

# Revista Médica de Bogotá

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

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

## SECCION OFICIAL

ACTAS DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESION DEL DIA 12 DE JULIO DE 1894.

(Presidencia del doctor N. Osorio).

En Bogotá, á 12 de Julio de 1894, se reunió la Academia Nacional de Medicina, con asistencia de los miembros señores Barreto, Carrasquilla, Coronado, García Medina, Michelsen, Muñoz, Osorio, Restrepo H. y Sotomayor.

Se leyó y aprobó el acta de la sesión anterior.

El Secretario leyó una nota del señor doctor Miguel Hernández, de Tunja, con la cual remite á la Academia un instrumento de Cirugía obstetrical, inventado por él. Acompaña á la nota un estudio del mismo autor sobre dicho instrumento. Se pasó en comisión al señor doctor Barreto.

El Presidente ordenó que se excitara á los señores miembros de la sección de Ciencias Naturales, para que activasen el despacho de la Comisión referente al trabajo del señor doctor W. Sandino Groot.

Por ser escaso el número de miembros presentes en esta sesión, el Presidente resolvió suspenderla, y convocar nuevamente la Academia para el 18 del presente, con el fin de oír las comunicaciones que acerca de la epidemia reinante hoy en Bogotá, quieran hacer los miembros de ella.

El Presidente, NICOLAS OSORIO.

El Secretario, *Pablo García Medina.*

## SESION DEL DIA 18 DE JULIO DE 1884.

(Presidencia del doctor N. Osorio).

En Bogotá, á 18 de Julio de 1894, se reunió la Academia Nacional de Medicina. Concurrieron á esta sesión los señores Carrasquilla, Esguerra, García Medina, Gómez (Antonino), Muñoz, Osorio, Sandino Groot y Tamayo.

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

Habiéndose dispuesto en la sesión anterior que la presente fuese destinada exclusivamente al estudio de la epidemia febril que reina actualmente en Bogotá, el señor Presidente excitó á los miembros presentes para que hiciesen las comunicaciones que á bien tuviesen, sobre este asunto.

*Doctor Esguerra.*—Ha reinado en Bogotá, en estos últimos meses, una epidemia febril cuya naturaleza no está perfectamente determinada. Algunos creen que se trata de una epidemia de fiebre tifoidea; otros que de una epidemia de tifo exantemático, y algunos otros creen haber observado casos que pertenecen ya á la una, ya á la otra de estas dos afecciones; estos últimos se inclinan á pensar que la epidemia es mixta. Por mi parte, declaro que en todos los enfermos que he visto, atacados por la actual epidemia, he diagnosticado fiebre tifoidea. Es cierto que he observado casos anómalos; pero ninguno he visto en que el cuadro sintomático me haya autorizado para hacer el diagnóstico de tifo exantemático.

La erupción en los casos que he visto ha sido muy marcada, y en algunas ocasiones, precoz; pero nunca han faltado las manifestaciones gastro-intestinales, y la marcha de la temperatura ha sido la de la fiebre tifoidea y nó la del tifo. Sin embargo, no niego la existencia del tifo exantemático, pues muchos de mis colegas me han hablado de enfermos observados por ellos y en los cuales este diagnóstico se impuso. Parece que en el Hospital de Caridad ha habido muchos casos característicos de tifo, y algunos de los profesores de Clínica sostienen que el tifo ha dominado en la presente epidemia, especialmente en los enfermos del hospital.

La mortalidad en la práctica civil ha sido bastante elevada, y, cosa digna de notarse, parece que ha sido mayor en las

gentes acomodadas y que viven en buenas condiciones higiénicas, que en los pobres; pues la mortalidad en el Hospital de Caridad ha sido relativamente pequeña.

Las formas de la epidemia han sido muy variadas, y las más graves, las formas adinámicas. En los casos mortales en que no ha habido complicación especial que explique la muerte, casi siempre ésta ha sido debida al colapsus cardíaco, que se ha manifestado por la caída del pulso, el descenso de la temperatura, y un estado sincopal ó una serie de síncope; fenómenos contra los cuales los mayores cuidados médicos han sido casi siempre infructuosos.

Un síntoma que he observado en algunos de mis enfermos, y sobre el cual quiero llamar la atención por su valor para el pronóstico, es la retención precoz de orina; la cual, si se presenta al cuarto ó quinto día de la fiebre tifoidea y antes de que aparezcan otros fenómenos ataxo-adinámicos, es síntoma casi siempre mortal, pues anuncia una tempestad ataxo-adinámica para el segundo septenario, en medio de la cual sucumbe el paciente. Yo lo he observado en dos de mis enfermos; pero no podría presentar estos dos casos como hechos concluyentes, para afirmar el valor pronóstico de este síntoma, porque aun cuando ambos enfermos sucumbieron en el curso del segundo septenario, eran ambos mujeres de más de cuarenta años, y, como es sabido, la fiebre tifoidea presenta una gravedad excepcional en los viejos.

Fue al profesor Jaccoud á quien primero le oí llamar la atención hacia ese síntoma, en un enfermo de su servicio de *La Pitié*, joven, robusto y que parecía atacado de una simple febrícula. El citado profesor, al examinar en presencia de sus alumnos á ese enfermo, formuló un pronóstico sumamente benigno; mas como el interno del servicio llamara su atención sobre el hecho de haber sido preciso sondear al enfermo desde el día anterior, cuarto día de fiebre tifoidea, el maestro cambió inmediatamente su anterior pronóstico y formuló uno fatal. El paciente sucumbió, en efecto, cinco ó seis días después.

En los otros síntomas ó complicaciones de la fiebre actual no he hallado nada más que merezca citarse especialmente.

Hace pocos días vi una niña, de unos doce años próxima-

mente, atacada de una fiebre que fue subiendo lentamente como se observa en la fiebre tifoidea, con epistaxis, ligero meteorismo, lagrimeo y ardor en los ojos, y ligero dolor en la garganta. Esa niña, en el séptimo día de enfermedad y con una temperatura de cuarenta grados, presentó una erupción de ligeras manchitas que me hizo asegurar mi diagnóstico de fiebre tifoidea. Por la tarde fui llamado para ver nuevamente á la enferma, y la hallé cubierta de grandes manchas rosadas, algunas ligeramente papulosas, y que eran muy semejantes á las del sarampión. Un día después, la fiebre comenzó á declinar, y en dos ó tres días la niña estuvo completamente restablecida. La madre me hizo observar que todos sus niños habían tenido una erupción semejante; pero que la habían pasado en pie.

En los niños puedo decir que se han observado todas las enfermedades propias de la infancia, sin que ninguna de ellas haya constituido una verdadera epidemia. Se han observado casos de paperas y de tos ferina, y en estos últimos, la bronconeumonía ha sido muy frecuente y casi siempre mortal. Se han visto también casos de sarampión y de varicela, y una infinidad de formas eruptivas cuyo diagnóstico ha sido bastante difícil. Algunos han sido considerados como casos de la roséola de Trousseau, y en otros ha podido pensarse más bien en la rubéola de los alemanes, aun cuando no siempre el cuadro sintomático haya correspondido bien á la descripción que los autores clásicos dan de esta entidad patológica.

Ha habido muchos exantemas completamente apiréticos y sin la menor reacción general; pero ha sido bastante frecuente que después de estas erupciones, hayan sido febriles ó apiréticas, se presenten nefritis, acompañadas de fenómenos urémicos, más ó menos graves, semejantes á los que se presentan después de la escarlatina.

Si realmente se ha tratado de escarlatina en los enfermos que han tenido complicaciones renales y en otros en quienes se ha diagnosticado roséola ó rubéola, tenemos que reconocer que la erupción ha sido muy anómala. En muchos de esos enfermos he observado descamación; mas no una descamación en grandes placas epidérmicas, sino más bien furfurácea.

Se han visto también casos de eritema nudoso y de urti-

caria, y muchas estomatitis y anginas, con placas difteroides ó sin ellas, acompañadas casi siempre de infarto notable de los ganglios sub-maxilares y parotidianos.

Por el momento no recuerdo ningún otro hecho relativo á esta epidemia que merezca mencionarse.

*Doctor Muñoz.*—En corroboración de la exposición que nos acaba de hacer el señor doctor Esguerra sobre las fiebres reinantes en Bogotá, en estos últimos tres meses, agregaré yo algunas palabras más, según lo que he podido observar en trece enfermos típicos que tuve; es verdad que en la generalidad de los atacados ha habido tendencia á la retención de la orina y también á la constipación, pues tan sólo un enfermo anciano tuve con diarrea, durante su enfermedad, y persistió aquélla hasta en la convalecencia.

Ahora, considerando en general las fiebres que han reinado en estos tres meses, se puede asegurar, sin riesgo de errar, que ha habido verdaderas fiebres tifoideas, *typhus fever*; fiebres sinocas ó inflamatorias, fiebres eruptivas, como escarlatinas, roséolas, erisipelas y eritemas persistentes y febriles. Refiriéndome á las inflamatorias ó sinocas, tuve un caso típico, que alarmó mucho á la familia de la paciente por el aspecto particular que revistió. Se presentó con dolor de cabeza intenso, dolor en todo el cuerpo, fiebre fuerte que marcaba 39° y que subía por la tarde hasta 40; cara, manos y pies muy hinchados y de color azulado; manchas equimóticas en el pecho, abdomen y parte anterior de los muslos; postración de fuerzas, y un exantema pruriginoso muy exagerado; á los nueve días finalizaron la mayor parte de estos síntomas, inclusive el pulso, el cual, después de haber marcado 100 pulsaciones y hasta 120, bajó al término normal; y sólo quedó la caída y exfoliación de la epidermis en las partes que ocupó el exantema.

Voy á relatar en seguida un caso que me parece curioso y á la vez interesante: Roque Arévalo, mayordomo de profesión, el 4 de Mayo halló una yegua muerta en los potreros de su patrón, y queriendo utilizar la piel de este animal, como tenía costumbre de hacerlo con todos los que hallaba muertos, se puso á desollarla, y habiendo terminado esta operación, recordó que esta yegua estaba preñada y quiso convenverse de la causa de la muerte; y al efecto le abrió el abdomen

y le halló un potro muerto, en completa putrefacción. Apenas respiró estos gases mefíticos, sufrió un síncope, pero repuesto de este accidente, continuó en la operación hasta saber cuál fue la dificultad del parto, la cual, entre paréntesis, consistió en que la cola del potrico, vuelta sobre el espinazo y cargada contra el sacro de la madre, le impidió la fácil salida ó sea el parto.

En la tarde de ese día le aparecieron calofríos; al siguiente fiebre y dolor de cabeza, especialmente sobre los ojos y la frente, dolores contusivos en los brazos y piernas y muy fuertes en todas las grandes articulaciones. A los cinco días lo trajeron aquí, y me llamaron á recetarle. Le hallé en su cama en decúbito dorsal; se quejaba de gran cansancio en todo el cuerpo; el dolor de cabeza persistía; dificultad para respirar, sin lesión alguna en los pulmones; en el pecho y la parte anterior de los brazos se le veían algunas manchas equimóticas que no desaparecían bajo la presión del dedo; sequedad en las narices; ojos enrojecidos y mirada fija; lengua húmeda, con pastosidad blanca en la base, y el resto de color rosado subido; algo de timpanismo, acompañado de estiptiquez, sin ruidos intestinales; orina de color de café; fiebre, 120 pulsaciones, y 39° por la mañana y 40 por la tarde; ligera sensibilidad en la región hepática, algunas náuseas; delirio nocturno moderado, en el día daba muestras completas de conservar su inteligencia; inapetencia y mucha sed; en este estado pasó los dos primeros septenarios, apareciéndole unas dos veces ligeras epistaxis y una inflamación uniforme de los tejidos musculares y ganglionares de ambas piernas, que principiaba en la región poplíteá y se extendía hasta la punta de los dedos, y que bien pudiera tomarse por un flemón doble ó un reumatismo muscular, atendidas su dureza y sensibilidad.

Al fin del tercer septenario, ó sea á los veintiún días, desapareció la fiebre y principió una convalecencia franca, pues llegó hasta sentarse en su cama sin dificultad. Así permaneció unos seis días, durante los cuales ordené una jícara de su licor acostumbrado, la chicha, por ver si adquiría mayores fuerzas. A los veintisiete días apareció de nuevo la fiebre con la misma fuerza que al principio; con vómitos alimenticios y biliosos; mayor dolor y algo de abultamiento en la región hepá-

tica; tinte icterico de las conjuntivas y la piel, y se declaró un enflaquecimiento notabilísimo en todo el cuerpo; pero en el abdomen era tál, que las palpitations arteriales no sólo se palpaban sino que se podían ver. Los ganglios de las regiones poplíteas crecieron de nuevo en ambas piernas, y el enfermo mantenía estos miembros en semiflexión, sin dejar que se le extendiesen.

La lengua se puso seca y pulverulenta al principio de esta remisión febril; mucha decadencia y agotamiento de la constitución; la estiptiquez era invencible; el delirio volvió, siempre nocturno y viajero; el pulso, muy pequeño, alcanzó hasta 150 por minuto, y el calor de la piel se conservaba, siendo seca ésta y distinta del principio de la enfermedad en que hubo algunos sudores ligeros. Después de unos cuatro días de estos síntomas, los de la lengua cambiaron: de seca se volvió húmeda, con pastosidades blancas, un color rojo subido apareció en toda ella, lo mismo que en la faringe y cavidad posterior de la garganta; dificultad para pasar los alimentos y bebidas; fuliginosidades espesas en los dientes y catarro nasal; tos ligera y circunscrita á la tráquea y los gruesos bronquios; esputos espesos, gruesos, pegajosos y de color gris casi purulento; los ojos arrojaban legañas amarillentas, y la piel de la cara se puso morena y con un aspecto pulverulento; aliento muy fétido y cadavérico; así continuó acabándose día por día, con una especie de fiebre hética y un pulso tan pequeño, que era verdaderamente mísero y casi incontable, haciendo contraste con la lentitud de la respiración. Los dolores de las articulaciones volvieron, especialmente en las rodillas, lo mismo que los dolores de los músculos de las piernas, y á los cuarenta y cuatro días de enfermedad sucumbió en el último grado de marasmo.

*Diagnóstico diferencial:* atendiendo á los hábitos profesionales de mayordomo, en continuo roce con los animales enfermos, quitándoles las pieles á los muertos y llevándose las carnes putrefactas para dárselas á sus perros de cacería, y recordando la causa de su enfermedad (autopsia de la yegua muerta de parto y en completa descomposición); recordando que la fiebre del caballo, cuando se transmite al hombre, sufre grandes variaciones, como lo han notado Vigla y Fardie, en los estudios que han hecho sobre estas enfermedades, y recor-

dando también que la evolución primera de la enfermedad de Arévalo concuerda con el *typhus fever*, no vacilo en llamar este cuadro patológico tifo complicado en su terminación con un lamparón crónico y muermo agudo.

Como una prueba de mi aserción transcribo la definición que Fardie nos da del lamparón crónico; dice así: "El lamparón crónico se caracteriza en el hombre por abscesos múltiples, por angioleucitis específicas, por dolores articulares y musculares, especialmente en los miembros inferiores, que producen una alteración profunda de la constitución, y que se terminan ordinariamente por muermo agudo." Esta definición echa el retrato perfecto de la enfermedad final de Arévalo.

El tratamiento médico fue el siguiente: cápsulas de quinina, 4 por día, sostenidas en el primer septenario; agua de quina y cebada por tisana; 2 purgantes para vencer la estiptiquez; lavativas de cocimiento de verbena, cada dos días; pociones alcohólicas con acónito; lociones tibias de agua fenicada en las piernas y los ganglios endurecidos; con estas lociones se deshincharon las piernas al principio del mal; en la recrudescencia final no produjeron efecto ninguno; pociones pectorales para el catarro bronquial; enjuagatorios deterisivos y calmantes para la inflamación de las mucosas bucales y faríngeas, y finalmente, lavativas alimenticias para sostenerle las fuerzas.

Esta es la observación que someto respetuosamente á la consideración de la Academia.

*Doctor Antonino Gómez.*—La epidemia actual ha sido en extremo anómala; sin embargo, creo poder asegurar que ella ha sido mixta, pues he tenido enfermos en quienes el diagnóstico de fiebre tifoidea no podía ponerse en duda, y otros en quienes la afección presentaba todos los caracteres del tifo. En estos últimos, la ausencia completa de fenómenos intestinales, el trazado termométrico, el estado soporoso y la marcha general de la afección, hacían pensar en el tifo más bien que en la fiebre tifoidea.

En otros de los casos que se me han presentado, los síntomas característicos de la fiebre tifoidea se han mostrado claramente. Entre ellos, me llamó más particularmente la atención uno en que pude observar una hematemesis, acompañada de enterorragia y sobrevenida en el curso del segundo septenario. Este caso terminó fatalmente.



*Doctor Osorio.*—Las fiebres que se han presentado en estos últimos tres meses se han mostrado muy anómalas. En Abril y Mayo tomaban algunas el tipo intermitente, mientras que otras se mostraban continuas. En estas últimas se observaban sí grandes cambios en la temperatura, de tal modo, que algunos de estos casos podían confundirse con la gripa de forma abdominal, cuando ésta reviste el carácter tifoideo.

He observado algunos casos de fiebre tifoidea, que han comenzado de una manera anómala. En uno de ellos, el primer síntoma que se presentó fue una hinchazón considerable de la región del cuello, acompañada de dolor en la garganta y movimiento febril. Al cabo de unos cinco días, la enfermedad tomó el aspecto de una fiebre tifoidea, de marcha tan característica, que no era posible dudar de su naturaleza.

Algunos casos se han presentado con síntomas que hacían pensar en una fiebre tifoidea; pero luégo la afección cambiaba por completo y se presentaba con los caracteres de alguna otra entidad mórbida.

También he tenido ocasión de observar dos casos de roséola y otros dos de escarlatina, como lo ha hecho igualmente el doctor Esguerra.

*Doctor García Medina.*—En el curso de la actual epidemia se ha presentado, al lado de la fiebre tifoidea y del *typhus*, una forma de la cual he podido observar algunos casos. La invasión y los síntomas son exactamente iguales á los de una fiebre tifoidea clásica, con la cual se confunde; y esta confusión aumenta si se observa la línea térmica. Llama especialmente la atención el estado de la lengua, que es roja, muy saburral y seca. Del octavo al noveno día se nota en la mañana un descenso de la temperatura muy considerable, descenso que se mantiene durante el día, y que al día siguiente continúa y coincide con una franca convalecencia.

Los purgantes salinos y el salol asociado á la quinina, han dado muy buenos resultados en esta forma.

*Doctor Carrasquilla.*—Habiendo hallado en la *Revue Scientifique* un trabajo del doctor Sanarelli sobre asunto íntimamente relacionado con lo que aquí tratamos, me permito presentarlo á la Academia. Dice así:

## "EFECTOS DEL VENENO TIFOIDEO

"Bien sabido es que hasta hoy no ha sido posible reproducir en los animales, con cultivos del bacilo tifoídico, una enfermedad que presente completa semejanza con la fiebre tifoidea del hombre; sin embargo, tanto en el hombre como en los animales se observa grande desproporción entre la cantidad de microbios hallados en los tejidos y la gravedad de los efectos mórbidos, de donde se concluye que dichos efectos mórbidos son debidos, sobre todo, á la producción de un veneno, cuyo estudio podría, sin duda, esclarecer lo que hay todavía de oscuro en la naturaleza de la fiebre tifoidea.

"El señor Sanarelli acaba de hacer este estudio (*Annales de l'Institut Pasteur*, Abril de 1894) experimentando en conejos, ratones, cobayas y monos, con líquido tóxico proveniente de cultivos del bacilo de Eberth, hecho muy virulento por numerosos pasos al través del peritoneo de cobayas. Para cobayas y conejos, la dosis mortal en inyecciones subcutáneas era de 1 centímetro cúbico á 1 centímetro cúbico 5, por 100 gramos de peso de animal, y la muerte se presentaba de las diez á las veinticuatro horas. Las observaciones que ha hecho el señor Sanarelli en animales así intoxicados, pueden resumirse de la siguiente manera:

"El primer punto definitivamente adquirido es que el bacilo de Eberth, cuando ha penetrado en el organismo, produce una sustancia tóxica muy activa que obra sobre los centros nerviosos, determinando un envenenamiento rápido, que causa la muerte por colapsus.

"Mas fuera de los fenómenos tóxicos generales, comunes á muchos otros venenos, la toxina tífica ejerce acción muy enérgica sobre todas las mucosas en general, y sobre la mucosa intestinal en particular, provocando violentas congestiones venosas, infiltraciones embrionarias extensas, hipertrofias de las placas de Peyer, edemas agudos de las células epiteliales, una caída completa del epitelio intestinal, y por último un proceso inflamatorio que se termina algunas veces por hemorragias y ulceraciones á lo largo del tubo digestivo, sobre todo en el intestino delgado.

"Todas estas alteraciones anatómicas, que se sitúan en el canal intestinal, se desarrollan bajo la influencia del veneno tífico solo, sin la presencia de microbios, y van acompañadas

de fenómenos objetivos que presentan estrechas analogías con el cuadro sintomático de la fiebre tifoidea. Lo que hay también muy importante, y que se debe notar, porque está en contradicción con las nociones admitidas, es que en la fiebre tifoidea experimental como en la fiebre tifoidea humana, los bacilos de Eberth no se encuentran ordinariamente en el contenido intestinal; preciso es, pues, considerar las lesiones intestinales características de esta enfermedad como de origen puramente tóxico, y abandonar la idea de considerar la fiebre tifoidea como un proceso infeccioso de origen y de localizaciones intestinales.

“Para M. Sanarelli, la falta de bacilos de Eberth en el intestino del hombre y de los animales se explica por las dos razones siguientes: 1.ª, porque la fiebre tifoidea no es más que una infección del sistema linfático, y que sólo en este sistema es donde el virus se localiza de preferencia, se multiplica y fabrica su veneno; 2.ª, porque desde el momento en que el veneno hace sentir su influencia sobre las paredes intestinales determinando el principio de las graves alteraciones anatómicas y funcionales que se conocen bien, el coli-bacilo del intestino se hace patógeno, se multiplica en proporción extraordinaria y tiende á ser el solo representante de la flora intestinal, anodando todas las otras especies micróbicas.

“Este enorme desarrollo del coli-bacilo, bajo la influencia de la toxina tífica, es precisamente la causa de las infecciones y localizaciones secundarias, tan frecuentemente observadas en la fiebre tifoidea humana como en la fiebre tifoidea experimental. Debe, empero, notarse que si el coli-bacilo emigra del intestino bajo la influencia de la toxina tífica, cuando el animal está en parte vacunado contra la fiebre tifoidea, no determina jamás la infección general, sino que desarrolla solamente en las serosas—según el grado de inmunidad adquirida por el organismo—procesos inflamatorios crónicos, localizados, más ó menos graves, que pueden terminarse por la curación.

“Los animales vacunados contra el bacilo tífico lo están, pues, igualmente contra el *bacterium coli*.”

(*Revue Scientifique*, 4.ª serie. Tomo I, Junio de 1894).

A las ocho y media p. m. se levantó la sesión.

El Presidente, NICOLÁS OSORIO.

El Secretario, Pablo García Medina.

## TRABAJOS ORIGINALES

### DE LAS INYECCIONES INTRAUTERINAS,

SUS PELIGROS Y MEDIOS DE PREVENIRLOS, POR EL DOCTOR  
ANTONIO MARIA BARRERA, DE BOGOTA.

Las inyecciones intrauterinas, tan aconsejadas hoy por la generalidad de los especialistas en el arte de los partos, y tan útiles como parecen ser en varias enfermedades uterinas, especialmente en aquellas que por su naturaleza exponen á una infección general, presentan en muchos casos peligros que comprometen la vida de la enferma, como hemos visto algunos ejemplos.

Estos accidentes dependen del paso del líquido al peritoneo y á los senos venosos, y consisten en embolías, accidentes nerviosos ó accidentes infecciosos, debidos probablemente á la proyección, en el torrente circulatorio, de líquidos más ó menos sépticos, contenidos en las mallas linfáticas del órgano.

Pero no son éstos los únicos peligros que debemos anotar tratándose de una de las operaciones que, aun á pesar de su sencillez, exigen más prudencia, más práctica, y, con especialidad, más rigurosa asepsia en todo aquello que rodea el lecho de la enferma. El cirujano operador debe cuidar de no intervenir en operación alguna, toda vez que por cualquiera causa haya tenido que entrar en una sala de anfiteatro, y mucho menos si ha practicado alguna operación sobre el cadáver; pues no siendo posible entre nosotros consagrarse exclusivamente al arte de los partos, á fin de estar casi siempre en las mejores condiciones para intervenir en maniobras obstetricales, sí á lo menos debemos cuidarnos de no aumentar los peligros que en la generalidad de los partos rodean á la enferma, con graves descuidos que harían caer sobre nosotros la responsabilidad de complicaciones ulteriores.

Muchas han sido las opiniones de personas competentes acerca de la mayor ó menor utilidad de las inyecciones intrauterinas, llegando á formular como principio que las inyecciones vaginales *post-partum* debían ser la regla, y las intrauterinas la excepción.

Hoy están las inyecciones intrauterinas generalmente aceptadas por la mayor parte de los especialistas en el arte, en todos aquellos casos en que haya habido necesidad de operación, parto de niños muertos macerados ó dañados, en caso de loquios fétidos, de fiebre, principio de infección pútrida, etc. etc., en que se tema fundadamente que se presente una fiebre puerperal.

Los señores Pinard, Ribemont y Doloris, cuyas clínicas seguimos en París durante el año de 1882, aceptan las inyecciones intrauterinas como medio de prevenir y de curar, llegado el caso, las complicaciones que pueden presentarse después del parto, siempre que para hacer uso de ellas sepamos estimar rigurosamente la indicación y nos sometamos en un todo á las reglas que para esto se han formulado.

Como hemos visto al principio, varios son los peligros que pueden amenazar la vida de la enferma, como consecuencia de las inyecciones intrauterinas.

Uno de ellos consiste en el paso del líquido á las trompas, y de allí á la cavidad peritoneal; pero felizmente esta complicación sólo se presenta, por lo regular, cuando se ha tratado de combatir una hemorragia fuerte y grave, en que el útero, debilitado é inerte, se ha dejado distender sin poder reaccionar contra el líquido inyectado, y en que, además, se ha hecho uso de una fuerza violenta para la introducción del líquido.

Según los experimentos de Fontaine, cuando la presión del líquido es demasiado fuerte, el útero se dilata, tiende á volverse globuloso, y debido á esta ampliación excéntrica, el orificio tubario se ensancha fácilmente.

Todos estos peligros se evitan si se hace uso de una sonda de doble corriente, y si se sabe estimar la mayor ó menor fuerza que debe darse al líquido inyectado, como lo indicaremos en el *Manual Operatorio*.

Hay autores que temen la entrada del aire en los senos uterinos. Según las observaciones de Depaul, Rendu, Tarnier y Pinard, este caso no se ha presentado sino cuando se ha hecho uso de inyecciones vaginales, con el fin de provocar el aborto ó el parto. Mathew y Duncan, en su larga práctica, no han visto sino un solo caso.

Por tanto, podremos preguntar con Charpantier. ¿Qué

prueba un solo caso en presencia de innumerables inyecciones que se verifican diariamente, salvando con esto la vida del paciente?

Otros han dicho que las inyecciones intrauterinas provocan calofrío, metritis, perimetritis, hemorragias, etc. etc. A esto contestan Doloris y Pinard, en sus conferencias dictadas en París (15 de Diciembre de 1882), que las metritis y perimetritis existían yá, y que sólo por error de interpretación se atribuyeron luégo á las inyecciones aplicadas.

En cuanto al calofrío más ó menos fuerte que suele presentarse después de las inyecciones, veremos luégo que no es de larga duración ni de naturaleza mórbida, y que poco después de presentarse aparece una mejoría notable, acompañada de bienestar general.

Ultimamente, autores respetables de Europa y de los Estados Unidos aconsejan como medida preventiva no solamente las inyecciones intrauterinas, sino el uso, por algún tiempo, de un drenaje que permita practicar cómodamente las inyecciones intrauterinas, y que facilite la salida pronta del líquido inyectado y de las secreciones que se vayan presentando en el fondo del útero ó en el canal útero-vaginal.

Langenbeck procede de la manera siguiente: introduce en la cavidad uterina, después de haberla desinfectado, dos tubos de caucho de doce centímetros de largo y atravesados de orificios laterales. Estos tubos, previamente mojados en una solución fenicada al 3 por 100, los hace penetrar hasta el fondo del útero, de tal manera que sólo queden fuera de la cavidad uterina unos dos ó tres centímetros á lo más.

La matriz, excitada por la presencia de los tubos, se contrae al principio, pero pronto se calma. Aplica entonces una corriente fenicada al 3 por 100, por la extremidad de uno de los tubos, y la continúa hasta que el líquido sale completamente limpio.

Doce horas después de esta operación, quita los tubos, los mantiene por diez minutos en una solución fenicada, y una vez completamente limpios, los coloca nuevamente por otras doce horas. Este proceder operatorio lo sostiene por cuatro días, al cabo de los cuales quita uno de los tubos y deja el otro por dos días más, para retirarlo entonces definitivamente.

Está probado que el drenaje uterino no irrita el órgano, y que, por el contrario, calma las inflamaciones que se presenten; facilita, además, la evacuación de los líquidos pútridos que suelen presentarse, suprimiendo así la causa principal de las complicaciones que entorpecen la curación, y simplifica de una manera admirable la aplicación de las inyecciones intrauterinas.

Algunos especialistas en el arte sostienen que los peligros de las inyecciones intrauterinas dependen, en gran parte, de la falta de observación rigurosa de las reglas prescritas por la generalidad de los parteros modernos, y que aun simples inyecciones intrauterinas han determinado fenómenos mórbidos fuera del parto y del estado puerperal, por haberse aplicado siguiendo rutinas antiguas, sin base alguna de antisepsia rigurosa.

Sigamos, en resumen, las reglas de Petit:

1.º Considerar las inyecciones intrauterinas como una verdadera operación, y proceder en su aplicación con la prudencia y el tino científico propios de la práctica de estas maniobras.

2.º Conocer perfectamente el medicamento que haya de usarse, la dosis en que debe ser aplicado y la temperatura del líquido que nos haya de servir de vehículo, á fin de poder modificar el manual operatorio, según las condiciones generales ó locales de la enferma.

*Manual operatorio.*—No debe hacerse uso de instrumentos improvisados, pues además de los peligros que pueden resultar de su incompleta asepsia, hay riesgo de que queden partes del líquido inyectado dentro del órgano, de donde pueden pasar al peritoneo y ocasionar los accidentes de que arriba hablamos.

Haremos uso de una sonda de doble corriente, la de Stolz ó la de Tarnier, de una jeringa de cánula puntiaguda que contenga de 300 á 400 gramos de líquido, y de dos tubos de caucho. Estos tubos se adaptarán perfectamente á los pabellones de la sonda, é irán á terminar por su otra extremidad, el uno en una vasija que debe recibir el agua de la inyección, y el otro en la cánula de la jeringa, á la cual se ajustará.

Doloris hace uso de una sonda de su invención que lleva

su nombre; está formada de dos ramas acanaladas, con un tornillo que las hace poco flexibles, y que tiene por especial objeto, además de conducir el líquido con mucha suavidad, facilitar el reflujo del mismo líquido, evitando de esta manera funestas consecuencias.

Una vez preparado y cargado el instrumento convenientemente, se le introduce con la mano derecha, guiado por el índice y medio de la mano izquierda, los cuales deben penetrar y permanecer colocados al nivel del orificio del cuello ó en el cuello mismo, mientras dura la inyección, para vigilar el reflujo del líquido y la contracción del útero, la cual se manifiesta por la aproximación de las ramas del instrumento.

El vaso que contiene el líquido está situado á una altura proporcionada para obtener pronto y cómodo desagüe, esto es, á unos 25 ó 30 centímetros. Pocas veces habrá que alzarlo hasta 45 ó 50 centímetros, y nunca debe pasarse de esta altura, pues sabido es que la tensión venosa iguala á la de una columna de agua de 45 á 50 centímetros de altura.

Al hacer uso de la sonda de Doloris, hay que procurar que las ramas se separen convenientemente antes de aplicarla, y para esto se colocará el tornillo lo más cerca posible del cuello en el momento de hacerla funcionar.

Hay que evitar el sorprender la matriz con un chorro fuerte y brusco de líquido, lo cual se consigue abriendo poco á poco la llave.

Cuando se juzgue prudente suspender la operación, se cuidará de detener el desagüe antes de aproximar las ramas.

En el caso en que se tema una retención, debe suspenderse ó disminuirse la inyección, cerrando el tornillo ó colocando el recipiente más bajo que el lecho de la enferma.

“Doloris aconseja que en los partos normales debemos contentarnos con la aplicación de una inyección introducida en la cavidad del cuello, mediante una cánula olivar de vidrio, provista de aberturas laterales, teniendo cuidado de no introducirla en el anillo de Bande, que representa al orificio interno y que tiene una abertura de dos centímetros y medio, y quizá más.”

2.° *Naturaleza del líquido empleado.*—En ningún caso se hará uso del líquido frío. No se empleará á una temperatura de 46 á 48° sino cuando haya necesidad de contener alguna



hemorragia, ó cuando se presenten contracciones irregulares del útero. De lo contrario, haremos uso de una temperatura de 35 á 40°, que la enferma soporta bien, y que reúne las condiciones necesarias para su empleo.

“El paso por las trompas del líquido inyectado no debe temerse sino cuando éstas se encuentran dilatadas, y como esto es muy difícil de diagnosticar, debemos recordar que en las mujeres que han sufrido *endometritis antiguas, fibromas y abortos repetidos* esta dilatación es frecuente. La inercia total ó parcial del fútero hace que en muchas ocasiones la inyección pase al torrente circulatorio, lo que se debe á que entonces los senos se encuentran abiertos.”

Las contracciones irregulares y la retención parcial de las secundinas dan igualmente lugar á este accidente.

En los casos ordinarios, debemos usar del agua asepticada por la ebullición, ya con sal ó sin ella, y reservaremos para cuando haya fundados temores de envenenamiento pútrido el uso de sustancias que, á no ser por las grandes ventajas que en ocasiones producen, no dejan de inspirar serios temores á la enferma y aun al médico.

Debemos ser parcos en las inyecciones, especialmente en los casos en que el riñón, el hígado y la piel funcionan mal, pues sabido es que estos órganos son los mejores emunctorios de la economía; ó aplicar entonces, como aconseja Doloris, después de la inyección tóxica, inyecciones neutras.

He tenido ocasión, en estos últimos días, de aplicar rigurosamente las reglas que hemos dejado expuestas para asegurar el buen éxito de las inyecciones intrauterinas, en una enferma, cerca de la cual fui llamado el 20 de Septiembre del año próximo pasado.

Se trata de una señora que lleva ocho meses de embarazo, de diez y ocho años de edad, temperamento sanguíneo-nervioso, muy buena constitución, y que había gozado de muy buena salud antes de su embarazo.

Una vez examinada detenidamente, fuimos informados que durante la época del embarazo, casi desde los primeros meses, comenzó á sufrir fuertes accesos de vómito que resistían á los medicamentos aconsejados, y que no terminaban, por lo regular, sino después de dos horas de haber vomitado

casi de seguida, para volver á comenzar pocas horas después; así permaneció ocho meses, hasta el día en que fui llamado.

Como además del vómito existía una fuerte hemorragia, que hacía cuatro días se había presentado con carácter alarmante, me informé aproximadamente de la causa á que pudiera atribuírse este accidente, y no hallando nada que me satisficiera, lo atribuí á una probable implantación viciosa de la placenta.

Además, fui informado que en los tres últimos meses había sentido perfectamente los movimientos de la criatura, los cuales habían terminado por completo tres días antes, poco más ó menos.

Como se trataba de una primípara, creí (como era fácil) un error por parte de la enferma, atendida su debilidad general y la fuerte impresión que había ocasionado en ella la hemorragia.

Examiné cuidadosamente el vientre, y lo hallé ligeramente aplanado y con una temperatura de grado y medio inferior á la normal. Apliqué el estetoscopio en diferentes puntos, y no hallé ruido alguno que me dejase comprender la vida de la criatura. Tomé la temperatura general, no había cambio alguno ( $37^{\circ}$ ). Examiné la lengua, y la hallé muy saburrosa. Me informaron que hacía dos días no se alimentaba sino con naranjas y champaña helado. Repugnancia por todo alimento, algo de sed.

Por el momento, y á pesar de mis sospechas de muerte del feto, le prescribí unas cucharadas con cuarenta gotas de tintura normal de percloruro de hierro en infusión aromática, á fin de contener algo la hemorragia y proceder luégo, si se corroboraba mi diagnóstico, á apresurar el parto para salvarla de las fatales consecuencias que sin duda debieran venir á poner más desesperante nuestra situación.

Cuatro horas después fui llamado precipitadamente, pues la paciente acababa de sufrir un vértigo muy fuerte con pérdida del conocimiento, precedido y acompañado de fuertes contracciones uterinas. Fui inmediatamente á casa de la enferma: la encontré en decúbito dorsal en la cama en que la había dejado, con un quejido sordo que revelaba un sufrimiento profundo; pulso pequeño y frecuente, 120; temperatura,  $36^{\circ}$ ;

sudor frío y copioso. Me informaron que poco después de que salí comenzó á sentir fuertes contracciones uterinas, aumentando en ocasiones la sangre, saliendo unas veces pura y otras acompañada de una serosidad negruzca, muy fétida y de muy mal aspecto; que á poco de haber comenzado las contracciones, principió á sudar frío, á perder la vista, á sentirse muy débil y por último á quedarse en la inmovilidad en que la hallé.

Le apliqué inmediatamente inyecciones hipodérmicas de éter sulfúrico y de brandy, le hice dar unas cucharadas con brandy é infusión de tilo y fricciones generales. Hecho esto, esperé el resultado para terminar el parto, pues ya no tenía duda ninguna acerca de la exactitud de mi diagnóstico.

No se hizo esperar mucho tiempo la vuelta de nuestra enferma: el pulso comenzó á ser más fuerte y menos frecuente; la temperatura subió á  $37\frac{1}{2}^{\circ}$ ; conocía las personas que la rodeaban; pidió agua y que la sentaran un rato.

Una hora después de este incidente volvieron las contracciones con más frecuencia y fuerza, acompañadas en esta ocasión de la salida de un líquido sanguinolento muy fétido y de pequeñas porciones, probablemente de placenta desgarrada, que se disgregaban con la menor tracción.

Como las contracciones se repetían con suma frecuencia y la enferma trataba de desmayarse, quise examinarla y entonces noté que, cuando se sostenía alguna contracción, aparecía yá en el estrecho inferior la cabeza del feto, pero que poco avanzaba hacia el exterior. No creí oportuno ayudar directamente la salida del feto, pues temiéndolo macerado me expondría á desgarrarlo; resolví darle á la enferma 20 gotas de tintura de cornezuelo de centeno en agua, para darle fuerza y aumentarle las contracciones. Efectivamente, poco tiempo después se verificó el parto, dando á luz un niño á término, completamente formado, pero en un estado de descomposición absoluta; la piel, de un color morado, se desgarraba con facilidad; el cordón lo envolvía, y no hubo necesidad de cortarlo, pues se rompió con facilidad.

Pasado el parto, como quedara la enferma muy postrada, resolví dejarla unas tres horas para proceder luégo á la extracción de la placenta, en caso que no saliese espontáneamente.

Por el momento le aconsejé una infusión de tilo caliente con brandy, y reposo absoluto.

Pasadas tres horas y viendo que la placenta no salía y que, por el contrario, las contracciones de la matriz habían casi desaparecido mientras que la hemorragia aumentaba considerablemente, resolví proceder á extraerla, lo cual se verificó con algunas dificultades, pues hubo necesidad de hacerlo en pequeñas porciones, por su demasiada friabilidad que no permitía intentar otra cosa.

Aun cuando sospechaba no haber sacado toda la placenta, resolví terminar por el momento esta operación, y aplicar con todas las reglas del arte una inyección intrauterina, con el objeto de facilitar la salida de restos de placenta y de cambiar en algo el estado de descomposición de los líquidos que salían, limpiando así lo mejor posible el fondo de la cavidad uterina.

Mi resolución era tanto más justificable cuanto que había presenciado dos fuertes accidentes lipotímicos, que con todo el cortejo de síntomas presentados, me hacían juzgar que había principios de septicemia, á juzgar por lo avanzado de la descomposición de la criatura, el estado de la placenta, y por último, la naturaleza y fetidez de los líquidos que salían últimamente.

En efecto, procedí inmediatamente á practicar la inyección, haciendo uso de una sonda de doble corriente (modelo Stolz); de dos tubos de caucho de un metro de largo; de una jeringa grande de émbolo agudo; de agua bien pura, hervida con un poco de sal, y de una vasija para recibir el líquido que salía de la inyección, vasija que fue colocada convenientemente.

Como se ve, mi arsenal quirúrgico no podía ser más sencillo; pero toda mi esperanza de buen éxito se fundaba en el manual operatorio.

Después de colocar convenientemente á la enferma, y de tratar de inspirarle confianza en la operación, á fin de contar con este medio más para asegurar el éxito, introduje el índice y medio de la mano izquierda, previamente engrasados con vaselina salicilada, hasta el orificio externo del cuello, y luego, guiado por estos conductores, introduje mi sonda en el interior de la matriz. Adapté los tubos de caucho á los pabellones de la sonda, el uno lo coloqué en la vasija para recibir el agua y por

el otro hice mi inyección con la mayor comodidad, introduciendo el líquido con mucha suavidad, á una presión moderada; pues ya por la falta de contracción en la matriz, ya por lo abiertos que debieran estar los senos, ya por lo alterada que pudiera hallarse la mucosa uterina, etc. etc., tenía que ser en esta ocasión, más que nunca, muy prudente en mi manual operatorio.

Como era de esperarse, el líquido de la inyección salió al principio muy turbio, acompañado de mucosidades de un color negruzco y muy fétidas; continué mi operación hasta que salió completamente limpio el líquido de la inyección, notando, á medida que practicaba mayor número de inyecciones, que las contracciones aumentaban y que salían porciones de placenta más ó menos grandes, unas alteradas y otras nó.

Colocada la enferma de nuevo en el decúbito dorsal, la dejé bastante tranquila, le ordené unas cucharadas tónico-estimulantes, semejantes á las primeramente aconsejadas; prescribí caldo con vino por único alimento, y mucha quietud.

Al día siguiente, á las 8 de la mañana, volví á casa de la enferma, y fui informado de que en las primeras horas de la noche había estado tranquila, que había dormido bien, pero que desde las doce comenzó á sentir un dolor agudo hacia el flanco izquierdo, que sentía de cuándo en cuándo calofrío prolongado, estremecimiento y fuerte dolor de cabeza.

Examinada detenidamente, encontré el vientre algo meteorizado, sensible en toda la región hipogástrica, con especialidad hacia el flanco izquierdo; el pulso marcaba 121 pulsaciones; la temperatura 39°. Se quejaba de dolor de cabeza y de estremecimientos constantes.

Temí, como era natural, una complicación del lado del peritoneo ó de la matriz, ó bien una fuerte septicemia; todo lo cual era muy posible, pues habían quedado algunas partes de la placenta dentro de la matriz, y la criatura había nacido muerta y macerada. La situación se prestaba para cualquiera complicación alarmante.

Procedí inmediatamente á practicar mi inyección intrauterina, haciendo uso en esta vez de partes iguales de licor de Van-Swieten y de agua hervida; hice uso de mi sonda de doble corriente y cambié la jeringa por un irrigador de doble vál-

vula, para conseguir que penetrara el líquido con la fuerza necesaria, y con el fin de evitar sobre todo la penetración de alguna molécula de aire. En todo lo demás procedí como en la anterior operación. Al principio el líquido salía muy turbio y extremadamente fétido, pero después de cuatro ó seis bombas de agua, salía puro, aunque su aspecto permanecía algo repugnante.

Habrían transcurrido unos quince minutos cuando una fuerte contracción hizo arrojar un gran trozo de placenta, completamente alterado y de un olor insoportable. Sobrevino entonces calma en el dolor del vientre, disminuyó el meteorismo y apareció un principio de bienestar general.

Dejé á la enferma algo más tranquila; prescribí unas cucharadas con extracto blando de quina y quinina, en limonada sulfúrica, y cada tres horas media jícara de infusión de tilo caliente con una cucharada de brandy; al exterior, ordené cubrir el vientre con una pomada de belladona, y aplicar luégo cataplasmas laudanizadas. Quietud; leche por exclusivo alimento.

Pasaron seis horas sin novedad alguna alarmante. Apliqué sin embargo la inyección intrauterina, pues aún existía algo de fetidez en los líquidos que salían y había ligeros dolores en toda la región del bajo vientre. Una vez terminada mi operación, después de hacer algunas indicaciones, dejé á la enferma en completa calma.

De la manera que dejo expresada pasaron cuatro días, ya con dos, ya con una sola inyección, y al cabo de ellos, como notara la completa mejoría de mi enferma, suspendí las inyecciones intrauterinas, y me contenté con aplicar cada día una inyección vaginal, para terminar luégo definitivamente.

---

#### CONCLUSIONES

Las inyecciones intrauterinas constituyen un recurso precioso en el arte obstetrical.

Son aplicables siempre que para su uso sepamos estimar la indicación.

Una vez conocida la indicación, proceder en su aplicación sometiéndonos estrictamente á las reglas aconsejadas por la experiencia de autores competentes.

Hacer uso de instrumentos apropiados, completamente asépticos, y de medicinas puras y en dosis conocidas.

No prestarnos á hacer operación alguna, siempre que por cualquier motivo nos hayamos visto obligados á permanecer por algún tiempo en un anfiteatro, y mucho menos si hemos hecho operación alguna.

### RESUMEN

DE LAS OBSERVACIONES METEOROLOGICAS HECHAS EN BOGOTA POR  
J. DE D. CARRASQUILLA L.

MES DE JUNIO DE 1894

		9 á 10 a.m.	3 á 4 p.m.	10 á 11 p.m.
PRESION BAROMETRICA.....	m/m.	561,85	560,56	561,80
Término medio mensual.....	"	.....	561,19	.....
TEMPERATURA	{ Termómetro libre.....	56°,33	60°,26	55°,57
	{ Termómetro humedecido.....	53°,37	55°,43	52°,96
Diferencias.....		2°,96	4°,83	2°,61
HUMEDAD RELATIVA.....		86 %	75 %	90 %
		Mañana.	Tarde.	
Dirección del viento	{ Norte.....	1 días.	0 días.	
	{ Este.....	5 "	5 "	
	{ Nordeste.....	3 "	4 "	
	{ Noroeste.....	2 "	4 "	
	{ Sudeste.....	19 "	17 "	
Cantidad de lluvia en milímetros.....		30 días.	30 días.	
Días de lluvia en el mes.....		47,75.		13.

MES DE JULIO DE 1894

		9 á 10 a.m.	3 á 4 p.m.	10 á 11 p.m.
PRESION BAROMETRICA.....	m/m.	561,99	560,68	561,89
Término medio mensual.....	"	.....	561,31	.....
TEMPERATURA	{ Termómetro libre.....	56°,16	59°,32	55°,13
	{ Termómetro humedecido.....	52°,67	54°,00	52°,64
Diferencias.....		3°,49	5°,32	2°,49
Término medio mensual.....		56°,87	.....	.....
HUMEDAD RELATIVA.....		83,00 %	75,00 %	90,00 %
Término medio.....		82,66 %		
CANTIDAD DE LLUVIA.....	m/m.	27,75		
DÍAS DE LLUVIA.....		15		
Dirección del viento	{ Este.....	5 días.	0 días.	
	{ Nordeste.....	1 "	1 "	
	{ Noroeste.....	1 "	4 "	
	{ Sudeste.....	24 "	24 "	
	{ Sudoeste.....	0 "	2 "	
		31 días.	31 días.	

## V A R I A

## CORRESPONDENCIA MEDICA

OBSERVACIONES DE VIAJE (DOCTOR JULIO E. VARGAS)

Soatá (Boyacá), Junio 19 de 1894.

Señores Redactores.

Soatá es una población de unos 15,000 habitantes, y de 20° de temperatura media. Está situada en una fértil y pinetosa meseta, á 2,044 metros sobre el nivel del mar (1).

Su clima, sujeto á frecuentes y bruscos cambios de temperatura, es debilitante. El forastero siente desde los primeros momentos de su llegada, y sin que valga á contrarrestarlo la más poderosa voluntad ni la más robusta constitución, el relajamiento de todas las fuerzas que actúan sobre el organismo.

Son endémicas: la anemia general en todos sus grados; la neurastenia típica, el bocio en todas sus formas, el cretinismo, el raquitismo, la escrófula y la monstruosa elefancia árabe de los miembros inferiores.

He obtenido con esmero un dato que señalo con insistencia, porque lo juzgo benéfico para muchos y de importancia para la medicina nacional, si, como lo creo, no ha sido mencionado antes: la dispepsia esencial se cura aquí con sólo el clima, y cualquiera que sea su forma. Tengo observaciones que lo prueban; pero la necesaria brevedad de estas notas apenas deja campo para el extracto de la siguiente:

El señor doctor D. Juan Bautista Ortiz, abogado inteligente é instruído (de quien tengo permiso para citar su nombre), padecía de una tenaz dispepsia, que había pasado al grado de incurable. Medicinas, climas y regímenes habían sido impotentes. Alguien le aconsejó el clima de Soatá, y vaciló en aceptar el consejo, porque lo creía inútil. Convertido en un esqueleto, como él mismo dice, vino á Soatá, por último y desesperado recurso; y hoy, después de que su estómago se fatigaba hasta con un sorbo de agua, come y bebe sin preocuparse por las horas para hacerlo, ni por la calidad y dosis de los alimentos.

---

(1) CODAZZI.



Un benefactor de este importante lugar, hombre recto y juicioso en sus apreciaciones, que receta por aliviar y hacer el bien gratuitamente, me decía: "es evidente, la práctica así me lo ha enseñado, este clima es un prodigio para las dispepsias y para las enfermedades del estómago en general."

Durante mi permanencia en esta población no he observado ni un solo caso de enfermedad de las vías gastro-intestinales.

¿Cuál es entonces el remedio, cuál el agente que aquí se respira, ó bien se ingiere con la comida ó bebida, y que asombrosamente conserva sanas las vías digestivas ó cura las enfermas? El hallazgo de esta incógnita compensaría bien el trabajo que se empleara en buscarla.

Aquí se consumen carnes distintas, huevos, arroz, yuca, plátano, etc., como alimentos ordinarios; se respira un aire puro, renovado por los vientos y cargado probablemente de la cantidad de oxígeno correspondiente á las alturas de este tipo; se bebe como en cualquiera parte, y según los hábitos individuales, chicha, cerveza, aguardiente, brandy, vino y agua.

La naturaleza del agua que se consume merece atención; en ella puede estar el principio curativo de las dispepsias, pues se sabe la influencia que ciertas aguas medicinales ejercen sobre la digestión y sobre las enfermedades del aparato en que ella se verifica. ¿Qué de particular tendría que en Soatá se consumiera, para satisfacer las necesidades ordinarias de la vida, una agua medicinal?

Los datos que yo puedo apuntar á este respecto son muy limitados: los que están al alcance de una investigación hecha de paso.

El agua que viene al poblado procede de dos fuentes: es clara y transparente en verano, turbia y cenagosa en las épocas de lluvia. Esta agua es dulce y corta el jabón, lo que induce á suponer que en ella existen alguna ó algunas sales calcáreas, las que, con el jabón ordinario, dan un jabón de base de cal, insoluble en el agua.

Siendo las aguas alcalinas y las carbonatadas calcáreas, las que en el tratamiento de las dispepsias han dado mejores resultados, se comprende hasta qué punto sería benéfica para

nuestros enfermos su permanencia en los lugares en que el agua reuniera estas condiciones. El porvenir habrá de traer el completo conocimiento de las aguas medicinales en Colombia. La medicina nacional reclama el estudio de este utilísimo punto; su esclarecimiento hará época en nuestra Terapéutica. Entre tanto, la formal observación de los hechos es deber nuestro; tras ella vendrá la razón científica de esos hechos, como su completamiento indispensable.

---

(DOCTOR J. B. CALDERON)

Rosario de Cúcuta (Santander), Junio de 1894.

Señores Redactores.

Deseando corresponder á los deseos de ustedes, remito hoy á esa Redacción un breve resumen del estado sanitario de esta población en los dos últimos meses:

*Mayo.*—Constitución médica reinante: fiebres remitentes de origen palúdico; ligera epidemia de *grippa*.

Los movimientos sísmicos últimamente ocurridos, la ausencia de lluvias y de tempestades, tengan quizá alguna influencia.

*Junio.*—Exacerbación de la endemia amarilla: se han presentado casos en algunas personas que no gozaban la inmunidad que da el haber sufrido la enfermedad, á pesar de su permanencia aquí por algún tiempo, ó en los que de fuera han pernoctado aquí en las mismas circunstancias.

La epidemia *grippal* continúa benigna en lo general.

La presencia simultánea de las dos entidades mórbidas revela, pues, que no se excluyen como se ha opinado.

---

(DOCTOR M. CANALES)

Guateque (Boyacá), Julio 3 de 1894.

Señores Redactores.

El estado sanitario de esta población en el mes que acaba de expirar, no ha sido de los más satisfactorios. La *tos ferina* volvió á aparecer con caracteres de mayor malignidad que en el año pasado, pero hasta hoy sólo se cuentan defunciones en-

tre los niños de la clase obrera, colocados en malas condiciones higiénicas.

Se presentaron en el curso del mes varios casos de *mal de Bright agudo*, el cual tomó el carácter epidémico. Tanto mi colega y amigo el doctor Medardo Perilla, como yo, tuvimos á nuestro cargo varios *brighticos* en una misma familia. Ninguno de nuestros enfermos sufría de diabetes, ni de fosfaturia, como tampoco entre sus antecedentes figuran intoxicaciones por el plomo, las cantáridas, etc. Hubo casos en los cuales evolucionó el mal con síntomas semejantes á los del *tifo abdominal*: cefalalgia, sequedad en la piel, diarrea, temperatura de 38° y 39° durante los primeros días, y ligero borborigmo en la fosa ilíaca. La orina, notablemente disminuída, de 200 á 300 gramos por día y sanguinolenta; contenía de 0.50 á 0.70 centigramos por 100 de albúmina, precipitada con la solución pícro-cítrica en el albuminómetro de Esbach.

A excepción de un enfermo que murió de uremia, en los demás terminó el mal por curación, obtenida con el tratamiento clásico: régimen lácteo, emisiones sanguíneas locales (triángulo de Petit), digital, etc.

Es muy posible que los casos aludidos, los cuales coincidieron con algunos otros de faringo-laringitis diftérica, pertenezcan á la clase de las *nefritis infecciosas primitivas*, recientemente descritas por Fiessinger.

---

(DOCTOR ANTONIO MAURO GIRALDO)

Santodomingo (Antioquia), Julio 4 de 1894.

Señores Redactores.

Han cesado los casos esporádicos de fiebre tifoidea.

En mi relación del mes pasado mencioné una erupción en los niños. Esa desapareció y le ha sucedido una epidemia de varicela. El primer caso se presentó el 13 del mes; en pocos días invadió la población y los campos vecinos. Todos los casos observados por mí se refieren á niños menores de doce años. Seis ú ocho días de pródromos, consistentes en cefalalgia, malestar y una pereza indefinible, anuncian la pirexia eruptiva; luégo hay una fiebre alta, de 38°.5 á 39°, y de diez y

ocho á veinticuatro horas de duración; entonces aparecen las vesículas en la frente, en las mejillas y en el pecho; en el curso de veinticuatro horas se extienden al tronco, los miembros, y, en algunos casos, á las mucosas bucal y vulvar; del tercero al cuarto día se desecan, y el niño entra en convalecencia sin el menor accidente. Como tratamiento, he empleado la simple expectación.

Tengo que señalar hoy, como en una de mis relaciones anteriores, anginas tonsilares, atribuibles á noches excesivamente frías, después de días de un sol ardiente.

Los accesos perniciosos de paludismo, en este mes como en el anterior, han sido coleriformes.

Como forma larvada he visto epistaxis reincidentes de una manera periódica y que ceden á fuertes dosis de quinina, y algunas tan rebeldes, que han requerido el taponamiento.

No ha habido accidentes puerperales en esta localidad; pero los he visto en poblaciones vecinas á ésta y distantes una de otra, como en Pavas y Alejandría.

El movimiento de población ha sido el siguiente:

Nacimientos.....	16
Defunciones.....	16
Matrimonios .....	4

---

(DOCTOR C. DE GREIFF)

Yarumal (Antioquia), Julio 4 de 1894.

Señores Redactores.

Poco asunto tengo para esta segunda revista. El estado sanitario, en lo que va de Enero á hoy, ha sido satisfactorio. Ninguna epidemia se ha presentado, y en las enfermedades esporádicas, que han sido pocas, no se ha observado nada notable. Las enfermedades siguientes han sido tratadas en el hospital, en el semestre: histerismo, 1 caso; anemia, 3 casos; reumatismo muscular, 1; sífilides, 1; polisarcia adiposa, 1; hipochondría, 2; escirrosis hepática, 1; adenitis cervical, 1; *grippa*, 1; heridas, 1; impaludismo, 1; neurastenia, 1; fiebres, 1; neumonías, 1; hepatitis aguda, 1; orquitis fungosa, 1; metritis crónica (endometritis), 1.

De la práctica civil no he llevado estadística. He tenido

dos casos de fiebre puerperal benignos, y tengo actualmente uno en una mujer que sufrió ataques eclámpticos, que principiaron dos días antes del trabajo.

En mi anterior revista olvidé hacer notar la frecuencia de la esterilidad en esta ciudad, cosa sorprendente, pues la fecundidad antioqueña es proverbial. No conozco la causa que la motive, pues unas no han querido someterse á examen, y en otras no he encontrado ninguna causa apreciable. Hay motivos para juzgar en algunos matrimonios que la esterilidad proviene más bien del hombre que de la mujer.

El movimiento de la población en el semestre ha sido éste:

Nacimientos.....	219
Defunciones.....	101
	118
Diferencia en favor.....	118

(DOCTOR J. V. MALDONADO)

Envigado (Antioquia), Julio 9 de 1894.

Señores Redactores.

En este mes, como en el pasado, sólo enviaré á ustedes nota del movimiento de la población, dejando para más tarde mi informe sobre las enfermedades que se presentan en estos meses, enfermedades que tienen una causa común: la estación con sus grandes calores y sus consecuencias consiguientes. Así pues, mis observaciones se referirán á los últimos días de Mayo y á los meses de Junio, Julio y Agosto.

El movimiento de la población fue el siguiente en el mes pasado:

*Nacimientos.*

Varones.....	8
Mujeres.....	9
	17

*Defunciones.*

Varones.....	7
Mujeres.....	10
	17

De éstos:

Niños.....	9
Adultos.....	8

---

 (DOCTOR EVARISTO MARTINEZ)

Suaita (Santander), Julio 12 de 1894.

Señores Redactores.

De un mes á esta parte se ha presentado en esta localidad una epidemia de *grippa*, que puede llamarse degenerada. Se manifiesta con los síntomas siguientes: diarrea coleriforme; estado nauseoso en algunos; anorexia notable; polidipsia acuática (resistencia á tomar otra bebida que el agua fría); catarro pulmonar (y nasal en algunos), que al principio es raro, pero que se va acentuando más y más hasta causar una verdadera molestia, y que presenta todos los síntomas de una verdadera bronquitis. En algunos casos los síntomas han sido solamente una erupción escarlatiniforme, fiebre y dolor de cabeza, opresión al pecho, sin tos. Cuando ésta se acentúa, en aquellos que le da, hay pirexia fugaz, porque aparece y desaparece varias veces en el día. Por lo general, hay un estado de algidez muy marcado en todos, y somnolencia. Esta enfermedad ataca con especialidad á los niños; en los adultos y personas de avanzada edad se han visto casos, pero raros y más benignos. En una sola familia han enfermado en el transcurso de una semana seis niños, los padres y algunos sirvientes; en dos de los más pequeños la enfermedad ha tomado el carácter de gravedad más pronunciado y se ha llegado á desconfiar de su curación; en los otros, por orden ascendente, ha sido más benigna; en uno hubo una otalgia fuerte, que duró algunas horas, epistaxis por algunas mañanas sucesivas y tos no muy fuerte; en otro hubo solamente fenómenos gastro-intestinales durante algunas horas, sin tos. Esta enfermedad dura, pues, algunas horas, y hasta diez ó doce días, conservándose como síntoma más sostenido el catarro bronco-pulmonar. No ha muerto, que yo sepa, ninguna persona de esta enfermedad; pero sí habrán ocurrido casos de muerte en gentes desvalidas, que no pueden tener cuidados higiénicos ningunos, cuyo organismo se halla debilitado por las privaciones de lo más necesario para la vida,

y que además están desprovistas de todo remedio. La medicación, en los que la han solicitado, se ha reducido á cuidados higiénicos y á ligeros purgantes salinos, ó los calomelanos en aquellos que predominan los síntomas gastro-intestinales; ipecacuana y preparaciones balsámicas para aquellos en que el sufrimiento se acentúa más del lado de los pulmones. Después de estas aplicaciones hemos recurrido á los revulsivos periféricos, á los tónicos y estimulantes internos consistentes en las preparaciones de quina, vinos generosos, kola granulada en vino. La antipirina, en los casos neurálgicos, de epistaxis y febriles, ha llevado á los enfermos rápidamente al estado de algidez más caracterizado y ha sido necesario hacer reaccionar á los enfermos; por otra parte, viene la obstrucción de los pequeños bronquios y fenómenos de asfixia serios: debe, pues, prescindirse de ella. Las preparaciones de quina, así como las de cafeína, asociadas á los alcohólicos de mejor calidad, son los remedios que han dado mejores resultados.

Paso ahora á señalar un punto meramente higiénico.

Aquí se tiene la costumbre de traer á todos los cadáveres al templo por algunas horas, ya con el objeto de que el sacerdote les cante algún *requiem*, ó ya por la mera fórmula establecida de descansarlos allí; algunos cadáveres son conducidos en su caja mortuoria; la mayor parte los traen en barbacoas y los exponen á la vista de todos, tirados sobre el pavimento de una manera repugnante, asquerosa y repulsiva; muchos de éstos cuentan de veinticuatro y treinta y seis horas de muertos y han sido transportados de largas distancias, de modo que cuando los depositan allí están ya en estado de fermentación pútrida avanzada, en términos que se pone el templo inaccesible. Protestamos contra esta costumbre perniciosa y de fatalísimas consecuencias para los vivos. Esta es causa de contagio por una parte, de repugnancia y de terror para los niños y personas pusilánimes por otra; además infunde el desprecio y falta de veneración por estos despojos sagrados de la humanidad. Todo esto se puede evitar haciendo el depósito en la capilla del cementerio que creemos se ha hecho con este objeto. Ojalá la honorable Junta de Higiene tome la iniciativa y exponga su opinión sobre el particular.

## BIBLIOGRAFIA

Cuando se nos remita uno ó dos ejemplares de una obra, la anunciaremos en esta 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.

*Agencia anglo-columbiana.* Catálogo, ilustrado. 82 páginas. Londres, sin fecha de impresión.

*Libro médico azul de fórmulas y notas terapéuticas y reports sobre nuevos adelantos de la química y Farmacia.* Parte I. Publicado por la casa Burroughs, Wellcome & C.°, de Londres. 256 páginas, ilustrado. Londres, 1883.

*Libro médico azul conteniendo dictámenes de la Facultad de Medicina de España, fórmulas terapéuticas é índice de enfermedades y remedios.* Parte II, por Carlos J. Christie. Publicado por la casa Burroughs, Wellcome & C.°, de Londres. 332 páginas. Londres, 1894.

*Nuevos órganos de la prensa médica.*

*La Revista Estomatológica.* Hemos recibido los tres primeros números de esta nueva é importante publicación, que ha comenzado á ver la luz pública en Madrid (España), en Abril del corriente año. Es director de ella el doctor García Vélez, y Redactor en jefe el doctor D. L. Wihmarsh, quienes cuentan con un grupo selecto de colaboradores, formado por dentistas afamados de Europa y América. El *sumario* de la 1.ª entrega dará una idea de la importancia de la *Revista Estomatológica*:  
 I. Nuestros propósitos—II. Desarrollo de los dientes permanentes. Indicios de una tercera dentición en el hombre, por el doctor J. Albarrán—III. Los microbios de la boca (grabado en color), por el doctor E. de Heredia—IV. El dique Barnum—Química—Pediátricos, por el doctor José de Letamendi—V. Neuralgias del Trigémino, por el doctor Eichhorst—VI. Revista de Revistas—Formulario—Sociedades científicas—Gomas sifilíticas múltiples de la lengua—Administración del protóxido de ázoe con el aire—Memorándum—Anuncios.

Suscripción anual (12 números), 20 francos—Redacción y administración: 21, Paseo de Recoletos, Madrid (España).

*Los artículos no firmados pertenecen á*

LA REDACCION.