

REVISTA MÉDICA DE BOGOTÁ.

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES.

Redactores : 1.º Dr. Photo Gómez.—2.º Dr. Juan de D. Carrasquilla L.

SERIE XIII, BOGOTA, AGOSTO 1.º DE 1889, NUM. 140.

DIFTERIA.

Ayer no más, los patologistas definían la difteria como una enfermedad *general* específica, infecciosa y sumamente contagiosa, con manifestaciones cuyo carácter principal consistía en exudaciones fibrinosas que conocemos con el nombre de *falsas membranas*.

Hoy esta terrible enfermedad no la consideran sino como una enfermedad *local*; la falsa membrana no sería, como se creía antes, una manifestación de la intoxicación general del organismo, sino como el accidente primitivo de la difteria.

En 1883 el Dr. Klebs dijo que había encontrado en las falsas membranas arrancadas á los diftéricos un *bacilo* particular de pequeñas dimensiones, que consideró como el verdadero micro-organismo generador de la difteria.

Pero no fue sino en 1884 que el Dr. Loeffler, demostró por medio de cuidadosas y repetidas experiencias, que se puede provocar la *difteria* en los animales, inoculando el bacilo descrito por Klebs. En efecto, llegó á producir las falsas membranas en gallinas, conejos cobayos, &c. &c.

A fines del año pasado, los señores Roux y Yersin, en una memoria que publicaron en los *Annales de l'Institut Pasteur*—Diciembre 1888—sacan las conclusiones siguientes, como resultado de una serie de escrupulosas experiencias que practicaron :

1.º Que el *bacilo de Klebs* no se encuentra sino en las *capas superficiales* de las falsas membranas.

Los Sres. Koliusko y Paltauf confirman este hecho, pues en un trabajo que publicaron este año en Viena, aseguran haber encontrado el bacilo de Klebs en 50 casos de difteria de la laringe.

2.º Que el bacilo Klebs no existe sino en las falsas membranas; pues ellos y otros observadores jamás lo han hallado ni en la sangre, ni en los parenquimas enfermos.

3.º Que el bacilo se puede cultivar en caldo gelatinizado ó en caldo de carne alcalino ; si se produce el *bacilo*, este líquido se vuelve ácido rápidamente ; es una prueba de que se ha podido obtener su cultivo.

4.º Si se frota una membrana mucosa con el líquido puro del cultivo, se producen rápidamente las falsas membranas. Si se inyecta el mismo líquido en la mucosa de la tráquea de un conejo, éste muere prontamente y la muerte viene acompañada de síntomas análogos á los del *crup de los niños*.

5.º Cuando el conejo ó el cobaye no sucumbe en poco tiempo, se presenta una *parálisis* análoga á la provocada por la difteria en el hombre : principia por los *cuartos posteriores* y luégo se extiende á todo el cuerpo.

Aquí encontramos un ejemplo de *parálisis de los cuartos posteriores*, producida por un micro-organismo, ó por las sustancias tóxicas que elabora. Hacemos esta simple observación, por la aplicación que pudiera dársele en las cuestiones que se rozan con la *renguera* ó *parálisis epidémica* de las bestias caballares en particular.

Los médicos admiten sin pruebas de ninguna clase, que los diftéricos sucumben á consecuencia de la intoxicación general, propia á la difteria. Los Sres. Roux y Yersin, con el fin de aclarar este interesantísimo punto, hicieron unas cuantas experiencias ; en una primera serie, inocularon en conejos &c., el *líquido del cultivo* después de filtrarlo en filtros de porcelana que retiene los bacilos, y los animales inoculados no dieron señales de sufrimiento alguno. La cantidad de líquido fue de 2 á 4 centímetros cúbicos.

Esta misma experiencia, repetida por los Sres. Koliusko y Paltauf, dió el mismo resultado.

¿ Luego el líquido del cultivo del bacilo de Klebs, privado del micro-organismo, es inocente ?

No hay que apresurarse á calificarlo como inofensivo, porque en la segunda serie de experiencias practicadas por los mismos Sres. Roux y Yersin con el *líquido* preparado del mismo modo, pero inyectado á la dosis de *cuarenta* á *cincuenta* centímetros cúbicos, en animales semejantes á los primeros, “produjo la muerte de todos ellos, entre 5 y 10 días después de presentar varios accidentes, y particularmente, las parálisis características de la afección..... Es imposible dicen, los observadores, encontrar la menor diferencia en los efectos de la inoculación, ya sea que se haga, con una cultura de

bacilos frescos y vivos, ya con el líquido del cultivo filtrado y exento de ellos, pero de algunos días, para que sea más rico en veneno diftérico : síntomas, terminación y lesiones : TODO ES IDÉNTICO."

Por tanto creemos que los Sres. Roux y Yersin han demostrado que existe un bacilo patógeno de la difteria : el bacilo de Klebs ; que éste produce un veneno especial ; y tanto éste como el bacilo han provocado la enfermedad cuando se inoculan.

Tales son los hechos capitales que marcan un progreso en las ciencias médicas ; la simple exposición que hemos hecho, lleva el convencimiento al espíritu de que lo que muchos habían *supuesto* acerca de la naturaleza de la difteria, está hoy plenamente demostrado : *la difteria es una enfermedad local*, que más tarde se vuelve general, por la saturación del organismo por el agente tóxico segregado por el bacilo de Klebs.

Los clínicos se han apresurado á sacar el mejor partido posible de estas interesantes revelaciones, para el tratamiento de la difteria : los higienistas para prevenirla y los terapeutas para combatirla ; prometemos á ver si podemos seguir á cada cual en la ardua tarea que se han impuesto.

Los higienistas dicen : alejemos las causas que la producen ó ayudan á su desarrollo.

Muchos creen firmemente que los animales de pluma, sobre todo las aves de corral, son á menudo atacadas de difteria (anginas y crup,) y los niños, que pasan muchas horas del día casi en compañía de los animales enfermos, adquieren la enfermedad por este medio. Esta aseveración la niega rotundamente el Dr. Grognot, después de haber analizado unas cuantas observaciones ; y los Sres. Roux y Yersin opinan de la misma manera. Creen todos estos observadores que cuando se presentan al mismo tiempo la difteria en el hombre y en los animales, no hay sino una simple coincidencia ; además, según Mr. Boulay Director de la Escuela de Veterinaria de Alford, la difteria de las aves no sería la misma de la especie humana. "La difteria de las aves, dice, tiene en efecto una evolución muy lenta y nunca provoca parálisis, comparables á las que caracterizan la difteria humana. Se puede concluir que la difteria del hombre y la de las aves son dos afecciones distintas, que no tienen nada, *absolutamente nada de común."*

Cierto será que son dos afecciones distintas ; ¿ pero no está demostrado que la del hombre puede inocularse á la de las aves ? No su-

cederá lo mismo á la inversa ? No se han hecho estas experiencias, es verdad, porque nunca se debe jugar con la vida de nuestros semejantes, sobre todo tratándose de una enfermedad tan grave como la de que nos ocupamos. Y como la duda cabe aún, bueno será alejar las aves enfermas de las habitaciones.

Los micrógrafos que han estudiado el bacilo de Klebs, lo han encontrado en la boca, al estado normal ; si en esta cavidad sobrevienen algunas alteraciones patológicas, el bacilo encuentra un terreno favorable para su desarrollo, se reproduce y se multiplica rápidamente y la difteria se presentará. Para evitar este accidente el Dr. Caule (*New-York Med. Jour.* 1888) aconseja acostumbrar á los niños á hacer diariamente gargarismos con agua fenicada.

Los señores Roux y Yersin y otros más, dicen que el estado inflamatorio que acompaña las anginas tonxilar, rubeolica, escarlatini-forme &." &." es un terreno apropiado para el desarrollo del bacilo y por consiguiente para el de la difteria.

Y en fin, los enfermos atacados de esta enfermedad constituyen un foco verdadero de infección : pueden comunicarla á las personas que los rodean, tanto más fácilmente, cuanto que el estado de su salud y especialmente de las enfermedades de las vías respiratorias, vienen á ser un elemento favorable para su desarrollo.

El Dr. Grognot aconseja á éstos evitar la residencia en los lugares infestados, hacer gargarismos antisépticos y someterse á un régimen tónico ; y en cuanto á los pacientes acepta los consejos del Dr. Ollivier, que consisten :

“ 1.º Volver, en cuanto sea posible, inofensivo el enfermo y las habitaciones en donde reciba los cuidados que reclama su estado.

“ 2.º Impedir que se le traslade de un lugar á otro, con el objeto de evitar la formación de un nuevo foco de infección.”

A la primera indicación se atiende aplicando las reglas de aislamiento y desinfección ; se colocará al paciente en una pieza de la cual no saldrá sino después de que termine la enfermedad. Los demás niños serán trasladados á otra casa ; las personas encargadas de velar por la salud del enfermo, serán las únicas que podrán tener comunicación con él. Las medidas de desinfección consistirán en vaporizaciones antisépticas que cada médico conoce á fondo.

TRATAMIENTO CURATIVO.—A primera vista se dirá, que por la exposición que hemos hecho de las causas generadoras de la enfermedad, nada sería más fácil que obtener la curación de la difteria ; pero

desgraciadamente no es así, en este momento, en que extractamos los trabajos que sobre la materia hemos podido procurarnos; tal vez porque todo no se hace al mismo tiempo y porque no es posible que todo quede completo en un cuarto de hora, de un solo golpe: no se ha encontrado todavía el microbicida apropiado al caso.

Sin embargo, se pueden sentar las bases del tratamiento curativo del modo siguiente:

1.º Matando *in situ* el microbio, al momento mismo de la aparición de la falsa membrana, lo que reclama de parte del médico una observación de cada momento y cuidadosamente hecha.

2.º Si no se consigue semejante cosa, impedir su desarrollo progresivo.

3.º Sostener las fuerzas del paciente para soportar la lucha, dado el caso de la intoxicación general.

4.º Tratar de eliminar el agente tóxico que fabrica el bacilo.

En cuanto al *modus operandi* del primer punto, fácil es suponer que todos los médicos estuvieran de acuerdo; pero no es así; veamos cómo raciocinan los unos y los otros y en qué consiste la divergencia de sus opiniones.

Los Sres. Roux y Yersin dicen, hablando del bacilo de Klebs: "Desprovisto de virulencia, é impotente delante de una mucosa sana, pululará y tomará grande incremento si está en presencia de una mucosa inflamada ó despojada por cualquier causa de su revestimiento epitelial; en este medio favorable, volverá á recuperar su virulencia, elaborará su veneno, que penetrará en el organismo." Como el microbio, según lo dijimos atrás, no existe sino en la superficie de la falsa membrana, resolvieron unos, *no arrancarla*, y además por no abrir la puerta á los productos elaborados por el bacilo.

La *difteria* es una enfermedad local, dicen otros, constituída esencialmente por la falsa membrana donde reside el bacilo; destruyéndola, destruiremos también la enfermedad; y por esto *arrancan la falsa membrana* y cauterizan enérgicamente la mucosa.

Entre los primeros se encuentran los Sres. Mercier, que preconiza únicamente el jarabe de cloral de Codex; Corbin de Nueva York, que asegura haber curado 60 casos con fumigaciones mercuriales; Guelpa, E. Labbé, Koliusko y Paltauf &c. &c. que la combaten por medio de una desinfección enérgica sin recurrir á la *ablación mecánica ni á la aplicación de sustancias cáusticas*, porque producen necrosis y favorecen así el desarrollo de la infección secundaria.

Estos Sres. hacen lavajes antisépticos, de la garganta y las fosas nasales; uncciones y vaporizaciones igualmente con sustancias antisépticas (ácido fénico, ácido salicílico, percloruro de hierro, naftol y alcanfor, ácido fénico y alcanfor, la mistura de Gaucher, &c. &c.)

Entre los segundos figuran los Dres. Gaucher, Grancher, etc. etc, que practican el desprendimiento forzado de las falsas membranas y cauterizan fuertemente la mucosa donde están implantadas. El Dr. Grognet opina lo mismo que ellos, y dice: "Puesto que está demostrado que la falsa membrana es la esencia misma de la enfermedad, es necesario *quitarla, destruirla ó impedir que se reproduzca.*" Estos prácticos, después de arrancarla, hacen uncciones con aceite fenicado y vaporizaciones con líquidos cargados de sustancias antisépticas.

Si no se ha logrado detener la marcha de la enfermedad, sobrevienen fatalmente los síntomas de intoxicación general; con el fin de combatirlos dan percloruro de hierro al interior á pequeñas dosis en agua cloroformada, sulfato de quinina, pequeñas cantidades de alcohol; leche, etc. Con el fin de eliminar el agente tóxico, recurren á los purgantes suaves, que tal vez valdría más no usarlos para conservar intacto el canal intestinal y por este medio procurarle al enfermo el modo de sostener las fuerzas; los diuréticos más inofensivos, y desechan los sudoríficos porque fatigan mucho á los enfermos sin mayor beneficio.

Para terminar señalaremos el tratamiento del Dr. Goldschimdt (de Strarbourg) que consiste en la administración del percloruro de hierro: da de día y de noche, cada 2 horas, una cucharadita de una mezcla de 95 partes de agua con 5 partes de solución de percloruro de hierro al 30_ol^o; y cinco minutos después hace tomar un poco de leche ó de caldo; no pone en práctica ni las uncciones, ni las lociones, ni arranca las falsas membranas. "A los ocho días de este tratamiento, dice, el paciente se ha salvado."

El Dr. Guelpa, en una Memoria que presentó últimamente á la Sociedad de Terapéutica de París, se pregunta ¿por qué en el tratamiento de la difteria, los mismos medicamentos dan buenos resultados á unos médicos y malos á otros?"

Después de pasar en revista el modo como se emplean los medicamentos llega á la conclusión, de que cuando se aplican *de día y de noche, aun interrumpiendo el sueño del enfermo, y cada cuarto de hora, ó cada media hora,* es cuando se han obtenido *resultados satisfactorios.*" Por mi parte, dice, estoy convencido de que los buenos re-

sultados que he obtenido los debo exclusivamente al número de veces que practico el lavaje, las pulverizaciones y las uncciones ya de las narices, de la garganta, ya de la laringe y de la tráquea cuando ha habido que practicar la traquetomía.”

DR. PROTO GÓMEZ.

RECTIFICACION.

Magangué, 24 de Junio de 1889.

Señor Doctor Don Proto Gómez—Bogotá.

Respetado comprofesor :

Perdonará usted que vuelva á distraer su atención ocupándome nuevamente de los instrumentos que me permití remitir por el respetable conducto de usted á la Honorable Sociedad de Medicina y Ciencias naturales de esa ciudad. Pero habiendo leído en el número 138 de la *Revista Médica* el acta de la sesión del 1.º de Abril último, he visto que, usted primero, y el Doctor Manrique después, hablando de tal instrumento, me apellidan equivocadamente “Dr. Calvo.”

Como ese no es mi apellido, suplícole muy encarecidamente se sirva hacer publicar en el próximo número de la *Revista* la rectificación del caso.

Doy á usted las gracias por el servicio que se ha dignado prestarme, y á toda la Honorable Sociedad por la recomendación que hace de mi “Trenza-tractor.”

De usted atento seguro servidor,

DR. CARLOS S. NIETO.

TRABAJOS ORIGINALES.

ANEURISMA TRAUMÁTICO

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

(Conclusión.)

Lo cierto es que la situación del enfermo era relativamente muy buena el día que fue admitido en el Hospital, y que si inmedia-

tamente no emprendí la ligadura de la axilar para curar el aneurisma, fue porque estuve muy lejos de sospechar las complicaciones que sobrevendrían, y porque, queriendo abundar en probabilidades de éxito, quise someter al paciente durante unos días á un régimen reconstituyente y tónico.

Tal fue el plan á que pensé ceñirme; pero vemos que al día siguiente el enfermo había tenido mala noche, que se quejaba de dolor en el brazo, que éste principiaba á hincharse y que su situación era muy diferente á la de los días anteriores. No estaba claro si se trataba de un flemón profundo del brazo ó si el cuadro clínico que se describía era el efecto de una rotura del saco aneurismal y de su consiguiente hemorragia intersticial. Quise esperar algo para que la marcha de la nueva complicación me aclarara el diagnóstico, y éste me diera la indicación. Pude hacer inmediatamente la ligadura de la axilar, operación que quizá habría evitado al enfermo la pérdida del brazo, pero me hacía esta objeción: si se trata de un flemón profundo del brazo, producido, quizá, por el proyectil, ¿no será extemporánea la ligadura del vaso, siendo así que un trabajo flegmático se efectúa en la profundidad de los tejidos? ¿No será ésta una circunstancia que predisponga á la gangrena del miembro como accidente posible después de la ligadura del vaso? El caso era para mí oscuro y bastante excepcional para que ninguno de los clásicos de que dispongo pudiera ilustrarme en la materia. Esperé, y cuatro días después la marcha de la complicación me hizo excluir el flemón, y aceptar la ruptura del saco con un derrame intersticial en todo el brazo: atribuí esto á las presiones sufridas por dicho saco cuando el enfermo contraía los músculos del brazo. El estudio anatomo-patológico de la pieza corroboró mi diagnóstico.

El día 22 practiqué la ligadura, con poquísima esperanza de que esta intervención pudiera salvar el miembro del paciente, pues la gangrena era inminente; pero sí creí indicada dicha operación porque dado caso que con ella no se salvara el brazo, sí servía como operación preliminar, dada la circunstancia, muy probable ya, de tener que ocurrir á la desarticulación del brazo.

Al hacer esta ligadura no opté por el *método antiguo*, preferible al de Anel, tratándose de aneurismas de esta clase, porque temí efectuar grandes traumatismos operatorios en un miembro tan amenazado de gangrena como se hallaba el que me ocupa.

La circunstancia fortuita de haber tenido que ausentarme al se-

gundo día después de la ligadura de la axilar, hizo que la desarticulación escapulo-humeral se retardara 24 horas, con grave detrimento para la salud del paciente.

La enseñanza que de este caso se deduce es importante desde el punto de vista práctico. Creo que en casos semejantes la ligadura del vaso se impone como operación de urgencia en el más corto tiempo posible, y mientras dicha ligadura se hace debe imponerse al miembro un reposo absoluto, para evitar las hemorragias secundarias por ruptura del saco aneurismal.

Por ningún pretexto debe el cirujano, sin grave responsabilidad, abandonar á un enfermo en la situación en que se hallaba éste después de que se practicó la ligadura de la axilar, y cuando ya la necesidad de separarse de su lado sea ineludible, deberá siempre dejarlo recomendado á los cuidados de un colega.

No terminaré este artículo sin presentar mi testimonio de agradecimiento al Sr. Dr. Velásquez, quien con sus luces y buena voluntad me ayudó eficazmente en este caso.

La pieza anatomo-patológica, que representa la arteria humeral con su desgarradura y la bala que la hirió, queda depositada en el Museo de Anatomía patológica de la Academia de Medicina de Medellín.

Manizales, Febrero 17 de 1889.

DR. TOMÁS HENAO.

INFORME DE UNA COMISION.

Señores miembros de la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales.

He leído el trabajo que el señor Dr. Heliodoro Ospina os ha presentado.

Se refiere á un caso de Transfusión de sangre practicada por él en un enfermo de su servicio en el Hospital militar, y seguida esta operación de completo éxito.

El trabajo del Dr. Ospina contiene también muy juiciosas y científicas apreciaciones sobre la razón de ser y el valor terapéutico de esta operación. Es, pues, un trabajo completo, y por tanto tengo el honor de proponeros:

“ Admítase como miembro activo de la Sociedad al señor Dr. Heliodoro Ospina.

“ Publíquese en la *Revista Médica* el trabajo titulado ‘ Transfusión de la sangre en el Hospital Militar de Bogotá.’ ”

Señores miembros de la Sociedad.

A. APARICIO.

Bogotá, Julio 6 de 1889.

✓ TRANSFUSION DE LA SANGRE.

El sábado 1.º de Junio se practicó en el Hospital militar de esta ciudad y en el servicio de nuestro mando, la operación de la transfusión de la sangre ; la cual, por los resultados obtenidos, así como por su poca frecuencia y peligrosa ejecución, merece, creemos, se dé cuenta de ella al ilustrado Cuerpo Médico y á la sociedad.

Esta operación que cuenta ya dos siglos de existencia, ha sido desgraciadamente poco ejecutada sobre el hombre, no sólo en Colombia y América sino también en Europa. Aparecida poco tiempo después del inmortal descubrimiento de Harvey, tuvo que sufrir, como la mayor parte de los procedimientos quirúrgicos elevados, el fausto y los reveces inevitables á los grandes descubrimientos. El Parlamento de Francia en 1668 sofocó el entusiasmo naciente de la transfusión prescribiéndola severamente como peligrosa, para aparecer más tarde recomendada en las Asambleas con caluroso entusiasmo. (Debates de 18 de Mayo de 1874, en París).

Se nos ha dicho que en Bogotá se ha practicado varias veces, y no sabiendo el número de ocasiones ni tampoco los resultados obtenidos, sería de desearse, atendida su importancia, que se supieran estos datos ; lo mismo que las condiciones de su ejecución y los motivos de su indicación ; de esta manera nos podríamos dar cuenta por su corta estadística, de si se debe preconizar ó proscribir y poder hacer un estudio serio de los procedimientos operatorios y saber así, en caso dado, escoger la indicación, el momento de operar y el método que deba emplearse.

Según Lamartinière esta operación es antiquísima, pues dice que en el siglo XV ya hacía mucho tiempo se practicaba ; sin embargo, como el conocimiento de la circulación de la sangre sólo data del siglo XVII, parece dudoso que se haya inventado esta operación antes del gran descubrimiento en que está totalmente basada.

Sólo sabemos á ciencia cierta, que en Bogotá se ha practicado tres veces, una por el Sr. Dr. Juan David Herrera, otra por el Sr. Dr. José V. Uribe y una tercera por el Sr. Dr. Carlos Putnam. Sus resultados no los conocemos En Europa las ochenta de Neudörfer sin mayores resultados, los quince de que habla Beard, con éxito satisfactorio, y las innumerables de Rousell, Denys, Juan-Daniel Major &c. &c., nos son conocidas por haber leído con alguna detención sus procedimientos y estadísticas.

Sin entrar en todos los detalles de una observación clínica completa, para no ser demasiado prolijos, vamos á anteponer á la descripción de nuestra operación algunos desarrollos necesarios é indispensables.

Desde hace mucho tiempo el soldado Felipe Mejía sufría de una profunda cloro-anemia consecutiva á una caquexia palúdica de larga duración; y que fuera de las grandes turbaciones que tal entidad aparece, la principal manifestación consistía en una cefalalgia intensa.

Este dolor era una neuralgia que cambiaba de lugar constantemente: era ya una hemicránea, ya una neuralgia oxípito-frontal; á veces se localizaba en el nervio supra-orbitario, ora en el oxipital de Arnold; en ciertas ocasiones atacaba los plexos infra-orbitarios y mentonianos, siendo entonces acompañada de fuertes odontalgias.

A tal grado había llegado la enfermedad que en las mucosas, principalmente en la conjuntiva, no se veía un solo vaso capilar; y los ruidos y soplos del corazón y de los vasos del cuello, no disminuían siquiera al acostarse.

El enfermo acostumbraba tener siempre la cabeza cubierta, evitando la exacerbación del dolor por la marcada hiperestesia cutánea; y permanecía de ordinario acostado so pena de sufrir grandes desvanecimientos y vértigos.

Lloraba incesantemente cuando tenía el dolor. Suplicaba que le abrieran la cabeza para ver qué era lo que tenía; á veces pedía la muerte desesperado. En varias ocasiones se le oyó quejarse de la ingratitud de su capitán. El carácter sin embargo era apacible y humilde, hecho excepcional en tal estado en que, como sabemos, el enfermo está casi siempre de mal humor. La anemia es una *debilidad irritable*, como dice con mucha propiedad M. Teisier.

La neuralgia tenía sus remisiones pasajeras de 8 á 15 días para volver á su paroxismo habitual.

Cuando se le propuso la operación concibió grandes esperanzas y sintió mucha alegría, á pesar de haberse formado una idea muy distinta de ella, pues un día preguntó que cuándo le abrían la cabeza para echarle la sangre.

Esta tenaz enfermedad había resistido á los medios todos de tratamiento que la ciencia aconseja. Se habían agotado en ella todos los reconstituyentes como medicación general: mercuriales, arsenicales, quínicos, alcohólicos, &c. &c. El tratamiento sintomático jamás se habrá empleado con menos éxito y con más variedad: todos los analgésicos, narcóticos, sedativos, antiespasmódicos habían encallado. La morfina en inyecciones hipodérmicas, que era lo único que le calmaba pasajeramente el dolor, tenía el grave inconveniente de producir flegmones que siempre supuraban, con lo cual se agregaba un nuevo sufrimiento más.

Los alimentos tenía que tomarlos bajo la forma líquida ó blanda, pues la amiostenia de los músculos masticadores no le dejaba tomar alimentos de alguna consistencia. Tal era la debilidad.

La transfusión era, pues, el último recurso, por lo cual nos decidimos á practicarla no obstante el conocer la delicadeza de su ejecución.

Se presentaba ahora el problema de si inyectábamos sangre con la totalidad de sus elementos ó sangre privada de su fibrina. Esta última la creímos más á propósito para la operación, por cuanto que así no temíamos en el manual operatorio caer en ninguna falta á que le atribuyéramos el mal éxito en caso de que el enfermo muriese. El principal peligro, como todos lo sabemos, es la falta de rapidez tratándose de sangre completa; con sangre desfibrinada el peligro se invierte y es la falta de lentitud la que daña; ahora bien, nada más fácil que llenar esta indicación. La entrada del aire en las venas, peligro mortal también si la cantidad era excesiva en un corto espacio de tiempo, no debíamos temerla, pues no habiendo afán en la ejecución por la razón anterior, podíamos perfectamente tomar todas las medidas conducentes á dicho objeto, como en realidad lo hicimos así como se verá más adelante. Por lo demás, la sangre fue tomada de un joven de magníficas condiciones para el caso, robusto y lleno de salud.

La riqueza de la sangre de un individuo pletórico y en particular el volumen de los glóbulos para circular en unos vasos estenosados por la debilidad y vacuidad, no sería una objeción seria porque en

los vasos de los anémicos, como es sabido, circulan los glóbulos gigantes que Hayen ha demostrado y que alcanzan á veces hasta 12 milésimos de milímetro.

La bomba de M. Moncoq un poco modificada en el sentido de las indicaciones de Esmarch; un aparato para la desfibrinación de la sangre y algunos otros instrumentos de cirugía, constituyeron todo el aparejo de la operación.

De la modificación llevada al aparato de M. Moncoq, bástenos decir que el tubo de caucho estaba interrumpido por un tubito de vidrio de pocas dimensiones.

El aparato para la desfibrinación de la sangre constaba de las siguientes piezas: 1.º De un vaso de gran capacidad para batir la sangre; 2.º De otro vaso de menores dimensiones para recibir la sangre durante la filtración; 3.º De un baño-maría á 40 grados indicados por un termómetro para calentar la sangre antes de su inyección; 4.º De un molinillo de madera apropiado para batir la sangre; y 5.º De dos telas de linón una ordinaria y otra fina.

Los instrumentos de cirugía eran los necesarios para practicar una sangría y para disecar una vena.

Hubiera sido muy conveniente la desinfección del aire del departamento en que se operaba, y aun mejor, esta operación debiera haberse hecho fuera del hospital para evitar de ese modo el inyectar con la sangre micro-organismos nocivos, que comprometieran el éxito de la operación.

Por lo demás, hé aquí los detalles del mecanismo de la operación.

Acompañados de algunos practicantes y de varios jóvenes estudiantes de medicina, dimos principio al acto á la una y treinta minutos de la tarde.

Faltaríamos á la gratitud, es decir, á un deber sagrado, si en este lugar no consignáramos nuestro reconocimiento hacia el joven Pedro Nates, alumno de la Facultad de Medicina, quien con sobrada bondad y filantropía, ofreció generosamente su sangre para volver á la vida una existencia pronta á extinguirse. Que demos parte de nuestra sangre para un miembro de nuestra familia, para nuestros padres, para un hermano, es una acción de moral digna de elogio; pero hacerlo para quien no nos toca tan de cerca, desprendernos de nuestra sangre, es algo más que benevolencia, digna de muy justa alabanza.

Practicóse la sangría en la mediana cefálica de donde se sacó la

cantidad de 450 gramos de sangre que fue sometida al batido por espacio de diez minutos; en seguida se filtró al través de la tela ordinaria y la fibrina pesada dió la cifra de 4 gramos, es decir, mucho más de la cantidad normal (2 á 3 por 1,000). Batida de nuevo la sangre se pasó por el filtro fino y se puso después al baño-maría que marcaba 40 grados.

Entretanto que esto pasaba el enfermo gritaba de dolor. La vena safena interna escogida de antemano para recibir la sangre, como la más lejana del órgano central de la circulación, fue disecada en la parte inferior de la cara interna de la tibia; ya antes se había aplicado en la parte superior de la pierna la banda de F. Esmarch para hacer la vena medio aparente bajo la piel, lo que no se consiguió por ser extrema la vacuidad del sistema vascular. Sin desnudar la vena para ahorrar su vasa-vasorum, se pasó una aguja de Deschamps en dos puntos distantes un centímetro: esta aguja arrastraba un hilo de catgut.

La vena fue ligada con el hilo periférico para impedir el paso de la sangre que sube del pie por esta vía, pero sin comprender en la ligadura el nervio safeno interno compañero de la vena; luego en la mitad de los dos hilos y de un solo corte de tijeras se le hizo un pequeño colgajo que sólo comprendió la mitad del vaso.

La cánula del aparato llena de sangre desfibrinada y á la temperatura normal del cuerpo humano, fue introducida en la vena y ésta ligada sobre ella. Dos tubos cortos, uno de caucho vulcanizado y otro de vidrio hacían, respectivamente, continuación á la cánula de plata, llenos también de sangre de la misma naturaleza y en las mismas condiciones. Unas pinsas de Morse cerraban el tubo de caucho evitando así la débil aspiración cardiaca sobre la sangre que llenaba los tubos.

Quizá está por demás exponer aquí el por qué de la elección de sangre venosa y no de sangre arterial para la operación. Entre las muchas razones que poseemos, sólo diremos aquí que basta conocer el mecanismo de la circulación para caer al momento en la cuenta de que la sangre antes de ir á llenar su función biológica iba á convertirse en arterial en los capilares del pulmón. La sangre oxigenada fuera de que nadie la entrega fácilmente y de los peligros que acompañan su extracción de un vaso importante, no es superior á la venosa para el caso, pues los glóbulos irán pronto á proveerse de oxígeno al con-

tacto de la atmósfera en el órgano de la hematosiis, provisión que ya habían empezado á almacenar durante el batido.

Todos estos cuidados tendían á llenar la grande indicación de evitar la entrada del aire. Ya sólo faltaba unir el aparato de Moncoq previamente lleno de la sangre preparada con el tubito de vidrio que ya lo estaba.

Hízose así, y todo á la temperatura poco más ó menos del organismo, quitada la banda y las pinzas, la sangre empezó á entrar lentamente en el sistema vascular del enfermo á impulso de presiones suaves ejercidas sobre la pera de caucho del aparato.

La velocidad de esta influencia, punto importante, fue de 20 gramos por minuto, evitando así los inconvenientes apuntados, así como una súbita distensión del corazón derecho. Empleánrose 20 minutos para transfundir cerca de 400 gramos de sangre.

No tememos asegurar por lo que la experiencia nos enseñó y por lo que los autores nos indican, que es imposible hacer la transfusión con la velocidad necesaria, cuando la sangre contiene su fibrina, pues pasados 30 *segundos* después de la extracción de la sangre, aquella sustancia empieza á coagularse y desde entonces el éxito es dudoso.

Importa advertir aquí que la cantidad media de sangre fijada para una transfusión, es de 200 gramos, pero de sangre que contenga la totalidad de sus elementos. Nosotros, inyectando 400 gramos de sangre desfibrinada, nada debíamos temer después de las experiencias fundamentales de Lower y Blundell, confirmadas últimamente por las de Worm-Müller, que dicen se puede *sin peligro alguno* doblar la masa total de la sangre, con tal, eso sí, de que se haga la operación con la suficiente lentitud.

En cuanto á la objeción de que la sangre desfibrinada se ha desvirtuado por faltarle uno de los más importantes elementos, ya las experiencias concluyentes de M. Muron, repetición de las antiguas de Magendie, nos demuestran claramente la reproducción rápida de la fibrina en el interior del organismo. Lo que la economía necesita en tales casos, son glóbulos rojos, esos vectores del oxígeno para subvenir á las combustiones orgánicas, existentes en la actividad funcional, suprimiendo así ese estado de ayuno de los elementos anatómicos que es lo que en síntesis constituye la anemia. La fibrina asegura el Dr. Panum, de Copenhague, lejos de ser necesaria es mas bien peligrosa.

Tampoco se podría objetar que el tiempo que demora la transfu.

sión haría perder al líquido nutricio las propiedades de sangre viva; sacada la fibrina y colocada la sangre en condiciones semejantes á las del cuerpo humano, el movimiento vital de los glóbulos debía continuar conforme á nuestros conocimientos fisiológicos de la vida orgánica. No eran, pues, los cadáveres de los glóbulos los que pretendíamos inyectar en nuestro operado.

Menos tendríamos que responder á quien nos dijera que el batido, quebrando y despedazando los glóbulos, le quita á la operación todo ó parte de su valor; opondríamos solamente á tal objeción, la cantidad de sangre transfundida, en que el batido sólo alcanzaría á disgregar unos pocos glóbulos, no influyendo sino de una manera secundaria en el éxito de la operación; por otra parte, oponemos también los resultados obtenidos como prueba, á nuestro juicio, de gran valor.

DR. HELIODORO OSPINA.

(Continuará).

SOCIEDADES CIENTÍFICAS.

SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES DE BOGOTÁ.

ACTA DE LA SESIÓN DEL DÍA 20 DE MAYO DE 1889.

(Presidencia del Dr. Castañeda).

El día 20 de Mayo de 1889 se reunió la Sociedad en sesión ordinaria á las 6½ p. m. con asistencia de sus miembros los Dres. Castañeda, Buendía, Proto Gómez, Sandino Groot, Carrasquilla, Ibáñez, Michelsen, Aparicio, Sáenz, Manrique y Herrera. Se leyó el acta de la sesión anterior y fue aprobada.

El Presidente: Antes de entrar á discutir el trabajo del Sr. Dr. Carrasquilla, que está en el orden del día, y abrazando este trabajo cuestiones de alta importancia científica, sería conveniente discutir estas cuestiones en sesiones extraordinarias que no pasen de una hora.

Dr. Manrique: Antes de entrar á la discusión del trabajo del Dr. Carrasquilla, sírvase, Sr. Secretario, dar lectura á las conclusiones que hace el Dr. Carrasquilla en su trabajo sobre las cuestiones de herencia y contagio.

Leídas que fueron las conclusiones del trabajo citado, el Sr. Presidente las puso en discusión.

Dr. Herrera : Habló en favor del contagio y de la herencia de las enfermedades.

El Presidente : Siendo avanzadala hora, se levanta la sesión y en la próxima continuará el Dr. Herrera en el uso de la palabra.

El Secretario, *J. David Herrera.*

ACTA DE LA SESIÓN DEL DÍA 25 DE MAYO DE 1889.

(Presidencia del Dr. Castañeda).

A las 6½ p. m. del día 25 de Mayo se reunió la Sociedad con asistencia de los Dres. Castañeda, Buendía, Sáenz, Aparicio, Manrique, Carrasquilla, Proto Gómez, Ibáñez, Noguera y Herrera. Se leyó el acta de la sesión anterior y fue aprobada.

Se leyó una nota del Sr. Ministro de Fomento pidiendo informe sobre unas muestras que ha remitido el Sr. Rafael Guardiola como artículo de *exportación valioso y nuevo*. Este asunto se pasó en comisión al socio Sr. Sandino Groot.

Se dió lectura á una carta del Sr. Merchán en que pide el título de miembro corresponsal de la Sociedad para el Dr. Rodríguez Góngora médico de Cuba, quien hace la misma solicitud, enviando, para optar dicho título, algunos trabajos, los cuales fueron pasados en comisión al Dr. Ibáñez para que informe á la Sociedad antes de proceder á la expedición de dicho título.

El Presidente: Pásese al orden del día, que versa sobre la discusión del trabajo del Dr. Carrasquilla, y continúe el Dr. Herrera en el uso de la palabra.

Dr. Herrera : Continuó hablando en favor de la herencia y el contagio de las enfermedades.

El Presidente : Por ser avanzada la hora se suspende la sesión y en la próxima continuará el Dr. Herrera en el uso de la palabra.

El Secretario, *J. David Herrera.*

ACTA DE LA SESIÓN DEL DÍA 3 DE JUNIO DE 1889.

[Presidencia del Dr. Castañeda].

El día 3 de Junio de 1889 se reunió la Sociedad á las 6½ p. m. con asistencia de sus miembros los Dres. Castañeda, Buendía, Osorio, Manrique, Durán Borda, Carrasquilla, Michelsen, Sáenz, Ibáñez, Plata Azuero y Herrera. Léida el acta de la sesión anterior fue aprobada.

Dr. Ibáñez: Propuso autorizar al Presidente de la Sociedad para que recabara, para uso de ésta, la parte del mobiliario del antiguo Ateneo de Bogotá que le correspondiera por los 24 miembros que contribuyeron para comprar el mobiliario del Ateneo que dejó de existir, miembros que hoy hacen parte de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales.

La Sociedad aprobó la proposición del Dr. Ibáñez.

El mismo Dr. Ibáñez presentó el informe sobre el “ainhum ó dactiloticia” que había enviado de Cuba el Dr. Santiago Rodríguez Góngora con el objeto de optar el título de miembro correspondiente. Dicho informe fue favorable y la Sociedad resolvió publicar en la *Revista Médica* la petición del Dr. Rodríguez Góngora, junto con el informe y proposición del Dr. Ibáñez.

La Sociedad nombró en esta sesión miembros correspondientes de ella: al ilustre profesor Virchow de Berlín y al Sr. Dr. Santiago Rodríguez Góngora de Manzanillo (Cuba).

El Presidente: Pásese al orden del día y continúe el Dr. Herrera en el uso de la palabra.

Dr. Herrera: Continuó hablando en favor de la herencia y contagio de las enfermedades.

El Presidente: Suspéndase la sesión y en la próxima continuará el Dr. Herrera en el uso de la palabra.

El Secretario, *J. David Herrera.*

ACTA DE LA SESIÓN DEL DÍA 8 DE JUNIO DE 1889.

[Presidencia del Dr. Castañeda].

El día 8 de Junio de 1889 á la 6½ p. m. se reunió la Sociedad con el *quorum* reglamentario. Léida el acta de la sesión anterior, fue aprobada.

Se leyó el informe que el socio Dr. Sandino Groot envió sobre unas muestras que el Sr. Rafael Guardiola presentó al Ministerio de Fomento y que este Ministerio pasó á la Sociedad para que informara.

El Presidente : Están en consideración de la Sociedad las conclusiones que el Dr. Sandino hace de su informe.

Dr. Michelsen : Suspéndase la discusión sobre el informe del Dr. Sandino Groot, hasta tanto que este socio esté presente y tengamos las muestras del Sr. Guardiola.

La Sociedad aprobó la proposición del Dr. Michelsen.

El Presidente : Están sobre la mesa los trabajos enviados á nuestra Sociedad por su socio correspondiente el Dr. Rodríguez Góngora, de Cuba.

Dr. Osorio : Pásense dichos trabajos al Dr. Proto Gómez, Redactor de la *Revista Médica*, para que dicho socio publique un extracto de los trabajos del Dr. Rodríguez Góngora y los devuelva para conservarlos en el archivo de la Sociedad.

La Sociedad aprobó la proposición del Dr. Osorio y el Secretario entregó al Dr. Gómez los trabajos mencionados para que cumpliera lo dispuesto.

El Presidente : Pásese al orden del día y continúe el Dr. Herrera en el uso de la palabra.

Dr. Herrera : Continuó su disertación en favor de la herencia y del contagio de las enfermedades.

El Presidente : Por ser avanzada la hora, se interrumpe al Dr. Herrera, y en la próxima sesión continuará en el uso de la palabra.

El Secretario, *J. David Herrera*.

ACTA DE LA SESIÓN DEL DÍA 15 DE JUNIO DE 1889.

[Presidencia del Dr. Castañeda].

A las 6½ p. m. del día 15 de Junio de 1889, se reunió la Sociedad con el *quorum* reglamentario. Se leyó el acta de la sesión anterior y fue aprobada.

Se dió lectura á una nota del Sr. Rafael M. Merchán en la cual da las gracias á la Sociedad por el nombramiento que esta hizo,

de miembro correspondiente de la Sociedad, en el Sr. Rodríguez Góngora de Cuba, su compatriota.

Dr. Aparicio : Tengo el honor de poner en manos del Sr. Presidente un trabajo sobre transfusión sanguínea, que el Sr. Dr. Heliodoro Ospina presenta á la Sociedad, por mi conducto, con el objeto de ser admitido como su miembro de número.

El Presidente : En comisión al Sr. Dr. Aparicio para que, en el término de ocho días, presente el informe sobre el trabajo del Dr. Ospina.

El Presidente : Habiendo necesidad de contestar la nota del Sr. Ministro de Fomento en la cual pide un informe sobre unas muestras de exportación, y estando sobre la mesa el informe de la comisión, se ponen en consideración de la Sociedad las conclusiones del informe presentado por el Dr. Sandino Groot.

Los Dres. Michelsen y Manrique hablaron sobre las dificultades que existían para discutir dichas conclusiones, no estando presentes ni el autor del informe, ni la planta completa, asunto del informe.

Dr. Proto Gómez : Suspéndase la discusión del informe del Dr. Sandino Groot, hasta que dicho miembro esté presente en la Sociedad, y excítese para que concurra á la próxima sesión.

La Sociedad aprobó la proposición del Dr. Gómez y el Secretario pasó la nota de excitación.

El Presidente : Pásese al orden del día y continúe el Dr. Herrera en el uso de la palabra.

Dr. Herrera : Continuó hablando en favor de la herencia y del contagio de las enfermedades.

El Presidente : Se suspende la sesión y en la próxima continuará el Dr. Herrera en el uso de la palabra.

El Secretario, *J. David Herrera.*

ACTA DE LA SESIÓN DEL DÍA 22 DE JUNIO DE 1889.

Presidencia del Dr. Castañeda.

A las 6½ p. m. del día 22 de Junio de 1889 se reunió la Sociedad con el *quorum* reglamentario. Fue aprobada el acta de la sesión anterior.

Se dió lectura á una nota del socio Dr. Michelsen en la cual anuncia á la Sociedad que, teniendo necesidad de trasladarse á la Costa Atlántica, no podrá asistir á las sesiones durante algún tiempo, pero que allí permanecerá al servicio de la Sociedad.

El Presidente: Pásese al orden del día y continúe el Dr. Herrera en el uso de la palabra.

Dr. Herrera: Concluyó su disertación en favor de la herencia y del contagio de las enfermedades.

El Presidente: Se levanta la sesión por ser avanzada la hora.

El Secretario, *J. David Herrera.*

SECCION DE CIENCIAS NATURALES.

✓ PLANTAS QUE SE HAN USADO EN COLOMBIA

CONTRA LA LEPRO.

ARTÍCULO SEGUNDO.

Casalpinia pulcherrima.

[Clavellina, flor de pavo, flor del paraíso, tabachín, flor de muerto, guacamayo, mariquito y gallito].

Esta planta ocupa una área muy extensa. La pluralidad de nombres vulgares con que se conoce indica su cosmopoliismo.

Se cultiva en todos los climas ardientes y templados situados al Occidente y Sur de la República. Se ha administrado en las lesiones del parénquima pulmonar, como emenógogo y como anti-periódico. Esta última propiedad parece ser la mejor comprobada, teniendo sobre otros febrífugos la ventaja de no ser desagradable al gusto. Las flores, que son la parte usada para llenar esas indicaciones, se emplean en infusión teiforme. En el Ecuador y en México prescriben el cocimiento de la corteza y de la raíz contra la lepra, y aseguran que es un poderoso modificador del sistema dermoideo.

Esta planta es muy exigente de humedad, y donde mejor prospera es cerca de los charcos y de las fuentes. Es un arbustico de agrada-

ble aspecto que á lo más alcanza á tres metros de altura. El tronco se divide desde la base en delgados vástagos, de corteza gris y rugosa en la parte inferior, y de un verde claro y despercudido en las porciones extremas. El follaje no es denso: está formado por hojas alternas distantes, bipennadas, con uno ó dos aguijones en la base del peciolo común; y tres más pequeños, una infra-peciolar y dos laterales en la base de cada par de peciolos secundarios. Estos son opuestos, en número de diez, y cada uno lleva doce pares de foliolos, también opuestos, cortamente peciolulados y estipelados. Los foliolos son oblongos, inequilaterales, y muy obtusos: los dos terminales de base atenuada y equilaterales. Tanto el peciolo primario como los secundarios, son cilíndricos é inflados en la base. La inflorescencia es terminal en racimos derechos, sueltos, corimbiformes, de dos pies de largo; los pedicelos, de poco más de dos pulgadas de largo, son derechos, gruesos, cilíndricos, firmes, y articulados en el extremo. El receptáculo es obcónico, hueco, discoideo: en su borde se insertan dos sépalos superiores, obovales-oblongos, dos laterales, iguales entre sí y más cortos que los superiores, y un quinto inferior, más largo con el limbo en forma de casco que los cubre á todos. La corola lleva cuatro pétalos inferiores, el doble más grande que los sépalos, orbiculares, cóncavos, con la margen ondulado-encrespada y estrechados en uña en la base: el quinto superior derecho, con el limbo más pequeño, y la uña mucho más larga y canaliculada, cubierto por los demás. Andróceo de diez estambres libres, dos veces más largos que los pétalos, atenuados insensiblemente, dilatados en la base, y con los bordes de ésta lanosos: todos abiertos y dirigidos hacia adelante; anteras pequeñas, ovales, versátiles, biloculares, longitudinalmente dehicentes. Ovario linear glabro, cortamente estipitado, inserto en el fondo del receptáculo, unilocular, con diez á doce óvulos pendientes. Estilo cilíndrico, atenuado hacia el ápice truncado y papilloso. Legumbre de 3—4 pulgadas de largo y poco más de media de ancho, oblicuamente lanceolada, acuuminado—mucronada en el ápice, y estrechada en la base, casi plana, bivalva, con los granos ovales, comprimidos de testacoriácea y separados por divisiones celulosas. Embrión exalbuminoso.

DR. W. SANDINO GROOT.

FACULTAD DE MEDICINA DE BOGOTA.

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

(Conclusión).

“ Chassaignac fue quien en 1869 describió por primera vez estas lesiones de la sífilis con el nombre de Dactilitis. Nelatón le dió el nombre menos exacto de panadizo sifilítico ; Lewin, en fin, propuso el de falangitis. Los trabajos de Bergh y de Taylor en 1871 han contribuido, sobre todo, á hacer conocer los síntomas de la Dactilitis sifilítica.

El mal principia á una época variable de la infección ; algunos observadores indican el primero ó el segundo año, pero estos hechos son probablemente excepcionales.

Las lesiones tienen por sitio primitivo, ya las partes blandas, ya los huesos, pero tienden á invadir las partes primitivamente respetadas. La primera forma puede compararse á la periartitis gomosa ; el tejido conjuntivo subcutáneo, las vainas tendinosas, los tendones ó los tejidos fibrosos de las cápsulas articulares, son primitivamente interesados. Un segmento del dedo, la primera falange del índice ó del medio, en un gran número de casos, se entumece, después el abultamiento se extiende disminuyendo hasta la falangeta que queda, en general, poco comprometida. La piel violácea está tersa, sin edema ; el dedo ó el artejo cuya circunferencia ha doblado frecuentemente de diámetro, rechaza los dedos vecinos y sobresale encima de ellos.

Los movimientos voluntarios son más ó menos completamente suprimidos. La exploración de las partes enfermas no causa ningún sufrimiento y permite reconocer ya una fijeza, ya al contrario, una movilidad anormal de las falanjes ; el juego de las superficies articulares se acompaña á veces de crepitación.

La dactilitis coincide frecuentemente con otras manifestaciones sifilíticas ; evoluciona lentamente sin fenómenos inflamatorios. Ella puede curarse sin dejar rastros, cuando el tratamiento interviene pronto ; tiene por consecuencia, frecuentemente, una rigidez y deformidad permanentes. Tarde ó temprano los huesos son invadidos por la inflamación esclero-gomosa ; se entumecen primero y

luégo sufren una rarefacción gradual, sea que las gomas profundas invadan la piel y se vacíen afuera por fistulas, sea que la reabsorción continúe sin que los tegumentos den salida á ningún producto mórbido.

Después de muchos meses ó de muchos años, el dedo se ha acortado notablemente, la primera falange desaparece más ó menos completamente; pudiera decirse, que los segmentos que la componen hayan entrado el uno en el otro, como las piezas de un anteojo de larga vista.

Algunas veces parece ser el periosto el punto de partida de los accidentes; la evolución difiere poco de la que acaba de indicarse: la tumefacción predomina más al nivel de una falange, cuyo volumen exagerado se puede apreciar sin que se demuestre, en general, exostosis.

La segunda forma de falangitis, en la cual el hueso está primitivamente interesado y denominada Orteo-mielites gomosa de Bergh, parece ser frecuentemente una manifestación tardía de la sífilis hereditaria; tal es al menos la opinión de los autores que han descrito esta enfermedad de los dedos, que es comunmente difícil distinguir de la dactilitis estrumosa. *Si no se tienen en cuenta los antecedentes y la eficacia notable del tratamiento yodurado.*"

Actualmente hay en el servicio de sífilíticas del Hospital de Caridad un caso de sífilis terciaria, en forma de dactilitis, que presenta todos los caracteres del Mal de San Antonio; y si no hubiera sido por los antecedentes sífilíticos y por la eficacia del yoduro de potasio, que ha sacado á la enferma del borde del sepulcro, habría incurrido, el infrascrito, en un error parecido al del autor de la tesis, con la diferencia que yo lo habría confundido con la lepra nerviosa.

Para hacer resaltar más la evidencia de la sífilis en la observación que analizamos, copio lo que dice el Dr. A. Fournier sobre las lesiones óseas de la sífilis tardía:

"Las lesiones óseas de la sífilis tardía tienen sobre los miembros un verdadero sitio de predilección.

"Frecuentemente se localizan hacia la extremidad terminal de la diáfisis. Parece que nace en los alrededores de lo que se llama el bulbo del hueso, es decir, del segmento que sirve de unión á la diáfisis y á la epífisis, segmento que constituye, como todos lo saben, el foco de crecimiento del hueso,.... Nacido de este punto, el pro-

ceso inflamatorio y neoplásico, se extiende en seguida á lo largo de la diáfisis y la ataca en una altura variable.

“Tal es la regla, ó mejor, para no incurrir en exageración, tal es el hecho más habitual. Sin embargo, en este punto no hay nada *absoluto*. Muchos huesos pueden presentar lesiones semejantes. Sobre uno de mis enfermos, dos hiperostosis macizas ocupaban el radio y el cúbito de un antebrazo desiguales, en altura, deformando el miembro de la manera más extraña.”

Creo suficiente lo expuesto para destruir el valor de la observación III.

Aun cuando la parte histórica del Mal de San Antonio no tenga importancia en el análisis que hacemos, sin embargo, no podemos prescindir de transcribir las opiniones del autor sobre este punto :

“El Mal de San Antón, dice, carece de historia, pues como pretendemos es una enfermedad distinta, que como otras tantas en su principio, ha permanecido confundida con la verdadera lepra.”

No nos parecen buenas las razones que da el autor para afirmar que el Mal de San Antón no tenga historia. Si ha permanecido confundido con la lepra, su historia será la de la lepra, y debemos saberla. Vamos á intentar hacerla.

“En el año de 1089, dice el Padre Don Pedro Guereñu, C. R. Madrid.—Imprenta de Antonio Fernández. Año de MDCCXXXVI, hizo grandes estragos en toda la Francia una enfermedad llamada fuego sacro ; y experimentándose que era eficacísimo remedio contra ella la invocación de nuestro Santo, se comenzó á llamar el fuego de San Antón.”

“Posteriormente en el año de 1195 nació en Lisboa, Corte de Portugal, un varón de noble estirpe á quien se le puso el nombre de Fernando, que conservó hasta que tomó el hábito de San Francisco. Cambió poco tiempo después su nombre por el de Antonio en obsequio del Santo Abad á cuyo culto estaba dedicado el oratorio ó convento en que este santo fue admitido. La vida de San Antonio fue notable por los muchos hechos extraordinarios que ejecutó en España, Africa, Francia é Italia. Su muerte ocurrió en este último país, en la ciudad de Padua. El gran rigor de la penitencia lo hizo morir casi por aniquilamiento, quedándose sumergido como en un dulce sueño.”

El Diccionario de la lengua dice que se llama Antón á quien

lleva el nombre de San Antonio Abad; de aquí proviene que se llame á San Antonio de Padua, San Antón.

Entre los prodigios que hizo este Santo se citan el de la curación de los *leprosos*, como se expresa en estos versos de San Buenaventura á San Antón :

“ Si buscas milagros, mira
Muerte y error desterrados,
Miseria y demonios huídos,
LEPROSOS y enfermos sanos.”

El nombre de San Antón ha estado, pues, vinculado al de lepra desde antes de la conquista. De modo que uno y otra son importados.

Creo, por tanto, que en adelante sólo debe usarse esta palabra para caracterizar las formas de algunas enfermedades — como se está haciendo en Europa—y así podríamos decir : “ lepra antonina ” “ sífilis antonina,” “ reumatismo antonino ” &c. &c.

Bogotá, Junio 1.º de 1889.

DR. GABRIEL J. CASTAÑEDA.

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).

Los fenómenos meteorológicos que, en las zonas templadas producen variaciones tan grandes, en la tórrida sólo las producen pequenísimas; pero no por eso hemos de decir que los fenómenos meteorológicos no ejercen influencia en las variaciones del barómetro.

En el Manuel de Meteorología popular por D. G. Vicuña (Madrid, 1880., p. 126) se lee : “ Aquí es el lugar de decir algo sobre las mareas atmosféricas, si es lícita esta palabra, ó sea, sobre las oscilaciones de la masa gaseosa por efecto de la atracción de la luna y del sol, de un modo análogo al que se ve en los mares. Ya hemos hecho alguna indicación sobre este asunto, y queda resuelto con

* Véase el número 138 de la *Revista Médica*.‡

decir que las influencias de la luna, por ejemplo, sobre la atmósfera, ó sea sobre el barómetro, son tan pequeñas, según se ha visto repetidas veces, que á lo sumo llegan á medio milímetro, mientras que las debidas á otras causas ya citadas, llegan hasta 40 ó 50 milímetros. Esto se ha podido observar tanto mejor, cuanto que es sabida la periodicidad de las mareas y la regularidad con que obran los astros en sus atracciones mutuas. La influencia de la luna, que los labradores exageran tanto, no tiene, pues, explicación posible con respecto á la presión atmosférica, y menos aún la atracción directa del sol, pues sabido es que á pesar de ser su masa mucho mayor, es su acción muchísimo menor, por efecto de la enorme distancia.”

Lo antedicho me excusa de rebatir las rotundas afirmaciones del señor Vicuña. Queda dicho, en efecto, que la pequeñez de las oscilaciones barométricas entre los trópicos no es razón para negar la influencia de la gravitación, porque entonces habría que negar también las variaciones horarias, puesto que no exceden ordinariamente de dos milímetros, y éstas son innegables, cualquiera que sea la causa que se les asigne. Sería lo mismo que si se dijera que el sol y la luna no ejercen ninguna acción sobre los mares porque las mareas no exceden de cinco metros. Por otra parte, no debe confundirse en el estudio de las variaciones barométricas lo que pertenece á las causas generales ó astronómicas con lo que es efecto de la acción perturbadora de los meteoros, que es lo que se designa con el nombre de variaciones accidentales, de las cuales trataré en otro capítulo. Las causas accidentales, debidas á fenómenos meteorológicos, hacen sufrir al barómetro mayores variaciones en las zonas templadas que en la tórrida, lo que hace más difícil en aquéllas que en ésta el estudio de las variaciones periódicas y regulares, debidas á la gravitación; pero al mismo tiempo la mayor amplitud de las variaciones en las zonas templadas, sirve para comprobar la teoría de la atracción, porque en ellas el sol se aleja más en unas estaciones y se acerca más en otras, en tanto que en la zona tórrida las distancias son relativamente insignificantes, y de ahí proviene la diferencia en la amplitud de las oscilaciones que reconocen por causa la gravitación.

En una comunicación que me dirigió el señor Don Tomás Herrán de Medellín, en 1879 (*Segundo informe anual que presenta*

el Comisario de la Agricultura nacional al P. E., para conocimiento del Congreso. Bogotá, impreta de Medardo Rivas. 1880. Cap. V., p. 308), acompañada de unos cuadros de observaciones meteorológicas, dice: "Se observará que la presión barométrica media, es mínima en Diciembre, aumenta de mes en mes hasta Junio, cuando es máxima, y en seguida disminuye con regularidad hasta Diciembre. La progresión regular que se acaba de indicar parece interrumpirse en los meses de Febrero y Julio: pero si se tiene en cuenta las observaciones de 1879, que no figuran en el cuadro, desaparece la irregularidad de Febrero, y es muy probable que suceda otro tanto en Julio. Parece, pues, que si bien complejas, las causas que determinan el peso de la atmósfera en esta región prevalece la influencia del sol, desde que aumenta la presión barométrica con la declinación Norte, disminuye con la declinación Sur, y coincide la presión máxima con el solsticio de verano, y la mínima con el de invierno."

Las observaciones á que se refiere el señor Herrán para establecer el principio que acabo de transcribir, fueron hechas en Medellín, desde Enero de 1875 hasta Diciembre de 1878, con el barómetro reducido á 0°; las horas de observación, como las hacía por recomendación del Gobierno de Washington y en relación con la oficina meteorológica de aquella ciudad, eran: 7 h. 40 a. m.; 4, h 40 p. m. y 9. h. p. m. Para determinar las presiones medias, como él mismo lo dice (*loc. cit.*), no tuvo en cuenta sino las dos primeras, cuya semisuma da, según dice, la presión media, sin error sensible.

Cuadros meteorológicos formados por el Sr. Tomás Herrán, con las observaciones hechas en Medellín en 1878.

MESES.	1875	1876	1877	1878	Términos medios mensuales.
	<i>Milímetros.</i>	<i>Milímetros.</i>	<i>Milímetros.</i>	<i>Milímetros.</i>	<i>Milímetros.</i>
Enero	639.08	638.93	639.31	639.03	639.08
Febrero.....	639.20	639.41	638.95	639.05	639.15
Marzo.....	639.31	639.00	638.93	639.08	639.08
Abril.....	639.66	639.36	638.77	639.25	639.27
Mayo.....	639.71	639.46	638.69	639.44	639.33
Junio.....	639.79	639.79	639.71	639.66	639.74
Julio	639.79	639.51	639.13	639.41	639.44
Agosto	639.96	639.41	639.08	640.17	639.65
Septiembre.....	639.86	639.10	639.49	639.66	639.53
Octubre.....	639.59	639.54	639.39	639.18	639.42
Noviembre	639.20	639.74	639.08	638.88	638.98
Diciembre	639.46	639.18	638.64	638.47	638.94
Términos medios anuales	639.55	639.29	639.10	639.27	639.30

Del examen de este cuadro resulta : que en el año de 1875 la presión mínima correspondió á Enero (603, 08), fue subiendo gradualmente y mes por mes hasta Junio, se conservó á la misma altura en Julio, subió en Agosto, que representa el *máximum*, en este año ; volvió á bajar mes por mes, como había subido, hasta el de Noviembre ; pero en Diciembre volvió á subir. De la observación de este año aparece, pues, que la menor distancia del sol, en Enero, da la menor presión ; que ha medida que el sol se va alejando con la distancia del perihelio, la presión va aumentando en relación con la menor atracción, hasta que volviendo el sol á acercarse, vuelve á disminuir la presión, con excepción de Diciembre que estuvo más alta que en Noviembre.

En el año siguiente (1876), todo cambió : la menor presión tuvo lugar en Enero, como en el anterior y conforme con la teoría ; pero después siguió bajando sin ninguna regularidad, de modo que el mínimo correspondió á Septiembre ; y Noviembre, que representaba en el año precedente la menor presión, aparece ahora como uno de los más altos. En 1877 aparece el mes de Julio el más bajo, contrariamente á la teoría, y á la observación de todos los se que han ocupado en esta clase de investigaciones ; Agosto y Noviembre

representan la mínima, así como Enero, que siempre representa uno de los meses de menor presión. En 1878 vuelve á cumplirse la regla de ser Enero el de menor presión, de ir aumentando hacia Julio, y ofreciendo irregularidades en el resto del año, lo mismo que el anterior.

En la última columna, que representa el término medio de todas las observaciones, ó sea de los cuatro años, Enero, Marzo y Febrero representan el mínimo ; sube la presión en los meses siguientes hasta Junio ; baja en Julio para volver á subir en Agosto ; luégo baja en Septiembre, más en Octubre, sube al *máximum* en Noviembre y se conserva alta en Diciembre. Tales son las indicaciones que dan los cuadros del señor Herrán. Servirán para sacar de ellos las reglas que en él se establecen ? Véamos. “ Se observará, dice, que la presión barométrica media es mínima en Diciembre.” Tal cosa no aparece de los cuadros : en 1875 la mínima corresponde á Enero ; y Febrero, Marzo y Noviembre tienen presiones más bajas que Diciembre ; en 1876 la mínima corresponde á Marzo ; y Septiembre la tiene más baja que Diciembre ; en 1877 la mínima corresponde á Agosto ; y Enero y Julio representan presiones más bajas que Diciembre, siendo además la de Noviembre igual á la mínima ; 1878 también corresponde á Enero la mínima ; y hay Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio y Julio, Agosto y Octubre, es decir, casi todos los meses más bajos que Diciembre. En el cuadro que representa el término medio, Diciembre es, después de Noviembre, el mes de presión más alta ; luego la regla establecida por el señor Herrán no se funda en sus propios cuadros, pues ellos manifiestan todo lo contrario de lo que dice en su primera proposición, citada antes.

Después dice : “ Aumenta (la presión) de mes en mes hasta Julio, cuando es máxima, y en seguida disminuye con regularidad hasta Diciembre.” Tampoco se puede sacar esta regla de los cuadros, sino en la primera parte, que en Enero hay menor presión, y que va aumentando en los meses siguientes hasta Junio ; pero luégo disminuye hasta Octubre y sube mucho hasta llegar al *máximum* en Noviembre y Diciembre. Tal es el resultado del cuadro que representa el término medio ; pero en cada uno de los años no se observa ninguna de estas reglas, como lo he manifestado antes. Para establecer reglas generales se necesita más tiempo de obser-

vaciones, y fundar éstas en la observación de una misma hora, porque sino resulta lo que ha pasado al señor Herrán, que una cosa dicen los cuadros mensuales y otra el resumen, lo que era de esperarse con la manera de tomar el término medio de dos observaciones nada más, y hechas á horas que no corresponden á un *máximum* y un *mínimum* sino tomadas arbitrariamente, una á las 7, 40 y otra á las 4, 40. A las siete no ha llegado ningún día el barómetro á su mayor altura y á las 4 h. 40 ha pasado con frecuencia del momento del *mínimum*.

(Continuará.)

NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

Tratamiento de la ascitis por la electricidad. El tratamiento de la ascitis por medio de la faradización ha vuelto á aplicarse de nuevo en Francia; se emplean las corrientes de inducción: se coloca uno de los polos en la región lumbar y el otro polo se pone en diferentes puntos de las paredes abdominales y los resultados son sorprendentes. Sobreviene al principio la diuresis, la disminución del volumen del abdomen, y se obtiene la curación después de cinco ó diez aplicaciones.

Si la ascitis depende de una alteración de los riñones, de la tuberculosis, de un tumor en baso, ó de cualquiera otra alteración orgánica, el derrame peritoneal puede desaparecer, pero la recaída es casi segura.

La intensidad de la corriente debe ser la que se necesite para provocar la contracción de los músculos de las paredes abdominales. Las sesiones deben durar quince minutos, y se podrán repetir dos ó tres veces al día.

(*N. Y. Med. Jour.*)

Calambre de los tocadores de flauta. Ya conocíamos el calambre de los calígrafos; ahora Mr. Féré refiere que un tocador de flauta estaba sujeto á tener un calambre doloroso de la mano, siempre que quería hacer uso de su instrumento; el calambre tenía su asiento tanto en los tendones de los músculos exteniores como los de los flexores de la mano

Mr. Brown-Sequard cita el caso de un periodista que padecía de un calambre de la mano derecha; entonces se propuso escribir con la mano izquierda y en ésta también se le presentó el calambre; aprendió á escribir con el pie, y el calambre también se le presentó en el pie.

Mr. Remack se ocupó del calambre de los ordeñadores en la Sociedad de Medicina de Berlín, que atacaba también los tendones de los flexores y de los extensores.

“Creo con Mr. Gallard, dice Mr. Féré, que los calambres profesionales no se manifiestan sino en las personas predisuestas y nunca son consecutivos á la fatiga de los órganos.”

Neuralgia de la vejiga. Según Mr. Guyon, la neuralgia de la vejiga se observa en las enfermedades de los testículos, de los riñones, de la médula espinal, en la ataxia locomotriz, etc. etc. La neuralgia de la vejiga puede confundirse con la inflamación de la vejiga; pero en ésta hay deseos frecuentes de orinar, dolor y sensibilidad especial de la vejiga. En la neuralgia no existen los deseos de orinar con frecuencia, ni la orina sufre ninguna alteración, ni se despierta dolor alguno al hacer la compresión del hipogastrio, el tacto rectal ó al introducir una sonda; además, hay un síntoma que es constante en las personas nerviosas, ó en las que viven pensando siempre en

sus males: la resistencia y la sensibilidad crecientes del canal de la uretra, al pasaje de las sondas, que hacen creer en una estrechez de dicho canal en la *porción membranosa*; en la neuralgia se puede inyectar una gran cantidad de agua, lo que no puede hacerse en la ascitis.

En cuanto al tratamiento aconseja curar primero la lesión de que dependa la neuralgia y luego hacer paulatinamente y con suavidad la dilatación del canal de la uretra; es indispensable que no sea forzada, ni rápida.

Tratado de Terapéutica general y especial por el Doctor Manuel Plata Azuero (Continuación).

ENTREGA 14.^a—*Deducciones prácticas* (continuación)—Indicaciones relativas al estado en que se hallen los aparatos eliminadores.—No deben administrarse por mucho tiempo sustancias susceptibles de acumularse. Qué debe hacerse para evitar la acumulación en el tubo intestinal.—Es preciso saber qué medicamentos ha tomado antes el enfermo.

CAPÍTULO 8.^o—*Tolerancia é intolerancia medicamentosa, hábito é idiosincracia*.—Definición de la tolerancia y de la intolerancia medicamentosa.—Definición del hábito—Hay cuatro especies de tolerancia y de intolerancia: organoléptica, fisiológica, patológica y química.—Ejemplos de tolerancia y de intolerancia.—Influencia de la edad, del sexo y del clima sobre la tolerancia é intolerancia.—Hábitos medicamentosos—Ejemplos de los efectos del hábito.—Importa conocer los hábitos medicamentosos de los enfermos—Manía medicamentosa.—Explicación de los efectos que producen los hábitos medicamentosos. *Idiosincracias*.—Ejemplos de éstas.—Cómo se explica la mayor parte de los efectos idiosincráticos.—Necesidad de conocer las idiosincracias en cada enfermo.—Ejemplos para distinguir los casos de tolerancia y de intolerancia.—Distinción entre los efectos del hábito y los de las idiosincracias.

CAPÍTULO 9.^o—*Sucedaneos—Sinér-*

gicos—Auxiliares—Antagonistas y antidotos ó contravenenos—Qué se entiende por medicamentos sucedáneos.—Ejemplos que demuestran que no hay en rigor verdaderos sucedáneos.—Qué son medicamentos sinérgicos?—Definición de los medicamentos que se denominan auxiliares.—Ejemplos que establecen la distinción entre sucedáneos, sinérgicos y auxiliares. Antagonismo.—Su definición.—Hay tres clases de antagonismo—Antagonistas histológicos.—Fisiológicos.—Químicos.

ENTREGA 15.^a—Antagonistas histológicos en particular.—Antagonistas fisiológicos en particular—Antagonistas químicos en particular.—Antagonismo de la eserina y la atropina, del opio y la belladona.—Antídotos ó contravenenos—Su definición.—Los antagonistas no son antidotos.—Sólo los antagonistas químicos son verdaderos antidotos.

CAPÍTULO 10.—*Posología ó conocimiento de las dosis á que se deben administrar los medicamentos*.—Influencia posológica proveniente de la naturaleza del medicamento.—Los efectos medicamentosos varían según las dosis.—Los efectos de los medicamentos varían también según la manera de administrarlos.—Importancia del fraccionamiento de la dosis.—Los medicamentos activos no obran precisamente por la cantidad que se ingiera en el día, sino por la que se halle á la vez dentro del organismo en un momento dado.—Ley termo-atónica.—Excepciones á esta ley.—Influencias posológicas: la edad.—Tabla de Gambins.—Restricciones á esta tabla.—El peso del enfermo. Su poca importancia—El sexo—Los hábitos y las idiosincracias—El temperamento.—Las profesiones.—La fuerza ó debilidad del paciente.—El clima en que habita.—Deducciones prácticas. Cómo deben administrarse los medicamentos enérgicos.—Manera de lograr la tolerancia y de empezar todo tratamiento.—Manera de proceder en las afecciones graves y en los peligros inminentes.—(Continuará).