

Revista Médica de Bogotá

ORGANO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

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

SECCION OFICIAL

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

ACTA DE LA SESIÓN DEL DÍA 26 DE JULIO DE 1898

(Presidencia del doctor Leoncio Barreto).

En Bogotá, á 26 de Julio de 1898, se reunió la Academia Nacional de Medicina en el local respectivo con asistencia de los doctores Amaya A., Barreto, Esguerra, Gómez C., Herrera Juan D., Pizarro, Sáenz y Rueda.

Leyóse el acta de la sesión anterior, la cual fue aprobada.

En seguida dióse lectura á un informe presentado por el doctor Sotomayor sobre los trabajos que el doctor Antonio de Gordón y de Acosta envió á la Academia, para que se le nombrara miembro correspondiente extranjero; puestas en consideración las conclusiones de dicho informe, el doctor C. Esguerra pidió se leyeran las condiciones que exige el reglamento para tal elección, y en consecuencia la Presidencia ordenó se procediera á la votación secreta, la cual dio este resultado: cinco votos afirmativos por tres negativos, escrutados por los doctores Pizarro y Esguerra nombrados al efecto. Como el reglamento exige las tres cuartas partes de los votos para ser elegido y no las hubo, fue negada la petición de dicho doctor.

Leyóse una nota del Ministerio de Hacienda, de fecha 18 de Julio del presente año y el informe correspondiente pre-

sentado por el doctor Aristides V. Gutiérrez, cuyas conclusiones fueron aprobadas por la Academia.

Dióse lectura á otra nota del mismo Ministerio sobre los derechos de Aduana que le corresponden al cloruro de calcio. Pasó en comisión al doctor Ricardo Amaya A.

El Secretario dio lectura á otra nota del Ministerio de Hacienda, por la cual el Gobierno pide á la Academia decida si el contenido de un frasco que se remite junto con la nota es de los comprendidos bajo la denominación de *Perfumería* ó debe reputarse como droga ó medicina. El doctor Gutiérrez, á quien había pasado en comisión, presentó un informe con las siguientes conclusiones:

“El contenido del frasco es un líquido antiséptico perfumado, preparado, como se lee en las instrucciones que llevan sus rótulos, para la limpieza de la boca y dientes.

“En realidad, este líquido, llamado *Odol*, no es un perfume; pero como las aguas perfumadas para el cabello, pomadas perfumadas, dentífricos de cualquier naturaleza, etc. etc., han sido considerados como perfumería para los efectos del pago de derechos de importación, soy de opinión que la Academia debe contestar á Su Señoría el Ministro, que considera que el líquido llamado *Odol* debe ser comprendido bajo la denominación de perfumería.”

La Presidencia ordenó se diese lectura á dos observaciones clínicas tituladas así: *Embarazo histérico* y *Ruptura de la matriz*, con el objeto de que los miembros presentes hicieran los comentarios á que dieran lugar dichas observaciones.

Leída que fue la primera, el doctor Rueda hizo uso de la palabra, y dijo:

“El caso presentado por el señor doctor Barreto me es conocido. Aprovecho la oportunidad para hacer una rectificación con respecto al diagnóstico que hice de este caso, en un ligero examen que practiqué en Chiquinquirá. Algo sospeché yo entonces del origen nervioso de él; trabajé algunos momentos para hipnotizar á la enferma, y no lo conseguí por la premura del tiempo. Por entonces sospeché, y así se lo

indiqué al practicante de la Maternidad—que se trataba de un *quistes* del ovario. El mismo diagnóstico hicieron otros médicos de Chiquinquirá; sólo tengo conocimiento de uno de ellos que diagnosticó preñez extrauterina.”

En seguida el doctor Juan D. Herrera hizo una bella disertación sobre el diagnóstico diferencial de los tumores ventrales y dedujo de ella: que nada tiene de extraordinario el diagnóstico de preñez *extrauterina* hecho en este caso por algunos profesores. Cuando el elemento nervioso interviene las más de las veces el diagnóstico se debe más á la casualidad y á pequeños síntomas que el médico sorprende en el estudio continuado del enfermo, que al resultado de un solo examen, por cuidadoso que sea.

El doctor Barreto dijo:

“ He presentado este caso, no para criticar los diagnósticos hechos por otros profesores, sino para someterlo al estudio de la Academia y hacer notar las singulares manifestaciones de las enfermedades nerviosas y los errores de diagnóstico á que pueden dar lugar. Sé de algún profesor que se preparaba á operar á la enferma en cuestión. Yo mismo hice el diagnóstico después de aplicar el cloroformo.”

Después de esto la Academia resolvió que se publicara dicha historia.

La segunda historia fue también discutida y mandada publicar.

En seguida el doctor Esguerra presentó una obra de farmacia escrita por el doctor Francisco A. Riskey, la cual fue enviada por su autor á la Academia.

La Presidencia ordenó se le dieran las gracias por medio de una nota al doctor Riskey.

Siendo llegada la hora, se levantó la sesión.

El Secretario,

Miguel Rueda A.

INFORME

del señor doctor Pablo García Medina referente á un trabajo del señor doctor Luis Felipe Calderón.

Señores Miembros de la Academia Nacional de Medicina.

Se me ha pasado en comisión un trabajo del señor doctor Luis Felipe Calderón, enviado por él á la Academia con el objeto de obtener el nombramiento de miembro candidato de esta Corporación. Cumpliendo con el deber impuesto por el señor Presidente os presento un informe sobre el mencionado trabajo.

Versa el estudio del doctor Calderón sobre las secreciones patológicas de la uretra desde el punto de vista bacteriológico y está basado en trabajos microscópicos del autor hechos con mucho esmero. Este trabajo está acompañado de varios diseños tomados de sus preparaciones por medio de la cámara clara. El doctor Calderón llama la atención á dos puntos de importancia práctica. Es el primero el diagnóstico de la infección gonocócica, tan difícil cuando no se observa en el estado agudo, como necesario para prevenir muchas afecciones del aparato genital de la mujer que la ginecología atribuye á esta infección, pues que según Bumm y otros no solamente á la blenorragia hay que atribuir en muchos casos la salpingitis, las perimetritis y las parametritis, sino que puede abrir la puerta á otras infecciones y dar lugar á infecciones asociadas, que revisten generalmente un carácter grave. Esta infección puede ser transmitida por individuos que no sospechan tener una blenorragia y que sin embargo llevan el germen de ella en un escaso flujo uretral que pasa casi inadvertido. Si desde el punto de vista que podríamos llamar de medicina social, el médico tiene una gran responsabilidad al resolver la consulta que le hagan enfermos que teman llevar un contagio al matrimonio, salta á la vista la grande importancia que tienen los medios de hacer un diagnóstico preciso.

Bien sabido es con cuánta frecuencia se presentan en la consulta individuos que piden la opinión del médico sobre la

gravedad que respecto al contagio tengan ciertos flujos de la uretra. Quiénes nos dicen que por las mañanas aparece un líquido en el meato urinario; quiénes observan que los labios de éste aparecen pegados por una gota de un líquido espeso; unos refieren que al comprimir un punto de la uretra salen una ó dos gotas de un líquido de color variable; otros encuentran en la orina filamentos y depósitos mucosos, etc. Saber si estas secreciones son resto de una infección gonocócica más ó menos lejana y si sirven de vehículo al gonococo es punto que sólo puede resolver el examen bacteriológico, como muy bien lo hace notar el doctor Calderón.

El segundo punto á que llama él la atención en su trabajo es que en los líquidos de que tratamos el gonococo no presenta al microscopio el aspecto clásico que se ha descrito en las preparaciones hechas con pus proveniente de blenorragias agudas. Como si no se tiene esto muy presente podría hacerse un diagnóstico errado, el doctor Calderón se detiene en este asunto ilustrándolo con indicaciones técnicas interesantes y con preparaciones microscópicas.

También se detiene á estudiar los caracteres diferenciales entre el gonococo y varios micrococos que se han encontrado en la uretra, bien solos ó bien asociados al gonococo. De este modo ha completado la importancia de su trabajo.

Vuestra Comisión os propone:

“ Acéptese al señor doctor Luis Felipe Calderón como miembro candidato de la Academia.

“ Publíquese su trabajo en la REVISTA MÉDICA.”

Señores Académicos.

PABLO GARCÍA MEDINA.

Bogotá, 15 de Octubre de 1898.

INFORME

del señor doctor Pedro María Ibáñez sobre un trabajo del doctor Pedro Quesada Romero.

Honorables Miembros de la Academia Nacional de Medicina:

Me honró el señor Presidente designándome como Comisión reglamentaria para estudiar un trabajo enviado á la Academia por el doctor Pedro Quesada Romero, de Barranquilla, quien desea obtener la distinción de ser Miembro correspondiente de esta Corporación.

El trabajo mencionado se intitula: *Nota sobre la forma hemorrágica del paludismo.*

Con justicia hace notar el autor que las manifestaciones hemorrágicas de la endemia palúdica no han sido descritas con extensión por los autores europeos cuando han tratado de las formas larvadas de la malaria; complementar, pues, con observaciones clínicas la sintomatología del envenenamiento palúdico en los países intertropicales, es tarea verdaderamente provechosa que abre nuevos horizontes al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la afección llamada vulgarmente *fiebres intermitentes.*

Cuatro historias clínicas sirven de base al trabajo del doctor Quesada Romero; en ellas hace disquisiciones sobre el diagnóstico tan acertadas que se ven confirmadas por el éxito que produjeron las sales de quinina sobre los diversos cuadros patológicos creados, sin duda, por el microbio de Laveran. Luego investiga el mecanismo como deben efectuarse las hemorragias palúdicas y llama la atención á los buenos resultados que da la hidroterapia en el tratamiento del paludismo.

En atención á lo expuesto, en que se ve la seriedad y la utilidad del trabajo cuya apreciación se me ha encomendado, y en consideración á que los esfuerzos hechos para ampliar el campo patológico de la medicina nacional son dignos de premio, vuestra Comisión se permite presentaros la siguiente proposición:

1.º Publíquese en la REVISTA MÉDICA el estudio científico intitulado: *Nota sobre la forma hemorrágica del paludismo*; y

2.º Acéptese, cumpliendo con las fórmulas reglamentarias, al señor doctor Pedro Quesada Romero como Miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina.

Honorables Miembros.

PEDRO M. IBÁÑEZ.

Bogotá, Octubre 8 de 1898.

TRABAJOS ORIGINALES

ESTUDIO BACTERIOLOGICO

DE LAS SECRECIONES PATOLÓGICAS URETRALES

Los hechos hacia los cuales me propongo llamar la atención de esta Honorable Corporación se refieren al diagnóstico de la afección específica más importante de la patología de la uretra: á la que resulta de la infección gonocócica. Para dar importancia al asunto no tendría para qué tratar de todas las complicaciones ni de la intensidad de los accidentes á que puede ella dar lugar; sabida es su facilidad de transmisión, la pronta aparición y la gravedad de las lesiones que atestiguan un contagio fácil, casi fatal. De esto da cuenta la ginecología, que hoy nos enseña á ver en esta infección, aun en casos que pudieran creerse al abrigo de toda sospecha, una causa muy frecuente de las numerosas afecciones del aparato genital.

No me ha tocado hasta hoy decidir si el pus proveniente de metritis que voluntariamente se atribuyen al traumatismo en las recién casadas, tiene ó no este origen; pero sí se me ha consultado con frecuencia por algunos individuos en estos términos:

“Tuve una supuración hace algún tiempo que me trataron con inyecciones; sólo me quedó una gota que no siempre se presenta, ni me molesta, pero desearía saber si puedo casarme sin peligro de contagiar.”

El examen clínico es insuficiente para dar á estos casos contestación categórica; así lo vemos oído declarar al Profesor Guyon. El examen histológico nada asegura y ni éste ni el examen ocular simple de las secreciones permiten formular conclusión alguna.

En el estado normal la secreción de la mucosa uretral es muy reducida. Aun cuando es suficiente para mantener la humedad del canal y la adherencia, no es abundante hasta el punto de ser aparente en el intervalo de las micciones que la barren antes de que hubiera podido aparecer en el meato.

Sin embargo, en el hombre sano é indemne anteriormente de uretritis, la secreción mucosa uretral que se acumula durante la noche es expulsada por el primer chorro de orina de la mañana, bajo forma de un filamento mucoso fácil de recoger y estudiar. Este filamento que flota al principio en la orina, no llega sino lentamente al fondo del vaso. Algunas veces es transparente; otras veces tiene puntos opacos que lo hacen tomar fácilmente por producto patológico. Al examinarlo, después de coloreado por el picrocarminato de amoníaco, se descubren fácilmente en él los elementos siguientes: células epiteliales planas uretrales, células epiteliales poliédricas, leucocitos á veces abundantes. Todos estos elementos pueden presentarse en montones ó en series.

Fácilmente se comprende que esta secreción, que en el estado normal aumenta muchas veces hasta el punto de presentar la apariencia de un flujo, pueda hacer pensar en un estado patológico, más aún si se tiene en cuenta que puede haber:

1.º Filamentos simplemente mucosos y transparentes que contengan gonococos.

2.º Que puede haber filamentos francamente purulentos desprovistos no sólo de gonococos sino de los microbios ordinarios de la supuración.

Sabido es que los filamentos de la primera categoría se atribuyen siempre á una secreción patológica de la próstata. Raras veces se busca el origen de ellos en la uretra, que puede darlos sin que exista en ella lesión alguna apreciable, como sucede en los individuos nerviosos. Pero también pueden ser

ellos vehículo del gonococo. Así lo noté en un caso en el cual sólo practiqué por escrúpulo de conciencia el examen bacteriológico; nada en apariencia dejaba comprender que existiera en este caso una infección, y sin embargo, el microscopio me demostró claramente la existencia de ella, donde sólo había una secreción escasa, viscosa y transparente.

¿Puede el examen bacteriológico afirmar la naturaleza gonocócica de una secreción uretral? Sí, pero no ha de tomarse como característico del gonococo el aspecto descrito por los autores de técnica microscópica y que dan las preparaciones hechas siempre con pus proveniente de blenorragias agudas. En éstas es constante cierta disposición y una abundancia relativa del microbio que se presenta agrupado en diplococo en el interior de los leucocitos, como puede verse en el diseño A, tomado de una de mis preparaciones, por medio de la cámara clara.

En unas ciento setenta y cinco á ciento ochenta preparaciones que he hecho no he notado diferencia sensible con la disposición que en ella se encuentra.

Hay que tener presente que este aspecto, constante en el pus de las blenorragias agudas, no se encuentra sino raras veces en el producto de secreciones antiguas. Hay grandes diferencias cuyo conocimiento permite evitar el error y que pasamos á describir con ciertas modificaciones en los detalles de técnica, que dan mayor precisión al análisis.

Es de recomendarse, para conservar en las preparaciones la relación que existe entre los elementos del pus, no frotar las láminas como se aconseja ordinariamente para extender el producto en capa delgada; es preferible colocar desde el principio una cantidad muy pequeña de pus en la lámina porta-objeto y dejarla secar después de pasarla por una lámpara á una altura que sólo dé calor suave y á la cual no alcanzan á deformarse los elementos. Se evita así la disociación de los elementos y la dispersión de los microbios en el líquido.

El aspecto, hemos dicho, no es el mismo en el pus de las blenorragias agudas que en los líquidos de secreciones antiguas. Durante el período subagudo de las uretritis los elementos epiteliales abundan; pero raras veces se presentan micro-

cocos en ellos; muchos glóbulos de pus se encuentran, por el contrario, invadidos.

Cuando la fluxión se hace crónica, la proporción de glóbulos de pus se reduce; en cambio, todos los elementos epiteliales pueden llegar á ser atacados por el microbio y contener gran número de ellos; pocos, muy pocos se encuentran en el interior de los glóbulos de pus; lo más frecuente es encontrar los gonococos reducidos en número, aislados ó en grupos extra-celulares, difíciles de distinguir de los otros diplococos porque han perdido la agrupación y el sitio característicos.

La existencia en estos casos crónicos de otros microorganismos hace que el diagnóstico sea particularmente difícil para el bacteriólogo versado sólo en los análisis de aprendizaje, para los cuales se toma siempre pus de blenorragias agudas, en el cual el aspecto y la disposición no varían.

Los caracteres morfológicos del gonococo de Neisser tienen grande importancia en el diagnóstico. La mayor parte de los autores (Blumm, Morax, Bourcy) que se han ocupado de la vitalidad de este microorganismo, no describen variedad de formas, ni esas formas de involución que afectan otros microbios, debidas en muchos casos á diferencias pocas sensibles del medio en que se han desarrollado ó en que han tomado origen. Esto nos permite insistir en los siguientes signos como medio principal de distinguir el gonococo de Neisser de los otros microorganismos que frecuentemente lo acompañan en las secreciones patológicas de larga duración:

- 1.º El aspecto reniforme bien conocido;
- 2.º La decoloración por el método de Gram;
- 3.º La disposición en diplococo. Puede haber, es verdad, en la secreción otros microorganismos en diplococo, pero los demás que puedan existir no se decoloran por el método de Gram (Tratamiento por el licor yodo-yodurado);
- 4.º La presencia en el interior de las células y sobre todo de los glóbulos de pus.

Antes de formular conclusión alguna deben buscarse en la preparación los caracteres indicados y no basar diagnóstico en uno solo de ellos.

Legrain y Giovanni han hallado varias especies de micro-

cocos que pueden encontrarse asociados al gonococo y de las cuales solamente dos existirían también en la uretra normal. Aun cuando poco estudiados todavía, sí se han podido diferenciar por los caracteres precedentes del gonococo de Neisser.

El *micrococcus albicans amplius* de Blumm tiene forma que se asemeja á la del gonococo con el cual está á menudo asociado, pero es mucho más grueso que éste y no se decolora por el reactivo de Gram. Es una especie completamente inofensiva.

El *micrococcus albicans* de Legrain se asemeja al gonococo; pero ni tiene la forma de frísol de éste ni se decolora por el método de Gram.

Estas especies que se desarrollan al mismo tiempo que el gonococo, que le suceden, que llegan á ocupar el campo con exclusión de las demás son saprofíticas. Parece que el medio en que aquél ha vivido hubiera sido favorable para su desarrollo. Nada más frecuente que encontrar estas especies como único microorganismo en los flujos antiguos y en tal abundancia que este hecho basta para alejar las sospechas respecto de la existencia del gonococo.

En los diferentes casos de esta naturaleza sometidos á mi examen he encontrado unas veces un bacilo fino y muy corto de agrupación variable; otras, un micrococo de forma y agrupación enteramente distintas del gonococo, como puede verse en los diseños tomados de mis preparaciones, hechas para análisis de flujos de un año ó más. Sin embargo, cuando se trata del micrococo, es fácil, si no se atiende á los diferentes caracteres diferenciales indicados, que el gonococo, ordinariamente poco abundante, pase inadvertido en medio de los numerosos organismos que lo acompañan.

En el curso de un análisis encontré alguna vez un microorganismo cuyos caracteres me hicieron pensar en el *bacterium-coli-comunis*. A hacer esta hipótesis me llevaba en cierto modo el conocimiento de los recientes trabajos de mi maestro, el profesor Albarran, quien, ayudado por Clado, acababa de encontrar aquel microorganismo en la vejiga.

Más tarde encontré en el *Medical Record* la observación

siguiente del Profesor Josipovi: "Un individuo de mi clientela ocurrió á mi consulta tres días después de relaciones sexuales, con un flujo uretral que creyó de origen blenorragico. Micción frecuente, sensación de quemadura, meato rojo y adematoso. Por la presión se hacía salir fácilmente una gota de pus de color amarillo-verdoso. Al lavar la uretra anterior se encontraban en el agua copos y filamentos en abundancia. La orina, turbia, presentaba sedimentos muy abundantes.

"El examen microscópico de la orina del primer chorro reveló la presencia del bacilo *coli-comunis* y demostró la ausencia absoluta del gonococo. El cultivo confirmó el diagnóstico bacteriológico.

"Cápsulas de sándalo al interior, inyecciones de cloruro de zinc, hicieron desaparecer completamente esta uretritis en cinco días."

No es, pues, imposible que exista en los dispépticos una uretritis debida al *bacterium-coli-comunis*, que llega á encontrar en aquella mucosa un medio semejante al que le ofrece el intestino de algunos individuos. Sabido es que de ordinario vive como saprofito de este órgano; pero que, adquiriendo una virulencia considerable, merced á modificaciones del medio, produce infecciones que pueden hasta tener el carácter tifoideo.

Fuera de los organismos ya citados, no se conocen hasta hoy otros agentes organizados de las uretritis supuradas, y decimos organizados y no orgánicos porque varias sustancias de este origen, toxinas y otras, podrían á su paso por la uretra determinar una irritación que diese la apariencia de una uretritis microbiana. Estas uretritis y las mantenidas por fermentos ó saprofitos de la uretra, tienen como carácter principal su benignidad, la facilidad con que ceden á los agentes anti-sépticos.

En resumen, la contagiosidad de los flujos crónicos no puede establecerse sino por los exámenes bacteriológicos de la gota y de los filamentos; la persistencia de una pequeña secreción no implica fatalmente la idea de contaminación.

Me prometo tener más tarde el honor de presentar á esta

Honorable Corporación un estudio sobre el carácter de estos flujos crónicos no gonocóccicos, basado en inoculaciones practicadas con diversos cultivos de los saprofitos que he encontrado.

Doctor LUIS FELIPE CALDERÓN.

De la Universidad de Colombia y de la Facultad de París.

NOTA SOBRE LA FORMA HEMORRÁGICA

DEL PALUDISMO

por el doctor Pedro Quesada Romero.

Me propongo llamar la atención de la Honorable Academia sobre una forma especial que reviste entre nosotros la endemia palúdica. La existencia de esta forma es considerada como muy rara, cuando no dudosa, por la mayoría de los autores clásicos. Quiero hablar de la *forma hemorrágica* que toma en ocasiones la infección palúdica.

Al decir que esta manifestación de la malaria ha sido poco estudiada no exagero, pues Laveran y Teissier en su Tratado de *Patología Médica*, 3.^a edición, tomo 1.^o, página 114, apenas dicen, respecto de esto, lo siguiente:

“La urticaria intermitente constituye igualmente una de las formas mejor conocidas de las fiebres larvadas; se han descrito gran número de otras *cuya existencia no está bien demostrada, ó por lo menos son muy raras; tales son las hemorragias intermitentes.*”

Charcot, Bouchard y Brissaud, *Tratado de Medicina*, tomo 1.^o, página 873, dicen, refiriéndose á las formas larvadas del paludismo:

“Están caracterizadas por trastornos funcionales, *por lo común infebriles*, que sobrevienen principalmente y de un modo periódico, por la mañana, y que se curan con la quinina. *Son excepcionales, pues Maillot, Dutroulan y Laveran, no citan ni un ejemplo.*”

Estas citas, entre muchas que podría traer, bastan para probar lo que dejo dicho.

Empero, á pesar de tan respetables opiniones, preciso es confesar que esas formas larvadas no sólo existen, sino que, más todavía, están lejos de ser excepcionales. Llego, por mi parte, á creer que su importancia es considerable, tanto respecto del tratamiento como en lo referente al diagnóstico y pronóstico.

La forma hemorrágica del paludismo puede dar lugar á groseros errores de diagnóstico; errores que traen consigo los del pronóstico, y por consecuencia, los del tratamiento.

Hé aquí cuatro observaciones recogidas en el transcurso de un año.

Observación I.

El 16 de Junio de 1897 fuí llamado urgentemente para tratar á un muchacho, de 16 años de edad, sirviente á bordo de uno de los vapores que surcan el Magdalena. Dos días antes había llegado de uno de sus viajes, en perfecto estado de salud.

Bruscamente fue atacado de una epistaxis tan abundante que, cuando llegué á su lado, la cantidad de sangre perdida era más ó menos de 800 gramos. El estado general era alarmante: pulso filiforme, decoloración de los tegumentos, extremidades frías, náuseas, estado sincopal. Prescribí sorbetorios de agua fría mezclada con vinagre, levantamiento de ambos brazos, poción al interior con ergotina y taponés impregnados de una solución de percloruro de hierro.

Como no cediese la hemorragia, me preparaba para practicar el taponamiento posterior de las fosas nasales, cuando supe, interrogando á la familia, que el paciente jamás había sufrido epistaxis. Esto último, agregado al oficio del muchacho, fue para mí un rayo de luz que me hizo sospechar la verdadera naturaleza del padecimiento.

En vez de practicar el taponamiento posterior de las fosas nasales, prescribí un gramo de clorhidrato de quinina en dos dosis. La epistaxis cedió algunas horas después. Orde-

né algunas dosis más para los días siguientes y baños fríos diarios. Mi enfermo recuperó por completo la salud.

Hagamos algunas reflexiones sobre la patogenia de esta hemorragia nasal.

Ante todo, no se puede invocar en este caso la hemofilia, pues sabemos por los antecedentes que el paciente jamás ha sufrido epistaxis, y es bien sabido que en esta entidad mórbida las hemorragias se producen con el pretexto más leve.

El buen estado anterior de la salud del enfermo, el estado normal del hígado, bazo y ganglios linfáticos; la coloración de los tegumentos hacen inadmisibile la idea de una leucemia. El escorbuto, las pirexias hemorragíparas podemos eliminarlas también por razones que huelgan.

La idea de un neoplasma es inaceptable, no sólo por demostrarlo así el examen directo, sino también porque los tumores de las fosas nasales no causan jamás hemorragias tan profusas.

Si se recuerda el oficio del paciente (sirviente de un buque fluvial) y la eficacia del clorhidrato de quinina, cuando los medios generalmente empleados habían fracasado por completo, llegamos necesariamente, y por exclusión, al diagnóstico de *hemorragia palúdica*.

Observación II.

P.... ., empleado del Ferrocarril de Bolívar, de 40 años de edad, casado. Hace algún tiempo tiene hemoptisis tan abundantes que simulan pequeñas hematemesis. Fiebre ligera por la noche, cefalalgia gravativa, sudores profusos, enflaquecimiento marcado.

Estas novedades han despertado en el ánimo del paciente la idea de una tisis, lo cual ha afectado grandemente su parte moral.

Agravados bruscamente sus padecimientos, fuí llamado por su esposa, y lo encontré en el siguiente estado: fiebre elevada, delirio, cefalalgia violenta con fotofobia, estrabismo, tos con expectoración sanguinolenta, lengua saburral en la parte media, roja en los bordes.

A la inspección, palpación y percusión, los pulmones son normales; pero á la auscultación, se perciben en las cimas y bases estertores subcrepitantes finos. Aparato digestivo, normal; excepto el bazo, que está un poco sensible á la presión y también aumentado de volumen.

Prescribí una poción, con exalgina, antipirina y cloral, que calmó la cefalalgia, pero persistieron los otros síntomas. Al siguiente día, prescribí 1 gramo 50 centigramos de clorhidrato de quinina en tres dosis y baños fríos cortos.

Por la tarde, la cefalalgia era casi nula; los esputos sanguinolentos habían desaparecido; la fiebre era menor. La mejoría fue acentuándose día por día, de tal modo que al cabo de una semana de este tratamiento, el paciente volvía á su oficina, sin haber presentado hasta la fecha perturbación mórbida alguna. Su estado general es perfecto y su robustez considerable.

Confieso que prescribí este tratamiento al acaso, por hacer algo, pues creí se trataba de un tuberculoso en el cual, bajo influencias desconocidas, la tisis había pasado á la forma aguda con invasión de las meninges. En mi concepto, el enfermo estaba irremisiblemente perdido. Y creo que mi error era excusable, dados los antecedentes del paciente: hemoptisis, fiebre vespéral, sudores nocturnos, tos, enflaquecimiento. Por otra parte, el examen directo suministraba estos datos: estertores subcrepitantes de las cimas y bases; fiebre elevada, delirio, estrabismo, cefalalgia, fotofobia.

Verdad es que la respiración no era brónquica; que la percusión y palpación del tórax no enseñaban nada anormal; pero también es cierto que estos signos sólo se manifiestan cuando el parénquima del pulmón está sembrado de tubérculos que transforman por completo las condiciones físicas de transmisión del sonido, tanto á la percusión como á la voz y á la respiración. Es evidente que la ausencia de estos signos no infirma en nada la posibilidad de una tuberculosis.

Cierto es también que el bazo estaba aumentado de volumen y sensible á la presión. Pero, ¿no sucede lo mismo en muchísimas enfermedades infecciosas, sobre todo en la tuber-

culosis, cuya localización en el bazo, cuando aquella infección se generaliza, es de todos conocida?

Pero el éxito del tratamiento, y en tan corto espacio de tiempo, demuestra la verdadera naturaleza de la enfermedad sufrida por P. En efecto, no puede admitirse que una tuberculosis se cure en una semana con una sal de quinina. Luego es evidente que se trata de una forma larvada del paludismo, es decir, de la *forma hemorrágica*.

Este diagnóstico se hace indiscutible si se recuerda que el paciente es empleado del ferrocarril, cuyas oficinas están inmediatas al caño que pone en comunicación la ciudad con el río Magdalena. P., yendo á su oficina desde las seis de la mañana, absorbía el miasma palúdico precisamente á la hora en que, por su pesantez y el descenso de temperatura de la noche, ese miasma está en contacto con las capas terrestres. Desde hace mucho tiempo se sabe que la hora del rocío de la mañana es la más peligrosa en los climas palúdicos (1).

El signo que domina el cuadro sintomático del paciente cuya historia he relatado, es indudablemente la hemoptisis. Ella ha sido el eje del error del diagnóstico. Probablemente esa hemoptisis ha sido causada por una congestión intensa de la mucosa brónquica, congestión que ha llegado hasta la hemorragia.

Observación III.

A principios del mes de Junio del presente año me hice cargo, por recomendación de un colega, de N . . . , paciente de 24 años de edad, soltera, natural de Santa Marta, de donde había llegado hacía pocos días.

El colega que me recomendó la paciente, había hecho el diagnóstico de neumonía, y prescrito el tratamiento comúnmente seguido en esta enfermedad.

Al examinar á N. encontré lo siguiente: Enferma de robusta constitución, había gozado siempre de buena sa-

(1) LAVERAN y TEISSIER. *Loco citat.*

lud. Bruscamente fue atacada de un dolor agudo al nivel del mamelón izquierdo, escalofrío, fiebre elevada, disnea y tos con expectoración sanguinolenta. Lengua saburral; anorexia completa.

Las vibraciones torácicas eran normales. A la percusión, el pulmón no suministraba signo mórbido alguno. A la auscultación sólo se notaban, en la parte posterior de ambas bases, ligeras bocanadas de estertores subcrepitantes finos. Los esputos eran mucosos con ligeras estrías sanguinolentas. Hígado y bazo, normales. Había, por otra parte, constipación é incontinencia de orinas.

Aunque estaba sugestionado en parte por el diagnóstico de mi colega, sin embargo, mucho me llamó la atención la ausencia de esa viscosidad característica, patonognónica, del esputo neumónico. Esto, añadido al estado normal de las vibraciones torácicas, á la ausencia del soplo tubario y de la macicez en las bases; llevó la duda á mi ánimo. Los antecedentes de la enferma y la enseñanza que en mi espíritu había dejado la observación del caso de P, me permitieron formular atrevidamente el diagnóstico de paludismo. Es decir, que, en mi concepto, se trataba de una forma larvada con manifestación pulmonar que había llegado hasta la hemorragia.

De acuerdo con mi diagnóstico, prescribí un gramo de clorhidrato de quinina en dos dosis, y un baño frío, corto, que alarmó por cierto á la enferma y á sus deudos.

El éxito del tratamiento superó á mis esperanzas. Al siguiente día la fiebre, el dolor de costado, los esputos sanguinolentos, la tos, etc. etc., en una palabra, todo el cortejo mórbido había desaparecido como por encanto. Encontré á mi enferma sentada tranquilamente en la sala de su casa.

Es evidente que no se trataba aquí de una verdadera neumonía. Se sabe que ésta es una enfermedad de evolución cíclica, cuya yugulación no ha podido aún realizarse. Por otra parte, la defervescencia, que en esta entidad patológica sobreviene por crisis, no se verifica sino del quinto al séptimo día.

Pero concedamos, para mayor abundamiento, *virtud bastante* al clorhidrato de quinina para acelerar la crisis. Aun así,

todos sabemos que una vez cumplida ésta, el enfermo no queda en estado fisiológico, sino en ese período intermedio entre la salud y la enfermedad, que es lo que se llama convalecencia.

Durante ese período, el paciente queda todavía expuesto á multitud de complicaciones que dependen en gran parte de la oportunidad mórbida del enfermo, como consecuencia de la infección general sufrida por su organismo. La debilidad es tan grande que el paciente apenas puede permanecer sentado unos instantes en su lecho.

Ahora bien, como ya dejo dicho, el estado general de N era tan satisfactorio que á las 24 horas se sentaba tranquilamente en la sala de su casa.

Observación IV.

T ... O ..., de 33 años de edad, viuda, ha gozado siempre de buena salud, ha tenido cuatro partos completamente fisiológicos. La paciente vive á inmediaciones del Caño.

Fuí llamado el 6 de Noviembre de 1897 para atenderla.

Encontré á la enferma con una metrorragia profusa, fiebre de 39° y gran debilidad, consecutiva indudablemente á la gran pérdida de sangre. Los demás órganos estaban normales, excepto el bazo cuyo volumen había aumentado ligeramente.

Separada la idea de un aborto, por motivos fáciles de presumir, traté de inquirir la verdadera causa de aquella metrorragia.

La edad de la paciente, la ausencia de pérdidas icorosas fétidas y de dolores; el volumen normal del útero; la movilidad de este órgano al tacto vaginal; la ausencia de ulceración y de excrescencias fongosas, me permitieron separar igualmente la idea de un cáncer uterino.

La ausencia de dolores expulsivos, de pérdidas mucosas anteriores, de tumor, en fin, me permitieron eliminar el diagnóstico de fibro-mioma uterino.

Me incliné á creer en una metritis aguda, y prescribí reposo absoluto y poción de ergotina al interior. Mas como la hemorragia no cedía, procedí á practicar lavados vaginales con agua caliente, seguidos de taponamiento.

La metrorragia, contenida por media hora, volvió con mayor intensidad: los tapones fueron arrollados por la onda sanguínea. En vista de que el accidente era ya grave, puse una inyección hipodérmica de 0,10 centigramos de ergotina; renové los lavados y tapones; hice la compresión de la aorta abdominal, y prescribí al interior 1 gramo 50 centigramos de clorhidrato de quinina en tres dosis.

La metrorragia cedió por completo, y la enferma pudo dejar su lecho al cabo de una semana.

Llamóme mucho la atención la coincidencia del éxito con la prescripción de la sal de quinina. Pero, como por otra parte, puse una inyección hipodérmica de ergotina, quedó en mi espíritu cierta duda respecto del agente al cual debía atribuirse la curación.

En efecto, el éxito correspondía á uno de estos medicamentos, puesto que los lavados y taponamiento vaginales habían sido ineficaces.

En Febrero del presente año se presentaron los mismos accidentes, con el mismo cortejo que he señalado. Esta vez me limité á los lavados vaginales calientes y á la quinina al interior.

El éxito fue tan rápido como completo.

Hoy tengo la persuasión de que estas metrorragias eran de origen palúdico.

La situación de la casa habitada por mi paciente, el aumento de volumen del bazo y la eficacia de la quinina, permiten suponerlo.

Este diagnóstico es por lo menos más probable que el de *metritis aguda*, formulado por mí la primera vez:

“ El principio de esta afección puede ser malestar general, con sensación de peso en la pelvis, dolores en los riñones, las ingles y los muslos, sensación de quemadura en la vagina, con tenesmo anal y vesical. A menudo la metritis principia

por un escalofrío y el aparato febril sintomático de las afecciones agudas. El vientre se hace sensible en la región hipogástrica con sensación de calor que se propaga hasta la vagina y la vulva (Courty), y á veces, en los casos graves, se desarrollan timpanitis, sensibilidad general del abdomen y tendencia á los vómitos. Es verosímil que se produzca entonces sea una linfangitis peri-uterina, sea una salpingitis con resonancia más ó menos marcada en el peritoneo.

Al cabo de algunos días se observa una pérdida viscosa que, hacia el octavo ó décimo día, se hace cremosa, purulenta y sanguinolenta en ocasiones. En ciertos casos, la hemorragia principia desde el segundo ó tercero día y se prolonga los días siguientes, acompañada de pérdida mucosa y mucopurulenta.

En general, la hemorragia alivia los dolores.

Por el tacto, siempre doloroso, se observa que algunas veces la vagina está seca, siempre ardiente, sobre todo en las partes superiores; el cuello está grueso, saliente, edematoso, el orificio externo entreabierto. El cuerpo uterino es sensible á la presión vaginal y á la palpación abdominal" (1).

Si se compara el anterior cuadro clásico de la metritis aguda con lo observado en T. O., fácil es comprender que sólo por exclusión puede uno inclinarse á tal diagnóstico.

No sucede lo mismo si se acepta el de *metrorragia palúdica* que es muy verosímil si se tiene en cuenta el lugar de habitación de la enferma, el ataque al bazo y la eficacia de la sal de quinina. Pero esta verosimilitud se convierte casi en certeza si añadido que T. O., al cambiar de domicilio y desde su último ataque, no ha vuelto á sufrir nada en lo que hace relación á sus órganos genitales.

En suma: este caso es comparable á los tres anteriores. Que la hemorragia se verifique por la mucosa pituitaria, la brónquica ó la uterina, poco importa. La patogenia es la misma.

Estas cuatro observaciones demuestran que es innegable

(1) RECLUS, KIRMISSON, PEYROT, BOULLY.—*Manuel de Pathologie externe*.—III édition. Paris.

la existencia de esta forma larvada del paludismo, y que se le observa con relativa frecuencia, por lo menos en el litoral del Atlántico.

Si la *forma hematúrica* del paludismo está perfectamente aceptada y ha pasado á ser clásica, no veo la razón por qué no ha de hacerse lo mismo con otras formas hemorrágicas que es preciso conocer, en obsequio siquiera del paciente y del médico: del primero, por la rapidez de la curación, pues ésta se obtiene fácilmente por medio de las sales de quinina; y del segundo, para evitarle sorpresas y groseros errores de diagnóstico que pueden tener funestas consecuencias para su reputación.

No creo que la mucosa de los órganos gérito-uritarios haya monopolizado, por decirlo así, las manifestaciones larvadas hemorrágicas del paludismo. Ni siquiera podría atribuírse á su mayor riqueza vascular esa predilección que por ella tendrían las manifestaciones palúdicas, puesto que la mucosa brónquica, la uterina y la pituitaria figuran en primera línea en lo tocante á riqueza de vasos.

II

¿Por qué mecanismo determina la infección palúdica estas hemorrágicas?

Desde luégo es evidente que ellas no pueden sobrevenir sino por ruptura vascular ó por diapedesis de los glóbulos rojos.

En el primer caso, es probable que las paredes de los vasos, mal nutridas por una sangre cargada de gérmenes infecciosos, se alteran, no resisten al empuje de la onda sanguínea, y de ahí su ruptura y la hemorragia consecutiva.

En efecto, los trabajos de Cohnheim han demostrado que las paredes de los vasos sufren considerablemente en su nutrición cuando el endotelio está en contacto con una sangre que no posee sus propiedades fisiológicas. La abundancia frecuente de esas hemorragias y la poca tendencia que tienen á detenerse espontáneamente, pueden explicarse por la alteración que sufre la crisis sanguínea, alteración consistente tal vez en que los leucocitos y hematoblastos, á los cuales se debe

la formación del *trombus* fisiológico, no poseen sus propiedades normales. Preciso es recordar, respecto de esto, la acción funesta que el hematozoario ejerce sobre el bazo, medula ósea y demás órganos importantes de la hematopoyesis.

Las hemorragias por diapedesis de los glóbulos rojos son raras, casi nunca abundantes; pero su existencia no es discutible.

No es ilógico suponer que las perturbaciones nutritivas de las paredes de los vasos, destruyendo ó alterando el cemento intercelular del endotelio, hagan más amplios los estómatos á través de los cuales se precipitan los glóbulos rojos.

Las parálisis de los vaso-constrictores ó la excitación de los vaso-dilatadores, fenómeno nada raro en todos los estados anémicos marcados, especialmente los consecutivos al paludismo, contribuirían por su parte á la emigración celular.

Tal vez este mecanismo es el más probable en las hemorragias palúdicas que se verifiquen por ciertas mucosas, como la brónquica, por ejemplo. Pero las hemorragias profundas se explican más naturalmente por el mecanismo de la ruptura vascular.

III

Doy mucha importancia en el diagnóstico de estas formas larvadas del paludismo á los antecedentes, ante todo; el aumento de volumen del bazo, y por último, á la gran piedra de toque: el tratamiento.

La fiebre, que contribuye en ciertos casos á hacer más oscuro el diagnóstico de estas formas larvadas, no es un síntoma muy raro, como dicen los clásicos. De los cuatro casos que cito, sólo en uno no existía este síntoma.

Y sea esta la ocasión de llamar la atención acerca de los buenos resultados que he obtenido aplicando la hidroterapia al tratamiento del paludismo, ya en sus formas típicas, ya en las larvadas. Es preciso hacer guerra cruda al prejuicio, muy esparcido entre las familias, que consiste en creer que todo estado febril, especialmente los sintomáticos de la infección

palúdica, es una contraindicación formal de los baños fríos. Podría citar multitud de casos de paludismo que han cedido á la hidroterapia después de haber encallado por completo la medicación química.

La hidroterapia y la climatoterapia, muy especialmente en la infección palúdica infantil, son un recurso precioso que nunca debe dejarse de ensayar en esas formas rebeldes, muy frecuentes entre nosotros.

Respecto de la hidroterapia, decía en otra ocasión:

“El agua obra sobre el organismo por la temperatura y por el choque. El organismo lucha contra el frío y las manifestaciones de esa lucha constituyen lo que se llama *reacción*.

El objeto y las consecuencias de esta lucha es ofrecer, dice Durand-Fardel, una actividad particular á la evolución de los fenómenos de inervación, circulación y cambios orgánicos, cuyos efectos son al mismo tiempo dinámicos y químicos, es decir, tónicos y asimiladores, en otros términos, reconstituyentes.

Excitando la hidroterapia estos dos grandes aparatos, el nervioso y el circulatorio, fácil es interpretar su provechosa acción sobre el organismo. El sistema nervioso preside, por un mecanismo todavía bastante oscuro, al movimiento nutritivo ó vital de los elementos celulares, y como este movimiento vital es á su turno el origen de todos los humores de la economía, humores cuya propiedad bactericida no podemos poner en duda, es evidente que por este medio el organismo se encuentra en mejores condiciones para resistir el ataque del hematozoario.

Pero, sobre todo, es la acción que la hidroterapia ejerce sobre el aparato circulatorio la que nos parece más importante.

En el estado normal, son los glóbulos blancos del torrente sanguíneo los encargados de luchar contra los agentes exteriores que tienden incesantemente á infectar la economía. Su debilitamiento para la lucha fagocítica es una oportu-

nidad que aprovechan ampliamente los gérmenes parasitarios para atacar el organismo.

Ahora bien, el hematozoario de Laveran tiene predilección por los elementos figurados de la sangre y quién sabe si los glóbulos blancos son los más afectados en el ataque del parásito, una vez que en los órganos hematopoyéticos bazo, tejido adenoide, etc., es en donde primero se hace sensible la infección palúdica. Estimulada la circulación y la innervación por los baños fríos, es indudable que el fagocitismo, cuyos principales agentes son los glóbulos blancos, se encuentra considerablemente favorecido.

Si los glóbulos blancos son, como todo parece indicarlo, la primera faz de evolución de los glóbulos rojos, y ejerciendo el microbio de Laveran una acción tan destructora sobre éstos, es inconcuso que el provecho que se puede sacar de semejante acción terapéutica salta á los ojos.

Esta destrucción de las hematías por el hematozoario nos explica el por qué la economía queda en un estado de anemia profunda una vez vencidos los accidentes agudos del paludismo. Es, pues, urgente favorecer con la mayor rapidez posible los cambios nutritivos á fin de que el líquido sanguíneo recupere en el menor tiempo todas sus propiedades fisiológicas. Obtenido esto, todas las otras manifestaciones mórbidas se corrigen por sí mismas, supuesto que la sangre puede considerarse como el eje al rededor del cual gira todo el complicado mecanismo de la economía.

La hidroterapia llena maravillosamente estas ventajas, y por esta razón nos atrevemos á aconsejarla como complemento de todo método terapéutico dirigido contra el paludismo" (1).

No sería sorprendente que el microbio de Laveran, siguiendo en esto la biología de los otros gérmenes parasitarios, fabricase productos tóxicos cuya acción fuese más ó menos nociva para el organismo. El sentido común indica que en este caso como en el de las demás sustancias tóxicas, lo primero es, ante todo, eliminar ó neutralizar tales sus-

(1) QUESADA ROMERO.—Tesis de doctorado.—Bogotá, 1896

tancias. La naturaleza ha previsto sabiamente esta necesidad dotando al organismo de la gran trinidad depuradora: riñón, intestino é hígado.

De todos estos emunctorios, verdaderas válvulas de seguridad para el mecanismo vital, el más importante es, sin duda alguna, el riñón. Su permeabilidad ó impermeabilidad es la brújula infalible del pronóstico.

Por otra parte, en todo estado infeccioso hay un verdadero proceso de desintegración y desdoblamiento, proceso en donde el organismo lucha por medio de las oxidaciones para desembarazarse de los productos tóxicos que lo agobian.

En efecto, lo nocivo de esos productos es tanto mayor cuanto menos completa sea su combustión, puesto que ésta es absolutamente indispensable para hacerlos solubles, y, por consiguiente, hacer posible y fácil su eliminación.

Los baños fríos, al aumentar el coeficiente de las combustiones orgánicas, aumentan también la tensión vascular. Es decir, queman y hacen solubles las materias tóxicas, producto del proceso infeccioso, á la vez que aumentan la tensión sanguínea, facilitando así la eliminación de ellas por el emunctorio renal.

Barranquilla, Agosto 23 de 1898.

DISCURSO

del doctor Carlos E. Putnam, pronunciado en el acto de la inhumación del cadáver del doctor Elberto de J. Roca.

Señores:

Bajo el peso de una profunda amargura vengo á este lugar, para mí sagrado, á dar el último adiós al amigo querido, y al colega ilustrado, en nombre y representación de la Academia Nacional de Medicina.

La muerte sigue haciendo su cosecha y nunca podemos defendernos de ella! Ni la juventud, ni la ciencia, ni la riqueza, ni la virtud misma, nada pueden en su presencia, y ante ella todos somos vencidos! Apenas tenemos tiempo para despedirnos de un sér querido, y ya viene otro á seguir su mismo

camino! Ella separa hoy de entre nosotros á uno de nuestros mejores amigos; de la Escuela de Medicina á uno de sus más aptos y consagrados profesores; de la Academia Nacional á uno de sus más activos obreros, y de la sociedad á un ciudadano modelo.

Ya no existe el doctor Elberto Roca! El hombre virtuoso y ejemplar que reunía todas las nobles cualidades domésticas y sociales ha desaparecido en las profundidades de esa noche infinita que llamamos muerte!..... Mas, ha dejado grabados en el corazón de los suyos y de sus amigos, sus méritos y sus virtudes, y al rendir nosotros homenaje á su memoria, no hacemos otra cosa que tributar á la verdad los derechos que le corresponden, en los mismos momentos en que su vida se cierne y se dilata para entrar al goce de su inmortal destino!

Cuanto podamos decir de este fiel amigo apenas será lo bastante para dar una idea débil é incompleta de lo que fue y de la memoria y justo homenaje que merece.

Unía el doctor Roca á su integridad y rectitud, una clara inteligencia, conocimientos vastos y profundos en la ciencia á que consagró sus mejores días, una educación esmerada y una benevolencia á toda prueba. Fue siempre creyente por estudio y convicción, caritativo sin ostentación y sincero en la amistad; modesto, sufrido y valeroso en el dolor, afable en todas las facetas de la vida, supo ganarse el cariño y el respeto de todos aquellos con quienes trataba.

Al venir de Ocaña á esta ciudad por los años de 1872, tuvimos la ocasión de ser contados entre sus primeros amigos allá en los claustros de San Juan de Dios, siempre de grata memoria: allí, después de varios años de constante labor, coronó su carrera, y desde ese momento se consagró á aliviar las penas y los sufrimientos, no de los grandes y acomodados, sino de los pobres y desvalidos.

Por muchos años fue el médico de los pobres de San Vicente de Paul, y no sólo les prodigaba sus recursos científicos, sino también de todo género. Más tarde fue miembro de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales, y como Se-

cretario de esa Corporación condujo sus labores con aquel orden y acierto que le eran característicos.

Nombrado hace algunos años Profesor de Patología Externa en la Facultad de Medicina, fue siempre querido y respetado por sus alumnos, á quienes trataba con cariño y aconsejaba con severidad; y allí entre ellos se encontraba en los momentos en que fue atacado por una cruel y rápida enfermedad. A su vez aquellos discípulos acudieron llenos de gratitud á prestar al maestro importantes servicios en los días de sufrimientos, y los vemos aquí acompañando entristecidos los despojos mortales que tenemos á la vista.

No perteneció el doctor Roca en ninguna época de su corta vida, ni aun en esa primera juventud en que siempre hay vacilaciones y dudas, á las escuelas modernas que nos dicen sin rubor, que la virtud y el vicio son simples cambios moleculares cerebrales! Ni á aquellas que han cambiado las nociones de moral y de justicia por las conclusiones recientes de la Biología! Ni tampoco á las transformistas que han querido á todo trance hacer del hombre un organismo inferior modificado por la evolución, un ente irresponsable y nada más!

No; siempre lo encontramos firme en sus creencias; siempre lo escuchamos defendiendo con el criterio científico la doctrina que lleva ya veinte siglos de lucha, sin trepidar; la doctrina que nos llena de esperanzas y consuelos y que nos conduce á las alturas infinitas de luz y de verdad en donde el justo recibe el premio que merece! Y, cuando así se piensa, la muerte es un gran bien; es una aspiración constante de nuestro espíritu inmortal inquieto por llegar á su fin, que es Dios! Allá, querido amigo, recibe el sentimiento con que os dirijo este último adiós, y que vuestra vida sin mancha y vuestra muerte de cristiano nos sirvan de enseñanza.

Octubre 29 de 1898.



BOTANICA

LEGUMINOSAS DE COLOMBIA

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

(Continuación).

C. combeimae. Especie nueva del río Combeima en Ibagué; tiene el porte de la *C. stipularis* y los tallos apteros como la *C. nitens*.

C. anagyroides H. B. K. (*C. dombeya* D. C.; *C. quinquefolia* Desf.; *C. triphylla* Fl. fl.; *C. brachystachya* Benth.). Vive, según Linden, en las cercanías de Pamplona. Se encuentra en toda la Cordillera Central y la Oriental de 1,600 á 2,000 m.

C. cajanifolia H. B. K. (*C. guatemalensis* Benth.). Duchassaing y Seemann encontraron esta especie en Panamá.

C. incana L. Se encuentra en los Andes de Pasto y en el Valle del Cauca á 1,000 m., Tr.; Schlim indica la especie en Santa Marta.

Sophora L.; D. C. Prodr. II, 95. Tienen las flores hermafroditas é irregulares y resupinadas; su receptáculo es cóncavo, cubierto interiormente de un disco glanduloso; el cáliz es monosépalo y 5 dentado, corola papilionácea, 10 estambres libres, cuyas anteras son biloculares, introrsas, versátiles y dehiscentes por dos hendiduras longitudinales; la legumbre es moniliforme. Comprende este género árboles, arbustos y yerbas, que habitan en las regiones cálidas del mundo entero.

S. tomentosa L. Se encuentra, según Goudot, en Cartagena, y Sutton Hayes en Colón, en el istmo de Panamá.

Ormosia Jacks. in Trans. Linn. Soc. x, 360. Este género y el siguiente son análogos: su perianto tiene la misma organización. Cáliz monosépalo y 5 dentado, con los dos superiores más largos y más anchos; los pétalos libres, unguiculados; el estandarte ancho, suborbiculado ó en figura de corazón; las alas oblicuas, obovadas, la carena encorvada; 10 estambres libres. Son árboles de hojas compuestas, coriáceas.

O. fastigiata Tul.; Triana trae esta especie como de Colombia, sin indicación de lugar.

O. panamensis Benth. Vulgarmente. *Peronil* en Panamá.

O. coccinea Jacks. En la estación del Río Grande en Panamá, según Sutton Hayes.

O. apulensis. Especie nueva encontrada por Triana en el río Apulo.

Bowdichia H.B.K. nov. gen. et spec. vi, 376. Encierra árboles elevados americanos, de hojas imparipinadas, folíolos coriáceos; flores blancas ó rosadas, en racimos terminales.

B. virgilioides H.B.K. Vive en el valle del Magdalena, según Goudot. Es árbol de mediana estatura, de ramos muy frágiles y de flores azules.

Con los dos géneros siguientes, que son árboles de fruto samaroide, termina el presente bosquejo monográfico de las *Leguminosas de Colombia*.

Myrospermum Jacq. Stirp. amer., 120, t. 174, fig. 34. Comprende varias especies (1): el *M. frutescens* Jacq. l. c. Es árbol de hojas alternas imparipinadas, con sus flores dispuestas en racimos sencillos, axilares. Produce el bálsamo del Perú. Se encuentra en Panamá y en la Costa atlántica.

M. peruferum Mut. Se encuentra cerca de Popayán. (Linneo, que ignoraba completamente la geografía de América, llamó impropriamente á esta especie *M. peruvianum*, considerándola originaria del Perú. De aquí procede también el error de Kunth de suponer al *M. pedicellatum* de Lamark, verdadera especie del Perú y Bolivia, como idéntica á la enunciada).

(Continuará).

PARTO PREMATURO

DE UNA MONSTRUOSIDAD SIMULANDO UNA PLACENTA PREVIA

Entre los medios que poseemos para reconocer la existencia de una placenta previa, solamente la exploración vaginal puede darnos á conocer la naturaleza del accidente. Sin embargo, la hemorragia, por sus caracteres especiales y por ser el primer síntoma que llama la atención, nos ayuda poderosamente á establecer el diagnóstico.

(1) El profesor Baillon no admite sino una sola especie, el *M. frutescens*.

La hemorragia aparece generalmente hacia el sexto mes ó en el curso de los tres últimos meses del embarazo. Es á veces instantánea, fulminante y sobreviene casi siempre sin causa apreciable. Cuando aparece hacia el fin de la gestación puede ser tan profusa que algunos minutos bastan para poner en peligro la vida de la enferma. Se ha considerado como sintomática de la placenta previa la hemorragia que aumenta á cada contracción, explicando este hecho por los progresos que hace el desprendimiento de la placenta en estas circunstancias. Esto es evidente en algunos casos, pero en otros la contracción no hace sino arrojar al exterior la sangre que se ha acumulado en la matriz.

Muchas teorías han sido emitidas por Matthews Duncan, Yacquemier, Barnes, etc. para explicar la causa de la hemorragia, pero todas están basadas en la pérdida de relación entre la placenta y el útero.

Considerada como síntoma, la hemorragia tiene un valor relativo, pues puede existir en muchas circunstancias; pero la que aparece de improviso ó sin causa apreciable del sexto mes para adelante debe inducirnos á hacer un examen minucioso á fin de saber si el orificio interno del cuello está ocupado por alguna porción de la placenta, único síntoma que es característico.

El soplo uterino, llamado impropriamente placentario, no tiene valor alguno como medio de diagnóstico, pues cuando existe no corresponde siempre al sitio ocupado por la placenta, como lo prueba su movilidad y la circunstancia de encontrarse en algunos tumores uterinos.

La observación siguiente nos muestra un caso en el cual se encontraban los síntomas de una placenta previa sin que existiera esta anomalía y esto constituye la importancia que puede tener esta observación:

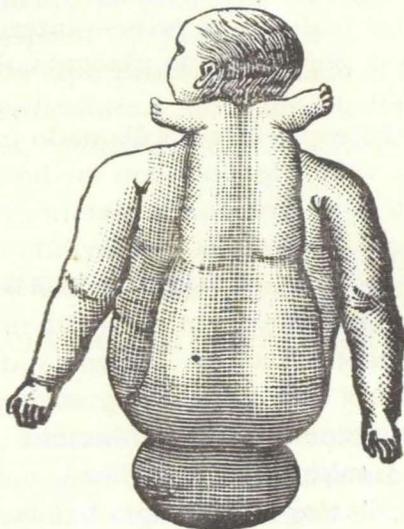
La señora M. S., de unos veintiocho años de edad, fue atacada de una metrorragia hallándose en el sexto mes del embarazo.

Dicha señora ha gozado de buena salud y ha tenido cinco partos, todos á término y sin novedad alguna.

Examinando detenidamente á la enferma, encontré por la

palpación abdominal el fondo del útero á unos dos traveses de dedo encima del ombligo. Las desigualdades fetales no se percibían bien por la pequeñez de su volumen y la gordura del abdomen. Por la auscultación no se percibía ruido alguno y por el tacto vaginal encontré el cuello con una dilatación de unos cinco centímetros y su cavidad ocupada por un cuerpo esponjoso y blando *de la consistencia de una placenta*. Introduciendo profundamente el dedo me fue imposible hallar los límites del cuerpo que ocupaba la cavidad del cuello, por lo cual era de suponer que existía una inserción marginal de la placenta.

La hemorragia tenía una mediana intensidad en los momentos de reposo, pero aumentaba considerablemente á cada contracción, por lo cual no vacilé en colocar un tapón vaginal después de haber aplicado extracto de belladona en el cuello y de haber inyectado un centímetro cúbico de solución de centeno. Habría transcurrido media hora cuando, habiéndose presentado dolores expulsivos, retiré el tapón para vigilar los progresos del trabajo y hallé la masa esponjosa introducida en la vagina. Pocos momentos después el parto se verificaba, siendo expulsado primero un cuerpo esférico cuyo diámetro medía de diez á once centímetros y cuya consistencia recordaba la de una placenta normal. Dicho cuerpo estaba adherido á la cima del bacinete de un feto monstruoso de la variedad denominada Symelia, cuyos miembros inferiores, unidos en toda su extensión, formaban un ángulo agudo con el dorso del feto y estaban en contacto con él. La placenta era normal, pero las membranas presentaban en diversos puntos pequeños quistes, algunos pediculados, semejantes á los que se observan en la degeneración hidatiforme del corion.



A. GÓMEZ CALVO.