

# Revista Médica de Bogotá

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Redactores: 1º, Dr. Carlos Esguerra.—2º, Dr. Alberto Restrepo H.

## SECCION EDITORIAL

### CONCURSOS

En seguida encontrarán nuestros lectores la nota que el señor Rector de las Facultades de Medicina y Ciencias Naturales nos dirigió, con motivo de nuestro editorial sobre *Concursos*, del número 187 de este periódico. Con el respeto que siempre hemos tenido por nuestro distinguido maestro y amigo el ilustrado Rector de las Facultades de Medicina y Ciencias Naturales, nos vamos á permitir consignar aquí las observaciones que nos ha sugerido la lectura de su citada nota.

No hemos tenido la necia pretensión de creer que fuimos los primeros en pedir el Concurso para los nombramientos de practicantes; y, lejos de ello, el conocimiento que teníamos de que el actual Ministro de Instrucción Pública había reconocido la conveniencia de este Concurso, puesto que en la época en que él estuvo encargado del Rectorado de las Facultades de Medicina y Ciencias Naturales se dieron algunos pasos para establecerlo, nos movió á escribir sobre este asunto, creyendo contar con el beneplácito del Gobierno y con el de los Profesores de Clínica, Anatomía y Cirugía, que son hoy los mismos, si no estamos equivocados, que entonces secundaron al señor doctor Zerda en esta labor.

El señor doctor Daniel E. Coronado fue encargado entonces de redactar los reglamentos, y se llamó á los alumnos al Concurso; pero, como lo dice el señor Rector, no se presentaron, y hubo necesidad de hacer sin esta formalidad los nombramientos de practicantes. El poco tiempo de que pudieron

disponer los alumnos para prepararse para el Concurso, creemos fuera la causa que impidiera por entonces el que éste se llevara á cabo; pero estamos convencidos de que si al año siguiente se hubiera vuelto á abrir ese Concurso, desde esa época habríamos dado el primer paso en esa vía; única que puede conducirnos á dar seriedad á la Instrucción pública, levantándola á un nivel exclusivamente científico.

El peligro que señala el señor Rector, de que al establecer los Concursos pudiera suceder que la Facultad de Medicina se viera en el caso de no cumplir el compromiso que tiene contraído con la Junta de Beneficencia, de proveer de practicantes al Hospital de Caridad, nos parece ilusorio, no solamente porque no creemos aceptable que una vez establecido el Concurso falten candidatos, sino también porque si esto llegara á suceder, siempre quedaría el recurso de hacer los nombramientos por el sistema que se sigue hoy día.

Además de las ventajas que indicámos en nuestro primer artículo, el Concurso de practicantes tendría la no menos valiosa de contribuir á formar el carácter de los jóvenes, señalándoles, desde la primera vez que aspiran á un empleo público, un camino para llegar á él; camino esencialmente honorable y científico, que todos pueden recorrer sin más ayuda que la de sus propios méritos, y camino más amplio y más seguro que el de la adulación y de la intriga, que desgraciadamente es el que más se frecuenta entre nosotros.

La Academia Nacional de Medicina ha tratado también del Concurso de practicantes, y por último, en el Congreso Médico Nacional figuró un trabajo muy importante del señor doctor Putnam, sobre organización de Concursos para los nombramientos de Profesores de la Escuela de Medicina; proyecto que creemos pasará á ser considerado por las Cámaras Legislativas en sus próximas sesiones. Como se ve, la idea de los Concursos no es nueva, ni nosotros hemos sido los primeros en traerla á la discusión; lo único que hemos querido es recordarla ahora, cuando son jefes del Gobierno y de la Instrucción Pública hombres de ciencia y distinguidos profesores que, no dudamos, sabrán apreciar la utilidad de los Concursos para dar impulso á la Instrucción pública, única base sólida de verdadero progreso.

## NOTA OFICIAL

*República de Colombia.—Universidad Nacional.—Rectorado de las Facultades de Medicina y Ciencias Naturales.—Número 80.—Bogotá, 15 de Febrero de 1894.*

A los señores Redactores de la REVISTA MEDICA.

Suplico á ustedes den acogida favorable en su acreditado periódico á la siguiente aclaración:

Por haber estado ausente, no había visto lo que ustedes dicen en su editorial del número 187 de la REVISTA MEDICA, correspondiente al 1.º de Diciembre de 1893, sobre concursos; en el cual llaman la atención hacia los inconvenientes que tiene el modo de hacer los nombramientos de practicantes del Hospital de Caridad en los diversos servicios de Clínica, y las ventajas que tendría para los alumnos, para los profesores y para el mejor servicio del establecimiento, el que estos nombramientos fueran hechos por Concurso, como dicen que se hace en casi todos los países que tienen Facultades médicas de alguna respetabilidad.

La idea no nos parece nueva, pues ya en años anteriores el señor doctor Liborio Zerda, actual Ministro de Instrucción Pública, y nuestro predecesor en este Rectorado, quiso que estos nombramientos se hicieran por Concurso, y hasta fue designado el señor doctor Daniel E. Coronado, profesor de la Facultad, para que presentara un proyecto sobre la organización de dichos Concursos, y se llamó á los alumnos; pero sucedió que no se presentó ningún aspirante, teniendo entonces necesidad el Rector de nombrar los practicantes como se hace hoy, es decir, pidiendo á cada profesor de Clínica una terna de los jóvenes que, á su juicio, tengan mejores aptitudes para desempeñar el respectivo servicio. Esas ternas se reúnen, y el Consejo Directivo de la Facultad hace la designación de los alumnos que deben entrar á servir como practicantes.

Como, según el contrato que existe entre la Junta de Beneficencia y el Gobierno para el servicio científico del Hospital, la Facultad de Medicina tiene que proveer de practicantes á dicho establecimiento, para la mejor asistencia de los enfermos, si no se presenta al Concurso un número suficiente de candidatos, ó si no se presenta ninguno, la Facultad de Me-

dicina no podría dar cumplimiento á su compromiso con la Junta.

Las elecciones de practicantes, verificadas por el Consejo Directivo, se hacen siempre teniendo en cuenta, en lo más que sea posible, las aptitudes y conocimientos de los alumnos, y en vista de las ternas y de los informes de los respectivos profesores de Clínica, quienes, por propio interés en el buen servicio, sólo aceptan á aquellos que presentan mejores ventajas para colocarlos en las respectivas ternas.

En cuanto á que muchos de los nombramientos que se hacen son á veces, como lo dice el artículo, "por complacer á un amigo intrigante, ó á un diputado ó político que aspira á este pequeño favor," y que haciendo los nombramientos por Concurso se evitarían siempre estos inconvenientes, me permito manifestar á los señores Redactores que en dondequiera que exista el interés particular puede suceder lo mismo, pues he visto que en muchos de los Concursos para diversas plazas en la Facultad de Medicina de París, cada candidato llevaba siempre el apoyo de un padrino más ó menos influyente.

No dejo de reconocer que la idea y la práctica de los Concursos tienen su utilidad é importancia, y tal vez más tarde puedan ser aceptadas por el Gobierno, quien no se opone á ellas; pero es también conveniente que se sepa por todos cómo se hacen las cosas y qué es lo que ha sucedido hasta hoy en el particular, respecto de los practicantes.

Dejo así explicado á los señores Redactores lo que me proponía en la presente aclaración, y lo que me correspondía como Rector de las Facultades de Ciencias Naturales y Medicina.

Soy de ustedes muy atento y seguro servidor,

JOSÉ M. BUENDÍA.



## TRABAJOS ORIGINALES

## GRIPA SINCOPAL

POR EL DOCTOR JOSÉ J. DE LA ROCHE, DE RIONEGRO (ANTIOQUIA)

En los últimos días del mes de Noviembre pasado vi los primeros casos de gripa en El Peñol y en El Santuario, poblaciones vecinas donde comenzó la epidemia que hoy reina en esta altiplanicie. En esos lugares fueron afectados de la enfermedad más de las dos terceras partes de sus habitantes, y pronto la epidemia invadió á Marinilla, Rionegro, Carmen, Ceja, San Vicente, etc. En todas estas poblaciones tuve ocasión de observar un número considerable de casos, pero solamente llamó mi atención una forma especial de la enfermedad, que me propongo relatar hoy en este escrito.

La forma catarral con complicaciones pulmonares predominó en la mayor parte de los casos. Seguíanle en su orden de mayor frecuencia, la neurálgica, la abortiva, la mucosa, y por último, la forma á que he dado el nombre de *sincopal*, caracterizada, como su nombre lo indica, por una tendencia al vértigo y al debilitamiento de la circulación general. El primer caso que observé ocurrió en un hombre de sesenta años de edad, de temperamento linfático, sin antecedentes patológicos notables; de buena salud hasta el 10 de Diciembre último, cuando fue afectado de gripa. Le principió la enfermedad con fuerte coriza, cefalalgia, calfríos irregulares, ligero movimiento febril, tos seca y quintosa, dolores musculares y articulares muy agudos; en una palabra, con todos los síntomas característicos de la enfermedad reinante. Estuvo dos días en pie haciendo frente á sus dolencias, pero al tercero se vio obligado á guardar cama. Siguió así por cuatro días más, con alternativas de mejoría, hasta el 17 de Diciembre, día en que fui llamado con urgencia cerca del enfermo, anunciándoseme que se hallaba de muerte. Cuando llegué á casa del paciente había pasado el acceso que alarmó á la familia, pues apenas pude notar alguna lividez en el semblante, enfriamiento de las manos y de los pies, y disminución notable en

la frecuencia del pulso, el cual descendió á cincuenta pulsaciones por minuto; estado que no se explicaba por acción medicamentosa ninguna, pues el enfermo no estaba tomando ningún remedio, ni se le había propinado durante la enfermedad droga alguna que pudiera disminuir la frecuencia de las pulsaciones. Adrede no receté nada para poder observar con más claridad el caso. No hacía una hora que me había retirado del lado de mi enfermo, cuando fui llamado nuevamente, con más insistencia que la vez anterior, pues, según se me informaba, se había repetido el ataque. En esta vez sí logré presenciarlo: el paciente yacía en su lecho acostado de espaldas; el rostro, de color pálido mate, estaba cubierto de pequeñas gotas de sudor, y mostraba una angustia indecible y un agotamiento mortal de las fuerzas; la piel de todo el cuerpo estaba fría y húmeda; el enfermo movía para uno y otro lado sus miembros debilitados; pedía agua y que se le abrieran puertas y ventanas para poder respirar mejor. Más parecía este cortejo de síntomas el anuncio de una hemorragia interna, que cualquiera otra cosa. Ausculté inmediatamente el corazón y no hallé nada anormal respecto del funcionamiento de sus válvulas; pero sí noté gran lentitud en sus contracciones, las cuales apenas llegaban á treinta y ocho por minuto; mas su ritmo era regular, y los dos sonidos cardíacos aparecían completamente normales, aunque un tanto débiles. El pulso correspondía en un todo con lo que ocurría en el órgano impulsor de la onda sanguínea. Coloqué al enfermo de modo que la cabeza quedara un poco más baja que el cuerpo; apliqué varias inyecciones hipodérmicas de brandí, y una de morfina y atropina; ordené revulsivos en los brazos y en las piernas, é hice rodear al paciente de botellas llenas de agua caliente, pues el enfriamiento era muy considerable. Poco á poco se fue restableciendo la circulación; el pulso mejoraba en fuerza y aumentaba en frecuencia; el rostro volvía á tomar su color natural; la inquietud se cambiaba en calma, hasta que al cabo de hora y media la situación había variado de un modo notable. Pasado este tiempo, el enfermo se durmió profundamente, para despertar pocas horas después completamente sano. Repetidas veces he auscultado el corazón de este enfermo y no he hallado la menor alteración en su estructura, ni siquiera en su ritmo fisiológico.

Pocos días antes de lo ocurrido, había tenido yá la ocasión de ver dos enfermos, ambos de edad avanzada, en quienes se presentaron síntomas alarmantes de asistolia, con vértigos pasajeros, que atribuí en un principio al empleo de la antipirina; pero después me he convencido de que no fue esta la única causa, porque en el caso que acabo de relatar y en otros semejantes, aunque en verdad infinitamente menos graves, no hice uso de aquel medicamento, y sin embargo ocurrieron accidentes de esta naturaleza.

En el mismo mes de Diciembre me llamaron de El Peñol para que viera un individuo que había muerto allí de un modo repentino, pero que según algunos, legos en medicina, podía hallarse en estado de muerte aparente. A mi llegada, vi que el paciente era cadáver desde hacía yá algunas horas. Se me informó que este señor, de unos sesenta y cinco años de edad, había tenido siempre buena salud; que en esos días había contraído la gripa, pero muy benigna, pues andaba por las calles y no se había medicinado siquiera. “Por la noche se acostó relativamente bien, pero á poco rato le principiaron *muchas fatigas*, y de un momento á otro se quedó muerto.” No dudo que éste fue un caso de gripa sincopal, que terminó fatalmente por falta de pronto auxilio médico.

En la semana siguiente murió en aquella población, también repentinamente, otro individuo afectado de gripa. Tres días después falleció del mismo modo una señora de Vahos.

Por desgracia, en ninguno de estos casos se hizo la autopsia, y por consiguiente no es posible determinar con precisión la causa de la terminación fatal de ellos.

He observado casos de influenza, complicados con neumonía, en los cuales ni la enfermedad primitiva ni la complicación guardaban relación con las funciones del aparato circulatorio, de tal suerte que algunos enfermos afectados de neumonía gripal, á pesar de la aparente benignidad de su lesión, presentaron síntomas particulares, á veces muy graves, relacionados con la circulación: ya mucha lentitud del pulso, ya demasiada frecuencia; uno y otro fenómeno acompañados, en ocasiones, de intermitencia ó de verdadera arritmia.

En días pasados receté á una señora que sufría de neumonía gripal, pero de forma tan benigna, en cuanto se relacionaba

con la lesión pulmonar, que apenas pude hallar, después de varios exámenes muy detenidos del pecho, un pequeño foco neumónico en el pulmón derecho. Temperatura, 37.5 á 38°; tos frecuente, sin esputos sanguinolentos; respiración tranquila: 20 por minuto. Lo único que hacía grave el caso era el estado de la circulación y la postración de las fuerzas. El pulso era débil y demasiado frecuente: 200 pulsaciones; no correspondía, pues, ni con la temperatura, ni con la lesión pulmonar, ni con la respiración. Este caso terminó fatalmente por síncope, no obstante el empleo de tónicos cardíacos y de medidas reparadoras de las fuerzas.

En otros dos casos de neumonía gripal, observé lo siguiente: al llegar el día de la defervescencia, se presentaron síncope alarmanentes, fenómeno muy común, ciertamente, al hacer crisis la enfermedad; pero estos síncope continuaron repitiéndose durante tres ó cuatro días, casi á la misma hora que tuvo lugar la defervescencia, sin embargo de no haber vuelto la fiebre y de estar la enfermedad en pleno período de resolución. Quietud absoluta del enfermo, empleo prolongado de los alcohólicos y administración de cafeína y esparteína, asociados á pequeñas dosis de quinina, lograron vencer la amenaza que existía de una parálisis del corazón.

Como se ve, hay en esta forma de gripa una tendencia muy marcada á la depresión y á un desarreglo de las funciones de la circulación; la cual se hace sentir, como es muy natural, en los ancianos y en individuos debilitados por afecciones crónicas.

Este trastorno circulatorio no lo atribuyo á ninguna lesión cardíaca orgánica, porque en ningún caso la he hallado; ni tampoco á una degeneración aguda del miocardio, porque la fiebre—causa principal de tal degeneración—ha sido precisamente más baja en los individuos afectados de gripa sincopal. Lo más posible es que el agente infeccioso obre sobre el aparato inervador del corazón y produzca una depresión profunda de este órgano, tál como la que me ha tocado observar.

De aquí una deducción lógica, aplicable al tratamiento de la gripa, particularmente en los ancianos, á saber: que debe evitarse á todo trance cualquier medicamento que deprima la circulación. La antipirina y el acónito, tan recomendados por los autores en esta enfermedad, deben darse con mucha



precaución y solamente cuando el médico pueda vigilar su acción.

Mi tratamiento de la gripa en general, en los adultos jóvenes, ha sido el siguiente: en los casos leves no he dado sino quinina. Si los dolores son fuertes, agrego exalgina ó antipirina.

En casos más graves acostumbro esta fórmula:

R. Salol.....	}	aa. 3 gramos.
Analgesina.....		
Polvo de Dower.....	}	aa. 2 gramos.
Bromhidrato de quinina.		

M. Div. en 10 paquetes.

Para tomar uno cada dos horas.

El salol alivia los dolores, sobre todo en los reumáticos, y en la forma gastro-intestinal ejerce una acción antiséptica muy favorable; el polvo de Dower modera la tos y obra al mismo tiempo como calmante. Los otros componentes de esta prescripción son medicamentos clásicos en la gripa.

En los ancianos, doy esta misma fórmula, suprimiendo la antipirina, ó sustituyéndola por la fenacetina en pequeñas dosis, y aconsejo además la poción tónica de Jaccoud adicionada de una dosis conveniente de estrofanfo.

En la forma sincopal, aplico inyecciones de brandi, éter, cafeína ó esparteína, durante los accesos de síncope. En los intervalos, doy alguno de estos medicamentos al interior, prefiriendo la digital cuando hay taquicardia, y haciendo uso principalmente de la esparteína cuando la enfermedad va acompañada de bradicardia.

Las complicaciones las trato de acuerdo con los principios generales.

Rionegro, Enero 15 de 1894.

### LA GRIPA EN ENVIGADO

POR EL DR. JOSÉ V. MALDONADO, DE ENVIGADO (ANTIOQUIA)

Poco menos de tres meses hacía que no se presentaba en esta población un solo caso de gripa, hasta fines del mes de Octubre pasado; época en que apareció, ó mejor dicho, reapareció aquí y en las poblaciones y campos circunvecinos. La

extensión fue rápida y no obedeció á las leyes conocidas del contagio; apareció primero en los adultos, y después, con caracteres especiales que adelante veremos, en los niños. Hoy está desapareciendo progresivamente y en el mismo orden en que apareció.

Deseando dar la mayor claridad y brevedad posibles á mi estudio, y queriendo evitarme repeticiones, lo dividiré en cinco partes:

- 1.<sup>a</sup> Caracteres generales.
- 2.<sup>a</sup> Formas.
- 3.<sup>a</sup> Complicaciones.
- 4.<sup>a</sup> Mortalidad.
- 5.<sup>a</sup> Tratamiento.

No es mi intención hacer la descripción de la gripa: me propongo únicamente apuntar lo que más ha llamado mi atención en la presente epidemia.

La cefalalgia ha sido notable por su intensidad y duración; frontal, gravativa, duró desde 12 horas, en muy pocos casos, hasta 8, 12 y 15 días. Dolores en las masas musculares y raquialgia cervical y lumbar, siendo mucho más frecuente la última. Estos síntomas, unidos al insomnio y á la irregularidad del pulso, fueron los que abrieron en la mayor parte de los casos el cortejo sintomático gripal.

Al principio de la epidemia, dominó la congestión cefálica, con una ó dos epistaxis, en lo general poco abundantes. El pulso presentó caracteres particulares: no estaba en relación con la temperatura; la mayor parte de las veces era frecuente, depresivo, irregular ó intermitente, marcándose sobre todo estos dos últimos caracteres en los adultos de más de cuarenta años y en los viejos. Además, tenía una amplitud tan especial, que con mucha frecuencia pude creer, antes de contarlo, que había 16 ó 20 pulsaciones menos de las que en realidad se contaban: osciló entre 106 y 140 en los adultos, y en los niños entre 120 y 180 (neumonía). En otros,—y no en pocos,—fue más bien lento. Esta lentitud la encontré en las formas benignas de marcada exacerbación vespéral.

La temperatura osciló entre 38.5 y 39.5, y esta hipertermia no duró más de cuatro días. Sólo en cinco casos subió á 40 y 40.5. En algunos casos ésta fue normal; y en la forma

intermitente hubo una pequeña exacerbación vespéral: 38 á lo sumo.

El meteorismo y la constipación fueron constantes en la forma común ó catarral; los sudores, abundantes y generales.

En dos enfermos, al comenzar la epidemia, observé una erupción muy semejante á la urticaria, por sus caracteres físicos y por las alteraciones funcionales. En estos últimos quince días he visto otros ocho casos iguales á los primeros: erupción abundante en el tronco, más en la cara anterior que en la posterior, abundante también en los flancos, discreta en los miembros, y bien rara en las extremidades. En todos estos enfermos he observado un estado saburral de las vías digestivas, fetidez del aliento, flatulencias y estreñimiento. Lo poco común de esta erupción, unido á lo que antecede, me ha hecho considerarla como producida por algún principio tóxico de origen digestivo, más bien que como síntoma gripal.

*Formas.*—En primer lugar haré una gran división en benigna y grave (en los viejos), febril y apirética, dominando aquélla (febril). Vienen en seguida las formas catarral común y laríngea, con sensación de ardor y constricción en la garganta, ronquera y afonía á las pocas horas de su principio. Gastrointestinal, que se mostró casi exclusivamente en los niños: después de unas pocas horas de vómitos y evacuaciones, fecales primero, y luégo biliosas y serosas, quedaba el pequeño paciente reducido al último grado de debilidad y atonía. Disentérica, unos pocos casos. Reumatismal, un caso. Neurálgica, y á que creo poder llamar intermitente; en esta última el enfermo se siente bien por la mañana; de las 11 ó 12 en adelante hay calofríos, malestar, dolor en la nuca y en las masas musculares de los miembros, fotofobia y curvatura, movimiento febril, noche llena de agitación y angustia. Como yá lo apunté, en esta forma se observa la lentitud del pulso.

El sistema nervioso ha sido directamente interesado en todas estas formas; pruébalo si no, sin tener en cuenta las neuralgias y los dolores prodrómicos, la pérdida tan considerable de las fuerzas, verdadera neurastenia, etimológicamente hablando, que se prolonga dos y tres semanas después de pasada la afección.

He creído que la gripa afecta de preferencia el órgano ó

aparato de menor resistencia. Aquí se acostumbra dar á los niños de cuatro meses, y aun menores, alimentos harinosos y grasos; de aquí el que estos pequeñuelos sean dispépticos, y de aquí el que la forma gastro-intestinal los ataque de preferencia. En los dispépticos, las gastralgias y enteralgias no son raras, y en ocasiones estos dolores se han prolongado por varios días. Receté á una niña negra, hace dos años, para una doble insuficiencia aórtica y mitral; tuvo la gripa, y la encontré con una verdadera locura cardíaca; al tercer día había arritmia, ó, con más propiedad, asistolia, y al cuarto, temprano, murió. En los viejos, la asistolia es rápida y funesta. En un peluquero que maneja también la aguja, hubo agudísimos dolores en los tres primeros dedos de las manos, y en los de la derecha equimosis subunguales puntiformes. Una señora, hija y hermana de locos, terminó loca. Podría multiplicar estos ejemplos, pero creo basta con los apuntados.

*Complicaciones.*—Estas fueron: neumonía, pleuresía y bronquitis. Quizá debiera agregar á éstas, las neuralgias y miosalgias observadas al fin de la enfermedad, y algunas diarreas por abuso ó descuido en la alimentación.

Las neumonías no han sido en nada parecidas al tipo clásico, ó *a frigore*; en lugar del calofrío único é intenso del principio, hay varios y rápidos. El ascenso de la temperatura ha sido progresivo; he notado más lentitud en alcanzar la temperatura máxima que en la neumonía franca, y dicha máxima no ha pasado de 39°; pulso sumamente frecuente: 120 á 140. Intensa congestión pulmonar al principio; de siete casos, cinco la presentaron; se tradujo por esputos de sangre pura; ésta venía en ocasiones coagulada y con la forma del bronquio de donde era expulsada. Los esputos neumónicos se encontraban tres ó cuatro horas después de los primeros; pero no presentaban ni la consistencia ni la viscosidad de los neumónicos comunes, y parecían más aerados. El soplo, profundo y velado, sólo en dos casos fue típico. Disnea considerable, muy parecida á la de la bronconeumonía. E-tertores subcrepitantes finos, más bien que crepitantes.

Duración, de 4 á 6 días.

De las 7 neumonías, 5 fueron izquierdas y de la cima; 2 del pulmón derecho, lóbulo medio.

Pleuresías, todas menos una, derechas; pequeña cantidad

de líquido. Dolor violento en los 8.º y 9.º espacios intercostales, no permitiendo al enfermo variar de posición, porque producía accesos de tos quintosa, explosiva, bastante penosos para el paciente. En los pocos días de duración, desapareció el derrame. Por los signos físicos y algunos de los síntomas funcionales, creo que el líquido fue seroso.

Bronquitis. Fuera de la tos quintosa y dolorosa, no observé otra cosa digna de llamar la atención.

En algunos enfermos de edad avanzada, he observado ciertos fenómenos cuya explicación es difícil. Se presentan con disnea, tos quintosa, intempestiva, pulso algo lento, irregular, vibraciones torácicas débiles; la voz se transmite débilmente, y el ruido respiratorio es *casi imperceptible*; á veces he creído oír un soplo brónquico, expiratorio, en la axila derecha. Supongo, aunque esta explicación no me satisface del todo, que son individuos en quienes los ganglios peritráqueo-brónquicos se encuentran infartados, y en quienes la gripa ha aumentado el tamaño de esos ganglios, comprimiendo la tráquea y el neumogástrico, el cual irritado, ó inflamado,—lo que es menos probable,—produce un cortejo sintomático semejante al de la adenopatía brónquica.

*Mortalidad.*—Considerada de una manera general y en las personas que se sometieron á un tratamiento conveniente, fue bien poca. De 89 enfermos estudiados por mí día por día, en esta epidemia, murieron solamente 5, esto es, el 5,6 por 100, figurando entre éstos dos casos en que hubo complicaciones.

Por los datos que he obtenido, he sabido que la gripa ha hecho varias víctimas en las personas que no han guardado ninguna precaución durante la afección.

En las personas de edad avanzada, la mortalidad ha sido notable: el 50 por 100.

El tratamiento ha sido bien sencillo, salvo en los casos complicados, en que fue sintomático. Las sales amoniacaes, principalmente el acetato y el clorhidrato, en infusión de tilo ó té, y en ocasiones asociadas á la tintura de canela; la quina, sulfato, clorhidrato ó bibromhidrato, han constituido toda la medicación; el benzoato de soda y los antisépticos intestinales han coadyuvado, en los casos en que estaban indicados, á la feliz terminación del mal.

Envigado, Febrero 5 de 1894.

## REPRODUCCIONES

El siguiente artículo—debido á la pluma de M. Proust—nos ha sido remitido por el señor doctor D. Juan de Dios Carrasquilla, con la carta que va en seguida; y, vista su importancia, nos hemos apresurado á darle cabida en las columnas de la REVISTA.

Cocli (municipio de Funza), Febrero 8 de 1894.

Señores Redactores de la REVISTA MEDICA de Bogotá.—S. M.

Remito á ustedes para que le den publicidad, si lo estiman conveniente, en la REVISTA, que con tanto acierto é idoneidad están dirigiendo, la traducción de un artículo que publicó el doctor Proust en la *Revue des Deux Mondes*, en Diciembre del año pasado, sobre higiene.

Interesante me parece por más de un concepto este estudio: la relación que el autor hace de las grandes epidemias, que no han cesado de afligir á la humanidad desde los tiempos más remotos hasta nuestros días, contiene enseñanzas que deberíamos aprovechar; la demostración que da de que las epidemias siguen constantemente el mismo curso que las corrientes humanas, propagándose por las vías que el comercio establece para sus comunicaciones, tanto marítimas como fluviales y terrestres, es un punto de tanta importancia, que yá motivó en el primer *Congreso Médico Nacional*, inaugurado en Bogotá el 20 de Julio del año pasado, una luminosa discusión, en la cual se dejaron comprobados hechos de transmisión por las vías de comunicación, respecto de la fiebre amarilla, de la misma naturaleza de los que han servido al doctor Proust para fundar las conclusiones de su estudio; la conclusión á que llega, á saber: la necesidad de sustituir al sistema de las cuarentenas—reconocido de “una insuficiencia absoluta,”—los medios que “están más en armonía con las nociones de profilaxis internacional y pública admitidos hoy en día (la desinfección), se impone á todo país civilizado, y sería vergonzoso que el nuestro siguiera empleando el sistema otomano, declarado inútil, con grave detrimento de los intereses comerciales,

y en perjuicio de las comunicaciones que tanto favorecen el desenvolvimiento de la Nación.

Soy de ustedes muy atento y seguro servidor,

JUAN DE DIOS CARRASQUILLA L.

---

## ESTUDIOS DE HIGIENE

### EPIDEMIAS ANTIGUAS Y EPIDEMIAS MODERNAS.—LOS NUEVOS CAMINOS DE LAS GRANDES EPIDEMIAS

*Por M. A. Proust, de la Academia de Medicina de París.*

La moda es más lo que perjudica á la ciencia que lo que la sirve, pues les da á la multitud de las gentes incompetentes, con el deseo, la ocasión de tratar cuestiones que la moda saca á luz, sin esclarecerlas, y no hace más que desarrollar el error. Las incertidumbres de la opinión en materia de higiene y de profilaxis, bastarían para probar este aserto, si de ello hubiera necesidad.

Aunque hoy en día está científicamente demostrado el papel que desempeñan las comunicaciones humanas en el transporte de los gérmenes mórbidos, sucede que esto se niega cada vez que estalla una epidemia. Yá nos parece llegado el tiempo —y es lo que hemos querido hacer, poderosamente ayudados en esto por los informes de nuestros sabios colaboradores los médicos sanitarios franceses de Constantinopla, Alejandría, Beyrouth y Suez,—de poner término á tantas opiniones que flotan, desde las nuevas paradojas hasta las viejas preocupaciones, tomando sucesivamente como ejemplos la gripa, las fiebres eruptivas, las enfermedades tíficas, la peste, la fiebre amarilla, y, sobre todo, el cólera, porque es en él donde la demostración es más completa, la observación más minuciosa.

#### I.—EL CURSO Y LA PROPAGACION DE LAS GRANDES EPIDEMIAS

Las grandes epidemias, llamadas también enfermedades populares, á las cuales los antiguos y aun algunos autores modernos, impresionados por su curso tan extraño en apariencia, atribuyeron y siguen atribuyendo un carácter especial de mis-

terio y oscuridad, *aliquid obscurum et divinum*, obedecen, sin embargo, á las leyes ordinarias que rigen la transmisión de las enfermedades. No hace mucho tiempo que Anglada afirmaba todavía la profunda separación que ha de establecerse entre las grandes y las pequeñas epidemias. “Las grandes epidemias, decía, nacen por las solas fuerzas de la naturaleza. No hay poder humano capaz de contener ni de conjurar su explosión. A la manera de los ángeles exterminadores de los Libros Santos, las epidemias caen, cuando suena la hora, sobre las reuniones de hombres y acuestan en la tumba generaciones enteras. Apariciones intermitentes y á largos intervalos de tiempo, invasiones repentinas, etiología ignorada y sin ninguna relación apreciable con las causas comunes, dominación universal, letalidad rebelde á todos los esfuerzos del arte, especificidad profunda, aspecto tan extraño que no tiene análogo entre las enfermedades conocidas: tales son los caracteres de las grandes epidemias.”

Litré, que no adolecía ciertamente de misticismo, se expresaba así: “Las enfermedades pestilenciales no tienen su origen en circunstancias que el hombre pueda provocar. En ellas todo es invisible, misterioso, todo es producido por potencias que sólo nos revelan sus efectos.” Las ideas que vamos á desarrollar en las siguientes páginas, son contrarias á las opiniones de Anglada y de Litré.

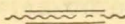
En efecto, si nuestros conocimientos no son todavía absolutamente completos sobre la etiología y el curso de las epidemias, la ciencia moderna sobre todo, gracias al genio de Pasteur, despojándolas del velo misterioso que las rodeaba, ha establecido ciertas leyes que nos dejan prever el camino que siguen y nos permiten detener su desarrollo. Cada vez que la industria humana perfecciona ó abrevia las vías de comunicación, las epidemias se aprovechan de ellas, abandonan las que son demasiado lentas, y toman con el hombre las más rápidas. Es esta una doctrina cuyos efectos están fuera del dominio de la teoría. La opinión que debemos tener del curso de las epidemias, trae consigo consecuencias prácticas. Según Anglada, la autoridad sanitaria no tiene más que hacer sino seguir pasivamente la evolución de las enfermedades pestilentes cruzándose de brazos, por decirlo así. Aceptando la opinión que sos-



tenemos, la higiene puede intervenir. Por lo demás, no hay nada que establezca mejor la acción directa y enérgica que ejercen, sobre el desenvolvimiento de las enfermedades infecciosas y contagiosas, la higiene y todos los auxiliares de que dispone, que la historia misma de estas enfermedades; sobre todo la de aquellas que, después de haber afligido á la humanidad, han acabado por ceder ante los progresos del bienestar y de la civilización.

La peste, la grande enfermedad popular de la antigüedad y de la Edad Media, abandonó la Europa así como su antiguo foco clásico, el Egipto. El *sudor* inglés, que diezmoó todo el Nordeste de Europa á mediados del siglo XVI, nació en Inglaterra cuando la guerra de las dos Rosas, y yá no existe; y si la vacunación se practicara con toda la exactitud que la ciencia exige, no habría viruela. En realidad, si las enfermedades infecciosas y contagiosas son una de las más crueles plagas que causan la desolación de la humanidad, son también los males sobre los cuales podemos obrar más, sea para detener sus progresos, sea para impedir que se produzcan. Las enfermedades infecciosas son verdaderas enfermedades evitables: es, pues, asunto del mayor interés práctico y público conocer el camino que siguen las epidemias, á fin de poder poner obstáculos á su curso y suprimirlas en sus gérmenes.

(Continuará).



## V A R I A



### CORRESPONDENCIA MEDICA

ESTADO SANITARIO DE LA ISLA DE BUENAVENTURA EN EL MES DE  
NOVIEMBRE ULTIMO

(Doctor Ricardo Escobar A.)

Buenaventura, Diciembre de 1894.

Parecerá innecesario que hagamos una descripción minuciosa de la isla de Buenaventura, en el supuesto que debe ser conocida perfectamente de tiempo inmemorial; pero hemos tenido ocasión de notarle ciertas particularidades, tanto en su

formación geológica como en su situación topográfica, que nos mueven á describirla.

Está formada la isla de Buenaventura por un pequeño contrafuerte, desprendido de la cordillera occidental de los Andes colombianos, al subdividirse ésta en varios ramales, desde el nacimiento de los ríos Dagua, Sipí, San Juan, etc. Este pequeño promontorio parece que hubiera formado parte del continente y que una conmoción telúrica, ó el movimiento constante y encontrado del mar con las aguas del Dagua al unírsele, lo hayan disgregado lentamente; pues al fijarse el viajero en el ramal ó faja de terreno por donde viene la vía férrea, y que se prolonga entre Calima y el Dagua, se ve como un brazo de gigante que quisiera impedir la separación de la parte de terreno mixto que en la actualidad forma la Isla; haciendo más creíble esta opinión la circunstancia de que en medio del citado terreno se encuentran grandes cantidades de conglomerado, arcilla, humus, etc., y algunos ejemplares de hermosos árboles seculares que de ningún modo han podido formar parte de los manglares característicos de las ciénagas saladas.

Tiene esta Isla una extensión de dos y medio á tres kilómetros de longitud, y quinientos metros, poco más ó menos, de latitud en su parte más ancha. Su temperatura media es de treinta y siete grados centígrados, á la sombra; y cae en ella una cantidad de lluvia que no baja de cincuenta y cuatro pulgadas anuales. En la actualidad, cuenta la Isla con dos mil quinientos á tres mil habitantes, de distintas nacionalidades y de permanencia transitoria, pudiéndose garantizar que habrá solamente una décima parte de habitantes indígenas, que milagrosamente han escapado á las frecuentes epidemias que aquí atacan á la niñez.

Por razón del comercio en todas sus formas, al cual se dedican casi todos los pobladores, la mayor parte de las habitaciones de alguna importancia están situadas en la parte baja de la Isla, en un pequeño anfiteatro de trescientos á cuatrocientos metros de extensión en su parte abierta, con una dirección irregular norte-sur-este.

La enfermedad reinante es el paludismo en todas sus formas y con todo su cortejo de síntomas, según la naturaleza

orgánica de los individuos y los antecedentes de cada uno. En los niños—cuya mortalidad es enorme—existe una endemia de fiebre especial, que reviste casi todos los caracteres de la meningitis tifoidea en los que alcanzan de catorce á veintidós días de enfermedad, ó los de una fiebre perniciosa *ataxo-adinámica* en los que sucumben pronto. Desgraciadamente los dolientes se han empeñado en creer que este paludismo congénito es simple “ataque de lombrices,” y se cruzan de brazos viendo padecer y morir á sus hijos, después de haberles propinado todos los menjurjes que los curanderos preparan, para el citado ataque de lombrices y el *mal de ojo*.

En los meses de Mayo á Septiembre próximos pasados, tomó esa enfermedad de los niños un carácter cuasi epidémico; y hubo caso de quedar completamente mudo el paciente que sobrevivió á tan fuerte conmoción cerebro-espinal.

A causa de la vida sedentaria de casi todos los que estamos sometidos á este ostracismo, y á causa también de la lentitud digestiva, propia de los países cálidos, la dispepsia existe aquí endémicamente; y como la mayor parte de los que sufren tal enfermedad cogen la monomanía de los purgantes, resulta un crecido número de anémicos, quienes atribuyen su anemia, no al abuso de los purgantes, sino á la acción debilitante del clima.

En cuanto al beriberi, tan decantado aquí y tan justamente temido, no ha revestido sino una forma esporádica. En los casos que hemos presenciado, hemos visto siempre que los atacados de beriberi han sufrido antes el paludismo crónico; que su organización ha sido linfática; que han abusado de las bebidas alcohólicas; que no han guardado las reglas higiénicas indispensables en los climas húmedos y cálidos como éste. Hemos visto igualmente que no ataca á los naturales, y que jamás se ha presenciado aquí caso ninguno de beriberi en la mujer.

Por lo que respecta á la sintomatología, marcha y duración de la enfermedad, es completamente irregular y caprichosa, pudiéndose decir que no llega al estado crónico y que algunas veces toma un modo de ser galopante—si se nos permite esta expresión;—otras veces el paciente ha obtenido la curación sin ocurrir al cambio de clima y sin someterse á aplica-

ciones racionales propiamente dichas. Cuando el beriberi ha tomado la forma que podemos llamar galopante, la muerte ha sobrevenido de una manera súbita, como cuando es producida por hipertrofia del corazón ó por degeneración grasosa de ese órgano.

En las veces en que el paciente se ha defendido con aplicaciones más ó menos racionales, y en que la enfermedad se ha prolongado, los síntomas y marcha de la dolencia han sido variables y propios á otras enfermedades; tales son el edema de los miembros inferiores, sensación de hormigueo en los mismos miembros, debilidad general, dificultad para la marcha y para guardar la posición vertical, pareciendo que las piernas hubiesen perdido su fuerza muscular y que hasta los huesos se hubiesen reblandecido. Más tarde el edema se propaga al tronco, y en ocasiones invade también la cara; y las palpitations del corazón (que siempre aparecen desde el principio de la enfermedad) aumentan de tal modo, que la persona revela un estado de intranquilidad y zozobra *sui generis*.

Como ignoramos por completo la naturaleza del beriberi, no hacemos en este simulacro de revista más que señalar—al correr de la pluma— las observaciones que hemos tenido ocasión de formular, y sin que hayamos intervenido con tratamiento alguno en los casos que hemos presenciado.

Al principio del mes á que nos referimos, hallámos en la mitad del trayecto comprendido entre esta ciudad y la de Cali, un amigo que salía de aquélla con el fin de curarse del beriberi; cambiando de clima y subiendo á una altura superior sobre el nivel del mar, único remedio que ha dado inmediato buen resultado. Nuestro amigo iba lleno de actividad aparente y dispuesto á no temperar más “que unos quince ó veinte días,” esta fue su expresión. Lo hallámos á caballo el día 2 ó 3 de Noviembre, como á las doce m.; viajaba solo y estaba resuelto á completar una jornada de siete á nueve leguas. Pues bien, en la tarde de ese mismo día, y sin accidente ninguno que agravara su situación, murió casi repentinamente, como por un ataque de asfixia, y después de una corta *fatiga*. El beriberi le había principiado unos veinte ó treinta días antes, y había sido nuestro amigo lo que se llama un hombre robusto.

De igual manera han muerto más de cuatro de que tengamos noticia, y cuyos datos podremos suministrar más tarde.

A pesar de todo lo que dejamos consignado con relación al "malísimo clima" de Buenaventura, la mortalidad relativa de los adultos es insignificante, pues varios meses han transcurrido de este año sin que hayan ocurrido defunciones; y aunque somos bogotanos y queremos nuestra ciudad natal con entusiasmo, nos aterra y entristece cada día más la lectura de las largas listas de defunciones que señalan los distintos periódicos de la capital.

---

Santo Domingo (Antioquia), Enero de 1894.

(DOCTOR ANTONIO MAURO GIRALDO)

Santo Domingo, lugar perteneciente al departamento de Antioquia, tiene una temperatura de 19° y está situado á 1,774 metros sobre el nivel del mar, en una mala localidad, escasa de aguas y con malos baños. Sopla allí un viento del Este, que arranca del páramo de San José y mantiene la atmósfera saturada de humedad, determinando cambios bruscos de temperatura. El estado sanitario de la población es generalmente malo.

Hé aquí lo que se ha observado en los seis últimos meses del año pasado, desde el punto de vista médico, en tal localidad.

La gripa apareció en los últimos días de Septiembre, y terminó con el año. En los primeros casos dominaba la forma torácica; ésta y la abdominal predominaron en toda la fuerza de la epidemia; los últimos casos afectaron en los adultos la forma neurálgica, y en los niños la coleriforme. Contrasta esta epidemia con las anteriores por su benignidad relativa. Los ricos, las personas acomodadas y todos los que seguían las prescripciones del médico, pasaban su enfermedad sin mayores accidentes. Los pobres y los que consideraban la enfermedad como una afección ligera, suministraron los casos graves y desgraciados. La mortalidad fue muy poca.

El cáncer amenaza seriamente á esta población. Es muy frecuente en la boca; y á este respecto hay un hecho que me permito hacer notar. En pocos días han llegado á mi consulta seis individuos, portadores todos de dientes artificiales, y en quienes el neoplasma ha tomado origen en el punto en donde

la caja ejerce presión. He visto también tumores cancerosos en la garganta, en el estómago, en el útero, en el seno, en el riñón y en la axila.

Esta población está colocada en condiciones excepcionales para estudiar la malaria. Aquí concurren todos los enfermos del Porce, del Nus, del Nare y del Magdalena, que son los cañones más ricos en fiebres de diversas formas. Las manifestaciones crónicas del paludismo ofrecen aquí el cortejo sintomático perfecto de una afección cardíaca, unida á una anemia profunda. A pesar de eso, tales manifestaciones ceden admirablemente á las preparaciones de quina. Me prometo hacer más tarde la historia del desarrollo del paludismo, insistiendo especialmente sobre el paludismo crónico.

Son raros los casos de alcoholismo crónico, no obstante el mucho alcohol que aquí se consume. Quizá explique su rareza la alimentación sustancial, la vida activa y el rudo trabajo de los antioqueños, que hacen que las combustiones de nutrición se verifiquen en ellos de una manera perfecta.

Las enfermedades del sistema nervioso brillan por su escasez; pero los pocos casos que conozco también son de los más raros. He visto en una misma familia tres niños, hijos de padres sanos, atacados, á no dudarlo, de la enfermedad de Friedreich.

El eczema, el carate, el vitiligo y el prúrigo, son las enfermedades de la piel que más comúnmente se observan.

La sífilis se extiende progresivamente, y las afecciones venéreas no son escasas.

La fecundidad de las mujeres aquí, como en todo Antioquia, es asombrosa. Referiré á este respecto los siguientes hechos, cuya autenticidad garantizo: una muchacha delgada, de baja estatura, ha tenido, en cinco partos, diez hijos. Otra tuvo un parto gemelar; su madrastra tuvo, por el mismo tiempo, tres hijos en un solo parto; murió, y la entenada hubo de amamantar los cinco niños á la vez.

Las leucorreas y las endometritis son comunes y rebeldes á todo tratamiento; sin embargo, esto no disminuye la fecundidad de las mujeres atacadas de tales afecciones. En los partos, las presentaciones son buenas. En seis meses, he tenido que aplicar una vez el forceps, y he practicado dos veces la versión

podálica para presentación del brazo; en los tres casos, con buen éxito para la madre y el niño. Son contadas las mujeres que expulsan espontáneamente la placenta. Varias veces me he preguntado la causa de ello. ¿Será la fecundidad? El mayor número tienen un hijo cada año, hasta contar quince, veinte y más. ¿Será la metritis?

Las bronquitis agudas y crónicas, las bronconeumonías, son aquí tan frecuentes como en Bogotá. Hay enfisema y también asma esencial.

Las enfermedades del corazón son raras; sólo he visto dos casos de insuficiencia mitral, y uno de insuficiencia aórtica.

Las nefritis parenquimatosas, con sus grandes edemas, se presentan de cuándo en cuándo.

Los abscesos del hígado y las hepatitis agudas son raros; pero en cambio son comunes las hepatitis crónicas, y entre ellas la cirrosis mixta.

Entre las enfermedades del tubo digestivo, dominan las enteritis.

Hay pocos casos de tuberculosis, y no he visto uno solo de lepra.

Según los libros parroquiales el movimiento de la población, en los últimos seis meses del año pasado, fue el siguiente:

	Julio	Agosto	Sepbre.	Octubre	Nbre.	Dbre.	Totales.
Nacimientos...	31	30	32	31	26	30	180
Defunciones..	4	10	14	11	21	19	79

Diferencia en favor de la población. .... 101

### REVISTA EXTRANJERA

#### LEPRA Y ENFERMEDAD DE MORVAN, POR MARESTANG

(Archives de Médecine navale et coloniale).

En 1883 el doctor Morván (de Launilis) señalaba la presencia en el Finistère, de una enfermedad que designó con el nombre de *pareso-analgésia de las extremidades superiores con panadizos múltiples*, y que hoy es conocida con el nombre de *enfermedad de Morván*.

La sintomatología de esta afección está constituida por desórdenes tróficos, sensitivos y motores.

Los desórdenes tróficos consisten en panadizos múltiples y sucesivos, grietas, ulceraciones, sabañones, edema violáceo de las manos, flictenas, alteraciones unguales....., situados casi exclusivamente en el último segmento del miembro superior. El dolor falta en todos los períodos del mal, tanto al principio como al momento de la supuración: es igualmente nulo cuando se interviene con el bisturí, sea que se incise ó se ampute.

Los desórdenes sensitivos están menos localizados que los tróficos; sin embargo son los miembros superiores su sitio de predilección, y muy á menudo allí quedan restringidos; pero no es raro encontrarlos en otras partes del cuerpo. Lo mismo que en el panadizo, afección de ordinario dolorosa, la picadura ó el pellizco no provocan el más ligero dolor; los enfermos juegan impunemente con el fuego, haciéndose quemaduras bastante fuertes, de las que no son advertidos sino por la vista. Respecto á la sensibilidad táctil, está menos alterada que los anteriores y en extensión mucho menor, lo que prueba que en la enfermedad de Morván hay disociación siringomiélica.

Los desórdenes de la motilidad, sin ser constantes, son frecuentes; consisten en una disminución más ó menos marcada de la fuerza muscular, acompañada ó nó de atrofia, y, como la analgesia, menos marcada á medida que se avanza hacia la raíz del miembro. La paresia afecta casi exclusivamente los músculos pequeños de la mano, tenares, hipotenares, interóseos, como en la atrofia del tipo Aran-Duchenne; de donde garra más ó menos acentuada, y aspecto simiano de la mano si á la paresia se agrega la atrofia. Si se extiende á los músculos del antebrazo, son los flexores los más invadidos. Nunca ha invadido los músculos de la cara.

Desde el punto de vista de la marcha de la enfermedad, es de notarse que los primeros accidentes se observan en la edad adulta, entre diez y ocho y treinta años, algunas veces más tarde, pero rara vez antes. Son precedidos á veces por dolores neurálgicos más ó menos vivos y que se irradian á todo el miembro, debilidad, adormecimiento ó sensación de frío.

La enfermedad de Morván fue considerada por Morván como entidad nueva de origen medular, y por Déjerine como de origen periférico. Poco después se la colocó en el cuadro de otra enfermedad cuya historia clínica no remonta más allá del



año de 1882, pero cuya lesión anatómica había sido señalada desde 1837 por Oliviers d'Angers: la siringomielia. La identidad de estos dos tipos mórbidos estaba aceptada cuando Zambaco, á su vuelta de Bretaña, afirmó que la enfermedad de Morván, así como el mayor número de casos publicados bajo el nombre de siringomielia, no eran sino una forma de lepra anestésica. Los hechos siguientes sirvieron de base á esta afirmación: la existencia de la lepra en Bretaña en época no lejana; la presencia actual en ese país de casos indudables de lepra, y la existencia en los países leprosos de casos atenuados de lepra anestésica, análogos á la enfermedad de Morván.

Desde el punto de vista clínico, existen, sin duda, entre la lepra y la enfermedad de Morván, semejanzas numerosas; hay aún casos de lepra que se parecen exactamente á la enfermedad de Morván, y que clínicamente no podrían ser diferenciados de esta enfermedad. Pero si en lugar de limitarnos á casos particulares, miramos en conjunto la sintomatología de estas dos afecciones, veremos que la identidad no existe. La esclerosis señalada en la mitad de los casos, y que puede muy bien en otros no estar suficientemente marcada para ser percibida clínicamente; las artropatías, que se encuentran frecuentemente, y la rareza de las fracturas espontáneas, son, ciertamente, síntomas extraños á la lepra.

Un hecho que no debe olvidarse, es que nunca, en la enfermedad de Morván, se observan ni acromias ni hipercromias, que tan frecuentes son en la lepra anestésica; manchas que no faltan en ninguna de las observaciones de lepra europea referidas por Leloir. Tampoco se observa la parálisis facial de naturaleza periférica, tan común en la lepra.

Es de notarse igualmente, desde el punto de vista anatómico-patológico, que se ha encontrado en la enfermedad de Morván una lesión medular que no ha sido hallada jamás en la lepra, y que se encuentran en la lepra lesiones preiféricas que no han sido halladas en la enfermedad de Morván.

Por tanto, la anatomía patológica, lejos de demostrar la identidad de la lepra y de la enfermedad de Morván, conduce, por el contrario, á considerarlas como dos afecciones distintas.

---

## LA TUBERCULOSIS EN LA CARNE DE SUDAMERICA

(De *The Lancet*)

En el número 3,368, de 16 de Diciembre último, el notable periódico de medicina *The Lancet*, que se publica en Londres, y que con justicia goza de reputación universal por la seriedad y elevación de los estudios en que se ocupa, encontramos con satisfacción el siguiente artículo sobre el notable trabajo del joven doctor Miguel Arango M. que fue publicado recientemente en esta REVISTA. Ese trabajo hace parte de la Tesis para el Doctorado en Medicina del doctor Arango M., sobre *La leche y el régimen lácteo*.

Desde que conocimos la Tesis comprendimos la influencia que tendría en el buen uso de un alimento como la leche, tan necesario para todas las clases sociales; pero el estudio del periódico de Londres se contrae á un punto también de trascendencia: la demostración que hace el doctor Arango M. de que no existe la tuberculosis en nuestro ganado vacuno en las alarmantes proporciones que se venía diciendo. La exactitud de sus experimentos, la precisión de sus juicios y la lógica de sus conclusiones, han llamado la atención del periódico científico *The Lancet* y le hace justicia.

Felicitamos al doctor Arango M. por su triunfo y á nuestra Universidad Nacional por los frutos que da.

A. APARICIO.

## "LA TUBERCULOSIS EN LA CARNE DE SUDAMERICA

"Como es probable que una gran parte de la carne que se consume en Inglaterra viene de Sudamérica, consideramos de gran interés un artículo sobre la tuberculosis en el ganado vacuno de Colombia, publicado por el doctor Miguel Arango M. en la REVISTA MEDICA de Bogotá, correspondiente al mes de Septiembre. El doctor Arango dice que si bien es cierto que gran parte del ganado vacuno que se consume en Bogotá, el 90 por 100 más ó menos, presenta pequeños tumores en los intestinos, éstos no son de origen tuberculoso. Esos tumores

varían desde el tamaño de un grano de cañamón hasta el de un grano de maíz. Se les encuentra en la mucosa; se componen de una envoltura fibrosa, blanquecina, adherida á los tejidos vecinos, y de un contenido blando, gelatinoso en los pequeños, y oscuro y más espeso en los grandes. En los pequeños, el contenido se transforma en fibrillas bajo la acción del amoníaco, y en los grandes se disuelve con el mismo reactivo revelando su naturaleza purulenta. También ha encontrado cristales de sílice en dicho contenido. Ha encontrado los tumores en todo el canal intestinal delgado y aun en el recto; pero en ningún caso ha visto ulceración, cuando es cierto que las afecciones tuberculosas de los intestinos casi siempre presentan este aspecto. Además, la afección tuberculosa de los intestinos se presenta casi siempre después de la afección pulmonar, y en las reses que ha examinado el doctor Arango M., rara vez ha encontrado los pulmones afectados; y en los casos de afección de estos órganos, ha demostrado que ella es de origen parasitario, por los distomas que descubrió en el centro de las cavidades pulmonares. Es digno de notarse que, en Bogotá, los caballos y los burros están sujetos á esta afección, aunque es muy rara la tuberculosis en estos animales. Ha observado el autor del artículo que cuando están afectados los pulmones en el ganado, el hígado también está enfermo en mucho mayor proporción. Así, en el año de 1892, en más de 16,000 reses examinadas, el hígado contenía distomas en razón de 1 por cada 3, mientras que en los pulmones sólo aparecían en razón de 1 por 34. Aún no ha sido bien determinada la causa real de los tumores intestinales; pero el doctor Arango cree que deben ser producidos por algún parásito ó por quistes glandulares, debidos á la obstrucción del conducto excretor por partículas de arena. Se ha creído que la frecuencia de la tuberculosis en la clase pobre de Bogotá tiene por causa la existencia de tubérculos en la carne que se consume; pero el doctor Arango observa que las habitaciones, inadecuadas por la carencia de ventilación, y el género de vida que lleva la clase pobre, son más bien la causa de la tisis que padece (1).

---

(1) En confirmación de lo que sostiene el doctor Arango M., hacemos notar que la clase pobre de Bogotá pocas veces come carne y que las personas acomodadas, que siempre la comen, es raro que sufran de tuberculosis. A. A.

“El no niega la existencia de la tuberculosis en el ganado de Bogotá, pero está convencido de que es mucho más rara que en el ganado europeo, y dice que tal vez se introduce con el ganado que se importa. Las condiciones de la vida del ganado en Bogotá son mucho menos favorables al desarrollo de la tuberculosis que las del mismo en Europa, porque en lugar de los establos desaseados y estrechos de Europa, goza por completo de vida libre el ganado de Sudamérica.”

---

COLEGIO MEDICO DE FILADELFIA.—PREMIO WILLIAM F. JENKS.

El tercer premio trienal de 500 dollars será discernido al mejor trabajo sobre la *Mortalidad de los niños durante el trabajo, y su prevención*.

Serán admitidos trabajos de toda nacionalidad; pero el trabajo será rigurosamente personal.

El trabajo estará escrito en inglés, ó si lo es lengua extranjera, debe ir acompañado de una traducción inglesa. Se enviará al Colegio de Médicos de Filadelfia, Pensilvania, EE. UU. de A. antes del 1.º de Enero de 1895, y dirigido á M. Horace Y. Evans, M. D., Presidente del Comité del premio, William F. Jenks.

El trabajo deberá estar impreso, designado por una divisa, é irá acompañado de una cubierta sellada, que contenga la divisa, el nombre y la dirección del autor. No se abrirá sino la cubierta que contenga el nombre del autor coronado.

A petición de los autores, el Comité devolverá los trabajos que no hayan sido coronados, siempre que así se solicite antes de un año.

El Comité puede no adjudicar el premio, si juzga que ninguno de los trabajos lo merece.

---

ACCION ANTIPIRETICA DE LAS PINCELADAS DE GUAYACOL  
SOBRE LA PIEL

(E. Robilliard, externo de los Hospitales de Lille).

El autor relata varias observaciones, en las cuales se ha experimentado el guayacol en pinceladas.

Han sido objeto de estos experimentos, individuos tuber-

culosos, en diferentes períodos de la afección, y que presentaban la fiebre cuotidianamente. Todos los enfermos han obtenido beneficios desde el punto de vista de la temperatura; una hora después de la aplicación, comenzaba ésta á descender, y al mismo tiempo los enfermos sentían en la boca el gusto del guayacol y presentaban sudores abundantes.

Igualmente ha aplicado el guayacol en dos casos de tifo exantemático, y en ambos se ha notado el descenso de la temperatura.

El autor concluye de su trabajo lo siguiente:

1.º El guayacol, en aplicaciones sobre la epidermis, baja la temperatura más rápidamente que el sulfato de quinina y de una manera constante. El descenso de temperatura es considerable, y llega algunas veces á varios grados.

2.º El lugar de la piel escogido, lo mismo que la extensión del espacio ocupado, no tienen ninguna importancia. Se han hecho, en efecto, aplicaciones en la espalda, en los brazos y en los muslos, sin notarse diferencia.

3.º La dosis de guayacol puede variar, pero parece que una aplicación de 0.50 centigramos basta para obtener excelentes efectos.

La pureza del medicamento sí tiene importancia. Las pinceladas que se han hecho con guayacol impuro, no privado de la creosota, han producido sensación de quemadura intensa, y la piel se ha puesto roja.

4.º Los enfermos se someten con facilidad á este género de medicación. Sienten rápidamente sus buenos efectos. Todos los que ha observado acusan un aumento considerable de los sudores y el sabor del guayacol en la boca.

Las orinas parecen más abundantes. Se ha buscado en ellas el guayacol, pero el método es complicado y los resultados han sido negativos. Sin embargo, el medicamento es absorbido por la piel, puesto que los enfermos perciben su sabor sin haberlo respirado, porque se ha tenido el hábito de cubrir el sitio donde se había barnizado, con tafetán impermeable y algodón, sostenidos con una banda apretada.

Se ha creído que la imaginación pudiera tener parte en los resultados obtenidos; pero se ha demostrado lo contrario, haciendo varias veces pinceladas con agua coloreada con carmín, sin obtener nunca descenso de temperatura.

Experimentos hechos en animales no han dado el mismo resultado.

(*Gaz. Méd. de Paris*, número 37, 16 de Septiembre de 1893).

### MEDICINA PRACTICA

#### TRATAMIENTO DE LA NEURASTENIA CONSECUTIVA A LA GRIPA

M. Albert Robin arregla su modo de proceder en estos casos por las indicaciones que suministra el examen de la orina.

A. Si hay fosfaturia, ó si aparece un exceso de materias salinas en la orina, lo que se conoce apreciando en bloc la masa de materiales sólidos en ella contenidos, aconseja lo siguiente:

1.º Dar, al principiar cada comida, uno de los paquetes siguientes:

R. Fosfato de soda. . . . .	0.20	centigramos.
Fosfato de potasa. . . . .	0.25	—
Fosfato de cal. . . . .	0.50	—
Magnesia calcinada. . . . .	0.10	—
Polvo de nuez vómica. . . . .	0.05	—

Para un paquete.

2.º Hacer tomar al enfermo, dos veces por día, 1 ó 2 gramos de kola, bajo forma de elixir preparado con nueces frescas.

B. Si la orina es normal:

1.º Al principiar cada comida, una de las píldoras siguientes:

R. Sulfato de quinina. . . . .	} aa 1	gramo
Extracto de quina. . . . .		
Polvo de nuez vómica. . . . .	20	centigramos

M. y D. en 10 píldoras.

2.º En cada comida, una cucharadita de alguna preparación de hipofosfito.

(*Bull. Gén. de Thér.*).

## BIBLIOGRAFIA

Hemos recibido las siguientes obras :

1.º *La pratique des maladies du système nerveux dans les Hôpitaux de Paris*, Aide mémoire et formulaire, par le professeur PAUL LEFERT. 1 vol. in 16, de 285 pages, cartonné, 3 fr. Ce volume fait partie du *Manuel du médecin praticien*.

Tous les praticiens sauront gré à M. le professeur LEFERT de leur présenter en un petit volume clair et précis la *pratique* des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris dans les maladies du système nerveux: MM. BABINSKI, Gilbert BALLEZ, BOURNEVILLE, BROWN-SÉQUARD, CHARCOT, CHRISTIAN, DEBOVE, DÉJERINE, DUJARDIN-BEAUMETZ, Jules FALRET, FERÉ, GILLES DE LA TOURETTE, JOFFROY, LUYZ, MAGNAN, Pierre MARRIE, Constantin PAUL, RAYMOND, SEGLAS, SOLLIER, Auguste VOISIN, Jules VOISIN, etc.

On trouvera, traitées dans ce livre, les questions qui s'offrent chaque jour à l'observation de tout médecin ou chirurgien: *Abasie, Ataxie locomotrice, Casque vibrant, Chorée, Contractures, Délire, Dipsomanie, Eclampsie, Epilepsie, Fauteuil trépidant, Goître exophtalmique, Hémiplegie, Hypnotisme, Hystérie, Hystéro-traumatisme, Injections de liquide testiculaire, Insomnie, Migraine ophtalmique, Myélite, Neurasthénie, Pachymeningite, Paralysie agitante, Polynévrite, Sclérose, Suggestion, Syphilis du système nerveux, Syringomyélie, Tabes, Tétanie, Tics, Transfusion nerveuse, Vertige*, etc.

Cet ouvrage est dû à la collaboration de 85 médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris, et renferme plus de 400 consultations sur les cas les plus nouveaux et les plus variés.

Il permet au médecin instruit de se rappeler ce qu'il a vu, alors qu'étudiant il suivait les services hospitaliers de Paris; il permet, à celui qui depuis longtemps s'est relégué dans la pratique, de se tenir au courant des nouvelles méthodes de traitement.

Le praticien est toujours certain, quel que soit son choix, de s'appuyer sur les conseils d'un confrère dont le nom fait autorité.

Sans doute, au lit du malade, l'état particulier de ce dernier a au moins autant de poids que le genre de maladie dont il est atteint; il n'en reste pas moins que chaque médecin a pour chaque maladie un ensemble de moyens formant un arsenal dans lequel il puise incessamment, sauf à choisir l'agent qui s'adapte le mieux à la constitution propre du patient.

Pour faciliter les recherches, le livre est complété par deux

tables alphabétiques, l'une par noms d'auteurs, l'autre par ordre de matières. De telle sorte que l'on peut à la fois avoir l'opinion de tel ou tel professeur sur les diverses questions qui sont à l'ordre du jour, et en même temps passer en revue l'opinion des divers chefs de service sur un sujet déterminé.

Librairie J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

2.° *Le Massage Vibratoire et Electrique des Muqueuses, sa technique, ses résultats dans le traitement des maladies du nez, de la gorge, des oreilles et du larynx*, por el doctor Paul Garnault, de París. 158 p. París, 1894.

3.° *El Ielo qe se qonsume en Balparaiso*, por A. E. Salazar y Q. Newman. 14 p. Santiago de Chile, 1893.

4.° *Importancia de los distintos medios de investigación que posee la ciencia actual en el concepto higiénico de las aguas potables*, por el doctor D. Ramón Codina Länglin. 2.ª edic. 66 p. Barcelona, 1894.

5.° *Medicación y medicamentos cardio-motores*, por el doctor D. Antonio Espina y Capo. 2.ª edic.—VI. 334 p. Madrid, 1893.

La BIBLIOTECA CIENTÍFICA MODERNA acaba de enriquecerse con esta interesantísima obra—que forma el 6.º volumen de los publicados hasta hoy—debida á la acreditada pluma del distinguido clínico del hospital general de Madrid, doctor D. Antonio Espina y Capo. El índice de tan interesante libro es el siguiente:

*Prefacio*: Primera parte.—Preliminares ó bases á la Medición cardio-motora.—Capítulo I. Clasificación.—II. Breves reflexiones acerca de la fisiología, patología cardíaca en general.—Segunda parte: Medicamentos cardio-motores.—Capítulo I. Cafiéicos.—II. Alcohólicos.—III. Estrofantó.—IV. Adonis vernalis.—V. Convalaria maialis.—VI. Esparteña.—VII. Sulfato de quinina.—VIII. Cornezuelo de centeno.—IX. Digital.—X. Emisiones sanguíneas.—XI. Medicamentos auxiliares.—Tercera parte: Medición cardio-motora.—Introducción.—Capítulo I. Lesiones funcionales.—II. Lesiones agudas en las tónicas ó en la sustancia del corazón.—III. Lesiones crónicas en las tónicas ó en la sustancia del corazón: sus indicaciones.—IV. Lesiones del corazón propiamente dichas.—V. Asistolia.

Forma un precioso tomo, lujosamente encuadernado en piel, de más de 300 páginas, y se vende al módico precio de 4 pesetas, en la Administración de la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, Preciados, 33, bajo, Madrid, y en todas las principales librerías.