

REVISTA MÉDICA DE BOGOTÁ.

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES.

Redactores : 1.º Dñ. Rrото Gómez.—2.º Dñ. Juan de D. Cañasquilla L.

SERIE XIII, BOGOTA, FEBRERO 1.º DE 1890, NUM. 146.

TRABAJOS ORIGINALES.

✓ COMUNICACION SOBRE TRES LAPAROTOMIAS,

PRACTICADAS CON ÉXITO POR LOS DOCTORES O. A. NOGUERA Y J. A. GUELL, LEÍDA EN LA SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES EN LA SESIÓN DEL 12 DE OCTUBRE DE 1889.

Señores :

Tengo el honor de presentaros, en nombre de mi colega y amigo Doctor J. C. Güell y en el mío, las tres observaciones siguientes sobre laparotomías que practicamos en el curso de este año.

OBSERVACIÓN NÚMERO 1.º—FIBROMIOMA DEL ÚTERO—AMPUTACIÓN SUPRAVAGINAL—CURACIÓN.

Eulalia Moreno, de 40 años, natural de Anolaima, soltera, sirvienta, vecina de Bogotá desde tierna infancia, ocupó la cama número 99 de mi servicio en el Hospital de San Juan de Dios el 17 de Julio de 1889.

CONMEMORATIVOS—No sabe de qué enfermedad murieron sus padres. En su infancia padeció de tifo y de fiebres palúdicas en Anolaima. En Bogotá tuvo algunas ulceraciones en la vulva que desaparecieron espontáneamente. Ha tenido leucorrea y, de vez en cuando durante su período menstrual, en el cual ha tenido muchos desarreglos, ha expulsado una especie de sanguaza fétida y negra. Las reglas retardadas casi siempre le duraban un solo día. Hace como ocho años le apareció casualmente un pequeño tumor sobre la sínfisis pubiana del tamaño de un huevo de gallina. Al mismo tiempo se presentaron calofrío, fiebre, dolor de cintura, náuseas y vómitos. Entonces estuvo en el Hospital de San Juan de Dios sometida á un tratamiento paliativo. Salió y el tumor continuó creciendo considerablemente, hasta el

punto que llegó á sentir opresión al pecho, dolor agudo sobre los pubis y sobre la vejiga.

Entonces se presentaron también síntomas de compresión sobre los intestinos pasándose la enferma tres y más días sin hacer deposiciones. Acostada en el decúbito dorsal hacía reconocer la palpación abdominal un tumor extendido desde la fosa ilíaca derecha hasta el flanco izquierdo, doloroso en toda su extensión, especialmente hacia el lado derecho, espontáneamente y á la presión. El tumor se sentía duro y liso; la pared anterior del abdomen se podía hacer resbalar sobre la neoplasia. Debajo del ombligo la circunferencia del abdomen era de 90 centímetros al nivel de la prominencia.

Por el tacto vaginal se sentía el cuello del útero levantado; se tocaba difícilmente; combinado el tacto á la palpación hipogástrica se sentía el tumor adherido al útero, cuyo cuello seguía todos los movimientos que se imprimían al tumor.

El tacto rectal reveló el cuerpo del útero endurecido y alterado en su forma, la cual parecía redonda.

En vista de los datos que preceden, no titubeamos en formar el diagnóstico de fibromioma del útero.

Habiendo entrado la enferma al Hospital con la intención de someterse á la operación, nos resolvimos á practicarla el 31 de Agosto del año en curso.

OPERACIÓN—Conociendo por nuestra triste experiencia que poco apropiada para grandes operaciones de Cirugía es la atmósfera de nuestro Hospital de Clínicas, el primer cuidado que tuvimos fue el sacar de allá á nuestra enferma. Con ese fin buscamos una casa que estaban refecionando en la calle 24, cerca al Parque del Centenario. Creímos que el aire puro que nos venía de ese lado, así como de los cerros y la circunstancia de haberse revestido de cal recientemente las paredes de esa casa nos ayudaría eficazmente á obtener buen éxito. Es entendido que se tuvieron tanto con la casa como con camas, ropa, instrumentos, seda para ligaduras y suturas, catgut, esponjas y con nuestras propias manos todas las precauciones antisépticas que aconsejan la prudencia y la experiencia.

En presencia de los Doctores Isaac Rodríguez y Marco A. Gutiérrez y ayudado eficazmente por los Doctores J. C. Güell y Amaya, el cual se encargó de vigilar el pulso, así como por todos los estudiantes de mi clínica de Patología externa, comencé la operación á las 2 p. m.

La enferma aunque bien privada tenía pulso y respiración en muy buenas condiciones.

Practiqué la incisión abdominal en la línea media, desde un dedo abajo del ombligo hasta un dedo arriba de la sínfisis pubiana. El tejido subcutáneo era mucho más grueso de lo que esperaba. Se presentaron muy pocas arterias y venas, las cuales se ligaban inmediatamente. Se cortaron con precaución, disecando todas las capas de la pared abdominal y se llegó sin contratiempo ninguno hasta el peritoneo. Practiqué en éste un ojal y continué abriéndolo con las tijeras. Inmediatamente se presentó el tumor. Como lo esperaba y podéis apreciarlo en la pieza anatomopatológica que tengo el honor de presentaros, era un tumor bastante liso y duro, de color rojo amoratado. Introduciendo la mano bien desinfectada entre las paredes abdominales y la neoplasia, pude apreciar que ésta se desprendía del útero, al cual estaba unida por un pedículo corto y ancho, que el útero y varios ovarios estaban alterados. Tomé la decisión de hacer la ablación de estos tres órganos junto con el gran tumor que ocupaba la cavidad abdominal.

Apliqué el *pressure forceps* de Spencer Wells al cuello del útero en donde ya no se sentía endurecimiento y corté con el termocauterio á $1\frac{1}{2}$ centímetro de distancia del forceps. En vez de ligar arterias aisladamente pasé cuatro ligaduras en masa con catgut fuerte, debajo de éstas una con seda gruesa y desinfectada que abrazaba todo el moñón.

Una vez que me hube cerciorado, después de quitar el forceps, de que no salía ni una gota de sangre, suturé los bordes del peritoneo, con catgut, por encima.

Al suspender el tumor, se encontraron tres adherencias: una pequeña hacia el flanco izquierdo; una más extensa hacia el derecho, y la más grande con el epiploon. De éste fue preciso recortar un pedazo.

Para realizar toda esta operación, había sido preciso prolongar la incisión abdominal hasta un centímetro arriba del ombligo.

Hemorragia no hubo ninguna, porque todas las adherencias se separaron entre dos pinzas ó dos ligaduras. Como los intestinos habían estado cubiertos durante toda la operación con toallas calientes, la *toilette del peritoneo* se hizo fácilmente y con rapidez.

Para ello me serví de toallas y servilletas imbibidas en solución

de sublimado al 1 : 5,000 caliente, aunque no tanto como lo hubiera deseado.

Después de esta operación, se cerró el abdomen por suturas profundas que atravesaban todas sus paredes puestas de la cara interna del peritoneo para afuera.

La operación duró $1\frac{1}{2}$ hora.

La enferma tenía entonces una temperatura de 36° .; 70 pulsaciones y 26 inspiraciones. Está pálida; el rostro y las extremidades fríos. Se da cuenta de su situación, la cubre abundante sudor viscoso y frío.

El pulso débil, apenas perceptible; desaparece á las $7\frac{1}{2}$ en la radial y sólo se encuentra en la humeral; mas reaparece con una inyección de éter; á las 8 p. m. vuelve á desaparecer, se pone una inyección de brandy y se levanta de nuevo, aunque débil. De las 8 á las 12 hubo dos ligeros accesos de hipo. El sudor disminuyó á las 10 p. m.; al mismo tiempo sentía mucha sed; para calmarla se le dió agua con brandy.

Septiembre 1.º—El pulso es menos débil; la enferma está tranquila y duerme durante dos horas; se le sondeó y salen 60 gramos de orina normal, siente mucha sed. Las extremidades se calentaron como á las 6 a. m.

Desde esta hora hasta las 12 hubo dos accesos de vómito: en el primero arrojó un líquido mucoso, en el segundo un líquido amarillento. Se le dió media cucharada de jugo de naranja y agua que pidió con instancia. A las 11 a. m. durmió un sueño tranquilo. En el resto de este día tuvo náuseas repetidas y tres accesos de vómito, los cuales eran biliosos y poco abundantes. Por primera vez se quejó de un ligero dolor en la herida. A las 6 p. m. se le sondeó, salió una pequeña cantidad de orina; la sed era intensa y en las dos últimas horas durmió tranquilamente. Por tratamiento: hielo y agua fría para calmar los vómitos, se le puso una lavativa alimenticia de caldo y yema de huevo; se le dieron tres cucharadas de caldo y á las 11 p. m. se le puso una inyección de morfina.

Septiembre 2.—El estado general ha mejorado, la fisonomía está animada y tranquila, tiene sensación de calor, sed intensa; el dolor ha aumentado, unas veces lo siente en la herida y con más frecuencia al nivel del epigastro, los vómitos han sido frecuentes, en su mayor parte biliosos, y por término medio arrojó 150 gramos; náuseas frecuentes; el hipo ha disminuído. Se le sondeó tres veces (7 a. m, 11 a.

m. y 4 p. m.) y salieron por término medio 200 gramos de orina normal, durmió en las últimas horas de la noche y solo despertaba por los accesos de vómito.

TRATAMIENTO—Hielo y agua para calmar el vómito y la sed. Se le dieron además poción de Riviere, café negro, caldo de carne, de cada una de estas sustancias tres cucharadas, se le pusieron lavativas alimenticias y dos inyecciones de sulfato de morfina y atropina.

Septiembre 3.—Pulso frecuente, fuerte y regular. Los vómitos disminuyeron en número y cantidad (3. 100.) pero náuseas é hipo aún frecuentes, la enferma se sintió un momento trastornada y tuvo dolores lancinantes. Por la mañana se le sondeó y salieron 250 gramos de orina, y en las últimas horas de la noche orinó espontáneamente. Durmió durante cuatro horas.

TRATAMIENTO—Una lavativa alimenticia, champaña helada y hielo.

Septiembre 4.—En este día pudo variar el decúbito dorsal y tomó el lateral: pulso fuerte y casi normal. Vomitó varias veces (5) pero en cantidad muy pequeña, fueron frecuentes las náuseas y la atorméntó un hipo casi constante. Por la mañana hizo una deposición poco abundante y compuesta de materias alimenticias sin digerir, en el resto del día tres veces intentó infructuosamente evacuar. Se le sondeó y salieron 250 gramos de orina. Por la noche orinó, tuvo alternativas de malestar y de reposo. Durmió en este día más que en el anterior.

TRATAMIENTO—Se le pusieron dos lavativas alimenticias y una de agua tibia con dos cucharadas de aceite de ricino, tomó alternativamente café negro, caldo, champaña, vino, hielo y agua.

Septiembre 5.—Vómitos raros (2), el hipo y las náuseas han disminuído, hubo dos veces esputos estriados de sangre. Los pies en las primeras horas se enfriaron; pero después volvieron á la temperatura normal por la acción de los cojines de agua caliente que se les aplicaron. Sensación de ardor á lo largo del esófago y del estómago. Hizo cuatro deposiciones de las cuales la primera fue abundante, líquida y bastante fétida; las otras normales. Orinó dos veces, salieron 250 gramos de orina normal. Durmió, por lo menos, cinco horas.

TRATAMIENTO—Se le pusieron tres lavativas y una inyección hipodérmica de cafeína, éter, café, vino blanco, champaña y hielo.

Septiembre 6.—La enferma parece estar repuesta, se encuentra muy animada, el hipo y las náuseas son muy raros, los vómitos no aparecieron sino una sola vez. Tuvo durante media hora una ligera fatiga. Orinó tres veces, 250 gramos en cada una de ellas, término

medio, orina de un color ligeramente encendido. Tuvo dos accesos de tenesmo que la obligaron á ponerse en el vaso. Por la tarde hizo una deposición compuesta de las sustancias que componían una lavativa que se había puesto y parte de materias fecales de forma grumosa; tuvo ligeros accesos de ardor en el tórax. En cuanto á la alimentación y tratamiento el mismo de los días anteriores; sólo varió en que se le dió á masticar carne asada, se le puso una inyección de morfina y atropina y tomó tisana de cebada.

Septiembre 7.—En este día desapareció el vómito, sintió un calor intra-torácico. Orinó tres veces 150 gramos, término medio, orina normal; hizo dos deposiciones. A las 3½ p. m. se le hizo la curación; quitando el aparato se notó que en el tercer punto de sutura de arriba hacia abajo existía enrojecimiento y tumefacción; por la compresión se extrajeron ocho gramos de pus rosado; el foco parece superficial, pues basta una ligera presión para provocar la salida del pus; los demás puntos de sutura están en buen estado. Los hilos de sutura, con excepción del 3.º, no estaban impregnados de pus. Se le cubrió con algodón y un vendaje de esparadrapo. Después de la curación se notó elevación de temperatura y ligero malestar; tomó indistintamente vino blanco, champaña y café helado.

Septiembre 8.—Se nota una gran tranquilidad, la temperatura está un poco elevada de la normal, siente la boca ligeramente amarga, orinó tres veces; se le pusieron dos lavativas con dos discos de bromhidrato de quinina cada una, tomó 30 centigramos de sulfato de quinina, masticó dos veces carne y varias veces tomó caldo.

Septiembre 9.—Sigue la temperatura ligeramente elevada, orinó dos veces, en cada una arrojó 150 gramos é hizo tres deposiciones; sintió la boca algo amarga y durmió frecuentemente. Se le dieron 50 centigramos de sulfato de quinina; masticó carne y pollo, tomó hielo champaña y agua. Se le puso una lavativa alimenticia.

Septiembre 10.—Se despertó el apetito, tiene ligeros dolores en el epigastro, hace esfuerzos inútiles por vomitar y por la noche tiene náuseas y sudores; orina cuatro veces, 200 gramos término medio, y hace tres deposiciones. Se le dan por la mañana y por la noche 30 centigramos de sulfato de quinina y se le puso una lavativa alimenticia.

Septiembre 11.—En las primeras horas de este día se sintió atormentada por una sensación de vacío del epigastro, hizo dos deposiciones normales, orinó cuatro veces, término medio 200 gramos,

tomó por dos veces café con leche, comió carne asada y pollo y tres copas de vino.

Septiembre 12.—En este día hizo dos deposiciones, orinó cuatro veces. Se le quitó el vendaje y se le hizo la curación; en cada punto de la 3.^a sutura había un absceso, los cuales, al comprimirlos, dejaban escapar el pus; en cada uno de ellos se puso esparadrapo y algodón. Tomó los mismos alimentos que los días anteriores, más dos huevos tibios.

En los días 13, 14, 15, 16, la enferma mejoró notablemente; en los días 14 y 16 se hizo la curación, la supuración había disminuído y la enferma entró en convalecencia franca.

(Continuará).

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).

Para la zona templada del hemisferio boreal, el paso del sol hacia el otro hemisferio produce un aumento considerable de la distancia, al mismo tiempo que una aproximación para la zona templada del hemisferio austral; de donde tiene que resultar lo que todos los autores han observado, que la presión va aumentando en el hemisferio boreal desde el verano, en que es la mínima, hasta el invierno, en que es la máxima, es decir, en relación con la distancia del sol. Cuando el sol está en el solsticio de Cáncer, que es cuando se acerca más á la zona templada del norte, es precisamente cuando, ejerciendo mayor atracción, debe disminuir más la presión barométrica, que es en realidad lo que sucede. Cuando el sol empieza á caminar del solsticio de Cáncer hacia el ecuador, se empieza á alejar de la zona templada, y la presión tiene que ir aumentando con la disminución de la atracción. Cuando el sol llega al ecuador, en el equinoccio, y sigue hacia el otro solsticio, la distancia va aumen-

* Véase el número 145 de la *Revista Médica*.

tando día por día hasta llegar al *maximum* en el solsticio de Capricornio, que es el límite de su alejamiento. Luego la mayor presión en la zona templada del norte se hará sentir cuando el sol está en el solsticio de Capricornio, es decir, en el invierno, y eso es lo que comprueba la observación como queda expuesto con las citas de los autores.

En el hemisferio austral debe suceder lo mismo, pero en sentido inverso respecto del otro hemisferio, es decir, que cuando en el hemisferio boreal esté la presión en su *maximum*, en el invierno, estará en su *mínimum* en el hemisferio austral, que estará en verano. Así lo ha comprobado la observación y así lo dicen terminantemente los autores, aunque atribuyen el fenómeno á la desigualdad de dilatación ó enrarecimiento de la atmósfera, á los vientos, á todo menos á la verdadera causa, que es la atracción, como se prueba con el acuerdo tan perfecto que hay entre la teoría y la observación. ¿Cuánto más sencillo no es reconocer esta causa evidente y fácil de explicar, que apelar á las diferencias de temperatura incapaces de explicar todas las circunstancias del fenómeno?

Pudiera hacerseme una objeción: en Enero, que es cuando el sol en su perihelio está más cerca de la tierra, es cuando debe hallarse el barómetro más bajo, puesto que hay mayor atracción entonces que en Julio cuando está más lejos. Así sucede, en efecto, en la zona tórrida, y esto mismo constituye otra prueba de la teoría de la atracción; en la zona tórrida el barómetro está más bajo en Enero, y más alto en Julio, vuelve á bajar para tener las presiones mínimas en Enero. Esto sucede, como queda explicado en su lugar, por la posición del sol, que en Enero es la más próxima á la tierra y en Junio y Julio la más distante; pero en las zonas templadas no sucede eso, porque es mayor el alejamiento del sol cuando pasa de un hemisferio á otro para los puntos situados en una cualquiera de ellos, que el que resulta de la excentricidad de la órbita de la tierra. La acción del sol en el perihelio debe disminuir un poco la altura del barómetro, pero no anular sus efectos; porque la distancia mayor del sol en el solsticio de invierno es preponderante, respecto de la menor á que se halla cuando está en el perihelio. Péreceme, pues, comprobado, por el paralelo entre la acción calorífica del sol sobre la temperatura y la gravitativa del mismo sobre la presión, que si la diferencia de

la temperatura proviene del calor solar, como nadie lo duda, la diferencia de las presiones depende de la atracción planetaria. No hay otra causa que obre de modo tan análogo, y aunque no hubiera otras razones, bastaría ésta para que no se dudase más de la influencia planetaria en las fluctuaciones de la presión.

El calor solar cae verticalmente sobre la zona tórrida, porque el sol se desvía muy poco del ecuador, produciendo como efectos de esta posición, de acuerdo con las leyes de la física : 1º Mayor temperatura, en igualdad de circunstancias, en ésta que en las otras zonas; 2º Más uniformidad en la temperatura, ó lo que es lo mismo, menor diferencia entre los grados de calor de cada uno de los días de un mes, de cada uno de los meses de un año. La atracción solar, que se hace sentir tanto más cuanto menor es la distancia de este astro á cada uno de los lugares situados en la superficie de la tierra, obra sobre la atmósfera haciéndola tanto menos pesada cuanto menor es la distancia, ó lo que es lo mismo, cuanto mayor es la fuerza de atracción, y produce, como efectos necesarios : 1º Menor presión en la zona tórrida, en igualdad de circunstancias, que en las otras zonas, como lo comprueban las observaciones hechas al nivel del mar, las cuales, en todas partes, han dado idéntico resultado ; 2º Más uniformidad en la presión, es decir, menor diferencia en las oscilaciones de la columna barométrica, que son de dos á seis milímetros en la zona tórrida, de treinta á cuarenta en las templadas y de sesenta (Ganot) en las frías. El paralelo no puede ser más comprobante, ni la demostración más patente.

Comparando estas deducciones, claras, fáciles de comprender y al alcance de todas las inteligencias, con las explicaciones que dan los tratados de meteorología, se comprende la diferencia y se rinde la razón por preocupada que se halle con las ideas corrientes sobre la materia. Fuera de las citas que he presentado al empezar este capítulo, ofrezco ahora otras, para que se note mejor la diferencia entre una y otra teoría.

“ La columna barométrica, dice el señor Vicuña en la obra citada (*Variaciones del barómetro*, p. 123) es casi invariable en las regiones ecuatoriales, excepto en los momentos de tormentas; y durante el verano en nuestros climas, son menores dichas variaciones que en las demás estaciones. En aquellos climas donde reinan los alisios, con seguridad casi perfecta, la atmósfera no experimenta

ordinariamente más variaciones que las de temperatura, de suerte que allí casi puede medirse la hora por la elevación ó depresión del barómetro. En las horas de calor el aire se dilatará por efecto del mismo y pesará menos. En nuestros climas hay, además de estas causas de variación, otras, siendo una de ellas la variación del estado higrométrico, puesto que la tensión del vapor de agua se suma con el peso del aire seco de la atmósfera.”—Aquí se me ocurre preguntar, ¿ en los nuestros no existe esta misma causa? Pero, este punto lo trataré más adelante. Continúa la cita: “ Quizás más que por su tensión, obra el vapor produciendo un tiro que disminuye la presión y frecuentemente condensándose y desapareciendo así un sumando de la presión. Influye también en las variaciones irregulares del barómetro, la dirección y velocidad del viento. Montigni ha visto, haciendo observaciones simultáneas en lo alto y en lo bajo de la torre de la catedral de Amberes, arriba á la acción de un viento fuerte, y en la base, libre de él, que la diferencia de la presión barométrica era muy distinta de la que correspondía á la diferencia de alturas. Esto se comprende bien, porque un viento es una fuerza inclinada que equilibra en parte á la acción vertical del peso de la atmósfera. La combinación de todas estas concausas produce el resultado simplicísimo en apariencia, y complejo en el fondo, de las variaciones de la columna barométrica: de suerte que interpretando la lectura del barómetro, higrómetro y anemómetro, se puede llegar á un resultado cierto y seguro. En ciertos casos predomina una de estas causas sobre las demás, y queda interpretada bien tan sólo por el barómetro.”

Aquí se ve que el autor no menciona para nada la acción de la gravitación, aunque examina detenidamente las demás causas, por insignificantes que sean, y además confunde las variaciones accidentales, como las causadas por la acción de las corrientes atmosféricas, con las normales y permanentes, causadas por la atracción. Tratando el mismo autor de la diferencia de altura de la columna barométrica en los mares, dice: (p. 135.): “ La presión atmosférica no es uniforme en la superficie de los mares: en el ecuador apenas pasa de 0m, 758, y á partir de 10 gr. de latitud norte, comienza á aumentar hasta llegar á los 30 ó 40 gr., en que llega al máximo y equivale casi á 0,764; á los 50 gr. de latitud poco más ó menos, dicha presión es de 0,760; en las regiones boreales asciende á 0,756. Esto se ex-

plica del modo siguiente : Cerca del ecuador hay un tiro vertical y una evaporación activa : hacia los 30 gr. de latitud N. ó S. nos hallamos con los límites de los alisios y con el encuentro de la columna descendente del contra-alisio, lo cual produce el máximo de presión, y ésta disminuye á medida que nos elevamos hacia los polos, por las corrientes atmosféricas y por la humedad que se condensa frecuentemente en estas latitudes, gracias al enfriamiento, y se descuenta de la presión que este aire traía de otras regiones más cálidas.

Sin pensar siquiera el señor Vicuña en la atracción como causa de la diferencia de altura del barómetro en los mares, confirma sus efectos, porque hace ver que en el ecuador, donde la atracción es mayor, el barómetro está más bajo que en las zonas templadas, donde, con la mayor distancia del sol, aumenta la presión. ; Cuánto más sencilla es esta explicación que la que da el autor, fundada en las corrientes y el mayor ó menor grado de condensación del vapor de agua !

Mr. H. F. Baldford, en un artículo publicado en la *Revue scientifique* (Marzo de 1889), dice : “ Al rededor del ecuador hay una zona que se extiende por todo el contorno de la tierra, en la cual el barómetro está más bajo que en las regiones más septentrionales ó más meridionales. Este fenómeno depende del mayor calor solar, y hacia esta línea es hacia donde se dirigen los monzones. Esta zona de menor presión se muda ligeramente con las estaciones ; está más al norte durante el estío del hemisferio boreal, más al sur durante el del otro hemisferio ; su posición media queda un poco hacia el norte del ecuador, porque el hemisferio boreal contiene más tierra que el austral, y la tierra se calienta más que el océano por la acción del sol.”

Después de dar esta explicación, se pregunta el autor : “¿ Por qué el barómetro está tan bajo en el Atlántico y en el Pacífico del norte, así como en las altas latitudes del hemisferio austral, cuando en estas regiones el calor que el sol suministra es mucho menor que en los trópicos ? Esta baja presión, dice, se debe evidentemente á otra causa distinta del caldeamiento del aire : esta notable distribución de la presión atmosférica, la existencia de dos zonas de altas presiones hacia los 30 y los 40 gr. de latitud, y de presiones débiles en las latitudes más elevadas, prescindiendo de las modificaciones que en-

gendran la alternativa de tierras y mares, todos estos fenómenos los explicó por primera vez el físico americano Ferrel ; pero su demostración no es completa sino teniendo en cuenta ciertas leyes mecánicas. Se puede tener una idea de las causas que entran en acción por medio de sencillas consideraciones, teniendo á la vista un globo terrestre. . . . Tenemos en los dos hemisferios un sistema de vientos del oeste en todas las latitudes de más de 40 gr. y zonas de bajas presiones barométricas en las latitudes más elevadas. No es difícil explicar el hecho, teniendo en cuenta el sistema de vientos del este, es decir, los monzones, en las latitudes comprendidas entre 30 grs. y el ecuador. Si la superficie del globo fuera homogénea, estos sistemas se extenderían con regularidad en torno de la tierra. Estos vientos, sometidos á la influencia de la fuerza centrífuga son los que producen las dos zonas de altas presiones, entre los 30 y 40 gr. y las zonas de bajas presiones barométricas en las latitudes más elevadas. Se sabe que la tierra no es una esfera exacta ; que todo objeto colocado en la superficie de la tierra, y la materia misma del globo, tienden á escaparse por la tangente, por efecto de la rotación ; pero esta tendencia se halla compensada y vencida por la gravedad. Si la tierra no girase sobre si misma, su forma, dependiendo sólo de la influencia de la gravedad, sería la de una esfera exacta ; si girase con más rapidez, estaría más aplanada en los polos y más inflada en el ecuador ; lo estaría menos en el caso de una rotación menos rápida.

“ Esto es precisamente lo que sucede con los vientos del este y del oeste de que hemos hablado : los del oeste giran más rápidamente que la tierra y tienden á hacer la atmósfera más abultada en el ecuador de lo que es la superficie terrestre ; aumentan pues la presión en su trayecto por el hemisferio boreal, y este efecto aumenta rápidamente con la latitud. Los vientos del este, por el contrario, tienden á hacer la forma de la atmósfera más esférica, y en el hemisferio boreal aumentan la presión en su trayecto, es decir, del lado del norte. En el hemisferio austral, por la misma razón, las dos clases de vientos obran del mismo modo hacia el sur. El resultado de las dos presiones de sentido opuesto, es la producción de dos zonas de altas presiones barométricas en las regiones en donde reinan, es decir, entre los vientos del este y del oeste, que son los antimonzones que bajan hasta la superficie del suelo. La depresión

barométrica de las latitudes más elevadas, es asimismo producida por los vientos del oeste que se alejan de estas regiones. Se ve pues que todo este sistema de vientos y la distribución de las presiones atmosféricas que de ahí emana, es el resultado de la acción solar en las regiones ecuatoriales: ella es la que pone en juego todo el sistema y la que produce las desigualdades de la presión atmosférica que acabamos de describir extensamente."

De la precedente exposición de Mr. Bladford, aparece que se ha querido dar una explicación de las diferencias de la presión que existen entre la zona tórrida y las templadas y frías, fundada exclusivamente en la acción calorífica del sol, que obrando sobre las corrientes atmosféricas engendraría una zona de presiones débiles en torno del ecuador, otra de presiones fuertes entre los 30 y 40 grados de latitud, á ambos lados, y zonas de presiones relativamente bajas en las latitudes más altas. En esta explicación se ha prescindido en absoluto de la gravitación, como si no existiera, y de ahí proviene la dificultad que experimenta el autor de poder hacer sus explicaciones claras y satisfactorias. La acción calorífica del sol influye indudablemente en la distribución de los vientos, y éstos en las diferencias de presión accidentales; pero no en las regulares, constantes y periódicas. Dice Mr. Bladford y con él todos los físicos: "La cantidad de calor que recibe cada parte del globo depende de la dirección ó de la oblicuidad de los rayos solares; en otros términos, de la altura á que el sol se eleva en el cielo á medio día. Siendo este calor tanto mayor cuanto más perpendiculares sean á la superficie de la tierra los rayos, la zona más cálida del globo es la que se encuentra al rededor del ecuador y la más fría es la que rodea los polos." Este principio es exacto y está perfectamente reconocido por la experiencia; pero hay otro no menos exacto y que puede también comprobarse con experimentos.

La intensidad de la fuerza de atracción que recibe cada parte del globo depende de la dirección ó de la oblicuidad de los rayos del sol; en otros términos, de la altura á que el sol se eleva en el cielo á medio día. Siendo esta fuerza tanto mayor cuanto más perpendicular á la superficie de la tierra esté el sol, la zona más atraída de la atmósfera del globo es la que se encuentra al rededor del ecuador y la menos la que rodea los polos. Se sabe, en efecto, que

la atracción se ejerce en razón inversa del cuadrado de la distancia, entre unas mismas masas de atracción, es decir, á mayor distancia menor atracción y recíprocamente; luego el principio enunciado es tan exacto como el que se refiere al calor. Si el termómetro comprueba la ley del calor, el barómetro hace lo mismo respecto de la atracción; luego ambas tienen igual grado de comprobación experimental. Ya he demostrado que las variaciones horarias del barómetro, tan marcadas entre los trópicos, no pueden depender de la acción calorífica del sol, porque el barómetro baja todos los días á las cuatro de la mañana, cuando el termómetro no indica ninguna diferencia de temperatura, que sube á las diez de la noche sin que el termómetro se halle más alto que en el resto de la noche, y que estas oscilaciones corresponden exactamente con las posiciones del sol, ó sea, con su distancia á la tierra; luego dependen de la atracción. Ahora, aunque me vea obligado á seguir parafraseando, digo que la diferencia de amplitud de las variaciones anuales de la presión, no depende de los vientos, y como éstos dependen de la acción calorífica del sol, sostengo que las diferentes zonas de presiones más altas ó más bajas no dependen del calor solar.

Mr. Bladford dice: "Vemos que hay vientos constantes que van de la regiones más frías á las partes más cálidas y una corriente de sentido inverso que recorre las altas regiones de la atmósfera, próximamente como hasta los 30 gr. de latitud á ambos lados del ecuador; estos vientos son los monzones, que se dirigen hacia el ecuador en las capas bajas de la atmósfera, y los anti-monzones, que soplan en la dirección opuesta á mucha altura del suelo. A inmediaciones del ecuador hay una zona que se extiende en torno de la tierra, y en la cual el barómetro está más bajo que en las regiones más septentrionales y más meridionales. Hasta aquí todo es correcto y perfectamente sabido de todos; pero luego viene la explicación del fenómeno. Dice Mr. Bladford: "Este fenómeno se debe al mayor calor del sol, y es hacia esta línea hacia donde se dirigen los monzones." Es cierto que los monzones se dirigen hacia el ecuador de ambos lados, porque el caldeamiento es mayor; pero nada autoriza la conclusión de que las más bajas presiones de esta faja que rodea el ecuador se deban á la misma causa. Lo uno no es consecuencia de lo otro, porque mil veces he probado que durante el día no sigue el barómetro las oscilaciones de la presión en sentido inverso, como se

ha pretendido, y por consiguiente no se sigue que el haber presiones más bajas en esta parte sea el efecto del calor; mientras que nada se opone á que sea efecto de la atracción, por la menor distancia del sol en la zona tórrida que en las templadas y frías.

Después de explicar el autor la causa de no extenderse los monzones más allá del paralelo de 40 gr. y por qué una parte del aire restante desciende hacia la superficie de la tierra, dice: "En el mapa que representa la distribución de las presiones atmosféricas de Enero, se ven dos zonas de alta presión, en el Océano, hacia estas latitudes. Estas dos zonas son las regiones en que los antimonzones descienden á la superficie de la tierra y de las que parten los monzones. En el Océano, en todas las latitudes más elevadas de ambos hemisferios, el barómetro se conserva más bajo, y en gran parte aún más bajo que en el ecuador." Aquí se me permitirá hacer una observación, y es que esta última aseveración no está de acuerdo con las indicaciones del barómetro, hechas en todas partes y en todo tiempo por todos los meteorólogos. Todos, en efecto, han reconocido que la amplitud de las variaciones en las zonas templadas llega á 40, 50 ó 60 milímetros, mientras que en la tórrida no pasa de 6 milímetros y rara vez llega á esta cifra. Para que el barómetro presente esta amplitud de oscilaciones tiene que estar unas veces mucho más alto y otras mucho más bajo que en el ecuador, en donde casi no varía; de modo que no es cierto que el barómetro se encuentre más bajo en todas las latitudes que pasan de 40 gr.

Pero el mismo autor se encuentra embarazado para explicar por la acción calorífica del sol este fenómeno. ¿Por qué el barómetro, se pregunta, se conserva tan bajo en el Atlántico y en el Pacífico del Norte, y aun en las altas latitudes del hemisferio austral, cuando en aquellas regiones el calor que el sol da es mucho menor que en los trópicos? Y contesta: "Esta baja presión se debe evidentemente á otra causa distinta del caldeamiento del aire." Pero ¿cuál es esa causa distinta? No puede ser otra que la atracción, la cual es menor, para cada hemisferio, cuando el sol se encuentra del lado de ese hemisferio que cuando se encuentra del lado del otro; así las presiones son más bajas, en el hemisferio boreal, desde el equinoccio de la primavera hasta el de otoño, que en la otra mitad del año, y en el hemisferio austral sucede lo contrario, las presiones más bajas

empiezan desde que el sol entra en el hemisferio del mismo nombre hasta que lo abandona.

El autor explica la causa de los vientos ; pero ya queda dicho que los vientos solos no pueden explicar las diferencias de presión y que lo uno no es consecuencia de lo otro.

(Continuará).

SOCIEDADES CIENTÍFICAS.

SOCIEDAD DE MEDICINA Y CIENCIAS NATURALES DE BOGOTÁ.

ACTA DE LA SESIÓN DEL 9 DE NOVIEMBRE DE 1889.

(Presidencia del Doctor Castañeda).

A las 7 p. m. se reunió la Sociedad. Se leyó el acta de la sesión anterior y fue aprobada.

El socio Herrera propuso : “Estando presente en la Sociedad el señor Doctor Andrés Posada Arango, miembro distinguido del cuerpo médico colombiano, expídasele el título de miembro honorario y correspondiente de la Sociedad de Medicina y Ciencias naturales de Bogotá. Al mismo tiempo la Sociedad felicita al señor Doctor Posada Arango por el útil y laborioso trabajo que ha emprendido al escribir la historia natural de Colombia.”

La proposición anterior fue aprobada y el señor Presidente le entregó el título al Doctor Posada Arango, quien contestó en los términos siguientes :

“ Señor Presidente, Honorables comprofesores.

“La grande importancia que tiene hoy en el país la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de esta capital, hace que la alta distinción que ella me ha acordado, al llamarme tan espontáneamente á tomar asiento en su seno, con el carácter de miembro honorario, sea para mí un título de valor inapreciable, una grande honra, aun considerando que con eso sólo se premia en mí, á falta de otros méritos, mi decidido amor á la ciencia, el interés que siempre he manifestado por el adelanto intelectual de Colombia.

“ Pero hay otra circunstancia que hace para mí doblemente grato este acontecimiento, y es que hace treinta años completos que, en este mismo mes, siendo yo demasiado joven y después de estudiar la Medicina penosamente en Medellín, llegaba á Bogotá á someterme á examen ante los viejos profesores, para recibir el diploma del Doctorado, diploma que entonces obtuve con aplauso y que vosotros, dignos sucesores de aquellos venerables prácticos, habéis ahora ratificado ó refrendado.

“ Por rara coincidencia habéis, pues, despertado en mí gratos recuerdos juveniles, la memoria de los primeros triunfos alcanzados en la espinosa carrera del estudio y del profesorado.

“ Servíos aceptar la expresión sincera de mi profundo agradecimiento y los votos que hago por la marcha próspera de la Sociedad y porque llene felizmente en el país la alta misión á que está llamada.”

El Dr. Pablo García Medina presentó las letras P. Q. y R. de su Diccionario.

Habiéndose difundido en el seno de la Sociedad la deplorable noticia del fallecimiento en Santander del notable médico y cirujano Sr. Dr. Guillermo León, que honró á la Ciencia y á la Humanidad con sus conocimientos y sus servicios, su Presidente, el Sr. Doctor Castañeda, propuso : “ La Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá lamenta profundamente la prematura muerte de su distinguido socio el señor Doctor Guillermo León y levanta la sesión en señal de duelo.”

Se aprobó la proposición y se levantó la sesión.

El Presidente,

GABRIEL J. CASTAÑEDA.

El Secretario,

J. David Herrera.

ACTA DE LA SESIÓN DEL 23 DE NOVIEMBRE DE 1889.

(Presidencia del Doctor Castañeda).

A las 7 p. m. se reunió la Sociedad. Se leyó el acta de la sesión anterior y fue aprobada.

El Doctor García Medina comunicó á la Sociedad un nuevo empleo de la antipirrina. Relató tres casos de Keratitis ulcerosas rebeldes, en

las cuales se habían empleado casi todas las medicaciones clásicas conocidas, sin haber obtenido resultado alguno satisfactorio. Todos tres casos cedieron á un colirio de agua destilada saturada de antipirrina. En uno de estos casos, la Keratitis estaba complicada de un tumor de la conjuntiva palpebral, que se impuso á algunos profesores como un epiteloma, pero que en realidad no era otra cosa que un pólipo de la mucosa como lo demostró el microscopio. El Doctor García operó el tumor con éxito y empleó la antipirrina como queda dicho, para las curaciones oculares subsiguientes. El éxito fue completo.

Doctor Herrera : “ Ausentándose de la ciudad, durante los meses de Diciembre y Enero, la mayor parte de los miembros activos de la Sociedad, suspéndanse las sesiones de ésta hasta el próximo mes de Febrero.”

La anterior proposición fue aceptada y se levantó la sesión.

El Presidente,

GABRIEL J. CASTAÑEDA.

El Secretario,

J. David Herrera.

FACULTAD DE MEDICINA DE BOGOTA.

LADRERÍA EN EL HOMBRE.

Tesis para el Doctorado en Medicina y Cirugía presentada y sostenida por Cristóbal Caicedo.—Bogotá.—1889.

Tema nuevo entre nosotros el que escogió el autor para su tesis de doctorado ; como bien se comprende, es su objeto estudiar la *ladrería* en el hombre, enfermedad constituida esencialmente por la presencia en el organismo de vesículas que contienen el embrión del *tenia solium* ó lombriz solitaria, uno de los miembros de la familia de los platelmintos.

El autor nos hace ver que la *ladrería* en el marrano es conocida de Aristóteles, Aristóteles y Oribasio, es decir, desde 384 años antes de Jesucristo ; y definitivamente estudiada por M. Goeze en 1784, como fue en este cuadrúpedo en el que se hicieron los primeros estudios de la enfermedad, es por esto por lo que el autor empieza su trabajo por exponer todo lo que sabe acerca de la *Ladrería en el marrano*.

Terminado este capítulo, sigue el de la *Ladrería en el hombre*, que es el verdadero objeto principal de la tesis. Como hemos oído decir repetidas veces, por algunas personas que viven en los lugares en que existen algunos leprosos, que la lepra ataca á los marranos, y por lo que he llegado á comprender, la enfermedad, que ellos suponen ser la lepra, no es sino la ladrería, voy á prestar algunos rasgos característicos de la descripción del autor, para darlos á conocer.

Los síntomas están en relación con el número de cisticercos que lleve el animal enfermo: al principio anda más estúpido, perezoso y se debilita, pero conserva el apetito; si son numerosos los cisticercos, se pone triste, insensible á los golpes, camina lentamente, se queda atrás de la manada; pulso débil, respiración disminuída, aliento fétido, se le caen las cerdas, piel gruesa y consistente; pierde cada día las fuerzas, hasta el punto de no poderse sostener en los cuartos posteriores, que se le paralizan. En el tejido celular aparecen tumores, sobre todo en el de los miembros anteriores y en el abdomen; se infiltran las extremidades; el hocico se pone muy sensible; lo que se conoce, porque chillan cuando reciben en él un ligero golpe y porque no vuelven á hozar; además, es blando y flojo al tacto. Si los cisticercos están en el cerebro, se presentan vértigos, tambaleo, movimientos giratorios, etc., etc. Y como término, enflaquecimiento, anasarca y la muerte.

“Por experiencias múltiples, dice el autor, Gerlack ha demostrado que la infección del marrano no se efectúa sino en su más tierna edad. Según este observador, el marrano podría, después de cumplidos seis meses, tragar impunemente anillos en perfecto crecimiento de *tenia solium*.”

Se conoce, pues, el punto de qué es la ladrería en el marrano; paso, pues, con el autor, al estudio de la *ladrería en el hombre*; y como el cuadro sintomatológico es corto, me permito también hacer algunas transcripciones.

El mal es más ó menos grave según su edad y según el número de cisticercos; pocos ó ningunos son los síntomas al principio, á no ser algunos tuberculitos que ruedan con dificultad bajo la piel; más tarde se presentan los síntomas de la anemia: debilidad, fatiga, cansancio, vértigos, cefalalgia, y si los quistes están en el cerebro, hay además, perturbaciones de la vista, del oído, impulsión irresistible hacia adelante, desvanecimientos, “un ruido de chasquido en la cabeza” que molesta mucho á los pacientes. Si se ausculta la cabeza, “se

siente efectivamente un ruido muy semejante al que produce la saliva al hacerla pasar por entre los dientes con fuerza ;” dolores agudos en las masas musculares, malestar continuo, debilidad, enflaquecimiento, diarrea, edema, anasarca, coma, y muere el individuo.

Como puede verse por esta rápida exposición, la ladrería del hombre y la del marrano es una misma cosa ; el modo de producción de esta enfermedad en el hombre es sencillo para el que lo sabe ; un gran misterio para el que lo ignora. La vida del *tenia solium* tiene dos fases : una que pasa en el canal intestinal del marrano, y otra en el cuerpo del hombre. De la tenia que habita el intestino del marrano, se desprenden los anillos posteriores, que contienen los huevos fecundados, y son arrojados con los excrementos ; estos anillos ó *curbitanos* fuera del intestino, se disgregan dejando libres los huevos que penetran en el intestino por los *ingesta*. En el intestino del hombre, el embrión se fija por medio de seis ganchos (*hexacanto*), perfora la túnica del intestino lentamente, y en ocasión propicia, es llevado por el torrente circulatorio al tejido celular subcutáneo, el cerebro, los pulmones, etc., etc., y allí se desarrolla rápidamente y toma el nombre de *cisticerco*. De este examen rápido de la manera de desarrollarse el cisticerco, que produce la ladrería, llega á la profilaxia, que consiste en no permitir la venta de carne de cerdo ú otros animales que puedan contener *cisticercos*, y luégo, en no comerla á sabiendas.

El trabajo trae varias observaciones, tomadas aquí en el Hospital de Caridad en distintas ocasiones y de un estudio del Dr. Nicolás Osorio, que también fue presentado á la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá, que insertamos á continuación :

LADRERÍA EN EL HOMBRE.

El Sr. Dr. Manuel Restrepo F. observó en Bogotá dos casos de ladrería en el hombre ; habiendo tenido que partir de esta ciudad, me dejó los cisticercos hallados en los músculos del primero de los casos que él observó, para que hiciera lo que estimara conveniente.

Asociado con el Dr. Clopatofski hice el estudio de dichos cisticercos.

OBSERVACIÓN 1.^a

En Agosto de 1884 se condujo por la policía, al Anfiteatro de

esta ciudad, un hombre que fue encontrado muerto en una calle de las cercanías del barrio de Egipto.

Los únicos antecedentes que se obtuvieron fueron los de su profesión; ésta era la de ayudar á matar marranos y luégo conducir la carne á la plaza de mercado.

Manifestaba tener unos 50 años de edad, de baja estatura, bien musculado, de pura raza indígena.

Al hacer la autopsia se encontraron las lesiones siguientes: marcada congestión cerebral con derrame en la cápsula interna; hepatización del lóbulo inferior del pulmón izquierdo, congestión en el derecho en los lóbulos medio é inferior; dos coágulos fibrinosos en el corazón izquierdo; el estómago dilatado; el hígado aumentado de volumen y graso, y además, quistes en el tejido celular de todos los músculos y muchos en la misma fibra muscular y en número tan considerable que se puede calcular aproximativamente y por término medio de 3 á 4 en cada músculo, siendo de notar que donde más aumentaban era en los glúteos y deltoides.

Se encontró uno en el ventrículo izquierdo del corazón, cerca del nacimiento de la aorta; éste era de los más voluminosos y está entre los conservados; se encontró otro en el cremáster del testículo izquierdo, pequeño, y también está entre los conservados.

Había concreciones duras, especie de degenerescencias caseosas de los quistes, semejando masas calcáreas del tamaño de una pepita de guayaba y de la misma apariencia y consistencia cuando se les observa secas; de estas concreciones se encontraron pocas y á grandes distancias en la túnica muscular de los intestinos delgados. En ningún otro órgano se encontraron quistes ni concreciones.

OBSERVACIÓN 2.ª

En Mayo de 1885 llevó la policía una mujer que encontró muerta en la calle (barrio de Egipto) al Anfiteatro de esta ciudad, de la misma profesión del caso anterior, de unos 38 á 40 años de edad.

De la autopsia resultó que había muerto por la ruptura de un saco aneurismal de la aorta torácica; tenía quistes de la misma naturaleza del caso anterior, pero en menor número y sólo en los músculos de mayor volumen, las mismas concreciones &c. &c.

OBSERVACIÓN 3.ª

Luis Rozo, natural de Chocontá, de 35 años de edad, soltero, agricultor, entró al Hospital de San Juan de Dios el día 20 de Mayo de 1886, á consecuencia de un constante vómito y continua diarrea que le había comenzado el día 5 del mismo mes de Mayo.

El estado general era bueno, estaba bastante robusto pero tenía los ojos muy consumidos en las órbitas. No sentía dolor en ninguna parte determinada, excepto después del vómito, que se le fijaba un dolor hacia la base del tórax; el vómito era casi continuo, se aumentaba después de las comidas, el carácter de éste era bilioso y lo mismo el de la diarrea; la temperatura era de 34,8 y había mucho enfriamiento en las extremidades, el pulso casi imperceptible.

Tratamiento.—Bismuto 4 gramos, Dover 1 gramo, para 4 papeles, uno cada 3 horas. Una inyección con 20 gotas de éter y fricciones generales calientes.

Día 21.—No habiendo cesado el vómito y sí un poco la diarrea, se le prescribieron unos paños de agua fría en el epigastrio y poción de Riviere. A la auscultación se notaba ruido de frote en ambos pulmones, sobre todo en el izquierdo, y un ruido de soplo sistólico con su máximum en el apéndice sifoide. A la percusión del tórax se notaba aumento de macidez en el diámetro vertical del corazón. Temperatura 36°. Pulsaciones 60.

Día 22.—Murió á las 8 a. m.

De la autopsia resultó:

1.º Adherencias pleurales, sobre todo al lado izquierdo. Aumento de volumen del corazón é insuficiencia notable de la triglochina. Estómago bueno y lo mismo el esófago. Intestinos meteorizados y con pequeñísimas ulceraciones en el colon descendente. Quistes en ambos riñones, pero más voluminosos en el derecho. Los quistes del riñón estaban en la sustancia cortical y contenían materia albuminosa.

Además, tenía quistes en los músculos pero en pequeña cantidad; éstos fueron examinados y resultaron ser de ladrería.

Bogotá, Mayo 23 de 1886.

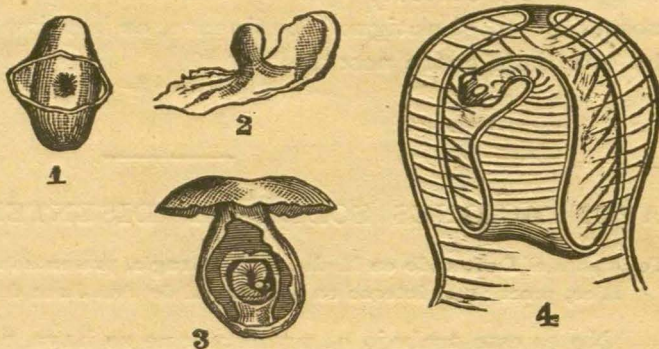
Manuel Restrepo F.

DESCRIPCIÓN.

Desembarazando los quistes del tejido celular presentaban como lo demuestra la figura 1,ª la forma de un frijol. Rota la membrana

sin desembarazar la cabeza de su capucho se presentaba conforme á

la figura 2. Abriendo esta membrana, con un pequeño aumento, podía verse todo el cisticerco como lo demuestra la figura 3; y últimamente con un aumento mayor, sin quitar la membrana, se demuestra la cabeza y el cuello del tenia armado como se ve en la figura 4.



Dibujado por el Dr. Carlos Clopatofski.

Este estudio demuestra evidentemente que aquí se trata de una ladrería en el hombre.

¿Cómo se explica la ladrería en el hombre? Un huevo de tenia, introducido en el estómago del hombre, da nacimiento á un embrión, que puede atravesar las paredes del intestino y dirigirse á los diferentes órganos y tejidos de la economía. Cada cisticerco proviene de uno de estos huevos introducidos así directamente. Mientras quedan enquistados no cambian de forma, no se desarrollan y pueden vivir muchos años en este estado. Si mueren dejan depósitos de granulaciones calcáreas mezcladas con ganchos.

Los órganos en que se han encontrado cisticercos en el hombre, son: en el ojo, en la cámara anterior, entre la esclerótica y la conjuntiva; en el cerebro, en el plejo coroideo; en diferentes músculos, en el corazón y en el pulmón.

Tengo conocimiento de otros hechos que se han presentado, lo que prueba que esta enfermedad tiende á generalizarse, desgraciadamente, entre nosotros. Apenas me limito á llamar sobre este punto la atención de la Sociedad, porque un alumno de la Facultad prepara un trabajo extenso sobre esta materia, en el cual se indicarán los medios profilácticos que deban adoptarse con el objeto de prevenir la propagación de la ladrería.

Bogotá, Septiembre 11 de 1889.

NICOLÁS OSORIO.

Como se puede ver por esta rápida exposición que hago de la tesis del Dr. Caicedo, queda demostrado que la ladrería que se ha observado en el antiguo continente, es la misma enfermedad que se ha estudiado entre nosotros.

DR. P. G.

APUNTACIONES SOBRE LA DISENTERIA DE BOGOTÁ.

Tesis para el Doctorado en Medicina y Cirugía, presentada y sostenida por Abel de J. Rico, practicante interno en el Hospital de San Juan de Dios.—Bogotá.—1889.

No es este trabajo el primero que se haya presentado á la Facultad por los alumnos de la Escuela de Medicina, lo que prueba una vez más que el estudio de la disenteria que se presenta en esta ciudad, merece la atención de los jóvenes trabajadores, puesto que es la causa de muchos de los abscesos del hígado, que los autores europeos que han practicado en la zona tórrida, les han dado, unos el nombre de *abscesos tropicales*, otros el de *disenteria hepática*.

El autor comienza sus apuntaciones sobre la *frecuencia* y la *mortalidad*; ambas están basadas en cuadros estadísticos, que le permiten decir que “se encuentra un caso anual de disenteria por cada 140 habitantes,” en lo que concierne á la frecuencia, y que es de 18 por 100 la mortalidad en el Hospital, “y en toda la ciudad de 15 por 100.”

En la *etiología*, reconoce las causas meteóricas, las bromatológicas, las infecciones atmosféricas, y concluye con la proposición siguiente: “Las causas de la disenteria en Bogotá son múltiples: las de acción más poderosa, son la humedad ordinaria en que vive la gente pobre, que es en la que predomina la enfermedad; el desabrigo, la alimentación insuficiente y muchas veces nociva, las vicisitudes é infección de la atmósfera, etc. etc.”

Consagra un capítulo especial al estudio de las formas ordinarias: la catarral, que es benigna; la aguda simple, que es la más común y en la cual aconseja el estudio de las cámaras por el método de Goodeve, que describe del modo siguiente:

“A las deposiciones hechas desde el día anterior se les pone agua pura en abundancia, con lo cual las materias fecales que pueda haber flotan; luégo se decanta el agua quedando en el fondo del vaso todas las materias; este sedimento contiene los productos disentéricos. Esta maniobra se repite hasta que los productos se muestren claramente,

poniéndoles luégo en un vaso blanco y ancho con agua pura para que se vean bien.

“ Debe observarse que con excepción de las heces y de la sangre líquida, de las cuales se tomará naturalmente nota, todo lo demás digno de verse ó que pueda dar luz sobre la naturaleza del caso, queda en el fondo del vaso cuando las deposiciones están lavadas.

“ Tomando unas pinzas de disección largas en una mano, y en la otra una tintera ó estilete, se examinarán los productos disintéricos como están en el agua.

“ Cuando la disenteria principia, en la primera ó segunda deposición las materias fecales son arrojadas del todo ó casi del todo. Las evacuaciones se componen entonces solamente de moco rosado de consistencia gelatinosa ó mezcladas á lo más á huellas de materias fecales. La mayor parte de los casos, en este período, cede con facilidad á la ipecacuana, como nos sucede con los enfermos civiles, que al día siguiente de ser atacados buscan el médico, y no con los del Hospital que han abandonado generalmente su mal por algunos días.

“ En los casos descuidados, del sexto al séptimo día se ven membranas expulsadas, cuyo tamaño variable puede alcanzar al de la mano de un hombre. En las malas constituciones ofrecen casi siempre el aspecto y la consistencia de ostras guardadas; presentan una forma oval y alcanzan á un sexto de pulgada de espesor. Se componen de la totalidad de la membrana mucosa y muchas veces de parte de la musculosa, encontrándose el tejido submucoso infiltrado notablemente con los productos inflamatorios; se les da el nombre de membranas ó colgajos infiltrados de pus, y cuando este género de colgajos avanza bastante, puede ser expulsada toda la mucosa en forma de membranas tubulares.

“ Es muy notable que en esta forma de ulceración y á pesar de los síntomas graves, el estado del enfermo puede mejorar en relación con la cantidad de membranas expulsadas, aunque á la larga puede esto ocasionar terribles estrecheces del colon y del recto.

“ Al separar todas estas membranas, y hecho el lavado, se encuentra una cantidad más ó menos considerable de moco casposo, indicio claro de que la enfermedad está poco avanzada y que promete opresión. En algunos pocos casos el vaso contiene un moco completamente trasparente y tan tenaz que se puede extender formando una especie de puente entre los bordes de los utensilios; se le llama moco

glutinoso, como en el catarro nasal, y su presencia, salvo accidente, indica una reposición completa, próxima.

“En la *colitis gangrenosa* de Bengala,—enfermedad generalmente mortal á los ocho ó doce días—comienza como la disenteria, con moco rosado, pero no se ha visto el moco casposo ni las membranas descritas arriba.

“Pocos días antes de la muerte, se descubre casi siempre, un cuerpo esfacelado, negro ó de color de café, muy parecido á una telaraña de cocina, envuelto y que flota en medio del líquido. Colocando un colgajo de esta especie al lado de una telaraña verdadera y de las condiciones dichas, es difícil, muchas veces, hacer la distinción entre los dos. Se cree que Goodeve consideraba esta membrana como el tejido celular submucoso separado por la gangrena. Cuando aparecen estas membranas la muerte es inevitable y no se conoce caso en que haya salido fallido el pronóstico fatal. Con estas membranas, hay una hemorragia más ó menos considerable.

“Las deposiciones se parecen ahora por el color y la consistencia á la mezcla de crema con sangre. El olor, que es penetrante, una vez sentido, nunca se olvida. El intestino grueso, después de la muerte, ofrece el aspecto de una serpiente muerta, siendo general el esfacelo de las capas mucosa y musculosa y aun de la peritoneal.”

“Además de los productos ya estudiados, puede encontrarse en el sedimento “porciones de alimentos que han pasado sin digerir y que fácilmente se comprende han debido irritar el intestino enfermo, como fragmentos de pimienta negra, pedazos de papas &c.; con ellos puede encontrarse, además, el polvo de ipeca, las píldoras que han podido suministrarse si tienen consistencia considerable. De esta manera se puede saber si el enfermo ha tomado alimentos prohibidos ó dañados, ocultamente.”

Por último, “la práctica de lavar las deposiciones da un conocimiento perfecto del estado del enfermo, pues examinando los productos, se obtiene tanta utilidad como el cirujano al examinar una úlcera en la córnea. Se puede, además, al ver lo que pasa en el cuerpo del enfermo, sin hacer una pregunta, decir en cualquier día la edad del caso y pronosticar el resultado final con mucha confianza.”

La forma maligna que se presenta á menudo en el Hospital y las complicaciones de todas formas, como la hepatitis, peritonitis, perforación intestinal, hemorragias del intestino, etc., y las asociaciones mórbidas, como el paludismo, el escorbuto, la fiebre tifoidea y la

neumonía, son también el objeto de algunas consideraciones; y por último, trata de la disenteria crónica. Algunas observaciones terminan la tesis de que damos cuenta.

CORRESPONDENCIA DEL CAUCA.

Epidemia de muermo en los caballos.—Su transmisión al hombre.—Laparotomía.—
Epilepsia en los negros.

Señor Dr. Proto Gómez.—Bogotá.

Mi muy querido Dr :

.....

Le contaré que he venido observando, una pequeña epidemia de muermo, en una hacienda que llaman "San José"; atacó siete caballos de diferentes edades, los cuales logré salvarlos con aplicaciones de yodo metálico en las ulceraciones de las narices y de tintura de yodo, en fricciones, sobre los infartos ganglionarios, después de haber rapado los puntos hinchados; y administrándoles al interior un brevaje compuesto de yoduro de potasio y de yoduro de azufre, á la dosis de cinco gramos al día.

Lo que me pareció raro y curioso, fue que un negro que estaba encargado de cuidar los animales enfermos de que vengo hablando, se contagió de la misma enfermedad; es decir, fue atacado de muermo. Tuvo los mismos síntomas; el primero de ellos fue el *jetage*, que, como usted sabe, es un flujo abundante compuesto de un moco de aspectos diferentes, que se escapa incesantemente de las fosas nasales y muy parecido al que presentaron los caballos: y más tarde la *glan-de* ó induración de los ganglios linfáticos que entran pronto en supuración, sobre todo la de los axilares, los cuales tuve que abrirlos. Afortunadamente logré obtener la curación de este infeliz con los mismos medicamentos, pero bien entendido, en dosis menores. Este negro se contagió por inoculación directa, pues él tenía una pequeña cortadura en un dedo el día que me ayudó á abrirles un absceso á los caballos que se les había formado en las nalgas; ni el negro ni yo caímos en la cuenta de la cortadura, sino cuando la enfermedad se declaró.

Le referiré aunque sea en doblones, un caso de laparotomía que practiqué en una niña de 10 años, porque me propongo publicar la observación con todos sus detalles más tarde.

La tal señorita es de una constitución débil y enfermiza. En el mes de Abril del presente año sintió un ligero dolor un poco arriba de la fosa ilíaca; el 26 del mismo mes sufrió de sarampión; y el dolor no desapareció durante el tiempo que estuvo enferma, y tuvo además, vómitos y diarrea. El día que la examiné, desde el 5 de Agosto, los padres de la señorita notaron que la hinchazón aumentaba día por día; pero como la enferma no tenía dificultad alguna para caminar, no hicieron alto en su enfermedad, hasta el 11 del mismo mes, en que un poco alarmados, me llamaron para que la examinara. Debo advertirle, que fue tratada por el Dr. Navia, con fricciones de pomada mercurial belladonada y cataplasmas emolientes.

El síntoma que llamó más la atención, desde el principio de la enfermedad, fue la constipación; era sumamente tenaz y poco se obtenía con los purgantes que se administraban; luégo se presentó la fiebre interrumpida por sudores que habían desaparecido dos días antes de que yo la viera, encontré un tumor duro y algo profundo, del tamaño de una naranja, no muy doloroso; desde ese momento lo creí colocado al nivel del ciego, pues la fosa ilíaca nada contenía de anormal y además el muslo gozaba de todos sus movimientos. Todos estos síntomas y signos me hicieron creer en la presencia de una *Peritífilitis supurada* y tal fue el diagnóstico que dí á la familia de la enferma.

Como me sobreviniera el temor de que el tal absceso se abriera de un momento para otro en la cavidad peritoneal, en el intestino ó en la vejiga, me resolví á practicar la *laparatomía* y se lo propuse á los padres de la enferma, quienes aceptaron gustosos mi intervención como cirujano.

El día fijado practiqué la operación, y pude ver entonces el apéndice *cecal* ó *vermiforme* del grueso del dedo pulgar, y que el pus estaba circunscrito en una bolsa ó saco, que comprimía el intestino ciego, hasta poner en contacto sus paredes.

Después de practicada la operación, el canal intestinal recuperó sus funciones: la niña pudo evacuar sin dificultad y cesaron los vómitos. Empleé en la operación el método antiséptico más riguroso, así como para las curaciones. Además, le hice tomar algunos tónicos.

Quince días después la herida había cicatrizado perfectamente, sin dejar huellas de la acción del instrumento cortante.

Hoy se encuentra la enferma perfectamente bien ; ya está completamente curada.

Otra cosa que he observado, y que por cierto me ha llamado mucho la atención, es que existen en la raza negra de esta población algunas enfermedades que no he visto en los negros de otras partes de la República. Entre los que viven por acá, es muy común la *epilepsia*; ésta se presenta en ambos sexos y á todas edades ; se presenta ya el vértigo, ya el pequeño mal, ya el gran mal, ó ya bajo la forma "fugitiva," ó de "huida," que, como usted sabe, consiste en que estando una persona en aparente posesión de sus facultades intelectuales, de repente sale sin despedirse de nadie, y anda sin descansar, seis ó más cuabras, sin darse cuenta de lo que está haciendo.

¿ Contribuirán las condiciones geológicas de estas comarcas al desarrollo de la enfermedad ? ¿ Podrán los metales, que aquí son tan abundantes, estar en suspensión en las aguas, las que ingeridas llevarían algunas partículas que no se eliminarían é irían á fijarse en el cerebro, como se fija el plomo en los saturninos ?

La raza negra en sí es muy bruta ; pero los representantes de la que hay aquí, lo son en alto grado, debido tal vez á las mismas causas ; creen mucho en la influencia de la luna sobre la epilepsia que los ataca.

Me propongo hacer algunas investigaciones sobre todos estos puntos y si acaso encuentro algo que llame la atención tendré el gusto de comunicárselo.

Sírvase aceptar las consideraciones de respeto y de cariño de su afectísimo amigo.

DR. DANIEL GUTIÉRREZ.

Pílamó, Noviembre 12 de 1889.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

La inoculabilidad de la malaria.—La naturaleza parasitaria de la fiebre intermitente parecía completamente demostrada por el descubrimiento, hecho por M. Laverán, de un hematozoario especial en la sangre de los palúdicos, y por las investigaciones de muchos autores, particularmente en Italia, que habían confirmado este descubrimiento. Sin embargo, faltaba á este conjunto de pruebas un elemento importante, á saber: la transmisión de la enfermedad de un individuo á otro, trasmisión que debía existir si la enfermedad era realmente parasitaria.

La *Semaine médicale* acaba de publicar una carta que da cuenta del resultado de un experimento que, como se verá, tuvo el mejor éxito. El experimento se hizo en Roma, en el servicio de M. Baccelli, profesor de Clínica.

El 7 de Octubre último se extrajo sangre á un joven atacado por primera vez de fiebre cuartana y se hizo la transfusión á un hombre afectado de reblandecimiento cerebral, pero que nunca había sufrido paludismo.

La sangre inyectada (2 centímetros cúbicos) se había tomado la víspera del segundo acceso de fiebre cuartana y contenía en este momento gran número de parásitos intra-globulares en vía de esporulación. El enfermo al cual se hizo la inyección intra-venosa de esta sangre tuvo los primeros síntomas febriles el 19 de Octubre, luego quedó apirético hasta el 22, día en que se produjo el segundo acceso, y el tercero tuvo lugar el 25; la sangre de este individuo contenía los parásitos característicos de la intoxicación palúdica.

Está demostrado hoy por este hecho, que el agente patógeno de la malaria reside en la sangre de los palúdicos y que la reproducción de este agente coincide con el acceso febril. (*Revue scientifique*—7 Diciembre de 1889).

La acción fisiológica del veneno de la víbora, según M. Kaufman.—El estudio del veneno de la víbora bajo el punto de vista fisiológico, tal era el tema que hace algunos años había propuesto la Academia de Medicina como asunto de concurso al premio Orfila. A pesar de lo interesante que es, el asunto no parecía llamar la atención de nadie, cuando M. Kaufman osó abordarlo. La Academia adjudicó el premio á la memoria de M. Kaufman, estudio original, del cual saca el autor algunas conclusiones importantes.

Se sabe que glándulas especiales secretan el veneno; para recogerlo se hace que la víbora muerda una superficie plana de caucho sobre la cual quedan dos grandes gotas del líquido venenoso. Este, de color de ámbar unas veces, es incoloro otras, y siempre viscoso é inodoro. Este líquido, cuyo color no tiene importancia en cuanto á su acción tóxica, conserva ésta, aunque á veces un poco atenuada, después de haber permanecido dos ó tres meses en tubos capilares esterilizados y cerrados á la lámpara.

El veneno, inyectado, produce efectos generales solamente, ó efectos generales y locales, según que la inyección haya sido practicada en las venas solamente ó en éstas y debajo de la piel.

Los efectos generales se manifiestan en el sistema nervioso, el circulatorio y el respiratorio; y á veces también en el canal digestivo.

En el aparato nervioso el veneno determina primero una excitación pronunciada, pero de corta duración; el animal se agita vivamente y con él todos sus miembros; pero al cabo de un tiempo muy corto, queda inmóvil, sumergido en una especie de adormecimiento y debilidad que dura hasta la muerte. De tal manera que al período de excitación sucede uno de marcada depresión en el curso del cual la inteligencia se conserva intacta,

pues el animal (perro) reconoce las fisonomías que le son familiares y responde á su nombre. Sin embargo, la sensibilidad se embota en este período de torpeza; se puede picar y cortar la piel sin provocar signos de dolor y el veneno obra como diferentes narcóticos, con la diferencia de que no tiene acción sobre la inteligencia; hay una acción más bien anestesiante que narcotizante; por consiguiente, él obra sobre el conjunto de la sensibilidad general como lo hacen los analgésicos locales sobre la zona que queda vecina inmediatamente al punto en donde el analgésico fue inculado, como acontece con la cocaína.

En el sistema circulatorio las alteraciones son al par que muy pronunciadas, muy graves. Lo primero que se manifiesta cuando el veneno ha penetrado en el torrente sanguíneo, es una depresión enorme de la tensión arterial que va acentuándose hasta el momento en que llega la muerte. Hay al mismo tiempo una aceleración muy pronunciada de las pulsaciones cardíacas: el corazón se agita rápida pero débilmente, de suerte que apenas se sienten sus pulsaciones. En una palabra: la tensión disminuye y el corazón se acelera y se debilita.

Según M. Kaufman el descenso de la tensión es resultado de la debilidad del corazón y de la considerable dilatación capilar que se produce al mismo tiempo, ó mejor dicho, antes de los síntomas enumerados. La dilatación vascular es muy marcada: en varias partes del organismo hay congestiones, derrames, apoplejías sanguíneas. La aceleración de los movimientos cardíacos no se puede explicar por parálisis del sistema nervioso moderador; como lo demuestra la experiencia, los nervios moderadores no se paralizan, pero parece que hay excitación del sistema acelerador. En cuanto á la debilidad de las pulsaciones, ella se explica por la aceleración de éstas: el corazón se agita muy aprisa para poder obrar sobre una gran cantidad de sangre; sus cavida-

des no tienen tiempo para llenarse; hay disminución del trabajo del corazón y no crecimiento como pudiera creerse al tener en cuenta el número de pulsaciones. Lo que contribuye aún á debilitar las ondas sanguíneas, es la dilatación vascular considerable que se efectúa en la periferia. Diversos órganos se congestionan, y este es el caso del canal digestivo; la sangre se acumula en ellos y circula poco en el corazón y en los gruesos vasos; hay en un lado congestión y anemia relativa en el otro. Las congestiones se observan sobre todo en la mucosa del tubo digestivo, en los músculos abdominales é intercostales internos, el riñón, la vejiga y el corazón izquierdo.....

La sangre se altera; los glóbulos rojos se hacen esféricos al dejar su forma discoide, pero conservan la propiedad de absorber el oxígeno; de suerte que no es esta la causa inmediata de la muerte: se debe buscar en la acción estupefactiva ejercida sobre el sistema nervioso y en la apoplejía gastro-intestinal. Entre los fenómenos finales los más importantes son: cesación de la respiración y de la circulación. Después de la suspensión de la respiración, el corazón bate por algún tiempo, debido á que las aurículas conservan algún tiempo su actividad. En los nervios y los músculos persiste la excitabilidad después de la muerte, salvo para el diafragma y los nervios diafragmáticos.

Hé aquí los fenómenos generales. A veces cuando se practica una inyección subcutánea vienen fenómenos locales. El contorno del punto de inyección se hincha y toma una coloración violada ó negra, debida á una considerable extravasación sanguínea.

Según el punto del tegumento en que se haga la inyección, varían los efectos locales.....

El veneno de la víbora obra por sí mismo y no por microbios, que no los contiene. En algunos casos, sin embargo, abundan en las lesiones locales, pero son microbios que han

venido del exterior é incapaces de ejercer acción patógena.

Si la sangre extravasada y el suero de las partes que quedan inmediatas al punto de inyección son realmente tóxicas, esto se debe no á la presencia del microbio sino á la del veneno que conserva toda su actividad, é inyectado en otros animales, produce los efectos ordinarios del veneno fresco. No parece que el veneno que ha sido difundido en el organismo, se localice en un punto cualquiera de él: ni el hígado, ni los riñones, ni los centros nerviosos parecen contenerlo de una manera marcada, y el jugo extraído de estos órganos no posee ninguna propiedad que recuerde la toxicidad del veneno fresco.

M. Kaufman quiso cerciorarse de si las inoculaciones débiles son susceptibles de conferir al organismo una inmunidad contra las dosis fuertes. Sin embargo, no insistió lo necesario para obtener conclusiones precisas y seguras, y sus experiencias no son suficientemente numerosas. Vió que los cobayos inoculados con dosis débiles, resistieron otras mayores, y advierte que la resistencia es mayor cuando todas las inoculaciones se practican en un mismo punto. Este hecho es interesante y sería útil volverlo á estudiar detenidamente. Otro hecho importante que apunta el autor, es la resistencia de la víbora á su propio veneno; esto, sin embargo, no cuenta en su apoyo sino un hecho y, como lo advierte Kaufman, no debe admitirse sin reserva. Recordemos que Vulpian había llegado ya á la misma conclusión después de haber hecho experiencias con el veneno del *Crapaud* y de la salamandra; pero

experiencias posteriores demostraron á este investigador escrupuloso que su primera conclusión era errónea. Quizá Kaufman se regocijará algún día de no haber formulado conclusiones fijas sobre este asunto. Sus experiencias relativas á los antídotos del veneno de víbora fueron más numerosas, y sus conclusiones, que asumen carácter de precisión, merecen nuestra atención.

Concluye M. Kaufman, fundándose en sus experiencias, que el nitrato de plata no ejerce ninguna acción atenuante sobre el veneno de víbora, ya sea que el nitrato haya sido mezclado al veneno y se haya inyectado con él, ya sea que se haya introducido después de la inoculación de este último. El sublimado ejerce una acción favorable, pero produce escara. El permanganato de potasa, tan recomendado contra la mordedura de algunas serpientes, también parece poseer una influencia útil, pero lo más prudente es recurrir al ácido crómico. Este ácido obra así sobre las perturbaciones locales como sobre las generales, atenúa unas y otras, y no ofrece inconveniente para las inyecciones, como el bicloruro. La solución recomendada es de 1 por 100; es preciso inyectar en el punto de inoculación del veneno; precipita éste, de modo que su acción es tanto más fuerte, cuanto la inyección se practique con mayor rapidez después de la mordedura ó de la inyección. Hé aquí las principales conclusiones del estudio concienzudo de M. Kaufman, sobre el cual nos es satisfactorio llamar la atención. H. DE V. (*Revue Scientifique*. N.º 13 de 28 de Septiembre de 1889.)