

REVISTA MEDICA.

ÓRGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES

Redactor — **NICOLAS OSORIO.**

SERIE XI. } Bogotá, Mayo 20 de 1887 { NÚMERO 114.

SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES DE BOGOTA.

ACTA

DE LA SESIÓN ORDINARIA DEL DÍA 12 DE MAYO DE 1887.

Presidencia del señor doctor Aureliano Posada.

Se reunió la Sociedad con asistencia de los doctores Aparicio, Barreto, Durán Borda, Gómez Proto, Castañeda, Carrasquilla, Ibáñez, Plata Azuero y Posada. Se excusaron los señores Fonnegra, Michelsen y Osorio.

Se aprobó el acta de la sesión anterior

Acto continuo se leyó la siguiente comunicación.

Cúcuta, 8 de Abril de 1887.

Señor Presidente de la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales.— Bogotá.

Por conducto del señor doctor Gabriel J. Castañeda, me he permitido enviar á esa honorable Sociedad una preparación de Zoosporos de fiebre amarilla cultivados por el doctor Carmona de Méjico y que acaba de llegar á esta ciudad.

El tubo contiene zoosporos de fiebre amarilla cultivados en caldo; y las dos placas de cristal, contienen cultivos en jelatina.

Esa Honorable Sociedad sabrá disimular que envíe tan poca cantidad, pero debo manifestar que es una cuarta parte

de la cantidad que el señor doctor Carmona envió á este lugar al señor don Manuel María Cabrera.

Incluyo además la copia de la carta que el doctor Carmona dirige al señor Vicente Ibarra, por cuyo conduto obtuvo el señor Cabrera las preparaciones.

Soy del señor Presidente con toda consideración y respeto
Atento seguro servidor,

JULIO URICOECHEA.

Pusiéronse luego en discusión las conclusiones del informe del doctor Castañeda, publicado en el número 112 de la *Revista Médica* y relativo á la obra del doctor Carmona de Méjico.

Tomaron sucesivamente parte en la discusión los doctores, Plata Azuero, Gómez Proto, Durán Borda, Ibáñez y Castañeda. Las conclusiones del expresado informe fuer aprobadas por unanimidad y se dispuso que se transcribieran señor Ministro de Fomento, en contestación á la nota que ca fecha 4 de Febrero pasó á la Sociedad, en la que solicitaba que esta hiciera el estudio de la obra del doctor Carmona.

Se dispuso enviar también á Su Señoría el Secretario de Relaciones Exteriores y á algunos Redactores de periódicos respetables, las expresadas conclusiones del informe del doctor Castañeda.

Acto continuo el señor doctor Proto Gómez hizo la siguiente proposición :

La Sociedad de Medicina y Ciencias naturales, teniendo en cuenta :

- 1.º Que es un deber oponerse, por cuantos medios estén á su alcance á los ataques que se dirijan á la vida humana, en cuanto se rocen con las enfermedades y con la Higiene pública;
- 2.º Que todavía no está demostrado que la fiebre que reina actualmente en Cúcuta sea la verdadera fiebre amarilla;
- 3.º Que los experimentos de los doctores Carmona de Mé-

jico y Freire del Brasil, relativos á la inoculación, como medio profiláctico, en caso de que dieran buen resultado práctico, sería únicamente para la *verdadera* fiebre amarilla ;

4.º Que los especialistas en estudios micrográficos, no están todavía de acuerdo sobre el organismo que la produce, puesto que para el doctor Carmona es uno diferente del que dice haber hallado el doctor Freire ;

5.º Que el doctor Cuervo M. y el señor Julio Uricoechea uno de los más entusiastas propagadores de las inoculaciones, como medio profiláctico de la fiebre que se ha apoderado de Cúcuta, lo mismo que algunos particulares, han manifestado que la inoculación no solamente no ha puesto al abrigo de la fiebre epidémica á los inoculados, sino que algunos han muerto por causa de ella ; y

6.º Que el método de inoculaciones ha venido á ser en manos de individuos indignos de ejercer nuestra profesión, un medio de especulación, que no hace honor al cuerpo médico, resuelve :

Excitar respetuosamente al Gobierno nacional para que por medio de sus agentes, impida, cuanto antes, que se sigan haciendo inoculaciones, que hoy se practican como preventivo de la fiebre reinante en Cúcuta, hasta que estudios serios y prudentes demuestren su utilidad.

Puesta en discusión, parte por parte, esta proposición fué aprobada por unanimidad. Se dispuso que se transcribiera del mismo modo á los respectivos funcionarios las conclusiones del informe anterior.

Leyóse en seguida la siguiente nota :

*República de Colombia—Departamento de Cundinamarca—
Presidencia de la Junta de Aseo y Ornato—Número 8—Bo-
gotá, 10 de Mayo de 1887.*

Señor Presidente de la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales—Presente.

Me es honroso participar á usted que según el artículo 2.º

del Acuerdo municipal, número 11 que reorganiza el aseo de la ciudad, son miembros honorarios de la Junta del ramo que presido, entre otros, los miembros de esa respetable Sociedad, y tienen derecho de asistir á las sesiones cuando lo crean conveniente. Tales sesiones se hacen semanalmente, los miércoles, a las dos de la tarde en el local de la Junta, situado en el último piso de la casa consistorial.

Soy de usted muy atento servidor,

H. CUALLA.

El señor Presidente resolvió nombrar á los doctores Proto Gómez y Pedro María Ibáñez para que asistan con frecuencia á la Junta de Aseo y Ornato y contestar al señor Alcalde la nota aludida.

No habiendo otra cosa de que tratar se levantó la sesión á las diez de la noche.

El Presidente, A. POSADA—El Secretario, P. M. Ibáñez.

NOTAS OFICIALES.

Número 117—Bogotá, 13 de Mayo de 1887.

A Su Señoría el señor Ministro de Fomento—Presente.

En la sesión ordinaria que tuvo lugar anoche, esta Corporación aprobó el trabajo titulado: “Informe relativo á la obra del doctor Carmona, de Méjico, sobre etiología y profilaxia de la fiebre amarilla, y á las observaciones de inoculaciones profilácticas de la misma fiebre practicadas por el doctor Julio Uricoechea, en Cúcuta,” elaborado por uno de los miembros de esta Sociedad é impreso en el número 112 de la *Revista Médica*, que tengo el honor de acompañar á Su Señoría.

La Sociedad aprobó la siguiente moción del señor doctor Proto Gómez y dispuso que le fuera trascrita á Su Señoría.

(Esta moción es la misma proposición del doctor Proto Gómez que consta en el acta de hoy.)

Soy del señor Ministro, atento y seguro servidor,

P. M. Ibáñez, Secretario.

Una nota igual con el número 116 se envió á Su Señoría el señor Ministro de Guerra y de Relaciones Exteriores.

Número 18—Bogotá, 13 de Mayo de 1887.

Señor Director de *La Nación*.

Por disposición de esta Sociedad y por tratarse de un asunto de utilidad pública, ruego á usted se sirva insertar en su acreditado periódico las siguientes conclusiones, relativas á la fiebre epidémica de Cúcuta que fueron discutidas y aprobadas por esta Corporación en su sesión de anoche.

(Estas conclusiones son las del informe del doctor Castañeda publicadas en el número 112 de la *Revista Médica*, página 543 y la proposición del señor doctor Proto Gómez, publicada en el acta de hoy.)

Iguales comunicaciones se pasaron á los Redactores de *El Orden* y *El Semanario*.

A la Junta Central de Higiene se pasó la nota número 120 cuyo contenido es igual al de la nota de Su Señoría el Ministro de Fomento.

Número 119—Bogotá, Mayo 16 de 1887.

Señor Presidente de la Junta de Aseo y Ornato de la ciudad—Presente.

En la sesión ordinaria que tuvo lugar en la noche del 12

de los corrientes, se dió lectura á la atenta nota de usted de fecha 10 del mes en curso, marcada con el número 8, en la que participa usted que según el artículo 2.º del Acuerdo municipal, número 11, que reorganiza el aseo de la ciudad, son miembros honorarios de la Junta del ramo, entre otros los miembros de esta Sociedad, con derecho á asistir á las sesiones de esa Honorable Junta cuando lo crean oportuno.

De acuerdo con el Reglamento de esta Corporación, la Presidencia designa en este y en casos análogos, una comisión plural que le represente en otras corporaciones y la informe de los trabajos que tengan relación con la higiene y salubridad públicas.

El señor Presidente de esta Sociedad dispuso dar al Honorable Consejo municipal, por el respetable conducto de usted en su doble carácter de Jefe de la Administración municipal y Presidente de la Junta de Aseo y Ornato, las gracias por la distinción dicernida á los miembros de esta Sociedad, y participarle que ha designado al doctor Proto Gómez y al infrascrito, para que concurren con la mayor frecuencia posible á las sesiones de esa Honorable Junta, dignamente presidida por usted, y encargada de un ramo de alta importancia para los habitantes de la capital.

Soy del señor Presidente muy atento y seguro servidor,
P. M. IBÁÑEZ, Secretario.

— — —
*República de Colombia—Poder Ejecutivo—Ministerio de Fomento—
Número 14,218—Sección 3.ª—Ramo de Higiene—Bogotá, 21 de
Mayo de 1887.*

Señor Secretario de la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales.

En la ciudad.

Me complazco en avisar á usted recibo de su atenta nota marcada con el número 117.

En nombre del Gobierno presento á la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales las más cumplidas gracias por la nueva prueba que ha dado, á propósito de la fiebre reinante en Cúcuta, del interés con que atiende al progreso de la ciencia y al bienestar de la humanidad.

He solicitado el dictamen de la Junta Central de higiene acerca de la petición que se hace respecto de inoculaciones y al recibirlo se dictarán las medidas convenientes.

Su atento servidor,

J. CASAS ROJAS.

El señor Ministro de la Guerra dió también las gracias á la Sociedad por sus trabajos y avisó á la Corporación que había exitado á los Ministros de Instrucción pública y Gobierno para que tomasen las medidas indicadas en la nota que había recibido.

INOCULACION DE LA RABIA.

En el número 20 de la *Revista Médica* de 20 de Abril de 1883, página 481, se dió cuenta de los descubrimientos de M. Pasteur relativos á la rabia.

En el número 98 de la serie IX páginas 86 y 88 se dió cuenta de las aplicaciones hechas del virus atenuado como vacuna de esta terrible enfermedad.

Para completar lo que hasta hoy se ha hecho en tan importante asunto, nos ocuparemos en este número de las últimas discusiones académicas.

En la sesión de la Academia de medicina de 11 de Enero de 1887, con motivo de una comunicación hecha por Mr. Peter el 4 de Enero, sobre la muerte de un individuo llamado Reveillac la que él atribuye á los efectos de la rabia inoculada en el laboratorio de M. Pasteur, la Academia discutió el asunto de las inoculaciones preventivas de la rabia.

M. Grancher á nombre de M. Pasteur leyó una nota á la

Academia contestando los cargos de M. Peter y presentó una estadística desde el 15 de Agosto á 1.º de Noviembre de 1886, favorable á las inoculaciones preventivas.

M. Dujardin Beaumetz manifiesta que el caso de Reveillac que ha motivado esta discusión, es muy oscuro y que el cuadro sintomático que le pertenece se diferencia considerablemente de los síntomas observados en los enfermos atacados de hidrofobia rabiosa. Dice que está persuadido que el método de M. Pasteur ha preservado á un gran número de mordidos.

M. Peter cree que los síntomas producidos por la inoculación del virus rábico del conejo, en el hombre, son diferentes de los de la rabia canina y análogos á los que se observaron en Reveillac. Considera la medicación antirábica de M. Pasteur como ineficaz. Ha guardado silencio durante un año, pero desde hace dos meses, que ha visto el vuelo que han tomado las inoculaciones, le parecen peligrosas y se cree en el deber de hablar.

En la sesión del 18 de Enero se leyó una comunicación del doctor Zagiell respecto á la inoculación de 10 soldados rusos de Wilna. Esta comunicación fué desmentida por un parte del Coronel del Cuerpo. El Dr. Zagiell usa un remedio que él cree soberano contra la rabia; la *spíria filipéndula*. M. Bouchardat hizo una relación desfavorable de la utilidad de este remedio.

Mr. Grancher presentó algunas rectificaciones á los hechos señalados por Peter.

M. Peter insiste sobre los mismos hechos de que se ha ocupado en la sesión anterior y dice que de cualquier manera que se considere la cuestión, ya desde el punto de vista de la observación clínica ó ya de la experimentación llega al mismo resultado á saber: que el método *intensivo* puede ser peligroso. Hace una reseña de las inoculaciones hechas por M. Pasteur en el hombre desde el 6 de Julio de 1885 hasta el presente y concluye que la mortalidad anual por la rabia en Francia no ha

disminuido por efecto de la medicación antirábica; que esta mortalidad aumenta por la medicación rábica *intensiva*.

M. Vulpian diserta largamente combatiendo á M. Peter, y concreta su razonamiento sobre estas dos proposiciones que él cree que reasumen las ideas de M. Peter.

1.º El método preservativo antirábico es peligroso y puede desarrollar la rabia en las personas que se sometan á él.

2.º Este método es ineficaz.

M. Vulpian demuestra á Peter que se han observado casos de rabia de forma paralítica en el hombre, y que por consiguiente no es exclusiva de las inoculaciones del laboratorio como lo pretente M. Peter. En los casos que ha comunicado Gamaleia, el bulbo de los individuos que han muerto de rabia ha sido inoculado á animales que á su turno han tenido la rabia.

Para la segunda proposición M. Vulpian analiza las estadísticas de Francia y las extranjeras y demuestra por un gran número de hechos, en oposición á los de M. Peter, la eficacia de la inoculación.

M. Brouardel tomó la palabra para manifestar que las estadísticas sobre la rabia se hacían hoy con más rigor que antes, pues en ellas se anotan todos los hechos, y juzga que la eficacia del método está comprobada y que demuestran además la superioridad del tratamiento *intensivo*.

Es de sentirse que en estas discusiones que debían hacerse puramente sobre un terreno científico, se hayan deslizado en alguno de los oradores, frases virulentas que no pueden amalgamarse con la ciencia.

Las discusiones de la Academia de medicina demuestran que hay hechos incontestables sobre la acción del virus rábico y que las inoculaciones de este virus como preservativo del hombre son eficaces en la mayor parte de los casos. Ellas han dado lugar á un estudio comparativo de la rabia espontánea y de la inoculada.

HIPNOTISMO.

El hipnotismo ó sea la serie de fenómenos que se produce durante un sueño particular, determinado por maniobras artificiales, se ha estado estudiando experimentalmente desde hace una decena de años.

Ha resultado que una multitud de hechos desnaturalizados en otros tiempos por los ilusos, ó explotados por los charlatanes, han entrado en el curso de las investigaciones científicas regulares y recibido una interpretación natural.

Las teorías que se han sucedido desde hace siglos con los nombres de magnetismo animal, mesmerismo, sonambulismo magnético, &c., estaban fundadas sobre el conocimiento incompleto de los hechos que constituyen hoy la historia del hipnotismo.

En 1784 el Gobierno francés nombró una comisión compuesta de cuatro miembros de la Facultad: Borie, Sallin, d'Arcet y Guillotin; y la Sociedad de Medicina nombró á Poissonnier, Caille, Mauduyt, Andry y Lorenzo de Jussieu con el fin de presenciar las experiencias de Mesmer.

El problema para la comisión encerraba dos términos que era preciso separar y aclarar. Los experimentadores magnetizados por d'Eslon durante tres días consecutivos, no sintieron otra cosa sino un poco de excitación nerviosa. Los comisionados concluyeron que el magnetismo animal no existía, que sus virtudes curativas eran nulas y su práctica peligrosa y aun escabrosa. Exceptúase á Lorenzo de Jussieu, quien no quiso firmar el informe de la comisión, porque ciertos hechos lo preocupaban: los tocamientos, la imitación, la imaginación no podían dar cuenta de ellos. Había visto producirse por la simple presentación de la varilla, á distancia, crisis que recorrían las tres faces clásicas, de *eretismo*, *estado* y *detención*. El creyó en la existencia del fluído universal y señaló el calor como el agente inmediato de todas las funciones animales.

Desde esta época hasta 1878, ha figurado el mesmerismo con denominaciones diferentes, hasta que encaminado en la vía científica y estudiado en sus manifestaciones somáticas, bajo el nombre de hipnotismo por Charcot Richer, Bourneville &c., ha ha tomado definitivamente puesto en la ciencia oficial.

Los medios que pueden emplearse para producir el hipnotismo artificial son de tres órdenes: písquicos, sensoriales y físicos.

Braid había notado ya que hay ciertos sujetos susceptibles de ser afectados enteramente por la imaginación. En la Salpêtrière se ha hecho la siguiente experiencia. Se persuade á una histérica hipnotizable que dentro de una hora debe dormirse. Cuando la hora señalada se aproxima, la enferma se pone inquieta, deja su trabajo, parece irritada, se pone á recorrer la sala, la acometen bostezos y pondiculaciones, luego al momento dado, se duerme por sí misma.

Las experiencias de Berger demuestran la transformación del sueño normal en sueño hipnótico.

La fijación de una luz intensa, en una histérica, provoca la catalepsia; la desaparición brusca de esta luz produce la letargia.

La influencia de la mirada permite obtener efectos semejantes.

La personalidad del experimentador no entra aquí para nada. Su ojo no es sino un punto brillante; la fijeza de la mirada sobre un objeto cualquiera produce los mismos resultados. En cierto número de sujetos la presión de los globos oculares determina el sonambulismo.

Las vibraciones sonoras, pueden como la luz, producir el sueño hipnótico. En la Salpêtrière se ha hecho muchas veces la experiencia siguiente: se hace sentar una histérica sobre la caja de refuerzo del diapason, que un arco pone en vibración. Al cabo de algunos segundos la enferma parece como embebida, se queda inmóvil con los ojos fijos; está en catalepsia. Si se detiene

bruscamente el diapasón, inmediatamente da un grito, se arquea y cae en convulsiones ; se halla en letargia.

El sueño puede nacer algunas veces á causa de excitaciones cutaneas. Chambard dice que ha hecho dormir una señora, pasándole suavemente, durante dos minutos, el dedo sobre las partes laterales del cuello. Se puede producir la catalepsia frotando la región externo-mastoidiana. Los *pases* magnéticos obran verdaderamente, según las investigaciones de Heindenhain, determinando sobre la piel excitaciones ligeras y repetidas.

La aplicación del imán y de ciertas sustancias metálicas, pueden producir por contacto el sueño hipnótico, y también por corrientes eléctricas débiles.

Las condiciones individuales favorecen ó retardan la producción del sueño hipnótico.

Sobre cien sujetos sanos tomados á la suerte sin tener cuenta del sexo, de la edad ni del temperamento, noventa y cinco serían hipnotisables según Liébeuall y Bernhein. Según Bottey esta cifra sería exagerada y habría que reducirla más de los dos tercios. Según Sepelli sería solamente del 10 por 100.

Lo que hace particularmente difíciles las estadísticas de este género, es que los resultados obtenidos varían con el *modus operandi*.

Y al sujeto en quien falta la primera tentativa de hipnotización prolongada 10 minutos, podrá dormirse luego, si la experiencia se prolonga más tiempo ó si se renueva muchas veces. Lo más que se puede afirmar, por ahora, es que los sujetos jóvenes, adultos, son en general más fácilmente hipnotisables que los niños y los viejos. Las mujeres lo son más que los hombres. Nada permite *a priori* reconocer la aptitud hipnótica de tal ó cual sujeto. No es cierto que las personas nerviosas sean las más predispuestas al hipnotismo. La *educación magnética* favorece la producción de los estados hipnóticos.

El estado hipnótico presenta los síntomas siguientes : algu-

nos sujetos experimentan una sensación más ó menos fuerte de embotamiento general ó de fatiga cerebral, otros se duermen ligeramente, otros caen en una especie de sueño muy profundo con ó sin rigidez de los miembros.

Se pueden distinguir cinco grados de sueño hipnótico: 1.º somnolencia; 2.º sueño pasajero; 3.º sueño profundo; 4.º sueño muy profundo; 5.º sonambulismo.

Mr. Charcot reconoce tres estados en los histéricos: el estado cataléptico, el letárgico y el sonambúlico.

La letargia está caracterizada principalmente por la resolución general del sistema muscular: el individuo parece profundamente dormido; es incapaz de mover sus miembros y de comunicar con el mundo exterior. Este estado es lo que se ha llamado muerte aparente. La letargia puede obtenerse primitivamente ó suceder á otra face del hipnotismo artificial.

Los cambios motores que se observan más frecuentemente en la letargia son la exageración de los reflejos tendinosis. Vienen luego las contracturas por excitación directa de los músculos y después la de los nervios. La hiperexcitabilidad neuro-muscular no se desarrolla en la cara sino en los casos más marcados.

La hiperexcitabilidad neuro-muscular del estado letárgico es un fenómeno de naturaleza reflejo que tiene su razón de ser en una exageración dinámica de los centros y que tiene por camino el arco diastáltico muscular.

En individuos que presentaban los síntomas de la hiperexcitabilidad, B. Silva ha observado reacciones singulares por causa de la percusión de las diversas partes del cuerpo.

Percutiendo sobre la línea media del cuerpo entre el pubis y el ombligo, se producía, á cada golpe de martillo, movimientos de lateralidad de la cabeza (signo negativo). Percutiendo sobre el esternón y el epigástrico se producían movimientos de masticación. Percutiendo en la cima de la cabeza y á lo largo de la columna vertebral se producían movimientos en los miembros.

Silva ha dado el nombre de fenómeno *rolándico* á los efectos cruzados de la percusión del craneo.

El estado cataléptico se caracteriza sobre todo por la pérdida de las manifestaciones exteriores de la sensibilidad, por la ausencia de espontaneidad psíquica y motriz y por la exageración del tonus muscular, por lo cual los sujetos conservan sin fatiga las aptitudes en las cuales los ha sorprendido el sueño ó las que se comunican durante este sueño.

La catalepsia puede sobrevenir primitivamente bajo la influencia de la fijación de un foco luminoso intenso &c. ó secundariamente por transformación del estado letárgico ó del estado sonambúlico.

En la catalepsia el fenómeno principal es el relajamiento y la parálisis muscular. La fricción de los tendones produce frecuentemente la parálisis de todo un miembro.

Un individuo en estado cataléptico es un autómeta. Es incapaz de espontaneidad y no se mueve sino bajo la influencia de excitaciones sensitivas y sensoriales transmitidas del exterior.

El sonambulismo está caracterizado por una torpeza aparente de las facultades intelectuales, muy análoga á la que se observa en el sueño natural, por la conservación de la actividad muscular, de manera que el sujeto dormido es capaz de caminar y de moverse como una persona despierta.

Todos los procedimientos hipnógenos que se han indicado precedentemente pueden provocar inmediatamente, en los sujetos predispuestos, el sueño sonambúlico.

Este sueño puede sobrevenir lentamente ó de una manera brusca.

El sonámbulo pierde al dormirse su personalidad conciente y razonable. No tiene ideas por sí mismo. Se apodera de las que se le suministran, las sigue, las desarrolla, pero no puede rechazarlas.

El sonámbulo está en relación con el mundo exterior por

el intermedio de los sentidos que han conservado su actividad. Si se le dan objetos para reconocer, olores á sentir, líquidos á gustar, él no se engañará acerca de los caracteres de estas sustancias. Mas si en lugar de invocar pura y simplemente el testimonio de los sentidos se le dice : yo coloco sobre vuestra mano un cuerpo caliente ; esto tiene un olor delicioso ; esto es muy amargo, la afirmación producida la aceptará su espíritu, y aun cuando esté en oposición formal con el testimonio de sus sentidos, él se convencerá que su mano está en contacto con un cuerpo quemante, que respira perfumes deliciosos, que come sustancias horriblemente amargas. Toda la historia de las ilusiones y de los alucinamientos provocados en el estado de sonambulismo está resumido en algunas palabras, y los fenómenos variables al infinito que soporta su estudio, son susceptibles de la misma explicación.

Se le dice á una persona en estado de sonambulismo : “ Un mono está delante de usted.” Al punto ve ella un mono. La idea evocada por la afirmación del experimentador no provoca un fenómeno de memoria ó de visión mental, ella se exterioriza bajo la forma de un alucinamiento netamente definido, y este alucinamiento sensorial, está acompañado de modificaciones materiales en los órganos de los sentidos, absolutamente como si el objeto ficticio tuviese una existencia real y material.

(Continuará).

EL MAL DE SAN LAZARO Y EL MAL DE SAN ANTONIO.

En la discusión sobre el mal de Lázaro que en la sesión del 7 de Marzo último tuvo lugar en la Sociedad de Medicina del Cauca, el señor doctor Evaristo García emitió conceptos, en cuanto al mal de San Antonio, que creo infundados y que por las graves consecuencias que pueden tener si se establece en la República el aislamiento riguroso de los lazarinos, reclaman inmediata rectificación. Esas ideas han sido constantes en ese ilus-

trado médico ; las ha reproducido y ratificado cuando quiera que ha tratado de esta enfermedad, y se encuentran consignadas en el *Progrès Medical* de París, número 22 ; en la *Revista Médica* de Bogotá, números 36, 40 y 112, y en el *Boletín de Medicina* del Cauca, número 1.º

Hé aquí los términos en que se expresó en la mencionada discusión : “ No terminaré sin manifestar que la enfermedad conocida entre nosotros con el nombre de *Mal de Santantón*... .. es una forma muy semejante á la de la *Lepra anestésica*, y que muy bien pudiéramos designar con el nombre de *Lepra mutilante*. En esta forma de lepra, las manos y los pies son el sitio de erupciones vesiculares, engrosamiento de la piel, * no siempre úlceras más ó menos profundas, deformación de la mano, en la que por la curvatura de los dedos le dan el aspecto de una garra de ave de rapiña. En su marcha progresiva se encogen y doblan los dedos, sin que haya úlcera, á veces por un movimiento de regresión de los tejidos. Estos degeneran en una grasa difluente, los huesos son reabsorbidos, las falanges desaparecen ; lo mismo sucede en época más avanzada con los metacarpianos en la palma de la mano y queda un *muñón* ó especie de *manopla*. Lesiones análogas tienen lugar en los pies.

“ Estas lesiones tróficas dependen indudablemente de una lesión irritativa de los nervios y de la medula espinal.

“ En apoyo de la clasificación que me permito hacer en el cuadro nosológico del mal de *San Antonio*, citaré el caso de un individuo que se presentó hace siete años en mi consulta con los caracteres de esta enfermedad, á quien he visto hace pocos días en la calle con las manchas moradas, engrosamiento de las orejas y aspecto del Elefanciáco.”

Antes de discutir las aseveraciones de mi distinguido profesor y amigo, describiré para que sirva de apoyo á mis ideas,

* En la comunicación publicada en la *Revista Médica* dice:.....“ la piel lisa, sin ulceración, DELGADA;.....” Véase el número 112, página 550.

un caso que he observado últimamente y que me llamó la atención por su marcha y sintomatología un poco distintas del caso Grajales que inserté en mi trabajo anterior. *

Domingo García, natural de Tuluá, de 68 años de edad, de raza negra pura, regularmente musculado, locuaz y no escaso de inteligencia, sufre de mal de San Antonio hace 33 años.

Antecedentes. Su alimentación ha sido siempre mala, su oficio el de fabricante de miel y azúcar, y como soldado ha hecho campañas penosísimas. Atribuye su enfermedad á un poco de aguardiente de mala calidad que tomó; pero conocido su oficio es de presumir que más bien provenga de cambios bruscos de temperatura. Le principió en 1854 por dolor en las piernas que se exacerbaba al menor roce (hiperestesia) y por la formación subsiguiente de placas epidérmicas extensas y como pergamíneas que se desprendían en pedazos y renovaban con alguna frecuencia; luego se le entumecieron los dedos de los pies (anestesia) y le aparecieron en las articulaciones digitales unas ampollas que contenían un líquido fétido. Las ulceraciones superficiales consecutivas á estas erupciones ampulares sanaban con ó sin remedios. Más tarde empezaron á deformarse los dedos de las manos y á doblarse hacia el borde interno ó cubital, de manera que parecían quebrados, según la propia comparación del paciente. En seguida fueron aminorándose por reabsorción de las falanges, lo que sucedió también con los metacarpianos hasta el punto de quedar reducidas al estado que voy á describir. Iguales fenómenos acaecieron en los pies. Hasta 1865 el mal avanzó con mucha lentitud, por lo cual las lesiones eran tan poco extensas que García podía trabajar en su oficio; pero de esa fecha en adelante la marcha se hizo menos lenta y le inutilizó en un tiempo relativamente corto. En 1868 le vió el señor doctor Fontal y le

* *Revista Médica* de Bogotá, números 108 y 109.

declaró elefanciaco, diagnóstico que atormentó tanto al infeliz, que aun hoy, después de largos años, lo recuerda con dolor.

Estado actual. La mano derecha ha perdido todas las falanges y los metacarpianos, conservando de éstos la porción articular carpiana. La mano izquierda ha perdido también las falanges y la mitad ó poco más de los metacarpianos. En ambas se ven porciones rugosas correspondientes á los dedos, en las cuales existen las uñas deformadas y diminutas. Los antebrazos conservan su apariencia normal, salvo las señales insignificantes de ulceraciones superficiales, consistentes aquéllas en cicatrices y decoloración de la piel. Esta conserva su espesor natural, menos en las partes carpo-metacarpianas, en donde está notablemente gruesa. Los músculos de los antebrazos se conservan ilesos, según lo indica la forma regular de éstos y su libre funcionamiento. El pie izquierdo parece cortado por la garganta en dirección paralela á la tibia; es decir, que de sus huesos no han quedado más que el calcaño y el astrágalo, y es de notar que se conserva en el *muñón* la última falange del dedo grueso; aquí como en las manos las uñas persisten, pero también deformadas y reducidas. El pie derecho ha perdido todos los dedos y los tres metatarsianos externos, lo que unido al llenamiento del hueco plantar le da la forma de un cono. Las piernas están bastante delgadas, los músculos atrofiados y la piel de ellas tensa y cubierta de placas epidérmicas grandes, gruesas, lisas, lustrosas y de color subido, las que al desprenderse dejan desnuda una piel menos oscura, y se extienden hasta el cuarto superior de las piernas. La sensibilidad es exagerada tanto en los antebrazos como en las piernas, inclusive los muñones. *La piel del resto del cuerpo está perfectamente limpia y sana.* La circulación es débil. Las demás funciones no presentan irregularidad. El estado general es bueno.

Este caso, que confirma en parte las observaciones del señor doctor García, nos enseña que la mutilación puede hacerse no

solamente por ulceración y caries (como se verificó en Palomino * y se está efectuando en Grajales) sino también "por reabsorción de los huesos." (García).

En las observaciones que he podido hacer he hallado siempre las erupciones *ampulares* y no las *vesiculares* que señala el señor doctor García. Y si damos crédito á la relación del enfermo Domingo García, que ningún interés puede tener en faltar á la verdad, el aspecto que toman las manos no es siempre el de "una garra de ave de rapiña."

Es inaceptable, como contrario á los hechos, que los dedos se doblen y encojan "por un movimiento de regresión de los tejidos;" porque sería preciso, cuando aquello hubiera de suceder, que la degeneración atacara los músculos extensores para que predominara la retractilidad de los flexores, y sabemos que los dedos doblados no pueden extenderse ni aun empleando fuerza extraña; luego lo que hay primeramente, como causa de la flexión de los dedos, es una retracción muscular, á la cual puede seguir y sigue muchas veces la degeneración grasosa, ora por consecuencia de la inmovilidad en que se ponen los músculos, ora por efecto de las perturbaciones de nutrición dependientes de alteraciones nerviosas ó vasculares.

Hasta hoy no se han hecho estudios microscópicos en que pueda apoyarse el señor doctor García para aseverar que "las lesiones tróficas del mal de San Antonio dependen INDUDABLEMENTE de una lesión *irritativa* de los nervios y de la medula espinal." Esta afirmación sin pruebas es tan aventurada en lo que toca á la *especificación* de la lesión nerviosa como en lo que se refiere á la lesión medular. Danielsen y Boeck, Déjerine, Leyden, Grancher y otros relatan casos en que las lesiones medula-

* Pablo Palomino, natural de San Pedro, sufrió de mal de San Antonio por más de 25 años. Perdió sucesivamente las manos y los pies; luégo la enfermedad terminó su evolución cesando su marcha invasora y dejando al paciente en buena salud, hasta que una pneumonía le arrebató la vida.

res no existen en la lepra, lo que demuestra que ellas no son inherentes á esta enfermedad sino incidentales. Y ¿se puede razonablemente asegurar *por analogía* que lo que apenas sucede á veces en la lepra ha de suceder siempre en el mal de San Antonio, cuando ni siquiera puede afirmarse que éste sea una forma de aquélla? El imaginarse que una cosa es de cierto modo no da razón ni derecho para asegurar que así es.

A la creencia vulgar de que aquel mal es una forma de elefancia griega han prestado su autoridad los señores doctores García, Garcés y Scarpetta, así como la mayoría de los médicos caucanos. No estoy acorde con esa manera de ver: el caso de Domingo García, cuya enfermedad data de 1854 y el de Pablo Palomino que vivió largos años sin presentar ni uno ni otro síntoma alguno de lepra hablan muy claro, y por el mismo tenor pudiera citar varios otros. Suponiendo que el señor doctor García no se haya equivocado en el diagnóstico, el caso que refiere en apoyo de su clasificación nosológica del mal de San Antonio, á lo más prueba que las dos enfermedades no se excluyen. En mis investigaciones acerca de esa entidad morbosa no he hallado ni un caso de trasmisión por contagio ó por herencia. Conozco las familias de individuos *santantones* y ni sus esposas, ni sus hijos, ni sus nietos han sufrido cosa semejante. El vulgo mismo que donde quiera ve contagio no dice que la enfermedad hubiese sido transmitida alguna vez; de suerte que muy bien podemos excluir esta propiedad del mal de San Antonio. Y ¿sucede lo mismo con el de San Lázaro? Los anticontagionistas, que son pocos, se acabarán si se logra probar que el *bacillus lepræ* es la causa de esta terrible enfermedad; y aun cuando esto no suceda, el contagio será siempre sostenible con ejemplos casi concluyentes, al menos en lo que toca á la inoculación verificada por los insectos y en especial por los chinches (Vargas Vega).

En su empeño por probar que el mal de San Antonio es una forma de lepra, el profesor de Cali se expresa así: "Demos-

tré... que las contusiones y picaduras de los nervios se traducen en la piel por erupciones como la *zona*, el *eczema*, el *eritema pernio*, por *úlceras* persistentes mientras dure la compresión ó irritación del nervio; que en las afecciones de la medula, en la *myelitis*, en la *esclerosis en placas* se encuentran como consecuencias las atrofonas, la degeneración grasosa muscular, la reabsorción de los huesos, las necrosis." Argumento contraproducentem: eso mismo pone precisamente de manifiesto de una manera incontrovertible la sinrazón de aquella creencia, porque habiendo lesiones de los nervios *no leprosas* que pueden producir las alteraciones que se hallan en el mal de San Antonio, no es razonable sostener *a priori* el carácter leproso de éste, aun cuando se prescindiera de las diferencias que existen entre las dos enfermedades, aun cuando se cierren los ojos para no ver que la una es *local* y no contagiosa ni hereditaria y la otra *general* y transmisible por contagio y por herencia.

En ocasión anterior admití teóricamente que las lesiones tróficas del mal de San Antonio dependían de perturbaciones de nutrición consecutivas á lesiones de los nervios limitadas á las ramas y á las placas terminales; y persisto en esa idea por el hecho muy significativo de que la enfermedad *termina su curso* al llegar á puntos determinados. Si las lesiones afectaran la medula ¿por qué singularísima excepción no se sentían sus efectos sino en porciones muy limitadas del cuerpo, cuando aquéllas deberían interesar casi todo ese centro nervioso para que pudieran alterar partes tan distantes? ¿Se alegrará que *treinta y tres años* no son tiempo suficiente para que el mal adquiriera su desarrollo? Los santantones mueren siempre de alguna enfermedad intercurrente, sin que se cite ni un caso en que aquel mal hubiese ocasionado la muerte. ¿Son, pues, tan insignificantes las pretendidas lesiones medulares?

Este razonamiento, basado en hechos innegables, que pu-

diera extender mucho más si lo juzgara necesario, me permite concluir que *el mal de San Antonio no es una forma de lepra*.

LEONARDO TASCÓN.

Buga, 30 de Abril de 1887.

LEPRA AFIMATODEA.

Acaba de publicarse un extenso y luminosísimo trabajo en el Diccionario enciclopédico de las ciencias médicas de Dechambre, firmado por la autorizada pluma del doctor Brassac, sobre la lepra ó elefancia de los griegos, y no hemos podido menos de hacer un breve resumen de algunos puntos que nos interesan muy especialmente.

El doctor Brassac divide la lepra en dos formas principales. La tuberculosa y la *afimatodea* (*a* sin, *phyma* tubérculo), denominación mucho más adecuada que la de anestésica, pues la anestesia no puede considerarse de ningún modo como síntoma patognomónico de la lepra.

Las parálisis y las atrofiás de la lepra afimatodea, dice el doctor Brassac, atacan las extremidades de los miembros primero, las eminencias tenar é hipotenar después, para invadir los metacarpianos y más tarde los músculos de otros segmentos de los miembros, atacando los extensores de preferencia á los flexores, de lo cual resultan deformaciones más ó menos bizarras, especialmente en las manos, en donde produce la disposición en garra que nunca se olvida cuando se la ha visto una vez. Por causa de la atrofia de los interoseos los dedos se mantienen separados, la cara dorsal de la mano se aplana y aun se vuelve cóncava. La primera falange de cada dedo se coloca en la extensión, las últimas, al contrario, se encorvan. Esta deformación puede ser general, regular, de modo que todos los dedos toman la misma forma de garra. Otras veces los dedos están doblados y encorvados en diversos grados; algunas veces aun

las desviaciones laterales son tales, que los dedos se imbrincan, por decirlo así, los unos sobre los otros.

El período de esta forma, que pudiera llamarse fatal, pero que se realiza á veces sin gran repercusión sobre el organismo, es el de las eliminaciones de las falanges ó de porciones más considerables de miembros, eliminaciones que se hacen de varios modos.

La destrucción de las articulaciones puede principiar desde muy temprano por los progresos de la ulceración consecutiva á las ampollas y á las pústulas; pero un mecanismo diferente preside frecuentemente á estas destrucciones y eliminaciones. En los dedos encorvados, en la palma de las manos, en la planta de los pies ó en los artejos, aparecen manchas azulosas en los puntos en que la epidermis se halla espesada previamente. La epidermis de estos puntos se levanta bien pronto, forma una *ampolla única ó muchas vesículas* con manifiesta fluctuación. Esta ampolla se abre espontáneamente y da salida á un líquido icoroso y rojizo; en el fondo se ve una úlcera que se extiende debajo de la piel desprendida, pero que progresa también, disecando el tejido celular, los tendones y los músculos; algunas veces toda la superficie palmar y plantar. Ordinariamente las falanges y los metatarsianos son atacados uno á uno, y es en este caso que se podría confundir esta forma, como ya ha sucedido, con el *mal plantar perforante*.

El trabajo ulcerativo puede ser muy largo, durar meses y años, pero la marcha es bien uniforme. Una falange se desprende, la falange que sigue se retrae sobre la que la precede ó sobre la cabeza del metacarpiano ó metatarsiano correspondiente; los dedos se encogen así poco á poco y al fin no queda sino un muñón ó rodete, en medio del cual se perciben los restos de la uña alterada, deformada y reducida algunas veces á un pequeño núcleo. El trabajo de destrucción no se detiene allí; la misma úlcera ú otras úlceras pueden atacar el metacarpo, el carpo, los

metatarsianos, el tarso y proceder así á una serie de desarticulaciones sucesivas, hasta la destrucción entera del pie y de la mano.

Existiría un último mecanismo de eliminación que Mr Brassac dice no haber observado y que parece también desconocido de los médicos noruegos. Este mecanismo estudiado, pero no completamente explicado, por los médicos que han observado en Méjico, consistiría en una *absorción lenta y espontanea de los huesos*. Esta absorción sería precedida de una atrofia notable de las partes blandas; el hueso pierde entonces en espesor, y algunas veces el elemento calcareo disminuye tanto, que pueden doblarse los dedos en todos sentidos.

Se ha visto en varias ocasiones desprenderse muchas falanges en algunos días, en el mismo sujeto, quien permanece casi indiferente á esta destrucción parcial de su cuerpo. Admite, por lo demás, que la reacción en estos casos *varía según los climas y según las razas*, y que en la negra y en las razas coloreadas, en los países cálidos, la lepra, aun con los desórdenes locales más avanzados, repercute menos sobre el organismo, que en las razas blancas y especialmente en las del norte de Europa.

En esta forma, el leproso sucumbe frecuentemente por causa de una caquexia profunda; sin embargo, en algunos, después de graves eliminaciones, puede venir un tiempo de detención en la evolución de la enfermedad, que les permite vivir, años, en un estado de salud bastante satisfactorio.

Sentimos no dar un resumen completo del artículo del doctor Brassac, pero quizá más tarde podamos hacerlo.

GABRIEL J. CASTAÑEDA.

DE LA COCA Y SUS APLICACIONES TERAPÉUTICAS

COMO ANESTÉSICO LOCAL DE LAS MUCOSAS.

No entra en mi propósito hacer, en este artículo, un estudio especial sobre las propiedades anestésicas de la coca; es este un asunto elucidado ya para la ciencia y en cuyo triunfo la terapéutica se ha aprovechado de la parte que le corresponde; pretendo sí demostrar, fundado en mis propias observaciones, que podemos sustituir el uso de la cocaína ó de sus sales con el cocimiento de las hojas de coca, cuya eficaz actividad tengo experimentada. Planteado así el problema, lo trataré desde el punto de vista económico, punto que juzgo de actualidad hoy que, cual más, cual menos, se empeñan en mostrar á sus compatriotas los medios que deben ponerse en práctica para producir algo con que pagar al extranjero los productos que nos vende.

No entra en mi objeto presentar la coca como artículo de exportación, pues aunque no sería empresa descabellada, siendo así que el Cauca produce y ha exportado alguna cantidad, la falta de su cultivo en grande escala hace que nuestra coca no pueda competir con la del Perú y Bolivia en los mercados extranjeros.

Mas si la exportación de este artículo es impotente, por hoy, para aliviar en algo nuestra situación económica, la no importación de su alcaloide, el que es carísimo, sí podrá realizarnos algunas economías, las que diariamente se irán aumentando si atendemos al incremento que va adquiriendo el uso de la cocaína como agente terapéutico.

Entro pues en materia y suplico á mis lectores me oigan con atención y benevolencia, pues del resultado de mis experiencias tengo necesidad de sacar los argumentos necesarios para probar que no necesitamos las sales de cocaína sino en casos quizá excepcionales, y que las hojas de coca pueden dar

nos los benéficos efectos del alcaloide proporcionándonos economía y á veces facilidades.

La coca de que me he servido en mis experiencias la he obtenido á un precio muy bajo, haciéndola recolectar en las orillas del Cauca, coca del punto donde el Arma le tributa sus aguas.

El eritroxiliun coca, arbusto indígena de la familia de los eritroxileas, hizo su primera aparición en Europa después del descubrimiento del Nuevo Continente, y, como otros muchos agentes terapéuticos, tuvo su época de entusiasmo frenético, para venir luégo á caer en el más inmerecido desdén. Durante los siglos XVII, XVIII y la mitad del actual, no se volvió á hacer mención del agente que se había presentado como una panacea universal, sino por pura curiosidad científica. Fué en el año de 1867 cuando la coca se presentó nuevamente en la arena de la ciencia, despojada ya de aquellas fantásticas propiedades con las que en un tiempo se la hizo aparecer. De esta época en adelante mencionaré los trabajos de G. Sée, Gubler, Faubel, Dechambre, Malegasa, Rabouteau, &c., trabajos que colocaron la coca entre los excitantes de la acción digestiva. Las propiedades anestésicas de la coca eran ignoradas aún; dichas propiedades principiaron á conocerse por las experiencias que Gazeau instituyó sobre él mismo; este observador averiguó dicha acción sobre la mucosa gástrica; de aquí la variedad de preparaciones que con el nombre de elíxires, vinos de coca, &c. han sido recomendadas para combatir las neuralgias gástricas.

Entre los trabajos recientes sobre el mismo punto son dignos de notarse los siguientes: el de Charpentier, que tiende á probar la idea de la abolición de las funciones sensitivas del cerebro bajo la acción de la cocaina; Labord, demuestra la acción analgésica general de las inyecciones hipodérmicas de cocaina; Panas reconoce sus propiedades midriáticas; Dransart

la presenta como un anestésico ocular; el de Brown Sequard, sobre el modo como obra la cocaína por excitación sobre los nervios periféricos; las experiencias de Kolles, que colocan la cocaína como un anestésico ocular indiscutible. De aquí en adelante este alcaloide y sus sales han sido aplicados en todas las clínicas del país y del extranjero, y raro será el médico que hoy no haya probado con su observación propia la acción de dicho agente, desde el punto de vista de la anestesia sobre las mucosas.

Es este mismo espíritu de curiosidad el que me ha llevado á emprender mis experiencias, no sobre la cocaína sino sobre las hojas de la coca. En cuestiones científicas, como en política, es inherente al hombre cierto espíritu de novedad y más de una vez nos dejamos arrastrar por teorías fantásticas, del mismo modo que miramos con desdén preciosos elementos que nuestro propio trabajo podría convertir en óptimas fuentes de riqueza pública, ya por rendir culto al espíritu de innovación, ya por desconfianza de nuestras propias fuerzas, lo que hace que nos apeguemos demasiado á lo que nos viene de lejos.

Mis propias observaciones sobre el cocimiento de las hojas de coca han venido á corroborar lo que ya era del dominio de la ciencia, pero lo que de ellas quiero hacer desprender son las economías que se pueden realizar usando la coca que produce nuestro suelo en lugar de su alcaloide que tenemos que conseguir á un precio muy elevado. Además de las economías que esta sustitución realizará, ganaremos en comodidad, ¿en cuántas de nuestras localidades la coca es de uso común y se la encuentra en profusión, mientras que su alcaloide quizá será desconocido? Por otra parte, mis experiencias han dejado en mi espíritu la idea de que el cocimiento de coca obra más eficazmente que la cocaína cuando se lo aplica tópicamente y siempre que aquél se use con una concentración suficiente. ¿Podrá suceder aquí lo que en ciertos casos observamos con la quina

y el opio relativamente á sus alcaloides la quinina y la morfina? Nada de particular tiene esta observación, y menos aún si se atiende á que el estudio químico de la coca está aún en su aurora y á que con el tiempo se hallarán en ella alcaloides nuevos tan activos ó más que la cocaina y cuya acción perdemos hoy empleando ésta únicamente.

Las cinco observaciones que acompañan este artículo atestiguan unánimemente la acción anestésica del cocimiento de coca; en la primera, sobre la córnea y la coyuntiva, anestesia que se prolongó desde la primera aplicación durante seis horas, acción mucho más enérgica que la de la cocaina, pues según las observaciones del profesor Abadié, la anestesia de la córnea bajo la acción de un colirio al 4 : 100 del alcaloide dura únicamente cinco minutos.

Las 2.^a, 3.^a, 4.^a y 5.^a observaciones prueban hasta la saciedad los efectos anestésicos de dicho cocimiento sobre la mucosa que reviste el istmo de la garganta, las amígdalas y la parte superior de la faringe; aquí no cabe pues la menor duda; ¿habrá economía aplicando el cocimiento de coca en lugar del alcaloide? Que contesten los números á esta observación.

Un colutorio de cocaina para practicar una amigdalotomía, por ejemplo, será una solución al 4 : 100, y de este colutorio se necesitará, por lo menos, 30 gramos para hacer dos embrocaciones antes de operar, estos 30 gramos de colutorio contienen casi un gramo de alcaloide, y un gramo de cocaina cuesta hoy, por lo menos, un peso; luego una amigdalotomía cuesta al paciente un peso en la sola aplicación del anestésico usando la cocaina, y si en lugar de ésta usamos las hojas de coca, tendremos que con 500 gramos de un cocimiento al 30 : 500 podremos también producir una anestesia completa, y 30 gramos de coca cuestan hoy cinco centavos.

No ha pasado por mi imaginación presentar la coca como un agente terapéutico para tratar una quemadura del ojo, ó

una angina flecmonosa ni mucho menos una angina ditérica ; únicamente la he aplicado, y creo que será de grande utilidad, como medicación sintomática para calmar el dolor en unos casos, y en otros para embotar la sensibilidad que impedía la aplicación de una medicación tópica apropiada.

Extraño parecerá pretender apoyar teorías económicas en hechos terapéuticos, pero las ciencias han formado y formarán siempre el más bello concierto ; una traza la huella por donde la otra sigue y es imposible, á veces, presumir cual de los contendores en esta armónica lucha llevará la palma de la victoria, haciendo brotar raudales de luz de donde en un principio no se veía sino tinieblas. ; Quién nos dijera que la química produciendo el sulfato de cobre entregaría á la física una rica fuente de electricidad, la que explotada por la terapéutica vendría á convertirse en benéfico elemento para llevar la vida á los órganos muertos ya ! ; Quién que la misma química al producir su sal de cobre entregaría al mundo un elemento capaz de trasformar su modo de ser político, social y económico, aplicándolo al sabio descubrimiento del inmortal Mors ! Es que en el concierto científico los tonos más desacordes forman las armonías más cadenciosas.

OBSERVACIONES.

1.^a En el mes de Agosto de 1885, como á las once de la noche, disparé un fusil en el que no estaba bien cerrada la cámara de combustión de la pólvora, la llama producida por el cuerpo inflamable salió y me produjo una quemadura en la coyuntiva y la córnea del lado derecho, en donde aparecieron dos flictenas al siguiente día.

Pocas horas después del accidente principié á sentir dolor en el globo del ojo, lagrimeo constante, fotofobia y una sensación desagradabilísima, de cuerpo extraño dentro del ojo, en el momento en que el párpado se deslizaba sobre dichas flictenas,

de tal manera que estaba obligado á mantener constantemente cerrado el ojo y aun comprimido para impedir que el globo se moviera. Durante el día siguiente me apliqué compresas empapadas en agua fría, mas por la tarde todos los síntomas persistían y especialmente la fotofobia y el dolor eran insostenibles y este se hacía sentir en la región supra-orbitaria. Como no tenía ninguna sal de cocaina á mi disposición, hice preparar un cocimiento de hojas de coca al 30 : 500 y con esto me bañé el ojo procurando que el líquido entrara muy bien ; un minuto después el dolor había calmado completamente, pude descubrir el ojo y aun mirar con fijeza una luz. Esta aplicación la hice á las siete de la noche ; dormí bien hasta la una de la mañana, hora en que el dolor me despertó ; reapliqué el baño y produjo igual efecto y con la misma rapidez ; dormí nuevamente hasta las seis de la mañana, y á esta hora los dolores volvieron á aparecer pero muy soportables y calmaron con un nuevo baño.

Continué esta aplicación durante seis días, no volví á sentir el más mínimo dolor y al fin de este tiempo estaba completamente bueno.

2.^a En la tarde del día 12 de Agosto de 1886 fuí llamado á prestar mis cuidados á un joven de 34 años, empleado en una oficina pública, casado, robusto y de temperamento sanguíneo. El día anterior, después de haber salido de su oficina y sin tomar precaución alguna, sintió un fuerte calofrío seguido de movimiento febril, dolor en la garganta, el que se aumentaba al tragar la saliva ó los alimentos.

Al examinar mi enfermo lo hallé en el estado siguiente : sentado en su lecho y presa de gran dificultad para respirar ; cara bultuosa ; pulso fuerte y frecuente, 108 ; temperatura 40° ; dificultad para abrir la boca ; lengua sucia cubierta de una capa blanca amarillosa, al tratar de deprimirla con el mango de una cuchara para examinar el fondo de la garganta, se producen náuceas que impiden dicho examen, éstas son aun más

fuertes al practicar el tacto sobre el istmo de la garganta; la campanilla y el pilar derecho del velo palatino están fuertemente congestionados; hay dolor en la región submaxilar derecha pero no hay ganglios infarados; los demás órganos están en su estado normal.

Prescribí un vomitivo, revulsivos periféricos, tópicos emolentes y gargarismos con un cocimiento de hojas de coca al 30:500.

El día 13 los síntomas generales habían aumentado: pulso fuerte y frecuente 112; temperatura 40°; suma dificultad para tragar pero con muy poco dolor; al deprimir la lengua para examinar la región enferma noté que no había náuceas, las que tampoco se produjeron al pasear mi dedo sobre toda la parte afectada; el istmo de la garganta está todo congestionado; el tacto me permitió apreciar una tumefacción muy marcada sobre la amígdala derecha y ligero dolor sobre el mismo órgano. Diagnosticué una *amigdalitis flecmonosa* é instituí el tratamiento clásico acompañado de los gargarismos con cocimiento de hojas de coca, pero hechos muy frecuentemente. Por la tarde del mismo día el estado era el mismo, pero la anestesia de la mucosa que revisten los órganos del istmo de la garganta se sostenía y era aun más profunda. Insistí en el mismo tratamiento.

El 14 por la mañana encontré mi enfermo en el mismo estado pero sin estar atormentado por el dolor en los movimientos de deglución; introduje mi dedo en su boca, lo llevé hasta apoyarlo sobre la amígdala derecha sin producir el más mínimo conato de náusea; noté fluctuación sobre dicha amígdala; comprimí con un poco de más fuerza y rompí un absceso que dió salida á una pequeña cantidad de pus. Desde este momento el paciente siguió bien y á los pocos días estaba desempeñando su oficio.

3.ª En el mes de Diciembre de 1885 fuí llamado á ver á

una niña de 13 años, de temperamento linfático, aun no menstruada y á la que había prestado mis cuidados desde algún tiempo atrás, por constantes amigdalitis subagudas; por varias ocasiones había propuesto á la enferma una amigdalotomía, pues las amígdalas estaban hipertrofiadas, pero ella había esquivado mi proposición por temor al dolor inherente á la operación. En la época á que me refiero, 25 de Diciembre, al examinar mi enferma encontré las tonsilas tan hipertrofiadas que casi se tocaban; su superficie estaba sembrada de pequeñas cavidades llenas de una sustancia blanquizca de aspecto sebaceo; la voz enteramente nasal; había dificultad para la deglución y aun para la respiración. Propuse, imponiéndome esta vez, una amigdalotomía y aseguré á la enferma que no sentiría dolor alguno. Aceptada mi proposición, ordené inmediatamente constantes gargarismos de cocimiento de hojas de coca al 30 : 500, gargarismos que se harían con la mayor frecuencia aun durante la noche hasta las ocho de la mañana del siguiente día, hora fijada para la operación. Así se ejecutó y pude practicar la operación sin que el más mínimo conato nauseoso viniera á dificultar la maniobra operativa y sin que la enferma acusara dolor alguno. Esto es tanto más digno de notarse, cuanto tuve dificultades grandes para operar, debido á la magnitud de las amígdalas que difícilmente entraban en la guillotina del amigdalótomo.

4.^a En el mes de Enero del presente año hubo en esta ciudad una epidemia local de angina difterítica, en la que tuve ocasión de observar algunos casos graves; entre estos una niña de 5 años, la que por su indocilidad presentaba una resistencia casi invencible para hacerle aplicaciones tópicas de agua de cal sobre las placas de la garganta, resistencia dependiente de las náuseas que el contacto del pincel producía; aun la pulverización de dicho líquido en la boca producía fuertes náuseas. Forzado por la necesidad y en vista de los efectos sorprendentes

que había obtenido de la coca para calmar el síntoma *náusea*, apelé al cocimiento al 30 : 500 para hacer gargarizar la enferma, y aunque las gárgaras no se hicieron con la frecuencia prescrita, pues en los niños es difícil la aplicación de esta forma farmacéutica, al día siguiente ya me fué posible pasear el pincel por toda la garganta sin producir dolor alguno y sin que el reflejo del vómito molestara para nada. Continué las aplicaciones anestésicas por medio de las gárgaras y pude curar tres veces diariamente la garganta con la mayor facilidad y sin dolor ni náuseas.

5.º En los mismos días en que asistía la niña, objeto de la observación anterior, dí mis cuidados á un niño de 3 años por una angina de la misma naturaleza de la anterior ; y como me fuera muy difícil hacer sobre la garganta aplicaciones tópicas apropiadas, apelé á los gargarismos de hojas de coca, los que muy imperfectamente se ejecutaron por la poca edad del niño ; no obstante esto, la garganta soportó muy bien el contacto de un pincel empapado en agua de cal sin que se produjeran náuseas.

Manizales, Mayo 1.º de 1887.

J. T. HENAO.

LA FIEBRE AMARILLA

Y LAS FIEBRES PALUDOSAS GRAVES.

Necesidad de su estudio.

Las implacables fiebres que dominan el cuadro patológico de nuestros climas ardientes, y que de tiempo atrás han vuelto inhabitables los lugares en donde se han concentrado todos los esfuerzos del hombre para arraigar los elementos del trabajo productivo, como los son las poblaciones ribereñas del Magdalena, la comercial ciudad de Cúcuta y algunos otros puntos del territorio colombiano, han sido el tema de las investigaciones de

unos pocos entuciastas observadores, y el terror y desaliento de los más.

La constante repetición de las epidemias de dicha fiebre, la marcha francamente invasora que ha seguido día por día hacia los puntos en donde era desconocida y la apremiante necesidad de no abandonarle, esas ricas comarcas que son nuestra esperanza para el porvenir, nos obligan á llamar la atención de nuestros comprofesores, para que indiquen los medios que deban ponerse en práctica para su estudio. Del letargo en que estamos sumergidos, es preciso despertar, lo más pronto posible; es necesario echar á un lado nuestra natural indolencia para comenzar á trabar la lucha con las enfermedades que nos amenazan á cada instante con la muerte. Tratar de prevenir y de combatir esas desconzoladoras epidemias, de sanear aquellos lugares que son los focos más activos de dichas enfermedades y en los cuales la mortalidad ha llegado á cifras fabulosas, ha venido á ser la más noble preocupación de los amantes del progreso; es, y debe ser la labor constante de esa lucida juventud que acaba de abandonar los bancos de nuestra acreditada Universidad Nacional y de los que dejando patria y hogar, han regresado después de largos años de constante trabajo en las Escuelas extranjeras: á ellos el honor del combate y los laureles de la victoria.

Algunos trabajos se han hecho sobre esa fiebre es cierto; si lo negáramos, además de ser injustos, nos expondríamos á lanzar un cargo sin razón á los que han que puesto su valioso contingente en la materia; nosotros mismos pusimos nuestro grano de arena en el edificio que se levanta, cuando con el doctor Nicolás Osorio, presentamos ahora años, una memoria á la Sociedad de Medicina y ciencias naturales de Bogotá, sobre las *Fiebres de la Hoya del Magdalena* y que se publicó en esta *Revista*; el día en que emprendimos ese humilde trabajo exento de pretenciones, como un ensayo de lo que pudieran hacer con más brio, los jóvenes y robustos altetas, cuyas pisadas sentíamos cerca de nos-

otros, no se conocían como se conocen hoy, las memorables experiencias, los luminosos y científicos trabajos de Mr. Pasteur; no se habían demostrado las ventajas que resultarían de los estudios microscópicos de los distintos elementos del cuerpo humano; no se habían encontrado los micro-organismos que pululan dentro y fuera de nosotros mismos, de ese mundo infinitamente pequeño, ignorado de todos, sospechado por algunos, que á veces son la causa de las enfermedades que nos diezman, y que según el antiguo adagio "Quien da la llaga da la medicina" serán esos mismos agentes destructores, educados por los hombres doctos, los que vendrán á librarnos de sus ataques. Como no conocíamos, esas verdades, que hoy nadie ignora, nos era imposible hablar de ellas en nuestra memoria; y si lo que en aquel entonces hicimos, pudo estar de acuerdo con el estado de la ciencia en el asunto, ahora puede ser deficiente: la ciencia ha progresado.

Sin tener la menor tentación de criticar á nuestros honorables colegas que se han ocupado de las fiebres, y á quienes reconocemos, todas las aptitudes, conocimientos y consagración necesarios en los laboriosos ensayos que emprendieron, creemos que lo que se ha publicado hasta el día, no es completo y que aun faltan muchos materiales para formar la base de un buen estudio de las fiebres. ¿Y cómo tenerlos si para ello no solo se necesita, instrucción, clara inteligencia, vastos conocimientos, entusiasmo y abnegación? Los que como el que estas líneas escribe hayan visitado, las abrasadoras regiones de la tierra caliente y especialmente aquellas en donde reina la fiebre, en las cuales el sol abrumador, agobia hasta los más aclimatados, teniendo que estar en lucha abierta con los elementos que se levantan á cada instante ya de la naturaleza, ya de los hombres, comprenderán, la casi impotencia para producir un trabajo completo. Además, ¿cómo sus nobles y generosos esfuerzos, hubieran podido resolver los más arduos problemas de nuestra incipiente patología

nacional, llevando una vida de angustias y de privaciones, sin los instrumentos necesarios, sin laboratorio, sin poder practicar una autopsia, sin ensayar siquiera, los medicamentos que se dice, ser buenos para combatir las fiebres? Ciertamente que no han podido resolverlos por desgracia; apenas empesamos á estudiarlos, necesario es pues, seguir adelante.

El delicado asunto de las inoculaciones, como lo llamamos en uno de nuestros artículos, tampoco ha avanzado, en los ensayos que se están haciendo; más bien se puede decir, que han retrocedido, hasta el punto de ser condenados per la Honorable Sociedad de Medicina; varios incidentes que enumeraremos rápidamente, fueron los que obligaron á esta digna corporación, á dar ese necesario fallo: la muerte inesperada de un joven médico, el doctor Vega, de muchas y fundadas esperanzas, que se dejó inocular, sufrió los terribles accidentes que le produjo la inoculación y enseguida fué devorado por la fiebre; honremos su memoria y dejemos en paz su respetada tumba, en la cual cuyó antes de tiempo, como han caído prematuramente muchos otros jóvenes estudiosos, que buscaban la verdad en medio de la confusión y del caos; las cartas de otro joven médico que reside actualmente en Cúcuta, el doctor Cuervo M., que con la sinceridad de los recién iniciados, nos comunica, que las inoculaciones, son á lo menos, pura ilusión; lo que el señor J. Uricoechea, dice al doctor Osorio, en su carta del 14 de Abril, fechada en Cúcuta y que copiamos textualmente. "En algunas personas inoculadas en Cúcuta, se han presentado casos de fiebre amarilla (?) y algunos han muerto;" los informes que recibimos de algunos particulares, que se muestran desalentados y temerosos de las consecuencias de las inoculaciones; la sospecha de que las sustancias puestas en uso para practicarlas contengan algunos principios tóxicos, que hicieran desarrollar, en los que se sometieran á ellas, accidentes graves, tal vez la muerte, ó al menos la confianza ciega que da la convicción de que el microbio salva-

dor de la fiebre una vez inoculado les confiere completa inmunidad; fatal confianza, que les hace perder el miedo, abandonar toda clase de precauciones higiénicas, esponerse sin recelo á las causas productoras de la fiebre y á sus consecuencias; y lo que respecto al examen de los líquidos que mandaron de Cúcuta dijo el doctor Duran B. Profesor de histología de la Universidad, en la sesión de Mayo de la Sociedad de Medicina que hasta cierto punto confirma las sospechas que abrigabamos.

Aun más, supongamos que los trabajos del doctor Carmona de Méjico, fueran de tal naturaleza que hubieran llevado el convencimiento á nuestro espíritu, lo que no ha sucedido, todavía no seríamos partidarios de la inoculación de el líquido que el mencionado doctor puso á disposición del señor Ibarra, porque varios amigos míos y distinguidos prácticos que han ejercido su profesión en los lugares donde se ha presentado la fiebre, como el doctor Plata Azuero en la ciudad de Cúcuta, los doctores Josué Gómez, A. Uribe y Luis M. Rodríguez en el Tolima, creen que la fiebre que observaron, no es la verdadera *fiebre amarilla*.

En la carta de envió al señor Ibarra, el doctor Carmona le dice "Remito á usted un matraz conteniendo el microbio de la FIEBRE AMARILLA, cultivado en caldo." Y si es cierto, que lo que él nos manda es el verdadero microbio de la fiebre amarilla propiamente dicha, ¿cómo podrá producir su inoculación, el efecto profilíctico en otra clase de fiebre, que no sea la *fiebre amarilla*?

Continuemos leyendo la carta del maestro "Temo, le dice al señor Ibarra, *con algún fundamento* que las inoculaciones en los lugares infestados, puedan *no ser enteramente inocentes*." Al leer este párrafo, me creo autorizado para hacer las siguientes preguntas. ¿No sería de temerse que por circunstancias especiales, se desarrolle en los inoculados la verdadera fiebre amarilla, que nos envía en su matraz el doctor Carmona? ¿No se correría entonces el riesgo de que siendo como es, contagiosa, se propagara y aclimatara en Cúcuta? ¿Qué ganaríamos

en tener dos azotes, el uno nativo, criollo y el otro importado ? A Dios gracias nuestra incredulidad nos tranquiliza, pero esa creencia enteramente personal, nada valdría si el hecho fuera cierto y la experiencia desgraciadamente lo pusiera fuera de duda.

Todo esto y algo más, demuestra que estamos lejos de poseer los conocimientos suficientes acerca de la naturaleza, etiología, profilaxia etc. etc. de la fiebre de Cúcuta ; que hay necesidad urgente de estudiarla ; que la tarea es larga y dura ; y que la ciencia apenas naciente de la Bacteriología no podrá entregarnos sus secretos sino quién sabe cuando.

La Sociedad de Medicina y ciencias naturales de Bogotá, está plenamente convencida del atrazo en que estamos, al menos eso deja comprender la siguiente proposición aprobada por unanimidad.

“ Exitese á la Junta Central de Higiene, á fin de que obtenga de nuestro Gobierno, la autorización para nombrar médicos competentes, que estudien la naturaleza de nuestras fiebres, en las localidades mismas en que se desarrollan.” Nada más justo ni más natural que hubiera elevado su voz á la Junta Central de Higiene, cuerpo verdaderamente oficial, creado recientemente por la ley, y nada más lógico que ella ponga en actividad al honorable Cuerpo de profesores de la Universidad Nacional, corporación igualmente oficial, en donde están los catedráticos de histología, anatomía patológica, patología interna é higiene, para que traizen el camino que deba seguirse, los métodos y los medios de investigación que deban ponerse en práctica. Hombres de profunda ciencia, que se aquilata cada día más, en el ejercicio laborioso del profesorado, no dudamos que sus consejos serán llenos de sabiduría, para honra y provecho de la facultad médica colombiana.

PROTO GÓMEZ.

ESTUDIO

SOBRE ALGUNAS FORMAS DE TUBERCULOSIS EN EL INTERIOR DEL PAÍS.—
OBSERVACIONES.—SERVICIO DEL HOSPITAL.

(Continuación.—Véase el número 113).

Reciben apoyo estas aseveraciones con las observaciones que demuestran del modo más perentorio los hechos de que los enfermos en estudio soportan, continúan en sus trabajos más ó menos rudos hasta que se establecen los desórdenes gastro-intestinales: cesa en este caso la reparación por la vía alimenticia y el organismo se declara en bancarrota para sostener la lucha por la vida. Más tarde trataremos de establecer el modo como se producen las lesiones que causan la muerte. Esto explica por qué indios que vienen de Boyacá con una pesada jaula de huevos, al llegar á Chapinero, por cualquier causa, sufren un desarreglo en sus vías digestivas; impotentes entonces para continuar su trabajo, apenas alcanzan á llegar al hospital para demostrar la causa insignificante de la muerte, por una parte, y la tolerancia del organismo de tiempo há en presencia de un sinnúmero de tubérculos, por otra parte.

El carácter pasivo de todas las lesiones, ya de los pulmones, ya de las vías digestivas, &c., nos explican del modo más claro la ausencia absoluta de toda manifestación revelada por el aumento de la temperatura, del pulso, de los sudores, &c., &c.

El acto de la respiración ofrece algunas particularidades dignas de mención: al aplicar la mano sobre las paredes del pecho para contar el número de respiraciones, que generalmente varía de 36 á 40 por minuto, se observa que á cada serie de siete á nueve respiraciones, hay una un poco más exagerada; la respiración se hace con pausa, no va acompañada de opresión, de esfuerzo alguno; los músculos de respiración suplementaria no toman parte; no va la respiración acompañada de ruido ó de estertor sensible, producido en el largo trayecto de las vías respiratorias.

Puede establecerse como media de relación entre el número de respiraciones y de pulsaciones por minuto, la proporción de una á dos.

Contemplando con mucha atención el torax en el trabajo de la respiración, no se observa depresión alguna hacia los espacios intercostales que dé la prueba de adherencias pleurales. Tampoco son las paredes de aquella cavidad asiento de edema ó de trabajo alguno que dé noticia de

las lesiones varias que ofrecen las pleuras en el curso de la tuberculosis. Aplicadas las manos de un modo alternado sobre las paredes de cada una de las dos cavidades del pecho, no se encuentra diferencia en la temperatura, sin ser ésta más pronunciada en un punto que en otro de un mismo lado, ni excede en caso alguno sobre la temperatura media normal.

En el acto de examinar las condiciones físicas de las paredes pectorales, ya de lleno con toda la mano, ya con las extremidades de los dedos, no se encuentran zonas más sensibles sobre las otras, como tampoco se ha presentado la ocasión de hallar los puntos dolorosos, clásicos, de las neuralgias en general y en el caso especial de las intercostales.

Sucede lo mismo durante los movimientos comunicados á todo el torax, á todo su esqueleto, ya en el acto de producir la succión, ya para cambiar la posición del enfermo durante el examen, á menos de tratar con pacientes *in extremis* de enfermedad, que forzosamente se quejan de todo y porque además están ya en la imposibilidad de hacer mediano análisis de sus propias impresiones.

En estos mismos casos se pueden buscar en vano los puntos dolorosos que en general, en semejantes casos, se encuentran en el trayecto de los nervios neumo-gástricos.

En buena posición el paciente, el estudio de la propagación de la voz es interesante; por muy lenta y baja que sea la articulación, ésta se percibe de un modo uniforme en la extensión del pecho y la palma de la mano y aun las extremidades de los dedos encuentran mayor vibración de las paredes pectorales hacia atrás y arriba, ó sea en las cimas posteriores y superiores de los pulmones. Es evidente que si se recuerda la ausencia ordinaria de los derrames pleurales en estos casos y el modo como se distribuye el tubérculo y mejor aún las voluminosas masas en los pulmones, el estudio detenido, concienzudo de los varios modos de propagación de la voz en las diversas partes de los órganos respiratorios, suministrará datos importantes en el diagnóstico topográfico de los tubérculos pulmonares; como se limita por este mismo medio la extensión de los derrames pleurales.

Por medio de la percusión inmediata se consigue en general hacer entrar en vibración porciones considerables de las paredes del torax, ó sean aquellas que cubren grandes porciones de pulmones y que son al mismo tiempo delgadas, como son las porciones que forman la circunferencia inferior del torax, las regiones axilares, pectorales é intraescapu-

lares. En estos puntos y por golpes de percusión ejecutados con maestría, se consigue el estudio de porciones considerables de pulmones en su permeabilidad y se llega á resultados satisfactorios, por la facilidad de establecer la diferencia en puntos perfectamente homólogos. Y no debe omitirse la circunstancia de ser en general bien soportado por los enfermos, pues, con raras excepciones, es indoloro. Si se quieren parangonar estos resultados con los obtenidos inmediatamente antes por el estudio de la propagación de la voz, se habrá llegado casi ya á una precisión de diagnóstico nada común, porque se trata de separar los efectos de las falsas membranas que forman las adherencias pleurales, por una parte, con los efectos de las masas tuberculosas en el parenquima pulmonar, por la otra: ambas cercenan los efectos de la percusión inmediata, pero el depósito pleural se opone á la propagación de la voz, lo que no sucede para los tubérculos como aparecen entre nosotros, según nuestras propias observaciones, y en el caso de coexistencia de ambas lesiones, lesiones casi siempre hermanas, la auscultación vence magistralmente la duda.

Conservando siempre como tipos de estudio los individuos que ofrecen la variedad frecuente de tubérculos, la percusión mediata, ya por medio de las dos manos, ya por medio del plexímetro, sobre pechos casi desnudos de partes blandas, suministra resultados de tal modo claros, que excusan el error en que generalmente se incurre, ó sea de juzgar el estado del parenquima por la tonalidad de las vibraciones pectorales.

En buena posición nuestro enfermo, la percusión en la extremidad superior del espacio interescapular, da siempre lugar á la producción de un sonido sonoro, de buena tonalidad, de igual valor en ambos lados y que difícilmente se aleja del sonido del torax normal y del buen pulmón. Puede prolongarse hacia abajo la percusión ordinaria y se obtendrán en general resultados idénticos.

Previa consideración del aumento de espesor de las paredes pectorales en las regiones supra é infra espinosas y de la variante en las condiciones del sonido de percusión en estudio comparativo de una región homóloga con otra, pueden también tomarse en examen común, como resultado de orden normal, los sonidos así producidos por la percusión mediata.

Ahora si se pasa á hacer el mismo examen en regiones excelentes en sus propias condiciones para producir resultados abultados por la percusión mediata, como lo son las regiones axilares, la parte anterior del

pecho y toda la circunferencia inferior del torax, el error es aún más excusable.

La percusión en estos casos debe ser tan circunscrita, tan limitada como sea posible, aquella en su *modus faciendi* debe ser la expresión gráfica de lo que la Anatomía Patológica enseña entre nosotros en cuanto á la distribución del tubérculo más ó menos caseoso, más ó menos voluminoso, en general siempre indurado, sin trabajo de reacción inmediata ninguno, con placas del más bello enfisema pulmonar vesicular, ó patológico en todas las porciones de pulmón exentas de productos fímicos y especialmente hacia los bordes y las cimas de ambos lados.

Más aún, al percutir los pulmones de nuestros tuberculosos, se debe aún consignar un dato más, de origen necróptico, de valor palmario: emana de la distribución profusa del tubérculo en toda la extensión de cada pulmón y de que en cualquier punto que esté situado, obedece á las mismas condiciones de medio y de lento andar en su propia vida. De consiguiente, aun en pulmones de espléndida vibración, circunscribir lo más que se pueda la extensión de paredes de pecho en vibración, es tratar de obedecer las indicaciones que exigen dos porciones de pulmones inmediatas, pero opuestas en sus resultados de percusión; la una dura y de poca sonoridad, la otra permeable y buen medio para aumentar los efectos de percusión sobre las paredes del pecho, ya media, ya inmediata.

Circunscribir el cuerpo mediato á un dedo, de este á la falangeta, en su parte no unguil, del *medius*, por ejemplo, percutiendo gradualmente sobre esta porción, es llegar fácilmente á un resultado sorprendente: hallar en una región limitada, dos sonidos de tonalidad diferente, la una baja en el punto indurado del pulmón y de la otra alta, sonora en el punto que corresponde á una placa de infisema. Esto es en todas sus partes aplicable á cualquier punto de la extensión de ambos pulmones.

Por esta modificación en los medios de la percusión mediata, se llega algunas veces á resultados de verdadero contraste, entre dos porciones de pulmón de una misma región. En enfermos inteligentes y que prestan alguna atención á las impresiones de percusión, se consigue también producir un dolor costal, más ó menos intenso y determinar así la extensión de las falsas membranas que producen las adherencias pleurales.

En plena tuberculosis florida, que sigue su curso ordinario, los diversos modos de exploración hasta aquí apuntados, con los cambios de posición y de exposición del enfermo al medio exterior, &c., son podero-

sas causas en la producción de la tos, de la fatiga, &c.; nada se observa de parecido en nuestros enfermos en estudio.

No creemos necesario entrar en los detalles de percusión obtenidos en cada región del pecho, lo expuesto ya basta; sin embargo, la percusión sobre las clavículas es en general sonora y muy rara vez se obtiene diferencia apreciable entre las dos; sucede casi lo mismo para las fosas supra é infra escapulares, y todo lo contrario de las otras regiones que son excelentes lugares de estudio comparativo.

Hasta aquí hemos tratado de los resultados obtenidos en pechos que encierran pulmones incluidos en la primera variedad de tuberculosis, ó sea netamente pulmonar desde el principio. En los casos de tuberculosis ganglionar, ováricas y especialmente asociada al enfisema pulmonar, cuando esté es primitivo, las modificaciones en los resultados de exploración ya estudiados, son forzosamente un tanto diferentes, pero no introducen cambios tan marcados que den lugar á una relación especial.

En los casos de peritonitis de naturaleza tuberculosa, consecutiva á las lesiones de los ovarios y de los ligamentos anchos, lo más notable es la modificación en la respiración, es decir, que deja de ser totalmente ventral para ser exclusivamente supracostal.

Son más bien las deformaciones del torax y el cambio de posición de los órganos, los desalojamientos de éstos, &c., lo que más llama la atención en los casos de tuberculosis ganglionar hiperplástica, según las observaciones presentes.

Cuando el enfisema pulmonar primitivo establece las deformaciones de las paredes del pecho y en el curso de éste aparece la tuberculosis en trabajo y el paciente es observado cuando los desordenes de insuficiencia tricuspídiana y sus dependencias dominan el síndrome mórbido por su generalización, preciso es confesar que el error en estos casos debe ser la regla, á menos de una sagacidad rara, ó del recuerdo de algún número de autopsias analogas al caso en descripción.

Volviendo á nuestros enfermos de observación más común ó frecuente, estudiemos la respiración con sus alteraciones de murmullo respiratorio y ruidos anormales.

La respiración normal de larga y sostenida inspiración y de corta expiración, no se oye jamás en la mitad superior de ambos pulmones, y algunas veces en raros puntos.

Aplicado el oído sobre la parte interna de la fosa supra espínosa, se

percibe un cambio marcado en el caracter de la respiración: la inspiración es brónquica, seca, más ó menos áspera, de intensidad variable, sin murmullo vesicular ninguno, seguida de una expiración alargada, suave, sostenida y no siempre más larga que la inspiración. De cuando en cuando se alcanza á percibir la explosión de una que otra vesícula, como si los lobulillos en sus vesículas estuvieran desigualmente lesionados en sus paredes y que el trabajo de dilatación y de retracción, durante cada respiración, se hiciera de un modo irregular.

En otros casos el cambio del ritmo de la respiración es completo, la inspiración se verifica con modificaciones más ó menos marcadas en su caracter, pero la expiración es alargada, es hasta sacudida y más larga que la primera.

Conserva estas mismas alteraciones en las regiones inter escapulares, sólo que á medida que se aproxima á la división brónquica principal, los caracteres antes apuntados son muy pronunciados.

Como alteración importante de la respiración en las regiones en exploración, se debe señalar una frecuente: consiste en la precipitación de la expiración, con los caracteres apuntados, sobre la inspiración.

No son raros los casos de respiración, de tal modo débil, que al aplicar el oído nada se oye, y más aún, cuando el enfermo está en impotencia absoluta para introducir aire en sus pulmones por falta de toda fuerza.

Del lado de las regiones axilares é infra claviculares, hay alteraciones de murmullo respiratorio, análogas á las que acabamos de señalar en las regiones inter-escapulares; exceptuando las especialidades de cada región: en las axilares la delgadez de las paredes pectorales, con la inmediación de los principales bronquios, comunican á la respiración y á sus principales modificaciones un caracter mucho más brónquico, y en las infraclaviculares, sobre todo hacia el tercio medio de cada borde del hueso esternón, la inmediación de cada borde pulmonar, forzosamente enfisematoso en estos casos, comunican á la respiración en sus alteraciones, cambios menos fuertes y más suaves y netos en su intensidad, en su ritmo, en su carácter, &c.

Lo que pasa, en igualdad de circunstancias, del lado de las fosas supra é infra claviculares, es menos pronunciado, pero todo guarda proporción con el espesor de los pectorales en aquellos puntos.

Hay probabilidades de encontrar una respiración débil en el tercio inferior del tórax, aunque no de un modo uniforme, porque creemos

haber demostrado materialmente la frecuencia de los tubérculos en la extensión de ambos pulmones.

La ausencia de todo trabajo congestivo, fluxionario, hemorrágico, seroso, &c., del lado del parenquima pulmonar, de todo trabajo de la misma naturaleza, y aun catarral en las mucosas de los brónquios en general explican la ausencia de todo ruido húmedo, ó sea durante el curso de los dos tiempos de la respiración.

De modo que por los actos de suspirar, de esfuerzo, de cantar, de toser, de hablar, &c., se exageran las alteraciones ya apuntadas de la respiración, y la continuidad en estos casos de ruidos mucosos, sin aumento en sus caractéres, debe referirse á la existencia de falsas membranas, sobre todo si son en los lugares clásicos de aquellas, y en la seguridad de la naturaleza de la causa se debe ser estable, si se atiende á la coexistencia de las adherencias pleurales y los tubérculos, y también á la frecuencia de las primeras en casi todas las autopsias sin la segunda lesión.

El estudio de la propagación de la voz y de la tos durante la auscultación, no hace sino confirmar la existencia de todas las condiciones necesarias á la broncofonia normal en unos puntos, y de la verdadera en otros.

Las autopsias nos han demostrado el trabajo de reblandecimiento de las masas más voluminosas de los productos caseosos, y en algunas las comunicaciones con los brónquios, situados indiferentemente en cualquier punto de la extensión de cada pulmón; y sin embargo, á pesar del uso de parte del enfermo en la exageración de todos los actos respiratorios, no se ha conseguido producir de un modo satisfactorio la serie de signos físicos que nos demuestran la existencia de los trabajos de congestión, de fluxión en contorno de los tubérculos, como tampoco los signos que den la prueba del establecimiento de un período de licuación, de disgregación en las masas caseosas, y de comunicación brónquica, es decir, que no se oyen por la auscultación ruidos de crepitación, ni sub-crepitantes ó mucosos en ninguno de los tiempos de la respiración, como tampoco los signos cavitarios: gorgoteos, voz y tos cavernosas, pectoriloquia, &c.

Establecimos en alguna parte ya la ausencia de todo trabajo inflamatorio del lado de la mucosa de los bronquios, y hacemos notar la ausencia de toda dilatación del lado de los mismos brónquios; de consiguiente, cuando en el examen de uno de nuestros enfermos se oyeren estertores agudos ó graves, mucosos, y aun cavernosos, &c., es prudente,

antes de referirlos á la existencia de una tuberculosis en vía de restablecimiento, resolver la cuestión de alguna flegmasia de apariencia accidental en el curso de la degeneración caseosa.

Las trombosis y la formación de *infartus* en los lobos de los pulmones en el curso de la tuberculosis en estudio, no son raros; aparecen ya en los últimos días de existencia del paciente, y en este caso los accidentes ortopneicos darán en parte aviso; la auscultación no suministra signo ninguno.

(Continuará).

REVISTA TERAPEUTICA.

GLICERINA. El profesor Trastour emplea con ventaja, siempre que existe una tos penosa y fatigante, los vapores de glicerina. Se ponen 50 ó 60 gramos de glicerina en una cápsula de porcelana y se evapora por medio de una lámpara de alcohol. Estas evaporaciones son muy preciosas en la tisis, y bastantes enfermos han experimentado por medio de ellas un alivio notable.

GURJUN (Bálsamo de). El doctor Vidal, de San Luis, considera el bálsamo de Gurjun como el mejor tópico que se conoce para la curación de las ulceraciones leprosas. Se sirve bajo la forma de emulsión:

Bálsamo de Gurjun y Agua de cal partes iguales.

Se extiende esta emulsión sobre un lechino de hilas, con las cuales se curan las ulceraciones leprosas.

HIPURATO DE SODA. Garrod ha demostrado, con numerosas observaciones, que el hipurato de soda descompone fácilmente el ácido úrico, y el doctor Bon ha propuesto utilizar esta propiedad, y administrar el hipurato en las afecciones caracterizadas por un exceso de ácido úrico en la economía.

Hé aquí las fórmulas que él aconseja.

Hipurato de soda, 5 gr. 15 centigramos; Carbonato de litina, 1 gr. 55 centigramos; Gliserina, 15 gramos; agua de canela destilada, 240 gramos.

Cuatro cucharadas al día.

Otra: hipurato de soda, 7 gramos; clorato de potasa 1,50 jarabe simple, 24 gramos; agua de menta 180 gramos; de cuatro á seis cucharadas diarias.

HOANG-NAN. El hoang-nan es un remedio del Tonkin, prescrito en este país, contra la rabia y ciertas afecciones cutáneas; según M. Barthélemy, gracias á este remedio, jamás se observan muertes después de la mordedura de un perro hidrofóbico.

Este medicamento debe darse á dosis crecientes; tanto cuanto sea posible en el período de incubación.

En los casos de rabia confirmada debe darse en altas dosis. *Strychnos ganthericana* (Logoniaceas) reputada en el Tonkín como corteza preciosa contra la lepra y la rabia; contiene estrignina, brucina é igasurina.

La brucina la contiene en mayor cantidad.

El extracto alcohólico del hoang-nan es de un amarillo anaranjado muy amargo, soluble en el agua, y obra como la brucina y la estrignina; contiene igualmente un agente comparable á la curarina por sus efectos fisiológicos.

ACEITE DE HÍGADO DE BACALAO. El doctor Szerlecke, de Mulhouse, obtiene un buen resultado rápido y completo administrando dos veces al día una lavativa con seis cucharadas de este aceite, puro, contra las ascárides vermiculares. Hace muchos años que el Profesor Trousseau había indicado este medio.

HIDRASTIN. Extracto alcohólico resinoso, fluído, obtenido del hidrastin canadensis. Esta raíz contiene también la Berberina.

Preconizada como laxativo cholagogue á la dosis de 10 á 30 centigramos, se le considera también á dosis débiles, como el verdadero sucedaneo de la quinina en las fiebres intermitentes. Esta sustancia ejerce una función muy notable sobre los

desarreglos funcionales del aparato utero-ovárico, y sobre las anomalías de la menstruación.

Después de la administración del hidrastis canadensis, los latidos del corazón disminuyen y á dosis elevadas sobreviene la *arritmia*.

Esta planta se designa en el comercio con el nombre de raíz amarilla, raíz anaranjada, por las propiedades tintoreales de su rizoma.

CONTENIDO DEL NÚMERO 114.

ACTA de la sesión ordinaria del 12 de Mayo de 1887.—Comunicación del doctor Julio Uricoechea sobre los cultivos del doctor Carmona.....	593
— Inoculaciones en Cúcuta.....	594
Nota de la Junta de Aseo y Ornato sobre nombramiento de los miembros de la Sociedad de Medicina como honorarios de dicha Junta.....	595
NOTAS OFICIALES.—Ministros de Estado y redactores de periódicos.	596
INOCULACIÓN DE LA RABIA.—Discusión de la Academia de París...	599
HIPNOTISMO.—Estudios modernos.....	602
EL MAL DE SAN LÁZARO Y EL MAL DE SAN ANTONIO.—Doctor <i>L. Tascón</i>	607
LEPRA AFIMATODEA.—Doctor <i>G. J. Castañeda</i>	614
DE LA COCA Y SUS APLICACIONES TERAPÉUTICAS.—Como anestésico local de las mucosas.....	617
LA FIEBRE AMARILLA Y LAS FIEBRES PALÚDICAS GRAVES.—Doctor <i>Proto Gómez</i>	625
TUBERCULOSIS.—Sobre algunas formas en el interior del país, Doctor <i>Josué Gómez</i>	631
REVISTA TERAPÉUTICA.—Glicerina.—Hipurato de Soda.—Gurjún (Bálsamo).—Hoang-nan.—Aceite de hígado de bacalao.—Hidrastin.....	638