

REVISTA MEDICA.

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES.

Redactor — NICOLAS OSORIO.

SERIE VII. } Bogota, Abril 20 de 1883. } NUM. 83.

RABIA.

NUEVOS HECHOS QUE SIRVEN PARA EL CONOCIMIENTO DE ESTA ENFERMEDAD.

De todas las enfermedades, la rabia parece ser aquella cuyo estudio ofrece más dificultades. La observacion clínica es impotente; es necesario recurrir sin cesar á la experimentacion; pero la significacion de la menor tentativa experimental tropezaba no ha mucho con dudas insuperables.

La saliva era la única materia en que se pudo comprobar la presencia del virus rábico. Por otra parte, la saliva inoculada por mordedura ó por inyeccion directa en el tejido celular no comunica la rabia con toda seguridad. Además, cuando la enfermedad se declara no es sino despues de una larga incubacion, cuyo duracion es variable é indeterminada.

De estas particularidades, resulta que, si se quiere dar un concepto sobre las experiencias de las inoculaciones, en que los resultados son negativos, se teme siempre, no haber observado bastante tiempo los objetos inoculados, ó sea estar en presencia de experiencias abortadas. Agregando á estas circunstancias algunas dificultades en proporcionarse á voluntad el virus, la repugnancia y el peligro de manejar perros rábicos, se comprende fácilmente que el estudio de la rabia, es uno de aquellos que desconciertan *por sus dificultades*.

La situacion, hoy, no es la misma.

Cuando yo resolví, hace dos años, someter esta enfermedad á un estudio profundo, sin ilusionarme con las dificultades y lo

tardío de tal estudio, comprendí que el primer problema que debía resolver consistía en la investigación de un método de inoculación, del mal que, suprimiendo desde luego su larga incubación, le hacía aparecer con certidumbre. Este método lo hemos encontrado, y en nombre de mis colaboradores y el mio propio, he expuesto en una nota, presentada á esta Academia, el 30 de Mayo de 1881. Se funda, por una parte en este hecho, que el sistema nervioso central es el sitio principal del virus rábico, el que se encuentra allí en gran cantidad, y que se puede recoger con perfecta pureza; en segundo lugar, que la materia rábica inoculada pura en la superficie del cerebro, con la ayuda de la trepanación da la rabia rápidamente y con seguridad.

Desde entónces, hemos encontrado las mismas ventajas, con formas de rabia un poco diferentes; con otro método de una aplicación aun más fácil, la inyección intravenosa del virus.

Los dos grandes obstáculos para el estudio experimental de la rabia se encuentran desvanecidos.

Aunque las nuevas investigaciones que tengo el honor de comunicar hoy á la Academia, dejan todavía mucho que desear, tales como son, ellas sugieren en grupo percepciones y tentativas nuevas. Y bien, como lo dice Lavoisier "no se daría nunca nada al público, si uno esperase á que el asunto en el cual se ocupa uno se haya estudiado bajo todas sus faces."

He juzgado que mi exposición ganaría en claridad y lacónismo si me limitase á reasumir las consecuencias que se desprenden de nuestro estudio, reservando los detalles de los hechos para agregarlos ulteriormente como título de documento en la presente comunicación.

I—La rabia muda y la rabia furiosa, generalmente todas las formas de rabia, proceden de un mismo virus. Hemos reconocido, en efecto, que se puede pasar experimentalmente de la rabia furiosa á la rabia muda é inversamente de la rabia muda á la rabia furiosa.

II—Nada es más variado que los síntomas rábicos. Cada

caso de rabia tiene, por decirlo así, los suyos propios; hay razon para admitir que sus caractéres dependen de la naturaleza de los puntos del sistema nervioso, encéfalo y medula espinal, donde el vírus se localiza y se cultiva.

III—En la saliva rábica, el vírus se encuentra asociado con diversos microbos, la inoculacion de esta saliva puede dar lugar á tres géneros de muerte:

La muerte por el microbo nuevo que nosotros hemos hecho conocer con el nombre de *microbo de la saliva*;

La muerte por desarrollos exagerados de pus;

La muerte por la rabia.

IV—El bulbo raquídeo de una persona muerta de rabia, como el de un animal cualquiera igualmente muerto de rabia, es siempre virulento.

V—El vírus rábico se encuentra no solamente en el bulbo raquídeo; sino además, en todo ó parte del encéfalo.

En tanto que las materias del encéfalo ó de la médula no son invadidos por la putrefaccion, la virulencia persiste allí.

Hemos podido conservar un cerebro rábico con toda su virulencia, durante tres semanas á una temperatura vecina de 12°.

VI—Para desarrollar la rabia rápidamente y con toda seguridad, es necesario recurrir á la inoculacion en la superficie del cerebro, en la cavidad aracnoidea por medio de la trepanacion. Se realiza igualmente la doble condicion de la supresion de una larga duracion en la incubacion y de la aparicion cierta del mal por inoculacion del virus puro en el sistema circulatorio sanguíneo.

Por la aplicacion de estos métodos, la cooperacion de M. Roux nos ha sido tan activa como preciosa. Ha adquirido una gran habilidad para que los accidentes consecutivos á los traumatismos sean una rara excepcion.

Por el empleo de estos métodos, tan favorables al estudio experimental de la enfermedad, la rabia se declara á menudo al cabo de seis, ocho y diez dias.

VII—La rabia comunicada por inyeccion de la materia

rábica en el sistema sanguíneo ofrece, con bastante frecuencia caracteres muy diferentes de los de la rabia furiosa producida por mordedura ó por trepanacion, y es verosímil que muchos casos de rabia silenciosa han debido escapar á la observacion. En los casos de rabia que se podrian llamar rabias *medulares*, las parálisis prontas son numerosas, el furor falta á menudo, los ladridos rábicos son raros; por el contrario las comezons son á veces espantosas.

Los detalles de nuestras experiencias inducen á creer que, en las inoculaciones por el sistema sanguíneo, tales como las hemos determinado, la médula espinal es la primera atacada, es decir, que el vírus se fija allí y se multiplica desde luégo.

VIII—La inoculacion, no seguida de muerte, de la saliva ó de sangre de rábico, por inyeccion intravenosa en el perro, no preserva ulteriormente de la rabia y de la muerte, á consecuencia de una inoculacion nueva de materia rábica pura, hecha por trepanacion ó por inoculacion intravenosa.

IX—Hemos encontrado casos de curacion espontánea de rabia despues de que los primeros síntomas rábicos solos se habian desarrollado, nunca despues de que los síntomas agudos habian aparecido.

Hemos encontrado igualmente casos de desaparicion de los primeros síntomas, con repeticion del mal despues de un largo intervalo de tiempo (dos meses); en estas circunstancias, los síntomas agudos han sido seguidos de muerte, como en los casos habituales.

X—En una de nuestras tres experiencias, sobre tres perros inoculados en 1881, de los cuales dos habian sido atacados rápidamente de rabia y habian muerto, el tercero, despues de haber manifestado los primeros síntomas, se ha curado.

Este último perro, inoculado nuevamente en 1882, dos veces, por trepanacion, no se ha hecho rabioso.

En consecuencia, la rabia, aun cuando haya sido benigna en sus síntomas, no ha reincidido.

Hé aquí, un primer paso en la vía del descubrimiento de la preservacion de la rabia.

XI—Poseemos por ahora cuatro perros que no pueden ser atacados de rabia, cualquiera que sea el modo de inoculacion é intensidad de la virulencia de la materia rábica.

Los perros testigos, inoculados al mismo tiempo, son atacados todos de rabia y mueren por ella.

Esos cuatro perros comprenden el precedente, el de la proposicion X.

Como este último, son preservados de la rabia por la enfermedad benigna curada, que hubiera escapado á la observacion, ó ¿son refractarios naturalmente á la rabia, siempre que se tengan tales perros? Es un punto que nosotros examinaremos ulterior y próximamente.

Me limito á añadir que, el hombre no contrae nunca la rabia sino á consecuencia de una mordedura por un animal rabioso, bastaria encontrar un método propio que oponer á la rabia del perro para preservar la humanidad del terrible azote. Este objeto está lejano, pero en presencia de los hechos que preceden, nos es permitido esperar que los esfuerzos de la ciencia actual lo conseguirán un dia.

Es á la oficiosidad de M. Bourel, veterinario de Paris, muy conocido por sus publicaciones sobre la rabia, á quien debemos los dos primeros perros de rabia furiosa y de rabia muda, empleados al principio de nuestras experiencias (Diciembre de 1880). Desde entónces la rabia ha sido entretenida sin interrupcion en mi laboratorio. En diversas ocasiones hemos podido utilizar perros muertos de rabia en la Escuela de Alfort, gracias á su prontitud en servirnos M. M. Goubaux, Director, y Nocard, Profesor distinguido de esta Escuela. En fin recientemente, M. Rossignol, veterinario en Melun, nos ha proporcionado la cabeza de una vaca, muerta de rabia en una hacienda de su clientela, á consecuencia de la mordedura de un perro rabioso.

Es interesante saber que ya son muertos de la rabia (el úl-

timo, esta mañana mismo) todos los animales inoculados por la trepanacion, el 22 de Noviembre último, con la ayuda del bulbo del cerebro de esta vaca, del lóbulo medio del cerebelo, del lóbulo esfenoidal derecho, en fin por la materia del lóbulo frontal izquierdo, de donde resulta que todas las partes del encéfalo de este animal habia cultivado en abundancia el virus rábico. Sin embargo, con excepcion de una fuerte congestion del lóbulo frontal izquierdo y de una congestion menor en la médula alargada, todas las partes del cerebro parecen muy sanas.

Las proposiciones que preceden son el fruto de observaciones recogidas en experiencias de inoculaciones de rabia, en más de doscientos animales, en perros, conejos y corderos.

MONSIEUR L. PASTEUR.

(*Boletin general de la Terapéutica*, 15 de Enero de 1883).

TRATAMIENTO DE LA FIEBRE TIFOIDEA.

ABRUS PRECATORIUS CONTRA EL PANUS.

Paris, 30 de Enero de 1883.

Señor doctor Nicolas Osorio—Bogotá.

Paris acaba de pasar por una epidemia de fiebre tifoidea, que ha producido una verdadera revolucion en el cuerpo médico, y sobre la cual, quiero insistir un momento, con el objeto solamente, de poder continuar el estudio que principié en mi última carta, sobre la clínica que desde hace seis meses estoy siguiendo.

Ya, mi amigo, el doctor Saldarriaga le ha enviado á usted algunas consideraciones muy importantes sobre las particularidades da la dicha epidemia; quiero solamente insistir sobre los diferentes tratamientos que se han empleado y sobre sus resultados, pero ántes de entrar á tratar esta cuestion me tomo la

libertad de comunicarle á la lijera ciertas consideraciones de higiene general, que la presente epidemia me ha sugerido :

Ahora, más que nunca, se ha podido demostrar del modo más evidente el sabio principio de Sydenham, sostenido con tanta habilidad por Graves y que nos enseña que á pesar de que las causas de insalubridad sean siempre las mismas, cada epidemia se reviste de un genio morboso que le es propio, y así es por ejemplo, las grandes escaras, las afecciones de la laringe y la hipertermia han dominado la escena en el caso en cuestion.

Creo muy difícil el que se pueda desconocer que no solamente las enfermedades esporádicas, sino tambien las epidémicas, están dominadas por la constitucion médica, que dos epidemias sucesivas casi siempre son diferentes y que las epidemias se reproducen idénticas despues de muchos años. Sinembargo Mr. Rochard ha sostenido en un elocuente discurso, en la Academia de Medicina, que es necesario despreciar toda opinion relativa á la existencia de un génio epidémico particular y que basta para hacer nacer la fiebre tifoidea crear la acumulacion. El sostenimiento de este principio me parece imposible, pues está en desacuerdo completo con lo que se observa diariamente, y para no buscar muy léjos los argumentos basta ver que la epidemia actual es enteramente igual á la que reinó en tiempo de Trousseau, de la cual él nos habla en sus lecciones clínicas, y que todas las intermediarias han sido completamente diferentes.

Siendo el mismo miasma; siendo siempre la acumulacion la infeccion de las aguas, del aire y del contagio; las causas reconocidas de la enfermedad, es necesario buscar en otra parte el por qué, la absorcion del mismo principio no produce resultados idénticos. Este problema que se refiere no solamente á la fiebre tifoidea, sino á la viruela, á la gripa en una palabra á todas las enfermedades miasmáticas, es el que tratan de resolver hoy todos los médicos de esta capital. Desgraciadamente no han llegado á una solucion satisfactoria, pues de lo contrario sabriamos ya de qué depende la constitucion médica ó mejor dicho

la fisonomía especial que desde el origen de la Medicina se está notando en cada una de las epidemias que hasta la época han azotado á la humanidad.

Despues de largas discusiones á que se han entregado en la Academia de Medicina han quedado dominando las dos teorías que nos eran ya conocidas: los unos admiten que es el individuo el que modifica el miasma y le hace seguir una evolucion personal, por decirlo así, dependiente únicamente segun M. Jacoud y sus partidarios, del terreno, de la receptibilidad &c. &c. Los otros partidarios de las ideas de Pasteur, que buscan en la naturaleza causas capaces de atenuar unas veces, de exajerar otras, la accion del *veneno tífico*: "Del mismo modo que por procedimientos especiales se llega á hacer más ó ménos activo el vírus del carbon, dice M. L. Colin, causas locales ó generales como la saturacion más ó ménos grande de las poblaciones, la filtracion más ó ménos completa de las aguas, la temperatura más ó ménos elevada, hacen del veneno tífico lo mismo que hace el micrógrafo ó el químico con el *baccilius anthracis*, sometendolo á éstas ó aquellas condiciones."

Como usted ve, cualquiera que sea la teoría que se acepte, el resultado es el mismo y lo único que nos interesa para la práctica, es el saber que el veneno tífico es modificado en su accion, por circunstancias que no conocemos todavía, pero que probablemente dependen á la vez, del individuo que produce el miasma y del foco que lo produce.

Estas consideraciones de patogenia, vulgares hasta cierto punto, me eran necesarias, para poder juzgar en la medida de mis fuerzas, los diversos tratamientos que se han empleado en la presente epidemia, así pues, le pido perdon por el modo como abuso de su bondad y entro en materia.

Ahora, como siempre, el tratamiento de la fiebre tifoidea ha sido dominado por las ideas reinantes y del mismo modo que en la antigüedad se trataba de calmar la efervencia de los humores, con los antiflogísticos, en la actualidad se ha tratado de

matar los gérmenes morbígenos con la ayuda de los antisépticos. Los preferidos han sido, el sulfato de quinina, el ácido salicílico y el ácido fénico.

No es ésta la primera vez que se recurre al sulfato de quinina en el caso de que hablamos, pues desde hace muchos años Brogna de (Mirande) instituyó este tratamiento, que fué adoptado por algunos de sus contemporáneos y seguido más tarde por muchas notabilidades médicas, entre las cuales recuerdo á M. M. Barthez y Rilliet, pero sí, es ésta, la época en que su eficacia ha detenido al mundo sabio y en que su valor ha quedado casi completamente establecido.

Dos indicaciones se han pretendido llenar con la administración del sulfato de quinina: bajar la temperatura y matar el gérmen infeccioso. Veamos si el éxito ha correspondido á las miras puramente teóricas.

Landouzy, desde el principio de la epidemia, empleó en su servicio el sulfato de quinina á las dosis de 2 á 4 *gramos*, sin resultados poco satisfactorios, llamaron la atención de Mr Hardy, quien al encargarse de su clínica hizo levantar la estadística de la mortalidad de la fiebre tifoidea desde el principio de la epidemia en el Hospital de la Caridad; ahora bien, Landouzy y Beaumetz obtuvieron el primero el 16 por 100 y el segundo el 15 por 100 de mortalidad, entre tanto que Mr Denos que no empleaba la quinina obtuvo el 7 por 100, lo que dijo la estadística de la Caridad lo dijeron las de los otros Hospitales: veamos que la estadística habla en contra de este tratamiento; veamos ahora si las cosas particulares se muestran más favorables:

El mismo día en que Mr Hardy se encargaba de su clínica, se encontraba en el servicio una mujer atacada de fiebre tifoidea que presentaba con un profundo estupor todos los síntomas de una congestión pulmonar y cerebral, la temperatura había bajado en 24 horas de 41° á 38° y ese día como en los días anteriores había estado bajo la influencia de 2 gramos diarios de sulfato de quinina, Hardy busca en vano una complicación capaz de

producir un descanso tan brusco en la línea térmica, y como no la encuentra, inculpa á la quinina, la que sustituye por el tratamiento ordinario; dos dias más tarde la temperatura oxilaba entre 39° y 40° y la enferma ya libre de su estupor y de sus congestiones, sigue la marcha regular de una tifoidea que en veintiun dias la lleva á la convalecencia. En esa misma época, sucumbia por una muerte súbita una enferma que hacia dos dias tomaba 3 *gramos* de sulfato de quinina y cuya línea térmica habia presentado un brusco descenso de 3° y por una singular fatalidad de los hechos; casos enteramente idénticos á los que dejo apuntados, se presentan en el Hôtel-Dieu y en los otros hospitales; muertes súbitas, congestiones múltiples (renales sobre todo) se suceden diariamente en los servicios de los partidarios de la quinina.

Hasta aquí, ni la estadística, ni la observacion clínica favorecen con sus resultados á nuestro poderoso antiperiódico. Veamos si el criterium de la lógica médica, si la terapéutica fisiológica, se muestra más condescendiente.

Evidentemente que la hypertermia es solamente un síntoma de la fiebre tifoidea, síntoma que cuando coincide con una elevacion proporcional del pulso, presenta una gravedad especial; pero tanto la hypertermia como la frecuencia del pulso no son sino la expresion del envenamiento séptico ó el carácter culminante de la enfermedad, no dirigirse sino á éste síntoma, es dejar á un lado la enfermedad misma. Es cierto, que gracias al estudio de la temperatura, se puede seguir la marcha de la enfermedad, que un descenso lento y gradual coincide con una mejora notable, y que *muchas* veces un descenso brusco en los últimos dias de la enfermedad, que no haya coincidido ni con una hemorragia ni con una agresion terapéutica, ponen al enfermo en la posesion de una convalecencia regular; pero es necesario distinguir este descenso regular y normal, del que se produce artificialmente por la administracion de la quinina á la dosis que aquí se ha empleado (2 á 4 *gramos*), porque este resulta casi

siempre, como lo ha demostrado M. Dujardin Beaumetz, de la acción tóxica del agente terapéutico, y aunque la temperatura baje el enfermo, continuará agravandose, pues esta hipertermia no es sino la expresión de una doble intoxicación, la enfermedad y el medicamento.

Nadie ignora los felices resultados producidos por el sulfato de quinina en ciertas fiebres tifoideas de carácter remitente, pero en este caso la quinina llena lo que se puede llamar una indicación positiva, como agente diagnóstico y como agente terapéutico. Se trata también aquí de una cuestión de dosis, pues es necesario no olvidar que en la presente epidemia la dosis mínima ha sido la de 2 *gramos* y que además de sostener el tratamiento durante *muchos días* se iba hasta 4 y 5 *gramos diarios*, es decir que inconscientemente se hacía con los enfermos, lo mismo que en un laboratorio, se hace con un animal, para producirle los fenómenos del quinismo.

Desalentados por su insuceso los partidarios de la quinina, quisieron buscarle la causa, que atribuyeron los unos al genio particular de la epidemia, los otros á la mala calidad de la quinina. Esta última hipótesis ha provocado una acusación contra el proveedor de medicamentos de "La asistencia pública," acusación cuyos resultados ignoramos hasta el día, pero que probablemente no conducirá á nada, pues los resultados de los análisis en los diferentes hospitales no han sido idénticos y sólo en dos, se ha encontrado el sulfato de quinina mezclado al sulfato de cinchonina.

Es imposible desconocerle al ácido fénico sus propiedades antisépticas y los buenos resultados que produce en ciertos casos de fiebre tifoidea, pero tampoco puede aceptarse como tratamiento *exclusivo*, pues para que no sea peligroso es necesario buscar lo que aquí llaman la indicación renal y cuando hay albúmina en las orinas todo el mundo se abstiene de su empleo, ahora bien, como la albuminuria es un síntoma, si no constante, por lo ménos muy frecuente en la fiebre tifoidea, las indicaciones del ácido fénico quedan reducidas á un pequeño número de casos.

Los resultados obtenidos por Mr. Vulpian, con el ácido salicílico, no difieren en nada de los obtenidos por los que han prescindido de esta sustancia.

Como se vé, la terapéutica patogénica, no puede aplicarse todavía al tratamiento de la fiebre tifoidea y por laudables que sean los esfuerzos de los que han querido realizar este progreso, es necesario reconocer que todavía le falta base y que hasta ahora han procedido por analogía, pues para llegar á este fin sería necesario demostrar: 1º Que los micrococcus que han visto son los verdaderos promotores del proceso tífico. 2º Que las sustancias de que he hablado son capaces de detener el desarrollo ó de matar estos micrococcus, y 3º *Que la dosis capaz de producir estos resultados no es tóxica para el enfermo.*

Predominan hasta ahora los principios sentados por Mr. Grissolle en el tratamiento de la fiebre tifoidea, y los resultados de Mr. Herdy quien sigue estas ideas, me han permitido palpar la diferencia que existe entre los que buscan en *esta enfermedad* la indicación sintomática, y los que pretenden dirigirse á la patogénica, pues no solamente la mortalidad sino también la duración de la enfermedad y de la convalecencia está en contra de los últimos.

Las ideas que le dejo expuestas, son las que he podido adquirir en la clínica de Mr. Hardy, quien como usted sabe, es uno de los hombres más prácticos en la Escuela francesa, que no acepta en medicina, sino lo que se le demuestra con la observación y la experiencia, y que sin negar las ideas de Mr. Pasteur, es enemigo de las exageraciones á que las han llevado sus discípulos.

Usted comprende, respetado doctor, que no soy yo el llamado á lanzar juicios dogmáticos sobre nada en medicina, pues carezco de la edad y de los conocimientos necesarios para poder tener ideas personales y muchas veces para distinguir lo nuevo de lo viejo, así pues, lo que hasta ahora le he expuesto, no es sino la síntesis de lo que aquí se ha dicho y se ha hecho respecto al tratamiento de la epidemia que acaba de pasar. Nada de esto puede llamarle la atención á usted que diariamente está resolviendo allá las más grandes dificultades de nuestra práctica y si yo me he tomado la libertad de entretenerlo con esta ya larga

carta, es con el objeto de probarle que hago todos los esfuerzos posibles para corresponder al honor que usted me hace publicando mi correspondencia.

CUATRO PALABRAS DEDICADAS Á LA OFTALMOLOGÍA.

Se trata actualmente de sustituir á las inoculaciones del pus blenorragico en el tratamiento del pannus y de las granulaciones conjuntivales rebeldes, el uso de una planta traída del Brasil y cuyo fruto es muy parecido á lo que allá llamamos *chochas*, es decir aquellas pequeñas *pionías* rojas y negras, con que hacen collares los indios. Ella pertenece á la familia de las Leguminosas y se llama *Abrus precatorius*, es conocida en el Brasil con el nombre de *gequirity*.

La accion de esta sustancia es de las más evidentes. Hé aquí el modo como se emplea en el servicio del doctor de Wec-ker, quien ha sido su introductor.

Se hacen macerar durante 24 horas en 500 gramos de agua fria, 32 gramos (frutos) de *abrus precatorius* pulverizados, se unen en seguida 500 gramos de agua caliente, se deja enfriar y se filtra.

Esta maceracion es empleada en lociones sobre la conjuntiva ó en compresas aplicadas durante alguos minutos segun la intensidad de la conjuntivitis que se quiere producir.

Estas lociones determinan una oftalmia purulenta de aspecto crupal cuya intensidad se puede graduar segun el número de lociones ;

La oftalmia así producida se disipa en el espacio de diez á quince dias sin necesidad de ninguna intervencion terapéutica y *hasta ahora* sin hacer correr ningun peligro á la córnea, aunque ésta haya sido el sitio de una ulceracion anterior.

Actualmente se están publicando observaciones que parecen muy favorables y ya se encuentran casos de pannus binoculares, totales y sarcomatosos curados por esta modificacion del procedimiento del profesor F. Jager, de Viena, procedimiento llamado por Warlomont "*remedio capaz de curar los incurables.*"

Si la práctica más extensa viene á confirmar estas primeras

experiencias, entraremos en la posesion de un agente terapéutico, que prestará incalculables servicios, no solamente á la oftalmología, sino tambien al tratamiento de las enfermedades de la mayor parte de las mucosas.

Para terminar mi carta le suplico una vez más, el que me excuse todo lo inútil que en ella encuentre.

Su afectísimo amigo

JUAN E. MANRIQUE.

78 Rue d'Hauteville.

CATARATA.

NUEVO MÉTODO PARA OPERARLA, LLAMADO MÉTODO DE COLGAJO ELÍPTICO SIN IREDOCTOMÍA.

Señor Redactor de la *Revista Médica*.

Habíamos prometido enviar á usted para su publicacion, la narracion de algunos hechos nuevos que en asuntos de oftalmología hemos presenciado y cuyo conocimiento juzgamos útil; sea porque siendo nuevos constituyen un verdadero progreso; sea porque ellos sirven para dar una idea del ardiente entusiasmo con que la Europa trabaja en este ramo importante de la medicina.

Por hoy nos reducimos á tratar de exponer el nuevo método para la operacion de la catarata y los principales resultados que él ha dado ya, y que nosotros hemos presenciado. Debemos ante todo advertir á nuestros profesores de la Revista, que siendo esta la primera ocasion que tenemos el honor de escribir para ellos, disimulen con indulgencia las inexactitudes de lenguaje y la forma incorrecta de la expresion; en atencion á nuestra notoria insuficiencia y á la falta de hábito para hacerlo. Hecha esta salvedad nos proponemos continuar, haciendo todo lo posible por ser claros y precisos.

Los primeros ensayos clínicos de este procedimiento operatorio comenzaron hace ya cuatro meses en la clínica de M. Galezouski; el principio de ellos coincidió con nuestra

presencia allí y nosotros los hemos seguido hasta hoy. Este procedimiento pertenece exclusivamente al distinguido oculista que hemos mencionado, él es el único que lo practica por el momento; pues aun no es conocido de los otros. M. Galezouski hizo su primera comunicacion á la Sociedad de Cirugía en los últimos dias de Diciembre del año pasado, por lo tanto no es una operacion que haya conquistado ya el asentimiento general de los oculistas, aun de los que residen en Paris. No dudamos sin embargo, que ella sea aceptada cuando la clínica haya hecho conocer las ventajas que proporciona sobre los otros métodos operatorios ántes conocidos.

Propiamente hablando, las modificaciones que introduce en la operacion de la catarata son tan importantes que constituyen un método y un procedimiento.

Para proceder, el paciente se acuesta sobre el dorso y en una cama dispuesta de manera que el campo del operador esté suficientemente iluminado. No insistiremos sobre la manera de tomar el cuchillo y otros detalles análogos que son los mismos cualquiera que sea el método que se adopte y llegamos directamente á la incision de la córnea. Antes de comenzarla, el cirujano tiende el cuchillo de Graef, que es con el que opera, por delante de la córnea y toma aproximativamente el diámetro del cristalino; calculando de esta manera las dimensiones que deberá dar á la incision corneal. Es importante saber las dimensiones de esta incision lo más aproximativamente posible porque de ella depende la mayor ó menor dificultad á la salida del cristalino. *Es mejor en todo caso, hacerla grande que pequeña.* La incision se comienza sobre la córnea á un milímetro de su borde esclerotical y por encima del diámetro horizontal; á una distancia de éste, que varia segun lo exige el volúmen del cristalino. Inmediatamente que el cuchillo ha penetrado en la cámara anterior se levanta el mango del instrumento y se baja la punta hasta el borde inferior de la pupila; se recorre toda la cara anterior de la cápsula de abajo hácia arriba con la punta de éste y por un movimiento inverso Esta maniobra da por resultado la abertura de la cápsula por una seccion vertical. Hecho esto, se retira el cuchillo suave-

mente hasta colocar la punta al nivel del diámetro horizontal de la pupila y hace en este sentido una nueva incision de manera que reunida á la primera completan entre las dos una cruz y establecen cuatro colgajos sobre la cápsula. Es despues de haber incisado así la cápsula cuando el cirujano procede á la contrapuncion; haciendo esta en el punto diametralmente opuesto á aquel por el cual comenzó para la puncion. Para terminar la seccion de la córnea, el cirujano inclina su cuchillo hácia arriba y hácia adelante de manera de tajar sobre ella un colgajo elíptico. El primer tiempo de la operacion termina con esta seccion.

El paciente descansa un momento, despues del cual el cirujano entreabre los párpados y procede á la extraccion del cristalino; para esto ejerce sobre el hemisferio superior del ojo una ligera presion con la cureta de Daviel; lo que hace que los labios de la incision se separen y que el cristalino venga á presentarse por su borde *ecuatorial* á la herida. Durante esta manobra se compromete al paciente á que mire hácia sus piés. La extraccion del cristalino puede considerarse como el segundo tiempo de la operacion. El tercero y último tiempo de ella consiste en limpiar el campo pupilar de algunos fragmentos de las capas corticales que suelen quedar ahí y en desenganchar cuidadosamente el iris, que es arrastrado á veces por el cristalino y queda pinchado entre los labios de la herida corneal; siendo de este modo causas de accidentes más ó ménos graves que comprometen el resultado final de la operacion. El manual operatorio para este último tiempo no ofrece nada de especial; pues se ejecuta de la misma manera que en los otros procedimientos; por esta razon no lo describimos.

La curacion es muy sencilla; ella consiste en proyectar una ducha fenicada sobre el ojo entreabierto, en aplicar en seguida una plancha de algodón fenicado tambien y un vendaje que lo sostenga. En los casos más felices ninguna otra precaucion es necesaria y solo se recomienda al enfermo el reposo. Esta curacion se renueva todos los dias y antes de aplicar la otra se instilan dos gotas de eserina. Las diferencias capitales que caracterizan este método y lo distinguen de los hasta ahora conocidos,

no son difíciles de establecer. El método linear clásico se caracteriza en dos puntos importantes: incision linear en la córnea y irredectomia.

El método de M. Galezouski tiene tres hechos que lo definen: colgajo elíptico en la córnea, abertura de la cápsula con el cuchillo y no con el kistótomo y últimamente no hay iridectomia. Haciendo un colgajo elíptico sobre la córnea se recorre sobre la superficie esférica de esta membrana un camino más corto que en el método á colgajo circular y más largo que en el método linear. Haciendo con el cuchillo la abertura de la cápsula en forma crucial se alejan hasta donde es posible las probabilidades de catarata secundaria. La diferencia más interesante y sobre la cual insiste el profesor Galezouski consiste en que él *no practica la pupila artificial*.

La iridectomia fué aconsejada principalmente como medio preparatorio para seccionar ampliamente la cápsula y además para facilitar la salida del cristalino. La seccion de la cápsula puede hacerse tan completamente como se quiera cuando en lugar del kistótomo se recurre al cuchillo. La salida del cristalino se efectúa sin dificultad al traves de pupilas relativamente estrechas; el iris funciona como un espíritu cualquiera; él se dilata mientras pasa el cristalino y despues vuelve sobre sí mismo para recuperar sus dimensiones primeras, sin que jamas le hayamos visto desgarrarse. La iridectomia tiene sus desventajas tanto para las maniobras operatorias como en sus consecuencias posteriores. Todos sabemos que á la seccion del iris suele frecuentemente seguirse una hemorragia, más ó ménos notable, que se acumula en la cámara anterior y que es un grande obstáculo para la incision de la cápsula; porque obliga al cirujano á proceder á tientas sin saber lo que hace. Cuando no se toca el iris no hay razon para que sobrevengan hemorragias y el cirujano puede con certidumbre continuar su operacion. En fin, si la iridectomia es innecesaria para las facilidades de la operacion como tienden á demostrarlo estos nuevos ensayos clínicos,

tambien es inútil y perjudicial para el paciente. Cualquiera que sea el papel que el iris esté llamado á desempeñar en los fenómenos de la vision ; es indudable que éste será llenado mejor con una pupila natural, que con otro de forma y dimensiones anormales. Pudiera creerse que practicada la iridectomia, como se acostumbra en la parte superior de la córnea, que naturalmente se encuentra cubierta por el párpado superior en la vision ordinaria, esta circunstancia fuera capaz de corregir por inconvenientes á que aludimos ; sin embargo los hechos clínicos demuestran lo contrario. Hemos visto individuos que habian sido operados de un ojo por el método linear y por consiguiente con iridectomia. Estos individuos no vacilan en declararse más satisfechos del último ojo que del primero y dicen que cuando miran exclusivamente por el ojo que lleva la pupila artificial se sienten más ó ménos deslumbrados y los objetos no son percibidos netamente. Con el ojo que conserva la forma normal de la pupila, los enfermos no se sienten deslumbrados y el resultado final es tan completo como puede desearse. El número de los operados alcanzaba ya en los últimos dias del mes de Enero de sesenta y cuatro, todos con éxito.

Esta era lo que nos proponiamos decir sobre el nuevo sistema de operar la catarata llamado, *método de colgajo elíptico sin iridectomia*. Operando así no se aprovecha más que el cuchillo inventado por de Graef para su método linear.

AVELINO SALDARRIAGA.

Paris, Febrero 24 de 1883.

ESTUDIO

SOBRE LA ÚLTIMA ENFERMEDAD DEL CIUDADANO PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA, DOCTOR FRANCISCO J. ZALDÚA.

(*Conclusion*).

Los médicos convinieron en las siguientes prescripciones: ponerlo en la cama abrigándolo con esmero ; hacerle fricciones

secas seguidas de otras con una bayetilla empapada en linimentos excitantes; sinapismos en varias partes del cuerpo: mantener el calórico en las extremidades con botellas llenas de agua caliente; y darle á tomar té caliente con leche.

Por la noche la reacción habia sobrevenido; tenia la piel ardiente (39 y medio grados), el pulso lleno, fuerte y desigual (120 pulsaciones por minuto); y tos fuerte, quintosa, seguida de la expulsion de una gran cantidad de mucosidades. Examinado el tórax, dió á la percusion un sonido mate á la base de los pulmones, y allí mismo no se oia el murmullo respiratorio lo que nos dió á conocer que se estaba efectuando un principio de congestion pulmonar; en el resto de los pulmones los mismos ruidos que habiamos encontrado antes, lo que nos hizo creer que á pesar de la abundante expectoracion, las mucosidades eran expulsadas incompletamente.

Las siguientes prescripciones fueron aconsejadas por todos: repetir los sinapismos en la espalda y en el pecho; y

T.

Looc pectoral..... 125 gramos.

Kermes mineral..... 0,60 centígramos.

M. s. á. R. Las cucharaditas.

Tomará una cucharadita cada dos horas.

Al dia siguiente se nos informó que durante la noche habia tenido mucha agitacion, que no habia dormido, que la tos habia sido así constante, que habia tenido náuseas, de cuando en cuando habia presentado un poco de delirio y acceso de sofocacion.

Como el doctor Osorio se habia ido para el campo, por exigirlo así su salud, suspendimos los medicamentos hasta que llegara el doctor Maldonado, que vino una hora despues. Asociados á él encontramos en el exámen que le hicimos al doctor Zaldúa que la piel estaba fresca (38 y medio grados) y ligeramente sudosa, que el pulso era débil, frecuente (120 pulsaciones por minuto) é irregular, que la lengua estaba cubierta de una

pasta amarillosa, húmeda en la base y seca en la punta; que en el tórax hácia atrás, habia un sonido mate en el tercio inferior de ambos pulmones aumento de las vibraciones de la voz y desaparicion del murmullo respiratorio, en los mismos puntos; en el resto de los pulmones se oian diversos estertores sonoros, roncantes, sibilantes y á gruesas burbujas, sobre todo cuando tosia; la respiracion era anhelosa, frecuente (35 inspiraciones por minuto) é incompleta; los labios y las extremidades estaban cianosados, las venas subcutáneas llenas y salientes y el dolor del pecho persistia lo mismo que el subdelirio.

Evidentemente, la congestion pulmonar habia aumentado; la impermeabilidad de los pulmones en su tercio inferior lo demostraba. La respiracion, por esta causa, era incompleta. La presencia de una gran cantidad de mucosidades en los bronquios, revelada por los ruidos que se oian al practicar la auscultacion, hacia que la respiracion fuera muy laboriosa, defectuosa y fatigante; el aire, pues, no podia penetrar á las últimas ramificaciones de los bronquios, lugar donde se efectúan los principales fenómenos de la respiracion.

Todo el aparato sintomatológico se explicaba fácilmente: haciéndose la respiracion de un modo imperfecto, la sangre no podía desembarazarse del ácido carbónico, ni apoderarse del oxígeno del aire para que se verificaran las combustiones que tienen lugar en el fondo del organismo, por consiguiente casi todo el líquido sanguíneo tenia los caractéres de la sangre venosa, que es impropia para el funcionamiento regular de la organizacion; de allí, la cianosis, lo fresco de la piel, el sudor, el subdelirio, las irregularidades de los movimientos del corazon y la falta de fuerzas.

El estado era grave y así se lo manifestamos al doctor Zaldúa hijo. Acordamos las siguientes prescripciones: aplicar sobre el pecho y la espalda bayetas humedecidas en espíritu de trementina, tomar vino de jerez en agua ó leche y darle cada hora una cucharada de una pocion con polígala de Virginia, oxímiel escilitíco y jarabe de tolú.

A medio día el estado era más grave.

Por la noche, el pulso era muy irregular y frecuente (140 pulsaciones por minuto.) la piel sudosa y fresca (38 grados del centígrado); el dolor de debajo de la tetilla izquierda se presentaba con tal violencia que le impedía hasta cierto punto los movimientos respiratorios; á la percusion. en esa rejion, encontramos un sonido mate, bien caracterizado; las vibraciones de la voz habian aumentado. La auscultacion nos reveló la presencia de un estertor fino y crepitante, al momento de la inspiracion en el mismo punto; la tos habia disminuido y habia perdido su forma quintosa, era profunda y cada acceso arrancaba un quejido al paciente; y la espectoracion desapareció en absoluto.

Estos síntomas nos convencieron de que una neumonía estaba desarrollándose en esos momentos, y lo hicimos saber á la familia y a los señores Secretarios de Estado.

Prescribimos de comun acuerdo: sanguijuelas; un vejigatorio cantaridiano espolvoreado con alcanfor; repetir la aplicacion de las bayetas empapadas en espíritu de trementina, continuar el agua de azúcar con vino y el té con leche y la pocion.

Al día siguiente, por la mañana, se nos dijo que el doctor Zaldúa habia pasado mala noche. El pulso presentaba los mismos caractéres de la víspera, la piel seguia fresca y sudorosa; el dolor de costado era ménos intenso; la respiracion anhelosa y frecuente (40 inspiraciones por minuto); algo de tos; la espectoracion era en pequeña cantidad y se hacia con grandes esfuerzos; los esputos eran como acaramelados, viscosos, adherentes al vaso y de un color rosado de ladrillo molido; sobre algunos de ellos, habia estrías sanguinolentas. Al examinar el tórax notamos que el sonido mate se habia estendido hácia atras, en toda la mitad inferior del pulmon izquierdo; que las vibraciones de la voz eran más perceptibles; que habia ausencia completa del murmullo respiratorio; que los estertores crepitantes habian desaparecido; y que en su lugar se oia un ruido de soplo y brocofonía en la region que dejamos indicada. El subdelirio y la

somnolencia alternaban, en los momentos en que el dolor lo dejaba en reposo.

Prescripciones; curar el vejigatorio; repetir las bayetas empapadas en espíritu de trementina; y continuar con el vino.

T.

Looc pectoral..... 120 gramos.

Oxido blanco de antimonio..... 0, 40 centígramos.

M. s. á. R. Las cucharadas.

Cada dos horas una cucharada.

A medio día la agravacion era más notable.

El señor doctor Francisco Bayon lo vió y creyó que se podia salvar; y ordenó una pocion con tártaro emético y una enema purgante con sal de Inglaterra.

Por la noche volvimos á examinarlo y encontramos que todo el pulmon izquierdo habia sido invadido por la inflamacion, pues los signos suministrados por la percusion y la auscultacion, eran los mismos observados por la mañana en la parte inferior del pulmon, pero extendidos á todo él. En el lado derecho, notamos, en el tercio superior del pulmon, los mismos signos, muy caracterizados; además, el pulso era pequeño, filiforme, irregular é intermitente (145 pulsaciones por minuto); la piel fria (37 y medio grados apenas) y cubierta de sudor glutinoso; la lengua seca, amarillenta y ligeramente temblorosa; y la somnolencia y el subdelirio persistian.

La neumonía en su creciente marcha se habia apoderado de todo el pulmon izquierdo y habia invadido tambien el pulmon derecho; el estado general era pésimo; no habia proporcion ninguna entre la temperatura, el estado del pulso y la inflamacion pulmonar. Todo esto nos hacia creer que un resultado funesto podia presentarse de un momento á otro; en tal virtud así lo pusimos en conocimiento del doctor Zaldúa hijo, en presencia del señor doctor Napoleon Borrero, Secretario del Tesoro, y al mismo tiempo le rogamos nos permitiera retirarnos por la imposibilidad en que estábamos de salvarlo, pero él

nos suplicó que siguiéramos asistiéndolo cualquiera que fuese el resultado.

Las mismas prescripciones.

Al día siguiente todo había empeorado; existían los mismos síntomas. El doctor Bayon, nos llamó la atención sobre dos síntomas más: la estitíquez y el meteorismo; y siguiendo sus consejos, se le prescribió al enfermo lo siguiente:

Suspender la medicación empleada y darle:

T.

Calomel 1 gramo.

R. El purgante.

Lo tomará de una vez en suspensión en una cucharada de jarabe simple; se le administrará una enema purgante con sal de Inglaterra y tomará solamente alimentos endulzados.

El purgante no produjo su efecto sino por la noche.

El mal fué agravándose hora por hora; la postración era cada vez más marcada, sin embargo de cuando en cuando, se le veían hacer esfuerzos, que creíamos fuera incapaz de hacerlos. No lo volvimos á auscultar, porque para eso era preciso sentarlo, y temíamos que se produjera un síncope mortal.

El principio de la agonía fué marcada por síncope de poca duración, durante los cuales parecía que todo había terminado, pero su vida se prolongó hasta el 21 de Diciembre de 1882, á la una y seis minutos de la tarde, hora en que dejó de existir.

En nuestra opinión el Presidente de la República doctor Francisco J. Zaldúa, padecía de una bronquitis crónica sintomática de las granulaciones miliares de que estaban plagados sus pulmones y de una cistitis crónica, que últimamente se había propagado á los riñones, que destruyeron su organización. La enfermedad renal no había pasado desapercibida para nosotros; de tiempo atrás, la habían diagnosticado los doctores Plata Azuero y Proto Gómez.

Su última enfermedad fué una bronconeumonía doble que sobrevino en el curso de la bronquitis crónica, de que adolecía en una de las recrudescencias á que estaba sujeta.

Bogotá, Enero 31 de 1883.

J. V. URIBE—PROTO GOMEZ— JOAQUIN MALDONADO.

ENSAYO ETNOLOGICO

SOBRE LOS ABORÍGENES DEL ESTADO DE ANTIOQUIA.

Bien quisiéramos poder insertar en la *Revista Médica* todo el interesante trabajo que, con el título que encabeza estas líneas, presentó á la Sociedad de antropología de Paris el doctor Andres Posada Arango, pero, no permitiéndolo la extension de él y los límites de un periódico mensual como el que redactamos, solo trataremos de recomendarlo á nuestros lectores haciéndole conocer cada uno de los importantes asuntos que son el objeto de los cinco capítulos en que está dividido é insertando, por último, todo el que constituye su parte final. Esto será al ménos el mejor elogio de la obra y su principal recomendacion.

1º Descripcion del Estado de Antioquia.

2º Conquista.

3º Aborígenes de Antioquia, estado en que se encontraban al tiempo de la conquista, habitaciones, trajes, adornos, armas, alimentos, industria, ciencias, religion, gobierno, música y fiestas, entierros, carácter, *usos particulares*.

4º Salvajes que existen actualmente.

5º Conclusion.

Habla el doctor Posada: Hubo un tiempo en que el espíritu humano, tomando por guia el Historiador sagrado, emprendia con paso mesurado, pero firme, su marcha investigadora por el inmenso eriazó de la ciencia. Al estudiar entónces las razas

distintas que hallaba en su camino, el Blanco descendiendo de las cimas del Cáucaso, el Negro saliendo de los arenales del Africa, el Amarillo reclinado en las llanuras de la Tartaria, y el Cobrizo vagando por las selvas de América, el habia admitido la influencia de los agentes físicos; habia reconocido la accion lenta, pero incesante, de todo un mundo exterior, ejercida, de generacion en generacion, sobre un ser viviente, impresionable. Al examinar los usos, las costumbres, las ideas en los diversos pueblos, habia creido ver el desarrollo paulatino é irregular, las evoluciones sucesivas de una civilizacion única, salida de un solo punto, como un manantial que va á derramarse en la comarca y cuyas aguas se coloran ó cambian de sabor segun los terrenos que atraviesa, ó como un puñado de semilla dispersada al viento, que la distinta feracidad del suelo y los modos de cultivo van en adelante á diferenciar y á trasformar.

Y así, bajo ese supuesto, con esa pauta el hombre habia podido, sin perderse, recorrer el globo entero, estudiando los variados vegetales que lo cubren, el líquen humilde como el roble altanero, la espórula informe y diminuta como la flor complicada, tálamo de los esposos fitogénicos, con sus amores, con sus nectarios, su perfume; habia pasado en revista la muchedumbre de animales que lo habitan, el insecto con sus metamórfofis, el castor con sus instinto, el águila en su raudo vuelo, el cordero en su mansedumbre, la hiena en su ferocidad; habia descendido al mar profundo y arrebatádole sus recónditos arcanos; penetrado en las entrañas mismas de la tierra, examinando sus estratificaciones mil veces seculares, sus fósiles prehistóricos y su foco ardiente; habia abarcado el espacio infinito de los cielos, medido, pesado, y sujetado á leyes los innúmeros soles que lo pueblan, y se habia en fin, estudiado así mismo, en su organizacion y en sus facultades, es decir, el hombre, la obra acabada, el resúmen de la creacion, la síntesis viviente de las maravillas.

Y hasta ahí, la ciencia que investiga y la revelacion que enseña, con aparentes más no reales desidencias, habian marchado de acuerdo.

Pero hé aquí que hoy ese mismo espíritu humano, siempre inquieto, no cansado, saciado más bien de estudiar el mundo actual, lo que existe, quiere también leer en el pasado y adelantarse al porvenir, No satisfecho con conocer el hombre que es, quiere conocer el hombre que es ó que debió ser; y arrojando de su mano el Libro Santo, apagando con su soplo la antorcha de la revelación que podía guiarlo, pretende, audaz y temerario, remontarse por su solo esfuerzo hasta su origen; asistir, por decirlo así, á su nacimiento.

Tal es la gran cuestión, el árduo problema que se han impuesto los sabios. Para su esclarecimiento ya que no pasa su solución definitiva, pues él parece estar más allá de los límites asignados á la ciencia, nosotros creemos que el estudio de los usos y costumbres en los diferentes pueblos, es decir la etnografía, puede contribuir tanto ó más que el estudio de las razas, que la antropología propiamente tal.

Veamos pues sí, bajo este punto de vista, el cuadro que hemos bosquejado no es de alguna utilidad.

Nada de sorprendente, de curioso ni de raro ofrece la vida de los aborígenes de Antioquia, Por el contrario, puede decirse que todos sus usos, sus prácticas, sus artes y sus instrumentos eran ya conocidos. Entre ellos hallamos, en efecto, el arco y las flechas, de uso universal y cuya invención se hace remontar hasta Nemrod; la honda igualmente empleada en todos los pueblos antiguos, y que valió á David su glorioso triunfo sobre Goliath (24); las hachas, lanzas y demás instrumentos de piedra (piedras célticas), hallados entre los celtas, los Galos y los Escandinavos, como en Italia, en Nueva Zelanda, en las islas Sandwich (25).

(24) Entre los salvajes que usan todavía la honda como una de sus principales armas, citaré los de Otaití ó Nueva Cíteres.

(25) Pueden verse en las colecciones del museo de Londres.

Sus adornos eran pendientes ó zarcillos (26) collares (27), brazaletes, pulseras, penachos y diademas, usados por todas partes. Entre ellos observamos la misma estimacion por el oro, las esmeraldas, las perlas, y demás objetos llamados preciosos; el mismo modo de trabajar la arcilla y el oro; los mismos ins-

(26) A propósito de los pendientes ó zarcillos, juzgo que no será inoportuno reproducir aquí algunas reflexiones que sobre el particular habia yo consignado entre otra de mis publicaciones. (Viaje de América á Jerusalem, tocando en Paris, Lóndres, Loreto, Roma y Egipto). Qué significan los zarcillos? Qué idea pudo sugerir á la especie humana la extravagante costumbre de hacerse huecos en su cuerpo para colgarse adornos, pudiéndolos llevar en la cabeza, en el cuello y en tantas otras partes sin necesidad de herirse?

Ninguna explicacion se encuentra en los autores acerca de este asunto. Lo único que sabemos es que el uso es muy antiguo, pues la Biblia hace mención de él al hablarnos del mayordomo de Abraham, que fué á la Mesopotamia á buscar esposa para Isaac llevándole unos zarcillos. ¿No seria como un sello que los maridos ponian en el oido de sus mujeres, para indicar que sólo á ellos debian escuchar? Tal es la interpretacion que yo me he dado, atendiendo á que primitivamente sólo ellas los usaban. Una idea semejante debió introducir los anillos que se regalaban en testimonio de afecto para llevarlos en el dedo que erradamente suponian estar en dependencia particular del corazon.

De las mujeres los pendientes pasaron á los hombres, Gedeon, despues de su victoria sobre los ismaelitas, recogió de los cadáveres bastantes zarcillos para hacer un efod de oro.

Entre los griegos y los romanos las jóvenes los usaban en ambos lados, y los mozos en uno solo; y algunos eran tan valiosos, que Séneca censuraba el que se cargara en las orejas todo un patrimonio.

Dicho uso, ya propio de las mujeres, ya comun á ambos sexos, limitado á las orejas ó extendido á la nariz y aun á los labios, ha existido en todos los pueblos de la tierra, así antiguos como modernos, bárbaros como civilizados. Cómo, pues, no ver en él un punto de contacto, un lazo de union entre todos ellos? Cómo concebir su aparicion en paises tan remotos y tan incommunicados, si se consideran las razas humanas como especies realmente independientes y distintas?

Sí, como no hay que dudarle, el uso de los zarcillos tuvo en su origen alguna significacion ceremonial que hoy ignoramos, lo que pudo hacerlos entónces tolerables, no por eso deja de ser muy extraño que hoy dia, en una época ilustrada y en sociedades cultas, se martirice todavía á las niñas con tal fin, exponiéndolas aun á la muerte, como hay en la ciencia casos bien comprobados, por erisipelas ú otros accidentes. Tarde será, pero llegará dia en que la costumbre será abolida, y las generaciones venideras se admirarán de que haya podido conservarse durante tántos siglos.

(27) Los collares de caracoles ó conchas, usados aún en Nueva Zelanda, en Australia, en las islas Marquezas, en Sandwich, &c. lo eran tambien por egipcios; los dientes se hallaron entre los galos y en otros muchos pueblos antiguos, y se usan todavía en Guinea.

trumentos para la pesca (28); el mismo modo de labrar la tierra; el huso para hilar el algodón (29); los mismos instrumentos músicos (30); el uso de la sal en los alimentos, y, en fin, la costumbre de enterrar los muertos con armas, provisiones y sus mujeres y esclavos.

Si algunas de las prácticas y de los objetos que dejamos enumerados como comunes á diversos pueblos ó países, pueden considerarse como obra de la necesidad, que el instinto humano ha podido crear por todas partes, es innegable que hay otros muchos que no se encuentran en ese caso, que no satisfacen á ninguna exigencia, que parecen mero efecto del capricho y que, por lo mismo, no es natural suponer hayan sido inventados espontáneamente en tantas y tan remotas regiones.

Más lógico sin duda es pensar que, descubiertos ó usados al principio en una localidad, se esparcieron despues por todos los países. Pues, para explicar una tal trasmision por la superficie de la tierra, la única hipótesis que satisface es la de admitir para el género humano un origen comun, un tronco único, de donde extendiéndose y propagándose sucesivamente, llevó consigo las costumbres y los conocimientos adquiridos en aquella época, es decir, los que tocan de cerca á la cuna de la humanidad.

Nosotros creemos, por consiguiente, que la existencia de dichos usos y de dichos objetos en naciones tan distantes, es una prueba de la unidad de la especie humana, en testimonio de la ciencia en apoyo de la revelacion.

(28) Los anzuelos por los Meo-Zelandeses y los habitantes de las islas de Friendly son de hueso, y los de los australianos, de concha. En el Darien los hacian de escama de tortuga, y los de los egipcios eran de cobre.

(29) El huso es ciertamente una de las invenciones más antiguas. Los romanos las tenian de hueso (Museo de Pompeya) en Egipto los habia de piedra (Museo de Turin), y los de barro se han hallado entre los Etruscos (Museo de Roma), en Méjico, en el Perú y en Africa (Museo de Lóndres).

(30) El Génesis nos indica á Tubal, de la sexta generacion de Cain, como inventor de la flauta. La llamada de Pan era conocida de los indios peruanos, de los de la Guayana, los de la Nueva Zelanda, de las islas de Friendly, &c.

Pero exageramos acaso la importancia de esta observacion ? Nos hacemos una ilusion respecto de su valor ? Otros lo juzgarán. Por nuestra parte, convencidos como estamos de la certidumbre de los dogmas, creemos hallar por todas partes los comprobantes de nuestra doctrina. Es por eso que vemos sin ninguna preocupacion engolfarse la ciencia en senderos diferentes, contando, con fe indestructible, que á pesar de sus divergencias pasajeras que nos la muestran en oposicion abierta con la revelacion, ella vendrá al fin, en su marcha sinuosa, al mismo camino, á la misma direccion, porque la verdad no puede ser sino una sola.

Si, yo creo firmemente que todos los esfuerzos de la ciencia acabarán por hacer nacer el hombre rey de la creacion, llamado por su origen, su conciencia y sus ideas, á eternos destinos, y no el descendiente infeliz, aunque perfeccionado, de los brutos. Esos juegos son de la imaginacion, ingenio sin duda, pero que la imaginacion rechaza.

A. POSADA ARANGO.

✓ INDICACIONES TERAPEUTICAS

AL PRINCIPIO DEL ESTRANGULAMIENTO INTERNO.

(Por el doctor Gentilhomme).

Los puntos principales de este trabajo pueden reasumirse en las dos proposiciones siguientes :

1º Los primeros accidentes del estrangulamiento interno, se agravan ordinariamente por el tratamiento ; ya sea que el médico los deje desarrollar sin ponerles obstáculo ninguno, ya porque intervenga con una medicacion intempestiva.

2º Dichos accidentes se curan en lo general con un tratamiento racional.

Para mayor claridad me ocuparé ántes que todo, de las medicaciones que es preciso evitar, y despues de las que conviene emplear.

I

CONTRAINDICACIONES.

Todos los autores clásicos están de acuerdo en el uso de los purgantes en el estrangulamiento intestinal; pero la experiencia ha venido demostrando, que casi siempre aumentan la gravedad de los accidentes.

La teoría mecánica del estrangulamiento de Hermmann Lossen, expuesta y apoyada por P. Bergen en los *Archivos de Medicina* de 1876, permite comprender fácilmente los efectos funestos de los evacuantes en esta enfermedad.

Reasumiré en pocas palabras, las experiencias que sirven de base á la teoría de Lossen. Supongamos que una ansa intestinal sea introducida en un anillo suficientemente grande, para que no ejerza ninguna presión sobre ella ¿que fenómenos se pasarán en la ansa? Lo probable es que los líquidos y los gases contenidos en ella, contiúen circulando como de ordinario sin producirse ninguna perturbacion.

La observacion y las esperiencias, nos demuestran :

1.º Que en las hernias voluminosas, que son habitualmente contenidas por un bendaje, y que tienen un cuello muy ancho, son rara vez, el sitio de accidentes de obstruccion, porque se hace libremente en la porcion herniada, la circulacion de los líquidos y de les gases.

2º Que si se hace pasar, un pedazo de intestino de 30 centímetros de largo, al traves de un anillo metálico bastante grande y apénas capaz de ejercer una presión moderada sobre él, tendremos un *schema* de una hernia de cuello grande, que nos servirá para hacer las experiencias siguientes :

Si echamos un poco de agua por la estremidad superior de dicha ansa intestinal, observaremos que saldrá por su estremidad inferior, despues de haberla recorrido en toda su extension; igual cosa se pasará si la insuflamos con lentitud, los gases circulaban libremente.

En un gran número de casos al principio del estrangulamiento interno, el intestino es, como en la experiencia que acabamos de hacer, permeable á los líquidos y á los gases. A primera vista parece difícil darse cuenta, del modo como se produce más tarde el estrangulamiento y como puede sorprenderse la circulacion de los líquidos y de los gases; pero las experiencias siguientes, nos permiten dar una explicacion satisfactoria de este hecho.

Tornemos de nuevo la ansa intestinal introducida en el anillo; insuflémosla con precaucion y veremos que el aire circula fácilmente en ella y que se escapa por su extremidad inferior. Si la insuflamos con más fuerza, el aire ya no circulará con la misma facilidad; si la insuflamos con más intensidad, el aire no saldrá por su extremidad inferior.

Hé aquí lo que sucede: la extremidad superior de la ansa intestinal se destiende poco á poco, por la dificultad que tiene el aire para escaparse con una rapidez proporcionada á la fuerza con que insuflamos; la distencion llega rápidamente á un grado tal en la extremidad superior, que ejerce sobre la inferior una presion al nivel del cuello que oblitera el calibre del conducto intestinal y suspende la circulacion de los gases en toda la extremidad inferior.

Podemos repetir las mismas experiencias con agua y darán el mismo resultado, con la diferencia que obtendremos más fácilmente la obstruccion, y que ésta será tanto más considerable, cuanto más pequeño sea el anillo.

De estas experiencias resulta, que no es indispensable que el anillo al travez del cual pase el intestino sea pequeño, puesto que obtenemos los mismos resultados con un anillo relativamente grande; puesto que la causa principal reside en la presion exagerada de los líquidos y de los gases en la extremidad superior del intestino.

Lo que dejamos espuesto explica como se produce el es-

trangulamiento en el caso en que existen las disposiciones anatómicas siguientes: un nudo, una brida, una perforacion del mesenterio ó una ansa intestinal que pasa por un anillo de un tamaño regular.

Dadas estas condiciones, el estrangulamiento interno no se producirá sino cuando se aumente de un modo brusco la presion en la estremidad superior del intestino.

Este aumento de presion se produce:

- 1º Despues de una comida copiosa.
- 2º Despues de una digestion laboriosa, acompañada de desarrollo de gases; y
- 3º Despues de una indigestion.

Si llega á aumentarse repentinamente la presion en la estremidad superior del intestino, tiene necesariamente que comprimir la porcion inferior; de allí, la suspencion del libre curso de las materias contenidas en él, y como efecto inmediato, el estrangulamiento á un débil grado. Este principio de estrangulamiento, desapareceria, si la presion disminuye ó si el anillo se ensanchara. Creemos que lo primero sucede en muchos; pero es justamente en estos momentos que el uso de una medicacion racional, en apariencia, puede tener las más fatales consecuencias.

Así es que cuando un individuo que sufre de desarreglos en la digestion, se queja de malestar en el vientre, de cólicos pasajeros, que tiene la lengua saburral y vomita, se le administra, al punto, un purgante, y en lugar de aliviarse, se le aumentan todos los accidentes. La accion del purgante eleva la presion en la parte superior del intestino porque aumenta las secreciones y excita las contracciones de la túnica muscular.

El estrangulamiento se confirma; llega el segundo grado; el intestido se congestiona, sus paredes aumentan de espesor; el mesenterio se congestiona tambien á su turno; y la ansa intestinal herniada está muy distendida, lo que hace imposible su re-daccion espontanea provocada.

Tales son los desórdenes que se producen con una medicacion intempestiva.

No tengo necesidad de agregar que los accidentes que dejamos señalados, se producen espontáneamente en muchos casos, por el mecanismo siguiente: una porcion del intestesnino pasa por un anillo grande ó pequeño, no importa; á consecuencia de una mala digestion se comprime un poco y es el asiento de cólicos dolorosos y de contracciones; el paciente tiene entónces náuseas y vómitos. Las contracciones del diafragma y las de los músculos abdominales que acompañan el esfuerzo del vómito, aumentan la presion en las vísceras contenidas en la cavidad abdominal, y por consiguiente en la porcion superior del intestino; la ansa sometida á estos esfuerzos avansa más y más al traves del anillo y pronto adquiere una longitud considerable; la contraccion se aumenta y con ella la congestion dei intestino y del mesenterio. En el último período sobrevienen la gangrena y la perforacion del intestino, seguidos instantáneamente de peritonitis.

Conclusion: Es preciso no hacer uso de ningun medicamento, que aumente la presion en la extremidad superior del intestino, exagerando la secrecion de los líquidos y de los gases y que provoque las contracciones de este conducto.

II

INDICACIONES QUE SE DEBEN LLENAR—TERAPÉUTICA RACIONAL.

Como nada podemos hacer para ensanchar el anillo que extrangula, no nos ocuparemos de este punto; más, en cambio, sí podemos hacer mucho para no aumentar la presion de los líquidos y de los gases en el intestino, y aun intervenir eficazmente en su disminucion.

Para llegar á ese resultado emplearemos los medios siguientes:

- 1º Al interior polvos absorbentes; carbon, bismuto &c. &c.
- 2º Sobre el vientre, vejigas con hielo.

Nadie ignora que este medio ha sido muy recomendado y

que ha dado buenos resultados. La acción del hielo, es compleja, por el frío, disminuye el volumen de los gases.

3º Administrar ópio al interior; este medicamento calma las contracciones del intestino y disminuye la presión en la extremidad superior.

4º Por la compresión.

La segunda indicación que se debe llenar, es la de reducir la ansa herniada. No podemos obtenerla sino por dos medios: por la presión ejercida sobre el intestino, es decir, por la taxis, ó por tracciones ejercidas sobre las dos extremidades del intestino, ó sobre una de ellas únicamente.

La taxis ha dado algunos resultados buenos.

Las tracciones sobre una de las extremidades del intestino, permitirán hacer desaparecer rápidamente el estrangulamiento; pero nos es imposible hacerlas directamente; de un modo indirecto sí la conseguiríamos excitando las contracciones de la extremidad inferior solamente, pues las de la extremidad superior aumentarían sin duda el estrangulamiento por el aumento de líquidos y de gases que se acumularían allí.

Creo que en los casos de curación espontánea la reducción se efectúa por las contracciones de la extremidad inferior del intestino, puesto que las contracciones de su extremidad superior, producirían más bien un aumento de presión con todas sus consecuencias. No se puede admitir la eficacia de la presión determinada por la contracción de los músculos abdominales, pues se haría sentir no solamente en la ansa herniada sino en todo el intestino.

Para atender á la segunda indicación en el tratamiento del estrangulamiento interno, es necesario hacer contraer la extremidad inferior del intestino, lo que obtendremos con los medios siguientes:

1.º Con lavativas; y

2º Electrizando la extremidad inferior del intestino.

Estos dos medios han dado buenos resultados; toca á la

experiencia ulterior determinar en qué circunstancias conviene, emplearlos de preferencia: en los casos que he tenido á mis cuidados me han proporcionado muchas ventajas las lavativas purgantes de sen y sulfato de soda, segun la fórmula del Codex, empleados desde el principio. Las inyecciones de agua gaseosa, producen efectos análogos.

En apoyo del método curativo que acabamos de exponer, voy á referir dos observaciones de obstruccion intestinal seguidas de curacion.

OBSERVACION 1.^a—*Estrangulamiento del intestino. Timpanismo. Tumor en la fosa iliaca. Curacion. Reinsidencia al cabo de diez y ocho meses con los mismos síntomas. Nueva curacion.*

M. N. de 35 años de edad, fabricante de agua de seltz, fué atacado de un estrangulamiento intestinal el 13 de Julio de 1880, en las circunstancias siguientes: este señor que no se habia enfermado nunca tuvo vómitos repetidos durante la noche del 12 al 13 de Julio; cuando lo ví en la mañana del 13, me refirió que se habia acostado bueno y sano la víspera, y que habia despertado durante la noche á causa de un incendio en una casa vecina, que se habia levantado y que habia salido á la calle por poco tiempo; que habiéndose sentido con mucho malestar en el estómago volvió á acostarse y á pocos instantes le sobrevinieron nauseas y arrojó todo lo que habia comido. M. N. presentó, pues, todos los síntomas de una indigestion producida por haberse levantado apresuradamente y expuesto al frio en la mitad de la noche.

Los vómitos se repitieron tres ó cuatro veces en la misma mañana.

Cuando volví á verlo á las diez, no observé nada de particular, pues fuera los vómitos, no tenia meteorismo, el vientre no estaba doloroso y no habia fiebre; creí como él, que era una simple indigestion. Pensé en administrarle un vomipurgante, pero como los vómitos habian sido muy frecuentes, lo aplacé felizmente para el dia siguiente. En su lugar le aconsejé un polvo absorbente (bismuto), bebidas gaseosas, hielo y dieta.

Al día siguiente por la mañana lo encontré peor que la víspera; apesar del tratamiento, los vómitos habian continuado sin interrupcion, no habia dormido durante la noche; se quejaba de fuertes dolores en el vientre y habia timpanismo bien marcado. Al examinar cuidadosamente el abdomen, percibí en la fosa iliaca derecha una renitencia particular, como la que se producía por un tumor blando y mal limitado; la presión en este punto provocaba un dolor agudo. Las materias arrojadas, por el vómito, se componian de mucosidades, bílis y de los líquidos que habia tomado; existía una estiptiques completa; y por el ano no salía ningún gas.

El estado general bueno; el pulso lleno y acelerado.

Es evidente que se trataba de una obstrucción intestinal situada en la fosa iliaca derecha. La indigestion de la víspera era la causa determinante de la oclusion y probablemente existía en la cavidad abdominal cierta disposición anatómica particular que hacia probable un estrangulamiento del intestino. Por falta de una intervencion racional durante veinticuatro horas, el proceso de la estrangulación habia seguido su marcha y nos encontrábamos en frente de accidentes amenazadores.

Hé aquí el tratamiento que puse inmediatamente en uso:

- 1º Posición del enfermo.
- 2º Sanguijuelas en la region iliaca derecha.
- 3º Hielo sobre el vientre.
- 4º Opio al interior.
- 5º Hielo al interior.
- 6º Lavativas purgantes del Codex.

Voy á ocuparme de cada uno de los puntos del tratamiento.

1º *La posición.* Coloqué al enfermo en una posición inclinada, la cabeza muy baja, las caderas levantadas con un cojín, los muslos doblados sobre el vientre y las piernas sobre los muslos, á fin de relajar en cuanto fuera posible las paredes abdominales. La posición inclinada tenia por objeto disminuir la presión en la parte superior del intestino, permitiendo á los gases y á los líquidos refluir á las porciones libres del canal intestinal.

2º *Sanguijuelas*. Ordené se le pusieran 10 en la fosa iliaca derecha, porque hallé allí un dolor vivo que aumentaba por la presión. Creí que existía al rededor del estrangulamiento cierto grado de inflamación y entónces la aplicación de las sanguijuelas llenaba esta indicación particular.

3º *Hielo sobre el vientre*. El frío combate la congestión inflamatoria y condensa los gases encerrados en el intestino.

4º *Opio al interior*. Con el fin de calmar los dolores y disminuir las contracciones de las fibras longitudinales. El paciente tomó cada hora, una píldora de dos centigramos de opio.

5º *Dieta absoluta*. Un poco de hielo para mitigar la sed y combatir los vómitos.

6º *Lavativas purgantes*. Me faltaba una indicación importante: provocar las contracciones de la porción inferior del intestino que eran las únicas capaces de poner en libertad la ansa intestinal herniada.

Todas estas prescripciones fueron ejecutadas escrupulosamente y cuando volví en el mismo día, vi con placer, que se había efectuado una gran mejoría, procurada por la medicación empleada.

La lavativa purgante no produjo, al principio, efecto alguno; el paciente la devolvió sin ninguna mezcla y solamente le había producido algunos cólicos. En vista, de este resultado negativo, se le administró, otro igual; entónces hizo una deposición líquida muy abundante. Los vómitos cesaron, el vientre estaba ménos timpanizado y se podía sentir fácilmente el tumor en la fosa iliaca derecha.

El 14 por la mañana la situación era la misma que la víspera por la noche; la obstrucción persistía, el intestino distendido por los gases y el tumor iliaco se sentía fácilmente. Prescribí otra lavativa y sobrevino una mejoría notable; el meteorismo disminuyó y el tumor iliaco era ménos voluminoso.

Se hizo uso del mismo tratamiento durante cuatro días y todos los accidentes del estrangulamiento desaparecieron.

Este caso es notable porque puede seguir paso á paso la disminucion del meteorismo y del tumor, bajo la influencia del tratamiento.

Sospeché que debia existir alguna disposicion anatómica especial, en el intestino del paciente; los acontecimientos ulteriores vinieron á justificar esa manera de ver.

M. N. despues de gozar de una salud excelente durante diez y ocho meses, presentó de nuevo los síntomas de un estrangulamiento el 27 de Enero de 1881, muy semejantes á los del mes de Julio de 1880. Tuvo vómitos, cólicos, meteorismo considerable y sentí de nuevo un tumor en la fosa iliaca derecha, de la misma forma y consistencia que el que habia percibido en la vez pasada. El 1º de Febrero todo habia desaparecido bajo la influencia de la misma medicacion.

OBSERVACION 2ª.—*Estrangulamiento del intestino en un hombre de 70 años. Tumor voluminoso en el hipocondrio derecho. Vómitos fecaloides. Curacion.*

M. D. de 70 años de edad, gozando de buena salud, recibió la patada de un caballo, en el lado derecho al nivel de la base del tórax, el 2 de Febrero de 1879. Se produjo una fractura de la parte média de la novena costilla.

El 5 de Febrero, tres dias despues del accidente, se presentaron algunos síntomas del lado del tubo digestivo como náuseas, cólicos, y pérdida del apetito; el vientre ligeramente meteorizado y hacia dos dias que no funcionaba. En la creencia de que fuera un embarazo gástrico, ordené un purgante.

El 6 lo encontré en un estado muy alarmante; no habia hecho ninguna deposicion, el vómito se habia presentado repetidas veces; tenia fuertes dolores en el hipocondrio derecho; el vientre estaba timpanizado y ya comenzaba un ligero estado febril.

Creí en una peritonitis parcial, provocada por el traumatismo y complicada, probablemente, con un derrame sanguineo en el peritoneo.

Prescripcion: sanguijuelas en el lado derecho, unciones mercuriales y cataplasmas en el vientre.

El 7, los vómitos se repiten con más frecuencia y tienen un aspecto fecaloide; le incomoda mucho el olor de las sustancias que arroja por el vómito; no ha hecho ninguna deposicion hace tres dias; el vientre está enormemente distendido; palpándolo, se encuentra un tumor voluminoso, redondo, renitente y doloroso, en el flanco derecho, bajo la cara inferior del hígado. Es evidente, que el enfermo padecia de un estrangulamiento interno, que habia llegado á un grado bien avanzado; el caso era pues, grave.

Ordené una segunda aplicacion de sanguijuelas; píldoras de opio, de á dos centígramos cada hora; una lavativa purgante de sen y sulfato de soda; y colocar al paciente en una posicion declive con las caderas levantadas.

El 8, no ha producido casi efecto alguno la lavativa; arrojó el enfermo por el ano, materias líquidas semejantes á las que vomitaba; el vientre estaba ménos meteorizado y sintió algun alivio.

Continué el mismo tratamiento por muchos dias: las lavativas provocaron deposiciones abundantes; los vómitos se contuvieron, el meteorismo disminuyó y poco á poco fueron cediendo todos los síntomas del extrangulamiento.

El 17 de Febrero estaba completamente restablecido, es decir, 12 dias desde el principio de la enfermedad.

(Extractado por Proto Gómez).

✓ ENVENENAMIENTO OFIDIANO.

(Continuacion—Véase el número anterior).

Segun Isaac Ott, el veneno de la cascabel mata principalmente deteniendo los movimientos del corazon, produciendo gran disminucion en la tension arterial.

En la autopsia que el señor A. Pantoja hizo de uno de los pollos que mató la serpiente, que presentó el señor Sálas á la comision encargada de estudiar, el específico llamado por él "Curarina" se confirman los resultados obtenidos por Isaac Ott, en sus experiencias. Trasmito la nota que el señor Pantoja tuvo la bondad de enviarme.

AUTOPSIA DE UN POLLO MUERTO POR MORDEDURA DE SERPIENTE.

Levantada la piel se encontraron dos grandes equimosis colocadas una en la parte superior del cuello debajo de las barbas y la otra entre los homoplatos.

Quitado el esternon con los homoplatos, la parte anterior de las costillas, la clavícula y los huesos coracoideos, se halló lo siguiente :

Aparato respiratorio—Tráquea, pulmones y sacos aéreos perfectamente insuflables, pero bastante exangües.

Aparato digestivo—Buche, ventrículo succenturiado y molleja normales;—intestino delgado y ciego inyectados; intestino grueso y cloaca exangües; hígado, bazo, riñones y páncreas sanos.

Aparato ciculatorio—Sistema venoso repleto de sangre negra y espesa sobre todo en las venas yugulares, pancreáticas y mesaraicas; los pulmonares, portas renales é inferiores del intestino tenían muy poca sangre. El corazon *se halla en sistole*; los ventrículos, fuertemente contrídos, estaban vacios; la aurícula derecha se hallaba enormemente dilatada por un coágulo pasivo que llenaba toda su cavidad; en la aurícula izquierda habia tambien un coágulo pasivo muy pequeño.

Los ganglios linfáticos del cuello, del tamaño de un garbanzo, formaban una doble cadena á los lados de la tráquea y el esófago.

Aparato de la inervacion—Lo único digno de notarse aquí era que el cerebro y el cerebelo estaban exangües, cosa que contrastaba singularmente con la inyeccion tan considerable de las yugulares.

En resúmen, todas las lesiones se reducen á un desequilibrio de la circulacion, que puede explicarse por la formacion de embolias en las carótidas, las pulmonares y las venas renales. No tuve el cuidado de buscar si existian ó nó esas embolias.

Isaac Ott aconseja las inyecciones intravenosas de alcohol, amoniaco ó digital, en los animales que se sometan á experiencias, poco ántes de ser mordidos, para poder juzgar del valor de estas sustancias; sirviéndose de la propiedad que tienen, de aumentar temporalmente la tension arterial.

Richards ha ensayado el permanganato de potasa, en el envenenamiento por el veneno de la cobra y nos dá las conclusiones siguientes: "1º A la inyeccion hipodérmica ó intravenosa, de dos á siete centígramos de veneno, en solucion acuosa, á la que se agrega de 10 á 30 centígramos de permanganato de potasa; no siguen síntomas de envenenamiento. 2º Se obtiene el mismo resultado cuando se hace una inyeccion de permanganato de potasa, inmediatamente, ó cuatro minutos á lo sumo, despues de la inyeccion del veneno. 3º Cuando se hace disolver el veneno en la glicerina, el permanganato parece que pierde toda su influencia sobre aquel. Todos los animales tratados de este modo sucumbieron. 4º Los síntomas de envenenamiento una vez desarrollados, no se detienen por las inyecciones hipodérmicas ó intravenosas de permanganato, no es posible siquiera calmarlos.

5º El permanganato no posée las propiedades profilácticas, contra el envenenamiento. 6º Para que sea eficaz el permanganato, debe ponerse en contacto directo con el veneno. 7º Las inyecciones del veneno con el permanganato producen con frecuencia, la gangrena de la parte inyectada. 8º No está aun demostrado, que el permanganato ú otra sustancia, conocida hasta hoy, pueda neutralizar los efectos del veneno, ó prevenir la muerte, cuando se han pasado más de cuatro minutos, entre la inyeccion del veneno y la del agente terapéutico.

M. Vulpian envió á la Academia de Ciencias de Paris en su sesion del 6 de Marzo de 1882 una nota, que reasume los trabajos que se han hecho sobre el permanganato. Nos dice: M. de Lacerda, ha recomendado recientemente, el empleo de las inyecciones de permanganato de potasa en los casos de mordedu-

ra de serpientes venenosas, particularmente, en la de cascabel (Bothrops).

Segun mis experiencias, no aconsejo el empleo de esta sustancia, sirviéndome de una solucion de 1 gramo por 200 gramos de agua, é inyectándolo en un perro de gran tamaño, se produjeron fenómenos graves que terminaron por la muerte.

Una cantidad menor juzgo que no ejerce accion sobre el veneno que ha penetrado en la sangre, tanto más, cuanto una parte del permanganato se descompone probablemente poco despues de su introduccion.

Una persona que merece toda confianza, me ha asegurado que en las inmediaciones de Tocaima, (el Peñon) existe un campesino, que ha sido mordido varias veces por serpientes venenosas, y entre ellas por cascabel, y ha logrado combatir el envenenamiento tomando bilis de serpiente en alcohol.

Es de advertir, que el dicho campesino lleva consigo su específico, y lo toma *inmediatamente* que se siente mordido. Lo ha hecho varias veces, y siempre con buen éxito.

El campesino citado, toma el remedio ántes de que los síntomas de envenenamiento comiencen, y lo toma en alcohol. ¿Podrá atribuirse á ésta su eficacia? Es posible. El alcohol eleva la temperatura que el veneno tiende á bajar, excita el sistema nervioso, lucha contra la adinamia, entrando en la sangre, estorba los fenómenos de catalysis, y al eliminarse por los pulmones, la piel y los riñones, favorece la eliminacion del veneno. Estas consideraciones, no son sino el corolario de lo que dijimos en uno de nuestros artículos anteriores.

NICOLAS OSORIO.

GASTRITIS CRÓNICA CON DILATACION DEL ESTOMAGO.

Hacia tiempo que una cliente mia, madame M. ., venia pade-
ciendo de una afeccion calificada de cáncer por unos, de estre-
chez del cárdias por otros, y que á mi modo de ver, no era otra
cosa que una gastritis crónica con dilatacion del estómago. La
enferma presentaba los siguientes síntomas: depresion conside-
rable de las fuerzas (vómitos viscosos continuos) dolor epigástri-
co intermitente, abdómen contraido, enflaquecimiento notable,
estreñimiento pertinaz, eruptos ácidos, lengua normal. Habién-
dose agotado todos los medicamentos, prescribí la *peptona* de la
manera siguiente:

Tres cucharadas al dia en lavativas y otras tres por la boca.
Al décimo pomo, la enferma pudo levantarse y pasear con mule-
tas, concluyendo por soltarlas despues de haber aumentado la
dósis progresivamente. Continuó la medicacion y espero ver
confirmada más y más la mejoría ya obtenida.

Lo que me llamó la atencion en este régimen, fué la reapar-
icion del apetito en cuanto tomó la peptona en un poco de caldo
y en ayunas. No creo, que la teoría de *Schiff* pueda encontrar
en este hecho un argumento; mi opinion es que la peptona debe
considerarse, no como un peptógeno directo, sino más bien como
un nutrimento que al caer en el estómago, es rápidamente absor-
bido, estimulando á este órgano para el trabajo de la digestion,
cuando nada tenga que digerir.

Mr. Defresne, por otra parte ha hecho notar que esta sensa-
cion de hambre, no es imperiosa cuando se toma la peptona por
ejemplo en la sopa.

Entre mis clientes, cuento una jóven anémica y nerviosa,
que se quejaba del disgusto que experimentaba al tomar los ali-
mentos y habiendo ensayado en vano los tónicos, los amargos y
y la nuez vómica, le aconsejé que tomara en ayunas una cuchara-
de peptona en un poco de vino de Málaga, puesto que el caldo
le repugnaba, y habiendo comenzado al siguiente día, una hora

más tarde, el apetito fué vivo é imperioso, viéndose obligada á tomar algo, como ella decia.

Encantada con semejante resultado no deja nunca de tomar una hora ántes de la comida, una cucharada de PEPTONA DE FRESNE, en un poco de vino de Málaga.

(*Gazette des Hôpitaux*, de Paris).

MEMORIAS PARA LA HISTORIA DE LA MEDICINA EN SANTAFÉ DE BOGOTÁ.
ESCRITAS POR PEDRO M. IBÁÑEZ, DOCTOR EN MEDICINA, Y MIEMBRO
DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES.

(*Continuacion*.—Véase el número anterior).

Hechos todos los cursos, de acuerdo con el plan de estudios vigente, recibió título de doctor en Medicina, poco tiempo ántes del memorable 20 de Julio de 1810.

El año de 1808, y á la edad de 21 años contrajo, el doctor MERIZALDE, matrimonio con la señorita Regina Vasquez, de familia respetable, oriunda de esta ciudad. Su feliz vida matrimonial duró sesenta años, y en el curso de ellos tuvo diez y ocho hijos.

El doctor Merizalde abrazó con entusiasmo la causa de la Independencia nacional, y cooperó, en la esfera de sus facultades al desarrollo de la revolucion iniciada en Santafé.

El señor General Rafael Mendoza, Secretario de Guerra y Marina de la Union, en una Relacion de *Defunciones militares* que hizo publicar oficialmente, en Abril de 1868, dice hablando del doctor MERIZALDE:

“ Este patriota distinguido, segun los documentos que existen en la Secretaría de Guerra y Marina, empezó á prestar sus servicios á la causa de la Independencia, en su carácter de mé-

dico y Alferez, desde el 24 de Noviembre de 1812, cuyo empleo desempeñó hasta el 10 de Enero de 1813 en que, por virtud de la accion de guerra que tuvo lugar el 9 del mismo mes y año, fué ascendido á Teniente. El 6 de Mayo de 1816 fué hecho prisionero por las fuerzas españolas y sentenciado durante los dos años de prision á servir como médico en los hospitales de estas fuerzas. A propósito de aquello, tuvo ocasion de servir con particular cuidado á todos los patriotas enfermos que habian caido igualmente prisioneros.

“El 10 de Agosto de 1819 fué incorporado en los Ejércitos colombianos y entró á ejercer gratuitamente el oficio de Director Inspector general de hospitales. Posteriormente, el 15 de Octubre dn 1820 se le nombró Capitan, aunque desempeñando las funciones de médico, y como tal asimilado á Sargento Mayor, prestando así sus servicios por el espacio de más de diez años. El 24 de Mayo de 1831 fué nombrado médico del hospital militar. En este último empleo, así como en los que habia desempeñado con anterioridad, se distinguió siempre, como que los ejercia empleando su talento y conocimientos en la ciencia médica. El 5 de Setiembre, y como un homenaje á sus servicios, se le confirió el despacho de Teniente-coronel, y dejó de estar en servicio el 16 de Enero de 1833.”

El año de 1812, solicitó permiso para fundar una Cátedra de medicina en el Colegio de San Bartolomé. Apénas abierta se vió obligado á abandonarla para seguir, en cumplimiento de su deber, como médico de las fuerzas que marchaban á la ciudad de Tunja.

Luego que el sanguinario Pacificador Morillo dejó la capital, la autoridad española, ejercida por Sámano, con título de Gobernador militar, recibió orden de instalar una “Academia de medicina.” El doctor MERIZALDE fué nombrado miembro de ella y perteneció á aquella corporacion hasta que los sucesos de la guerra la disolvieron.

Terminada felizmente, la magna guerra, en 1819, el doctor

MERIZALDE se dedicó al ejercicio civil de su profesion, al profesorado médico y al servicio científico del Hospital militar. El Gobierno de la República organizó en 1822, el servicio sanitario del ejército y suprimió el destino de Director general de Hospitales, que habia servido el doctor MERIZALDE, desde 1812 ; más, atendiendo á los servicios que prestó en la guerra de la Independencia, y á sus aptitudes y méritos el Poder Ejecutivo lo nombró médico mayor del ejército.

Desempeñó este cargo por espacio de once años, y lo renunció, en 1833, por estar en desacuerdo con el Comandante general del Ejército, y porque se le habia seguido, desde 1831, causa por maltrato á los enfermos, cargó de que fué absuelto por la Suprema Corte marcial. Libre de las atenciones inherentes al desempeño de destinos, el doctor MERIZALDE se dedicó al profesorado médico en la cátedra de medicina que él mismo habia fundado en el Colegio de San Bartolomé en 1812.

El año de 1833 creó el doctor MERIZALDE una cátedra pública y gratuita de medicina legal y á él corresponde el honor de haber fundado las conferencias públicas de medicina en esta ciudad.

El doctor MERIZALDE regentó diversas cátedras médicas en los colegios de San Bartolomé, del Rosario y Nacional, y en las Universidades Central y del Primer Distrito, y fué miembro de la Junta de Inspeccion y Gobierno de la primera, la cual estaba compuesta de los profesores más beneméritos del cuerpo universitario, y recomendado, espontáneamente, por varios ciudadanos notables, para Rector de dicho instituto.

El doctor MERIZALDE hizo parte de numerosos cuerpos colegiados. Desde Febrero del año de 1827, época en que se instaló la Facultad Central de medicina de Bogotá, perteneció á aquella científica corporacion, de la cual fué Vice - Director y Director.

En 1844 se incorporó á la " Sociedad Militar " compuesta de beneméritos caudillos de la Independencia.

En épocas diversas hizo parte de la Corporacion Municipal de Bogotá, de la Cámara de la Provincia del mismo nombre, de la Cámara de Representantes y del Senado de la República, del cual fué Presidente el año de 1844. Tambien fué miembro de la célebre Convencion de Ocaña.

El doctor MERIZALDE desempeñó con acierto diversos cargos públicos, relacionados con su profesion.

El año de 1833 fué nombrado por la facultad de Medicina, Visitador de Boticas, y con tal carácter reglamentó el buen servicio de los establecimientos de farmacia.

Al principiar el año de 1841 quedó encargado de organizar una oficina de vacunacion, entónces de excepcional importancia, por haberse presentado el azote de la viruela, con rara intensidad, desde Diciembre de 1840.

En 1845 fué nombrado por la autoridad local Vacunador mayor y jefe de una oficina de vacunacion creada con el fin de conservar el vírus vacuno, y finalmente, en 1847, coadyuvó á la formacion de la "Sociedad de propagacion de la vacuna," la cual estaba compuesta de ilustrados profesores y de ciudadanos notables. En su calidad de Director de la seccion hospitalaria de la Sociedad de San Vicente de Paúl, se encargó desde 1859, de propagar el pus vacuno, gratuitamente, y de atender á los enfermos que existian en el Hospital de San Vicente de Paúl.

Por largos años fué médico de algunas salas del Hospital de San Juan de Dios. Olvidándose una vez de los miramientos que se merecen la desgracia y el sufrimiento, solicitó autorizacion, de la Gobernacion de Bogotá, para rehusar la entrada al Hospital á los que hubiesen contraido enfermedad por mala vida, como las prostitutas y los alcoholizados. Fundaba, tan extraña peticion, en que las rentas del Hospital eran de los pobres y no debia aplicarse al fomento del vicio. Por fortuna, aunque la autorizacion le fué concedida, no pudo sotenerse en vigor sino corto tiempo.

Siendo médico de la sala destinada á las enfermedades ve-

néreas, (1849) hizo escribir sobre la puerta, en grandes letras, las siguientes palabras :

“ SI NO TEMES A DIOS, TÉMELE A LA SÍFILIS.”

Pocos hombres de letras han existido en el país que hayan hecho tantas y tan importantes publicaciones como el benemérito doctor MERIZALDE. Basta enumerarlas para juzgar de su número y de su importancia.

En 1822 : *Origen de los papeles contra la secta masónica*

En 1823 : *El empírico de Bogotá*, ó sea una defensa de la honorabilidad del cuerpo médico de la capital ultrajado por el doctor Sebastian López Ruiz. *Receta para la epidemia presente de tos y calentura*, publicacion que describe la sintomatología de la neumonía, pleuresia, bronquítis, &c. é indica el tratamiento científico apropiado.

(Continuará).

ÍNDICE.

	Págs.
RABIA—Por L. Pasteur.....	481
FIEBRE TIFOIDEA—Tratamiento <i>Abrus precatorius</i> contra el pa- nus—Por Juan E. Manrique.....	486
CATARATA—Método llamado de colgajo elíptico sin iredoctomía— Por Avelino Saldarriaga.....	494
ESTUDIO sobre la última enfermedad del ciudadano Presidente de la República, doctor Francisco J. Zaldúa—Por J. V. Uribe, P. Gómez y J. Maldonado.....	498
ENSAYO ETNOLÓGICO sobre los aborígenes de Antioquia—Por A. Posada Arango.....	504
ESTRANGULAMIENTO INTERNO, indicaciones terapéuticas en su prin- cipio. Gentilhomme, extracto por P. Gómez.....	509
ENVENENAMIENTO OFIDIANO—N. Osorio.....	519
GASTRITIS CRÓNICA, con dilatacion del estómago ; mejoría notable con la <i>peptona</i>	523
Memorias para la Historia de la Medicina en Santafé de Bogotá, Pedro M. Ibáñez.....	524