

REVISTA MEDICA.

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES.

Redactor—NICOLAS OSORIO.

SERIE VI. } Bogota, Enero 20 de 1882. } NUM. 69.

ACTA DE LA SESION DEL DIA 16 DE DICIEMBRE DE 1881.

PRESIDENCIA DEL DOCTOR P. GÓMEZ.

I

Se abrió la sesion de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales estando presentes los señores doctores Barreto, Castañeda, Gómez, Medina, Osorio y Olaya. Faltó con excusa el señor doctor J. M Buendía y sin ella los demás miembros de la Sociedad.

II

Se leyó el acta de la anterior sesion ordinaria y fué aprobada sin ninguna modificacion.

III

Estando presente el señor doctor Elberto de J. Roca, admitido como socio en la sesion del dia 27 de Octubre, se le exigió la promesa reglamentaria para ser recibido como miembro activo de la Sociedad.

IV

En seguida el señor doctor Osorio hizo la siguiente proposicion: "La Sociedad crea una nueva seccion de ciencias, y cambia su nombre por el de Sociedad de Medicina, Ciencias Naturales, Físicas y Matemáticas."

Puesta en discucion la proposicion anterior, el mismo doctor Osorio tomó la palabra y se expresó en estos términos :

“La razon que tengo para proponer esta reforma es que no veo incompatibilidad entre las ciencias físicas y matemáticas y la medicina. Las ciencias naturales forman el lazo de union entre aquellas dos. Esta nueva seccion viene á llenar un vacío que existe en nuestra Sociedad.

“Nuestro pais progresa y para sus adelantos necesita á cada paso consultar los representantes de la ciencia para la obras materiales que emprende y es á los ingenieros á quienes toca señalar los medios de llevarlas á cabo. Por regla general, lo que se hace en un cuerpo colectivo se respeta mucho y á las opiniones que éste emite se les da gran valor.

“Para obviar los inconvenientes que pudieran resultar por la diversidad de materias y de trabajos, esta seccion funcionaria aparte bajo la direccion de un jefe nombrado por ella, teniendo en el año una ó dos sesiones con toda la Sociedad.”

El señor doctor Medina pidió luego la palabra y propuso :

“Suspéndase lo que se discute y nómbrase una comision para que consulte con algunos ingenieros sobre la posibilidad de llevar á cabo esta medida; y al mismo tiempo aprovéchese esta oportunidad para reorganizar la seccion de ciencias naturales.”

Esta proposicion fué aprobada y el señor Presidente comisionó á los doctores Osorio y Medina para que se entendieran en el asunto y oyeran las opiniones de las personas que invitaran á una junta.

El señor doctor L. Barreto tomó la palabra y se expresó así :

“He visto hoy un enfermo, correista de profesion, que hace tres dias llegó de Honda y que me hizo poco más ó ménos la siguiente relacion: Al llegar á esta ciudad se sintió trastornado, con malestar, náuseas y falta de apetito; notó tambien que tenia cierta coloracion amarillenta en la piel. Como continuase así el dia de ayer, que fué el siguiente al de su llegada, tomó cuatro píldoras antibiliosas que le produjeron el efecto purgante.

“ A mi llegada lo encontré en la cama con grande inquietud, su color era amarillo cobrizo, sus facciones descompuestas, sus ojos hundidos é inyectados y sus labios pálidos, secos y contraídos; tenia la lengua descolorida y ligeramente húmeda, la respiracion era anhelosa, las extremidades de un color amoratado y la piel arrugada y muy fria; el pulso era pequeño, concentrado y tan veloz que no pude apreciar su número debidamente. Explorados el vientre y el torax nada se notaba anormal y solo se quejaba el enfermo de dolores vagos pero fuertes en diferentes regiones. Los asistentes dijeron que las deposiciones eran claras, abundantes y blancas; que habia vomitado varias veces en la noche una sustancia amarillosa y que en el dia habia vuelto á vomitar dos veces negro. Colocado el termómetro en la axila marcó 38 grados, y extraida una gota de sangre que fué sometida al microscopio, presentó todos sus glóbulos deformados y con un movimiento demasiado lento y aún retrógrado por grados.

“ El enfermo, presade la mayor agitacion, se levantaba y andaba con vacilantes pasos.

“ En esta situacion se le ordenó una pocion excitante con quina á alta dosis; fricciones estimulantes, un cáustico á la region del bazo é inyecciones hipodérmicas de éter fenicado. Yo me retiré á mandar un practicante para que pusiera las inyecciones, pero cuando éste llegó (una hora despues) el enfermo habia muerto, habiendo alcanzado solamente á tomar la primera dosis de la pocion.

“ Yo desearia que la Sociedad en general, y especialmente el señor doctor Gómez, que tambien vió al enfermo y que ha asistido á tantas personas atacadas por las fiebres del Magdalena, nos manifestaran su opinion sobre la enfermedad que acabamos de describir.”

Inmediatamente el señor doctor Gómez dijo:

“ Con mucho gusto satisfago los deseos del señor doctor Barreto.

“ El enfermo que tuvo la bondad de mostrarme, acababa de lle-

gar de Honda, en donde han reinado desde hace algun tiempo las fiebres que algunos de los médicos que ejercen en esos lugares, han llamado impropriamente *fiebre amarilla*. Este hombre no presentaba los síntomas que tuve ocasion de observar en las personas que fueron atacadas de dicha fiebre en Girardot.

“Como medio de comparacion, y para hacer resaltar las diferencias que existen, me permito trazar un cuadro sintomatológico de esta enfermedad que hemos considerado como una fiebre remitente hemorrágica de los países cálidos, en el trabajo que hicimos con el señor doctor Osorio.

“Las personas que iban á ser atacadas experimentaban dolores vagos en los miembros, cansancio, malestar, ineptitud para el trabajo y desvanecimientos; pocas horas despues les sobrevenia cefalalja fontal y pesantez en los párpados; los ojos se ponian inyectados, lijero tinte amarillo en las conjuntivas, desgana, mal sabor en la boca, lengua pastosa, ancha y húmeda, náuseas, dolor á la presion en la region epigástrica y mucha sed. La piel se ponía ardiente y seca; el pulso daba de 110 á 115 pulsaciones por minuto y el termómetro centígrado marcaba en la axila de 39 á 40 grados.

En los dias siguientes, las náuseas eran mas frecuentes y á veces sobrevenian vómitos de materias glerosas, las encías dejaban escapar una pequeña cantidad de sangre, el aliento era fétido, los eructos aparecian con frecuencia; la estitiquez era la regla general, lo mismo que la disminucion de la secrecion urinaria, el malestar, la fatiga, la inquietud y el insomnio.

“Este primer período duraba tres ó cuatro dias, hasta que aparecian los síntomas que caracterizan el segundo.

“El estado febril desaparecia para ser reemplazado por el enfriamiento de la piel y por un sentimiento de ardor interior, que los enfermos caracterizan con la simbólica frase de *fiebre por dentro*. El pulso daba de 70 á 75 pulsaciones por minuto y era irregular; el termómetro, colocado en la axila ó debajo de la lengua, subia con mucha lentitud y al cabo de 10 á 15 minutos

marcaba 36 y medio, ó cuando mas 37 grados, es decir, el temperamento normal.

“Por primera vez, aparecian los vómitos de una materia negra, que á mi modo de ver, estaba compuesta únicamente de sangre alterada, los eructos se repetian con una tenacidad desesperante y varias veces en el dia eran reemplazados por un hipo tan fuerte, que parecia que todo el abdómen fuera á precipitarse en la cavidad torácica, tan notables eran las contracciones del diafragma y de los músculos abdominales; los vómitos eran provocados por la más pequeña cantidad de líquido que se quisiera injerir, el aliento se hacia cada vez mas fétido, el dolor epigástrico continuaba, el vientre estaba retraido, la estitiquez siempre invencible, la secrecion urinaria se suspendia, y cuando llegué á extraer con la sonda la pequeña cantidad de orina que habia en la vejiga, presentó sus caracteres normales; no habia ni sangre, ni bÍlis, ni albumina. La inquietud en cada vez mayor, las facultades intelectuales se conservaban intactas, se quejaban los pacientes incesantemente; cuando les preguntaba si les atormentaba algun dolor, siempre me contestaban que nada les dolia, que lo único que deseaban era conciliar el sueño porque estaban seguros de que al despertar estarian completamente buenos.

“Este período duraba dos ó tres dias hasta que el pulso se hacia filiforme é incontable, y el enfriamiento era más marcado. El deseo de moverse, de cambiar de posicion, de cama y hasta de habitacion, para encontrar el reposo que tanto esperaban, era la última preocupacion, en la cual los sorprendia la muerte despues de un vómito abundante de sangre negra y fétida, seguido de convulsiones.

“Por lo que acabo de decir, y por lo que dijo el señor doctor Barreto, estas dos enfermedades son distintas, tanto por la invasion, como por los síntomas, marcha y terminacion. La duracion es mucho más larga en la remitente hemórrajica que en la que tuvo el enfermo, objeto de la comunicacion oral del doctor Barreto,

“Por el estudio que hice de aquel, creo que fué atacado de

una *fiebre perniciosa*. Los vómitos negros que presentó, son un argumento más, en favor de lo que opinamos, es decir, que los casos de fiebre que llaman *amarilla*, no son sino fiebres remitentes, producidas por el mismo miasma que produce las fiebres intermitentes en todas sus formas.”

VI

El señor doctor Roca pidió luego la palabra para hacer la siguiente comunicacion :

“ En estos últimos meses se han presentado en esta ciudad varios casos de una fiebre arionista, de los cuales he observado algunos y cuya sintomatología es la siguiente: durante los primeros dias experimenta el enfermo ligeros calofríos, displicencia, quebrantamiento de huesos, fiebre muy ligera por la tarde ó por la noche, sudores casi imperceptibles en algunos pacientes y en otros, en fin, todos los síntomas de una fiebre intermitente cotidiana. Despues de seis ú ocho dias los enfermos toman la cama (en el primer período permanecen levantados), la fiebre se hace continua, pero con remisiones por la mañana y exacerbaciones por la tarde; hay náuseas, color icterico de la piel de las manos, de las alas de la nariz y de los pómulos; los ojos no están inyectados de bilis; hay en algunos pacientes cefalalgia intensa y rebelde y en otros falta absolutamente, hay constipacion más bien que diarrea y no se observa meteorismo; la lengua es blanquecina pero húmeda y sin fuliginosidades; los labios simplemente tostados y la fiebre no sube nunca de 100 pulsaciones por minuto, el calor de la piel es moderado, casi normal; pero en medio de estos síntomas se descubren al cuarto ó sexto dia del segundo período unas pequenísimas manchas lenticulares en el pecho y el abdomen; los enfermos deliran una que otra vez por la noche, hay sed y el enflaquecimiento es notable. Varios médicos hemos creído que esta es una fiebre ifoidea de forma remitente biliosa, y el tratamiento que hemos

empleado principalmente es el de la quinina asociada á los purgantes salinos y las limonadas atemperantes. La fiebre dura por término medio 18 ó 22 dias. Los enfermos que yo he visto han curado, pero varios médicos me han asegurado que han muerto tambien algunos otros. Es importante, estudiar esta fiebre, asegurarnos de su naturaleza, hacer una exposicion minuciosa de sus síntomas y su marcha; ver cual es el mejor tratamiento y examinar las causas que la producen. Médicos notables de la capital han creído en otro tiempo que aquí no se presentan sino *fiebres remitentes*, y de ninguna manera la verdadera *tifoidea* que describen los autores. Yo no participo de esta opinion y creo que los honorables miembros de esta corporacion tampoco. Conviene que esta cuestion importante se dilucide.”

El señor doctor Osorio se expresó luégo en estos términos:

“El señor doctor Roca ha hecho muy bien en llamar la atencion de los miembros de la Sociedad sobre las fiebres que han reinado en estos últimos meses en Bogotá. Desde el tiempo del doctor Várgas Réyes, se ha discutido mucho si ciertas fiebres contínuas sin gran postracion, que principian con un tipo intermitente y terminan con un movimiento febril igualmente intermitente, podrian considerarse como fiebres palustres en las cuales el elemento tifoideo no tuviera parte alguna. En el mes pasado y en el actual he tratado en mi clientela y en el hospital fiebres con los síntomas que he indicado.

“Haré notar de paso, sin que esto se relacione de una manera íntima con la cuestion que nos ocupa, que no se han presentado en este mes las fiebres contínuas con la frecuencia y gravedad de otros años, debido segun creo á la medida oportuna de impedir la entrada al cementerio á la multitud de gentes que lo visitan en el dia de difuntos. Estas personas toman en aquel lugar el gérmen de esas fiebres y se convierten en un nuevo foco de infeccion esparciendo el mal por dondequiera y volviéndolo caso epidémico.

“El doctor F. Sorel ha llamado la atencion sobre la fiebre

tifoidea de Algeria, que llaman allí remitente tifoidea y que otros como Collin describen con el nombre de tifoidea palustre. En la descripción que de ella hace el primero, encuentro mucha semejanza con algunas de las fiebres continuas que se presentan de tiempo en tiempo en Bogotá.

“M. Sorel nos dice que hay síntomas generales y especiales en la remitente tifoidea de Algeria y la fiebre tifoidea. Síntomas comunes: cefalalgia, epixtásis, sensibilidad del vientre al comprimirlo, gorgoteo de la fosa iliaca derecha y meteorismo. Hay otros que son más peculiares á la fiebre tifoidea: insomnio persistente con ensueños, *musitacion*, sobresaltos de los tendones, pulso dicoto, fuliginosidades en la boca y narices y anorexia absoluta. Hay síntomas que le pertenecen exclusivamente, como las manchas lenticulares, pero éstas faltan algunas veces. Es muy importante fijarse en el estado de las fuerzas y en la conservación de las facultades intelectuales. En la fiebre remitente tifoidea el enfermo se levanta fácilmente, responde con claridad y prontitud á las preguntas que se le hacen y conserva sus facultades. El enfermo atacado de fiebre tifoidea se sienta con trabajo, experimenta vértigos, su comprensión es lenta, le tiemblan los labios y su palabra es vacilante. Cuando la fiebre tifoidea es benigna, nos dice M. Sorel, es muy difícil distinguirla de la remitente tifoidea de Argel, pues en este caso la pérdida de las fuerzas y de las facultades intelectuales es poco sensible. La marcha de la temperatura, cuando se presenta esta dificultad, es un síntoma importante que sirve para diferenciarlas. En la remitente tifoidea la temperatura máximun tiene lugar en dos días mientras que en la tifoidea emplea cuatro.

“A pesar de estos síntomas diferenciales á veces es imposible distinguir durante la vida del paciente estas dos entidades y sólo la autopsia, por las lecciones que ella demuestra, pone en claro la naturaleza de la fiebre.

“M. Sorel no ha obtenido por el tratamiento con el sulfato de quinina los resultados que eran de esperarse, por lo cual no considera á esta sustancia como la piedra de toque, según se ha dicho.

“Entre nosotros el sulfato de quinina produce buenos efectos en esta clase de fiebre.”

VII

Se leyó luégo una comunicacion del doctor Elías Cárdenas, que dice así :

“ Elías Cárdenas R. saluda atentamente á los Honorables miembros de la Sociedad de Medicina y ciencias naturales, espera sus órdenes en Machetá, como médico del Hospital que va á establecerse para atender á los enfermos de viruela, y les suplica se sirvan enviarle los consejos científicos que estimen convenientes para el mejor tratamiento de esta epidemia.

Bogotá, Noviembre 12 de 1881.”

El señor Presidente ordenó que se le contestara dándole las gracias y manifestándole al mismo tiempo que en la *Revista Médica*, encontraria muchos de los datos que solicita.

Despues de lo cual se levantó la sesion á las diez de la noche.

El Presidente,

PROTO GÓMEZ.

El Secretario,

Jesus Olaya L.

 PARALYSIS TRAUMATICA ✓

Señor redactor de la *Revista Médica*.—Bogotá.

Muy estimado señor :

Remito á usted la siguiente observacion que espero encontrará usted de alguna importancia :

PARÁLISIS TRAUMÁTICA Y PERSISTENTE DE LA PIERNA IZQUIERDA
COMO CONSECUENCIA DE UN PARTO LABORIOSO Y PROLONGADO.

Creo útil ántes de ocuparme de ella, hacer una ligera revista comparativa, una exposicion rápida y general de las prin-

principales causas que en el estado puerperal pueden dar lugar á parálisis más ó ménos intensas. No es mi ánimo hacer una relacion detallada, apénas enumeraré las causas de estas parálisis con las opiniones más ó ménos aceptadas, limitándome á tratar el traumatismo como causa determinante de parálisis despues del parto.

Estas parálisis, bien que poco frecuentes durante el embarazo y algo más despues del parto, reconocen como causas ciertos estados patológicos, entre los cuales figuran como más conocidos, la uremia, la accion refleja, el estado cloro-anémico, las trombosis y embolias, tanto arteriales como venosas, y las lesiones del cerebro ó de la medula.

En cuanto á la primera de estas causas, la uremia, nos bastará citar los trabajos de Lever, Simpson y Churchil y especialmente las palabras de Imbert-Gurbeyre, que dice, hablando de las parálisis: "la forma hemipléjica es uno de los caractéres de la parálisis urémica." Ademas he tenido ocasion de leer algunas observaciones de parálisis puerperales en las cuales la uremia ha sido su causa determinante, segun la interpretacion de sus respectivos autores.

La albuminuria es frecuente en el estado de embarazo y por lo tanto los orines se encuentran pobres en urea. De aquí una especie de intoxicacion úrica que nos explica hasta cierto punto los graves accidentes de la eclapsia y que puede así mismo ser la causa de estas parálisis urémicas.

El profesor Carnier admite la teoría de la uremia para explicar la amaurosis y la sordera, mas no la admite para explicar las parálisis y por lo tanto se ve que no tenemos los datos suficientes para determinar la influencia de la albuminuria sobre estas parálisis puerperales.

La accion refleja en estos últimos años ha gozado un papel importante en las lesiones del sistema nervioso, y en la patogenia de las parálisis puerperales tambien se le ha hecho tomar parte. Es posible que en algunos casos y especialmente en

aquellos que complican el embarazo, las parálisis sean debidas á alguna accion refleja que tenga su origen en un órgano enfermo más ó ménos lejano. El sistema nervioso no seria sino el agente de trasmision sin lesion alguna en los centros nerviosos. En tal caso la causa ocasional podria muy bien residir en un estado morbozo de los órganos ó en un estado de exitacion pasajera tal como aquel que produce el embarazo.

Algunos autores tales como Stanley, Graves y Beau creen tambien en la intervencion de la accion refleja en las paraplegias puerperales.

El profesor Jaccoud no admite esta accion refleja y dice que la paraplegia que lleva esta denominacion puede explicarse de un modo claro y fisiológico por el agotamiento de la exitabilidad propia de la medula, y él considera el estado cloro-anémico como la causa más frecuente de estas parálisis.

La anemia puede sin duda ser causa más ó ménos activa en la produccion de la lesion de que me ocupo, y puede tener dos orígenes: ya depende de una debilidad constitucional, ya de un estado anémico como resultado de hemorragias considerables que pueden presentarse durante el parto. En ambos casos la alteracion más ó ménos profunda que se produce en la nutricion íntima de la medula, bajo la influencia de las modificaciones que ha experimentado el líquido sanguíneo, es el punto de partida de la parálisis puerperal.

Tambien podemos encontrar las paraplegias puerperales como dependientes de una causa que perturbe el curso de la sangre arterial y que interese ya directamente la circulacion en los miembros (arteritis, compresion, embolias) ó ya de la medula (isquemia de Jaccoud). Para explicarnos estas perturbaciones debemos recordar que en el estado puerperal hay un aumento considerable en la cantidad de fibrina y por lo tanto la tendencia á su coagulacion es mayor.

He dicho ya que entre las otras muchas causas determinantes de la paraplegia puerperal encontramos las hemorragias

y congestiones medulares y cerebrales, como tambien el traumatismo de los nervios pelvianos durante el trabajo del parto.

Dejando apénas enumeradas estas causas, me detendré á examinar el *traumatismo*.

Es incontestable la posibilidad del traumatismo durante el parto por la compresion de los plejos sacros, y cuando vemos que la sola cabeza fetal es capaz de producir mortificaciones más ó ménos intensas en los partos blandos de la cavidad pelviana, no debemos sorprendernos que por la misma causa se produzcan en la estructura y funciones de los ramos nerviosos, perturbaciones tales, que lleguen á las parálisis de las partes á las cuales se distribuyen dichos nervios.

Pero, cual es la parte que tiene el traumatismo en la produccion de estas paraplegias? Se concibe *a priori* que las tracciones considerables sobre la matriz, las maniobras obstetricales, la permanencia prolongada del feto en el pequeño bacinete sean causas más ó ménos poderosas, y así lo explican los profesores Rodomancher y Salvat. En mi enferma, como lo haré ver en la observacion, podemos interpretar la parálisis del mismo modo. En su tratado sobre las neurósis, el profesor Axenfeld dice: "durante el parto, la cabeza del feto encajada en el bacinete produce 1º dolores en los lomos, en los muslos, en las piernas y en los dedos comprimiendo en su origen los nervios destinados á estas diferentes partes; 2º una irritacion de los nervios motores; de aquí calambres dolorosos, y algunas veces paraplegias pasajeras ó persistentes despues del trabajo.

En una tésis el profesor Jules Simon admite la parálisis de causa traumática y apesar de tener de parte del profesor Churchill bastante oposicion, esta variedad de parálisis es aceptada hoy por casi todos los autores.

La objecion más poderosa que opone el patologista inglés, es que las paraplegias puerperales se observan algunas veces en una época muy lejana de la del parto, para que se les pueda atribuir el traumatismo ocasionado durante el trabajo. Esta ob-

jecion que á primera vista tiene un gran valor, no es, en mi concepto, bien fundada, pues en muchos casos las contusiones y compresiones de los nervios no producen inmediatamente turbaciones de sensibilidad, ni de motilidad y sí sucede esto algun tiempo despues del accidente. Como prueba de esto, el profesor Follin nos cita en su obra casos en que la contusion del nervio cubital ha producido tres ó cuatro semanas despues y cuando todo dolor habia desaparecido, una disminucion notable en la fuerza y en la sensibilidad de la mano, los movimientos difíciles y en fin una parálisis de los músculos interóseos.

Admitido pues el traumatismo como causa de parálisis, veamos algunas consideraciones anatomo-fisiológicas sobre este traumatismo. Durante el trabajo, los numerosos órganos de la cavidad pelviana, deben ejercer, los unos cierta compresion indispensable á la expulsion del feto; los otros deben sufrir tan sólo esta compresion.

Los órganos que deben producir por una accion combinada la compresion, son en número de tres; el útero, la cabeza fetal y el basinete maternal ó sean, una potencia activa (contraccion uterina); un cuerpo compresor de forma dada (la cabeza del feto) y un punto de apoyo ó superficie resistente (bacinete maternal). Veamos ahora cuales son los órganos expuestos á la compresion y así nos damos razon del traumatismo de que me ocupo.

Estos son: 1º la cabeza fetal, una prueba es la reduccion de su volúmen. 2º los músculos del perineo. 3º los vasos hipogástricos, las venas y esto nos explica las várices, hemorroides, &c &c 4º la vejiga y el recto. 5º los nervios.

Son estos últimos los que nos interesan, puesto que es á su compresion, como he dicho, que se debe atribuir la parálisis puerperal en algunos casos.

Los nervios intra-pelvianos son muy numerosos y para no hacerme largo en su descripcion, apénas me ocuparé de aquellos que por su situacion anatómica están expuestos á la compresion.

Así, dejaré á un lado los ramos del plejo lumbar, para detenerme solamente en dos de sus ramos terminales.

El nervio crural parece á primera vista cubierto suficientemente por el músculo psoas, así es que su compresion se reduce á poca cosa, produce ligeros calambres en la parte anterior del muslo.

El nervio obturador, puede ser fácilmente comprimido por la cabeza fetal ántes de entrar en la gotera del agujero sub-púbiano. Es á la compresion de esta rama que se deben atribuir los dolores vivos que experimenta la mujer en los músculos de la parte interna de los muslos.

Estos ramos nerviosos, como todos los otros del mismo plejo, están en relacion más íntima con el gran bacinete y las turbaciones mecánicas que pueden sufrir, se manifiestan de preferencia al fin del embarazo.

Si penetramos en la excavacion pelviana encontramos un plejo voluminoso y muy importante, el plejo sacro, cuyo estudio se refiere especialmente á su raíz terminal, el gran nervio ciático.

Este nervio está incompletamente protegido contra el traumatismo y está comprimido en casi todo parto, pero á grados diferentes. En los casos ordinarios al fin del trabajo, se observan calambres en las piernas, en los piés y en los dedos, pero esto es pasajero como es pasajera la compresion; mas si esta última es intensa y prolongada, el ramo nervioso se encuentra comprimido ya por la cabeza, ya por el forceps si se ha hecho uso de él. De aquí turbaciones serias y durables.

En mi observacion la parálisis ha sido evidentemente la consecuencia de la compresion violenta, del traumatismo que el nervio ciático ha experimentado, tanto por la cabeza del feto como por el instrumento para facilitar su expulsion. Pero examinemos si es posible, cual de estos dos elementos ha sido la causa directa del traumatismo. Sabemos que toda aplicacion de forceps puede dividirse en tres tiempos; la introduccion de las

ramas, su articulacion y su extraccion, conduciendo al exterior la parte del feto sobre la cual se ha aplicado. Pues bien, como lo hago notar en la observacion, la introduccion de las ramas del instrumento, aun cuando se hizo cuatro veces seguidas no produjo en ninguna de ellas el más ligero dolor; éste se manifestaba, al contrario, con una violenta intensidad al momento de las primeras tracciones, y este dolor ocupaba toda la extension del nervio ciático. Esto se puede interpretar de dos maneras diferentes: ó bien han sido las extremidades de las ramas del forceps un poco salientes, las que en los movimientos de lateralidad han producida la contusion del nervio; ó bien sin invocar el contacto directo del instrumento con el nervio, se puede admitir que durante las maniobras de extraccion la compresion que se hace sobre el plejo sacro, resulta del encajamiento más completo de la cabeza del feto, llevado en este mometo á la excavacion por la accion combinada del útero y del cirujano. Cualesquiera de las dos causas que admitamos, el hecho definitivo ha sido una parálisis completa de todo el miembro pelviano del lado izquierdo.

Como veremos luego, el tratamiento se reduce en estas parálisis: 1º á impedir la extinsion completa del débil grado de excitabilidad que aún conserva el nervio ciático, y 2º prevenir la atrofia y la degeneracion grasosa de los músculos y detener su progreso si ya ha comenzado. Para conseguir este doble fin se empleará una medicacion excitante local, más ó menos intensa. La electricidad por secciones cortas empezando con corrientes de poca intensidad y empleadas cada tres dias; éstas se aumentarán poco á poco tanto en la fuerza de la corriente como en el número de aplicaciones. Al principio se usará dos veces por semana, y su duracion será de 5 á 10 minutos. A esto se puede agregar fricciones secas, vejigatorios volantes y algunos otros medios, pero debe vigilarse más que todo el régimen y alimentacion del paciente.

OBSERVACION.

La mujer N. N. de 32 años de edad, bien conformada, sin

antecedentes, temperamento un poco linfático, primípara, se presentó al Hospital de la Concepcion de esta ciudad, el dia 13 de Febrero. Por los datos que ha dado, como por el exámen que se hace, es recibida en el servicio de maternidad despues de diagnosticarse en ella una presentacion de cima, posicion occipito-iliaca izquierda anterior.

Los primeros dolores se presentaron en la tarde de este dia; durante la noche se hicieron muy intesos, acompañados de vómitos frecuentes y de un estado de sufrimiento marcado. En la mañana del 14 la dilatacion del cuello era casi completa, pero la cabeza del feto que, como he dicho, se presentaba en primera posicion, permanecia casi trasversal, inmóvil y sin ninguna tendencia á la rotacion, apesar de los esfuerzos de la paciente. En este estado permaneció hasta las 4 de la tarde del mismo dia en que el Jefe de clínica decidió hacer una aplicacion de forceps, vista la imposibilidad del parto natural. Las dos ramas fueron introducidas sucesivamente sin ocasionar ningun dolor; fueron articuladas con el mayor cuidado, y se hicieron ligeras tracciones sobre la cabeza del feto, pero en este momento la enferma experimenta un dolor vivo, fulgurante en toda la extension de la pierna izquierda hasta el pié; dolor que por lo que dice la mujer ha sino semejante á la traccion ó torcion violenta del miembro. El forceps que no habia asegurado regularmente la cabeza, se deslizó bruscamente sin haber cambiado la posicion de ella. Se hicieron tres nuevas tentativas sin ningun éxito, pues el instrumento se resbalaba desde las primeras tracciones. La introduccion del instrumento en estas nuevas secciones se hizo sin dolor, pero desde que empezaban los esfuerzos de traccion se repetian los sufrimientos tan intesos como la primera vez. En este estado fué llamado el médico del servicio que reconoció en vista de lo expuesto, y mediante cuidadoso exámen una cabeza voluminosa casi trasversal, pues aún no se habia movido de su primera posicion. Los huesos del cráneo habian sufrido varias fracturas y la muerte del feto no era dudosa.

Por esta última circunstancia y por la dificultad que presentaba una aplicación regular de forceps, el médico resolvió abrir anchamente el craneo y evacuar la materia cerebral. La cabeza pudo así descender y tomar mejor dirección. Desde este momento, la mujer, agregando sus esfuerzos á los del cirujano, la extracción no ofreció dificultades serias y los dolores del miembro pelviano que se presentaron en las primeras aplicaciones del forceps, no se reprodujeron en esta ocasión. En los días que siguieron al parto se presentaron los accidentes ordinarios, fatiga, movimiento febril y además tendencia marcada al vómito. Nueve días después la enferma experimentó fuertes dolores en la pierna derecha, dolores dependientes de una flegmacia alba dolens típica, que tres días más tarde invade igualmente la pierna izquierda. Aplicaciones tópicas y una ligera compresión, terminaron con este accidente. A la misma época se notó que el pie izquierdo se hallaba inmóvil, y en la extensión forzada. Algunos días más tarde la enferma pudo levantarse, pero la marcha le fué imposible por encontrarse completamente paralizada la pierna izquierda. Permaneció algunos días más en la maternidad y de allí fué conducida al Hotel Dieu en donde pude seguir el estudio de esta parálisis con algun cuidado.

Pasados cuatro meses del principio de la parálisis, véamos cuál es el estado actual de la enferma. Se encuentra en la imposibilidad de moverse sin el apoyo de otra persona ó sin el uso de muletas; la pierna derecha perfectamente sana. En el muslo izquierdo los músculos han conservado intacta su sensibilidad y contractilidad eléctricas; sus movimientos de extensión y flexión sobre el bacinete se ejecutan fácilmente. En la pierna y en el pie edema peri maleolar más ó ménos abundante. El pie está en la mayor extensión posible y si se le toma con las dos manos para llevarlo á la flexión, esto se consigue, pero si se le deja libre, vuelve á su primera posición. Tanto aquí como en la pierna ninguno de los músculos se contraen; la contractilidad electro-muscular es nula desde el pie hasta el hueso poplíteo, tanto ade-

lante como atras; la sensibilidad disminuida en las mismas regiones. Con todos estos datos, el médico del servicio diagnostica una parálisis de la pierna izquierda por traumatismo del nervio siático durante el parto precedente. Se ordena un régimen vigoroso y corrientes eléctricas (de induccion) en el miembro paralizado. Esta medicacion fué seguida escrupulosamente, habiéndose tenido el cuidado de colocar el pié en su direccion y posicion normales mediante un aparato ortopédico.

El mismo tratamiento se ha continuado durante dos meses y ha producido una notable mejoría. La contractilidad eléctrica ha aparecido en los músculos de la pierna; completa en la region posterior; ménos marcada en la externa. En el pié los músculos están aún poco sensibles, pero es de esperarse que mediante el tratamiento que se continúa, recobren todas sus funciones, como ha sucedido en las partes superiores del mismo miembro.

Entre los puntos interesantes que presenta esta observacion haré notar la relacion íntima que existe entre la parálisis que han presentado la pierna izquierda con los vivos dolores que experimentó la paciente sobre el trayecto del nervio ciático correspondiente, durante las tracciones que se hicieron en las cuatro aplicaciones de forceps.

Trato ahora de sacar algunas conclusiones que puedo resumir de la manera siguiente:

1^a Además de las parálisis de causas diversas, se pueden observar en el estado puerperal parálisis traumáticas de los miembros inferiores como consecuencia de la compresion y de la contusion de los nervios sacros por la cabeza del feto ó por maniobras instrumentales;

2^a Estas parálisis se observan de ordinario en los partos laboriosos en que el feto se presenta por la cima;

3^a Son unilaterales y limitadas á la esfera del ciático; son incompletas temporarias ó persistentes y pueden complicarse de la atrofia de los músculos interesados;

4ª Su patogenia especial y su forma sintomática particular le asignan una existencia independiente al lado de las otras variedades de parálisis puerperales ;

5ª Entre los diversos agentes terapéuticos que se pueden emplear para despertar la excitabilidad de los músculos heridos de parálisis, la electricidad produce los mejores resultados.

Quedo del señor Redactor, atento y seguro servidor.

RAFAEL FERNÁNDEZ M.

Marsella, 22 de Octubre de 1881.

LA VIRUELA EN FACATATIVA.

NOTAS Y OBSERVACIONES TOMADAS DURANTE LA EPIDEMIA.

(Conclusion).

X

CAUSAS DE LA MORTALIDAD.

No fué sin razon que se alarmaron los habitantes de Facatativá cuando la viruela se presentó allí. El terror que inspiró, se comprende hoy mejor que en aquellos momentos aciagos en que los sorprendia sin contar con los medios necesarios para combatirla.

Por los datos que tenemos del número de muertos y de atacados de viruela en Bosa, Cipaquirá, Ubaté, Tibirita, Chocontá, &ª &ª, en donde ha hecho centenares de víctimas en poco tiempo, y por los que dimos en la estadística, creemos que la epidemia actual es una de las más mortíferas que se hayan visto entre nosotros.

El no estar vacunados la mayor parte de los habitantes de

las poblaciones en donde estalló, el uso de una vacuna de mala calidad en muchos casos y el no haber sido practicada esta operación, insignificante en apariencia, con todos los cuidados que exige, son algunas de las causas más palpables de la mortalidad.

Aunque se hace uso de la vacunacion entre nosotros, de mucho tiempo atras, habia quedado limitada á una parte de la sociedad que conocia sus ventajas y que la solicitaba; pero nunca llegó hasta la masa de la poblacion, ni áun en lugares más poblados.

En la epidemia de 1840, la vacunacion se hizo con una linfa que dió lugar á ulceraciones gangrenosas análogas á la pústula maligna, accidente que no se ha repetido en la actualidad sino por excepcion.

Esta es la causa que explica por qué cuando por casualidad el vacunador llama á sus puertas, estos infelices huyen al punto y hacen todo lo posible para escapar á una operación, que suponen, les va á producir las úlceras horribles de que fueron víctimas en 1840.

En Facatativá fué imposible, lo mismo que en Bosa y Chocotá, convencerlos de que nada les sucedia y hubo que hacerla obligatoria; entónces fué cuando vimos que no pudiendo impedir que se les vacunara, recurrian inmediatamente á bañarse repetidas veces los brazos ó á hacerse fricciones con una tajada de limon, para hacer nulo su efecto.

La púrpura febril, esa destructora forma de viruela, que llena de terror á los que han sido testigos de su malignidad, fué en la epidemia actual una de las principales causas de la mortalidad, puesto que ataca únicamente, á los individuos que no han sido vacunados jamas.

Hoy que la conocemos mejor, que despues de ensayar y poner en práctica los tratamientos más racionales, estamos en la imposibilidad de curarla, no nos es posible dudar, que es la que ha hecho más víctimas tan sólo por la falta de vacunacion.

Hebra, cuya autoridad es indiscutible cuándo se trata de la

enfermedad de que nos estamos ocupando, dice: "Esta especie de viruela (*la púrpura febril*) parece haber sido comun ántes del descubrimiento de la vacuna."

Lo que hemos visto los médicos que nos hemos puesto al servicio de los violentos, viene plenamente á confirmar las aseveraciones de Hebra. Segun los datos consignados en las obervaciones que tomamos de las personas que fueren víctimas de la púrpura febril y que nos sirvieron para trazar la descripcion que hicimos de ella, todas estavan sin vacunar. Todavía más, sus ascendientes, tampoco lo estavan, pues yo vacuné por la primera vez á varios padres de los que sucumbieron.

Para nosotros es hoy, un hecho más que demostrado que una buena vacunacion pone al vacunado al abrigo de la viruela, y que si por excepcion ésta llega á presentarse en un individuo de éstos, por cualquier motivo, nunca es la púrpura la que se desarrolla, sino una de las formas benignas conocidas. Si la experiencia es la que nos ha demostrado esto, tenemos que convenir en que entre la púrpura febril y la viruela hay un lazo de union á lo ménos etiológico, una relacion estrecha, íntima y fatal, puesto que el medio profiláctico de la una tambien lo es de la otra.

Estos son los motivos que me han conducido á colocar entre las principales causas de mortalidad la falta absoluta de vacunacion.

Las pésimas condiciones higiénicas á que están sometidas las personas que componen la clase menesterosa de nuestras poblaciones, debidas al trabajo excesivo, á una alimentacion escasa y de mala calidad, á la falta de abrigo y al desaseo, en una localidad en que el termómetro sube en la mitad del dia á 17 grados del centígrado, para bajar por la noche hasta 9 grados, &^a &^a, no hay duda que constituyen poderosamente para que la muerte en tiempo de epidemia haga más víctimas en ellos.

El estado sanitario al momento del desarrollo de la epidemia, la constitucion médica reinante, deben darnos alguna luz sobre

esto punto. En los meses anteriores, las complicaciones hemorrágicas fueron comunes en la disenteria, el puerperio, las neumonias, &^a &^a, segun lo dijeron varios miembros de la Sociedad de Medicina en sus sesiones. Yo por mi parte señalé entónces el fenómeno que observaba en varios de los que vacuné: que los botones de la vacuna tenían una semejanza muy marcada con las pústulas de la viruela hemorrágica.

En Facatativá hubo erisipelas flegmanosas, disenterias hemorrágicas y fiebres tifoideas seguidas de la gangrena de las extremidades inferiores y algunos casos de fiebre puerperal.

En el trabajo que presentamos con mi amigo é ilustrado comprofesor, el señor doctor Nicolas Osorio, á la Sociedad de Medicina y que está publicado en este periódico, sobre las epidemias de colerina é ictericia, señalamos las causas que las habian producido, segun nuestra manera de ser; así como las alteraciones de la sangre que sobreviene en la ictericia. La profunda debilidad y el estado de la sangre en los atacados habian, pues, preparado el terreno en el cual la epidemia debia cebarse.

Tendria que señalar otras causas, que como son conocidas generalmente, no vale la pena de enumerarlas, por tanto paso á ocuparme de las que se encontraron en los lugares destinados á recibir los enfermos, es decir, en los hospitales.

El hospital de Mansilla fué el primero que fundaron las autoridades para atender á la necesidad urgentísima de socorrer á las infelices atacados por la viruela. Era una casa pajiza, situada en una esplanada al pié de la cordillera, aislada de las casas vecinas y de las vias públicas por unos ciento cincuenta metros. No tenían ventanas, ni cielos rasos; las puertas eran bajas y estrechas la luz en muchas de las piezas era insuficiente; el suelo era de tierra pisada y desigual, sin pavimento de ninguna clase. A los enfermos se les acostaba en el suelo, sobre un junco, á un metro de distancia los unos de los otros; no se podia hacer otra cosa, pues el número creciente de los atacados, nos ponía en el imperioso deber de estrechar las distancias para que cupieran.

Se comprenderá fácilmente qué clase de atmósfera debía ser aquella, en donde se acumulaban los miasmas producidos por la salivacion, las diversas supuraciones, las secreciones naturales, &^a &^a, tan nociva para los enfermos como peligrosa para el médico.

La muerte ponía todos los dias término á los sufrimientos de muchos de ellos: sus cadáveres, aunque se sacaban lo más pronto posible, permanecian allí hasta una hora. Al dia siguiente ese mismo lugar estaba ocupado por un enfermo nuevo. Como lo dije, el suelo de las salas no tenia pavimento ninguno, que impidiera la humedad producida por los líquidos fisiológicos y patológicos del organismo, ni por las aguas que accidentalmente se derramaban allí y que servian de vehículo á los miasmas de todo género. Al ocupar su cama el enfermo, aunque se le ponía un junco nuevo, éste apénas lo separaba de ese suelo infecto unos pocos centímetros, no por eso dejaba de estar literalmente envuelto en una atmósfera pestilencial, que trasformaba las formas benignas en malignas.

Las complicaciones, como la reapsorcion purulenta, las neumonias intercurrentes, &^a &^a, demasiado conocidas para estudiarlas aquí, tienen una gran parte entre las causas que producen la muerte.

X

TRATAMIENTO ABORTIVO DE LA VIRUELA.

Antes de dar á conocer la medicacion que empleé, voy á llamar la atencion sobre una cuestion tan antigua como la viruela y sin embargo al órden del dia. ¿Se puede impedir por algun medio el desarrollo de la viruela, una vez que se han presentado los primeros síntomas?

Siempre se ha pensado en buscar las medicaciones que produjeran este resultado y han puesto en práctica la vacunacion. Por mi parte, siguiendo el ejemplo de algunos médicos, procedí á vacunar á todos los que se presentaban á mi observacion durante los primeros dias ántes de la erupcion.

La vacuna de que hice uso fué la que tomé de los botones vaccinales entre el 6º y el 19º dia, de personas jóvenes, de buena salud que se vacunaban por primera vez; hacia las vacunaciones de brazo á brazo, practicando en cada individuo diez y ocho inoculaciones, es decir, nueve en cada brazo.

A cinco personas no vacunadas, que presentaban los síntomas siguientes: cefalalgia frontal, desvanecimientos, náuseas, dolor en los lomos y la cintura, piel ardiente y seca, sed y cien pulsaciones por minuto, las vacuné como dejo indicado, recomendándoles que se mantuvieran abrigadas y que tomaran como tisana una infusion de flores de sauco; á los dos dias todos los accidentes indicados desaparecieron y todas las inoculaciones se desarrollaron sin particularidad alguna.

Este resultado me alentó para seguir en la misma via, y desde ese momento en todos los que encontraba síntomas análogos, ponía en práctica el mismo medio; pero no obtuve ningun resultado bueno y en más de treinta casos la vacuna y la viruela siguieron cada una su marcha independientemente casi sin influenciarse ni modificarse. Unos pocos de estos enfermos, al morir presentaban en medio de las pústulas variólicas los botones característicos de una buena vacuna.

Mi entusiasmo por la vacunacion se disminuyó de dia en dia y al fin la abandoné como inútil, como impotente para detener la evolucion de la viruela.

La gente del pueblo creia que las sudaciones fuertes eran un buen remedio para impedir la erupcion y cada dia me referian algun caso en que habian surtido buen efecto. Queriéndome convencer de la veracidad del dicho de las gentes, recomendé el uso de una infusion de 4 gramos de jaborandi con 30 gramos de brandy. Tres personas, que presentaban los síntomas que señalé, y que tomaron esta infusion, estaban al dia siguiente en buena salud. Pero, en muchos casos, esta medicacion no modificó en nada ni la forma, ni la marcha, ni la terminacion de la viruela.

Por lo expuesto, vemos que cada tentativa tiene aparentemente un pequeño número de casos que le son favorables.

Cualquiera que lea esto, podría preguntarme, por qué abandoné mis ensayos, por qué no insistí, puesto que hubo casos favorables, que por pocos que fueran, eran siempre otras tantas víctimas arrancadas tal vez á la muerte.

Respecto á este punto, tengo el firme convencimiento de que las personas en las cuales el resultado fué satisfactorio, no estaban atacadas de viruela.

En tiempo de epidemia, la mayor parte de las enfermedades agudas se anuncian con síntomas análogos á los de la epidemia reinante, sobre todo en las enfermedades catarrales, tan comunes en la altiplanicie de la sabana de Bogotá. En los casos que dejo citados, fueron sin duda, simples fiebres efímeras ó catarrales producidas por los cambios de temperatura y que cedieron más bien á los cuidados higiénicos y á los diaforéticos.

Estos mismos hechos me sirvieron para ser un poco reservado en el diagnóstico de la viruela. Así, cuando se me requería para que diera mi opinion en un caso dudoso, como lo son todos al principio, nunca me atreví á asegurar que fuera viruela, sino cuando la erupcion comenzaba á manifestarse.

En apoyo de estas ideas, referiré lo que pasó en el Asilo de mujeres indigentes de que soy médico, y en una casa particular donde habia un niño con viruela confluyente.

En el Asilo de mujeres indigentes hubo cuatro casos de viruela: uno de púrpura febril, dos de forma hemorrágica y uno de discreta; todas las enfermas fueron enviadas á los Alisos, en donde sucumbieron tres de ellas. Pocos dias despues, dos mujeres más, presentaban los mismos síntomas que las que fueron atacadas de viruela; les administré unas píldoras de Anderson y dos dias despues estaban completamente buenas.

Al niño atacado de viruela confluyente lo asistian dos mujeres que habian sido vacunadas en su juventud, pero no revacunadas; un dia, cuando el enfermo estaba en plena convalescencia, ambas tuvieron cefalalgia, dolor de cintura y náuseas; les hice tomar un vomitivo y todos los accidentes cesaron.

¿Tendría derecho para indicar que el jaborandi, los purgantes drásticos y los vomitivos, constituyen el tratamiento abortivo de la viruela?

XI

MEDICAMENTOS EMPLEADOS.

El crémor tártaro fué el objeto de muchos elogios de parte de algunos de nuestros comprofesores y del público especialmente. El entusiasmo por este medicamento llegó hasta el punto de recomendarlo no solamente como *específico* sino como un preservativo de primera fuerza.

Cuando me hice cargo del Hospital, todos los enfermos habian sido tratados *invariablemente* al principio por el cremor tártaro, y sin embargo el número de muertos que ocupaban las fosas y el de los moribundos que habia en el hospital, componian más de la mitad de los atacados. Luego el famoso específico no habia prestado ningun servicio.

Aun más, muchos de los que allí estaban lo habian tomado como profiláctico. Una vez que tuve la plena prueba de lo que pasaba, me creí autorizado para asegurar á la Junta central de sanidad, que el uso del crémor como profiláctico era no solamente inútil sino dañoso, porque producía diarreas, náuseas y predisponía á las indigestiones, debilitando gradualmente el organismo y volviendo las personas que lo tomaban más aptas para contraer la viruela.

El ácido salícico, conocido por sus propiedades antipútridas y antifermenticibles, plenamente demostradas por Kolbe, Meyer, Nebauer, &^a, y por su accion destructora de las bacterias y de los bibriones, que se dice existen en las afecciones virulentas, segun Bucholtz y Béchams, fué otro de los héroes vencidos en la jornada. Los encomios, teóricamente merecidos, que se hicieron de él, rayaron en exageracion, por las pocas observaciones que publicó Mr. Bouyer en el *Journal de Thérapeutique*.

Pero le habia tocado la misma suerte que al crémor; todos los enfermos que habian sucumbido ó estaban agonizantes, habian sido sometidos despues del crémor, al uso diario del ácido salfúrico, segun la fórmula de Mr. Bouyer, en la cual sustituimos el alcohol con la tintura de canela para hacerla más agradable:

Tintura de canela	10	gramos.
Acido salfúrico	1	—
Jarabe	20	
Agua comun	50	—

De esta pocion tomaban de dos á cuatro cucharadas diarias: pero francamente debo decir que, segun los resultados que tuve, no puedo hacer ningun elogio de este medicamento.

Luégo administré el ácido fénico, percloruro de hierro, ácido clórhídrico, ergotina, quina, alcohol, clorato de potasa, árnica, opio, cremor, sal de Epson, unguento mercurial y yodoformo.

XII

TRATAMIENTO SEGUN LAS FORMAS.

Púrpura febril.

La medicacion que pusimos en práctica contra esta forma, es la misma de que hemos hecho uso contra la púrpura hemorrágica ordinaria. Los resultados siempre desfavorables en la que acompaña la viruela, y de un éxito seguro en la hemorrágica ordinaria, es otra de las razones que hemos tenido para considerarle como una de las variedades de la viruela. Creyéndola más bien una complicacion, en aquellos momentos nos propusimos atacarla con los medios siguientes:

Al principio dábamos una toma doble de Seidlitz, como púrgante:

Despues la pocion siguiente, cuya dosis variaba segun el individuo:

Ergotina	2 gramos.
Extracto de quina	5 —
Tintura de digital	2 —
Jarabe	150 —

Una cuchara cada média hora.

Como bebida ordinaria aconsejamos limonadas clorhídricas ó sulfúricas en agua de quina.

Cuando tenemos facilidades administramos baños frios generales.

La letalidad de esta forma es tal, que no da lugar á que obren siquiera los medicamentos.

Formas hemorrágicas.

Al entrar el enfermo le administramos un purgante salino.

Despues como bebida ordinaria un cocimiento de flores de árnica con un gramo de ácido fénico medicinal para cada 24 horas.

Segun que los accidentes hemorrágicos eran más ó menos marcados, cambiamos la prescripcion anterior por la siguiente: como tisana, limonadas clorhídricas en cocimiento de quina y tintura de flores de árnica. De 10 á 12 gotas de percloruro de hierro en agua endulzada, dos ó tres veces al dia.

Si la piel se ponía muy sensible, en lugar del percloruro de hierro, dábamos de 20 á 25 gotas de láudano, tres veces al dia.

Y baños locales de cocimiento de quina ó de una infusion de flores de árnica con aguardiente alcanforado.

Este tratamiento fué el que me dió mejores resultados.

Forma gangrenosa.

Una toma doble de sedliz al principio.

Como esta forma no puede diagnosticarse sino algunos dias despues, el tratamiento era el mismo que en las anteriores; cuando sospechábamos que era la gangrenosa, dábamos la siguiente:

Infusion de flores de árnica.....	150	gramos.
Extracto de quina.....	5	—
Tintura de canela.....	5	—
Acido fénico medicinal.....	1	—
Jarabe.....	20	—

Para tomar por cucharadas cada hora.

Y 20 gramos de vino de quina, tres veces al dia. (Quinium de Labarraque).

Formas confluyente, discreta y varioloides.

Purgantes de aceite de castor ó salinos.

Tisana, cocimiento de borraja, saúco, árnica y quina.

Unas veces el ácido salícico, otras el ácido fénico.

Unciones de unguento mercurial en la cara.

Baños locales.

XIII

TRATAMIENTO COMUN Á TODAS LAS FORMAS.

Ciertos accidentes que se presentan en todas las formas los traté así:

Anginas y laringitis

Gargarismos de cocimientos de malvas, amapolas en leche ó gargarismos clorhídricos, frotaciones aluminosas, sinapismos al cuello, alternados con linimentos alcanforados.

El delirio, segun el paciente, lo combatí con el opio solo, ó con el opio y el alcohol (20 gramos) de aguardiente ordinario y 25 gotas de láudano, tres veces al dia.

La postracion, por el alcohol, dando de 30 á 160 gramos de aguardiente tres ó cuatro veces al dia.

Cuándo la *fiebre de supuracion* era muy intensa dábamos uno ó dos gramos de tintura de acónito en el dia.

Luégo que esta fiebre cedia sufren ligeros escalofrios erráticos, administrábamos la pocion siguiente:

Infusion de flores de árnica.....	150 gramos.
Clorato de potasa.....	4 —
Acido fénico medicinal.....	1 —
Azúcar.....	C S.

Para tomar cada dos horas, una cucharada. Las ulceraciones consecutivas, las hacíamos curar con hilas untadas de la pomada siguiente :

Yodoformo.....	1 gramo.
Mantequilla.....	30 —

Los cuidados higiénicos, venian á serluégo de primera necesidad, como el cambio de ropa, los baños locales. &^a

PROTO GÓMEZ.

CONGESTION UTERINA

Y METRORRAGIA DE ORÍGEN NEURÁLGICO.

(Continuacion).

Diagnóstico—La congestion uterina y la metrorragia de origen neurálgico no tienen otro carácter sino el que ellas adquieren en sus relaciones con un estado nebrópático; es pues, en la coexistencia de estos dos hechos y en la relacion que se establece entre el uno considerado como causa y el otro como efecto, que reside el diagnóstico. Así, una simple congestion caracterizada

por el aumento del volúmen del útero, el sentimiento de pesantez pelviana, el crecimiento de la cavidad del cuerpo, la tendencia á la desviacion hácia adelante y rara vez hácia atras, algunas veces la hipersecrecion leucorreica que coincide con un estado neurálgico del útero ó del plejo lumbar y que sigue las alternativas de exacerbacion y de remision de esta neurálgia deben evidentemente referirse á ella.

De igual modo una metrorragia abundante ó simple, *stillidium*, sirviéndome de la expresion de Marrotte, una menorragia cuyo curso presenta irregularidades, una movilidad particular, una especie de periodicidad regularizada por la marcha misma de la neurálgia, deben estar relacionadas, especialmente si una terapéutica antineurálgica contiene el derrame que habia resistido á los hemostáticos simples.

“Existe, dice Marrote, una relacion proporcional entre los diversos modos de presentarse el derrame sanguíneo y los del dolor neurálgico bajo todas sus formas; las más dolorosas neurálgias están acompañadas, por otra parte, de una pérdida más ó ménos abundante. Si los accesos de impulso existen sobre el fondo adolorido permanentemente, es durante su aparicion que corresponden ó sobrevienen los empujes hemorrágicos, la sangre continúa corriendo ó se contiene completamente en su intervalo, segun que el dolor persiste ó se suspende.”

Sin embargo, no obstante el hecho observado por Marrote, no siempre hay proporcion entre el dolor y la hemorragia.

Neurálgias sumamente dolorosas pueden no dar lugar sino á una evacuacion poco abundante, miéntras que en ocasiones se observa lo contrario. “En fin, este fenómeno adicional y accesorio, la metrorragia, no siempre principia con la neurálgia; puede cesar ántes que ella y no acompañarla en todos sus detalles.

La hemorragia está ménos forzosamente ligada al dolor que la congestion, puesto que aquella procede necesariamente de ésta; seria, pues, una exageracion decir que toda neurálgia debe determinar una congestion; la clínica y la fisiología demuestran

simplemente la posibilidad y aún la frecuencia de ello. La influencia que ámbas ejercen sobre la menstruacion es igualmente demasiado notable; ellas tienen generalmente por efecto la prolongacion de las reglas y el hacerlas más abundantes. Un atento exámen hace notar con frecuencia, en mujeres nerviosas que padecen reglas abundantes y dolorosas, algun punto neurálgico del lado del útero ó del gran abdomino-genital; el temperamento nervioso por una parte, favoreciendo la explosion de las neurálgias y el atritismo por otra, predisponiendo á las congestiones, se combinan frecuentemente en esos casos para prolongar la menstruacion y ocasionar verdaderas hemorragias.

Se ve con frecuencia á la neuralgia ocasionar un derrame leucorreico muy abundante que sigue las alternativas de remision y exacerbacion de la neurálgia y que acompaña ordinariamente á la congestion vaso-motriz del útero, así como el lagrimeo en las neurálgias del tercer par, sigue de cerca á la congestion de la conjuntiva.

Hay una cuestion que no siempre se puede resolver con facilidad y es saber si hay realmente neurálgia y si los puntos adoloridos no se relacionan más bien con alternaciones orgánicas ó inflamatorias del útero y sus anexos. Cuando hay simplemente neurálgia uterina, es preciso un exámen detenido para afirmar el carácter neurálgico del dolor. Se observan entónces, además de un dolor continuo más ó ménos vivo y que presenta entónces frecuentes alternaciones de exacerbacion y de remision, puntos dolorosos característicos, que se fijan habitualmente, uno en la union del cuerpo y del cuello y otro en el fondo del saco correspondiente. Pero uno y otro de estos dos puntos ocasionan con frecuencia errores que no siempre se han podido evitar.

El cuello uterino, poco rico en elementos nerviosos, es casi siempre insensible y poco propenso al dolor aun cuando presente alteraciones inflamatorias de la metritis. Si colocado suavemente el dedo sobre el cuello se produce un dolor vivo en un punto circunscrito, se puede afirmar que este dolor es de naturaleza neurálgica.

Pero es preciso obrar con la mayor suavidad, porque todo sacudimiento comunicado al órgano podría ocasionar dolor en los anexos y falsear la apreciación. De igual modo la investigación del sitio adolorido en el fondo del saco correspondiente, implica la mayor reserva con relación al estado orgánico de este fondo y á la reaparición inflamatoria posible de la matrítiz en el ligamiento ancho y el peritoneo. Para afirmar el carácter neurálgico del dolor comprobado, es preciso, ó bien, que á pesar de la exploración más atenta, el bajo fondo esté absolutamente libre, ó que el dolor provocado no esté en proporción por su intensidad con la lesión. Es así como en la matrítiz crónica se encuentran frecuentemente en las extremidades del saco, induraciones circunscritas, quizá de naturaleza ganglionar (Lúcas-Championnière, Martineau, Courty), y á su nivel el dedo provoca frecuentemente, con especialidad á la izquierda, un dolor vivo que la lesión demostrada no siempre alcanza á explicar, y que puede entónces considerarse como un punto neurálgico correspondiente.

La neurálgia lombo-abdominal presenta menos dificultades, pero es raro poder encontrar todos los puntos dolorosos indicados por los autores. Así, Le-Bailly, en su tesis, dice que propiamente hablando no hay generalmente puntos lumbares, pero sí una zona dolorosa más ó menos difusa. El punto iliaco al nivel de la espina antero-superior, es con frecuencia el más marcado. En la mayor parte de las afecciones uterinas se provoca, por la presión del hypogastro en una de las fosas iliacas, un dolor profundo que no debe tomarse por un punto neurálgico. El dolor al nivel de un punto neurálgico es más agudo y superficial y puede ser provocado frecuentemente por el simple tocamiento de la piel; en fin, él presenta períodos de excitación que alternan con una calma completa ó relativa, y una movilidad que no depende jamás del dolor visceral simple y que puede, por lo demás, complicarla en un momento dado.

No se debe olvidar en el diagnóstico que en la ausencia misma de todo dolor neurálgico, ciertas congestiones uterinas y

áun algunas metrorragias, pueden estar subordinadas sin embargo á un elemento nervioso, tal como una nebrosis ó una emocion moral; en una palabra, la neurálgia no es siempre la condicion necesaria de una congestion uterina ni aún de una metrorragia áun cuando ésta sea de origen nebropático.

Por lo demás, como lo dice Marrotte, los epifenómenos neurálgicos no se desarrollan siempre única y necesariamente sobre las partes ocupadas por puntos dolorosos; la influencia neurálgica se extiende á veces en todo el órgano y áun más allá.

Debemos señalar tambien entre las formas que puede afectar el elemento neurálgico, las herpes genitales análogas á la zona y estos casos indicados por Neucourt y Marrote, en los cuales vómito, meteorismo y áun un movimiento febril, han podido hacer pensar en el primer momento en una peritonitis.

P. FLÓREZ-ARTEAGA.

(Continuará).

CASO DE OCLUSION INTESTINAL

TRATADO CON ÉXITO POR LA ESTRICNINA Y LA NUEZ-VÓMICA.

Al señor doctor Bernardino Medina.

El que suscribe, movido por los más fervientes deseos de coadyuvar con su humilde contingente á los trabajos científicos del muy digno y honorable Cuerpo médico de Bogotá, no ha vacilado en recoger algunas observaciones que acaso no podrán servir para ilustrar el criterio de sus profesores, pero sí al ménos para llevar al ánimo de cada uno de ellos el convencimiento de que trata de hacerse algo en favor de la ciencia y de prestar alivio á los dolores humanos, siendo este el deber inde-

clinable de los que nos hemos consagrado al enaltecido sacerdocio de la medicina.

La señora S. O., de edad de unos 60 años, matrona de esta ciudad y madre de una distinguida familia; de constitucion no muy robusta y de temperamento bilioso-nervioso; estando casi en pleno ejercicio de sus ocupaciones, fué atacada repentinamente de un fuerte dolor de estómago que la redujo á guardar la cama; llamado por la familia concurrí inmediatamente, y ántes de proceder á un exámen detallado, se me informó que la señora hacia ya unos dos ó tres dias que no deponia, que sentia un poco de malestar y vagos dolores en el vientre, que á pesar de estas indisposiciones habia continuado sus quehaceres domésticos y que la causa de estos sufrimientos era el haberse humedecido, pues no se hallaba otra. Llevado al lecho de la enferma, la encontré en decúbito dorzal, los muslos dirigidos hácia el vientre, no habia movimiento febril pero sí mucha inquietud y malestar, conatos de vómito, y sed; la señora estaba abatida, la mirada era triste, todo el exterior revelaba un gran sufrimiento; despues de pedir permiso, procedí á examinar el sitio del mal concretándome especialmente al vientre, pues que de allí partian todas las penas de la enferma; hecha la palpacion, la señora sentia un fuerte dolor en la region umbilical, no manifestándose este sufrimiento tan marcado en las otras partes del vientre, sentia tambien una vaga impresion de una especie de tumor. La auscultacion dió algo de meteorismo. En ese primer dia me limité á prescribir fomentaciones narcóticas y un enema de infusion de manzanilla con aceite de ricino, y al interior una bebida carminática; el dia fué regular, la enferma durmió algo, pero los dolores se repetian con frecuencia, la noche fué poco tranquila, la señora no habia arrojado nada con el enema, el acceso de vómito era más frecuente y molesto. Al dia siguiente la señora tenia los síntomas precedentes; prescribí un purgante de ricino en infusion de menta; en vano se esperó el resultado, el vientre estaba en siniestra calma; por la tarde hubo mucho vómito, arrojó algunos alimentos y materias biliosas y

el purgante; propiné fomentaciones aromáticas, enemas purgantes repetidos con frecuencia y una pocion gomosa aromática con tintura de castor y beleño, para tomar por cucharadas durante la noche. Al tercer dia por la mañana muy temprano, se me llamó, é informado, se me dijo que habia habido mucho vómito y que los enemas habian sido arrojados lo mismo que se ponian. La señora no habia dormido, estaba muy agitada y débil, el dolor del vientre era muy fuerte y el resto yá bastante sensible al tacto, y se percibia una especie de cuerpo ó tumor cilíndrico poco resistente y con algo de matitéz. La familia muy angustiada y pesarosa me interrogó acerca del mal de la señora, yo le dije que tenia todas las apariencias de un cólico-miserere, pero que el caso no era del todo desesperado; prescribí cataplasmas emolientes y narcóticas, un enema de infusion de cuatro gramos de hojas de belladona en dosdientos de agua y una bebida purgante aromática; volví por la tarde y no encontré casi ninguna mejoría, la situacion de la señora era muy alarmante, el malestar habia aumentado, la sed era mayor, el vómito frecuente y el pulso concentrado y febril; prescribí para esa noche unciones al vientre de bálsamo tranquilo con aceite de trementina y tintura de opio, al interior jarabe de hidrato de cloral para tomar cucharadas, y me retiré. Al cuarto dia, la enferma habia dormido, estaba más calmada; á las diez se me llamó porque la señora vomitaba sustancias extrañas, y examinadas éstas, hallé materias estercorales mezcladas con bílis. La angustia era creciente, receté dos enemas de infusion de tabaco con dos horas de intervalo; al interior, jarabe de cloroformo con morfina y un baño de tina aromático y caliente; este tratamiento le produjo calma por algunas horas, pero por la noche volvió el vómito estercoral, habia sudores profusos, la piel ardiente y seca, la cara terrosa amarillenta y algo demudada, fiebre, cepalalgia frontal, los ojos inyectados y húmedos, la respiracion ansiosa y el pulso muy frecuente y concentrado. Indiqué á la familia lo grave de la situacion y el deseo que tenia de unirme á un comprofesor, y al efecto se mandó llamar del Puente Nacional al señor Policarpo

M. Flórez. Esa noche recurrí al frío constante interior y exteriormente; llegado al otro día el señor doctor Flórez, manifestéle mi parecer sobre la enfermedad y el curso de ella junto con el tratamiento seguido; procedió á un exámen minucioso, despues de éste, confirmó mi diagnóstico, declaró que el tratamiento seguido era el racional y manifestó que el caso era mortal; en consecuencia, el doctor resolvió retirarse; el desconsuelo en la casa habia llegado á su colmo, y mucha de la distinguida sociedad participaba de él; no habiendo casi esperanza de reaccion, pues á pesar de la aplicacion del frío no habia conseguido lo concentracion de los gases y por consiguiente contracciones intestinales, resolví apelar á un último recurso. La edad de la señora, el relajamiento de los tegidos y el estado habitual de debilidad física, me hicieron creer que la tabla de salvacion estaba en la aplicacion de los estriños; propiné, en consecuencia, la fórmula siguiente: estriónina, $2\frac{1}{2}$ centígramos; azúcar, 1 gramo, para cinco papeletas que fueron dadas, una cada dos horas, y una lavativa cada tres horas de una infusion aromática con veinte gotas cada una de tintura de nuez-vómica, despues de tomada la segunda papeleta y aplicada la primera lavativa, apareció el efecto del medicamento y empezaron á notarse contracciones musculares y calambres, despues de la tercera y cuarta toma y de la aplicacion del segundo enema, siguieron sostenidas las contracciones y dolores musculares que se hicieron más fuertes; la señora empezó á arrojar algunos gases y despues vino una ligera evacuacion de materias estercorales estremadamente duras y descompuestas; receté una lavativa javonosa y la suspension de las papeletas, con esto vino algo de calma y declaré que la señora se habia salvado. La noche del mismo día hizo otras deposiciones cada vez más blandas y por último se hicieron líquidas. Al sétimo día el dolor habia desaparecido en el sitio localizado aunque el vientre todo, estaba muy delicado, el vómito habia desaparecido y con él los demas síntomas de siniestro augurio; este día hice poner aplicaciones calmantes interior y exteriormente, la

señora pidió alimento y desde este día entró en franca convalecencia.

Vélez, Setiembre de 1881.

MÁRCOS M. LORA.

PROPIEDADES FISIOLÓGICAS Y TERAPÉUTICAS

DE LA CEDRINA Y DE LA VALDIVINA.

En el mes de Diciembre último, M. Touret comunicaba á la Academia los resultados del análisis de dos frutos de Colombia: el cedron (*simaba cedron* Y. E. Pl.) y la valdivia (*picrolema valdivia* G. Pl.), frecuentemente confundidas bajo el nombre de nuez de cedron. M. Tauret dió los nombres de *cedrina* y de *valdivina* á los principios activos extraidos por él de estos frutos. Hemos estudiado, tanto en los irracionales como en el hombre, la accion fisiológica y terapéutica de estas dos sustancias y el resultado de nuestras investigaciones ha sido el siguiente:

La valdivina posee propiedades tóxicas en el más alto grado; á la dosis de 2 á 4 miligramos, en inyeccion hipodérmica, produce la muerte de un conejo de 2 kilogramos, y la de un perro de regular tamaño á la dosis de seis miligramos. Lo que más caracteriza su accion es la lentitud con que se produce; en efecto, la muerte no tiene lugar sino cinco ó diez horas despues de la inyeccion aun cuando la dosis inyectada sea más que suficiente para causar la muerte. En los perros, la valdivina provoca vómitos violentos, casi continuados; los conejos no vomitan, pero cuatro ó cinco horas despues de la inyeccion caen en un estado de profundo entorpecimiento, que persiste hasta la muerte, que sobreviene lentamente y no está precedida de convulsiones.

En el hombre, por la vía estomacal, la valdivina, á la dosis de cuatro miligramos, provoca con frecuencia vómitos al cabo de una media hora; por la vía hipodérmica, esta acción es más lenta y menos constante. Administrada contra las mordeduras de las serpientes y contra las inoculaciones de la rabia, la valdivina no ha tenido poder bastante para evitar un término fatal. Sin embargo, M. Nocard, que la ha ensayado en Alfort en perros rabiosos, á la dosis de cuatro miligramos por día, ha observado de una manera cierta la completa extinción de los accesos. Los animales sometidos á este tratamiento permanecen insensibles á todo cuanto pasa al rededor de ellos y mueren sin haber tenido convulsiones. Hecha la autopsia, se nota una congestión mucho menos viva en los órganos genitales que en los demas de los animales rabiosos.

Parece que la valdivina no tiene acción alguna sobre las fiebres intermitentes.

La cedrina es mucho menos tóxica que la valdivina, se necesitan cerca de diez miligramos para ocasionar la muerte de un conejo pequeño; á la dosis de cuatro miligramos en inyección hipodérmica, produce vértigos en el hombre. Así como la valdivina, la cedrina no tiene acción alguna sobre las mordeduras de las serpientes, sin embargo, posee propiedades febrífugas bien marcadas, aunque su acción es más lenta y menos segura que la del sulfato de quinina.

(*Boletín de terapéutica*).

DEL MICROBO DE LA SALIVA.

M. Parrot informa á la Academia que habiéndole pedido M. Pasteur autorización para hacer experiencias de inoculación con saliva de niños muertos de enfermedades comunes, no infecciosas y no inoculables, con el objeto de completar los

experimentos hechos con la saliva del niño muerto de la rabia en San Eugenio, y del muerto del mismo mal que le ha sido presentado por M. Mauricio Raynaud, ha puesto á disposicion de su eminente colega los cadáveres de muchos niños muertos de bronco-neumonía. M. Pasteur lo ha honrado con una carta en la cual le da cuenta del resultado de sus nuevas experiencias en estos términos:

“En conejos inoculados con saliva tomada de los cadáveres de los niños, no se ha producido el organismo virulento. En la saliva de una persona adulta, recogida en ayunas, hemos encontrado el mismo microbo; pero es posible que pueda encontrársele con más frecuencia y que este organismo sea uno de aquellos que habitan las primeras vias digestivas.

“Por consiguiente, la nueva enfermedad no tiene relacion alguna con la rabia.

“Uno no puede sobreponerse, añade M. Pasteur, á un sentimiento de sorpresa al saber que existe en la saliva, particularmente en la de los niños, un microbo especial cuya inoculacion en las más pequeñas dosis, produce tan fácilmente la muerte de los conejos y aún de los perros.

“Por mi parte, veo un nuevo síntoma de gran porvenir para el conocimiento etiológico de las enfermedades, cuya causa pueda atribuirse á la presencia y al desarrollo de organismos microscópicos.”

(*Boletín de Terapéutica.*—Abril 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.

“Otra variedad es la que se puede ver en la lámina número 5; las manchas de la cara, las del dorso de las manos y de los

piés y de la region extrenal se aproximan, se confunden casi y la máscara es por decirlo así poco interrumpida; pero todas las otras regiones afectadas y que son las mismas de los de la lámina número 1º, pero ménos marcadas, están cubiertas por manchas muy subidas, acercándose á la forma circular; los espacios de la piel normal intermediaria son muy distintos y el aspecto areolar es allí de los más aparentes.

“Después de esta variedad señalamos la que se puede ver en la lámina número 3 la cual está muy bien figurada. Independientemente del carácter habitual de las manchas, debemos hacer notar que aun cuando ellas se aproximan las unas á las otras y que las porciones de piel que las separan estén afectadas, ellas lo son tan imperceptiblemente que se diria que ésta piel es normal. Por lo demas las manchas invaden las mismas regiones y están acompañadas de los cambios comunes á todas las variedades. Podemos decir que las machas en este caso tienen mucha semejanza con las que se ven en los cadáveres después que sobrevienen los primeros signos de putrefaccion sobre la piel.

“Para terminar con las diferentes formas que afectan las manchas de esta especie, señalamos la que se ve en la lámina número 7, que aunque presentando algunas de la segunda especie, no por esto deja de ser un tipo de las manchas grises generales, que invaden casi toda la piel y que no se podrian percibir sin un atento exámen. Es lo que sucede con las de la cara y del cuello, pero estas mismas manchas son muy pronunciadas en los piés y en las manos, sin perder, sin embargo, su carácter más notable, es decir, cierta uniformidad en su modo de invacion y en su coloracion.

“Terminemos la enumeracion de las variedades haciendo observar que en todas se encuentra un olor *sui generis*, muy parecido al del almizcle, bastando por sí solo para manifestar la presencia de la enfermedad. Este olor es muy acentuado en las dos primeras variedades. — En general el prurito no es pronun-

ciado en esta especie ni la descamacion muy marcada ; así es que no es notan en el organismo los signos de una pérdida sensible proveniente de esta causa.

“Las variedades de la especie que acabamos de describir no alcanzan en poco tiempo al aspecto bajo el cual las hemos mostrado, y no llegan á este grado sino de una manera lenta y bajo la influencia continua de sus causas.

“Las funciones de la piel se verifican de una manera perfecta, la sensibilidad es normal, la traspiracion y la secrecion sudoral se ejercen bien y solamente se nota que ellas son mas lentas en los individuos enfermos que en los sanos.

“Antes de terminar la descripcion de esta especie, creemos útil hacer aquí la historia de las variedades resultantes de la asociacion de las especies, asociaciones en las cuales predomina la especie gris ó negra.

“La primera variedad de asociacion consiste en la aparicion de una coloracion roja, más ó ménos intensa en todos los intervalos de piel sana y normal, existiendo en medio de las manchas grises, solamente que en este caso la especie gris ó negra predomina siempre sobre la otra especie. Esta asociacion es regular, uniforme y áun simétrica, y es seguramente una de las variedades más típicas y más perfectas que se pueden encontrar. Por lo demás, es necesario añadir que los lugares de distribucion son los mismos que hemos descrito yá. Uno de los caractéres de esta importante variedad de asociacion, es que las dos especies se mantienen tales durante toda la vida del sujeto, conservándose la una y la otra con la misma estabilidad ; esta asociacion no es muy comun. Las plantas de los piés y las palmas de las manos se mantienen siempre intactas.

“Como dependencia de esta primera variedad haremos notar que no es muy raro encontrar sobre las articulaciones de los piés y de las manos, sobre la cara dorsal así como sobre los maleolos y sobre el tendon de Aquíles, placas más ó ménos considerables de color blanco. En fin, ellas no existen jamas en la

infancia, son propias de la edad avanzada, pero pueden empezar desde la edad de 30 años.

“Acabamos de decir que la especie gris y la roja se asocian raramente y de una manera regular; sucede lo contrario en la union de las especies negra y blanca, que llamaremos accidental; esta asociacion es frecuente y no regular. Es en la especie negra ó gris muy subida que la variedad en cuestion se presenta. Los piés y las manos, en sus articulaciones, así como las muñecas, las articulaciones tibio-tariones, las rodillas, los codos y aún la columna vertebral presentan entre las manchas grises, placas de dimensiones variables y blancas que pueden volverse más tarde muy anchas. Sucede algunas veces que ellas se confunden y forman grandes placas. Es así como en Barquisimeto, Freitez ha visto individuos con carate negro ó gris, con las piernas completamente blancas, como si estuviesen, dice, forrados de blanco (comunicacion escrita). Dice haber visto además individuos con manchas azules unidas á las otras dos especies.

“Para terminar diremos que la especie gris queda limitada á ciertas regiones, las extremidades, la cara ó el cuello segun las profesiones.

“Tales soñ los tipos más comunes y que hemos escogido á fin de poder hacer una descripcion lo más sencila posible; pero es necesario saber que es muy comun encontrar casos en los cuales no es posible reconocer la forma ó la especie primitiva y más aún, cuando muchas formas están asociadas en una sola, cuál es la que primero ha aparecido. Puede suceder tambien que ellas no tengan su asiento en sus regiones clásicas; pero aquellos son casos que no deben estar comprendidos en una descripcion general y que se reconocerán siempre por los caractéres propios de las manchas de la especie.

“No obstante la asociacion de las especies entre sí, no será posible jamas demostrar la trasformacion de una especie en otra. Se sabe que el señor Chassin dice en su memoria que la especie negra ó primitiva, para él, se presenta como una placa negra

poco ó nada sensible, que no se borra bajo la presión del dedo ; que para volverse rojas, las manchas se hacen sensibles y dolorosas y que es por la aparición de una pequeña hinchazón en su centro que ellas son el punto de partida de la transformación en especie roja. Es una aserción completamente nueva, que no se encuentra en la descripción del carate por Alibert, ni en los otros trabajos posteriores al suyo ; tampoco se habla de esto, ni en la descripción del mal de pinto de Méjico por Clellan (Pinta), ni en la comunicación de su colega Valenzuela.

“La especie gris es muy lenta en su desarrollo. Se observan una ó muchas manchas en ciertas regiones : ellas quedan largo tiempo bajo el aspecto de placas muy superficiales ; son muy débiles ; se nota lo más frecuentemente, pero no siempre, una descamación furfurácea y acompañada de prurito ; de suerte que puede suceder que no se descubra la enfermedad sino por los cambios en el color de la piel, la cual puede permanecer por largos años en este estado. Una vez terminado el trabajo de formación, es decir, cuando las primeras manchas se presentan con todos sus caracteres ordinarios, se comienzan á ver otras más pequeñas en su circunferencia ; las cuales siguen la misma evolución que las precedentes, como ya lo hemos hecho ver.

“De esta lentitud en el desarrollo de la especie resulta que en la mayoría de casos, los enfermos no están visiblemente afectados, sino á partir de la edad de diez años. La vejez introduce cierto cambio en la descamación, que es más abundante ; en el color de la piel que es ménos subido y como grisoso, y en la piel misma que se hace más floja.

“Es en este último período de la vida se nota un poco de enflaquecimiento, de disminución en las fuerzas digestivas y de apatía general en las funciones animales en un cierto número de enfermos y que se podría tomar por una caquexia producida por la descamación, el prurito y la disminución del sueño ; pero es necesario saber también que este accidente no siempre es una terminación necesaria, porque se encuentran frecuentemente in-

dividuos afectados de carate que se conservan bien en cualquier edad que se hallen.

“Como elitogía especial para esta especie, diremos, que el carate gris y especialmente el negro, se encuentran en climas que pueden ser hasta muy calientes, pero es en las regiones bajas profundas y húmedas que no están muy azotadas por los vientos y que aun se encuentran abrigadas por una vegetacion vigorosa, teniendo un suelo húmedo, movedizo y de naturaleza aluminosa, regiones que no siempre son riverañas del curso de las aguas, en donde esta especie existe habitualmente.

“ESPECIE ROJA MAS O MENOS SUBIDA. (*Dysclomacia, vul-garmente caballuno*—Buendia.) *Sintomatología.* Esta especie es completamente distinta de la precedente por su coloracion, por la forma de las manchas y por algunos fenómenos generales.

“Lo mejor que podemos hacer es describir los casos y tipos que están pintados en los cuadros que los representan, completando su historia en seguida por algunos detalles que no se encuentran allí.

“El Dibujo número 4º representa un hombre de 45 años, casado hace mucho tiempo, agricultor, afectado de carate desde su infancia, y teniendo muchos hijos sanos. Se casó en el año de 1861, con una mujer muy robusta y sin carate. Esta mujer vivia ántes de casarse en un país vecino de los climas frios, y despues de casada, ellos habitaban una localidad poco distante de un rio, en donde el marido ha vivido siempre. En la mujer han aparecido en estos dos últimos años, manchas negras y rojas en los brazos, las cuales manchas se han hecho desaparecer por medio de un tratamiento; pero los hijos, que son numerosos, no están afectados.

“Como se ve por este cuadro, las regiones de la cara del cuello y de la parte anterior del pecho, están invadidas completamente por una coloracion roja intensa, que es ménos marcada sobre la frente, la cual sin embargo no deja de estar ménos enferma. Las caras externas y posteriores del antebrazo izquierdo

y la region dorsal de la mano y de los dedos del mismo lado son muy pálidas en su tinte. En este enfermo como en todos los casos análogos, se ven las extremidades superiores é inferiores invadidas por todas partes, aunque el carate esté más pronunciado en las regiones más expuestas á las influencias exteriores y sobre todo á la accion solar. Ordinariamente todo el tronco está afectado tambien de una manera uniforme y general.

“Completemos la historia de esta especie por la descripcion del cuadro número 2º: Enfermo como el precedente desde su infancia, en el cual el carate es completamente análogo al otro en su coloracion, su distribucion y cambios generales, si se exceptúa que en este cuadro se encuentran sobre las regiones yugulares, de la oreja, de las cejas, de la mandíbula inferior y hácia el cuello numerosas manchas blancas congenitales y que se hallan situadas casi simétricamente en los dos lados.

“En esta especie la mancha no tiene una forma fija. Cuando comienza la enfermedad, no se nota sino un prurito intenso y que puede llegar á ser insoportable, con una descamacion, al principio, leve y general, pero más pronunciada hácia las extremidades (ante-brazos y piernas), y una coloracion ligeramente rogiza y que aparece difusamente sobre la piel. Este período de invacion está acompañado de algun malestar, de agitacion y de un sueño poco reparador por causa del prurito.

“Despues de un período de evolucion más ó ménos largo, ordinariamente de muchos años, la piel se vuelve francamente roja, má subido el color en las extremidades y en la cara, acompañado de prurito intenso, especialmente por la noche, con descamacion furfuracea y abundante, relativamente á la de la primera especie.

“Es importante conocer ciertas modificaciones de la piel, á saber: su sistema vascular está muy exagerado, su espesor no está aumentado sensiblemente, pero es como más caliente y más seco; la descamacion se hace más abundante en ciertas épocas, en el dorso de las manos y de los piés y sobre las piernas y los

ante-brazos, casi como la del eczema en su período de desarrollo, pero esto es raro; ordinariamente la descamacion es leve y fina. En fin, la coloracion es de tal manera natural, que aparentaria ser normal si no estuviese un poco exagerada.

“ Como un caso separándose en parte de la historia general de esta especie, presentaremos el cuadro número 8º en el cual sin poner atencion por el momento en la especie azul que lo acompaña, se ve hácia la parte anterior derecha del tronco, una larga banda que comienza en las espinas iliacas anteriores, sube sobre el vientre y se prolonga hasta la clavícula del mismo lado, para unirse á otra banda que de la region claviclar opuesta desciende bajo la tetilla del mismo lado. Todas dos son tortuosas, de un color rojo sin uniformidad en su desarrollo y hasta se puede dar cuenta del trabajo local que acompaña á su desarrollo, así como del grado de descamacion á esta época de la enfermedad. Sobre los miembros y torácicos y en la parte anterior y superior del muslo izquierdo existen placas que son completamente análogas á las precedentes. Pero sobre las piernas y un poco en la cara, se ve perfectamente la difusion propia á la especie y su tendencia á generalizarse de una manera lenta y uniforme. Y para no volver sobre estos casos, señalamos la gran mancha azul que cubre el vientre, y otras que se ven sobre los ante-brazos, los brazos, el cuello, la parte inferior de la cara y la de los miembros torácicos. Se trata aquí de un jóven de catorce años de edad, agricultor y cuyos ascendientes no han tenido vestigios de carate.

“ Hay enfermos que presentan manchas rojas subidas, de formas perfectamente limitadas, distribuidas muy regularmente, que pueden unirse sin confundirse totalmente; ellas son muy visibles y se podria creer que el enfermo se ha pintado expresamente. Ordinariamente ellas se distribuyen en las mismas regiones que en las otras formas y su sintomatología es tambien la misma.

“ El prurito y la descamacion son más considerables que en la especie precedente, pero la enfermedad se confina en los

individuos robustos y en los cuales la coloracion del carate parece ser la confirmacion de su buena constitucion. Así, en estos enfermos, no se ve casi, por no decir jamas, los signos de una accion profunda en su organismo, es decir, que ellos no presentan ni aun los síntomas de una ligera caquexia. El olor de estos enfermos no es desagradable, y algunas veces ni aun sensible. La coloracion es muy pronunciada al término medio de la vida, y la vejez no la hace disminuir de una manera bien acentuada.

“ Como la especie negra, la roja puede quedar limitada á ciertas regiones, casi las mismas de la especie negra, conservando sus propiedades particulares de especie.

(Continuará).

✓ ENFERMEDADES DE LOS FAISANES.

M. Méguin dice que muchos faisanes mueren de asfixia por la presencia en la tranquea de gusanos rojos en gran cantidad, que son los *Singamus trachualis*.

El tratamiento mejor de esta enfermedad es mezclar ajo y azafétida en los alimentos y ponerles en el agua que beben ácido salicylico.

ÍNDICE.

	Pág.
Acta de la sesion del 16 de Diciembre de 1881.....	385
Parálisis traumática y persistente de la pierna izquierda, como consecuencia de un parto laborioso y difícil, por el Doctor Rafael Fernández M.....	393
La viruela en Facatativá.—Notas y observaciones tomadas durante la epidemia, por el Doctor Proto Gómez. (Conclusion).....	403
Congestion uterina y metrorragia de origen neurálgico, por el Doctor P. Flórez-Arteaga. (Continuacion).....	414
Caso de oclusion intestinal tratado con éxito por la estrienina y la nuez-vómica, por el Doctor Márcos M. Lora.....	418
Propiedades fisiológicas y terapéuticas de la cedrina y de la valdivina.	422
Del microbo de la saliva.....	423
Del carate.—Tesis sostenida en la Facultad de Medicina de Paris por el Doctor J. Gómez. (Continuacion).....	424
Enfermedades de los faisanes.....	432