

# Revista Médica de Bogotá

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

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

## SECCION EDITORIAL

### TUBERCULOSIS

En el presente número de la REVISTA publicamos un importante trabajo del doctor Julio A. Vengoechea, relativo á la tuberculosis en la ciudad de Barranquilla. En este trabajo se llama la atención hacia el incremento que ha tomado allí esta enfermedad, en los últimos tiempos, y se estudian las condiciones locales que parecen favorecer su propagación por contagio. Termina el doctor Vengoechea su trabajo proponiendo algunas medidas profilácticas que no parecen de difícil realización, y sobre las cuales nos permitimos también llamar la atención del público en general, y especialmente de las autoridades que, en Barranquilla, estén encargadas de velar por la salubridad de la ciudad.

Como parece que en todo el país la tuberculosis se hace cada día más general y sus manifestaciones más graves, hemos creído conveniente reproducir también las instrucciones dictadas para el público, por el Congreso para el estudio de la tuberculosis de 1888; instrucciones que fueron sancionadas más tarde (1889) por la Academia de Medicina de París, con algunas modificaciones, y las cuales tienen por objeto poner al público en capacidad de defenderse de la tuberculosis.

En Bogotá, las enfermedades causadas por el bacilo de Koch son excesivamente frecuentes, y la tisis pulmonar no es rara, como se había sostenido hasta hace poco tiempo. No podemos asegurar que esta enfermedad se presente hoy con mayor frecuencia que antes; pero no nos parece difícil que su

extensión sea sólo aparente, y que dependa de que hoy se la busca y se la diagnostica con mayor cuidado, desde que se ha adquirido el convencimiento de que la altura á que vivimos no nos da una inmunidad absoluta contra la tuberculosis, y de que la acción de la altura y de otras condiciones de la altiplanicie se limita á atenuar la gravedad de sus manifestaciones pulmonares y á darles un sello especial. En las manifestaciones locales de esta infección (ganglionares, óseas, etc.), la acción del medio es muy limitada, pues se observan con tanta frecuencia como en la zona templada, únicamente que el peligro de la generalización de la infección parece ser menor.

Si los hechos son así, como nosotros lo creemos, las autoridades y los médicos estamos en el deber de luchar, para implantar las medidas profilácticas, generales é individuales, que la ciencia ha encontrado más eficaces para oponerse á los estragos de este terrible azote.

---

#### “ INSTRUCCIONES AL PÚBLICO ”

##### PARA QUE PUEDA Y SEPA DEFENDERSE DE LA TUBERCULOSIS

I.—La tuberculosis es la enfermedad que más víctimas ocasiona. En las grandes ciudades, ella representa  $\frac{1}{4}$  ó  $\frac{1}{5}$  de la mortalidad.

Para darse cuenta de lo alto de esta cifra, basta saber que no es la tisis pulmonar la sola manifestación de la tuberculosis, como erróneamente lo piensa el público; en efecto, un número considerable de bronquitis, de pleuresías, de meningitis, de peritonitis, de enteritis, de lesiones óseas y articulares, de abscesos fríos, etc., son enfermedades de la misma naturaleza de la tisis.

II.—La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, parasitaria, causada por un microbio; pero no es transmisible á una persona sana por un sujeto enfermo, sino en las condiciones especiales que vamos á determinar.

Fuera de la transmisión hereditaria directa, el microbio de la tuberculosis penetra en el organismo por las vías aéreas con el aire inspirado, por el canal digestivo con los alimentos,

por la piel y las mucosas cuando se presentan en ellas excoriaciones, picaduras, llagas y ulceraciones diversas.

III.—La fuente contagiosa más frecuente y más temible reside en los esputos de los tísicos. Casi inofensivos mientras permanecen en estado líquido, se vuelven peligrosos sobre todo cuando se reducen á polvo. Toman pronto esta forma cuando son arrojados por el suelo, en los entablados, los ladrillos, las paredes; cuando ensucian los vestidos, los cobertores, los objetos del lecho, los tapices, las cortinas, etc; cuando se les recibe en pañuelos, en toallas.

Entonces, hallándose yá secos y pulverulentos, son puestos en movimiento por las barridas y por la acción del plumero sobre los muebles; por la limpia y cepillado de los vestidos, de las telas, de los cobertores. Ese polvo, suspendido en el aire, penetra en las vías respiratorias, se deposita sobre las superficies cutáneas y mucosas desprovistas de su cubierta epidérmica, sobre los objetos que sirven para usos alimenticios, y viene á ser así un peligro permanente para las personas que permanecen en la atmósfera así ensuciada.

El principio contagioso de la tuberculosis se encuentra también en las deposiciones de los tísicos, sea que provenga de las lesiones intestinales tan comunes en esta afección, sea que se origine de los esputos que hayan sido ingeridos por los enfermos. Con mucha frecuencia éstos sufren de diarrea, y entonces ensucian las sábanas y la ropa blanca, creando así una fuente de infección contra la cual importa ponerse en guardia.

En consecuencia, es preciso:

1.º Convencerse bien de la necesidad que hay de tomar las mayores precauciones respecto de las materias que componen la expectoración de los tísicos. Se deben recibir siempre estas materias en escupideras que contengan cierta cantidad de líquido, y nó materias pulverulentas, tales como arena, salvado ó cenizas. Será preciso vaciar todos los días las dichas escupideras, sobre el fuego, y lavarlas luégo con agua hirviendo. Jamás deberán vaciarse sobre los estercoleros ni en los patios y jardines, pues habría riesgo de tuberculizar las aves de corral que comieran las materias dichas.

El uso de las escupideras no debe limitarse á los hospitales y á las habitaciones particulares, sino que indispensablemente debe adoptarse para todos los establecimientos públicos

(cuarteles, talleres, estaciones de caminos de hierro y otros lugares de reunión).

2.º No dejar secar la ropa ensuciada por las deposiciones de los tuberculosos, sino sumergirla en agua hirviendo y dejarla allí algún tiempo antes de darla á lavar, ó bien quemarla.

3.º Evitar acostarse en la cama de un tuberculoso, y tratar de habitar en su cuarto el menor tiempo posible, si no se han tomado minuciosas precauciones contra sus esputos y contra la ropa que pueda haber ensuciado con sus deposiciones.

4.º Obtener que los cuartos de los hoteles, de las casas de huéspedes, de las casas de campo, de las quintas, etc., ocupados por los tísicos en las ciudades de aguas y en las estaciones hibernales, estén amueblados y entapizados de tal suerte, que sea fácil realizar en ellos una desinfección completa después de la partida de cada enfermo.

El público es el primer interesado en preferir las habitaciones en que se observen semejantes condiciones higiénicas.

5.º No servirse de los objetos contaminados por los tuberculosos (ropa blanca, ropa de cama, vestidos, objetos de tocador, colgaduras, muebles), sino después de desinfectados (por la estufa con presión, la ebullición, los vapores sulfurados, el blanquimento con cal).

IV.—Si los esputos de los tísicos, así como sus excreciones alvinas, son el origen más común de las tuberculosis adquiridas, no son, sin embargo, el único. El parásito de la enfermedad puede encontrarse en la leche, la carne y la sangre de los animales enfermos que sirven para la alimentación del hombre (buey, vaca especialmente, conejo, aves de corral).

1.º La leche, cuyo origen es de ordinario desconocido, debe atraer especialmente la atención de las madres y de las nodrizas, por razón de la aptitud que presentan los niños para contraer la tuberculosis. En París mueren anualmente más de 2,000 tuberculosos de menos de dos años de edad.

La madre tuberculosa no debe amamantar á su hijo; debe confiarlo á una nodriza bien robusta, que viva en el campo, en una casa no visitada por tísicos, en donde, debido á las mejores condiciones higiénicas, los riesgos de contagio tuberculoso son mucho menores que en las ciudades.

Si no fuese posible amamantar al niño, y debiera some-

térsele á la lactancia artificial por medio de la leche de vaca, deberá dársele ésta siempre hervida.

Las leches de burra y de cabra, no hervidas, ofrecen infinitamente menos peligros.

2.º La carne de animales tuberculosos debe prohibirse. El público tiene el mayor interés en cerciorarse de si la inspección de las carnes exigida por la ley, es conveniente y rigurosamente ejercitada.

3.º La costumbre de ir á beber sangre á los mataderos es peligrosa, siendo por otra parte ineficaz.

V.—No todos los individuos presentan en un mismo grado la aptitud para adquirir la tuberculosis. Hay personas particularmente predispuestas y que deben redoblar las precauciones, para evitar las circunstancias favorables á la contaminación, señaladas más arriba. Esas personas son:

1.º Los hijos de padres tuberculosos, y aquellos que pertenecen á familias que cuentan varios miembros atacados por la tuberculosis;

2.º Los individuos debilitados por las privaciones y los excesos. El abuso de bebidas alcohólicas es muy especialmente nocivo.

3.º Están también predispuestos para la tuberculosis, los individuos atacados ó convalecientes de sarampión, tos ferina, viruela, y sobre todo los diabéticos.”

---

#### SOCIEDAD DENTAL DE BOGOTÁ

En el número 189 de la REVISTA dimos cuenta del movimiento científico de nuestro país en el año anterior, en lo que á la medicina nacional se refiere: tuvimos la satisfacción de registrar allí la fundación de dos nuevas Sociedades de Medicina en las capitales de los Departamentos de Bolívar y Santander, y de la tan fructuosa reunión del primer Congreso Médico Nacional. Síntoma palpable es éste del incremento que está tomando entre nosotros el desarrollo de las Ciencias Médicas: cinco sociedades sabias que velan incesantemente por el adelantamiento del arte de curar, son otros tantos focos luminosos que irradian su luz en todas direcciones; luz que llega

al más apartado rincón de la República á enjugar una lágrima ó á aliviar un dolor.

La Dentistería, como ciencia, es hija de la Medicina; por tanto no podía quedarse extraña al movimiento favorable que hemos señalado en ésta; así, vemos que si entre nuestros médicos hay hombres que son un timbre de honor para la patria, entre los dentistas los hay que se esfuerzan en seguir el camino que aquéllos les trazaran, y que trabajan con ardor en la obra del progreso intelectual.

Si, como dice Shepard, la Dentistería—esa ciencia que se ha desarrollado hasta un grado notable de perfección en el breve instante que comprende la vida de un hombre—nació en la patria de Franklin con la fundación del primer Colegio y de la primera Sociedad Dentales, podemos decir que entre nosotros no sólo ya nació, sino que está arraigada con firmeza. Siete años hace que funciona sin interrupción, en la capital de la República, un Colegio Dental fundado y sostenido con patriotismo ejemplar por el doctor G. Vargas Paredes, cuyos frutos benéficos ya son de todos conocidos. Ahora acaba de fundarse una Sociedad Dental con crecido número de miembros, á la cual nos atrevemos á augurar vida más larga y labor más benéfica que á la extinguida Sociedad Dental de Colombia, coetánea del Colegio.

Vemos, con positiva satisfacción, que pasaron ya los tiempos en que reinaba la creencia general de que para ser dentista no se necesitaba más que estar unas cuantas semanas en casa de algún profesor afamado, y luego darse á recorrer esos mundos de Dios extrayendo muelas y sustituyéndolas artificialmente. La sociedad culta de nuestras capitales está penetrada de la importancia que tienen para el cirujano dentista los estudios teóricos, y sabe apreciar los hijos de un colegio en el que se enseñan, conforme á los últimos progresos científicos, no sólo la Patología y la Cirugía orales, la Protésis y Ortodontia dentales, sino en que también se presta atención á los estudios de Anatomía, Fisiología, Materia Médica y Terapéutica, tan importantes como los primeros, si no más que ellos. El empirismo ciego jamás avanza en derechura hacia la meta ideal que siempre se persigue: necesita la luz de la ciencia, cuyos fulgores en todo tiempo salvaron el criterio extraviado.

Pero el esfuerzo individual, aislado, es casi estéril; el egoísmo es suicida; el hombre, individualmente, poco ó nada puede avanzar: necesita la ajena ayuda, máxime si dedica sus conocimientos á una especialidad. Hé aquí por qué juzgamos indispensable el establecimiento de sociedades científicas ó industriales, y por qué las consideramos como complemento de toda institución docente: ellas obran como antagonistas del aislamiento y la inacción, y son, por tanto, fuerza creadora, germen de vida que alienta y vivifica.

La fundación de la Sociedad Dental responde á una necesidad que yá se hacía sentir, que se palpaba, que estaba en la atmósfera, á la manera que esas grandes ideas precursoras de grandes transformaciones políticas ó morales; sólo que ésta, por ser reducida en su esfera de acción, únicamente puede ser percibida por aquel á quien de más cerca atañe.

El 4 de Abril de 1894, día de la fundación de la Sociedad Dental de Bogotá, será, pues, de imperecedera recordación entre los dentistas nacionales, y será considerado como un día fasto por todos los patriotas verdaderamente amantes de la ciencia y del progreso intelectual.

En ese mismo día, la dicha Sociedad eligió los siguientes dignatarios: doctores G. Vargas Paredes y Rafael Tamayo, Presidente y Vicepresidente, respectivamente; C. E. Salcedo y J. Prieto, Secretarios, y Julio Moncada, Tesorero.

Felicitamos cordialmente á los iniciadores y fundadores de la nueva Sociedad, y les deseamos largos años de fecunda labor; asimismo franqueamos gustosos las columnas de nuestra REVISTA á los trabajos de esta simpática Corporación.

---

## TRABAJOS ORIGINALES

### PROGRESOS DE LA TUBERCULOSIS EN BARRANQUILLA

*Por el doctor Julio A. Vengoechea, de Barranquilla (Bolívar).*

Barranquilla, Marzo 17 de 1894.

Señores Redactores de la REVISTA MEDICA.—Bogotá.

Las multiplicadas atenciones profesionales que he tenido en estos dos meses, me han impedido hasta ahora enviar mi

correspondencia, como ofrecí en carta particular á mi ilustrado amigo doctor Esguerra.

Empezaré en ella por llamar la atención de ustedes sobre un hecho, que tiene gran importancia en el ulterior necesario desarrollo de esta población, la cual, por su excepcional situación, está llamada á ser una de las principales plazas comerciales de la República.

Es asombroso el incremento que de día en día se ve tomar á la *tisis* entre nosotros, debido probablemente á las favorables condiciones en que se encuentra Barranquilla para su propagación por contagio, á las pocas precauciones individuales que para evitarlo se toman, y á las ningunas medidas profilácticas que las autoridades dictan. Basta, para convencerse de esto, traer á la vista las estadísticas de mortalidad que con alguna regularidad se llevan entre nosotros, y consultar las especiales de hospitalización que mensualmente envío á la Junta Directiva del Establecimiento.

Ojalá que estas líneas sirvan para despertar el interés de la propia conservación en los unos, y para recordar su deber á los otros. Es tanto más fundada mi esperanza, cuanto la indisputable autoridad de ustedes, desde la más alta tribuna científica del país, contribuirá eficazmente á la adopción de las medidas que la higiene moderna aconseja, en consonancia con las necesidades del lugar y con los escasos recursos de que podemos disponer.

De todas las enfermedades que azotan al género humano, es indudablemente la *tuberculosis* la que más estragos hace. Según los datos de Hirsch, la séptima parte de todos los casos de muerte son ocasionados por ella, y refiriéndose sólo á enfermedades crónicas, se le pueden atribuir los dos tercios de las defunciones.

En la tuberculosis no son siempre los pulmones los órganos primeramente afectados. Hay formas que pudiéramos llamar secundarias, siguiendo las ideas de un sabio profesor alemán, en las cuales el proceso tuberculoso aparece primero en otros órganos, de donde parten embolías de bacilos de Koch, que irradian después el pulmón.

El contagio se efectúa frecuentemente por los esputos de los tísicos, esputos que contienen una asombrosa cantidad de

bacilos. Nadie ignora esta verdad, y sin embargo, ningún cuidado se tiene con esos esputos, que los tísicos arrojan en cualquier parte, y que son después arrastrados, en forma pulverulenta, por las brisas que periódicamente nos visitan. Cornet demostró lo infectivo que es el polvo de las enfermerías, y sus experimentos fueron plenamente comprobados por Krüger, Rembold y Kastner.

Interesantes por demás son las observaciones de Spillmann y Hanshalter, quienes encontraron numerosos bacilos, en el contenido de las primeras vías digestivas y en los excrementos de las moscas que habían permanecido en habitaciones de tísicos. Sospechan estos autores que esas moscas, secas y reducidas después á polvo, han de ser un admirable elemento de infección.

A propósito de estos elementos de contagio, las moscas, hubo en la sesión mensual de la Academia de Medicina de New York, el 18 de Mayo del año pasado, una interesante discusión al tratarse de indagar la manera como se propagó el cólera á la ciudad. El doctor Itenberg dijo, entre otras cosas, que "hay medios por los cuales pueden transmitirse las enfermedades contagiosas, sin que puedan nada contra ellos los desinfectantes; uno de éstos son las moscas." En apoyo del mencionado doctor, el doctor Bigs observó que la mayor parte de los casos ocurridos en la ciudad, en el otoño de 92, se desarrollaron en carniceros, ó en individuos que estaban continuamente manejando carnes, motivo por el cual estaban más expuestos que nadie á ponerse en contacto con las moscas yá contagiadas.

Por lo demás, las numerosas demostraciones experimentales de Lippel, Villemin, Lagon, Tappeiner, Bertheau, Schweninger, Weichselbaur, Veraguth y Schottelins, no dejan ninguna duda sobre la producción de la tuberculosis en animales, cuando se les hace inspirar esputos pulverizados de tísicos. Observaciones de que igual cosa pasa en el hombre, no faltan, y entre otras es notable la de Reich, en la cual una comadrona tuberculosa contagió diez niños, porque para hacer llegar aire á las vías respiratorias, obstruídas por mucosidades, practicaba la insuflación de boca á boca, insuflándoles también los bacilos del tubérculo.

La infección por materias fecales secas y reducidas á polvo, es posible; pero hasta ahora, que sepamos, no hay observaciones concluyentes. Respecto del sudor de los tísicos, cree el doctor Villemin, por inoculaciones experimentales que practicó, que no goza de propiedades infectivas.

De todos los hechos apuntados, y de los experimentos verificados por autoridades tan competentes en el mundo científico como las que he citado, se comprueba plenamente que *los bacilos infecciosos, reducidos á polvo y arrastrados después por los vientos, son tal vez la causa más general del contagio de tan terrible enfermedad en esta ciudad, cuyo suelo está constituido por arenas movedizas, que descansan sobre un aluvión sostenido por un sub-suelo calcáreo.*

En los meses de Diciembre á Mayo, en que reinan con tanta violencia las brisas en esta localidad, todas las arenas de las calles y el polvo de las habitaciones son removidos, y con ellos los bacilos secos; igual cosa acontece, en la última quincena de Junio y en el mes de Julio, con el viento Norte que domina, viento conocido regularmente con el nombre de *veranillo de San Juan*.

Y no se crea que con el tiempo se extingue la virulencia del bacilo. Numerosas indagaciones se han hecho para determinar su máximum de resistencia. Para Schill y Fisher, las materias tuberculosas secas pueden conservar durante seis meses su poder infectivo; según el sabio italiano Pietro, un esputo seco puede permanecer virulento durante nueve ó diez meses, si se tiene la precaución de mantenerlo á una temperatura media de 25°; y por su parte los doctores Cadéac y Mallet creen probable que la persistencia del poder virulento, si no se trata de asegurar su conservación, no pasa de cuarenta días.

La conclusión práctica que se desprende de estos trabajos, es que la virulencia puede llegar á tener un máximum de diez meses, pero que ordinariamente se extingue ó se atenúa á los cuarenta días. Es este un error de peligrosas consecuencias, comprobado plenamente en la Academia de Medicina de París, por las observaciones del sabio y persistente investigador doctor Ducor. Apoyado en hechos clínicos y experimentales, suministró este autor la prueba de que el bacilo de Koch puede durar mucho más tiempo (dos años y medio), y que, por consi-

guiente, débense modificar las conclusiones de higiene y de bacteriología que resultan de los experimentos que antes he mencionado.

No quiero entrar en los detalles de esta importante memoria, lo cual me llevaría muy lejos para los límites de esta Revista. Basta para mi objeto traer á la vista las conclusiones del doctor Ducro, que son estas:

1.<sup>a</sup> Un esputo tuberculoso, arrojado en ciertos puntos de un departamento, puede secarse y permanecer virulento más de dos años.

2.<sup>a</sup> Según el grado de virulencia ó de atenuación, la absorción de los polvos tuberculosos puede dar lugar, sea á una tuberculosis generalizada, sea á una tuberculosis local ó escrofulosis primitiva.

3.<sup>a</sup> Nunca sería excesiva la importancia que se diera á la destrucción de los esputos y á la desinfección de los locales ocupados por tuberculosos, sea para los enfermos mismos y para las personas que los atiendan, sea para los individuos que, después de aquéllos, deban ocupar el mismo departamento.

Las autorizadas voces de los distinguidos higienistas doctores Dujardin-Beaumetz, Ollivier y Lagneau aclamaron estas conclusiones, y pidieron la inmediata y obligatoria desinfección; llegando el primero de ellos hasta solicitar que se hiciera obligatorio para los médicos, el denuncia á la autoridad competente, del tuberculoso que asistan, para que ésta haga efectuar la desinfección.

La decisión del Consejo de Higiene de París no se hizo esperar, y sus conclusiones son bien conocidas para que deba yo insistir sobre ellas.

Por demás está decir que no estando suficientemente inculcada la idea del contagio, las precauciones que se toman aquí para evitarlo, aun en la clase acomodada, son pocas, y tan poco rigurosas, que ningún resultado favorable pueden dar.

Si he insistido, tal vez hasta la nimiedad y abusando de la hospitalidad que dan ustedes á mis líneas, sobre ciertos puntos de etiología, es porque quiero penetre bien en el espíritu de todos, que la desinfección es tan necesaria en la tuberculosis como lo es en el cólera, la viruela, la escarlatina, la difteria y demás enfermedades reconocidamente contagiosas.

Como medidas profilácticas en este lugar, que indudablemente darían satisfactorio resultado, propongo las siguientes, los cuales someto al estudio de ustedes y á la consideración de todos aquellos á quienes no sea indiferente la degeneración de nuestra raza.

1.<sup>a</sup> Suprimir las arenas de la ciudad; para lo cual basta la desviación de los arroyos, que en la época de invierno arrastran esas arenas desde las colinas situadas al Occidente de ella. Sobre esto he visto publicado últimamente un buen proyecto, formado por el competente ingeniero General José F. Fuenmayor.

2.<sup>a</sup> Dotar las calles de un buen empedrado ó asfaltado y nivelarlas bien, siguiendo el plano inclinado sobre que está edificada la ciudad, lo cual proporcionaría un fácil desagüe al Magdalena.

3.<sup>a</sup> Proveer la ciudad de las bombas necesarias para hacer el riego de las calles dos veces al día durante el verano, ó hacerlo obligatorio á los habitantes para el frente y los patios de sus casas, si aquello no es posible.

4.<sup>a</sup> Para facilitar este trabajo, que las autoridades no podrían atender debidamente por las multiplicadas atenciones que tienen, podría constituirse una Junta permanente, debidamente auxiliada por el Gobierno y por particulares, para que lo reglamentara, invigilara y llevara á buen término.

No me detengo en las medidas particulares de desinfección, porque ellas son iguales á las que se toman con todas las enfermedades contagiosas, y porque yá hablé extensamente de ellas en un periódico de esta ciudad.

---

Dejo para mi próxima Revista hablar á ustedes sobre las enfermedades dominantes de la estación. Como exóticas, ó mejor dicho, como que no han adquirido derecho de domicilio, se han presentado algunos casos de escarlatina y de difteria, que, afortunadamente, hasta hoy no han revestido carácter epidémico.

Soy de los señores Redactores, afectísimo amigo y colega,

JULIO A. VENGOECHEA.

---

## REPRODUCCIONES

## 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.*

(Continuación).

21 de Mayo de 1721.

“El primer médico invitó á los médicos de la Facultad y de las casas reales, á su casa, para comunicarles algo importante de parte del Regente. Se reunieron el miércoles 21 de Mayo, después de comer, en la casa de aquél. Había veinte médicos de la Facultad y cinco de las casas reales: Chirac, primer médico del Regente; Terray, médico de Madame; Falconet, médico ordinario del Rey; Dumoulin, también médico del Rey, y Sidobre, del regimiento de las guardias. En la reunión de la policía se trató de la peste, y nó de su curación. Se propuso qué sería mejor hacer desde que la peste se presentara en una casa, si amurallarla ó impedir toda comunicación con la ciudad, ó poner al enfermo, cualquiera que fuera su condición, en una enfermería ú hospital destinado á los apestados. Estas dos medidas fueron rechazadas unánimemente, como contrarias á la humanidad y á la caridad. Por cartas que allí se leyeron, se supo que en Marsella, desde que M. de Laugeron hizo abrir las casas y las tiendas, la peste disminuyó mucho, y cesó al fin, y que en Toulon, al contrario, donde se amurallaron las casas, morían dondequiera de desesperación y de miseria. En consecuencia, se resolvió que los apestados debían ser tratados en sus casas, como se trata á los enfermos de fiebre maligna y de viruela; que no se condujera á los hospitales sino á aquellos que lo desearan ó que no pudieran ser tratados en sus casas, y que las personas que no estuvieran atacadas por la peste, pero que vivieran en casas en que había apestados, podían comunicar con los demás, sin cuarentena, con sólo hacerse perfumar. Además, no se interrumpirá el comercio, se abrirán las tiendas y las iglesias, y éste parece que es el solo medio de conservar

la salud, y con ella la caridad y la amistad entre los hombres. El resultado de esta Asamblea, digna de los cuidados del Rey, que duró desde las tres hasta las ocho, se publicó y se anunció cinco ó seis veces. M. Burette, médico de la Facultad, Profesor Real y de la Academia de Ciencias, que estuvo presente, me refirió todos estos detalles, y me dijo que había muerto mucho más gente de miseria y de hambre, que de la peste. En vista de este acuerdo, se reunió un Consejo compuesto del Regente, del Canciller, de M. Amelot, jefe del comercio, del primer médico y de Chirac, y, en conformidad con lo resuelto, se enviaron órdenes á Provençe.”

Estos detalles sobre la peste que desoló á Marsella en 1720, explican, sin justificarlas, todas las medidas que se tomaron en aquella época y casi hasta en nuestros días. Estaba prohibido, so pena de muerte, socorrer á los náufragos que hubiesen partido de lugares puestos en el índice por la intendencia sanitaria. En la relación de un hecho observado en 1874 en el lazareto de Marsella, leemos que el enfermo no puede ir de su cama á la reja interior del cercado Saint-Roch, para que *lo vean de lejos* los hombres del arte. En otra relación de 1876 se dice que el enfermo está muy débil para venir á la barrera de hierro. El bubón hace progresos, el delirio persiste; el enfermo parece haber tomado las bebidas que se colocaron cerca de él. M. Michel Laroche, médico que no veía al enfermo, pero que era informado por el guardián de salud, dice, en el certificado que dirige á la intendencia, que, no pudiendo administrarles los recursos á los apestados sino por las ventanas y con la ayuda de máquinas, éstos resultan ineficaces, pues los enfermos no tienen el conocimiento y las fuerzas necesarios para servirse por sí mismos en sus piezas. “Nosotros pedimos á la intendencia, agrega, que tenga la complacencia de examinar, con su atención ordinaria, si se debe abandonar á un enfermo en tal estado de delirio y postración, ó colocar cerca de él á alguna persona de buena voluntad.” Esta última petición fue negada.

En el Cairo, algunos monjes del presbiterio italiano llevaron el terror, en 1841, hasta coger con pinzas la hostia que les daban á los enfermos en la comunión. En Egipto también, el vestido de los médicos y de las otras personas que visitaban á los apestados, era de marroquín de Levante, la máscara tenía los

ojos de cristal, y presentaba una larga nariz llena de perfumes. En Marsella, los desgraciados apestados morían sin haber visto un médico ni un cirujano; se les echaba un bisturí para que ellos mismos se abrieran sus bubones. En un caso, á un enfermo, después de haber permanecido tres días en el suelo, se le echó sobre un colchón por medio de ginchos; en otro, unos desgraciados, acusados de haber apestado una ciudad frotando las escaleras con emplastos cargados de pus de bubones pestilenciales, fueron entregados al último suplicio. En época más reciente no se veían los apestados sino al sexto día, y eso con anteojos de aproximación. A fines de nuestro siglo, en 1878, la peste ocasionó, en las riberas del Volga, escenas que nos recuerdan la Edad Media: una mujer que entró al lazareto, permaneció sin conocimiento uno ó dos días, y al volver en sí, se encontró rodeada de veinte cadáveres y con los pies helados; grita inútilmente durante varias horas, y el *mortuus* (enfermero especial de los apestados), al llegar, cae ebrio delante de ella. Los cadáveres permanecen doce días sin sepultura. Con un frío de 8° á 10° Réaumur, los enfermos quedaron abandonados, sin cuidados, sin alimentos, sin vestidos, en casas cuyas vidrieras habían sido rotas por algunos fanáticos. Niños flacos, macilentos, recorrían las calles llorando, rechazados de todas partes y muriéndose de hambre.

Un Papa murió, y como nadie quisiera enterrarlo, un hermano suyo y la mujer de éste, que estaba encinta, cavaron un foso en la tierra helada; á los tres días ambos habían sucumbido. El cólera de Nápoles, en 1884, y recientemente los de España y Rusia, han ostentado escenas igualmente salvajes.

El primer reglamento sanitario que hubo en Francia tiene fecha de 25 de Agosto de 1683. Prescribe las precauciones que se han de tomar para impedir que la peste se introduzca en el reino; este reglamento, publicado en Fontainebleau, lleva las firmas de Luis XIV y de Colbert. En 1721, la ciudad de Marsella hizo una curiosa aplicación de este reglamento: se sirvió de él para rechazar la entrada al puerto, á una galera del Rey, que venía de Toulon, donde la peste estaba en toda su fuerza, mientras que en Marsella comenzaba á declinar.

La peste, que era considerada como una enfermedad extinguida, se ha encendido nuevamente en estos últimos años en

la Mesopotamia, en las montañas del Assir, en las riberas del Vo'ga (epidemia de Vetlianka), en Benghazi, en la Tripolitana, en el Hindostán y en la China. En los últimos quince años, la enfermedad se ha propagado dos veces á grandes distancias: de la provincia de Bagdad á Persia, y de este último país hasta el curso del b. jo Volga.

La conclusión que debemos sacar de esto es que se debe mantener una activa vigilancia respecto de la peste, sobre todo porque en la Tripolitana y en el Sur de la China, la peste es límite de nuestras posesiones coloniales. Inútil nos parece advertir que los medios que aconsejamos son mucho más humanos, y también más eficaces, que aquellos cuya relación acaba de leerse. Limitándonos á la China, la peste fue comprobada en la provincia del Yunnán, de 1850 á 1878; y es endémica en Pakhoi, costa septentrional del golfo del Tonkín, y en Lien-Chu. Se la observó igualmente en el Hindostán, de 1815 á 1821; en Pali, en 1836; de ahí el nombre de *peste de Pali*; y de 1846 á 1880, en los distritos meridionales del Himalaya, cerca de las fuentes del Ganges. Las epidemias del Hindostán fueron observadas por médicos; no sucede otro tanto con las del Yunnán y la China meridional, que no fueron vistas sino por viajeros.

#### VI.—LA FIEBRE AMARILLA

Señalábase antes como límite á la fiebre amarilla el paralelo 43° de latitud Norte, es decir, una latitud que corresponde á España é Italia; pero vimos en Francia, en 1861, una epidemia de fiebre amarilla en Saint-Nazaire, que está á más de 47°. La enfermedad, por último, fue importada á Brest (48½°), al Havre y á Inglaterra (51°). Sin pretender negar que ciertas latitudes favorecen la diseminación de la enfermedad, es preciso reconocer que no pueden oponer á los efectos de la importación un obstáculo insuperable. Debe notarse también que el campo de las grandes epidemias de fiebre amarilla se ha ido extendiendo á proporción que las comunicaciones se han hecho más rápidas y más frecuentes. Esta observación es aplicable tanto á América como á Europa. La fiebre amarilla, originaria del golfo de México, en donde parecía confinada como enfermedad endémica, tiende á adquirir cada día mayor

extensión en el Nuevo Mundo; y no sólo hace progresos y tiene tendencia á propagarse y aclimatarse en las costas de la región cálida de América, donde antes no hacía sino raras y cortas apariciones, sino que yá no limita como antes sus devastaciones á la zona marítima, penetrando muy lejos hasta las tierras del interior.

Esta extensión considerable del dominio de la fiebre amarilla, que coincide con la extensión y rapidez de las relaciones comerciales, es una amenaza incesante para Europa y exige serias precauciones. Sin embargo, entre los países invadidos, no todos ofrecen para nosotros igual peligro. Inútil parece decir que las estaciones desempeñan papel importante en la aparición de la fiebre amarilla y en el peligro de su importación. El frío hace cesar las epidemias. Los inviernos, empero, y los estíos del hemisferio austral de América son opuestos á los nuestros. En el Brasil y en la Argentina, la fiebre amarilla se presenta hacia fines del año, y se prolonga hasta el mes de Junio; es la época en que, para nosotros, es de temerse más la importación de la enfermedad. Las influencias de las estaciones, al contrario, se manifiestan en una época opuesta, en la parte del hemisferio boreal situada más allá de la zona tórrida. De modo que tenemos por qué temer mucho más, á este respecto, las importaciones provenientes del golfo de México, de Cuba y de la costa Atlántica de los Estados Unidos. Felizmente no tenemos en Europa grandes epidemias desde 1857, aunque la fiebre amarilla se mostró en Saint-Nazaire en 1861, y en Barcelona en 1870.

España ha sido el país de Europa que ha sufrido más con la fiebre amarilla; algunas de sus ciudades perdieron en ciertas epidemias el quinto de su población; en 1800 y 1801, la importación de la enfermedad á Cádiz causó 279,560 casos, y 79,500 defunciones; en Málaga, en 1803, en una población de 48,000 habitantes, hubo 26,000 casos y 6,884 defunciones; al año siguiente, en la misma ciudad, hubo 18,000 casos y 7,000 defunciones; en Barcelona, en 1821, hubo 70,000 casos y 20,000 defunciones. Esta mortífera epidemia de Barcelona produjo en Francia considerable conmoción, y dio por resultado que se votara la Ley del 3 de Marzo de 1822.

## VII.—EL COLERA.—CAMINO QUE SIGUIERON LAS PRIMERAS EPIDEMIAS: VIA DE TIERRA, SU LENTITUD Y SU CURSO.

Las afecciones de que hemos hablado hasta aquí no nos han permitido demostrar, de una manera precisa, el papel de las transformaciones de las vías de comunicación en las modificaciones de los caminos que han seguido las epidemias; pero vamos á ver que esta influencia es evidente, ahora que vamos á estudiar el curso de las epidemias de cólera.

La formidable epidemia que invadió á Bakou en 1892, y que tomó el camino de hierro transcaspiano, tuvo un curso en extremo rápido, mientras que las epidemias de 1830 y de 1846, que siguieron igualmente el camino de tierra, anduvieron con mucha lentitud. Hablaremos primero de las epidemias de 1830 y 1846, que vinieron hasta París en 1832 y 1849, y que le causaron á Francia 100,000 víctimas la primera, y 250,000 la segunda. Yá en 1823 había habido en Astrakan una pequeña epidemia de cólera, importante para nosotros, porque trazó el camino que habían de seguir las dos invasiones que la sucedieron.

El cólera, originario de las Indias orientales, reinaba en Persia en 1822; invadió el Ghilán y el Mezanderán, provincias septentrionales de la Persia, que forman el litoral meridional del Mar Caspio. Después de algunas devastaciones, se dulcificó, durante el invierno de 1822, para reaparecer, en 1823, en Recht. De esta ciudad, siguiendo el litoral occidental del mar Caspio, franqueó la frontera rusa por la pequeña ciudad de Astara, en Junio. De Astara pasó á Lenkorare, situado á algunos *verstes* de Astara, el 29 de Junio. De Lenkorare invadió á Salián, é irradió en los alrededores de esta ciudad. El 11 de Septiembre se le observó en Bakou, y el 22 en Astrakan, donde no tardó en extinguirse.

La epidemia de 1830 tuvo el mismo principio. El Ghilán y el Mezanderán fueron invadidos en 1829; la enfermedad fue benigna durante el invierno, se agravó, durante la primavera, en el Ghilán y en el pequeño puerto de Enseli, situado á pocas horas de Recht. Como en 1822, el cólera costea el litoral occidental del mar Caspio, y se presenta, á mediados de Junio de 1830, en Salián. Tomando entonces dos direcciones diferentes, de un

lado, siguiendo todo el valle del Koura, se dirige hacia Tiflis y se esparce por todo el Cáucaso; del otro lado se muestra en Bakou, Derbent, é invade á Astrakan; llega en seguida á las regiones vecinas, y sube por el Volga. Se extiende por Rusia y llega á los otros Estados de Europa. No seguiremos su curso en estos detalles; sólo recordaremos ciertas observaciones, que nos interesan más particularmente y que son sobre todo curiosas en razón de la época en que sucedieron. Yá estos casos demuestran la transmisión. Después de haberse mostrado el cólera en Kief, el 26 de Diciembre de 1830, se extinguió durante los grandes fríos; apareció de nuevo, extendiéndose por las provincias occidentales de Rusia, adonde llegó con el ejército ruso dirigido contra Varsovia. El 14 de Abril estalla en esta ciudad, donde los polacos habían traído gran número de prisioneros, después de la batalla de Igani; y presto quedaron invadidas la Moldavia y la Galicia.

Del litoral del Báltico partió el cólera para infestar á Inglaterra; el 4 de Noviembre de 1831 apareció en el puerto de Sunderland, el 27 de Enero de 1832 en Edimburgo, y el 10 de Febrero en Londres. Graves observa que Dublín, Cork, Belfast, fueron acometidos como cuatro meses antes que Waterford y Wexford, siendo digno de reparo que un *steamer* hacía, dos veces por semana, un viaje entre Dublín y Belfast, mientras que no había comunicación entre Dublín y Waterford, ni entre Dublín y Wexford; y, por otra parte, Waterford y Wexford no tenían con Inglaterra sino muy limitadas relaciones. El 15 de Marzo, el cólera, que venía de Inglaterra, estalló en Calais, y once días más tarde, el 26 de Marzo, en París. Viose entonces que la epidemia irradiaba en todos sentidos al rededor de este nuevo centro de propagación. La extensión se hizo primero circularmente en los Departamentos que rodean al del Sena; después se dirigió á un mismo tiempo en todas direcciones.

En 1846, después de haber llegado á Salián de una manera idéntica á la observada en las dos precedentes invasiones, el cólera se mostró, el 8 de Noviembre, en la ciudad de Chemaka, á poca distancia de Salián; en Diciembre se le vio en Bakou y en Derbent; olvidado durante el invierno, se mostró, en Abril de 1847, en el distrito de Derbent, en Kouba, y se propagó á Te-

mir-Khau-Choury. De aquí fue transportado por los enfermos enviados á las aguas minerales de Kisliar. La enfermedad se diseminó entre los Kalmukos, dispersados en las estepas hasta el Volga; el 16 de Julio estaba yá en Astrakan, al mismo tiempo que se dirigía hacia Tiflis; de aquí pasó á Koutais, y no tardó en llegar á Trebisonda. Al norte de Tiflis, el cólera siguió la gran vía militar que atraviesa la cadena del Cáucaso á la altura de 7,000 pies, y á fines de Julio existía en Stravropol, en la vertiente opuesta. De un lado llegaba al mar Negro é invadía sus puertos; del otro, atraviesa la Rusia, la Alemania, la Francia y la Italia. No lo seguiremos al través de Europa.

Lo que aparece interesante para nosotros en el estudio de estas epidemias, es la progresión por etapas sucesivas y siempre repetidas, es el curso siempre idéntico del cólera; rasgo común de las primeras epidemias que siguieron caminos por tierra. Hay en esto un hecho de los más importantes para la higiene internacional, hecho que muestra en qué puntos deben establecerse los *puestos* sanitarios destinados á protegernos en el porvenir. Es interesante comparar estas epidemias, que gastaron muchos años para venir de la India á Bakou, en 1823, 1830 y 1846, cuando las comunicaciones con el Turkestan no existían, con la epidemia de 1892, después de abierto el camino de hierro transcaspiano.

(Continuará).

---

## OBSERVACIONES CLINICAS

### EL GRANIZO

COMO TRATAMIENTO AUXILIAR DE LA INFLUENZA Ó GRIPA

Por el doctor Teodosio F. Acero, de Fómeque (Cundinamarca).

Fómeque, Marzo de 1894.

Señores Redactores de la REVISTA MEDICA.

Por considerarlas de alguna importancia, remito á ustedes las siguientes observaciones acerca de los buenos resultados que he obtenido empleando el *Granizo* en el tratamiento de la gripa. La circunstancia de haberse presentado aquí la gripa bajo forma epidémica, en Octubre del año pasado, cuando la

*misión* emprendida por tres sacerdotes jesuítas, llegados á esta población el 22 de dicho mes, produjo una afluencia de más de tres mil personas, me permitió examinar numerosos casos de dicha enfermedad, y me puso en capacidad de comparar los resultados obtenidos con los diversos tratamientos empleados.

La población de Fómeque, perteneciente á la provincia de Oriente en el departamento de Cundinamarca, se halla situada á 1,970 metros de altura sobre el nivel del mar. Su temperatura media es de 19° C.; pero la vecindad del páramo de Chingasa, hace que esta temperatura presente á menudo bruscas y considerables variaciones.

Dos corrientes de agua—el Rionegro y el Rioblanco—encierran la población. El primero de estos ríos corre de Oriente á Occidente y nace en el páramo de Chingasa; sus aguas prestan servicios terapéuticos en la *psoriasis*, los *eczemas* y las *ulceraciones sifilíticas*. Las aguas secundarias que le entran contienen óxido de hierro, cloruro de sodio y sulfatos de hierro y de potasa. El segundo, ó sea el Rioblanco, nace en el municipio de la Calera y corre de Norte á Sur; sus aguas están aconsejadas en las *neuresis*, las *congestiones uterinas*, las *metrorragias*, y en el *reumatismo agudo y crónico*; contienen gran cantidad de sulfato de hierro. Los mencionados ríos, que á poca distancia corren por un mismo lecho, circundan el bello caserío de La Unión, cuya temperatura media, 22°, presenta una uniformidad constante.

Las corrientes de aire soplan aquí de Sur á Norte, y son los vientos llamados *brisas del Orinoco* ó *vientos Alisios*, que por la diferencia de temperatura, ascienden de las llanuras de San Martín á las ramificaciones de la Cordillera Oriental y luégo toman dos direcciones: los unos siguen el curso del Rionegro, y los otros los baldíos que limitan con Quetame y Fómeque; purificados por las grandes montañas que atraviesan, llegan á todas estas poblaciones, para continuar luégo su camino por el Oriente y Sur de Bogotá.

---

El 25 del citado mes de Octubre tuve la primera consulta de *influenza* ó *gripa*: se trataba de una señora de buena constitución, bien musculada, casada, de edad de treinta años y que se hallaba en el octavo mes de un embarazo normal. Re-

pentinamente experimentó un fuerte dolor en la región dorsal, dolor que se extendía hasta el hipogastrio; esta neuralgia fue considerada por la enferma como el principio de un aborto. Además, sintió un fuerte calofrío seguido de fiebre de 39°; movimientos frecuentes y agudos del feto; cefalalgia frontal y orbital izquierda; dolores articulares que se exasperaban con todo movimiento; miosalgias fuertes y generales que comparaba á picaduras de aguja; el sistema nervioso afectado notablemente; completo insomnio; mucha agitación, acompañada de opresión y subdelirio, por las noches; contracciones cardíacas aceleradas y dolorosas; pulso duro y rápido, de 100 á 120 por minuto. Enrojecimiento de la cara y de las conjuntivas; coriza, lagrimeo y dolores en los pómulos; voz ronca, debido á una inflamación de la laringe que hacía difícil la deglución; tos gutural, dolorosa, húmeda y que daba esputos mucosos; perturbaciones gástricas; lengua pastosa; anorexia; mucha sed y vómitos.

Tratamiento: hojas de *granizo*, 4 gramos; agua hirviendo, 250 gramos. Para una toma. Reposo absoluto; posición, decúbito dorsal. Agua de malvavisco, 300 gramos; yemas de huevo, número 1; tintura de Azafétida y láudano de Sydenham, a. a. 1 gramo. Para 1 lavativa. Por tisana, infusión de granizo; alimentación láctea.

El día 26 había mejorado: disminución de las neuralgias congestivas de la cara, sudores abundantes. Aconsejé la misma infusión de granizo á mañana y tarde. La temperatura del aposento de la enferma era de 22°. El 27: desaparición del dolor de cabeza y mejoría en el estado general. La agitación, el delirio y la opresión, aunque no eran intensos, sí inquietaban á los parientes. Ordené: infusión de *granizo* tres veces al día, como sudorífico, y la poción siguiente: fenacetina, 50 centigramos; bromuros de potasio y de sodio, a. a. 2 gramos; agua, 150 gramos; jarabe de goma, 30 gramos. M. R. "Cucharadas." Una cada dos horas. La enferma se sentía cada día mejor, y todo pasó sin desgracia alguna.

El 26 del mismo mes fui llamado para atender á otra señora, atacada de gripa y que se hallaba en el séptimo mes de un embarazo normal. Prescribí la misma infusión de *granizo*, quietud, abrigo y tisana de *granizo* á toda hora. Al día si-

guiente la enferma había mejorado: desaparición del dolor de cabeza, baja de temperatura y estado general satisfactorio. Ordené el mismo régimen y tratamiento. La enferma permaneció cinco días más en la cama, en una habitación mantenida cuidadosamente á una temperatura de 20°, y curó sin complicación.

En los últimos días de Octubre y en todo Noviembre, tuve muchas consultas de gripa, referentes la mayor parte á gentes pobres y que viven en malas condiciones higiénicas. A todos aconsejé el *granizo* en la forma indicada, y obtuve resultados curativos de suma importancia. Sólo tengo que lamentar la muerte de una persona notable, á consecuencia de una doble *bronco-neumonía* adquirida en la convalecencia de la gripa.

En resumen: el *granizo* se halla aquí en mucha abundancia; nace en un clima de 14°, y su madera es importante para la ebanistería y para las obras de construcción. Para que la planta produzca buenos resultados en la gripa, es preciso administrarla en grandes dosis, manteniendo á los enfermos abrigados y en aposentos caldeados á 20° C., por lo menos.

---

## V A R I A

---

### REVISTA EXTRANJERA

DE LA INTERVENCION QUIRURGICA EN LAS LESIONES GRAVES  
DEL ABDOMEN, POR EL DOCTOR SIEUR

(*Journ. de Méd. et de Chir. prat.*).

El doctor Sieur, médico mayor, ha publicado en los *Archives de Médecine*, un estudio considerable sobre este asunto. Sus conclusiones manifiestan bien cuál es el estado actual de la cuestión y cuáles son las opiniones autorizadas sobre punto tan delicado. Por tanto, vamos á reproducirlas íntegramente.

En presencia de un traumatismo grave, que interese el vientre, pero que deje intactas las paredes de éste, ¿debe intervenir inmediatamente el cirujano, ó debe abstenerse?

A la hora que es, la abstención sistemática no nos parece

aceptable, y yá Chavasse nos ha hecho ver los deplorables resultados á que ella conduce. Jobert mismo, aunque vivía en una época en que el respeto por el peritoneo era un dogma, y aunque había tenido ocasión de observar dos rupturas de esta serosa, que habían curado sin necesidad de intervención, fue partidario decidido de ésta.

En cuanto á la abstención eventual, aquella que consiste en aguardar, para obrar, á que se presenten síntomas de inflamación, ésa se funda, no sobre la posibilidad de una curación espontánea, sino sobre la dificultad que hay para distinguir los casos *graves*, de aquellos que llamaremos con Moty casos *leves*.

Hemos visto cuánto es breve el período verdaderamente operatorio, aquel que permite paliar los peligros de una hemorragia interna y de una infección sobreaguda del peritoneo! Ahora, durante este mismo período, comprendido entre el acto del accidente y las seis ó doce primeras horas que siguen, los síntomas de la contusión simple y los de la contusión con complicaciones internas, se encuentran á veces de tal modo confundidos, que muchos cirujanos declaran imposible hacer la distinción.

¿Podemos, á lo menos, creernos autorizados para intervenir cuando hay duda, y confiar en que la laparotomía exploradora no ha de traer malas consecuencias al enfermo? M. Terrier en Francia, y numerosos cirujanos en el Extranjero, han respondido yá afirmativamente.

“En los casos en que razonablemente haya lugar á creer que el intestino está herido, dice Mayo Robson, <sup>1</sup> la exploración, por medio de una pequeña incisión, debe hacerse para saber si hay ó nó ruptura del intestino. Podrá suceder que por la abertura del vientre, se escapen gases ó serosidad teñida en sangre: se agrandará entonces la abertura para poder aplicar el tratamiento conveniente. Si nada sale, ni gases ni líquidos, y si el peritoneo parece sano, entonces se cerrará la pequeña incisión parietal, y ningún inconveniente resultará para el enfermo.”

Mac Cormac había emitido la misma opinión en 1877. Recientemente Croft, fundándose tan sólo en los hechos de su práctica personal, concluía que habría razón de hacer una

---

1. *Clin. Soc. trans.*, vol. xxi, pág. 122.—1892.

incisión exploradora, desde el momento de la admisión del enfermo en el hospital.

Bien que así no exista ya problema clínico que resolver, creemos, en interés mismo de los enfermos, que es preciso, antes de abrir el vientre, tratar de establecer el diagnóstico según los conmemorativos y los síntomas principales. Ciertamente que entre estos últimos no hay uno solo que, tomado aisladamente, pueda tener valor realmente patognomónico.

El cirujano deberá guiarse más bien por su asociación, por la intensidad de algunos de ellos, y por esa ansiedad peculiar de los enfermos de esta categoría, á quienes el más ligero desalojamiento ó el menor esfuerzo, arrancan gritos de dolor.

Cuando la lesión está situada en el origen del intestino delgado, algunos de ellos experimentan repugnancia instintiva por los alimentos.

Mac Cormac nos refiere el caso de un herido, atacado de una ruptura transversal de yeyuno, quien, casi inmediatamente después de tomar un poco de leche, sintió un dolor violento en el vientre, y sucumbió de peritonitis veintisiete horas después.

También, en el operado de Moty, la penetración de un líquido en el tubo digestivo, provocaba aumento en los cólicos y en la alteración de los rasgos.

En materia de *contraindicaciones*, sólo vemos dos: al principio, el *shock* nervioso puede ser tan intenso, que podría ser realmente peligroso manipular más un órgano tan rico en terminaciones nerviosas como lo es el intestino. Más tarde, cuando ya los accidentes peritoneales han alcanzado su máximo de extensión y de intensidad, cuando el enfermo está en colapsus, cianosado, anúrico y frío, el pronóstico parece ser fatal, y entonces es preciso alejar toda idea de intervención.

En resumen:

1.º Las contusiones del abdomen, complicadas de lesiones viscerales, seguidas como son casi siempre de muerte, exigen una intervención pronta;

2.º Los conmemorativos del accidente, el conocimiento exacto del punto traumatizado, y el conjunto de síntomas iniciales que el enfermo presenta, permitirán establecer el diagnóstico de ruptura intestinal ó de desgarradura hepato-esplénica;

3.º El éxito operatorio dependerá especialmente de la prontitud en la intervención, siendo así que la hemorragia interna y la septicemia peritoneal, son los dos accidentes que más pueden temerse;

4.º En los casos en que los síntomas iniciales contrastan, por su benignidad, con la gravedad del traumatismo, se someterá al enfermo á un reposo absoluto y á una dieta severa, reservando la intervención para cuando se muestre el menor signo de peritonitis;

5.º En semejantes casos, puede encontrar su indicación la pequeña incisión exploradora de Robson;

6.º Cuando existe una ruptura completa del intestino, ó una contusión grave que exija una resección de este órgano, la enterorrafia, con avenamiento (*drainage*), es el mejor modo de tratamiento;

7.º En las desgarraduras del hígado se recurrirá á la sutura ó al taponamiento; y

8.º En cuanto á las desgarraduras del bazo, la hemorragia que en ellas se presenta es tan abundante, que de ordinario habrá necesidad de efectuar la esplenectomía.

---

MUERTE APARENTE POR CUERPO EXTRAÑO; TRACCIÓN DE LA LENGUA (M. LABORDE)

M. Laborde da cuenta á la Academia de Medicina de París de un nuevo éxito, obtenido por el doctor Stieffel (de Joinville-le-Pont), en un individuo que durante la comida perdió el conocimiento, cayendo en un estado de colapsus que simulaba absolutamente la muerte; este accidente fue debido á que el citado individuo había engullido de través un confite preparado con miel. M. Stieffel practió inmediatamente tracciones de la lengua por el método de M. Laborde, y dos ó tres minutos después obtuvo una primera inspiración. Con esta ocasión, M. Laborde formula de nuevo las reglas de este procedimiento, reglas que nos parece útil recordar.

Tomar sólidamente el cuerpo de la lengua (tercio anterior), entre el pulgar y el índice, ya protegidos por un pañuelo, ya desnudos, y ejercer sobre dicho órgano *tracciones fuertes, reiteradas, sucesivas y rítmicas*, seguidas de relajamien-

to, tratando de imitar los movimientos rítmicos de la respiración.

Durante las tracciones importa sentir que se obra realmente sobre la raíz de la lengua, la cual, por su elasticidad y por su relajamiento en los casos de muerte aparente, se presta á ello.

Cuando se siente yá cierta resistencia, es indicio de que la respiración se restablece y de que vuelve la vida: se producen entonces, ordinariamente, uno ó varios movimientos de deglución, seguidos prontamente de una inspiración ruidosa. M. Laborde designa este fenómeno, primer signo de vuelta á la vida, con el nombre de *hipo inspirativo*.

Si, al ir á tomar la lengua, los maxilares están fuertemente cerrados, será preciso apartarlos, forzándolos con los dedos, si es posible, ó con un cuerpo resistente cualquiera, como un bastoncito de madera, el cabo de un cuchillo, la pala de una cuchara ó de un tenedor, un tapón, etc.

Si se trata de un *ahogado*, es bueno introducirle en la faringe el índice de una mano, mientras con la otra se ejecutan las tracciones indicadas. Así se ayuda á la provocación del vómito, con ayuda del cual el estómago se vaciará, dejando escapar el agua y los alimentos que lo llenan.

---

#### NUEVO PROCEDIMIENTO PARA EFECTUAR EL PALPAMIENTO DE LA REGION EPIGASTRICA Y DEL BORDE INFERIOR DEL HIGADO

(M. Albert Mathieu).

Se coloca el enfermo en decúbito dorsal completo, con la cabeza ligeramente levantada y las rodillas en semiflexión. Debe respirar libre y suavemente, teniendo la boca abierta y tratando de no entesar la pared abdominal. El médico se sienta en el borde del lecho (del lado derecho si va á examinar el hígado), y más allá del hombro del paciente. Explora en seguida el abdomen, de abajo hacia arriba, por medio de las extremidades digitales de las dos manos: los dedos, doblados ligeramente, avanzan progresivamente hacia arriba, por pequeñas sacudidas ó saltos de palpamiento. Este procedimiento da resultados muy superiores á los que se obtienen por las otras maniobras habituales; por medio de él es fácil sentir y limitar el borde inferior del hígado, la vesícula biliar y los tumores.

(*Le Progrès Méd.*).

## MEDICINA PRACTICA

## TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS VARICOSAS

(Doctor Krisck, de Breslau).

Bien sabido es cuán difícil se hace algunas veces la curación de esta clase de úlceras, y cuán rebeldes son á la mayor parte de los tratamientos contra ellas empleados, muy especialmente en aquellos individuos á quienes sus condiciones sociales y el trabajo á que tienen que dedicarse para subvenir á las necesidades de su existencia, obligan á permanecer casi siempre de pie. Esto se explica fácilmente, teniendo en cuenta que el descanso y la quietud del miembro ulcerado son los principales factores de su curación, pudiendo decirse que, hasta ahora, los medios locales contra esta clase de enfermedades deben considerarse sólo como secundarios y accesorios.

No obstante esto, que desde luego confesamos, el tratamiento de las úlceras varicosas, por la compresión elástica, hecha por medio de una esponja, según lo aconseja el doctor Krisck (de Breslau), ofrece ventajas manifiestas, y merece emplearse, en la seguridad de que, ayudado por el descanso del miembro enfermo, dará lugar á una curación más rápida que la obtenida por medio de cualquier otro procedimiento; y de que, practicada sin el auxilio de dicho reposo, la compresión producirá muchas mejorías notables y no pocas curaciones.

El *modus faciendi* es el siguiente:

Si se trata de una úlcera profunda, debe comenzarse rellenándola con gasa yodoformada, teniendo cuidado de que ésta no salga de los bordes de la ulceración. Estos, así como la piel circundante, se expolvorearán con dermatol y se cubrirán con algodón absorbente, aplicando sobre todo este apósito una esponja grande, previamente empapada y después exprimida. Esta esponja debe cubrir la úlcera en toda su extensión.

Una vez que ésta empieza á cubrirse de granulaciones, se hace innecesaria la aplicación de la gasa yodoformada, la cual se reemplazará por un lienzo humedecido en una solución de alúmina, colocando sobre él la esponja.

En algunas circunstancias convendrá vendar la pierna desde los maléolos hasta las rodillas, comprendiendo la esponja bajo el vendaje; éste deberá estar medianamente apretado, de manera que, ciñendo bien, no incomode al paciente. A beneficio de este procedimiento, cuya aplicación se renovará naturalmente de tiempo en tiempo según las indicaciones, la hinchazón desaparece gradualmente, los bordes de la úlcera se reblandecen y su superficie comienza á cubrirse de botones carnosos, hasta que se limpia y cicatriza por completo. A pesar de esto, se insistirá en el uso de la esponja y de la compresión elástica, hasta algún tiempo después de que la curación haya tenido lugar.

Con frecuencia se ofrecen en la práctica casos en que los bordes de las úlceras varicosas están de tal modo endurecidos y callosos, que no es posible que la compresión ejercida por la esponja los reblandezca; en casos tales, mejor que con la cauterización y los otros medios habitualmente empleados, puede obtenerse la curación por medio del amasamiento (*massage*), valiéndose para ello del procedimiento aconsejado por el mismo doctor Krisck. Este médico emplea al efecto una especie de rodillo pequeño, el cual hace pasar por sobre los bordes endurecidos y las superficies afectadas, ejerciendo al mismo tiempo una ligera presión; maniobra que produce resultados admirables, aun en las formas más tórpidas de la ulceración.

(*Gac. Méd. Farm.*)

#### FORMULARIO

12.—*Elixir contra los vómitos incoercibles de la preñez.*

El doctor Weiss propone la fórmula siguiente:

R. Mentol..... 1 gramo.

para disolver en,

Alcohol de vino .... 20 —

Jarabe de azúcar... 30 —

Por cucharaditas cada hora.

Es preciso agitar frecuentemente la botella, para evitar que el mentol cristalice.

(*Ann. de Méd. sc. et prat.*).

## BIBLIOGRAFIA

Cuando se nos remita uno ó dos ejemplares de una obra, la anunciaremos en es a sección, y publicaremos, si hay lugar, un análisis de ella.

Les ouvrages dont il sera adressé un ou deux exemplaires, seront annoncés et analysés s'il y a lieu.

*Ciertas condiciones de la adolescencia, en las cuales los hipofosfitos del señor Fellows son benéficosos.* Parte 1x. 96. p. New York. 1894.

*Anales de la Academia de Medicina de Medellín.* Contenido de la entrega 7-8, año v. : I. Conferencia, doctor Carlos E. Putnam.—II. Laparotomía, doctor Ramón Arango.—III. Oftalmía de los recién nacidos, doctor Pablo Isaza.—IV. Trabajos de la Academia.—V. Notas terapéuticas.—VI. Notas varias, doctor E. Zuleta.

*Gaceta Médica de Bolívar.* Contenido de la entrega 4-5, año I : I. Moral médica, doctor Juan S. Gastelbondo.—II. Sección oficial. Nota de la Secretaría de la Academia de Medicina de Medellín, y contestación.—III. Nota del Presidente de la Sociedad de Ciencias Médicas de Santander, y contestación.—IV. Reforma del Reglamento de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bolívar.—V. Colaboración. Desarrollo rápido neoplásico en las amígdalas, á *lo hongo*, por el doctor E. M. Pupo.—VI. Reproducciones. Estado actual de nuestros conocimientos sobre la lepra.—VII. Variedades. Explicación. Elección de dignatarios de la Sociedad de Medicina del Cauca. Caso notable.

*Boletín de Medicina del Cauca.* Contenido del número 83, año VIII : I. Acta de la sesión extraordinaria verificada el 8 de Enero de 1894.—II. Ofidiología. La sangre venenosa de las culebras, doctor E. García.—III. Diferentes fiebres palúdicas del valle del Cauca, doctor Rogelio Cruz y Pombo.—IV. Revista de la prensa médica extranjera, doctor P. P. Scarpetta.—V. Inserciones. Documentos relativos á las especialidades farmacéuticas y á los medicamentos patentados (Gobierno Nacional).—VI. Decreto número 225 de 1894 (Gobierno Nacional).—VII. Gacétilla. 1. El doctor Fernando Angulo. 2. Con-

tribución al estudio de la estomatitis foliculosa. 3. Sesión solemne de la Academia de Medicina de Medellín. 4. Vacuna. 5. El doctor Alejandro Pérez R. 6. La Gaceta Médica de Guayaquil. 7. Manual clínico. 8. La Biblioteca científica moderna. 9. Moral médica.

*La Revista Médico-Quirúrgica Americana*, órgano español del Congreso Médico Pan-Americano, reproduce, en el número 6 de su 2.º volumen, correspondiente al mes de Febrero pasado, el escrito del doctor Manuel García (de Girardot), sobre *el empleo de la litina en la gota*, escrito que publicamos en el número 186 de la REVISTA.

## OBITUARIO

### EL PROFESOR BROWN-SEQUARD

Por el cable ha llegado á esta capital la noticia de la muerte del Profesor Brown-Séquard, acaecida en París el día 2 del corriente mes.

Contaba el ilustre sabio setenta y siete años de edad, habiendo visto la luz en Puerto Luis (isla Mauricio) el 8 de Abril de 1817; y era hijo de un marino norteamericano casado con una dama francesa. Habiéndose dedicado al estudio de la medicina, y después de obtenido su diploma de Médico de la Facultad de París, dióse con el mayor celo á profundizar la fisiología, fijando preferentemente su atención en todo lo relativo á los sistemas nervioso y muscular; y esto con tanto éxito, que puede asegurarse no hay un solo punto importante que se rcee con estas materias, en que no se encuentre la huella del insigne fisiólogo.

Fue Profesor de la Universidad de Harvard en los Estados Unidos, Médico de Hospital en Londres, y acabó su vida reemplazando al inmortal Claude Bernard en el Colegio de Francia. Fue, por último, miembro del Instituto de Francia (Academia de Ciencias); honor este el más alto á que puede aspirar un sabio sobre la tierra.

Aún lo recordamos cuando, yá viejo y achacoso, hizo á la

Ilustre Academia su primera comunicación acerca de la acción fisiológica de las inyecciones hipodérmicas de líquido testicular. Aún nos parece ver la sonrisa, mezcla de asombro y de incredulidad, que apareció en los labios de sus colegas al oír tan extrañas exposiciones. Pero el sabio se mantuvo en sus conclusiones, y de ese hecho, que pudo parecer á primera vista sin importancia, nació la famosa teoría de las secreciones internas de los órganos glandulares; teoría que, apenas esbozada, ha conducido á resultados tan admirables como los obtenidos en el tratamiento de ese fantasma aterrador llamado *mixedema*. Tocó, pues, en suerte, á Brown-Séguard, abrir á la fisiología, á la patología y á la terapéutica, nuevas y amplias vías, cuyo término no podemos siquiera entrever.

“Felices aque'los que han nacido después de nosotros, porque ellos verán grandes cosas!”

La REVISTA MEDICA une su voz á la de los demás órganos médicos del mundo, para lamentar la desaparición del escenario de la ciencia, de tan clara lumbrera como lo fue el sabio Profesor Brown-Séguard.

### EXCITACION

Los Redactores de la REVISTA MEDICA se permiten suplicar á aquellos de sus colegas que se han servido enviarles revistas mensuales, no desmayen en esta labor, cuya importancia científica está ya palpándose. Asimismo excitan á todos los médicos residentes en el país que aún no han coadyuvado á este trabajo, se sirvan enviarles revistas semejantes á las que hasta ahora van publicadas. La circular de los Redactores sobre este asunto, fue remitida á todos los médicos cuya residencia era conocida de aquéllos; y si algunos de los que ejercen en el país no la recibieron, se debió ó á que la circular se perdió en los correos, ó á que los Redactores ignoraban la residencia de algunos de sus colegas. Esa circular fue reproducida en el número 184 de la REVISTA.

---

*Los artículos no firmados pertenecen á*

LA REDACCION.