REVISTA MEDICA.

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES.

Redactor — NICOLAS OSORIO.

SERIE VI. } Bogota, Diciembre 20 de 1881. } NUM. 68.

ACTAS DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES.

SESION DEL DIA 21 DE SETIEMBRE DE 1881.

Presidencia del señor Doctor Proto Gómez.

I

En Bogotá, á 21 de Setiembre de 1881, se reunió en el local de costumbre la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales con asistencia de sus miembros señores Doctores Barreto, Gómez, Medina, Osorio, Olaya y Uribe. Faltaron con excusa los Doctores Castañeda y Balen y tomaron asiento poco despues de principiadlos los trabajos los señores Doctores Aparicio, Pizarro y Rocha C.

Como hubiese el *quorum* reglamentario se declaró abierta la sesion.

II

Se dió lectura y fué aprobada sin objecion alguna el acta de la sesion solemne que tuvo lugar el dia 14 de Agosto del presente año.

III

Leyóse en seguida una nota del señor Secretario de Gobierno en la cual pide informe á la Sociedad, de órden del señor Presidente, sobre la cuestion cuarentenas y medidas higiénicas en

los puertos de nuestra República. Terminada la lectura, tomó la palabra el señor Doctor Osorio y manifestó la necesidad que habia de que la Sociedad se abstuviese, por ahora, de dar contestacion á dicha nota hasta tanto se hubiese hecho un estudio profundo sobre la materia, y concluyó con la siguiente proposicion que fué aprobada: "La Sociedad cree el asunto de las cuarentenas una cuestion compleja cuyo estudio abraza muchas materias y por esta razon se abstiene de contestar por ahora al señor Secretario de Gobierno, y se reserva algun tiempo para hacer su estudio; al efecto se nombrará una comision que despues de considerar detenidamente el asunto presentará su opinion á la Sociedad."

La presidencia nombró al señor Doctor Plata Azuero para que hiciera dicho estudio y presentara un proyecto de resolucion en el término de quince dias.

IV

Se dió lectura tambien á una nota del señor C. Michelsen y á un artículo sobre hidrofobia que se encuentra publicado en la *Lanceta Agricola* y que dicho señor Michelsen se sirvió obsequiar á la Sociedad para su consideracion y estudio. Despues de leidos dichos documentos el señor Doctor Uribe pidió la palabra y manifestó lo siguiente: Que habia oido con sumo interes, tanto la nota del señor Gefe del Departamento nacional de Agricultura, como el artículo sobre hidrofobia, y que áun cuando en este no se habla de ningun caso de curacion alcanzado con el tratamiento allí indicado, cree que la ciencia hace una adquisicion con que enriquecer el número de medios preventivos y profilácticos entre los muchos que cuenta más ó ménos activos para el tratamiento de la hidrofobia ó rabia; que cree debe hacerse un estudio tanto fisiológico como curativo para probar las ventajas de dicho tratamiento. Hizo luego la siguiente proposicion que fué aprobada: "Pase al estudio de una comision el artículo enviado por el señor Jefe del Departamento de Agricultura, para que,

en vista del informe que presente, sea discutido en la Sociedad.”

El señor Presidente nombró en comision al autor de la proposicion.

V

En seguida el señor Doctor Osorio pidió la palabra y dijo:

“Presento á la Sociedad, á nombre del señor Doctor Elberto de J. Roca, una observacion sobre entero-colitis complicada de esofagitis, trabajo que dicho Doctor remite acompañado con la peticion que hace para que se le reciba como miembro activo de la Sociedad de Medicina.”

El señor Presidente ordenó la lectura de dicho trabajo y luégo que fué leído se pasó en comision al señor Doctor Osorio, despues de lo cual el mismo Doctor Osorio manifestó que los Srs. Avelino Saldarriaga y Lisandro Saavedra estaban preparando dos piezas anatomo-patológicas sumamente importantes: una tibia que perteneció á un muchacho que murió de una osteomielitis ó periostitis flegmonosa difusa, segun algunos autores, y un fémur con necrosis de la que han llamado primitiva y que se ha considerado como una de las formas de complicacion de la periostitis flegmonosa difusa. “Ultimamente, dijo, presento á nombre del señor Cifuéntes y mio, un gravado que representa el nematoide que produce la bronquitis verminosa.”

“El señor José María Várgas H, ha llamado especialmente la atencion sobre esta enfermedad.

“En el pequeño trabajo que presento no he tenido en mira sino determinar bien la especie á que pertenece el gusano que causa dicha enfermedad. Como se ve en el gravado, estos animales tienen la boca sin nódulos y el macho termina por apéndices membranosos, apéndices radiales en los cuales pueden contarse hasta diez radios. La hembra tiene el cuerpo terminado por una extremidad aguda. Por los caracteres expuestos creo que el nematoide que produce la bronquitis verminosa pertenece á la familia de los *strongylideos*, género *strongylus*, especie *strongylus filaria*.

Las larvas de este *strongylus* se encuentran en las últimas ramificaciones de los bronquios pequeños, y se necesita de un aumento muy considerable para verlos.

VI

A continuacion el señor Doctor Rocha C, hizo la siguiente proposicion que fué aprobada: "Fíjese la hora de las ocho á las diez de la noche para las sesiones ordinarias de la Sociedad en vez de las cinco á las seis como hasta aquí."

El señor Doctor Barreto la adicionó con la aprobacion de la Sociedad así: "El Presidente ordenará y el señor Tesorero cubrirá al señor Secretario los gastos de alumbrado, citacion de socios y demás gastos que cause cada sesion."

Como no hubiese otro asunto de que tratar y siendo llegada la hora el Presidente levantó la sesion.

El Presidente, PROTO GÓMEZ.

El Secretario, *Jesus Olaya L.*

SESION DEL DIA 27 DE SETIEMBRE DE 1881.

I

En la ciudad de Bogotá á la hora y en el local de costumbre se reunió la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales presidida por el señor Doctor Proto Gómez y con asistencia de los socios señores Doctores Barreto, Zerda, Castañeda, Gómez, Osorio, Olaya y Plata Azuero. Los Doctores Aparicio, Buendía, Medina, Michelsen y Pizarro entraron pocos momentos despues de principiada la sesion.

II

Se dió lectura al acta anterior la cual fué aprobada sin modificacion alguna.

III

Como se hubiese reunido la Sociedad con el objeto de discutir el trabajo del señor Doctor Plata Azuero, sobre establecimiento de cuarentenas en los puertos de la República, según lo dispuesto en la anterior sesión, con el fin de dar una acertada respuesta á la nota consultiva del ciudadano Presidente, que desea dar cumplimiento, apoyado en una resolución científica, á la ley 48 del presente año, dicho señor Doctor Plata principió á dar lectura á un minucioso y detallado informe sobre la materia, y una vez terminado, el mismo señor pidió la palabra y manifestó que habiendo consultado varias obras y hecho por su parte los esfuerzos posibles á fin de llevar á cabo un trabajo que pudiera llenar las condiciones requeridas y al mismo tiempo estar en armonía con las condiciones civiles y políticas del país, para que el Poder Ejecutivo pudiera ponerlo en relación con otros asuntos legislativos y administrativos con que inevitablemente se rozará la ejecución de dicha ley 48, tenía el honor de presentar un proyecto de resolución que esperaba fuese discutido en la Sociedad detenidamente, teniendo en cuenta las exigencias de nuestro comercio cuyos intereses van estrechamente relacionados con este asunto.

Se dió luego lectura á cada uno de los catorce artículos que componen el proyecto, los que fueron discutidos por el autor de ellos y los Doctores Zerda, Milchelsen, Osorio y Posada, quienes con sus observaciones y modificaciones ayudaron á complementar el trabajo, después de lo cual fué pasado de nuevo á la comisión para que lo redactara según las opiniones expresadas en la sesión y lo pusiera luego en manos del señor Presidente de la Sociedad para que este se sirviera remitirlo al señor Secretario de Estado en el Depacho de Gobierno.

V

El señor Doctor N. Osorio pidió en seguida que se admitiera como miembro activo de la Sociedad al señor Doctor El-

berto de J. Roca, pues habiendo leído el trabajo presentado por dicho señor en la anterior sesión, le había encontrado no solo científico y original sino con todas las condiciones que exige el Reglamento en los trabajos que deben presentar los individuos que deseen hacerse miembros de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales.

Se procedió en consecuencia á la votación y habiendo sido favorable al señor Doctor Roca, la Sociedad lo declaró miembro de ella.

VI

La Presidencia dispuso en seguida que pasase al estudio del señor Doctor Rocha C, el trabajo sobre fiebres de la hoya del Magdalena presentado á la Sociedad por los Doctores Nicolas Osorio y Proto Gómez.

Siendo avanzada la hora se levantó la sesión.

El Presidente, PROTO GÓMEZ.

El Secretario, *Jesus Olaya L.*

 CUARENTENAS.

*Estados Unidos de Colombia — Poder Ejecutivo nacional —
Secretaría de Gobierno — Sección 1ª — Número 90 — Bogotá,
13 de Setiembre de 1881.*

Señor Presidente de la Sociedad de Medicina — Presente.

Habiéndose expedido por el Congreso del presente año la ley 48, por la cual se autoriza al Poder Ejecutivo para restablecer las cuarentenas en los puertos de la República, y debiendo dictarse un decreto sobre la materia, he recibido orden del ciudadano Presidente para solicitar de la Sociedad de Medicina, que usted tan dignamente preside, un informe sobre los puntos siguientes:

1.º ¿ Es ó nó conveniente para un país el establecimiento de cuarentenas en sus puertos ?

2º Si es conveniente el establecimiento de cuarentenas ¿ cuánto tiempo será suficiente para la desinfeccion de las personas y cuánto para las mercancías y demás objetos que hayan de trasladarse á tierra ?

3º Qué medios debe adoptar el Gobierno para hacer efectivas en los puertos las disposiciones sanitarias que se dicten ?

Se espera, además, que esa honorable Corporacion se servirá hacer todas las indicaciones que crea convenientes en tan importante asunto.

Soy de usted atento servido,

CLÍMACO CALDERON.

Señor Secretario de Gobierno.

Tengo el honor de trasmitir á usted copia de las 14 proposiciones en que la sociedad que tengo el honor de presidir, consignó sus opiniones respecto de la cuestion de cuarentenas marítimas. Estas proposiciones sometidas á la consideracion de la Sociedad por la comision nombrada por ella para que estudiara este grave é importante asunto, á cargo del señor doctor Manuel Plata Azuero, fueron aprobadas unánimemente por todos los miembros de la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales despues de una larga y detenida discusion.

La Sociedad no pudo contestar la nota del señor Secretario tan pronto como lo deseaba, porque la gravedad y trascendencia del asunto exigian que la comision lo estudiara con la calma y detencion que demandaba.

Soy de usted atento y seguro servidor,

PROTO GÓMEZ.

Señores miembros de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales.

En desempeño de la comision que os servisteis confiarme, tengo el honor de someter á vuestra consideracion el proyecto de resolucion que vereis en seguida, absteniéndome de espresar en este informe las razones justificativas de las proposiciones consignadas en él, porque os son bien conocidas, y ademas, porque serán mejor estudiadas en la discusion que cada una de ellas suscite.

PROYECTO DE RESOLUCION.

La Sociedad de Medicina y Ciencias naturales, vista la nota de 13 de Setiembre último, dirigida á esta Corporacion por el señor Secretario de Gobierno, á nombre del Poder Ejecutivo de la Union, relativa á la cuestion "Cuarentenas."

RESUELVE:

Contéstese al señor Secretario de Gobierno que las opiniones de la Sociedad sobre esa cuestion de higiene pública, quedan consignadas en las siguientes proposiciones:

1.^a El establecimiento de Cuarentenas en los puertos de la República, durante las épocas en que reinen ciertas epidemias en los pueblos ó naciones que con ella comercian, es no solo conveniente sino necesario, siempre que, despojándolas de todas las prácticas absurdas y vejatorias que estaban en uso en todas las Naciones europeas hasta 1851, se les reglamente de acuerdo con el espíritu de la civilizacion moderna, siguiendo en todos los preceptos de la higiene;

2.^a Deben establecerse dos clases de *patentes sanitarias* que serán expedidas por nuestros agentes consulares en los puertos de donde partan los buques ó embarcaciones; la primera, que se llamará "*Patente absoluta*," servirá para atestar que el lugar de la prosedencia del buque no está atacado de ninguna de las epi-

demias que adelante se mencionan, y la segunda denominada "*Patente reservada, ó de espera,*" expresará que en ese lugar reina el *cólera morbus, la peste, las fiebres tifoideas ó pestilenciales, la fiebre amarilla, las viruelas* ú otra afeccion epidémica contagiosa. Estas patentes deben expedirlas nuestros agentes, consultando la opinion de los médicos sanitarios que sostienen en los puertos marítimos las naciones amigas de la nuestra, y en su defecto, la de los médicos del lugar ;

3ª En nuestros puertos deben establecerse lo que en Europa se llaman "Lazaretos" ó locales de espera, montados con todas las condiciones de aislamiento, ventilacion y aseo que exige el objeto á que estan destinados ;

4ª Las mercancías y todos los objetos que vengan á bordo, se clasificarán en tres clases para los efectos de las Cuarentenas : *la primera clase*, comprende los tendidos de cama, los vestidos y todas las telas y objetos de uso que hayan servido á bordo á los enfermos, así como las sustancias alimenticias y las bebidas dañadas ó corrompidas y las mercancías de naturaleza orgánica fermentadas ó en putrefaccion ; las de *la segunda*, todas las telas y objetos vegetales y animales así como las pieles, las plumas y los tejidos de lana, ceda y cerda que hayan estado en uso en el buque y las de *la tercera*, todas las demas mercancías ú objetos de uso no comprendidos en las dos primeras clases ;

5ª Habrá dos especies de *cuarentenas* : *cuarentena de rigor*, que tendrá lugar en los lazaretos y en los buques y *cuarentena de observacion*, que se ejercerá solamente en los buques ;

6ª La *cuarentena de rigor* se aplicará á los buques que trayendo *patente reservada ó de espera*, hayan tenido á bordo uno ó más individuos atacados de alguna de las epidemias indicadas, y en este caso todos los pasajeros y tripulantes del buque serán conducidos al Lazareto con las mayores precauciones de aislamiento ; las especies comprendidas en las mercancías de primera clase, seran incineradas ó sepultadas en el fondo del mar á distancia de una milla por lo ménos, y las de segunda clase serán

colocadas en el Lazareto. El mismo procedimiento se observará con los buques, patentados ó nó, en los que en la travesía se hay a presentado algun caso de epidemia, asi como con los buques que traigan patente reservada ó de espera, á ménos que no hayan tenido á bordo caso alguno de epidemia.

7^a La cuarentena de observacion consiste en no permitir el desembarque de persona, mercancia ú objeto alguno; en impedir toda comunicacion con los habitantes del puerto, y en someter el buque á todas las precauciones higiénicas indispensables, como el trabajo frecuente, la ventilacion y el aseo más completo, la desinfeccion constante con azufre ó cloruros y la insinuracion ó sumeracion en la mar de todas las especies comprendidas en la primera clase de mercancías. Esta cuarentena se aplicará solo á los buques que lleguen con patente de espera sin haber tenido á bordo la epidemia; á los buques, patentados ó no, que hayan tenido algun caso de epidemia en los dias que precedieron á los últimos diez dias de su llegada al puerto, y a los buques que se sepa han tocado en la travesía en algun puerto en donde reine alguna de las citadas epidemias.

§. A los buques que no traigan patente alguna, habiendo partido ó tocado con algun punto infectado, debe el Gobierno aplicarles ademas alguna pena correccional.

8^a Todo buque con patente absoluta que no haya tenido epidemia á bordo en los últimos diez dias, no estará sujeto á cuarentena; los que traigan patente de espera sufrirán una cuarentena de quince dias, contados desde el en que partieron, siempre que no hayan tenido enfermo alguno de epidemia durante el viaje. La cuarentena de rigor durará quince ó á lo más veinte dias, siempre que durante ella no se presente entre los que la esten sufriendo, algun caso de epidemia; pues entónces la autoridad prolongará la cuarentena por un número de dias proporcionado; el que jamas será de ménos de diez, contados desde el en que se presento el último caso de epidemia;

9^a Si estando anclado un buque en uno de nuestros puertos se presentare entre los tripulantes ó pasajeros alguno atacado de

la epidemia, se le hará sufrir la cuarentena de rigor.

10^a. En los lazaretos se observarán las mismas prescripciones higiénicas que en los buques, y además se les proveerá de médico, medicamentos y asistencia necesaria para que los enfermos sean tratados convenientemente.

11^a. Si no pudieren montarse en nuestros puertos los Lazaretos científicamente organizados, la cuarentena de rigor se aplicará en los buques mismos.

12^a. En los lazaretos y en los buques en cuarentena, se emplearán rigurosamente las siguientes precauciones higiénicas: baños generales diarios para todas las personas; desalojar las mercancías que esten á bordo para facilitar su desinfeccion; lavar con esmero los vestidos y todas las telas que se empleen en el servicio; limpiar la cala del buque; secar completamente las bodegas y desinfestarlas; asear todas las piezas ó camarotes, empleando si es preciso la combustion de ciertas materias inflamables ó la bomba de aire; rapar, frotar y lavar con esmero los pavimientos, y apelar á fumigaciones clóricas ó sulfurosas para desinfectar completamente el local.

13^a. El único medio que una nacion débil como la nuestra puede emplear para hacer eficaces las disposiciones sanitarias que dicte para sus puertos, es celebrar tratados públicos sobre este importante asunto con todas las naciones con que se halla en relaciones comerciales, basados en los principios consignados en la Convencion internacional acordada entre la Francia y las demas potencias marítimas de Europa en 3 de Febrero de 1852, y extensamente desarrollados en el decreto reglamentario que dictó el Gobierno frances el 4 de Junio de 1853 para la ejecucion de la convencion entre la Francia y la Serdeña. Estos principios no son otros que los que proclamó la convencion científica internacional que se reunió en Paris en 1851, bajo la prudente, ilustrada y liberal inspiracion del doctor Mélier.

14^a. El Gobierno debería ocuparse tambien de dictar un reglamento de policia sanitaria para nuestras vias navegables ó para nuestros puertos fluviales, tomando por base las ideas con-

signadas en las anteriores proposiciones, y estudiando las disposiciones sanitarias dictadas para sus puertos por el Gobierno de los Estados Unidos, con las que ha logrado salvar muchas importantes poblaciones de las epidemias que hasta hace poco las desolaban, y que por desgracia no ha logrado conseguir la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales.

Señores miembros de la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales,

M. PLATA AZUERO.

Estados Unidos de Colombia—Secretaría de Gobierno de la Union—Seccion 1.^a—Número 2,247—Bogotá, 18 de Noviembre de 1881.

Señor Presidente de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales.

Se recibió en esta Secretaría la nota de usted á la cual acompaña, en cuatro fojas escritas, las catorce proposiciones aprobadas unánimemente por todos los miembros de la Sociedad que usted preside, respecto del negociado de cuarentenas marítimas.

El Gobierno agradece altamente que la Sociedad haya atendido con interes el llamamiento que se le hizo para que emitiera su opinion en tan delicado asunto, y tendrá en cuenta esta opinion á tiempo de reglamentar la ley que autoriza al Poder Ejecutivo para establecer las cuarentenas en los puertos de la República y organizar el servicio de sanidad de los mismos.

Soy de usted atento servidor,

CLÍMACO CALDERON.

ESOFACITIS ✓

COMPLICANDO UNA GASTRO-ENTERO-COLITIS.

Síntomas, marcha y terminacion.

I. G. de 57 años, carpintero de profesion, oficio que habia abandonado hacia algun tiempo para dedicarse al comercio. Hombre de buenas costumbres; de temperamento nervioso y regularmente constituido. Fué llamado para asistirlo el dia 5 de Abril del presente año. Hacia dos años que habia tenido disentería de la cual curó. Los síntomas que ese dia presentaba eran los siguientes: diarrea con deposiciones numerosas, poco abundantes, amarillentas, mucosas, fétidas y acompañadas de algo de tenesmo y precedidas de un dolor fijo situado en el vientre siempre en los mismos puntos, y provocado por las bebidas ó alimentos ligeros que tomaba; tenia sed, dolor en la region lumbar y un movimiento febril poco intenso, y su estado general era bastante débil, en una palabra, existian todos los síntomas que caracterizan una entero-colitis crónica en un período de exacerbacion. En este estado se encontraba con algunas remisiones desde que habia sufrido la disentería. Pero me llamó la atencion desde el principio un síntoma insólito que habia aparecido dos ó tres dias ántes de haberseme llamado; era un vómito casi incoersible, pues su estómago no toleraba sino rara vez los alimentos y bebidas que se le suministraban; creí á priori que este vómito seria simpático de la afeccion intestinal, pero el enfermo sentia además un dolor sordo, poco intenso al nivel del cárdias y detras del sternon, y al dia siguiente me hizo notar que tenia tambien dolor de garganta y dificultad para pasar los alimentos; al hacer un exámen en la boca hallé la lengua enrojecida y erodada en toda su mitad posterior inclusive los bordes, enrojecimiento y erosion que se extendian hasta la faringe en toda la parte visible; á esto se agregaba que el enfermo sentia ya dolor en todo el trayecto del esófago, dolor que se exaspera-

ba al tratar de pasar cualquier alimento ó bebida; además el vómito aumentaba y el paciente experimentaba la sensación de una bola que le subiera y de una constricción dolorosa en el esófago; los vómitos, ó más bien las regurgitaciones, vinieron á ser glerosos y eran para él sumamente angustiosos y acompañados de una tos ligera. Al principio experimentaba también al pasar los alimentos, la sensación de estancamiento ó forzamiento de ellos en ciertos puntos del esófago. Tenía hipo y no despedía mal aliento, á lo ménos durante los primeros días de la enfermedad. El síntoma hidrofobia no existía, pero si noté en el enfermo un disgusto, un mal humor constante que no era natural y que se distinguía perfectamente del abatimiento consiguiente á todas las enfermedades. Día por día avanzaba la enfermedad y el paciente casi no podía tomar ya ningún alimento ni bebida. La diarrea continuaba, el esfínter del ano se ulceró y había en él una contracción espasmódica notable; las regurgitaciones de materias glerosas se hicieron sanguinolentas y mezcladas á veces con algo de pus. La reacción febril no fué nunca intensa y las facultades intelectuales se conservaron hasta última hora apesar de la extrema debilidad del enfermo el cual se consumía por agotamiento lento. Por último, en la tarde del día 27 de Abril, espiró despues de una larga agonía.

Tratamiento—En los primeros días de la enfermedad suministré al enfermo bebidas atemperantes mucilaginosas, baños de piés tibios, sinapisados, hielo al interior y al exterior; los alimentos sólidos fueron suprimidos y lo sometí exclusivamente al régimen lacteo y algunas bebidas albuminosas que, bañando á su paso las superficies inflamadas, servían al mismo tiempo de alimento al paciente; luego se le hicieron fricciones amoniacaes á lo largo del cuello y de la columna vertebral; se le aplicaron sinapismos y un cáustico. Para la diarrea y para calmar la irritabilidad del estómago se le administraron los polvos siguientes:

Opio pulverizado 0,08 centígramos

Magnesia de Henry... } ana - 12 gramos.
Subnitrate de bismuto }

M. y H. 12 papeles. Tómese uno cada tres horas en agua de linaza azucarada.

En los últimos días la medicación interna y la alimentación aun líquida, fueron casi imposibles, pues no lo permitían las regurgitaciones y espasmo de la mucosa, debidos á su erosión y ulceración. En los tres últimos días quiso el enfermo tomar cerveza y aunque la tomó con gran trabajo sin embargo la pudo tolerar mejor que las demás bebidas y alimentos, lo cual es digno de notarse. En fin, como ya lo he dicho, todo fué inútil, y el enfermo sucumbió más bien por inanición que por los estragos de la enfermedad.

Autopsia—Al verificar la autopsia del cadáver, no sin tropezar con esa oposición sistemática que casi siempre se encuentra en las familias á que aquella se practique, hallé lo siguiente: la mucosa de la lengua, faringe y esófago erodados y de un color rojizo claro en toda su extensión hasta el cárdias; en algunos puntos, principalmente en la parte superior del esófago, la mucosa estaba muy inyectada y los capilares eran muy numerosos y visibles; mucosidades concretas blandas y sanguinolentas, algunas con pus y detritus, se hallaban en varios puntos del trayecto. Pero lo más notable fué la existencia de tres ulceraciones poco profundas, de las cuales dos estaban situadas en el tercio superior, y medía una de ellas, la mayor, dos centímetros de diámetro y parecía formada por la reunión y confluencia de otras más pequeñas; la ulceración vecina no medía sino 4 ó 5 milímetros; ámbas eran de forma redondeada. La otra ulceración se encontraba en el tercio inferior cerca del cárdias y medía de 6 á 8 milímetros. Estas ulceraciones habían invadido la mucosa y el tegido celular subyacente; tenían los bordes ligeramente indurados y una concreción muco-sanguinolenta con algo de pus, cubría su fondo. No había ninguna perforación y era evidente que, por los caracteres anatomo-patológicos, la esofagitis que había sido únicamente eritematosa en su principio, pasó á ser despues flegmonosa en ciertos puntos por induración y supu-

ración después del tejido celular submucoso. Además, al hacer lo más completo posible la exploración anatómo-patológica, hallé la mucosa gástrica hiperemiada á la entrada del cárdias únicamente; el resto se encontraba casi al estado normal si exceptuamos un ligero enrojecimiento y la presencia de un mucus claro, amarillento, algo abundante que la recubría. El intestino delgado también tenía sus alteraciones; la mucosa, principalmente en el tercio inferior y en la vecindad del ciego, era de un color pálido apizarrado y ligeramente arrugado. En el intestino grueso, hacia el cólon descendente, se encontraban las mismas alteraciones que en el delgado, y el recto se hallaba ulcerado en su extremidad inferior lo mismo que el esfínter del ano hasta en su parte externa. Estas últimas alteraciones eran debidas á la entero-colitis crónica de que había sufrido también el mismo individuo.

Consideraciones—Sería muy aventurado que yo fijase una causa determinante de la esofagitis en el presente caso. ¿Había predisposición en el individuo á la inflamación del tubo digestivo? Probablemente, porque había sufrido de disentería y de entero-colitis varias veces. Más todavía, creo que había en él una verdadera diátesis inflamatoria de las vías digestivas. La inflamación de los intestinos gruesos y delgados que le precedió, pudo haber sido causa? La anatomía patológica nos demuestra que hubo continuidad de inflamación de unas vísceras á otras hasta invadir todo el conducto. Por otra parte, la estación fría y los cambios bruscos de temperatura que se experimentan en esta localidad y principalmente en estos meses, han podido contribuir poderosamente á la producción de la enfermedad. La disfagia fué el síntoma patognomónico que me hizo reconocer que además de la entero-colitis y probablemente de la gastritis, había en el caso de que me ocupó una afección del esófago. Ahora bien, cuál era esta? Por los síntomas que ántes he expuesto me convencí de que se trataba de una *esofagitis aguda*. No era un *esofagismo* porque los accidentes no habían empezado súbita-

mente como sucede en esos casos, y ademas existia una verdadera erosion desde la lengua hasta donde la vista podia alcanzar; habia fiebre aunque poco intensa, las contracciones no eran tan violentas como en el esofagismo y no tenian ese carácter espasmódico especial, sino que eran moderadas; un verdadero *calambre* de los músculos esofagianos como dice Jaccoud, provocado por el contacto de las materias alimenticias con la mucosa inflamada; el dolor no era intenso ni producía ese estado de angustia y desfallecimiento momentáneo del esofagismo que llega hasta la lipotimia muchas veces; no habia verdadero obstáculo al paso de los alimentos porque el conducto se cerrara, sino que las regurgitaciones eran producidas por la suceptibilidad inflamatoria de la mucosa esofágica, y las materias vomitadas estaban recubiertas por un mucus espeso y últimamente por verdadero pus y sangre. Tampoco podia confundirse con un estrechamiento crónico del esófago, porque, como ya lo he dicho, habia síntomas de agudeza y no se observaba la marcha insidiosa de las producciones anormales ó de los espesamientos y retracciones cicatriciales de las paredes del esófago. Tampoco se observaba ningun tumor vecino que pudiera comprimirlo y toda idea de cáncer ó estrechamiento por neoplasmas, habia que rechazarla por falta de síntomas de positivo valor. La auscultacion y exámen detenido del pecho me demostraron la no existencia de ningun tumor intratorácico que pudiera comprimir el esófago. La confusion con una parálisis exofagiana no podia tener lugar atendiendo á los síntomas contrarios de esta afeccion, pues en lugar de regurgitaciones, hay libre paso de los alimentos y los líquidos, al atravesar el conducto herido de atonía, producen un ruido especial y característico semejante al que se oye en los agonizantes; todo lo cual faltaba en este caso. El medio de exploracion que aconsejan Natanson y Hamburger, el de la auscultacion del esófago, practicada detrás de la traquea en la region cervical izquierda desde el hueso hyodes hasta la clavícula, ó bien á lo largo de la columna vertebral de la primera á la octava dorsal,

lo puse en práctica, pero el estado de desfallecimiento del enfermo y la dificultad de una buena exploracion, no me permitieron sacar de este medio ingenioso ninguna luz para el diagnóstico. A pesar de que los conmemorativos del enfermo me debian alejar de toda idea de sífilis, porque nunca habia tenido manifestacion ninguna de esta naturaleza, y era un hombre sobrio y de buenas costumbres, sin embargo conservaba mis dudas á este respecto, pero la autopsia me demostró que las ulceraciones eran poco profundas, de forma regular, que sus bordes no eran *tallados á pico* y que su superficie estaba recubierta por mucus ó detritus fáciles de separar, y no por esa materia blanca, espesa y adherente que parece una escara y que es propia de las úlceras sífilíticas; además, sus contornos no eran de color violado ó de un rojo subido como en estas últimas. Tampoco habia tomado el paciente ninguna bebida demasiado caliente ni ninguna sustancia irritante ni cáustica. Lo que tenia que tratar, era pues, una esofagitis consecutiva á una gastro-entero-colitis.

ELBERTO DE J. ROCA.

Bogotá, Junio de 1881.

Señor Redactor de la "Revista Médica"—Bogotá.

Deseando cooperar en algo para la ilustracion de las columnas de ese periódico y creyéndolo á la vez como un deber por ser miembro de la Sociedad de medicina, me tomo la libertad de remitirle la siguiente observacion para que si usted lo estima conveniente le de cabida en las columnas de ese periódico.

HEMATOCELE VAGINAL SIMPLE TRATADO POR LA INYECCION YODADA.

El 18 de Junio se presentó á mi consulta N. de 45 años de edad, jornalero y padre de 12 hijos. Ningun antecedente constitucional, el paciente ha disfrutado de buena salud.

Hace 18 años que encontrándose en la memorable batalla de "Cascajo" sintió en el momento en que daba una carga, un fuerte dolor en el testículo izquierdo; creyéndose herido por una bala se detuvo para vendar su herida y fué sorprendido al ver que sus órganos estaban sanos. El dolor llegó en pocos momentos hasta hacerse insoportable, para calmar luego con alguna lentitud y permitir al paciente continuar en las faenas de la lucha.

Al siguiente día, nuevos dolores, que el paciente compara á lanzadas, se hicieron sentir en el mismo punto sin que el enfermo pudiera apreciar cambio alguno en el órgano enfermo. No obstante esto, el enfermo soportaba bien sus trabajos y á los tres meses estaba poco más ó menos en el mismo estado; pero hallándose en la calle sintió un dolor más fuerte que nunca, fué á su casa y notó que el testículo estaba con un volúmen doble que el normal. Consultó con un médico el cual le prescribió paños frios *in loco*.

Como el testículo creciera por día, el paciente consultó á varios profesores y todos le prescribieron aplicaciones locales sin resultado alguno.

La enfermedad siguió una marcha lenta pero sin remisiones; dolores soportables que aumentaban cuando el paciente hacia ejercicio fuerte; ningun síntoma de reaccion general se manifestaba, y el equilibrio funcional en nada sufría aparentemente; las funciones generadoras se habian podido efectuar sin inconveniente y el paciente habia engendrado cinco hijos durante este lapso de tiempo.

Estado actual—Paciente bien conformado, constitucion fuerte, temperamento sanguíneo. Su enfermedad no le ocasiona malestar y únicamente por el peso que el tumor le hace y la deformidad desagradable que le acarrea, pide se le desembaraze de él. Aspecto exterior bueno, ni manchas ni cicatrices características; los órganos de las cavidades en buen estado, ejercen sus funciones con regularidad.

Examinados los órganos genitales se nota un tumor de forma ovoide del tamaño de una cabeza de niño recién nacido, la piel del escroton tiene un color amoratado y está uniformemente tendida y reluciente. La palpacion hace notar en todo el tumor una consistencia blanda y uniformemente elástica, sin dureza ni irregularidad alguna; sensacion de fluctuacion profunda y uniforme aunque muy oscura; comprimiendo con fuerza se persibe en algunos puntos una crepitation bien marcada; no es posible hallar ni el testículo ni el epididimo; el tumor es irreductible y no aumenta cuando se hace hacer esfuerzos al paciente; examinado con la luz de una lámpara no se encuentra trasparencia en ningun punto. Ausencia completa de dolor, testículo derecho completamente sano, ocupa su situacion normal; el pene, aparentemente muy pequeño, parece que naciera de la cima del tumor.

En posesion de estos datos mi diagnóstico fluctuaba entre un tumor sólido del testículo ó una coleccion líquida de la cavidad vaginal con hipertrofia de las paredes. La impresion que el tumor causaba por el tacto y por la inspeccion ocular era la de un tumor sólido; una de esas degeneraciones tuberculosas ó cancerosas del testículo cuya fluctuacion puede tomar aún el más hábil cirujano, por la que dá una coleccion líquida.

Un poco de cuidado y conocimiento exacto de los antecedentes y del estado actual, bastan en lo general para evitar el error. En efecto, en caso de un sarcocele *canceroso*, *quistico* ó *sifilitico* es cierto que la opacidad, la elasticidad, la consistencia y aún la forma son las del tumor que nos ocupa; pero en el sarcocele canceroso se encuentran desigualdades más ó ménos duras y situadas, ya atras y en la cima, ya sobre los lados; desigualdades que dependen de que en estos casos la lesion principia por el *epididimo* ó por el *cuerpo de Higmoro*. Además, la existencia de una lesion cancerosa de 18 años, es incompatible con el buen estado general del paciente de que me ocupo.

Algunos sarcoceles tuberculosos se presentan con los mis-

mos caracteres físicos que los del tumor de que trato; pero aquellos, además de ocupar preferentemente el epididimo, son más duros, boselados y están acompañados de un derrame seroso en la túnica vaginal, lo que les dá ligera trasparencia en su parte inferior.

Un sarcocele sífilítico era tambien inadmisibile, pues habia absoluta carencia de antecedentes.

La idea de una hernia inguinal viene tambien á la imaginacion en estos casos, más la marcha del tumor, su absoluta irreductibilidad y el no efectuarse en él cambio alguno en los esfuerzos que se hace hacer al paciente, autorizan para eliminarla en absoluto en el diagnóstico diferencial.

Eliminada pues la idea de un tumor sólido, forzosamente tenia que admitir la existencia de una coleccion líquida en la cavidad vaginal; pero ¿de qué naturaleza era este derrame? ¿Se trataba de un *hidrocele* de un *hematocele* ó de un *hidro-hematocele*? De la resolucion de este problema dependia la exactitud del diagnóstico.

Desde el principio eliminé la idea de un hidrocele, porque la absoluta opacidad del tumor me autorizaba para ello.

Un hidro-hematocele podria muy bien admitirse, pues los casos de esta naturaleza no son muy raros y el profesor Gosselin ha citado muchos y explica de tres modos la génesis patológica de los hematoceles consecutivos á un hidrocele.

“1º Por vaginalidad pseudo-membranosa desde el principio y hemorragia por los vasos desgarrados de las falsas membranas parietales y viscerales en una época en que éstas aún no han contraido adherencias.

“2º Por un derrame primitivo y traumático y el desarrollo consecutivo de una vaginalidad pseudo-membranosa.

“3º Por la produccion de esta vaginalidad pseudo-membranosa en la cara interna de un hidrocele.”

La génesis del hidro-hematocele puede pues explicarse fácilmente, más el diagnóstico no es posible hacerlo sin haber se-

guido paso á paso la marcha de la lesion y sin examinar el líquido del tumor. Afortunadamente la terapéutica quirúrgica es la misma en estos casos, (al tratarse de un hidro-hematocele ó de un hematocele simplemente) y estas ligeras dudas no deben embotar la cuchilla de un cirujano.

He ido eliminando una á una las lesiones que pudieran inducir á un error de diagnóstico en el caso de que me ocupó, y en el escudriñamiento de la patología de esta region, he estrechado el círculo hasta reducirlo al hematocele; este fué mi diagnóstico, pero me faltaba precisarlo aun más. ¿Se trataba de un hematocele simple ó doble, parietal ó vaginal? El hematocele parietal se distingue del vaginal, porque en éste el testículo hace un solo cuerpo con el tumor, en aquél nó; he dicho ya que en el caso presente el testículo estaba de tal manera confundido con el tumor que era imposible fijar su situacion; luego se trataba de un hematocele vaginal el cual era simple porque, como dije ya, el testículo derecho y todas sus cubiertas estaban en perfecto buen estado. Quedábame aún otro medio de diagnóstico del que no quise prescindir; quiero hablar de la puncion exploratriz. Esta la practiqué con un trócar delgado y dí salida á algunas gotas de líquido color de café. Formulé pues mi diagnóstico así:

Hematocele vaginal simple—He dicho ya que el paciente exigia que se la desembarazase de dicho tumor. ¿Qué procedimiento deberia emplear para obtenerlo? La puncion simple; la puncion acompañada de la inyeccion yodada; la incision; la incision y descortizacion y la castracion son los procedimientos hoy aconsejados para tratar dicha afeccion. ¿Por cuál deberia decidirme? La simple puncion y la incision son dos procedimientos de poco éxito; hecha la operacion por uno de ellos el derrame vuelve á repetirse.

La descortizacion es un procedimiento laborioso, dá excelentes resultados pero no carece de gravedad.

La castracion participa de los mismos inconvenientes y ventajas que el anterior, pero trae consigo la mutilacion de un

órgano que aunque sea ya impotente para llenar sus funciones, el paciente desea se le conserve á toda costa para evitar la deformidad y hacer alarde de su entereza viril.

La puncion seguida de la inyeccion yodada ha dado en manos hábiles, muy buenos resultados; y el profesor Gosselin se ha constituido en apologista de este procedimiento, tanto por su eficacia, cuanto por evitar al paciente los mayores peligros inherentes á los otros procedimientos. Gosselin ha dicho "no debe llegarse á un tratamiento que vuelva inevitable la insiccion, sino despues de haber empleado sin suceso la inyeccion yodada."

Opté pues por la puncion y la inyeccion yodada compuesta de partes iguales de tintura de yodo y agua; advertí previamente al enfermo que si la operacion que iba á practicar no tenia buen resultado, tendria que hacer otra para la cual la primera nos serviria de introduccion preparando el campo operatorio.

Al dia siguiente, acompañado del doctor A. Restrepo que tuvo la fineza de ayudarme, hice la puncion con un trócar para hidrocele; elegí el punto más bajo del tumor é introduje mi instrumento hasta llegar á la cavidad. La puncion dió salida á un líquido semi siruposo y del color de la inyeccion que iba á emplear; haciendo ligeras presiones y desobstruyendo la cánula que varias veces fué obstruida, extraje 300 gramos de dicho líquido. Hice comprimír luego el canal inguinal, arrojé por la misma cánula jeringadas de agua tibia en la que habia puesto una solucion de ácido fénico y repetí esta operacion hasta que el agua salia completamente limpia.

Desembarazada la cavidad de su contenido, pude apreciar muy bien el espesor de las paredes del escroton, el cual era muy considerable, y fijar la situacion del testículo que se hallaba en la parte superior. Las tónicas, muy espesas, no tenian esa consistencia fibrocartilaginosa ó calcárea que se observa algunas veces, razon por la cual juzgué que la enfermedad se hallaba en ese estado á que el profesor Gosselin da el nombre de *segundo período*. El espesamiento observado en las paredes, era debido á esa falsa membrana que tapiza las hojas parietal y visceral de la serosa.

Hecho este exámen inyecté en la cavidad 300 gramos de la solucion yodada y la hice permanecer durante cinco minutos, el paciente experimentó poco dolor; retirada la inyeccion y la cánula, opturé la abertura con un pedazo de esparadrapo; comprimí fuertemente las bolsas con bandeletas del mismo emplasto; cubrí todo con algodón y apliqué con un paño un suspensorio. El enfermo permaneció en su cama recomendándole la quietud.

El dia 20 las bolsas estaban dolorosas; el paciente sentia como una quemadura allí; un ligero movimiento febril apareció.

El 21, la fiebre traumática apareció con caractéres alarman-tes; el dolor en la region operada era intenso y el paciente sentia como mordiscos.

El 22, los mismos síntomas; signos de un flecmon aparecieron en la sima del tumor. Retiré el vendaje anterior é hice aplicar cataplasmas emolientes laudanizadas.

El 25 se abrió el flecmon; salió un pus fétido y sanioso y la fiebre principió á declinar. Prescribí inyecciones fenicadas en el foco; baños de asiento calientes y paños constantemente con una solucion fenicada y vino de quina al interior.

En los dias siguientes la supuracion fué abundante y fétida; pedazos de falsas membranas se eliminaron poco á poco y en gran cantidad; en el fondo de la herida principiaron á aparecer abundantes yemas carnosas y la cicatrizacion fué completa á los 25 dias despues de la operacion. El tumor habia disminuido dos terceras partes de su volúmen y no causaba incomodidad alguna; el paciente se retiró á sus faenas del campo con la advertencia de que si algo volvía á experimentar, volviera á mi consulta.

Hoy lo volví á ver y su tumor ha desaparecido completamente, el testículo atrofiado es apénas perceptible y el escróton retraido forma una bolsa más pequeña que á la derecha. La curacion ha sido pues radical y es este un caso más que aboga en favor de lo que el célebre profesor ya citado aconseja en semejantes casos.

La inflamacion adhesiva de las paredes membranosas de la cavidad en unos puntos; la descortizacion efectuada por la inflamacion y eliminacion de dichas falsas membranas en otros, hé aquí el procedimiento patológico-fisiológico por medio del cual la curacion ha podido obtenerse.

J. T. ENAO.

Manizáles, Octubre 10 de 81.

LA VIRUELA EN FACATATIVA.

NOTAS Y OBSERVACIONES TOMADAS DURANTE LA EPIDEMIA.

(Continuacion).

VI

OTRAS FORMAS.

Las variedades que dejo señaladas fueron las que me parecieron más raras é insólitas, por no ser constantes en las epidemias que han devastado en diversas épocas estas comarcas; al ménos no he podido encontrar ningun escrito en que se haga relacion de ellas; esta razon fué la que me movió á publicar estas imperfectas observaciones, cuyo estudio completo y profundo juzgo que lo harán los médicos que están hoy al frente de los Hospitales en varias de las poblaciones en las cuales está haciendo muchos estragos la viruela.

Las formas ordinarias y comunes que todos conocemos, y que están admirablemente descritas en todos los tratados clásicos y hasta en las hojas volantes que han circulado á título de consejos dados á las masas; tambien se presentaron. Cuando me ocupe de la estadística, se verá que se aparecieron en número considerable.

Estas formas son: *La confluyente, la discreta y la varioloides*. Por las razones expuestas no entraré en su descripcion que,

como lo dejo dicho, está ya hecha por hombres hábiles y conienzudos y porque yo no podría añadir nada nuevo pues no pude observar ninguna particularidad.

VII

CONVALECENCIA DE LA VIRUELA—ACCIDENTES QUE SE PRESENTARON—RECAIDAS.

La convalecencia de las formas graves, fué lenta; el organismo profundamente alterado, volvía con dificultad á su primitivo vigor; el desprendimiento completo de las escaras en la forma grangrenosa y las abundantes supuraciones que las acompañaban extenuaban á los pacientes y volvían á poner su vida en peligro. La cicatrizacion de las partes desnudas marchaba lentamente y sin vigor, parecían úlceras atónicas, que sólo una alimentacion abundante y una medicacion tónica sacaban de ese estado.

Abscesos múltiples, especies de abscesos frios, la rupia y el impétigo fueron los accidentes más comunes del lado del tejido celular subcutáneo y de la piel.

Las enterites acompañadas de movimiento febril de mediana intensidad, atacaron especialmente á los que tenían una hambre insaciable y que comían con voracidad, sin masticar bien los alimentos que se les daban.

Los bordes libres de los párpados fueron el asiento de pequeños abscesos muy semejantes á los orzuelos.

En las conjuntivas, que rara vez fueron el sitio de pústulas virolentas, durante la convalecencia si se desarrollaron flictenas que se estendían á la cornea, con todo los caracteres de las conjuntivitis y *queratitis flictenulares*.

La cornea fué además el sitio de abscesos y de reblandecimientos, que la destruían rápidamente trayendo como consecuencia la atrofia del globo ocular.

Un accidente que observé en dos enfermos que estaban

casi al salir del hospital, fué el de una recaída; haré brevemente la historia de estos dos enfermos, para dar una idea de lo que pasó

Las personas de que me ocupo habian sido atacadas de viruela casi confluyente, que recorrió todos sus períodos sin presentar particularidad alguna. Cuando llegó el momento de la des-camacion fueron trasladadas al hospital de convalecientes; dos semanas despues tuvieron escalofrios, cefalalgia, náuseas, dolor de cintura y desgana. Creyendo que este aparato fuera producido por algun accidente del lado de la piel, (antrax furúnculos abscesos) los examiné y no encontré nada que me explicara lo que se pasaba.

A los tres dias aparecieron sobre las cicatrices, vesículas sin umbilicacion; al punto cesaron los accidentes que acabo de describir y sólo persistia un ligero movimiento febril; dos dias despues se llenaron de pus las vesículas, luégo se secaron y cayeron estas nuevas costras sin que se presentara ningun fenómeno nuevo.

VIII

ESTADO DE LA SANGRE EN LA PÚRPURA FEBRIL.

Cuando presenciábamos los estragos que producía la púrpura febril, cuando veíamos sucumbir á los enfermos á quiénes nos conságrabamos con particular esmero y que los veíamos sucumbir rápidamente; supusimos por analogía, que se padecian en la sangre las mismas alteraciones que son comunes á todas las enfermedades infecciosas.

Hubiéramos querido inocular esa sangre en animales, para ver si les sucedía lo mismo que á los animales á quienes Coze y Feltz inyectaron una pequeña cantidad y que se murieron todos, pero nuestras ocupaciones en aquellos momentos aciagos, no nos permitieron hacer nada en este particular, ni practicar un exámen de la sangre.

Más tarde aquí en Bogotá se nos presentó la ocacion.

Una mujer fué llevada al hospital de caridad á una de las salas de clínica á cargo del doctor N. Osorio. El doctor J. V. Uribe y yo fuimos invitados para reconocerla; del exámen que hicimos resultó que estaba atacada de púrpura febril.

En presencia de la mayor parte de los alumnos de las clínicas procedimos á examinar la sangre por medio del microscopio; pero ántes de observar la de la mujer enferma, resolvimos hacer un estudio comparativo tomando la sangre de dos personas en buena salud de las que estaban allí presentes; esta se veía compuesta de un líquido trasparente y ligeramente citrino en el cual se movian con mucha facilidad, unos glóbulos que tenían la forma de un disco bicóncavo, de bordes regulares, de una coloracion amarillo rosado, que pasaban los unos al lado de los otros sin pegarse.

Luego examinamos la sangre de la enferma, tomada de las equímosis de la piel sana y la que se extrajo de las venas del pliegue del codo. Vimos que el líquido, en lugar de presentar la transparencia y la coloracion que dejamos apuntadas, era ménos trasparente y de un color rosado; que los glóbulos estaban deformados, que sus bordes eran irregulares y de forma discoide y que la parte cóncava estaba más oscura que los bordes; que dichos glóbulos no se movian y parecian aglutinados y en montones; habian pues perdido todos los caractéres fisiológicos.

La sangre sacada de la vena tenia un color negruzco, análogo al de la que vomitan los individuos atacados de las fiebres remitentes hemorrágicas del Magdalena; abandonada en un vaso, no se coagulaba; una parte se precipitaba formando más bien un sedimento que un coágulo, y lo que sobrenadaba, tenia una coloracion vinosa que teñia las paredes del vaso; el sedimento era de un color negruzco.

No hay pues la menor duda de que los glóbulos rojos estan profundamente atacados en la púrpura febril; rotos, dejan escapar la hemoglobina; de allí la coloracion vinosa del plasma; de

allí la agrupacion de los glóbulos y los demas fenómenos que observamos.

Todos conocemos el papel importante que representan los glóbulos en los actos de nutricion y de asimilacion.

“El papel principal, dice Carlet, que desempeñan los glóbulos rojos es el de llevar el oxígeno á los tegidos. Se sabe, segun los descubrimientos recientes, que *el oxígeno de la sangre está fijado en totalidad en la hemoglobina* de los glóbulos rojos.

“Es necesario hacer notar que los glóbulos rojos fijan el ácido carbónico á medida que pierden el oxígeno, y yá hemos visto que segun Mathieu y Urboni, pueden retener un volúmen considerable de gas ácido.

“La nutricion está ligada á la digestion por el plasma y á la respiracion por los glóbulos: la sangre es á la vez, el alimento y el *égout* colector del organismo, el medio interior en donde simultáneamente todo se organiza y se desorganiza.”

Por este ligero análisis se llega á comprender, el por qué de la casi incurabilidad de la púrpura febril y la rapidez de su marcha.

IX

ESTADÍSTICA.

En los momentos en que escribimos estas líneas (Noviembre 1º de 1881) sabemos que nuevos casos han aparecido en Facatativá despues de haber cerrado los hospitales; estos no entran en los datos que vamos á dar.

Por mis notas y por los informes que han dado los doctores J. Hermida y F. Angulo, quienes se encargaron de los hospitales despues de que me vine, resulta que hubo durante la epidemia en los hospitales y fuera de ellos, 285 casos. De modo que considerando en 6,282 el número de habitantes del distrito de Facatativá, fueron atacados el $4\frac{1}{2}$ por ciento.

Edades.

Hubo atacados de 6 meses á 7 años.....	64
De 8 á 15 años.....	86
De 16 á 25.....	93
De 26 á 50.....	39
De 50 á 70.....	3

 285
Sexo.

Masculino que es el 48,0°.....	138
Femenino que es el 52,0°.....	147

 285
Formas.

Púrpura febril, hemorrágica y gangrenosa ó sea el 18,0°.....	51
Confluente ó sea el 39,0°.....	111
Discreta ó sea el 43,0°.....	123

 285
Muertos.

Muertos de ambos sexos ó sea el 39,0°.....	112
Curados ó sea el 61,0°.....	173

 285

X.

RECAIDAS—LOS VACUNADOS Y LA VIRUELA.

El hecho generalmente conocido, de que un primer ataque de viruela, pone al que lo padeció al abrigo de un ataque ulterior, no es un hecho enteramente exento de excepciones; en la

actual epidemia vi dos casos en los hospitales de Facatativá y sé de otro en los Alisos y de uno más en Bosa.

En un informe reservado que pasé á la Junta central de sanidad decia lo siguiente, hablando de los vacunados.

“ Cuando emprendí la vacunacion lo hice con el convencimiento de que la viruela no atacaria á los vacunados ó que al ménos se modificaria favorablemente.

“ Durante tres dias tuve el gusto de ir á los hospitales, y de no apuntar ningun nuevo caso, ni de contar un muerto más ; pero luego, como si la epidemia hubiera querido poner puntos suspensivos para continuar su marcha, los primeros que condujeron al hospital despues de estos tres dias, llevaban en sus brazos la prueba inequívoca de una buena vacunacion y en todo el cuerpo la de la viruela.

“ Una estadística pequeña, que tomo de mi cartera, os dará una idea de lo que pasó.

Sobre 26 vacunados que entraron hasta que me vine hubo :

Con la forma discreta.....	12
„ „ „ confluente.....	2
„ „ „ gangrenosa.....	3
„ „ „ hemorrágica.....	5
„ „ „ púrpura febril.....	2

24

Curados..... 14

Muertos..... 10

Ahora, del informe de donde he tomado algunos de los datos dados por los doctores Hermida y Angulo, resulta que :

Hubo vacunados..... 81

Sin vacunar..... 204

Sé por una comunicacion verbal del doctor Angulo, que despues de que yo me vine algunos vacunados sucumbieron.

Al hospital de los Alisos, han ido vacunados que murieron, y en mi práctica particular, he tenido ocasion de recetar á un

niño de 8 años bien vacunado y que fué atacado de viruela confluente.

Me he propuesto señalar hechos y nada más; no quiero entrar en análisis alguno sobre las ventajas y desventajas de la vacunación; en el presente trabajo, como lo dije al empezarlo, no he deseado sino consignar hechos y no impresiones que se alejen tal vez de la realidad. Si he presentado una estadística, es para que no falte ningún elemento en el estudio de las epidemias, al ménos en lo que esté á nuestro alcance, y no con el fin de alarmar y de hacer entrar en desaliento á los que tanto hemos abogado por la vacunacion.

PROTO GÓMEZ.

(Continuará).

LA PERLILLA.

ORDEN DE ROSACEAS.

MARGYRICARPUS.

ETIMOLOGIA. Nombre impuesto al género por los autores de la Flora peruana y chilena, por alusion á la semejanza que ofrece el fruto con las perlas.

MARGYRICARPUS SETOSUS, R y P. *J, los per.* 1. 28. 1. 28.

Vulgo *Perlilla* ó *nigua*. (Cordillera de Bogotá). *Perlita* (Perú y Chile). *Cansacerro* (Popayan y Túquerres). *Piquiyuyo* (Quito).

DESCRIPCION. Planta subfruticosa, difusa, de raiz leñosa, tortuosa y fibrillosa, de la cual parte un tallo corto de m. 0,02 á 0,16, cilíndrico, ramoso, torcido y de un moreno oscuro, desguarnecido en la base, dividido en muchos ramos rígidos, echados, Jelgados, muy escabrosos, de m. 0,45 de largo, y m. 0,002 de diámetro, cubierto por una epidérmis de un moreno achocola-

tado saltada á trechos. Los ramos adultos aparecen desguarnecidos hasta su parte media, conservando en la superior los pecíolos desecados que les dan una apariencia escamosa. Las hojas se conservan en los extremos de los ramos y las divisiones de éstos: son imbricadas, imparipinadas, de m. 0,0018, compuestas de 9 á 11 foliolos opuestos, de m. 0,005 de largo, filiformes, agudos, tiesos, aciculares de un verde brillante por encima y blanquizco por debajo—los inferiores más cortos que los extremos—articulados, caducos, dejando sobre el ráquis las impresiones de su insercion, en forma de tuberculitos; todos con los bordes muy enteros y vueltos y terminados por dos aristas ó setas capiláceas y deciduas. El ráquis es filiforme, algo arqueado hácia atras, plano por encima y convexo por debajo; el pecíolo de m. 0,008 dilatado, amplexicante, carenado exteriormente, con dos estípulas peciolares y de bordes lanosos. Flores diandrias, solitarias, axilares, sésiles, aplanadas contra el ramo, sobre dos brácteas paleáceas opuestas, ovales, agudas, persistentes y algo ciliadas. Cáliz descolorido, oboval, complanado, subtrígono, de m. 0,0005, con la gorja muy estrecha y el limbo dividido en cuatro lóbulos iguales de m. 0,0002 de largo, desechos, duros, de prefloracion valvar, recogidos despues de la antésis. Corola nula. Estambres insertos en la gorja, y más cortos que los lóbulos del cáliz: anteras orbiculares, dídimas. Ovario oboval encerrado en el tubo del cáliz, llevando un óvulo pendiente, y terminado por un estilo grueso y corto con el estígmato peniciliado. Fruto: baya pulposa, subtrígona, algo deprimida en el vértice, del tamaño y la forma de una perla mediana, blanca, producida por el acrecentamiento del cáliz, conservando en la base las brácteas calicinales y encerrando un aquenio óseo, oboval, aplanado, muy adherido al sarcocarpio y coronado por los lóbulos del cáliz. Embrión antitropo, ovoideo, aplanado, exalbuminoso, de cotiledones enrollados.

Esta planta es uno de los astringentes vegetales más enérgicos á juzgar por los resultados que de su aplicacion he obteni-

do. Sabido es que el principio astringente es uno de los más desarrollados en la familia de las rosáceas de ovario adherente, sobre todo en la tribu de las SANGUISORBAS á que pertenece esta especie. Guiado por esta razon de analogía y ademas por el exámen de las propiedades físicas de la planta, no vacilé en ensayar su aplicacion en casos de hemorragia y flujos crónicos vaginales y de la uretra. y los resultados correspondieron al fin propuesto. Uno de estos casos, y el más notable, ocurrió en una mujer de edad avanzada, que á consecuencia de haber alzado un peso superior á sus fuerzas le sobrevino una metrorragia que resistió por muchos dias á todos los hemostáticos más enérgicos, entre ellos el percloruro de fierro. En último extremo apelé al *margyricarpus* prescribiendo la infusion que debia tomar fria, en dosis de una jícara. Bastaron tres de estas que tomó durante tres dias, ál cabo de los cuales cesó la sangre por completo. La enferma recobró la salud, y despues de seis años que pasó esto, no se ha repetido la hemorragia, ni ha sufrido alteracion de ninguna otra especie en su salud; siendo de advertir que durante el tratamiento no guardó cama, ni abandonó sus ocupaciones habituales.

Reducida á peso la cantidad de hojas que tomó en los tres dias no alcanzaria á dos gramos.

Ha dado la casualidad que los enfermos á quienes he tenido ocasion de aconsejar el uso de la planta, no se han podido procurar sino ramos, y jamas la raiz, que de seguro goza de propiedades mucho más activas, como lo tiene demostrado la observacion en diversos grupos de esta familia. El ejemplo lo tenemos en el *Prunus salicifolius*, cuyas raices ademas de ser febrífugas, su decoccion da los mejores resultados en las disenterias, como lo tengo experimentado; siendo así, que los vegetales que, como éste, encierran trazas de ácido hidrocíánico, están dotados por lo general, de propiedades drásticas.

Creo que un estudio más detenido descubrirá nuevas aplicaciones en esta planta, que como astringente, considero superior al

cachunde y a la monecia. La gente del pueblo la toma en las hidropesías; y Claudio Gay dice que los aldeanos de Chile suelen usarla para calmar el ardor de la sangre, y la raíz como aperitiva.

WENCESLAO SANDINO GROOT.

EL CAUCHO.

Traducimos del *Bulletin* de la Sociedad botánica de Francia, correspondiente al año pasado, el escrito siguiente, dirigido á aquella Corporacion por el doctor Andres Posada Arango, como miembro de ella.

UN NUEVO ARBOL DE CAUCHO.

El caucho ó goma elástica, como se ha llamado con mucha impropiedad, pues no tiene ninguno de los caracteres de las gomas, es un principio bastante esparcido en el reino vegetal; pero las plantas que lo contienen en cantidad suficiente para poder ser utilizado bajo el punto de vista industrial, son poco numerosas.

Cuatro familias suministran todo el caucho del comercio. Son las Urticáceas, las Apocináceas, las Lobeliáceas, y las Euforbiáceas.

En la primera (comprendiendo ahí las Artocarpeas como tribu) hallamos diversas especies de *Ficus*: la *elástica* y la *religiosa* en Asia, la *elíptica*, la *prínoides* y otras en América; pero sobre todo la *Castillopea elástica*, que da el caucho de Méjico, el de la América central y una porcion notable del de Colombia. Es sin duda por error por lo que se menciona tambien la *Cecropia peltata*, de esta misma familia como una planta productora de caucho.

En la segunda familia tenemos en América la *Cameraria latifolia*, la *Hancornia speciosa* y la *Tabernamontana utilis*; en Asia, la *Urceola elástica*, el *Melodinus monogynus* y la *Willughbeia edulis*, y la *Vahea gummifera* en Madagascar.

Entre las Lobeliáceas no hay mas que el *Siphocampylus caoutschouc*, arbusto de nuestro pais, que dé un poco de ese producto.

En el cuarto órden no se explota hasta el presente sino la *Hevea guyanensis* ó *Siphonia elástica*, que suministra el caucho del Brasil y de la Guayana, y la *Euphorbia punicea*, de las Antillas.

Yo vengo ahora á dar á conocer otro vegetal de esta misma familia, muy abundante en Colombia y que actualmente es objeto de una grande explotacion. Pertenece al género *Excaecaria* (*Sapium*) y forma ahí un especie nueva que llamaré *Excaecaria gigantea*. Hé aquí sus caractéres :

Arbol de veinte á cuarenta metros de altura y mas de un metro de diámetro, con su corteza levantada en forma de escamas. Hojas alternas, pecioladas, provistas de dos pequeñas glándulas cerca del limbo, oblongas, aguzadas, arredondeadas en la base finamente dentadas en sierra, lampiñas, coriáceas, peninervadas, con las nerviosidades secundarias casi perpendiculares sobre el nervio medio y alternativamente largas y cortas ; sin puntos transparentes, ó apenas perceptibles con ayuda de lente. El peciolo tiene de 3 á 4 centímetros de largo, y el limbo 35 centímetros de longitud y 13 de latitud. El fruto es arredondeado, compuesto de tres cocas, y las semillas son lenticulares, negruzcas, tuberculosas, de 8 milímetros de diámetro.

Se le encuentra en los climas templados, de 20° á 24° de temperatura media.

La calidad del caucho varía mucho segun la especie de planta que lo produce. El mas estimado en el comercio americano es el de Pará, en el Brasil, el cual proviene de la *Hevea*, y en segundo lugar el de Honduras, suministrado por la *Castilloa*.

El procedimiento para extraerlo varia tambien. En los árboles que lo contienen en abundancia, como los de que acabamos de hablar, se practican incisiones transversales en el tronco y se hacen por debajo, con arcilla ó greda, canales que conducen el

jugo lechoso á las vasijas destinadas á recibirlo. Se hacen nuevas incisiones todos los dias, durante una semana, y se vuelve á comenzar al mes siguiente. Un árbol da de 5 á 10 kilogramos de líquido por dia, y puede continuar dando producto durante muchos años.

Pero hay plantas en las que el jugo es poco abundante ó muy espeso para poder ser recogido así. Nuestros *Ficus* y la *Excaecaria* de que tratamos, se hallan en ese caso. Entónces se procede del modo siguiente: Se corta el árbol y se le deja en tierra ocho dias, á fin de que el jugo experimente un principio de descomposicion y se vuelva más flúido. Se le hacen al tronco multitud de incisiones oblicuas, á 20 centímetros de distancia teniendo cuidado de no llegar al tejido leñoso que absorberia una parte del líquido y mancharía ó teñiría el caucho. Se recoge el jugo que sale y se le deja coagular espontáneamente. Se repite la operacion á los diez dias, haciendo esta vez las incisiones en los intermedios de las otras. Un árbol de *Excaecaria* da así un producto de 60 á 100 francos, á razón de 40 francos los 12 kilogramos.

Este caucho, llamado á causa de su color *caucho blanco*, es muy puro y bastante estimado en el comercio.

Es probable que otras especies de *Excaecaria*, de las cuales hay varias en este pais, darian tambien caucho.

ANDRES POSADA ARANGO.

Señor Redactor de la Revista médica.—Bogotá.

L' Union médicale registra una interesante leccion clínica de Mr. E. Guibout, médico del Hospital San Luis en Paris, que creemos del caso reproducir por la claridad y presicion clínicas con que este sabio eminente trata todos los puntos que se refieren á la dermatologia moderna. Se titula así:

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS MANIFESTACIONES CUTÁNEAS EN LA SÍFILIS, LA ESCRÓFULA Y EL DARTRO.

Las afecciones cutáneas que se revelan en una de las tres diátesis, sífilítica, escrotulosa y dartoza, presentan á veces verdadera dificultad en el diagnóstico. En efecto, todas tres tienen por terreno comun la piel y se hacen notar por iguales producciones morbosas: la pápula, el tubérculo, la pústula, &^a; hay, ademas, en sus manifestaciones, cierta semejanza que permite fácilmente la confucion hasta el punto de dejar indecisos aún á los grandes maestros. Es necesario establecer de una manera exacta y precisa el diagnóstico para poder instituir un tratamiento racional. Veamos, pues, si estas afecciones presentan algunos caracteres particulares que permitan distinguir las unas de las otras. Es en el estudio comparativo del sitio, color y forma de sus manifestaciones, así como en su marcha diferente, que se encuentran sus principales caracteres.

La sífilis prefiere especialmente la frente donde se ostenta por una serie de pápulas que se designan con el nombre de *corona Veneris*. Tambien escoge la palma de las manos y la planta de los pies, y la presencia de las pápulas en estas regiones autoriza para diagnosticar la sífilis; es á ella que debe referirse el pénfigo palmar ó plantar en los recién nacidos. El dartro recorre todas las partes del cuerpo, ora bajo la forma seca, en los puntos en que la piel es dura y áspera, ora en la húmeda, donde es fina. Presenta, hasta cierto punto, como carácter importante, la simetria, es decir, la configuracion y disposicion idénticas de las mismas lesiones sobre las partes correspondientes del cuerpo. La escrófula escoge la cara, la nariz y los pómulos.

¿Estas manifestaciones cutáneas diatésicas conservan el mismo sitio? De una manera general se puede responder afirmativamente para la escrófula: es invariablemente fiel en la region en que se ha desarrollado, recorre todos sus períodos, no cambia de lugar y su fijeza tiene un gran valor diagnóstico; porque la

sífilis es esencialmente nómade, se extiende á toda la superficie del cuerpo, invadiéndolo en su totalidad, ó por regiones sucesivas. Igual cosa sucede con el darto : su sitio es siempre invariable.

Otro elemento no ménos importante para el diagnóstico es el *color*. Las lesiones escrofulosas se hacen notables por un tinte *rojo de vino ó de frambuesa*, miéntras que el de la sífilis es de cobre, ó, si se quiere, rojo oscuro, que Mr. Hardy compara á la *carne de jamon crudo*. El darto no posee color especial, es decir, que tiene todas las coloraciones. Es así que en la psoriasis es blanco y reviste tonos diferentes : rosado, plateado, mate ó color de yeso. Hay otras erupciones dartoosas rojas, amarillas ó de rojo vivo.

Si se estudian las formas en las cuales se manifiestan las tres diátesis, se descubren importantes consideraciones que es preciso observar. La sífilis ha sido comparada á un Proteo que se modifica de un mes al siguiente. Un enfermo, por ejemplo, que sufre de un chancro sífilítico como accidente primitivo, permanece sin tratamiento alguno, devorado por la sífilis, al fin de algunas semanas se verá aparecer en él la roseola ; despues de un mes, las pápulas ; más tarde los tubérculos ; y en el período terciario, las costras y profundas ulceraciones. La misma variedad de forma se encuentra en la escrófula. El color de sus manifestaciones, en su origen, es de un rojo vinoso con algunas escamas, y más tarde sobre este fondo se presentan los tubérculos que se ulceran á cierta época. Muy al contrario en el darto que reviste siempre la misma forma durante toda su existencia. Un primer eczema se puede curar, pero el principio vicioso queda latente, y el dia en que reviva dará origen á un eczema. El dartooso que sufre de una psoriasis será dartooso toda su vida con la misma afeccion.

La sífilis resulta del chancro, que es su huevo, y cuando invade la piel es, en primer lugar, bajo la forma de manchas que constituyen la roseola sífilítica. Estas manchas pueden ser infini-

tas, diseminadas en toda la superficie del cuerpo, pero quedarán siempre aisladas las unas de las otras, nunca se observan confluente. El darto principia por pequeños puntos que se unen y terminan por fusionarse: hay, pues, confluencia. Miéntas mas antigua es la diátesis más grande es la superficie que ocupan sus manifestaciones; en la herpétides maligna exfoliatriz no hay un sólo punto sano de la piel. En la sífilis, por el contrario, la antigüedad de la diátesis hace que sus manifestaciones cutaneas se limiten y estrechen hasta agruparse en una ó dos regiones del cuerpo; ó ellas dejan sana la mayor parte de la piel, y constituyen entónces las lesiones parciales descritas por Mr. Hardy con el nombre de *sifilides tardias* en grupos. La sífilis abandona la piel en cierta época de su evolucion para atacar las vísceras imitando al darto, que, en su curso deja reposar la piel enferma, miéntas que otros órganos internos son invadidos por el tubérculo ó el cáncer.

La escrófula destruye los tejidos de la superficie á las partes profundas; la sífilis sigue una marcha inversa, de la profundidad á la superficie. En ámbos casos el esqueleto óseo y cartilaginoso de la nariz puede destruirse y aplanar este órgano. Si la piel ha quedado sana, diagnóstíquese la sífilis; si por el contrario la ulceracion de la piel precede á la de los huesos y cartílagos, diagnóstíquese la escrófula.

Los fenómenos subjetivos, es decir, las alteraciones locales y generales percibidas por el enfermo, como el dolor, en primer lugar, falta casi en la sífilis, y sus manifestaciones cutáneas no producen ningun prurito así como las ulceraciones de la misma naturaleza. Las amígdalas, destruidas por profundas ulceraciones sifilíticas, no originan ninguna sensacion dolorosa, y muchas veces pasan desapercibidas para el enfermo. Compárase esta indolencia con los sufrimientos que ocasionan los más ligeros movimientos de deglucion en la angina simple.

En el darto hay casi siempre dolor: el del líquen es semejante al que resulta de la introduccion de muchas puntas de

agujas en la piel; en el eczema se hace notar por la sensación de tensión, de escozor ó de quemadura y comezon; y en el prúriga es aún una comezon de excesiva intensidad. En la escrófula no hay nunca dolor, y los más espantosos desastres son indolentes.

¿Cuál es la influencia de estas tres diátesis sobre la salud general? Las erupciones sifilíticas se acompañan habitualmente de desórdenes generales; no son dolorosas por sí mismas, pero ellas producen una perturbacion general; la fiebre (fiebre sifilítica) dolores musculares, neuralgias de tipo intermitente nocturno, artralgias é inapetencia. Las lesiones herpéticas, frecuentemente dolorosas en sí mismas, son, de una manera habitual, una condicion de salud. Es así que ciertas bronquitis y algunas dispepsias son mejoradas y aun curadas, cuando, por la desaparicion de una erupcion herpética, antigua y repercutida en un órgano interno reaparece de nuevo. No se necesita que las lesiones de la piel sean generales, porque, en este caso, sus funciones fisiológicas, más ó ménos abolidas, constituirian un verdadero estado caquético para el enfermo, como sucede en los casos de herpétides maligna exfoliatrix ó de eczema generalizado.

En cuanto á la escrófula, se le ve operar las más generales, profundas y desagradables destrucciones orgánicas sin que la salud sea alterada de ningun modo. Pero llega un momento en que, de la misma manera que la herpétis y la sífilis, produce una caquexia de la cual el enfermo se restablece difícilmente cuando no sucumbe en ella.

Cada una de estas tres diátesis está representada en la piel por ulceraciones que tienen un gran valor diagnóstico y sobre las cuales debe llamarse la atencion de una manera especial. En efecto, cada una de estas ulceraciones posee caracteres particulares y patognomónicos que por sí solos son suficientes para establecer el diagnóstico de la diátesis á la cual pertenecen.

Las ulceraciones de la escrófula tienen los bordes cortados, delgados, irregulares, como festonados y libres, de manera que

pueden desprenderse con facilidad y permiten la exploracion de un estilete. El fondo de la úlcera está cubierto de botones carnosos y es anfractuoso ; las cicatrices que suceden son profundas, indelebles, notables por sus adherencias á los tejidos adyacentes y su aspecto reticulado ; su superficie es desigual, en forma de costura por las bridas salientes que las surcan.

Las ulceraciones de la sífilis, por el contrario, estan hechas como por un saca-bocados, perfectamente regulares, profundas ; sus bordes son adherentes, tallados á *pico* ; su fondo es liso y de un color de cobre, recubierto más ó ménos de un pus gris. Las cicatrices indelebles como en la escrófula, son superficiales, lisas, sin adherencias á los tegidos adyacentes sobre los cuales deslizan con facilidad ; la piel se adelgaza y pierde su color que se hace ménos luciente, y en su lugar existe una mancha blanquizca, punteada, análoga á la superficie de la vacuna.

Las ulceraciones del dartro no son nunca profundas, y sólo interesan la capa más superficial del *dermis*, sus bordes son *irregulares*, testonados, tallados en forma de bisel, *siempre adherentes y jamás* libres ; ellas se curan sin dejar ninguna huella ; no hay pues, cicatrices.

EUGENIO DE LA HOZ.

Paris, Setiembre 4 de 1881.

DEL CARATE.

TÉSIS SOSTENIDA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE PARIS
POR EL DOCTOR JOSUÉ GÓMEZ.

Extracto hecho por el doctor Gabriel J. Castañeda.

(Continuacion—Véase la página 226 de este periódico.)

DISTRIBUCION GEOGRÁFICA. “ En Colombia se encuentra el carate en regiones muy extendidas, pudiendo decirse que toda la República se halla invadida por esta afeccion. En el Norte

del país existe en el Estado de Santander, especialmente en San José de Cúcuta y en los valles formados por la cadena de montañas que envía sus aguas al río Magdalena, pero allí es relativamente rara. Hacia este mismo punto, en Boyacá, existe profusamente, en los valles formados por las montañas cuyas aguas se dirigen al río Meta. En el interior en la República, en Cundinamarca, en los valles de Guáduas, Tocaima y la Mesa (Medina.) En el Estado del Tolima, en las partes bajas y planas, existe de una manera muy sensible (Buendia.) Incliniéndose hacia el Sur, en el Estado de Antioquia, se la encuentra positivamente en todos los valles bajos, húmedos y calientes (Buendia y Medina.) En el Cauca se encuentra muy esparcida en la vecindad del río Cauca (Buendia.) Como lo decía Bonpland, se la encuentra en los márgenes del río Magdalena hasta Mompos y también en la provincia del mismo nombre, especialmente en los distritos de Valencia, Valle Dupar, San Juan de César, Fonseca, La Paz, Riohacha, Soldado &c. y se puede afirmar que en el Estado del Magdalena, particularmente al interior, el carate es muy común; en Panamá se dice que es muy raro (Medina.)

“No podemos dejar de notar la analogía que se encuentra entre las disposiciones generales de todas las regiones en las cuales se produce el carate, estas son: Valles profundos, estrechos y tortuosos, de superficie accidentada, atravesados por uno ó muchos ríos de rápido curso, formando una zona intermedia entre los climas fríos y los climas muy calientes, con una temperatura de 18 á 24° centígrados, pero que llegan rara vez á 30°; en donde necesariamente el carate debe producirse en los habitantes rivereños, porque á poca distancia de allí, es decir en las regiones más elevadas, la temperatura decrece en razón de la diferencia de la altura.

Estos climas, cuya temperatura es de 18 á 24°, pertenecen á regiones casi todas sometidas á las corrientes impetuosas de los vientos que siguen una dirección opuesta á la de los ríos, en razón

de la diferencia entre la temperatura de la cumbre de las montañas y la que ellas presentan á su base. Es necesario, pues, añadir que existe en estos valles una ó muchas fuentes salinas, cloruradas sódicas, muy pobres en cloruro, que los Gobiernos no explotan por esta razon y que son abandonadas al público, como lo hemos dicho, en malas condiciones—En fin, sobre la gran cordillera de los Andes, la poblacion se ha establecido en estos climas á temperatura suave, donde se ha multiplicado, y como las vias de comunicacion y el progreso de la industria estan poco avanzados en general, no disfruta allí sino de una comodidad mediocre.

INVACION—“Nada sabemos de cierto relativamente al período de incubacion, ni de la época fija de la aparicion de las primeras manchas del carate.

“Podemos dividirlo segun el modo de invacion en dos grandes clases. En la *primera* el enfermo es acometido de calosfrios y cansancio, con elevacion de la temperatura, malestar, cefalalgia, sed, anorexia, náuceas, y aun vómitos, sudores generales y algunas veces diarrea; despues de una duracion de cuatro á siete dias de accidentes más ó ménos intensos, todo desaparece, y es solamente pasado algun tiempo, que aparecen las primeras manchas. Segun Fréitez de Venezuela, esta especie de invacion es muy frecuente. Se conceden cuarenta dias, como término médio, para la aparicion de las primeras manchas despues de la terminacion de los accidentes febriles. En la *segunda forma*, las manchas comienzan ordinariamente á aparecer de una manera lenta é insensible sin la menor alteracion en la salud general, y no se conoce la invasion del carate, sino por los caractéres propios de las manchas de que nos ocuparémos en otra parte.

“DIVISION.—Opinamos que en el carate no se trata sino de una sola afeccion genérica, el *carate* ó el *mal de pinto*, pero que bajo la accion de algunos cambios en la intensidad de varias de sus causas etiológicas, que tendrémos ocasion de hacer notar en su lugar, el carate puede ofrecer una ó muchas variedades en su coloracion y en su manera de ser en general, sin perder por eso su unidad mórbida.

Vulgarmente se divide el carate en dos especies: una que se llama articular y que se dice comienza al rededor de las articulaciones; esta especie es muy refractaria á los tratamientos; la segunda, que afecta otras partes del cuerpo, es más fácil de curar. Esta division es defectuosa porque el carate que se llama articular es el que está muy avanzado en su desarrollo y que exige un tratamiento largo y sostenido. Es lo contrario para la segunda variedad que no se encuentra sino al principio de la enfermedad y que mas tarde puede entrar en la primera especie.

“El señor Chassin, en su memoria, divide el mal de pinto en tres especies, á saber: 1º el *pinto negro* que considera como la única especie primitiva; 2º el *pinto rojo* consecuencia de la especie negra y nunca primitivo; 3º el *pinto blanco* consecuencia de la especie roja y jamas de la negra. Habla, como variedad de una suerte de *pinto húmedo* observado accidentalmente en los lugares colocados entre Coyuca y Huetano. En fin, dice en dicho trabajo que hay niños que nacen con manchas de pinto Para completar la clasificacion del médico mejicano, es preciso añadir que hay una entidad mórbida conocida bajo el nombre de *mal de pinto*, que comienza por la coloracion negra ó azul, pasa al rojo y de este al blanco. Pero él concede por via de excepcion, que la especie roja puede presentarse expontáneamente, y sostiene que la especie blanca es siempre la terminacion de una forma que comienza por ser negra y que no se torna blanca sino despues de haber pasado por la especie roja. Si añadimos á esta que el mal de pinto es hereditario y que sola la especie roja es contagiosa, habrémos indicado de una manera completa esta clasificacion, así como los motivos que han obligado al autor á adoptarla.

“Esta division del mal de pinto, es para nosotros completamente falsa porque, como tendremos ocasion de demostrarlo con ejemplos, el carate ó el mal de pinto no es ni hereditario ni contagioso por contacto directo. Todas las especies son primitivamente las mismas en su coloracion, y la especie blanca no es

la consecuencia de una forma determinada, sino el resultado de la accion de cierto número de causas accidentales para todas las especies, causas que haremos conocer más tarde.

“Admitimos una entidad mórbida conocida bajo el nombre de *mal de pinto*, de *cute* y mas generalmente de *carate*, presentándose con diversas coloraciones de las cuales las mas ordinarias son la *coloracion negra* mas ó menos subida y mas habitualmente *gris*, una *coloracion roja* más ó ménos intensa, una *azul* y otra *blanca*, consecuencia accidental de las formas anteriores. Despues de describir las primeras formas, llegaremos á las variedades que resultan de la asociacion de dos ó de tres y algunas veces de cuatro formas entre sí. En seguida continuaremos el *carate* limitado á ciertas rejiones del tegumento externo, cuyo conocimiento completo es de suma utilidad, atendiendo que este conocimiento puede dar el de su propagacion.

“DE LAS ESPECIES.—Especie negra más ó ménos subida y grisosa. (*Dyschromasia*) *Sintomatología*. Esta especie es la que comunica á los individuos afectados el aspecto mas desagradable y repugnante.

Se vé en la cara de los sujetos atacados del modo ordinario, un gran número de manchas invadiendo en primer lugar las regiones malares, yugulares, la de la mandíbula inferior, los labios, algunas veces las orejas y las rejiones laterales del cuello. Estas manchas son de una forma casi circular, de bordes levemente festonados, de coloracion gris muy clara en el principio, pero haciéndose de un gris muy subido y aun negro con el tiempo; ellas son en su invacion poco marcadas y sin la ligera decamacion que las acompaña, se diria que eran las escamas epidémicas que estaban coloreadas de una manera anormal. La sensibilidad no ha sufrido modificacion, y las manchas no desaparecen bajo la presion del dedo.”

“Al mismo tiempo se ven en los miembros torácicos y abdominales, sobre su lado externo, especialmente en las caras dorsales de las manos y de los pies, sobre las rejiones externas de las

piernas y de los ante-brazos, manchas que presentan los mismos caracteres que las de la cara y el cuello. — Con la aparicion de todas estas pequeñas manchas coincide el desarrollo de otras análogas en el tronco, particularmente en el pecho, limitadas á su cara anterior y varias otras sobre la rejion dorso-lumbar.

“Al cabo de algun tiempo se ven formar en la circunferencia de las primeras manchas, otras mas pequeñas, separadas de las primeras por porciones de piel intacta. Estas son pequeñas y de una coloracion que se podria confundir á primera vista con la normal de la piel; son siempre de forma circular y de bordes ligeramente festonados. — Poco á poco se desarrollan las unas y las otras, pero las porciones de piel normal que las separan, se mantienen intactas durante muchos años. — En la evolucion no se encuentran otros cambios funcionales sino un poco de prurito que aumenta por la noche y una descamacion furfurácea ligera.

“Las articulaciones de los dedos de los pies, de los de las manos, del puño y de los tobillos están cubiertas de manchas de dimensiones lenticulares, separadas las unas de las otras por intervalos de piel sana, de aquí su aspecto aureolar ó tigrado.

“Los lados externos de los muslos y de los brazos son tambien invadidos por manchas ménos numerosas, pero más anchas, conservando siempre los mismos caracteres.

“De todo lo que precede resulta, que despues de un tiempo más ó ménos largo, todas las rejiones señaladas están manchadas, y por el modo de aparicion de las manchas, quedan grandes porciones de piel al estado normal, las cuales son afectadas mas tarde por manchas, que aunque pequeñas y aisladas las unas de las otras, no por esto dejan de invadir todo el tegumento, pero de una manera irregular.

“Cuando la afeccion ha llegado á este estado, sigue una marcha distinta y que debemos señalar aprovechando los dibujos que los representan. *

* El autor habla aquí de dibujos que presentan individuos caratosos y que acompañó á la tésis presentada en Paris, pero que no se hallan reproducidos en la tésis impresa.

“Las manchas pueden agrandarse hasta unirse; su coloracion se hace muy subida, de un negro bronceado; la vascularizacion de la piel se desarrolla considerablemente al mismo tiempo que se hace espesa, dura, áspera y escamosa; los pliegues normales se acentúan, de suerte que hay ciertas regiones, como las de la cara, del dorso de las manos y de los piés, de la cara externa de las piernas y los ante brazos, de los muslos y los brazos, así como la parte anterior del pecho que están completamente transformados y como barnizados, con escepcion de las plantas de los piés ó de las palmas de las manos que no se afectan jamas. Es lo que podemos ver en la lámina número 1º en las partes descubiertas. Se ve allí tambien el color natural de la piel de la palma de la mano izquierda, no una mancha blanquizca en la cara anterior del puño del mismo lado, lo cual es el resultado de las condiciones á que el enfermo está sometido por su profecion y de lo que nos ocupamos más tarde.

(Continuará).

ÍNDICE.

	Pág.
Actas de la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales de Bogotá.....	337
Cuarentenas.....	342
✓ Esofagítis, por Elberto de J. Roca,.....	349
Ematocele vaginal simple, tratado por la inyeccion yodada, por J. T. Enao.....	354
La viruela en Facatativá, por el doctor Proto Gómez. (Continuacion) ...	361
→ La perilla, por Wenceslao Sandino Groot	368
El caucho, por el doctor Andres Posada Arango	371
Estudio comparativo de las manifestaciones cutáneas en la sífilis, la escrófula y el dartro, por Eugenio de la Hoz.....	373
El carate, por el doctor Josué Gómez	378