tratar de describirlas con más extensión, teniendo á la vista las observaciones que tomé en el tiempo en que estuve á la cabeza de los hospitales.

III

PÚRPURA FEBRIL.

Esta forma llamó siempre mi atención por la rapidez de su marcha, en algunos casos, y porque fué la que causó las primeras víctimas. He creído reconocer dos variedades cuya descripción haré separadamente.

1.^a *Púrpura febril propiamente dicha.*—Empezaba acometiendo al paciente en medio de las ocupaciones ordinarias de la vida, por escalofríos erráticos que se repetían varias veces en el día; cefalalgia frontal poco intensa; dolores en la garganta, en los lomos, en la cintura y á lo largo del esternon; había un ligero movimiento caracterizado por calor en la piel, sed insaciable, lengua pastosa, desgana, estitíquez y pulso frecuente y lleno que daba de 60 á 100 pulsaciones por minuto.

Al segundo día, después de una noche agitada y de insomnio, los pacientes experimentaban cansancio, fatiga, malestar, desvanecimientos, vértigos, mucha sed y náuseas. Pero lo que más les mortificaba, era un dolor intenso en la parte superior izquierda del torax, que se fijaba al nivel de la glándula mamaria y en un punto correspondiente en la espalda, y que les impedía

respirar con facilidad; la respiracion, como consecuencia de este síntoma era anhelosa, breve y entrecortada. En algunos enfermos, este dolor estaba acompañado de tos ligera y seca, lo que me hizo pensar en el desarrollo probable de una neumonía, sin embargo, la auscultacion nunca reveló la menor lesion en el parenquima pulmonar ni en las pleuras.

Durante el trascurso de este dia, al mismo tiempo que aparecian nuevos síntomas, se hacian más intensos los que existian; así, la cefalalgia frontal se avivaba sobremanera, las náuseas eran más frecuentes, seguidas de vómitos de materias glerosas y acompañadas de un sentimiento de constriccion y de dolor en la region epigástrica, que se hacia sentir especialmente á la presion. Epístasis abundantes y deposiciones negras; piel ardiente y seca; sed insaciable, que no se podia mitigar sin que las bebidas, aun tomadas en pequeña cantidad, provocaran el vómito. Colocado el termómetro en la axila, marcaba de cuarenta á cuarenta y un grados.

Al tercer dia la postracion era considerable y los enfermos estaban abatidos. Las náuseas y los vómitos eran ménos frecuentes, pero en cambio las materias glerosas eran reemplazadas por un líquido sanguinolento de un color negruzco; la hemorragia nasal continuaba pero en pequeña cantidad, lo mismo que la del intestino. La cara era vultuosa y de un color violaceo que se extendia á toda la superficie tegementaria. Los ojos brillantes, sin estar inyectados, presentaban vastas hemorragias subconjuntivales en su parte superior y externa; estas eran precursoras de las manchas equimóticas que algunos autores llaman *rash hemorrágico* (S. Jaccous. *Traité de pattologie interne*), que en breve iban á aparecer, y que por ser la única erupcion que tiene lugar en el curso de la enfermedad, constituye el carácter esencial de esta forma.

Me detendré un momento en su descripcion, porque no deja de tener algun interes para nosotros.

Su modo de aparicion, su tamaño, su coloracion y su abundancia varian segun la edad del paciente y la region que ocupan.

En dos personas de 60 y 70 años, que sucumbieron, aparecieron á los dos dias; en los de 15 á 35 años, en la noche del tercer dia y en los pocos niños que fueron atacados, mas tarde. Eran pequeñas como la cabeza de un alfiler ó un grano de mijo, diseminadas en las personas de edad y tan poco abundantes que necesité una exploracion cuidadosa, para encontrarlas en los brazos y en el pecho. En los adultos de ámbos sexos, su tamaño variaba entre el de una lenteja y el de medio real. Las que se desarrollaban en las mejillas, en la frente, la lengua y los antebrazos eran más pequeñas, y las grandes tenian su asiento en las regiones deltoidianas, el abdómen y las caderas. La coloracion variaba del moreno subido al negro.

Esta erupcion era acompañada y seguida de abatimiento, falta de fuerzas y desvanecimientos que obligaban al enfermo á guardar cama y á permanecer en un estado de postracion que se traducia por la inmovilidad y la indiferencia por todo lo que le rodeaba; en algunos las facultades intelectuales se conservaban en toda su integridad; se interesaban vivamente por su salud, se sometian voluntariamente á las prescripciones que se ordenaban y manifestaban el deseo de alentarse, hasta pocos momentos ántes de espirar.

La respiracion, cada vez más frecuente y anhelosa, era acompañada de un quejido débil que interrumpia de tiempo en tiempo una tos breve y seca sin espectoracion, ó un acceso de vómito compuesto de sangre negra y líquida, que se hacia en pequeña cantidad, casi sin esfuerzo, como por regurjitamiento.

El pulso, que daba de 110 á 112 pulsaciones por minuto, se hacia incontable, pequeño, filiforme é irregular. El termómetro marcaba 36 grados y la muerte venia, por último, á poner término á todos estos accidentes al tercero ó cuarto dia.

Uno de mis amigos y notable compofesor, cuando tuvo conocimiento del telegrama en que daba cuenta á la Junta de Sanidad de la existencia de la forma que acabo de describir, me envió galantemente el siguiente telegrama:

Bogotá, 12 de Julio de 1881.

“.....Hebra dice: hay una forma de viruela en la que solo se manifiestan manchas hemorrágicas. A los síntomas febriles, que sobrevienen de repente con grande intensidad acompañados de delirio, somnolencia, movimientos convulsivos y calambres, sigue la aparición de manchas hemorrágicas en la piel, del tamaño de un grano de mijo ó de una lenteja. Estas manchas crecen rápidamente, se multiplican y en 24 horas cubren todo el cuerpo. Estos casos terminan casi todos por la muerte en el espacio de tres á cinco dias. En la autopsia se encuentra la piel llena de manchas equimóticas, lo mismo que el tejido celular y las membranas serosas y mucosas

NICOLAS OSORIO.”

2ª *Forma segunda de la púrpura febril.*—La forma que dejamos descrita es la más rápida en su evolucion de todas las que se presentaron durante la epidemia; tan rápida fué que todos los atacados murieron ántes de aparecer ninguna vesícula ó pústula característica de la viruela.

En la segunda, de la cual voy á ocuparme, hay erupcion varioloica, se le sigue en todas sus fases y viene á demostrar que las manchas de púrpura no son sino una complicacion que quita la vida, sin dar á la enfermedad tiempo suficiente para hacer sus manifestaciones.

En esta segunda forma los prodromos fueron los siguientes: durante la noche, y sin ninguna alteracion anterior en la salud, despertaban los pacientes con malestar indefinible, sensacion de calor interior seguido de escalofrio poco intenso y de un estado febril, que les impedia consiliar el sueño.

Cuando se levantaban al dia siguiente experimentaban trastornos, desvanecimientos, cansancio y sensacion de mareo; tenian la boca amarga y la lengua cubierta de una saburra blanca; habia náuseas, pesadez de cabeza y sed, como si tuvieran una rebotacion biliosa, segun su propia expresion. El andar era tambalean-

te y lento como el de una persona en estado de embriaguez, y por poco que caminaran sentian tanto cansancio que se veian obligados á sentarse cada rato. La cefalalgia frontal era poco intensa y los dolores en los lomos, el pecho y la cintura, como en los demas enfermos; únicamente los que sentian en la profundidad de los miembros, y que ellos caracterizaban con el nombre de dolor de huesos, eran tan intensos que pedian les aplicaran algo que les calmara.

Al tercero dia, que fué cuando tuve la ocasion de observarlos, lo que resaltaba á primera vista era la palidez cenicienta, la demacracion de la cara, el brillo febril de los ojos, sin que estuvieran inyectados, la sequedad y la cianosis de los labios que tenian ligeramente entreabiertos como para respirar mejor; presentaban pues, el *facies febril* que se observa en el período de frio en las personas atacadas de fiebres palúdicas. Si se ponian en marcha, lo hacian con la cabeza inclinada al suelo, con mucha lentitud, apoyándose en las paredes, como si temieran caer y deteniéndose á cada paso para hacer esfuerzos de inspiracion; en una palabra, un abatimiento profundo los dominaba. La piel estaba ligeramente caliente y seca; el pulso fuerte y concentrado daba de 100 á 110 pulsaciones por minuto y la temperatura axilar era de 38 grados.

Al cuarto dia la piel presentaba una coloracion violacea, que se acentuaba más en la cara, el pecho y los antebrazos; las extremidades estaban lívidas y frias. La erupcion comenzaba á manifestarse entónces por pequeñas vesículas agrupadas, muy abundantes y diseminadas en las mejillas, el pecho y los antebrazos. Al mismo tiempo aparecian entre las vesículas, manchas moradas del tamaño de una cabeza de alfiler. Habia dolor de garganta producido por la presencia de las visículas que se habian desarrollado en la bóveda palatina, el velo del paladar y las amígdalas. El apetito estaba completamente perdido; tenian mucha sed y la lengua estaba húmeda y rosada.

El paciente, que hasta entónces se levantaba y caminaba aun-

que con dificultad, se veía obligado á permanecer en la cama conservando el decúbito lateral, no atreviéndose ni á sentarse porque los trastornos y los desvanecimientos aumentaban de tal manera que los obligaban á mantenerse inmóviles.

Por primera vez aparecían las hemorragias nasales moderadas que se repetían algunas veces en el día. El pulso no era muy acelerado y daba 100 á 104 pulsaciones por minuto. El termómetro marcaba 38 grados.

Al sexto día aumentaba la cefaláljia, volvía á presentarse el dolor en los lomos: la piel se ponía muy adolorida y la erupción, al mismo tiempo que se hacía más abundante, se generalizaba. Las vesículas eran planas, pequeñas y fuertemente deprimidas en el centro; la coloración de la depresión era de un morado oscuro; el dolor de garganta era más intenso y sobrevenían delirio ligero y postración. La lengua estaba en unos húmeda y blanca, en otros seca y con equímosis;

La piel imprimía una sensación de frío á la mano que le tocaba; el número de pulsaciones era 108 por minuto y el termómetro marcaba 38 grados.

Del octavo día en adelante la cara, las manos y los pies se hinchaban; sobrevenía una salibación abundante y la piel se ponía más dolorosa á la presión. Las vesículas se extendían en todos sentidos, se confundían las unas con las otras y se formaban por esta reunión vastas flictenas, que se llenaban con una serosidad ligeramente sanguinolenta. El subdelirio, la postración y la somnolencia se acentuaban más. La lengua seguía húmeda y rosada ó se ponía seca, amarillenta ó negruzca; la sed era insaciable; el dolor de garganta y la ronquera persistían. Las orinas eran sanguinolentas en lo general; las deposiciones líquidas y de color negruzco. El pulso daba 115 por minuto y el termómetro marcaba de 38 á 39 grados.

Al décimo día el delirio cesaba, las facultades intelectuales se despejaban y muchos se sentían bien, se interesaban por su salud y me hacían una relación detallada de sus padecimientos, mientras que otros permanecían siempre acostados, inmóviles é indiferentes á todo.

Las flictenas se desgarraban, la epidérmis se desprendía en grandes placas, dejando á descubierto un dermis rosado salpicado de pequeñas manchas cárdenas bien visibles.

El aspecto que presentaban los enfermos que habian llegado á este período era desgarrador, parecia que extensos vijigatorios volantes hubieran sido colocados en varias rejiones. La presencia de las manchitas en el dermis, análogas á las que se presentaban en la *nurpura febril*, dan á esta forma un aspecto especial y tan semejante hasta cierto punto con ella, que nos ha hecho considerarla como una variedad.

Manchas negras, grandes como una peseta, brillantes, adherentes é irregulares aparecian en los codos, los grandes trocanteres y á veces en el borde cubital de las manos. El cuerpo era constantemente agitado por un temblor análogo al escalofrío de invasion de la neumonía. El pulso pequeño y miserable. La temperatura de $27\frac{1}{2}$ grados.

En el curso de los días siguientes el estado del paciente se agravaba así como la postracion y el temblor; la sensibilidad de la piel era tan intensa que no permitian que se les tocara. Las manchitas cárdenas eran un poco más grandes, más visibles y tomaban un color negruzco.

Poco á poco se apoderaba de los enfermos un estado soporoso seguido de una corta agonía y por último la muerte ponía fin á sus padecimientos.

Las manchas equimóticas que caracterizan la púrpura en las formas que acabamos de describir, suelen encontrarse en un período más avanzado de la enfermedad de que nos estamos ocupando. Voy á hacer rápidamente la historia de dos casos únicos en los cuales se presentaron las equímosis en el período de des-camacion.

Dos muchachos fueron atacados de la forma discreta ordinaria; en uno de éstos, la erupcion era más abundante que en el otro, sin llegar á ser confluyente; las pústulas se desarrollaron bien eran semierpéticas y se llenaron de pus amarillento, se presentó luego la fiebre de supuracion con su cortejo sintomá-

~~~~~  
tico, despues comenzó la desecacion por la cara, las manos &c. La fiebre habia cedido, el apetito reapareció; conversaban, se levantaban si no hacia mucho frio y salian á los corredores, cuando sin causa ninguna al momento de la visita, los encontré acostados, con somnolencia, respondiendo por monosílabos á las preguntas que les hacian, é indiferentes á las cosas que el dia anterior les habian llamado la atencion. Al tomarles el brazo para contar el pulso en la radial, se me ocurrió acabar de levantar unas costras que comenzaban á desprenderse, y cuál no fué mi sorpresa al encontrar debajo de ellas manchitas cárdenas de la púrpura; hubiérase dicho que la muerte las acababa de marcar. Examiné luego la cara y el pecho y allí tambien las encontré tan grandes como una cabeza de alfiler.

La falta de las fuerzas era muy marcada, la piel se enfriaba, el pulso se hacia pequeño, filiforme é irregular. El estado soporoso era el último término que los conducia á la muerte.

#### IV

##### FORMA HEMORRÁGICA PROPIAMENTE DICHA.

La más comun de las formas graves que se presentan en la actual epidemia, es sin duda la forma hemorrágica de que voy á ocuparme.

Como en la púrpura febril señalaré dos variedades, la una precoz y la otra tardía. He basado esta distincion en la época en que aparece la hemorragia en el interior de las pústulas, siguiendo el ejemplo de algunos autores que se ocupan de ella. (Hebra, Trousseau, Niémeyer, Jacoud, &c.).

##### 1º *Forma precoz.*

Constituian los síntomas iniciales la mayor parte de los que ya he señalado: cefalalgia frontal, náuseas, vómitos, dolores en los lomos, la cintura y en el epigastrio; epístasis repetidos, postracion &c, &c.

En el tercero ó cuarto dia se declaraba un delirio intenso, en el cual el deseo de caminar era uno de los fenómenos predominantes, que en muchos llegó al punto de fugarse del hospital

y hacer una jornada de algunas leguas. La erupcion se presentaba luego, la piel tomaba un color rojizo escarlatiniforme, marcado especialmente en los puntos en que iba á ser más abundante, como en la cara los antebrazos y las caderas; pequeñas manchas violáceas se dejaban ver; al principio discretas, luego más abundantes, las cuales se cambiaban en pápulas y en seguida en vesículas muy pequeñas, rodeadas de una aureola amoratada. La piel se ponía ardiente y seca; el pulso daba 110 pulsaciones por minuto; la temperatura axilar era de 40 grados. Sed intensa, postracion y somnolencia.

Cuando la erupcion llegaba á su término, las vesículas eran aplanadas y fuertemente deprimidas en el centro; esta depresion era de un color morado subido lo mismo que su aureola. Entre las vesículas habia placas equimóticas de varios tamaños, más ó ménos abundantes; situadas comunmente en las regiones gluteas el abdómen y el pecho. La presencia de estas equimosis era acompañada de hemorragia por las nariçes y la boca. Los orines eran sanguinolentos; las deposiciones negras y fétidas. El delirio desaparecia pero la postracion era la misma; los dolores en la garganta, que se manifestaban desde el principio, se aumentaban; la voz se hacia cada vez más ronca, la sed más intensa; el pulso daba 100 pulsaciones y el termómetro marcaba 39 grados.

En el sexto dia, por lo general, la erupcion era más abundante, las vesículas, aunque más grandes, eran siempre planas, deprimidas en el centro, y llenas de una serosidad sanguinolenta semejante al vino tinto; la aureola era de un color rojo oscuro; las manchas equimóticas, que aparecian de nuevo, eran muy visibles y de una coloracion cárdena. Volvia el delirio, pero un delirio tranquilo y acompañado de grande postracion; la lengua en algunos enfermos se conservaba todo el tiempo de la enfermedad rosada y húmeda, en otros negra, seca y temblorosa. El cuerpo era agitado por un temblor continuo semejante al que se presenta en el alcoholismo crónico; la piel se enfriaba; el pulso era filiforme, frecuente y desigual; los enfermos caian poco á poco en un estado soporoso que duraba hasta la muerte, que, tenia lugar por la tarde ó por la noche.

*2ª Forma tardía.*

La marcha durante el primer septenario era la misma que la anterior poco más ó ménos: así, los vesículas presentaban desde muy temprano la depresion central de un color de escaleta, su desarrollo era lento é incompleto; la aureola era rojiza, las manchas equimóticas diseminadas, las hemorragias se hacian por los mismos puntos y el pulso y la temperatura no presentaban diferencia alguna.

Al octavo dia las vesículas eran grandas, siempre aplanadas, más abundantes y comenzaban á llenarse de un líquido blanco análogo á la leche, que hacia resaltar la coloracion de la aureola y el de la depresion, la cual tomaba un color más subido. El dolor de la garganta y la ronquera, que se habian presentado en la mayor parte desde el principio de la erupcion, eran más intensos y molestaban mucho al paciente. La piel se ponía adolorida á la presion y caliente; el pulso frecuente y duro daba de 90 á 100 pulsaciones por minuto. El termómetro marcaba 39 grados.

Desde el noveno dia en adelante, la cara, las manos y los piés se hinchaban; sobrevenia una salivacion abundante; las pústulas aumentaban de volúmen y su contenido era siempre latecente; el dolor de garganta mucho mayor: no podian abrir los ojos por lo hinchado de los párpados; casi no podian hablar y el delirio se presentaba por segunda vez.

Un síntoma nuevo, que me sirvió más tarde para medir la intensidad del mal, se presentaba en esa época: el labio superior se hinchaba mucho, se ponía amoratado y pequeñas esquimosis se dejaban ver en algunos puntos.

Las hemorragias de que he hablado, seguian haciéndose por los mismos puntos; la respiracion era frecuente, y á consecuencia de la erupcion que se desarrollaba en las fosas nasales y de la abundante secrecion de las mucosidades que los obstruian, se hacia por la boca. Los dolores de las manos y de los piés eran muy agudos en las caras palmar y plantaria. El pulso daba de 110 á 120 pulsaciones por minuto; y el termómetro marcaba de 39 á 40 grados.

Al duodécimo dia, el estado febril cedia, el delirio comen-

zaba á desaparecer, la hinchazon de la cara disminuía considerablemente y el paciente podia abrir los ojos; la voz era más clara, la respiracion se efectuaba normalmente y la sed era ménos intensa; sólo la piel conservaba su exagerada sensibilidad; las manchas equimóticas se acentuaban más; las pústulas se arrugaban y contenian un líquido purulento amarillo pálido; su depresion central desaparecia en casi todas. El pulso era de 90 á 100 pulsaciones y el termómetro marcaba 38 grados.

Al décimo tercero dia, el paciente estaba más despejado, la desecacion de las pústulas de la cara se hacia dejando en su lugar grandes costras en las que se abrian algunas grietas por las cuales se escapaba una pequeña cantidad de sangre. La piel estaba fresca y el pulso casi en su estado normal; parecia que el paciente hubiera escapado á todos los peligros y entrara ya en convalecencia.

A la visita del siguiente dia, la escena habia cambiado; el enfermo estaba acostado, soñoliento, agitado por temblor continuo y no contestaba sino imperfectamente á todas las preguntas que le hacia; tenia la lengua seca y temblorosa; la piel fresca y el pulso frecuente y pequeño. Las pústulas estaban todas llenas de un líquido color de leche con moras; la hemorragia en el interior de las pústulas, se habia efectuado; la sangre se habia mezclado con el pus y de ahí su coloracion. Este fenómeno, á mi modo de ver, es el que constituye el carácter esencial de esta forma.

En los dias siguientes (dos en lo general) las pústulas se rompian y se formaban en su lugar costras amarillas teñidas de sangre; el temblor, la postracion, el delirio y el enfriamiento de la piel aumentaban: el pulso pequeño, frecuente é irregular; la temperatura bajaba á 27 grados. Poco despues sobrevenia la muerte.

Sus cadáveres presentaban diferentes lesiones de la córnea desde la ligera opacidad hasta el completo reblandecimiento.

PROTO GÓMEZ.

(Continuará).

## AGUAS MINERALES DE TOCAIMA.

DATOS QUE PUEDEN SERVIR PARA EL ANÁLISIS QUÍMICO DE ESTAS AGUAS Y PARA LA DETERMINACION DE SUS PROPIEDADES MEDICINALES.

El estudio científico de las aguas minerales de Tocaima, es un punto muy importante y que desgraciadamente se ha descuidado hasta el día. Quiero poner mi humilde grano de arena al servicio de nuestra Medicina nacional, publicando el corto trabajo que pude hacer en Tocaima en Agosto del año pasado.

Siete son las fuentes minerales más importantes que se encuentran en aquella localidad.

## \* CARÁCTERES FÍSICOS.

1ª LA CATARNICA.—Después de su origen las aguas descienden de Oriente á Occidente formando una quebrada pequeña. El termómetro marca en la orilla de la quebrada 28° c. y 26° dentro del agua. No tiene olor ni sabor particulares. El lecho es arenoso y pedregoso á la vez.

2ª LOS PANTANOS.—Esta quebrada nace de una fuente situada al pié del cerro llamado Guacaná, al Oriente. Esta agua es muy limpia, cristalina, de sabor estíptico é inodora. El lecho está formado en una roca de aspecto ferruginoso. El termómetro marca á la orilla 33° c. y dentro del agua 27° c.

3ª SANTA LUCÍA.—Nace hácia el Sur del Guacaná. La temperatura ambiente es de 33° c. y dentro del agua de 26,07° c. Es cristalina, de sabor salado y sin olor.

4ª LA PROPIA HEDIONDA.—Esta fuente se halla no muy lejos de Tocaima hácia el Oriente en un contrafuerte de la cordillera. La temperatura ambiente es de 27° c. y dentro del agua de 27 07° c. Corre por una quebrada en muy poca cantidad y en el lecho mismo presenta una coloracion negruzca con reflejos atornasolados. Fuera del lecho y en una vasija de vidrio, es perfectamente clara. Su olor y sabor son sulfurosos.

5ª LA HEDIONDA DE SANTA LUCÍA.—Esta fuente da nacimiento á una quebradita, que va á desaguar despues de un trayecto de pocas varas en la quebrada de Santa Lucía. El color del agua en la fuente es negruzco; el olor y el sabor son sulfurados. La temperatura á la orilla es de 33º c.; dentro del agua es de 30º c.

6ª ACUATÁ.—Al Sudeste de Tocaima. Esta quebrada corre de Norte á Sur. La temperatura es de 22,07º c. á la orilla y de 23.5º c. dentro del agua.

El olor es parecido al del cobre cuando se le frota en las manos, el sabor es áspero y nauseabundo; es incolora. El lecho es arcilloso. Esta quebrada recibe las aguas de las fuentes mencionadas y ademas las de las quebradas del Totumo, del Salitre y una hedionda poco conocida.

7ª EL HERVIDERO.—Se le da este nombre porque constantemente se desprenden del fondo de la fuente burbujas del gas ácido sulfhídrico y producen en el agua un movimiento semejante al de la ebullicion. Está situada á una legua de distancia de Tocaima y al Occidente. Desde léjos se percibe el olor á huevos podridos característico de los compuestos sulfurados. El agua es clara, de sabor amargo y salino. La temperatura ambiente es de 26.5º c. y la del agua de 31º c.

#### PROPIEDADES MEDICINALES.

El baño de “La Catarnica” es el más frecuentado. Se dice que casi todas las personas experimentan una sensacion muy marcada de debilidad al salir de él. Lo aconsejan generalmente para la curacion de las afecciones sifilíticas. Sin embargo, ocurren allí enfermos de todas clases y es larga la lista de los que han recuperado la salud con el uso de este baño. Se asegura que á todos los enfermos sifilíticos les sale desde el primer baño una erupcion cuyo desarrollo es progresivo hasta el noveno baño y que, luego empieza á desaparecer hasta que se extingue completamente, siendo esta la señal de que el enfermo se halla curado.

El agua de “Los Pantanos” tiene fama para la curacion



de la *hidropesía*. Como esta enfermedad, se presenta con frecuencia en el curso de muchas afecciones orgánicas, no es raro verla desaparecer ; pues por una parte la acción del clima, que ocasiona una copiosa diaforesis, y por otra la acción estimulante y tónica de este baño, determinan una reacción favorable que coadyuva á la reabsorción serosa ; pero esto no quiere decir que la enfermedad orgánica, causa eficiente de la hidropesía, se cure también.

El baño de Santa Lucía debe tener una acción muy estimulante del útero, pues solo se aconseja á las mujeres cuyas reglas son escasas ó nulas, y es tan enérgica esta acción, que si alguna mujer encinta se baña allí, aborta casi siempre, según se asegura generalmente — Es evidente que este baño debe sus propiedades á los compuestos sulfurados que tiene en disolución, pues las aguas de “ La Hedionda de Santa Lucía ” se mezclan á poca distancia con estas. Así, pues, tanto “ Santa Lucía ” como “ La Hedionda, ” tienen propiedades semejantes.

Para las enfermedades de la piel se aconsejan los baños de “ La propia Hedionda. ” No se hace distinción en la naturaleza de la afección cutánea ; basta que haya una erupción para que se crean obligados los enfermos á usar esas aguas.

“ El Hervidero ” es una fuente que goza de mucho crédito para la curación del reumatismo agudo ó crónico, idiopático ó sintomático.

Las aguas de “ Acuatá ” no tienen aplicación especial ; pero como esta quebrada recibe todas las de las fuentes ya mencionadas, excepto las del “ Hervidero, ” los enfermos que no experimentan reposición con ellas, toman como último recurso los baños de “ Acuatá. ”

Bogotá, Setiembre 9 de 1881.

GABRIEL J. CASTAÑEDA.

## DEL CARATE.

TÉSIS SOSTENIDA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE PARIS POR EL  
DOCTOR JOSUÉ GÓMEZ.

Extracto hecho por el doctor Gabriel J. Castañeda.

En su introduccion el autor manifiesta que nada verdaderamente científico existe respecto á la enfermedad de que se ocupa, si se esceptúa el trabajo de Alibert ; y añade que en algunos ensayos hechos sobre la materia se ha ido hasta ver allí la tuberculosis ! Tambien se ha creido encontrar esta enfermedad en las regiones en que, clásicamente, no existe, y mas aún, se ha tratado de juzgar de su naturaleza por la medicacion empleada.

El autor manifiesta que ha agotado todos los medios para hacer conocer el carate y que en tiempo oportuno ha pedido datos á todas partes, especialmente á nuestro país ; que ha encarecido á una gran parte de médicos honorables, directamente á unos é indirectamente á otros, para que suministrasen los resultados de sus observaciones ; que no ha obtenido respuesta y que sólo los doctores Medina y Osorio le han hecho indicaciones útiles. En las indagaciones bibliográficas ha encontrado algunos trabajos sobre una enfermedad cutánea, *el mal de pinto ó la tiña*. Dice que el señor Larrey le ha dado á conocer una traduccion del señor Bresson de un trabajo de Juan Leon, ensayado en 1862 y que Chassain en 1866 dirigió al Instituto una memoria sobre *el mal de pinto* con tres dibujos coloreados.

En la parte histórica, el doctor Gómez, trascribe los trabajos de Alibert, basados sobre los datos que le suministraron Zea, Bompland, Daste y Roulin, y por la observacion personal de un enfermo de Colombia visto en Francia.

La importancia de estos trabajos exige que nosotros tambien los copiemos á continuacion textualmente :

“ He recibido la consulta de un individuo enfermo que llegaba de Colombia. Estaba atacado de una afeccion cutánea, cu-

yo nombre vulgar en ese país es el de *carate* ó *caratoso*. Esto me ha determinado á hacer de ella una especie particular que se coloca en el género *pannus*, en el grupo de las dermatosis discromáticas. He tomado además muchas noticias sobre la naturaleza y los síntomas de esta rara decoloración. Los señores Zea, Bompland, Daste y Roulin me han suministrado el resultado de lo que ellos habían visto y observado.

“ El carate es una enfermedad de los países cálidos, particularmente de los que están cercanos á las cordilleras. Es una afección que se ha observado especialmente en el Reino de la Nueva Granada. Ataca principalmente á los negros, á los mulatos y á las personas cruzadas de blanco é indio. Esta enfermedad es tan común, que en ciertos pueblos raros son los individuos que no están contagiados de ella. Se dice que ataca principalmente á los que viven en las orillas de los ríos y que se ocupan en la pesca.

“ El carate se manifiesta por manchas que aparecen indistintamente en todo el cuerpo, pero con más frecuencia sobre las partes carnosas y que son naturalmente de un color rosado, por ejemplo los carrillos, los pechos en las mujeres, los brazos, antebrazos &c. Estas manchas tienen diversos colores y matices; ya son de un color de café, ya de un blanco mate, ya de un rojo carmeí y ya de un blanco lívido, de tal modo que se creería que ciertos individuos han sido golpeados y contusionados sobre todo la cara; pero frecuentemente también las manchas que se manifiestan presentan, por la mezcla y el contraste de sus colores, un aspecto perfectamente jaspeado.

“Deben sobrevenir necesariamente, alteraciones en la textura de la red mucosa, que dan lugar á estos fenómenos de coloración. El doctor Roulin, que ha observado mucho el carate en su viaje á Colombia, pretende que las manchas azules dependen de un estado mórbido del sistema vascular y de un derrame de sangre venosa. Además de esto hay en aquel país muchas especies de manchas que sería muy importante determinar bien.

“ El carate forma tintes y manchas más ó menos extraordinarias. segun la naturaleza y la constinucion particular de los sujetos que son atacados. Se dice vulgarmente entre el pueblo, que el carate *blanquea á los negros y ennegrece á los blancos.*

“ Esta enfermedad ataca á personas de todas las condiciones y los de alto rango social que la han padecido, tienen algun embarazo en mostrarse en público. El señor Daste conoció un Comandante muy rico que habitaba en un pueblo pequeño muy caliente al pié de las cordilleras. Tenia tanta vergüenza de estar caratoso, que jamas iba á Santa Fé de Bogotá y no se atrevia á aceptar la menor invitacion. Habia tambien una señora francesa que se presentó al médico del lugar con *manchas de leche* muy pronunciadas en el cuello, en las manos y en los brazos. Por lo demas, ella era muy bella y atribuia la indisposicion que le habia sobrevenido á un viaje que habia hecho cerca de un rio en donde habia muchos caratosos. Nada prueba, sin embargo, que esta enfermedad sea contagiosa y es sin razon que se pretende en el país, que la mancha podria comunicarse tomando en una bebida el polvo epidérmico de un caratoso ó respirando largo tiempo el mismo aire que él. Es este un cuento absurdo que no merece el menor crédito.

“ Véase ahora la historia de un hombre que ha venido á Francia y que ofrece todos los fenómenos de esta enfermedad singular. El se me ha presentado y yo he recogido todos los detalles de su misma boca. Este individuo, cirujano de profesion y gran viajero, habia permanecido algun tiempo cerca del rio Magdalena. Habia pasado casi repentinamente de una atmósfera muy húmeda á una muy caliente; un dia se apercebió de que le habian aparecido en la cara pequeños puntos blancos, como sucede á una persona violentamente impresionada por frio; hubieran podido tomarse al principio estas manchas por ligeros dartros farinosos, tanto mas, cuanto que ellos causaban una ligera comezon. Estas manchas se multiplicaron particularmente sobre los puntos de la piel que se encontraban descubiertos ordinaria-

mente; formaban placas de diversos tintes que dejaban en sus intervalos porciones íntegras. El pecho y las extremidades superiores estaban amarillas, rojas y azules, lo que daba á la piel un aspecto más desagradable. El prurito que experimentaba era poco intenso, siendo mas bien una picazon continua que se hacia sentir siempre que el enfermo hacia ejercicio ó transpiraba. Sin embargo, este individuo estaba vivamente contrariado de verse marcado como una zebra ó como un leopardo. Resolvió entonces observar un régimen, pero la empresa era difícil de ejecutar porque carecia de vegetales frescos; diferió en consecuencia su tratamiento hasta un tiempo más feliz. Siguió sin embargo algunos consejos saludables que le habian dado; tomó al interior la limonada nítrica; para el exterior se le habian indicado algunas losiones con el agua de cal, á lo cual no se sometió temiendo los efectos de la repercusion. Este hombre regresó luego á la América meridional; despues se me informó que no habia podido conseguir su curacion. Si se ha de creer á los médicos y cirujanos que han practicado el arte en ese pais, el carate es una enfermedad revelde y de que se conservan casi siempre las impresiones, aún cuando los gérmenes productores hayan desaparecido enteramente. Se encuentran ancianos que conservan el carate hasta sus últimos dias.

“ El doctor Daste usa en estos enfermos las preparaciones mercuriales. Me ha asegurado que algunos habian empleado el sublimado corrosivo con buen suceso. Se dice que en Santa Fé de Bogotá se hace un gran espendio de este medicamento para tratar á los caratosos; pero es necesario convenir en que esta afeccion mórvida está aun entre las manos del empirismo. El malogrado doctor Zea pretendia que no era posible dominarla, cuando habia hecho ciertos progresos. Es pues importante el combatirla tan luego como aparece.”

La etimología de la palabra *carate* es completamente desconocida, segun el autor. Dice “que el doctor Zea pretendia que se le habia dado este nombre por alucion á las manchas que se

observan sobre las hojas de ciertos vegetales que son designados con ese nombre en aquel país." Luego pregunta. ¿No será de etimología chibcha?

En cuanto al origen del mal, manifiesta que la tradicion enseña que el nombre de carate existe desde el descubrimiento de la Nueva Granada, pero que desgraciadamente no se sabe más hasta el dia. Que los viajeros científicos como Humboldt, Baussingault &c. no lo mencionan á excepcion de Bompland, Daste, Roulin, nuestro compatriota Zea y ademas el señor André, que en la Revista de los dos mundos ha hecho en estos últimos años algunas observaciones sobre el carate de Colombia. Que para el mal de pinto se encuentran algunas noticias en la historia del siglo XVIII, pero nada en la historia de la conquista de España. El nombre de *mal de pinto* es de origen español y significa que los individuos afectados son *pintados* á causa del aspecto de las numerosas manchas de la piel, cuyo color varia desde el negro hasta el blanco maté, pasando por el violado, el rojo y el rosado. Se cree que el origen del mal de pinto se refiere á la época de la erupcion del volcan Jurullo, en el Estado de Cotilima hacia la mitad del último siglo, y que fué por causa de la gran cantidad de cenizas lanzadas por el volcan en los valles del rio Zocatula y Mescala, que tomó nacimiento esta afeccion. Pero el autor dice que no sabe nada de cierto sobre este punto, solamente que el carate y los volcanes no están relacionados por una causalidad tan estrecha como pueden estarlo entre los volcanes y el mal de pinto.

En cuanto á la sinonimia, dice que en Colombia lo llaman carate, en Venezuela cute, en Méjico pinto ó tiña.

Respecto de la etiologia manifiesta que es un hecho bien establecido desde luego, que el carate no se desarrolla sino en los países cálidos, bajo una temperatura de 18 á 29 centígrados; pero que hay que notar que todos los climas que ofrecen esta temperatura no hacen desarrollar igualmente la afeccion de que se ocupa. A esta causa la accion solar añade muchas otras que obran como causas predisponentes, determinantes y ocasionales en la

evolucion del carate y que son generalmente reconocidas como tales, á saber : la constitucion del suelo y su composicion química, la proximidad de los rios y las corrientes violentas é impetuosas de los vientos, es decir que asigna como causas predisponentes ciertas disposiciones hidrológicas é hidrográficas.

Entre las causas determinantes comunes, indica cierta configuracion del suelo; el uso de las aguas poco potables; una alimentacion poco nutritiva; vestidos defectuosos en calidad y en limpieza; ausencia completa de la aplicacion de las reglas más elementales de la higiene, es decir, habitaciones estrechas, mal situadas, con distribuciones viciosas que impiden una buena ventilacion y que exponen á las frecuentes transiciones atmosféricas, así como á las picaduras de las moscas, *mosquitos* &c. Y como defecto en las habitaciones, señala además, la humedad del suelo, y para terminar la enumeracion de estas causas, añade el mal hábito de esquivar completamente los baños generales y áun los simples cuidados de aseo; luego los rudos trabajos agrícolas durante todo el dia bajo la accion de un cielo tropical. En resúmen cree poder reducir todas estas causas á una sola: la miseria.

Como causas ocasionales cita las picaduras de las moscas, de insectos; las soluciones de continuidad de la piel; las raspaduras ocasionadas por el cultivo de la caña de azúcar; la elaboracion del azúcar y el ejercicio de profesiones que provocan en la piel una viva excitacion, como por ejemplo el trabajo de la éstraccion de *ficus elástica*. . . En fin, señala como uno de los medios más activos en la propagacion de esta afeccion el mal hábito que existe en un gran numero de países de consumir el agua más ó ménos cargada de cloruro de sodio. Hay en estos países, especies de grandes cisternas pertenecientes al dominio público á las cuales todo el mundo tiene entrada; penetran allí sin tomar la menor precaucion higiénica con los piés ó piernas desnudas, enfermos ó nó, para cojer agua, y en el esfuerzo sobre un suelo desigual y rocalloso para retirar las vasijas, comunmente de gran capacidad, se hacen rasguños y es necesario ver en la accion del agua salada sobre las

erociones, la causa mas comun del carate que aparece en los piés, en las manos y en las piernas de las jentes ocupadas en esta clase de trabajos.

Hace notar, que el carate es propio de las localidades que reunen casi las condiciones climatéricas y accidentales que ha señalado, aun cuando es cierto que puede encontrársele en otras partes, pero que entónces es de una manera esporádica; que se encuentran frecuentemente lugares muy calientes sin las condiciones eteológicas indicadas ántes que no presentan el carate de una manera habitual, y los casos raros que se pueden encontrar, ó son esporádicos ó vienen de otra parte como sucede sobre las costas marítimas de los países cálidos. Observa sin embargo, que principió á vérsese á una distancia muy poco considerable de la costa, pero es por que las condiciones del suelo, de la atmósfera ó de la comodidad son en general completamente diferentes de las del litoral.

Es por memoria que indica como causas propias ó especiales ó si se quiere específicas del carate: 1º la inoculacion por los insectos, los *mosquitos* despues que han picado á un individuo afectado; 2º la existencia de un animalito, de un insecto que los unos llaman *jejen*, otros *comejen* y del que algunos médicos afirman la existencia pero sin demostrarla; 3º la propagacion del carate por la inyeccion de los productos de la descamacion de los enfermos; y 4.º el contacto de los enfermos ó de los objetos de que se han servido. Desecha como causa del carate el uso de ciertos alimentos y de ciertas bebidas ó condimentos, porque salvo algunas variaciones insignificantes en su preparacion, su naturaleza es generalmente la misma en en los pobres ó en los ricos, con solo la diferencia de que las malas influencias de los climas, de las ocupaciones y de las habitaciones encuentran en los segundos un remedio más fácil que en los primeros; lo que hace que el carate afecte, por decirlo así, exclusivamente la clase menesterosa y que sea desconocido entre los que desde su nacimiento han estado en buenas condiciones de salubridad.



No hay que hacer excepcion de razas, de constituciones ni de temperamento, puesto que los mismos negros son atacados, y es por datos tomados de buen origen que Alibert ha podido decir que el carate ennegrece á los blancos y blanquea á los negros.

Para completar la enumeracion de éstas causas, el autor señala las opiniones que profesan en otras partes sobre el mismo objeto. El señor Chassin ha llegado á reducir las causas del mal de pinto al consumo de las aguas saladas, en las cuales el análisis ha demostrado la presencia de grandes cantidades de cloruro de sodio y algunos vestigios de sales de potasa-cloruro y nitratos; al uso de carnes saladas y á la vecindad de los volcanes. El cree haber descubierto la verdadera causa, porque ha visto que las aguas potables preservan de la enfermedad y que el mal de pinto no existe sino en las regiones muy ricas en aguas saladas. Cuenta apropósito que en un distrito de Méjico en donde se encuentra un rio de aguas muy potables y en el cual el mal de pinto no existia ántes, el gobierno hizo cambiar el curso de este rio para conceder la administracion á un antiguo militar; que por consiguiente los habitantes rivereños teniendo que sacar el agua de los pozos, empezaron á enfermarse del mal de pinto de una manera general. Así es que el señor Chassin ha llegado á admitir que hay en el suelo una capa de cloruro de sodio en todos los lugares en donde se produce este mal. Termina haciendo una comparacion entre el mal de pinto y el escorbuto respecto de que el agua atravesando estas capas saladas se carga y tal vez se satura de cloruro de sodio. Admite en consecuencia que el mal de pinto se desarrolla como el escorbuto y que las primeras manchas del pinto son probablemente de origen escorbútico. Desgraciadamente no se encuentra en esta memoria la más ligera descripcion topográfica de los lugares en que se encuentra el mal, pero leyendo con cuidado su trabajo se viene á concluir que para él, la existencia de aguas cloruradas sódicas es su causa principal, y es haciendo

una ley de esta causa que quiere que donde ella existe debe encontrarse tambien el mal de pinto Partiendo de esto nos describe la serie de montañas ó colinas que rodean á Méjico y que se encuentran tambien en la provincia de Michoacan, y apoyándose siempre en su ley, busca su aplicacion para Santafé de Bogotá, San José de Cúcuta y Centro América.

Dice el autor que en las provincias de Barquisimeto y Mérida de Venezuela, así como en Colombia en los valles del Magdalena y del Meta se presentan exactamente las condiciones etiológicas que ya ha mencionado; se encuentran en ellas aguas cloruradas sódicas, como en Méjico, pero la cantidad de cloruro de sodio que en general contienen es tan insignificante que los gobiernos no las explotan; pero como esta sal está monopolizada per el Estado, el agua se consume en las condiciones detestables ya apuntadas. Indica ademas, que si las fuentes tienen hasta 9 por ciento de cloruro de sodio en Méjico, el uso de estas aguas deja mucho que desear, ya á causa de su poca limpieza, ya por los inconvenientes de su extraccion. Por lo demas indica que existe un cansiderable número de puntos desprovistos de fuentes salinas pero que tienen aguas muy potables, tales como los Estados del Tolima y del Cauca en donde á pesar de esto hay muchos caratosos.

El autor ha dejado entender que para él, la frecuencia del carate local deberia explicarse probablemente por el hábito de extraer el agua salada de las cisternas del dominio público; como en la memoria del señor Chassin no se habla de esta variedad, se vé en la imposibilidad de resolver la cuestion de las aguas saladas como el único agente etiológico del mal de pinto, ni aún como uno de los medios de propagacion. Por otra parte el señor Chassin encuentra que esta cuestion es muy difícil y no se decide de una manera categórica.

La aproximacion que se hace del mal de pinto con el escorbuto es puramente hipotética porque nada, ni en la etiología, ni en la patología de estas dos afecciones, ni aún en la tera-

peútica, permite ver el menor grado de parentesco entre ellas.

Al enumerar las causas arriba indicadas, á saber: la accion de las cenizas de los volcanes, el agua y las carnes saladas, el uso de la carne y de la grasa del marrano, el consumo del maiz averiado, han obligado al informante de la memoria del señor Chassin á la Academia de ciencias, á preguntar si la sífilis no desempeña en esto un gran papel. El doctor Gómez responde con certidumbre que nó, pues dice que la sífilis es bastante conocida hoy en sus caratères generales, en sus manifestaciones, en su evolucion y en su marcha para confundirla, apesar del exito de los mercuriales y del yoduro de potasio, con el mal de pinto. Ha indicado ya en otra parte que no es la sóla alimentacion la que produce el mal en cuestion, por que ella es la misma en general, y que sin las otras causas seria completamente insuficiente. No se explica la accion de la carne y de la grasa del marrano, pues le parecen totalmente inofensivas; se conocen localidades en las cuales se consumen grandes cantidades de estos elementos, y allí el mal de pinto no existe.

El autor, de acuerdo con la opinion del señor Larrey, piensa que esta afeccion puede existir en el centro del Asia y del Africa, al rededor de los lagos salados, y que puede conocerse allí bajo diferentes nombres; pero niega formalmente la asercion de que basta que los enfermos se alejen de estos lugares para curarse, pues el carate de la América meridional no se cura solo, ni áun por la secuestracion de los enfermos.

El resto de la tésis del doctor Gómez puede considerarse dividida en 13 partes que tratan de la distribucion geográfica, de la invasion, division, especie de carate, diagnóstico general, diagnóstico de las especies, asiento anatómico, contagio, pronóstico, incompatibilidad, tratamiento, profilaxia y cuadro nosológico.

Tomarémós de cada una de estas partes lo más importante y que se refiere especialmente al carate de Colombia.

*(Continuará).*

## ✓ TRASPLANTACION OSEA.

El doctor Oller nos da sobre este asunto algunos datos con motivo de una comunicacion de Mr. Mac-Ewen, sobre un caso de trasplatacion osea hecha en un hombre con buen éxito. Se proponia llenar un vacío de 114 milímetros causado en el hueso húmero, por una necrosis que habia sido producida por una periostitis supurada de su diáfisis.

Se dividió el húmero necrosado en su parte media y cada mitad fué retirada de lo que se suponía ser su vaina perióstica; pero, al momento de retirarla se presentó la duda respecto de si el periosto habia sido destruido en gran parte. Como consecuencia, de esta destruccion se formó á la extremidad más cercana del cuerpo una masa osea de aspecto piriforme que partía de la cabeza, y se dirigía hácia un punto situado á 45 milímetros de la punta acromial; de manera que más de las dos terceras partes de la línea humeral faltaban. No habia otro signo de formacion de hueso. Para formar el surco que debia recibir el nuevo hueso, tuvo que guiarse por las relaciones anatómicas que determinaban la posicion que debía ocupar el *ingerto*, porque no habia huella de periosto ó de estructura fibrosa que pudiera indicar la situacion anterior del hueso.

Porciones de hueso humano han sido trasplantadas en tres épocas diferentes. Los *ingertos* han sido tomados de sujetos afectados de curvaturas anteriores de la tibia á los cuales se habian quitado porciones cuneiformes de hueso para enderesar las membranas arqueadas. Estas cuñas oseas, con su periostio, han sido colocadas inmediatamente en el surco preparado para recibirlas en el brazo del individuo. Estas pequeñas porciones se han unido y adherido encima y debajo del hueso húmero y por debajo de los cóndilos viniendo á formar por último un cuerpo sólido de cerca de 13 milímetros, mas corto que el húmero del lado opuesto. Así, por la trasplatacion de los huesos, un brazo inutil ha venido á ser perfectamente útil.

Aun que el caso referido no se aplique sino á un solo individuo, se le puede considerar no obstante como una série de experiencias, si se atiende al número de trasplantaciones que se han hecho anteriormente. ¿Que consecuencias debemos sacar de los datos suministrados por estas experiencias?

Cuando de seis diferentes miembros inferiores humanos, seis porciones cueniformes con su periostio y su medula han sido sacadas, divididas en pequeños fragmentos, colocadas luego en el brazo de un jóven, en un espacio intermuscular recientemente abierto por el escalpelo á fin de recibirlo, y cuando se vé que las porciones trasplantadas no solamente permanecen íntegras en los tejidos, sino que se unen unas con otras formando un todo de 114 milímetros de trasplante oseó, en donde se forma un húmero nuevo que se mueve y sirve como el del otro brazo, se puede concluir que los trasplantes han vivido y crecido.

Preciso es no olvidar que el primer ingerto se hizo hace un año y siete meses y que el hueso formado despues de la cicatrizacion de la herida hecha para recibir el ingerto, no solamente ha conservado sus dimensiones sino que aun ha crecido. Este hecho refuta suficientemente la suposicion de la absorcion del hueso despues de trasplantado.

La apariencia del hueso trasplantado, luego que los extremos fueron refrescados, era la de un tejido oseó vivo, rodeado de una delicada membrana vascular fibrosa, adherida estrechamente al hueso y que sangraba cuando se le raspaba, como sucederia con el periostio. Esta membrana no se parecia á la espesa cápsula semi-vascular que se encuentra rodeando un tejido muerto.

El éxito feliz que ha coronado la operacion practicada, ha venido á probar que el método de dividir el ingerto en pequeños fragmentos, y las razones *a priori* para obrar así, eran del todo aceptables.

De las consideraciones que preceden, se pueden sacar las conclusiones siguientes :

1º El hueso trasplantado es susceptible de vivir y de crecer.

2º Los trasplantes de huesos entre seres humanos viven y crecen. 3º La trasplantacion de huesos puede producir un resultado práctico sumamente útil á la humanidad. 4º Debe comprenderse en la trasplantacion la totalidad de los elementos oseos. 5º El método de trasplantacion que presenta más probabilidades de buen éxito es el de dividir el hueso en pequeños fragmentos con un instrumento cortante. 6º Para asegurar el buen resultado de la operacion, es preciso emplear el tratamiento antiséptico.

(*Boletin de Terapéutica*—1881.)

## INVESTIGACIONES ANATOMICAS Y FISIOLÓGICAS

APLICABLES AL TRATAMIENTO DE LOS QUISTES DEL HÍGADO  
 POR LA PUNCION CAPILAR Y LAS ABLUCIONES ANTISÉPTICAS,  
 POR EL DOCTOR CAMILO GROS,  
 PROFESOR DE CLÍNICA MEDICA EN LA ESCUELA DE ALGER.

### I

El doctor Gros dá noticia de las operaciones que ha practicado en siete enfermos atacados de quistes en el hígado. Ha empleado el método preconizado por Jaccoud, el cual consiste en hacer la puncion capilar vaciando el quiste lo más que se pueda, y cuando este es purulento, sumergiendo en él un trocar de gran tamaño y colocando una sonda permanentemente para practicar todos los dias inyecciones con un líquido antiséptico.

### II

En un caso de un quiste voluminoso del hígado con fluctuacion en el sexto espacio intercostal, Mr. Gros introdujo la aguja número 1 del aparato de Dieulafoy, en el punto fluctuante. Se obseavaron en la aguja movimientos de oscilacion, los cuales de-

mostraron que habia penetrado en el quiste despues de atravesar el pulmon. Este hecho condujo á Mr. Gros á hacer un estudio de la anatomia quirúrgica de la region del hipocondrio derecho, á fin de determinar cuales son los puntos de esta region que permiten penetrar en el hígado sin atravesar la pleura ni herir el pulmon.

El ha fijado una *zona de forma triangular* que va ensanchándose de arriba abajo y de adelante atras y que tiene *por base una linea que se extiende desde la extremidad anterior de la undécima costilla, á dos centímetros poco más ó ménos hacia atras de la duodécima, y cuya sima es la extremidad anterior del sétimo espacio intercostal.* Se puede llegar asi al quiste del hígado atravesando las uniones del diafragma en el sétimo y octavo espacio intercostal; las uniones del diafragma, y las fibras aponevróticas comunes al diafragma y al transverso del abdómen, en los espacios noveno, décimo y undécimo.

Hacia abajo esta zona es muy ancha y tiene una extencion trasversal de seis centímetros en el noveno espacio y de siete centímetros en el décimo.

### III

Al percutir la region hipocondriaca derecha, en los dos tiempos de la respiracion, Mr. Gros ha notado cambios de lugar considerables del pulmon durante los *grandes* movimientos respiratorios.

Al percutir sobre la línea axilar, *hacia el fin de una larga inspiracion*, la sonoridad alcanza hasta el décimo ó undécimo espacio intercostal; al contrario, *hacia el fin de una larga expiracion* hay macisez hepática hasta el sétimo ú octavo espacio.

Percutiendo en la línea mamilaria y sobre el sexto espacio, se nota sonoridad en la inspiracion y macisez en la expiracion.

Estas experiencias demuestran que para no herir el pulmon debe punccionarse *en el sexto espacio y debajo, hacia el fin de una larga expiracion.*

Las consecuencias que deben sacarse de este trabajo son las siguientes :

1ª Cuando es preciso puncionar un quiste del hígado, *si la fluctuacion existe en un punto de la zona indicada, es allí donde debe hacerse la operacion* aunque otro que esté fuera de ella sea igualmente fluctuante; asi se evitará la lesion de la pleura y del pulmon.

2ª *En caso de que la fluctuacion no exista sino en las partes de la pared torácica que cubre la pleura, se deberá, para evitar la lesion del pulmon, tener en cuenta los movimientos ascendentes y descendentes del órgano en los dos tiempos de la respiracion, y no sumergir la aguja en el torax sino despues de que el enfermo haya hecho una espiracion fuerte y prolongada.*

(*Diario de Terapéutica*).

## ÍNDICE.

|                                                                                                                                                                                                           | Pág. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Resúmen de las actas de la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales...                                                                                                                                   | 193  |
| Epidemias de ictericia y colerina en Bogotá y pueblos verinos—<br>Fiebres epidémicas de la hoya del Magdalena—Naturaleza de estas<br>fiebres (conclusion), por los Doctores Nicolas Osorio y Proto Gómez. | 203  |
| La viruela en Facatativá—Notas y observaciones tomadas durante la<br>epidemia, por el Doctor Proto Gómez.....                                                                                             | 210  |
| Aguas minerales de Tocaima, por el Doctor Gabriel J. Castañeda.....                                                                                                                                       | 223  |
| Del carate—Tesis sostenida en la Facultad de Medicina de Paris por el<br>Doctor Josué Gómez.....                                                                                                          | 226  |
| Trasplatacion ósea.....                                                                                                                                                                                   | 236  |
| Investigaciones anatómicas y fisiológicas aplicables al tratamiento de los<br>quistes del hígado por la puncion capilar y las abluciones antisépti-<br>cas, por el doctor Camilo Gros.....                | 238  |