

# Revista Médica de Bogotá

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES

Redactores: 1º, Dr. Abraham Aparicio.—2º, Dr. Carlos Michelsen U.

SUMARIO: Propagación de la lepra elefantiaca en Colombia.—Contagiosidad de la lepra.—Shock quirúrgico.—Anuria histórica.—El matorrón.—Un caso de asfixia inminente.—Heridas por armas de fuego.—Bibliografía.—Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales: Actas de las sesiones de los días 10 y 24 de Mayo, y 7 de Junio de 1890. Crónica.

## PROPAGACION

### DE LA LEPRO ELEFANCIACA EN COLOMBIA

Tomamos de un informe que el señor Doctor G. J. Castañeda, Miembro de la Junta Central de Higiene, ha presentado á esta Corporación, los siguientes datos, relacionados con el importantísimo asunto con que encabezamos este escrito.

Resulta que de 920 poblaciones que componen el territorio de Colombia (1), á las cuales pasó la Junta un cuestionario encaminado á obtener datos sobre el número de elefantiacos que hubiera en cada localidad, época en que apareció la enfermedad, causas productoras, etc. etc., sólo 122 han contestado á lo pedido por la Junta.

Faltan, en absoluto, informes de los departamentos de Boyacá, Magdalena y Panamá.

Las 122 poblaciones que han contestado, dan como número de leprosos que existen en ellas, un total de 1,724, que se descompone así:

En 26 poblaciones de Santander.....	988
En 30 íd. de Cundinamarca.....	601
En 4 íd. del Cauca.....	50
En 10 íd. de Bolívar.....	40
Pasan.....	1,679

(1) Según el cuadro de la división territorial de la república de Colombia (1887 y 1888), trabajado por el Doctor G. J. Castañeda y publicado en el número 20 de la *Revista de Higiene*.

Vienen.....	1,679
En 41 poblaciones de Antioquia.....	35
En 11 íd. del Tolima.....	10
Total.....	1,724

Como se ve, este trabajo es apenas una muestra de lo que ha hecho y continúa haciendo la Junta para conseguir la formación de una estadística que dé á conocer seguramente la situación en que nos encontramos en lo tocante á la gran cantidad de leprosos que hay en el país. Los hechos vienen comprobando el rápido crecimiento con que esta enfermedad va progresando, y la aceptación unánime con que todos ven en el contagio el medio rápido y seguro de la propagación de la enfermedad.

Salta á la vista la alarmante situación en que se encuentra el departamento de Santander. En sólo 26 de sus poblaciones hay mayor número de elefanciácos que en las otras 96 de los demás Departamentos á que se refiere el informe de que tratamos. Natural es, pues, que su Gobierno y sus diputaciones al Congreso, actualmente reunido, sean los más directamente interesados en el pronto establecimiento de las medidas higiénicas que deben imponerse como medio salvador de la segura ruina que lo amenaza.

Aunque los 122 informes recibidos son dados en la generalidad por personas que no pertenecen al gremio médico, hay, sin embargo, consignados en ellos muchos hechos importantes que sirven de base para establecer conclusiones que se sancionarán como verdades científicas, puesto que tienen en su abono la razón de ser que la ciencia les acuerda y el veredicto inapelable de los hechos de observación.

Es la primera de estas conclusiones, que en los climas secos, cuya temperatura sea de 25° para arriba, no hay leprosos que hayan contraído la enfermedad en ese lugar; y que los que allí puedan encontrarse, son forasteros que han ido á temperar, porque saben que esos climas y esas condiciones son favorables para mejorar sus padecimientos.

“La enfermedad no se propaga entonces, dice el Doctor Castañeda, porque los parásitos que se expulsan del cuerpo de los leprosos salen ya muertos, ó mueren al caer bajo las condiciones climatéricas que entorpecen su desarrollo.”

Así se explica cómo y por qué los enfermos del Lazareto de Agua de Dios han levantado unánime protesta contra la doctrina del contagio de la lepra, oponiendo como hecho capaz de confundir á sus sostenedores, la observación de que la población de Tocaima, que fue durante muchos años el asilo obligado de todos los elefanciacos del país, no cuenta, sin embargo, casos de transmisión de la enfermedad por medio del contagio.

Y lo mismo se dice respecto del actual régimen de vida y de las costumbres establecidas en el mismo Lazareto. Allí, en efecto, se ha perdido de una manera tan completa el temor al contagio, que los habitantes de los lugares circunvecinos en nada temen sus relaciones y tratos con los enfermos asilados en el Lazareto.

Los leprosos del Ecuador, según lo hizo notar el Doctor Enrique Garcés en la Sociedad de Medicina del Cauca, se dirigen á las poblaciones del Norte del Perú, especialmente á Piura, porque saben que allí mejora su situación, y que no se les niega la hospitalidad porque los naturales de esta población saben que en ese clima y en esa localidad la elefancia no es fatalmente contagiosa.

Los Doctores E. García y A. Tenorio (1) aseguran que la Lepra en el Distrito de Cali no ha encontrado un terreno aparente para prosperar; y que en el valle del Cauca, que en lo general tiene un clima ardiente y seco (25° centígrados, término medio), el número de leprosos no es grande relativamente á la población.

Todo esto nos enseña que es en los climas secos y cuya temperatura sea de 25° para arriba, en donde deben buscarse las localidades apropiadas para establecer los lazaretos.

Estos hechos y estas observaciones colocan la doctrina del contagio de la lepra en el terreno científico que les corresponde á las enfermedades contagiosas. Todas, en efecto, necesitan condiciones de localidad y de constitución individual, bajo las cuales se cumple la ley general de que no hay ninguna que sea absoluta, incondicional ni fatalmente transmisible por medio del contagio. El cólera y la fiebre amarilla,

---

[1] Informe presentado á la Sociedad de Medicina del Cauca, en Julio de 1889.

tipo de enfermedades contagiosas, no extienden su propagación ni su contagio á las alturas mayores de 1,800 metros sobre el nivel del mar, ni á las temperaturas menores de 20°. Sólo la fiebre tifoidea tiene privilegio exclusivo para dominar la tierra del uno al otro polo, sin que haya condiciones de clima, de temperatura ni de localidad que le impidan difundirse y propagarse por todas partes.

Como segunda conclusión, derivada igualmente de los informes recibidos por la Junta Central de Higiene, puede consignarse el hecho de que los climas de temperatura media y húmeda son los apropiados para el desarrollo y para la propagación de la lepra, y que es en esas localidades en donde son más urgentes y necesarias las medidas higiénicas de aislamiento y de separación.

Es alarmante ver que hay poblaciones que cuentan ya con las dos terceras partes de sus habitantes atacados de elefancia, y que la enfermedad se propaga en esas localidades, siguiendo las corrientes humanas, sin que en su camino halle otros obstáculos para su difusión que los que naturalmente le ofrece el clima, que, como lo hemos visto, ha sido y es el único agente encargado de detener la propagación de la lepra por todo el suelo de Colombia.

Los Doctores Evaristo García y Adolfo Tenorio, en el informe que sobre la lepra presentaron á la Sociedad de Medicina del Cauca, comprueban y demuestran la contagiosidad de esta enfermedad. Presentan más de ocho casos de observación personal, en los cuales no quedó, ni aun en las familias de los enfermos, la menor duda del contagio.

Este importantísimo trabajo, y las discusiones habidas en el seno de la Sociedad de Medicina del Cauca, ratificaron las conclusiones que sobre transmisión de la lepra por medio del contagio asentó la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de esta ciudad.

Dicen los Doctores García y Tenorio en el informe de que hablamos:

“ Para nosotros el *contagio* de la lepra está demostrado por numerosos hechos positivos que demuestran la transmisibilidad de la enfermedad del leproso al hombre sano.

“ En la antigüedad, en la edad media, nadie dudó del contagio de la lepra.

“ Las epidemias desarrolladas por la inmigración de leprosos en las

islas de Sandwich; los nuevos focos que la inmigración de Noruega y de la China lleva á los Estados Unidos; los numerosos casos de contagio observados en las personas que han estado con leproso; la multiplicación de la enfermedad en donde no se aíslan los enfermos, y la demostración de que la enfermedad es parasitaria, con la existencia del bacillus de Hansen, todo prueba hasta la saciedad que la lepra es contagiosa.

“En el siglo xv las medidas severas de aislamiento dictadas por los gobiernos hicieron que la lepra fuera disminuyendo en Europa, quedando solamente arraigada en Noruega, en donde no se puso en práctica el aislamiento.

“Pudieran señalarse innumerables casos citados en los anales de la ciencia y por prácticos competentes como Brocq, Leloir, Besnier, Vidal, Ponce (de Cluny) y otros muchos que en las discusiones modernas que ha tenido lugar en estos últimos años (1888) han probado hasta la evidencia el contagio de la lepra.

“La lepra ó elefantiasis de los griegos, poco á poco se va extendiendo en Colombia, y creemos faltar á un deber social si, por conmiseración con los desgraciados á quienes ha cogido en sus garras, ayudásemos á dejar correr la opinión de que no es contagiosa.”

Mucho más pudiéramos agregar á este escrito en comprobación de la urgente necesidad en que se halla Colombia de que su Gobierno se preocupe de la suerte futura de las generaciones que han de sucedernos. En el Cuerpo Médico del país, no hay ya quien niegue el contagio de la lepra; y por lo que hace á la manera progresiva como va desarrollándose la enfermedad, es tan visible su propagación, que todos convienen en que es preciso adoptar algunas medidas para corregir tamaño mal.

Yá en otra ocasión manifestámos que si las indicaciones hechas en este sentido fuesen desatendidas y hemos de continuar en el mismo lamentable abandono en que á este respecto vivimos, al Cuerpo Médico de Colombia le quedará la satisfacción de haber cumplido con su deber, haciendo presente el mal y sus resultados á quien tiene el poder y el deber de remediarlos.

A. APARICIO.

### CONTAGIOSIDAD DE LA LEPROSIA

Tomamos del número 3,487 de *The Lancet*, de Londres, correspondiente al 28 de Junio último, lo siguiente:

“El Doctor Armauer Hansen, de Bergen, cuyo nombre es bien conocido en todo lo que con la lepra se relaciona, ha contribuido con un interesante artículo para el último número de *Virchow Archiv* (Bd. CXX, Hft. 3), en el cual trata de la alarmante cuestión de la transmisión de la enfermedad. Motivó su escrito el

haber aseverado Baumgarten—fundándose en que es un hecho averiguado que la lepra no se propaga entre los noruegos que han emigrado á la América del Norte—que la lepra es una enfermedad infecciosa cuya virulencia se va atenuando. Hansen sostiene que la enfermedad no es hereditaria, y que realmente ha habido notable disminución en Noruega, puesto que en 1856 el número de leprosos alcanzaba en aquel país á 3,000, mientras que ahora apenas pasa de 800. Comprueba también con las estadísticas de Nordmoere, cerca de Christiansund, que ha habido notable disminución, de 1856 á 1880, en el número anual de cada año. Estos hechos, empero, no son suficientes para explicar la hipótesis de Baumgarten, porque la disminución de la enfermedad ha coincidido con las medidas más eficaces de aislamiento que se han puesto en práctica. Por otra parte, Hansen no acepta que la lepra haya disminuído de una manera absoluta, aunque esa sea la creencia admitida en algunos puntos; es cierto que en las islas Sandwich ha disminuído en grandes proporciones, pero no es fácil asegurar eso mismo respecto de otras partes, como de la India, por ejemplo.

Volviendo al asunto de la herencia, Hansen cree con Baumgarten que la lepra y la tuberculosis se parecen mucho, y que la heredad (cualidad ó facultad de transmitirse los atributos por la generación), como tal, implica la necesidad de aceptar el estado latente de la lepra y que no aparezca sino en edad avanzada y aun en las generaciones sucesivas. En tal caso, estaría en armonía con la sífilis *heredada latente*; pero Hansen tiene como probable que esos casos se refieren á lesiones viscerales congénitas, y que la voz *latente* sólo se puede aplicar con propiedad á las manifestaciones externas de la enfermedad. La sífilis latente que dure toda una generación es cosa que no se conoce. La heredad, como lo conocemos en la transmisión de los caracteres fisiológicos, no se manifiesta en la historia de estas enfermedades infecciosas. La heredad implica la transmisión de los atributos al mismo sexo, ó á la aparición de los caracteres en edades definidas, ó atavismo, y ninguna de estas condiciones se obtiene en la transmisión *heredada* de la infección. A lo que se agrega que la diferencia debe ser aún mayor cuando la herencia de la enfermedad se refiere á un virus de naturaleza parasitaria. Un parásito no puede transmitirse por herencia; puede pasar del padre al hijo, pero de muy distinta manera de como se transmiten las cualidades que la heredad imprime desde su origen á la célula espermática ó germinativa. Para Hansen hay contradicción en los términos al decir *infección heredada*. No puede negarse que la lepra es una enfermedad de familia; pero este hecho se presta tanto para sostener la contagiosidad como la heredad. Y tanto el decrecimiento de la enfermedad en Noruega como su incremento en las islas Sandwich, se explican mejor con la doctrina de la contagiosidad que con la de la transmisión hereditaria, y el aislamiento puede comprobar del mismo modo una ú otra de estas doctrinas.

“Además, no es nada probable que la virulencia de la enfermedad se haya atenuado, como lo cree Baumgarten, fundándose en que en Noruega ha ido aumentando la proporción de los casos de forma *anestésica*, que son más benignos, en comparación de los de forma *tuberculosa*. Pero en este caso también la adopción de medidas más enérgicas de aislamiento explica en parte la divergencia, puesto que los pacientes que se envían á los asilos son los que se han agravado más, los que ofrecen lesiones más irremediables. La teoría de que el virus se ha ido atenuando no

puede apoyarse en el conocimiento del *bacillus leprae*, porque hasta ahora no han tenido muy buen éxito los experimentos que se han hecho para cultivarlo y atenuarlo. Si se aceptara la *infección heredada* más bien que el contagio, fracasarían las tentativas que se siguieran haciendo para impedir la extensión de la enfermedad, porque habría que reconocer que muchas personas la podían tener en la forma *latente*. Pero esta proposición conduce al absurdo con sólo considerar que las islas Sandwich estuvieron libres de la enfermedad hasta el año de 1840, y que para explicar el enorme desarrollo de la enfermedad sería preciso admitir no sólo la mayor promiscuidad, sino también que las mujeres hubieran tenido marcada preferencia por los leprosos!

“El Doctor Hansen, en consecuencia, está plenamente persuadido de la contagiosidad de la lepra y de la eficacia de la higiene y del aislamiento para suprimirla. Atribuye la inmunidad de los noruegos en América á la circunstancia de haber adoptado hábitos de mayor aseo y limpieza y á la de haber mejorado de estado social. Por lo demás, es un hecho absolutamente cierto que existen casos de contagio bien auténticos; el mismo Boek, que era anticontagionista, lo reconoció así cuando estuvo en América. Mas no debe olvidarse que el contagio exige ciertas condiciones y tiene sus límites; lo más probable es que sólo se haga por inoculación, y que, como la sífilis, se transmita lo mismo de padres á hijos que en el trato personal en el curso de la vida.”

---

### SHOCK QUIRURGICO

CONTRIBUCIONES PARA LA ANATOMÍA PATOLÓGICA POR EL  
DOCTOR J. DAVID HERRERA

Una de las consecuencias de las grandes operaciones quirúrgicas (ovariotomías, histerotomías y laparotomías en general) que traen consigo la muerte de los operados, es el accidente conocido por los cirujanos ingleses con el nombre de *shock* (choque quirúrgico, colapso quirúrgico, depresión nerviosa quirúrgica). La explicación de la muerte producida por este accidente, ha ocasionado debates científicos en las sociedades de cirugía sin quedar resuelta definitivamente para la ciencia, á causa de no satisfacer completamente las hipótesis sobre las cuales se ha apoyado la explicación. La cuestión del *shock* se ha presentado de nuevo al debate científico en nuestra *Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales*, por su honorable Miembro señor Doctor Manrique, con ocasión del trabajo sobre laparotomía que, en asocio de dicho miembro, tuvimos el honor de someter á la sabia consideración de la Sociedad. La explicación que hoy vamos á dar sobre este accidente quirúrgico,

satisface las exigencias de la ciencia moderna, atendido á que ella reposa sobre la hipótesis científica ineludible de las leyes positivas que rigen la vida de los seres organizados.

Todos los cirujanos sabemos que después de las grandes operaciones quirúrgicas, sobre todo de las practicadas en el vientre, pueden sobrevenir accidentes capaces de producir la muerte de los operados, en unos casos; en otros, accidentes que ponen en peligro la vida por un espacio de tiempo indeterminado, al cabo del cual el organismo vuelve á su estado normal, desapareciendo el peligro que lo amenazó, y, en fin, en muchos otros casos, no se presenta accidente grave, pues pasada la curación de la herida quirúrgica, la vida vuelve á entrar en su marcha ordinaria, despojada, por la operación, de la enfermedad que la comprometiera.

La ciencia que tiene por principal objeto la investigación de las causas productoras de los fenómenos, y determinar las leyes que rigen estas causas y deductivamente sus efectos consiguientes, ha creado la Anatomía patológica, ligando así estrechamente la vida con la muerte y pidiendo á ésta la explicación del mecanismo de aquélla. Hasta hoy día la ciencia ha satisfecho al espíritu humano en un gran número de casos, pero permanece aparentemente muda en muchos otros, y no se ve por qué la explicación sea clara y perentoria para unos y no lo sea para otros, perteneciendo éstos y aquéllos á la misma categoría de fenómenos.

Cuando á consecuencia de una ovariectomía, de una laparotomía, etc., sobreviene la muerte del operado, unas horas ó días después de la operación, el cirujano hace la autopsia en investigación de la causa que determinó la cesación de la vida. Unas veces encuentra en el cadáver una lesión visible, tangible á los sentidos, y, según su naturaleza, concluye que la muerte de su operado fue causada por una hemorragia consecutiva, ó por una peritonitis, ó por un absceso de la pelvis, ó por una pyoemia, y queda satisfecho en cuanto á la causa productora de la muerte. ¿Por qué queda satisfecho? porque la experiencia y la observación le han demostrado que estas lesiones son incompatibles con la vida del organismo, y, en tal virtud, no suele ir más allá.

Otras veces, á consecuencia de estas mismas operaciones,

el cirujano ve despertarse en su operado un cortejo de síntomas sumamente variado y de orden, al parecer, insólito y que determina la muerte, sin encontrar en el cadáver lesión visible ó tangible á los sentidos. Este cortejo puede ser el que caracteriza el tétano, ó bien el colapso, agotamiento, conmoción nerviosa, ó *shock*, de que hablamos (1). En ninguno de estos casos hay lesión aparente, y, sin embargo, tratándose del primero, del tétano, el cirujano se da por suficientemente instruído, y no así cuando sobreviene el *shock*. ¿Será porque está más familiarizado con la idea de que el tétano quirúrgico conduce casi fatalmente á la muerte del paciente? Puede ser. Pero entonces debiera estarlo igualmente con la muerte producida por el *shock*, pues según la estadística de Clay y de Negróni, en la sola ovariectomía, este accidente mata los operados en la proporción del 16,2 por 100.

Sea de ello lo que fuere, el hecho es que el cirujano se encuentra hoy día tan adelantado en la explicación de la muerte producida por el *shock*, como en la producida por el tétano ó por cualquiera de los otros accidentes en los cuales no se encuentra en el cadáver lesión alguna macroscópica. La explicación científica que se dé de la muerte ocasionada por el *shock*, deberá satisfacer completamente, siempre que ella explique igualmente la producida por los otros accidentes que hemos enumerado.

---

La vida de un organismo no se concibe sin la constante descomposición y recomposición de sus átomos constitutivos, de donde surge la acción ó movimiento vital colectivo del organismo. La constante descomposición y recomposición de los átomos orgánicos, equivale al renovamiento constante de la materia organizada. El renovamiento ó cambio constante de la materia organizada, no se puede concebir, sino á condición de que esta materia se halle, en todos los momentos de la vida, en un estado de equilibrio inestable relativo. En efecto, la distribución y redistribución de materia, son correlativas de movi-

---

(1) Ordinariamente se encuentran en las obras científicas, ya confundidos, ya formando cuadros distintos: el agotamiento quirúrgico, la conmoción nerviosa quirúrgica, el colapso quirúrgico y el *shock*; para nosotros todos estos cuadros patológicos no son sino grados diversos del mismo estado nosológico.

miento, y el movimiento de la materia y su transformación implica la necesidad del paso, de un equilibrio inestable, á otro equilibrio igualmente inestable, sin lo cual las acciones del organismo cesarían. Correlativamente el estado de equilibrio estable, el reposo absoluto de un organismo, su *statu quo*, es su muerte.

Pero estos nuevos y constantes arreglos de la materia organizada, no se pueden concebir, á su turno, sin que ella sea apta, como lo es, para recibir las fuerzas que sin cesar le llegan del medio en que vive. Estas fuerzas, variadas hasta el infinito, actúan sobre la materia organizada transformándola en infinitos matices. Gran parte de esta fuerza exterior no es gastada inmediatamente por el organismo, sino que queda fijada allí, almacenada al estado latente para sus necesidades ulteriores de transformación orgánica.

Todos sabemos que la materia organizada, sus propiedades especiales, posee, en más alto grado que la materia inorgánica, la propiedad de la reacción. Es decir, que cuando una fuerza mecánica ó imponderable cae incidentalmente sobre la materia organizada, ésta toma nueva posición, pero que esta nueva posición es infinitamente menos estable que lo sería la posición tomada por la materia inorgánica, bajo la influencia de la misma fuerza. Esto equivale á decir que la materia organizada tiene el poder de reaccionar sobre las fuerzas que caen sobre ella; pero esta reacción sería imposible sin el poder que tiene esta materia, de generar una fuerza capaz de oponerse á la fuerza que primitivamente actuó sobre ella. Tenemos que toda fuerza exterior, al caer sobre la materia orgánica, la transforma, la coloca en una nueva posición; pero esta transformación, esta nueva posición de equilibrio de la materia organizada, no puede efectuarse sin poner de manifiesto una fuerza que residía en ella al estado latente, y esta fuerza es la fuerza de reacción. Esta fuerza de reacción, lo mismo que la fuerza de acción, se manifiesta por variadísimos matices; ya es del mismo matiz que la acción, pues puede manifestarse bajo la forma de calor, luz, electricidad, etc.; ya es de matiz distinto al de la fuerza exterior, como cuando se manifiesta bajo la forma de fuerza nerviosa. Ahora bien: sabemos que un organismo no puede consumir una porción de fuerza sin que

este organismo transforme una cantidad de materia, proporcional á la fuerza que esta cantidad de materia transformada contenía al estado latente, y que ninguna transformación de materia puede tener lugar sin que se manifieste la fuerza latente que contenía antes de su transformación. Por consiguiente, la cantidad de fuerza que un organismo gasta bajo cualquier forma, es correlativa y equivalente á la fuerza recibida del exterior. Las fuerzas que por reacción genera la materia organizada, actúan á su turno sobre las fuerzas exteriores, modificándolas en su acción sobre los organismos. Es, pues, universal el principio científico de la *acción y la reacción*, como es universal el principio científico de la *persistencia de la materia* y el de la *persistencia de la fuerza*.

(Continuará).

### ANURIA HISTERICA

Señor Redactor de LA REVISTA MÉDICA de Bogotá.

Por parecernos de alguna importancia, le remitimos el siguiente extracto de una observación clínica de nuestra práctica particular, para que, si tiene á bien, le dé cabida en ese periódico.

La observación se refiere á una señora de diez y siete años de edad, y la enfermedad parece que cuenta algo menos de dos años.

Esta señora gozaba de buena salud antes de su matrimonio, contraído á los quince años de edad. Solamente se notaba cierta tendencia á la obesidad. Parece que la primera mitad del embarazo se pasó sin accidente notable, con excepción de que la gordura tendía á aumentarse. En los últimos meses empezó á percibirse una disminución marcadísima de la orina y un aumento muy notable del volumen del cuerpo, que la señora y su familia calificaron de *hinchazón*. Al propio tiempo sentía la señora un dolor espontáneo hacia la parte media de la espalda izquierda, y sentía además trastornos y desfallecimientos. Esta situación se prolongó hasta el fin del embarazo, y el parto se efectuó sin accidente digno de notarse para nuestro objeto. La señora vivía en un clima medio

(temperatura 23°). Después del parto, contra lo que se esperaba, continuaron los síntomas arriba indicados, por lo cual el médico que cuidaba á la señora, médico nada común por cierto, sospechando, como era natural, una afección renal, indicó un clima más fuerte, y al efecto, la señora se trasladó á Anapoima, en donde tampoco obtuvo reposición. Es de advertirse que la orina se analizó repetidas veces y que no tenía albúmina. En el estado descrito, vino la señora enferma á esta ciudad, en donde nosotros fuimos llamados á verla. Antes de hacerlo examinámos la orina, que no presentó nada particular, excepto una muy notable disminución en la cantidad diaria, que serían unos doscientos gramos, poco más ó menos. Tan pronto como vimos aquí á la enferma, comprendimos que lo que hasta entonces se tenía por *hinchazón* no era edema, sino una gordura exagerada. El aspecto general de la señora y su color no revelaban nada que inclinara á una afección determinada. Años antes uno de nosotros había tratado á la señora madre de la enferma en cuestión, y había encontrado y diagnosticado una histeria con hiperestesia tan marcada sobre la región dorsal, que un médico había diagnosticado una lesión medular, y como tál la había tratado. Teniendo en cuenta estos antecedentes, procedimos á explorar la sensibilidad general, y encontramos una *hemianestesia* izquierda que, como se comprende, nos puso sobre la vía del diagnóstico. Con esta idea examinámos la región dolorosa de la espalda y encontramos una *hiperestesia* cutánea muy marcada. Friccionámos ligeramente esa región, y, como lo esperábamos, se produjo un ligero ataque de *histeria*, que terminó por lágrimas y sollozos y que no quisimos prolongar por la ansiedad que tal ataque iba produciendo en la familia de la enferma. No pudimos hacer un examen completo de los órganos de los sentidos (campo visual, etc.), y sólo pudimos comprobar que no había anestesia de la faringe. Comprendimos, pues, que se trataba de una placa histerógena y que la afección de la señora era una anuria histérica. La enferma fue sometida al régimen lácteo para atender al síntoma predominante y al tratamiento que nos pareció conveniente para la afección. Después de nosotros, un profesor de esta capital vio á la enferma en cuestión, y, según se nos dijo, no sospechó la

afección que presentaba, y diagnosticó una *endarteritis* crónica, que no sabemos si existe ó nó, pero que aunque existiera, no explica en manera alguna los notables síntomas de este caso ni destruye nuestro diagnóstico.

No sabemos que se haya diagnosticado en la práctica médica de la ciudad la afección de que aquí tratamos, y nos parece que debe tenerse presente la posibilidad de esta enfermedad en el diagnóstico de las nefritis y tal vez de las mielitis.

Somos de usted atentos seguros servidores,

LUIS MARÍA RODRÍGUEZ.—CARLOS ESGUERRA.

~~~~~

### EL MATARRATÓN

Ibagué, Agosto 13 de 1890.

Señor D. Carlos Michelsen U.—Bogotá.

Muy estimado amigo:

Es yá un hecho comprobado que el zumo de la hoja de *Matarratón* cura no solamente las fiebres remitentes biliosas y palúdicas de la hoya del río Magdalena, en las gentes, sino que surte iguales efectos en los ganados y bestias atacados de pestes que parece que tuviesen igual causa (1).

El Doctor Milcíades Castro, Médico notable en los diversos ramos de su profesión, y especialista en las fiebres del Magdalena, ha observado una serie de casos que le han arraigado la convicción de que la tal planta contiene especiales virtudes para la cura de dicha enfermedad, con la circunstancia de que la cura se hace tan radical, que no degenera en intermitentes, como sucede en la mayor parte de los casos.

Observaciones más cuidadosas y técnicas podrían conducir á un descubrimiento que aliviase á media humanidad; y como negocio podríamos á la vez destronar los cultivos artificiales de la quina en la India inglesa, que arruinaron nuestro comercio de exportación de esta corteza.

El arbusto del *Matarratón* vegeta en nuestros climas cálidos y se propaga por medio de estaca, sin que se pierda un

---

(1) Dícese que cura también la fiebre carbunclosa (epizootia?).

renuevo; siendo su ramillete de flor morada, de hermoso aspecto para los labriegos, que lo ven lozano aun en medio del rigor de la estación canicular.

En el mes pasado hablamos usted y yo sobre ésto en el corto viaje que hicimos juntos de Madrid á Bogotá, por el ferrocarril de la Sabana, y creo que recibirá con gusto la renovación del recuerdo para fijar otra vez la atención de usted hacia un hecho que bien merece estar de un modo permanente sobre el bufete del ciudadano Jefe del Departamento Nacional de Agricultura.

Su afectísimo amigo,

JESÚS CUERVO.

### UN CASO DE ASFIXIA INMINENTE

PRODUCIDA POR EL BOCIO EN EL CURSO DEL EMBARAZO

La señora De R., de buena salud habitual, sin antecedentes patológicos relacionados con el caso, de temperamento linfático, se encontraba en el séptimo mes de su noveno embarazo cuando la examinámos.

Nos refirió que el bocio le había aparecido desde su primer parto y había aumentado con la lactancia de su primer niño; que luégo había disminuído mediante el uso de preparaciones yodadas, y que en cada nuevo parto le aumentaba, sin que jamás le hubiese causado ninguna inquietud.

El bocio era pequeño, tanto, que sólo con atención podía advertirse: era duro, resistente, célulo-fibroso; estaba situado más sobre el lado derecho que sobre el izquierdo.

El examen del corazón nos permitió reconocer, á más de la hipertrofia fisiológica, debida al estado de la señora, un ruido de soplo débil y suave situado en la punta, confundido con el primer ruido y que se prolongaba hacia la base, en donde tenía su máximum al nivel del orificio aórtico y se continuaba en la dirección de las arterias del cuello. Era, pues, un soplo inorgánico (cloro-anémico), debido muy probablemente á la sucesión de embarazos y á las modificaciones consiguientes de la sangre.

Decíamos que el embarazo estaba en el séptimo mes, y en

esa época tan sólo ofrecía como hechos notables, una gran movilidad del feto y la natural tendencia, en tales casos, á la presentación transversal. Tenía además esta señora eventración notable de la línea blanca, la que le permitía al útero flejarse sobre el pubis, comprimir la vejiga y causar así muy agudos dolores.

Le prescribimos un régimen apropiado, y no tuvimos ocasión de volver á verla sino seis días antes del parto, llamados precipitadamente en ese día por causa de un violento acceso de asfixia que repentinamente había estallado.

Encontrámos á la señora paseándose en la sala, dominada por extraordinaria ansiedad, de color lívido, con los párpados hinchados, la voz alterada, con disnea, disfagia, sudor. Había, pues, un ataque de asfixia inminente. Notámos que el volumen del bocio era el doble del que tenía cuando lo vimos por primera vez. La gravedad del accidente aumentaba por instantes, y el recuerdo de las observaciones de Cazeaux, Tarnier, Guèniot, Baillit, etc., hacían desfallecer nuestras esperanzas.

Formulámos una poción con bromuro de potasio y tintura de lobelia, y una untura con tintura de yodo, yoduro de potasio y vaselina. Aplicámos también inhalaciones de éter y nos preparámos para practicar la traqueotomía y verificar el parto prematuro artificial, como medio de suspender el embarazo, causa compleja del accidente.

Para conseguir éste, debía principiarse por una manobra (ruptura del saco de las aguas) contraindicada en general en un embarazo tan adelantado, porque pelagra la vida del feto; pero ante la gravedad de la madre nada podría justificar nuestra abstención.

Pensámos también en la ablación de la glándula hipertrofiada, como lo hizo una vez el célebre cirujano Tillaux, con buen éxito; pero esta era una operación que por su gravedad comprometía la vida de la madre y la del hijo á la vez.

Contra toda esperanza, con las primeras cucharadas de la poción bromurada y las unciones yodadas, el cuello, que estaba en una tensión extraordinaria, empezó á ceder, la constricción á disminuir, y pasadas dos horas el peligro había desaparecido, por el momento á lo menos.

Debido á la continuación de este tratamiento y á un buen

régimen higiénico, el bocio fue disminuyendo considerablemente. Temíamos, sin embargo, que llegado el momento del parto, podría perderse todo.

Transcurrieron cinco días y se presentó el trabajo natural del parto. Nada notable encontramos en ninguno de los órganos, ni en el bocio. El feto en presentación de cima y en posición O. I. I. A. El cuello uterino en menos de dos horas llegó á su dilatación completa. Hubo ligera disnea, que desapareció cuando rompimos el saco de las aguas. La expulsión del feto se efectuó sin el menor inconveniente, y practicamos la extracción de la placenta cuando creímos oportuna y necesaria nuestra intervención. Hubo hemorragia abundante, que desapareció pronto.

El estado puerperal fue penoso y con tendencias á la anemia cerebral. Empleamos muy buena antisepsia. No fue posible la lactancia maternal. El volumen del bocio se redujo por completo; la piel y el tejido celular del cuello quedaron completamente relajados y las venas y vasos de esta región en perfecto estado varicoso.

*Reflexiones.*—Esta observación es interesante: 1.º, por la poca frecuencia de esta clase de accidentes aquí en donde es muy común el bocio; y 2.º, por la manera excepcional como se resolvió su gravedad. En efecto, el accidente ocurrido es mortal, como lo comprueba una observación de Tarnier, en la cual, á pesar de haber provocado el parto, la enferma sucumbió algunos días después, y otro caso de Bailly en el cual se hizo la traqueotomía y tampoco se consiguió salvar la vida de la enferma.

Merecen también mención especial, el hecho de *no haberse repetido* el accidente durante el parto, como generalmente ha sucedido, y el corto tiempo en que se produjo el éxito inesperado de la medicación instituída.

C. CLOPATOFSKY V.

Bogotá, Junio de 1890.

**HERIDAS POR ARMAS DE FUEGO**

HISTORIA DE DOS OPERACIONES, SEGUIDAS DE UN LIGERO ESTUDIO CRÍTICO POR EL DOCTOR JOSUÉ GÓMEZ

El día 6 del mes de Febrero del año de 1885 fue herido el joven J. P. A. en el muslo derecho por el proyectil de un fusil de Remington, estando de pie.

En el acto de recibir el balazo cayó hacia atrás; y levantado y conducido á una casa cercana, se le aplicaron compresas empapadas con aguardiente. No hubo hemorragia considerable.

El médico que primero lo atendió fue el señor Doctor D. G. Durán B., quien, además de aplicarle un aparato contensivo compuesto de tres tablillas de guadua con sus correspondientes vendajes, colocó el miembro en la debida posición, hizo una contra-abertura en el lado opuesto al de la herida, —cara anterior del muslo,—é introdujo, á favor de ella, un tubo de caucho que, atravesando todo el espesor del miembro, iba de herida á herida.

Algún médico de Honda lo vio más tarde, pero no hizo nueva indicación.

Con el aparato ya descrito permaneció por el término de cuarenta días. Durante este tiempo fue atendido por los señores A. Restrepo, como médico; P. Nates, estudiante de medicina, y E. Roethlisberger, quienes hacían apósitos constantes sobre las partes enfermas, que permanecían descubiertas, y mantenían el aseo tanto de la herida como del tubo de caucho.

Concluídos los cuarenta días, el aparato fue levantado y se encontró que el muslo estaba considerablemente acortado y desfigurado.

El 20 de Marzo llegó al Fresno el señor Doctor D. Aureliano Posada, recomendado para conducir el enfermo á Bogotá, si así lo estimaba conveniente.

El Doctor nos refería el estado deplorable en que encontró al paciente, ya desembarazado de su aparato primitivo: profundamente enflaquecido, tenía en el miembro afectado ulceraciones anchas, largas y profundas, formadas por la prolongada permanencia de las tablillas, colocadas sobre la piel y partes

inmediatas al muslo, y que, por otra parte, dejaban escapar pus abundante que agotaba más las fuerzas y robustez del enfermo; la desviación de los fragmentos principales del fémur era muy pronunciada; éstos formaban un ángulo de vértice posterior muy exagerado.

El Doctor Posada hubiera desembarazado al paciente, por medio de una atrevida amputación del miembro lesionado, si en su espíritu no hubiese persistido la perfecta convicción de una terminación fatal, cualquiera que hubiera sido la práctica adoptada. Resolvió por esto, y con mucho acierto, trasladarlo á esta ciudad.

En el largo viaje, que fue de ocho días, empleó un bonito aparato hiponartésico; éste tenía una solución de continuidad en la tablilla inferior, al nivel de la herida principal, para facilitar las numerosas como necesarias curaciones; la abertura era muy bien cerrada por una tablilla corrediza que fácilmente se adaptaba á ella, concluído el trabajo de aseo de la herida.

El 31 de Marzo se instaló una junta médica, con el carácter de provisional, para enterar á sus miembros de la historia del caso, en presencia del paciente mismo, con el fin de resolver definitivamente lo que hubiera de hacerse en el siguiente día.

El estado del paciente era este: pulso débil, veloz y filiforme; las mucosas blancas y ligeramente humedecidas; el apetito escaso; la sed viva, y se quejaba de movimientos febriles vesperales. Nada más se podía obtener, porque aún permanecía en su aparato de viaje.

Oídas las relaciones del Doctor Posada y del señor Roethlisberger, salimos, después de darnos cita para el día siguiente á las doce.

El 1.º de Abril, después de haber practicado otra inspección como la anterior y de saber que el paciente había dormido algo más á favor de las gotas de morfina que se le habían prescrito, como también que había ingerido algunos alimentos, nos constituímos en junta médica de carácter resolutivo.

La amputación para unos, que forzosamente condena la experiencia por atroz; el estado desesperante para otros, con la posibilidad de una resección, en una herida por arma de fuego en el tercio superior del fémur, fue la variante en las

impresiones de aquellos Esculapios. Además, la familia resolvió terminantemente pedir la vida del joven enfermo, con su pierna; de lo contrario, optaban por la muerte.

En este estado se resolvió levantar al enfermo de su lecho de viaje, inspeccionar más el miembro herido, y aprovechando la anestesia, practicar una incisión exploradora para resolver con mejores elementos el punto en estudio.

Colocado sobre una mesa en decúbito lateral izquierdo para examinar más fácilmente el miembro herido, el cual presentaba en la cara posterior, al nivel del tercio superior, dos largas heridas de muy mal aspecto producidas por el proyectil y por la acción prolongada de las tablillas del primer aparato, se notó el muslo muy inflamado y sensible, encorvado; formaba hacia atrás y arriba un ángulo saliente, y expulsaba por la presión gran cantidad de productos purulentos excesivamente fétidos y gaseosos. Había, además, un punto común á las dos heridas, cubierto de fungosidades y lleno de trayectos tortuosos. Se trataba de buscar en esta vía el punto que más fácilmente permitiera llegar al lugar de la fractura del fémur. Con este objeto se hizo una incisión sobre la herida externa, pero se notó que al separar los músculos se ponía de manifiesto el nervio gran ciático, y para evitar lesiones consecutivas á la herida de aquel gran nervio, se abandonó esta incisión y se practicó otra sobre la herida interna, que, como la anterior, fue de una longitud de ocho centímetros. Cortando cuidadosamente, capa por capa, los tegumentos del muslo, se llegó sobre los fragmentos, que habían perdido el aspecto de pedazos óseos para ser largas y delgadas porciones cubiertas de salidas irregulares y punzantes. Descubierta toda la porción del hueso enfermo, se llevó el muslo hacia arriba y adelante, posición en la cual se pudo extraer, no sin algún trabajo, el proyectil, que, aplastado, se encontró colocado en el espesor del hueso y como incrustado en las extremidades de los dos fragmentos. En el fragmento superior la osteitis alveolar alcanzaba al pequeño trocánter, lo que no fue obstáculo para regularizar esta porción en poco tiempo; pero no sucedió así para el inferior, que, perdido entre las partes blandas y cubierto de un crecido número de irregularidades agudas, era preciso regularizar convenientemente en su extremidad, raspar mu-

cho el resto, economizando con usura su sustancia, y poner á descubierto el muñón óseo para terminar lo más satisfactoriamente posible tan difícil operación, lo que al fin pudo conseguirse con un exceso de trabajo y con un pobre y no muy buen instrumental quirúrgico. Aseada la herida principal, ensanchada la practicada en la parte anterior, asegurados todos los vasos abiertos por medio de la torsión, colocados tres tubos de caucho que atravesaban de adelante á atrás todo el espesor del muslo, hecha la extensión por el hábil ayudante y sostenida convenientemente la curación antiséptica por un buen vendaje circular, se dio por terminada la operación, que principió por una simple incisión exploradora y terminó de un modo definitivo.

Se calculó que el proyectil, la osteitis y el cirujano habían destruído la longitud del cuerpo del fémur en ocho ó nueve centímetros, debido á la pérdida de sustancia.

Después de hora y media de constante y difícil trabajo, el enfermo fue colocado en su lecho, en donde se le hizo reposar el miembro sobre un plano ligeramente inclinado.

A pesar del resultado de la operación, en la junta que inmediatamente después de ésta se reorganizó, las conjeturas primitivas acerca del resultado deplorable del paciente, casi no cambiaron. No obstante, el señor Presidente sometió á la deliberación de la junta el aparato que se debía aplicar al día siguiente. Dos opinaron por uno formado de tablillas de cartón, otro por una gotera de alambres de Bonnet (la cual no ha existido nunca en el país), y el último, por un aparato formado de tablillas de madera, á semejanza de los que habíamos descrito en la REVISTA MÉDICA como usados en los hospitales de Londres para las resecciones articulares, y que un carpintero podría fácilmente fabricar. Hubo seis divergencias, pero al fin la mayoría se decidió por el último, y con tal motivo fue comisionado para hacerlo aderezar quien lo había propuesto.

Una tabla de madera, que debía servir para recibir la parte posterior de la pelvis, se extendía de lado á lado de ésta, por una parte, y de la base del hueso coxis á la base del hueso sacro, por otra. De esta tabla se desprendían, de cada lado, dos largas tablillas que por su disposición prestaban cómodo

apoyo á cada miembro abdominal : inferior la una y látero-externa la otra. La tablilla inferior, convenientemente empalmada con la tabla de las caderas, descendía hasta exceder en una cuarta el nivel de la planta del pie, y la externa—tablilla de Liston,—bajando desde la axila, se apoyaba sobre el ángulo externo de la tabla de las caderas y terminaba al nivel de la anterior. En el lado enfermo, al nivel de la lesión, se levantó de cada tablilla una sección de madera de doce centímetros de extensión, para ser reemplazadas por fuertes verjas de hierro sensiblemente semicirculares, de algunos centímetros de radio, de las cuales se colocaron dos en cada tablilla. En este mismo lado del aparato, en el extremo inferior de la tablilla externa, se hizo una hendidura en la cual se colocó una tuerca y un tornillo de madera que llevaba un pedal que, reposando sobre la tablilla inferior, prestaría firme apoyo al pie del miembro. Un trozo de madera, situado transversalmente y debajo de las extremidades inferiores de las tablillas, al nivel de los pies del enfermo, establecía la posición horizontal en todo el aparato. Medio colchón muy grueso, casi con el radio de curva de las verjas, se extendía desde el borde inferior de la tabla de las caderas hasta el extremo de la cama, dando apoyo al tronco y á la cabeza del enfermo. Encima del colchón, tres sábanas dobladas y una tela de caucho pondrían á un mismo nivel la superficie de éste con la cara superior de la tabla de las caderas, de modo que colocando el colchón en la cama, en su puesto correspondiente, y en su debido lugar el aparato, todo quedaba rigurosamente nivelado. Las superficies de madera que debían quedar en contacto con la piel del enfermo fueron henchidas con lana y cubiertas con una tela de caucho muy delgada. Se hizo, además, en el centro de la cama, una abertura para la comodidad y aseo de las funciones naturales.

El 1.º de Marzo el enfermo pasó una noche regular, no hubo mayor reacción febril y la lengua ofrecía un buen aspecto: húmeda, algo roja y de buena forma.

A las cuatro de la tarde del día 2 se procedió á la aplicación del aparato. Cloroformizado el enfermo, la pelvis fue colocada en su puesto correspondiente y cada miembro en el espacio que le ofrecían las dos tablillas inferiores. En el miem-

bro enfermo, desde el pie hasta el extremo inferior de las incisiones de la reciente operación, se aplicó un elegante vendaje formado de tela de lana; otro tanto se hizo en la extremidad opuesta del mismo miembro con una famosa espica; luego se llenaron con algodón los espacios que quedaban entre cada miembro y sus correspondientes tablillas; repetida la extensión del miembro enfermo por el Doctor Fonnegra, y aplicados sendos vendajes circulares que sujetaban cada miembro á sus tablillas, se puso el pie del miembro enfermo en la semi-inclinación á favor de la madera del pedal, que le prestaba cómodo y seguro apoyo. Una doble espica sujetó el aparato en su parte media, y un vendaje de cuerpo aproximó el extremo superior de las tablillas de Liston á los lados del tórax.

En seguida se quitó de la parte enferma la curación del día anterior, se hizo otra rigurosamente antiséptica, y el espacio comprendido entre la cara inferior del lugar enfermo y la cara superior de las verjas inferiores fue colmado con una bolsa de caucho llena de agua caliente. Se pusieron botellas con agua caliente en todos los lados de los miembros, se cubrió el enfermo y quedó concluído el trabajo con la frase de algún doctor: "Así yá todo es obra del buen antiseptismo."

Al terminar la curación se observó que la diferencia en longitud del miembro herido con el opuesto apenas alcanzaría á medio centímetro.

El 5 se llevó á efecto la otra curación: bajo el pulverizador se levantó el material de la curación existente, se hicieron lavados antisépticos en toda la extensión de las heridas, así como en los tubos de caucho, y se terminó la operación, como la anterior, con la aplicación de la pelota ó bolsa de caucho llena de agua caliente debajo del muslo, al nivel de la parte enferma.

Desde esta fecha el enfermo quedó á cargo de su médico de cabecera, señor Doctor Posada, y del que esto escribe, en calidad de auxiliar de aquél.

El enfermo permaneció en su aparato durante los meses de Marzo, Abril, Mayo, Junio, Julio y Agosto, y se practicaron las curaciones, en lo general, cada cuatro ó cinco días.

El Doctor Posada asistió á las seis ú ocho primeras, pero luego resolvió no volver, por creerlo conveniente.

La supuración fue generalmente muy abundante, bastante fétida, y á pesar de una alimentación esmerada, buena atmósfera y del exceso de aseo en las curaciones, etc., la consolidación se hacía esperar mucho y casi jamás se llegaba á tener una impresión segura acerca del fin buscado. Los tubos de caucho permanecieron en función durante cuatro meses, al fin de los cuales se quitó el que estaba situado en la parte media.

Un medio que influyó poderosamente en la disminución de la supuración, acelerando á la vez el trabajo de consolidación, fue la aplicación de bandeletas adhesivas en contorno del muslo, en toda la extensión de la parte enferma, aproximando las superficies supurantes, suprimiendo los senos de retención de productos saniosos, comunicando más resistencia á las partes blandas, facilitando la adherencia de éstas, etc. etc.

En el curso de los seis meses la supuración disminuyó muy poco; hubo diarreas colicuativas, bronquitis, sudores fríos nocturnos, abundantes, escasez en el apetito, etc. etc., pero en ningún caso signos de pioemia ni de septicemia.

En los primeros días del mes de Septiembre, previa opinión del señor Doctor Juan D. Herrera acerca de la probable unión de las extremidades de los huesos, se procedió á cambiarlo de posición, mediante el empleo de otro aparato.

Este se componía, por una parte, de un cobertor para proteger y sostener el muslo, y por otra, de un plano inclinado para sostener la pierna y el pie, dándole á todo el miembro una inclinación de cuarenta grados con relación al tronco, que, como en el aparato anterior, quedaría reposado sobre un grueso colchón cubierto con una tela impermeable. El muslo enfermo pendería del cobertor á favor de tres anchas correas acolchonadas y perforadas en su centro para dar paso á las extremidades inferiores de los dos tubos de caucho que aún quedaban en el miembro. Se comprende que este cobertor iba sólidamente fijo á la madera de la cama. El plano inclinado, destinado á sostener la pierna y el pie, se componía de una tabla de madera un poquito más larga que la pierna del enfermo, que reposaba sobre la madera de la cama. El extremo de la tabla, del lado del pie, sostenía, por medio de dos bisagras, otra tabla de madera tan larga como la anterior, destinada á

sostener la pierna en la inclinación necesaria; para esto la misma tabla inclinada llevaba en el tercio superior de la cara inferior, otro pedazo de tablilla, fijo á la anterior por un extremo, y por el otro, reposaba sobre una serie de gradas, practicadas en la cara y tercio superior de la tabla horizontal, para poder dar en cualquier momento un grado de inclinación preciso. Sobre el borde externo de la tabla inclinada se aseguró otra tabla que debía prestar mayor apoyo á la pierna y sostén al pedal de madera descrito en el aparato anterior.

Todo fue colocado y asegurado en el lecho convenientemente, ensayando en un joven de la talla del enfermo, quien se prestó á ello, la acomodación de aquel complicado aparato.

Bajo la acción del cloroformo se separó el enfermo del aparato en que estaba, y después de hacerle una curación delicada en todo el miembro, se pasó al nuevo aparato, que no dejó nada que desear en cuanto á comodidad y solidez.

Se dobló la rodilla, que estaba en vía de anquilosación; se curó una ancha úlcera que se había formado en el talón y se hizo un aseo corporal de carácter general. El enflaquecimiento era extremado; los músculos glúteos y pelvitrocantérianos habían desaparecido casi completamente; el pie estaba grueso, duro y como esclerosado. El otro miembro abdominal, en este segundo aparato, quedó en libertad.

Permaneció en esta nueva posición durante los meses de Septiembre y Octubre. Las curaciones se hacían de acuerdo con las indicaciones comunes, y eran excesivamente fáciles: bastaba tirar hacia arriba las correderas de las correas para aflojarlas, lo que permitía con suma facilidad levantar la curación y hacer la inyección y lavado en los tubos de caucho, que, tirados de arriba hacia abajo, fueron recortados, y las siguientes curaciones se limitaron únicamente á esta parte del miembro. Pronto la supuración mermó considerablemente, el apetito revivió y en breve todo fue obra de la naturaleza en un joven dotado de una inmejorable constitución adicionada de una voluntad de acero.

No obstante lo anterior, en el curso de los dos últimos meses que acabamos de mencionar hubo algo digno de descripción.

(Continuará).

## BIBLIOGRAFIA

Hemos recibido los siguientes trabajos nacionales:

*Prontuario de Medicina Legal y Jurisprudencia Médica*, por el Doctor L. Barreto.

Esta obra, que principia á publicarse por entregas, es de mucha importancia y utilidad. La consideramos, con su autor, apropiada para satisfacer la urgente necesidad de que los Profesores en Derecho tengan algunos conocimientos de Medicina Legal y Jurisprudencia Médica, y como medio de satisfacer la carencia—existente hoy—de un tratado de Medicina Legal en armonía con nuestra Legislación, y apropiado para dicho estudio en las escuelas de Jurisprudencia.

---

*Estudio sobre la dispepsia pútrida y sus relaciones con la dilatación del estómago*. Tesis para el Doctorado en Medicina y Cirugía, presentada y sostenida por José Ignacio Durán G.—Bogotá: 1890.

---

*Contribución al estudio de las neuritis periféricas, circunscrita y diseminada*. Tesis para el Doctorado en Medicina y Cirugía, presentada y sostenida por Miguel Canales Pradilla, Practicante interno del Hospital de San Juan de Dios.—Bogotá: 1890.

---

**SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES**

ACTA DE LA SESIÓN DEL 10 DE MAYO DE 1890

(Presidencia del Doctor B. Medina)

En Bogotá, á 10 de Mayo de 1890, se reunió la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, con asistencia de los socios Doctores Castañeda, Esguerra, García Medina, Medina, Michelsen y Osorio. El señor Doctor Carrasquilla se excusó de concurrir, á causa de enfermedad. Por ausencia del Presidente y Vicepresidente, se encargó de la Presidencia el señor Doctor Medina.

Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

El señor Doctor Osorio ocupó la atención de la Sociedad para tratar de la epidemia que actualmente reina en la ciudad, y refiriendo algunos casos notables, dijo :

“ He observado dos casos de fosfaturia en el curso de la convalecencia en la actual epidemia. Las orinas eran lechosas y tenían considerable densidad. El señor Doctor Zerda, á quien debo un análisis de ellas muy cuidadoso, encontró fosfato amoníaco magnésico en abundancia, ácido úrico y uratos también en cantidad considerable. He visto, además, en el curso de la convalecencia, dos casos de angina de pecho que han ocasionado la muerte en los enfermos.”

El Doctor Michelsen citó un caso de fosfaturia en las mismas circunstancias que los relatados por el Doctor Osorio.

El Doctor Medina presentó un proyecto de acuerdo, que dispone que la Sociedad concorra con su contingente á la Exposición que habrá en los Estados Unidos en conmemoración del descubrimiento de América. Abrióse el primer debate de este proyecto y se puso en discusión.

Doctor Medina :

“ No creo que haya grandes dificultades para la realización del objeto que se propone en el proyecto que se está discutiendo. Creo que los médicos de fuera de la capital atenderán á la excitación que se les haga en el sentido de enviar á la Sociedad los datos respecto á lo que hayan observado referente al uso de plantas medicinales indígenas. Con cuatro ó seis plantas útiles que lográramos hacer conocer, el país y la Sociedad figurarían con honor. De todas partes se envían á Europa muestras de plantas con sus descripciones y la historia terapéutica de ellas, y muchas de esas plantas han sido acogidas y aprovechadas en el Extranjero; pero nosotros, colocados en medio de la vegetación exuberante de la zona tórrida, nada hemos hecho en favor del movimiento terapéutico moderno. Si se logra realizar la idea que encierra el proyecto, es casi seguro que podremos enviar á la Exposición algo digno de la Nación y que empezará á llamar la atención sobre nuestra flora.”

En primer debate fue aprobado el proyecto, y pasó en comisión para segundo al Doctor Michelsen.

El Doctor García Medina presentó, á nombre del Doctor Ricardo Amaya Arias, un trabajo de éste para obtener el Doctor Amaya el título de miembro de número de la Sociedad. Dicho trabajo, que pasó al estudio del Doctor Castañeda, lleva por título : *Observaciones sobre la transmisión de la sífilis por los instrumentos de cirugía, útiles de las peluquerías y hoteles, etc.*

A las 7 y 30 minutos p. m. se levantó la sesión.

El Presidente, B. MEDINA.

El Secretario, *Pablo García Medina.*

ACTA DE LA SESIÓN DEL 24 DE MAYO DE 1890

En Bogotá, á 24 de Mayo de 1890, se reunió la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, con asistencia de los socios Doctores Aparicio, Buendía, Carrasquilla, Castañeda, Durán B., García Medina y Michelsen. Se aprobó el acta de la sesión anterior.

El Docor Michelsen devolvió, con informe favorable, el proyecto presentado en la sesión anterior por el Doctor Medina. Abierto el segundo debate, el Doctor Buendía modificó el artículo 1.º, y así fue aprobado:

“ Art. 1.º Pásese una circular á cada uno de los Médicos residentes en la República, excitándolos para que envíen á la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales muestras de los vegetales usados en la medicina popular, y principalmente de aquellos en que la experiencia haya reconocido propiedades importantes.”

Los artículos 2.º y 3.º fueron aprobados y se cerró el segundo debate.

El Doctor Castañeda devolvió el trabajo del Doctor Amaya, presentado en la sesión anterior, con un informe favorable. Se puso en discusión la 1.ª de las proposiciones del informe, y que dice:

“ Admítase al Doctor Ricardo Amaya A. como miembro de número de la Sociedad.”

Esta proposición fue aprobada por unanimidad.

Se puso en discusión la 2.ª proposición:

“ Discútase y publíquese el trabajo del Doctor Amaya en la REVISTA MÉDICA.”

Doctor Castañeda:

“ El trabajo del Doctor Amaya es muy interesante, como lo digo en mi informe, pues que trata cuestiones de profilaxia que deben ponerse en práctica para evitar la propagación de muchas enfermedades parasitarias contraídas en las peluquerías, hoteles, etc.”

“ Si he pedido en esta proposición la discusión de las observaciones en que el Doctor Amaya funda su trabajo, es con el fin de aclarar ciertos puntos que me parecen un tanto oscuros. Por ejemplo: en la 1.ª observación del señor Arias aparece una placa mucosa produciendo por contagio inmediato otra placa mucosa, sin que se diga que hubo chancro inicial. La 2.ª observación es un excema que el autor considera de naturaleza sifilítica, y que transmite en una peluquería un excema á un individuo que fue afeitado. Aparte de que la mayoría de los sifilógrafos niegan el excema sifilítico, hay en el presente caso la circunstancia de

no haber existido el accidente inicial de la sífilis, y por consiguiente no se puede sostener que ese excema sea sífilítico. No pongo en duda que el excema se reproduzca en la forma que le es característica, pero en tal caso será una enfermedad parasitaria diferente de la sífilis, tal como uno de los excemas parasitarios descritos por el Doctor Unna.

“En la 1.<sup>a</sup> observación del Doctor Amaya se describe un chancro infectante ya bien caracterizado á los 10 días; de modo que no hubo período de incubación, puesto que la úlcera debió aparecer casi inmediatamente después de haber estado el sujeto en la peluquería, porque para que una úlcera esté en perfecto desarrollo, necesita de 5 á 8 días, por lo menos. Esto me induce á creer que dicha ulceración no era de naturaleza sífilítica, porque el chancro sífilítico tiene, por lo menos, 20 días de incubación.”

El Doctor Buendía modificó la proposición así:

“Publíquese en la REVISTA MÉDICA el trabajo del Doctor Amaya.”

Explicada esta modificación por su autor, fue aprobada.

El Doctor Carrasquilla obsequió á la Sociedad con un ejemplar del *Boceto Biográfico del Doctor José Vicente Uribe*, publicado por el Doctor Carrasquilla. El Doctor Luis Fongra envió también, para la Biblioteca de la Sociedad, un folleto que contiene la exposición de los médicos encargados de hacer el último reconocimiento médico-legal en el proceso del crimen de la Calle de La Moneda. La Sociedad dio las gracias por el obsequio de estos dos notables folletos.

El Doctor Buendía presentó un trabajo del Doctor Braulio Mejía, intitulado “*Tratamiento de los abscesos del hígado por anchas incisiones*—Tesis para el doctorado de Medicina.” Este trabajo fue presentado para obtener el Doctor Mejía el título de miembro correspondiente de la Sociedad. Con el mismo objeto el Doctor Durán Borda presentó un trabajo del Doctor D. Gutiérrez y Arango, sobre *Renguera*. El primer trabajo pasó al estudio del Doctor Aparicio, y el segundo en comisión al Doctor Michelsen.

A las 8 p. m. se levantó la sesión.

El Presidente, JUAN DE D. CARRASQUILLA L.

El Secretario, Pablo García Medina.

---

#### ACTA DE LA SESIÓN DEL 7 DE JUNIO DE 1890

(Presidencia del Doctor Carrasquilla).

En Bogotá, á 7 de Junio de 1890, se reunió la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, con asistencia de los socios Doctores A. Aparicio, Carrasquilla, García Medina, Herrera

y Pizarro. El señor Doctor Ricardo Amaya Arias prestó la promesa de cumplir los deberes que le impone el Reglamento como miembro de número de la Sociedad.

Se leyó el acta de la sesión anterior y fue aprobada.

El Doctor Herrera :

“ Tomo la palabra para relatar algunos hechos relativos á las consecuencias que deja la actual epidemia. El primer caso se refiere á una señora de cincuenta años de edad, que después de haber sufrido lo que se ha llamado el *dengue*, quedó en un estado de postración semejante al que sobreviene después de un tifo fuerte, y no fue sino después de dos meses cuando la enferma comenzó á restablecerse. El segundo caso es el de un señor de sesenta años, que después de haber sufrido la enfermedad, quedó en un estado de depresión general tal, que hizo se temiera por la vida del paciente. Los principales síntomas consistían en trastornos con enfriamiento general, 48 pulsaciones por minuto y una tendencia marcada á la asistolia. El tercer caso fue el de un señor de cincuenta y seis años, de constitución plétórica y fuerte, en cuyos antecedentes no existía enfermedad grave alguna. Pasada la enfermedad, quedó una semiparálisis de la sensibilidad y del movimiento de los miembros inferiores, los cuales no permitían la marcha del enfermo; se presentaban también en los miembros accesos de dolor que no cedían sino con el empleo de altas dosis de morfina. Examinados todos sus órganos se encontraron en el estado normal. El estado actual del enfermo no es satisfactorio, y temo se desarrolle una mielitis y lo deje paralizado.”

El Doctor Pizarro propuso que pasaran estos datos á la comisión encargada de estudiar la epidemia, y así se aprobó.

A las 7½ p. m. se levantó la sesión.

El Presidente, JUAN DE D. CARRASQUILLA L.

El Secretario, *Pablo Garcia Medina.*

#### CRONICA

El estado sanitario de Bogotá en los meses de Julio y Agosto ha sido verdaderamente bueno. La mortalidad ha disminuído notablemente, y por lo que hace á enfermedades reinantes, no ha podido señalarse á ninguna con predominio sobre las demás. No ha habido, pues, epidemia, pero ni siquiera constitución médica dominante.

Como especial puede señalarse un caso de angina diftérica, ocurrido en una niña de cinco años de edad. Los Doctores Oscar A. Noguera y J. C. Güell practicaron la traqueotomía, y mediante esta operación lograron salvar la vida de esta niña.

Dos ó tres casos más han ocurrido en el curso del mes de Agosto; pero se ha conseguido impedir que las manifestaciones

diftéricas, de origen y carácter local como lo ha demostrado y sostenido Jacoud, no alcancen las proporciones de una infección general. Para llegar á este resultado ha sido menester luchar tenazmente contra las falsas membranas y su reproducción, mediante el activo empleo de agentes antisépticos y parasitidas llevados sobre la mucosa misma, previamente despojada de los exudados que caracterizan la especificidad de la afección.

Desde que se han convencido los clínicos de la grande importancia que debe darse á la medicación tópica en la terapéutica de la angina diftérica, la mortalidad que ella produce ha venido visiblemente disminuyendo.

\* \* \*

El señor Doctor Joaquín Maldonado nos ha referido los dos siguientes casos observados en su práctica:

Una señora casada, madre de cinco niños, de temperamento nervioso, llama en consulta al Doctor Maldonado, porque á los cuatro meses de sentirse con todos los síntomas de embarazo, asegura que, por haber estado asistiendo á una amiga suya atacada de metrorragia *post-partum*, sintió que habían desaparecido todos los síntomas del embarazo, y que en tal virtud ella creía que se le había muerto la criatura. El Doctor le manifestó que en este caso era necesario contemporizar, porque cualquiera medicación sería extemporánea. Transcurrieron seis meses después de la consulta. Durante este tiempo las manifestaciones del embarazo no continuaron; pero al completarse los nueve meses, contados desde la fecha en que la señora creía principiado su embarazo, se presentaron los dolores del parto, y arrojó un feto cuyas membranas de envoltura estaban duras y apergaminadas. Por su aspecto, este feto era de cuatro meses; las aguas del amnios que lo bañaban eran puriformes; el cordón marchito y de 20 centímetros de longitud; la placenta pequeña, contraída y musculosa, y únicamente presentaba en una porción de dos centímetros en cuadro una superficie sangrienta que parecía ser el punto por donde había estado adherida á la matriz. La señora sanó sin novedad alguna.

En Junio de este año fue consultado el Doctor Maldonado por otra señora casada y de temperamento nervioso. Le dijo que hacía diez meses estaba encinta y que no se presentaba el parto.

El Doctor la examinó con mucha atención, y á pesar de que la señora es muy obesa, notó que la matriz no pasaba del reborde del estrecho superior. La señora no permitió el examen vaginal, pero el Doctor fue de opinión que esta señora, de estar embarazada, no tendría más de cuatro meses. Ella, sin embargo, aseguraba

que sentía los movimientos del feto, y que el médico á quien consultaba estaba errado en su opinión. El Doctor Maldonado le dijo entonces que el tiempo decidiría la cuestión. Tres días después de esta consulta aparecieron los dolores del parto. El Doctor Antonino Gómez fue llamado para asistirle, y recibió un feto muerto y macerado, como de tres á cuatro meses de edad. La señora sanó.

Estos hechos no son raros en la práctica de los partos, pues todos los autores refieren casos semejantes; pero los ponemos en esta crónica con el objeto de preguntar á los médicos que practican en partos, cuál es la causa positiva del parto, y por qué un feto muerto á los tres ó cuatro meses permanece en la matriz hasta llegar al término natural del embarazo.

En otro caso reciente de parto á término, el Doctor Julio Z. Torres hizo llamar en consulta al Doctor Maldonado, porque habiendo principiado las contracciones uterinas con toda regularidad, apareció en la vulva una de las manos del feto, no obstante de que había una presentación de vértice en posición occipito-ilíaca-izquierda anterior. Cuando el Doctor Maldonado llegó, acababa de efectuarse el parto de una manera natural y espontánea.

Este caso es de verdadero interés práctico, porque enseña que puede efectuarse el parto natural aun en el caso de que aparezca en la vulva alguno de los brazos del feto, y es consejo general de todos los parteros que se haga la versión en estos casos inmediatamente.

\* \* \*

En nuestro servicio del Hospital Militar acabamos de ver realizada, con muy buen éxito, una tercera abertura, hecha á un mismo individuo, como medio de curación de un tercer absceso hepático.

Tres años hace que en el mismo Hospital operámos á este individuo empleando el procedimiento de abrir anchamente el absceso del hígado. El resultado obtenido fue satisfactorio. Un año después el absceso volvió á aparecer. Lo operó entonces el Doctor Joaquín Lombana; empleó el mismo procedimiento y obtuvo el mismo buen resultado.

Reaparece por tercera vez el absceso, y al proceder á la operación, encontramos que el octavo espacio intercostal, que ha sido el punto por donde se han hecho las dos aberturas anteriores, estaba tan completamente cerrado, que con dificultad pudimos hacer pasar el cuchillo con que debía hacerse la ancha incisión. Para vencer esta dificultad era, pues, necesario reseca una por-

ción de la octava costilla, y así lo hicimos sirviéndonos de la cierra-cadena.

Quitada la costilla en una extensión de ocho centímetros, quedó la abertura de entrada en el foco purulento suficientemente amplia para ejecutar los lavados y demás maniobras del proceder que íbamos á poner en ejecución.

Vaciado el foco purulento, introdujimos el dedo en la cavidad con el objeto de explorarla mejor, y con sorpresa hallámos que además del foco situado en el parenquima del hígado, había otro trayecto fistuloso que se dirigía por entre los músculos colocados á lo largo de la columna vertebral, el cual estaba en perfecta comunicación con el absceso hepático. Después de lavar muy bien esta gran cavidad con una solución fenicada y con otra de ácido bórico, colocámos en ella varias porciones de algodón empapado en vaselina yodoformada y un grueso tubo de *drainage*.

Hubo necesidad de poner algunos puntos de sutura; y se terminó la curación aplicando sobre la herida hilas empapadas en alcohol alcanforado y cubriéndolo todo con compresas y gasas fenicadas.

El resultado de esta operación fue tan satisfactorio, que al día siguiente nos sorprendió ver almorzar á este individuo con mejor apetito del que pudiera tener un hombre sano. La supuración fue rápidamente disminuyendo; el aspecto de la herida mejoró de una manera visible; y el estado general tan satisfactorio, que al tercer día de ejecutada la operación pudo el paciente levantarse de su cama.

\* \* \*

El Doctor Heliodoro Ospina tuvo en su servicio del Hospital Militar el siguiente caso:

Un enfermo que sufría de chancros blandos, tuvo también infartos ganglionares en la ingle del lado derecho. Uno de estos ganglios se inflamó y supuró, lo que dio lugar á que se formara una ancha ulceración, en cuyo fondo se veían cuatro ganglios linfáticos, enormemente hipertrofiados. El aspecto de la ulceración revelaba un estado fagedénico, difícil de destruir, puesto que había sido rebelde á todo tratamiento. El enfermo se aniquilaba visiblemente, y todo hacía creer que llegaría á tal estado de prostración y de marasmo, que una terminación fatal sería su consecuencia necesaria. Resolvió entonces el Doctor Ospina practicar la extirpación de todos esos ganglios, no obstante la aparente contraindicación que pudiera haber, dada la naturaleza de la enfermedad y el estado del paciente.

Cuatro días después de ejecutada la operación, el aspecto local de la herida y el estado general del paciente indicaron que el éxito sería completo. Un mes después el enfermo estaba sano.

A. APARICIO.

Bogotá, Septiembre de 1890.