

REVISTA MÉDICA DE BOGOTÁ.

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES.

Redactores: 1.º Dñ. Proto Gómez.—2.º Dñ. Juan de D. Carrasquilla L.

SERIE XIII.

BOGOTÁ, JUNIO 1.º DE 1889.

NUM. 138.

CORRESPONDENCIA.

CONTAGIO Y HERENCIA.

Bogotá, Mayo 15 de 1889.

Señor Dr. Proto Gómez, Redactor de la *Revista Médica de Bogotá*—Presente.

Muy estimado amigo.

Cuando presenté á la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales de Bogotá el importante trabajo del señor Dr. Juan de D. Carrasquilla intitulado: “Disertación &^a sobre la lepra,” creí necesario explicar el modo como había usado de la palabra “herencia” en la discusión pasada sobre la lepra. Como esta explicación pudiera, tal vez, servir para precisar bien la discusión, en caso que ésta tenga lugar, le ruego al señor Redactor, salvo cualquier inconveniente, se digne insertarla en el próximo número de la *Revista*.

La aclaración es ésta: Cuando dije en la sesión del 6 de Septiembre: “La herencia no es más que un modo ó una forma del contagio,” no quise definir el fenómeno mismo de la herencia, sino afirmar simplemente que en lo que llamaban herencia de la lepra, no había más que lo que hay cuando una enfermedad se comunica de cualquier modo de un individuo á otro. Si mi ánimo hubiera sido decir que la lepra pasaba del padre al hijo como pasa el talento, la forma, &^a, no habría afirmado, como afirmé, que era simplemente un modo del contagio. Confieso que yo habría hablado con más claridad si hubiera dicho: lo que llaman herencia en la lepra no es un fenómeno igual á aquel en virtud del cual las maneras de ser corporales, el talento ó el mal carácter, pasan de los ascendientes á los descendientes, es un contagio.

En cuanto á la cuestión filológica de la palabra *herencia* que fue la que emplee en la discusión, debo decir: Hay en castellano dos sustantivos afines de *heredar*: *herencia* y *heredad*. Ninguno de ellos en sentido propio significa pasar una enfermedad del ascendiente al descendiente. Para expresar esta idea es, pues, preciso tomar uno de esos sustantivos en sentido metafórico; y para esto debemos preferir el primero que significa: sucesión en los bienes y acciones, bienes y derechos que se heredan, esto es, las cosas que se heredan. La palabra *heredad* que significa: *porción de terreno cultivado, hacienda de campo, bienes raíces ó posesiones*, no sugiere la idea de transmisión al hijo de lo que tiene el padre. Sobre las acepciones de estas palabras pueden consultarse todas las 12 ediciones del Diccionario de la Academia Española.

Tengo el gusto de suscribirme del señor Redactor, afectísimo amigo y seguro servidor.

GABRIEL J. CASTAÑEDA.

CARTA DEL CAUCA.

ABSCESES DEL HÍGADO—NOMA—STROPHANTUS.

Publicamos á continuación un trozo de la muy interesante que nos dirigió, con el carácter de confidencial, nuestro estimado amigo y colega, Dr. Evaristo García, de Cali. Los lectores de la *Revista* lo conocen por las diversas publicaciones que han ocupado las columnas de este periódico.

Cali, Abril 26 de 1889.

Señor Dr. Proto Gómez.

Mi querido Dr. y amigo.

De esta nuestra querida medicina muy poco tengo que comunicarle, porque aquí en plena tierra caliente, casi todo lo que se me presenta se refiere, de lejos ó de cerca, á las diversas manifestaciones, demasiado conocidas, del impaludismo.

Reinan por acá disenterias sub-agudas que á poco toman el camino de la cronicidad; son rebeldes á los tratamientos mejor dirigidos y no es sino después de muchos trabajos y cuidados, que logro hacer entrar á mis clientes afectados de dicha enfermedad en una

reposición completa y franca; cuando tal cosa no sucede, á la larga, el día menos pensado, encuentro que la enfermedad ha tomado los caracteres de una dolencia aguda; se presentan fiebres de carácter intermitente, dolor en el hígado, delirio y todo el conjunto de un tifo alarmante. Catorce ó quince días después, ya está formado el foco purulento en la glándula hepática; es el maldito absceso del hígado, bien definido y limitado, visible para el observador menos atento; sin duda alguna flebitis de las venas hemorroidales, ó de las de los gruesos intestinos que llevan en su seno algún glóbulo de pus que va á radicarse en el interior del rico parenquima del hígado; ó tal vez algo que yo no acierto á descifrar, lo cierto es que he visto casos frecuentes y mortales en mi clientela; tanto más temibles, cuanto que las aberturas de semejantes abscesos, cuando están al alcance del cirujano, dan pésimos resultados con la aspiración; casi nulos con los *drainages*; solamente, uno que otro, se salva con anchas aberturas.

Pero vaya U. á practicar esas anchas aberturas en un hígado enorme, con un absceso situado profundamente, y aun con la certeza de haber caído en el foco purulento, con el auxilio del trócar. Vaya usted, mi amigo, á cortar ese parenquima inflamado, congestionado, grueso, con espesa pared que lo separa de las del abdomen, y verá cuán desagradable, alarmante y asustadora, es la hemorragia, el chorro de sangre que se escapa del enfermo debilitado por ese conjunto de violenta fiebre y síntomas tifoideos, que le han precedido.

Le doy estos casos á un *debutante* para que vea caer marchitas tantas y risueñas ilusiones que se dan á la estampa en los libros y periódicos.

Con el fin de procurar amplia salida á esas enormes colecciones de pus, situadas profundamente en la glándula hepática; á los detritus y grumos que obstruyen los *drains* mas gruesos; y para poder lavar con facilidad esos focos purulentos, me he propuesto en varias ocasiones, ensanchar las trayectos existentes, por medio de la sonda acanalada y el bisturí; pero me he visto obligado á suspender toda intervención quirúrgica, á consecuencia de las hemorragias violentas que han sobrevenido, asustadoras de suyo, las que vienen unas veces del mismo parénquima hepático inflamado, y en otras, de las arterias, que andan perdidas de sus relaciones normales, co-

mo las epigástricas, á consecuencia del enorme desarrollo del hígado.

Del dicho al hecho hay mucho trecho : pocos son los que he salvado, de estos abscesos : es una enfermedad mortal.

Hay sarampión.

He tenido casos de una enfermedad que no veía hacía muchos años : enfermedad repugnante, hedionda y desgarradora, como lo es la gangrena de la boca en los niños. Empieza en algunos por una manchita negra, como un cuartillo de grande, en la mejilla &^a &^a ; lo demás lo sabe U.

Estoy metido en este "caos," como dice el Dr. Uribe, de la Terapéutica (poco me gusta la Cirugía, será por el cansancio de la edad), que marcha hecha un enredo de todos los diablos ; ayer una sustancia que caerá mañana y Uds. hacen ruido con otra, y que se atropellan en esos "Journal" y Gacetas de Medicina, con sus legiones de microbios, de antisépticos y de microbicidas. Pero el arte de curar, que es la síntesis de la medicina, no avanza : casi nada hay de positivo : el tísico, muere tísico ; el canceroso con cáncer ; la gangrena se pudre ; la fiebre sigue imperturbablemente su marcha cíclica, cuando es tifoidea. Vamos ! Uds. los que nos atolondran con los grandes inventos, no han sobrepujado, ni en una línea, á la quínina para las fiebres palúdicas, ni á la ipecacuana para la disenteria, ni á los yoduros é hidrarjóricos para la sífilis.

Un poco de *antipirina* para las neuralgias y de *cocaína* para producir la anestesia local ; y eso, Ud. mismo ha dado una voz de alarma desconsoladora, contra esos recién venidos que son unos de los pocos agentes nuevos, que van quedando menos olvidados.

De estas sustancias nuevas, he ensayado con suceso admirable, en ciertas hidropesías ó anasarcas, provenientes de causas diferentes ; ya sea de la asitolia cardiaca, de alguna afección renal complicada ó de albuminuria &^a, el *Strophantus hispidus*. (*) Le da fuerza é im-

(*) El *strophantus* de la familia de los apocynaceas es una planta sarmentosa del Africa tropical. Hay varias clases de *strophantus* : el de *Gabon*, el *sarmentosus*, el de *kombé*, el *dichotomus* y el *strophantus hispidus*, que es el más común en los mercados europeos ; este crece en Senegambia, á los alrededores de Sierra-Leona ; es un arbusto sarmentoso cuyas ramas son tan gruesas como el meñique, huecas, cilíndricas y de color negro ; crece de 3 á 4 metros ; las flores son blancas en el exterior ; amarillas en la base interna de la corola y salpicadas de manchas purpúreas.

La parte de la planta que se emplea en medicina es el grano, que se encuentra en el fruto, el cual es un folículo de 30 á 40 centímetros de longitud, grueso como el dedo pulgar y que contiene muchos granos sueltos en su interior.

pulso al corazón y aumenta las orinas lo mismo que la digital ; pero se maneja mejor y se sostiene mas largo tiempo el tratamiento con el strophantus, que con aquella arma excelente, pero de doble filo, que tanta práctica y buen diagnóstico exige en su empleo, para que procure algún alivio y cure una que otra vez, menos cuando mata, si su aplicación no se hace con muchísimo cuidado.

Ya vé que me he metido en *causeries* médicas, que nada valen, pero que sí sirven para demostrarle á Ud. con lo largo de esta carta, que lo recuerdo y lo estimo como siempre.

Su colega, amigo y servidor,

DR. EVARISTO GARCÍA.

ESTROFANTUS Y ESTROFANTINA.

Bogotá, Mayo 13 de 1889.

Señor Redactor de la *Revista Médica* —Presente.

Muy estimado colega y amigo:—Le remito un extracto de la discusión que tuvo lugar en la Academia de Medicina de París, en los meses de Marzo y Abril, sobre el estrofantus.

Nosotros, los que tenemos que asistir cotidianamente al lamentable espectáculo de la asislota, con los brazos cruzados muchas veces porque el enfermo ha perdido la tolerancia á la digital y por que los demás elementos de nuestro arsenal toni-cardiaco (Caféina, Esparteina, Convalaria, Yoduros, Bromuros) han agotado su acción, debemos recibir con entusiasmo todo lo que pueda servirnos para aliviar la más espantosa de las caquexias, la caquexia cardiaca.

La *strophantina*, según Mr. Arnaud (CSL. H⁴⁸. O¹⁸), es una sustancia blanca, muy amarga, que cristaliza en pajillas agrupadas al rededor de un centro, de aspecto micaceo, y muy esponjosas ; absorben fácilmente el agua por embibición ; la pierden, cuando se la calienta á 100°. La estrofantina es soluble en 43 partes de agua á 18 grados; en mayor cantidad en el alcohol, el éter y sulfuro de carbono.

La cantidad de *strophantina* varía según la especie de que proviene, entre 4, 40 y 26 por mil, según los análisis de Mr. Chatillon.

Según Mr. Huchaud, la *inée*, que es el nombre vulgar francés, es un veneno energético que no debe emplearse en *tintura* sino de cinco á veinte gotas *máximum* por día. Se comprende que la dosis debe variar según la riqueza de la *strophantina* de la planta que se emplee en su preparación.

N. DEL R.

Es tiempo ya de que principiemos en Bogotá á usar el estrofantus, pues se han hecho estudios suficientes para poder fijar su origen, su acción fisiológica, tóxica, terapéutica, y su composición química. En una palabra, está demostrado por la observación y por la experiencia, que el estrofantus es uno de los más seguros y de los más poderosos remedios conocidos.

Siempre he visto con cierta frialdad, y siempre he empleado con cierta timidez, un remedio nuevo ; pero cuando ha recibido la sanción de los sabios, quienes nos lo ofrecen bajo la garantía de su honradez científica y lo acompaña de centenares de observaciones clínicas, como Bucquoy presenta hoy al estrofantus, en su memoria á la Academia, entonces no vacilo en ensayar el nuevo remedio, y sin timidez lo prescribo.

Ha cesado, pues, mi excepticismo con respecto al estrofantus, y si puedo recoger algunas observaciones, las comunicaré á nuestra Sociedad para que consten en nuestras actas. Por hoy me limito á remitir á usted un condensadísimo extracto de mis últimas lecturas sobre ese precioso remedio, para que si usted lo juzga oportuno y útil se sirva darle cabida en las columnas de la *Revista Médica*.

De usted muy afectísimo colega y amigo.

DR. JUAN E. MANRIQUE.

En una reciente sesión de la Academia de Medicina de París, se cerró el debate iniciado por el Profesor Germain Sée, referente á las propiedades relativas del estrofantus hispidus y de la estrofantina. M. Sée preconiza el uso de la estrofantina, que considera superior al estrofantus. El médico, dice el profesor, debe preferir á las diversas preparaciones hechas con la planta entera, como las tinturas ó extractos, las que contienen solamente el elemento activo que se requiere, es decir, las químicamente puras, y las que, como los alcaloides, las glucásidas y las sales, producen siempre, con las mismas dosis, los mismos efectos. ¿Cuántas ventajas, por ejemplo, presenta el sulfato de quinina sobre la corteza de la quinina? También hace notar que la química ha llegado á extraer de diferentes especies botánicas, el mismo medicamento, con idénticas

propiedades. La cafeína se encuentra con abundancia en la nuez de kola. Los alcaloides son venenos, más ó menos terribles, pero cuando conocemos sus dosis terapéuticas, no tenemos nada que temerles. Al contrario, con las preparaciones hechas con las plantas enteras, con las hojas de digital, por ejemplo, la misma dosis puede, unas veces, no producir ningún efecto, entre tanto que otras veces obra con una violencia inesperada, por contener un principio activo cuyo tenor en cada hoja nos es desconocido. Sobre este terreno funda Germain Sée la superioridad de la estrofantina sobre el estrofantus. Las síntomas principales que debemos combatir en las enfermedades del corazón, dice el profesor del Hotel Dien, son: dispnea, colapsus cardiaco é hidropesía. El mejor remedio contra la dispnea, es el yoduro de potasio, el cual no solamente es un tónico del corazón, sino que sería un completo medicamento cardiaco si fuera diurético: cuando se le asocia con la leche, constituye una eficaz medicación en la gran mayoría de las enfermedades del corazón. Si el médico desea obrar directamente sobre el corazón, debe hacer su elección entre la digital, las sales de potasio, la esparteína y el estrofantus.

Pero entre estos toni-cardiacos debemos preferir la digital, por ser el más diurético de todos ellos. Si al contrario, el médico busca particularmente, la acción diurética, con exclusión de las demás, entonces no debe dirigirse á los medicamentos cardiacos propiamente tales, sino á las sustancias que producen una *abundante diuresis* y no una urinación prolongada, como el estrofantus. Así, G. Sée dice haber obtenido con el calomel una diuresis de 7 á 8 litros de orina, en 24 horas, y haber curado muchos casos de hidropesía en el mismo lapso de tiempo. La cafeína también obra como diurético, y á este respecto es superior al estrofantus. En conclusión, aun cuando G. Sée reconoce al estrofantus muy útiles propiedades, no le asigna, en el tratamiento de las enfermedades del corazón, un rango superior á los toni-cardiacos que empleamos cotidianamente en la práctica.

Por otra parte el Dr. Bucquoy, combatiendo al viejo maestro, dice haber obtenido en su experiencia clínica, resultados superiores con el estrofantus que con la estrofantina. Sostiene el médico del Hôtel Dieu, que el estrofantus es un medicamento cardiaco de primer orden, que goza de las mismas propiedades que la digital, y

cuya acción puede compararse con la del centeno, en lo que se refiere al aumento de contracción de las fibras cardiacas que produce. Su acción se produce rápidamente y se sostiene durante todo el tiempo de su administración. El estrofantus tiene, pues, sobre la digital, la ventaja de que puede administrarse y tolerarse, sin inconveniente, durante largo tiempo, pues su uso prolongado, según Bucquoy, no destruye los efectos de la droga, y su acción toni-cardiaca persiste por largo tiempo después de que se suspende la administración. El estrofantus no se acumula, como la digital, en el organismo, ni produce, como ella, náuseas ni vómitos, en veces tan perjudiciales. El único síntoma de intolerancia que á veces produce, es diarrea, sin cólico, la cual cesa bien pronto después de la suspensión del medicamento. No puede el Dr. Bucquoy formular las contraindicaciones del estrofantus por carecer todavía de suficiente experiencia: sin embargo, nunca ha observado accidente alguno consecutivo á su aplicación, á pesar de haberlo empleado en períodos últimos de diferentes lesiones cardiacas. Por tanto, no lo cree peligroso, y su modo de administración es muy sencillo. Funda sus observaciones sobre cuarenta enfermos, en quienes ha seguido la marcha del pulso y de los trazados esfimográficos: De estos cuarenta enfermos, veinte tenían insuficiencia mitral, y sólo en tres casos, el estrofantus encalló completamente. Con esta droga, el pulso disminuye rápidamente su frecuencia, el edema desaparece y el paciente experimenta mejoría notable, en su estado general. En las lesiones mitrales, el estrofantus es especialmente útil, cuando está indicado sostener por largo tiempo la acción de un medicamento toni-cardiaco.

Sin embargo, siempre que el *Sistema arterial periférico está alterado, el estrofantus está contraindicado lo mismo que en la nefritis intersticial, y en la albuminuria.* El Dr. Bucquoy la ha empleado en tres casos de angina de pecho, con admirable resultado. En el coto-exoftálmico, al contrario, no ha tenido buen éxito.

Debido á la variabilidad de la composición química, de las diferentes tinturas que se encuentra en el comercio, el Dr. Bucquoy da la preferencia al extracto de estrofantus, cuyo dosaje y modo de administración son más exactos y precisos. Lo prescribe en gránulos de á un milígramo, lo que equivale á cinco gotas de la tintura de Fraser. El número de gránulos en cada día rara vez debe

sobrepasar la dosis de cuatro miligramos, á la cual debe llegarse progresivamente, principiando con dos miligramos el primer día y aumentando á tres y á cuatro en los días siguientes. Esta dosis puede continuarse durante largo tiempo, sin causar el menor inconveniente. Con respecto á la estrofantina el Dr. Bucquoy asegura, en contra de G. Sée, que él nunca ha obtenido con este alcaloide resultados tan favorables como con el estrofantus. De una manera general puede decirse que la estrofantina es al estrofantus, lo que la digitalina es á la digital, y que debe prescribírsese en dosis diez veces menores que el extracto.

TRABAJOS ORIGINALES.

ANEURISMA TRAUMÁTICO

FALSO PRIMITIVO DE LA PORCIÓN SUPERIOR DE LA ARTERIA HUMERAL.—LIGADURA DE LA ARTERIA AXILAR.—DESARTICULACIÓN ESCÁPULO HUMERAL.—CURACIÓN.

(Continuación.)

Paso, ahora, al estudio anatómo-patológico del miembro desarticulado: todo él estaba aumentado de volumen; la piel de un color azulado; había flictenas en el brazo y en el antebrazo, llemas de un líquido de color amarillo muy fétido; por los intersticios musculares, en la superficie de sección del brazo, salía sangre negra y coagulada. Colocado dicho miembro sobre una mesa, hice en la piel una incisión paralela á la dirección de la arteria humeral y de toda la longitud del brazo; sobre ésta hice caer una perpendicular que contorneó todo el brazo al nivel del epitroclea; disequé cuidadosamente la piel y llegué luego á la primera capa muscular; todo el tejido celular subcutáneo y los intersticios intermusculares estaban ennegrecidos y de trecho en trecho se hallaban coágulos de sangre negra y fétida; al nivel de la herida hecha por el proyectil se encontraba un saco formado por los tejidos en unas partes, por coágulos resistentes y organizados en otras, y lleno de coágulos de sangre negra; en el centro de este saco se hallaba la arteria humeral, la que me fue muy difícil poder distinguir del nervio mediano y de la vena humeral por estar todos estos órganos de un color negruzco debido á la infiltración sanguínea. La organización de dichos coágulos, muy avanzada

en los periféricos, iba disminuyendo hacia los centrales. La infiltración sanguínea se extendía por entre todos los intersticios musculares, pero especialmente por sobre la aponeurosis del biceps braquial; una capa de sangre negra y semi-sólida llegaba hasta el antebrazo.

Disecada con cuidado la arteria humeral pude ver la desgarradura causada por el proyectil, desgarradura que interesaba los dos tercios de la capacidad del vaso y situada precisamente en el punto donde dicha arteria daba nacimiento á la humeral profunda, como puede verse muy claramente en la pieza anatomo-patológica, en la que el nacimiento de dicha colateral está indicada por una clavijita de madera que obstruye su calibre. En la cara anterior de la humeral, al nivel de su desgarradura, se veía un gran colgajo formado por las túnicas del vaso y aun adherido á sus paredes, en el que hay un coágulo completamente organizado y bien adherido á dicho colgajo. Sobre el borde interno del húmero por sobre la inserción del coraco braquial, se veía claramente una abolladura con pérdida de sustancia, indudablemente producida por el proyectil al chocar allí. La abolladura que se nota en la cima del proyectil corrobora esta suposición.

Parece razonable admitir que dicho proyectil al reflejarse de aquí, hubiera seguido por sobre la aponeurosis de cubierta del músculo *gran redondo*, y que habiendo llegado á la inserción posterior de dicho músculo en el borde axilar del omoplato, se hubiera detenido delante de dicho uso cerca á su ángulo inferior. Creo fundada esta operación: 1.º en datos anatómicos, el gran redondo se inserta al labio posterior de la corredera bicipital y al borde axilar del omoplato; y 2.º en datos clínicos como éstos: el dolor no interrumpido que tuvo el paciente hacia el ángulo inferior del omoplato, y el dato, aunque negativo, de no haber podido tocar el proyectil en parte alguna, no obstante haberlo buscado con cuidado después de evacuado el foco purulento; pues si dicho proyectil no hubiera estado alojado entre la pared posterior del tórax y el omoplato, creo que no se habría escapado á mi tacto; y últimamente, el punto donde fue hallado, punto aparente para que, admitido que se hubiera alojado delante del omoplato, la gravedad ha podido llevarlo perfectamente al punto de donde fue extraído, máxime si se atiende á que nuestro enfermo ha conservado la posición vertical después de que lo vi en Palestina.

Este caso es sumamente importante en clínica quirúrgica por más de un motivo.

La rareza de los aneurismas traumáticos de la porción superior de

la humeral, marcha á la par con la frecuencia de esta misma lesión al nivel del pliegue del codo, donde tan frecuente fue durante el reinado de las doctrinas bruceistas, pues á la flebotomía en el pliegue del brazo se debe el mayor número de los casos de aneurisma traumático de la parte inferior de la humeral, registrados en los anales de la Cirugía.

Con los datos que esta observación nos presenta, podemos con alguna aproximación trazar la historia anatomo-patológica de la lesión. Habiendo penetrado el proyectil en la región antero-interna del tercio superior del brazo, tomó una dirección oblicua de abajo hacia arriba, de izquierda á derecha y de adelante hacia atrás, hasta tropezar con el número en el borde interno, donde dejó señales evidentes del choque ; aquí se reflejó directamente hacia atrás y debió seguir la dirección de las fibras musculares del gran redondo, desliziéndose quizá, sobre su aponeurosis de cubierta, hasta llegar á la cara anterior del omoplato para colocarse en su ángulo inferior. El órgano más importante que dicho proyectil hirió fue la arteria humeral, en la que, como muy bien puede verse en la pieza anatomo-patológica, interesó los dos tercios de su calibre, dejando en la parte posterior un estrecho puente, el que impidió la retracción del vaso é hizo más grave la hemorragia. Es evidente que la dirección oblicua que tuvo la herida desde la piel hasta el húmero y la retracción de los tejidos, fueron las causas que se opusieron á la hemorragia y que ayudaron á formar los primeros coágulos periféricos que formaron el saco aneurismal, coágulos cuya organización llegó hasta el punto de ser suficiente para dar á las paredes de dicho saco la resistencia necesaria para oponerse por algún tiempo á su rotura. Formada y organizada la primera capa, ésta fué reforzada por otras concéntricas hasta que el saco tuvo la consistencia suficiente para soportar presiones musculares más ó menos fuertes sin que sus paredes cedieran : esto se colige por lo que la observación muestra ; pues á los ocho días después de herido, el paciente podía servirse de su brazo para sostener el plato en que comía, y como esto requería la flexión del antebrazo sobre el brazo, para cuyo acto se necesitaba la contracción sostenida del biceps braquial, y como precisamente la larga porción de este músculo limitaba el saco por su parte externa, claro está que al contraerse ha debido comprimir dicho saco, y si desde entonces no hubo hemorragias intersticiales fue porque dicho saco estaba bien formado. Por otra parte, el tumor que se notaba en la parte interna del brazo,

tumor blando, fluctuante, bien circunscrito y en el que se notaban movimientos expansivos, demuestra la formación del saco aneurismal.

Mientras este trabajo de reparación se hacía alrededor de la herida arterial, otro trabajo flecmásico se efectuaba ya y la supuración principiaba profundamente, quizá en algún ganglio bufático herido de los de la raíz del miembro ó en el tejido celular de la axila. Admito que fué en este punto donde la supuración principió, por ser la hipótesis más compatible con la formación del enorme flecmón difuso que hallé el primer día que vi este enfermo. En efecto: formado el pus en la axila, la gravedad ha podido llevarlo lentamente hacia abajo, á la vez que la inflamación iba destruyendo el tejido celular de la región hasta afectar todo el plano lateral izquierdo del tórax. En la parte anterior del pecho ha podido formarse el flecmón; bien por propagación de la inflamación del tejido celular, ya porque el pus haya podido ser traído allí deslizándose, como por absorción, durante los movimientos del músculo *gran pectoral*. La misma acción de la gravedad ha podido llevar allí el pus cuando el paciente estaba en decúbito dorsal.

La marcha detallada de dicho flecmón es imposible poder conjurarla, pues los datos suministrados por el paciente son algo vagos: sabemos sí que ocho días después del accidente había hinchazón en la punta del homoplato y el miembro se había deshinchado y el paciente se servía de él; á los catorce días hubo nueva recrudescencia en los síntomas y apareció fiebre de carácter remitente y calofríos; en buena clínica estos dos últimos síntomas indican la época á que remonta la formación del pus. Nada nuevo ni de importancia se vuelve á saber hasta los 38 días, época en que encontré y abrí este monumental flecmón que he descrito. También hay una oscuridad ó vacío casi completa en la historia de este enfermo desde el día en que se abrió su flecmón hasta el en que fue admitido en el Hospital de Manizales. Sabemos sí que en esta última quincena el enfermo marchó bien y que su miembro, aunque algo hinchado, se nutría regularmente pues su circulación se efectuaba con alguna regularidad, ya por el mismo vaso herido, ora porque una circulación suplementaria se hubiera establecido, circunstancia á que yo me inclino, pues se me hace muy difícil que, dada una desgarradura casi completa de la humeral, la corriente sanguínea pudiera pasar al segmento inferior del vaso.

(Continuará).

DR. TOMÁS HENAO.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS.

ACTA DE LA SESIÓN DEL DÍA 1.º DE ABRIL DE 1889.

Presidencia del Dr. Castañeda.

Se reunió la Sociedad con la mayoría de sus miembros en el local y hora acostumbrados.

Se leyó el acta de la sesión anterior y fue aprobada.

Acto continuo se ocupó la Sociedad del orden del día: “Adopción de un nuevo miembro, Mole hidática y trabajos de las comisiones.”

Dr. Aparicio: Comisionado por el Presidente para informar sobre el trabajo de “Cáncer del pecho” que el Dr. Oscar A. Noguera ha presentado á nuestra Sociedad con el objeto de ser admitido como miembro de ella, os presento mi informe manifestándoos que dicho trabajo llena los requisitos impuestos por nuestros reglamentos, y en tal virtud os propongo su admisión.

Esta fue sometida á votación secreta, la cual dió por resultado la adopción, por unanimidad, del Dr. Oscar A. Noguera como miembro activo de la Sociedad. El Secretario pasó la nota correspondiente y el Dr. Noguera contestó dando las gracias á la Sociedad por el honor que le ha impartido.

Dr. Osorio: Presentó una pieza anatomo-patológica de una Mole hidática con la correspondiente observación, que el Dr. Serrano de Riohacha envía á nuestra Sociedad. La pieza pertenece á una señora que, después de un embarazo uterino, la arrojó con todos los síntomas de un alumbramiento prematuro.

El Presidente: En comisión al Dr. Durán Borda para que, previo estudio de la pieza anatomo-patológica y de la observación del Dr. Serrano, se sirva informar.

Dr. Coronado: Tengo el honor de presentar á la Sociedad una observación de Mal de San Antonio recogida en mi clínica de San Juan de Dios. La Sociedad se ha estado ocupando últimamente de la relación que pueda tener esta afección con la Lepra, y creo que esta observación puede apoyar los estudios que los Dres. Castañeda y Herrera han hecho sobre el particular, conducentes á demostrar que el Mal de San Antonio es una forma de Lepra.

Dr. Herrera: Ya en otra sesión me ocupé sobre la identidad que puedan tener estas dos afecciones. En 1880, en mi clínica de San

Juan de Dios, llamé la atención sobre la semejanza de las lesiones anatomo-patológicas, así como de la similitud de aspecto entre ciertas formas de Lepra mutilante y el Mal de San Antonio. La cuestión de la identidad no está aún resuelta, pero creo que para dilucidarla no debe perderse de vista el estudio comparativo de la anatomía patológica de estas afecciones. Doy las gracias al Dr. Coronado por el contingente que nos trae y le suplico tome los datos relativos á investigar si la Lepra ha existido en la familia del enfermo de Mal de San Antonio, al cual se refiere su observación.

Dr. Manrique: Tengo igualmente desde hace algún tiempo mis ideas fijas sobre la cuestión que se debate. Para mí no hay duda sobre la naturaleza del Mal de San Antonio y creo que esta afección no es sino una forma de Lepra atrófica. En corroboración de mi aserción referiré un caso que viene en apoyo de la identidad. Veámos en asocio del Dr. Posada una señora afectada del Mal de San Antonio desde hacía veinte años á atrás; en la época en que fuimos llamados para prestarle nuestros cuidados, comenzaron á presentarse algunos síntomas sospechosos; más tarde comprobamos la existencia de placas y manchas anestésicas y hoy día la lepra parece confirmada en un paciente que durante veinte años no tuvo otra manifestación que el Mal de San Antonio. Creo que debería someterse el enfermo del Dr. Coronado á una observación prolongada, con el objeto de seguir la marcha de la afección y comprobar si á la larga se presentan en él los demás síntomas de la lepra. La lepra atrófica, sabemos, pueden revestir la forma de lepra atrófica excéntrica, y la de lepra atrófica concéntrica en varios tejidos, y en algunas de estas formas falta el tubérculo como en el Mal de San Antonio.

Dr. Castañeda: He sostenido y sostengo la identidad entre las afecciones Lepra y Mal de San Antonio, y hoy hago constar un incidente que me ha llamado la atención. Leyendo los trabajos recientes sobre lepra del profesor Ponset de Cluny he hallado que designa la Lepra nerviosa con el nombre de Lepra nerviosa ó *antonina*, y esta última denominación pudiera tener alguna conexión con nuestro mal de San Antonio. Creo, como el Dr. Herrera, que la anatomía patológica es la llamada á zanjar esta cuestión, tanto más, cuanto que la Lepra presenta á veces cuadros muy semejantes con otras afecciones, entre otras con ciertas formas de sífilis.

Dr. Osorio: Púese á una comisión la observación del Dr. Coronado para su estudio é informe.

El Presidente : En comisión al Dr. Manrique.

Dr. Manrique : Presento á la Sociedad una observación sobre la curabilidad de la Cirrosis hepática de origen alcohólico, por medio del ioduro de potasio, la leche y el jaborandi, que remite á la Sociedad, por mi conducto, el Dr. Prados, de Sincelejo. Aun cuando este tratamiento era ya conocido en la ciencia, me atrevo á proponer que se nombre miembros correspondientes de la Sociedad á aquellos médicos de fuera de la capital que con frecuencia nos envíen trabajos importantes.

El Presidente : Antes de tomar en consideración la proposición del Dr. Manrique, pasese el trabajo del Dr. Prados en comisión al Dr. Coronado para su estudio é informe.

Dr. Manrique : Tengo el honor de poner en conocimiento de la Sociedad, en nombre del Dr. Julio Z. Torres, y en el mío propio, el buen éxito que hemos obtenido al practicar la Kelotomía en una enferma á consecuencia de una hernia crural extrangulada. Practicamos la operación en muy malas condiciones, pues ya el intestino comenzaba á gangrenarse y, sin embargo, el resultado ha sido feliz, pues hoy día la enferma está fuera de peligro. Me prometo presentar á la Sociedad esta observación en asocio de mi colega el Dr. Torres.

Dr. Proto Gómez : Reclamo el informe sobre el aparato trenzatractor enviado á la Sociedad por el Dr. Calvo, de Magangué, para la reducción de las luxaciones de las falanjes.

Dr. Manrique : He tenido ocasión de experimentar el trenzatractor del Dr. Calvo, de Magangué, en dos casos, y este aparato es superior á todos los inventados hasta hoy día para tal objeto. Todas las piezas que se emplean para hacer las tracciones en las luxaciones de las falanjes, presentan los inconvenientes, ya del desliz, ya del machacamiento de la parte tirada. Al contrario, el aparato del Dr. Calvo no presenta ninguno de estos inconvenientes, teniendo todas las ventajas de la seguridad á la par que es completamente inofensivo para la parte sobre la cual se aplica y que debe sufrir la tracción. Los dos casos á que me he referido son : el primero, el de una luxación del pulgar en una señora, la cual se facilitó mucho, debido al trenzatractor del Dr. Calvo. El segundo, que demuestra que también tiene otra aplicación muy ventajosa, es el de la extracción de un grueso anillo de vidrio, del dedo de un niño, el cual, comprimido por el anillo, se hinchó demasiado é hizo imposible su extracción por los medios conocidos ;

apliqué el trenza-tractor, y al hacer el estiramiento el dedo se desingurgitó y el anillo salió fácilmente. Encomio altamente el invento del Dr. Calvo y la Sociedad debe recomendar el trenza-tractor como un aparato utilísimo en los casos que he relatado.

El Presidente resolvió enviar al Dr. Calvo el número de la *Revista Médica* en el cual se publique la recomendación que hoy se ha hecho de su trenza-tractor.

No habiendo otro asunto de qué ocuparse, se levantó la sesión á las 7½ p. m.

El Secretario,

DR. J. D. HERRERA.

INFORME

LEÍDO POR EL SR. SECRETARIO DR. DANIEL E. CORONADO.

(Conclusión).

El Dr. Juan E. Manrique leyó una observación que versa sobre una operación de Alexander, ó acortamiento de los ligamentos redondos que practicó en esta ciudad en asocio del Dr. Juan D. Herrera. Este trabajo, que leyó su autor en dos sesiones, se mandó publicar en la *Revista Médica*, y pasaron á comisiones nombradas por el Presidente los demás asuntos arriba expresados. Los cilindro-trenzas al Dr. Durán Borda; el estudio sobre las mareas atmosféricas á los Sres. Michelsen y Montoya. La Sociedad se ocupó también en nombrar una comisión plural con el fin de que redacte un proyecto de ley que contenga las bases que sirvan para reglamentar el ejercicio en Colombia de la Medicina y de sus ramas accesorias, teniendo en cuenta el proyecto ya presentado al Consejo de Delegatarios por el Dr. Nicanor Insignares.

En la sesión del día 19 de Julio último el Sr. Doctor Gabriel Castañeda leyó un estudio titulado: "Estudio sobre la lepra" basado en una observación de mal de San Antón; en dicho trabajo su autor es de opinión que este último es una variedad de la lepra. El Dr. Juan D. Herrera disertó sobre las diversas formas de lepra y relató una observación de mal de San Antón estudiada por él en 1880, inclinándose á la opinión de que esta enfermedad es variedad de la lepra. La Sociedad acordó que dedicaría varias de sus sesiones á la discusión sobre este asunto, y se mencionaron trabajos

hechos por los Dres. Eloy Ordóñez y Samuel Durán sobre las lesiones de los cordones nerviosos en esta enfermedad. El Dr. Aparicio presentó, en nombre del Dr. Rafael O. Roldán, una observación clínica titulada : " Esofagismo incoercible."

En la sesión del 21 de Agosto último, el Dr. Castañeda continuó la lectura de su trabajo sobre la elefancia. Los Doctores Castañeda, Manrique y Herrera disertaron sobre la etiología de esta enfermedad y el Dr. Manrique relató hechos muy interesantes observados por él en la población de Tenjo ; sostiene el contagio de esta enfermedad y el Dr. Herrera insiste sobre todo en la herencia como causa de ella. La Sociedad acordó en este día no intervenir directamente en presentar un reglamento sobre ejercicio de la profesión de Médico en Colombia.

La discusión muy interesante sobre la lepra continuó en la sesión siguiente, tomando parte en ella los mismos señores Dres. Herrera y Manrique, Osorio, Buendía y Antonino Gómez. El Sr. Presidente envió notas á la Sociedad de Medicina del Cauca y á la Academia de Medicina de Medellín, excitando á estas Corporaciones á que tomaran parte en un estudio tan interesante para nosotros.

El Ministerio de Fomento remitió en Septiembre último á la Sociedad un estudio del Sr. Marco A. Botero Guerra, titulado " Puericultura " trabajo que pasó en comisión al Dr. Enrique Pardo, y el Sr. Julio D. Mallarino envió unos frascos que contienen un específico titulado " Gotas antireumáticas del Dr. Gastelbondo " con el fin de que la Sociedad diera su opinión sobre la eficacia de este remedio ; contestósele que la Sociedad no puede ocuparse de ensayos terapéuticos de medicamentos cuya composición no conoce.

En la sesión del día 10 de Noviembre último se ocupó la Sociedad en hacer el nombramiento de un miembro que la representara en los festejos que habrían de celebrarse en Febrero del corriente año en Cartagena en conmemoración del centenario del benemérito Prócer de la Independencia Dr. José Fernández Madrid, y la elección recayó en el Sr. Dr. Manuel Ramón Pareja, miembro correspondiente de la Sociedad, á quien se le comunicó dicho nombramiento. En la misma sesión el Dr. Buendía presentó á la Sociedad dos frascos con piezas patológicas y la observación clínica correspondiente en nombre del Dr. Gómez ; pasó en comisión para su estudio al Sr. Dr. Barreto. El Dr. Aparicio relató una observación

muy interesante del empleo del coco como tenífugo, con muy buen éxito, en un soldado que tenía una tenia; esta comunicación fue seguida de la discusión sobre la Pelletierina, en la cual se manifestó que su acción terapéutica como tenífugo era inconstante, ó quizá á causa de alteraciones producidas por el tiempo. El Dr. Medina mencionó como buen vermífugo las semillas de calabaza. El Dr. Osorio presentó dos observaciones clínicas para que se publiquen en la *Revista* en nombre del Dr. Manuel Prados O. de Sincelejo.

En nuestra sesión del 19 de Febrero se ocupó la Sociedad en la aprobación de un proyecto que modifica el reglamento presentado por los Dres. Abraham Aparicio y Proto Gómez y que adiciona nuestros estatutos, rindiendo honores fúnebres á los Miembros difuntos.

En nuestra última sesión, que tuvo lugar el 26 de Febrero próximo pasado, se hizo la elección de nuevos dignatarios para el período que principia, y se eligieron Presidente, Vicepresidente, Secretario y Tesorero, habiendo obtenido la mayoría los Sres. Dres. Gabriel J. Castañeda, Daniel E. Coronado, Juan D. Herrera y Gabriel Durán Borda, respectivamente.

Hoy que nos reunimos en la última sesión en que tengo el honor de servirlos aún de Secretario, tengo que lamentar con vosotros la prematura muerte de nuestro querido y respetado consocio el Sr. Dr. Aureliano Posada; fue nuestro Presidente en el período pasado; se hizo acreedor á todas nuestras simpatías por sus relevantes cualidades y supo ganarse el afecto de todos los que lo rodeaban y admiraban en él sus grandes conocimientos, su práctica vastísima y, más que todo, su modestia y dulzura nunca desmentidas. Que su ejemplo nos sirva siempre de modelo y nos aliente para perseverar en nuestras tareas, y alcanzar como él por recompensa el cariño de nuestros semejantes y la admiración y el respeto de nuestros compañeros.

DR. DANIEL E. CORONADO.

FACULTAD DE MEDICINA DE BOGOTA.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE EL ALCOHOLISMO CRÓNICO Y EL CHICHISMO. TESIS PARA EL DOCTORADO EN MEDICINA Y CIRUGÍA PRESENTADA Y SOSTENIDA POR LUIS E. GARCÍA, PRACTICANTE INTERNO DEL HOSPITAL DE CARIDAD—1889.

El autor hace una reseña histórica del asunto que va á tratar ; estudia la etiología ; la sintomatología aparato por aparato ; la anatomía patológica ; saca unas cuantas conclusiones y termina con las observaciones que recogió en los enfermos del Hospital de San Juan de Dios.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LA LEPRO Y EL MAL DE SAN ANTÓN. TESIS PARA EL DOCTORADO POR EL DR. ZENÓN SOLANO R.—1889.

En este trabajo el autor intenta probar que el Mal de San Antón es una entidad mórbida diferente de la Lepra, y de naturaleza desconocida.

Saca toda la fuerza de su argumentación de que el Mal de San Antón tiene síntomas muy diferentes de los que se han asignado á la Lepra mutilante por los autores extranjeros.

“ El Mal de San Antón, objeto de nuestra tesis, dice, no es la *Lepra Mutilante* de los autores extranjeros y algunos nacionales, descrita por Thomson en sus trabajos sobre la lepra de la Nueva Zelandia y Danielsen & Boeck en sus estudios del Spedalked de Noruega.

“ Es posible que San Antón sufriera la *Lepra Mutilante* ; pero lo que entre nosotros se conoce con el nombre de *Mal de San Antón*, es una entidad mórbida distinta ; que si bien tiene sus aparentes analogías con la *Lepra Mutilante*, se aparta casi en absoluto de ella, tanto por su principio como por su desarrollo, marcha y terminación, con un cortejo de síntomas tan distinto y variado, que no hemos vacilado en creer que debe figurar en el cuadro nosológico de las enfermedades como una entidad patológica diferente de todas aquellas con las cuales, hasta hoy, ha permanecido confundida.”

Para cohonestar estas opiniones el autor da la siguiente cita del tratado de las enfermedades cutáneas por el Profesor Hebra de Viena. “ Resulta, pues, de nuestra descripción que la necrosis y mutilación no constituyen una *forma particular* de lepra, pero sí un SÍNTOMA PARCIAL de la enfermedad.”

El dermatólogo alemán no ha dicho tal cosa. Basta ver su obra original para caer en la cuenta de que el autor de la tesis que analizamos trasladó en castellano una proposición enteramente contraria al texto alemán, que dice: "*Wie aus der bisderigen Darstellung sich ergibt ist die Necrose und Mutilation Keine selbständige Form der Lepra, sondern nur eine Theil-Erscheinung der leprösen Erkrankung.*" (*Hebra Kaposi, Hautkrankheiten*, 1876, p. 415).

La traducción correcta es la siguiente: Resulta, pues, de nuestra descripción que la necrosis y mutilación, no constituyen forma particular de lepra, sino únicamente un *epifenómeno* de la enfermedad leprosa."

Se tradujo pues la palabra subrayada *Theil-Erscheinung* por *síntoma parcial*, cuando la acepción científica debía ser *epifenómeno*.

Si Hebra hubiera dicho *síntoma parcial*, habría contradicción, porque *parcial* significa "lo que es parte de un TODO"; y como antes había dicho que la necrosis y mutilación no constituyen una forma particular de la lepra, resultaría la contradicción, porque si ese síntoma faltara, la enfermedad que es el *todo* dejaría de ser lo que debe ser; mientras que diciendo *epifenómeno*, aun cuando éste falte, la enfermedad queda toda. Sabemos por otra parte que hay casos de lepra sin mutilaciones de las extremidades. Hebra no sostenría hoy todas las opiniones que ha emitido en su obra con respecto á la lepra, porque desde 1870, fecha del descubrimiento de Hansen, los estudios microbiológicos han hecho cambiar por completo las ideas que antes se sostenían con algunos visos de verdad.

El reciente tratado publicado por el Profesor francés Henri Leloir, con un magnífico atlas, nos resuelve por completo las incertidumbres que pudiéramos conservar respecto á la identidad de nuestro mal de San Antonio con la lepra.

Él se expresa así:

"Desde el punto de vista de la nomenclatura dos localizaciones anatomo-topográficas *fundamentales* dominan la historia de la lepra: el tegumento y los nervios. De aquí dos especies en el género: *lepra tegumentaria* y *lepra de los nervios*; las dos especies pueden además coexistir ó sucederse, de donde la lepra *compuesta*, *completa* ó *mixta*. Cada una de las especies comprende una ó muchas *formas clínicas* en las cuales se pueden distinguir *variedades* etnográficas, locales, individuales &c., tales como la tuberculosa, nudosa, hipertrófica, maculosa, anestésica, atrófica, mutilante, lazarina, &c. &c.

En el informe que presentó el Dr. Ernesto Besnier á la Academia de Medicina de París, en la sesión del 11 de Octubre de 1887, dice : “ La monografía del Dr. Leloir está basada sobre el examen de más de novecientos (900) individuos atacados de la lepra ; contiene ciento cincuenta (150) observaciones inéditas tomadas en los países más diversos y que representan la enfermedad en *todos sus aspectos* ; sus descripciones, anatomo-patológicas se apoyan sobre el examen *histológico y microbiológico* de piezas tomadas de la biopsia ó de la necropsia de leprosos de todos los países ; sus relaciones clínicas están ilustradas por numerosas figuras intercaladas en el texto y por un atlas de cromó-litografías y de fotografías tomadas por él.”

De modo, pues, que sí podemos aceptar científicamente una variedad de la forma nerviosa de la lepra que puede ser la atrófica-mutilante que caracteriza perfectamente bien nuestro Mal de San Antonio.

Le Praticien, en su número 3 bis de 16 de Enero de 1888, dice : “ El Dr. Poncet (de Cluny) distingue tres variedades de lepra que ha estudiado en Méjico : 1.º La forma leonina ó tuberculosa ; 2.º La forma  ANTONINA ó nerviosa ; 3.º La forma lazarina ó ulcerosa. Admite con Wichow que la lepra tuberculosa es una enfermedad *bacilar* y que los micro-organismos que la constituyen se hallan en las células y fuera de ellas.”

Para no dejar duda en el ánimo de los lectores, en este punto, transcribo algunos pasajes de una monografía del Dr. Lutz, médico alemán muy notable, que practica en el Brasil, publicada en los *Anales de Dermatología y Sifilografía*, volumen VIII, p. 796 y siguientes :

“ La lepra de los nervios presenta mayor interés que la lepra tuberosa, no solamente en cuanto á la *marcha* y á los *síntomas*, sino también en cuanto al *diagnóstico*. La forma más simple y la más favorable es aquella en que los síntomas están *limitados* á una región circunscrita, por ejemplo á la extremidad periférica de un miembro, *durante años*, por lo menos. En este caso se produce al principio en un punto limitado, sobre la cara dorsal del pie, por ejemplo, picazón, hormigamiento ó una sensación análoga á la que resulta del contacto de una tela de araña ó de las barbas de una pluma, con prurito especial. Sobre las partes enfermas se demuestra en seguida analgesia, pero los enfermos pueden percibir aún una fuerte presión de una manera distinta ; después sobrevienen, en general, dolores lancinantes

en los nervios aferentes. Con el tacto se demuestran frecuentemente espesamientos difusos ó nudosidades al nivel de los nervios. No *existe tumefacción* de los ganglios linfáticos ó si la hay es *insignificante*. En dos casos en los cuales la afección se había localizado en la región de la parte terminal del nervio peroneo profundo, el proceso permaneció estacionario durante tres años y hubo más bien mejoría; casos de esta naturaleza pueden *curarse espontáneamente*, sin que se pueda, sin embargo, determinar el momento en que la curación es cierta. Los dos enfermos en cuestión no han supuesto nunca su enfermedad, caminan sin mucho trabajo y se entregan penosamente á sus ocupaciones. La variedad más frecuente de la lepra primitiva de los nervios se localiza en las extremidades periféricas. La anestesia marcada se limita en general á regiones muy circunscritas y *no tiene siempre por consecuencia alteraciones graves*; pero los enfermos se quejan frecuentemente de vivos dolores lancinantes en los miembros. Las extremidades atacadas son el sitio de diversas modificaciones superficiales: cianosis, pitiriasis furfurácea, ictiosis, hipertrofia de las papilas con ó sin espesamiento del epidermis; más raramente algunas manchas de *glossy skin*. La elefantiasis es más frecuente en los miembros inferiores; el Dr. Lutz no la ha observado sino una vez de una manera simétrica, en las dos manos y en la porción periférica. Los fenómenos de éxtasis se explican en muchos casos por la compresión de las callosidades de los nervios sobre las venas, como lo ha podido demostrar directamente en un caso.

(Continuará).

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS.

EXTRACTO DE LA ESTADÍSTICA DEL MES DE FEBRERO DE 1889.

Enfermedades dominantes.

Disentería	54
Sífilis	38
Alcoholismo	36
Tifo	33
Ulceras	30
Fiebre tifoidea	29
Enteritis	23
Eczema	19

Tuberculosis	19
Reumatismo	18
Heridas	16
Neumonía	16
Fracturas	11
Insuficiencia mitral	11
Blenorragia	10

MOVIMIENTO DEL PERSONAL.

<i>Entradas.</i>		<i>Curados.</i>		<i>Repuestos.</i>		<i>Muertos.</i>		<i>Salidas.</i>	
Hombres	Mujeres.	Hombres	Mujeres.	Hombres	Mujeres.	Hombres	Mujeres.	Homb.	Muj.
263	326	66	105	26	22	24	33	116	160

Entraron, 589. Se curaron, 171. Murieron, 57. Los demás salieron repuestos ú ocupan todavía una cama en el Hospital.

MEMORIA

SOBRE LAS MAREAS ATMOSFÉRICAS Ó FLUCTUACIONES DE LA PRESIÓN, PRESENTADA Á LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES DE BOGOTÁ, POR JUAN DE DIOS CARRASQUILLA L. *

(Continuación).

VII

Además de la demostración mecánica ó matemática dada precedentemente, según los cálculos de Laplace, voy á ensayar la demostración física ó sensible de las mareas atmosféricas, debidas á la gravitación. Supongamos un cuerpo de bomba de cualquiera longitud, dentro del cual se mueva un émbolo con movimiento rectilíneo alternativo ó de vaivén, lenta y regularmente, de modo que emplee seis horas en subir y otras seis en bajar. Supongamos que este cuerpo de bomba está ocupado por aire atmosférico, y que represente la atmósfera, que la extremidad inferior repose en la tierra y que

* Véase el número 135 de la *Revista Médica*.

en la superior se halle cerrado por el émbolo que represente el sol. Supongamos que el émbolo en su movimiento de vaivén sólo recorre cierto espacio, dejando siempre ocupado por el aire el otro espacio que representa la atmósfera. Si hacemos mover el émbolo, que se supone perfectamente adaptado á las paredes del cuerpo de bomba, de la primera posición hacia arriba lentamente, el espacio ocupado por el aire, hallándose atraído de abajo hacia arriba y pudiendo ocupar otro mayor, se dilatará y en consecuencia ejercerá menor presión sobre las paredes del recipiente. Si hacemos descender el émbolo, que se supone macizo, volverá en su descenso á comprimir el aire, reduciéndolo á su primitivo volumen, y la presión aumentará hasta ser la misma que en el principio del experimento. Supongamos que el movimiento ascensional del émbolo se inicia á las doce del día, ó al momento del paso del sol por el meridiano de un lugar; como emplea seis horas en subir, en ese tiempo la presión va disminuyendo lenta y gradualmente desde que se inicia el movimiento hasta que cesa; á las 6 p. m. empezará el émbolo á descender con la misma lentitud con que subió y empleando el mismo tiempo; la presión habrá ido aumentando del mismo modo que disminuyó en el primer movimiento. A las 12 p. m. principiará el segundo movimiento ascensional en todo igual al primero; á las 6 a. m. se iniciará el segundo movimiento descendente igual al primero hasta llegar al punto de partida al mediodía. Se habrá producido así en el aire contenido en el cuerpo de bomba un enrarecimiento seguido de una compresión, en cada uno de los períodos de ascensión y de descenso, con seis horas de intervalo entre cada uno.

Consideremos ahora que el cuerpo de bomba supuesto es un tubo ó canal que va de la tierra al límite de la atmósfera y que el émbolo es el sol, que suponemos como si se moviera uniformemente en el plano del ecuador. Reposando este canal en un punto de la tierra situado en el ecuador, sobre ese punto gravitará la columna de aire de todo el tubo, y como ese aire está sometido á la ley de la gravitación, cuando el sol se halle en el meridiano, que es cuando está más cerca de ese punto, será cuando mayor atracción se ejercerá sobre la columna de aire, en virtud de las leyes de la gravitación, lo que equivale en el ejemplo de que me he servido al momento en que el émbolo se halla en el extremo de su ascensión, esto es, al momento en que la presión está más dismi-

nuída. Desde que el sol empieza á descender del meridiano, empieza á aumentar la distancia directa del punto de la tierra considerado antes, y por consiguiente equivale al descenso del émbolo, ó lo que es lo mismo, al aumento lento y gradual de la presión. Llegado el sol al horizonte, á las 6 p. m., se halla á la mayor distancia, esto es, al punto de menor atracción sobre las moléculas del aire contenido en el tubo, y por tanto equivale al momento de mayor presión, al que marca el extremo inferior de descenso en el cuerpo de bomba. Desde que el sol desciende del horizonte dirigiéndose hacia el paso inferior del meridiano, la desigualdad de atracción hace que las moléculas más lejanas se queden atrás, y por consiguiente la atmósfera vuelve á encontrarse próximamente en las mismas condiciones que cuando el sol se hallaba en el meridiano; la atracción va aumentando lenta y gradualmente desde las seis p. m. hasta que el sol llega al meridiano inferior, que equivale en la comparación al momento en que el émbolo se halla por segunda vez en el extremo superior de su carrera. Desde el paso del sol por el meridiano inferior, la atracción empieza de nuevo á disminuir y por consiguiente la presión va aumentando como en la bomba cuando el émbolo va descendiendo. De las 6 a. m. hasta volver al meridiano, la atracción va aumentando como cuando el émbolo de la bomba va subiendo, y la presión disminuye en el mismo sentido hasta llegar al *minimum*, que fue de donde se empezó á considerar.

Sucedará, pues, en la columna de aire contenida en el tubo que he supuesto, lo mismo que en el cuerpo de bomba sometido á la acción de un émbolo de movimiento alternativo. Habrá dos momentos de *maximum* de presión y dos de *minimum* en las 24 horas, los cuales se irán alternando con toda regularidad, puesto que las distancias del sol van siguiendo, para los efectos de atracción, un movimiento uniforme en todo comparable al del émbolo de una bomba ó de una máquina de vapor. Lo que sucede á una porción de la atmósfera confinada en un tubo, sucede á la masa entera, y sólo he supuesto ese tubo para hacer más comprensible el fenómeno. Ahora lo que me falta explicar es el orden de sucesión de las oscilaciones de la presión, suponiendo siempre el sol moviéndose en el plano del ecuador y el punto de la tierra que se considera situado en el ecuador también. La atmósfera está constituida por una masa gaseosa de ázoe y oxígeno, con una pequenísima parte de ácido

carbónico, mucho menor que lo que se enseña en los tratados de física y química, (1) y una cantidad variable de vapor de agua. El espesor ó altura de la atmósfera no se conoce con precisión, y sólo se sabe que equilibra una columna de mercurio que al nivel del mar es de 76 centímetros. Sometida esta masa gaseosa á la atracción de la tierra por una parte y á la del sol y la luna por otra, tiene que estar sujeta á cambios que el cálculo ha podido determinar, como para las mareas oceánicas, cambios que se ha tratado de hacer instantáneos cuando se ha querido saber si el sol y la luna tenían influencia en las variaciones del barómetro, sin pensar que en las mareas no lo son. Se sabe por el cálculo y se confirma por la experiencia todos los días, que la mayor altura de las mareas no coincide con el paso de los astros por el meridiano, sino que sufren un atraso, no porque la atracción no se haga con asombrosa rapidez, sino por la adherencia de las moléculas, como lo ha demostrado Laplace. Si esto sucede en el océano ¿ por qué no ha de suceder en la atmósfera? No hay ninguna razón para que no suceda: ya quedó expuesto que la materia no sufre alteración en su esen-

(1) " Las investigaciones efectuados en estos últimos años sobre la constitución de la atmósfera respecto de la proporción de ácido carbónico que contiene, han modificado las ideas admitidas antiguamente, mostrando que este gas entra en mucho menor proporción en la masa del aire de lo que se creía anteriormente. En la sesión del 6 de Marzo de 1882, M. Dumas, resumiendo los trabajos hechos sobre la materia, expuso de una manera magistral el estado de la cuestión, y trazó al mismo tiempo el programa de los trabajos que debían ejecutarse para establecer de una manera definitiva el término medio de la cantidad de ácido carbónico que existe en el aire, á fin de que las cifras que se obtengan puedan servir de punto de comparación para determinar, á intervalos más ó menos lejanos, las variaciones que esta proporción pueda sufrir en el curso de las edades. Las misiones enviadas á diferentes puntos del globo para observar el paso de Venus por el sol, ofrecían la ocasión de hacer determinaciones en estaciones variadas; M. Dumas nos confió la ejecución de ese trabajo, que debía hacerse por medio de los procedimientos que nosotros habíamos tenido el honor de confiar á la Academia, y asegurarnos el precioso concurso de los eminentes sabios que dirigían aquellas expediciones remotas. El término medio general que resultó de estos datos fue : 2,78, que es un poco inferior al que halló M. Reiset en el norte de Francia (2,962), é inferior también al que nosotros mismos habíamos hallado en la llanura de Vincennes (2,84) y en la cima del *Pic du midi* (2,86). Puede admitirse, además, y como resultado de estos trabajos, que en todas las latitudes aumenta la proporción del ácido carbónico durante la noche." (Extractado de un artículo de los Sres. A. Muntz y E. Aubin. *Determination d'acide carbonique d'air dans les stations d'observation du passage de Venus. Annales de Chimie et de Physique, 5 serie* 1883, Tom. XXX).

cia con cambiar de estado, que tanto se cumplen las leyes en los sólidos como en los líquidos y en los gases, que sólo varían las condiciones de los fenómenos. Los gases, cuyas moléculas se hallan más distantes y en mayor movilidad, no están por eso exentos de la adherencia, y por consiguiente la atracción que se haga sobre una molécula próxima al centro de atracción no puede hacerse sentir en el mismo instante en otra más distante, porque la primera atraída adhiere á la otra y ésta á la siguiente y así sucesivamente de una en otra, lo que supone tiempo, y por eso la atracción del sol sobre la atmósfera no debe suponerse que se sienta en el instante del paso de los astros por el meridiano de un lugar. La atmósfera gasta, según las observaciones, tres horas próximamente en transmitir la acción de la fuerza de atracción de los astros. Así es que la menor altura de la columna mercurial no corresponde precisamente á la hora de mayor atracción, á la del paso del sol por el meridiano, sino á las tres de la tarde, esto es, tres horas después del paso del sol por el meridiano. Asimismo, la hora del *máximum* no se hace sentir á las seis de la tarde, sino á las nueve de la noche, y lo mismo sucede con el otro *mínimum* y el otro *máximum* que tienen sus horas con tres de atraso, á las nueve de la mañana el *máximum*, á las tres el *mínimum*.

La mecánica racional enseña y la práctica confirma, que la transmisión de la fuerza por los órganos de las máquinas no es instantánea, sino que se hace en un tiempo más ó menos largo, según la distancia y la materia de que esté formado el órgano de transmisión. En una banda extensible que transmita el movimiento de un árbol al tambor de una máquina colocada á alguna distancia se nota perfectamente el espacio de tiempo que transcurre desde el momento en que el árbol principia á moverse y el en que el movimiento transmitido llega á la máquina. Así sucede en la atmósfera, y por esta razón el movimiento ascensional del barómetro no se inicia simultáneamente con la disminución de la atracción ni los *máxima* y *mínima* corresponden exactamente á las horas de mayor y menor atracción, sino con tres horas próximamente de atraso. Este atraso depende evidentemente de la extensión de la atmósfera, de la longitud de la columna de aire que tiene que transmitir la fuerza desde las capas superiores hasta las inferiores en que se hace la observación. Esta circunstancia fue la que no tuvieron en cuenta

los físicos que estudiaron los fenómenos de las mareas atmosféricas, como de Humboldt, Boussingault, &^a, los cuales, como puede verse de sus escritos, que en gran parte he citado antes, sólo se fijaron en hallar una alteración sensible en el instrumento al instante mismo del paso de los astros por el meridiano. Con haberse fijado en la circunstancia del atraso de las mareas oceánicas, habrían tenido para conocer que no debían hallar en las atmosféricas la manifestación de un mismo fenómeno con alteración de una de las condiciones más notables. Tampoco puede suponerse que ignoraran las leyes de la mecánica, porque ya eran conocidas, y el sabio que estudia un ramo cualquiera de la ciencia no puede desconocer siquiera los principios de las otras, sobre todo si son de las más allegadas como la física y la mecánica. Lo que ha habido ha sido simplemente inadvertencia, y de ahí se ha originado la ignorancia ó el desconocimiento de la causa de las oscilaciones horarias del barómetro.

Teniendo en cuenta este atraso resulta que la mayor atracción, que tiene que ejercerse cuando el sol pasa por el meridiano, se hace sensible al instrumento de observación á las tres horas, que es precisamente cuando el barómetro marca la menor altura de la columna mercurial; á las seis de la tarde, que es cuando el sol en el horizonte tiene la menor fuerza de atracción por hallarse á la mayor distancia, la observación del barómetro no marca la mayor altura, sino tres horas después, á las 9 p. m.; á las doce de la noche, que es la hora correspondiente al segundo *minimum*, no marca el barómetro la menor presión, sino á las tres de la mañana; á las seis a. m., hora del segundo alejamiento del sol, corresponde la alza de las nueve de la mañana, tres horas después del momento de menor atracción. Así queda comprobado con la observación que la atracción es la causa de las oscilaciones del barómetro, sólo con darles un atraso de tres horas, el cual es indispensable tener en cuenta, por la extensión de la atmósfera, por su naturaleza gaseosa y por las leyes de las mareas oceánicas.

Con otro ejemplo se puede hacer aún más sensible el fenómeno de las mareas atmosféricas. Sobre un sostén se fija un eje, que atravesase una esfera imantada, que puede hacerse mover por medio de un manubrio al rededor de su eje. Se cubre esta esfera de limaduras de hierro, las cuales permanecerán adheridas por la fuerza del

imán, y representarán la atmósfera de la tierra. En la parte superior del sostén, colóquese un poderoso imán, que represente la atracción solar : este imán puede acercarse por medio de una corredera ó de un tornillo de presión, hasta que alcance á ejercer su acción sobre las partículas de hierro que rodean la esfera. Impriéndole á la esfera un movimiento de rotación sobre su eje, y graduando la distancia del imán, se verá que en cada revolución de la esfera las partículas de hierro retenidas contra la esfera por la atracción de ésta y atraídas además por el imán, se levantarán al encontrarse enfrente del imán y en el lado opuesto y se deprimirán ó acercarán más á la esfera en las otras posiciones ; de donde resultarán en la cubierta de limaduras de hierro, que representa la atmósfera, dos momentos de *maximum* de levantamientos correspondientes á las posiciones del imán en los puntos del meridiano y dos momentos de *minimum* en los intermedios de los levantamientos y alternando con ellos. Si suponemos que esta esfera se mueva con un movimiento lento, de modo que emplee 24 horas en cada revolución, tendremos exactamente las mareas atmosféricas en tiempo pero sin el atraso de las tres horas, porque aquí no existen las causas que lo producen en la atmósfera. Con el aparato que se puede construir según este modelo, se puede, pues, hacer sensible la ley de las oscilaciones horarias del barómetro, en el supuesto de que la eclíptica estuviera en el mismo plano del ecuador y que la tierra trazara en su revolución una circunferencia en lugar de la elipse que recorre.

Hata aquí se ha supuesto que no existe la luna, y que la tierra se mueve en el plano del ecuador. Si hacemos ahora intervenir la luna y colocamos la tierra en su verdadera posición en la eclíptica, veremos las modificaciones que estas nuevas fuerzas y relaciones causan en las mareas. Consideremos para simplificar el problema, que la luna se mueva como supusimos respecto del sol, en el plano del ecuador, pero á menor distancia de la tierra que el sol y con menos masa, como es en realidad. De aquí nos resultarán los mismos casos estudiados por Laplace en las mareas oceánicas, es decir : mayor fuerza de atracción en las zizigias y menor en las cuadraturas : á mayor fuerza de atracción corresponderá menor elevación del barómetro, y al contrario, pero no en el momento de la oposición y de la conjunción sino con el atraso correspondiente á las

horas de transmisión de la fuerza y á la velocidad y distancias relativas de los astros.

De la inclinación de la eclíptica resultarán igualmente las diferencias de atracción consiguientes á las distancias relativas del sol; de donde se originarán otros movimientos combinados en las oscilaciones del barómetro, pero sin alterar el ritmo esencial, por que, como se demuestra en mecánica, en un sistema de fuerzas se puede considerar cada una como independiente de las otras y obrando por sí sola, sin trastornar el efecto de las otras.

Como la tierra se mueve en una elipse, resultan distancias diferentes y velocidades desiguales, que también influyen en las manifestaciones de las variaciones del peso de la atmósfera; de modo que el problema se complica con estas múltiples causas y se explica por el mismo proceder analítico que empleó Laplace para el de las mareas oceánicas, y se confirma por las observaciones barométricas, como se verá adelante.

Hay, además, otras muchas influencias ó causas accesorias que obran sobre el barómetro, modificando, pero sin destruir las de la gravitación que son las principales y primordiales. Estas otras causas son: la acción del calor, la del vapor de agua atmosférico, variable con las estaciones y las horas del día, los vientos ó corrientes de la atmósfera, que hacen subir ó bajar más ó menos el barómetro, según su dirección, fuerza, &^a, y, por último, la latitud de los lugares, su altitud y otras condiciones locales, que también se agregan á las causas generales y complican el problema.

VIII

Hay tres clases de variaciones en las oscilaciones del barómetro: 1.^a Variaciones horarias; 2.^a Variaciones mensuales; 3.^a Variaciones anuales. Voy á examinar cada una de ellas.

1.^a—*Variaciones horarias.* Todos los días infaliblemente, sin ninguna excepción, llueva, truene ó haga magnífico tiempo, con toda clase de vientos ó en completa calma, el barómetro sube y baja dos veces en las 24 horas del día: no hay ninguna causa que sea parte para impedir su movimiento ascendente ó descendente; de modo que cuando es la hora de subir sube; cuando la de bajar baja, con la misma regularidad con que se mueve el émbolo de una máquina de vapor bien arreglada. La regularidad misma de este movi-

miento indica que se le debe asignar una causa general, constante, regular, periódica en el modo de ejercerse, la cual no puede residir sino en el movimiento de los astros, en la ley de la gravitación.

La tierra con la atmósfera que la rodea gira en 24 horas sobre su eje, de modo que presenta al sol cada uno de los puntos de su superficie en el tiempo de su rotación. Si la tierra se moviera en el plano del ecuador todos los lugares situados sobre éste y á poca distancia tendrían los días exactamente iguales á las noches; el barómetro subiría y bajaría con absoluta precisión á horas determinadas por la atracción solar. En las zonas templadas sucedería lo mismo, pero con menor intensidad, y en las frías la acción de la gravitación sería muy poco sensible. Si en estas condiciones, consideramos un lugar situado á poca distancia del ecuador, y lo seguimos en su movimiento, partiendo del mediodía, tendremos que, siendo en ese instante mayor la atracción del sol sobre la atmósfera, por ser menor la distancia directa, entre él y la tierra, según las leyes de la gravitación, haciéndose la atracción en razón inversa del cuadro de las distancias, la atmósfera atraída por el sol disminuirá su peso, lo que se traduce en el barómetro por un movimiento de descenso, por una baja; pero como la acción no se puede hacer instantánea porque la atmósfera tiene cierto espesor y está constituida por una masa gaseosa, el momento de la mayor atracción no se siente en el instrumento sino hasta las tres de la tarde, tres horas después del paso del sol por el meridiano. (*Continuará*).

NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

La suspensión en la ataxia locomotriz. (Charcot. *De la suspension dans le Traitement de Ataxie Progressive et de quelques autres maladies du Systeme Nerveux* in Progrès Medical janv. 1889 G. de la Tourrette. *De la Technique à suivre dans le Traitement par la Suspension de l'Ataxie locomotrice &c.* in Progrès Medicales Feb. 1889).

El Profesor Charcot hace algún tiempo que está experimentando en el Hospital de Salpêtrière de París, el nuevo y sencillo aparato que el Dr. Motchoukows (de Odessa, Rusia), puso en práctica desde el año de 1883, en el tratamiento de la *tabes dorsalis*.

El mencionado aparato es el mismo que el Dr. Sayre, de Nueva York, inventó para corregir algunas deformidades de la columna vertebral, modificado así: en lugar del trípode que da lugar á ciertos accidentes, hay una argolla fija y en vez de cinturón ó corsé que abraza el torax pasando por debajo de los brazos, son dos correas acolchonadas que pasan por las axilas con el fin de dejar libre la caja torácica y por consiguiente los movimientos respiratorios. El Dr. Tourrette ha practicado más de 800 suspensiones; la operación es suma-

mente fácil y sin peligros, si se toman ciertas precauciones para colocar bien el aparato; una vez colocado éste, el operador levanta en el aire al paciente, tirando de la cuerda que pasa por la polea, poco á poco, lentamente y sin sacudimientos; lo mantiene en esa posición desde medio minuto hasta tres minutos á lo más, cada dos días; lo descuelga con suavidad, y lo hace sentar en una poltrona después. Esta operación no produce ni dolor, ni fatiga ó malestar.

Por este medio han desaparecido poco á poco las lesiones de motilidad; caminan mejor los pacientes solos y sin apoyo; los síntomas de la micción, tan penosos, también mejoran; se calman los dolores fulgurantes, y hasta la impotencia, que acompaña al tabético, desaparece.

Tratado de terapéutica general y especial por el Dr. Manuel Plata Azuero. (Continuación).—Papel que desempeña la albúmina en la absorción y circulación de los medicamentos.—Experimentos químicos que demuestran la acción de la albúmina.—Influencia de la albúmina sobre los medicamentos en el acto de ser eliminados.—Peregrinación de los medicamentos desde el momento en que se ponen en contacto con la sangre hasta que se eliminan.—CAPÍTULO 7.º—*Eliminación de los medicamentos.*—*Acumulación de éstos*—*Sustituciones de materia.*—*Electividad medicamentosa.*—*Eliminación de los medicamentos.*—*Vías de eliminación.*—Medicamentos que se eliminan por los riñones, los pulmones, la piel, el hígado y las glándulas salivares y mamarias.—Duración de la eliminación.—Medicamentos que se eliminan rápidamente—con mediana rapidez y con lentitud.—Medicamentos que se eliminan tanto más pronto cuanto más heterogéneos sean para el organismo.—Influencia de la tensión arterial activa y pasiva sobre la absorción y la eliminación.—Transformación de los medicamentos durante su eliminación.—Sustancias

que se eliminan oxidadas.—Sustancias que se descomponen en el acto de eliminarse.—Sustancias que se eliminan en la naturaleza.

ENTREGA 13.—*Acumulación de los medicamentos.*—Acumulación orgánoléptica (estricnina, digital, arsénico, alcohol, plomo y otros metales.—Acumulación por falta de absorción. Acumulación de píldoras y polvos.—Acumulación de píldoras ferruginosas.—Acumulación en el tétano, el cólera, las parálisis &c.ª—Acumulación por falta de eliminación.—Experimentos de Claudio Bernard.—Cómo se explica la diversidad de efectos de ciertos medicamentos.—Medios de prevenir esta acumulación.—Poder desacomulador del yoduro de potasio.—Sustituciones de materia.—Electividad medicamentosa.—Electividad de los alimentos.—La electividad medicamentosa se puede modificar.—Explicación de la electividad medicamentosa.—La economía rechaza más las sustancias que le son heterogéneas que las que le son homogéneas.—La electividad depende en algunas sustancias de la tolerancia del organismo.—Las afinidades químicas no son la sola causa de la electividad.—Fenómenos acumulativos de algunos medicamentos.—Explicación de estos fenómenos.—Explicación de la desacomulación instantánea.—Desacomulación de algunos medicamentos por oleadas intermitentes y explicación del fenómeno.—Fenómenos de intoxicación por ciertas sustancias cuando se suspende su empleo. *Deducciones prácticas.*—Utilidad del conocimiento de las metamorfosis en la sangre—Cada medicamento debe emplearse perfectamente en las enfermedades del aparato por donde se elimina.—Necesidad de que el aparato eliminador funcione bien.—Cómo pueden administrarse sin peligro, á dosis elevadas, ciertas sustancias tóxicas.—Razón de la eficacia de ciertos medicamentos en determinadas enfermedades, tomada de la eliminación.—Influencia de la tensión arterial.—Manera de disminuirla.