

REVISTA MEDICA.

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES.

Redactor—NICOLAS OSORIO.

SERIE VII. } Bogota, Setiembre 20 de 1882. } NUM. 76.

FIEBRE TIFOIDEA REMITENTE BILIOSA.

ESTUDIO CLÍNICO.

Señores miembros de la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales,

Deseoso de cumplir la comision que me encargásteis de presentaros un informe detallado sobre una de las formas de fiebre tifoidea que se presentan en esta localidad, y sobre la cual os llamé la atencion en una de las sesiones anteriores, paso á hacerlo, con el fundado temor de no corresponder como quisiera á tan delicado encargo, por mi propia deficiencia. Sin embargo, yo sé que vosotros aceptais gustosos el grano de arena con que de vez en cuando contribuyo para ayudaros á levantar ese grandioso edificio que os habeis propuesto llevar á cabo con la creacion de este foco de luz, y al que, si hoy no se le da la importancia que merece, con todo, pasará sólido y firme como lo es la ciencia, á la posteridad y á la historia. Entro en materia.

Sintomatologia—marcha—duracion—En los últimos meses del año pasado y en los que van trascurridos del presente, se ha presentado en esta capital y en algunos de los pueblos vecinos una fiebre con los caractéres siguientes: durante el período prodrómico que se prolonga por varios dias, los enfermos experimentan laxitud, anorexia, decaimiento de cuerpo y de ánimo, desvanecimiento y epístasis; luégo empiezan á sentir lijeros escalofríos con enfriamiento de las extremidades, seguidos de una fiebre poco intensa á la cual sucede al cabo de 6 ú 8 horas un sudor muy pasajero ó más bien un verdadero mador que se presenta con especialidad en el pecho, la cara y las manos. En este estado permanecen durante varios dias, de 6 á 10, pudiendo los

enfermos salir á la calle é ir á consultarle al médico. Despues de este período aumenta la debilidad, la fiebre se hace continua, pero con remisiones que no tienen horas fijas, aunque generalmente tienen lugar por la mañana; hay sed, náuseas y raras veces vómitos amarillentos; se presenta un tinte icterico que es más manifiesto en las alas de la nariz, en los pómulos y en el dorso de las manos; la lengua permanece húmeda, un poco sucia y los labios ligeramente tostados, pero sin fuliginosidades, así como tampoco las hay en los dientes; en algunos enfermos la cefalalgia es intensísima, desesperante, y se prolonga por muchos dias; en otros falta completamente; hay constipacion más bien que diarrea y cuando ésta se presenta es muy fétida y amarillenta; no hay meteorismo y el gorgoteo de la fosa iliaca derecha no es constante. El número de pulsaciones rara vez pasa de ciento por minuto y la temperatura no pasa de 39° y generalmente se encuentra á 38° y á veces es normal. La debilidad de los enfermos es notable y aumenta cada dia en medio de aquel aparato benigno de síntomas; los enfermos casi todos deliran principalmente por la noche sea que tengan ó nó cefalalgia. Desde el primer período despues de los prodrómos, los enfermos son acometidos de una tos pertinaz, sea al principio, con secreciones mucosas y amarillentas al fin. Hay ademas en algunos gastralgías rebeldes. Al cuarto ó quinto dia del 2º período se presentan unas poquísimas manchas rosáceas en el pecho y en la region anterior de los antebrazos; es muy difícil encontrar este síntoma bien marcado despues de la primera aparicion. Al fin del tercer septenario la fiebre empieza á ceder despues de haber permanecido estacionaria durante varios dias. En esta época el enflaquecimiento de los enfermos es muy notable. El término medio de la duracion de la fiebre es de 18 á 22 dias, pero puede prolongarse mucho más; algunos médicos me han asegurado haber tratado enfermos en que la fiebre duró hasta 40 dias. En algunos enfermos el pulso continúa rápido despues de haber empezado la convalescencia.

Etiología—Las causas de esta fiebre son las mismas que las de las otras formas de la tifoidea que, desgraciadamente se ha hecho endémica entre nosotros. Sin embargo, hay una circunstancia que ha influido entre nosotros favorablemente contra el azote del tifo y la tifoidea y que quiero consignar aquí por vía de digresion: es la propagacion del eucalyptus de todas las especies en estas alturas, segun el sentir de nuestras poblaciones y segun la observacion diaria que confirma la estadística de mortalidad por aquellas fiebres. En efecto, este árbol benéfico importado á Europa por el doctor Ramel, quien lo llevó del África y la Australia, purifica el aire en virtud de las propiedades que poseen sus principios resinosos y aromáticos. Allá en la Oceanía, en las tierras mortíferas dei Van-Diemen, en donde reinan las fiebres palúdicas de todos los tipos, han observado que los habitantes que toman el agua de las fuentes á cuyo rededor hay eucalyptus cuyas hojas caen en su superficie, se preservan de las fiebres, ó á lo ménos jamás les dan las perniciosas.

A estas causas se agrega un elemento palúdico muy marcado. En efecto, el desaseo es la causa principal de la fiebre tifoidea en Bogotá. Respecto al paludismo, pueden influir otras causas como la constitucion geológica del terreno que permite su inhibicion por aguas cargadas de materias orgánicas animales y vegetales, y su estancamiento sobre una capa arcillosa impermeable; estas aguas al evaporarse más tarde, producen miasmas palúdicos.

Terminacion—La fiebre de que me ocupo termina casi siempre favorablemente. Sin embargo, hay casos desgraciados. Yo, por mi parte, he sido afortunado en los que he tratado, pues todos han curado.

Tratamiento—El tratamiento es complejo y variado, pero la base de él es el sulfato de quinina y puede emplearse tambien el bromidrato. La quinina se emplea desde el principio de la enfermedad, pues generalmente cree el médico que tiene que tratar una fiebre intermitente cotidiana, y con sobrada razon en los.

primeros dias y en los primeros enfermos. Despues de verificado con seguridad el diagnóstico se continúa el uso de la quinina, suspendiendo ó aumentando las dósís segun las circunstancias y segun el estado de las vias digestivas. La dósís diaria varía de de 0,50 centígramos á 1 gramo. Al mismo tiempo que la quinina, se emplean bebidas atemperantes principalmente la limonada cítrica; la hidroterapia, aplicando paños frios sobre el abdómen. Una toma de seilitz casi todos los dias, ó una doble cuando sea necesario combatir la constipacion y mantener favorablemente la libertad del vientre. Despues de la quinina se emplean con provecho las preparaciones de quina como el extracto en pocion ó en píldoras y el vino San Dionisio, &^a, &^a.

Anatomía patológica— Como ninguno de los enfermos que yo he tratado ha muerto no he tenido ocasion de observar las lesiones anatomopatológicas de la fiebre de que trato; pero como la mayor parte de los médicos creemos que esta es una tifoidea remitente biliosa, juzgo que deben encontrarse las mismas alteraciones intestinales características de dicha enfermedad; y probablemente haya además algunas manifestaciones patológicas del lado del hígado y los conductos biliares, como congestion hipereimia de la vesícula, hipersecrecion de la bílis &^a, &^a.

Consideraciones generales— Me he impuesto la tarea de estudiar esta fiebre, aunque no haya sido sino someramente, porque esta forma es precisamente la que ha hecho creer á algunos médicos muy notables de esta capital que aquí no se presentaba verdadera fiebre tifoidea sino una remitente biliosa más ó ménos grave; y porque es una fiebre tan irregular sobre todo en su principio, que, fácilmente puede confundirse con otras enfermedades enteramente distintas, como vamos á verlo. En primer lugar, y como ya lo he dicho, en los primeros ocho dias el médico cree tratar una fiebre intermitente cotidiana, porque tales son los síntomas. En segundo lugar, se presenta desde el principio una tos seca, muy molesta, con dolor á las espaldas; al cabo de algunos dias la fiebre se hace continua aunque con re-

misiones; la temperatura es poco elevada, casi normal; hay sudores nocturnos principalmente en el pecho, en la cara y en las manos; el enflaquecimiento es muy notable y rápido sin que la intensidad de los demás síntomas lo explique. ¿Qué puede pensar á primera vista de semejante estado un médico que sea llamado en esta época á la cabecera de un enfermo? Nada ménos sino que está al frente de un tísico, y solo la auscultacion le prueba que los pulmones están perfectamente sanos y que las apariencias lo engañan; los enfermos no quieren convencerse de que esto es así y exigen una y otra vez que se les examine minuciosamente; tan persuadidos están de que los ha invadido la tísis. Esta tos es simplemente un epifenómeno, es nerviosa y nada más; es la misma que se presenta en las intermitentes palúdicas; y digo esto, porque cede visiblemente á los moderadores reflejos como el bromuro de potasio principalmente, ó á los antiperiódicos como el sulfato y el bromidrato de quinina. Indudablemente hay en esta forma de fiebre tifoidea un elemento palúdico y bilioso, pero esto no autoriza en manera alguna para negar el carácter tifoideo de esta fiebre y colocarla al lado de las remitentes biliosas de los países cálidos. En los pocos años que llevo de práctica, he tratado muchas de estas últimas fiebres, endémicas en los lugares donde he vivido, y creo conocerlas algo. Perdóneseme esta pretension. I si en la forma hay semejanza entre estos dos tipos de fiebres, en el fondo son enteramente distintas. Tienen de semejante la remision, más marcada en las últimas, el estremecimiento de los tendones, la sufusion ictérica aunque en las fiebres de aquí es muy ligera, los dolores en el vientre, constantes en aquellas y raros en éstas; ademas, la causa que produce estos dolores en uno y otro caso, es distinta: en el primero son debidos á la irritacion producida en los intestinos por el exceso de bÍlis derramada en el dúodenum, y en el segundo son verdaderas gastralgias que ceden, lo mismo que las cefalalgias á veces tan intensas en esta enfermedad, á los narcóticos é hipostenisantes fuertes como la morfina y el cloral, á

unciones belladonadas &c., &c. En apoyo de estas ideas está la opinion no solamente de la mayor parte de nuestros distinguidos médicos, sino tambien la de muchas notabilidades de Europa. El doctor I. Frank, médico ruso, dice en su erudito tratado de Patología interna de 18 tomos refiriéndose á la fiebre tifoidea lo siguiente que copio textualmente: "Respecto á la calentura, aunque algunas veces se observen en el tifo (Frank como la mayor parte de los médicos de su tiempo no hacian distincion entre tifo y fiebre tifoidea) remisiones tales que hagan sospechar una calentura intermitente subcontinua, con todo, su verdadero carácter no se oculta de tal manera que no sea posible descubrirla por medio de un exámen atento." Richa, Brasieri y Pinaroli opinan lo mismo. Estos mismos autores inclusive Frank, creen tambien que algunas veces no es que la tifoidea tome simplemente la forma remitente biliosa sino que aquella se complique verdaderamente con ésta. Por eso dice Frank en otra parte: "á veces se complicaban desde su principio las petequias (ya he dicho que habia confusion entre tifo y tifoidea) con la calentura intermitente, y sin alterar el tipo periódico se dejaban curar con el específico peruviano como se ha observado en Casal Pusterengo y en Milan. En otras ocasiones el miasma abandonaba el campo al contagio y continuaba delitecente hasta que, terminada la calentura petequial, se presentaba con las calenturas de diversos tipos, por lo regular de índole pernicioso, que exigian prontamente el uso de la quina." Los médicos, que han practicado en la costa norte del Africa, principalmente en Argel, hablan tambien y con mucha propiedad de la forma tifoidea remitente biliosa, irregular é insidiosa como lo es la de nosotros. Allá como aquí en nuestro pais, suelen presentarse fiebres intermitentes verdaderas despues de haber curado el enfermo de la tifoidea; y yo tuve ocasion de observar un caso en un individuo en el cual terminaba ya la convalescencia; solo experimentó un acceso y curó con el uso del sulfato de quinina únicamente. En el Departamento de Cúcuta se presentan tifoideas de la misma natu-

raleza, pero con un elemento palúdico bilioso más marcado debido á las influencias climatéricas. Allá asumen un carácter más grave que en Bogotá generalmente.

Voy á terminar esta reseña patológica, y ántes de hacerlo llamo vivamente la atencion de nuestros médicos hácia esta forma de fiebre tifoidea que ofrece un vasto campo de investigacion á los espíritus observadores. Esta misma fiebre, tan comun hoy en Bogotá y en los pueblos circunvecinos, es la misma que hizo creer á uno de los médicos más ilustres de este país, al doctor Antonio Vargas Réyes, durante toda su vida, que en esta capital no se presentaba jamás la verdadera fiebre tifoidea de los autores; error en el cual incurrieron de muy buena fé otros profesores notables. Nuevos datos suministrados por personas más versadas que yo, vendrán á acabar de esclarecer esta importante cuestion de Patología en lo que respecta á nosotros. Miéntas tanto, yo consigno respetuoso mi pequeño trabajo á la honorable "Sociedad de Medicina y Ciencias naturales" como el más humilde de sus miembros.

ELBERTO DE J. ROCA

Bogotá, Mayo 31 de 1882.

TUBERCULOSIS.

EXPERIENCIAS DE M. KOCH.

Señor Rector de la Escuela de Medicina y Ciencias Naturales.

He tenido la honra de ser comisionado por el Concejo de la Escuela de Medicina para estudiar una nota que el señor Vice-Cónsul en Gt-Grimsby ha dirigido al señor Secretario de Relaciones Exteriores, referente al descubrimiento de la naturaleza de la enfermedad tubercular de los pulmones.

No hay quizá una enfermedad cuya etiología se haya discutido mas y dado lugar á trabajos tan numerosos é interesantes

como la tuberculosis. Muy larga tarea será mencionar estos trabajos pero, para poder exponer de una manera clara mi opinion acerca de la etiología de la tuberculosis, creo conveniente hacer una reseña histórica de las investigaciones que se han hecho sobre este asunto.

Comenzaré por un hecho que ha sido publicado por M. Malin en 1839 (Gaz-med.) y que desgraciadamente pasó por mucho tiempo desapercibido. "Una mujer de cincuenta y ocho años de edad y que sufría hacia algunos años de tisis pulmonar, tenía un perro faldero que durante un año tragó con avidez los esputos de la enferma. Al cabo de seis meses el perro arrojaba pus al toser, se enflaqueció y murió. La enferma se procuró otro perro de un año de edad y de un pié de alto. Aun cuando se le daba leche y carne, manifestó el mismo gusto que su predecesor, seis meses despues, como el otro, murió. Al abrir el pecho de este animal se le encontraron los dos pulmones destruidos casi en su totalidad por la supuración."

Los primeros trabajos de M. Villemin datan de 1865. El ocurría á la inoculación y procedía de la manera siguiente: hacia una incision en la oreja de un conejo ó en la axila de un perro y cuando la sangre dejaba de salir, tomaba una cantidad muy pequeña de materia tuberculosa extraída ya del hombre, ya de la vaca ó el conejo vueltos tuberculosos ó bien esputos de tísicos que introducía en el tegido celular por medio de la jeringa de Pravaz. A esta inoculación sigue un período de incubación de cinco dias poco más ó menos, al cabo de los cuales se nota un tuberculito en el lugar de la inoculación. Trascorridos 15, 20 ó 30 dias, los animales se enflaquecen y en los dias sucesivos van debilitándose progresivamente hasta que mueren. En la autopsia se nota que los tubérculos en el lugar de la inoculación están constituidos por una masa *caseosa*, al rededor de la cual se observan pequeñas granulaciones amarillentas infiltradas en el tejido coyuntivo intermuscular. En los ganglios linfáticos que comunican con la herida de inoculación, se nota la transfor-

macion caseosa. En los pulmones se observan generalmente tubérculos, lo mismo que en el intestino, el hígado, el bazo y los riñones. Las membranas serosas, sobre todo el epiplon y el mesenterio están llenos de granulaciones. Segun la época en que se sacrifique el animal, pueden verse los tubérculos en diferentes estados de formacion.

1867—En esta época M. Colin d'Alfort, en una relacion que hizo á la Academia de Medicina, á nombre de una comision de la cual hacian parte M. M. Louis Grisolle y Bouley, emitió una opinion favorable sobre los trabajos de M. Villemin, pero dió una interpretacion diferente á los resultados de la inoculacion.

1868—En esta época Klebs y Valentin; en 1869 Cohnhein y Fracnel y en 1873 Bollinger repitieron las mismas experiencias de M. Villemin y llegaron á las mismas conclusiones.

Otros experimentadores en Inglaterra, en Alemania y en la misma Francia, opusieron sérios argumentos á la teoría de Villemin.

En 1867 Andrew Clark, Wilson Fox en 1868 y Burdon Sanderson, produjeron en los pulmones y otras vísceras neo-formaciones que se asemejaban al tubérculo, inoculando no solamente éste, sino pus sencillo ó fragmentos de músculo. Lebert producía una sustancia parecida al tubérculo con cáncer, polvo de carbon &c. Otros autores la obtenian con otras sustancias como granos de anilina.

Hombres por una parte sumamente competentes, habian hecho estudios que parecian haber demostrado la etiología de la tísis, pero, por otra parte, profesores no ménos competentes, hacian investigaciones que tendian á desquiciar dichas teorías.

1873—Como el método de la inoculacion produce lesiones muy complejas, se recurrió á otro método al cual no pudieran hacerse estas objeciones, M. Chauvean hizo experiencias por medio de la ingestion de sustancias en el tubo digestivo y produjo en varios animales la tuberculosis. Las experiencias de

Chauvean fueron repetidas en el mismo año por Aufvecht, Klebs, Saint-Cyr, Viseur (D'Arras), Bollinger, y estas experiencias confirmaron los resultados obtenidos por M. Chauvean.

A estas experiencias no tardaron en oponerse otras negativas. M. Colin comunica á la Academia de Medicina el resultado de treinta observaciones, en las cuales habia alimentado durante mucho tiempo carnívoros con pulmones de otros animales tísicos, sin haber podido producir un solo caso de tuberculósis. M. Metzquer, en 1876 y 1877, opinó que como consecuencia de la ingestion de productos tuberculosos, pueden provocarse lesiones que no son tuberculosas y que entónces no se producen sino infartos ó neumonias alveolares.

No solamente se han practicado experiencias haciendo ingestar materia tuberculosa, sino productos de animales enfermos de tuberculósis, como la leche. En 1869 Gerbach hizo experiencias alimentando con leche de una vaca tísica á varios animales, y encontró á la autopsia de estas, lesiones tuberculósas. Mas tarde, Klebs, Bollinger, hicieron varias experiencias que parecen confirmar los resultados observados por Gerbach.

En 1875 Mocller, Schreiber, Harniz y Gunther, hicieron con leche de tuberculosas tentativas infructuosas, inoculando esta sustancia á varios animales. M. Chauveau se inclina á creer que los productos de los animales tuberculosos, como la leche y la carne, miéntras no contengan sustancia virulenta, no son capaces de producir la tuberculósis.

Otros experimentadores tomaron una nueva via de introduccion de las sustancias por la inhalacion. Tappeiner ha encerrado en cajas á perros y los ha hecho respirar por algunos dias en una atmósfera, teniendo en suspension las materias sépticas de los esputos de los tísicos. Sacrificados los perros se encontraron tubérculos miliars no solamente en los pulmones sino tambien en los riñones y aún en algunos en el hígado y el bazo. Schottelius repitió las experiencias que acabamos de mencionar con sustancias diferentes, es decir, que no provenian de los tísicos;

las hizo aún con esputos de bronquitis simple y produjo en los animales granulaciones miliares. Tappeiner repitió las experiencias de Schottelius sin resultado ninguno.

M. Schüller ha hecho experiencias inoculando, no la materia tuberculosa, sino micrococus resultado de cultivos fraccionados; con estas inoculaciones de los micrococus en las articulaciones ha producido artritis tuberculosas y con otras materias desprovistas de micrococus ha producido una artritis sencilla y supurativa. Solo la inyeccion de micrococus obtenidos por cultivo, provoca la antritis tuberculosa.

Apesar de tan numerosas experiencias, la cuestion de la contagiosidad de la tísis no está con ellas, suficientemente demostrada. En un muy notable trabajo, recientemente publicado por M. Dé Musgrave-Clay, nos dice "que los hechos actualmente conocidos, si no son rigurosamente demostrativos de la contagiosidad de la tísis, son al ménos de naturaleza no solamente para justificar sino para imponer todas las precauciones higiénicas que puedan sugerir las conclusiones que preceden." Hay por otra parte muchos sabios que ponen en duda la contagiosidad de la tísis, entre otros M. Pidou.

Estando la cuestion del contagio de la tísis en el terreno en que la hemos colocado, debe buscarse otra prueba en la demonstracion del *monas tuberculosum*, ya entrevisto y descrito por Klebs, pero no suficientemente estudiado. Aislar este organismo, cultivarlo segun el método riguroso de Pasteur, y producir con estos cultivos en diferentes terrenos el tubérculo es el problema que debe resolverse y que ha estudiado el profesor Koch. Estos trabajos que están reasumidos por el doctor Pietra-Santa en el *Diario de Higiene*, me permito insertarlos á continuacion :

"La memoria del profesor Koch ha sido leida por él mismo delante de la Sociedad de fisiología de Berlin: el autor comienza por demostrar: 1º que la sétima parte de las muertes en la raza humana es causada por la tísis: 2º que la tercera poco más ó ménos de los que mueren en toda la fuerza de la edad sucumben

á consecuencia de esta terrible afeccion. En seguida acepta las ideas del Profesor Villemin de Val-de-Grâce sobre la inoculabilidad de la tísis á causa de su naturaleza contagiosa.

En sus investigaciones microscópicas sobre un gran número de órganos de hombres y de animales, M. Koch se ha servido de una materia colorante que le ha permitido separar el microbo de los tegidos adyacentes y recorrer en todos los casos el pequeño ser bajo la forma de un bastoncillo. (Es un espectáculo bien curioso el ver á este pequeño parasito en el centro mismo del tubérculo que ha formado).

Siguiendo las reglas prescritas por M. Pasteur, el sabio autor se ha entregado á un cultivo artificial de su bastoncillo, durante cierto tiempo, y en generaciones sucesivas. Un pequeño fragmento de tubérculo pulmonar ha sido sembrado en un líquido de cultivo, despues una gota de este primer líquido ha sido transportada á otro líquido de cultivo, en donde el microbo ha pululado, y así sucesivamente durante cerca de seis meses).

Una vez cierto de que el microbo estaba perfectamente puro, M. Koch lo ha inoculado á animales sanos y siempre éstos han sido atacados por la enfermedad primitiva.

La primera série de experiencias se hizo en seis marranos de India; cuatro fueron inoculados con un líquido de cultivo de 54 dias, despues de cinco generaciones sucesivas y dos han sido conservados como testigos. Al cabo de un mes, uno de los primeros marranos habia muerto; el exámen microscópico demostró la existencia de tubérculos en los pulmones, el hígado y el bazo; se sacrificó luego á los otros tres y se probó por medio de la autopsia, las mismas manifestaciones tuberculosas; por el contrario, no se encontró ninguna lesion anormal en los dos animales pequeños que se conservaron como muestra.

En una segunda série de experiencias, de ocho marranos de India, seis fueron inoculados. El líquido del cultivo infectado de bastoncillos provenia del pulmon tuberculoso de un mono, y habia sido sembrado ocho veces en el espacio de 95 dias. Los

animales infectados cayeron enfermos inmediatamente, al paso que los que no habian recibido ninguna inoculacion, conservaron del todo la salud.

Experiencias semejantes han sido repetidas en gatos, conejos, ratas, ratones, y sin excepcion las inyecciones del líquido llenas de microbos han producido síntomas evidentes de tuberculosis aguda.

Las inoculaciones han sido practicadas ordinariamente debajo de la piel del vientre, pero frecuentemente tambien en otras regiones, por ejemplo, en el humor acuoso del ojo.

Tratando de determinar los límites de la temperatura entre los cuales el *bacillus*, bastoncillo de la tuberculosis, puede vivir, desarrollarse y multiplicarse, M. Koch ha reconocido que la temperatura mas baja es de 30 grados y la mas elevada de 40; de aquí se deduce que el microbo de la tísisis tiene necesidad, para su propagacion, del calor que encuentra en el cuerpo del animal.

Examinando la materia expectorada por personas sanas y por otras enfermas, ha podido convencerse de que solo la de éstas contenia bastoncillos. En la mayor parte de los casos es muy infecciosa y la desecacion no destruye su virulencia. La tísisis se ha desarrollado con tanta violencia y rapidez en marranos de la India, ya empleando estas sustancias por la inoculacion de la materia tuberculosa recientemente cogida; como por la que ha sido desecada."

El doctor John Tyndall dirige con fecha 20 de Abril de 1882 una carta al editor de *El Times*, la cual se encuentra publicada en el número correspondiente al 22 de Abril, en la columna tercera de la página 10 de dicho periódico, con el título de "*Tubercula disease*."

Esta carta contiene una relacion de las importantes investigaciones que el doctor Robert Koch ha hecho conocer en la exposicion leida por él ante la Sociedad fisiológica de Berlin, el 24 de Marzo, que hemos insertado.

El Profesor Tyndall, teniendo en cuenta la prohibicion que

hay en Inglaterra para experimentar sobre los animales, hasta el punto moral de la historia que refiere, en estos términos: "Por exagerado que sea el fanatismo actual, el sentido comun de los ingleses no lo tolerará ya más, para evitar la crueldad en nombre de la ternura, ó para privarnos de la luz, desechando tales investigaciones."

Un editorial del mismo número de *El Times* en la página 11, señala al doctor Wiliam Bordd, T. R. S. de Bristol, como el primero que ahora treinta años congeturaba que la consuncion de los pulmones era una enfermedad estrictamente análoga á la infeccion ordinaria de las fiebres eruptivas, bajo todos aspectos, excepto la lentitud de su desarrollo y progreso. Consideraba la tísis como eminentemente contagiosa. El doctor Creighton, tanto en su trabajo reciente, sobre "*bovine tuberculosis in Mau,*" así como en una comunicacion enviada al Congreso médico internacional del año pasado, se ha ocupado de este origen de la enfermedad que nos ocupa. El doctor Schüller cree que el microfito que caracteriza el tubérculo, caracteriza tambien ciertas afecciones vulgarmente llamadas escrofulosas, tales como las enfermedades de las articulaciones y de las glándulas, por lo cual propone tratar las afecciones tuberculosas bajo la base de su origen micro-parasitario. Acerca de este respecto se espera que pronto los millares de vidas humanas que son sacrificadas cada dia por las enfermedades producidas por el *bacillus*, serán protegidas contra tan terrible enemigo.

Se vé, pues, por la exposicion que acabo de hacer sobre el asunto de la etiología de la tísis que á experiencias que la demuestran se han opuesto otras que la contradicen. Que este es un asunto sumamente complicado y que puede decirse que su estudio está al órden del dia.

Actualmente, en una de las sesiones de la Academia de

Ciencias de Paris, en el mes de Mayo de 1882, M. Giboux, comunicaba el resultado de sus experiencias, acerca de la inoculabilidad de la tuberculosis por la respiracion de los tísicos. Colocó en dos cajas conejos, sometió á los de una caja á respirar aire expirado por los tísicos; á los de la otra caja les hizo respirar, el mismo aire respirado de los tísicos, pero haciéndolo pasar por algodón fenicado, ántes que llegase al pulmon de los conejos. En los que se tuvo esta precaucion no se desarrolló la tísis. En los otros se pudo demostrar por la autopsia, tubérculos en varias visceras. M. Giboux se expresa así: "De esta nueva série de experiencias resulta la confirmacion de la inviolabilidad de la tuberculosis por la respiracion de los tísicos. Haré conozer próximamente el resultado de experiencias que he emprendido para averiguar si el aire expirado por individuos sanos, puesto en contacto con un cuerpo impregnado con el jérmén de la tuberculosis, pierde ó no, despues de haber sido nivelado lesiones tuberculosas."

Las experiencias del profesor Koch abren un nuevo campo á las investigaciones que la experiencia está llamada á confirmar y á no dejarnos duda sobre la exactitud de sus teorías. Estos hechos descorren un velo para el tratamiento de la tísis; la medicacion antiséptica y antiparasitaria ocupará el primer lugar en el tratamiento de la tísis en todas sus formas y en todos sus períodos? La experiencia nos pondrá de manifiesto estas cuestiones.

La profilaxia de la tísis se haria sencilla pues ella consistiria en destruir los gérmenes que los tísicos produzcan para evitar así que ya por inhalacion, por ingestion ó inoculacion pasen á los demás individuos.

No es mi ánimo dar mi opinion sobre los interesantísimos trabajos del doctor Koch cuando están al estudio de las celebridades médicas de Europa tales como M. Tyndall. Es únicamente para llenar el deber que se me ha impuesto por el Consejo de la Escuela de Medicina de la Universidad nacional que he hecho

un ensayo exponiendo trabajos que han llegado á mi conocimiento sobre este asunto.

Me es muy grato manifestar aquí la complacencia que experimento al ver que el señor Vicecónsul de Grinsby se haya servido llamar especialmente la atención de los médicos de esta capital hacia una cuestión de interés creciente no sólo para la Europa sino para el mundo entero y más ahora que los trabajos de M. Koch han trazado un nuevo camino a la ciencia.

NICOLAS OSORIO.

CONCURSO ANATOMICO.

(Véase el número 75, página 106).

OSTEOMOLACIA.

El día 14 de Abril de 1882, tomó la cama número 30 del servicio clínico del doctor Hipólito González U., en el Hospital de Caridad, María Barrera, de 30 años, natural de Guasca y de estado civil soltera.

ANTECEDENTES.

La madre de la enferma, siempre de constitución débil y enfermiza, murió joven. Poco tiempo ántes de morir se tulló.

La enferma no gozaba de buena salud en su juventud; á la edad de 18 años tuvo un aborto, 2 años después un parto que, aun cuando la gestación se verificó con regularidad, no fué feliz; hubo mucha dificultad en la expulsión del feto, pasados 3 días de trabajo, nació muerto. Inmediatamente después principió á sentir dolores erráticos, ligeros y profundos en los miembros que, no teniendo al principio sitio fijo, se localizaron luego en las articulaciones, particularmente en la de la rodilla derecha; se hicieron progresivamente más intensos y se propagaron á todo el

cuerpo, pero no eran continuos y aparecian á intervalos indeterminados. Estos accidentes se presentaron y se siguieron en su marcha progresiva, durante 2 años, al cabo de los cuales, todo movimiento le fué imposible; la pierna se dobló sobre el muslo, y hubo luxacion de la articulacion fémoro-tibial derecha, quedando los cóndilos del fémur hácia adelante; al mismo tiempo tenia anorexia; las digestiones eran penosas; la diarrea alternaba con la constipacion, y se enflaquecia; aparecieron distintas erupciones hácia los tegumentos, una de las cuales se situó en la nariz y perforó completamente su base.

Estuvo durante 8 años en este estado, y últimamente entró al Asilo donde permaneció 26 meses; allí sutria, con frecuencia, inflamaciones en las articulaciones; adenitis que llegaban á la supuracion, y frecuentes catarros brónquicos; la diarrea se hizo constante y de mal carácter, con motivo de lo cual se la trasladó al Hospital.

ESTADO ACTUAL.

Hábito externo—Se mantiene continuamente en el decúbito dorsal, son del todo imposibles los movimientos que necesitan del concurso de los miembros inferiores, los cuales están en flexion constante. Está sumamente enflaquecida; la piel y las mucosas externas ofrecen una palidez muy notable; el tórax está estrecho; los espacios intercostales, hundidos; el esternon saliente; y el diámetro antero-posterior, proporcionalmente, mucho más considerable que el transversal; el vientre, deprimido y flojo; la percusion de la rejion hepática revela aumento en el volumen del hígado: las alteraciones de los miembros son las mismas que ya se anotaron.

Digestion—Pérdida del apetito; lengua pastosa y sucia; diarrea muy abundante y biliosa.

Respiracion—Tos, dispnea y opresion.

Las secreciones lagrimal y brónquica están muy aumentadas; la orina se escreta en mayor abundancia es pálida y turbia.

Siente dolores vagos, profundos en todo el cuerpo, especialmente en las articulaciones de la rodilla, los cuales se exasperan por los movimientos y la presión.

El tratamiento, puramente paliativo y sintomático, en nada modificó la marcha de la enfermedad; á mediados de Mayo aparecieron náuseas y vómitos á largos intervalos, los cuales fueron acercándose, y bien pronto, tenaces, incoercibles, persistieron con la diarrea hasta el fin de la enfermedad, formando los síntomas predominantes, hácia los cuales se dirigió en gran parte el tratamiento. Al mismo tiempo se le declaró una conjuntivitis; la respiración se hacia más difícil; el enflaquecimiento y la prostración aumentaban, y la enferma murió el 13 de Junio.

Tratamiento—Se le administraron tónicos, calmantes, eupépticos, reconstituyentes y anexosmóticos.

Autopsia—Abierto el tórax por una incisión que cortó los cartílagos costales, procedimos al exámen de las vísceras contenidas en su interior y encontramos: adherencias pleurales y tubérculos miliares en ámbos pulmones; un derrame seroso, poco considerable, en el pericardio; atrofiado el corazón, con gran cantidad de grasa en sus paredes y coágulos de reciente formación en su interior; los orificios y las válvulas estaban bien.

Examinado el abdómen, comprobamos las siguientes alteraciones: recogido el grande epiplon hácia el borde inferior del estómago é impregnado de pelotones grasosos; infartados algunos ganglios mesentéricos; dilatado el estómago, y su cara interna, hiperemiada por puntos muy finos, con dos placas grisosas del diámetro de una pieza de cinco reales en la parte pósterior inferior, y reblandecida la mucosa; el resto del tubo digestivo, presentaba alteraciones variables en su diámetro, coloración y consistencia; el hígado, voluminoso, habia sufrido la sustitución grasosa y comprimía el estómago en su cara anterior; el vaso, aumentado de volúmen y reblandecido; los aparatos genital y urinario no presentaban alteración ninguna.

Todos los músculos estaban pálidos, atrofiados, de muy poca

consistencia, se desgarraban á la menor traccion y contenian gran cantidad de tegido adiposo en su espesor.

Todos los huesos estaban alterados, pero en grados diferentes; su órden de alterabilidad era el siguiente: fémur más en su parte inferior; omóplato, húmero, cúbito y radio, más en el miembro derecho que en el izquierdo y hácia la articulacion del codo; costillas, huesos coxáles, sobre todo en la cresta iliaca; el sacro y las vértebras, de abajo para arriba; los otros no presentaban alteracion muy notable.

El periostio presentaba en algunos puntos un espesor má considerable que normalmente; su cara externa, hiperemiada por lugares, tenia mucha grasa; la interna, débilmente adherida al hueso, tenia láminas óseas más ó ménos delgadas que se unian por algunos puntos á la superficie externa del hueso.

La porcion cortical del hueso, presentaba diferentes grados de alteracion; su superficie, en algunos huesos (fémur, tibia), muy rugosa, con eminencias, puntos salientes semejantes á espinas, y láminas pediculadas, está enrojecida en partes; el espesor de su pared es muy variable: de pocos milímetros en algunos puntos, en otros ha desaparecido completamente la sustancia ósea, y ha sido reemplazada por otra de apariencia cartilaginosa, que puede fácilmente ser penetrada por el escalpelo y parece continuarse directamente con la sustancia propia del hueso; los canales de Havers están aumentados de diámetro y llenos de un líquido aceitoso de color rojizo. Los trabéculos de la sustancia esponjosa que limitan las areolas medulares, desaparecieron en parte, formando lagunas ocupadas por la sustancia medular. Esta, de un color rojizo, con puntos amarillosos diseminados en su espesor, presenta muy poca consistencia, y ha invadido los espacios que han quedado vacíos por la rarefaccion de la sustancia ósea.

Ademas, encontramos fracturado el fémur de un miembro y la tibia del otro, muy cerca de la articulacion de la rodilla.

Las piezas que acompañamos con nuestra observacion, son:

Número 1—*Fémur del miembro derecho*. Su extremidad inferior está enrarecida en algunos puntos, y en otros hay pérdida total de la sustancia cortical, dejando á descubierto la medular, cuyos trabículos han desaparecido en parte, formando lagunas más ó ménos espaciosas (lagunas de Houships), que en el estado fresco contenian un líquido aceitoso de color rojizo. Su extremidad superior no presentaba otra alteracion que el aumento de los canales de Havers. En el cuerpo presenta: 1º Hiperemia en algunos puntos, principalmente hácia la parte inferior; 2º Láminas óseas pediculadas, formando pontículos, y espinas salientes (estalofitos). 3º Cerca de la extremidad superior y en la parte interna, una solucion de continuidad que tiene 3 centímetros de longitud por uno de ancho, cuyo diámetro mayor sigue la direccion del eje del hueso, y que estaba, en el estado fresco, ocupada por una sustancia de apariencia cartilaginosa. 4º Soluciones de continuidad de un diámetro variable, esparcidas por todo el hueso, y ocupadas por la misma sustancia. La porcion cortical se ha adelgazado notablemente, y el canal medular ha aumentado de diámetro.

Número 2—*Rótula*. Desgastada y rugosa la sustancia cortical; la cara posterior presenta escavaciones y eminencias; el periostio, espeso é hiperemiado, contenia gran cantidad de tegido adiposo.

Números 3 y 5—Corte longitudinal del fémur izquierdo. Adelgazada la sustancia cortical, y la medular ha desaparecido en parte. La parte inferior estaba fracturada.

Número 4—*Corte transversal del fémur*. Aumentada la porcion medular á expensas de la cortical que está muy delgada.

Número 6—Corte longitudinal de la tibia derecha, que estaba fracturada en su parte superior, en el cual se nota la marcha invasora de la rarefaccion del hueso.

Número 7—*Mitad superior de la tibia izquierda*. Presenta las mismas alteraciones que el fémur, con la diferencia que la rarefaccion no está avanzada; cerca de la extremidad superior,

hacia la parte externa, existe una solucion de continuidad, de forma circular, de 1 centímetro de diámetro, y ocupada por la misma sustancia de apariencia cartilaginosa.

Número 8—*Basinete*. Los huesos iliácos están enrojecidos en algunos puntos; adelgazadas las tablas y enrarecido el diploe sobre todo en la cresta iliaca; el sacro está sumamente esponjoso. Tomado en su conjunto, el basinete, está deformado y estrecho, como lo comprueba el cuadro comparativo de sus diámetros, con los normales.

DIÁMETROS EXPRESADOS EN CENTÍMETROS:

EXTRECHO SUPERIOR.				EXTRECHO INFERIOR.			
	Normal.	Patológico.	Diferencia.		Normal.	Patológico.	Diferencia.
Antero-posterior.	0.11	0.11	,,	Coxy-pubiano.....	0.11	0.09	0.02
Transverso.....	0.13	0.11	0.02	Bi. isqueático.....	0.11	0.07	0.04
Oblicuo.....	0.12	0.11	0.01	Oblicuo.....	0.11	0.10	0.01
Circunferencia...	35443	33½	,,	"	"	"	"

LUIS CUERVO M.—ROBERTO AZUERO.

HISTORIA CLINICA DE UN CONDILOMA.

CONDILOMA SIFILÍTICO. ✓

El día 24 de Noviembre de 1881 tomó la cama número 14, en la sala de mujeres del servicio clínico del doctor Hipólito González Uribe, Inés Sabogal, natural de Choachí, de estado civil, soltera, y de profesion, sirvienta.

ANTECEDENTES.

Segun la relacion de la enferma, tuvo hace dos años, placas mucosas en la garganta y en las partes genitales; infarto muy considerable de los ganglios cervicales; blenorragia; bubones

indoleros que terminaron por resolucion, sin tratamiento alguno; edema del miembro inferior derecho, y una ulceracion en el pié del mismo lado, que cedió á aplicaciones de yodoformo. Estos accidentes se acompañaron de caida muy notable del pelo, y de la suspension del período menstrual, y se sucedieron en el trascurso de seis meses, sin presentar ninguna otra novedad ni en el estado local ni en el general; pero al cabo de este tiempo tuvo, durante dos dias, cefalalgia intensa, escalofríos, fiebre, desvanecimiento y dolores osteócopos, y el período reapareció. Notó que en el lugar ocupado por las placas aparecieron pequeñas eminencias, duras al tacto, que eran el sitio de rasquiñas, calor y escozor, las cuales, multiplicándose, invadieron paulatinamente los grandes y los pequeños labios en toda su extension, la parte anterior de la cavidad vaginal, la region perineal, la márgen del ano y la parte inferior del recto, formando así una vegetacion de un volúmen considerable, de superficie convexa granulosa, que es el estado en el cual se presenta al principio de nuestra observacion (20 de Febrero de 1882).

ESTADO ACTUAL.

Hábito externo—Enflaquecimiento poco manifesto, alopecia, palidez notable de las mucosas y de la piel en general, cáries de los dientes, edema notable de la pierna y del pié del lado derecho, y una vegetacion exhuberante en los órganos genitales, que se presenta bajo la forma de un tumor sesil, de la dimencion de una coliflor, poco más poco ménos, adherido á la vulva y á la porcion de tegido comprendida entre ella y el ano, de color gris rojizo, de consistencia elástica, y dividido por surcos que presentan tres variedades: los unos, en número de dos, son profundos y dividen el tumor en tres lóbulos longitudinales; de estos surcos, el izquierdo profundiza hasta cerca de la insercion del tumor, y el derecho penetra en la cavidad vaginal; los otros más numerosos, dividen el tumor en pequeños lóbulos; los otros, en fin, en número mucho más considerable, tienen apenas algu-

nos milímetros de profundidad, y dividen los lobulillos en papilas de formas diversas, comparables á las de la lengua del toro. Este tumor exhala abundantemente un líquido sanguino-purulento, de olor impregnante, sumamente desagradable, y es el sitio de dolores lancinantes que se exasperan por los movimientos del tronco, la micción y la defecación.

Circulación—El pulso está alto, vibrante, y bate 75 veces por minuto, hay ligero ruido de soplo en los vasos del cuello.

Digestion—Lengua pastosa y sucia, anorexia, náuseas frecuentes, estitiquiez permanente.

Secreciones—La orina está pálida, algunas veces turbia con pequeños corpúsculos en suspensión, que se depositan por el reposo; su excreción no se verifica de una manera continua, sino con intermitencias, debido probablemente á la contracción espasmódica del esfínter vesical, provocada por acción refleja. Tiene con frecuencia sudores poco abundantes, y ha habido también tialismo.

Las otras funciones están en toda su integridad.

La enferma se mantiene constantemente en el decúbito dorsal y se le dificulta mucho ponerse de pié, á consecuencia del estorbo producido por el tumor y de los dolores que experimenta por los movimientos.

TRATAMIENTO.

Antes de entrar al hospital, el tratamiento consistió en aplicaciones de aguardiente alcanforado y cataplasmas emolientes sobre la parte enferma, y de iodoformo en la úlcera del pié; tomó también algunos purgantes y otros medicamentos que, dice la enferma, no sabe qué serían.

El ioduro de potasio á la dosis de 2 gramos diarios; otros antisifilíticos, los tónicos, los ferruginosos, los purgantes suaves, las cauterizaciones con nitrato de plata y nitrato ácido de mercurio, los baños y las cataplasmas emolientes, formaron la base del tratamiento durante los primeros meses de su permanencia

en el hospital; pero como el tumor, léjos de disminuir, seguía tomando proporciones más y más considerables, el Profesor de la clínica resolvió operarlo, tan pronto como el estado general de la enferma lo permitiera.

El 4 de Abril se practicó la ligadura del lóbulo derecho; á los quince dias se estableció una supuración abundante, principiaron á caer pequeñas porciones de tumor, la ligadura se aflojó y hubo necesidad de colocar una segunda el 20 del mismo mes, la cual fué reemplazada por otra el 15 de Mayo. Durante todo este tiempo se siguió el mismo tratamiento específico, tónico y reconstituyente.

El 5 de Junio se resolvió extirpar definitivamente el tumor.

Colocada la enferma en la posición conveniente para obrar, y cloroformizada, se le aplicó el constrictor de Lür, teniendo cuidado de abarcar pequeñas porciones; por medio de este fraccionamiento, el tumor fué extirpado lentamente y sin dar lugar á hemorragia, produciéndola solamente algunas vegetaciones aisladas que se cortaron con tijeras. Pasada la extirpación, se le cauterizó toda la superficie enferma con percloruro de fierro y nitrato de plata; al explorar la vagina, la encontramos completamente invadida por las vegetaciones; no pudimos cauterizarlas porque la operación se prolongaba y la enferma no soportaba una cloroformización tan sostenida. Al despertar le sobrevino un síncope, pasado el cual, quedó profundamente abatida moral y físicamente.

Después de la operación se ha seguido la misma medicación reconstituyente y calmante. Es de notarse que la enferma, muy poco enflaquecida ántes de la operación, ha perdido muy notablemente su gordura.

LUIS CUERVO M. Y ROBERTO AZUERO

PERICARDITIS TUBERCULOSA.

El 19 de Mayo de 1882, tomó la cama número 1 en la sala de mujeres del servicio clínico del doctor Hipólito González U., Inés Plazas, natural de Bogotá, de 20 años de edad y de profesión cocinera.

ANTECEDENTES.

Dice la enferma que hace seis meses que, estando con disenteria (que probablemente no era sino una enterítis de los alcoholizados), sufrió un fuerte aguacero y tuvo como consecuencia, cefalalgia intensa, escalofrios, fiebre, quebrantamiento, dolores musculares, y el flujo menstrual, que habia aparecido ese día, se suspendió; pasados estos accidentes, que duraron tres días, volvió á sus ocupaciones, no obstante sentirse con mucho mal estar é inaptitud para todo. Siguió durante todo este tiempo con su salud muy alterada; tenia anorexia, sed, diarrea, mucha debilidad, y amenorrea; bien pronto notó edema de los piés, que se propagó en seguida á las piernas y á los muslos; tenia tos, romadizos frecuentes, y se enflaquecia tanto, que al fin resolvió entrar al hospital. Niega rotundamente haber tenido hábitos de alcoholismo, aunque el estado de su constitucion parece demostrarlo.

Eran pésimas las condiciones higiénicas en que vivia, pues dice que la pieza que le servia de dormitorio era pequeña, húmeda, sucia, de techo muy bajo y sin ventilacion ninguna; era escasa su alimentacion y pesadas sus faenas.

ESTADO ACTUAL.

Hábito externo—Demacracion considerable; ojos hundidos, pómulos salientes y ligeramente enrojecidos, clavículas levantadas, tórax estrecho, ligeramente abultada la region precordial; vientre flojo y deprimido, edema de los miembros inferiores, palidez de las mucosas, piel amarillosa y sucia, uñas hipocráticas,

alopecia, temblor, dificultad de los movimientos; la mitad derecha del tórax se amplia más á la inspiracion que la izquierda; meteorismo considerable en la parte superior del abdómen, macicez, y fluctuacion por la palpacion, en la parte inferior, que varian con las posiciones de la enferma; hay tambien macicez en un espacio muy pequeño de la region hepática.

Respiracion—Tiene tos seca y quintosa, debilidad en la voz, dispnea y opresion. La percusion da sonido claro en toda la extension del tórax, excepto en la parte posterior y superior, donde hay macicez poco considerable. Se nota á la auscultacion, que la entrada del aire no se verifica con facilidad; las inspiraciones son cortas y las espiraciones, prolongadas; hay aspereza en el murmurio vesicular y falsa pectoriloquia en la parte posterior y media del pulmon izquierdo, y ligeros extertores sibilantes y sub-crepitantes secos en la cima del mismo pulmon.

Circulacion—Pulso pequeño, lento, depresible y algo intermitente. La percusion en la region precordial no da signo ninguno. A la auscultacion, se sienten profundamente los ruidos cardiacos, y el sistólico está tan oscurecido, que parece no existir; tambien se perciben, ménos oscuros, auscultando por la parte posterior.

Los vasos del cuello dan ruido de soplo, y se notan perfectamente las pulsaciones de las carótidas.

Digestion—Hay anorexia y sed, la lengua está sucia y temblorosa; tiene nauseas y diarrea constante, tenesmo y gastralgias; las deposiciones son líquidas, abundantes, fétidas y de color gris oscuro.

Secresiones—La orina es pálida; su análisis no ha hecho descubrir ni la presencia del azúcar ni la de la albúmina, principios cuya presencia sospechamos en este líquido.

La enferma, de mal carácter, no se presta al exámen y no satisface las preguntas que se le hacen sino con mucho trabajo. Tiene alucinaciones por la noche; ve sardinas, culebras, gusanos y conversa sobre asuntos de cocina; duerme poco y pasa la noche en esta continua agitacion.

TRATAMIENTO.

Se le administraron purgantes suaves, ferruginosos, tónicos, anexasmóticos, reconstituyentes, y algunos vejigatorios en la region precordial. Como el estado de la enferma no mejoraba, se ensayó la creosota y se le administró así: "Creosota 13 gramos, 50 centígramos; tintura de genciana 20 gramos; alcohol 250 gramos; vino de Málaga C. S. para hacer un litro M. R. 'Cucharadas.' Tomará una cuatro veces al dia, en medio vaso de agua endulzada con jarabe de azahares." Esta última medicacion no dió buenos resultados, y se substituyó, en consecuencia, por un tratamiento paliativo. La enferma se postraba más y más cada dia, y murió el 10 de Junio.

Anatomía patológica—Abierto el tórax por una incision que cortó los cartílagos costales, salió de la cavidad izquierda un líquido sero-sanguinolento, poco abundante, pero no habia adherencias pleurales. Los pulmones presentaban muy pocos tubérculos diseminados, y su consistencia, forma y coloracion eran casi normales. Tambien encontramos, á la entrada de los gruesos bronquios, algunos ganglios supurados. El pericardio contenia igualmente un líquido sero-sanguinolento, en bastante abundancia; habia adherencias entre sus dos hojillas, algunos puntos equimosados y una notable inyeccion en la hojilla adherente al saco fibroso; su superficie interna estaba áspera, y tenia puntos amarillentos, salientes, del tamaño de una cabeza de alfiler, aglomerados, casi en toda su extension. La superficie externa del corazon estaba llena de concreciones fibrinosas dispuestas en forma de areolas, y de estos puntos amarillentos que hemos encontrado en el pericardio. Las cavidades contenian coágulos fibrinosos, y las válvulas no presentaban alteracion alguna.

El abdómen contenia un derrame seroso poco considerable; la superficie externa de los intestinos estaba inyectada, y su diámetro disminuido. La cara interna del estómago estaba enrojecida casi en su totalidad; habia algunas manchas apizarradas

y concreciones tuberculosas de la dimension de una arveja; la mucosa estaba espesa y reblandecida; la del intestino delgado estaba hiperemiada, y la del recto, engrosada, roja y habia tubérculos más grandes y en mayor número que los del estómago. El hígado estaba graso, y las demas vísceras normales.

Abierto el cráneo, encontramos un derrame seroso, poco considerable, en los ventrículos laterales del cerebro.

ROBERTO AZUERO—GONZALO GAMBOA GUZMAN.

DOCTOR RAFAEL GUTIÉRREZ,

MIEMBRO HONORARIO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA DE BOGOTÁ.

El doctor RAFAEL GUTIÉRREZ nació en Guáduas, Estado de Cundinamarca, el 24 de Octubre de 1823, y era hijo de don Leandro Gutiérrez y doña Margarita Delgado, de la antigua provincia del Socorro.

Principió sus estudios en el Colegio del señor don José Manuel Groot, el 2 de Octubre de 1838, despues de aprender las primeras letras en la escuela de Guáduas, y los concluyó en el Colegio de San Bartolomé, donde recibió el grado de doctor en medicina el 6 de Noviembre de 1846.

Tres años despues, el 2 de Setiembre de 1849, contrajo matrimonio en Cipaquirá con doña Cora Jiménez, hija del Coronel de la independenciaman Manuel Jiménez y de doña Belen Calcaño, de la ilustre familia venezolana de este apellido, y fundó su hogar en su lugar natal.

Cuando en 1850 estaba haciendo estragos el cólera morbo en las riberas del Magdalena, fué llamado á Honda para asistir los hospitales de aquella ciudad y miéntras duró la epidemia prestó servicios importantes.

En 1851 adhirió á la causa constitucional y militó en la extinguida provincia de Mariquita, como médico cirujano, á órdenes del General Joaquin Acosta.

En 1876 sirvió gratuitamente el empleo de médico del hospital militar establecido en Guáduas despues de la sangrienta batalla de Garrapata.

Consagrado siempre al estudio de los ramos de su profesion, colaboró en varios periódicos de la capital, y escribió importantes artículos sobre el cólera, el bocio, la viruela, el alcoholismo, higiene y últimamente sobre la fiebre perniciosa que tantos estragos causó en la poblacion de Guáduas. Nuestros lectores conocen su obra de "Los medicamentos que más honor hacen á la medicina."

Dejo inédito un "Prontuario de terapéutica y materia médica."

Como simple ciudadano, GUTIÉRREZ prestó así mismo servicios importantes al pais y ocupó puestos públicos notables.

En 1852, el Presidente López le nombró Gobernador de la provincia de Tequendama, destino que desempeñó con acierto y lucimiento. Fué varias veces elegido Diputado á la Asamblea de Cundinamarca. En 1867 ocupó una curul en la Cámara de Representantes elegido por este mismo Estado.

Además de sus tareas científicas, GUTIÉRREZ era dado al cultivo de la literatura ; y así es que su nombre aparece al pié de varios artículos de costumbres publicados en periódicos del pais. Desgraciadamente le sorprendió la muerte sin terminar una obra á que habia dado por título "Apuntes para un Atlas Biográfico," en la cual trabajó hasta el 12 de Julio, es decir, casi hasta el último dia de su laboriosa vida.

Fuera de los *Apuntes* hay inéditas de Gutiérrez varias piezas dramáticas en prosa y verso.

Se distinguió siempre Gutiérrez por su carácter benévolo, desinteresado servicial, y caritativo y por sus aciertos médicos. Su diagnóstico era seguro ; rara vez se equivocaba en él. Una práctica de más de treinta años le habia hecho conocer las fiebres palúdicas y en general todas las de nuestros climas cálidos, y era atinadísimo para tratar las enfermedades de los niños.

Aquel hombre que tanto honraba á su pais y que tan útil era á sus conciudadanos, terminó repentinamente su vida el 20 de Julio del presente año de 1882, dejando en la amargura y la orfandad á su virtuosa compañera y á sus amados hijos.

C. G.

TRABAJOS CIENTIFICOS DEL DOCTOR JOSE TRIANA.

Gustosos publicamos á continuacion la carta importantísima que el señor doctor José Triana, — cuyo nombre y obras, más conocidos en el mundo científico que en su propia patria, son honra y prez de Colombia, — ha dirigido á uno de sus amigos, relativa á la comision que aquel sabio está desempeñando en los archivos de Madrid, sobre los manuscritos referentes á nuestra Flora, trabajados por la Expedicion Botánica de que fué Jefe don José Celestino Mútis, de ilustre memoria.

No vacilamos en afirmar que, aunque los apoyos que Colombia le ha prestado á Triana en sus estudios botánicos, solo hubieran dado por resultado el ponerlo en capacidad de *rescatar para la ciencia el trabajo más interesante de aquella Expedicion*, eso solo habria bastado á recompensar la forzada munificencia á veces del Gobierno para con ese hombre eminente.

“ Madrid, 2 de Mayo de 1882.

Señor César C. Guzman—Bogotá.

Estimado amigo mio :—Aquí me tiene usted en esta capital, á donde he venido con el objeto de clasificar los dibujos de la Expedicion Botánica de Mútis. Va para un mes que estoy ocupado en ese importante trabajo, y tengo ya casi terminada la clasificacion preliminar, por familias y géneros de ese inmenso conjunto de dibujos espléndidos é inimitables que dejó aquella Expedicion. Salvo unas pocas excepciones, que no llegan á diez, á todas las demas plantas les he podido poner el nombre corres-

pondiente, sin necesidad de exámen. Sin mis conocimientos y estudios de tantos años en esta especialidad, no habria podido guiarme en semejante laberinto.

Hay, por supuesto, muchas plantas que no están representadas en la coleccion y que sí figuran en mis herbarios. La Expedicion, compuesta de varios miembros, empleó cosa de treinta años en formar su acopio, y á mí me tocó ejecutar el mismo trabajo en pocos años con un resultado que me está vedado calificar porque es obra mia. Como le acabo de decir, mis herbarios contienen plantas que no figuran en la coleccion de Mútis, más las que la Expedicion habia ya estudiado. Muy satisfactorio es para mí el que el resultado de mis tareas se obtuviera con un gasto infinitamente menor.

Al partir yo para Europa, dejé en esa ciudad un duplicado de mi copioso herbario clasificado genéricamente, y perfectamente numerado y en orden; cada planta con su tarjeta indicativa de la zona ó localidad, y de la altura en que crece, del nombre vulgar &c.: indicaciones que no he hallado en los dibujos de la Expedicion Mútis, los cuales están confundidos, mezclados, sin nombres, sin números, sin guia alguna ni explicacion y sin correspondencia con algunas explicaciones que aparecen entre los manuscritos. Estos vacíos, sin embargo, no han entorpecido ó detenido en modo alguno la continuacion de mi trabajo de clasificacion botánica. El haber estudiado yo la vejetacion colombiana en sus detalles me ha permitido sintetizar con facilidad el trabajo tenaz y asíduo de aquella Expedicion laboriosa, en que Mútis tuvo por colaboradores á Córdas, Zea, Valenzuela, Restrepo y á muchos otros eminentes compatriotas.

Está, pues, sacado del olvido el valioso tesoro que aquellos sabios allegaron; está salvada la costosa obra de la Expedicion Botánica al Nuevo Reino de Granada; está rescatado para la ciencia el trabajo más interesante ejecutado por esa Expedicion.

Ya ve usted que le digo *algo*, como usted me exige en su

última carta, del resultado de mi comision oficial en esta capital. Próximamente le escribiré de nuevo dándole otros informes.

Siempre amigo suyo muy afecto,

JOSÉ TRIANA.

(De el *Diario de Cnudinamarca* número, 3113).

✓ QUERATOSCOPIA

Ó RETINOSCOPIA, SEGUN LOS TRABAJOS DE CUIGHET, FORBES, SOUS Y MORTON.

Por medio de lo que impropriadamente se ha llamado queratoscopia, y que, como lo ha sugerido el doctor Parent, debia llamarse retinoscopia, podemos diagnosticar errores de refraccion, valiéndonos solamente del espejo del oftalmoscopio; y lo que es todavía más importante, podemos corregirlos con lentes de prueba ordinarios independientemente del auxilio que tenemos que exigir del paciente, cuando ponemos en práctica los demas métodos generalmente usados en la correccion de la ametropia.

En 1864 Mr. Boroman llamó la atencion sobre el diagnóstico del astigmatismo regular de la cornea, y la determinacion de sus principales meridianos, por medio del espejo del oftalmoscopio.

Diez años despues, el doctor Cuighet de Lila publicó algunas observaciones sobre el método de determinar la refraccion del ojo, con sólo la inspeccion de su córnea con luz transmitida. Colocaba el espejo de un oftalmoscopio ordinario á cierta distancia del ojo examinado, é imprimiéndole movimientos giratorios en todas direcciones, de modo de hacer pasar de un lado de la córnea al opuesto, la luz de una lámpara reflejada por el espejo, obtenia un juego de luz y sombra. Por el aspecto del brillante

reflejo pupilar, y la direccion en que se movia la sombra compañera, Mr. Cuighet diagnosticaba con mayor ó menor exactitud, no solamente la naturaleza sino tambien el grado de ametropía. A él se debe el haber sistematizado este método de diagnóstico.

En los últimos años los señores Forbes, Sous y Morton se han ocupado en perfeccionar el método, y en el dia hay, pocas clínicas de ojos en Lóndres y Paris, en que no se le use con la extension que merece.

Los diferentes aspectos que ofrece el campo pupilar cuando dirigimos sobre él un cono de luz reflejada, se deben al juego de luz y sombra en la retina y no en la córnea, aunque ésta ejerce grande influencia en la produccion del fenómeno, cuando su convexidad es irregular, como en el astigmatismo.

Los rayos luminosos de una lámpara al caer sobre un espejo cóncavo se reflejan y convergen hácia un punto en que forman una imágen del foco luminoso, y cruzándose allí, salen divergiendo.

Si en frente de una pantalla colocamos una lente convexa, á tal distancia que los rayos divergentes de un espejo cóncavo se crucen sobre la pantalla, en ella se formará la imágen más pequeña y brillante de la lámpara, rodeada por una sombra intensa y definida.

Si entónces acercamos ó alejamos la lente, el área iluminada aumenta en extension al mismo tiempo que su intensidad luminosa disminuye.

Si fijamos la lente á distancias diferentes de la pantalla, é inclinamos el espejo en cualquier direccion, el área de luz y sombra se moverá en todo caso, en sentido opuesto á la direccion en que gira el espejo.

Si reemplazamos la pantalla y la lente por la retina y el sistema dióptrico del ojo, obtenemos semejantes resultados. El área iluminada de la retina, sea cual fuere la refraccion del ojo, realmente se mueve en sentido opuesto á la direccion en que gira el espejo; pero como la porcion iluminada y la sombra las

~~~~~

vemos al traves de los medios transparentes del ojo, la direccion de sus movimientos tiene que sufrir la influencia de la refraccion del ojo examinado.

*Aplicacion de estos hechos en la práctica.* Los midriáticos no son esenciales en el exámen queratoscópico, pero sí lo facilitan. Debe tratarse de que el ojo examinado no reciba sino la luz reflejada por el espejo cóncavo. Consíguese esto colocando convenientemente una pantalla entre la lámpara y el ojo, y haciendo el exámen en un cuarto bien oscuro, y con paredes pintadas de negro. Con estas precauciones se obtendrá un contraste marcado entre la parte iluminada y la sombreada del campo pupilar. El observador tomará asiento en frente del paciente á una distancia de un metro, veinte centímetros. Se dispondrá una lámpara de tal modo que su llama esté á la altura del ojo examinado, cerca de la oreja del mismo lado y unos tres á cinco centímetros atras. Puede usarse cualquier espejo cóncavo de oftalmoscopio pero es preferible uno que tenga 22 centímetros de distancia focal, 40 á 45 milímetros de diámetro, y un mango de 2 á 4 centímetros. El paciente dirigirá la mirada durante el exámen hácia el muro opuesto, sin hacer esfuerzos de ninguna naturaleza, pues si la acomodacion entra en juego, el ojo normal aparecerá miope. Con alguna frecuencia hemos visto personas poco experimentadas diagnosticar miopía cuando no existia, por no haberse fijado en que el paciente estaba mirando un objeto cercano.

El cono de luz reflejada por el espejo se dirige, no en la direccion del eje de la córnea, sino formando con éste un ángulo de 15 á 20 grados. De este modo se tiene un reflejo más brillante, y en casos en que no se hayan usado midriáticos, habrá en el íris menor tendencia á la contraccion.

Imprimiendo entónces al espejo ligeros movimientos de rotacion, se ve en el campo pupilar la imágen de la porcion iluminada y sombreada de la retina.

Si los rayos luminosos que parten del ojo observado no se cruzan ántes de llegar al ojo del observador, se tendrá una imá-

gen recta de la luz y sombra de la retina, que se mueve en sentido contrario á la direccion en que gira el espejo. Este es el caso en hipermetropía, emetropía y miopía débil (inferior á una dioptrica).

Si los rayos luminosos que parten del ojo observado se cruzan ántes de llegar al del observador, y forman entre los dos una imágen aérea invertida de la porcion iluminada y sombreada de la retina, entónces, puesto que esta porcion realmente se mueve en direccion opuesta á la del espejo, su imágen aérea aparecerá moviéndose en sentido contrario, es decir, en la misma direccion que el espejo. Tal fenómeno se observa en todo caso de miopía de una ó más dioptrías.

En miopías inferiores á una dioptría, los rayos luminosos que salen del ojo observado se cruzan y forman la imágen de la retina detras del observador. Por esta razon en casos débiles de miopía, la luz y sombra se mueven en el mismo sentido que en la emetropía é hipermetropía. Sucede esto cuando hacemos el exámen á una distancia de un metro, veinte centímetros. Si nos alejamos suficientemente del paciente, para que la imágen aérea invertida se forme en frente de nosotros, tendremos que colocarnos, en una miopía de 0.50 D, por ejemplo, á una distancia de dos metros, veinte centímetros ( $\frac{1}{0,50} = 2$  metros, distancia focal de una lente de 0,50 D, y 20 centímetros, distancia del punto próximo del observador); pero á dos metros, 20 centímetros, la iluminacion que podemos dar á la retina es tan débil, que la imágen invertida no se percibe.

Más adelante veremos que con el auxilio de lentes podemos diagnosticar estas miopías.

En miopías de una dioptría, estando el observador á metros 1,20 del paciente, los rayos reflejados por el espejo se cruzan á 22 centímetros del ojo del observador (el radio de curvatura del espejo es 22 centímetros), y á 98 del ojo observado, ó sea en su punto remoto. Segun lo demuestran las leyes de refraccion, los rayos que parten del punto remoto forman su foco en la retina;

por tanto, en las condiciones mencionadas, la de una miopía dioptría es el caso en que la imagen del foco luminoso formada en la retina, es más pequeña, más brillante, y rodeada por la sombra más intensa y mejor limitada.

En miopías superiores á una dioptría, la magnitud y brillo de la imagen, y la intensidad de la sombra son inversamente proporcionales al error de refraccion.

Siendo fácilmente apreciables las diferencias de intensidad luminosa de las imágenes, se puede estimar aproximadamente el error de refraccion con sólo la inspeccion del reflejo.

Examinando el ojo con el espejo cóncavo y á una distancia de 1 metro, 20 centímetros, encontramos que miéntras más elevada es la miopía ó hipermetropía, más pequeña es la imagen que obtenemos del disco óptico, de tal modo, que en grados elevados vemos en el campo pupilar, no solamente el disco sino tambien parte del fondo que lo rodea. En emetropía la imagen es tan grande que únicamente una pequeña porcion del disco es visible. Al imprimir al espejo movimientos giratorios de igual rapidez, la luz tiene que recorrer con mayor velocidad la imagen grande de la emetropía, que la pequeña de la miopía é hipermetropía. En la diferente velocidad del movimiento tenemos por consiguiente, otro medio de determinar aproximadamente el grado del error de refraccion.

En emetropía y grados inferiores de hipermetropía y miopía, es tan pequeña la porcion que se ve del área iluminada y de la sombra que la rodea, que esta aparece linear. En hipermetropías y miopías más elevadas el área iluminada de la retina aumenta, pero su imagen disminuye tanto en extension, que una parte mayor de la circunferencia de la sombra se muestra en el campo pupilar, bajo la forma de media luna que se encorva y angosta proporcionalmente al aumento de refraccion.

Puesto que la direccion del movimiento denota la clase de error; y su velocidad, intensidad de iluminacion, y curvatura de la sombra indican el grado del error, se puede llegar á las conclusiones siguientes.

Si la imagen de luz y sombra se mueve en la misma direccion en que gira el espejo; y si la velocidad del movimiento, y curvatura de la sombra son iguales en todo meridiano, tendremos un caso de miopía.

Las mismas condiciones, pero la imagen moviéndose en direccion opuesta á la del espejo, indican hipermetropía, emetropía, ó débil miopía.

Cuanto más lentos sean los movimientos, más débil la iluminacion, y más curva y estrecha la sombra, tanto más elevada será la hipermetropía ó miopía.

Si la direccion del movimiento, su rapidez y la curvatura de la sombra son diferentes en varios meridianos, habrá astigmatismo.

Hemos dicho que cuando la sombra se mueve en direccion opuesta á la del espejo, puede existir emetropía, hipermetropía ó débil miopía.

Veamos el modo de distinguir estos tres estados de refraccion.

Colóquese en frente del ojo examinado una lente biconvexa de 1 D, (se usará un marco de lentes de prueba) y examínese el campo pupilar con el espejo de queratoscopia. Si la sombra continúa moviéndose en direccion opuesta, el ojo es hipermetrópico: pero si se mueve en la misma direccion, reemplácese la lente de 1 D por una de 0,50 D. Si el ojo era previamente miope de 0,50 D, ahora se tendrá miope de 1 D, y estando el observador á la distancia de un metro, veinte centímetros, podrá ver la imagen aérea invertida, que se moverá en el mismo sentido que el espejo. Si con la lente de 1 D, la sombra se mueve en la misma direccion, y con la de 0,50 D, en direccion contraria, el ojo observado será emétrope.

El grado del error puede diagnosticarse y corregirse con lentes de prueba.

Supongamos que la sombra se mueve en la misma direccion que el espejo. Tendremos un caso de miopía. Coloquemos en

frente del ojo examinado una lente bicóncava de 2 D. Si la sombra sigue moviéndose en la misma direccion, pondremos una lente de 3 D, 4 D. &c. Si con la lente de 6 D, la sombra se mueve en direccion opuesta, la miopía estará comprendida entre 6 y 7 dioptrías. No será superior á 7 D, porque entónces la lente de 6 D habria dejado más de 1 D sin corregir, y con 1 D la sombra hubiera continuado moviéndose en el mismo sentido. No será inferior á 6 D, porque con la lente de 5 D, la sombra se mueve en la misma direccion, y hemos visto que para esto se necesita que el error no corregido sea de 1 D cuando ménos. Agregando 0,50 D al número de dioptrías de la lente que hace cambiar la direccion del movimiento de la sombra, nos aproximaremos mucho á la determinacion exacta de la miopía, y en el caso anterior el error seria de 6,50 D.

En hipermetropías procederemos del mismo modo, pero con lentes convexas, hasta que veamos que la sombra se mueve en la misma direccion, y entónces habremos producido una miopía artificial de 1 D, por lo ménos; de lo contrario, la sombra no se moverá en el mismo sentido. Estaremos muy cerca del grado exacto de la hipermetropía, si deducimos 1,50 D del número de la lente más débil que hace cambiar la direccion del movimiento de la sombra.

En astigmatismo, ya sea simple, mixto ó compuesto, se seguirá la misma marcha en el exámen, pero determinando por separado la refraccion de cada meridiano.

*Ejemplo.* Al exámen queratoscópico, la sombra se mueve en la misma direccion que el espejo en todo meridiano, pero con mayor velocidad en el vertical. Habrá astigmatismo compuesto miope.

Empezaremos como en un caso de simple miopía; es decir, colocaremos lentes cóncavas de 1, 2, &c. dioptrías en frente del ojo examinado, hasta que el movimiento de la sombra cambie de direccion. Supongamos que con la lente de 6 D, la sombra se mueve en sentido contrario en el meridiano vertical, pero en el

horizontal sigue moviéndose en la misma dirección. Tendremos en el meridiano vertical una refracción de 6,50 D.

Poniendo lentes más y más cóncavas en frente del ojo, encontramos que la de 10 D cambia la dirección del movimiento en el meridiano horizontal. Su refracción será de 10,50 D.

Para el caso anterior ordenaríamos una lente compuesta de una plano-cóncava de 10,50 D, y otra plano-cilíndrica convexa de 4 D y eje horizontal.

Con la lente de 10,50 D corregimos el meridiano horizontal, pero siendo demasiado fuerte para el vertical, la debilitamos en 4 dioptrías con la lente cilíndrica convexa.

Habiendo usado extensamente la queratoscopia, nos atrevemos á recomendarla como de fácil aplicación, y preferible á los demás métodos, en el exámen de niños y pacientes que no saben leer.

ARISTÍDES V. GUTIÉRREZ.

Londres, 3 de Agosto de 1882.

63 Tavistock Crescent W.

---

MEMORIAS PARA LA HISTORIA DE LA MEDICINA EN SANTAFÉ DE BOGOTÁ  
ESCRITAS POR PEDRO M. IBÁÑEZ, DOCTOR EN MEDICINA, Y MIEMBRO  
DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES.

(Continuación).

Las colonias españolas de América tenían en 1810, elementos materiales é intelectuales suficientes para constituirse en nacionalidades libres. Es prueba de ello, el resultado de la guerra de la Independencia.

En la capital del Nuevo Reino había un partido compuesto de los hombres más distinguidos por su ilustración que deseaba la Independencia de la patria.

La vergonzosa abdicación que el Rey de España hizo del trono en Bayona, y el estar el Gobierno de la colonia confiado á

un Jefe indolente, ofrecieron al partido de que hemos hecho mencion, facilidades para dar principio á la santa lucha de la Independencia nacional.

Entre los pocos males que como resultado causó al pais la magna guerra, puede citarse como el más notable, la disolucion del científico Instituto de la Expedicion Botánica. Sus miembros abandonaron los pacíficos trabajos de la Academia para prestar á la revolucion valioso contingente con la pluma ó con la espada. Amar hizo un laudable esfuerzo para impedir la disolucion de aquella Corporacion y despues de la muerte del señor Mútis, encargó á Cálidas, á Lozano y á don Sinforoso Mútis de la direccion de la Academia, pero el huracan revolucionario, llevó á los ilustres Directores al patíbulo, y los documentos, pinturas, herbarios y minerales por ellos recogidos, á los museos de Madrid.

En aquella infausta época se hicieron algunas publicaciones notables, don Jorge Tadeo Lozano insertó en el *Semamario de la Nueva Granada* algunos trabajos sobre la *Fauna cundinamarquesa*; el doctor Joaquin Camacho escribió una importante *Memoria sobre la causa y curacion de los cotos*, trabajo tan importante que mereció se le adjudicase un premio propuesto desde 1808 por don Nicolas Tanco, para el autor del mejor estudio sobre aquella enfermedad endémica que afligia gran número de familias de la capital; y finalmente, el doctor José Fernández Madrid hizo imprimir un *Estudio sobre el coto*, el cual encierra importantes apreciaciones científicas.

El doctor Gil y Tejada terminó en este año el curso médico que habia principiado el padre Isla el 18 de Octubre de 1802.

Poco tiempo despues y probablemente á causa de los importantes sucesos políticos que agitaron la capital de la colonia en aquel tiempo, se ausentó de la ciudad don VICENTE GIL Y TEJADA, el distinguido discípulo y colaborador del padre Isla.

Era natural de Cali y sus primeros estudios los hizo en Buga, bajo la direccion del padre Miguel Ortiz, ex-jesuita, y en



compañía del notable abogado patriota doctor José J Ortiz Nagle. Luego estudió lenguas y aprendió con perfeccion el idioma patrio, el francés y el latino.

Más tarde cursó jurisprudencia y teología y posteriormente medicina bajo la direccion del padre Isla en el Convento-hospital de San Juan de Dios, al cual habia entrado con intencion de recibirse de miembro de la Orden monástica de hospitalarios. Completó sus estudios médicos en el Colegio Mayor del Rosario, y gracias á la solidez de sus conocimientos fué nombrado en 1803, Pasante de la Facultad, ó sea, Catedrático sustituto. El 28 de Junio de 1806 recibió grado de doctor en Medicina en la Universidad Tomística.

Muerto el padre Isla, tuvo el honor de ser nombrado por el Claustro del Colegio del Rosario, y con aprobacion del superior Gobierno, Real Catedrático de Medicina.

Desempeñó cumplidamente la Cátedra hasta que estalló la revolucion de la Independencia, el memorable 20 de Julio de 1810, y aunque abandonó la enseñanza no lo hizo sin tener la satisfaccion de conceder diplomas de doctorado á los discípulos que habian llenado los requisitos exigidos en el plan de estudios entónces vigente.

A su sombra se formaron los más distinguidos de nuestros viejos Profesores y aunque dejaba jóvenes ilustrados que pudieran reemplazarlo en la enseñanza. su inesperada separacion de la Cátedra de Medicina dejó insegura y vacilante la existencia del naciente Cuerpo médico de la capital que Isla y él habian formado á costa de desvelos y esfuerzos constantes y bien dirigidos. El doctor GIL Y TEJADA publicó una *Memoria sobre la curacion del coto*, primer escrito científico sobre esta materia que vió la luz pública en nuestro pais.

Físicamente era de regular estatura y aunque descarnado, tenia vigorosa constitucion y aspecto distinguido y agradable. Habitó por largo tiempo la casa situada en la carrera 1ª al Occidente, hoy marcada con una lápida de mármol en memoria de haber vivido en ella el sabio Cálidas.

Tenia excentricidades ajenas de un hombre instruido y sério, por ejemplo: Durante el día cerraba las ventanas de su habitacion y se alumbraba con luz artificial.

Cuando dejó á Bogotá, en 1810, se radicó en Popayan. Allí casó con una hija del pueblo (*ñapanga*) con la cual atendidas su diversa educacion, diferencia de clase social y divergencia de costumbres es probable que no tuviera vida feliz.

El doctor GIL Y TEJADA, por su sólida instrucion, rara en aquellos tiempos, pues poseia conocimientos en jurisprudencia, literatura, teología y medicina y por la consagracion y constancia que lo distinguieron como colaborador y sustituto del memorable padre Isla, merece ocupar un puesto distinguido en la galería de celebridades nacionales.

Falleció en el Cauca ántes de la terminacion de la guerra de la Independencia.

---

## CAPÍTULO V.

Médicos y naturalistas ilustres que prestaron servicios á la causa de la Independencia americana—Fundó el doctor Merizalde una Cátedra de Medicina en el Colegio de San Bartolomé—Epidemias de coqueluche y de viruela—Providencias tomadas para contener la última—Rapacidad de un Jefe español—Devolucion del edificio y rentas del Colegio Mayor del Rosario—Dictadura de don Juan Sámano—El Médico Inspector del Ejército expedicionario se radica en Santafé—Primera Academia de medicina que existió en esta ciudad—Sus miembros—Raras circunstancias que acompañaron su creacion—Fin de la guerra de la Independencia—Diversos nombramientos—Libros científicos que habia en el país—Introduccion de nuevos textos.

---

DE 1811 Á 1819.

Los americanos amantes de la libertad, habian iniciado la guerra de la Independencia.

La historia nacional de los años de 1811 á 1824, encierra la gloriosa relacion de la lucha tenaz que sostuvieron los grandes hombres de la gran Colombia con los aguerridos ejércitos euro-

peos que pasaron á América con el fin de extinguir el incendio revolucionario.

A la causa de la patria se adhirieron con entusiasmo y decision todos los miembros del Cuerpo médico de la capital, excepcion hecha de don Vicente Gil y Tejada y algunos de los miembros de la Expedicion Botánica. Los jóvenes doctores Benito Osorio, José Félix Merizalde, José Joaquin García y Pedro Lasso de la Vega prestaron servicios importantes á la santa causa de la Independencia nacional, y de ellos haremos relacion detallada cuando hagamos la noticia biográfica de cada uno de aquellos distinguidos patricios.

FRANCISCO JOSÉ DE CÁLDAS, el sabio, honra de su patria y de la América; JOAQUIN CAMACHO, el ilustrado autor de la *Memoria sobre el coto*; y don JORGE TADEO LOZANO, el Catedrático de Ciencias naturales en el Colegio de San Bartolomé, expiaron en un patíbulo, en 1816, su amor á la libertad.

D. Manuel María Quijano, naturalista y médico distinguido, natural de Popayan, sufrió larga prision, vejaciones y destierro de su país natal, por sus simpatías á la causa de la Independencia.

El doctor José Fernández Madrid, uno de los discípulos del padre Isla, desempeñó la Presidencia de las Provincias unidas de Nueva Granada, en 1816. En servicio de tan elevado destino hizo un viaje hasta Popayan, en donde renunció el cargo presidencial.

El doctor José Félix Merizalde fundó en 1812, á sus expensas, una Cátedra de medicina en el Colegio de San Bartolomé y de su desempeño se encargó personalmente; la Cátedra del Rosario continuó sus tareas bajo la direccion del doctor Benito Osorio. Ambas Cátedras se suspendieron varias veces á causa de los acontecimientos políticos en 1813 y 1816, y volvieron á abrirse en 1819.

La ciudad de Bogotá sufrió en 1814 una epidemia de coqueluche, que hizo numerosas víctimas; y en 1815, una de vi-

ruela, traída por los soldados españoles que habían sitiado á Cartajena, la cual obligó á las autoridades españolas á fundar hospitales.

D. Antonio María Casano, Gobernador de la capital, de acuerdo con los concejos de los doctores Lorenzo Bandini y Fernández de la Reguera, médicos del Ejército expedicionario, dictó providencias de sanidad y remitió fluido vacuno á diversas partes del país.

En los hospitales fundados fueron obligados á prestar sus servicios profesionales los doctores; José J. García, José Felix Merizalde, José C. Zapata y Santos González, con nombramiento de Ayudantes de cirugía médica; el doctor Benito Osorio, como Ayudante de medicina; y el señor Domingo Hernández, como Ayudante de farmacia. En el hospital militar quedaron empleados el doctor Lasso de la Vega y como practicantes los señores Luis Lozano Moya y Rafael Mendoza, mas tarde patriota distinguido y General de la República. Terminada la epidemia de viruela, los médicos fueron destinados á los hospitales militares, con excepcion del doctor Manuel María Quijano, que fué nombrado médico del Hospital de San Juan de Dios.

Don Pascual Enrile, segundo del Pacificador Morillo, á quien sobrepujaba como hombre de mal corazon, se llevó para España los herbarios, descripciones de plantas y pinturas del archivo de la Expedicion botánica; los trabajos científicos de Mútis, Cálidas y Lozano, y las producciones literarias de otros hijos del Nuevo Reino. Los imperdonables asesinatos de CALDAS, CAMACHO y LOZANO, y la rapacidad de Enrile, fueron el fin desastroso del científico Instituto creado por Caballero y Góngora.

Uno de los atentados cometidos por Morillo fué la confiscacion de las rentas del Colegio Mayor del Rosario y el haber destinado el edificio á prision de estado.

El Pacificador salió de la capital en Noviembre de 1816, y aprovechando su ausencia don Domingo Búrgos, Rector del Colegio del Rosario, solicitó de don Juan Sámano la devolucion

del edificio y de las rentas del Colegio. Sámano, con el fin de detener el asunto, remitió el expediente á Cartagena para que resolviese lo conveniente el Virey Montalvo, que residia en aquella plaza. Montalvo ordenó la entrega del Colegio, la cual no tuvo lugar sino á fines de 1818. El doctor Benito Osorio abrió al siguiente año el curso de medicina presentó certámen público de anatomía en medio de los azahares de la guerra, en 1819.

Sámano, se manifestó digno sucesor de Morillo, y con título de Gobernador militar, mandó dictatorialmente en el centro del Vireinato. Los fusilamientos de patriotas continuaron en 1817, y Bayer, Policarpa Zalabarrieta, Sabarain, Díaz, Suárez, Galiano, Arcos, Marufú, Arel'ana &c. perecieron en el patíbulo.

El doctor Pablo Fernández de la Reguera, Inspector de los Hospitales militares españoles, y Director de ellos, solicitó y obtuvo licencia absoluta, el dia 15 de Noviembre de 1816, con el fin de radicarse en Bogotá y dedicarse al ejercicio de su profesion.

Sámano, á la sazón, verdadero Jefe del Vireinato, en cumplimiento de órden superior, dispuso que los facultativos residentes en la capital se reuniesen cada mes, principiandó el primer juéves del año de 1817, en casa del Intendente de la ciudad, con el objeto de conferenciar sobre medicina, cirugia, farmacia y química, y perfeccionar con la discusion, los conocimientos científicos que poseyesen.

He aquí el nacimiento de la primera ACADEMIA DE MEDICINA que existió en nuestro país, destinada á hacer progresar las ciencias naturales y médicas; y aunque duró corto tiempo, y no hizo trabajo alguno de importancia, pues sus sesiones se reducian á que uno de los miembros hiciese una conferencia sobre un punto fijado de antemano por el Director, es justicia hacer conocer los nombres de los individuos que la compusieron, y fueron:

*Doctor* PABLO FERNÁNDEZ DE LA REGUERA, *Director.*

*Id.* JOSÉ JOAQUIN GARCÍA..... *Secretario.*

*Id.* JOSÉ C. ZAPATA..... *id.*

|                       |                                   |                 |                                                       |
|-----------------------|-----------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------|
| <i>Id.</i>            | BENITO OSORIO.....                | <i>Miembro.</i> |                                                       |
| <i>Id.</i>            | JOSÉ FELIX MERIZALDE.....         | <i>id.</i>      |                                                       |
| <i>Id.</i>            | SÁNTOS GONZÁLEZ.....              | <i>id.</i>      |                                                       |
| <i>Don</i>            | DOMINGO HERNÁNDEZ.....            | <i>id.</i>      |                                                       |
| <i>M. R. P. Prior</i> | fray MANUEL AMAYA....             | <i>id.</i>      | } <i>De la orden<br/>de San<br/>Juan de<br/>Dios.</i> |
| <i>Id.</i>            | <i>Definidor</i> MARIANO BARROETA | <i>id.</i>      |                                                       |
| <i>Id.</i>            | <i>id.</i> AGUSTIN USCÁTEGUI      | <i>id.</i>      |                                                       |
| <i>Id.</i>            | <i>fray</i> AGUSTIN SILVA.....    | <i>id.</i>      |                                                       |

Admira que en la época del *terror*, en la que los odios de nacionalidad habian llegado al mayor grado de exaltacion, la autoridad *militar* española se ocupase en formar una academia científica. La Historia, imparcial y justiciera, reconoce este honor á Sámano, sin que él disminuya, la responsabilidad que contrajo ante la posteridad, por su rencor á los americanos y por su carácter sanguinario.

Tambien llama la atencion que no pertenecieran á aquel cuerpo científico dos notables médicos y hombres de ciencia, residentes en la capital. Hablamos del doctor Manuel María Quijano y Sebastian López Ruiz, ámbos acreedores por sus conocimientos médicos, á figurar en primera línea entre los miembros de la academia.

La brillante batalla de Boyacá, librada el 7 de Agosto de 1819, selló la Independencia del Nuevo Reino de Granada, y por ella terminó la dominacion que España habia tenido sobre nuestro pais por mas de tres centurias.

El Libertador y el General Santander, recompensaron los servicios prestados á la patria por los miembros del cuerpo médico. El doctor Manuel María Quijano fué nombrado médico del Hospital de San Juan de Dios; el doctor Merizalde fué promovido del destino de Director de Hospitales, al de médico mayor del Ejército y nombrado Catedrático de medicina en San Bartolomé; el doctor Benito Osorio obtuvo nombramiento de Catedrático de medicina; idéntica plaza ocupó el doctor José Joaquin García; el doctor Miguel Ibáñez, fué llamado á servir destinos civiles de importancia; y los doctores José C. Zapata, Juan María Pardo,

Pedro Lasso de la Vega y Francisco Quijano, recibieron pruebas de aprecio y consideracion de parte del Gobierno de la República.

Hasta esa época eran pocos los libros científicos que habia en la capital de la Colonia, sobre todo en ramos de medicina. Citaremos los mas notables: "*Instruccion para curar el dolor de costado y pulmonar*;" "*Instruccion para curar las calenturas conocidas con el nombre de tabardillo*;" "*Cirurgía*," por Acuapendiente; "*Tratado de Calenturas*," por Piquer; "*Terapéutica*," por Alibert; "*Fisiología*," por Boherarvé; y las obras de Hipócrates, Sydenham, Hoffman y Goster. Con la libertad de introduccion de libros científicos no tardaron en venir al pais, introducidos por don Juan Manuel Arrubla Diccionarios modernos de ciencias médicas, las obras de Andral, las de Broussais, y diversas memorias y monografías científicas, en las cuales bebieron con entusiasmo la ciencia nuestros viejos profesores, para trasmitirla en la Cátedra y en la clínica á sus discípulos, y para emplearla prácticamente en servicio de la sociedad en cuyo seno les tocó vivir.

(Continuará.)

---

---

 INDICE.
 

---

|                                                                                                             | Pags. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Fiebre tifoidea remitente biliosa, E. de J. Roca.....                                                       | 145   |
| Tuberculosis, etiología de la tisis, experiencia de M. Koch, Ni-<br>colas Osorio.....                       | 151   |
| Osteomalacia, Luis Cuervo M. Roberto Azuero.....                                                            | 160   |
| Condiloma sifilítico, Luis Cuervo M. y Roberto Azuero.....                                                  | 165   |
| Pericarditis tuberculosa, Roberto Azuero y Gonzalo Gamboa...                                                | 169   |
| Doctor Rafael Gutiérrez, C. G.....                                                                          | 172   |
| Exámen de los archivos de Madrid, de la Expedición botánica<br>del Nuevo Reino de Granada, José Triana..... | 174   |
| Queratoscopia, Aristίδes Gutiérrez.....                                                                     | 176   |
| Memorias para la historia de la medicina en Santafé de Bogo-<br>tá (continuacion), Pedro M. Ibáñez.....     | 183   |