

Revista Médica de Bogotá

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Redactores: 1.º, Dr. Carlos Michelsen U.—2.º, Dr. José María Lombana Barrenache.

SECCION OFICIAL

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

(Conclusión).

9.ª No pudiendo obtenerse, como es imposible obtener, en el Hospital de San Juan de Dios, una antiseptica completa en las operaciones de alta cirugía y en especial en las de cirugía abdominal, solicita el señor doctor Uribe la fundación de un nuevo Hospital, empleando para ello los terrenos que posee el Gobierno en las afueras de la ciudad. Pero, dado caso que no hubiera fondos suficientes para llevar á cabo obra tan importante, solicita á lo menos la creación de una buena sala de operaciones.

10.ª En cuanto á concursos, solicita el señor doctor Uribe, que ellos sean obligatorios, no solamente para los estudiantes que hayan obtenido la mayor calificación y la inmediatamente inferior, sino para todos los estudiantes de la Facultad.

Su Señoría el Ministro de Instrucción Pública hizo en seguida uso de la palabra, y después de dar las gracias á la Academia y á los miembros de la Comisión por la acogida favorable que dieron á sus ideas, indica que el informe debe discutirse por partes para que las ideas emitidas en esta discusión por cada uno de los señores Académicos, sirvan para ilustrar su criterio en asunto tan delicado é importante. En

seguida hizo las siguientes observaciones al Proyecto de la Comisión:

1.^a Cree que el concurso para el externado debe ser obligatorio para todos los estudiantes, con el objeto de habituarlos á la lucha intelectual, verdadera gimnasia para la inteligencia de la juventud; el concurso para el internado, debe ser únicamente obligatorio para los Practicantes externos; el de Jefes de Clínica para los internos, y el de Agregados para los Jefes de Clínica; solamente de esta manera llegaremos á tener buenos profesores, pues el alumno que llegare á obtener el título de Profesor agregado, será, por eso mismo, dueño de inmenso caudal de conocimientos científicos.

Respecto á las ideas emitidas por el señor doctor Uribe, Su Señoría opina:

1.^o Que no es posible la fundación de un Hospital por no permitirlo los recursos del Tesoro Público, pero que sí podrían hacerse los gastos necesarios para modificar, hasta donde fuese posible, las malas condiciones higiénicas de las salas de cirugía del Hospital de Caridad; sin que tales modificaciones puedan llegar á ser suficientes para hacer dichas salas aptas á la práctica de las operaciones abdominales, lujo de la cirugía, que no podemos darnos hoy en nuestros hospitales.

2.^o Cree, como el señor doctor Uribe, que el Gabinete de Histología debe estar adjunto á los servicios de Clínica.

3.^o Su Señoría quiere la formación de una Escuela de Ciencias Naturales independiente de la Escuela de Medicina, con el objeto de formar profesores sobre la materia, teniendo en cuenta que los primeros cursos de esta Escuela podrían aprovecharlos los estudiantes de medicina.

4.^o Quiere que el Rector de la Escuela Práctica esté bajo la dependencia del Rector de la Escuela de Medicina; y

5.^o Solicita mayores detalles en el Proyecto de la Comisión, llegando hasta desear que ella revise el Reglamento de la Escuela de Medicina.

El señor doctor Manrique considera que el informe no puede discutirse en su conjunto después de una simple lectura; con todo, hace las siguientes observaciones:

1.^a Con respecto á las Ciencias Naturales, cree que debe

suprimirse su estudio de la Escuela de Medicina y en cambio hacerlo obligatorio en la Escuela de Literatura, dando, pues, mayor cuidado á la Instrucción Primaria, para que los profesores que deban dar la enseñanza secundaria, encuentren en los jóvenes un terreno preparado para recibirla; esta es la práctica seguida en Europa.

2.^a Dados los escasos recursos de nuestro Tesoro, debemos preocuparnos de realizar inmediatamente la fundación de las Escuelas prácticas de Bacteriología, Micrografía, etc., para aprovechar el edificio de la *Quinta de Segovia*.

3.^a Aprueba el establecimiento de los Anfiteatros en la Escuela Práctica, pues considera que los que existen hoy son enteramente insuficientes é inadecuados para el trabajo de los estudiantes.

4.^a En cuanto á los concursos, éstos fueron propuestos en otra ocasión y no pudieron llevarse á cabo porque los estudiantes no se presentaron á ellos; así es que deben hacerse obligatorios.

5.^a Pide con insistencia la formación de una Escuela especial de Farmacia, para que los Farmacéuticos tengan mayor responsabilidad moral, aparte de la legal, que las más de las veces es ineficaz.

6.^a Cree, sin embargo, el doctor Manrique que en nuestro Proyecto se debe pedir enseñanza amplia y completa para que se nos conceda siquiera la mitad.

El señor Ministro manifestó que aceptaba la insuficiencia de la educación primaria entre nosotros y que se proponía modificarla sustancialmente, pero que insistía en la formación de la Escuela de Ciencias Naturales independiente de la Escuela de Medicina, y llamaba la atención de la juventud sobre la verdadera importancia práctica de estos estudios para explotar la riqueza natural de nuestro país.

Acepta la formación de una Escuela de Farmacia para regularizar el ejercicio de la Profesión Médica en Colombia, idea que viene persiguiendo de tiempo atrás, como lo demuestran sus proyectos presentados á la Cámara Legislativa con respecto á la reglamentación del ejercicio de la Medicina; la fundación de Lazaretos y la creación de una Junta de Higiene,

que por desgracia no fueron aceptados, sino en lo relativo á la Junta de Higiene.

Termina el señor Ministro pidiendo de nuevo la discusión del Proyecto por partes.

El señor doctor Uribe hizo la siguiente proposición:

“Vuelvan los antecedentes de las reformas que deben introducirse en la enseñanza de la Medicina, á la misma Comisión que informó yá, para que complemente lo hecho y redacte el Proyecto de reformas y la reglamentación consiguiente. Dicho Proyecto será discutido por partes en la próxima sesión con asistencia de Su Señoría el Ministro de Instrucción Pública.”

Puesta en consideración, el señor doctor Juan David Herrera dijo: Que no daba su voto afirmativo á la proposición del doctor Uribe, porque creía que la Academia no debía ocuparse en cuestiones de detalle y porque el Proyecto presentado por la Comisión era la condensación de las ideas discutidas por ella. Si en el curso de la discusión por partes del Proyecto, se analiza alguno de sus artículos, entonces podrá encontrarse el por qué de él, cuál es la idea que incierra.

En materia de concursos, opinó el señor doctor Herrera, que no se debía exigir una escala ascendente tan rigurosa, puesto que eso exigiría un estudio de diez ó más años para poder optar al Profesorado, y porque si bien eso era muy bueno, los estudiantes no se someterían á ello; tanto más cuanto que una vez obtenido, no había seguridad ninguna de conservarlo mucho tiempo, mientras las Facultades no tengan autonomía propia, y el profesor esté expuesto á perder su puesto en un momento dado. En cuanto á la Escuela de Ciencias Naturales, dijo el doctor Herrera que ella había muerto en Colombia por falta de alumnos, porque los jóvenes no habían querido dedicarse á este estudio.

El doctor Osorio hizo la siguiente proposición:

“Suspéndase lo que se discute y cítese á la Academia para que se discuta por partes el informe de la Comisión.”

Habiendo obtenido esta proposición la aprobación de la Academia, quedó, por consiguiente, negada la del doctor Uribe.

El señor doctor Uribe hizo nuevamente uso de la palabra para manifestar que lo que él había dicho no había sido con la mira de censurar la Comisión, sino únicamente con el objeto de ayudarle en su labor.

Siendo las nueve y media p. m. el señor Presidente levantó la sesión.

El Presidente, LEONCIO BARRETO.—El Secretario, *Miguel Rueda A.*

TRABAJOS ORIGINALES

OBSERVACION

PÓLIPO FIBROSO DE LA NARIZ

El 15 de Diciembre último se presentó á mi consulta un señor, trayéndome un hijo suyo, de unos 18 años de edad. Me dijo que hacía más de un año tenía el joven obstruída la nariz izquierda y un poco dificultoso el paso del aire por la nariz derecha. Como sucede en casos semejantes, el enfermo respiraba por la boca y había tomado ese aspecto de hebetamiento que ha sido llamado *aproxesia nasal* por Guye de Amsterdam—que, por otra parte, es muy común en los casos de hipertrofia de la amígdala faríngea.—Tenía la espalda gibada y en todo su exterior se revelaba un desarrollo orgánico inarmónico. De tiempo en tiempo sufría de accesos de disnea, que él llamaba de asma, y con frecuencia se quejaba de cefalalgia, fatiga y palpitaciones. Por las tardes tenía turbaciones vasomotoras que hacían creer á la familia y á él mismo que eran febriles; sentía sofocación y las mejillas se le enrojecían; pero al ponerle el termómetro se hallaba que la temperatura no pasaba de 37°. El sueño era intranquilo é interrumpido por accesos de tos. Un año antes había sufrido de otalgias. No había

pérdida de olfato ni voz nasal. No recordaba haber tenido hemorragias ni supuraciones nasales.

Alarmada la familia por todo este aparato sintomatológico se vino á la capital, y en vista de la ineficacia de los diversos tratamientos aconsejados, se preparaba yá para viajar á Europa, por insinuación de un médico respetable.

Las opiniones más distintas habían sido emitidas, y á la verdad que había razón para ello, como se verá en el curso de este escrito. Se creyó que se trataba de una enfermedad interna, de una simple desviación del tabique nasal, de tumores adenoides, de un pólipo naso-faríngeo, etc. Se le aconsejó un tratamiento médico, ó toda abstención, juzgando que los progresos de la edad lo curarían, ó remedios locales puramente paliativos. Uno de los médicos que lo trataron intentó una operación, pero fue detenido por una violenta hemorragia y por un síncope, que la familia atribuyó á la acción de la cocaína.

Al primer examen de la nariz hallé una desviación del tabique á izquierda, efecto probable de un traumatismo antiguo, al cual daba mucha importancia el padre, quizá con razón. La desviación estaba situada en la unión del tercio inferior con el tercio medio del tabique, y comenzaba á unos dos centímetros del orificio anterior de la nariz. Era más pronunciada á medida que se internaba, y obstruía la fosa nasal de tal modo, que rozaba el cornete inferior, y sólo dejaba en el piso nasal un pequeño espacio por donde un médico había pasado sondas uretrales hasta del número nueve. Toda la mucosa estaba roja, túrgida y cubierta de costras—esto en ambas narices—de modo que era imposible un examen más minucioso. Prescribí una pomada boricada para reblandecer las costras y facilitar su expulsión, y para modificar el catarro le aconsejé aspirar, como rapé, borato de soda dos veces por día.

Bajo la influencia de este tratamiento, y por la suspensión de lavados demasiado activos, el catarro fue disminuyendo; á medida que la mucosa se deprimía íbase notando una masa blanca, grísea, en el pequeño espacio situado atrás y debajo de la desviación del tabique. Como el examen era doloroso, al fin me decidí, á pesar de los temores de la familia, á aplicarle una

solución de cocaína al 1 por 20, lo que me facilitó considerablemente la exploración de la mitad posterior de las fosas nasales, no sólo por la insensibilidad que produjo, cuanto por la extraña propiedad que posee esta sustancia de deprimir la mucosa no degenerada. Ví entonces claramente que había un pólipo situado detrás de la mencionada desviación del tabique, cuya inserción estaba en el borde posterior de éste, de lo cual me cercioré contorneando el neoplasma con un estilete. Temeroso de que lo que veía fuera una simple prolongación de algún pólipo naso-faríngeo, recurrí á la rinoscopia posterior, y encontré obstruyendo el orificio nasal izquierdo un cuerpo gríseo redondeado, del tamaño de una avellana. No había hipertrofia de la amígdala faríngea, ni otra cosa apreciable en la mucosa de la apófisis basilar, punto clásico de inserción de los fibromas naso-faríngeos. Comunicué á la familia del paciente mi diagnóstico definitivo, y propuse una operación que estaba indicada en mi concepto.

Algunos días más tarde, después de aplicar una solución de cocaína al 1 por 10, practiqué la extracción, valiéndome del polipótomo de Blacke, instrumento que preferí, en atención á su fácil manejo y á su pequeño volumen. El pequeño espacio que dejaba la desviación del tabique para la aprehensión del tumor y para su extracción, y los movimientos del enfermo que me hacían perder el rayo luminoso que me guiaba, hicieron laboriosa la operación. Una vez cogido el pólipo entre el ansa metálica, tuve que levantar ésta sobre la extremidad saliente del tabique, y hacer la extracción por el meato medio, forzando un poco el paso. Cuando logré sacar hasta el orificio nasal una extremidad del tumor, la hice mantener por un ayudante con unas pinzas fuertes y dirigí de nuevo el polipótomo hacia el punto de inserción. Haciendo una tracción enérgica pude arrancarlo, tan completamente, que ha sido inútil en seguida buscar el más pequeño fragmento en la nariz. La hemorragia fue insignificante, y el enfermo, fuera de una recrudescencia de su catarro por las maniobras operatorias, continúa perfectamente bien.

El pólipo extraído fue sometido al estudio del señor doc-

tor Ospina, profesor de Histología de la Facultad. Copio á continuación su dictamen:

“Tumor fibroso ó fibroma tuberoso (de Heurtaux).”

“El tumor que estudiamos tiene la apariencia de una masa bien limitada, piriforme y alargada; consta de una parte redondeada, dura y resistente, pero elástica á la presión, y otra delgada, aplanada y más blanda, que forma el cuello ó pedículo del tumor. El todo está cubierto de una membrana lisa, grísea y de estructura mucosa, aun cuando no tiene glándulas bien aparentes; muestra en algunos puntos un tinte rosado que indica mayor grado de vascularización. El volumen del tumor es de unos cinco centímetros de longitud por unos dos de espesor en la parte redondeada. No se le notan abolladuras ó hundimientos que hicieran creer que en su desarrollo hubiera estado comprimido por partes resistentes.

“Al cortar el tumor se nota cierta resistencia elástica, semejante á la de los tejidos de naturaleza conjuntiva densa, como los tendones. La superficie de sección es de un color blanco mate, con puntos rojizos muy pequeños que indican la presencia de escasos vasos sanguíneos. Observando con atención la superficie del corte, se notan hacecillos fibrilares que la recorren, como en la segunda variedad de tumores fibrosos descrita por Paget.

“Para hacer el examen microscópico hemos hecho dos preparaciones: en la una, coloreada con hematoxilina, se ven claramente los núcleos celulares, en vía de transformación desde la forma redondeada y ovalada hasta la alargada y fibrilar, y las fibras de tejido conjuntivo serpenteando al rededor de ellos en todas direcciones. Se notan también en este corte unas partes en que los haces de fibras forman trabéculas ó espacios dentro de los cuales se ven los núcleos coloreados de tejido conjuntivo.

“En la otra preparación, coloreada con picro-carmín, se ven los haces de fibras paralelas rosados, y las células de tejido conjuntivo de coloración uniforme; no se marcan clara-

mente los núcleos; también se nota la ausencia casi completa de fibras elásticas.”

Este caso da origen á varios comentarios importantes:

1.º Las obstrucciones nasales producen gran número de fenómenos reflejos que pueden inducir á error, porque simulan diversas enfermedades internas. Recuerdo á este propósito un individuo que me tocó operar en París en la Clínica de los doctores Lubet-Barbon y Martin, que sufría de asma hacía más de veinte años. Me decía que había tomado enormes cantidades de yoduro de potasio, única cosa que lo mejoraba. Después de la extirpación de ocho pólipos mucosos su asma desapareció por completo.

2.º La tos, frecuente en estos enfermos, hace temer una enfermedad laríngea ó pulmonar. Es producida por la excitación de las extremidades nerviosas de la mucosa que determina el aire seco que entra por la boca. Se hace más tenaz durante el sueño y á veces se calma tomando algún líquido.

3.º Las desviaciones pronunciadas del tabique, y el catarro que generalmente las acompaña, hacen difícil el diagnóstico de las lesiones ó neoplasias que se desarrollan en la parte posterior de las fosas nasales. En tales circunstancias, la cocaína es un valioso auxiliar, porque deprime los tejidos, lo que aumenta el campo de observación. También deben recordarse los servicios que prestan en estos casos la rinoscopia posterior y la exploración digital.

4.º El punto verdaderamente importante en la presente observación es el diagnóstico diferencial entre los pólipos fibrosos ó fibro-mucosos que tienen su origen en las fosas nasales, y los fibromas hípicos naso-faríngeos, cuya inserción tiene lugar, en la mayor parte de los casos, en la apófisis basilar del occipital ó en la lámina fibrosa que obtura el agujero desgarrado anterior. Este diagnóstico no es solamente una curiosidad científica; es un hecho de extrema importancia para la práctica, porque la sintomatología, el pronóstico y el tratamiento varían completamente.

Trélat, en sus lecciones dictadas en La Charité, insistía sobre la importancia que tiene el no confundir estas dos es-

pecies de neoplasias, y aconsejaba explorar con el dedo ó con el espejo rinoscópico la mucosa de la apófisis basilar; en su concepto, si ésta estaba libre no se trataba de un pólipo nasofaríngeo clásico.

Aunque los pólipos que más frecuentemente se desarrollan en las cavidades nasales son los mucosos, también se pueden encontrar allí otros de estructura fibrosa, cuya inserción está en el tejido fibroso, descrito por Panas, que tapiza el orificio posterior del aparato olfativo. "En este punto, dice Trélat, el periostio muy espeso forma un borde de un centímetro de ancho que circunscribe el orificio posterior de las fosas nasales, tapizando no solamente la pared externa, superior é inferior del orificio, sino aun la pared interna, el vómer mismo.

"Esta estructura especial de la mucosa llevaba á M. Panas á pensar que los pólipos nasales posteriores debían ofrecer una estructura más densa que los pólipos intranasales, y que se podía en consecuencia confundirlos con los pólipos nasofaríngeos."

En el presente caso el examen histológico apenas menciona el tejido mucoso, abundante en estos tumores, pero no debe olvidarse que, como lo dice Moure, los pólipos nasales aumentan su consistencia á medida que permanecen mayor tiempo en aquella cavidad.

El estudio clínico de estas dos especies de tumores revela, entre otras, las siguientes diferencias: el pólipo fibroso nasal es liso, de color blanco ó griseo, un poco rojo en los puntos expuestos á frotés; presenta un pedículo aplanado y una extremidad redondeada en corazón de ave (Legouest). Siendo poco vascular no da lugar á hemorragias espontáneas; no produce flujos mucosos ó muco-purulentos, ni otros fenómenos que los de orden reflejo y los que se deducen de la obstrucción nasal.

Los pólipos naso-faríngeos son bocelados, de color rojo oscuro ó carnosos, tienen una amplia base de implantación; envían prolongaciones que penetran en las cavidades vecinas,

las que producen serios trastornos y las deforman. Las hemorragias espontáneas ó consecutivas á la más ligera maniobra operatoria y los flujos mucosos y purulentos son comunes. Son tan vasculares que, como dice Erichsen, sus grandes vasos dilatados y tortuosos "forman un rasgo tan prominente en su estructura que algunas veces se ha sugerido la idea de llamar estos tumores *fibro-angiomas*."

El pronóstico es también muy distinto en uno y otro caso. En tanto que los pólipos fibrosos nasales crecen lentamente y no reinciden una vez operados (Moure), los naso-faríngeos reinciden casi siempre, cualquiera que sea el método operatorio que se adopte. Este mal éxito y las observaciones de Legouest, Gosselin, Verneuil y otros que prueban que después de los veinticuatro años los fibromas naso-faríngeos tienden á atrofiarse, hacían decir á Trélat al fin de su carrera de cirujano, que estaba resuelto á no volver á operar un tumor de esta naturaleza, salvo casos de excepcional urgencia, y que en lo sucesivo, cuando se le presentara un pólipo naso-faríngeo, se contentaría con cauterizarlo dos ó tres veces por año, para detener su desarrollo y esperar la edad en que hubiera de desaparecer espontáneamente.

Los cirujanos actuales, poco satisfechos con este consejo, operan toda clase de pólipos; pero en tanto que recurren á procedimientos sencillos para los nasales, tales como el arrancamiento ó la sección con el ansa fría ó con el cuchillo galvánico usan de diversos procedimientos para los naso-faríngeos, que, tienden todos á abrirse un amplio campo operatorio, para poder cauterizar, ruginar ó destruir la base de implantación del tumor.

MANUEL N. LOBO.

Marzo 23 de 1897.

INFORME

Señores Miembros de la Academia Nacional de Medicina.

En desempeño de la Comisión que recibí del señor Presidente de la Academia, presento el informe relativo á un tra-

bajo presentado por el doctor Manuel N. Lobo como tesis de agregación.

Es el trabajo del doctor Lobo la observación clínica de un pólipo fibroso de la fosa nasal izquierda, diagnosticado por medio de la rinoscopia posterior y extraído por él con buen éxito, empleando los procedimientos modernos de anestesia y de manual operatorio.

Acompaña al trabajo del doctor Lobo un examen histológico del tumor practicado por el doctor Heliodoro Ospina, y que corrobora el diagnóstico que había sido hecho.

Como en mi concepto el trabajo del doctor Lobo es perfectamente científico y reúne los requisitos exigidos por el reglamento de la Academia, propongo:

1.º Acéptese al doctor Manuel N. Lobo como candidato para miembro de número de la Academia Nacional de Medicina; y

2.º Publíquese la observación y el informe en la REVISTA MÉDICA.

Señores Miembros de la Academia.

A. GÓMEZ CALVO.

PATOLOGIA DE COLOMBIA

(Por el doctor Gabriel J. Castañeda).

(Continuación).

CUADRO ESTADISTICO

del Hospital de San Juan de Dios en el año de 1889.

NOMBRES DE LAS ENFERMEDADES	Número de entradas.	Número de muertes.
Vienen.....	4,087	380
Oftalmía.....	33	3
Onixis.....	17	..
Osteítis.....	4	..
Pasan.....	4,141	383

Nombres de las enfermedades.	Número de entradas.	Número de muertes.
Vienen.....	4,141	383
Osteoperiostitis.....	1	..
Orquitis.....	13	..
Otitis.....	18	..
Ozena.....	5	..
Panadizo.....	6	..
Paperas.....	1	..
Parafimosis.....	1	..
Parálisis.....	7	..
Paraplegia.....	3	1
Parto.....	398	8
Pericarditis.....	1	..
Perihepatitis.....	2	..
Perimetritis.....	2	..
Periostitis.....	11	1
Peritonitis.....	23	9
Pénfigo.....	3	..
Placas mucosas (sífilis).....	8	..
Pleuresía.....	25	1
Pleurodinia.....	2	..
Pólipos.....	15	..
Pólipo uterino.....	1	..
Parotiditis.....	1	..
Prolapso del recto.....	20	2
Prolapso del útero.....	21	..
Prúrigo.....	8	..
Púrpura hemorrágico.....	6	..
Quemaduras.....	17	2
Raquitismo.....	8	2
Reumatismo.....	188	4
Rinitis.....	1	..
Rino escleroma.....	1	..
Rupia.....	2	..
Sarcoma.....	3	..
Sarna.....	23	..
Pasan.....	4,986	413

Nombres de las enfermedades.	Número de entradas.	Número de muertes.
Vienen.....	4,986	413
Saturnismo.....	3	.
Septicemia.....	1	1
Sífilis.....	525	6
Sinovitis tendinosa.....	1	..
Soriasis.....	2	..
Tabes mesentérica.....	3	2
Tenia.....	1	..
Tiflitis.....	1	..
Tifo.....	1,146	74
Tifo exantemático.....	276	28
Tiña decalvante.....	15	..
Tiña favosa.....	1	..
Tos ferina.....	75	18
Traumatismo.....	57	4
Tuberculosis.....	291	93
Tumores.....	46	1
Úlceras.....	251	3
Uremia.....	1	1
Vaginitis.....	6	..
Várices.....	4	..
Varioloides.....	1	..
Viruela.....	1	..
Zona zoster.....	1	..
Totales.....	<u>7,695</u>	<u>644</u>

En este cuadro la primera enfermedad que llama la atención por el número de enfermos, es la disentería, que da un total de 604 casos en el año de 1889. Para formarnos una idea de la frecuencia de esta enfermedad en Bogotá, hemos querido consultar las estadísticas durante un número de años suficiente; pero sólo hemos logrado hacerlo para ocho años, como se verá por el cuadro siguiente:

MESES	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897
Enero.....	65	38	63	38	43	63	<i>No se pudo obtener el dato de este año.</i>	42	44
Febrero....	59	50	131	41	47	40		47	43
Marzo	70	55	116	54	39	39		48	36
Abril	68	49	94	37	51	41		44	35
Mayo	65	45	66	45	60	42		49	23
Junio	50	50	38	69	54	41		23	19
Julio.....	54	38	43	58	48	38		24	13
Agosto....	39	41	44	48	62	44		27	14
Septiembre.	24	35	42	61	87	45		29	13
Octubre...	36	36	45	64	73	40		38	17
Noviembre.	38	39	37	50	81	37		28	21
Diciembre.	36	50	39	43	81	45		37	34
Totales...	604	526	758	609	726	515	436	312

Resulta, pues, que la disentería reina de una manera endémica en esta ciudad, y que en los ocho años que hemos examinado ha fluctuado su frecuencia entre 300 y 700 casos anuales; no pudiendo decirse que en este lapso de tiempo se haya observado una verdadera recrudescencia epidémica.

No parece que las estaciones influyan decididamente sobre la producción de la disentería en Bogotá, puesto que en unos años aparecen mayor número de casos en los primeros meses del año, en otros á mediados, y en otros al fin. Podemos simplemente, con estos datos, considerar como permanentes las causas que producen la enfermedad de que nos ocupamos, y por consiguiente, que la disentería reina endémicamente en esta ciudad.

Ahora bien: si pasamos al estudio etiológico de la enfermedad, vemos que hoy se la considera como una enfermedad infecciosa, aun cuando los autores no están de acuerdo todavía acerca del agente específico que la produce: unos creen con Kartutis, que es un protozooario, parásito extracelular, llamado amibo; otros creen que es una bacteria, y se han señalado varias especies, y algunos autores como Bertrand y Baucher creen que la disentería de los países templados es producida por los microbios comensales de las vías digestivas, tales como vibriones anaerobios, estreptococcus, estafilococcus, coli-bacilo, bacilo piocianico, etc.

Tenemos, pues, al orden del día el estudio del parásito que determina la disentería, y puesto que la enfermedad es endémica entre nosotros, podrán establecerse estudios permanentes, que permitan llegar al esclarecimiento de asunto tan importante.

Como la mayor parte de las enfermedades infecciosas, la disentería admite en la patogenia el concurso de influencias diversas, tales como la miseria, la penuria alimenticia, las vicisitudes atmosféricas, el uso de alimentos y de aguas de mala calidad.

Además, debemos tener en cuenta el carácter contagioso que está hoy bien demostrado.

Esto nos servirá para poner en práctica los medios profilácticos convenientes, á fin de contrarrestar las causas que concurren al desarrollo de esta enfermedad.

De todas las medidas higiénicas la más importante es la que tiende á procurar aguas de buena calidad para la alimentación.

Como la disentería se transmite también por contagio, es preciso recomendar el aislamiento de los enfermos, y sobre todo, desinfectar los excrementos de los enfermos y todas las ropas de vestido y cama que hayan sido contaminadas por tales excrementos, por medio de un licor antiséptico al sublimado.

El régimen dietético debe ser rigurosamente vigilado, no permitiendo al enfermo otra alimentación que la leche; y en caso que ésta se tolere mal, deberá cortársela con agua de cal, lo cual tiene la ventaja de servir como desinfectante intestinal.

No es de este lugar hacer mención de todos los medicamentos que se han aconsejado contra la disentería; nos limitamos simplemente á indicar los que tienen una acción eficaz, tales como la ipecacuana, el calmel, el opio, el bismuto, la ergotina, el sulfuro de carbono y las lavativas de sublimado, preconizadas por Lemoine.

NOTA.—Para dar mayor valor á los datos que quedan publicados sobre la disentería, me atrevo á suplicar á todos mis ho-

norables como profesores de la capital y de los Departamentos, se sirvan mandar á la Redacción de la REVISTA MEDICA una notita en la que den su opinión acerca de los siguientes puntos:

- 1.° Si reina la disentería en los lugares en que ejercen la profesión;
- 2.° Si es esporádica, endémica ó epidémica;
- 3.° En qué meses del año se desarrolla con mayor extensión;
- 4.° Qué número de individuos, poco más ó menos, son atacados durante un año; y
- 5.° Cuál es su opinión acerca de la causa determinante específica de la disentería.

GABRIEL J. CASTAÑEDA.

(Continuará).

BOTANICA

(Monografía para la REVISTA MEDICA, por S. Cortés).

CESALPINIAS

(Continuación).

B. picta D. C. (*pauletia picta* H. B. K. nov. gen. et spec., VI, 316). Fue encontrada esta especie por Humboldt en la confluencia del río Opón con el Magdalena; en Muzo por Goudot. Se diferencia de la *B. cinamomea* por sus hojas bisecadas.

B. macrostachya Benth., in Hook. Journ. of Bot. II, 96. Schlim vio esta especie en Aguachica, departamento del Magdalena. (*Pauletia*).

B. inermis Pers.; D. C. Prodr. II, 514. Especie encontrada por Sinclair y Seemann en Veraguas y en el golfo de Fonseca.

B. petiolata (amaría). Tiene el nombre vulgar de *Mulatico* en muchos lugares del río Magdalena, según Triana y Goudot.

B. (amaría *sessilifolia* Mutis) *sessilifolia*. Vive en los lugares templados de la República.

B. glabra Jacq. (*B. suaveolens* H. B. K. nov. gen. et spec., VI, 320. Schnella). Vive esta planta cerca de Cartagena.

B. heterophylla H. B. K. (*B. columbiensis* Benth. bot. of sulf). Se encuentra en Panamá según Seemann, y en Cartagena.

No tiene esta especie dos clases de hojas como equivocadamente lo creyó Kunth.

Schnella Radd. pl. bras. add. (caulotretus Rich.). Tiene los caracteres siguientes: cáliz de 5 lóbulos ó 5 dientes estrechamente imbricados; 10 estambres fértiles; fruto aplanado, coriáceo y dehiscente, ó membranoso indehiscente; las hojas son bilobadas ó de dos foliolos. Las 15 especies conocidas son lianas ó bejucos propios de la América intertropical. Aublet.

Sch. vestita Benth. Triana señala esta especie entre Anapoima y el alto Magdalena; Hatweg cerca de Pandi.

Sch. longipétala Benth. ? Schlim la encontró en Aguachica. Es semejante á la anterior, pero tiene las flores más pequeñas según Triana y Planchon.

Sch. osorii (1). Triana encontró esta especie en el alto Magdalena, en Piedras, etc.

Sch. splendens Benth. (*Bauhinia splendens* H. B. K.). Se encuentra en Panamá, en la isla de Coiba y en el Chocó, según Seemann y Triana.

Dimorphandra Schott. (*Mora Schomb.*). Las especies de este género tienen las flores regulares y hermafroditas; el cáliz es monosépalo, la corola polipétala, el androceo diplostemoniado y el gineceo libre; la corola es sensiblemente regular; los estambres son de dos especies: fértiles los superpuestos á los pétalos, los demás estériles. Son árboles de la América tropical.

D. oleifera Tr. Grande árbol que habita en los lugares húmedos del puerto de Buenaventura; de su tronco se extrae un aceite empleado en la pintura, según Triana.

Copaifera L. Tienen las flores pequeñas regulares, hermafroditas y en espigas; el cáliz está formado de cuatro sépalos desiguales que forman el perianto calicinal; los estambres están dispuestos en dos verticilos tetrámeros ó pentámeros; el gineceo es libre, súpero; el fruto, una legumbre bivalva con una sola semilla. Son árboles inermes, originarios casi to-

(1) Especie nueva, que dedicamos al notabilísimo médico y botánico doctor Nicolás Osorio, autor de dos importantes estudios sobre las quininas de Colombia.

dos de la América ecuatorial, producen el aceite llamado bálsamo de copaiba.

C. officinalis L. Muy común en los climas ardientes de Colombia y en toda la América intertropical. (C. Jacquini Desfontaines).

Prioria Griseb., Fl. brit. w. ind. Su receptáculo floral está poco desarrollado, aunque es más cóncavo que en las copaibas y otros géneros de esta sección, y la inserción de su androceo es realmente perigina; el cáliz tiene 5 divisiones profundas; el androceo consta de 10 estambres libres; el gineceo se inserta en el centro del receptáculo; la legumbre es orbicular-oval, oblicua, aplanada, leñosa, bivalva; encierra un solo grano, cuyo embrión está desprovisto de albumen. Se conoce una sola especie.

P. copaiifera Griseb. Grande árbol inerme de la parte norte de la zona tórrida americana; sus hojas son alternas, paripinadas, con dos ó cuatro foliolos y estípulas escamosas y caducas. Las flores, numerosas y pequeñas, están reunidas en espigas en las cimas de las ramas. Lleva el nombre vulgar de *Cativo* en Barbacoas, según Sutton Hayes, y *amansa mujer* en Panamá. H. Baillon. Bot. med. phanerog. París. 1884.

Cassia T. Son de flores hermafroditas é irregulares; el receptáculo es plano, cóncavo ó convexo; el cáliz está dividido en 5 sépalos; como la flor es resupinada, uno de los sépalos es anterior, el 1, de ordinario más pequeño; la corola está formada de 5 pétalos, alternos con los sépalos, desiguales más ó menos; el vexilar está cubierto en el botón por los laterales; el androceo lo forman 2 verticilos quinarios de estambres desiguales ó polimorfos y no todos fértiles; el ovario, colocado sobre un pedúnculo más ó menos largo y encorvado, termina en un estilo adelgazado; el fruto es una legumbre de forma y consistencia muy variables, dehiscente ó indehiscente, con un número indefinido de semillas.

Las diferencias que presentan las muchas especies de este género han hecho dividir las en varias secciones, consideradas como géneros distintos por algunos botánicos (1).

(1) Tales son las secciones *Senna*, *Cathartocarpus*, *Chamaecrista*, etc. La mayor parte de las *Cassias* son purgantes, febrífugas y tónicas.

C. brasiliiana Lamk. Lleva el nombre vulgar de *cañafistula gruesa*, y se encuentra en los valles del Magdalena, Cauca, Meta, Zulia (Linden), y en Panamá según Seemann. Sección Cathartocarpus.

C. moschata H. B. K. Vulgarmente *cañafistula*; H. y B. encontraron esta especie en Mompós; Triana en Tocaima y Villavicencio, Sutton Hayes en Panamá. (Petite-casse. Botanique médicale phanérogamique par H. Baillon, página 605).

C. fistula L. Vulgarmente *cañafistula de purgar* en Panamá, según Seemann.

C. humboldtiana D. C.; *C. speciosa* H. B. K. Se encuentra en todo el valle del río Magdalena; vulgarmente *Faral* en Tenerife. H. B.

C. baccillaris? Se encuentra en Panamá, Mey.; Chagres, Fendler; en Aguachica, departamento del Magdalena, Schlim, y en la isla de Tumaco, Barclay.

C. macrophylla Kunth. Se encuentra al occidente de Cundinamarca hasta 1,000 metros de altura, según Triana, y en las costas de Bolívar. H. B.

C. inaequilatera Balb. Bertero la encontró en Santa Marta.

C. puberula H. B. K. Encontrada por Humboldt y Bonpland en Turbaco, por Seemann en Panamá y por Schlim en Aguachica en los bosques al sur del departamento del Magdalena. (*C. baccillaris?*).

C. nervosa Vog. Especie muy semejante á la anterior; fue encontrada por Triana en Antioquia y por Linden en Soatá.

C. oxyphylla Kth nov. gen. et spec. vi, 343. Se encuentra en Santa Marta, Purdie; Ocaña, Schlim, y Panamá según Fendler.

C. undulata Benth. in Hook. Journ. II, 76. Fendler y Seemann vieron esta especie en Chagres y Panamá respectivamente.

C. pendula H. B. K. Bertero la encontró en Santa Marta. H. y B. en Guaduas.

C. indecora H. B. K. Encontrada por Schlim en San Pedro,

provincia de Ocaña. Esta planta es probablemente una variedad de la anterior.

C. floribunda Cav. Se encuentra en Villavicencio. Tr.

C. alata L.; *C. herpetica* Jacq. Especie de las tierras ardientes, lleva los nombres vulgares de *bajagua* y *lucutema* en el departamento del Magdalena; *Mocuteno* en el de Santander; *Majagüillo* en Villavicencio; *yerba de playa* en las Antillas. Contiene esta planta ácido crysofánico, y se preconiza en muchas enfermedades de la piel. (Form. des méd. nou. et des medicat. nouvelles. H. Bocq. Lim. 1893).

C. occidentalis L. Especie usada como tónica y febrífuga; lleva los nombres vulgares de *Chilinchile* y *Brusca* en Cundinamarca y Santander; *yerba de la potra* y *de gallinazo* en el Cauca; *comida de murciélago* en Cumbitara; *Frijolillo* en Panamá. Las semillas contienen un principio llamado *achrosina*. (Transactions of the first Pan-american med. Congress. Washington, 1895. vol. 1).

C. hirsuta L. Especie muy semejante á la anterior, vive en el alto Magdalena, hasta 1,400 metros según Triana.

C. tomentosa Mutis; *C. multiglandulosa* Jacq. Vive en la sabana de Bogotá y lleva el nombre vulgar de *Alcaparro*; es febrífuga. H. B. K. Synopsis plant. aequin. iv; nov. gen. et spec. VI, 345.

(Continuará).

REPRODUCCIONES

LEPRA

Hubiéramos deseado dar una relación muy detallada de los trabajos de la Conferencia Internacional de Leprólogos reunida recientemente en Berlín; siéndonos imposible, por la extensión y el número de las comunicaciones, publicaremos únicamente el extracto de las discusiones, hecho por el doctor E. Kummer, para la *Semaine Médicale* de París, y traducido por el doctor M. N. Lobo para la REVISTA.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA LEPRO, HABIDA EN
BERLÍN DEL 11 AL 16 DE OCTUBRE DE 1897.

¿El bacilo de Hansen debe ser considerado como el agente patógeno de la lepra?

VIRCHOW (de Berlín) estima que en tanto que no se haya llegado á cultivar el bacilo de Hansen ni á transmitir la lepra por la inoculación de ese microbio, la demostración del papel patógeno del bacilo de Hansen no podrá considerarse como rigurosamente establecida; sin embargo, las razones que militan en favor de esta opinión son tan valiosas, que no parece quedar mucho campo para la duda.

KAPOSI (de Viena), aun admitiendo la naturaleza patógena del bacilo de Hansen, declara que ha observado un hecho averiguado de lepra tuberculosa sin bacilo. En semejante caso, es necesario saber hacer el diagnóstico clínico independientemente de la bacteriología.

HANSEN (de Bergen) reconoce que puede haber algunas veces grandes dificultades para descubrir los bacilos, sobre todo cuando son poco numerosos; cree, sin embargo, que en los casos dudosos, el diagnóstico debe reservarse hasta el momento en que se encuentre el bacilo.

PETRINI DE GALATZ (de Bucharest) ha visto una vez solamente sobre 33 casos de lepra que le son personales, que quedara negativo el resultado del examen bacteriológico; se trataba, sin embargo, de un hecho manifiesto de lepra tuberculosa. Por otra parte, ha encontrado el bacilo en la sangre de un leproso atacado de la forma anestésica.

DOUTRELEPONT (de Bonn) ha debido, en un individuo atacado de lepra tuberculosa, buscar muy largo tiempo el bacilo antes de encontrarlo; pudo observar en este caso que los bacilos venían á ser invisibles desde que la celoidina había sido extraída de los cortes microscópicos.

NEUMANN (de Viena) admite la presencia del bacilo de Hansen en todos los casos de lepra. Cuando, excepcionalmente, no puede ser descubierto, se debe basar el diagnóstico exclusivamente sobre los signos clínicos, lo que es perfectamente posible.

ARNING (de Hambourg) hace notar que los caracteres de colocabilidad del bacilo de Hansen dependen de diversas circunstancias (métodos de endurecimiento, de coloración y de descoloración, etc.).

¿Cuáles son las vías de transmisión del bacilo de la lepra?

STICKER (de Giessen) ha tenido ocasión de examinar en Bombay y en Egipto, la nariz de 153 leprosos, de los cuales 140 estaban atacados de una afección nasal. Sobre estos 153 casos, 128 veces ha comprobado la presencia del bacilo de Hansen en la secreción pituitaria. La afección nasal, que él considera como que forma la puerta de entrada del agente patógeno, consistía en una ulceración de bordes ligeramente infiltrados, situada en la parte antero-inferior del tabique cartilaginoso. Las observaciones del orador concuerdan con las que Jeanselme y Laurens han publicado recientemente sobre este asunto.

ARNING cree en la existencia de muchas puertas de entrada. Él recuerda la inoculación que practicó con éxito sobre el brazo de Keanu en Honolulu. Añade que se observan frecuentemente en los países tropicales manifestaciones leprosas al nivel de las extremidades inferiores; ahora bien, es de notar que los habitantes de estos países andan descalzos, lo que facilita probablemente la infección de esta parte del cuerpo.

SCHAFFER (de Breslau) ha comprobado al microscopio que dos leprosos atacados de afecciones nasales esparcían bacilos á dos ó tres metros en contorno.

JEANSELME (de París).—La precocidad de la rinitis leprosa nos lleva á pensar que el bacilo de Hansen penetra á menudo en el organismo á favor de una erosión insignificante de la pituitaria. Pero esta hipótesis no debe generalizarse á todos los hechos, pues en algunos individuos la coriza leprosa no aparece sino en el período de la enfermedad confirmada. En la mitad de los casos que he examinado he encontrado el bacilo en el mucus nasal. Desde el punto de vista profiláctico recomiendo la curación oclusiva, el empleo de pomadas, etc.

KAPOSI.—El simple hecho de una ulceración nasal en un leproso, no implica necesariamente el carácter inicial de esta lesión, tanto más cuanto ciertas manifestaciones leprosas

coexisten habitualmente con la afección de la nariz. Yo mismo he observado el caso siguiente, en el cual la puerta de entrada del virus se encontró indudablemente situada al nivel del dedo.

Durante una travesía del Canal de Suez, un individuo notó sobre uno de sus dedos una vejiga proveniente, según creía él, de una picadura de insecto; se produjo en seguida una infiltración lepromatosa del mismo dedo, después de la frente, con abolición de la sensibilidad al nivel de las infiltraciones. Aunque en este caso no se hayan podido descubrir bacilos de Hansen, yo puedo garantizar la exactitud del diagnóstico de lepra.

BABES (de Bucharest).—Se encuentran bacilos sobre la mayor parte de las mucosas, las cuales representan á menudo puertas de salida más bien que puertas de entrada. La existencia de una ulceración nasal no prueba que sea realmente á este nivel en donde se encuentra la puerta de entrada; es una simple hipótesis, y nada más. Por otra parte, Nocard ha demostrado para el muermo, que manifestaciones nasales podían ser secundarias á la penetración del virus por el tubo digestivo; en cuanto á la lepra, nada dice que no pueda ser así. Además de la mucosa nasal existen, como vías de salida, las glándulas salivares y mamarias, el esperma y el tractus genital de la mujer.

ANATOMÍA PATOLÓGICA É HISTOLOGIA DE LA LEPPA

BABES.—Creo que desde el punto de vista anatomo-patológico conviene colocar la lepra al lado de la tuberculosis y de la actinomicosis. La existencia de esporos no está aún demostrada para los bacilos de Hansen. Estos últimos se distinguen de los bacilos de la tuberculosis por los caracteres siguientes: se encuentran habitualmente reunidos en gran número; pueden estar situados en tejido aparentemente normal; en fin, forman grupos conocidos bajo el nombre de *globi*. He encontrado los bacilos de la lepra sobre todo en la piel, particularmente en los folículos pilosos, en el mamelón, así como en la leche.

En lo que concierne á la lepra visceral, sería de opinión que no se hiciera este diagnóstico sino cuando existe al mismo tiempo que los bacilos una alteración lepromatosa del tejido, dejando á un lado los casos en que se encuentran simplemente los bacilos en una víscera normal.

Los bacilos de Hansen están ya encerrados en células, ya situados fuera de ellas. Los *globi* no son verdaderas células, sino más bien trombus linfáticos. Se encuentran bacilos en las máculas de la lepra nerviosa; en semejante caso, los he encontrado en la sustancia de los troncos nerviosos; estos últimos, á menudo degenerados, pueden sin embargo presentar también signos de regeneración. Sobre 21 casos, he descubierto 9 veces bacilos en los ganglios espinales, 3 veces en la médula espinal; esos microrganismos estaban incluidos en las células nerviosas mismas.

JEANSELME.—He hecho, en el curso de los dos últimos años, la autopsia de cinco leprosos. En dos de estos individuos, que estaban atacados de la forma anestésica, he podido comprobar en la médula lesiones evidentes. Las células de los cuernos anteriores eran poco alteradas; quizá eran menos numerosas que en el estado normal.

Las lesiones de los haces blancos eran, por el contrario, muy pronunciadas. Ocupaban los cordones posteriores y los laterales; pero no se encontraban repartidas de una manera uniforme. En el segmento posterior, la degeneración respetaba siempre la zona cornu-radicular; ocupaba el cordón de Goll, la zona radicular postero-interna y la región cornu-comisural. Las raíces posteriores, las zonas de Lissauer, la red nerviosa de las columnas de Clarke no estaban atacadas por la degeneración.

En el cordón lateral, la esclerosis existía en el haz piramidal cruzado, pero le desbordaba notablemente é invadía el haz cerebeloso directo. Pierre Marie ha observado un caso enteramente análogo á los míos desde este punto de vista.

¿Estas lesiones medulares son de origen exógeno ó de origen endógeno? Al principio estaría uno inclinado á pensar que la esclerosis medular es secundaria á las lesiones neuríticas. Sin embargo, la integridad casi absoluta de las raíces

posteriores, la conservación de los haces que son interesados en las esclerosis de origen exógeno, son contrarios á esta hipótesis. Como se ve, la repartición de las regiones atacadas es enteramente la inversa de la que se observa en el tabes; es, al contrario, casi idéntica á la que realiza la pelagra. En cuanto á la esclerosis de los haces piramidales, no debe ser considerada como una degeneración descendente, sintomática de una lesión en foco, pues el encéfalo parece intacto; además, esta esclerosis del cordón piramidal no existe sino en una débil altura; nace y muere sobre un mismo lugar. Estos hechos me llevan á concluir que, en los casos que yo he estudiado, la esclerosis medular era de origen endógeno.

El examen bacteriológico de las regiones degeneradas me ha dado constantemente resultados negativos. La ausencia del bacilo específico en la medula, la ausencia igualmente comprobada de alteraciones vasculares y de nódulos infecciosos en los territorios esclerosos, me llevan á suponer que las esclerosis medulares de que se trata nacen de una intoxicación. Respecto de la toxina secretada por el bacilo de la lepra, la médula se comportaría como lo hace, con respecto á algunos venenos de origen alimenticio, el veneno pelagroso en particular.

BLASCHKO (de Berlín).—Estimo que desde el punto de vista de los bacilos, no hay sino una simple diferencia de cantidad entre las formas tuberosa y maculosa de la lepra. La inmigración de los bacilos de la piel á los nervios periféricos es un hecho demostrado por la observación; considero como una simple hipótesis la opinión que admite para la forma maculosa una embolía primitiva de un nervio con turbaciones tróficas secundarias al nivel del dermis. La analogía proclamada por Unna entre la mancha leprosa (neuro-leprido) y el herpes zoster, no existe, en mi concepto.

ARNING.—Creo que hay una diferencia esencial entre las formas tuberculosa y maculosa de la lepra. En la forma tuberculosa, se observan á menudo infiltraciones de los nervios, pero jamás las manifestaciones cutáneas propias á la forma maculosa. En los casos de la última categoría se notan, además, frecuentes neuralgias, que tienen un valor nosológico in-

contestable. Además, en una niña atacada de lepra máculo-anestésica, he comprobado una detención de desarrollo de una de las extremidades superiores; el encogimiento medía 9 centímetros: se trataba aquí, sin ninguna duda, de una turbación trófica que la simple mácula cutánea no podía haber provocado.

J. DARIER (de París).—Las lesiones histológicas de la piel al nivel de los lepidos son, si no absolutamente patognómicas, á lo menos bastante especiales; difieren de las de los lepromas y consisten en una infiltración más ó menos rica de células dispuestas esencialmente en mangos perivasculares que rodean, por otra parte, los folículos y las glándulas. Son, en su mayor parte, células conjuntivas, á las cuales se mezclan glóbulos blancos en proporción variable, algunas veces células gigantes y algunos *Mastzellen*. Las modificaciones de la epidermis, de los anexos, de la trama conjuntivo-elástica del dermis y de los nervios son secundarias, relativamente poco marcadas y casi insignificantes.

En todos los casos que he examinado, salvo uno solo, he podido descubrir sobre los cortes de los lepidos de esta categoría la presencia de bacilos de Hansen-Neisser, algunas veces en número incalculable, á menudo poco abundantes, algunas veces en estado de degeneración. Las manchas que he estudiado eran las unas eritematosas, las otras puramente pigmentarias; su edad variaba de seis días para la más joven en fecha, á cinco años para la más antigua; ya se hubieran notado "oleadas" recientes, ya hicieran falta desde hacía más de un año.

Se puede, pues, concluir que el diagnóstico histológico de los lepidos es á menudo realizable: la presencia de los bacilos dará, en la gran mayoría de los casos, una certidumbre científica á este diagnóstico.

La infiltración netamente perivascular de los elementos mórbidos en las manchas leprosas conduce á admitir la venida de un agente nocivo por la vía sanguínea. Este agente nocivo parece ser el bacilo mismo; se hacen verosíblemente embolías bacilares sucesivas, seguidas de la degeneración de los microbios que habían proliferado al principio. Es, pues, uno

llevado á referir la producción de las manchas directamente al proceso leproso.

Es posible que una predisposición local, debida á un sufrimiento de los nervios, tal como una neuritis lepromatosa sea necesaria para la formación de las manchas en ciertos puntos y no en otros; pero nada lo prueba, y la insensibilidad habitual de las manchas podría depender también de una sensibilidad anestésica de los bacilos.

No está en manera alguna demostrado, y no es admisible que una lesión nerviosa baste por sí sola, y en ausencia de bacilos en la piel, para engendrar las lesiones que constituyen las manchas: la estructura unívoca de las manchas bacilíferas y de las manchas actualmente inhabitadas, depone contra esta hipótesis.

DEHIO (de Dorpat-Youriev).—En un caso de forma nerviosa he extirpado la mácula cutánea con el nervio cubital correspondiente. Al nivel del dermis he comprobado una infiltración lepromatosa perivascular, principalmente en las glándulas sudoríparas. La proliferación lepromatosa existía igualmente en contorno de las fibras nerviosas terminales. La mielina persiste al principio, pero desaparece en seguida, y el cilindro-áxis mismo sufre una degeneración por compresión. Por encima de la región alterada por la proliferación lepromatosa, se halla en el tronco del nervio una degeneración ascendente de las fibras nerviosas, todo como en los nervios de los muñones de amputación.

DOHI (de Tokio).—He observado verdaderas células leprosas, es decir, bacilos de Hansen, incluídos en verdaderas células. Por el contrario, los elementos que se llaman *globi* no son células, sino trombus bacilares linfáticos; he podido seguir estos espacios linfáticos ó *globi* sobre series de cortes. En los tubérculos leprosos he comprobado la presencia de células gigantes, de las cuales las unas provienen de simples células leprosas, las otras sacan su origen de vasos linfáticos trombosados. En contradicción á la aserción de Unna, las células plasmáticas nada tienen que ver con la neoplasia lepromatosa. Aun en la forma maculosa, he podido ver perfectamente los

bacilos y las células gigantes; he encontrado numerosos bacilos en las películas epidérmicas, pero jamás en el cuerpo mucoso del Malpighi.

(Continuará).

BIBLIOGRAFIA

La Presse Médicale.—Se publica en París los miércoles y sábados, contiene un abundante y escogido material científico; los médicos que quieran estar al corriente del movimiento diario de los estudios médicos, encontrarán en este periódico la mejor fuente de información. La suscripción puede hacerse directamente en París, dirigiéndose á los administradores señores Georges Carré et C. Nand, 3, rue Racine; ó en Bogotá, en la redacción de la REVISTA MÉDICA, 181, calle 12; el valor de la suscripción, 10 francos, se pagará en todo caso en esta ciudad.

Tableaux Synoptiques de Pathologie externe, par le docteur Villeroy, 1 vol. gr. in-8.º, de 208 pages, cartonné, 5 fr. J. B. Baillièrre et fils, Editeurs, 19, rue Hautefeuille, París.

Este libro llena un vacío que desde tiempo atrás se encontraba en la literatura médica, facilita las consultas rápidas que en lo general se ven forzados á hacer los médicos prácticos, y los repasos que para los exámenes hacen los estudiantes de medicina. El sistema adoptado para su formación establece una jerarquía en las divisiones y sub-divisiones, presentándolas con una nitidez y precisión, cuya utilidad á nadie escapará, y que facilitarán singularmente la memoria. El doctor Villeroy ha hecho un verdadero servicio á todos los que quieran apreciar de un solo golpe de vista las diferentes faces bajo las cuales pueda presentarse tal ó cual enfermedad quirúrgica. Puede asegurarse que los *Tableaux Synoptiques de Pathologie externe*, tendrán la misma acogida favorable que los *Tableaux Synoptiques de Pathologie interne*, publicados anteriormente.

OPTIQUE PHYSIOLOGIQUE.—*Dioptrique oculaire*.—Fonc-

tions de la Rétine.—*Les mouvements oculaires et la vision binoculaire*, 1 vol. in-8.º Jésus, de 338 pages, avec 201 figures. Prix 12 fr. Georges Carré et C. Nand, Editeurs; 3, rue Racine, París.

Con el título precedente acaba de publicar el doctor Tscherning un volumen que contiene las lecciones dictadas por él en la Sorbona. Después de la obra inmortal del gran médico Helmholtz, titulada *Optique Physiologique*, publicada hace treinta años, ninguna otra había visto la luz pública, no obstante los muchos progresos que en este lapso de tiempo ha hecho la ciencia.

En las lecciones que acaba de publicar M. Tscherning, hace una exposición muy clara de las principales cuestiones de Optica fisiológica, reduciendo el uso de las matemáticas á lo estrictamente necesario; se detiene principalmente en las cuestiones de interés práctico, y en las que ha estudiado personalmente en el laboratorio de oftalmología de la Sorbona, en donde ocupa hace catorce años el puesto de Director adjunto.

Las lecciones de M. Tscherning, no sólo son útiles para los oculistas, que deben conocer el funcionamiento normal del ojo, sino también para los artistas, quienes encontrarán preciosas indicaciones sobre los contrastes de los colores y las ilusiones de óptica, y para los psicólogos, para quienes la interpretación de las sensaciones visuales, tiene interés de primer orden.

Tratado práctico de Medicina Legal en relación con la Legislación penal y procedimental del país, por el doctor Carlos E. Putnam.—(Librerías de Camacho Roldán & Tamayo, de Jorge Roa, de José V. Concha y de José J. Pérez).—Volumen 1, \$ 3 el ejemplar; se manda por correo libre de porte.

Con la publicación de este Tratado, lleno de datos importantísimos, en el cual se citan las disposiciones de los Códigos en relación con los delitos, se llama la atención de los Legisladores hacia las deficiencias y vacíos de las leyes procedimentales, se hacen estudios concienzudos sobre la delicada cuestión de la responsabilidad de los criminales, y en resumen, se trata magistralmente todo lo relacionado con la medicina legal, ha hecho el doctor Putnam un servicio de

gran trascendencia á la Nación, poniendo al alcance de jueces, abogados y peritos, con claridad y precisión, conocimientos que sólo de modo imperfecto se pueden adquirir en obras extranjeras, naturalmente relacionadas con sus respectivas legislaciones; y ha enriquecido nuestra incipiente y escasa literatura médica con una obra que la honra. El *Tratado práctico de Medicina Legal* debe encontrar buena acogida, no sólo en los médicos, sino en todas aquellas personas que, por la naturaleza de sus funciones, tengan que hacer con la criminalidad.

La Presse Médicale.—Georges Carré et C. Nand, éditeurs. 3, rue Racine Paris.—La suscripción vale 10 francos, y se paga en la Dirección de la REVISTA MÉDICA de Bogotá, número 181, calle 10.

Durante el año de 1897 se publicaron en este periódico 704 páginas, con trabajos originales, y 505 con noticias, informes y actas de sociedades científicas nacionales y extranjeras. En este año se publicará todas las semanas una sección de Terapéutica á cargo del profesor Landonzi.

LEY 157 DE 1896

(12 DE DICIEMBRE)

sobre prensa.

(Continuación).

Art. 63. Recibidos en el Consejo de Estado los documentos de que habla el artículo 61, procederá el Consejo como se ordena en el artículo 58 respecto del modo de proceder el Tribunal, y la decisión tomada se comunicará inmediatamente al Gobernador.

Art. 64. Cuando fuere el Ministro de Gobierno quien dictare la resolución de que habla el artículo 51, ella se comunicará al Gobernador del Departamento en que hubiere visto la luz la publicación subversiva, y el procedimiento que se siga

será el detallado en los artículos 54, 55, 56, 57, 58, 59 y 60 de la presente Ley.

Art. 65. Cuando el Tribunal respectivo ó el Consejo de Estado no decidieren de la actuación dentro de los términos señalados en los artículos 58 y 59, se presume que aprueban la resolución dictada por el Gobernador ó el Ministro de Gobierno. A la persona penada queda en este caso el derecho de ocurrir en queja, por la demora, ante la Corte Suprema, la cual, en vista de los documentos, y comprobado el hecho que se denuncia, decretará, dentro de los ocho días subsiguientes al recibo de la queja y de los documentos que deben acompañarla, una multa desde cien pesos (\$ 100) hasta quinientos pesos (\$ 500), de la cual serán solidariamente responsables los funcionarios que hubieren incurrido en la demora.

La resolución de la Corte será comunicada dentro de tercero día al Tesorero General de la República ó al Administrador General de Hacienda Departamental, según el caso, para que la multa se haga efectiva.

Art. 66. En los casos de los artículos 61, 63, 64 y 65, las comunicaciones se harán telegráficamente.

Art. 67. Cuando el delito consista en agresiones al dogma católico ó á las prácticas del catolicismo, ó en desconocimiento de las prerrogativas de las autoridades eclesiásticas, no podrá procederse sino en virtud de queja razonada del respectivo Prelado.

Art. 68. Las penas de que tratan los artículos 21, 24 y 28, sólo podrán imponerse á petición del interesado, previa comprobación del hecho que las motiva.

Art. 69. Si el Ministro de Gobierno y el Gobernador respectivo hubieren resuelto simultáneamente sobre alguna de las contravenciones á la presente Ley, prevalecerá la resolución del Ministro.

Art. 70. El Ministro de Gobierno, por medio de resolución motivada, puede prohibir la circulación de determinados periódicos extranjeros, dentro del territorio nacional.

(Continuará).
